



Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

DZIEDZINA NAUKI MEDYCZNE I NAUKI O ZDROWIU

DYSCYPLINA NAUKI MEDYCZNE

ROZPRAWA DOKTORSKA

Aspekty kliniczne i ekonomiczne zaburzeń depresyjnych u chorych na
łuszczycę

Autor: mgr Anna Grajewska

Promotor: dr hab. Edyta Rysiak

Klinika/ Zakład: Zakład Chemii Leków Uniwersytetu Medycznego
w Białymstoku

Kierownik jednostki: dr hab. Arkadiusz Surażyński

Rozprawa doktorska została zrealizowana w ramach kształcenia w Szkole
Doktorskiej UMB

Białystok, 2024



Medical University of Białystok

FIELD OF SCIENCE MEDICAL AND HEALTH

SCIENTIFIC DISCIPLINE MEDICAL SCIENCES

DOCTORAL THESIS

**Clinical and economic aspects of depressive disorders in patients with
psoriasis**

Author: MSc Anna Grajewska

First supervisor: dr hab. Edyta Rysiak

Department: Department of Medicinal Chemistry

Head of department: dr hab. Arkadiusz Surażyński

The doctoral thesis was carried out as a part of education at the Doctoral School of MUB

Białystok, 2024

*Pragnę złożyć serdeczne podziękowania mojej Promotor dr hab. Edycie Rysiak
za możliwość rozwoju naukowego, cenne wskazówki i zaufanie.*

*Dziękuję zespołowi Zakładu Chemii Leków za lata współpracy, życzliwość
i wspólnie spędzony czas.*

Najserdeczniej dziękuję moim bliskim: Kamilowi Gersowi,

Marcie Grajewskiej i Martynie Falkowskiej

za obecność, wsparcie, motywację i wyrozumiałość.

Wykaz skrótów

- ACTH – hormon adrenokortykotropowy
- AHA – α -hydroksykwas
- BHA – β -hydroksykwas
- BMI – *Body Mass Index* - Wskaźnik masy ciała
- CRH – kortykoliberyna
- CyA – Cyklosporyna A
- DBS – głęboka stymulacja mózgu
- DHEA – dehydroepiandrosteron
- DLQI – Dermatology Life Quality Index
- DNA – kwas deoksyrybonukleinowy
- DSM – 5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – Klasyfikacja Zaburzeń Psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
- EW – terapia elektrowstrząsowa
- GKS – glikokortykosteroidy
- HIV – ludzki wirus niedoboru odporności
- HLA-Cw * 06 – allel genu występowania łuszczycy
- HPA – oś podwzgórze-przysadka-nadnercza
- HRQoL – *health related quality of life* - jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia
- ICD – 10 – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób wersja 10
- ICD – 11 – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób wersja 11
- ICD – 9 – Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych
- IFN – γ – Interferon gamma
- IL – interleukiny
- IMAO – inhibitory monoaminooksydazy
- INF- α – interferon alfa
- JAK – Inhibitor kinaz janusowych
- ŁZS – łuszczycowe zapalenie stawów
- MAO – monoaminooksydaza
- MTX – metotreksat
- NDRI – selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego noradrenaliny i dopaminy
- NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
- NK – *Natural Killer* - komórki układu odpornościowego

NLPZ – niesteroidowe leki przeciwzapalne
NRI – selektywny inhibitor wychwytu zwrotnego noradrenaliny
OECD – Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
PASI – Psoriasis area and severity index
PDE-4 – inhibitor fosfodiesterazy
PSORS – locus (miejsce genu w chromosomie) podatności na łuszczycę - *psoriasis susceptibility locus*
PUVA – terapia światłem ultrafioletowym
RIMA – odwracalny inhibitor monoaminooksydazy A
RZS – reumatoidalne zapalenie stawów
SARI – antagoniści receptorów serotoninowych i inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny
SNRI – selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny
SSRI – selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny
T3 – trójiodotyronina
T4 – tyroksyna
TEWL – transepidermalna utrata wody, *transepidermal water loss*
Th – limfocyty
TLPD – trójcykliczne leki przeciwdepresyjne
TMS – przezczaszkowa stymulacja magnetyczna
TNFR – receptory czynnika martwicy nowotworu
TNF- α – czynnik martwicy nowotworów
UV – indeks całkowitego promieniowania słonecznego
UVA – promieniowanie ultrafioletowe o długości fali 315–380 nm
UVB – promieniowanie ultrafioletowe o długości fali 280–315 nm
VNS – stymulacja nerwu błędnego
WHO – *World Health Organization* - Światowa Organizacja Zdrowia
ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów

I.	WSTĘP.....	8
1.	Łuszczyca.....	8
1.1.	Epidemiologia łuszczycy.....	8
1.2.	Etiopatogeneza łuszczycy.....	9
1.2.1.	Tło autoimmunologiczne łuszczycy.....	10
1.2.2.	Uwarunkowania genetyczne łuszczycy.....	11
1.2.3.	Czynniki wywołujące manifestację łuszczycy.....	12
1.3.	Obraz kliniczny i przebieg łuszczycy.....	20
1.4.	Postacie kliniczne łuszczycy.....	22
1.5.	Farmakologiczne i nefarmakologiczne metody terapii łuszczycy.....	32
1.5.1.	Klasyfikacja nasilenia zmian łuszczycowych a stosowane metody leczenia.....	33
1.5.2.	Leczenie miejscowe.....	35
1.5.3.	Leczenie systemowe.....	39
1.5.3.1.	Leczenie biologiczne.....	46
1.5.4.	Fototerapia.....	51
1.5.5.	Pielęgnacja skóry łuszczycowej.....	53
2.	Zaburzenia depresyjne.....	56
2.1.	Epidemiologia zaburzeń depresyjnych.....	56
2.2.	Etiopatogeneza zaburzeń depresyjnych.....	61
2.3.	Obraz kliniczny zaburzeń depresyjnych.....	65
2.4.	Klasyfikacja zaburzeń depresyjnych.....	71
2.5.	Metody terapeutyczne w zaburzeniach depresyjnych.....	77
2.5.1.	Farmakologiczne metody terapii w zaburzeniach depresyjnych.....	79
2.5.2.	Niefarmakologiczne metody terapii w zaburzeniach depresyjnych.....	89
3.	Problematyka łuszczycy i zaburzeń depresyjnych w ujęciu interdyscyplinarnym.....	93
3.1.	Jakość życia i jej uwarunkowania.....	93
3.2.	Łuszczyca jako choroba o podłożu psychosomatycznym.....	96
3.3.	Rola i problematyka obrazu siebie a depresyjność u chorych na łuszczycę.....	98
3.4.	Ekonomiczno- społeczne koszty zaburzeń depresyjnych u chorych na łuszczycę.....	101

3.4.1.	Obciążenie systemu ochrony zdrowia i gospodarki a koszty ponoszone przez pacjentów.....	103
3.4.2.	Ograniczenia w funkcjonowaniu fizycznym i psychospołecznym u chorych na łuszczycę z zaburzeniami depresyjnymi.....	109
II.	CEL PRACY.....	112
III.	MATERIAŁY I METODY.....	113
4.	Koncepcja badawcza.....	113
4.1.	Charakterystyka grupy badanej.....	114
4.2.	Przebieg łuszczycy.....	114
4.3.	Przyczyny i okresy zaostrzeń oraz nasilenia.....	114
4.4.	Leczenie i metody terapii.....	114
4.5.	Opieka medyczna a koszty ponoszone przez chorego.....	114
4.6.	Choroby współistniejące w łuszczycy.....	115
4.7.	Ocena jakości życia.....	115
4.8.	Zdrowie psychiczne i koszty ponoszone przez chorego.....	115
4.9.	Dermatology Life Quality Index (DLQI) – wskaźnik jakości życia zależny od dolegliwości skórnych	115
4.10.	Metody statystyczne.....	116
IV.	WYNIKI.....	117
V.	DYSKUSJA.....	218
VI.	WNIOSKI.....	234
VII.	STRESZCZENIE.....	236
VIII.	ABSTRACT.....	239
IX.	BIBLIOGRAFIA.....	242
X.	WYKAZ RYCIN.....	258
XI.	WYKAZ TABEL.....	265
XII.	ANKIETA.....	274

I. WSTĘP

1. Łuszczyca

Łuszczyca jest powszechnie występującą, przewlekłą, niezakaźną chorobą skóry, nieposiadającą jednoznacznej przyczyny. Choroba cechuje się zmianami skórnymi, które pojawiają się jako rumieniowe plamy ze srebrzystymi łuskami, niekiedy bolesnymi i swędzącymi, zwłaszcza na łokciach, kolanach i skórze głowy. Schorzenie to jest uznawane za chorobę ogólnoustrojową, a jej występowanie związane jest z wieloma chorobami współistniejącymi i towarzyszącymi zaburzeniami podłożu psychicznym, metabolicznym, zwyrodnieniowym, czy układu sercowo-naczyniowego. Negatywny wpływ tej choroby w znaczącym stopniu determinuje jakość życia chorych.

Łuszczyca dotyka zarówno mężczyzn jak i kobiety, bez względu na płeć i występuje u ludzi we wszystkich krajach świata. Łuszczyca jest najczęstszą przewlekłą autoimmunologiczną chorobą skóry, która wydaje się wynikać z interakcji między czynnikami zewnętrznymi i wewnętrznymi. Patogeneza choroby jest dość złożona, ale stwierdzono wzajemne oddziaływanie czynników genetycznych i środowiskowych. Stanowi ona ponadto wyzwanie opieki zdrowotnej z uwagi na fakt, że powoduje poważne obciążenie natury fizycznej, emocjonalnej, społecznej i ekonomicznej, stając się jednostką chorobową o problematyce interdyscyplinarnej. Co ważne, proces terapeutyczny w łuszczycy jest znacznie utrudniony, ponieważ do tej pory nie znaleziono skutecznego leku, który powoduje całkowite wyleczenie dermatozy, a ponadto częste schorzenia współistniejące stanowią dodatkowe utrudnienie w bezpiecznej i efektywnej terapii [1, 2].

1.1. Epidemiologia łuszczycy

Według danych szacunkowych na całym świecie, na łuszczycę choruje około 125 milionów ludzi [3]. Łuszczyca dotyka zarówno mężczyzn, jak i kobiety, z wcześniejszym początkiem u kobiet i osób z wywiadem rodzinnym. Choroba występuje w przeważającej części u osób rasy białej, bardzo rzadko u rasy czarnej. Zarówno zachorowalność, jak i częstość występowania łuszczycy mają związek z wiekiem, a choroba występuje częściej u dorosłych niż u dzieci. Dane dotyczące częstości występowania łuszczycy w zależności od wieku wskazują na podwójny szczyt zachorowań na łuszczycę w przedziale wieku około 20.- 30. lub 30.- 40. roku życia i 60. – 70. roku życia, przy czym u kobiet choroba ujawnia się około 10 lat wcześniej w porównaniu do mężczyzn [4]. Uważa się, że rozkład częstości występowania łuszczycy odpowiada dwóm typom klinicznym

choroby, typowi I (o wczesnym początku) i typowi II (o późnym początku), a częstość występowania wskazuje na tendencję wzrostową wraz z wiekiem. Statystyki przedstawiają się podobnie również w przypadku dzieci [5]. Dane przedstawione przez Parisi et. al. [5] wskazują na niską ogólną częstość występowania łuszczycy u dzieci (0,71%), ale rosnącą częstość występowania wraz z wiekiem: 0,37% dla dzieci w przedziale wiekowym 0–9 lat i 1,01% dla dzieci w wieku 10–18 lat. Autorzy podkreślają, że częstość występowania łuszczycy różni się nie tylko w zależności od wieku, ale i regionu geograficznego [5]. Schorzenie występuje częściej w krajach o wysokich dochodach i w regionach o starszej populacji, a ponadto występowanie łuszczycy jest nierównomiernie rozłożone w regionach geograficznych, przy czym częstsze w krajach bardziej oddalonych od równika [5, 6].

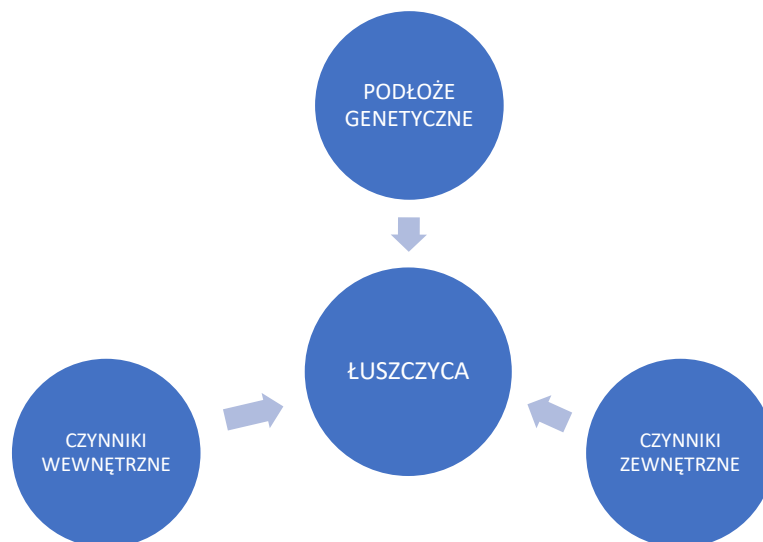
Szacuje się, że łuszczycyca dotyka około 2–4% populacji krajów zachodnich. Występowanie tej dermatozy na świecie waha się od 0,91% do 8,50%, czy nawet do 11,4%, jak podaje WHO [2], a przy uśrednionej wartości 2-3% w skali populacji globalnej. Częstość występowania jest najwyższa na obszarach o wysokich dochodach, takich Ameryka Północna, kraje Europy Środkowej i Zachodniej, a największe populacje dorosłych dotkniętych łuszczycą występują kolejno w Stanach Zjednoczonych, Indiach i Chinach, a następnie w Niemczech, Brazylii, Francji i Wielkiej Brytanii [3, 6]. W Polsce na łuszczycę choruje około 1.2 mln osób ze szczytem zachorowań między 20. a 40. rokiem życia w przypadku 80% chorych [7, 8].

Dane dotyczące zachorowalności i chorobowości oraz dotyczące wpływu choroby na poziomie globalnym wciąż są jednak niekompletne i wskazuje się na znaczne luki w obszarach geograficznych, szczególnie z krajów o niskim i średnim dochodzie. Brak dostępu do opieki zdrowotnej dla wielu osób z łuszczycą przyczynia się do niedoszacowania częstości jej występowania w wielu najslabiej rozwiniętych krajach [3, 6]. Analiza Parisi et.al. [6] w imieniu Global Psoriasis Atlas przedstawiła dane dla 21 regionów i 189 krajów świata. Istotnym wnioskiem prowadzonych analiz był fakt, że aż 81% krajów na świecie nie posiada dostatecznych informacji na temat epidemiologii łuszczycy. Większość danych zebranych na temat częstości występowania i zachorowalności na łuszczycę pochodzi z krajów europejskich i Stanów Zjednoczonych, dlatego nadal istnieje zapotrzebowanie na ujednolicone, globalne zgromadzone dane, dotyczące epidemiologii łuszczycy [3].

1.2. Etiopatogeneza łuszczycy

Łuszczycę uznaje się za chorobę o nie do końca poznanej etiologii, w której istotną rolę pełnią zaburzenia immunologiczne i tło genetyczne. Ponadto wyróżnia się szereg czynników

środowiskowych, biologicznych oraz fizykochemicznych, czy hormonalnych które mają znaczący wpływ na pojawienie się tego schorzenia i wywołujących nasilenia łuszczycy.



Rycina 1. Czynniki ryzyka wystąpienia i zaostrzenia łuszczycy. Opracowanie własne na podstawie źródła [19].

1.2.1. Tło autoimmunologiczne łuszczycy

Łuszczycy jest zapalną, niezakaźną i przewlekłą chorobą skóry indukowaną immunologicznie, której etiologia nie jest w pełni określona. Cechą charakterystyczną łuszczycy jest utrzymujący się stan zapalny, który prowadzi do niekontrolowanej proliferacji keratynocytów i ich dysfunkcyjnego różnicowania. Histologia blaszki łuszczycowej wykazuje akantozę - pogrubienie warstwy kolczystej nabłonka wielowarstwowego płaskiego i przerost naskórka, która pokrywa nacieki zapalne złożone z komórek dendrytycznych skóry, makrofagów, limfocytów T i neutrofilii. Szacuje się, że zaburzony układ odpornościowy pacjenta przyspiesza proces złuszczenia się komórek skóry około 9-krotnie w porównaniu do zdrowego człowieka [9, 10].

W przebiegu łuszczycy dochodzi do nadmiernego pobudzenia układu odpornościowego, wskutek czego zachodzą liczne interakcje między poszczególnymi komórkami, następuje wzrost wydzielania cytokin, nasilają się odpowiedzi pierwotne i wtórne. Do ważnych cytokin biorących udział w patogenezie łuszczycy należą interferon- α (INF- α), czynnik martwicy nowotworu (TNF- α) i interleukiny (IL-12, IL-23). TNF- α jest obecnie uważany za najsilniejszy wczesny induktor odpowiedzi zapalnych i kluczowy czynnik w chorobach o podłożu immunologicznym, regulujący odpowiedź immunologiczną i kaskady

zapalne. Jest wytwarzany przez komórki dendrytyczne, limfocyty Th1 i Th17 oraz keratynocyty [9].

Zaburzeniu ulegają także mechanizmy regulacyjne, odpowiedzialne za niszczenie komórek autoreaktywnych. Dodatkowo komórki naskórka w przypadku łuszczycy mają zwiększoną odporność na apoptozę, której celem jest zaprogramowana degradacja uszkodzonych już komórek, w taki sposób, by nie zostały rozpoznane jako komórki o obcym antygenie. Sugeruje to, że początkowa aktywacja procesu w naskórku prowadzi do przyspieszenia i nasilenia odpowiedzi autoimmunologicznej.

Owczarczyk-Saczonek i Placek [9] analizując czynnik autoimmunologiczny w przebiegu łuszczycy podkreślają, że: „W zmianach łuszczycowych obserwuje się zarówno podwyższone stężenie TNF- α , jak i zwiększoną ekspresję receptorów TNFR1 i TNFR2. TNF- α promuje wiele szlaków sygnałowych, wpływa na remodeling tkanek, ruchliwość komórek czy ich apoptozę oraz stymuluje proliferację i różnicowanie się limfocytów Th, w szczególności Th1, Th17 i Th22. Limfocyty te uwalniają dodatkowe cytokiny, w tym IL-22 i IL-17 oraz TNF α , sprzyjając aktywacji keratynocytów oraz inicjacji stanu zapalnego. Stymuluje też proliferację keratynocytów oraz ogranicza ich apoptozę. Również IL-12 wpływa na rozwój stanu zapalnego obecnego w łuszczycy, stymuluje aktywację komórek natural killers (NK) oraz różnicowanie i proliferacji limfocytów.[...] Dodatkowo, IL-23 wpływając na przeżycie i namnażanie limfocytów Th17, jest silnym aktywatorem proliferacji keratynocytów. Ważną rolę odgrywają również limfocyty regulatorowe Treg. Ich funkcją jest niszczenie autoreaktywnych limfocytów, a więc przeciwdziałanie odpowiedzi autoimmunologicznej. Ich niedobór bądź upośledzenie funkcji prowadzi do rozwoju chorób autoimmunizacyjnych, w tym również łuszczycy.” [9]. Co istotne, autorzy donoszą, powołując się na Hsu i Armstrong [11], że łuszczycyca jest schorzeniem autoimmunologicznym, które jest jednostką chorobową często współistniejącą z innymi zaburzeniami z tego obszaru, takich jak łuszczycowe zapalenie stawów, reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), nieswoiste zapalenia jelit, celiakii, autoimmunologicznych chorób tarczycy [9, 10, 11].

1.2.2. Uwarunkowania genetyczne łuszczycy

U osób predysponowanych wiele czynników wyzwalających może przyczyniać się do wystąpienia choroby i zaostrzenia objawów. Łuszczycyca jest wieloczynnikową dermatozą, w przypadku której czynniki genetyczne odgrywają znaczącą rolę w patogenezie choroby. Zdecydowanie częściej łuszczycyca występuje w rodzinach w szczególności u krewnych

pierwszego i drugiego stopnia. Szacuje się, że ryzyko rozwoju choroby u bliźniąt jednojajowych (do 70% przypadków) jest 2-3 razy wyższe w porównaniu do bliźniąt dwujajowych (do 20% przypadków). Przypuszcza się, że w przypadku, gdy jedno z rodziców jest chore, szansa na wystąpienie dermatozy u dziecka wynosi około 20%, natomiast w rodzinie bez łuszczycy w wywiadzie, około 2% [12, 13].

Uważa się, że mechanizmy ekspresji genów skutkują zmianą ekspresji poszczególnych genów i zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia choroby. Liczne doniesienia dotyczące badania ekspresji genów podkreślają rolę procesów epigenetycznych w chorobach zapalnych, w tym w łuszczycy. Epigenetyka jest dziedziną badań skupiającą się na dziedzicznych mechanizmach ekspresji genów, które nie są zależne od zmian w sekwencji DNA. Dane literaturowe dotyczące epigenetyki łuszczycy, w tym odpowiedzialnych za podatność na chorobę, wskazują na geny PSORS1- PSORS10 (*psoriasis susceptibility locus 1-10*). Najsilniejsze powiązanie z łuszczycą wykazuje locus PSORS1 – obszar chromosomu zajmowany przez gen zlokalizowany w segmencie głównego kompleksu zgodności tkankowej na chromosomie 6p21. Głównym allelem związanym z rozwojem łuszczycy jest HLA-Cw *06, który jest związany z wczesnym początkiem i ciężkim przebiegiem choroby, odpowiedzialnym za 35–50% predyspozycji do łuszczycy wczesnej [13, 14, 15]. Pomimo znacznego postępu na tej płaszczyźnie, wiele obszarów dotyczących patogenezy i zapobiegania chorobie wymaga wciąż dalszych badań [13, 15].

Z kolei według Naldi [16] dziedziczność wieloczynnikowa, która obejmuje interakcję między czynnikami genetycznymi i środowiskowymi, jest hipotetycznym modelem przyczynowości łuszczycy. Autor podkreśla, że pomiary dziedziczności wskazują, że aż od 50% do 90% fenotypu łuszczycy jest związane z czynnikami genetycznymi, natomiast pozostała zmienność warunkowana czynnikami środowiskowymi [16].

1.2.3. Czynniki wywołujące manifestację łuszczycy

Łuszczycy może być wywoływana i zaostrzana przez wiele czynników, w tym infekcje, uszkodzenia ciągłości skóry i naskórka, otyłość, stres, czy leki. Początkowe etapy zmian łuszczycowych obejmują między innymi aktywację immunologiczną keratynocytów lub fibroblastów w skórze, co w konsekwencji prowadzi do zainicjowania autozapalenia i ostatecznie niekontrolowanej hiperprolifracji keratynocytów oraz powstawania blaszek łuszczycowych. Wskazuje się na związek poszczególnych determinantów wywołujących nowe zmiany chorobowe ze stanem zapalnym, co stanowi punkt wspólny w etiopatogenezie

łuszczycy. Często zdarza się, że choremu towarzyszy jednocześnie kilka czynników wyzwalających manifestację choroby, co stanowi znaczne utrudnienie w przebiegu leczenia.

Tabela 1. Zewnętrzne i wewnętrzne czynniki ryzyka wystąpienia i zaostrzenia łuszczycy. Opracowanie własne na podstawie źródła [19].

Czynniki ryzyka wystąpienia i zaostrzenia łuszczycy	
Zewnętrzne	Wewnętrzne
Leki	Otyłość
Infekcje	Cukrzyca
Palenie tytoniu	Nadciśnienie tętnicze
Alkohol	Stres
Uszkodzenia skóry	Dyslipidemia
Styl życia	Zespół metaboliczny
Zanieczyszczenie powietrza	Zaburzenia hormonalne

Otyłość

Otyłość można zdefiniować jako rozrost tkanki tłuszczowej, a mediatory wydzielane przez tkankę tłuszczową prowadzą do stanu zapalnego o niskim stopniu nasilenia. Według doniesień, patogenetyczny związek między otyłością a łuszczycą może mieć charakter zapalny z udziałem makrofagów, prozapalnych adipokin i cytokin. Co ważne, nadekspresja cytokin prozapalnych i przeciwzapalnych jest jednym z najważniejszych elementów w patogenezie łuszczycy.

Otyłość jest ważnym czynnikiem ryzyka łuszczycy - pacjenci z łuszczycą mają znacznie wyższą częstość występowania nadwagi, a także wyższe ryzyko otyłości. Związek między tymi dwoma schorzeniami jest prawdopodobnie dwukierunkowy, z otyłością predysponującą do łuszczycy, jak również łuszczycą sprzyjającą otyłości. Schorzenie to uważa się za przewlekły stan zapalny o niskim stopniu nasilenia, przy czym sama tkanka tłuszczowa jest aktywnym narządem endokrynnym, odgrywającym istotną rolę w metabolizmie lipidów, glukozy, zapaleniu oraz procesach zależnych od insuliny. Makrofagi są kluczowym typem komórek odpornościowych, które utrwalają stan zapalny w tkance tłuszczowej. Aktywowane makrofagi w tkance tłuszczowej stymulują adipocyty do wydzielania mediatorów stanu zapalnego, które ustanawiają i utrzymują stan zapalny związany z otyłością. W tkance tłuszczowej wytwarzane są prozapalne adipokiny, takie jak TNF- α , IL-6, leptyna i adiponektyna. Zablokowanie szlaku

sygnałowego TNF- α i wpływa na cykl zapalny łuszczycy, leptyna z kolei jest ważnym regulatorem stanu metabolicznego i wpływa na odpowiedzi zapalne oraz immunologiczne. Leptyna może zwiększać funkcje immunologiczne, w tym produkcję cytokin zapalnych w makrofagach, chemotaksję granulocytów i zwiększoną proliferację Th17, które to są istotne w patofizjologii łuszczycy [17]. Analizy skupiające się na wpływie czynników wpływających na występowanie łuszczycy wskazują, że otyłość koreluje ze stanem prozapalnym, a nadwaga może pogarszać łuszczycę. Dane literaturowe podają także, że odnotowuje się średnio dwukrotnie zwiększone ryzyko rozwoju łuszczycy w przypadku otyłości w porównaniu z osobami o prawidłowej masie ciała. Na każdą jednostkę wzrostu BMI odnotowuje się wyższe ryzyko wystąpienia łuszczycy i wyższe ryzyko zwiększenia wyniku PASI. Co istotne, u osób otyłych występuje więcej przewlekłych stanów zapalnych, co dodatkowo zwiększa ryzyko wystąpienia łuszczycy [17, 18, 19].

Otyłość wpływa również na leczenie łuszczycy poprzez oddziaływanie zarówno na farmakokinetykę, jak i farmakodynamikę leków. Otyli pacjenci z łuszczycą często wykazują zmniejszoną odpowiedź na leczenie ogólnoustrojowe i biologiczne. Zrozumienie dwukierunkowych zależności między otyłością a łuszczycą jest również ważne dla określenia profilu ryzyka chorób współistniejących, które mogą być konsekwencją otyłości [17, 18, 19].

Dyslipidemia

Łuszczycą jest związana z otyłością, natomiast nadmiar tkanki tłuszczowej może przyczyniać się do dyslipidemii – zaburzonego poziomu lipidów we krwi. U pacjentów z łuszczycą obserwuje się większą częstość występowania dyslipidemii, która to prawdopodobnie wzrasta wraz z nasileniem łuszczycy. Chociaż dyslipidemia jest związana z nieprawidłowościami immunologicznymi, nadal nie jest pewne, czy wpływa ona na początek i zaostrzenie łuszczycy [19].

Używki

Palenie tytoniu i picie alkoholu może wywoływać łuszczycę poprzez różne mechanizmy, w tym zaburzenia immunologiczne, takie jak hiperproliferaacja keratynocytów i nadekspresja cytokin prozapalnych. Dokładne mechanizmy, za pomocą których używki te wywołują łuszczycę nadal stanowią obszar wymagający dalszych analiz, celem zweryfikowania dokładnego związku między konsumpcją tytoniu i alkoholu a łuszczycą [18]. Wskazuje się, że alkohol może bezpośrednio i pośrednio zwiększać produkcję cytokin prozapalnych z wielu typów komórek, prowadząc do utrzymującego się ogólnoustrojowego

stanu zapalnego i promując proliferację limfocytów. Wskutek tego u chorych, którzy spożywają alkohol, częściej mogą pojawiać się zaostrzenia łuszczycowe [19, 20].

Palenie tytoniu lub narażenie na bierne palenie jest możliwym czynnikiem ryzyka łuszczycy. Powody, dla których palenie tytoniu jest czynnikiem potencjalnym są bardzo złożone, ze względu na szereg toksyn zawartych w papierosach. Wiele mechanizmów patofizjologicznych łączy palenie tytoniu z łuszczycą. Palenie prowadzi do stresu oksydacyjnego, zmniejsza liczbę przeciwutleniaczy i może zwiększać dysfunkcję śródbłonna naczyńowego. Zwiększona ekspozycja na wolne rodniki, które są składnikami dymu papierosowego, może wywoływać kaskadę zaburzeń ogólnoustrojowych, w tym właśnie rozwój łuszczycy. Nikotyna, poprzez szlaki aktywujące nikotyne, może zwiększać wydzielanie cytokin, takich jak IL-12, IL-2, TNF, INF- α . Wskazuje się także na związek między paleniem tytoniu a nasileniem łuszczycy - wyższe wyniki PASI obserwuje się u pacjentów z łuszczycą, którzy byli palaczami, w porównaniu z pacjentami niepalącymi. Chandran et. al. [21] podkreślają, że palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka rozwoju łuszczycy i istnieje zależność dawka - efekt związek pomiędzy wielkością narażenia na substancję chemiczną a nasileniem efektu jej biologicznego działania w organizmie. Niektórzy autorzy podają także, że u pacjentów z łuszczycą obserwuje się, że chorzy na łuszczycę częściej są palaczami w porównaniu do zdrowych – palą oni również więcej papierosów niż osoby bez łuszczycy [18, 20, 21].

Nadciśnienie tętnicze

Chociaż łuszczycyca i nadciśnienie tętnicze mają wspólne czynniki ryzyka takie jak otyłość i palenie tytoniu, wskazuje się także na niezależny związek łuszczycy z nadciśnieniem tętniczym po uwzględnieniu tych czynników ryzyka. Kamiya et. al. [19] zwracają uwagę, że wśród chorych na łuszczycę częściej obserwuje się występowanie nadciśnienia tętniczego, oraz, że ciężka łuszczycyca jest związana z większą częstością występowania nadciśnienia tętniczego. Mechanizmy leżące u podstaw tego związku pozostają jednak nieznane [19].

Cukrzyca

Na częstość występowania cukrzycy zasadniczo wpływają pochodzenie etniczne i czynniki związane ze stylem życia. Istnieje jednak wyraźny związek między cukrzycą a łuszczycą [19]. Łuszczycyca jest markerem zwiększonego ryzyka cukrzycy typu 2 niezależnie od jej nasilenia. Nie jest jasne, która choroba występuje jako pierwsza, łuszczycyca

czy łuszczyca typu 2. Otyłość przyczynia się do występowania cukrzycy, jest też czynnikiem ryzyka łuszczycy. Z kolei cukrzyca typu 1 jest przewlekłą chorobą charakteryzującą się niedoborem insuliny z powodu autoimmunologicznego zniszczenia komórek β trzustki produkujących insulinę, co prowadzi do hiperglikemii. Podobnie jak w przypadku łuszczycy, w patogenezie cukrzycy typu I istotne znaczenie mają cytokiny prozapalne. Chociaż cukrzyca typu 1 może nie przyczyniać się bezpośrednio do patogenezy łuszczycy, oś TNF- α /IL-23/IL-17 odgrywa kluczową rolę w patogenezie zarówno łuszczycy, jak i cukrzycy typu 1 [19].

Leki

Doniesienia literaturowe wskazują, że niektóre leki mogą inicjować łuszczycę, zaostrzać istniejące wcześniej zmiany łuszczycowe i wywoływać oporną na leczenie postać łuszczycy. Objawy łuszczycy z reakcją polekową są zróżnicowane, od łuszczycy plackowatej do ciężkiej erytrodermii. Ponadto szybkie odstawienie ogólnoustrojowych lub miejscowych kortykosteroidów o dużej sile działania może spowodować efekt odbicia, czyli nasilenie objawów po odstawieniu, a które to nie występowały podczas jego przyjmowania lub podczas terapii większą dawką, i wywołać pogorszenie łuszczycy. Często trudno jest zidentyfikować przyczyny łuszczycy związane z lekami, a mechanizmy, za pomocą których substancje lecznicze wywołują łuszczycę, są skomplikowane i nie do końca poznane. W optymalnym leczeniu łuszczycy istotne jest zidentyfikowanie tych leków, ale w codziennej praktyce klinicznej może być szczególnie trudne. Okres między rozpoczęciem przyjmowania leków a wystąpieniem łuszczycowych zmian skórnych może się znacznie różnić w zależności od leku. Jako te mające wpływ na przebieg łuszczycy wskazuje się beta-adrenolityki, niesteroidowe leki przeciwzapalne, leki przeciwwirusowe, inhibitory konwertazy angiotensyny, interferony, sole litu, tetracykliny, czy syntetyczne leki przeciwmalaryczne [20, 22].

Jedną z hipotez, dotyczącą wpływu leków na przebieg łuszczycy, sugeruje, że istnieje interakcja między TNF- α i IFN- α . IFN- α jest ważną cytokiną należącą do glikoprotein, która kontroluje naturalną odporność i jest wytwarzana głównie z plazmacytoidalnych komórek dendrytycznych pod wpływem bodźców, takich jak infekcja lub uraz. IFN- α jest również identyfikowany jako kluczowy element we wczesnej fazie indukcji łuszczycy [18, 20]. TNF- α wpływa w pewnym stopniu na regulację IFN- α , hamując jego produkcję. Terapie anty-TNF- α są często stosowane celem powstrzymania stanu zapalnego w przypadku przewlekłych zaburzeń immunologicznych. Dlatego terapia anty-TNF- α może zwiększać ekspresję IFN- α na poziomie tkankowym i indukować łuszczycę [18 – 20].

Czynniki psychologiczne

Łuszczyca ma znaczący wpływ na jakość życia. Pojawienie się zmian skórnych w łuszczycy może prowadzić do zaburzeń psychicznych: które najczęściej obejmują zaburzenia snu, dysfunkcje seksualne, zaburzenia osobowości, zaburzenia lękowe, zaburzenia adaptacyjne i depresyjne [19, 20].

Stres i depresja mogą odgrywać rolę w rozwoju i nasileniu objawów łuszczycy, co prowadzi to do błędnego koła, które pogarsza obie choroby - łuszczycę i depresję. Stres psychologiczny jest powszechnie uważany za dobrze znany czynnik wywołujący łuszczycę, a wielu pacjentów z łuszczycą, uważa, że zaostrza on łuszczycę. Co istotne, jest on związany ze zmianami w regulacji układu odpornościowego i aktywacją nieprawidłowych limfocytów T, które wpływają na dermatozę. Biologiczne powiązania między łuszczycą a depresją są obecnie często podejmowane przez badaczy, a częstość występowania tego rodzaju zaburzeń waha się od 10 do 62% według różnych doniesień naukowych [18 – 20].

Łuszczyca może być również związana ze zmianami osobowości. Pacjenci z łuszczycą mają wyższe ryzyko wystąpienia objawów psychopatologicznych, a dermatozę ma istotny wpływ na kształtowanie osobowości pacjenta w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania. U chorych wskazuje się także na niską samomotywację, uległość, zależność od innych, brak inicjatywy. Pacjenci z łuszczycą często odczuwają zdenerwowanie i dużą presję z powodu swojego wyglądu. W związku z tym nie są skłonni do podejmowania codziennej aktywności fizycznej lub przyłączania się do działań społecznych [18 – 20].

Infekcje

W literaturze tematu znaleźć można doniesienia dotyczące związku między łuszczycą a zakażeniami bakteryjnymi, wirusowymi, czy grzybiczymi. Grzyby z rodzaju *Malassezia* są lipofilnymi drożdżakami występującymi na skórze. Nie ustalono jednoznacznie, czy grzyby te mogą inicjować rozwój zmian łuszczycowych, jednak wskazuje się na ich udział w przypadkach zaostrzeń choroby. Ponadto wirusy takie jak retrowirusy, wirusy brodawczaka ludzkiego, czy ludzki wirus niedoboru odporności HIV również mają związek z łuszczycą. Zakażenie HIV może zainicjować łuszczycę, ale również wpływać negatywnie na zaostrzenia choroby [19]. Wskazuje się także na występowanie łuszczycy po zakażeniu paciorkowcami, m.in. *Streptococcus pyogenes* - paciorkowiec ropny, czy *Staphylococcus (S.) aureus* – gronkowiec złocisty. Szacuje się, że występowanie gronkowca złocistego i rozregulowanie mikrobiomu skóry dotyczy średnio 60% chorych na łuszczycę w porównaniu do 5-30% osób

zdrowych. Ponadto wykrywalność grzybów z gatunku *Candida* jest znacznie wyższa u pacjentów z łuszczycą w porównaniu do zdrowych osób, nie tylko w obrębie skóry, ale zwłaszcza w środowisku błony śluzowej jamy ustnej.

Urazy mechaniczne

Funkcję bariery fizycznej skóry pełni głównie naskórek. Warstwa rogowa naskórka zapobiega uszkodzeniom struktury oraz stanowi o przenikaniu substancji i patogenów dzięki swojej strukturze zbudowanej z wielowarstwowego nabłonka płaskiego rogowaciejącego. Funkcje bariery immunologicznej pełnione są głównie przez wyspecjalizowane komórki odpornościowe znajdujące się zarówno w naskórku i skórze właściwej. Połączenie funkcji fizycznych i immunologicznych stanowi o prawidłowej barierze skórno-naskórkowej i jej homeostazie. W łuszczycy bariera ta ulega rozregulowaniu [23].

Swędzenie jest częstym objawem łuszczycy i ma wpływ na naruszenie bariery skórnej w zmianach łuszczycowych poprzez wywołanie stanu zapalnego. Patofizjologia świądu w łuszczycy jest złożona i obejmuje udział m.in. neuropeptydów, neuroprzekaźników, cytokin. Drapanie aktywuje neurony czuciowe i wyzwała z ich udziałem neuropeptydy prozapalne, co może dodatkowo nasilać zaburzenia homeostazy skóry w łuszczycy. Uszkodzenie skóry u chorych osób prowokuje do produkcji typowych dla stanu zapalnego IFN typu 1, TNF- α , IL-6 i IL-36 w keratynocytach, przez co często inicjowane są zmiany łuszczycowe. Charakterystycznym dla obrazu łuszczycy jest objaw Koebnera, który pojawia się zawsze w wyniku zadrapania, drobnego, miejscowego urazu, czy przerwania ciągłości naskórka, zazwyczaj po ok. 8 - 14 dniach od skaleczenia. Oparzenia słoneczne i chemiczne, miejsca po iniekcjach, blizny, ale również okolice, gdzie elementy odzieży stykają się ze skórą i powodują ucisk, czy noszenie ciasnych ubrań z syntetycznych, nieprzewiewnych materiałów, mogą również stanowić obszar wystąpienia nowych zmian łuszczycowych [23, 24].

Hormony

Hormony mają również istotny wpływ na nasilenie objawów klinicznych łuszczycy. Na istnienie tego zjawiska wskazywać mogą szczyty zachorowań w okresie dojrzewania i menopauzy, a także okresy około 30. i 50. roku życia. Z tego powodu wahania hormonalne, poważne zmiany i zaburzenia hormonalne mogą stanowić czynniki ryzyka, wyzwalające lub modulujące rozwój łuszczycy [25, 26].

Estrogeny wykazują wpływ na odpowiedzi immunologiczne, modulując rozwój i aktywację komórek odpornościowych poprzez wpływ i kontrolując ekspresję różnych cytokin. Spadek stężenia estrogenów skutkuje nasileniem i zaostrzeniem zmian łuszcycowych. Obniżenie poziomu tych hormonów wiąże się zazwyczaj z okresem menopauzy, czasem przed krwawieniem menstruacyjnym lub połogiem. Nierzadko to właśnie wymienione okresy życia wiążą się z pierwszym wysiewem zmian łuszcycowych u kobiet, szczególnie przed pierwszą miesiączką u dziewcząt oraz w okresie menopauzy, natomiast w okresie połogu zdecydowanie dochodzi do zaostrzenia łuszczy. Z kolei wzrost estrogenów i progesteronu, typowe dla okresu ciąży, wiąże się z poprawą zmian skórnych i pozytywnie wpływa na przebieg dermatozy. Zależność tę obserwuje się, w zależności od źródeł, u od 30% do nawet 65% ciężarnych, a około 10- 20% przyszłych matek obserwuje nasilenie dermatozy lub nie zauważa zmian w przebiegu choroby. Także rozpoczęcie doustnej terapii hormonalnej opartej o wysokie dawki estrogenów może pozytywnie wpływać na poprawę stanu klinicznego pacjentek.

W przypadku mężczyzn chorych na łuszcycę obserwuje się obniżone stężenie testosteronu w porównaniu osób zdrowych. Wskazuje się, że DHEA – dehydroepiandrosteron, steroidowy prekursor androgenów i estrogenów wykazuje zdolność do hamowania aktywności enzymu dehydrogenazy glukozy-6-fosforanowej, który charakteryzuje się nasiloną aktywnością w cyklu komórkowym, w przebiegu łuszczy. Można zatem przypuszczać, że właśnie obniżone stężenie dehydroepiandrosteronu ma wpływ na przebieg łuszczy [25].

Hormony tarczycy posiadają receptory ulegające ekspresji w skórze i są ważnymi czynnikami, które mogą stymulować proliferację komórek skóry, zwiększając poziom naskórkowego czynnika wzrostu. U chorych na łuszcycę obserwuje się wzrost stężenia hormonów tarczycy – tyroksyny (T₄, TT₄) i trójiodotyroniny (T₃), wpływających na wzrost stężenia naskórkowego czynnika wzrostu, który to doprowadza do nadmiernej proliferacji naskórka. Ponadto u chorych z podniesionymi wartościami T₃, T₄ i TT₄ wskaźnik PASI (wskaźnik ciężkości i rozległości łuszczy) oscyluje na wyższym poziomie niż u pacjentów łuszcycowych bez zwiększonych stężeń hormonów tarczycy [25, 26].

Hormony osi podwzgórze-przysadka-nadnercza mają istotny wpływ na układ immunologiczny, wiążąc się jednocześnie z reakcjami stresowymi organizmu. Kortyzol, hormon uwalniający kortykotropinę i adrenalina stanowią w sposób znaczny o procesie immunomodulacji, na który wpływ na silny stres. Adrenalina indukuje liczne odpowiedzi immunologiczne promując odpowiedzi makrofagów poprzez zwiększenie wydzielania cytokin

TNF- α , IL-1, IL-10 oraz reguluje poziom funkcji limfocytów T i B. Jej podniesione stężenie obserwuje się w przypadku remisji łuszczycy. Z kolei w przypadku kortyzolu wzrost stężenia obserwuje się na etapie zaostrzenia dermatozy. Hormon uwalniający kortykotropinę w okresach nasilonego stresu stymuluje produkcję interleukin w keratynocytach oraz wywołuje efekt prozapalny i aktywuje mastocyty. W przypadku zmian łuszczycowych obserwuje się zwiększoną liczbę mastocytów, interleukin, występuje także oczywisty proces zapalny, co wskazuje na istotność hormonu uwalniającego kortykotropiny w patogenezie łuszczycy [25, 26].

Prolaktyna jest hormonem przysadki mózgowej odpowiedzialnym za laktację, przy jednoczesnym pozaprzysadkowym wydzielaniem przez komórki układu immunologicznego [25, 27]. Jako czynnik regulujący prolaktyna pełni istotną rolę w przebiegu różnicowania, proliferacji, czy rozwojem stanu zapalnego, ale także przy udziale swoistych receptorów wykazuje działanie immunomodulujące w schorzeniach autoimmunologicznych takich, jak łuszczyca [27]. Hiperprolaktynemia określa stan organizmu, kiedy to obserwowany jest wzrost stężenia tego hormonu w surowicy. Dane literaturowe wskazują, że prolaktyna jest związana z etiopatogenezą łuszczycy, a w szczególności przypuszczenia te są poparte faktem, że łuszczyca może ulec zaostrzeniu podczas rozwoju gruczolaka przysadki mózgowej [25]. Dodatkowo u ok. 30% chorych na łuszczycowe zapalenie stawów, obserwuje się znacznie podwyższony poziom prolaktyny [27]. Spadek stężeń prolaktyny w surowicy zauważalny jest natomiast w przypadku leczenia systemowego pacjentów łuszczycowych. Przypuszczać zatem należy, że hormon ten stanowi jeden z elementów nasilających łuszczycę oraz jej indukcję, jak również łuszczycowego zapalenia stawów [25, 27].

1.3. Obraz kliniczny i przebieg łuszczycy

Łuszczyca cechuje się występowaniem grudkowych, złuszczejących się wykwitów skórnych i schodzących bez pozostawienia trwałego śladu oraz nawrotowym i przewlekłym przebiegiem. W przebiegu choroby, także w zależności od jej postaci, czy indywidualnego przypadku, występuje mnogość i niejednorodność obrazu morfologicznego i nasilenia zmian od postaci łagodnych, występowania śladowych wykwitów skórnych, które zajmują niewielkie i ograniczone obszary ciała, do takich, gdzie przebieg dermatozy jest znacznie nasilony, z zajęciem całej skóry chorego, a czasem i stawów, skutkując poważnymi następstwami zdrowotnymi, nawet niepełnosprawnością [28].

Dermatozę tę można zdefiniować jako chorobę grudkowo-krostkową charakteryzującą się zaburzoną keratynizacją, objawiającą się dobrze odgraniczonymi rumieniowymi blaszkami z dosyć nieregularnymi ich granicami, srebrzystymi, wypukłymi łuskami. Jednym z początkowych, typowych objawów choroby jest jej postać zwana objawem Köebnera, co stanowi formę aktywną choroby. Zmiany takie pojawiają się w następstwie miejscowego, niewielkiego urazy epidermy, zwykle po około tygodniu do dwóch tygodni od wystąpienia przerwania ciągłości, podrażnienia lub zadrapania naskórka. Objaw ten nie występuje natomiast w przypadku remisji choroby [28-31].

Charakterystycznym wykwitem skórny łuszczycy jest grudka, w rozmiarze około 1-2 mm w początkowym stadium choroby, o barwie czerwono-brunatnej, o skłonnościach do nadmiernej proliferacji. Co istotne, zmiany te pokryte są wspomnianą srebrzystą łuską i występując pojedynczo lub w nagromadzeniu określane są jako blaszki łuszczycowe. Typowym zmianom łuszczycowym towarzyszy pogrubienie i wyraźny kontrast zajętego chorobowo naskórka od skóry zdrowej, a także rumień, pieczenie i swędzenie oraz stan zapalny. W przypadku, gdy łuska łuszczycowa zostanie zdrapana z powierzchni grudki, tworzy się połyskująca warstewka płatków, które wyglądem przypominają zeszkrobany wosk, nazywana objawem świecy stearynowej. U chorych na łuszczycę położenie naczyń krwionośnych jest płytsze niż w skórze zdrowej, dlatego wskutek zdrapania łuski, często mocniejszego drapania niż przy objawie świecy stearynowej, pojawiają się punktowe krwawienia w danym miejscu określane objawem Auspitz [28, 32-34].

W miarę postępu choroby, od pojedynczych, rozsianych drobnych zmian, nastąpić może zajęcie wielu obszarów, w zależności od przypadku, lokalizacji, czy nasilenia, zmiany mogą występować zlewać się na rozległe partie ciała. Rozwinięte zmiany łuszczycowe mają znacznie większe rozmiary, niż na samym początku choroby, wielkości kilku centymetrów, a ogniska rozszerzają się obwodowo, z ustępowaniem w obszarze środkowym i tworzeniem zewnętrznych obrączek. Wykwity, które towarzyszą choremu od kilku miesięcy do nawet kilku lat stają się znacznie pogrubiałe i cechują się hiperkeratolityczną, nierówną powierzchnią. Ponadto blaszki są często swędzące i bolesne, co staje się uciążliwym problemem dla chorych, szczególnie w fazie zaostrzenia choroby. Nierzadko intensywny wysyp zmian wiąże się ze stanem zapalnym organizmu bądź przebytą infekcją u chorego, a stopień nasilenia zmian może być szeroki – od pojedynczych zmian do ciężkich przypadków z cechami erytrodermii [28, 30, 35].

Zmiany skórne w łuszczycy najczęściej występują na łokciach i kolanach – powierzchni skórnej prostowników stawów, owłosionej skórze głowy, okolicy zausznej, szczelinie międzypośladkowej, dłoniach, stopach i podeszwach, okolicach narządów płciowych i odbytu, tułowiu, okolicy łędźwiowo- krzyżowej, twarzy i paznokciach. Zmiany mogą dotyczyć jednego lub więcej obszarów ciała. W miejscach, gdzie potliwość ciała jest zdecydowanie większa, wykwity mogą ograniczać się jedynie do rumienia bez łusek [28, 35].

Przebieg choroby może być zatem bardzo różny. W przypadku łuszczycy typu I częściej zdarzają się rozległe wysiewy zmian chorobowych i częste nawroty choroby. W przypadku typu II tej dermatozy u chorego zdarzać się mogą kilkumiesięczne lub kilkuletnie okresy bezobjawowe, a zmiany łuszczycowe są mniej rozległe [28, 36].

Ocena morfologii wykwitów i typowe umiejscowienie zmian skórnych w przebiegu choroby stanowi rozpoznanie łuszczycy. W przypadkach, gdy występują wątpliwości co do rozpoznania, zaleca się podjęcie biopsji i badania histologicznego celem weryfikacji wycinka zmienionej chorobowo skóry bądź zastosowania dermatoskopii, szczególnie w sytuacjach podejrzenia łuszczycy paznokci czy łuszczycy skóry głowy, pomocna może być kolejno onychoskopia i trichoskopia [36]. Rozpoznanie różnicowe z kolei stanowi ustalenie schorzenia przez wykluczenie podobnych jednostek chorobowych o podobnych objawach i w przypadku łuszczycy schorzeniami w diagnostyce różnicowej są wyprysk łojotokowy, przyłuszczycza grudkowa, grzybica skóry gładkiej, łupież różowy Gilberta, liszaj płaski, nekroliza naskórkowa, krostkowa osutka polekowa, czy podostry toczeń rumieniowaty w odmianie łuszczycopodobnej. W przypadku zmian obejmujących dłonie i stopy wyklucza się wyprysk, grzybicę oraz zmiany krostkowe dłoni i stóp [28].

1.4. Postacie kliniczne łuszczycy

Klinicznie wyodrębnić można 4 podstawowe typy łuszczycy, jednak z uwagi na fakt mnogości zmian skórnych ze względu na ich wielkość, kształt, czy lokalizację, należy wyróżnić kilka podtypów każdego z poniżej wymienionych:

- łuszczycę zwyczajną (*psoriasis vulgaris*),
- łuszczycę krostkową (*psoriasis pustulosa*),
- łuszczycę stawową (*psoriasis arthropatica*),

- erythrodermię łuszczycową (*erythrodermia psoriatica*) [37].

Łuszczyca zwyczajna (znana również jako przewlekła łuszczyca zwykła lub łuszczyca plackowata) jest najczęściej spotykaną postacią kliniczną tej dermatozy i szacuje się, że stanowi prawie 90% przypadków. Klinicznie ma postać wykwitów rumieniowych z ostrymi granicami i pokrytych perłowymi, srebrzystymi łuskami. Oprócz typowych dla łuszczycy objawów świecy stearynowej czy Auspitz, czasem obserwuje się także pierścień Woronoffa, czyli zbieżenie skóry wokół małych zmian łuszczycowych, które jest wynikiem obkurczenia naczyń krwionośnych. Zmiany w łuszczycy pospolitej wykazują symetryczne rozmieszczenie na znacznym obszarze skóry i są najczęściej zlokalizowane na kolanach, łokciach, skórze głowy oraz okolicy krzyżowej, przede wszystkim dotyczą skóry gładkiej. Objawom towarzyszyć może świąd skóry, uczucie pieczenia, ból i tkliwość, pęknięcie skóry, a nawet krwawienie [37, 38].

Łuszczycę zwykłą dzieli się na następujące podtypy w zależności od morfologii zmian skórnych [37]:

- łuszczycę monetowatą, w przypadku której grudki łuszczycowe mają tendencję do zlewania się w ogniska przypominające kształtem i wielkością monety,
- łuszczycę wysiewną, którą stanowią drobne grudki na całej powierzchni skóry; wysiew tego podtypu łuszczycy często związany jest z przebytem zakażeniem bakteryjnym i dotyczy może pierwszych objawów łuszczycy,
- łuszczycę obrączkowatą, której cechą charakterystyczną jest szerzenie się zmian łuszczycowych po obwodzie z zanikiem w centralnej części wykwitów, co przypominać może wyglądem obrączkę,
- łuszczycę geograficzną, gdzie mniejsze zmiany skórne łączą się ze sobą i zlewają w większe obszary, które przypominać wyglądem mogą zarysy kontynentów,
- łuszczycę wyсіękową (wyprzeniowa, odwrócona), gdy zmiany zlokalizowane są w okolicach wyprzeniowych takich jak pachy, pachwiny, okolica podpiersiowa, fałdy skórne, głównym objawem jest intensywny stan zapalny z towarzyszącym wyсіękiem, przy czym nie występuje typowe dla łuszczycy złuszczenie [37].



Rycina 2. Łuszczyca zwykła [10].

Łuszczyca krostkowa wiąże się z występowaniem charakterystycznych niewielkich jałowych krost. Wśród jej odmian wyróżnia się postać ograniczoną stóp i dłoni, ograniczoną rozsianą oraz uogólnioną von Zambuscha. Ta odmiana łuszczycy może występować samodzielnie lub towarzyszyć może łuszczycy zwykłej i rozwijać się na jej podłożu w przypadku, gdy organizm poddany jest silnemu stanowi zapalnemu. W jej przebiegu dochodzi do powstania na typowych zmianach łuszczycowych o rumieniowym podłożu żółtych a następnie brązowych jałowych krost, które lokalizować się mogą na obszarze podeszew i dłoni, dystalnych części palców z towarzyszącą dystrofią paznokci. Uogólnioną łuszczycę krostkową typu von Zambusch określa się jako jej najcięższą postać, która przebiega z objawami ogólnymi takimi jak bóle stawowe, gorączka i złe samopoczucie, natomiast krosty zlewają się w ropne pęcherze, które następnie złuszcza się, a naskórek może spelzać w przypadku niewielkiego potarcia skóry, stanowiąc tym samym tzw. objawy Nikolskiego. Skóra w przypadku tej odmiany staje się bardzo bolesna i intensywnie czerwona, a jednocześnie pokryta obszernymi skupiskami drobnych krost [37, 39, 40].



Rycina 3. Łuszczyca krostkowa [10].



Rycina 4. Łuszczyca krostkowa na podeszwie stopy [10].

Łuszczyca stawowa występuje średnio u 5 do 30% chorych, u których występują wykwity skórne. W przypadkach z ciężkim zajęciem skóry częstość występowania tego typu łuszczycy wzrasta do nawet 40%, a u $\frac{3}{4}$ chorych na łuszczycę stawową, łuszczyca skóry pojawia się przed wystąpieniem objawów w obrębie stawów. U większości pacjentów z łuszczycą stawową obserwuje się zajęcie paznokci. Wyróżnia się kilka odmian łuszczycowego zapalenia stawów: postać zapalenia dystalnych stawów międzypaliczkowych, symetryczne łuszczycowe zapalenie stawów, asymetryczne łuszczycowe zapalenie stawów, łuszczycowe zeszywniające zapalenie kręgosłupa oraz postać okaleczającą, prowadzącą do destrukcji stawów. Zapalenie dystalnych stawów międzypaliczkowych stanowi średnio 10% przypadków i najczęściej dotyczy zajęcia końcowych stawów zarówno stóp i dłoni. Asymetryczne okołostawowe zapalenie stawów: Jest to najbardziej charakterystyczna forma zajęcia stawów występująca w około 11% przypadków [37, 39]. Oprócz głównych stawów, takich jak stawy kolanowe, dystalne i proksymalne stawy międzypaliczkowe, śródrečno-paliczkowe i śródstopno-paliczkowe są dotknięte asymetrycznie. Postać symetryczna przypominać może reumatoidalne zapalenie stawów, natomiast w porównaniu do tej choroby, dystalne stawy międzypaliczkowe są częściej zajęte, a w stawach obserwuje się tendencję do ankylozy, czyli choroby układu mięśniowego i kostno-stawowego skutkującą zeszywnieniem stawów, unieruchomieniem i silnymi dolegliwościami bólowymi. W zależności od źródeł wskazuje się, że częstość występowania tej odmiany choroby mieści się w zakresie 15-61%, a postać ta częściej dotyczy kobiet. Z kolei łuszczycowe zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa występuje stosunkowo rzadko i częściej dotyczy mężczyzn. Postać ta przypomina zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa i cechuje się symetrycznym lub asymetrycznym zajęciem stawów krzyżowo-biodrowych. Postać okaleczająca charakteryzuje się postępującą

osteolizą kości paliczków i śródreżcza, jak również stóp, a nierzadko wiąże się z zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych, powodując deformacje stawów [39, 40, 41].



Rycina 5. Łuszczykowe zapalenie stawów: zmiany obejmujące skórę, paznokcie i stawy dłoni [42].



Rycina 6. Łuszczykowe zapalenie stawów: zmiany obejmujące skórę, paznokcie i stawy stopy [42].

Poza objawami łuszczykowego zapalenia stawów obejmującego stawy, wskazuje się na inne objawy dotyczące skóry i paznokci oraz oczu. U chorych na ŁZS w około 30% przypadków dochodzi do zapalenia spojówek i zapalenia błony naczyniowej oka. W przypadku paznokci uwidaczniają się charakterystyczne zmiany określane mianem „objawu napastrka”, będącego punktowymi zagłębieniami w płytce paznokci oraz podłużne bądź poprzecznie ich rowkowanie. Poza wskazanymi, występować mogą żółte plamy będące wynikiem nadmiernego rogowacenia naskórka pod paznokciami, które określane są jako „plamy oleju”. Szacuje się, że występowanie zmian łuszczykowych na paznokciach dotyczy aż

8 na 10 chorych, co stanowi o czterokrotnie częstszym występowaniu tego rodzaju zmian niż w przypadku chorych na samą łuszczycę [39, 41].



Rycina 7. Łuszczycowe zapalenie stawów: zmiany obejmujące skórę, paznokcie i stawy dłoni [42].

Erythrodermia łuszczycowa jest rzadkim i ciężkim wariantem tej dermatozy, z szacowaną częstością występowania od 1-2,25% wśród pacjentów z łuszczycą [43]. Chorobę charakteryzuje uogólniony rumień zapalny obejmujący około 80-90 % (co najmniej 75%) powierzchni ciała, obrzęk, świąd, słabo odgraniczone blaszki łuszczycowe, wypadanie włosów, a czasami zmiany wysiękowe oraz rozległe rogowacenie, a skóra łuszczy się dużymi płatami, a nie jak przy łuszczycy zwykłej, mniejszymi łuskami. Skóra może sprawiać wrażenie poparzonej, a chory odczuwa silny ból. Ponadto u pacjentów mogą występować liczne objawy ogólnoustrojowe, takie jak gorączka, tachykardia, zmęczenie i złe samopoczucie, dreszcze, odwodnienie, powiększenie węzłów chłonnych, bóle stawowe i mięśniowe, bezsenność, nadmierna potliwość, biegunki, zaparcia, wahania masy ciała, a czasem niewydolność serca. Chorobę można podzielić na dwa ogólne podtypy kliniczne. Pierwszy z nich charakteryzuje się obecnością blaszek łuszczycowych ze stopniowym rozwojem uogólnionej erythrodermii, w której blaszki łuszczycowe pozostają możliwe do odróżnienia od erythrodermii, a przebieg choroby jest stosunkowo stabilny. Drugi podtyp, który jest częściej obserwowany w łuszczycowym zapaleniu stawów, często charakteryzuje się intensywnym rumieniem całego ciała i brakiem wyraźnych blaszek łuszczycowych. Przebieg choroby jest stosunkowo niestabilny i częściej wiąże się z zaburzeniami parametrów życiowych, w związku z czym rokowania nie są korzystne, a nawet wystąpić może zgon pacjenta. Pierwszy podtyp kliniczny jest często związany z bardziej przewlekłym i długotrwałym przebiegiem, podczas gdy drugi


podtyp jest bardziej związany z ostrym, szybko postępującym i nawracającym przebiegiem [39, 43].



Rycina 8. Erytrodermia łuszczycowa [44, 10].

Poza podstawowymi typami łuszczycy wyróżnia się także te, które stanowią odmiany głównych rodzajów tej dermatozy oraz te, które są charakterystyczne ze względu na wielkość i kształt oraz lokalizację zmian chorobowych. Poszczególne typy przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 2. Charakterystyka wybranych typów łuszczycy. Opracowanie własne na podstawie źródła [45 – 55].

Typy łuszczycy	Charakterystyka typów łuszczycy
<p data-bbox="277 1379 555 1413">Łuszczyca zadawniona</p>  <p data-bbox="277 1951 738 1984">Rycina 9. Łuszczyca zadawniona [45].</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1011 1379 1401 1464">• odmiana łuszczycy zwyczajnej <li data-bbox="1011 1485 1401 1619">• występujące nieczynne ogniska chorobowe o pogrubionym nabłonku <li data-bbox="1011 1639 1401 1872">• zgrubiała, hiperkeratyczna powierzchnia na wykwitach skórnych o żółtym lub zielonkawym odcieniu <li data-bbox="1011 1892 1401 2027">• zmiany skórne bardzo widoczne, twarde, uwypuklone

	<ul style="list-style-type: none"> • lokalizacja obejmuje łokcie, kolana, okolice lędźwiowo-krzyżową • rozpoznawana u osób, u których późno rozpoznano chorobę bądź osób, które nie wdrożyły zalecanego leczenia • występująca u osób stosujących niewłaściwie dobrane produkty pielęgnacyjne bądź niezgodnie z ich przeznaczeniem [45].
<p>Łuszczyca brodawkująca</p>  <p>Rycina 10. Łuszczyca brodawkująca [46].</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rzadka odmiana łuszczycy • Zmiany skórne charakteryzujące się brodawkowatym wyglądem zamiast typowej blaszki łuszcycowej • Występująca blaszka brodawkowata pokryta grubą łuską • Narośle hiperkeratotyczne • Lokalizacja: obszary, gdzie skóra narażona jest na otarcia, powierzchnie prostowników kończyn górnych i dolnych, tułów, skóra głowy, okolice narządów płciowych • Może myć myłona z brodawkami zwykłymi, kontaktowym zapaleniem skóry, infekcjami grzybiczymi [46, 47, 48].

Łuszczyca brudźcowa



Rycina 11. Łuszczyca brudźcowa na łokciu [49].


- Rzadka odmiana łuszczycy zwyczajnej
- Występują strupy i łuski na podłożu zapalnym, mogą być wilgotne
- Określana jako zadawniona postać łuszczycy wysiękowej
- Lokalizacja zmian: pachy, pachwiny, zgięcia łokciowe i kolanowe, szpara międzypośladkowa, dłonie, stopy, paznokcie
- W nasilonych przypadkach towarzyszące dolegliwości stawowe [49].

Łuszczyca kropelkowata



Rycina 12. Łuszczyca kropelkowata [51].

- Mniej powszechna postać łuszczycy
- Objawia się licznymi, małymi łuszczącymi się blaszkami w kształcie kropli
- Zwykle pojawia się w okresie 3-4 tygodni po zakażeniu paciorkowcami
- Może być błędnie diagnozowana jako alergia na antybiotyki stosowane w trakcie leczenia infekcji bakteryjnej
- Zazwyczaj ustępuje samoistnie w ciągu kilku tygodni lub miesięcy bez leczenia

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lokalizacja zmian obejmuje tułów, kolana, łokcie, skórę głowy, uszy i twarz ○ Nie pojawia się na dłoniach, podszwach stóp, paznokciach [50]
<p>Łuszczyca paznokci</p>  <p>Rycina 13. Łuszczyca w obrębie paznokci [52].</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Powszechna odmiana łuszczycy • Występuje szacunkowo u ¼ chorych • Może dotyczyć nawet 90% chorych na łuszczycowe zapalenie stawów • Najczęstsze objawy kliniczne stanowią: <ul style="list-style-type: none"> ○ wgłębienia i bruzdy w płytce paznokciowej, ○ kruche i łamliwe paznokcie, ○ naporstkowanie, ○ onycholiza – oddzielanie się płytki paznokcia od łożyska, ○ żółte plamy podpaznokciowe określane jako „plamy olejowe”, hiperkeratoza podpaznokciowa, ○ plamy krwi pod płytką paznokcia, tzw. krwotoki odłamkowe • w diagnostyce różnicowej rozróżniana z grzybicą paznokci [53].
<p>Łuszczyca owłosionej skóry głowy</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Skóra głowy jest jednym z obszarów najczęściej



Rycina 14. Łuszczyca owłosionej skóry głowy [55].

dotkniętych łuszczycą, nawet około 80% przypadków łuszczycy

- Może występować samodzielnie lub towarzyszyć innym typom łuszczycy
- Cechuje się występowaniem czerwonych, zgrubiałych blaszek ze srebrno-białą łuską w obrębie linii włosów
- Może zajmować skórę głowy, kark, uszy i okolice zauszną
- Wiąże się ze świądem i łuszczeniem zmian skórnych
- Może skutkować wypadaniem włosów [53, 54].

1.5. Farmakologiczne i nefarmakologiczne metody terapii łuszczycy

Łuszczyca jest przewlekłą, nawracającą chorobą charakteryzującą się długim przebiegiem i powolnym postępem, wymagającą czasochłonnego, systematycznego i często kosztownego dla pacjenta leczenia [56]. Celem leczenia jest zmniejszenie nasilenia choroby i poprawa poziomu jakości życia pacjentów, a osiągnięcie tych celów wymaga zrozumienia zarówno przez zespół terapeutyczny pełnego wpływu choroby na życie pacjenta, jak i rezultatów, które mają największe znaczenie dla chorych [57]. Niestety, mimo terapii ukierunkowanych molekularnie, coraz częściej obserwuje się lekooporność, co wynika to z braku odpowiedzi klinicznej, a tym samym uniemożliwia skuteczną pomoc pacjentom, zwłaszcza tym z najcięższą postacią schorzenia. Dlatego istotną kwestię stanowią wiedza w zakresie wzajemnych stosunków na poziomie cytokin stanowiących o nasileniach stanu

zapalnego, jak również znajomość metod leczenia i różnych czynników, pozwalających poprawić sytuację zdrowotną pacjentów [56].

Leczenie łuszczycy zależy od stopnia zaawansowania choroby. W łagodnych i umiarkowanych przypadkach podstawą leczenia są leki miejscowe, a z kolei w umiarkowanych i ciężkich przypadkach choroby leczenie miejscowe może być mało efektywne i nieskuteczne. Fototerapia i inne niż leczenie biologiczne stanowią pomocne metody leczenia, jednak fototerapia jest wymaga czasu, by wykazać efekt terapeutyczny, a leki ogólnoustrojowe nie zawsze wykazują wysoką skuteczność [58]. Stworzenie i dopasowanie możliwych metod leczenia i ich skuteczność stanowi zatem wyzwanie w aspekcie poprawy jakości życia chorych.

1.5.1. Klasyfikacja nasilenia zmian łuszczykowych a stosowane metody leczenia

Kluczową rolę w ocenie stopnia nasilenia zmian łuszczykowych stanowią skale pomiarowe, stanowiące również narzędzie pomagające w wyborze odpowiedniej terapii. Podstawą skal jest ocena wykwitów łuszczykowych w oparciu o odczucia pacjenta lub obserwacja i opinia lekarza. Skale pomiarowe uwzględniają ocenę wielu wskaźników, m.in. [56]:

- BSA - Body Surface Area,
- COPSI - Copenhagen Psoriasis Severity Index,
- DLQI - Dermatology Life Quality Index,
- LS-PGA - Lattice System Physician's Global Assessment,
- NAPSI - Nail Psoriasis Severity Index,
- NPF-PS - National Psoriasis Foundation Psoriasis Score,
- PASI - Psoriasis Area and Severity Index,
- PASS - Psoriasis Assessment Severity Score,
- SPI - Simplified Psoriasis Index [56].

Według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego wskaźniki BSA, DLQI oraz PASI stanowią podstawę do oceny stopnia ciężkości łuszczy, zarówno łagodnego,

umiarkowanego i ciężkiego [36, 56]. BSA, czyli wskaźnik Body Surface Area określa, jaki procent z powierzchni ciała obejmują zmiany łuszczycowe w skali od 0 do 100. W ocenie wykorzystywana jest tzw. reguła dziewiątek, gdzie poszczególne obszary ciała – głowa, szyja, prawa i lewa kończyna górna, klatka piersiowa, brzuch, górna część pleców, dolna część pleców, prawe i lewe udo, prawe i lewe podudzie odpowiadają kolejno ok. 9% z całej powierzchni, natomiast dłoń i okolice krocza pacjenta stanowią po 1% powierzchni ciała [59]. PASI (Psoriasis Area and Severity Index) z kolei określa nasilenie zmian skórnych: grubości grudek łuszczycowych i łuski oraz rumieniowego podłoża. Wskaźnik uwzględnia zmiany skórne na głowie, kończynach górnych oraz tułowi w skali od 0 do 4, gdzie 0 oznacza brak zmian, natomiast 4 określa wykwity mocno nasilone, natomiast w przypadku kończyn dolnych zakres oceny to od 0 do 6, gdzie 6 wskazuje na zajęcie od 90 do 100% tego obszaru. Chory otrzymać może w tej skali maksymalnie 72 punkty, które stanowią o najwyższym nasileniu choroby [59]. Dermatology Life Quality Index (DLQI) ocenia w jakim stopniu leczenie i codzienne funkcjonowanie wpływa na jakość życia chorych. Skala zawiera 10 pytań dotyczących aspektów życia związanych z łuszczycą, a odpowiedzi: wcale, trochę, bardzo i bardzo mocno, są odpowiednio punktowane od 0 do 3. Po podliczeniu punktów określa się, w jakim stopniu łuszczycyca wpływa na funkcjonowanie chorego i jego jakość życia [59].

W przypadku, gdy wyniki BSA wynoszą poniżej 10% całkowitej powierzchni ciała, a nasilenie według PASI i negatywny wpływ choroby określony dzięki DLQI wynoszą kolejno poniżej 10 punktów, wskazuje się, że dany przypadek stanowi łuszczycę łagodną. Jeżeli z kolei któryś ze wskaźników PASI lub DLQI stanowią wartość ≥ 10 pkt bądź BSA wynosi $\geq 10\%$, dopuszcza się rozpoznanie choroby o umiarkowanym albo ciężkim nasileniu [36, 56]. Zespół ekspercki Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego wskazuje zatem, że: „Rozpoznanie łuszczycy zwykłej o nasileniu łagodnym ustala się, gdy pacjent we wszystkich następujących wskaźnikach: PASI, BSA i DLQI, uzyskuje nie więcej niż 10 pkt. Pacjent może być leczony jedynie lekami miejscowymi. W pewnych sytuacjach celowe może być dołączenie fototerapii lub leków ogólnych. [...] Łuszczycę zwykłą o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego rozpoznaje się, jeżeli przynajmniej w jednym ze wskaźników: PASI, BSA lub DLQI, pacjent uzyskał co najmniej 10 pkt. Pacjent powinien otrzymać fototerapię lub leczenie ogólne, a leczenie miejscowe ma znaczenie wspomagające.” [36]. Wytyczne te jasno więc wskazują, jakie formy terapii zaleca się pacjentom z poszczególnymi stopniami nasilenia choroby.

1.5.2. Leczenie miejscowe

Leczenie zależy od miejsca występowania zmian chorobowych oraz ich rozległości i nasilenia. Terapia miejscowa stanowi leczenie z wyboru w przypadku pacjentów z łuszczycą łagodną. Ponadto może być stosowana w przypadku łuszczycy dotykającej wrażliwych obszarów ciała, takich jak twarz, miejsca zgięć i okolice narządów płciowych. Środki miejscowe są również stosowane jako uzupełnienie w przypadku terapii umiarkowanej i ciężkiej postaci choroby, która jest jednocześnie leczona za pomocą innych metod [60, 61].

Według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego do środków do terapii miejscowej łuszczycy zalicza się:

- glikokortykosteroidy,
- cygnolinę,
- tazaroten
- inhibitory kalcyneuryny,
- pochodne witaminy d3 (takalcytol, kalcypotriol),
- kalcypotriol z dipropionianem betametazonu,
- substancje keratolityczne,
- dziegcie [61, 62].

Glikokortykosteroidy są powszechnie stosowane w leczeniu wszystkich stadiów łuszczycy. Stosowane są często w monoterapii, gdy choroba ma łagodny przebieg oraz jako dopełnienie terapii ogólnoustrojowej u pacjentów z łuszczycą o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego. Substancje te wykazują działanie antyproliferacyjne, immunosupresyjne i przeciwzapalne, zwężają także naczynia krwionośne. Wiążąc się z wewnątrzkomórkowym receptorem kortykosteroidowym wpływają na regulację transkrypcji genów, w tym tych, które odpowiadają za cytokiny prozapalne [60]. Z uwagi na fakt siły działania glikokortykosteroidów, wyróżnia się podział tych leków według tzw. klasyfikacji europejskiej na cztery kategorie, przy czym dobór odpowiedniego wynika ze stopnia nasilenia łuszczycy im niższa klasa leku, tym silniejsze jego działanie. Dobór leku zależy ponadto od preferencji chorego i jego wieku, a także lokalizacji zmian łuszczycowych. Kortykosteroidy przeznaczone do terapii miejscowej występują pod postacią maści, kremów, roztworów, pianek, szamponów i żeli [60, 61]. Działanie i skuteczność GKS określa się jako wysokie, jednak długie ich

stosowanie wiąże się z możliwymi działaniami niepożądanymi, w tym nadkażeniami skóry, atrofią, rozstępami i teleangiektazjami, a nawet przy krótkim czasie stosowania, pacjent odczuwać może świąd i pieczenie skóry, wystąpić także mogą zmiany hipopigmentacyjne, zapalenie mieszków włosowych czy zapalenie okołoustne [61]. Po zastosowaniu GKS na skórę twarzy dojść może do wystąpienia trądziku posteroïdowego, jaskry, zmian wskazujących na trądzik różowaty, stanów zapalnych skóry. Szansa na wystąpienie działań niepożądanych wzrasta w przypadku, gdy leki te stosowane są w miejscach, gdzie skóra jest wyjątkowo delikatna i cienka – twarz, okolice narządów płciowych, dłoni, pachwin i pach. Co istotne, w przypadku tego typu leków wystąpić może u chorego do nasilonego, ponownego wysypu łuszczykowego po odstawieniu preparatów z GKS, czyli tzw. „efektu z odbicia”. Dlatego w celu redukcji ryzyka wystąpienia tego efektu zaleca się ich wprowadzenie na początku leczenia celem redukcji zmian skórnych, krótkotrwałe ich stosowanie i stopniowe zmniejszanie częstości użytkowania. Mimo faktu, że glikokortykosteroidy stosowane miejscowo stosunkowo rzadko prowadzą do wystąpienia działań niepożądanych, tego rodzaju problemy ogólnoustrojowe mogą wystąpić szczególnie w sytuacjach, gdy preparaty z GKS stosowane są na zbyt dużą powierzchnię ciała – powyżej 20% powierzchni, czas terapii przekracza 4 tygodnie. Dodatkowo stosowanie ich w postaci okluzji może wpływać na zwiększone wchłanianie i wzrost prawdopodobieństwa wystąpienia hiperglikemii, zahamowania osi podwzgórze- przysadka- nadnercza, bądź objawów zespołu Cushinga [60, 61, 62].

Cygnolina jest jednym z najskuteczniejszych miejscowych sposobów leczenia łuszczyca plackowatej. Zmniejsza proliferację keratynocytów, zapobiega aktywacji limfocytów T i przywraca proces różnicowania komórek i cechuje się wysoką skutecznością, pozwalając na kilkumiesięczną remisję choroby. Nie zaleca się stosowania cygnoliny na wrażliwe okolice ciała, takie jak fałdy skórne, twarz i w przypadkach ostrego stanu zapalnego towarzyszącego łuszczyca. Może być stosowana jako terapia krótkokontaktowa, tzw. terapia minutowa – 10 – 30 minut w stężeniu od 0,5% do 3%, lub w stężeniach stopniowo wzrastających: od 0,05% do 3% i czasie aplikacji od 2 do 4 godzin, ale co najwyżej do dwóch razy dziennie. Nie obserwuje się ogólnoustrojowych skutków ubocznych tego leku, dlatego stosowana jest również u dzieci. Uważa się jednak, że stosowanie cygnoliny może być dosyć niekomfortowe dla pacjentów: nieprzyjemny zapach leku, wywoływanie uczucia pieczenia, chwilowe odbarwienia skóry i odzieży, czy rumień. Jednak z uwagi na fakt stosunkowo krótkiego czasu aplikacji leku na skórę nie prowadzi do większych działań niepożądanych [60, 61, 62].

Tazaroten jest pierwszą syntetyczną pochodną retinoidów wskazaną do miejscowego leczenia łuszczycy [60]. Wykazuje działanie w zakresie zmniejszenia hiperprolifracji naskórka, normalizację różnicowania keratynocytów i zmniejszenie stanu zapalnego. Stosowany w przypadkach łuszczycy zwykłej o łagodnym i umiarkowanym nasileniu oraz zajmującej nie więcej niż 10% powierzchni ciała. Tazaroten selektywnie wiąże się z receptorami dla kwasu retinowego RAR β i RAR γ i reguluje ekspresję genów mających za zadanie różnicowanie i proliferację, hamując także mechanizmy prozapalne. Systematyczne stosowanie tego leku wykazuje dobry efekt terapeutyczny, zmniejszenie zmian skórnych i długim okresem remisji choroby. Wśród działań niepożądanych wymienić należy świąd, rumień, podrażnienia, przesuszenie oraz pieczenie skóry, dlatego zaleca się równoczesne stosowanie środków nawilżających. Należy również wskazać, iż tazaroten wykazuje wysokie ryzyko teratogenne, dlatego nie może być stosowany u kobiet w ciąży i planujących ciążę oraz kobiet w okresie laktacji [60, 61]. Ponadto w czasie stosowania leku chory powinien unikać ekspozycji słonecznej oraz stosować kosmetyki z filtrami przeciwsłonecznymi [60].

Inhibitory kalcyneuryny stosowane w leczeniu łuszczycy jako uzupełnienie leczenia, szczególnie w przypadkach, gdy zmiany chorobowe zajmują wrażliwe partie ciała, takie jak okolica narządów płciowych, twarz, zgięcia stawowe i fałdy skórne. Inhibitory kalcyneuryny hamują fosforylację kalcyneuryny, co prowadzi do zablokowania aktywności limfocytów T, jak również cytokin prozapalnych, które uważa się za istotne w wywoływaniu zmian skórnych w łuszczycy. Wśród informacji istotnych dla pacjentów wymienia się, że nie powinni stosować fototerapii w okresie terapii inhibitorami kalcyneuryny oraz unikać ekspozycji na światło słoneczne, chroniąc przy tym skórę kosmetykami z filtrami UV. Najczęstsze działania niepożądane tego rodzaju leków ograniczają się przejściowego świądu i pieczenia skóry na obszarze aplikacji produktu [60, 61, 62].

Pochodne witaminy D stosowane są w monoterapii oraz terapii skojarzonej łuszczycy i charakteryzują się dobrą skutecznością i bezpieczeństwem stosowania, wykazując dobrą tolerancję leczenia [61, 63]. Analogi witaminy D wiążą się z wewnątrzkomórkowym receptorem, wykazując działanie w zakresie poprzez regulacji genów zaangażowanych w proliferację keratynocytów i fibroblastów, stan zapalny, różnicowanie keratynocytów [56, 60]. Efekt terapeutyczny osiągnąć jest po 6-8 tygodniach od rozpoczęcia aplikacji. Co ważne leki te można łączyć z fototerapią, przy czym zabiegi naświetlania należy wykonywać przed każdym zastosowaniem preparatu. Nie należy jednak stosować na obszar ciała przekraczający 30% całej powierzchni ciała oraz korzystać równolegle z preparatami keratolitycznymi, takimi

jak kwas salicylowy z uwagi na fakt, iż pochodne witaminy D tracą właściwości w środowisku kwaśnym. Leków tych nie zaleca się u chorych z niewydolnością nerek i wątroby, zaburzeniami gospodarki wapniowo-fosforanowej, a także u kobiet w okresie laktacji. Wśród możliwych efektów ubocznych wymienia się rumień, swędzenie i pieczenie skóry oraz podrażnienia, jednak objawy te są przejściowe [56, 60, 61, 63].

Kalcypotriol (pochodna witaminy D) z dipropionianem betametazonu (syntetycznym glikokortykosteroidem) są lekami pierwszego rzutu w leczeniu miejscowym łuszczycy. Stosowane mogą być zarówno w terapii postaci łagodnej choroby, ale również umiarkowanej i ciężkiej (szczególnie w przypadku stosowania dwóch tych leków w preparacie, w postaci pianki z leczeniem ogólnoustrojowym oraz nowej postaci kremu opartego na technologii dyspersji PAD) [61, 64]. Obie substancje uzupełniają się wzajemnie w zakresie działania na różnych etapach dermatozy, wykazując działanie immunomodulujące, immunosupresyjne i antyproliferacyjne. Kalcypotriol w pewnym stopniu ogranicza możliwe działanie niepożądane dipropionianu betametazonu oraz obniża ryzyko potencjalnego nasilenia objawów po zaprzestaniu stosowania leku (efektu z odbicia), co jest częste w przypadku stosowania glikokortykosteroidów [61]. Ponadto lek wykazuje dużą biodostępność i stosunkowo szybki efekt terapeutyczny. Lek aplikuje się raz dziennie, co powoduje, że jest wygodnym w stosowaniu dla pacjenta [65].

Mocznik i kwas salicylowy zaliczane są do środków keratolitycznych, których zadaniem jest zmiękczenie i złuszczenie skóry. Mocznik wykazuje działanie usprawniające przenikanie leków, zmniejsza proliferację i indukuje różnicowanie naskórka. Kwas salicylowy zwiększa zdolność do penetracji substancji o działaniu miejscowym, a stosowany samodzielnie pozwala na złuszczenie zmian chorobowych w sposób kontrolowany. Substancja ta w stężeniach większych od 5 do 40% ma działanie keratolityczne, natomiast w stężeniu poniżej 2% działa keratoplastycznie [56], a ponadto posiada właściwości antybakteryjne. Kwas salicylowy nie powinien być stosowany na powierzchnię większą niż 20% całkowitej powierzchni ciała z uwagi na możliwe ryzyko działań niepożądanych, w tym do objawów zatrucia ostrego lub przewlekłego, co przejawiać się może bólami głowy, nudnościami i wymiotami, kwasicą metaboliczną, odczuwaniem pieczenia błony śluzowej jamy ustnej, szumami usznymi i dezorientacją [61]. Środki te nie są zwykle stosowane jako elementy monoterapii, ponieważ ich skuteczność wynika ze stosowania w połączeniu z innymi metodami terapeutycznymi, a to one wspomagają proces leczenia.

Dziegiecie wykazują działanie przeciwzapalnie, antyproliferacyjne i likwidują świąd. Najczęściej stosowane są w postaci szamponu bądź leku recepturowego w stężeniu 5-10%. Proces wytworzenia dziegci polega na suchej destylacji węgla kamiennego lub drewna brzoźowego, jałowcowego, bukowego. Mimo pozytywnego wpływu na zmiany skórne w łuszczycy i możliwość stosowania duże powierzchnie ciała, przypuszcza się, że mogą wykazywać działanie rakotwórcze (stwierdzone w badaniach in vitro), a także nie są dobrze tolerowane przez każdego pacjenta ze względu na to, iż posiadają słabe właściwości kosmetyczne – nieprzyjemny zapach i brudzenie ubrań. Ponadto wskazuje się na ich fototoksyczność, w związku z czym nie zaleca się ich stosowania w przypadku fototerapii [61, 63].



Rycina 15. Porównanie zmian skórnych w przebiegu łuszczycy: A. bez zastosowania leku miejscowego; B. po 7 dniach stosowania leku miejscowego (żel zawierający substancje czynne: betametazon (dipropionian betametazonu) + kalcypotriol); zasoby własne.

1.5.3. Leczenie systemowe

W farmakoterapii systemowej, według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, zaleca się stosowanie metotreksatu, cyklosporyny, acytretyny, apremilastu, dimetylanu fumaranu oraz leków biologicznych. Tego rodzaju leczenie jest zwykle zalecane u pacjentów z łuszczycą o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego, natomiast w wyjątkowych przypadkach rozpoczyna się je nawet u pacjentów z mniej nasiloną łuszczycą, jeśli zmiany dotyczą obszarów, takich jak narządy płciowe, dłonie, ramiona, paznokcie, stopy lub skóra głowy. Zwykle są to te obszary ciała, na których obecne zmiany

łuszczycowe skutkują utrudnieniami w życiu codziennym czy ograniczają aktywność zawodową chorego [35, 36, 62, 63].

Metotreksat (MTX) to analog kwasu foliowego i immunomodulator, działający przeciwzapalnie. Stosowany jest od wielu lat, cechuje się skutecznością i dobrą tolerancją u chorych na łuszczycę, erytrodermię łuszczycową i łuszczycowe zapalenie stawów. Lek podawany jest doustnie lub podskórnie w dawkach rekomendowanych, tj. od 5 mg do 30 mg, w zależności od tego, czy jest to początek terapii, czy lek wywołuje oczekiwane efekty. Czas terapii szacuje się na długotrwały okres, jeśli lek wykazuje skuteczność, a u chorego nie obserwuje się działań niepożądanych, które istotnie wpływają na jego zdrowie. Wskazuje się, że u ponad połowy pacjentów metotreksat wywołuje oczekiwane, zadowalające efekty terapeutyczne (50-60% chorych stosujących lek). Widoczne zmiany obserwuje się w okresie od 7 do 13 tygodni leczenia, a im wyższe dawki, tym szybsze efekty. Maksymalną skuteczność leku osiąga się zwykle po 12 do 20 tygodniach leczenia. Z kolei podawanie metotreksatu podskórnie warunkuje wysoką biodostępność, ogranicza wystąpienie działań niepożądanych, stanowi wygodną formę podania leku oraz cechuje się wyższą skutecznością w przypadku takiej samej dawki przyjętej przez chorego doustnie. Wśród przeciwwskazań stosowania metotreksatu wymienić należy: uszkodzenia wątroby oraz nerek, zapalenie wątroby typu B i C, poważne stany zakaźne, niedobory odporności i choroby szpiku kostnego, zwłóknienie płuc, czy chorobę wrzodową żołądka. Należy również podkreślić, że lek nie powinien być stosowany przez kobiety karmiące piersią, ciężarne, a w przypadku planowania ciąży, zarówno w przypadku kobiet i mężczyzn konieczna jest skuteczna antykoncepcja, natomiast pacjenci nie mogą planować zapłodnienia w całym okresie trwania leczenia oraz minimum 3 do 6 miesięcy po zakończeniu stosowania leku, ze względu na możliwe działania niepożądane. Dodatkowo zaleca się, by chorzy przyjmujący metotreksat suplementowali kwas foliowy (w dawkach 10 mg kwasu foliowego na dawkę ≤ 15 mg metotreksatu na tydzień, a przy większej dawce leku, 15mg kwasu foliowego na tydzień), z uwagi na zmniejszenie ryzyka wystąpienia działań niepożądanych leku [35, 62, 67].

Cyklosporyna A stanowi cykliczny polipeptyd i silną substancję immunosupresyjną, stosowaną głównie po przeszczepach narządów, ale również w schorzeniach dermatologicznych. Cyklosporyna wpływa na hamowanie aktywności kalcyneuryny, co skutkuje blokadą aktywacji czynnika jądrowego aktywowanych limfocytów T i wstrzymaniem transkrypcji genów odpowiedzialnych za kodowanie cytokin oddziałujących na limfocyty; ma

wpływ na keratynocyty, komórki śródbłonna, dendrytyczne. Rekomendowanych czas trwania terapii cyklosporyną to od 3 do 6 miesięcy, jednak stosowanie tego środka przebiegać może trzytorowo: w postaci krótkiej terapii – 12 – 16 tygodni celem uzyskania szybkiej poprawy u chorego, długotrwałego, około 2 – leczenia, mającego na celu podtrzymanie efektów terapii, bądź w formie interwencyjnej, która polega na przyjmowaniu leku do czasu włączenia innej terapii. Dawka terapeutyczna leku w podaniu doustnym stanowi od 2,5 mg do 5 mg/ kg m.c./ dobę. Poprawa przy stosowaniu cyklosporyny zauważalna jest po około miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a skuteczność maksymalna w okresie od 5 do 12 tygodni. Eksperti Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego [62] wskazują, iż: „Zastosowanie większych dawek CyA (5 mg/kg m.c./dobę) pozwala na uzyskanie szybszej poprawy klinicznej, już po 3–4 tygodniach. Około 30% pacjentów uzyskuje poprawę PASI-90.”, co pozwala na stwierdzenie, że cyklosporyna wykazuje wysoką skuteczność w terapii łuszczycy w krótkim czasie [62]. Z uwagi na fakt potencjalnych działań niepożądanych związanych ze stosowaniem tego leku (Tabela 3.), pacjentom zaleca się badania laboratoryjne (m. in. stężenie kreatyniny, morfologia krwi z rozmazem, badanie ogólne moczu, lipidogram, aktywność enzymów wątrobowych) przed rozpoczęciem terapii, co miesiąc do trzech miesięcy oraz co około rok, a ponadto dokonywanie pomiarów ciśnienia tętniczego oraz badania dermatologiczne demoskopowe w kierunku stanów nowotworowych, celem ich wykluczenia [35, 62, 67, 68].

Acytretyna to syntetyczny, aromatyczny analog kwasu retinowego, farmakologicznie aktywny metabolit etretynatu. Działanie acytretyny skutkuje normalizacją proliferacji keratynocytów, zmniejszeniem syntezy interleukin IL-6 oraz IFN- γ , hamowaniem napływu komórek zapalnych do naskórka. Środek ten stosowany może być w łuszczycy plackowatej, erytrodermii, łuszczycy dłoni, stóp i paznokci, a przypadku łuszczycy krostkowej uogólnionej stanowi lek z wyboru. Rekomendowana dawka początkowa wynosi 0,3 – 0,5/ kg m.c./ dobę, a w kontynuacji leczenia od 0,5 do 0,8/1 mg/kg m.c./ dobę przy uwzględnieniu, że chory dobrze toleruje lek i obserwowane są zadowalające efekty kliniczne. Acytretynę stosować można długotrwale w przypadkach, gdy lek wykazuje skuteczność, a u chorego nie dostrzega się istotnych działań niepożądanych. Lek ten może być także stosowany w połączeniu z terapią PUVA i UVB, dzięki czemu czas leczenia ulega skróceniu, skuteczność leczenia jest wyższa, minimalizowane jest ryzyko wystąpienia nowotworów złośliwych skóry. Włączenie acytretyny do terapii łuszczycy przebiegać może dwutorowo: podawanie niskich dawek – 10 mg/ dzień i kolejno zwiększanie o 5 mg co tydzień/ dwa tygodnie, aż do maksymalnej dawki, która jest dobrze tolerowana przez chorego (moment ten można zaobserwować w przypadku, gdy

u pacjenta wystąpi łagodne zapalenia czerwieni wargowej); drugi schemat obejmuje podawanie dużej dawki – ok. 50 mg/ dobę, a następnie jej stopniowe zmniejszanie aż do minimalnej, która stanowić będzie wykazywać skuteczną kontrolę choroby. Lek ten stosować można również u dzieci przy zastrzeżeniu, że stosowana dawka nie przekracza 0,5 mg/ kg m.c./ dobę. Nie należy jednak stosować tej substancji u kobiet w ciąży z uwagi na działanie teratogenne, a w przypadku kobiet w wieku reprodukcyjnym wdraża się także skuteczną antykoncepcję. Acytretyny nie należy stosować w połączeniu z metotrexatem, tetracyklinami i doustnymi lekami przeciwgrzybiczymi, ponieważ może to skutkować działaniem hepatotoksycznym [35, 62, 67, 69].

Apremilast wykazuje działanie immunomodulujące, a jego mechanizm działania wiąże się z hamowaniem fosfodiesterazy 4 (PDE-4), co skutkuje zmniejszeniem produkcji mediatorów stanu zapalnego: interferonu, interleukin chemokin, oraz czynnika martwicy nowotworów [35]. Lek ten, oprócz wykazywania skuteczności w terapii zmian skórnych w łuszczycy zwykłej, stosowany jest z powodzeniem w leczeniu łuszczycy stawowej, zarówno w monoterapii, jak i w połączeniu ze środkami przeciwreumatycznymi. Stosowanie apremilastu rozpoczyna się od 10 mg dwa razy na dobę i zwiększanie codziennie do docelowej dawki leku, przy czym ta zalecana stanowi 30 mg dwa razy na dobę [35, 62].

Stosowanie estru dimetylowego kwasu fumarowego (fumaranu dimetylu) rozpoczyna się od dawki 30 mg/ dobę i polega na stopniowym zwiększaniu dawkowania do momentu, gdy działanie leku wykazuje skuteczność kontroli choroby, natomiast rekomendowana dawka podtrzymująca stanowi od 120 do 720 mg na dobę, przy czym należy pamiętać, iż zależna jest ona od efektu klinicznego i tolerancji leku przez pacjenta. Substancja ta jest prolekiem i wykazuje działanie przeciwzapalne i immunomodulujące, przy czym ma wpływ na indukcję apoptozy limfocytów T, zaburzenie migracji limfocytów i dojrzewania komórek dendrytycznych. Efekt, jaki obserwuje się w przypadku terapii fumaranem dimetylu porównywalne jest do metotrexatu. Natomiast stosowanie leku w dawkach stopniowo zwiększanych ma na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia działań niepożądanych. Wśród środków ostrożności dla pacjentów zaleca się regularne badania morfologiczne (z uwagi na to, że fumaran może obniżać liczbę limfocytów) oraz badanie aktywności enzymów wątrobowych w surowicy, stężenia kreatyniny i badanie ogólne moczu (ze względu na ryzyko niekorzystnego wpływu na czynność wątroby i nerek)[35, 62].

Mimo wysokiej skuteczności doustnych leków przeciwluszczycowych, ich stosowanie może powodować wystąpienie wielu działań niepożądanych w zależności od ogólnego stanu zdrowia pacjenta, tolerancji na konkretną substancję czynną i jej dawkę, czy indywidualnej odpowiedzi organizmu. Działania niepożądane wybranych doustnych leków stosowanych w leczeniu łuszczycy przedstawiono w Tabeli 3.

Tabela 3. Leki doustne stosowane w łuszczycy i ich działania niepożądane. Opracowanie własne na podstawie źródła [35, 36, 62, 63, 67].

Lek	Postać łuszczycy	Działania niepożądane
Metotrexat	<ul style="list-style-type: none"> • Łuszczycyca zwyczajna od umiarkowanej do ciężkiej • Erytrodermia łuszczycowa • Łuszczycyca stawowa • Łuszczycyca dłoni i stóp (przy dużym nasileniu zmian, leczenia skojarzonego, słabych efektach leczenia miejscowego) • Łuszczycyca paznokci (przy dużym nasileniu zmian, leczenia skojarzonego, słabych efektach leczenia miejscowego) 	<ul style="list-style-type: none"> • Marskość wątroby, uszkodzenia wątroby • Zahamowanie czynności szpiku kostnego: białaczka, małopłytkowość, niedokrwistość • Zapalenie płuc, zapalenie pęcherzyków płucnych • Działanie nefrotoksyczne • Zapalenie i owrzodzenie błony śluzowej jamy ustnej • Zaburzenia żołądkowo-jelitowe, biegunka, utrata apetytu, nudności, wymioty • Poronienia, niepłodność • Zmęczenie • Łysienie
Cyklosporyna A	<ul style="list-style-type: none"> • Ciężkie postaci łuszczycy • Łuszczycyca dłoni i stóp (przy dużym nasileniu zmian, leczenia skojarzonego, słabych efektach leczenia miejscowego) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zaburzenia czynności nerek • Wrzody żołądkowo-jelitowe • Rozwój nowotworów skóry • Nadciśnienie tętnicze • Zmęczenie • Drżenie i drgawki

	<ul style="list-style-type: none"> • Łuszczyca paznokci (przy dużym nasileniu zmian, leczenia skojarzonego, słabych efektach leczenia miejscowego) 	<ul style="list-style-type: none"> • Miopatia (jeśli lek jest stosowana łącznie ze statynami) • Nadmierne owłosienie • Przerost dziąseł • Hiperlipidemia, Hiperglikemia, Hiperurykemia, Hiperkaliemia, Hipomagnezemia
Acytretyna	<ul style="list-style-type: none"> • Łuszczyca zwyczajna od umiarkowanej do ciężkiej • Łuszczyca erythrodermiczna • Uogólniona łuszczyca krostkowa • Miejscowa łuszczyca krostkowa • Łuszczyca dłoni i stóp (przy dużym nasileniu zmian, leczenia skojarzonego, słabych efektach leczenia miejscowego) • Łuszczyca paznokci (przy dużym nasileniu zmian, leczenia skojarzonego, słabych efektach leczenia miejscowego) 	<ul style="list-style-type: none"> • Teratogenność • Upośledzenie wzroku, ślepotą zmierzchowa • Wzrost ciśnienia śródczaszkowego • Hiperlipidemia • Hiperwitaminoza A (zapalenie skóry, łysienie, zapalenie czerwieni wargowe, suchość skóry) • Bóle głowy i bóle mięśniowo-szkieletowe • Zaburzenia wzrostu kości • Zaburzenia czynności wątroby • Wrażliwość na promienie słoneczne
Apremilast	<ul style="list-style-type: none"> • Łuszczyca zwyczajna od umiarkowanej do ciężkiej • Łuszczycowe zapalenie stawów • Łuszczyca owłosionej skóry głowy 	<ul style="list-style-type: none"> • Spadek masy ciała, zmniejszenie apetytu • Występowanie depresji i myśli samobójczych • Biegunka, nudności, wymioty, niestrawność

		<ul style="list-style-type: none"> • Zakażenia górnych dróg oddechowych, kaszel • Zapalenie oskrzeli • Bezsenność • Migreny • Zmęczenie • Bóle głowy, pleców, górnej części jamy brzusznej
Fumaran dimetylu (Ester dimetylowy kwasu fumarowego)	<ul style="list-style-type: none"> • Łuszczyca plackowata w stopniu umiarkowanym i ciężkim 	<ul style="list-style-type: none"> • Biegunka, nudności, wymioty, niestrawność, wzdęcia, zaparcia • Bóle głowy, brzucha i nadbrzusza • Leukopenia, limfopenia • Białkomocz • Rumień skóry, świąd, wysypki, pokrzywka, pieczenie • Zmęczenie, osłabienie • Uderzenia gorąca, zawroty głowy • Obecność w moczu ciał ketonowych i albuminy • Wzrost stężenia aminotransferazy asparaginowej i aminotransferazy alaninowej • Zmniejszenie liczby białych krwinek

1.5.3.1. Leczenie biologiczne

Terapia biologiczna stanowi jedną z najbardziej skutecznych metod w leczeniu łuszczycy. Jak wskazują Ekspertki Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, tego rodzaju leczenie rekomenduje się pacjentom, u których występuje łuszczycyca od umiarkowanej do ciężkiej, przy czym:

- wcześniej, przy leczeniu ogólnym przy zastosowaniu co najmniej dwóch różnych leków nie uzyskano oczekiwanego efektu leczenia,
- u chorych, u których występują przeciwwskazania do terapii systemowej,
- u chorych, którzy nie wykazują reakcji na dotychczasowe metody leczenia,
- w przypadkach, gdy zmiany skórne obejmują okolice narządów płciowych, twarz, owłosioną skórę głowy, stopy, dłonie [35, 62].

Leki te tworzone są w procesach biotechnologicznych, a ich działanie w terapii biologicznej opiera się na hamowaniu cytokin prozapalnych, zmniejszaniu aktywności limfocytów Th oraz łagodzeniu stanu zapalnego. Wśród leków biologicznych wyróżnia się: białka chimeryczne – posiadające dwa polipeptydowe fragmenty o różnych właściwościach fizykochemicznych i funkcjach biologicznych, przeciwciała monoklonalne – immunoglobuliny pozyskiwane z jednego klonu limfocytów B, o takiej samej swoistości oraz podobnym sobie powinowactwie określonego antygeny, rekombinowane cytokiny ludzkie – stanowiące kopie ludzkich białek bądź ich fragmentów – interferony lub interleukiny. Z uwagi na fakt pochodzenia danego białka, poszczególne leki biologiczne określane są nazwami z danymi zakończeniami: w przypadku przeciwciał ludzkich nazwy z końcówkami –umab, przeciwciał humanizowanych –zumab, chimerycznych –ximab, a mysich kończących się na –omab. Natomiast ze względu na mechanizm działania, leki te podzielić można na inhibitory TNF- α , IL-12 lub IL-23 [35, 56, 70]. Wśród substancji, które stosowane są w terapii biologicznej w Polsce, według schematu dawkowania leków w programie leczenia chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej wyróżnić należy:

- adalimumab,
- etanercept,
- infliksymab,
- iksekizumab,
- sekukinumab,

- ustekinumab,
- ryzankizumab,
- guselkumab,
- certolizumab pegol,
- tyltrakizumab,
- bimekizumab [71].

W przypadku schematu dawkowania leków w programie leczenia chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów są to:

- adalimumab,
- certolizumab pegol,
- etanercept,
- golimumab,
- infliksymab,
- iksekizumab sekukinumab,
- tofacytynib,
- upadacytynib,
- ryzankizumab,
- guselkumab [71].

Tabela 4. Charakterystyka wybranych leków biologicznych stosowanych w terapii łuszczycy i łuszczycowego zapalenia stawów. Opracowanie własne na podstawie źródła [35, 56, 62, 67, 70].

Lek	Typ	Postać łuszczycy	Dawkowanie	Droga podania
adalimumab	Inhibitor TNF-alfa	<ul style="list-style-type: none"> • łuszczycy plackowata • łuszczycowe zapalenie stawów 	80 mg w pierwszym tygodniu, 40 mg w drugim tygodniu, a następnie 40 mg co 2 tygodnie	podskórna
etanercept	Inhibitor TNF-alfa	<ul style="list-style-type: none"> • łuszczycy plackowata • łuszczycowe zapalenie stawów 	2 × 50 mg/tydzień (przez pierwsze 3 miesiące) lub 2 × 25 mg/tydzień lub 1 × 50 mg/tydzień	podskórna
infliksymab	Inhibitor TNF-alfa	<ul style="list-style-type: none"> • łuszczycy plackowata • łuszczycowe zapalenie stawów 	5 mg/kg m.c. w tygodniu 0, 2. i 6., a następnie co 8 tygodni (jeśli nie ma przeciwwskazań, lek należy stosować z metotreksatem)	dożylne
iksekizumab	Inhibitor IL-17	<ul style="list-style-type: none"> • łuszczycy plackowata • łuszczycowe zapalenie stawów 	160 mg w tygodniu 0, następnie 80 mg w tygodniu 2., 4., 6., 8., 10. i 12., a następnie dawka podtrzymująca 80 mg podawana raz na 4 tygodnie	podskórna
sekukinumab	Inhibitor IL-17	<ul style="list-style-type: none"> • łuszczycy plackowata • łuszczycowe zapalenie stawów 	300 mg w tygodniu 0, 1., 2. i 3., a następnie dawki podtrzymujące co miesiąc od 4. tygodnia	podskórna

ustekinumab	Inhibitor IL-12 i IL-23	<ul style="list-style-type: none"> • łuszczyca plackowata • łuszczycowe zapalenie stawów 	45 mg (dla pacjentów < 100 kg) lub 90 mg (dla pacjentów > 100 kg) w tygodniu 0 i 4., a następnie co 12 tygodni	podskórna
ryzankizumab	Inhibitor IL-23	<ul style="list-style-type: none"> • łuszczyca plackowata • łuszczycowe zapalenie stawów 	150 mg w tygodniach 0 i 4., a następnie co 12 tygodni	podskórna
guselkumab	Inhibitor IL-23	<ul style="list-style-type: none"> • łuszczyca plackowata • łuszczycowe zapalenie stawów 	100 mg w tygodniach 0 i 4., a następnie co 8 tygodni	podskórna
certolizumab pegol	Inhibitor TNF-alfa	<ul style="list-style-type: none"> • łuszczyca plackowata • łuszczycowe zapalenie stawów 	400 mg (2 wstrzyknięcia po 200 mg/dobę) przyjmowane w tygodniu 0, 2. i 4., następnie 200 mg co 2 tygodnie	podskórna
tyldrakizumab	Inhibitor IL-23	<ul style="list-style-type: none"> • łuszczyca plackowata 	100 mg w tygodniach 0 i 4., a następnie co 12 tygodni	podskórna
bimekizumab	Inhibitor IL-17	<ul style="list-style-type: none"> • łuszczyca plackowata 	2 x 160 mg w tygodniach 0, 4, 8, 12 i 16, a następnie co osiem tygodni	podskórna
golimumab	Inhibitor TNF-alfa	<ul style="list-style-type: none"> • łuszczycowe zapalenie stawów 	50 mg/miesiąc	podskórna
tofacytytib	Inhibitor kinaz janusowych (JAK)	<ul style="list-style-type: none"> • łuszczycowe zapalenie stawów 	2 razy 5 mg /dzień	doustne

upadacytynib	Inhibitor kinaz janusowych (JAK)	<ul style="list-style-type: none"> • łuszczycowe zapalenie stawów 	15 mg/dzień	doustne
--------------	---	--	-------------	---------

Dane przedstawione w Raporcie Fundacji Amicus - Fundacja Łuszczycy i ŁZS [72], na podstawie badania przeprowadzonego przez organizację, wskazują, iż nieco ponad 11% chorych na łuszczycę jest objętych leczeniem biologicznym, z czego 9/10 pacjentów stwierdza, iż dzięki tego rodzaju terapii zauważają pozytywne zmiany w przebiegu dermatozy, a choroba ulega remisji [72]. Dane te pozwalają twierdzić, że terapia biologiczna łuszczycy jest bezpieczna, efektywna i skuteczna, także w ocenie pacjentów.

Należy zaznaczyć, że terapia chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej w programie leczenia biologicznego uregulowana jest szczegółowo w Schemacie dawkowania leków w programie leczenia chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej (Załącznik B.47.; Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 stycznia 2024 r.). Dokument ten wskazuje na zakres świadczenia gwarantowanego, w tym w zakresie świadczeniobiorcy na kryteria klasyfikacji, kryteria traktujące o przeciwwskazaniach do udziału w programie, odpowiedzi na leczenie, kryteriach i warunkach zmian terapii, kryteriach wyłączenia chorego z programu, czasie leczenia oraz kryteriach włączenia ponownego.

Program lekowy B.47 (pierwotnie „Leczenie ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej (ICD-10 L40.0”) funkcjonuje od początku 2013 roku. Przez kolejne 10 lat był aktualizowany w zakresie finansowania i włączania kolejnych leków do programu. Ostatnie prace modyfikacyjne nad programem – w marcu 2023 roku – wprowadziły zmiany w zakresie:

- obniżenia wieku dzieci objętych terapią biologiczną (terapia możliwa dla dzieci od 4. roku życia),
- możliwości podjęcia leczenia przez pacjentów z wartością wskaźnika PASI powyżej 10,
- zniesienia administracyjnych ograniczeń czasowych uczestnictwa w programie lekowym,
- poszerzenia listy leków wymienionych w schemacie leczenia [73, 74].

1.5.4. Fototerapia

Polskie Towarzystwo Dermatologiczne rekomenduje trzy metody terapii światłem w leczeniu łuszczycy:

- fototerapię szerokopasmową UVB,
- fototerapię o wąskim spektrum UVB 311 nm,
- fotochemioterapię z wykorzystaniem psolarenów [61].

Najczęściej tę formę leczenia stosuje się w przypadku łuszczycy o nasileniu umiarkowanym i ciężkim, natomiast w przypadku łuszczycy łagodnej u tych chorych, u których leczenie miejscowe nie przynosi poprawy. Fototerapia cechuje się wysokim profilem bezpieczeństwa i nieinwazyjnością, a także stosunkowo dobrą skutecznością, wpływając na zmiany skórne poprzez kilka mechanizmów. Wśród nich wskazuje się na modyfikacje szlaku zapalnego i zmianę odpowiedzi immunologicznej, co w konsekwencji wpływa na redukcję cytokin prozapalnych. Ponadto fototerapia inicjuje apoptozę keratynocytów oraz limfocytów T w naskórku, promuje migrację komórek Langerhansa z naskórka, a także wpływa na zmniejszenie uwalniania histaminy i degranulację – uwolnienie z wnętrza zawartości ziarnistości – wielofunkcyjnych komórek układu odpornościowego, czyli komórek tucznych. Mechanizmy te, działając synergicznie, wpływają na normalizację skóry łuszczycowej i wspierają przebudowę naskórka. UVA zdecydowanie głębiej przenika warstwy skóry i dociera aż do skóry właściwej, natomiast UVB wykazuje działanie na poziomie naskórka [75].

Jak wskazują Ping Zhang i Mei X. Wu [76], terapię pierwszego rzutu powinno stanowić wąskopasmowe UVB o długości fali 308 – 311 nm, zalecane w przypadkach stabilnej łuszczycy plackowatej, przy zajęciu przez dermatozę powyżej 10% powierzchni skóry, zmian miejscowych w przebiegu choroby oraz przy łuszczycy dłoni i podeszew. Tego rodzaju fototerapia jest też aktualnie najczęściej zalecaną i skuteczniejszą niż dotychczas powszechnie stosowana fototerapia szerokopasmowa UVB (208 – 315 nm). Jako terapię drugiego rzutu autorzy wymieniają terapię PUVA, przy czym w tej metodzie podawane są doustnie bądź miejscowo psolareny. Dodatkowo w terapii PUVA niekiedy łączy się zastosowanie światła oraz retinoidów doustnych bądź miejscowych analogów witaminy D, przy czym te drugie należy stosować po uprzednim naświetlaniu, gdyż promieniowanie skutkuje unieczynnieniem analogów. Synergiczne działanie tych substancji czynnych wraz z naświetlaniem ma na celu ograniczenie liczby naświetleń, zmniejsza potencjalne ryzyko wystąpienia nowotworu skóry, wpływa na skrócenie czasu fototerapii oraz zwiększa efektywność leczenia [77]. Zakres długości fali w PUVA to kolejno: 320 – 400 nm dla łuszczycy plackowatej odpornej na leczenie,

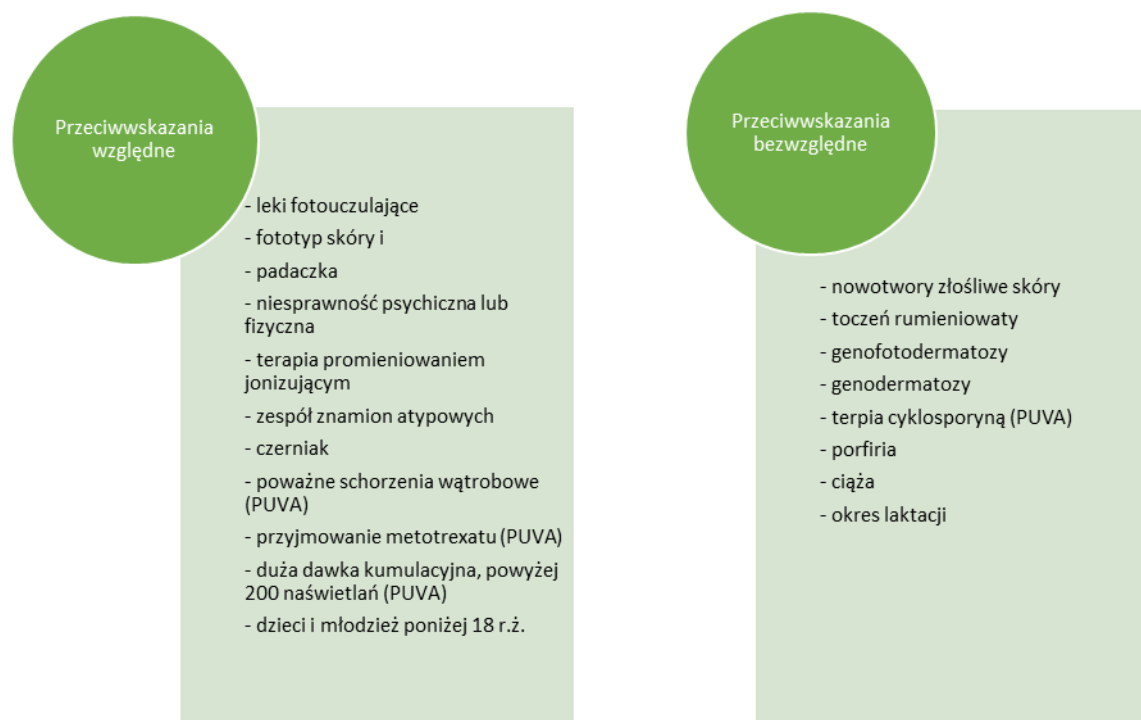
stabilnej łuszczycy plackowatej oraz łuszczycy krostkowej dłoni i podeszew, natomiast zakres 585 – 598 dla łuszczycy paznokci. Co ważne, cechujące się działaniem fotouwrażliwiającym psolareny, wbudowują się w zasady DNA skutkując zahamowaniem replikacji, a ponadto tworzą reaktywne formy tlenu, uszkadzając błonę komórkową. Skutkuje to ograniczeniem syntezy prozapalnych cytokin i nadmiernej proliferacji komórek [75, 76, 77]. Nie zaleca się jednak równoczesnego stosowania tej metody przy ordynowaniu cyklosporyna z uwagi na fakt zwiększenia ryzyka wystąpienia nowotworu skóry (rak kolczystokomórkowy) [77].

Ponadto w procesie fotoleczenia łuszczycy stosuje się zyskujące na popularności światło niebieskie, emitowane przez lampy LED i o długości fali 453 nm. Światło niebieskie może zmniejszać aktywność proliferacyjną keratynocytów, modulować odpowiedzi immunologicznej komórek T oraz wpływać na redukcję łuszczycy plackowatej. Z kolei światło czerwone ma zdolność do głębokiej penetracji skóry, do 6 mm, stymulowania aktywność mitochondriów, modulowania reakcji cytokin z makrofagów celem zmniejszenia miejscowego stanu zapalnego [76].

Zabiegi fototerapii zalecane są zwykle w częstotliwości 2 – 3 naświetleń w ciągu tygodnia, przy czym już po pierwszych czterech tygodniach zabiegów zauważalne są oczekiwane zmiany. Nakamura et.al. [78], analizując ostatnie doniesienia dotyczące fototerapii w łuszczycy, zwracają uwagę na fakt, że jednoczesne stosowanie fototerapii – wąskopasmowe UVB i leczenia biologicznego (etanercept w dawce 50 mg/ 1 – 2 x tydzień), wykazuje lepsze efekty i krótszy czas do ustąpienia objawów dermatozy [78].

Fototerapię określa się jako metodę o wysokiej skuteczności, ale równie wysokim profilem bezpieczeństwa. Mimo tego faktu, u chorych stosujących tę formę terapii dojść może do różnych działań niepożądanych, wśród których wyróżnić można działania niepożądane wczesne – mogące pojawić się w trakcie bądź krótko po zabiegu, oraz późne, charakteryzujące się pojawieniem się zmian długo po wielokrotnych naświetlaniach. Wśród działań niepożądanych wczesnych wymienia się rumień o różnym nasileniu, uczucie swędzenia, pieczenia, czy infekcji lub fotodermatoz w obrębie skóry poddanej oddziaływaniu promieniowania UVB. Natomiast po zabiegu z użyciem PUVA, objawom tym towarzyszyć mogą dodatkowo bóle głowy, wymioty i nudności. Dodatkowo w przebiegu fototerapii należy zwrócić uwagę na przyjmowane leki (m.in. NLPZ, tetracykliny, leki przeciwpsychotyczne, diuretyki, fluorochinolony), które również mogą potencjalnie wpłynąć na wystąpienie wczesnych działań niepożądanych. Z kolei w przypadku objawów późnych zalicza się

fotostarzenie, plamy soczewicowate czy, zaćmę rogowacenie indukowane PUVA [77]. Istnieją także niejednoznaczne doniesienia o potencjalnym ryzyku onkogennym, związanym ze stosowaniem tego rodzaju leczenia [79]. Dlatego celem zapobiegania wystąpienia działań niepożądanych wyróżnia się szereg przeciwwskazań względnych i bezwzględnych do stosowania fototerapii [77, 79].



Rycina 16. Przeciwwskazania do stosowania fototerapii w łuszczycy. Opracowanie własne na podstawie źródła [77, 79].

W momencie kwalifikacji chorego do leczenia zaleca się przeprowadzić bardzo dokładny wywiad, zwracając uwagę na obecne i potencjalne fotodermatozy oraz przyjmowane leki, w tym fotouczulające i fototoksyczne. Ponadto zaleca się, by pacjenci poddawani fototerapii byli objęci stałą opieką dermatologa, monitorowali stan zmian skórnych, stosowali odzież ochronną na te obszary skóry, które nie są docelowo miejscami naświetleń, nosili okulary ochronne podczas zabiegów i po nich [77].

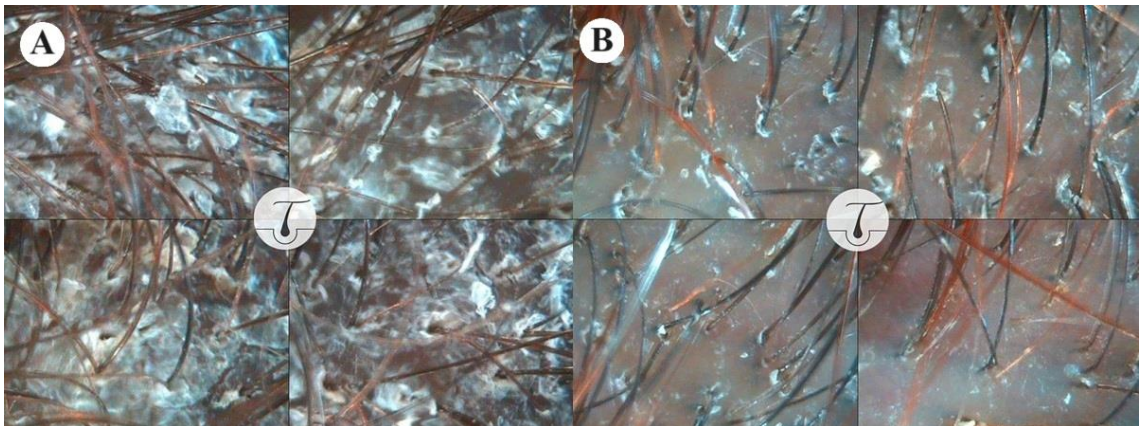
1.5.5. Pielęgnacja skóry łuszczycowej

Istotną kwestię w terapii łuszczycy, poza podjęciem leczenia, pełni właściwa pielęgnacja skóry, która nierzadko pomijana w rutynie pacjentów, stanowić może o powodzeniu kuracji. Suchość i stany zapalne skóry obserwowane u pacjentów z łuszczycą są związane z upośledzeniem funkcji bariery naskórkowej, o czym świadczy zwiększona

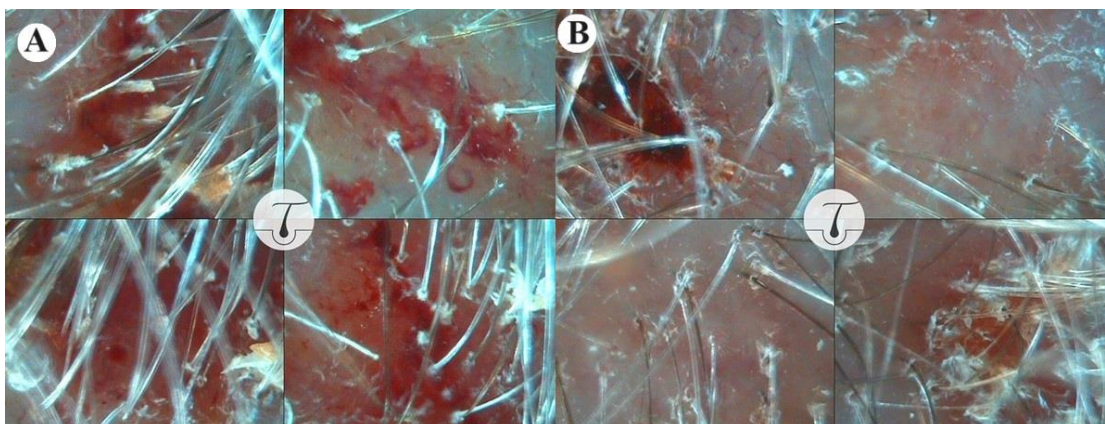
przeznaskórkowa utrata wody (TEWL), pogorszenie właściwości jej wiązania i zmniejszona zawartość lipidów na powierzchni skóry. Schemat codziennej pielęgnacji skóry łuszczycowej powinien obejmować delikatne mycie z zastosowaniem łagodnych środków, złuszczenie naskórka, nawilżanie i natłuszczenie oraz ochronę przeciwsłoneczną. Produkty dedykowane osobom z łuszczycą mają na celu złuszczenie, zatrzymanie wilgoci w naskórku, wspomaganie procesów naprawczych upośledzonej funkcji bariery naskórkowej i łagodzenie stanu zapalnego [80, 81]. Kircik et. al. [81], analizując wpływ środków myjących i nawilżających w przebiegu łuszczyca wskazali, że stosowanie dobrze dobranych produktów pielęgnacyjnych może stanowić metodę uzupełniającą leczenia zaostrej łuszczyca oraz wspomagać procesy gojenia, a w okresach bezobjawowych wpływać na poprawę wyglądu skóry i dopełniać leczenie zachowawcze. Autorzy podają, iż u pacjentów z tą dermatozą aplikowanie środków nawilżających i natłuszczających, zawierających m.in. ceramidy, zmiękcza blaszki łuszczycowe oraz zwiększa wchłanianie leków miejscowych. Dodatkowo kosmetyki te dają uczucie ukojenia skóry i redukują odczucia świądu [81]. W ich składzie znajdują się często emolienty (naturalne oleje i masła, alkohole tłuszczowe), humektanty (kwas hialuronowy, mocznik, gliceryna, sorbitol, glikol propylenowy), substancje okluzyjne (wazelina, parafina, kwasy tłuszczowe, fosfolipidy, lanolina, sterole, woski) i przeciwświądowe (lidokaina, kamfora, mentol). Formy produktów kosmetycznych, które przeznaczone do stosowania przy skórze łuszczycowej to m.in. mydła, emulsje i płyny do mycia, maści, kremy i balsamy, szampony, odżywki do włosów, czy peelingi do skóry głowy. Jednak poza domową pielęgnacją, kluczowe znaczenie dla poprawy stanu skóry, w tym skóry głowy objętej dermatozą oraz paznokci, mogą mieć zabiegi gabinetowe i profesjonalna pomoc specjalisty: dermatologa, kosmetologa, trychologa, czy podologa.

Wśród zabiegów proponowanych przez specjalistyczne gabinety wymienić należy m.in. laseroterapię (laser LanulaTM, laser neodymowy), terapię fotodynamiczną, naświetlanie IPL - *Intense pulsed light*, zabiegi z zastosowaniem peelingów enzymatycznych, kwasów AHA i BHA, zabiegi odżywiające i nawilżające skórę, procedury trychologiczne z wykorzystaniem prądów D'Arsonval, analiza komputerowa skóry głowy i włosów [82, 83, 84]. Rozwiązania kosmetologii specjalistycznej i dziedzin jej pokrewnych stanowią obszerną grupę metod mających duże znaczenie w terapii łuszczyca, jako dopełnienie leczenia. Istotną kwestię stanowi fakt, że podczas wizyty, oprócz zabiegu odbywa się także konsultacja z pacjentem, obejmująca wywiad i ocena stanu skóry. Dzięki wizycie chory może także poszerzyć swoją wiedzę na temat choroby, metod pielęgnacji, składów kosmetyków. Po wizycie w gabinecie

często również zauważalne są zmiany w wyglądzie i stanie skóry, co pozytywnie wpływa na samopoczucie chorych [83].



Rycina 17. Łuszczyca skóry głowy, powiększenie x 60: A. obraz przed zabiegiem, B. obraz po systematycznym stosowaniu maści Diprosalic (betametazonu dipropionian i kwas salicylowy). Materiały własne uzyskane we współpracy z Gabinetem Trychologicznym [85].



Rycina 18. Łuszczyca skóry głowy, powiększenie x 60: A. obraz przed terapią trychologiczną, B. obraz po zmianie pielęgnacji domowej. Materiały własne uzyskane we współpracy z Gabinetem Trychologicznym [85].



Rycina 19. Łuszczyca skóry głowy, powiększenie x 60: A. obraz skóry głowy z nadmiernie rogowaciejącym naskórkiem, B. obraz skóry głowy po trychologicznym zabiegu oczyszczania. Materiały własne uzyskane we współpracy z Gabinetem Trychologicznym [85].

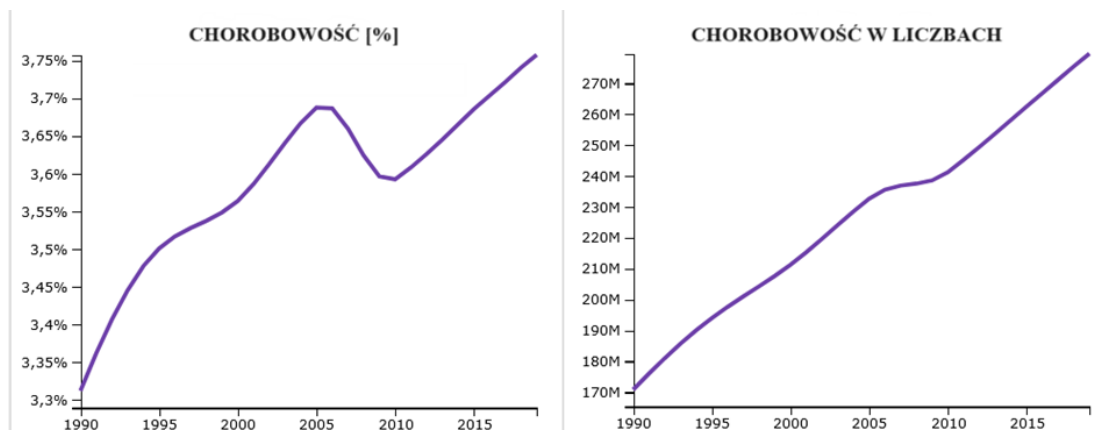
2. Zaburzenia depresyjne

Depresja jest powszechnym, istotnym i złożonym problemem w zakresie zdrowia psychicznego, charakteryzującym się znacznym zróżnicowaniem w odpowiedzi na leczenie. Obejmuje obniżony nastrój lub utratę odczuwania radości lub zainteresowania wykonywanymi aktywnościami przez długi czas. Złożoność zaburzeń depresyjnych oraz procesy wzajemnego oddziaływania pomiędzy różnymi czynnikami wywołującymi schorzenie, przyczyniają się do utrzymywania się depresji [85].

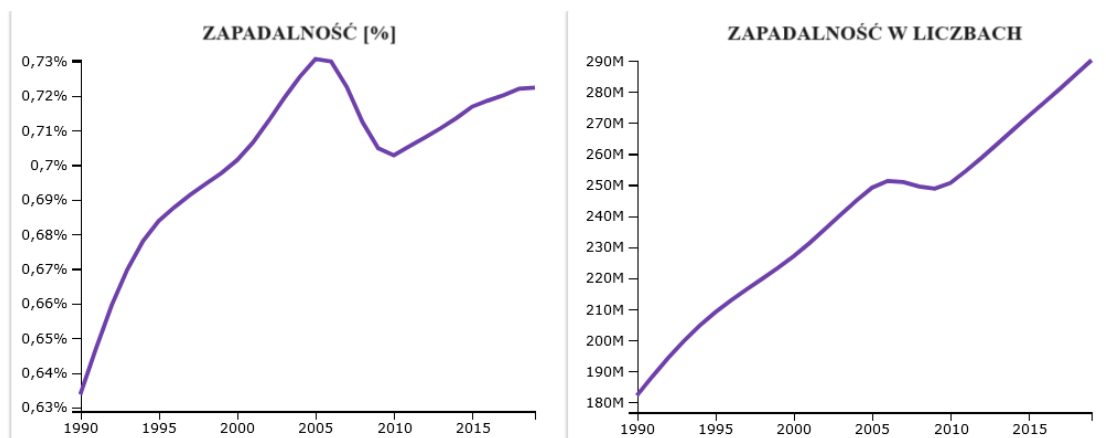
Ponadto zaburzenia depresyjne wiążą się z upośledzeniem funkcjonowania społecznego i niezdolnością do pełnienia prawidłowych ról społecznych, co uważa się za istotny przejaw choroby. Dysfunkcje w interakcjach społecznych mogą się utrzymywać nawet kilka lat po ustąpieniu objawów choroby i mieć związek z niepełnosprawnością, obniżoną wydajnością zawodową, problemami na płaszczyźnie prywatnej. Depresja często koreluje też z chorobami somatycznymi, a to z kolei prowadzi do kumulacji trudności w zakresie zdrowia [86].

2.1. Epidemiologia zaburzeń depresyjnych

Według szacunków WHO, 3,8% populacji doświadcza depresji, w tym 5% dorosłych (4% wśród mężczyzn i 6% wśród kobiet) oraz 5,7% dorosłych w wieku powyżej 60 lat. Aż około 280 milionów ludzi na świecie cierpi na depresję, a schorzenie to występuje o 2 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn. Dane statystyczne wskazują, że każdego roku ponad 700 000 osób umiera z powodu samobójstwa, które jest czwartą najczęstszą przyczyną śmierci osób w wieku 15-29 lat [87].



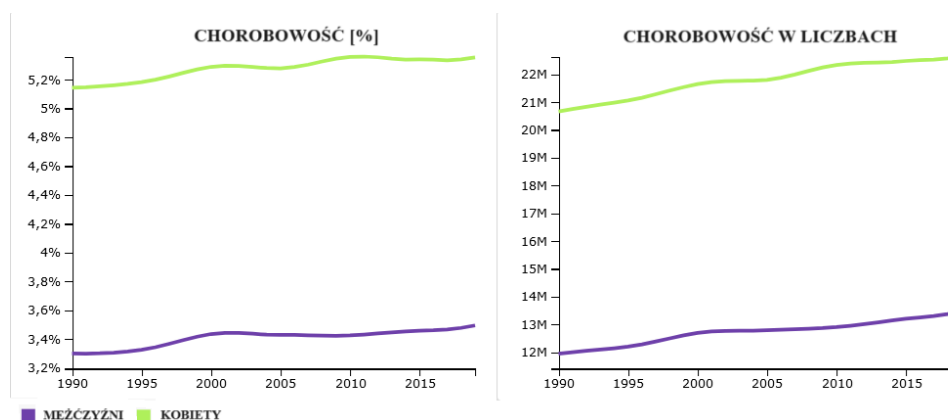
Rycina 20. Chorobowość zaburzeń depresyjnych na świecie w latach 1990-2019. Opracowanie na podstawie danych Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) [88].



Rycina 21. Zapadalność na zaburzenia depresyjne na świecie w latach 1990-2019. Opracowanie na podstawie danych Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) [88].

Jak wskazują eksperci Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) w Raporcie Health at a Glance: Europe 2022 State Of Health In The EU [89], występowanie lęku i depresji znacznie wzrosło we wszystkich krajach UE podczas pandemii, dotycząc młodych ludzi, zwłaszcza młode kobiety oraz osoby borykające się z trudnościami finansowymi. Narastające zapotrzebowanie na wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego i rosnące zapotrzebowanie na wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego stanowiły wyzwanie dla już i tak mocno ograniczonych usług opieki psychiatrycznej, w wyniku czego prawie połowa wszystkich młodych Europejczyków zgłaszała potrzebę uzyskania pomocy w zakresie zdrowia psychicznego w 2022 roku [89]. Jeszcze przed pandemią COVID – 19 zaburzenia lękowe, zaburzenia depresyjne, czy zaburzenia związane z narkotykami i alkoholem dotyczyły łącznie ok. 57 mln mieszkańców Unii Europejskiej, z czego aż 21 mln dotyczyło depresji. Stan zdrowia psychicznego ludności ewidentnie uległ negatywnym zmianom, na co wskazują dane

publikowane zarówno przez WHO, Badanie Eurobarometr Komisji Europejskiej, czy Raporty OECD.

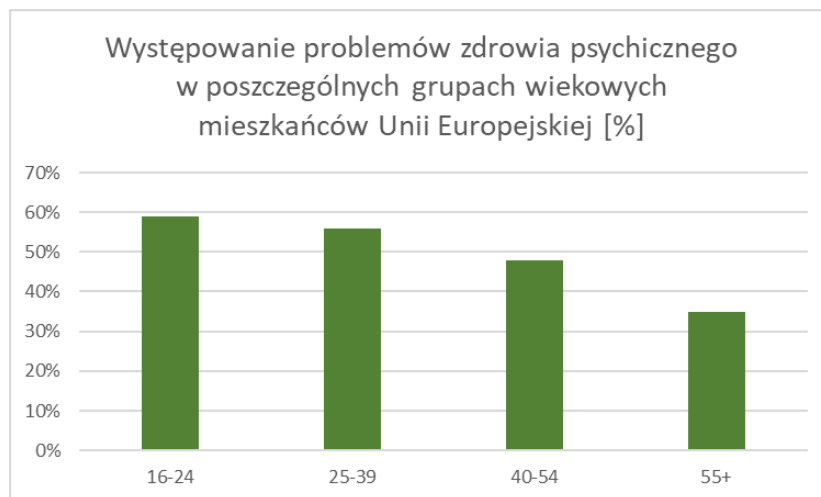


Rycina 22. Chorobowość zaburzeń depresyjnych w Europie w latach 1990-2019 według płci. Opracowanie na podstawie danych Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) [88].

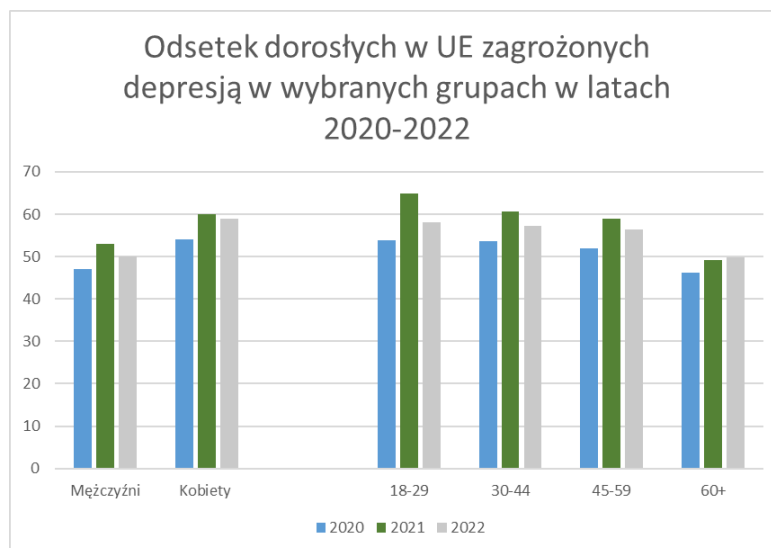
Dane z raportu ogólnoeuropejskiego badania Flash Eurobarometer 530 Mental Health [90], przeprowadzanego w czerwcu i lipcu 2023, wskazują szereg problemów w zakresie zdrowia psychicznego wśród mieszkańców Unii Europejskiej:

- blisko połowa ankietowanych zgłosiła, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczyło problemów na płaszczyźnie emocjonalnej bądź psychicznej, takich jak stany depresyjne czy uczucie niepokoju,
- około trzy czwarte respondentów (77%) uważa, że pacjenci z zaburzeniami psychicznymi są postrzegani przez ogół społeczeństwa jako odmienni od wszystkich innych pacjentów
- 76% zgadza się ze stwierdzeniem, że osoby z problemami psychicznymi są postrzegane jako mniej zdolne i wnoszą mniej do społeczeństwa, mają mniej możliwości w sferze zawodowej i aktywności społecznej,
- w całej Unii Europejskiej ¼ respondentów stwierdziło, że oni sami lub członkowie ich rodzin doświadczyli jednego lub więcej problemów z dostępem do usług w zakresie zdrowia psychicznego,
- najczęściej wskazywanym problemem w dostępie do usług zdrowia psychicznego stanowią długie listy oczekujących, a ponad ⅓ ankietowanych wskazało, że usługi w zakresie zdrowia psychicznego stanowią wyzwanie finansowe dla chorych i są zbyt drogie,

- ponad 1/3 ankietowanych deklarowała, że ma trudności w radzeniu sobie ze stresem i problemami codziennymi, skrajnymi wahaniami nastroju, zmianami w nawykach żywieniowych oraz snem,
- ponad połowa badanych cierpiących na problemy zdrowia psychicznego wskazała, że nie otrzymała pomocy od specjalisty w tym zakresie [90].



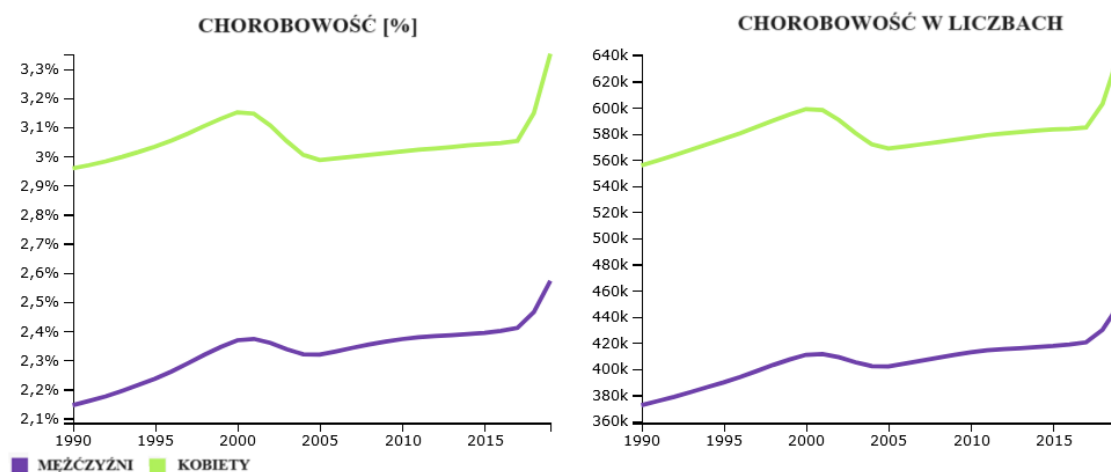
Rycina 23. Występowanie problemów zdrowia psychicznego w poszczególnych grupach wiekowych mieszkańców Unii Europejskiej. Opracowanie własne na podstawie źródła [89].



Rycina 24. Odsetek dorosłych (z podziałem na płeć i grupy wiekowe) w Unii Europejskiej zagrożonych depresją w latach 2020 – 2022, Ryzyko depresji definiowane za pomocą skali WHO-5 jako osoby z wynikiem poniżej 50 w skali od 0-100. Opracowanie własne na podstawie źródła [90].

Według Raportu „Zdrowie psychiczne Polaków. Depresja jest wśród nas...” [91] z 2023 roku, opracowanego na podstawie badania UCE RESEARCH i platformy zdrowia psychicznego

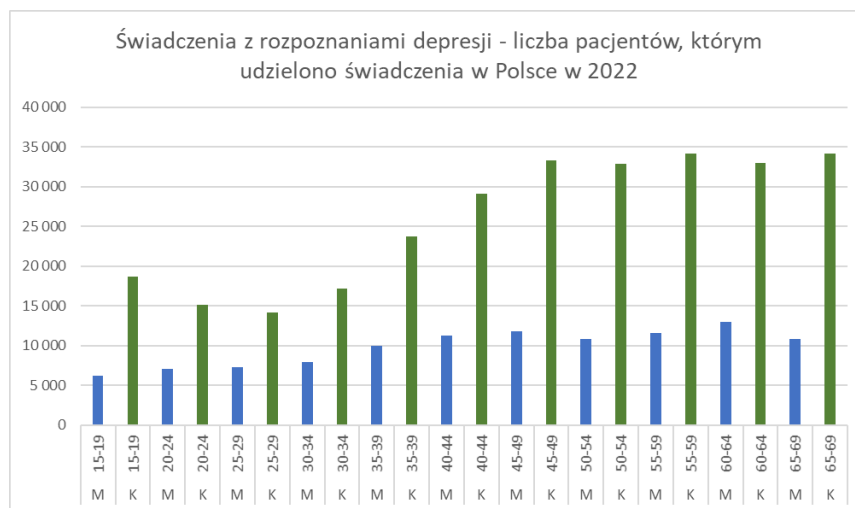
ePsycholodzy.pl, aż 78,2% Polaków w wieku od 18. do 80. roku życia odczuwa objawy pogarszającego się stanu psychicznego, w tym m.in. obniżenie nastroju, zmęczenie i brak energii, zaburzenia snu, pesymistyczne widzenie przyszłości, osłabienie koncentracji i uwagi, czy brak przyjemności z wcześniej lubianych rzeczy. W porównaniu z rokiem 2022, wartość ta stanowi wzrost o aż 11,4% [91].



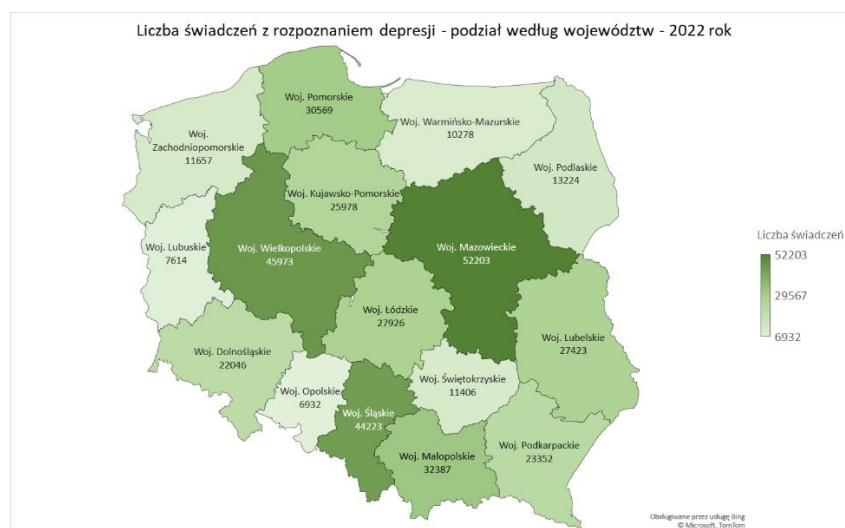
Rycina 25. Chorobowość zaburzeń depresyjnych w Polsce w latach 1990-2019 według płci. Opracowanie na podstawie danych Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) [88].

Trudno jednoznacznie wskazać, ilu Polaków zmagają się z depresją. W zależności od źródła, dane wahają się od 1,2 mln do 1,5 mln [92]. Jak wskazuje jeden z autorów badania, członek zarządu ePsycholodzy.pl [91]: „W Polsce na depresję cierpią przynajmniej 4 mln osób. W 2021 r. tylko z powodu tej choroby odnotowano w Polsce 7,4 mln dni absencji pracowniczych. W stosunku do 2018 r. nastąpił wzrost o blisko 30 proc.”. Tak duże różnice w szacunkach choroby wynikać mogą z faktu, że część pacjentów zgłasza się do specjalistów opieki prywatnej z zakresu psychiatrii, wielu nie udaje się po pomoc ze względu na brak wiedzy na temat depresji, z uwagi na brak dostępu do opieki zdrowotnej, bądź ze względu na obawy przed stygmatyzacją ze strony otoczenia [91].

Z kolei dane NFZ, które wskazują na liczbę wykupionych refundowanych leków przeciwdepresyjnych potwierdzają, że w samym 2021 roku, recepty zrealizowało 1,5 mln chorych, co stanowi wzrost o aż 59% w stosunku do roku 2013 [92].



Rycina. 26. Świadczenia z rozpoznaniem depresji - liczba pacjentów, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem głównym "epizod depresyjny" oraz "zaburzenia depresyjne nawracające" (F32, F33 - ICD10), według płci i wieku w Polsce w 2022 roku. Opracowanie własne na podstawie źródła [92].



Rycina. 27. Świadczenia z rozpoznaniem depresji - liczba pacjentów, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem głównym "epizod depresyjny" oraz "zaburzenia depresyjne nawracające" (F32, F33 - ICD10), podział według województw, dane za 2022 roku. Opracowanie własne na podstawie źródła [92].

2.2. Etiopatogeneza zaburzeń depresyjnych

Etiologia zaburzeń depresyjnych, mimo iż jest złożona i wieloczynnikowa, to wciąż nie do końca poznana. W ich patofizjologię zaangażowanych jest kilka czynników, takich jak działanie neuroprzekaźników i zmiany czynności neuroendokrynnych, uwarunkowania genetyczne, doświadczenia życiowe oraz związane z nimi zachowania, czy czynniki

środowiskowe. Niektóre z tych elementów wydają się jednak być ściśle ze sobą powiązane [93, 94]. Pasquini et.al. [93] analizując etiopatogenezę zaburzeń depresyjnych wyróżniają szereg czynników i uwarunkowań mających związek z wystąpieniem depresji. Wśród nich autorzy wskazują na silny związek środowiska, stresu, osobowości i depresji, aspekty genetyczne, czynniki neurobiologiczne, w tym m.in. rolę neuronów noradrenergicznych, serotoninergetycznych, dopaminowych, czy inne zaburzenia neuroprzekaźników.

Większość przypadków zaburzeń depresyjnych zaczyna się od znacznego nasilenia poczucia cierpienia, przy jednoczesnym braku przejawiania swoich predyspozycji osobowościowych przez chorego. Oznacza to, że ze względu na ograniczone możliwości radzenia sobie przez osobę doświadczającą stresu, towarzyszące różne trudne wydarzenia życiowe, z którymi na ogół dobrze radzi sobie większość populacji, czynniki te mogą stać się powodem depresji. Pierwsze niepokojące objawy pojawić się mogą już się we wczesnym dzieciństwie lub w okresie dojrzewania, gdy osoba otrzymuje powtarzające się informacje o obojętności, lekceważeniu lub wrogości ze strony jednego lub obojga rodziców bądź opiekunów wobec niej. Te dysfunkcyjne przekonania mogą stać się uciążliwe w wieku dorosłym, w obecności nadmiernych lub przewlekłych stresorów życiowych. Biorąc pod uwagę powtarzające się wygórowane oczekiwania wobec danej osoby i jej nakład energii włożony w ich spełnienie, bardzo prawdopodobnym jest, iż dojść może do przeciążenia psychicznego. Wrażliwość na potrzeby otoczenia i neurotyczność są również cechami charakteru, które mogą wyjaśniać podatność na depresję w określonych okolicznościach. Wskazuje się na związek między depresją a osobowością czy charakterem, co stanowi wyjaśnienie, dlaczego ludzie reagują w różny sposób, gdy pojawia się sytuacja problematyczna, taka jak rozwód, żałoba, samotność, praca lub trudności ekonomiczne. Te stresujące sytuacje mogą być dobrze opanowane przez daną osobę, jeśli są ograniczone czasowo. Jednak gdy stresory takie stają się przewlekłe, a osoba ma coraz mniej dostępnych zasobów, pojawiają się przesłanki do depresji, a cechy osobowości mogą mieć niewielkie znaczenie nawet dla wystąpienia jej objawów [93].

Pacjenci często zgłaszają jedną lub więcej sytuacji, które miały miejsce przed epizodem depresji i przypisują tym wydarzeniom życiowym związek przyczynowy z depresją. Przypuszczać można, że jest to tylko częściowo prawdziwe stwierdzenie. Umiejętności radzenia sobie, które są związane z osobowością i osobistym postrzeganiem, są punktem odniesienia dla zrozumienia różnych reakcji. Tkanki, hormony, neuroprzekaźniki, czy cytokiny działają celem wytworzenia reakcji na stres, co ma stanowić o utrzymaniu homeostazy. Reakcja na stres jest wynikiem aktywacji układu hormonalnego, nerwowego i odpornościowego, które

współpracują ze sobą w reakcji walki lub ucieczki. Najważniejszymi zaangażowanymi strukturami anatomicznymi są podwzgórze, przysadka mózgowa i nadnercza. Struktury te tworzą oś podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA). Ciało migdałowe i kora przedczołowa również modulują oś HPA. Depresja jest silnie związana z nadaktywnością osi HPA. Ponadto podczas epizodu depresyjnego hipokamp, ciało migdałowe i kilka obszarów kory przedczołowej mają obniżoną objętość, podobnie jak w przypadku stresu. Kiedy bodźce wywołujące awersję stają się stresorami, aktywowane są dwie różne reakcje. W szybkiej reakcji pośredniczy hormon CRH, łącząc się z układem współczulnym, który uwalnia neuroprzekazniki adrenalinę i noradrenalinę w odpowiedzi na wykryte zagrożenie. W międzyczasie inne peptydy zwane urokortynami wytwarzają odpowiedź lękową równoważącą odpowiedź CRH typu "walczyć lub uciekać". Zarówno CRH, jak i urokortyny są regulowane przez glukokortykoidy. Druga reakcja polega na mobilizacji osi HPA, podwzgórze-przysadka-nadnercza, która uwalnia określone hormony do krążenia ogólnoustrojowego. Podwzgórze odgrywa centralną rolę w modulacji uwalniania hormonów poprzez odbieranie sygnału z neuronów pochodzących z amigdali i innych obszarów limbicznych (mózg emocjonalny), które stymulują przysadkę mózgową, która uwalnia ACTH. Na tym poziomie zaangażowanych jest wiele mechanizmów kontrolnych, takich jak pozytywne i negatywne sprzężenia zwrotne. ACTH pobudza nadnercza do wydzielania kortyzolu. Hipokamp, wraz z innymi obszarami układu limbicznego, ma dwa różne rodzaje receptorów kortyzolu. Receptor MR jest aktywowany przez normalny poziom krążącego kortyzolu. Receptor GR jest aktywowany, gdy poziom kortyzolu stopniowo wzrasta, podczas gdy hipokamp jest blokowany genetycznie. Hiperprodukcja kortyzolu i nadmiar CRH determinują zmianę równowagi monoamin i w końcu zanik neuronów. Ostra reakcja na stres aktywuje monoaminy, podczas gdy przewlekły stres determinuje zmniejszoną aktywność neuronów dopaminergicznych, serotoninergetycznych i noradrenergicznych. Utrzymująca się hiperkortyzolemia zmniejsza syntezę serotoniny. Co ważne, cytokiny prozapalne (jak interleukina-1 α i β (IL-1 α i IL-1 β), czynnik martwicy nowotworów- α (TNF- α) i interleukina-6 (IL-6) są również zaangażowane w rozwój depresji. Cytokiny te są odpowiedzialne za manifestację zachowań chorobowych: zmniejszona aktywność fizyczna, zwiększone zapotrzebowanie na sen, zmienione funkcje poznawcze, wycofanie społeczne oraz zmiany apetytu mogą wskazywać na chorobę. Nie ma jednak dowodów na to, że stan zapalny może wyjaśniać patogenne przekonania chorych i ich konsekwencje, takie jak poczucie winy, poczucie porażki lub niechęć do samego siebie.

Geny i uwarunkowania środowiskowe są częściowo odpowiedzialne za etiologię zaburzeń depresyjnych. W literaturze przedmiotu znaleźć można doniesienia, że analizy dotyczące występowania stanów depresyjnych wśród spokrewnionych członków rodziny wykazały wyższą częstość występowania depresji wśród krewnych pierwszego stopnia, przy czym krewni pierwszego stopnia pacjentów z depresją mają średnio trzykrotnie większe ryzyko depresji niż osoby bez historii rodzinnej tego zaburzenia [95]. Pomimo istotnej dziedziczności, nie udało się zidentyfikować jednoznacznie poszczególnych genów, które przyczyniają się do depresji. Badania nad genami mogącymi być odpowiedzialnymi za występowanie zaburzeń depresyjnych wskazywały na zestaw genów zaangażowanych w neuroprzekąźnictwo monoaminergiczne (zmiany sekwencji DNA, które modyfikują ekspresję i funkcję genu), przy czym geny te w większości odpowiadają za udział w syntezie, degradacji lub neurotransmisji serotoniny, której rola jest niezwykle istotna w powstawaniu i przebiegu depresji [93, 95]. Obszar ten jednak wymaga dalszych badań, by z przekonaniem móc wskazać, czy właśnie te geny zdecydowanie wpływają na wystąpienie i rozwój choroby.

Związek między stresem a depresją jest wyraźny i oczywisty, z wyraźnymi wskazaniami, że stresory życiowe wpływają na wystąpienie i przebieg kliniczny depresji. Z drugiej strony, nie u każdego, kto doświadczył takich wydarzeń, dochodzi do rozwoju zaburzenia oraz nie u każdego, kto doświadczył depresji, wydarzenie wywołujące depresję miało miejsce w życiu [95, 96]. Stresogenne wydarzenia życiowe są niezmiennie uważane za czynniki wysokiego ryzyka predysponujące do zaburzeń depresyjnych. W powiązaniu stresujących wydarzeń życiowych z wystąpieniem zaburzeń depresyjnych, rozregulowana aktywność osi HPA ma odgrywać ważną rolę w pośredniczeniu, w awersyjnym wpływie stresu życiowego na strukturę i funkcjonowanie mózgu. Przewlekły lub nadmierny stres, zwłaszcza występujący we wczesnym okresie życia, jest szkodliwy dla zdrowia fizycznego i psychicznego jednostki, co jest również silnie związane z wystąpieniem zaburzeń depresyjnych. Jako czynnik pośredniczący w środowiskowych czynnikach ryzyka, stres wpływa wraz z mechanizmami genetycznymi i epigenetycznymi na strukturę i funkcjonowanie mózgu, fizjologię i psychikę, a ostatecznie na podatność na zaburzenia depresyjne [96].

Ponadto wskazuje się na obserwowane, w przebiegu depresji, objawów typowych dla płaszczyzny somatycznej. Współistnienie schorzeń ogólnoustrojowych i zaburzeń depresyjnych coraz częściej jest tematem podnoszonym w literaturze przedmiotu, ze względu na istotność tej zależności i jednoczesny wpływ obu sfer na siebie. Wiąże się to przede wszystkim z faktem, iż występowanie zaburzeń depresyjnych wpływa na pogorszenie

przebiegu choroby somatycznej, a także wskazuje się, że ryzyko wystąpienia wybranych „chorób ciała” jest wyższe u pacjentów z depresją w porównaniu do populacji ogólnej [97]. Justyna Holka – Pokorska [97], powołując się na Kaplan i Sadock, wskazuje na szereg czynników somatycznych i najczęstsze choroby ogólnoustrojowe, mogące wywołać depresję. Wśród nich autorka wymienia czynniki:

- infekcyjne (grypa, zapalenie płuc, półpasiec, kiła, zapalenie wątroby),
- kardiologiczne (zawał serca, niewydolność krążenia, choroba wieńcowa),
- pulmonologiczne (przewlekłe choroby płuc),
- hormonalne (niedoczynność tarczycy, menopauza, okres poporodowy, niedoczynność nadnerczy, andropauza),
- metaboliczne (cukrzyca, zaburzenia elektrolitowe),
- dietetyczne (niedobory witamin z grupy B, kwasu foliowego),
- anestezjologiczne (przewlekłe zespoły bólowe),
- onkologiczne (nowotwory w fazie terminalnej, nowotwór głowy trzustki),
- farmakologiczne (kortykosteroidy, środki antykoncepcyjne, cytostatyki, niektóre leki przeciwnadciśnieniowe),
- zatrucia (metale ciężkie),
- choroby autoimmunologiczne (toczeń rumieniowaty układowy, reumatoidalne zapalenie stawów) [97].

2.3. Obraz kliniczny zaburzeń depresyjnych

Depresją (lub zaburzeniami depresyjnymi) określa się grupę zaburzeń psychicznych z występującymi zaburzeniami nastroju i obniżeniem percepcji emocjonalnej, przy czym termin ten odnosi się do zespołów objawów towarzyszących w schorzeniach afektywnych.

Zaburzenia depresyjne polegają przede wszystkim na obniżeniu nastroju, w tym długotrwałym smutku, negatywnym obrazie rzeczywistości, utracie przyjemności i zainteresowania z czynności i sytuacji, które dotąd odczuwane były pozytywnie, zwiększeniu męczliwości i spadkach energii. Dodatkowo wskazuje się także na myśli rezygnacyjne i samobójcze, lęk, zaburzenia w zakresie procesów poznawczych, bezpodstawne poczucie winy, zaburzenia rytmu biologicznego, wahania apetytu, nadmierne pobudzenia lub zahamowanie ruchowe. Holka-Pokorska [97] wskazuje na dwa aspekty zaburzeń nastroju w depresji: pierwszy odnosi się do poczucia smutku, pustki, przygnębienia, co jasno wskazuje

na zmiany nastroju. Co istotne, depresja charakteryzuje się długotrwałymi zaburzeniami w tym zakresie, smutek nie jest przejściowy, a objawy występują często tygodniami. Drugi aspekt dotyczy spadku zainteresowań i utraty przyjemności z dotychczasowego życia. Autorka wskazuje, iż u chorych występować może także zubożenie emocjonalne, niezdolność do ekspresji uczuć i emocji. Poza wymienionymi, kolejnym objawem jest utrata energii i wyczerpanie. Wystąpienie depresji rozpoznaje się wówczas, gdy objawy występują 2 tygodnie i dłużej.

Objawy charakteryzujące zaburzenia depresyjne podzielić należy na grupy: objawy główne i dodatkowe. Na symptomy główne składają się nastrój depresyjny, utrata zainteresowań i przyjemności oraz zwiększona męczliwość. Z kolei objawy dodatkowe to zmniejszona samoocena, zaburzenia snu, spadek koncentracji i uważności, spadek zaufania wobec siebie, negatywny obraz przyszłości, myśli lub próby samobójcze, zmiany apetytu, odczucia bezwartościowości i poczucie winy [98]. Wskazać można także na inny podział: objawy i cechy główne (podstawowe, osiowe, pierwotne) są aspektami warunkującymi obraz kliniczny depresji endogennej, natomiast objawy niespecyficzne (wtórne) występować mogą także w przypadku innych zaburzeń depresyjnych, nie tylko endogennych:

1. Objawy i cechy podstawowe [99]:

A. Obniżenie nastroju:

- Depresja (uczucie smutku, przykrości, przygnębienia), występowanie anhedonii, czyli stan obniżonej zdolności lub niemożności odczuwania radości i przyjemności
- Zubożenie depresyjne

B. Obniżenie w zakresie napędu psychoruchowego:

- Ogólne spowolnienie i zahamowanie ruchowe
- Obniżona sprawność intelektualna
- Problemy z pamięcią
- Spadki energii, zmęczenie
- Spowolnione myślenie
- Abulia, czyli brak motywacji do podejmowania aktywności.

C. Zaburzenia w rytmie okołodobowym i występowanie objawów somatycznych:

- Senność w ciągu dnia (hipersomnia)
- Płytki sen, wczesne pobudki, przerywany sen (hiposomnia)
- Zaburzenia rytmu okołodobowego
- Zaparcia
- Spadek masy ciała
- Bóle głowy
- Suchość błony śluzowej jamy ustnej

D. Lęk:

- Uczucie niepokoju
- Podniecenie ruchowe
- Odczucia napięcia
- Poczucie zagrożenia

2. Objawy i cechy wtórne:

A. Depresyjne zaburzenia myślenia

- Niechęć do życia, tendencje i myśli samobójcze
- Ocena o charakterze depresyjnym własnego życia, przeszłości, przyszłości, myśli i urojenia katastroficzne
- Poczucie winy, myśli o winie i karze, grzeszności
- Depresyjna ocena swojej osobowości, hipochondria, urojenia nihilistyczne

B. Zaburzenia aktywności złożonej

- Spadek zainteresowań i ich zakresu
- Spadek zdolności zawodowych i wykonywania pracy

- Izolacja od otoczenia, zmniejszenie kontaktów międzyludzkich
- Samozaniedbanie [99].

Wśród kryteriów służących różnicowaniu stanów przygnębienia a stanów depresyjnych wymienia się czas występowania zaburzeń, obraz kliniczny, ze szczególną uwagą na nasilenia zaburzeń, skuteczność farmakoterapii oraz wpływ na codzienne funkcjonowanie w życiu prywatnym i zawodowym [99].

Pużyński [99] wskazuje, że ogół stanów depresyjnych pogrupować można następująco:

- Stany depresyjne występujące w przebiegu nawracających zaburzeń afektywnych (schorzenia afektywne), gdzie przyczyny nie są do końca poznane, ale podejrzewa się ich związek z podłożem endogennym,
- Depresje występujące w przebiegu innych chorób, nazywane depresją objawową, somatogenną, organiczną,
- Depresje psychogenne, stanowiące dużą oraz niejednorodną grupę stanów depresyjnych powiązanych z urazami psychicznymi czy zawodami emocjonalnymi [99].

Autor wskazuje także na podział nozologiczny depresji, opierający się na podłożu etiologii, na patogenezie oraz objawach chorobowych schorzenia. Klasyfikacja wskazana przez Pużyńskiego obrazuje tabela 5.

Tabela 5. Podział zaburzeń depresyjnych według klasyfikacji nozologicznej [99].

Przyczyny depresji	Rodzaj zaburzeń depresyjnych
Endogenne (hipotetyczne)	<ul style="list-style-type: none"> • Zaburzenia afektywne nawracające • Psychoza schizoafektywna
Psychologiczne (zawody emocjonalne, straty)	<ul style="list-style-type: none"> • Depresje reaktywne • Depresje w reakcji żałoby • Depresje w przebiegu zaburzeń nerwicowych • Depresje w przebiegu reakcji adaptacyjnych
Somatyczne (organiczne)	<ul style="list-style-type: none"> • Depresje w schorzeniach somatycznych • Depresje związane ze stosowaniem leków i innych substancji, w przebiegu zatruc, uzależnień • Depresje w chorobach organicznych mózgu

W literaturze przedmiotu wymienia się różne kategorie diagnostyczne zaburzeń depresyjnych:

- Epizod depresyjny,
- Stany depresyjne nawracające (choroba afektywna jednobiegunowa) i depresje występujące w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych,
- Grupa przewlekłych zaburzeń nastroju (dystymia, cyklotymia).

W przypadku epizodu depresyjnego objawy zaburzają dotychczasowy styl życia i sprawność chorego. Epizody depresyjne określa się także jako zaburzenia afektywne jednobiegunowe, co wskazuje na fakt, iż w przebiegu nie występują objawy manii. Epizody te podzielić można w zależności od obrazu klinicznego (na epizody bez i o charakterze urojeniowym) oraz od stopnia nasilenia zespołu objawów (lekkie, średnie, ciężkie).

Tabela 6. Podział depresji ze względu na stopień nasilenia [98].

Stopień nasilenia depresji	Kryteria
Epizod depresyjny lekki	<ul style="list-style-type: none"> • Wystąpienie dwóch objawów podstawowych • Wystąpienie dwóch objawów dodatkowych
Epizod depresyjny średnio ciężki	<ul style="list-style-type: none"> • Wystąpienie przynajmniej dwóch objawów podstawowych • Wystąpienie przynajmniej trzech objawów dodatkowych
Epizod depresyjny ciężki	<p>A. Bez objawów psychotycznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wystąpienie wszystkich objawów podstawowych • Wystąpienie przynajmniej czterech objawów dodatkowych <p>B. Z objawami psychotycznymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wystąpienie wszystkich objawów podstawowych • Wystąpienie przynajmniej czterech objawów dodatkowych • Wystąpienie urojeń, omamów, osłupienia

Zaburzenia depresyjne nawracające charakteryzują się występowaniem zespołów depresyjnych, które oddzielone są od siebie okresami poprawy w zakresie zdrowia, a stany maniakalne nie występują. W tym przypadku epizody depresyjne trwają przynajmniej dwa tygodnie, a okresy remisji przynajmniej dwa miesiące. Stwierdza się, że ich obraz kliniczny w przypadku większości pacjentów kwalifikuje się jako kryterium epizodu depresyjnego, przy

czym u chorych, przede wszystkim po 50. roku życia, wystąpić mogą również urojenia depresyjne i stany osłupienia. Dane literaturowe wskazują, że u chorych, u których wystąpił epizod depresyjny, prawdopodobieństwo wystąpienia kolejnego wynosi od 50 – 60 % i wzrasta ono po wystąpieniu kolejnych. Szacuje się, że u 1 na 10 osób wystąpienie i rozpoznanie choroby afektywnej jednobiegunowej stanowi tymczasową diagnozę, gdyż po kilkukrotnych nawrotach depresji, pojawiać się może zespół maniakalny, co stanowi konieczność ponownej diagnozy, pod kątem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych [99, 100].

W przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych zauważa się zespoły depresyjne i maniakalne podzielone okresami remisji bądź występujące na zmianę bez okresów remisji. Natomiast zaburzenia afektywne utrzymujące się przewlekłe charakteryzują się dystymią bądź cyklotymią. Dystymia, czyli przewlekła subdepresja to schorzenie o stosunkowo niskim nasileniu, ale utrzymująca się powyżej dwóch lat, natomiast cyklotymia to stan, w którym dochodzi do stanów subdepresji (depresji o małym nasileniu) i hipomanii, która zwykle nie cechuje się mocnym nasileniem [99]. Inne epizody depresyjne cechują się atypowym przebiegiem, gdzie występować mogą tylko niektóre z objawów i cech zaburzeń depresyjnych. Zaburzenia te określa się jako depresje poronne, subdepresja, czy depresja maskowana. Depresja ta może stanowić oddzielną postać kliniczną, fazą wstępującą lub zejściową dla typowego zespołu depresyjnego. W objawach dominuje jeden lub dwa, które stanowią podstawowy problem zdrowotny, jak ból głowy czy zaburzenia snu, a ich nasilenie może być bardzo słabe, przez co chory może ich nawet nie dostrzec. Taki przypadek może stanowić maskowanie stanu pacjenta, któremu faktycznie towarzyszy choroba. Wśród masek, czy ekwiwalentów depresji wymienia się:

- Zaburzenia rytmu zegara biologicznego (hipersomnia, bezsenność),
- Maski wegetatywne i psychosomatyczne (świąd skóry, zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego, kolki jelitowe, kolki żółciowe, obniżenie popędu płciowego lub jego zanik, impotencja, dławica piersiowa),
- Maski psychopatologiczne (natręctwo, przewlekły lęk, agorafobia),
- Maski behawioralne (czasowe nadużywanie leków bądź alkoholu),
- Maski bólowe (neuralgie, ból nerwu kulszowego, ból nerwu trójdzielnego, bóle głowy) [100].

2.4. Klasyfikacja zaburzeń depresyjnych

Depresję definiuje się jako schorzenie należące do grupy zaburzeń afektywnych. Klasyfikację zaburzeń depresyjnych uwzględniają zarówno ICD – 10, ICD – 11 oraz DSM – 5. Bazując na Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 [101], wskazać można na następujący podział:

1. Pojedynczy epizod depresyjny (F32):
 - Łagodny epizod depresyjny (F32.0),
 - Umiarkowany epizod depresyjny (F32.1),
 - Ciężki epizod depresyjny bez objawów psychotycznych (F32.2),
 - Ciężki epizod depresyjny z objawami psychotycznymi (F32.3),
 - Inny epizod depresyjny (depresja atypowa i maskowana) (F32.8),
 - Nieokreślony epizod depresyjny (F32.9),

2. Zaburzenia depresyjne nawracające (F33) diagnozowane są wówczas, gdy w przeszłości wystąpiły przynajmniej dwa niezależne epizody depresyjne, bez towarzyszących epizodów maniakalnych:
 - Zaburzenia depresyjne nawracające, obecny epizod łagodny (F33.0),
 - Zaburzenia depresyjne nawracające, obecny epizod umiarkowany (F33.1),
 - Zaburzenia depresyjne nawracające, obecny epizod ciężki bez objawów psychotycznych (F33.2),
 - Zaburzenia depresyjne nawracające, obecny epizod ciężki z objawami psychotycznymi (F33.3),
 - Zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie w remisji (F33.4),
 - Inne zaburzenia depresyjne nawracające (F33.8),
 - Zaburzenia depresyjne nawracające, nieokreślone (F33.9) [101].

DSM – 5 (DSM – V, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) to klasyfikacja zaburzeń psychicznych według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, obowiązująca od roku 2013. Klasyfikacja wyróżnia grupy zaburzeń, do których zaliczają się poszczególne jednostki chorobowe. DSM-5 uwzględnia osiem różnych zaburzeń depresyjnych, każde z własnymi kryteriami diagnostycznymi. Kryteria diagnostyczne według DSM – 5 odnoszą się do objawów, czasu występowania symptomów choroby, innych problemów zdrowotnych i związku z sytuacją życiową, podtypu zaburzenia i stopnia nasilenia objawów.

Podział zaburzeń depresyjnych klasyfikowanych według DSM – 5 (z podziałem na kody ICD – 9 (Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych) oraz podziałem według ICD – 10) wskazuje na:

- Dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju (296.99/F34.8),
- Większe zaburzenie depresyjne (tabela 107),
- Uporczywe zaburzenie depresyjne – dystymia (300.4/N94.3),
- Przedmiesiąrcyjne zaburzenie dysforyczne (625.4/N94.3),
- Zaburzenie depresyjne wywołane substancją lub lekiem (Rycina 28),
- Zaburzenie depresyjne spowodowane stanem ogólnomedycznym (293.83/F06.31, F06.32, F06.34, F.32.8, F.32.9):
 - z objawami depresyjnymi,
 - z epizodami podobnymi do epizodów większego zaburzenia depresyjnego,
 - z objawami mieszanymi,
- Inne określone zaburzenie depresyjne,
- Nieokreślone zaburzenie depresyjne [102].

Tabela 7. Większe zaburzenia depresyjne – klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM – 5, (z podziałem na kody ICD – 9 (Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych) oraz podziałem według ICD – 10). Opracowanie własne na podstawie źródła [102, 103].

Przebieg i ciężkość zaburzenia	Epizod pojedynczy	Epizod nawracający
Łagodne	296.21 / F32.0	296.31 / F33.0
Umiarkowane	296.22 / F32.1	296.32 / F33.1
Ciężkie	296.23 / F32.2	296.33 / F33.2
Z objawami psychotycznymi	296.24 / F32.3	296.34 / F33.3
W częściowej remisji	296.25 / F32.4	296.35 / F33.41
W pełnej remisji	296.26 / F32.5	296.36 / F33.42
Nieokreślone	296.20 / F32.9	296.30 / F33.9

Zaburzenie depresyjne wywołane substancją lub lekiem				
	ICD-9-CM	ICD-10-CM		
		z zaburzeniem używania łagodnym	z zaburzeniem używania umiarkowanym lub ciężkim	bez zaburzenia używania
Alkohol	291.89	F10.14	F10.24	F10.94
Fencyklidyna	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Inne substancje halucynogenne	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Substancja wziewna	292.84	F18.14	F18.24	F18.94
Opioidy	292.84	F11.14	F11.24	F11.94
Leki uspokajające, nasenne lub przeciwłękowe	292.84	F13.14	F13.24	F13.94
Amfetamina (lub inny stymulant)	292.84	F15.14	F15.24	F15.94
Kokaina	292.84	F14.14	F14.24	F14.94
Inna (lub nieznaną) substancja	292.84	F19.14	F19.24	F19.94

Rycina 28. Zaburzenia depresyjne wywołane substancją lub lekiem (z podziałem na kody ICD – 9 oraz podziałem według ICD – 10) [102].

Cleare et. al. [104] przedstawili skróconą wersję kryteriów diagnostycznych DSM – 5. Tabela 8 przedstawia skrócone kryteria DSM-5, przygotowane przez autorów w oparciu o wytyczne Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrycznego [104].

Tabela 8. Kryteria diagnostyczne DSM – 5, wersja skrócona. Opracowanie własne na podstawie źródła [104].

Rodzaj zaburzenia	Skrócone kryteria diagnostyczne
Większe zaburzenia depresyjne	<ul style="list-style-type: none"> Epizody są klasyfikowane jako łagodne (niewiele objawów poza minimum, łagodne upośledzenie funkcji), umiarkowane (minimalne objawy i upośledzenie funkcji między łagodnym a ciężkim), ciężkie (większość objawów, znaczne lub większe upośledzenie funkcji). <p>A. W ciągu ostatnich 2 tygodni pięć z wymienionych poniżej objawów powinno występować przez większość dnia lub prawie codziennie (w tym co najmniej pierwszy lub drugi):</p> <ol style="list-style-type: none"> obniżony nastrój utrata zainteresowania lub przyjemności z prawie wszystkich czynności znaczna utrata lub przyrost masy ciała (zmiana o ponad 5% w ciągu 1 miesiąca) lub zwiększenie lub zmniejszenie apetytu prawie codziennie

	<p>4. bezsenna lub nadmierna bezsenna</p> <p>5. pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe (zauważalne przez innych)</p> <p>6. zmęczenie lub utrata energii</p> <p>7. poczucie bezwartościowości lub nadmierne lub niewłaściwe poczucie winy (nie tylko wyrzuty sumienia z powodu choroby)</p> <p>8. obniżona zdolność myślenia lub koncentracji, lub niezdecydowanie (na podstawie subiektywnej oceny lub obserwacji innych osób)</p> <p>9. nawracające myśli o śmierci (nie tylko strach przed śmiercią), myśli samobójcze, próby samobójcze lub konkretny plan popełnienia samobójstwa.</p> <p style="padding-left: 40px;">B. Objawy powodują klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania.</p> <p style="padding-left: 40px;">C. Objawy nie są spowodowane czynnikiem medycznym/organicznym lub chorobą.</p>
<p>Uporczywe zaburzenie depresyjne (dystymia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Okresy bezobjawowe nie dłuższe niż 2 miesiące. <p>Obniżony nastrój przez większość dnia, prawie przez 2 lata lub dłużej.</p> <p>Występowanie 2 lub więcej z poniższych objawów w tym samym okresie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Słaby apetyt lub przejadanie się 2. Bezsenna lub nadmierna senność 3. Niski poziom energii lub zmęczenie 4. Niska samoocena 5. Upośledzona koncentracja lub niezdecydowanie 6. Poczucie braku nadziei

Jak wskazuje definicja zaburzeń depresyjnych według ICD – 11 [105], zaburzenia te charakteryzują się depresyjnym nastrojem lub brakiem odczuwania przyjemności, którym towarzyszą inne objawy o charakterze zaburzeń poznawczych, behawioralnych lub innych, które znacząco wpływają na zdolność danej osoby do funkcjonowania. Zaburzenia depresyjnego nie należy diagnozować u osób, które kiedykolwiek doświadczyły epizodu

maniakalnego, mieszanego lub hipomaniakalnego, który wskazywałby na występowanie zaburzeń dwubiegunowych [105].

Zaburzenie depresyjne z pojedynczym epizodem charakteryzuje się obecnością lub wystąpieniem w przeszłości jednego epizodu depresyjnego, gdy nie stwierdzono wcześniejszych epizodów depresyjnych. Epizod depresyjny charakteryzuje się okresem obniżonego nastroju lub zmniejszonego zainteresowania aktywnościami występującymi przez większość dnia, prawie codziennie w okresie trwającym co najmniej dwa tygodnie, któremu towarzyszą inne objawy, takie jak trudności z koncentracją, poczucie bezwartościowości lub nadmierne lub niewłaściwe poczucie winy, poczucie beznadziejności, nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie, zmiany apetytu lub snu, pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe oraz zmniejszona energia lub zmęczenie. Pojedynczy epizod depresyjny w klasyfikacji ICD – 11 oznaczony jest kodem 6A70. Nawracające zaburzenia depresyjne (6A71) cechują się występowaniem w przeszłości co najmniej dwóch epizodów depresyjnych, w odstępie co najmniej kilku miesięcy, bez znaczących zaburzeń nastroju. Dystymia z kolei (6A72) określana jest jako utrzymujący się nastrój depresyjny, trwający co najmniej 2 lata lub dłużej, przez większą część dnia. Depresyjnemu nastrojowi towarzyszą dodatkowe objawy, takie jak znacznie zmniejszone zainteresowanie lub przyjemność z wykonywanych czynności, zmniejszona koncentracja i uwaga lub niezdecydowanie, niska samoocena, nadmierne lub nieadekwatne poczucie winy, zaburzenia snu zwiększona jego ilość, zmniejszony bądź zwiększony apetyt, niski poziom energii albo zmęczenie. Klasyfikowane jako mieszane zaburzenie depresyjno-lękowe, o kodzie 6A73, opisywane jest jako występowanie objawów zarówno lęku, jak i depresji przez okres dwóch tygodni lub dłużej. Objawy lękowe mogą obejmować uczucie zdenerwowania, niepokoju lub napięcia, niemożność kontrolowania niepokojących myśli, strach, że wydarzy się coś złego, trudności z odprężeniem się, napięcie mięśni lub współczulne objawy autonomiczne. Objawy powodują znaczne nasilenie trudności lub znaczne ograniczenie w zakresie funkcjonowania, zarówno w wymiarze osobistym, rodzinnym, społecznym, jak i zawodowym. Zaburzenia dysmorficzne przedmiesiączkowe – GA34.41 – to występowanie podczas większości cykli miesięczkowych (w ciągu ostatniego roku) objawów związanych ze zmianami nastroju (obniżenie nastroju, drażliwość), objawów somatycznych (senność, bóle stawów, przejadanie się) lub objawów poznawczych (trudności z koncentracją, zapominanie), które rozpoczynają się na kilka dni przed wystąpieniem miesiączki, zaczynają się poprawiać w ciągu kilku dni po jej wystąpieniu, a następnie stają się prawie nieodczuwalne lub nie występują w ciągu około 1 tygodnia po wystąpieniu miesiączki.

Objawy te są na tyle nasilone, aby spowodować znaczny niepokój lub znaczne upośledzenie w życiu codziennym, w ważnych obszarach funkcjonowania, ale nie stanowią zaostrzenia zaburzenia psychicznego. Ponadto w klasyfikację wpisują się pojęcie „Inne określone zaburzenia depresyjne” – 6A7Y oraz „Zaburzenia depresyjne, nieokreślone”, kodowane jako 6A7Z. Szczegółową klasyfikację zaburzeń depresyjnych według ICD – 11 przedstawia tabela 9.

Tabela 9. Zaburzenia depresyjne – klasyfikacja według ICD-11: pojedynczy epizod depresyjny i zaburzenia depresyjne nawracające . Opracowanie własne na podstawie źródła [105].

Klasyfikacja ICD – 11	Nazwa	Uszczegółowienie
6A70	Pojedynczy epizod depresyjny (ang. <i>single episode depressive disorder</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Pojedynczy epizod depresyjny o łagodnym nasileniu (6A70.0); • Pojedynczy epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu bez objawów psychotycznych (6A70.1); • Pojedynczy epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu z objawami psychotycznymi (6A70.2); • Pojedynczy epizod depresyjny o ciężkim nasileniu bez objawów psychotycznych (6A70.3), w tym m.in. duże zaburzenie depresyjne; • Pojedynczy epizod depresyjny o ciężkim nasileniu z objawami psychotycznymi (6A70.4); • Pojedynczy epizod depresyjny o nieokreślonym nasileniu (6A70.5); • Pojedynczy epizod depresyjny, obecnie w częściowej remisji (6A70.6); • Pojedynczy epizod depresyjny, obecnie w całkowitej remisji (6A70.7); • Inne określone pojedyncze epizody depresyjne (6A70.Y); <p>Nieokreślony pojedynczy epizod depresyjny (6A70.Z).</p>
6A71	Zaburzenie depresyjne nawracające (ang. <i>recurrent</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Zaburzenie depresyjne nawracające o łagodnym nasileniu (6A71.0);

	<i>depressive disorder)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Zaburzenie depresyjne nawracające o umiarkowanym nasileniu bez objawów psychotycznych (6A71.1); • Zaburzenie depresyjne nawracające o umiarkowanym nasileniu z objawami psychotycznymi (6A71.2); • Zaburzenie depresyjne nawracające o ciężkim nasileniu bez objawów psychotycznych (6A71.3), w tym m.in. duże zaburzenie depresyjne; • Zaburzenie depresyjne nawracające o ciężkim nasileniu z objawami psychotycznymi (6A71.4); • Zaburzenie depresyjne nawracające o nieokreślonym nasileniu (6A71.5); • Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie w częściowej remisji (6A71.6); • Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie w całkowitej remisji (6A71.7); • Inne określone zaburzenia depresyjne nawracające (6A71.Y); • Zaburzenia depresyjne nawracające, nieokreślone (6A71.Z).
--	-----------------------------	--

2.5. Metody terapeutyczne w zaburzeniach depresyjnych

Leczenie depresji rozpoczyna się od kompleksowej oceny i właściwego rozpoznania. Ocena ta powinna być oparta na szczegółowym wywiadzie i badaniu stanu psychicznego chorego, uwzględniając także objawy somatyczne. Dodatkowo wywiad można uzyskać z innych źródeł, w tym najbliższych osoby chorej. Diagnoza natomiast musi być postawiona w oparciu i w zgodzie z najnowszymi, aktualnymi kryteriami diagnostycznymi. Opracowanie planu leczenia obejmuje decyzje dotyczące metod leczenia, wyboru leków, czy terapii psychologicznych. Zarówno pacjent, jak i w niektórych przypadkach jego opiekun, mogą brać udział w konsultacjach dotyczących przygotowań. Tworzący plan leczenia powinni pamiętać, by był on praktyczny, wykonalny dla pacjenta, elastyczny, a w razie potrzeby modyfikowalny [106].

Według wytycznych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych leczenie pierwszego epizodu depresji od łagodnej do umiarkowanej powinno obejmować farmakoterapię oraz/lub psychoterapię, przy czym nie wskazuje się na przewagę obu metod w przypadku depresji łagodnej. W przypadkach depresji o nasileniu umiarkowanym i ciężkim leczeniem z wyboru stanowi farmakoterapia. Ponadto eksperci wskazują, że dostosowanie i wybranie metody leczenia depresji zależy przede wszystkim od:

- dostępności,
- profilu bezpieczeństwa konkretnych leków,
- preferencji chorego,
- historii leczenia i odpowiedzi na metody poprzednio stosowane,
- historii rodzinnej osoby chorej,
- kosztów terapii,
- innych przyjmowanych przed chorego leków,
- innych współistniejących jednostek chorobowych (somatycznych),
- kompetencji osoby prowadzącej leczenie [107].

Autorzy wytycznych podkreślają rolę oceny medycznej mającej na celu stwierdzenie bądź wykluczenie chorób współistniejących w przypadku pacjentów, u których depresję rozpoznano po raz pierwszy. Wśród chorób tych wyróżnia się otyłość, cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia funkcjonowania wątroby, nerek, tarczycy oraz bezdech senny. Ponadto kontrola wpływu prowadzonego leczenia na stan zdrowia pacjenta powinna być rutynowa, zindywidualizowana, a także obejmować kilka kluczowych elementów takich jak pomiary glikemii, ciśnienia tętniczego, poziomu lipidów oraz leukocytów, monitorowanie funkcjonowania wątroby, nerek, tarczycy, a w przypadku kobiet – regularne miesiączkowanie. Eksperci zwracają także uwagę na istotność terapii pacjentów w wieku starszym, zarówno w zakresie ordynowania leków, ich przepisywania i przyjmowania z uwagi na fakt, że u pacjentów z tej grupy istnieje wysokie ryzyko wystąpienia działań niepożądanych i polipragmazji. Stąd zalecenia, by w przypadku pacjentów geriatrycznych szczegółowo dokumentować i prowadzić monitoring w zakresie stosowanych leków oraz efektów, jakie wywołują [107, 108].

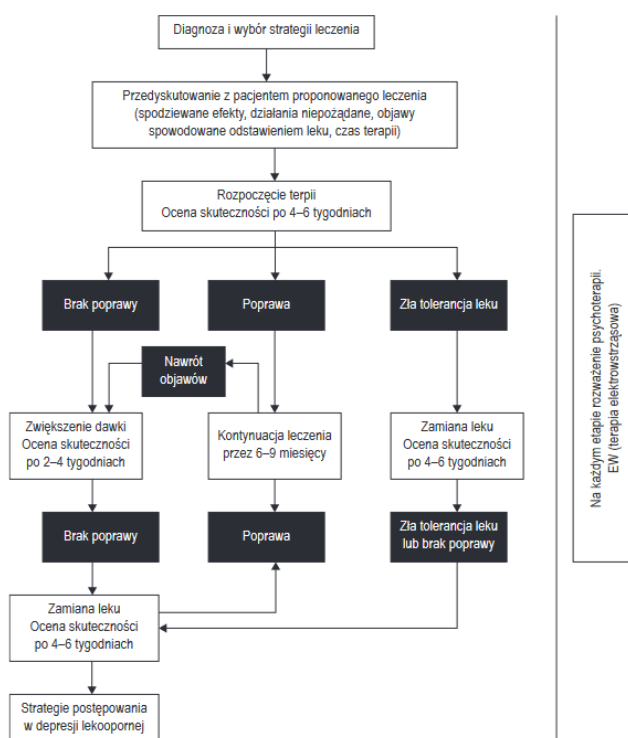
2.5.1. Farmakologiczne metody terapii w zaburzeniach depresyjnych

Eksperti Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, powołując się na „Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dotyczące leczenia epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających” [109], wskazują na szereg elementów tworzących zasady dotyczące leczenia przypadków epizodów depresyjnych. Zasady leczenia epizodów depresyjnych przedstawia Tabela 10. i Rycina 29.

Tabela 10. Zasady leczenia epizodów depresyjnych. Opracowanie własne na podstawie źródła [107, 109].

Czynniki	Opis
Precyzyjna diagnoza	<ul style="list-style-type: none">• Ocena stopnia ciężkości epizodów depresyjnych;• Ocena objawów towarzyszących;• Ocena fazy lub stadium choroby;• Ocena celem wykluczenia depresji w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, wobec których powinny być prowadzone inne działania terapeutyczne.
Zwiększanie dawki	<ul style="list-style-type: none">• Należy zwiększać dawkę do najniższej skutecznej w zależności od nasilenia choroby;• Nie należy mieć obaw co do stosowania maksymalnych dawek.
Efekt przeciwdepresyjny	<ul style="list-style-type: none">• Po od 2 do 4 tygodniach od rozpoczęcia stosowania leczenia (przy podaniu właściwie wysokiej dawki) pojawia się efekt przeciwdepresyjny
Zmiana leku	<ul style="list-style-type: none">• Lek zmienia się w przypadku, gdy po od 6 do 8 tygodni przyjmowania dawki maksymalnej u chorego nie jest zaobserwowana poprawa.• Lek zmienia się na inny: inny lek z tej samej grupy, ale o innych właściwościach/lek z innej grupy lekowej.
Leczenie 1. epizodu	<ul style="list-style-type: none">• Przez minimum 6 miesięcy po uzyskaniu poprawy, w przypadku pierwszego epizodu depresyjnego, zaleca się kontynuowanie leczenia.
Czas leczenia	<ul style="list-style-type: none">• Leczenie w przypadku kolejnego epizodu depresji powinno być kontynuowane przez ok. 2 lata, a jeśli występowały kolejne epizody, rozważa się ciągłe i stałe leczenie przeciwdepresyjne.

Objawy uboczne	<ul style="list-style-type: none"> W przebiegu farmakoterapii mogą pojawić się u chorego skutki uboczne, jednak zwykle występują jedynie na początku leczenia i ustępują po kilku dniach.
Nietolerancja substancji	<ul style="list-style-type: none"> Lek należy zmienić wówczas, gdy nietolerancja na lek (substancję) jest trwała.
Stosowanie się do zaleceń	<ul style="list-style-type: none"> Niektórzy pacjenci nie przestrzegają zaleceń lekarskich oraz bez uprzedniej konsultacji przerywają leczenie, co może nieść przykre w skutkach konsekwencje.



Rycina 29. Zasady leczenia epizodów depresyjnych [107].

Wśród leków pierwszego rzutu, stosowanych w leczeniu zaburzeń depresyjnych, wyróżnia się:

- selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny – ang. *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors* – SSRI,
- selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny ang. *Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors* – SNRI,
- odwracalny inhibitor monoaminooksydazy A – ang. *Reversible Inhibitor of Monoamine Oxidase* – RIMA,
- antagoniści receptorów serotoninowych i inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny – ang. *Serotonin Antagonist and Reuptake Inhibitor* – SARI,

- noradrenergiczne i specyficzne serotonergiczne leki przeciwdepresyjne – ang. *Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressants*,
- selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego noradrenaliny i dopaminy – ang. *Norepinephrine-Dopamine Reuptake Inhibitor* – NDRI,
- leki działające wieloreceptorowo [107, 109].

Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny stanowią leki pierwszego wyboru w farmakoterapii depresji. SSRI należą do grupy leków psychoanaleptycznych przeciwdepresyjnych o mechanizmie działania polegającym na hamowaniu reabsorpcji serotoniny przez neurony. Skutkuje to zwiększeniem serotoniny między poszczególnymi neuronami w szczelinie synaptycznej, co w konsekwencji skutkuje zwiększonym neuroprzebieżnictwem między komórkami nerwowymi, ponieważ serotonina jest neuroprzebieżnikiem. Z kolei selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny są grupą leków o charakterze przeciwdepresyjnym, które hamują reabsorpcję neuroprzebieżników, jakimi są noradrenalina i serotonina [107, 109, 110]. Poszczególne grupy leków przedstawione zostały w tabelach poniżej.

Tabela 11. Charakterystyka leków przeciwdepresyjnych z grupy selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny – SSRI. Opracowanie własne na podstawie źródła [107, 109].

Lek	Dawkowanie	Wskazanie	Przeciwwskazanie
Fluoksetyna	20 – 60 mg/d	<ul style="list-style-type: none"> • Epizody depresji dużej • Bulimia 	<ul style="list-style-type: none"> • Nie stosować równoległe z inhibitorami MAO • Nie stosować co najmniej 14 dni po zakończeniu przyjmowania inhibitorów MAO • Okres między zakończeniem stosowania fluoksetyny a rozpoczęciem stosowania inhibitorów MAO

			powinien wynosić co najmniej 5 tyg.
Fluwoksamina	50 – 300 mg/d	<ul style="list-style-type: none"> • Epizody dużej depresji • Zaburzenia obsesyjno – kompulsyjne 	<ul style="list-style-type: none"> • Nie stosować równoległe z tyzamidyną i inhibitorami MAO • Nie stosować co najmniej 14 dni po zakończeniu stosowania niewybiórczego inhibitora MAO i co najmniej 24 godz. po zakończeniu stosowania odwracalnego inhibitora MAO • Okres między zakończeniem stosowania fluwoksaminy a rozpoczęciem stosowania inhibitorów MAO powinien wynosić co najmniej 7 dni
Citalopram	10 – 40 mg/d	<ul style="list-style-type: none"> • Epizody depresji • W profilaktyce zaburzeń depresyjnych nawracających • Zaburzenia lękowe z napadami lęku z agorafobią lub bez 	<ul style="list-style-type: none"> • Nie stosować równoległe z inhibitorami MAO • Nie stosować co najmniej 14 dni po zakończeniu stosowania nieodwracalnego inhibitora MAO i co najmniej 24 godz. po

			<p>zakończeniu stosowania odwracalnego inhibitora MAO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Okres między zakończeniem stosowania citalopramu a rozpoczęciem stosowania • inhibitorów MAO powinien wynosić co najmniej 7 dni • Nie stosować równoległe z linezolidem, o ile nie ma możliwości ścisłej obserwacji pacjenta i monitorowania ciśnienia tętniczego, ani pimozydem.
Escitalopram	5 – 20 mg/d	<ul style="list-style-type: none"> • Epizody dużej depresji • Zaburzenia lękowe z napadami lęku z agorafobią lub bez • Fobia społeczna • Zaburzenia lękowe uogólnione • Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne 	<ul style="list-style-type: none"> • Nie stosować równoległe z inhibitorami MAO • Nie stosować co najmniej 14 dni po zakończeniu stosowania nieodwracalnego inhibitora MAO i co najmniej 24 godz. po zakończeniu stosowania odwracalnego inhibitora MAO

			<ul style="list-style-type: none"> • Okres pomiędzy zakończeniem stosowania escitalopramu a rozpoczęciem stosowania inhibitorów MAO powinien wynosić co najmniej 7 dni
Sertralina	50 – 200 mg/d	<ul style="list-style-type: none"> • Epizody dużej depresji (także z towarzyszącymi objawami lęku) • Zaburzenia obsesyjno- • Kompulsyjne • Lęk napadowy z agorafobią lub bez • Pourazowe zaburzenia stresowe • Fobia społeczna 	<ul style="list-style-type: none"> • Nie stosować równoległe z inhibitorami MAO • Nie stosować co najmniej 14 dni po zakończeniu stosowania nieodwracalnego inhibitora MAO i co najmniej 24 godz. po zakończeniu stosowania odwracalnego inhibitora MAO • Okres pomiędzy zakończeniem stosowania sertraliny a rozpoczęciem stosowania inhibitorów MAO powinien wynosić co najmniej 7 dni • Nie stosować równoległe z pimozydem

Paroksetyna	10 – 60 mg/d	<ul style="list-style-type: none"> • Ciężki epizod depresji • Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne • Zaburzenia lękowe z napadami lęku z agorafobią lub bez niej • Fobia społeczna • Zaburzenia lękowe uogólnione • Zaburzenia stresowe pourazowe 	<ul style="list-style-type: none"> • Nie stosować równoległe z inhibitorami MAO • Nie stosować co najmniej 14 dni po zakończeniu stosowania nieodwracalnego inhibitora MAO i co najmniej 24 godz. po zakończeniu stosowania odwracalnego inhibitora MAO • Okres między zakończeniem stosowania paroksetyny a rozpoczęciem stosowania inhibitorów MAO powinien wynosić co najmniej 7 dni • Nie stosować równoległe z tiorydazyną lub pimozydem
-------------	--------------	---	---

Tabela 12. Charakterystyka leków przeciwdepresyjnych z grupy selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny – SNRI. Opracowanie własne na podstawie źródła [107, 109].

Lek	Dawkowanie	Wskazanie	Przeciwwskazanie
Wenlafaksyna	75–225 mg/d (maksymalna)	<ul style="list-style-type: none"> • Wszystkie typy depresji, także 	<ul style="list-style-type: none"> • Jednoczesne stosowanie z lekami z grupy

	dawka 375 mg/d)	<p>zaburzenia depresyjne z lękiem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zapobieganie nawrotom depresji lub wystąpieniu nowych epizodów • Uogólnione zaburzenia lękowe • Fobia społeczna • Zespół lęku napadowego z agorafobią lub bez 	<p>nieodwracalnych inhibitorów monoaminoooksydazy (IMAO) jest przeciwwskazane ze względu na ryzyko wystąpienia zespołu serotoninowego</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leczenia wenlafaksyną nie należy rozpoczynać przez co najmniej 14 dni od zakończenia stosowania nieodwracalnych IMAO • Przyjmowanie wenlafaksyny należy przerwać co najmniej 7 dni przed rozpoczęciem leczenia nieodwracalnymi IMAO
Duloksetyna	30–90 mg/d (maksymalna dawka 120 mg/d)	<ul style="list-style-type: none"> • Epizody dużej depresji • Zaburzenia lękowe uogólnione • Leczenie bólu w obwodowej neuropatii cukrzycowej u dorosłych 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciężkie zaburzenia czynności nerek (klirens kreatyniny < 30 ml/min) • Przeciwwskazane jest równoległe stosowanie niewybiórczych, nieodwracalnych inhibitorów MAO • Nie stosować w skojarzeniu z silnymi inhibitorami izoenzymu CYP1A2 – np. fluwoksaminą,

			<p>ciprofloksacyną, enoksacyną</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nie należy rozpoczynać leczenia u pacjentów z niekontrolowanym nadciśnieniem tętniczym
--	--	--	--

Lek	Dawka	Wskazania		
Trazodon (inhibitor wychwytu zwrotnego serotoniny oraz antagonist receptorów 5-HT ₂)	75–300 mg/d (maksymalna dawka 600 mg/d)	Zaburzenia depresyjne o różnej etiologii, w tym depresja przebiegająca z lękiem		
Bupropion (selektywny inhibitor neuronalnego wychwytu amin katecholowych – noradrenaliny i dopaminy – z minimalnym wpływem na wychwyty indolamin – serotoniny, nie hamuje aktywności MAO)	150–300 mg/d	Leczenie dużych epizodów depresji (tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu) Leczenie uzależnienia od nikotyiny (tabletki o przedłużonym uwalnianiu) Wchodzi w skład preparatu złożonego (bupropion + naltrexon, stosowanego w leczeniu otyłości)	25–50 mg/d	Epizody dużej depresji
Mianseryna (czteropierścieniowy lek przeciwdepresyjny. Antagonista receptora α ₂ -adrenergicznego, nasila przemianę noradrenaliny w mózgu, nie hamuje wychwytu zwrotnego noradrenaliny obwodowo, działa antagonistycznie wobec niektórych receptorów serotonergicznym oraz receptora H ₁ , praktycznie pozbawiony jest działania cholinolitycznego)	30–90 mg/d (maksymalna dawka dobową wynosi 200 mg/d)	Zespoły depresyjne		
Mirtazapina (lek przeciwdepresyjny blokujący receptory adrenergiczne i serotonergiczne (NaSSA). Nasila neuroprzebieżność noradrenergiczną oraz serotonergiczną za pośrednictwem receptorów 5-HT _{1A} przez hamowanie ośrodkowych autoreceptorów i heteroreceptorów α ₂ -adrenergicznych oraz postsynaptycznego blokowania receptorów 5-HT _{1A} i 5-HT _{2A} . Lek nie wpływa na zwrotny wychwyty noradrenaliny i serotoniny)	15–45 mg/d	Epizod dużej depresji		
Agomelatyna (agonista receptorów melatonergicznym MT ₁ i MT ₂ , antagonist receptorów 5-HT _{2C} , wykazuje działanie przeciwdepresyjne. Nie wpływa na wychwyty monoamin, nie wykazuje powinowactwa do receptorów α- i β-adrenergicznych, histaminergicznym, cholinergicznym, dopaminergicznym i benzodiazepinowym. Agomelatyna zwiększa uwalnianie noradrenaliny i dopaminy, zwłaszcza w korze czołowej.				
Moklobemid (odwracalny inhibitor monoaminoooksydazy, zwłaszcza typu A (MAO-A). Hamuje rozpad dopaminy, serotoniny i norepinefryny, przez co zwiększa ich stężenie w szczelnie synaptycznej)	300–600 mg/d	Zaburzenia depresyjne Fobia społeczna		
Wortioksetylina (modulator przekazywania serotonergicznym, antagonist receptorów 5-HT _{2A} , 5-HT _{2B} i 5-HT _{2C} , częściowy antagonist receptoru 5-HT _{1A} , agonista receptora 5-HT _{1B} . Powyższe cechy prowadzą do modulacji przekazywania serotonergicznym oraz prawdopodobnie również noradrenergicznym, dopaminergicznym, przekazywania dotyczącego histaminy, acetylocholin, GABA i glutaminianu)			5–20 mg/d	Epizody dużej depresji

Rycina 30. Leki przeciwdepresyjne o różnym mechanizmie działania [107].

Do leków drugiego wyboru zalicza się trójpierścieniowe, trójcykliczne leki przeciwdepresyjne – TLPD (ang. *Tricyclic Antidepressants*, TCA) oraz selektywny inhibitor wychwytu zwrotnego noradrenaliny (ang. *Norepinephrine Reuptake Inhibitor*, NRI). TLPD stanowią grupę leków psychotropowych o budowie chemicznej zbliżonej do siebie i cząsteczce, która składa się z trzech pierścieni. Leki te są pochodnymi dibenzodiazepiny i dibenzoazepiny. Ich mechanizm działania polega na hamowaniu nieselektywnym wychwytu zwrotnego noradrenaliny oraz serotoniny, co skutkuje zwiększeniem stężenia tych neuroprzebieżników i zwiększeniem aktywności układu noradrenergicznym i serotonergicznym, jednak wskazuje się także, że sposób działania nie został w pełni wyjaśniony. Leki te stosowane są już od połowy ubiegłego wieku, jednak aktualnie coraz rzadziej ze względu na występowanie objawów niepożądanych. Z kolei selektywny inhibitor wychwytu zwrotnego noradrenaliny nie wpływa

na wychwyt dopaminy, jednak ma zdolność do wpływu na wychwyt zwrotny serotoniny. Przedstawicielem tej grupy jest reboksetyna [107, 109, 110].

Lek	Dawka	Wskazania
Klomipramina	150–300 mg/dobę	Stany depresyjne o różnej etiologii i symptomatologii (endogenne, reaktywne, nerwicowe, organiczne, maskowane oraz inwolucyjne postaci depresji) Depresje w przebiegu schizofrenii (w skojarzeniu z neuroleptykiem) i zaburzeń osobowości Zespoły depresyjne związane z wiekiem, w przebiegu przewlekłych stanów bólowych i przewlekłych chorób psychosomatycznych Zespoły natręctw Fobie i napady lęku Dodatkowo: leczenie moczenia nocnego u dzieci po 5. r.ż. pod warunkiem wykluczenia przyczyn organicznych
Amitryptylina	150–300 mg/d	Duże zaburzenia depresyjne Ból neuropatyczny Profilaktyka przewlekłego napięciowego bólu głowy oraz profilaktyka migreny Dodatkowo: moczenie nocne u dzieci po 6. r.ż. w wypadku wykluczenia przyczyn organicznych (takich jak rozszczep kręgosłupa) oraz braku odpowiedzi na inne metody leczenia, w tym stosowanie leków rozkurczających i wazopresyny lub jej analogów
Reboksetyna (silny, wybiórczy inhibitor wychwytu zwrotnego noradrenaliny wykazujący działanie przeciwdepresyjne. W niewielkim stopniu wpływa na zwrotny wychwyt serotoniny, nie wpływa na wychwyt dopaminy)	4–8 mg (maksymalnie 12 mg/d)	Zespoły depresyjne

Rycina 31. Charakterystyka leków przeciwdepresyjnych drugiego rzutu – trójcykliczne leki przeciwdepresyjne, selektywny inhibitor wychwytu zwrotnego noradrenaliny [107].

W leczeniu zaburzeń depresyjnych wymienia się także leki normotymiczne oraz atypowe leki przeciwpsychotyczne, które ordynowane są celem potencjalizacji leczenia przeciwdepresyjnego. Profesor Gałęcki w publikacji „Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dotyczące leczenia epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających” [109] wskazuje na trzy substancje normotymiczne, inaczej stabilizujące nastrój, w farmakoterapii ostrych epizodów depresji, w przebiegu zaburzeń dwubiegunowych i zapobieganiu nawracaniu choroby: węglan litu (w dawce 750 – 1250 mg na dobę), karbamazepinę (w dawce 600 – 1200 mg na dobę) oraz lamotryginę (w dawce 200 – 400 mg na dobę). Przy stosowaniu tych substancji należy jednak pamiętać o potencjalnych skutkach ubocznych, w tym m.in. potencjalnym wystąpieniu niedoczynności tarczycy, zmian skórnych, leukopenii, czy wynikających z zatrucia węglanem litu niepokoju, ataksji, drgawek, śpiączki. Wśród atypowych leków przeciwpsychotycznych wymienia się natomiast kwetiapinę (w dawce 300 – 600 mg na dobę), aripiprazol (w dawce 15 – 30 mg na dobę) i olanzapinę (w dawce 5 – 20 mg na dobę). Przyrost wagi, senność, czy akatyzja (zespół objawów cechujących się

występowaniem pobudzenia ruchowego) stanowią możliwe objawy uboczne stosowania atypowych leków przeciwpsychotycznych [109].

Należy podkreślić, że w momencie wyboru leku o działaniu przeciwdepresyjnym trzeba wziąć pod uwagę cechy kliniczne zaburzenia, współistnienie innych zaburzeń psychicznych, współwystępowanie chorób somatycznych u pacjenta i ewentualnie przyjmowanie związane z chorobą leki, wiek pacjenta, jego masę ciała, profil działań niepożądanych, wcześniejsze metody leczenia, o ile wcześniej takie występowały w poprzednich epizodach depresyjnych, z uwzględnieniem jego skuteczności i tolerancji chorego, stosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich (czy pacjent wykazuje współpracę, czy jego najbliższe otoczenie jest zaangażowane w proces terapeutyczny), ceny i dostępność przepisywanych leków oraz wcześniejsze doświadczenia lekarza prowadzącego w stosowaniu konkretnej substancji leczniczej.

Apatia, braki motywacji, wycofanie społeczne, zahamowanie	• bupropion, wenlafaksyna, sertralina, reboksetyna, milnacipran, moklobemid
Natrętne myśli, ruminacje, kompulsje	• klomipramina, SSRI, wenlafaksyna
Depresja z bólem	• duloksetyna, wenlafaksyna, amitryptylina, milnacipran
Agitacja, niepokój	• mirtazapina, mianseryna, trazodon, amitryptylina, doksepina, klomipramina
Depresja z bezsennością	• agomelatyna, mianseryna, mirtazapina, trazodon, doksepina
Depresja z zaburzeniami funkcji poznawczych	• wortioksetyna

Rycina 32. Wybór leku przeciwdepresyjnego w odniesieniu do cech klinicznych depresji. Opracowanie własne na podstawie źródła [109, 111].

2.5.2. Niefarmakologiczne metody terapii w zaburzeniach depresyjnych

W procesie leczenia zaburzeń depresyjnych istotną rolę pełnią także, oprócz metod farmakologicznych, metody niefarmakologiczne. Metody te, jako terapie bardzo zróżnicowane, mogą stanowić uzupełnienie farmakoterapii lub mieć zastosowanie samodzielne w leczeniu zaburzeń depresyjnych. Ich skuteczność porównywalna jest do skuteczności terapii lekowej w przypadkach łagodnej i umiarkowanej depresji [112, 113]. Profesor Gałecki wskazuje w „Zaleceniach konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dotyczące leczenia epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających” [109] na:

- Terapię elektrowstrząsową (EW),
- Przewczaszkową stymulację magnetyczną (TMS),
- Głęboką stymulację mózgu (DBS),
- Fototerapię,
- Stymulację nerwu błędnego (VNS),
- Psychoterapię.

Terapię elektrowstrząsową zaleca się, gdy potrzebna jest szybka reakcja na leczenie z uwagi na stan psychiczny lub somatyczny, w tym depresja psychotyczna, osłupienia depresyjne, myśli i tendencje samobójcze towarzyszące depresji, sytuacje, kiedy depresja stanowi poważna zagrożenie życia, a także, jeśli ryzyko farmakoterapii stanowi ryzyko większe niż to związane z terapią elektrowstrząsami. Ponadto wówczas, gdy farmakoterapia nie spełnia wcześniejszych założeń i u chorego nie występuje poprawa, lekooporność oraz wtedy, gdy wcześniej u pacjenta stosowana była już ta metoda i wystąpiła pozytywna reakcja na leczenie. Należy pamiętać, że wśród przeciwwskazań to tego rodzaju terapii są podwyższone ciśnienie śródczaszkowe, zawały serca (szczególnie w ostatnich trzech miesiącach), niewydolność serca. Stymulacja nerwu błędnego została zatwierdzona przez Agencję żywności i Leków FDA ze wskazaniem do leczenia wspomagającego, długotrwałego w przebiegu przewlekłej i nawracającej depresji, a także u pacjentów dorosłych, u których przynajmniej cztery inne próby leczenia w epizodach większych zaburzeń depresyjnych nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Także Światowa Federacja Towarzystw Psychiatrii Biologicznej wskazuje na tę metodę jako rozwiązanie w przypadku występowania przelekłych zaburzeń depresyjnych i towarzyszącej oporności na leczenie. Metoda ta nie jest jednak rekomendowana w terapii ostrych faz depresji, w depresji z objawami psychotycznymi, czy depresji występującej w zaburzeniu schizoafektywnym. Podobnie do wymienionych metod, przewczaszkowa stymulacja magnetyczna oraz głęboka stymulacja mózgu zalecane są w leczeniu depresji cechującej się opornością na terapię farmakologiczną. Wśród przeciwwskazań do TMS wymienia się padaczkę, ciążę, uszkodzenia OUN oraz posiadanie implantowanych metalowych urządzeń i stymulatorów medycznych. Z kolei fototerapia zalecana jest w przypadkach depresji sezonowej, jako metoda pomocnicza [109].

Kluczową rolę w terapii nefarmakologicznej zaburzeń depresyjnych stanowi psychoterapia. Tego rodzaju terapię określić można jako element integralny procesu leczenia,

przy czym znaczenie psychoterapii zmieniać się może w zależności od stopnia ciężkości epizodu, fazy leczenia, w której aktualnie znajduje się pacjent, a także od występowania współchorobowości, czy planu prewencyjnego o charakterze długoterminowym nawrotów zaburzeń depresyjnych [107]. Jednymi z najczęściej rekomendowanych podejść w terapii depresji wymienia się integracyjne, poznawczo – behawioralne, psychodynamiczne, humanistyczne. Pacjent razem ze specjalistą pracują nad zmianami przekonań, rozwiązywaniem wewnętrznych konfliktów, akceptacją siebie, regulacją i wyrażaniem emocji [114].

Dostęp do psychoterapii jest dość zróżnicowany w zależności od kraju: w niektórych państwach jest leczenie to jest dobrze zinstytucjonalizowane, a wydatki na opiekę psychoterapeutyczną są odpowiednio wydatkowane wskutek czego terapia jest właściwie finansowana, w innych krajach natomiast pacjenci mierzą się z długimi listami oczekujących na wizytę, a prywatne wizyty wiążą się z kosztami ponoszonymi przez chorych, które to stanowią dla nich nierzadko problem ekonomiczny. Dodatkowo, w przypadku części pacjentów, podjęcie terapii stanowi wyzwanie w zakresie braku akceptacji i występowaniu stereotypów kulturowych czy stygmatyzacji ze strony najbliższego otoczenia, przez co chorzy nie chcą korzystać z tego rozwiązania mimo, że wskazano je im jako skuteczne [113]. Problem w systematycznym uczęszczaniu na psychoterapię może stanowić także fakt, że nie wszyscy pacjenci mają swobodny dostęp do tego rodzaju terapii, w szczególności ci, którzy zamieszkują rejony pozamiejskie, gdzie tego rodzaju pomoc występuje rzadziej, niż w większych miastach [107]. Natomiast nowoczesne rozwiązania, w szczególności metody telemedyczne, stanowią częściowe rozwiązanie problemu, ponieważ pacjent może z dowolnego miejsca połączyć się ze specjalistą, zarówno lekarzem jak i psychoterapeutą czy psychologiem, dzięki e – wizytom online.

Edukacja

Poznanie problematyki depresji i towarzyszących jej objawów ma istotne znaczenie dla pacjenta: od diagnostyki, po cały proces terapeutyczny i dalszą profilaktykę oraz zapobieganie nawrotom. Zagadnienia związane z chorobą nie dotyczą jedynie osoby chorej, ale także jej najbliższego otoczenia, partnera/partnerki, dzieci, rodziców, rodziny, czy środowiska zawodowego. Poczucie zrozumienia i akceptacji jest niezwykle ważne dla chorego w sytuacji trudnej. Dlatego też edukacja nie tylko samego pacjenta, ale też jego rodziny stanowi istotne znaczenie w radzeniu sobie z zaburzeniami depresyjnymi. Modyfikacja czynników

zewnątrznych w pewnym stopniu może eliminować występowanie depresji, a także stanowić element wspierający terapię, dlatego ważna jest higiena psychiczna, która ma pozytywny wpływ na funkcjonowanie. Istotną rolę pełnią także relacje z najbliższymi i szeroko rozumiana profilaktyka, dobre stosunki społeczne, poczucie wsparcia, możliwość uzyskania pomocy w trudnych sytuacjach. By móc zachować zdrowie na poziomie psychicznym konieczna jest umiejętność rozpoznania niepokojących objawów, nie tylko w zakresie autoobserwacji chorego, ale także przez jego najbliższych. Ważnymi są zauważanie objawów i symptomów mogących wskazywać na nawrót choroby i niebagatelizowanie ich, a także udanie się po pomoc specjalistyczną we właściwym momencie. Działania informacyjne i edukacyjne na temat zaburzeń depresyjnych są coraz częstsze w przestrzeni publicznej, jednak nadal wielu chorych i ich rodziny mają problem z akceptacją występowania choroby, jej zrozumieniem. Podnoszenie poziomu wiedzy w tym zakresie stanowi ułatwienie w postrzeganiu chorego, jako samego siebie. Należy podkreślić, że trudności w radzeniu sobie w nowej sytuacji, jaką jest obecność zaburzenia psychicznego, zgłaszane są także przez najbliższych pacjenta, którzy sygnalizują problemy w kontekście tego, iż nie potrafią pomóc choremu, nie wiedzą jak z nim rozmawiać, czują się pośrednio obciążeni następstwami choroby. Edukacja, pozbycie się barier i poznanie tematyki zaburzeń depresyjnych ma zatem istotne znaczenie dla polepszenia stanu zarówno chorego, jak i jego otoczenia, jak również radzenia sobie w codziennym życiu [115].

Nieskuteczność leczenia

Leczenie przeciwdepresyjne ma na celu wykluczenie występowania objawów chorobowych, powrót do wcześniejszej funkcjonalności, a także umiejętne zapobieganie nawrotowi. Zdarzać się jednak może, że u części pacjentów, mimo długotrwałego leczenia, nierzadko modyfikowanego, nie udaje się osiągnąć poprawy. Nieskuteczność leczenia wynikać może także z szeregu innych czynników, w tym: błędnego rozpoznania, niedostatecznie długiego czasu postępowania leczniczego, niestosowania się pacjenta do zaleceń czy brak współpracy ze specjalistą, współwystępowanie innych chorób, zarówno somatycznych i psychicznych, rezygnacja pacjenta z podjętego leczenia, unikanie pomocy psychoterapeutycznej, narażenie na czynniki, które wpływają na utrzymywanie objawów chorobowych [115].

3. Problematyka łuszczycy i zaburzeń depresyjnych w ujęciu interdyscyplinarnym

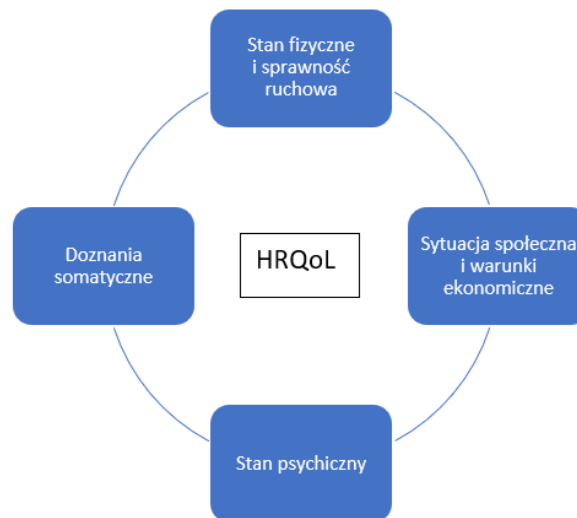
Łuszczycę cechuje się nawracającym charakterem i wpływa na poziom stresu u chorego, co oddziałuje także na przebieg leczenia. Dermatoza ta związana jest z współwystępowaniem innych chorób somatycznych. Jednak uogólniony stan zapalny o przewlekłym charakterze i obecność innych schorzeń, nawrotowość łuszczycy i okresy zaostrzeń oraz szereg różnych negatywnych czynników mają istotny wpływ na pogorszenie stanu chorego, także w zakresie stanu psychicznego, co przejawiać się może negatywnymi myślami, zmianami zachowania i nastroju [116, 117].

3.1. Jakość życia i jej uwarunkowania

Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że zdrowie to "stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby i niepełnosprawności". WHO definiuje także jakość życia jako „indywidualne postrzeganie swojej pozycji życiowej w kontekście kultury i systemów wartości, w których żyje oraz w odniesieniu do swoich celów, oczekiwań, standardów i obaw.” [118]. Natomiast jakość życia związana ze zdrowiem (HRQoL) jest ważnym wskaźnikiem ogólnego stanu zdrowia, który obejmuje informacje na temat stanu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz wpływu stanu zdrowia na jakość życia. HRQoL jest zwykle oceniana za pomocą wielu wskaźników samooceny stanu zdrowia oraz funkcjonowania fizycznego i emocjonalnego. Połączenie powyższych elementów zapewnia kompleksową ocenę obciążenia chorobami, czy niepełnosprawnością, którym można zapobiec [119, 120].

Wskazać należy, iż jakość życia stanowi pojęcie interdyscyplinarne, wiążące liczne dziedziny życia, od społecznej, poprzez medycynę, ekonomiczną. Biorąc pod uwagę ujęcie socjologiczne terminu, wskazuje on na zaspokajanie istotnych potrzeb jednostki, w perspektywie psychologicznej koncentruje się na psychicznym dobrostanie człowieka, natomiast na płaszczyźnie somatycznej będzie określać będzie stan fizyczny danej osoby. Zatem na całokształt pojęcia jakości życia składać się będzie wiele czynników, a wśród nich między innymi te wskazane powyżej, ale także zdrowotne, ekonomiczne, społeczne, rodzinne, środowiskowe i wiele innych. Czynniki te mają znaczenie jeszcze bardziej istotne, kiedy obecna w życiu człowieka jest choroba. Jednostka chorobowa to nie tylko zmiany w zakresie zdrowia fizycznego czy psychicznego, ale także często związane z nią zmiana dotychczasowego stylu życia, trudności w połączeniu stanu chorobowego z życiem zawodowym, a tym samym

możliwe rezygnacja czy zmiana pracy, bezrobocie, trudności w życiu rodzinnym, brak akceptacji i problemy ze zrozumieniem, osamotnienie, wyobcowanie. Dlatego też analizy dotyczące tematyki jakości życia zaczęto podejmować także w odniesieniu o stan zdrowia jednostki wiedząc, że w przebieg choroby wpisuje się proces leczniczy, praca nad poprawą na poziomie funkcjonowania organizmu, zdrowia psychicznego chorego, ale także ulepszenie warunków ekonomicznych, wsparcie społeczne, czy aktywność pacjenta w całym procesie. Jakość życia związana ze zdrowiem stanowi niejako jeden z najważniejszych aspektów życia, łącząc płaszczyznę zarówno indywidualną jak i społeczną, przy tym definiując zdrowie jako całość dobrostanu fizycznego, psychicznego oraz społecznego. Dlatego właśnie jakość życia związana ze zdrowiem stanowi próbę określenia, w jakim zakresie i w jaki sposób poszczególne zmienne i czynniki w obszarze zdrowia, włączając chorobę i proces terapeutyczny, odnoszą się oraz wpływają na poszczególne płaszczyzny życia jednostki [120, 121].



Rycina 33. Schemat: jakość życia związana ze zdrowiem według Schipperera – Health Related Quality of Life. Opracowanie własne na podstawie źródła [121, 122].

Badania dotyczące jakości życia, w odniesieniu do płaszczyzny medycznej, mają istotne znaczenie z uwagi na fakt, iż są źródłem informacji dotyczącej subiektywnej oceny pacjenta obejmującej jego stan zdrowia. Analiza i badania w obrębie pojęcia jakości życia stanowią zatem istotny element tworzenia specjalistycznej, profesjonalnej i interdyscyplinarnej opieki zdrowotnej [121].

W przypadku chorób przewlekłych, takich jak łuszczyca i możliwie towarzysząca jej depresja, badanie jakości życia chorych pozwala na poznanie odczuć chorego, zarówno tych odnoszących się do sfery somatycznej, odczuć bólowych, kwestii dotyczących doświadczeń

związanych z występowaniem danej jednostki chorobowej, ale także myśli i uczuć, aspektów zdrowia psychicznego, samopoczucia, obraz własnego ciała, problemów w aspekcie społecznym, ekonomicznym, zawodowym, czy rodzinnym. Chorzy odpowiadają na pytania dotyczące tego, w jaki sposób choroba wpływa na ograniczenia w ich codziennym funkcjonowaniu, na wielu płaszczyznach, a co ważne, jakie są ich reakcje i odczucia na daną sytuację. W ten sposób można określić ocenę obiektywną, która ma związek z oceną kliniczną, a także czynnikami społeczno – ekonomicznymi. Ocena subiektywna natomiast dotyczy codziennej aktywności w odniesieniu do różnych aspektów życia oraz stopnia zadowolenia z życia codziennego. Dlatego też, by móc oceny dokonać, stosuje się dedykowane do tego celu kwestionariusze. Wyróżnić wśród nich należy kwestionariusze ogólne (generyczne) oraz specyficzne, inaczej szczegółowe. Te pierwsze koncentrują się na samopoczuciu ogólnym badanego i czynnikach dotyczących przebiegu choroby oraz związanych z nią doświadczeniach, opisują użyteczność stanu zdrowia. Z kolei kwestionariusze specyficzne stosowane są w przypadkach określonych jednostek chorobowych czy grup chorych, przy czym analizują wybrane, szczegółowe zagadnienia dotyczące problematyki danej grupy pacjentów. Dlatego też w przypadku wybranych chorób stosuje się dedykowane, stworzone na potrzeby badania określonej grupy pacjentów narzędzia badawcze [123].

Podobnie, jak w przypadku innych dermatologicznych jednostek chorobowych, tak i w łuszczycy jej rozpoznanie opiera się na badaniu i analizie klinicznych zmian skórnych, ocenie histopatologicznej, ale także badaniach krwi, badaniu genu HLA-Cw6, czy dermatoskopii. Jednak szczegółowe i wyczerpujące określenie w zakresie jakości życia chorych z łuszczycą stanowić może wyzwanie, zarówno w kwestii diagnostycznej, jak i terapeutycznej. Wynika to z faktu, że trudno oznaczyć wskaźniki, które mogą precyzyjnie określić nasilenie objawów chorobowych czy odpowiedź na konkretną metodę leczenia. Z uwagi na ten fakt stworzone zostały skale pomiarowe oraz arkusze oceny, będące narzędziami i metodami służącymi do pomiaru stopnia nasilenia dermatozy, jaką jest łuszczycy, zarówno w opinii pacjenta, ale również w ocenie lekarza [124, 125]. Wśród nich najczęściej stosowanymi są m.in.:

- Psoriasis Exact,
- Body Surface Area,
- Psoriasis Index of Quality of Life,
- Psoriasis Disability Index,
- Copenhagen Psoriasis Severity Index,

- Dermatology Life Quality Index,
- Simplified Psoriasis Area Severity Index,
- Impact of Psoriasis Questionnaire
- Simplified Psoriasis Index,
- Psoriasis Assessment Severity Score.

Zestawy pytań ankietowych, na które składają się kwestionariusze, dotyczą wielu aspektów życia chorych z łuszczycą, zarówno tych dotyczących aspektów klinicznych związanych z dermatozą, jak i obejmują zagadnienia dotyczące jakości życia, samopoczucia, oceny nasilenia choroby, skuteczności podjętego leczenia. Należy pamiętać, że pacjenci z tą dermatozą nierzadko borykają się z innymi, współistniejącymi problemami zdrowotnymi, których to występowanie może istotnie wpływać na stan chorego, zarówno na płaszczyźnie fizycznej, jak i emocjonalnej. Dlatego w przypadku łuszczycy istotna jest ocena nie tylko zmian skórnych, typowych dla choroby, ale także jakości życia czy stanu psychicznego, z uwagi na to, że aspekty te wykazują współzależność wobec przebiegu i leczenia łuszczycy. Dane literaturowe wskazują także, że występuje korelacja między powierzchnią skóry zajętej zmianami łuszczycowymi a nasileniem objawów depresyjnych. Dermatoza stanowi istotny wpływ na liczne obszary życia, emocje, jakość i sytuację zawodową, jak również komfort życia, sferę seksualną, czy codzienne czynności. Ponadto łuszczycy stanowić może element stygmatyzacji, a nawet wykluczenia i braku akceptacji ze strony środowiska, co generuje potrzebę włączenia elementu psychoterapii jako ważnej i skutecznej metody poprawiającej jakość życia chorych [124, 125].

Tego rodzaju narzędzia stanowią zatem jedne z najbardziej całościowych i wieloaspektowych metod, a przy tym wykazują się skutecznym i interdyscyplinarnym podejściem do choroby oraz pacjenta. Kwestionariusze stosowane są zarówno w postępowaniu diagnostycznym terapeutycznym i badaniach klinicznych, co stanowi o praktyczności i użyteczności takich metod w zakresie oceny aspektów klinicznych oraz jakości życia chorych z łuszczycą [124, 125].

3.2. Łuszczycy jako choroba o podłożu psychosomatycznym

Termin psychosomatyki zastosował jako pierwszy niemiecki psychiatra Johann Christian August Heinroth w 1818 roku, zwracając uwagę na rolę przeżyć psychicznych w rozwoju chorób. Pojęcie to stanowi połączenie dwóch słów greckiego pochodzenia: psyche oraz soma, i odnosi się do wzajemnych związków między zaburzeniami fizycznymi i psychicznymi, uwzględniając podejście ctyczne do problematyki zdrowia. Także Światowa

Organizacja Zdrowia podaje definicję schorzeń psychosomatycznych: „choroby przebiegające albo pod postacią zaburzeń funkcji, albo zmian organicznych dotyczących poszczególnych narządów czy układów, w przebiegu których czynniki psychiczne odgrywają istotną rolę w występowaniu objawów chorobowych i ich zaostrzeniu” [126, 127].

Stan psychiczny ma wpływ na funkcjonowanie poszczególnych narządów ciała poprzez połączenie trzech powiązanych ze sobą elementów: neuronalnego, hormonalnego i immunologicznego. Nisar H. i Srivastava R. [126] podają, że wyjaśnienie połączeń między sferą cielesną a psychologiczną opisywane jest w dwóch różnych hipotezach. Pierwsza z nich, (ang. *specific hypothesis*) wskazuje na występowanie określonych emocji czy cech osobowości i może prowadzić do uszkodzeń komórek oraz tkanek. Jeśli wystąpił określony bodziec w postaci stresu czy silnych emocji, może się on przejawiać w danej reakcji organizmu czy chorobie. Po wygaszeniu stresu reakcje układu współczulnego pozostają jednak wrażliwe, natomiast reakcje układu przywspółczulnego mogą zostać zmodyfikowane celem zwiększenia aktywności wegetatywnej. Długotrwały stan napięcia i czujności prowadzi do zaburzeń fizjologicznych, a w konsekwencji do stanów patologicznych organizmu. Druga z teorii (ang. *non specific hypothesis*) sugeruje, że uogólniony przewlekły stres przyczynia się do powstawania licznych schorzeń. Zgodnie z tą hipotezą w wyniku oddziaływania stresu na człowieka dochodzi do czterech rodzajów odpowiedzi: neurotycznej, psychotycznej, zdrowej i psychosomatycznej, w której to mechanizmy obronne psychiki nie są skuteczne, a stan podwyższonej wrażliwości i czujności przekłada się na objawy somatyczne skutkujące zmianami w tkankach. Zaburzenia psychosomatyczne można podzielić na dwa rodzaje: Pierwszy, dotyczący zaburzeń somatogennych psychicznych, wówczas, gdy czynnik somatyczny wpływa istotnie na przebieg patogenezy zaburzeń psychicznych. Druga grupa dotyczy sytuacji, gdy w etiologii choroby somatycznej znaczenie mają czynniki psychiczne oraz stanowią jedną z jej przyczyn. Schorzenie nie stanowi więc skutku jednego czynnika, a sumę kilku różnych. Dodatkowo przewlekły stres i silne emocje nie muszą stanowić determinantu choroby, ale mają zwykle negatywny wpływ na przebieg, zaostrzanie przebiegu, czy nawrotowość objawów. Zrozumienie choroby, biorąc pod uwagę czynniki fizyczne i psychiczne oraz ich wpływ na etiologię i przebieg, pozwala na całościową jej ocenę, co pozwala na wdrożenie indywidualnie dobranego, holistycznego leczenia obejmującego wiele płaszczyzn problemu [126, 128].

Wśród chorób psychosomatycznych wymienia się najczęściej schorzenia dotyczące układu pokarmowego, oddechowego, krążeniowego, a także moczowo – płciowego,

endokrynologicznego, czy skóry. W kontekście chorób skóry, problemy i zależności na między skórą a psychiką skupia psychodermatologia, będąca stosunkowo nową dziedziną medycyny. Psychodermatologia opisuje i analizuje złożone interakcje zachodzące między sferą psychiczną a skórą, stanowiąc podjednostkę sfery biopsychospołecznej. Zaburzenia psychodermatologiczne podzielone zostały na trzy grupy, tj. zaburzenia psychofizjologiczne pierwotne zaburzenia psychiczne oraz wtórne zaburzenia psychiczne [129]. Jefferany i Franca [130], powołując się na Koo i Lee [131], wskazują na cztery grupy, wymieniając:

- zaburzenia psychofizjologiczne (choroby skóry są nasilane bądź wywoływane wskutek stresu psychologicznego, a chorzy zauważają przewlekły i wyraźny związek między stresem a zaostrzeniami dermatozy),
- zaburzenia psychiczne z towarzyszącymi objawami dermatologicznymi (brak stanu chorobowy skóry, a zmiany skórne są wynikiem samodzielnego uszkodzenia skóry przez chorego; zaburzenia związane z podłożem psychopatologicznym),
- zaburzenia dermatologiczne z objawami psychiatrycznymi (występowanie choroby skórnej powoduje nasilenie objawów natury emocjonalnej, a skutki psychologiczne bywają dotkliwsze niż objawy fizyczne)
- mieszane [130, 131].

Łuszczyca, jako choroba o podłożu psychosomatycznym, ma wpływ zarówno na psychikę chorego w czasie przebiegu schorzenia, ale także stan psychiczny w pewnym stopniu warunkuje przebieg i proces terapeutyczny tej dermatozy. Powyższa klasyfikacja, przedstawiona przez Jefferany i Franca, kategoryzuje łuszcycę w dwóch z czterech grup zaburzeń psychodermatologicznych – psychofizjologicznych oraz zaburzeniach dermatologicznych z objawami psychiatrycznymi. Także Nisar H. i Srivastava R. wskazują, że mimo różnych klasyfikacji zaburzeń psychosomatycznych, łuszczyca jest zaliczana właśnie do tego rodzaju chorób. Wskazują oni także, że znajomość i wiedza na temat roli stresu i zaburzeń psychicznych stanowi istotną kwestię zarówno w procesie diagnostycznym, jak i leczniczym schorzeń psychosomatycznych, w tym łuszczycy [126, 130].

3.3. Rola i problematyka obrazu siebie a depresyjność u chorych na łuszcycę

Obraz i postrzeganie własnego ciała związane jest z tym, jak człowiek odbiera własne ciało, jakie wiążą się z tym odczucia, a także, jakie emocje temu towarzyszą. Wysoki stopień satysfakcji i akceptacji wobec siebie dotyczy obrazu pozytywnego, natomiast obraz negatywny

związany jest z poczuciem niezadowolenia i frustracji. Pojęcie to odwołuje się także do postaw emocjonalnych i związany jest z przekonaniem danej osoby [132]. Cytując za Nitch i wsp. [133] wskazać można, że: „[...] obraz (albo wizerunek) ciała to umysłowa reprezentacja będąca zbiorem wrażeń, przekonań i uczuć na temat ciała, świadoma i nieświadoma, obejmująca subiektywne doświadczanie ciała, jego funkcji i możliwości”. Termin ten zatem obejmuje kilka aspektów: to, jak człowiek czuje się ze swoim ciałem, jak je odbiera i postrzega oraz przekonania na temat własnego wyglądu. Co istotne, negatywny obraz własnego ciała może być przyczyną zaburzeń psychicznych, w tym dysmorfofobii czy depresji [132, 133].

Osoba, która ma problem z akceptacją swojego wizerunku, odczuwa wstyd i zakłopotanie swoim wyglądem, czuje się niekomfortowo, porównuje się z innymi ludźmi, ma poczucie częstego sprawdzania swojego wyglądu, a nawet może postrzegać swoje ciało w sposób zniekształcony, nieadekwatny do stanu faktycznego. Należy podkreślić, że to, co uważa się za atrakcyjne, akceptowalne, estetyczne oraz negatywne, nieatrakcyjne i odrażające, jest wynikiem przekazywania i wpajania określonych wartości i ocen, wychowania, wzorców kulturowych, środowiska, rodziny. Dodatkowo wpływ mediów społecznościowych sprawia, że panuje przeświadczenie, że trzeba być idealnym i pięknym. Dyskryminacja ze względu na „inność” także ma znaczenie. Przewlekłe choroby, które mają wpływ na wygląd osoby, brak zrozumienia ze strony najbliższego otoczenia utrudniają próby akceptacji wizerunku. Kumulacja tych licznych czynników istotnie wpływa na dobrostan zarówno fizyczny jak i psychiczny. Problem ten dotyczy osób w różnym wieku i niezależnie od płci, jednak dane literaturowe wskazują, że jedną z najbardziej narażonych grup są nastolatki. Obraz ciała kształtuje się na różnych etapach życia człowieka, jednak to w okresie dojrzewania dochodzi do intensywnego zainteresowania swoim wyglądem [133, 134].

Okres dojrzewania stanowi bardzo ważny czas dla rozwoju młodej osoby, w tym poczucia własnej wartości. Utrwalony obraz samego siebie i samoakceptacji ma trwały wpływ na całe życie człowieka. Postrzeganie siebie stanowi także jeden z istotnych elementów w występowaniu i rozwoju zaburzeń nastroju. Czas dorastania stanowi etap, w którym młody człowiek jest wysoce podatny na wystąpienie problemów zdrowia psychicznego, o czym świadczy także fakt powszechności występowania zaburzeń depresyjnych u dzieci, młodzieży i młodych dorosłych. Występowanie depresji w wieku młodym predysponuje do jej rozwoju i pojawienia się innych zaburzeń psychicznych w wieku dorosłym, a także pogorszenia stanu fizycznego, wzrostu ryzyka samookaleceń i samobójstw. Postrzeganie obrazu samego siebie, wzrost i utrwalenie samoakceptacji może stanowić ważny element w profilaktyce, ale i procesie

terapeutycznym zaburzeń depresyjnych. Obraz samego siebie to nie tylko postrzeganie cech fizycznych w określony sposób, a element struktury osobowości i wyobrażenie o swojej osobie, które obejmować powinny właściwe rozpoznanie, akceptację na wielu płaszczyznach, pełnienie ról społecznych, wyrażanie uczuć pozytywnych wobec „własnego ja”. W przypadku, gdy osoba z różnych względów nie wyraża aprobaty wobec swojego wyglądu, pojawiają się częste, natrętne myśli i przekonania dotyczące wyglądu, zaniżona samoocena w przekonaniu, że to wygląd ciała stanowi o wartości człowieka, ciągłe poczucie wstydu. Jeśli problem dotyczy odkrytych partii ciała np. w przebiegu dermatozy, chorzy wykazują przekonanie, że inni ludzie szczególnie zwracają na nich uwagę, przyglądają się im, negatywnie oceniają, wyśmiewają lub czują wobec nich obrzydzenie. W konsekwencji prowadzi to do unikania sytuacji społecznych, izolacji, utrudnień w życiu rodzinnym. Dodatkowo pojawić się mogą trudności w sferze intymnej, unikanie kontaktów seksualnych w obawie przed oceną partnera, czy trudności w utrzymaniu dotychczasowych związków lub nawiązywaniu nowych relacji. Ponadto aspekty związane z obrazem siebie mogą wpływać na pracę zawodową, prowadzić do problemów z wykonywaniem obowiązków czy uczeniem się, a nawet niezdolności do pracy [134, 135].

Skóra, jako jeden z najważniejszych narządów ludzkiego ciała, pełni funkcję integralną, stanowiąc swoisty pośrednik między organizmem a środowiskiem zewnętrznym. Schorzenia w obrębie skóry mają istotny wpływ na samoocenę pacjenta, co przekłada się bezpośrednio na jakość życia [136].

Łuszczyca jako choroba o podłożu somatycznym związana jest z potencjalnym występowaniem zaburzeń psychicznych, co dodatkowo może mieć negatywny wpływ na jakość życia chorych. Zaburzenia depresyjne występować mogą wówczas, kiedy organizm narażony jest na objawy somatyczne, natomiast przewlekły stres przekracza zdolności adaptacyjne chorego [138, 139]. Hassani et. al. [137] wskazują, że pacjenci dotknięci łuszczycą zdecydowanie częściej wykazują trudności z akceptacją zmian chorobowych, nadmiernie koncentrują swoją uwagę na skórze i objawach łuszczycy, postrzegają zmiany skórne jako swoiste zagrożenie ich wizerunku. W następstwie prowadzi to do obniżonej samooceny, spadku ogólnej jakości życia, uczucia gniewu wobec samego siebie. Badacze wymieniają także, że dodatkowo występujące czynniki, w tym obciążenie najbliższych i rodziny opieką nad chorym, czas trwania choroby, dyskryminacja, utrata statusu społecznego, czy przeświadczenie, że osoba z łuszczycą jest oceniana przez otoczenie na podstawie wyglądu swojej skóry, może w sposób negatywny oddziaływać na psychikę pacjenta z tą dermatozą i wiązać się z ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych, w tym depresyjnych. Autorzy, podkreślają, że częściej

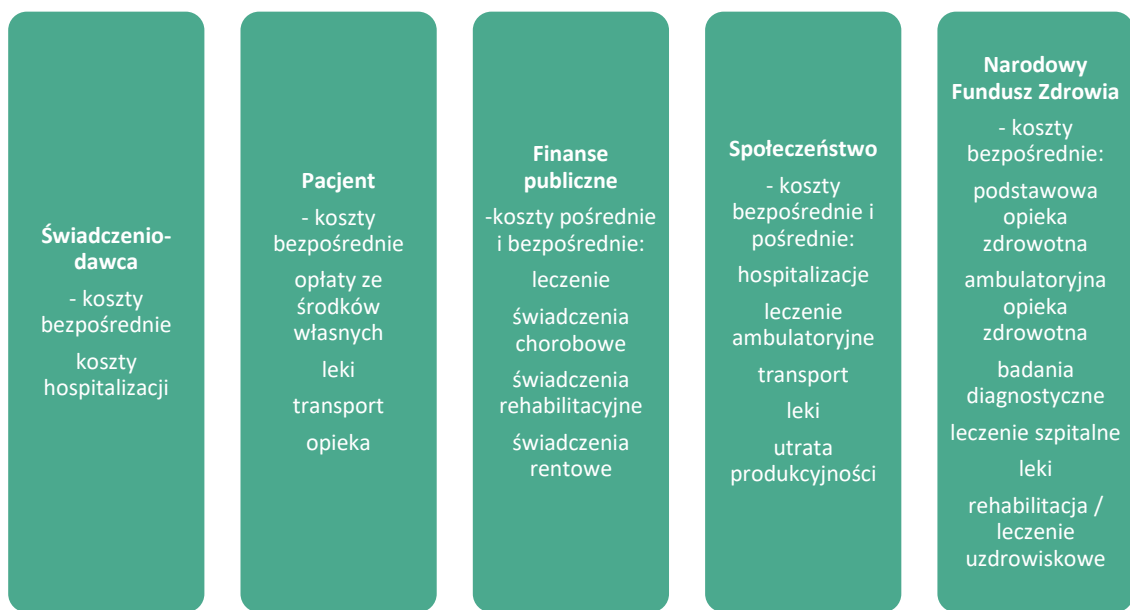
z akceptacją siebie i swojego wizerunku mają kobiety oraz osoby, u których niedawno zdiagnozowano łuszczycę. Ponadto choroba wiązać się może również z występowaniem dysfunkcji seksualnej, unikaniem stosunków, poczuciem wstydu przed własnym partnerem ze względu na zmiany łuszczycowe [137, 138, 139]. Brihan et.al. [136] wskazują, że schorzenia dermatologiczne, w tym łuszczycyca wpływają negatywnie na odczucia pacjentów wobec siebie, ich relacje osobiste, sferę zawodową. Co istotne chorzy wskazują nie tylko na negatywny obraz samej choroby, ale i towarzyszące dermatozie leczenie miejscowe, które wiąże się ze stosowaniem preparatów przeciwłuszczycowych, pozostawiających na skórze nieestetyczne plamy, tłustą skórę i włosy, które w ich odczuciu stanowią dodatkowy, negatywny aspekt wizualny [136].

Hassani et. al. [137] powołując się na badania własne wskazali ponadto na fakt, że obraz ciała, samoocena oraz jakość życia u chorych na łuszczycę jest zdecydowanie niższa w porównaniu do osób zdrowych. Obniżona samoocena ma bezpośredni związek ze wzrostem występowania depresji. Poczucie niskiej wartości prowadzi do lęku społecznego oraz izolacji, uczucia niepokoju, wstydu, dyskomfortu, przygnębienia, w a konsekwencji do zaburzeń depresyjnych. Chorzy na łuszczycę mają niewłaściwy obraz siebie, starają się unikać kontaktów społecznych, uważają swój wyląd za nieatrakcyjny, co stopniowo prowadzi do smutku. Doniesienia literaturowe wykazują zatem, że istnieje bezpośredni istotny związek między samooceną a satysfakcją z obrazu własnego ciała [137, 138, 139].

3.4. Ekonomiczno- społeczne koszty zaburzeń depresyjnych u chorych na łuszczycę

Z każdym rokiem obserwowany jest wzrost chorób przewlekłych, które związane są nie tylko z szeroko pojętą problematyką kliniczną i terapeutyczną, ale także ekonomiczną i społeczną. Na wydatki związane z chorobami przewlekłymi składają się koszty leczenia, leczenie powikłań, koszty ekonomiczne, związane z utraconą produktywnością chorego. Badanie kosztów związanych z chorobą ma na celu określenie całkowitego obciążenia finansowego wynikającego z danej jednostki chorobowej i stanu zdrowia dla społeczeństwa przez identyfikację, pomiar i wycenę zarówno bezpośrednich, jak i pośrednich kosztów z nią związanych. W dziedzinie farmakoekonomiki koszty chorób są dzielone na kilka kategorii. Koszty bezpośrednie obejmują wartość wszystkich kwestii (wszelkich dóbr i usług) związanych ze zużyciem zasobów niezbędnych do zapewnienia kompleksowej opieki zdrowotnej dla chorych. Wyróżnia się wśród nich koszty medyczne i niemedyczne. Koszty bezpośrednie medyczne to wydatki związane z procesem leczenia, takie jak leki, środki

lecnicze, monitorowanie terapii, konsultacje medyczne, badania laboratoryjne, hospitalizacja, działania niepożądane oraz amortyzacja sprzętu medycznego. Ponosi je bezpośrednio system ochrony zdrowia. Koszty bezpośrednie niemedyczne natomiast to wszystkie dodatkowe wydatki związane z chorobą i leczeniem, które nie są bezpośrednio związane z terapią i procedurami medycznymi, takie jak transport, przystosowanie miejsca zamieszkania lub pracy, a także koszty ponoszone przez chorego, rodzinę lub osoby opiekujące się chorym. Ostatnią grupę stanowią koszty pośrednie. Koszty te to wartość utraconej produkcji z powodu absencji chorujących w pracy, zmniejszenie ich produktywności (takie jak wypłaty renty, emerytury oraz zwolnienia lekarskie) oraz ewentualna, przedwczesna śmierć. Koszty pośrednie są ściśle związane ze zmniejszoną bądź utraconą produktywnością osób chorych, co przekłada się na mniejszą produkcję w gospodarce, a to z kolei spowalnia jej rozwój. Koszty niemierzalne natomiast wynikają z odczuć cierpienia fizycznego i psychicznego, takiego jak ból czy izolacja społeczna [140, 141].



Rycina 34. Kategorie kosztów. Opracowanie na podstawie źródła [140, 141].

Badania analizujące obciążenie ekonomiczne związane z łuszczycą na poziomie europejskim wskazują, że choroba ta ma znaczący wpływ na koszty opieki zdrowotnej, zatrudnienie i związane z nim dochody. Burgos-Pol R. et. al. [142], dokonali oceny wpływu łuszczycy oraz łuszczycowego zapalenia stawów w kontekście postępowania i leczenia chorych w kilku europejskich krajach. Autorzy analizując obciążenie ekonomiczne choroby zaobserwowali, że koszty z nią związane rosną wraz ze stopniem nasilenia choroby. Thomsen S.F. et. al. [143] zaznaczają, że oprócz wydatkowania na samą dermatozę, problem stanowią

także schorzenia współistniejące z łuszczycą, między innymi choroby metaboliczne, zaburzenia psychiczne, choroby układu krążenia, które to generują dodatkowe koszty w zakresie ich diagnostyki i leczenia. Jungen et. al. [144] donoszą, że problematyka kosztochłonności łuszczycy nie dotyczy jedynie systemu opieki zdrowotnej, ale także samego pacjenta, który pokrywa znaczne wydatki związane z leczeniem, z własnego budżetu. Łuszczycyca stanowi chorobę o silnym wpływie na chorego, wpływając na obciążenie jednostki, jej jakość życia, ale i na koszty udzielanej pomocy i leczenia. Pełna i kompleksowa znajomość problematyki tej dermatozy zarówno w aspekcie klinicznym i ekonomicznym, jej epidemiologii, stopnia wpływu i obciążenia chorych ma istotne znaczenie pod względem zmniejszenia kosztów ponoszonych zarówno przez publiczną opiekę zdrowotną oraz pacjentów i lepszą alokację zasobów finansowych, poprawy jakości życia pacjentów, zarządzania chorobą [142 – 145].

Depresja jest częstym schorzeniem współistniejącym u pacjentów z łuszczycą i może wpływać na kliniczną odpowiedź, na leczenie łuszczycy. Według danych raportu „Koszty leczenia w Polsce” [146], w polskim społeczeństwie wzrasta odsetek zaburzeń psychicznych, co także wiąże się z rosnącymi kosztami w zakresie diagnostyki i leczenia. Osoby z problemami zdrowia psychicznego korzystają z pomocy placówek zdrowia psychicznego finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia bądź programów zewnętrznych, ale także decydują się na wizyty prywatne, co wpływa na ich budżety domowe i status finansowy. Zasięg opieki zdrowotnej i farmakoterapii obejmuje refundacja, jednak nierzadko terminy wizyt do specjalistów zdrowia psychicznego są odległe. Co istotne, chorzy doświadczają także kosztów pozamedycznych i społecznych, w tym utrata efektywności pracy czy napiętnowanie.

3.4.1. Obciążenie systemu ochrony zdrowia i gospodarki a koszty ponoszone przez pacjentów

Koszty opieki zdrowotnej stale ulegają wzrostowi, co wpływa na podejmowanie tematyki oceny kosztów w zakresie ochrony zdrowia, ale i ich oddziaływanie na sytuację gospodarczą kraju. Dane literaturowe dotyczące kosztochłonności łuszczycy, zarówno w Stanach Zjednoczonych jak i krajach europejskich, wykazują, że terapia tej dermatozy generuje wzrost kosztów bezpośrednich, co w następstwie wpływa na koszt całkowity. Wojciechowska, McFarlane i Żaroń [147] w analizie dotyczącej wieloaspektowości łuszczycy w kontekście polityki zdrowotnej i społecznej, podają, że w ostatnich latach nastąpił wzrost wydatków na łuszczycę oraz łuszczycowe zapalenie stawów. Powołując się na Raport „Ocena całkowitych społeczno-ekonomicznych kosztów występowania łuszczycy i łuszczycowego zapalenia stawów z perspektywy gospodarki państwa” [148] autorki opracowania wskazują, że

finansowanie obejmuje nie tylko koszt Narodowego Funduszu Zdrowia związany z leczeniem chorych, ale również Zakładu Ubezpieczeń Społecznych warunkowany zasiłkami dla pacjentów. Kolejnym problemem są koszty będące wynikiem nieobecności zawodowej chorych leczonych nieefektywnie [147, 148].

Według danych NZF za rok 2022 udzielono 762 804 świadczeń dla pacjentów z rozpoznaniem epizodu depresyjnego (F32), w tym 8029 hospitalizacji – opieki stacjonarnej, 641 709 świadczeń opieki ambulatoryjnej oraz 113 066 świadczeń opieki dziennej. Natomiast w przypadku zaburzeń depresyjnych nawracających (F33) liczba świadczeń wynosiła 601 495, co w poszczególnych rodzajach świadczeń można podzielić na 6191 hospitalizacji, 496 632 świadczeń opieki ambulatoryjnej oraz 98 672 świadczeń opieki dziennej. Leki przeciwdepresyjne przyjmowało 1 670 740 pacjentów, a łączna liczba pozycji recept w podgrupie leków przeciwdepresyjnych wyniosła 7 250 028. Z kolei wartość refundacji w tej podgrupie farmakologicznej stanowiła 211 055 652, 93 zł, natomiast wartość dopłaty pacjenta to 130 895 795, 57 zł [149]. Dodatkowo, według rankingu ZUS, dotyczącego jednostek chorobowych, które skutkują niezdolnością do pracy i generującymi najwyższe wydatki na świadczenia, są to m.in. epizody depresyjne oraz zaburzenia depresyjne nawracające. W przypadku pacjentów z łuszczycą za ten sam rok o szczegółowe dane są niekompletne, bądź są to informacje dotyczące udzielania świadczeń pacjentom dermatologicznym [150]. W raporcie dotyczącym kosztów społeczno – ekonomicznych łuszczycy z 2019 roku, Nojszewska i wsp. [148] wskazują na rodzaje świadczeń udzielanych pacjentom z rozpoznaniem łuszczycy w odniesieniu do liczby pacjentów oraz wysokości finansowania. Wśród podanych świadczeń wyróżnić należy podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, leczenie szpitalne, świadczenia pielęgnacyjne, opiekuńcze i kontraktowane odrębnie oraz rehabilitację leczniczą o łącznej wartości finansowania w kwocie 129 373 000 zł. Autorzy podają także, że w ostatnich latach zauważalny jest wzrost finansowania w zakresie terapii łuszczycy, ale i wzrost liczby pacjentów. Ponadto przeważającymi kategoriami świadczeń generującymi koszty były leczenie szpitalne i ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne. Szacunkowe koszty będące wynikiem absencji chorych to około 80,9 mln zł, natomiast koszty pośrednie związane z nieefektywną pracą (prezenteizmem) to prawie 5 mln zł. Łączne pośrednie koszty szacunkowo stanowią 5,1 mld zł rocznie, a utracone publiczne dochody to kwota rzędu 1,5 mld zł rocznie. Do wymienionych dodać należy także trudne do określenia koszty pośrednie związane z absenteizmem opiekunów osób chorych na łuszczycę (ok. 600 tys. zł/rok), koszty trwałej niezdolności do pracy (ok. 48

mln zł/rok). W opublikowanym raporcie analitycy podają, że koszty absencji chorobowych to kwota ponad 12 mln zł, a świadczenia będące związanymi z niezdolnością do pracy stanowiły ponad 26,5 mln zł. Dostępne aktualne informacje o kosztach leczenia łuszczycy są bardzo ograniczone i niedoszacowane. Brakuje także dokładnych danych na temat kosztów bezpośrednich terapii pacjentów zdiagnozowanych z łuszczycą. Przypuszczać należy, że sumy te wzrosły obecnie w porównaniu do lat, wcześniejszych (wpływ sytuacji ekonomicznej w kraju i na świecie, koszty za świadczenia, wzrost liczby pacjentów, zmiany w programie lekowym, wzrost cen leków). Niemniej jednak można wskazać, że stopień zaawansowania łuszczycy jako głównego schorzenia oraz ilość i postęp chorób współistniejących, mają wpływ na wzrost kosztów leczenia ponoszonych przez podatników.

W odniesieniu do absencji chorobowej będącej wynikiem choroby własnej, ZUS publikuje, że w 2022 roku, zaburzenia psychiczne i zachowania odpowiadały za 23 835, 8 tys. dni absencji chorobowej (1298,3 tys. zaświadczeń lekarskich), co w przełożeniu na przeciętną długość zaświadczeń lekarskich stanowiło 18,37 dnia. Z kolei w odniesieniu do chorób skóry i tkanki podskórnej dni absencji wyniosły 2137,7 tys. (liczba zaświadczeń lekarskich 237,7 tys.), co przełożyło się na średnią długość zaświadczenia lekarskiego wynoszącą 9,01 dni [151]. Szczegółowe dane dotyczące absencji chorobowej z tytułu łuszczycy i zaburzeń depresyjnych przedstawia tabela:

Tabela 13. Liczba dni absencji chorobowej i liczba zaświadczeń lekarskich z podziałem na jednostki chorobowe za lata 2022, 2023, 2024. Opracowanie własne na podstawie źródła [152]

Jednostka chorobowa	Liczba dni absencji chorobowej	Liczba zaświadczeń	Rok
Łuszczycyca	158 467	15 391	2022
Epizod depresyjny	4 739 898	233 036	
Zaburzenia depresyjne nawracające	2 208 180	114 853	
Łuszczycyca	175 694	18 188	2023
Epizod depresyjny	513 6520	251 625	
Zaburzenia depresyjne nawracające	2356792	122042	
Łuszczycyca	47 304	4 909	I kwartał 2024
Epizod depresyjny	1 398 519	68 530	

Zaburzenia depresyjne nawracające	664 941	34 094	
-----------------------------------	---------	--------	--

Na koszty leczenia łuszczy oraz zaburzeń depresyjnych składają się także kwoty refundacji leków, w tym także preparatów ujętych w programie lekowym dla pacjentów z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej. Kwoty refundacji za poszczególne leki w programie lekowym oraz wybranych leków przeciwłuszczycowych i przeciwdepresyjnych przedstawiają tabele 14, 15, 16.

Tabela 14. Leki w programie lekowym - leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej. Dane za 2022. Opracowanie własne na podstawie źródła [153].

Nazwa substancji czynnej	Liczba pacjentów	Kwota refundacji NFZ [zł]
Sekukinumab - podskórnice - 1 mg	557	18 790 234,21
Risankizumabum - podskórnice - 1 mg	511	15 362 787,25
Ixekizumabum - podskórnice - 1 mg	507	13 504 937,26
Guselkumabum - podskórnice - 1 mg	365	9 401 880,13
Ustekinumabum - pozajelitowo (parenteral) - 1 mg	297	8 061 673,79
Tyldrakizumabum - podskórnice - 1 mg	204	5 388 658,36
Adalimumabum - pozajelitowo (parenteral) - 1 mg	582	1 845 073,49
Certolizumabum pegol - pozajelitowo (parenteral) - 1 mg	64	1 061 235,90
Etanerceptum - pozajelitowo (parenteral) - 1 mg	123	718 902,62
Infliximabum - pozajelitowo (parenteral) - 1 mg	89	545 448,44
Etanerceptum - pozajelitowo (parenteral) - 1 mg	19	105 194,9
Suma całkowita kwoty refundacji NFZ:	3318	74 786 026,36

Tabela 15. Zestawienie wybranych zrefundowanych przeciwłuszczycowych produktów leczniczych za rok 2022 (według nazw handlowych). Opracowanie własne na podstawie źródła [154].

Nazwa produktu leczniczego	Liczba opakowań	Kwota refundacji [zł]	Kwota dotacji w refundacji [zł]	Dopłata pacjenta [zł]	Wartość leku [zł]
Equoral 25/50/100 mg	125 395	21 285 255, 74	0	412 746,47	21 698 002,21
Metex 50 mg/ml	139 362,5	78 402 798, 84	90 843,00	1 184 082,57	79 586 881,41
Enstilar (50 mcg + 0,5 mg)/g, (poj. 60 g)	84 551	6 115 954,77	0	8 807 296,73	14923 251,50
Neotigason 10/25 mg	9 663	2 294 088,6 0	0	55 674,33	2 349 762,93
Daivobet (50 mcg + 0,5 mg)/g,	82 298	4 395 387,3 2	0	3 259 925,73	7 655 313,05

Tabela 16. Zestawienie wybranych zrefundowanych przeciwdepresyjnych produktów leczniczych za rok 2022 (według nazw handlowych). Opracowanie własne na podstawie źródła [154]

Nazwa produktu leczniczego	Liczba opakowań	Kwota refundacji [zł]	Kwota dotacji w refundacji [zł]	Dopłata pacjenta [zł]	Wartość leku [zł]
Cital 20 mg	1 624,00	46 490,60	0	0	46 490,60
Elicea 5/10/20 mg	1 151,00	32 886,90	0	0	32 886,90
Sertagen 50/100 mg	299 842,00	3 150 361,20	147 034,29	1 136 638,98	4 287 000,18

Seronil 10/20 mg	333 821,80	2 889 829,71	230 918,69	5 430 780,62	8 320 610,33
ParoGen 20 mg	280 410,00	3 693 384,29	177 014,52	3 230 627,99	6 924 012,28
Fevarin 50/100 mg	103 133,00	1 029 133,50	85 628,13	2 715 494,10	3 744 627,60

Poza kosztami wynikającymi z farmakoterapii zaburzeń depresyjnych, refundacji podlegają także konsultacje psychiatryczne. Przeciętna wartość refundacji za to świadczenie w 2022 roku wyniosła 62,69 zł, w 2023 roku 69,5zł, a średnia roczna liczba konsultacji stanowiła 3,5 w przeliczeniu na pacjenta, przy czym liczba wizyt u lekarza psychiatry stanowiła kolejno 4 224 826 dla 1 192 224 pacjentów (2022 rok) i 4 331 419 konsultacji dla 1 259 479 pacjentów (2023 rok). Analizując te dane zauważyć można wzrost zarówno liczby pacjentów i wizyt u lekarzy psychiatrów, jak i przeciętnej wartości refundacji wizyt [155]. Opieka pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, oprócz wizyt psychiatrycznych i związanej z nimi farmakoterapią, obejmuje także psychoterapię oraz wizyty u psychologa. Według danych NFZ za lata 2021 – 2023, liczba skierowań na sesje psychoterapii wynosiła kolejno: 17 849, 36 941, 53 028, co wskazuje na tendencję rosnącą w przypadku tego rodzaju świadczeń.

Tabela 17. Przeciętna wartość refundacji za konsultacje z psychologiem i sesje psychoterapii i średnia roczna liczna konsultacji na pacjenta w latach 2021 – 2023. Opracowanie własne na podstawie źródła [155].

Rok	Przeciętna wartość refundacji konsultacji z psychologiem w zł	Średnia roczna liczba konsultacji z psychologiem na pacjenta	Przeciętna wartość refundacji sesji psychoterapii w zł	Średnia roczna liczba sesji psychoterapii na pacjenta
2021	55,01	4,95	95,11	10,54
2022	86,10	4,92	118,05	10,74
2023	96,84	4,97	133,28	11,33

Liczba konsultacji psychologicznych i psychoterapii, a także pacjentów uczęszczających na tego rodzaju wizyty rośnie z każdym rokiem, co wskazuje na skalę problemów zdrowia psychicznego oraz zapotrzebowanie na tego rodzaju pomoc wśród polskiego społeczeństwa.

Tabela 18. Liczba wizyt z psychologiem i psychoterapeutą a liczba pacjentów w latach 2021 – 2023. Opracowanie własne na podstawie źródła [155].

Rok	Liczba konsultacji z psychologiem na rok	Liczba pacjentów korzystających z konsultacji z psychologiem na rok	Liczba wizyt psychoterapii na rok	Liczba pacjentów korzystających z psychoterapii na rok
2021	1 571 362	317 721	3 236 963	307 044
2022	1 834 954	372 771	3 553 271	330 883
2023	2 163 525	435 604	4 025 610	355 460

Zebrane dane mogą stanowić wartości niedoszacowane. Wielu pacjentów zmagających się z problemem łuszczycy oraz zaburzeń depresyjnych w ogóle nie udaje się po pomoc do podmiotów wykonujących działalność leczniczą i nie podejmuje działań mających na celu poprawę swojego zdrowia. Część chorych nie korzysta z publicznych placówek zdrowia, a wizyty realizuje w podmiotach prywatnych, uiszczając opłaty ze środków własnych na świadczenia, zarówno te dotyczące konsultacji dermatologicznych, psychiatrycznych, psychologicznych czy psychoterapeutycznych, a dane takie nie są ujmowane w statystykach ogólnych. Wielu pacjentów w terapii łuszczycy uczęszcza na wizyty z zakresu światłolecznictwa, zabiegi kosmetyczne, trychologiczne, podologiczne, mające na celu pomoc w redukcji zmian łuszczycowych, co także generuje dodatkowe koszty ponoszone przez chorych. Chorzy na łuszczycę muszą zadbać także o codzienną pielęgnację, stosując nierzadko specjalistyczne kosmetyki, które również muszą systematycznie nabywać, a leki, zarówno przeciwłuszczycowe jak i przeciwdepresyjne – nie wszystkie są refundowane, zatem koszt ten ponosi chory. Do kosztów ponoszonych przez pacjentów zaliczyć należy też transport – publiczny, czy prywatny, dojazdy do lekarzy specjalistów, badania, regularne wizyty, które odbywać się mogą także poza miejscem zamieszkania chorego, wobec czego pacjent musi dojechać do placówki leczniczej ponosząc niekiedy wysokie koszty także w tym zakresie.

3.4.2. Ograniczenia w funkcjonowaniu fizycznym i psychospołecznym u chorych na łuszczycę z zaburzeniami depresyjnymi

Człowiek jest istotną społeczną, wpisaną w otaczającą ją rzeczywistość, będącą jej komponentem tworzącym społeczność, komunikującą się stale z otoczeniem, zaspokajającą swoje potrzeby społeczne. Negatywne emocje oraz obniżona jakość życia, unikanie kontaktów

i izolacja społeczna mogą negatywnie rzutować na stan zdrowia w aspekcie fizycznym i psychicznym. Doświadczenia w sferze emocjonalnej i psychologicznej pełnią istotną rolę w zakresie samooceny osób i ich stabilności emocjonalnej, pełnionych ról społecznych.

Chorzy na łuszczycę mają problem z licznymi ograniczeniami w zakresie ich codziennego funkcjonowania. Wśród społeczeństwa nadal panuje przekonanie, że choroba ta jest dermatozą zakaźną, zagrażającą innym ludziom. Skutkiem tego jest fakt wyobcowania pacjentów z łuszczycą. Ponadto wygląd zmian chorobowych, ich rozległość i charakter wpływa na to, że pacjenci odbierani są jako osoby niedbające o higienę, a co za tym idzie, stygmatyzowane. Z wykluczeniem społecznym chorzy na łuszczycę spotykają się w wielu miejscach – zarówno w gronie rodzinnym, wśród przyjaciół, w miejscu pracy. Nierzadko same osoby chore na łuszczycę mają problem z zaakceptowaniem swoje stanu zdrowia, wyglądu własnego ciała. Towarzyszące także łuszczycy choroby współistniejące stanowią dodatkową trudność, obniżają jakość życia, negatywnie wpływają na przebieg leczenia, stanowią o komforcie codziennego życia.

Wymiar społeczny następstw łuszczycy w relacji do konsekwencji społecznych i biologicznych wskazuje na istotną rolę stresu. Wśród konsekwencji psychologicznych wyróżnić należy izolację, niską samoocenę, poczucie frustracji. W wymiarze następstw biologicznych będą to dolegliwości związane z dermatozą, jaką jest łuszczycą, objawy fizyczne i przewlekły stan zapalny. Z kolei w obszarze konsekwencji społecznych istotność wykazują ograniczenia w relacjach i więziach, zaburzenia na płaszczyźnie pełnienia ról społecznych, izolację oraz autoizolację, niedostępność jednostki wobec innych.

Ekonomiczne i społeczne implikacje łuszczycy wynikają także z tego, że schorzenie oddziałuje nie tylko na skórę, lecz wiele innych narządów. Ze względu na zapalny profil schorzenia, łuszczycą predysponuje do wystąpienia innych jednostek chorobowych. Osoby z tą dolegliwością zdecydowanie częściej doświadczają zaburzeń metabolicznych, są bardziej narażone na choroby sercowo naczyniowe, około 1/3 chorych boryka się z zaburzeniami depresyjnymi. Dlatego też życie z łuszczycą jako czynnikiem wywołującym inne dolegliwości zdrowotne ma wpływ na zasięg realizacji jednostki w życiu społecznym. Zaobserwować można tę zależność poprzez częstsze i wydłużone okresy pobyków w szpitalach, braku zdolności do pełnego realizowania zadań zawodowych i absencje pracownicze, koszty terapii mające wpływ na sytuację społeczną, a także spadek samooceny, czy niedomaganie na płaszczyźnie relacji

międzyludzkich, które wynikają częściowo z obecności zmian skórnych, poczucia wstydu, negatywnych ocen, wykluczenia.

Doniesienia o metodach terapii i podejściu do pacjentów z łuszczycą, z współistniejącymi zaburzeniami z obszarów soma i psyche, wskazują na istotną rolę kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki nad chorym, z indywidualnym i holistycznym podejściem do pacjenta. Aby redukować objawy i skutki stygmatyzacji społecznej należy zapewnić chorym dostęp do opieki skupiającej się zarówno na problemie schorzeń fizycznych, jak i psychicznych. Obniżona jakość życia nierzadko jest wynikiem ocen z otoczenia, stosunku innych wobec chorych, ale również społecznej internalizacji w postrzeganiu samego siebie i otoczenia. Stanowi to zatem spójny związek między wymiarem psychologicznym a społecznym jednostki, który kształtuje i determinuje jednostkę. Warto zauważyć, że w przestrzeni publicznej nadal wielu nie ma wiedzy na temat łuszczycy, jej charakterze jako chorobie oraz tym, że nie stanowi zagrożenia dla innych ludzi. Poczucie wstydu i wpływ dermatozy mają istotny wpływ na reakcje społeczne i poziom zaangażowania w życie społeczne. Brak wsparcia, alienacja, izolacja, wykluczenie społeczne, mają znaczący wpływ na samopoczucie chorego. Wynikiem konsekwencji płaszczyzn składających się na dobrostan chorego jest brak zaangażowania się jednostki w poprawę swojego życia, obniżenie kondycji psycho-fizycznej, niskie samopoczucie. W ramach działań zmierzających do zmniejszenia stygmatyzacji społecznej konieczne jest podjęcie kroków mających na celu zwiększenie świadomości na temat łuszczycy oraz „obalenie mitu” o jej zakaźności, a także nagłaśnianie problematyki zaburzeń depresyjnych w tej grupie chorych. Potrzeba edukacji dotyczy również samych pacjentów: pomoc w radzeniu sobie w społecznym funkcjonowaniu, jako jednostkom częściowo wykluczonym poprzez popularyzowanie tematu zarówno łuszczycy i zaburzeń depresyjnych, dyskusji publicznych, kampanii społecznych [147, 148, 156].

II. CEL PRACY

Łuszczyca jest przewlekłą, niezakaźną chorobą skóry o trudnej do jednoznacznego wskazania etiologii. Wpływ na przebieg łuszczycy może mieć wiele czynników, zarówno osobniczych, jak i tych zewnętrznych. Proces terapeutyczny tej dermatozy jest znacznie utrudniony, a częste schorzenia współistniejące stanowią dodatkowe utrudnienie w dobraniu bezpiecznej oraz skutecznej terapii.

Interdyscyplinarny model podejścia do problematyki choroby zakłada zintegrowaną koncepcję, obejmującą zarówno płaszczyznę fizyczną, psychiczną, społeczną i ekonomiczną z uwzględnieniem jakości życia chorych. Badanie jakości życia dostarcza istotnych informacji umożliwiających lepsze zrozumienie potrzeb pacjentów, aby wspomóc ich w funkcjonowaniu w społeczeństwie, środowisku rodzinnym i zawodowym. Ujęcie codziennego funkcjonowania, barier i trudności wynikających z dermatozy oraz czynników z nią związanych, takich jak współwystępowanie zaburzeń depresyjnych, może pozwolić na indywidualną analizę i dostosowanie postępowania terapeutycznego do aktualnych potrzeb chorych.

Celem głównym niniejszej pracy była analiza i ocena wybranych aspektów związanych z przebiegiem łuszczycy w ujęciu klinicznym, ekonomicznym, jakości życia chorych oraz współistniejących zaburzeń depresyjnych. Cel główny uzupełniono o cele szczegółowe:

- Analiza aspektów klinicznych związanych z przebiegiem łuszczycy, czasem trwania, charakteru, rodzaju i postaci choroby oraz zagadnień dotyczących towarzyszących chorym objawów,
- Analiza nasilenia choroby i przyczyn jej nasilenia,
- Analiza i ocena leczenia i metod terapii łuszczycy z uwzględnieniem częstotliwości korzystania z opieki medycznej, oceny skuteczności terapii, przestrzegania zaleceń lekarskich oraz źródeł informacji na temat choroby,
- Analiza i ocena wpływu choroby na koszty ponoszone przez chorych na łuszczycę,
- Analiza występowania chorób współistniejących w przebiegu łuszczycy,
- Ocena jakości życia z uwzględnieniem utrudnień w codziennym funkcjonowaniu, odczuć i emocji, jakie towarzyszą chorym, negatywnego wpływu łuszczycy postrzeganie własnego obrazu ciała i samooceny,
- Analiza i ocena aspektów zdrowia psychicznego chorych na łuszczycę, w tym korzystania z pomocy specjalistów zdrowia psychicznego oraz kosztów z tym związanych.

III. MATERIAŁY I METODY

4. Koncepcja badawcza

Badanie zakładało przygotowanie formularza ankiety dotyczącego problematyki łuszczycy, w tym znaczenia wybranych czynników na przebieg i nasilenie łuszczycy, przy uwzględnieniu aspektów klinicznych i ekonomicznych, jakości życia pacjentów oraz współistniejących zaburzeń depresyjnych. Realizacja zadania była możliwa przy zastosowaniu narzędzi platformy Google Forms. W ramach prowadzonych badań zastosowano ankietę składającą się z autorskiego kwestionariusza oraz narzędzia standaryzowanego – kwestionariusza Dermatology Life Quality Index (DLQI), Ocena zaawansowania łuszczycy. Projekt badania uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku o nr APK.002.252.2024. Celem rozpowszechnienia przygotowanej ankiety, rozesłano ją za pomocą portali i serwisów internetowych do grup wsparcia, zrzeszających chorych na łuszczycę, oraz stowarzyszeń i fundacji działających na rzecz chorych. Koncepcja badawcza zakładała włączenie do badania 200 osób (kobiet i mężczyzn) w wieku od 18. do 65. roku życia, chorych na łuszczycę. Ostatecznie do badania włączono 256 respondentów, a badanie przeprowadzono od kwietnia do czerwca 2024. Kwestionariusz autorski zawierał 59 pytań m.in. pytania zamknięte, półotwarte, z szeregowaniem. Kwestionariusz DLQI zawierał 10 pytań określających wpływ dermatozy na codzienne funkcjonowanie pacjentów. Przygotowanie pytania w kwestionariuszu autorskim podzielono na 8 etapów – bloków tematycznych:

- Charakterystyka grupy badanej
- Przebieg łuszczycy
- Przyczyny i okresy zaostrzeń oraz nasilenia
- Leczenie i metody terapii
- Opieka medyczna a koszty ponoszone przez chorego
- Choroby współistniejące w łuszczycy
- Ocena jakości życia
- Zdrowie psychiczne i koszty ponoszone przez chorego.

Kwestionariusze, składające się na ankietę, umieszczono rozdziale XII. Wyniki otrzymane w efekcie prowadzonych badań przedstawiono za pomocą rycin i tabel.

4.1. Charakterystyka grupy badanej

Pytania o numeracji od 1 do 6 stanowiły wprowadzenie do badania i odwoływały się do charakterystyki badanych. Respondentów zapytano o płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz rodzaj pracy, jaki wykonują.

4.2. Przebieg łuszczycy

Pytania dotyczące przebiegu łuszczycy obejmowały kwestie: kiedy wystąpiły pierwsze objawy łuszczycy u badanego, jak długo choruje, czy ktoś z rodziny także choruje na łuszczycę. Zadano także badanym pytania dotyczące charakteru, rodzaju i postaci dermatozy oraz, na jakich obszarach ciała występuje najczęściej zmian i jakie badanemu towarzyszą objawy w przebiegu choroby. Pytania te miały numerację od 7 do 14.

4.3. Przyczyny i okresy zaostrzeń oraz nasilenia

Blok obejmujący przyczyny i okresy zaostrzeń oraz nasilenia łuszczycy obejmował pytania od 15 do 17. Respondenci zostali zapytani o powody zaostrzeń choroby, obserwowane zależności między porą roku a nasileniem objawów łuszczycy oraz, w jakiej porze nasilenie objawów jest obserwowane przez chorych.

4.4. Leczenie i metody terapii

Pytania od 18 do 30 obejmowały zagadnienia dotyczące leczenia i terapii łuszczycy. Pytania w tym etapie dotyczyły metod terapii łuszczycy, oceny skuteczności leczenia, stosowanych przez chorych leków, suplementacji, kosmetyków dedykowanych osobom ze skórą łuszczycową i ocena ich skuteczności. Zapytano także, gdzie badani zgłaszali się z problemem choroby, jak często korzystają z opieki medycznej, czy kierują się do placówek prywatnych czy publicznych oraz, czy są pod stałą opieką lekarza. Dodatkowo zapytano respondentów, czy przestrzegają zaleceń lekarskich dotyczących łuszczycy, czy byli ze względu na tę chorobę hospitalizowani, a także jak badani edukują się w zakresie tej dermatozy i skąd czerpią wiedzę na temat łuszczycy.

4.5. Opieka medyczna a koszty ponoszone przez chorego

W obszarze opieki medycznej oraz kosztów ponoszonych przez chorego uwzględniono pytania dotyczące absencji zawodowej badanych, utraconego zarobkowania, wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy. Respondentów zapytano także, czy obecność łuszczycy wpływa negatywnie na ich sytuację materialną, jak oceniają koszty, które ponoszą ze względu na leczenie łuszczycy, w tym koszty wizyt lekarskich, leków, zabiegów terapii łuszczycy. Pytania tego obszaru badania znajdują się w ankiecie pod numerami 40 – 46.

4.6. Choroby współistniejące w łuszczycy

Badani zostali zapytani, jakie z wybranych chorób współistniejących, ich dotyczą. Ankietowani w tym pytaniu mogli wskazać więcej niż jedną chorobę. Pytanie dotyczące tej problematyki w ankiecie badawczej ma numer 31.

4.7. Ocena jakości życia

Etap badania obejmujący ocenę jakości życia zawierał pytania dotyczące utrudnień w codziennym funkcjonowaniu, odczuć i emocji, jakie towarzyszą chorym ze względu na występowanie łuszczycy. Ponadto badani zostali zapytani, czy zauważają negatywny wpływ choroby na postrzeganie własnego obrazu ciała, problemy z pewnością siebie, negatywny wpływ na samoocenę, jakość życia. Dodatkowo respondenci wskazywali, czy choroba wpływa negatywnie i stanowi obciążenie dla ich bliskich oraz, czy spotkali się z utrudnieniami zawodowymi z uwagi na fakt choroby. Obszar ten w ankiecie badawczej obejmują pytania 32 – 39.

4.8. Zdrowie psychiczne i koszty ponoszone przez chorego

W ostatnim bloku autorskiego kwestionariusza zapytano badanych o to, czy z związku z nasileniem choroby odczuwają negatywne emocje i czy uważają, że łuszczycyca wpływa negatywnie na stan zdrowia psychicznego. Poproszono także o wskazanie przez badanych, jakie sytuacje wpływają na pogorszenie ich samopoczucia oraz stanu psychicznego. Następnie badani zostali zapytani o to, jak oceniają swój stan zdrowia psychicznego. Ponadto, badani zostali zapytani, czy korzystają z pomocy specjalistów zdrowia psychicznego: psychologa, psychoterapeuty, psychiatry oraz, czy będąc pod ich opieką zauważają poprawę swojego zdrowia. Badani odpowiadali także na pytania dotyczące tego, do placówek jakiego typu udawali się kierowali. Na koniec zapytano, jak respondenci oceniają miesięczne koszty ponoszone przez nich w związku z wizytami u specjalistów zdrowia psychicznego (psychologów, psychoterapeutów oraz psychiatrów) oraz w związku z farmakoterapią depresji. Pytania tego obszaru badania znajdują się w ankiecie pod numerami 47 – 59.

4.9. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – wskaźnik jakości życia zależny od dolegliwości skórnych

DLQI został opracowany jako pierwsze tego rodzaju narzędzie w celu pomiaru jakości życia związanej ze zdrowiem u dorosłych pacjentów cierpiących na schorzenia dermatologiczne. Kwestionariusz składa się z 10 pytań dotyczących postrzegania przez pacjentów wpływu

chorób skóry na różne aspekty ich jakości życia związanej ze zdrowiem w ciągu ostatniego tygodnia.

Badani odpowiadali na pytania dotyczące dolegliwości skórnych, zakłopotania w związku z chorobą, trudnień w robieniu zakupów, wykonywaniu prac domowych i ogrodniczych, czy dermatozą i związane z nią dolegliwości skórne wpływały na ich ubiór. Ponadto arkusz zawierał pytania dotyczące określenia, w jakim stopniu dolegliwości skórne wpływały na życie towarzyskie i wolny czas chorych, uprawianie sportu, pracę zawodową bądź naukę. Kolejne pytania dotyczyły tego, czy dolegliwości chorobowe utrudniały życie seksualne badanych oraz, czy stanowił problem w utrzymaniu porządku lub skutkowały nadmiernym zaabsorbowaniem czasu. Każda z odpowiedzi udzielonych przez badanych została oceniona – nadany jej został odpowiedni punkt według skali. Następnie obliczono końcowy wynik dla każdego badanego według punktacji DLQI i skali opisowej, co pozwoliło na określenie wskaźnika jakości życia. Najwyższa liczba punktów w tym kwestionariuszu stanowi 30, przy czym im więcej punktów uzyskał badany, tym wyższa jakość życia według DLQI.

Kwestionariusz DLQI wraz z punktacją i skalą załączono w rozdziale XII, po autorskim kwestionariuszu ankiety.

4.10. Metody statystyczne

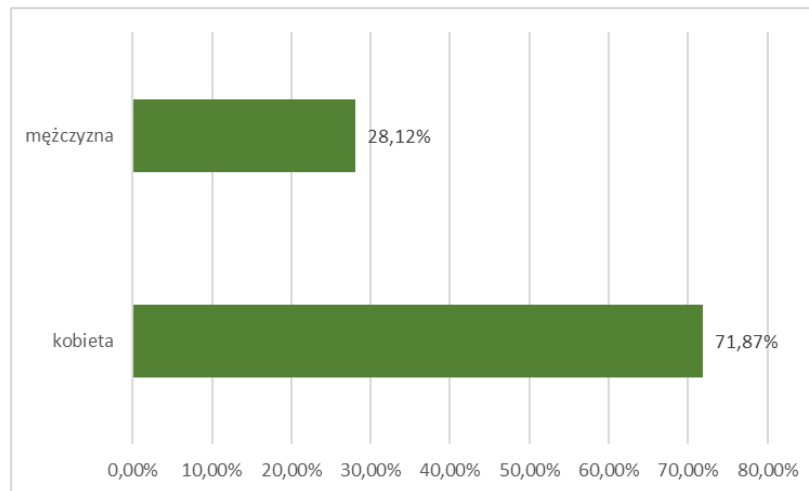
Analizy wykonano w programie R (R Core Team, 2023) oraz Microsoft Exel 2019. Wizualizację wyników przeprowadzono z wykorzystaniem pakietu graficznego “ggplot2” (Wickham, 2016) oraz Microsoft Exel 2019.

Analiza dotycząca zebranych wyników ma na celu opis zmiennych i wystąpień oraz ich porównywanie, a także wyliczenie, jaki stanowiły one odsetek w analizowanej próbie. W celu weryfikacji czy te wystąpienia są tendencyjne lub przypadkowe wykonano test Chi Kwadrat dla proporcji. W celu wyliczenia częstości i istotności występowania poszczególnych wartości zmiennych wykonano serię 178 analiz częstości testem Chi Kwadrat. Ponadto określano częstość, procent względny, procent bezwzględny, wykonano testy proporcji występowania wartości kolumnowych, analizy istotności i siły relacji pomiędzy zmiennymi. Zastosowano korektę istotności statystycznej metodą dokładnego testu Fishera. Obliczano również wartość współczynnika siły zależności V Cramera oraz T – Czuprowa. Za istotne statystycznie uznano wyniki na poziomie $p < 0,05$.

IV. WYNIKI

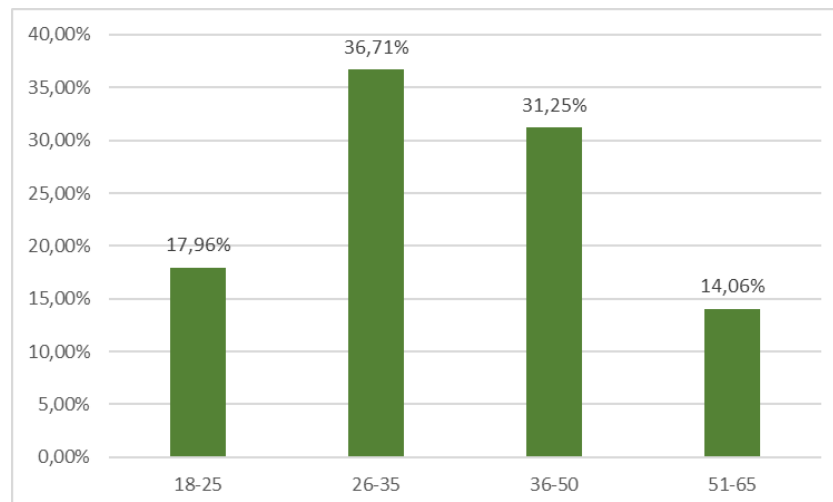
Charakterystyka grupy badanej

Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariusza ankiety własnego autorstwa oraz kwestionariusza standaryzowanego na osobach dorosłych chorujących na łuszczycę. Zgodę na uczestnictwo w badaniach wyraziło 256 świadomych respondentów zamieszkujących Polskę. Wśród badanych ponad 70% stanowiły kobiety, natomiast prawie 1/3 ankietowanych stanowili mężczyźni. Graficzny podział respondentów w odniesieniu do płci przedstawia Rycina 35.



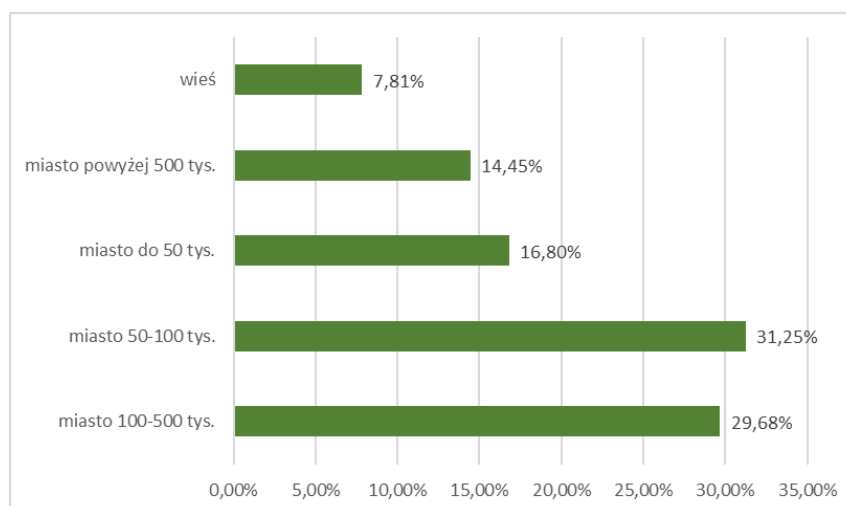
Rycina 35. Płeć badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Badani podzieleni zostali na cztery grupy wiekowe: 15 – 25 lat (46 osób), 26 – 35 lat (94 osoby), 36 – 50 lat (80 osób), 51 – 65 lat (36 osób). Rozkład procentowy wieku respondentów zamieszczono poniżej.



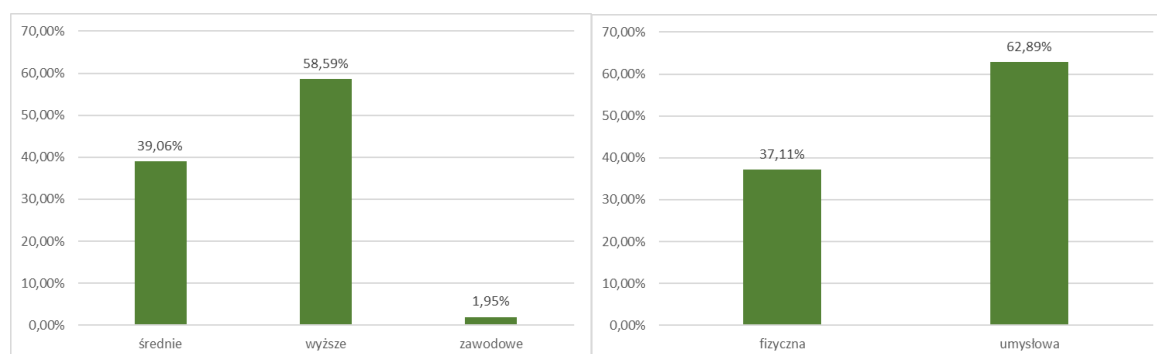
Rycina 36. Wiek badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Wśród ankietowanych, najczęściej zamieszkiwało duże miasta (50 – 100 tys. oraz 100 – 500 tys.) – 31,25% i 29,68%, kolejno średnie miasta (do 50 tys.) 16,80%. 14,45% badanych zadeklarowało miejsce zamieszkania jako miasto powyżej 500 tys., natomiast najmniej ankietowanych wskazało wieś – 7,81%.



Rycina 37. Miejsce zamieszkania ankietowanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Ankietowani zostali zapytani o wykształcenie oraz rodzaj wykonywanej pracy. 58,59% respondentów zadeklarowało wykształcenie wyższe, 39,06% wykształcenie średnie, natomiast zawodowe – niespełna 2%. Respondenci wskazali także, jaki rodzaj pracy wykonują na co dzień. 37,11% ankietowanych zadeklarowało pracę fizyczną, natomiast 62,89% pracę umysłową.



Rycina 38. Wykształcenie oraz rodzaj wykonywanej pracy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Przebieg łuszczycy

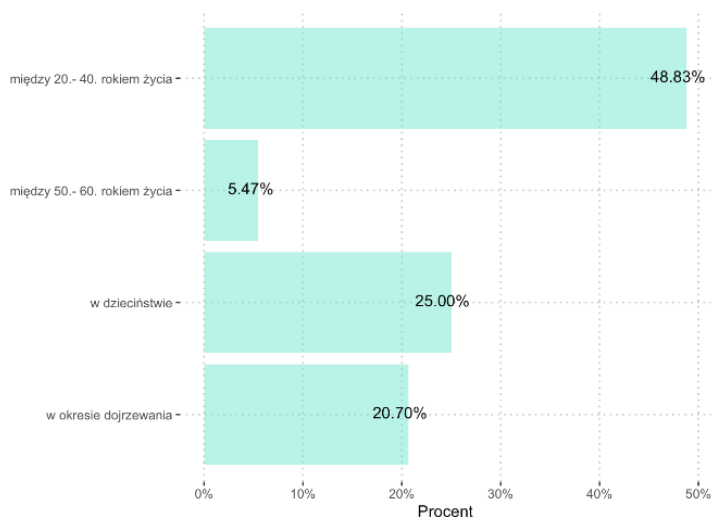
W pierwszej części badania przeanalizowano aspekty dotyczące przebiegu łuszczycy: począwszy od pierwszych objawów i czasu trwania choroby, przez charakter, rodzaj, postać dermatozy, następnie obszary ciała zajęte zmianami chorobowymi i objawy związane z występowaniem łuszczycy.

Przeanalizowano odpowiedzi badanych, dotyczące wystąpienia choroby po raz pierwszy w ich życiu i dokonano analizy statystycznej. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli i rycinie poniżej.

Tabela 19. Częstość występowania wartości zmiennej: Kiedy po raz pierwszy wystąpiły objawy łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Kiedy po raz pierwszy wystąpiły u Pani/Pana objawy łuszczycy?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
między 20.- 40. rokiem życia	125	49	125	49
między 50.- 60. rokiem życia	14	5	139	54
w dzieciństwie	64	25	203	79
w okresie dojrzewania	53	21	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla zmiennej: $\chi^2(3) = 99.09$; $p < 0.001$



Rycina. 39. Odsetek występowania wartości zmiennej: Kiedy po raz pierwszy wystąpiły objawy łuszczycy u badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Analiza wykazała, że liczebność poszczególnych wskazań: między 20.- 40. rokiem życia, między 50.- 60. rokiem życia, w dzieciństwie, w okresie dojrzewania wynosiła odpowiednio 125, 14, 64, 53 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.49, 0.05, 0.25, 0.21), co stanowiło sumę

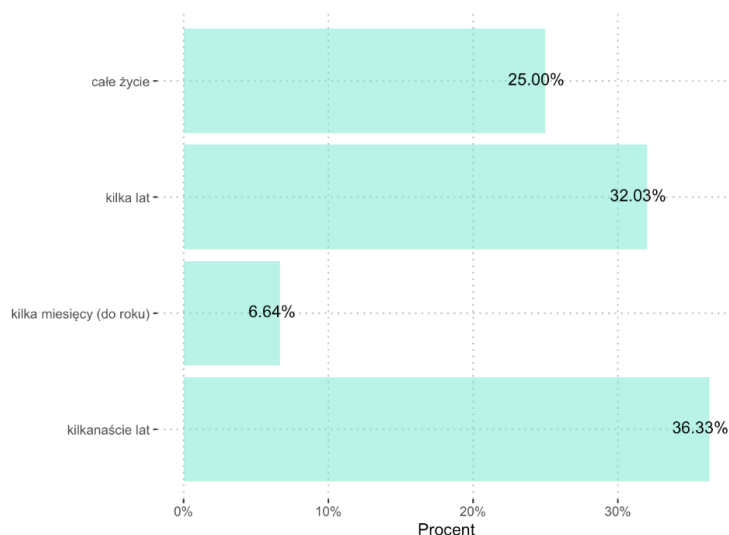
256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów były istotne statystycznie $\chi^2(3) = 99.09$; $p < 0.001$ (najczęściej pierwsze objawy choroby występowały między 20.- 40. rokiem życia $n = 125 - 48.83\%$, a najrzadziej między 50.- 60. rokiem życia $n = 14 - 5.47\%$).

Badani zostali zapytani, jak długo chorują na łuszczycę. Dokonano analizy statystycznej odpowiedzi, która wykazała, że liczebność wskazań: całe życie, kilka lat, kilka miesięcy (do roku), kilkanaście lat wynosiła odpowiednio 64, 82, 17, 93, co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów były istotne statystycznie $\chi^2(3) = 52.72$; $p < 0.001$ (najczęściej występowała wartość kilkanaście lat $n = 93 - 36,32\%$, a najrzadziej kilka miesięcy (do roku) $n = 17 - 6.64\%$). Wyniki przedstawiono w Tabeli 20 i na Rycinie 40.

Tabela 20. Częstość występowania wartości zmiennej: jak długo badany choruje na łuszczycę. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Jak długo choruje Pan/Pani na łuszczycę?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
całe życie	64	25	64	25
kilka lat	82	32	146	57
kilka miesięcy (do roku)	17	7	163	64
kilkanaście lat	93	36	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(3) = 52.72$; $p < 0.001$



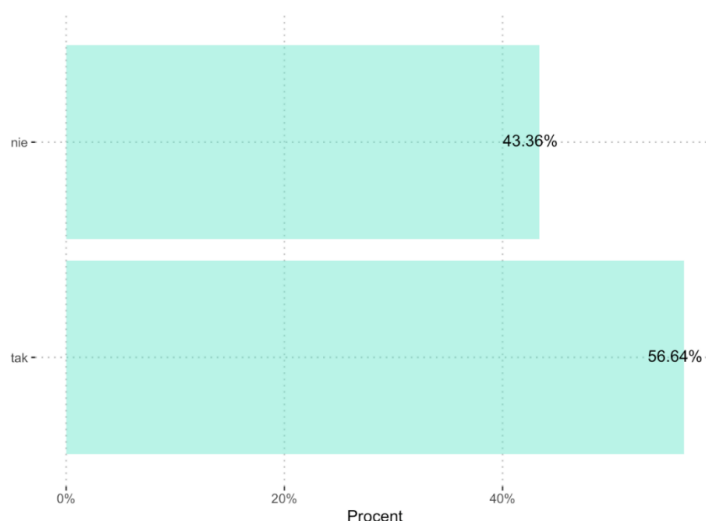
Rycina. 40. Odsetek występowania wartości zmiennej: jak długo badany choruje na łuszczycę. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Sprawdzono także, czy łuszczyca występowała wśród osób spokrewnionych z ankietowanymi. Odpowiedzi respondentów poddano analizie statystycznej, co przedstawiają tabela i rycina poniżej.

Tabela 21. Częstość występowania wartości zmiennej: czy ktoś z rodziny badanego choruje lub chorował na łuszczycę. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy ktoś z Pani/Pana rodziny choruje lub chorował na łuszczycę?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
nie	111	43	111	43
tak	145	57	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 4.52$; $p = 0.034$



Rycina. 41. Odsetek występowania wartości zmiennej: czy ktoś z rodziny badanego choruje lub chorował na łuszczycę. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Analiza wykazała, że liczebność poszczególnych poziomów: nie/ tak wynosiła odpowiednio 111, 145 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.43, 0.57), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 4.52$; $p = 0.034$.

Następnie sprawdzono, jaki charakter ma choroba badanych. Analiza statystyczna wykazała, że liczebność poszczególnych wskazań – zmiany wystąpiły tylko kilka razy, zmiany występują cyklicznie, pojawiają się i ustępują na zmianę, zmiany występują sporadycznie, zmiany występują stale – wynosiła odpowiednio 2, 82, 9, 163, co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów były istotne statystycznie $\chi^2(3) = 265.53$; $p <$

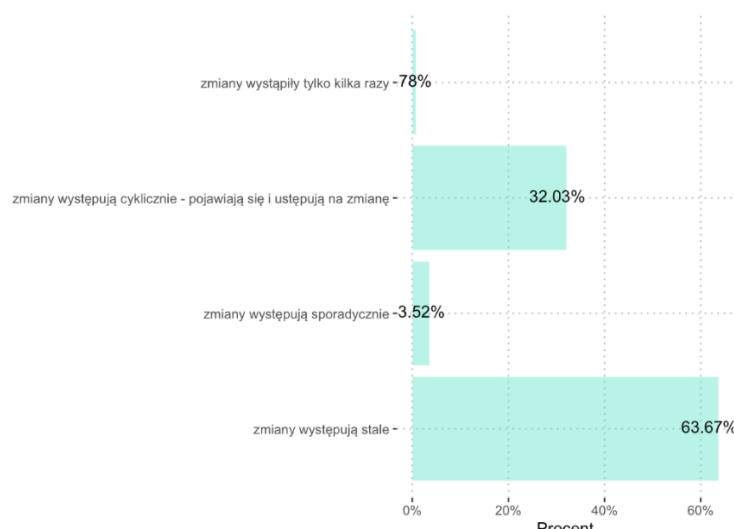
0.001 (najczęściej występowała wartość zmiany występują stale $n = 163 - 63.67\%$, a najrzadziej wartość zmiany wystąpiły tylko kilka razy $n = 2 - 0.78\%$).

Tabela 22. Częstość występowania wartości zmiennej: jaki charakter ma choroba w ocenie badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Jaki charakter ma Pani/Pana choroba?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
zmiany wystąpiły tylko kilka razy	2	1	2	1
zmiany występują cyklicznie - pojawiają się i ustępują na zmianę	82	32	84	33
zmiany występują sporadycznie	9	4	93	37
zmiany występują stale	163	64	256	101

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(3) = 265.53; p < 0.001$

Brak sumy 100% w kolumnie **Suma %** wynika z nawarstwienia się błędów zaokrągleń wartości odsetkowych.



Rycina. 42. Odsetek występowania wartości zmiennej: jaki charakter ma choroba w ocenie badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

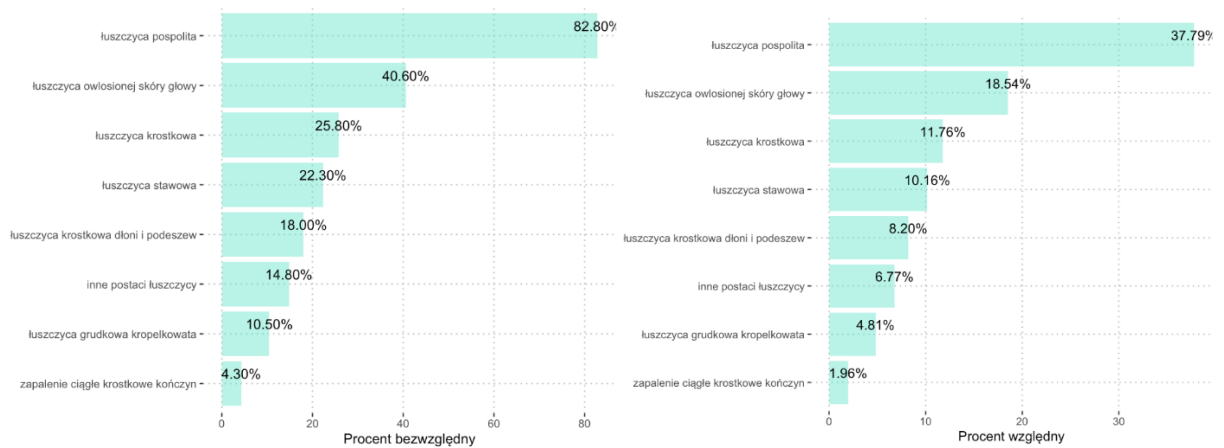
Zweryfikowano także, jakie rodzaje łuszczycy występują u pacjentów w grupie badanej. Dokonano analizy statystycznej odpowiedzi respondentów. Najczęściej występującymi rodzajami łuszczycy w grupie badanej były łuszczycyca pospolita ($n = 212, 82.80\%$) i łuszczycyca owłosionej skóry głowy ($n = 104, 40.60\%$). Szczegółowe wyniki analizy przedstawiono w tabelach 23 i 24 oraz na rycinie 43.

Tabela 23. Analiza dla rodzajów łuszczycy, występujących w grupie badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rodzaj łuszczycy	Liczebność występowania rodzaju łuszczycy (Nie/Tak)	Odsetek	Rozkład chi kwadrat - $\chi^2(1)$
łuszczycyca pospolita	44, 212	0.17, 0.83	110.25; $p < 0.001$
łuszczycyca owłosionej skóry głowy	152, 104	0.59, 0.41	9.00; $p = 0.003$
łuszczycyca krostkowa dłoni i podeszew	210, 46	0.82, 0.18	105.06; $p < 0.001$
łuszczycyca stawowa	199, 57	0.78, 0.22	78.77; $p < 0.001$
łuszczycyca krostkowa	190, 66	0.74, 0.26	60.06; $p < 0.001$
łuszczycyca grudkowa kropelkowata	229, 27	0.89, 0.11	159.39; $p < 0.001$
inne postaci łuszczycy	218, 38	0.85, 0.15	126.56; $p < 0.001$
zapalenie ciągle krostkowe kończyn	245, 11	0.96, 0.04	213.89; $p < 0.001$

Tabela 24. Podsumowanie rozkładu częstości występowania testowanych zmiennych. Rodzaje łuszczycy występujące w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Jaki rodzaj łuszczycy występuje u Pani/Pana?	<i>n</i>	% bezwzględny	% względny
łuszczycyca pospolita	212	82.80	37.79
łuszczycyca owłosionej skóry głowy	104	40.60	18.54
łuszczycyca krostkowa	66	25.80	11.76
łuszczycyca stawowa	57	22.30	10.16
łuszczycyca krostkowa dłoni i podeszew	46	18.00	8.20
inne postaci łuszczycy	38	14.80	6.77
łuszczycyca grudkowa kropelkowata	27	10.50	4.81
zapalenie ciągle krostkowe kończyn	11	4.30	1.96



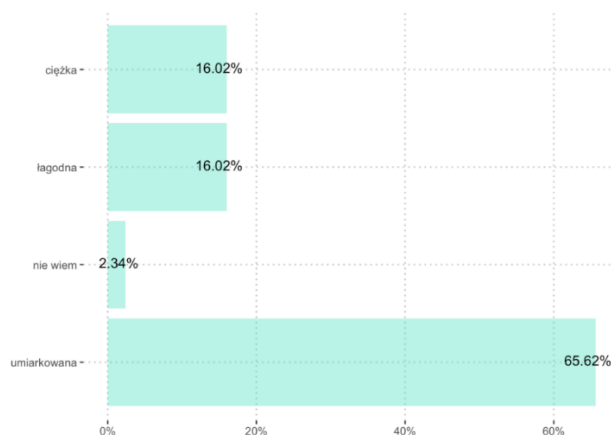
Rycina 43. Rodzaje łuszczycy występujące w grupie badanej (odsetek bezwzględny i względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Następnie sprawdzono, jakie postaci łuszczycy występują u respondentów w grupie badanej. Analiza statystyczna wykazała, że liczebność poszczególnych poziomów: ciężka, nie wiem, umiarkowana, łagodna wynosiła odpowiednio 41, 6, 168, 41 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.16, 0.02, 0.66, 0.16), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach były istotne statystycznie $\chi^2(3) = 238.09$; $p < 0.001$ (najczęściej występującą postacią łuszczycy stanowi postać umiarkowana $n = 168 - 65.62\%$). Wyniki przedstawiono w postaci tabeli i ryciny poniżej.

Tabela 25. Częstość występowania wartości zmiennej: jaka postać łuszczycy występuje u badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Jaka postać łuszczycy występuje u Pani/Pana?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
ciężka	41	16	41	16
nie wiem	6	2	47	18
umiarkowana	168	66	215	84
łagodna	41	16	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(3) = 238.09$; $p < 0.001$



Rycina 44. Odsetek występowania wartości zmiennej: jaki postać łuszczycy występuje u badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Badani zostali zapytani, na jakich obszarach ciała występuje u nich najwięcej wykwitów skórnych w przebiegu łuszczycy. Respondenci wskazali, że obszary ciała najczęściej zajmowane zmianami łuszczycowymi to łokcie, kolana i okolica krzyżowa pleców (81.60%) oraz podudzia i okolice narządów płciowych (70.70%). Najrzadziej z kolei badani wskazywali zajęcie całego ciała (7%). Szczegółowe analizy obrazują Tabela 26 i 27 oraz Ryciny 45 i 46.

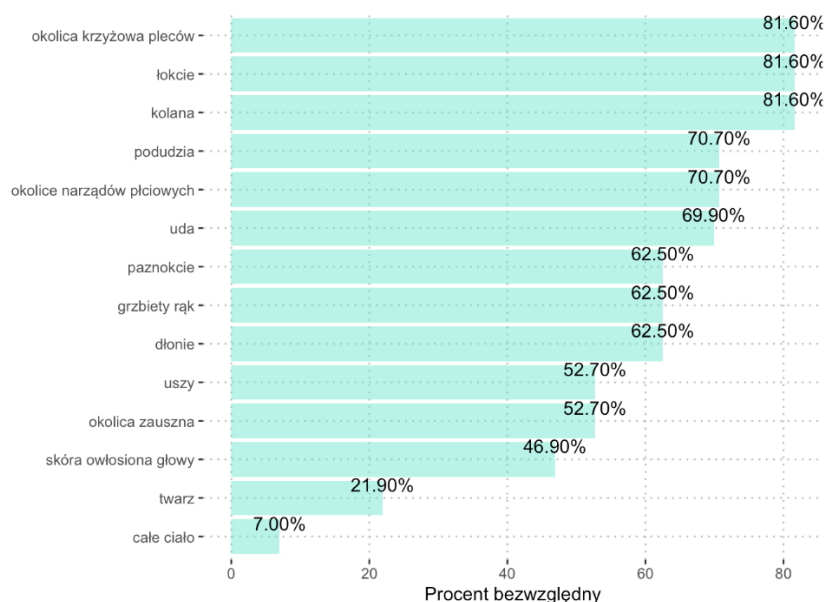
Tabela 26. Analiza dla obszarów ciała – występowanie zmian łuszczycowych w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Miejsce występowania zmian łuszczycowych	Liczebność występowania rodzaju łuszczycy (Nie/Tak)	Odsetek	Rozkład chi kwadrat - $\chi^2(1)$
skóra owłosiona głowy	136, 120	0.53, 0.47	1.00; $p = 0.317$
uszy, okolica zauszna	121, 135	0.47, 0.53	0.77; $p = 0.382$
łokcie, kolana, okolica krzyżowa pleców	47, 209	0.18, 0.82	102.52; $p < 0.001$
twarz	200, 56	0.78, 0.22	81.00; $p < 0.001$
okolice narządów płciowych, podudzia	75, 181	0.29, 0.71	43.89; $p < 0.001$

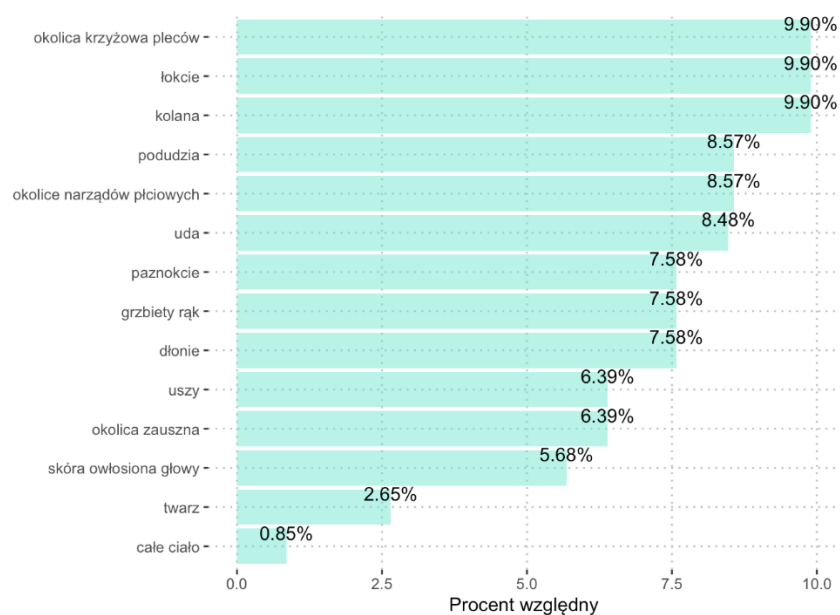
dłonie, grzbiety rąk, paznokcie	96, 160	0.38, 0.62	16.00; $p < 0.001$
uda	77, 179	0.30, 0.70	40.64; $p < 0.001$
całe ciało	238, 18	0.93, 0.07	189.06; $p < 0.001$

Tabela 27. Podsumowanie rozkładu częstości występowania testowanych zmiennych: obszary ciała – występowanie zmian łuszczycowych w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Na jakich obszarach ciała występuje najczęściej zmian?	<i>n</i>	% bezwzględny	% względny
łokcie, kolana, okolica krzyżowa pleców	209	81.60	9.90
okolice narządów płciowych, podudzia	181	70.70	8.57
uda	179	69.90	8.48
dłonie grzbiety rąk paznokcie	160	62.50	7.58
uszy, okolica zauszna	135	52.70	6.39
skóra owłosiona głowy	120	46.90	5.68
twarz	56	21.90	2.65
całe ciało	18	7.00	0.85



Rycina 45. obszary ciała – występowanie zmian łuszczycowych w grupie badanej. (odsetek bezwzględny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

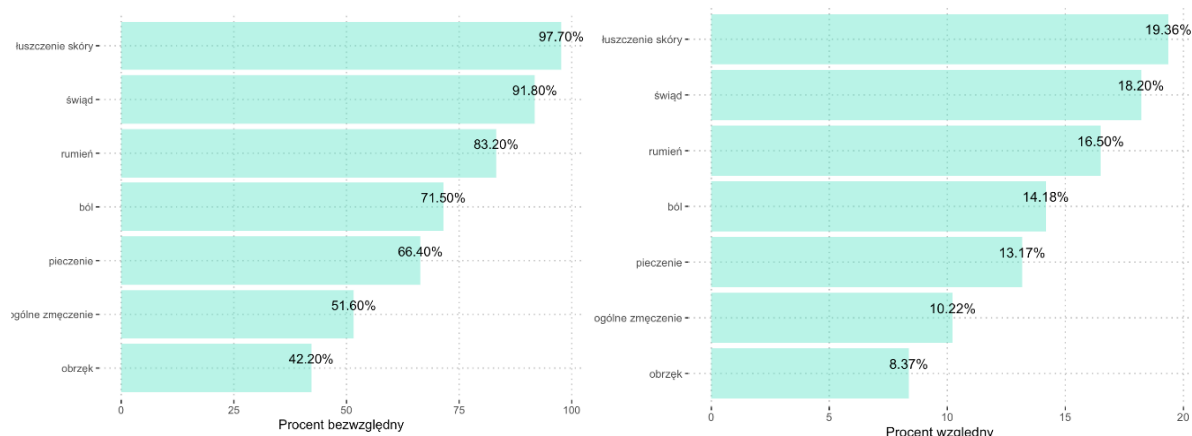


Rycina 46. Obszary ciała występowania zmian łuszczycowych w grupie badanej (odsetek względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Respondenci wskazali ponadto, jakie objawy towarzyszą im w przebiegu choroby. Dokonano rozkładu występowania wskazywanych przez ankietowanych objawów chorobowych. Najczęściej wskazywano łuszczenie skóry (97.70%), świąd (91.80%) oraz rumień (83.20%).

Tabela 28. Podsumowanie rozkładu częstości występowania testowanych zmiennych: Objawy towarzyszące w przebiegu łuszczycy, w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Proszę wskazać, jakie objawy towarzyszą Pani/Panu w przebiegu łuszczycy?	<i>n</i>	% bezwzględny	% względny
łuszczenie skóry	250	97.70	19.36
świąd	235	91.80	18.20
rumień	213	83.20	16.50
ból	183	71.50	14.18
pieczenie	170	66.40	13.17
ogólne zmęczenie	132	51.60	10.22
obrzęk	108	42.20	8.37



Rycina 47. Objawy towarzyszące w przebiegu łuszczycy, w grupie badanej (odsetek bezwzględny i względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Przyczyny i okresy zaostrzeń oraz nasilenia

Etap drugi badań stanowiło określenie przyczyn i okresów zaostrzeń oraz nasilenia łuszczycy. Przeanalizowano powody zaostrzeń wskazane przez badanych i obserwację zależności między porą roku a nasileniem objawów łuszczycy.

Badani zostali poproszeni o wskazanie, czynniki wpływających na zaostrzenia choroby. Wśród odpowiedzi najczęściej występował stres (92.20%), inne choroby oraz infekcje (76.60% i 97.20%) oraz wpływ diety (65.20%). Szczegółową analizę i rozkład częstości występowania odpowiedzi prezentują tabele i ryciny poniżej.

Tabela 29. Analiza dla powodów zaostrzeń choroby w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

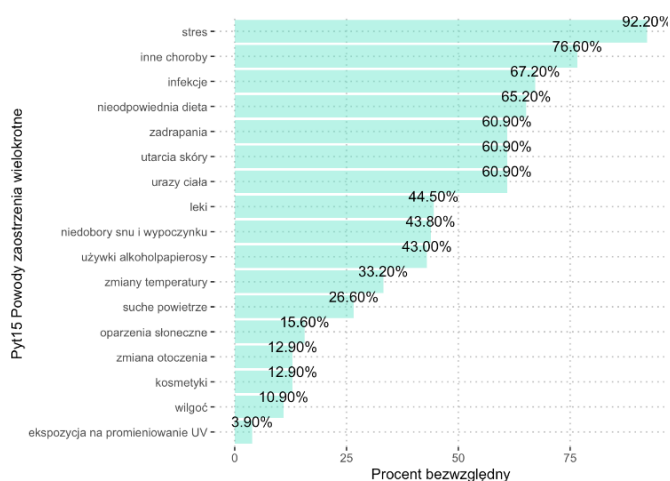
Czynnik zaostrzeń	Liczebność występowania objawu zaostrzeń (Nie/Tak)	Odsetek	Rozkład chi kwadrat - $\chi^2(1)$
Stres	20/ 236	0.08, 0.92	182.25; $p < 0.001$
Inne choroby	60/ 196	0.23, 0.77	72.25; $p < 0.001$
Infekcje	84, 172	0.33, 0.67	30.25; $p < 0.001$
Nieodpowiednia dieta	89/ 167	0.35, 0.65	23.77; $p < 0.001$

Zadrapania/ otarcia skóry/ urazy ciała	100/156	0.39, 0.61	12.25; $p < 0.001$
Leki	142/ 114	0.55, 0.45	3.06; $p = 0.080$
Niedobory snu i wypoczynku	144/ 112	0.56, 0.44	4.00; $p = 0.046$
Używki (alkohol/papierosy)	146/ 110	0.57, 0.43	5.06; $p = 0.024$
Zmiany temperatury	171/ 85	0.67, 0.33	28.89; $p < 0.001$
Suche powietrze	188/ 68	0.73, 0.27	56.25; $p < 0.001$
Oparzenia słoneczne	216/ 40	0.84, 0.16	121.00; $p < 0.001$
Zmiana otoczenia	223/ 33	0.87, 0.13	141.02; $p < 0.001$
Kosmetyki	223/ 33	0.87, 0.13	141.02; $p < 0.001$
Wilgoć	228/ 28	0.89, 0.11	156.25; $p < 0.001$
Ekspozycja na promieniowanie UV	246/ 10	0.96, 0.04	217.56; $p < 0.001$

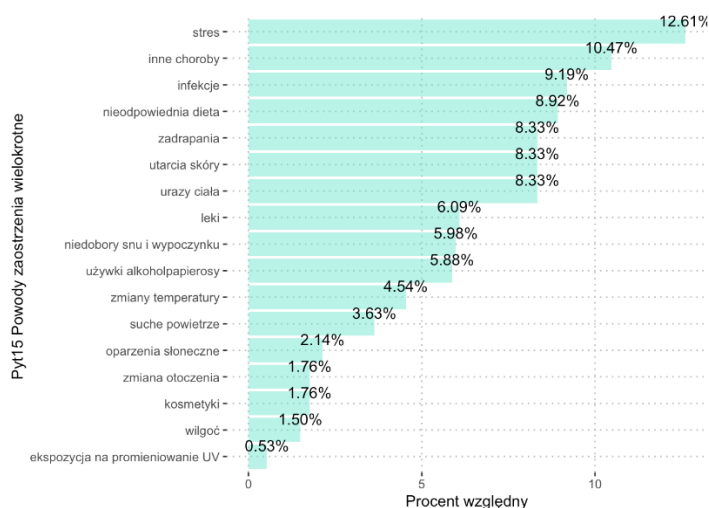
Tabela 30. Rozkład częstości występowania testowanych zmiennych. Powody zaostżeń choroby. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Proszę określić, co według Pani/Pana jest powodem zaostżenia choroby?	<i>n</i>	% bezwzględny	% względny
stres	236	92.20	12.61
inne choroby	196	76.60	10.47
infekcje	172	67.20	9.19
nieodpowiednia dieta	167	65.20	8.92
urazy ciała/ zadrapania/ otarcia skóry	156	60.90	8.33
leki	114	44.50	6.09
niedobory snu i wypoczynku	112	43.80	5.98
używki alkohol/papierosy	110	43.00	5.88
zmiany temperatury	85	33.20	4.54
suche powietrze	68	26.60	3.63
oparzenia słoneczne	40	15.60	2.14
kosmetyki	33	12.90	1.76
zmiana otoczenia	33	12.90	1.76
wilgoć	28	10.90	1.50

ekspozycja na promieniowanie UV	10	3.90	0.53
---------------------------------	----	------	------



Rycina 48. Powody zaostrzeń choroby w grupie badanej (odsetek bezwzględny). Opracowanie na podstawie badań własnych.



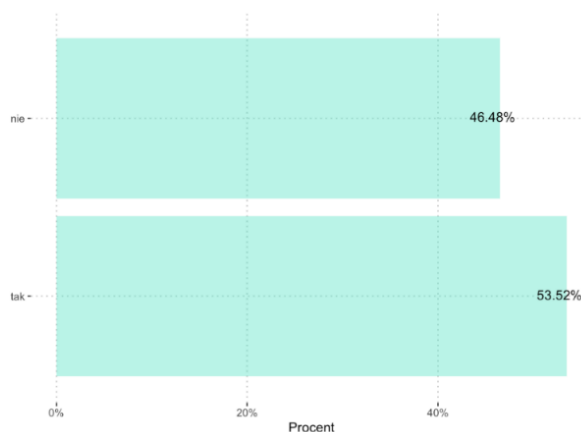
Rycina 49. Rodzaje łuszczycy występujące w grupie badanej (odsetek względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Sprawdzono także, czy według badanych pora roku ma wpływ na nasilenie objawów łuszczycy. Analiza wykazała, że liczebność poszczególnych poziomów nie, tak wynosiła odpowiednio 119, 137 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.46, 0.54). Wynik testu Chi – kwadrat wyniósł $\chi^2(1) = 1.27$; $p = 0.261$, a liczebności odpowiedzi były statystycznie podobne.

Tabela 31. Częstość występowania wartości zmiennej: obserwacja zależności między porą roku a nasileniem objawów łuszczycy.

Czy według Pani/Pana obserwacji, istnieje zależność między porą roku a nasileniem objawów łuszczycy?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
nie	119	46	119	46
tak	137	54	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 1.27$; $p = 0.261$



Rycina 50. Odsetek występowania obserwacji zależności między porą roku a nasileniem objawów łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

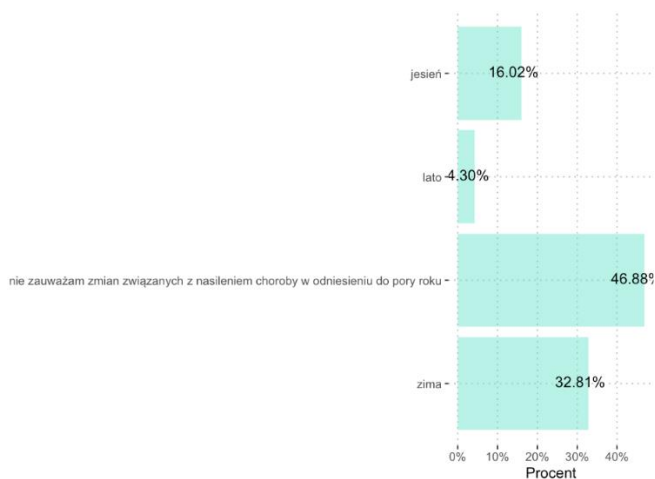
Następnie sprawdzono, w jakiej porze roku następuje nasilenie objawów. Analiza statystyczna wykazała, że liczebność poszczególnych wariantów: jesień, lato, nie zauważam zmian związanych z nasileniem choroby w odniesieniu do pory roku, zima, wynosiła odpowiednio 41, 11, 120, 84 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.16, 0.04, 0.47, 0.33), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(3) = 107.41$; $p < 0.001$. Najczęściej badani nie zauważali zmian związanych z nasileniem choroby w odniesieniu do pory roku $n = 120 - 47\%$, a najrzadziej zmiany zauważalne były według badanych latem: $n = 11 - 4\%$).

Tabela 32. Częstość występowania wartości zmiennej: podczas której pory roku następuje nasilenie objawów. Opracowanie na podstawie badań własnych.

W jakiej porze roku następuje nasilenie objawów łuszczycy?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
jesień	41	16	41	16
lato	11	4	52	20

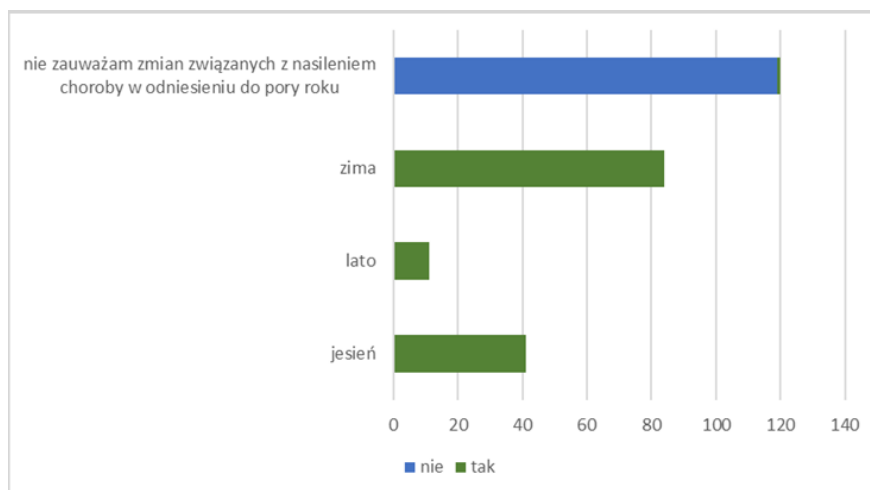
nie zauważam zmian związanych z nasileniem choroby w odniesieniu do pory roku	120	47	172	67
zima	84	33	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(3) = 107.41$; $p < 0.001$



Rycina 51. Odsetek występowania wartości zmiennej: podczas której pory roku następuje nasilenie objawów. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Dokonano także porównania obserwacji zależności między porą roku a nasileniem objawów łuszczycy oraz wskazań, w jakiej porze roku chorzy na łuszczycę zauważają nasilenie zmian chorobowych. Dla podjętej analizy wykonano test Chi – kwadrat ($\chi^2(1) = 252,013$) oraz określono współczynnik T – Czuprowa ($T = 0,753$), co wskazało na silny związek między zmiennymi. Najczęściej badani, którzy zauważali nasilenia choroby w związku ze zmianą pory roku, wskazywali zimę, jako czas, w którym dermatоза szczególnie się nasila (33%). Z kolei latem nasilenie objawów chorobowych jest najmniejsze (4%).



Rycina 52. Częstość występowania: zależność między porą roku a nasileniem objawów łuszczycy oraz wskazań, w jakiej porze roku chorzy na łuszczycę zauważają nasilenie zmian chorobowych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Leczenie i metody terapii

W następnej części badania ocenie poddano metody terapii łuszczycy, skuteczność stosowanego leczenia i stosowanych leków. Analizowano także, jak często chorzy na łuszczycę zgłaszają się do specjalistów z problemem swojej choroby, do jakich placówek opieki zdrowotnej. Uwzględniono także, czy badani są pod stałą opieką lekarską, przestrzegają zaleceń, czy buli hospitalizowani oraz, jak edukują się w zakresie ich choroby.

Sprawdzono, jakie metody terapii łuszczycy stosowano u osób w grupie badanej. Na podstawie analizy statystycznej wskazano, że najczęściej stosowaną metodą jest leczenie miejscowe (98%). Z kolei najmniej (15.60%) badanych wskazało leczenie biologiczne. Szczegółowe dane przedstawiają Tabele 33, 34 i Rycina 53.

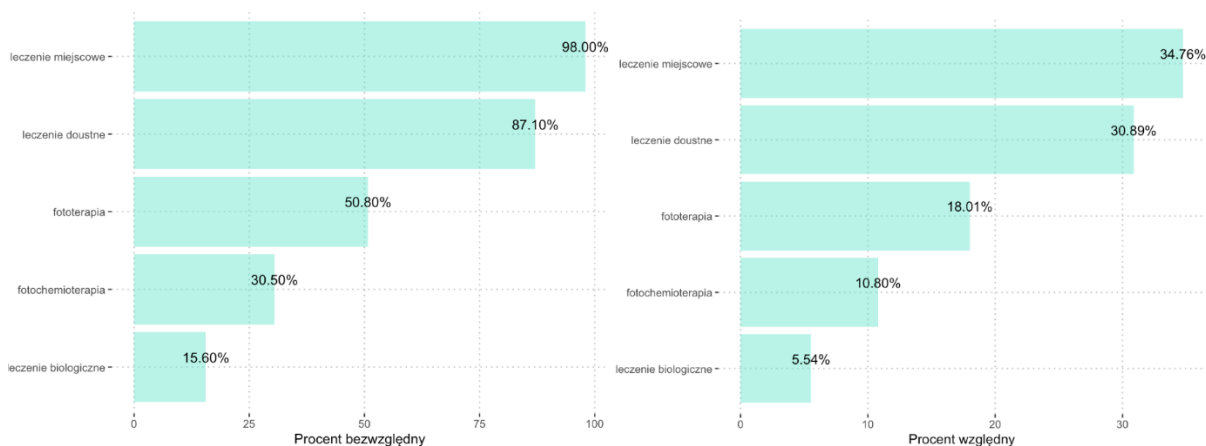
Tabela 33. Analiza dla metod terapii łuszczycy w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Metody terapii łuszczycy	Liczebność odpowiedzi (Nie/Tak)	Odsetek	Rozkład chi kwadrat - $\chi^2(1)$
leczenie miejscowe	5/ 251	0.02/ 0.98	236.39; $p < 0.001$
leczenie doustne	33/ 223	0.13, 0.87	141.02; $p < 0.001$
fotokemioterapia	178/ 78	0.70, 0.30	39.06; $p < 0.001$

fototerapia	126/ 130	0.49, 0.51	0.06; $p = 0.803$
leczenie biologiczne	216/ 40	0.84, 0.16	121.00; $p < 0.001$

Tabela 34. Rozkład częstości występowania testowanych zmiennych: metody terapii łuszczycy w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Proszę wskazać, jakie metody terapii łuszczycy były u Pani/Pana stosowane?	<i>n</i>	% bezwzględny	% względny
leczenie miejscowe	251	98.00	34.76
leczenie doustne	223	87.10	30.89
fototerapia	130	50.80	18.01
fotokemioterapia	78	30.50	10.80
leczenie biologiczne	40	15.60	5.54



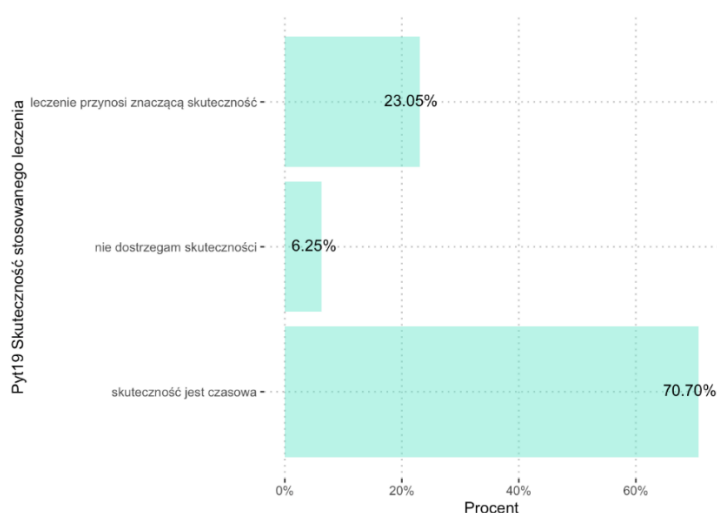
Rycina 53. Metody terapii łuszczycy w grupie badanej (odsetek bezwzględny i względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Analizie poddano także, jak respondenci oceniają skuteczność leczenia łuszczycy. Wykazała ona, że liczebność poszczególnych ocen: leczenie przynosi znaczącą skuteczność, nie dostrzegam skuteczności, skuteczność jest czasowa, wynosiła odpowiednio 59, 16, 181 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.23, 0.06, 0.71), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice były istotne statystycznie $\chi^2(2) = 171.71$; $p < 0.001$ (najczęściej badani określali, że skuteczność jest czasowa $n = 181 - 71\%$, a najrzadziej, że leczenie jest nieskuteczne $n = 16 - 6\%$).

Tabela 35. Częstość występowania wartości zmiennej: jak chory ocenia skuteczność leczenia w przebiegu łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Jak ocenia Pani/Pan skuteczność stosowanego leczenia w przebiegu łuszczycy?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
leczenie przynosi znaczącą skuteczność	59	23	59	23
nie dostrzegam skuteczności	16	6	75	29
skuteczność jest czasowa	181	71	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(2) = 171.71$; $p < 0.001$



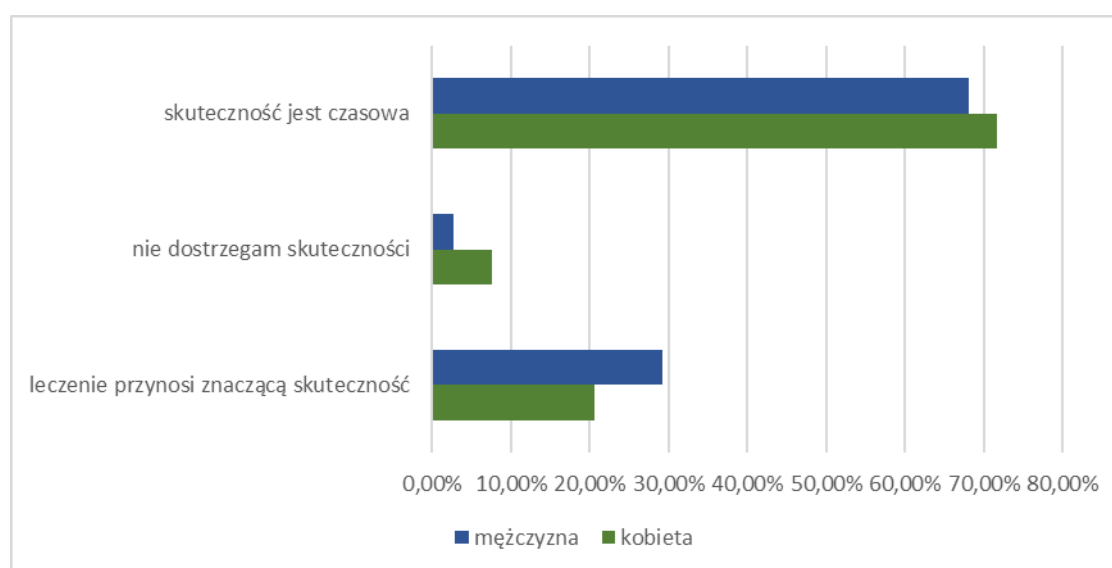
Rycina 54. Odsetek występowania wartości zmiennej: jak chory ocenia skuteczność leczenia w przebiegu łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Dokonano także oceny zależności między skutecznością leczenia w odniesieniu do płci w grupie badanej. W celu weryfikacji zależności między oceną skuteczności stosowanego leczenia przez badanych a płcią przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Ze względu na występowanie wartości oczekiwanych mniejszych niż 5, zastosowano korektę istotności statystycznej metodą dokładnego testu Fishera. Analiza testem Chi Kwadrat wykazała brak istotnej zależności: $\chi^2(2) = 3.66$; $p = 0.181$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.12. W celu analizy dokładnych różnic wartości oceny skuteczności leczenia między kobietami i mężczyznami, przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych – test proporcji (w ilości porównań $N = 1$). W wyliczeniu istotności statystycznej zastosowano poprawkę na ciągłość. Analiza wykazała, że nie ma znacznych różnic w ocenie skuteczności leczenia względem płci. Następnie dokonano porównania metod stosowanych (w przeszłości i obecnie) u chorych w grupie badanej w odniesieniu do oceny ich skuteczności według badanych.

Tabela 36. Oszacowania kolumnowe dla relacji między oceną skuteczności leczenia a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Skuteczność stosowanego leczenia	kobieta	mężczyzna	Total
leczenie przynosi znaczącą skuteczność	38 (20.65%)	21 (29.17%)	59 (23.05%)
nie dostrzegam skuteczności	14 (7.61%)	2 (2.78%)	16 (6.25%)
skuteczność jest czasowa	132 (71.74%)	49 (68.06%)	181 (70.70%)
Total	184 (100.00%)	72 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(2) = 3.66$; $p = 0.181$.



Rycina 55. Odsetek dla relacji między oceną skuteczności leczenia a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 37. Metody terapii łuszczycy stosowane u chorych w grupie badanej i ocena ich skuteczności w opinii badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Metody terapii stosowane u chorych w grupie badanej i ocena ich skuteczności	n	%
fototerapia	1	0,39
nie dostrzegam skuteczności	1	0,39
leczenie doustne	4	1,56
skuteczność jest czasowa	4	1,56
leczenie miejscowe	30	11,72
leczenie przynosi znaczącą skuteczność	8	3,12
nie dostrzegam skuteczności	4	1,56

skuteczność jest czasowa	18	7,03
leczenie miejscowe, fototerapia	2	0,78
nie dostrzegam skuteczności	1	0,39
skuteczność jest czasowa	1	0,39
leczenie miejscowe, leczenie doustne	82	32,03
leczenie przynosi znaczącą skuteczność	17	6,64
nie dostrzegam skuteczności	8	3,12
skuteczność jest czasowa	57	22,27
leczenie miejscowe, leczenie doustne, fotochemioterapia	4	1,56
leczenie przynosi znaczącą skuteczność	1	0,39
skuteczność jest czasowa	3	1,17
leczenie miejscowe, leczenie doustne, fototerapia	47	13,36
leczenie przynosi znaczącą skuteczność	4	1,56
nie dostrzegam skuteczności	1	0,39
skuteczność jest czasowa	42	16,4
leczenie miejscowe, leczenie doustne, fototerapia, fotochemioterapia	46	17,97
leczenie przynosi znaczącą skuteczność	3	1,17
nie dostrzegam skuteczności	1	0,39
skuteczność jest czasowa	42	16,4
leczenie miejscowe, leczenie doustne, leczenie biologiczne	4	1,56
leczenie przynosi znaczącą skuteczność	1	0,39
skuteczność jest czasowa	3	1,17
leczenie miejscowe, leczenie doustne, leczenie biologiczne, fotochemioterapia	2	0,78
leczenie przynosi znaczącą skuteczność	2	0,78
leczenie miejscowe, leczenie doustne, leczenie biologiczne, fototerapia	8	3,12
leczenie przynosi znaczącą skuteczność	4	1,56
skuteczność jest czasowa	4	1,56
leczenie miejscowe, leczenie doustne, leczenie biologiczne, fototerapia, fotochemioterapia	26	10,16
leczenie przynosi znaczącą skuteczność	19	7,42
skuteczność jest czasowa	7	2,73

Następnie sprawdzono, jakie leki i preparaty przeciwluszczycowe stosują chorzy na łuszczycę w grupie badanej. Respondenci wskazali, że najczęściej ordynowanymi lekami są

glikokortykosteroidy (89.50%), preparaty z moczniakiem (87.10%) oraz preparaty salicylowe (82.80%). Szczegółowe dane analizy przedstawiają Tabela 38, 39 i Rycina 56.

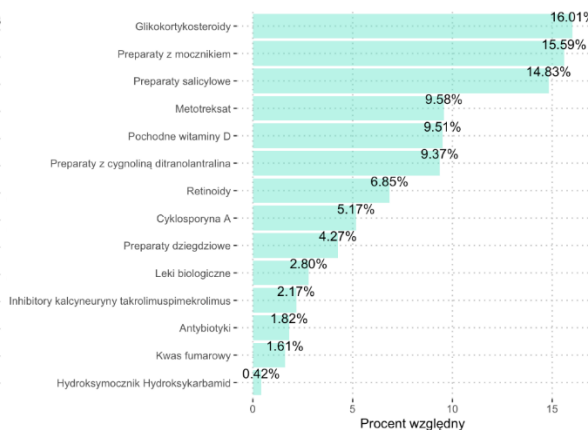
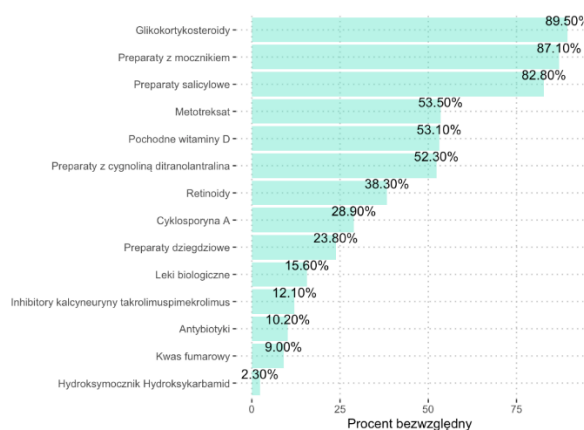
Tabela 38. Analiza dla leków i preparatów stosowanych przez badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Leki i preparaty stosowane przez badanych	Liczebność występowania odpowiedzi (Nie/Tak)	Odsetek	Rozkład chi kwadrat - $\chi^2(1)$
Glikokortykosteroidy	27/ 229	0.11, 0.89	159.39; $p < 0.001$
Preparaty z moczniakiem	33/ 223	0.13, 0.87	141.02; $p < 0.001$
Preparaty salicylowe	44/ 212	0.17, 0.83	110.25; $p < 0.001$
Metotreksat	119/ 137	0.46, 0.54	1.27; $p = 0.261$
Pochodne witaminy D	120/ 136	0.47, 0.53	1.00; $p = 0.317$
Preparaty z cygnoliną ditranol/antralina	122/ 134	0.48, 0.52	0.56; $p = 0.453$
Retinoidy	158/ 98	0.62, 0.38	14.06; $p < 0.001$
Cyklosporyna A	182/74	0.71, 0.29	45.56; $p < 0.001$
Preparaty dziegdziowe	195/ 61	0.76, 0.24	70.14; $p < 0.001$
Leki biologiczne	216/ 40	0.84, 0.16	121.00; $p < 0.001$
Inhibitory kalcyneuryny takrolimus/pimekrolimus	225/ 31	0.88, 0.12	147.02; $p < 0.001$
Antybiotyki	230/ 26	0.90, 0.10	162.56; $p < 0.001$
Kwas fumarowy	233/ 23	0.91, 0.09	172.27; $p < 0.001$
Hydroksymocznik Hydroksykarbamid	250/ 6	0.98, 0.02	232.56; $p < 0.00$

Tabela 39. Rozkład częstości występowania testowanych zmiennych: Leki i preparaty stosowane przez badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Proszę wskazać, które z poniżej wymienionych leków i preparatów były u Pani/Pana wykorzystywane w terapii łuszczycy?	<i>n</i>	% bezwzględny	% względny
Glikokortykosteroidy	229	89.50	16.01
Preparaty z moczniakiem	223	87.10	15.59
Preparaty salicylowe	212	82.80	14.83

Metotreksat	137	53.50	9.58
Pochodne witaminy D	136	53.10	9.51
Preparaty z cygnoliną ditanolantralina	134	52.30	9.37
Retinoidy	98	38.30	6.85
Cyklosporyna A	74	28.90	5.17
Preparaty dziegdziowe	61	23.80	4.27
Leki biologiczne	40	15.60	2.80
Inhibitory kalcyneuryny takrolimuspiemekrolimus	31	12.10	2.17
Antybiotyki	26	10.20	1.82
Kwas fumarowy	23	9.00	1.61
Hydroksymocznik Hydroksykarbamid	6	2.30	0.42



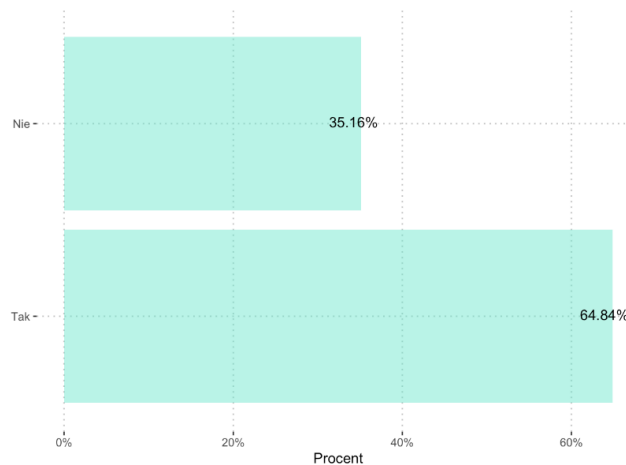
Rycina 56. Leki i preparaty stosowane przez badanych (odsetek bezwzględny i względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Badanych zapytano także, czy stosują suplementy diety dedykowane chorym na łuszczycę. Analiza tego zagadnienia wykazała, że liczebność poszczególnych poziomów Nie, Tak wynosiła odpowiednio 90, 166 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.35, 0.65), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 22.56$; $p < 0.001$. 65% badanych zadeklarowało, że stosuje suplementy diety.

Tabela 40. Częstość występowania wartości zmiennej: stosowanie suplementów diety dedykowanych pacjentom z łuszczycą. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy stosuje Pani/Pan suplementy diety dedykowane osobom ze skórą łuszczycową?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	90	35	90	35
Tak	166	65	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 22.56$; $p < 0.001$



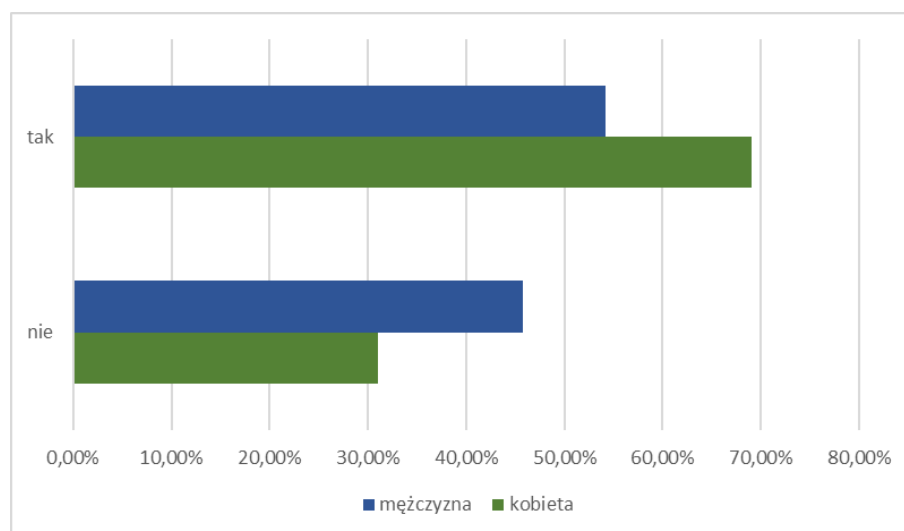
Rycina 57. Odsetek występowania wartości zmiennej: stosowanie suplementów diety dedykowanych pacjentom z łuszczycą. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Zbadano zależność między stosowaniem suplementów diety dedykowanych chorym na łuszczycę a płcią. W celu weryfikacji zależności stosowaniem suplementów diety dedykowanych chorym na łuszczycę a płcią, przeprowadzono analizę testem Chi Kwadrat. Wykazała ona istotną zależność $\chi^2(1) = 5.01$; $p = 0.025$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.14 co wskazuje, że siła relacji pomiędzy zestawianymi zmiennymi była statystycznie słaba. W celu analizy dokładnych różnic wartości stosowania suplementów diety dedykowanych chorym na łuszczycę między kobietami i mężczyznami, przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 1$). Analiza wykazała, że mimo, iż kobiety częściej niż mężczyźni stosują tego rodzaju preparaty (69.02% do 45.83%). Szczegółowe dane prezentuje Tabela 41 oraz Rycina 58.

Tabela 41. Oszacowanie kolumnowe dla relacji między stosowaniem suplementów diety dedykowanych chorym na łuszczycę a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Stosowanie suplementów diety dedykowanych pacjentom z łuszczycą	Kobieta	Mężczyzna	Total
Nie	57 (30.98%)	33 (45.83%)	90 (35.16%)
Tak	127 (69.02%)	39 (54.17%)	166 (64.84%)
Total	184 (100.00%)	72 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(1) = 5.01$; $p = 0.025$.



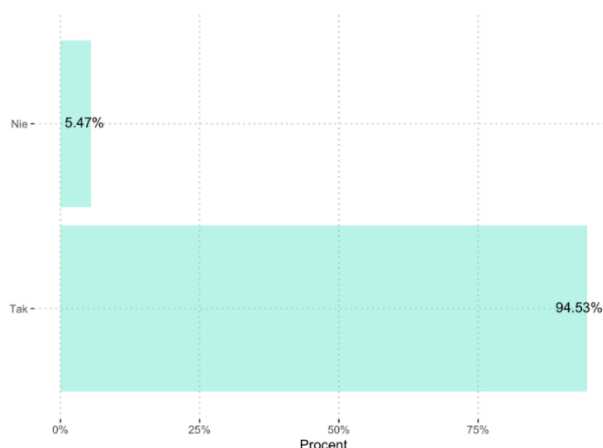
Rycina 58. Odsetek dla relacji między stosowaniem suplementów diety dedykowanych chorym na łuszczycę a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Następnie ocenie poddana została kwestia stosowania kosmetyków dedykowanych chorym ze skórą łuszczycową. Sprawdzone, czy ankietowani stosują tego rodzaju preparaty, a analiza wykazała, że liczebność wskazań nie i tak wynosiła odpowiednio 14, 242 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.05, 0.95). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 203.06$; $p < 0.001$. Badanie to wykazało, że aż 95% chorych na łuszczycę w grupie badanej stosuje tego rodzaju preparaty.

Tabela 42. Częstość występowania wartości zmiennej: Stosowanie kosmetyków dedykowanych chorym na łuszczycę. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy stosuje Pani/Pan kosmetyki dedykowane osobom ze skórą łuszczycową? (kremy, balsamy, oliwki, preparaty do kąpieli).	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	14	5	14	5
Tak	242	95	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 203.06; p < 0.001$



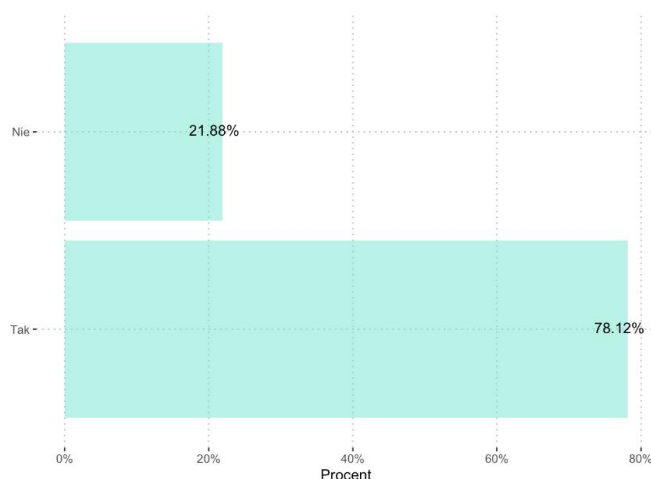
Rycina 59. Odsetek występowania wartości zmiennej: Stosowanie kosmetyków dedykowanych chorym na łuszczycę. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Przeanalizowano także, czy stosowanie kosmetyków dedykowanych pacjentom ze skórą łuszczycową wpływa na poprawę skóry i zmian chorobowych. Analiza statystyczna wykazała, że różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 81.00; p < 0.001$. 78% badanych oceniło kosmetyki dedykowane dla skóry łuszczycowej jako skuteczne $n = 200$. Przeciwnego zdania było 22% ankietowanych $n = 56$. Wyniki przedstawiono w tabeli i rycinie poniżej.

Tabela 43. Częstość występowania wartości zmiennej: ocena badanego nt. skuteczności kosmetyków dedykowanym chorym na łuszczycę. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy uważa Pani/Pan, że stosowanie kosmetyków dedykowanych osobom ze skórą łuszczycową poprawiają stan skóry i zmian chorobowych?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	56	22	56	22
Tak	200	78	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 81.00; p < 0.001$



Rycina 60. Odsetek występowania wartości zmiennej: ocena badanego nt. skuteczności kosmetyków dedykowanym chorym na łuszczycę. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Następnie przeanalizowano, do jakich miejsc zgłaszali się respondenci z problemem łuszczycy. (badani mogli wskazać więcej niż jedno miejsce). Najczęściej ankietowani wskazywali lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (poradnia lekarza rodzinnego), co stanowiło aż 90.60% wszystkich odpowiedzi, a następnie szpitalną klinikę/poradnię dermatologiczną – 75.40%. Szczegółowe wyniki przedstawiono w Tabelach 44, 45 oraz na rycinie 61 i 62.

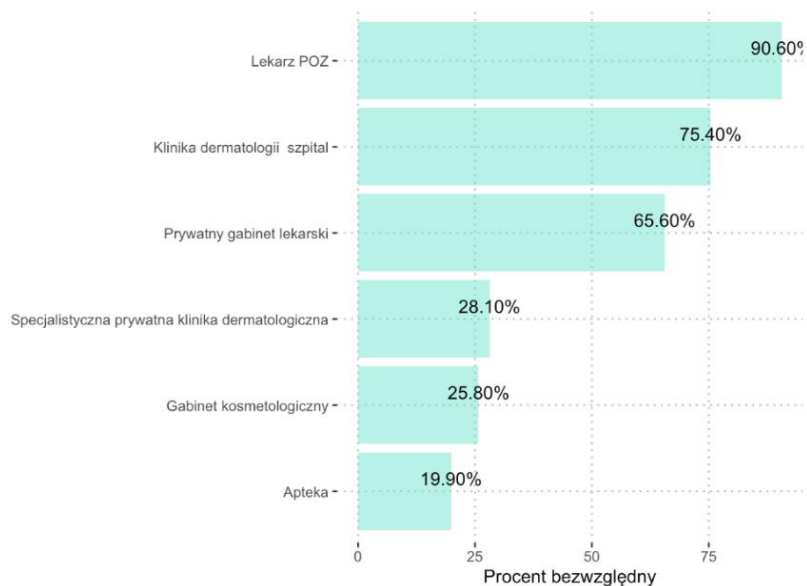
Tabela 44. Analiza dla miejsc zgłaszania problemu łuszczycy przez badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Zgłoszenie problemu łuszczycy przez badanego	Liczebność występowania odpowiedzi (Nie/Tak)	Odsetek	Rozkład chi kwadrat - $\chi^2(1)$
Lekarz POZ	24, 232	0.09, 0.91	169.00; $p < 0.001$
Klinika dermatologii – szpital	63, 193	0.25, 0.75	66.02; $p < 0.001$
Prywatny gabinet lekarski	88, 168	0.34, 0.66	25.00; $p < 0.001$
Gabinet kosmetyczny	190, 66	0.74, 0.26	60.06; $p < 0.001$

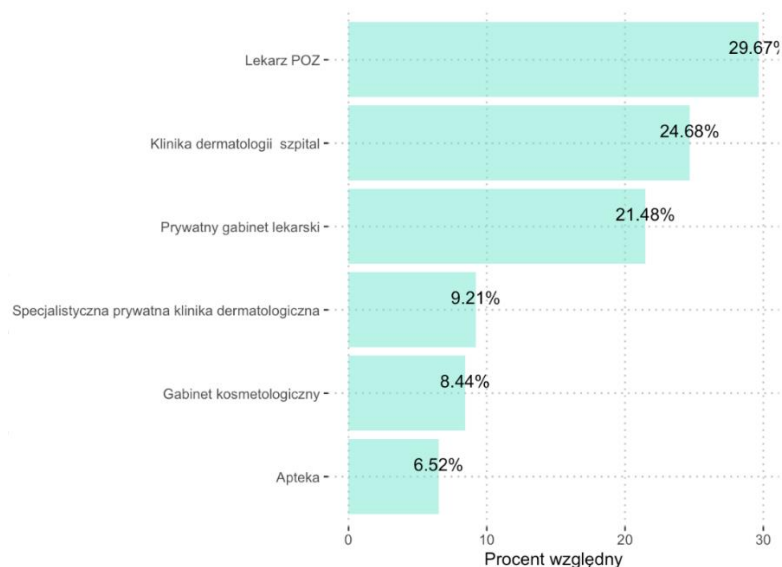
Specjalistyczna prywatna klinika dermatologiczna	184, 72	0.72, 0.28	49.00; $p < 0.001$
Apteka	205, 51	0.80, 0.20	92.64; $p < 0.001$

Tabela 45. Rozkład częstości występowania testowanych zmiennych: miejsca zgłaszania problemu łuszczycy przez badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Gdzie zgłaszał/a się Pani/Pan z problemem swojej choroby?	<i>n</i>	% bezwzględny	% względny
Lekarz POZ	232	90.60	29.67
Klinika dermatologii szpital	193	75.40	24.68
Prywatny gabinet lekarski	168	65.60	21.48
Specjalistyczna prywatna klinika dermatologiczna	72	28.10	9.21
Gabinet kosmetyczny	66	25.80	8.44
Apteka	51	19.90	6.52



Rycina 61. Miejsca zgłaszania problemu łuszczycy przez badanego (odsetek bezwzględny). Opracowanie na podstawie badań własnych.



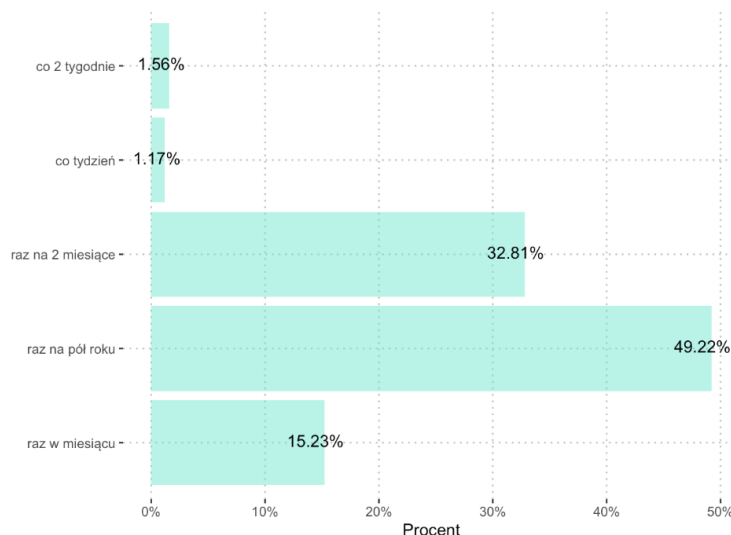
Rycina 62. Miejsca zgłaszania problemu łuszczycy przez badanego (odsetek względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Kolejno zweryfikowano, jak często badani korzystają z opieki medycznej w związku z występowaniem łuszczycy. Analiza statystyczna wykazała, że liczebność jej poszczególnych wskazań: co 2 tygodnie, co tydzień, raz na 2 miesiące, raz na pół roku, raz w miesiącu wynosiła odpowiednio 4, 3, 84, 126, 39 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.02, 0.01, 0.33, 0.49, 0.15), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(4) = 222.09$; $p < 0.001$. Wynik wskazuje, że najczęściej badani udają się do specjalisty dermatologa raz na pół roku $n = 126 - 49\%$, a najrzadziej natomiast co tydzień $n = 3 - 1\%$ badanych).

Tabela 46. Częstość występowania wartości zmiennej: częstotliwość wizyt – korzystanie z opieki medycznej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Proszę określić, jak często korzysta Pani/Pan z opieki medycznej, związanej z łuszczycą (wizyty lekarskie, porady, zabiegi ambulatoryjne, konsultacje)?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
co 2 tygodnie	4	2	4	2
co tydzień	3	1	7	3
raz na 2 miesiące	84	33	91	36
raz na pół roku	126	49	217	85
raz w miesiącu	39	15	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(4) = 222.09$; $p < 0.001$



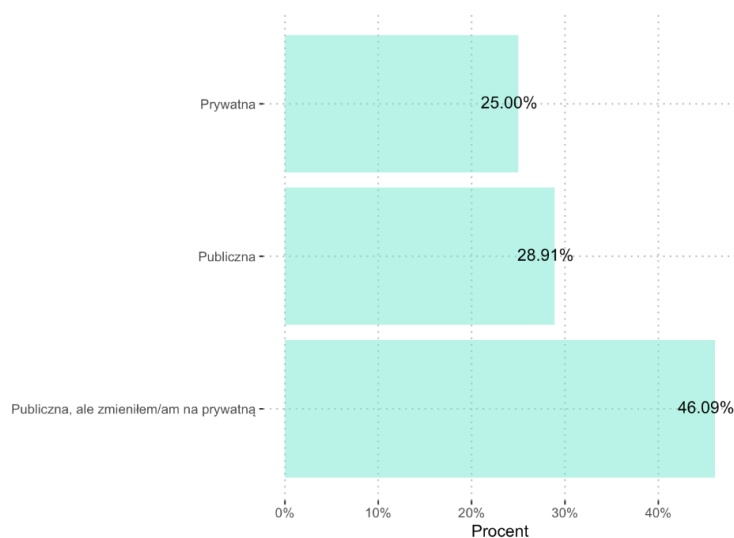
Rycina 63. Odsetek występowania wartości zmiennej: częstotliwość wizyt – korzystanie z opieki medycznej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Oceniono także, do jakiego typu placówek udają się ankietowani w związku z diagnostyką i terapią łuszczycy (prywatnej, publicznej, publiczna, ale zmiana na prywatną). Analiza wykazała, że liczebność wskazań badanych (prywatna, publiczna, publiczna, ale zmieniłem/am na prywatną) wynosiła odpowiednio 64, 74, 118. Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(2) = 19.34; p < 0.001$. Najczęściej badani deklarowali, że korzystali z placówek publicznych, ale zmienili na prywatną ($n = 118$), a najrzadziej prywatną ($n = 64$), co daje to całkowitą liczbę 182 (71.09%) wskazań, że pacjenci korzystają z placówek prywatnych w stosunku do placówek publicznych (28.91%). Przypuszczać można, iż tak wysokie wskazanie dla prywatnej opieki zdrowotnej jest związane z długim czasem oczekiwania na wizyty u specjalistów w placówkach publicznych.

Tabela 47. Częstość występowania wartości zmiennej: określenie, do jakiego typu placówki uczęszcza badany. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Proszę wskazać, czy w związku z łuszczycą, kierował/a się Pani/Pan po pomoc do placówek publicznej czy prywatnej opieki zdrowotnej?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Prywatna	64	25	64	25
Publiczna	74	29	138	54
Publiczna, ale zmieniłem/am na prywatną	118	46	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(2) = 19.34; p < 0.001$



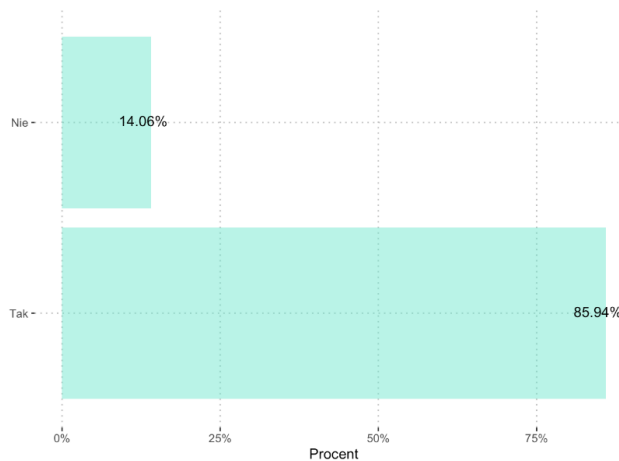
Rycina 64. Odsetek występowania wartości zmiennej: określenie, do jakiego typu placówki uczęszcza badany. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Przeanalizowano również, czy chorzy na łuszczycę pozostają pod stałą opieką lekarską. Analiza statystyczna wykazała, że liczebność opcji nie, tak wynosiła odpowiednio 36, 220 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.14, 0.86), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 132.25$; $p < 0.001$. Wynik ten wskazuje, że 86% badanych, chorych na łuszczycę pozostaje pod stałą opieką lekarską.

Tabela 48. Częstość występowania wartości zmiennej: czy badany jest pod stałą opieką lekarską. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy jest Pani/Pan pod stałą opieką lekarza dermatologa?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	36	14	36	14
Tak	220	86	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 132.25$; $p < 0.001$



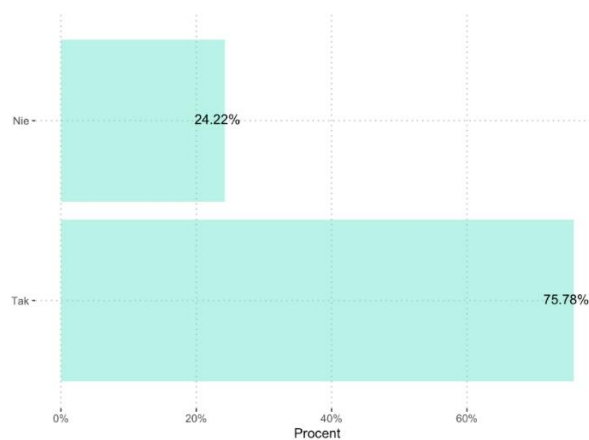
Rycina 65. Odsetek występowania wartości zmiennej: czy badany jest pod stałą opieką lekarską. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Dokonano także analizy dla zagadnienia, czy badany przestrzega zaleceń lekarskich w związku z chorobą. Różnice w liczebnościach poziomów były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 68.06$; $p < 0.00$: najczęściej występowała wartość Tak $n = 194$, a najrzadziej wartość Nie $n = 62$, co pozwala zauważyć, że 76% badanych przestrzega zaleceń lekarskich.

Tabela 49. Częstość występowania wartości zmiennej: czy badany przestrzega zaleceń lekarskich. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy przestrzega Pani/Pan wszystkich zaleceń lekarskich, dotyczących łuszczycy?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	62	24	62	24
Tak	194	76	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 68.06$; $p < 0.001$



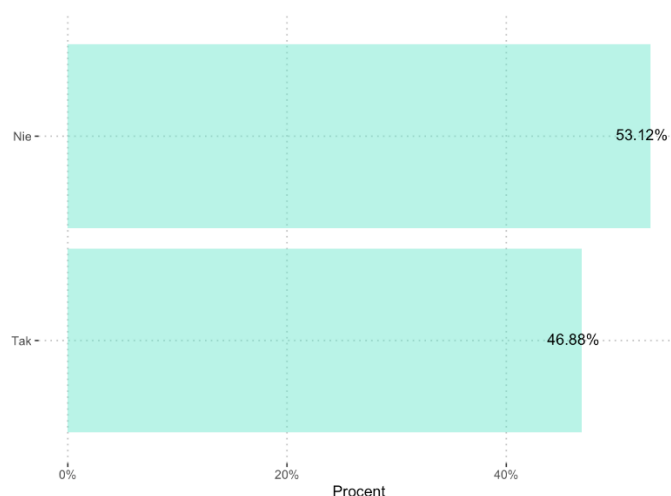
Rycina 66. Odsetek występowania wartości zmiennej: czy badany przestrzega zaleceń lekarskich. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Sprawdzono następnie, ilu chorych w grupie danej było hospitalizowanych w związku z łuszczycą.

Tabela 50. Częstość występowania wartości zmiennej: czy badany był hospitalizowany. Opracowanie na podstawie badań własnych.

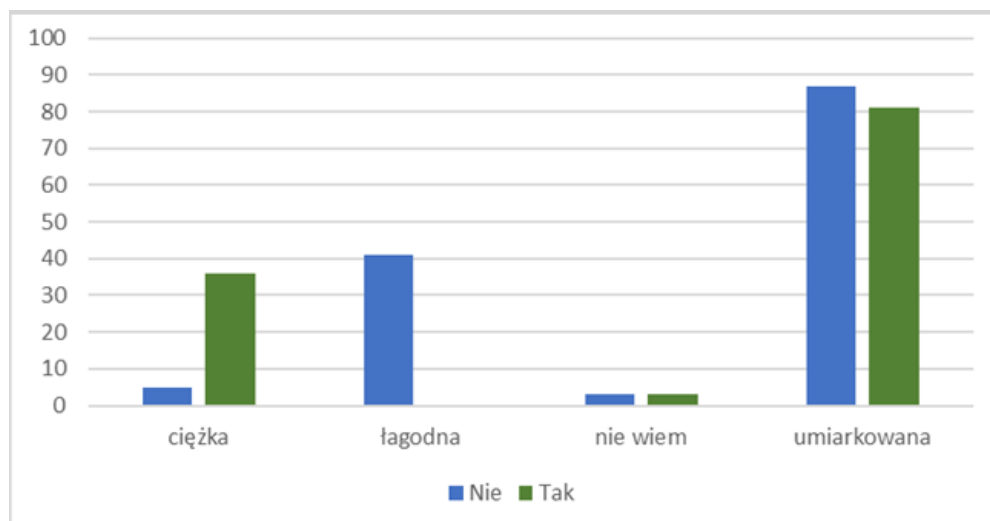
Czy w związku z występowaniem łuszczycy był/a Pani/Pan hospitalizowana/y?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	136	53	136	53
Tak	120	47	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 1.00$; $p = 0.317$



Rycina 67. Odsetek występowania wartości zmiennej: czy badany był hospitalizowany. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Analiza statystyczna wykazała, że liczebność poszczególnych odpowiedzi nie i tak wynosiła odpowiednio 136, 120 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.53, 0.47), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Liczebności te były do siebie statystycznie podobne $\chi^2(1) = 1.00$; $p = 0.317$. Dokonano ponadto porównania wyników dotyczących hospitalizacji w odniesieniu do postaci łuszczycy. Wykonano test Chi – kwadrat ($\chi^2(1) = 63.90$) oraz obliczono współczynnik T – Czuprowa ($T = 0,37963$ – zależność umiarkowana). Wyniki analizy wskazały, że najczęściej wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu łuszczycy są ci z umiarkowaną jej postacią (67.5% wśród hospitalizowanych) oraz ciężką (30% wśród hospitalizowanych). Wśród badanych z łuszczycą łagodną żaden nie zadeklarował przebytej hospitalizacji. Wyniki analizy przedstawiono na Rycinie 68.



Rycina 68. Odsetek dla relacji: postać łuszczycy a hospitalizacje wśród badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

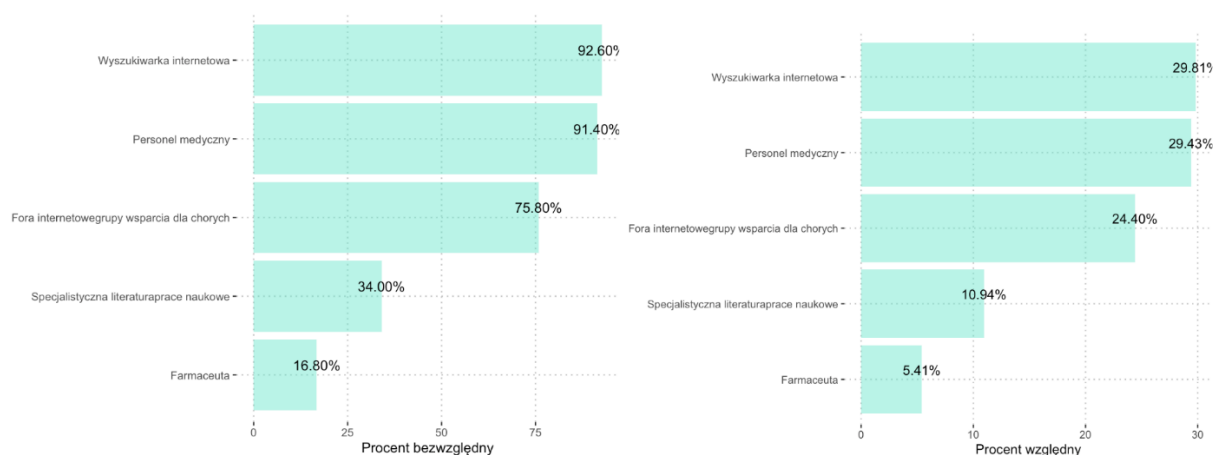
Następnie dokonano przeglądu źródeł wiedzy na temat choroby w grupie badanej, przy czym respondenci wskazać mogli ich kilka. Aż 92.60 % ankietowanych, by poszerzyć znajomość problematyki dotyczącej łuszczycy, korzysta z wyszukiwarki internetowej. Wynik ten jest wyższy w stosunku do odpowiedzi wskazującej na personel medyczny, jako źródło wiedzy nt. choroby (91.40%). Szczegółową analizę oraz rozkład odpowiedzi badanych przedstawiono w tabelach i rycinach poniżej.

Tabela 51. Analiza dla wskazań badanych – źródło wiedzy nt. swojej choroby. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Źródło wiedzy nt. choroby	Liczebność odpowiedzi (Nie/Tak)	Odsetek	Rozkład chi kwadrat - $\chi^2(1)$
Personel medyczny	22, 234	0.09, 0.91	175.56; $p < 0.001$
Fora internetowe	62, 194	0.24, 0.76	68.06; $p < 0.001$
Wyszukiwarka internetowa	19, 237	0.07, 0.93	185.64; $p < 0.001$
Specjalistyczna literatura/prace naukowe	169, 87	0.66, 0.34	26.27; $p < 0.001$
Farmaceuta	213, 43	0.83, 0.17	112.89; $p < 0.001$

Tabela 52. Rozkład części występowania testowanych zmiennych: Źródła wiedzy nt. choroby w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Z jakich źródeł czerpie Pan/Pani wiedzę na temat swojej choroby?	<i>n</i>	% bezwzględny	% względny
Wyszukiwarka internetowa	237	92.60	29.81
Personel medyczny	234	91.40	29.43
Fora internetowe/grupy wsparcia dla chorych	194	75.80	24.40
Specjalistyczna literatura/prace naukowe	87	34.00	10.94
Farmaceuta	43	16.80	5.41



Rycina 69. Źródła wiedzy nt. choroby wśród grupy badanej (odsetek bezwzględny i względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Opieka medyczna a koszty ponoszone przez chorego

Kolejny etap badań dotyczył oceny kosztów ponoszonych przez badanych w związku z łuszczycą. Analizie poddano aspekt absencji zawodowej, utraconego zarobkowania, oceny wpływu łuszczycy na sytuację materialną z uwzględnieniem wizyt lekarskich, leków, terapii łuszczycy.

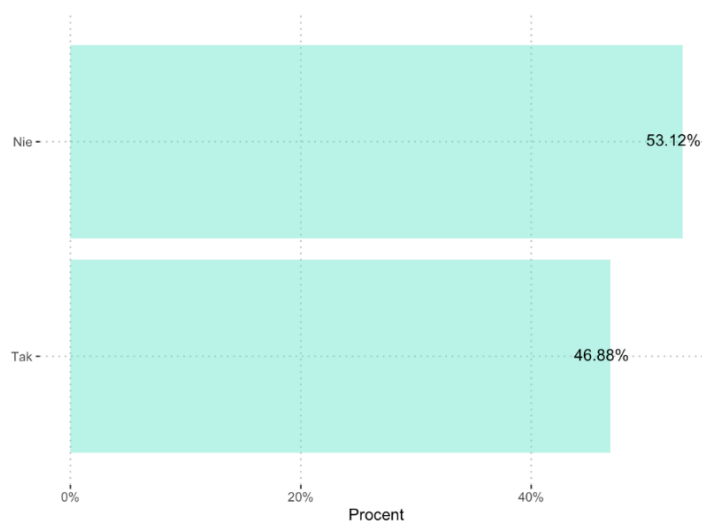
Przeanalizowano, czy w związku z obecnością łuszczycy ankietowani doświadczyli absencji zawodowej. Analiza statystyczna wykazała, że poszczególnych wskazań nie i tak wynosiła odpowiednio 136, 120 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.53, 0.47), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Wynik ten świadczy o fakcie, że ponad 46% badanych z powodu łuszczycy

zmuszonych było do absencji zawodowej, nieobecności w szkole lub na uczelni. Liczebności były do siebie statystycznie podobne $\chi^2(1) = 1.00; p = 0.317$.

Tabela 53. Częstość występowania wartości zmiennej: absencja zawodowa, nieobecności w szkole, na uczelni w związku z chorobą. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy w związku z obecnością łuszczycy był/a Pani/Pan zmuszony do absencji zawodowej, nieobecności w szkole, na uczelni (zwolnienia lekarskie, wizyty specjalistyczne, złe samopoczucie fizyczne, złe samopoczucie psychiczne)?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	136	53	136	53
Tak	120	47	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 1.00; p = 0.317$



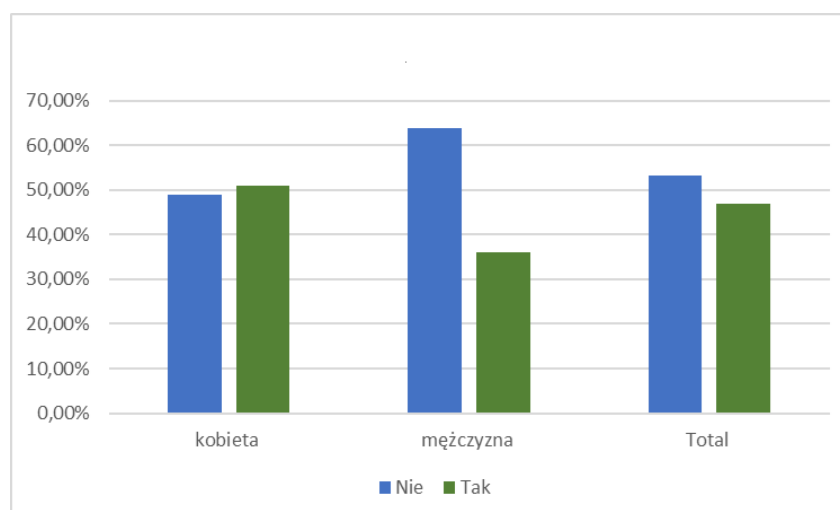
Rycina 70. Odsetek występowania wartości zmiennej: absencja zawodowa, nieobecności w szkole, na uczelni w związku z chorobą. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Zbadano korelację między absencją zawodową wynikającą z obecności łuszczycy względem płci. Wykonano analizę istotności i siły relacji oraz test proporcji wartości kolumnowych. W celu weryfikacji zależności przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Analiza ta wykazała istotną zależność $\chi^2(1) = 4.66; p = 0.031$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.13 co wskazuje, że siła relacji pomiędzy zestawianymi zmiennymi była statystycznie słaba. W celu analizy dokładnych różnic, czy w związku z obecnością choroby doszło do absencji zawodowej, nieobecności w szkole, na uczelni, przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 1$). W grupie badanej kobiety częściej niż mężczyźni wskazywały, że choroba wpływa na absencję zawodową (51.09 % do 36.11%).

Tabela 54. Oszacowanie kolumnowe dla relacji między absencją chorobową a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Absencja zawodowa związana z łuszczycą (zwolnienia lekarskie, wizyty specjalistyczne, złe samopoczucie fizyczne, złe samopoczucie psychiczne)	kobieta	mężczyzna	Total
Nie	90 (48.91%)	46 (63.89%)	136 (53.13%)
Tak	94 (51.09%)	26 (36.11%)	120 (46.88%)
Total	184 (100.00%)	72 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(1) = 4.66$; $p = 0.031$



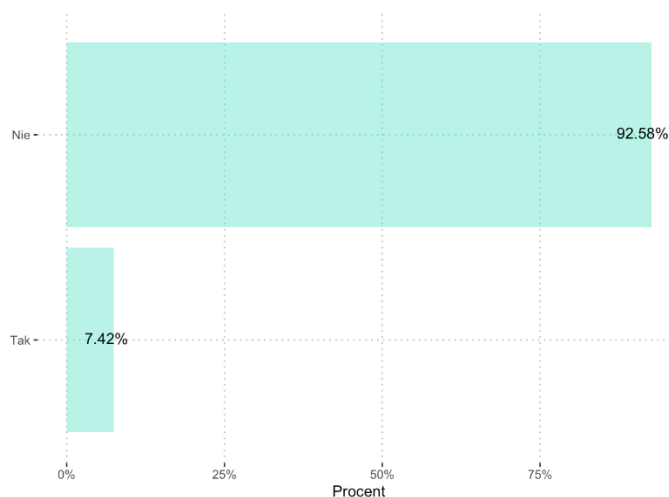
Rycina 71. Odsetek dla relacji między absencją chorobową a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Zbadano, czy w związku z łuszczycą badani utracili zarobkowanie. Analiza wykazała, że liczebność wskazań badanych nie lub tak wynosiła odpowiednio 237, 19, co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). 7.42% w grupie badanej utraciło zarobkowanie w związku z chorobą. Różnice w liczebnościach poziomów odpowiedzi były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 185.64$; $p < 0.001$.

Tabela 55. Częstość występowania wartości zmiennej: utracone zarobkowanie. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy w związku z obecnością łuszczycy utracił/a Pani/Pan zarobkowanie (rezygnacja z pracy, zwolnienie)?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	237	93	237	93
Tak	19	7	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 185.64$; $p < 0.001$



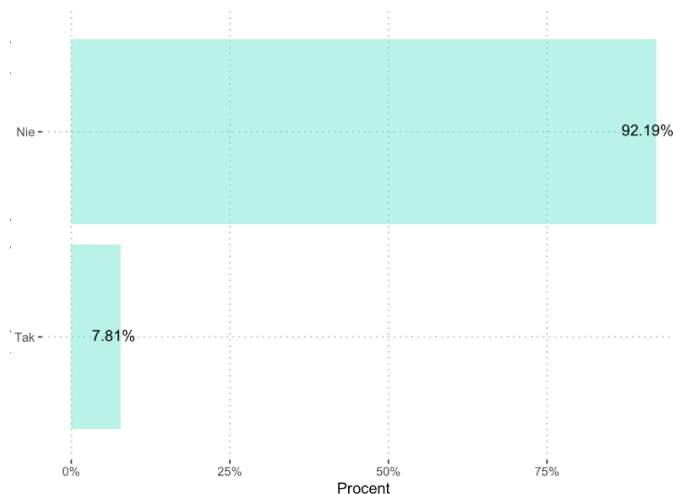
Rycina 72. Odsetek występowania wartości zmiennej: utracone zarobkowanie. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Następnie zweryfikowano, czy chorzy, w związku z łuszczycą, wnioskowali o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy zarobkowej z uwagi na stan zdrowia.

Tabela 56. Częstość występowania wartości zmiennej: wnioskowanie o przyznanie renty. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy w związku z obecnością łuszczycy, wnioskował/a Pani/Pan o przyznanie renty z tytułu niezdolności (całkowitej lub częściowej niezdolności) do pracy zarobkowej z powodu stanu zdrowia?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	236	92	236	92
Tak	20	8	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 182.25$; $p < 0.001$



Rycina 73. Odsetek występowania wartości zmiennej: wnioskowanie o przyznanie renty. Opracowanie na podstawie badań własnych.

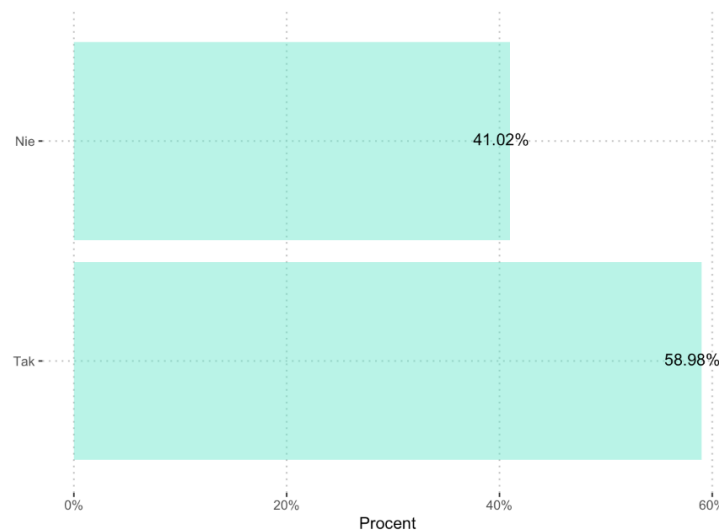
Analiza dla tego wskaźnika wykazała, że liczebność poszczególnych odpowiedzi nie i tak wynosiła odpowiednio 236, 20 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.92, 0.08), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 182.25; p < 0.001$.

Następnie ocenie poddano zależność, czy obecność łuszczycy i aspektów z nią związanych – utracone zarobkowanie, koszty wizyt lekarskich, leków, wpływają na sytuację materialną chorego.

Tabela 57. Częstość występowania wartości zmiennej: ocena badanego nt. negatywnego wpływu łuszczycy na sytuację materialną chorego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy w Pani/Pana ocenie, obecność łuszczycy wpływa negatywnie na Pani/Pana sytuację materialną (utracone zarobkowanie, koszty wizyt lekarskich, koszty leków)?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	105	41	105	41
Tak	151	59	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 8.27; p = 0.004$



Rycina 74. Odsetek występowania wartości zmiennej: ocena badanego nt. negatywnego wpływu łuszczycy na sytuację materialną chorego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

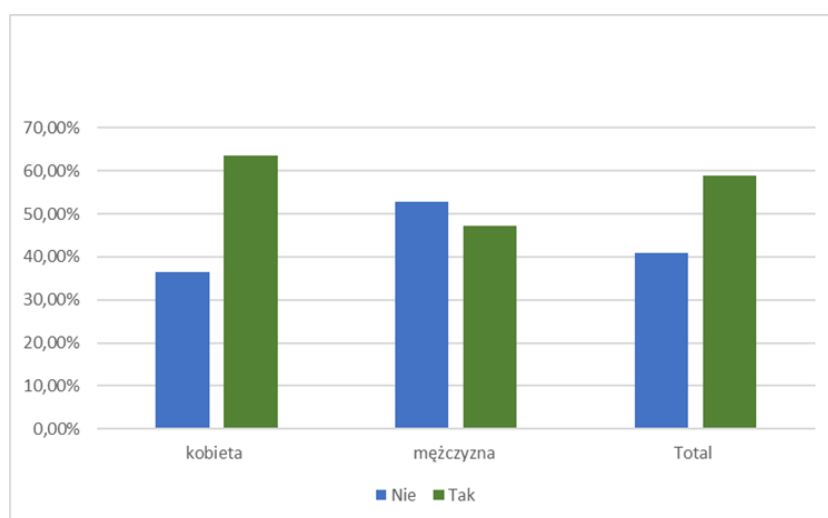
Analiza statystyczna wykazała, że liczebność poszczególnych wskazań badanych nie wpływa/wpływa wynosiła odpowiednio 105, 151 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.41, 0.59), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach ich poziomów były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 8.27$; $p = 0.004$. Wynik ten pokazuje, że według aż 58.98% chorych na łuszczycę w grupie badanej, łuszczycy ma negatywny wpływ na sytuację materialną pacjentów.

Przeprowadzono także analizę istotności i siły relacji oraz test występowania wartości kolumnowych dla negatywnego wpływu łuszczycy na sytuację materialną chorych w korelacji do wieku. W celu weryfikacji zależności przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Analiza testem Chi Kwadrat wykazała istotną zależność $\chi^2(1) = 5.73$; $p = 0.017$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.15. W celu analizy dokładnych różnic wartości zmiennych przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 1$). 63.59% kobiet i 47.22% mężczyzn oceniło wpływ łuszczycy na ich sytuację materialną jako negatywny. Szczegółowe wyniki analiz przedstawiają Tabela 58 i Rycina 75.

Tabela 58. Oszacowanie kolumnowe dla relacji między oceną negatywnego wpływu łuszczycy na sytuację materialną a płeć. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Negatywny wpływ łuszczycy na sytuację materialną (utracone zarobkowanie, koszty wizyt lekarskich, koszty leków)	kobieta	mężczyzna	Total
Nie	67 (36.41%)	38 (52.78%)	105 (41.02%)
Tak	117 (63.59%)	34 (47.22%)	151 (58.98%)
Total	184 (100.00%)	72 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(1) = 5.73$; $p = 0.017$.



Rycina 75. Odsetek dla relacji między oceną negatywnego wpływu łuszczycy na sytuację materialną a płeć. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Zbadano także miesięczne koszty leczenia łuszczycy (wizyty i konsultacje). Analiza dla zmiennej wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów kwot: 100- 200zł, 200- 500zł, 500-1000zł oraz nie dotyczy, wynosiła odpowiednio 65, 106, 6, 79. Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(3) = 83.66$; $p < 0.001$. Najczęściej badani wskazywali kwotę od 200 do 500zł $n = 106$ (41%), a najrzadziej od 500 do 1000zł $n = 6$ – 2%.

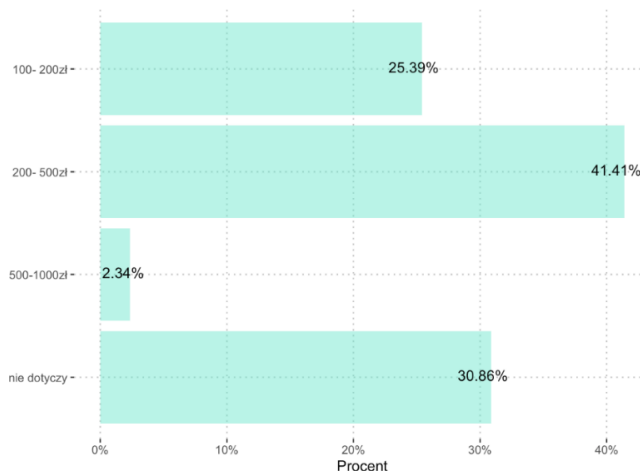
Tabela 59. Ocena miesięcznych kosztów leczenia łuszczycy w opinii badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Proszę ocenić miesięczny koszt, jaki ponosi Pani/Pan ze względu na leczenie łuszczycy - wizyty lekarskie/konsultacje specjalistyczne.	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
100- 200zł	65	25	65	25

200- 500zł	106	41	171	66
500-1000zł	6	2	177	68
nie dotyczy	79	31	256	99

Brak sumy 100% w kolumnie **Suma %** wynika z nawarstwienia się błędów zaokrągleń wartości odsetkowych

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(3) = 83.66$; $p < 0.001$



Rycina 76. Ocena miesięcznych kosztów leczenia łuszczycy (wizyty lekarskie/konsultacje specjalistyczne) w opinii badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Następnie analizie poddano koszty ponoszone przez badanych w zakresie leków przeciwluszcycowych (leki doustne, miejscowe, iniekcyjne). Wynik analizy statystycznej wskazuje, że liczebność poszczególnych zakresów kwot: 100-200 zł, 200-500 zł, 500-1000 zł oraz „nie dotyczy”, wynosiła odpowiednio 99, 145, 4, 8. Różnice w liczebnościach poziomów odpowiedzi były istotne statystycznie $\chi^2(3) = 226.91$; $p < 0.001$. Najczęściej miesięczną kwotą przeznaczaną na leki było od 200-do 500 zł $n = 145 - 57\%$, a najrzadziej od 500-1000 zł $n = 4 - 2\%$).

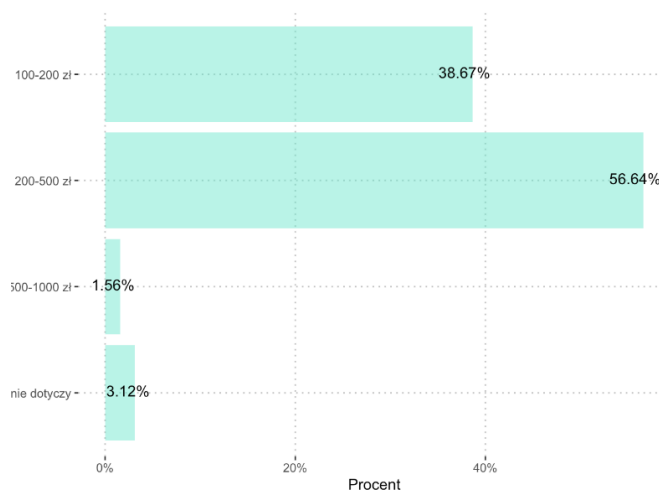
Tabela 60. Ocena miesięcznych kosztów leczenia łuszczycy (koszt leków) w opinii badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Proszę ocenić miesięczny koszt, jaki ponosi Pani/Pan ze względu na leczenie łuszczycy - koszt leków (doustne/ miejscowe/ iniekcyjne).	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
100-200 zł	99	39	99	39
200-500 zł	145	57	244	96
500-1000 zł	4	2	248	98

nie dotyczy	8	3	256	101
-------------	---	---	-----	-----

Brak sumy 100% w kolumnie Suma % wynika z nawarstwienia się błędów zaokrągleń wartości odsetkowych

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(3) = 226.91$; $p < 0.001$



Rycina 77. Ocena miesięcznych kosztów leczenia łuszczycy (koszt leków) w opinii badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

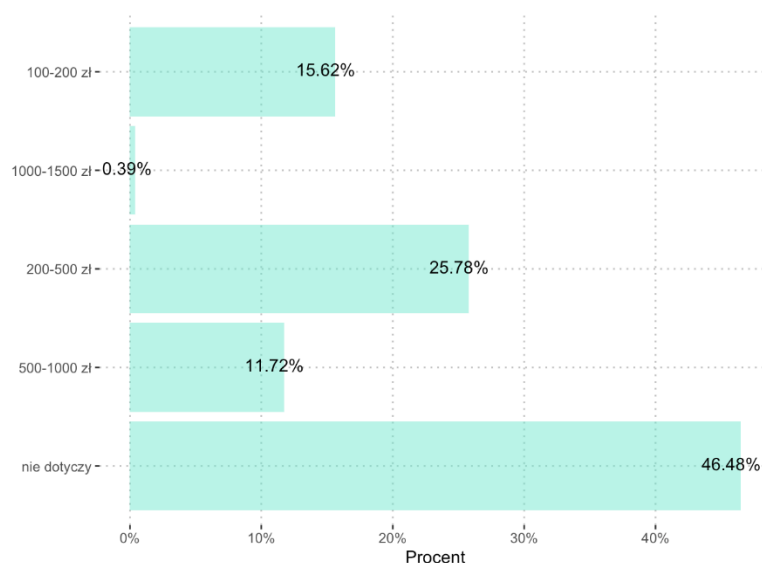
Ocenić poddano także koszty ponoszone w związku z terapią łuszczycy – zabiegi naświetlania, laseroterapia, zabiegi medycyny estetycznej i kosmetologii dedykowane chorym na łuszczycę. Analiza wykazała, że liczebność poszczególnych zakresów kwot: 100-200 zł, 1000-1500 zł, 200-500 zł, 500-1000 zł oraz opcji „nie dotyczy” wynosiła odpowiednio 40, 1, 66, 30, 119 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.16, 0.00, 0.26, 0.12, 0.46). Różnice w liczebnościach zakresów były istotne statystycznie $\chi^2(4) = 154.51$; $p < 0.001$. Najczęściej badani wskazywali, że koszty zabiegów ich nie dotyczą $n = 119 - 46\%$, natomiast, a najrzadziej wartość 1000-1500 zł $n = 1 - 0.39\%$).

Tabela 61. Ocena miesięcznych kosztów leczenia łuszczycy (naświetlanie/laseroterapia/zabiegi medycyny estetycznej i kosmetologii) w opinii badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Proszę ocenić miesięczny koszt, jaki ponosi Pani/Pan ze względu na leczenie łuszczycy - zabiegi terapii łuszczycy (naświetlanie/laseroterapia/zabiegi medycyny estetycznej i kosmetologii).	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
100-200 zł	40	16	40	16
1000-1500 zł	1	0	41	16
200-500 zł	66	26	107	42

500-1000 zł	30	12	137	54
nie dotyczy	119	46	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(4) = 154.51$; $p < 0.001$



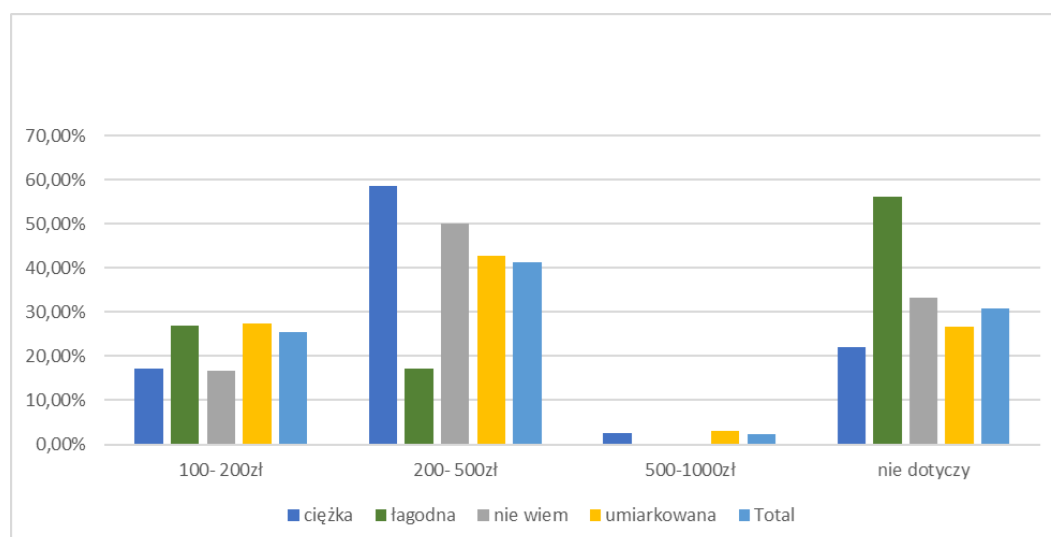
Rycina 78. Ocena miesięcznych kosztów leczenia łuszczycy (naświetlanie/laseroterapia/zabiegi medycyny estetycznej i kosmetologii) w opinii badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Dokonano następnie oceny zależności poszczególnych kosztów (wizyty lekarskie, leki, terapia zabiegowa) i postaci łuszczycy w grupie badanej. Zbadano zależność miesięcznych kosztów wizyt lekarskich i konsultacji specjalistycznych w odniesieniu do postaci łuszczycy. W celu weryfikacji zależności przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Ze względu na występowanie wartości oczekiwanych mniejszych niż 5, zastosowano korektę istotności statystycznej metodą dokładnego testu Fishera. Analiza testem Chi Kwadrat wykazała istotną zależność, $\chi^2(9) = 22.38$; $p = 0.004$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.17 co wskazuje, że siła relacji pomiędzy zestawianymi zmiennymi była statystycznie słaba. W celu analizy dokładnych różnic wartości przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych. Badani deklarujący postać umiarkowaną i ciężką łuszczycy wskazywali najczęściej miesięczne kwoty w granicach 200 – 500zł (kolejno 42.86% i 58.54%). Najniższe koszty w zakresie wizyt i konsultacji lekarskich wskazywali badani z łuszczycą łagodną.

Tabela 62. Oszacowania kolumnowe dla relacji między miesięcznym kosztem wizyt lekarskich i konsultacji specjalistycznych a postacią łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Miesięczny koszt wizyt lekarskich i konsultacji specjalistycznych	Postać łuszczycy			umiarkowana	Total
	ciężka	łagodna	nie wiem		
100- 200zł	7 (17.07%)	11 (26.83%)	1 (16.67%)	46 (27.38%)	65 (25.39%)
200- 500zł	24 (58.54%)	7 (17.07%)	3 (50.00%)	72 (42.86%)	106 (41.41%)
500-1000zł	1 (2.44%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	5 (2.98%)	6 (2.34%)
nie dotyczy	9 (21.95%)	23 (56.10%)	2 (33.33%)	45 (26.79%)	79 (30.86%)
Total	41 (100.00%)	41 (100.00%)	6 (100.00%)	168 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(9) = 22.38$; $p = 0.004$.



Rycina 79. Odsetek dla relacji między miesięcznym kosztem wizyt lekarskich i konsultacji specjalistycznych a postacią łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

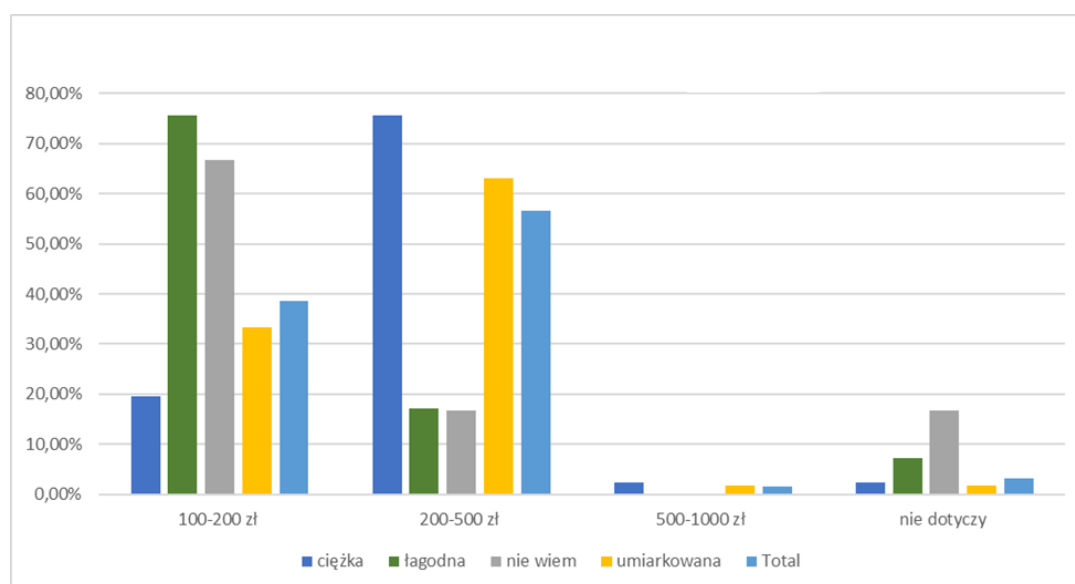
Następnie przeprowadzono analizę istotności i siły relacji oraz test proporcji wartości kolumnowych dla miesięcznych kosztów leków w odniesieniu do postaci łuszczycy. Ze względu na występowanie wartości oczekiwanych mniejszych niż 5, zastosowano korektę istotności statystycznej metodą dokładnego testu Fishera. Analiza testem Chi Kwadrat

wykazała istotną zależność $\chi^2(9) = 45.52; p < 0.001$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.24 co wskazuje, że siła relacji pomiędzy zestawianymi zmiennymi była statystycznie słaba. W celu analizy dokładnych różnic przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 6$). Badanie wykazało, że chorzy z postacią ciężką łuszczycy (75.61%) oraz umiarkowaną (63.10%) miesięcznie przeznaczają od 200 do 500zł na leki przeciwłuszczycowe. Badani z postacią łagodną wydają na leki najmniej (75.61% badanych z łuszczycą łagodną) – od 100 do 200 zł miesięcznie.

Tabela 63. Oszacowania kolumnowe dla relacji między miesięcznym kosztem leków a postacią łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Miesięczny koszt leków	Postać łuszczycy				Total
	ciężka	łagodna	nie wiem	umiarkowana	
100-200 zł	8 (19.51%)	31 (75.61%)	4 (66.67%)	56 (33.33%)	99 (38.67%)
200-500 zł	31 (75.61%)	7 (17.07%)	1 (16.67%)	106 (63.10%)	145 (56.64%)
500-1000 zł	1 (2.44%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	3 (1.79%)	4 (1.56%)
nie dotyczy	1 (2.44%)	3 (7.32%)	1 (16.67%)	3 (1.79%)	8 (3.13%)
Total	41 (100.00%)	41 (100.00%)	6 (100.00%)	168 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(9) = 45.52; p < 0.001$.



Rycina 80. Odsetek dla relacji między miesięcznym kosztem leków a postacią łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Ostatnią analizą w tym bloku badania była ocena istotności i siły relacji oraz test proporcji występowania wartości kolumnowych między miesięcznym kosztem zabiegów terapii łuszczycy a jej postacią. W celu weryfikacji zależności przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Ze względu na występowanie wartości oczekiwanych mniejszych niż 5, zastosowano korektę istotności statystycznej metodą dokładnego testu Fishera. Analiza testem Chi Kwadrat wykazała istotną zależność $\chi^2(12) = 41.41$; $p < 0.001$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.23 co wskazuje, że siła relacji pomiędzy zestawianymi zmiennymi była statystycznie słaba. W celu analizy dokładnych różnic przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 6$). Analiza ta testuje różnice pod względem obserwowanej proporcji wartości wierszowych między dwiema kolumnami.

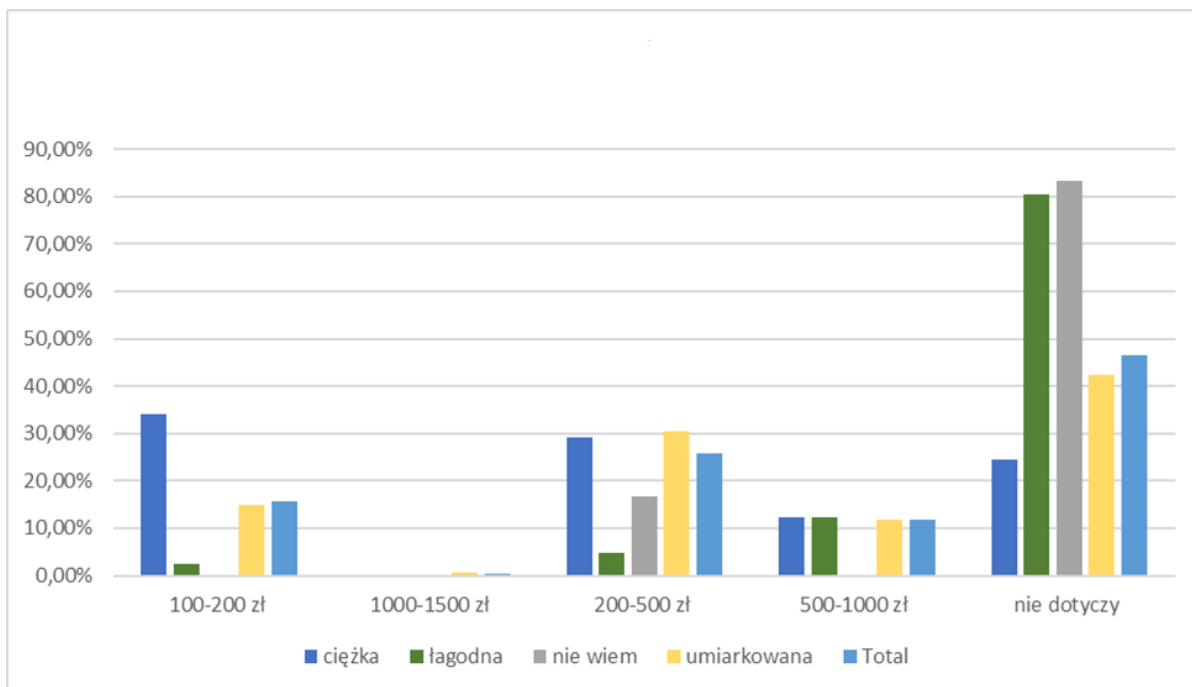
Wynik analizy wskazał, że osoby z łuszczycą łagodną wydają w tej kategorii kosztów najmniej – aż 80.49% nie dotyczy obciążenie kosztami zabiegów łuszczycy, jednak porównywalnie z pacjentami, z łuszczycą ciężką w kategorii 500 – 1000 zł (po 12.20%). Z kolei ankietowani z umiarkowaną postacią łuszczycy – 14.88% deklarują kwotę do 200 zł, 30.36% 200 – 500 zł, a 11.90% tej grupy od 500 do 1000 zł. Tabelę krzyżową przedstawiającą szczegółowe wyniki liczebności przedstawia Tabela 64. Wyniki statystyk częstości i odsetki oszacowań przedstawia Rycina 81.

Tabela 64. Oszacowania kolumnowe dla relacji między miesięcznym kosztem zabiegów terapii łuszczycy a postacią łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Miesięczny koszt zabiegów terapii łuszczycy	Postać łuszczycy				Total
	ciężka	łagodna	nie wiem	umiarkowana	
100-200 zł	14 (34.15%)	1 (2.44%)	0 (0.00%)	25 (14.88%)	40 (15.63%)
1000-1500 zł	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (0.60%)	1 (0.39%)
200-500 zł	12 (29.27%)	2 (4.88%)	1 (16.67%)	51 (30.36%)	66 (25.78%)
500-1000 zł	5 (12.20%)	5 (12.20%)	0 (0.00%)	20 (11.90%)	30 (11.72%)
nie dotyczy	10 (24.39%)	33 (80.49%)	5 (83.33%)	71 (42.26%)	119 (46.48%)

Total	41 (100.00%)	41 (100.00%)	6 (100.00%)	168 (100.00%)	256 (100.00%)
-------	-----------------	-----------------	----------------	------------------	------------------

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(12) = 41.41$; $p < 0.001$.



Rycina 81. Odsetek dla relacji między miesięcznym kosztem zabiegów terapii łuszczycy a postacią łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Choroby współistniejące w łuszczycy

Kolejny etap badania zakładał analizę występowania schorzeń współistniejących u chorych z łuszczycą. Wykonano serię analiz dla tego parametru: analizy siły i istotności, a także testów proporcji występowania wartości kolumnowych między chorobami współistniejącymi a wiekiem oraz płcią badanych.

Najczęściej występującym schorzeniem były otyłość (31.8%, n = 81), zaburzenia depresyjne (25.5%, n = 65) oraz nadciśnienie tętnicze (20%, n= 51). Wyniki wskazały, że u 35.7% osób w grupie badanej nie występuje choroba współistniejąca.

W celu weryfikacji zależności między chorobami współistniejącymi u badanych z łuszczycą a ich wiekiem, przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Ze względu na występowanie wartości oczekiwanych mniejszych niż 5, zastosowano korektę istotności statystycznej metodą dokładnego testu Fishera. Wyniki analizy istotności i siły między zmiennymi przedstawia Tabela 65.

Tabela 65. Analiza istotności i siły relacji pomiędzy wskazanymi przez badanych chorobami współistniejącymi a wiekiem badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Choroba współistniejąca	Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi	Wartość współczynnika siły zależności V Cramera
Zaburzenia depresyjne (depresja)	$\chi^2(3) = 8.69; p = 0.034$	0.21
Nadciśnienie	$\chi^2(3) = 81.36; p < 0.001$	0.56
Cukrzyca	$\chi^2(3) = 29.30; p < 0.001$	0.34
Zespół metaboliczny	$\chi^2(3) = 3.43; p = 0.283$	0.12
Otyłość	$\chi^2(3) = 27.34; p < 0.001.$	0.33
Miażdżycy	$\chi^2(3) = 20.79; p = 0.001$	0.29
Zapalenie stawów	$\chi^2(3) = 2.06; p = 0.561$	0.09
Niedoczynność tarczycy	$\chi^2(3) = 0.26; p = 0.967$	0.03
Hiper-cholesterolemia	$\chi^2(3) = 9.69; p = 0.013.$	0.19
Choroba niedokrwienności serca	$\chi^2(3) = 13.74; p = 0.005$	0.23
żadne z powyższych	$\chi^2(3) = 20.66; p < 0.001$	0.28

W celu analizy dokładnych różnic wartości przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych dla wartości wieku i schorzeń współistniejących u badanych z łuszczycą. Wyniki oszacowań kolumnowych z wynikami liczebności przedstawia Tabela 66.

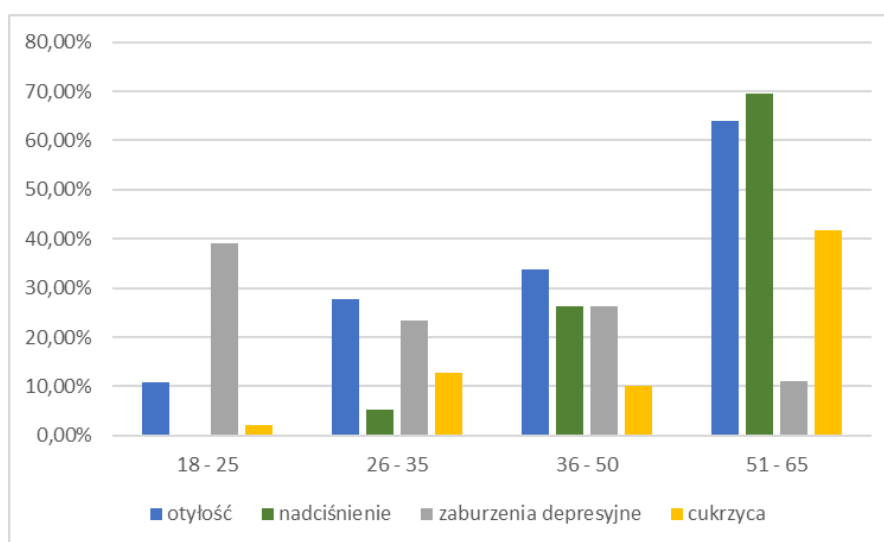
Tabela 66. Oszacowania kolumnowe dla chorób współistniejących w odniesieniu do wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Choroba współistniejąca	Występowanie choroby	Wiek				
		18 – 25	26 – 35	36 – 50	51 – 65	Total
	Tak/Nie					
	Nie	28 (60.87%)	72 (76.60%)	59 (73.75%)	32 (88.89%)	191 (74.61%)

Zaburzenia depresyjne (depresja)	Tak	18 (39.13%)	22 (23.40%)	21 (26.25%)	4 (11.11%)	65 (25.39%)
Nadciśnienie	Nie	46 (100.00%)	89 (94.68%)	59 (73.75%)	11 (30.56%)	205 (80.08%)
	Tak	0 (0.00%)	5 (5.32%)	21 (26.25%)	25 (69.44%)	51 (19.92%)
Cukrzyca	Nie	45 (97.83%)	82 (87.23%)	72 (90.00%)	21 (58.33%)	220 (85.94%)
	Tak	1 (2.17%)	12 (12.77%)	8 (10.00%)	15 (41.67%)	36 (14.06%)
Zespół metaboliczny	Nie	46 (100.00%)	91 (96.81%)	75 (93.75%)	34 (94.44%)	246 (96.09%)
	Tak	0 (0.00%)	3 (3.19%)	5 (6.25%)	2 (5.56%)	10 (3.91%)
Otyłość	Nie	41 (89.13%)	68 (72.34%)	53 (66.25%)	13 (36.11%)	175 (68.36%)
	Tak	5 (10.87%)	26 (27.66%)	27 (33.75%)	23 (63.89%)	81 (31.64%)
Miażdżyca	Nie	46 (100.00%)	94 (100.00%)	78 (97.50%)	31 (86.11%)	249 (97.27%)
	Tak	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (2.50%)	5 (13.89%)	7 (2.73%)
Zapalenie stawów	Nie	39 (84.78%)	78 (82.98%)	62 (77.50%)	27 (75.00%)	206 (80.47%)
	Tak	7 (15.22%)	16 (17.02%)	18 (22.50%)	9 (25.00%)	50 (19.53%)
Niedoczynność tarczycy	Nie	39 (84.78%)	81 (86.17%)	67 (83.75%)	30 (83.33%)	217 (84.77%)
	Tak	7 (15.22%)	13 (13.83%)	13 (16.25%)	6 (16.67%)	39 (15.23%)
Hipercholesterolemia	Nie	46 (100.00%)	94 (100.00%)	77 (96.25%)	33 (91.67%)	250 (97.66%)
	Tak	0 (0.00%)	0 (0.00%)	3 (3.75%)	3 (8.33%)	6 (2.34%)
Choroba niedokrwienna serca	Nie	46 (100.00%)	94 (100.00%)	77 (96.25%)	32 (88.89%)	249 (97.27%)
	Tak	0 (0.00%)	0 (0.00%)	3 (3.75%)	4 (11.11%)	7 (2.73%)

żadne z powyższych	Nie	25 (54.35%)	51 (54.26%)	54 (67.50%)	34 (94.44%)	164 (64.06%)
	Tak	21 (45.65%)	43 (45.74%)	26 (32.50%)	2 (5.56%)	92 (35.94%)

Wyniki analiz wskazały, że otyłość występowała najczęściej w grupie wiekowej 51 – 65 lat (63.89% w tej grupie wiekowej), następnie w grupie 36 – 50 lat (33.75% tej grupy). Z wiekiem badanych odsetek występowania cukrzycy w całej grupie badanej wzrastał. W przypadku nadciśnienia tętniczego wyniki wskazywały podobną tendencję: u 69.44% badanych grupy wiekowej 51 – 65 lat występuje nadciśnienie. W grupie wiekowej 36 – 50 lat był to odsetek 26.25%. Z kolei zaburzenia depresyjne najczęściej wystąpiły w grupie 18 – 25 lat (39.11% tej grupy). Podobne wyniki dla tej jednostki chorobowej były w grupach 26 – 35 oraz 36 – 50 lat (kolejno 23.40% i 26.25%).



Rycina 82. Odsetek dla relacji: występowanie schorzeń współistniejących u chorych na łuszczycę względem wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

W celu weryfikacji zależności między chorobami współistniejącymi u badanych z łuszczycą a ich płcią, przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Ze względu na występowanie wartości oczekiwanych mniejszych niż 5, zastosowano korektę istotności statystycznej metodą dokładnego testu Fishera. Wyniki analizy istotności i siły między zmiennymi przedstawia Tabela 67.

Tabela 67. Analiza istotności i siły relacji pomiędzy wskazanymi przez badanych chorobami współistniejącymi a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Choroba współistniejąca	Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi	Wartość współczynnika siły zależności V Cramera
Zaburzenia depresyjne (depresja)	$\chi^2(1) = 10.78; p = 0.001$	0.21
Nadciśnienie	$\chi^2(1) = 11.29; p < 0.001$	0.21
Cukrzyca	$\chi^2(1) = 1.56; p = 0.211$	0.08
Zespół metaboliczny	$\chi^2(1) = 1.69; p = 0.291$	0.08
Otyłość	$\chi^2(1) = 0.69; p = 0.406$	0.05
Miażdżyca	$\chi^2(1) = 3.00; p = 0.100$	0.11
Zapalenie stawów	$\chi^2(1) = 4.52; p = 0.034$	0.13
Niedoczynność tarczycy	$\chi^2(1) = 18.00; p < 0.001$	0.27
Hiper-cholesterolemia	$\chi^2(1) = 1.45; p = 0.354$	0.08
Choroba niedokrwienna serca	$\chi^2(1) = 11.81; p = 0.002$	0.21
żadne z powyższych	$\chi^2(1) = 8.60; p = 0.003$	0.18

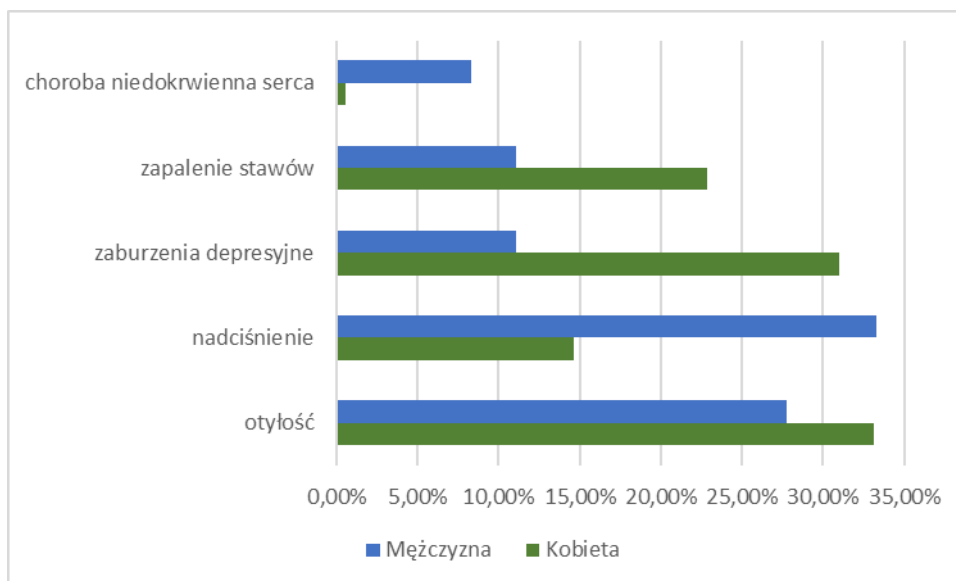
W celu analizy dokładnych różnic wartości przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych dla wartości płci i schorzeń współistniejących u badanych z łuszczycą. Wyniki oszacowań kolumnowych z wynikami liczebności przedstawia Tabela 68.

Tabela 68. Oszacowania kolumnowe dla chorób współistniejących w odniesieniu do płci badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Choroba współistniejąca	Występowanie choroby	Płeć		
		Kobieta	Mężczyzna	Total
Zaburzenia depresyjne (depresja)	Nie	127 (69.02%)	64 (88.89%)	191 (74.61%)
	Tak	57 (30.98%)	8 (11.11%)	65 (25.39%)
Nadciśnienie	Nie	157 (85.33%)	48 (66.67%)	205 (80.08%)

	Tak	27 (14.67%)	24 (33.33%)	51 (19.92%)
Cukrzyca	Nie	155 (84.24%)	65 (90.28%)	220 (85.94%)
	Tak	29 (15.76%)	7 (9.72%)	36 (14.06%)
Zespół metaboliczny	Nie	175 (95.11%)	71 (98.61%)	246 (96.09%)
	Tak	9 (4.89%)	1 (1.39%)	10 (3.91%)
Otyłość	Nie	123 (66.85%)	52 (72.22%)	175 (68.36%)
	Tak	61 (33.15%)	20 (27.78%)	81 (31.64%)
Miażdżycy	Nie	181 (98.37%)	68 (94.44%)	249 (97.27%)
	Tak	3 (1.63%)	4 (5.56%)	7 (2.73%)
Zapalenie stawów	Nie	142 (77.17%)	64 (88.89%)	206 (80.47%)
	Tak	42 (22.83%)	8 (11.11%)	50 (19.53%)
Niedoczynność tarczycy	Nie	145 (78.80%)	72 (100.00%)	217 (84.77%)
	Tak	39 (21.20%)	0 (0.00%)	39 (15.23%)
Hipercholesterolemia	Nie	181 (98.37%)	69 (95.83%)	250 (97.66%)
	Tak	3 (1.63%)	3 (4.17%)	6 (2.34%)
Choroba niedokrwienna serca	Nie	183 (99.46%)	66 (91.67%)	249 (97.27%)
	Tak	1 (0.54%)	6 (8.33%)	7 (2.73%)
żadne z powyższych	Nie	128 (69.57%)	36 (50.00%)	164 (64.06%)
	Tak	56 (30.43%)	36 (50.00%)	92 (35.94%)

Wyniki analiz statystycznych dla porównania chorób współistniejących i płci badanych wykazały, że otyłość występuje u 33.15% kobiet i 27.78% mężczyzn. Nadciśnienie z kolei zdecydowanie częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet – 33.33% do 14.67%. Podobnie było w przypadku choroby niedokrwiennej serca – 8.33% mężczyzn z tym schorzeniem do 0.54% kobiet. W przypadku zaburzeń depresyjnych różnica także jest znaczna – aż 30.98% kobiet w stosunku do 11.11% mężczyzn z tym zaburzeniem. Niedoczynność tarczycy występowała jedynie w grupie kobiet – 21.20% przypadków w grupie kobiet (15.25% występowania tej choroby w stosunku do całej grupy badanej).



Rycina 83. Odsetek dla relacji: występowanie schorzeń współistniejących u chorych na łuszczycę względem płci badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Ocena jakości życia

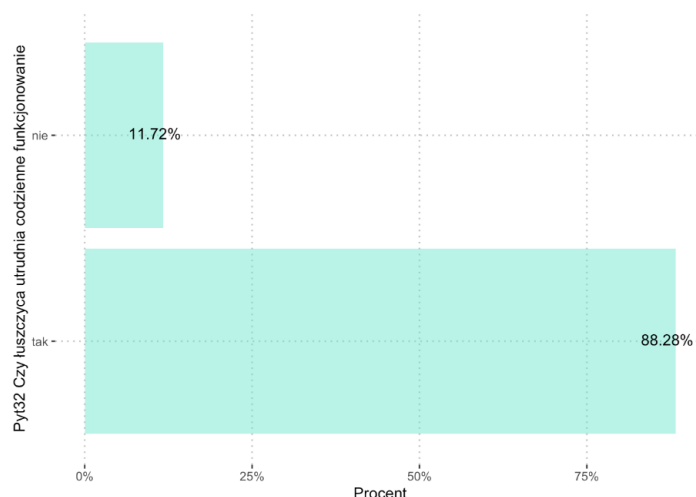
Kolejny obszar badań dotyczył oceny wpływu łuszczycy na utrudnienia w codziennym życiu, oddziaływania na samoocenę i jakość życia chorych, odbiór własnego obrazu ciała. Przeanalizowano także odczucia i emocje towarzyszące chorym na łuszczycę.

Sprawdzono, czy chorzy na łuszczycę odczuwają utrudnienia codziennego życia w związku z obecnością łuszczycy. Analiza statystyczna wykazała, że liczebność poszczególnych odpowiedzi nie i tak wynosiła odpowiednio 30, 226 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.12, 0.88), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 150.06$; $p < 0.001$. Wynik badania wskazuje, że aż 88% badanych zauważa utrudnienia w codziennym życiu w związku z tą dermatozą.

Tabela 69. Częstość występowania zmiennej: ocena badanych nt. utrudnień w codziennym funkcjonowaniu w związku z występowaniem łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

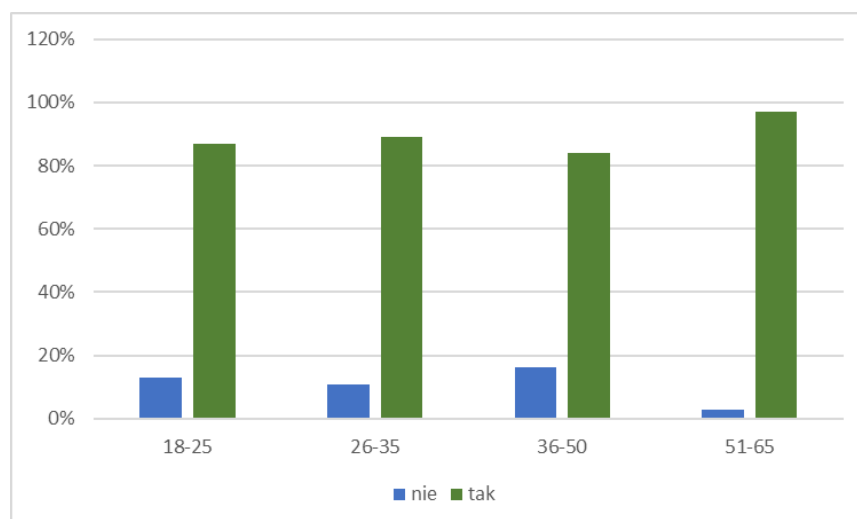
Czy w Pani/Pana ocenie łuszczycy utrudnia codzienne funkcjonowanie?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
nie	30	12	30	12
tak	226	88	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 150.06$; $p < 0.001$

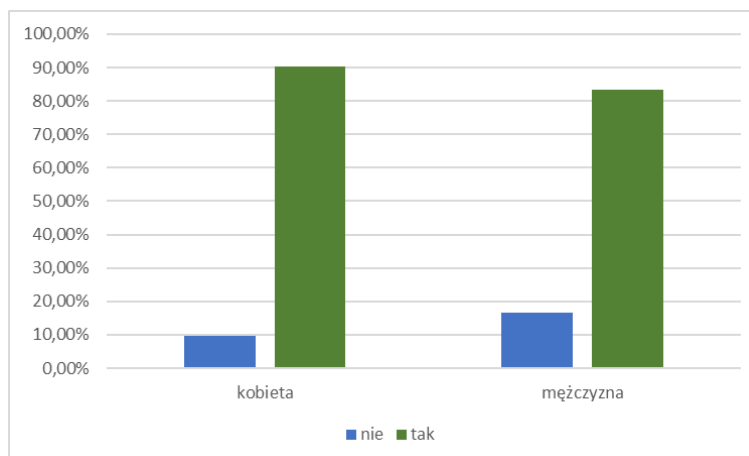


Rycina 84. Odsetek występowania zmiennej: ocena badanych nt. trudnień w codziennym funkcjonowaniu w związku z występowaniem łuszczycy.

Porównano także wskazania dotyczące trudnień w codziennym życiu w związku z łuszczycą do wieku i płci badanych. Analiza dla porównania w grupach wiekowych testem Chi – Kwadrat wykazała $\chi^2(1) = 4.55$, natomiast wynik współczynnika T Czuprowa wyniósł 0.10. We wszystkich grupach wiekowych zaobserwowano podobny poziom wskaźnika. Porównywalnie w przypadku związku z płcią badanych – analiza testem Chi – Kwadrat wyniosła $\chi^2(1) = 2.37$, a wartość współczynnika V Cramera+ 0,09. Także nie zauważono wyraźnego związku tego wskaźnika w zależności od płci badanych – choroba wpływa utrudnienia w codziennym życiu jednakowo na kobiety i mężczyzn.



Rycina 85. Odsetek dla relacji: utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu według wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.



Rycina 86. Odsetek dla relacji: utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu według płci badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Następnie sprawdzono, jakie odczucia towarzyszą chorym na łuszczycę w związku z ich chorobą. Wykonano analizy statystyczne dla tego parametru, co przedstawiają Tabele 70 i 71.

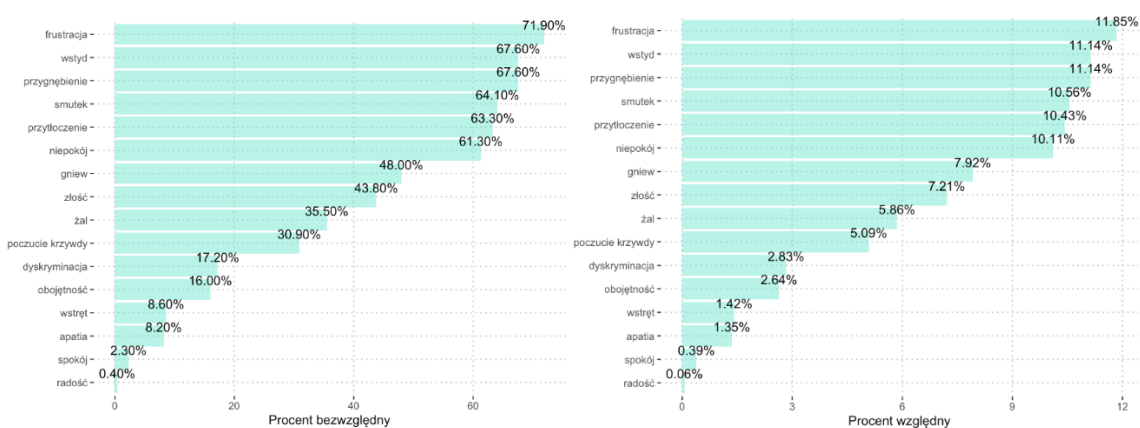
Tabela 70. Analiza dla odczuć badanych w związku z łuszczycą. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Odczucia badanych w związku z łuszczycą	Liczebność występowania odpowiedzi (Nie/Tak)	Odsetek	Rozkład chi kwadrat - $\chi^2(1)$
wstyd	83/ 173	0.32, 0.68	31.64; $p < 0.001$
smutek	92/ 164	0.36, 0.64	20.25; $p < 0.001$
przygnębienie	83/ 173	0.32, 0.68	31.64; $p < 0.001$
przytłoczenie	94/162	0.37, 0.63	18.06; $p < 0.001$
poczucie krzywdy	177/ 79	0.69, 0.31	37.52; $p < 0.001$
dyskryminacja	212/ 44	0.83, 0.17	110.25; $p < 0.001$
złość	114/ 112	0.56, 0.44	4.00; $p = 0.046$
frustracja	72/ 184	0.28, 0.72	49.00; $p < 0.001$
niepokój	99/ 157	0.39, 0.61	13.14; $p < 0.001$
żał	165/ 91	0.64, 0.36	21.39; $p < 0.001$
wstręt	234/ 22	0.91, 0.09	175.56; $p < 0.001$
obojętność	215/ 41	0.84, 0.16	118.27; $p < 0.001$
apatia	235/ 21	0.92, 0.08	178.89; $p < 0.001$
gniew	133/ 123	0.52, 0.48	0.39; $p = 0.532$

radość	255/ 1	1.00, 0.00	252.02; $p < 0.001$
spokój	250/ 6	0.98, 0.02	232.56; $p < 0.001$

Tabela 71. Rozkład częstości występowania testowanych zmiennych: odczucia badanych w związku z występowaniem łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Proszę wskazać, jakie odczucia towarzyszą Pani/Panu ze względu na występowanie łuszczycy?	<i>n</i>	% bezwzględny	% względny
frustracja	184	71.90	11.85
wstyd	173	67.60	11.14
przygnębienie	173	67.60	11.14
smutek	164	64.10	10.56
przytłoczenie	162	63.30	10.43
niepokój	157	61.30	10.11
gniew	123	48.00	7.92
złość	112	43.80	7.21
żal	91	35.50	5.86
poczucie krzywdy	79	30.90	5.09
dyskryminacja	44	17.20	2.83
obojętność	41	16.00	2.64
wstręt	22	8.60	1.42
apatia	21	8.20	1.35
spokój	6	2.30	0.39
radość	1	0.40	0.06



Rycina 87. Odczucia w związku z występowaniem łuszczycy w grupie badanej (odsetek bezwzględny i względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

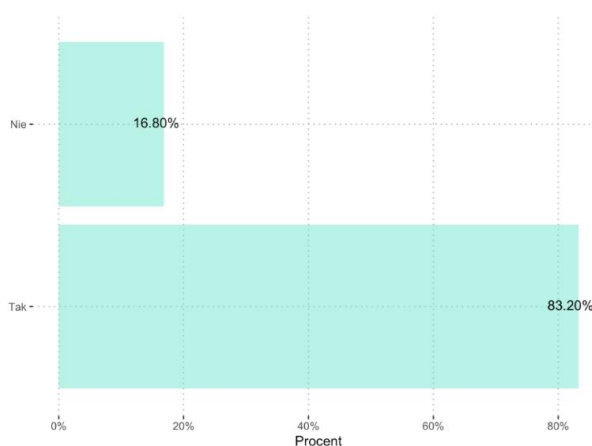
Wyniki te wskazują, że chorzy na łuszczycę, w związku ze swoją chorobą najczęściej odczuwają frustrację (71.90%), wstyd (67.60%), przygnębienie (67.60%), smutek (64.10%), przytłoczenie (63.30%) oraz niepokój (61.30%).

Zweryfikowano także, czy choroba wpływa na odbiór własnego ciała przez badanych (odczucia negatywne wobec postrzegania swojego wyglądu). Analiza wykazała, że liczebność poszczególnych wskazań badanych: nie zauważa/ zauważa wynosiła odpowiednio 43, 213 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.17, 0.83), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 112.89$; $p < 0.001$. Wynik ten wskazuje, że aż 83% badanych zauważa negatywny wpływ łuszczycy na negatywne odczucia względem swojego ciała.

Tabela 72. Częstość występowania zmiennej: ocena badanych nt. wpływu choroby na odbiór własnego obrazu ciała. Opracowanie ciała na podstawie badań własnych.

Czy w związku z obecnością łuszczycy, zauważa Pani/Pan wpływ choroby na odbiór własnego obrazu ciała (odczucia negatywne wobec postrzegania swojego ciała i wizerunku)?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	43	17	43	17
Tak	213	83	256	100

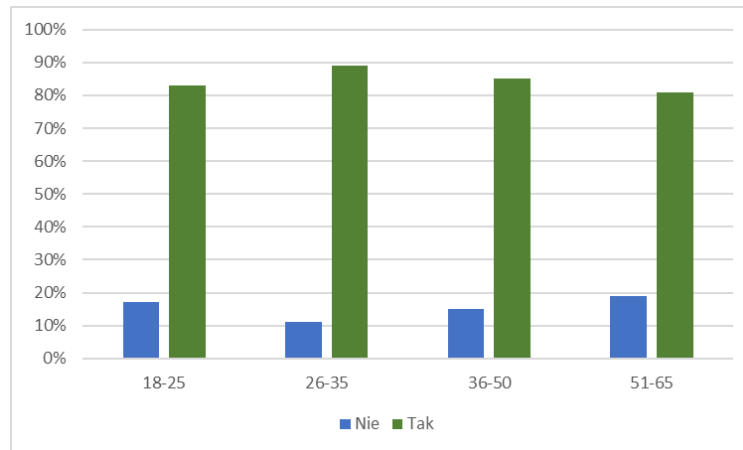
Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 112.89$; $p < 0.001$



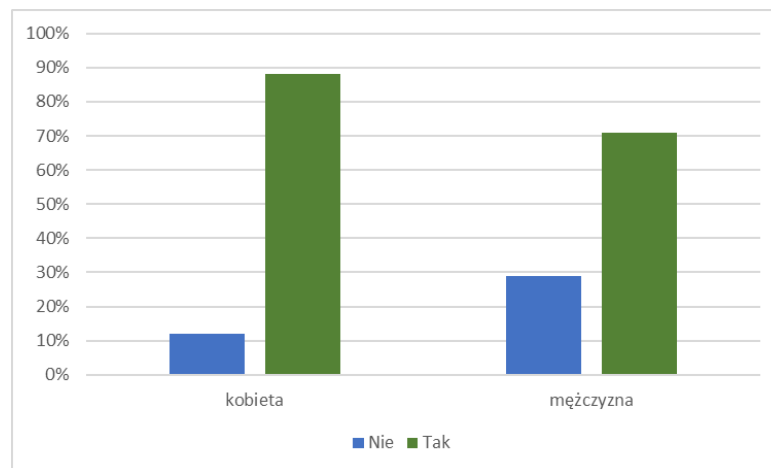
Rycina 88. Odsetek występowania zmiennej: ocena badanych nt. wpływu choroby na odbiór własnego obrazu ciała. Opracowanie ciała na podstawie badań własnych.

Porównano ocenę badanych, dotyczącą wpływu łuszczycy na odbiór własnego obrazu ciała do wieku i płci, i przeprowadzono analizy statystyczne. Wynik testu Chi – Kwadrat wyniósł $\chi^2(1) = 5.88$, a wartość współczynnika V Cramera = 0.15. Wynik analizy wskazuje, że negatywne

odczucia związane z postrzeganiem własnego ciała są bardzo zbliżono we wszystkich grupach wiekowych. W przypadku analizy wskaźnika w stosunku do płci Chi – Kwadrat wyniósł $\chi^2(1) = 10.96$, a współczynnik V Cramera = 0.20. Kobiety o 17 punktów procentowych w stosunku do mężczyzn zauważały częściej negatywne odczucia do własnego ciała w związku z łuszczycą.



Rycina 89. Odsetek dla relacji: wpływ łuszczycy na negatywne odczucia wobec postrzegania swojego ciała a wiek badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.



Rycina 90. Odsetek dla relacji: wpływ łuszczycy na negatywne odczucia wobec postrzegania własnego ciała a płeć badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

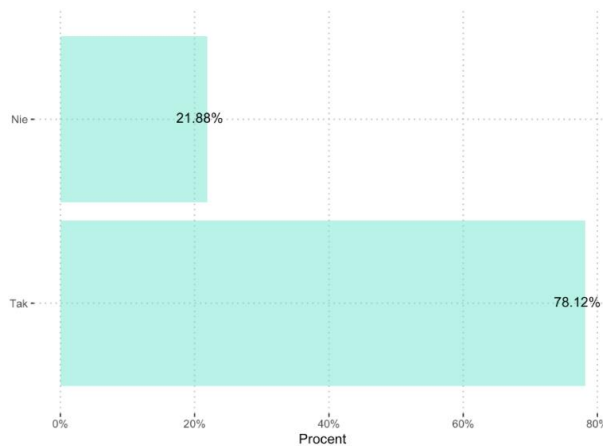
Zbadano, czy w związku z obecnością łuszczycy ankietowani zauważają problemy z pewnością siebie. Analiza wykazała, że liczebność poszczególnych poziomów Nie, Tak wynosiła odpowiednio 56, 200 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.22, 0.78), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie

$\chi^2(1) = 81.00; p < 0.001$. Wynik ten wskazuje, że 78% badanych zauważa problemy z pewnością siebie z powodu występowania łuszczycy.

Tabela 73. Częstość występowania zmiennej: ocena badanych nt. problemów z pewnością siebie w związku z obecnością łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

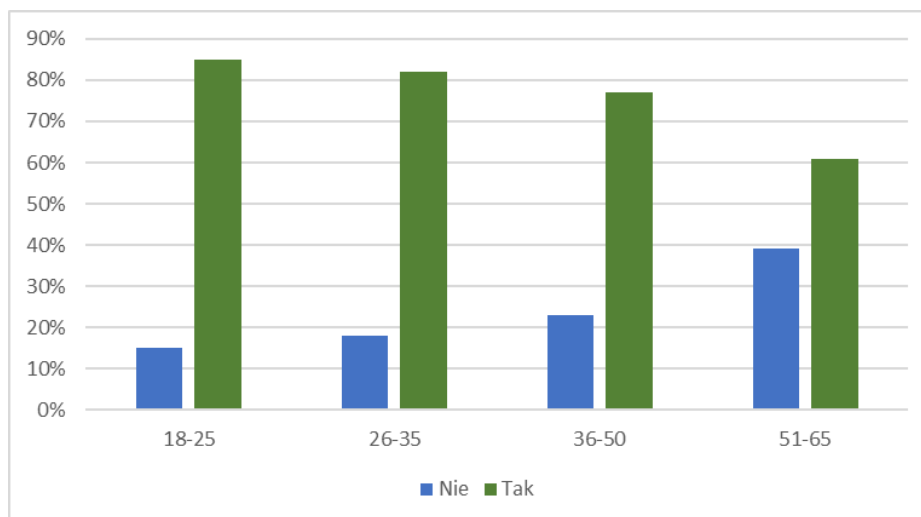
Czy w związku z obecnością łuszczycy, zauważa Pani/Pan u siebie problemy z pewnością siebie?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	56	22	56	22
Tak	200	78	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 81.00; p < 0.001$

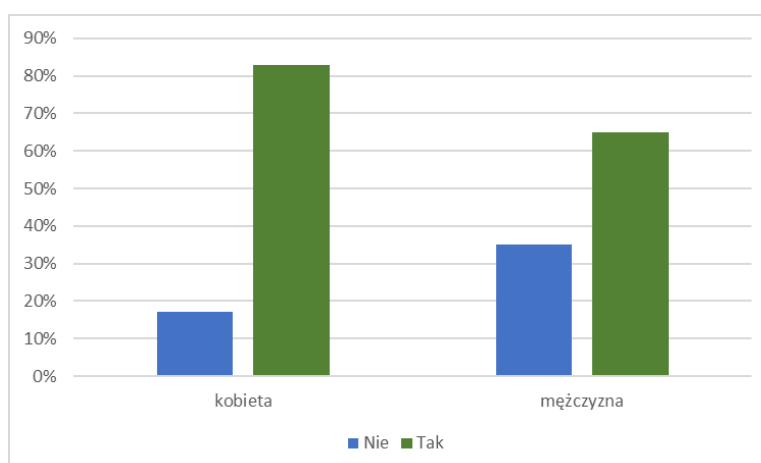


Rycina 91. Odsetek występowania zmiennej: ocena badanych nt. problemów z pewnością siebie w związku z obecnością łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Porównano też ocenę badanych, dotyczącą problemów z pewnością siebie do wieku i płci. Wyniki analizy wykazały: dla testu Chi – Kwadrat dla wieku $\chi^2(1) = 8.09$, a współczynnik T - Czuprowa = 0.13, dla płci $\chi^2(1) = 9.67$, współczynnik V Cramera = 0.19. Wyniki były zbliżone we wszystkich grupach, jednak zauważono, że odsetek ten spada wraz z wiekiem oraz, że w przypadku kobiet jest on wyższy (83% kobiety do 65% mężczyźni).



Rycina 92. Odsetek dla relacji: wpływ łuszczycy na problemy z pewnością siebie według wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.



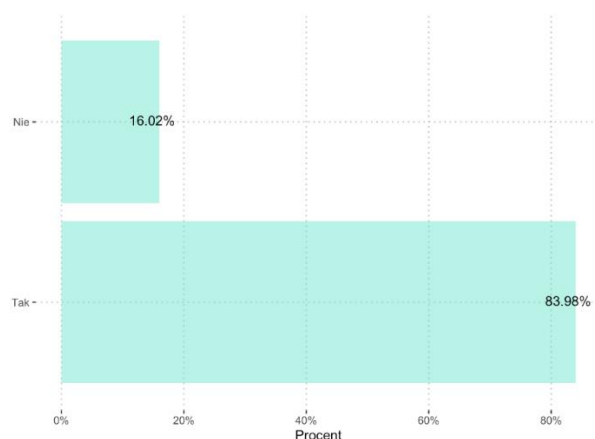
Rycina 93. Odsetek dla relacji: wpływ łuszczycy na problemy z pewnością siebie a płeć badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Kolejnym badanym parametrem był negatywny wpływ łuszczycy na samoocenę badanych:

Tabela 74. Częstość występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu na samoocenę w związku z obecnością łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy w związku z obecnością łuszczycy, zauważa Pani/Pan negatywny wpływ na samoocenę?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	41	16	41	16
Tak	215	84	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 118.27; p < 0.001$



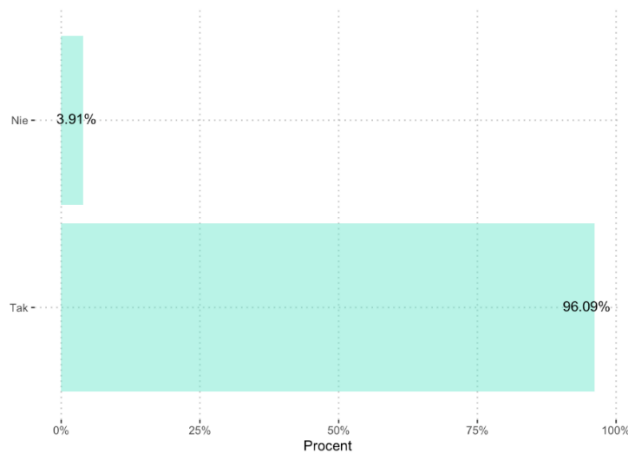
Rycina 94. Odsetek występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu na samoocenę w związku z obecnością łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Analiza dla zmiennej wykazała, że liczebność poszczególnych odpowiedzi: nie wpływa/wpływa wynosiła odpowiednio 41, 215 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.16, 0.84), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 118.27$; $p < 0.001$. Blisko 84% badanych wskazało, że łuszczycy ma negatywny wpływ na samoocenę chorego. Nie zauważono jednak istotnych statystycznie różnic odniesienia tego wskaźnika do płci i wieku badanych (Chi – kwadrat $\chi^2(1) = 13.07$ oraz $\chi^2(1) = 15.74$., T – Czuprowa = 0.17, V Cramera 0.24). Następnie zweryfikowano czy, według badanych, łuszczycy wpływa negatywnie na ich jakość życia. Wynik analizy statystycznej wykazał, że liczebność wskazań nie wpływa/wpływa wynosiła odpowiednio 10, 246, co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 217.56$; $p < 0.001$. Wynik ten wskazuje, że aż 96% osób z łuszczycą odczuwa negatywny wpływ choroby na ich jakość życia. Analiza związku tego parametru z płcią i wiekiem nie wykazała istotnych statystycznie różnic (Chi – Kwadrat $\chi^2(1) = 4.03$ oraz $\chi^2(1) = 0.72$., współczynnik V Cramera 0.12 i 0.05).

Tabela 75. Częstość występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu na jakość życia w związku z występowaniem łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy w związku z obecnością łuszczycy, uważa Pani/Pan, że choroba wpływa negatywnie na jakość życia?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	10	4	10	4
Tak	246	96	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 217.56$; $p < 0.001$



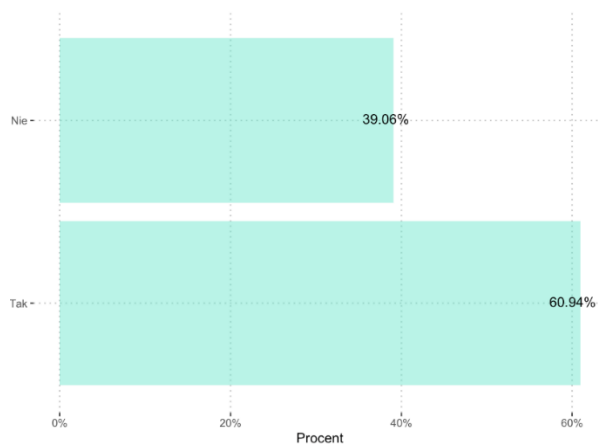
Rycina 95. Odsetek występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu na jakość życia w związku z występowaniem łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Przeanalizowano także, czy obecność łuszczycy u badanych wpływa negatywnie i stanowi obciążenie dla ich bliskich.

Tabela 76. Częstość występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu choroby na rodzinę i bliskich badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy w związku z obecnością łuszczycy, uważa Pani/Pan, że choroba wpływa negatywnie i stanowi obciążenie dla Pani/Pana bliskich(partner/partnerka/rodzice/dzieci/rodzeństwo)?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	100	39	100	39
Tak	156	61	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 12.25; p < 0.001$



Rycina 96. występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu choroby na rodzinę i bliskich badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

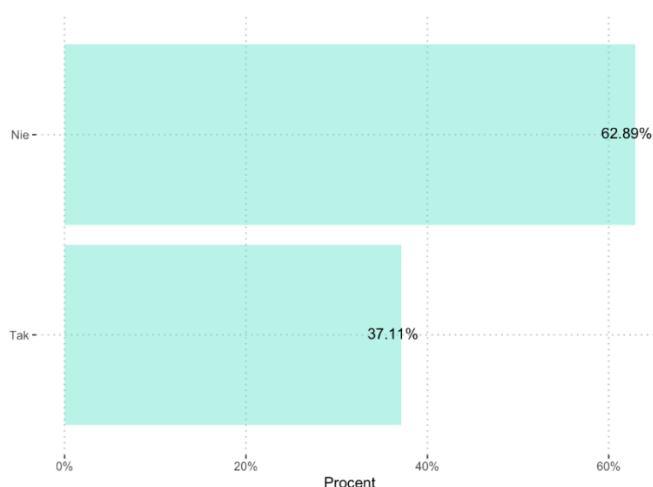
Analiza dla zmiennej wykazała, że liczebność poszczególnych poziomów nie wpływa/ wpływa wynosiła odpowiednio 100, 156 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.39, 0.61), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 12.25$; $p < 0.001$. Badanie wykazało, iż 60.64% badanych uważa, że występowanie u nich łuszczycy, wpływa negatywnie na ich bliskich.

Przeanalizowano także, czy obecność łuszczycy wpłynęła na utrudnienia zawodowe badanych, w tym znalezienie pracy, negatywne reakcje współpracowników na objawy chorobowe bądź skutkowałą dyskryminacją zawodową. Przeprowadzono szereg analiz dla tego parametru, z uwzględnieniem płci. Analiza dla zmiennej wykazała, że liczebność poszczególnych poziomów nie/ tak wynosiła odpowiednio 161, 95 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.63, 0.37), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 17.02$; $p < 0.001$.

Tabela 77. Częstość występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na sferę zawodową badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy w związku z obecnością łuszczycy, spotkał/a Pani/Pan z utrudnieniami zawodowymi (znalezienie pracy/negatywne reakcje współpracowników na objawy chorobowe/dyskryminacja zawodowa)?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	161	63	161	63
Tak	95	37	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 17.02$; $p < 0.001$



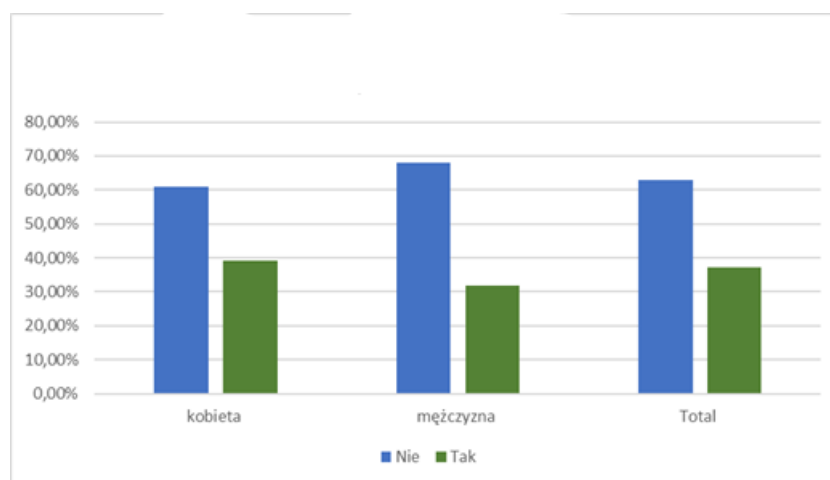
Rycina 97. Odsetek występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na sferę zawodową badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

W celu weryfikacji zależności przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Analiza testem Chi Kwadrat wykazała brak istotnej zależności między zmiennymi. Wystąpienia wartości były podobne w poszczególnych poziomach. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.07. W celu analizy dokładnych różnic wartości przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 1$). Z utrudnieniami zawodowymi w związku z obecnością łuszczycy doświadczyło o 7% więcej kobiet niż mężczyzn w grupie badanej. Wyniki analiz obrazują Tabela 78 i Rycina 98.

Tabela 78. Analiza dla relacji między utrudnieniami zawodowymi u chorych na łuszczycę w odniesieniu do płci badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Obecność łuszczycy a utrudnienia zawodowe	Płeć		
	kobieta	mężczyzna	Total
Nie	112 (60.87%)	49 (68.06%)	161 (62.89%)
Tak	72 (39.13%)	23 (31.94%)	95 (37.11%)
Total	184 (100.00%)	72 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(1) = 1.15$; $p = 0.285$.



Rycina 98. Odsetek dla relacji między utrudnieniami zawodowymi u chorych na łuszczycę w odniesieniu do płci badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Zdrowie psychiczne i koszty ponoszone przez chorego

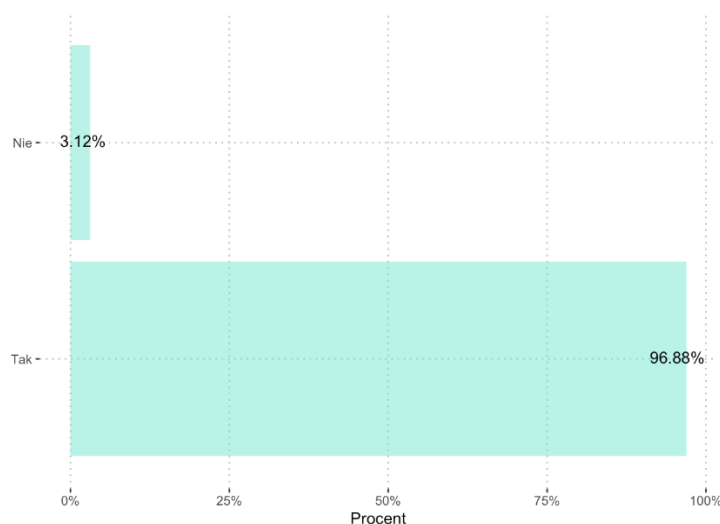
Kolejny etap badań koncentrował się na przeglądzie i ocenie zdrowia psychicznego u chorych na łuszczycę. Obserwacji poddano ocenę badanych dotyczącą negatywnych emocji, wpływ łuszczycy na stan zdrowia psychicznego w opinii badanych, czy chorzy na łuszczycę kierują się z problemami natury psychicznej i emocjonalnej do specjalistów tego obszaru zdrowia (psychologów, psychoterapeutów, psychiatrów) i jeśli tak, czy odczuwają poprawę w zakresie zdrowia psychicznego. Ocenie poddano także koszty ponoszone przez badanych na wizyty i konsultacje psychologiczne, psychoterapeutyczne oraz lekarza psychiatry (w tym leków przeciwdepresyjnych).

Sprawdzono, jak badani oceniają wpływ łuszczycy i jej nasilenia w kontekście występowania negatywnych emocji.

Tabela 79. Częstość występowania zmiennej: ocena badanych nt. nasilenia łuszczycy i występowania negatywnych emocji. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy w związku z nasileniem swojej choroby czuje Pan/Pani negatywne emocje?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	8	3	8	3
Tak	248	97	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 225.00$; $p < 0.001$



Rycina 99. Odsetek występowania zmiennej: ocena badanych nt. nasilenia łuszczycy i występowania negatywnych emocji. Opracowanie na podstawie badań własnych.

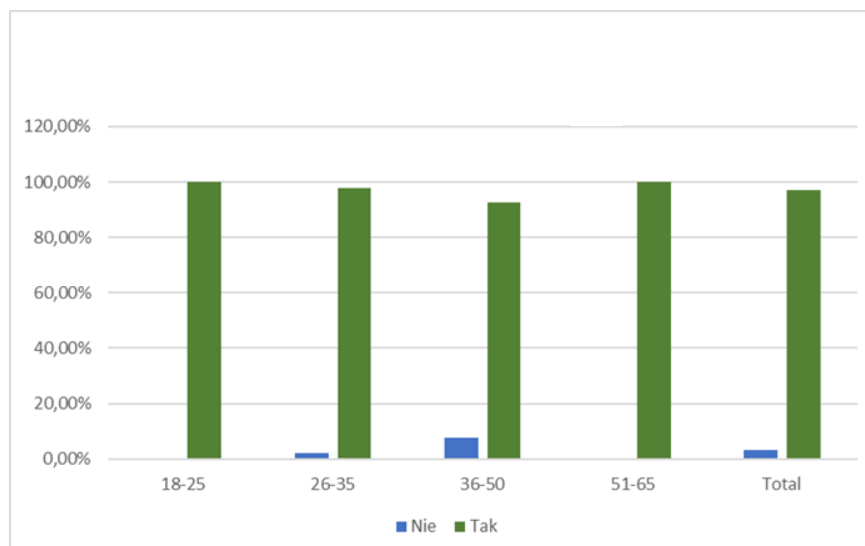
Analiza dla nasilenia łuszczycy i występowania negatywnych emocji wykazała, że liczebność poszczególnych wskazań badanych: nie/ tak wynosiła odpowiednio 8 i 248 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.03, 0.97), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 225.00$; $p < 0.001$.

Parametr ten przeanalizowano w odniesieniu do płci i wieku badanych i przeprowadzono serię analiz statystycznych. W celu weryfikacji zależności negatywnych emocji w związku z nasileniem łuszczycy i wieku ankietowanych, przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Ze względu na występowanie wartości oczekiwanych mniejszych niż 5, zastosowano korektę istotności statystycznej metodą dokładnego testu Fishera. Analiza testem Chi Kwadrat wykazała brak istotnej zależności $\chi^2(3) = 8.01$; $p = 0.087$. Wystąpienia wartości były podobne w poszczególnych grupach wiekowych. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.18. W celu analizy dokładnych różnic przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 6$).

Tabela 80. Oszacowanie kolumnowe dla relacji między ocena badanych nt. nasilenia łuszczycy i występowania negatywnych emocji a wiekiem badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Negatywne emocje w związku z nasileniem łuszczycy	Wiek				
	18-25	26-35	36-50	51-65	Total
Nie	0 (0.00%)	2 (2.13%)	6 (7.50%)	0 (0.00%)	8 (3.13%)
Tak	46 (100.00%)	92 (97.87%)	74 (92.50%)	36 (100.00%)	248 (96.88%)
Total	46 (100.00%)	94 (100.00%)	80 (100.00%)	36 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(3) = 8.01$; $p = 0.087$.



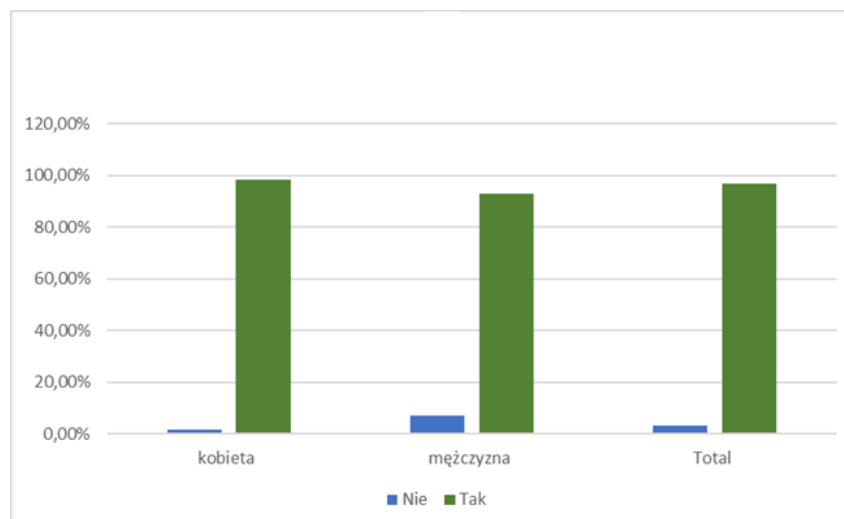
Rycina 100. Odsetek dla relacji między oceną badanych nt. nasilenia łuszczycy i występowania negatywnych emocji a wiekiem badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

W celu weryfikacji zależności wskaźnika od płci przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Ze względu na występowanie wartości oczekiwanych mniejszych niż 5, zastosowano korektę istotności statystycznej metodą dokładnego testu Fishera. Analiza testem Chi Kwadrat wykazała istotną zależność, $\chi^2(1) = 4.83$; $p = 0.042$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.14. Wykonano także Test proporcji występowania wartości kolumnowych w celu analizy dokładnych różnic (w ilości porównań $N = 1$).

Tabela 81. Oszacowania kolumnowe dla relacji między oceną badanych nt. nasilenia łuszczycy i występowania negatywnych emocji a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Nasilenie objawów łuszczycy a negatywne emocje	Płeć		
	Kobieta	Mężczyzna	Total
Nie	3 (1.63%)	5 (6.94%)	8 (3.13%)
Tak	181 (98.37%)	67 (93.06%)	248 (96.88%)
Total	184 (100.00%)	72 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(1) = 4.83$; $p = 0.042$.



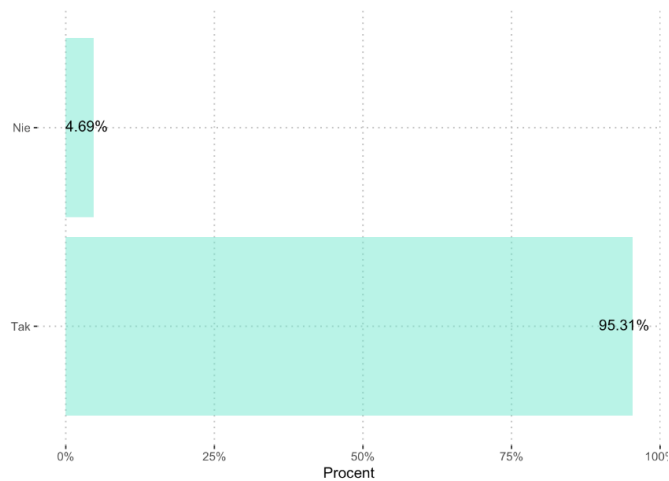
Rycina 101. Odsetek dla relacji między oceną badanych nt. nasilenia łuszczycy i występowania negatywnych emocji a wiekiem badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Przeanalizowano także, czy w ocenie badanych obecność łuszczycy wpływa na stan zdrowia psychicznego. Wynik analizy wskazał, że liczebność poszczególnych poziomów nie lub tak wynosiła odpowiednio 12 i 244 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.05, 0.95), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 210.25$; $p < 0.001$. Wynik tej analizy wskazał, że aż 95% ankietowanych uważa, że występowanie łuszczycy wpływa negatywnie na ich stan zdrowia psychicznego.

Tabela 82. Częstość występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na stan zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy uważa Pani/Pan, że obecność łuszczycy negatywnie wpływa na stan zdrowia psychicznego?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	12	5	12	5
Tak	244	95	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 210.25$; $p < 0.001$



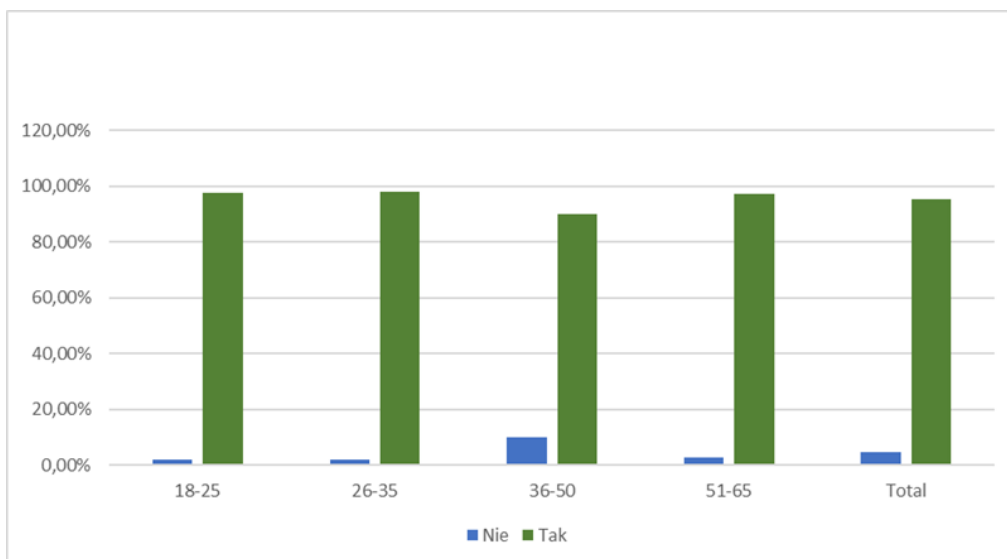
Rycina 102. Odsetek występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na stan zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Parametr ten odniesiono także do płci i wieku badanych. W celu weryfikacji zależności względem wieku przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Ze względu na występowanie wartości oczekiwanych mniejszych niż 5, zastosowano korektę istotności statystycznej metodą dokładnego testu Fishera. Analiza testem Chi Kwadrat wykazała brak istotnej zależności między zmiennymi, $\chi^2(3) = 7.38$; $p = 0.090$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.17. Przeprowadzono również test proporcji występowania wartości kolumnowych dla zmiennych (w ilości porównań $N = 6$). Rezultaty analiz przedstawiono poniżej w postaci tabeli i ryciny.

Tabela 83. Oszacowania kolumnowe dla relacji oceny badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na stan zdrowia psychicznego a wieku. Opracowanie na podstawie badań własnych.

	Wiek				
	18-25	26-35	36-50	51-65	Total
Obecność łuszczycy negatywnie wpływa na stan zdrowia psychicznego					
Nie	1 (2.17%)	2 (2.13%)	8 (10.00%)	1 (2.78%)	12 (4.69%)
Tak	45 (97.83%)	92 (97.87%)	72 (90.00%)	35 (97.22%)	244 (95.31%)
Total	46 (100.00%)	94 (100.00%)	80 (100.00%)	36 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(3) = 7.38$; $p = 0.090$.



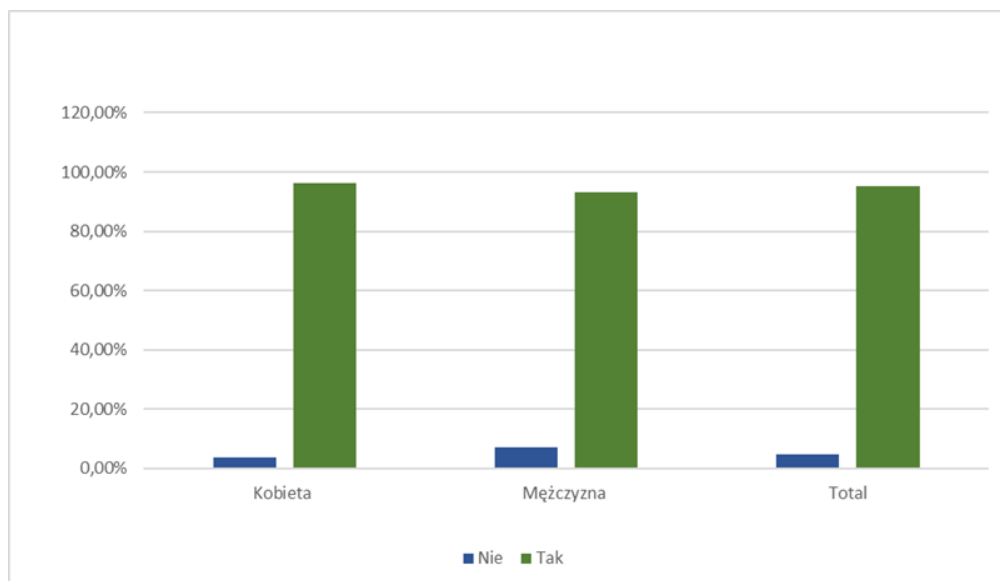
Rycina 103. Odsetek dla relacji oceny badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na stan zdrowia psychicznego a wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

W celu weryfikacji parametru względem płci także przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Ze względu na występowanie wartości oczekiwanych mniejszych niż 5, zastosowano korektę istotności statystycznej metodą dokładnego testu Fishera. Analiza testem Chi Kwadrat wykazała brak istotnej zależności, $\chi^2(1) = 1.14$; $p = 0.327$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.07. W celu analizy dokładnych różnic przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 1$).

Tabela 84. Oszacowania kolumnowe dla relacji oceny badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na stan zdrowia psychicznego a płci badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Obecność łuszczycy negatywnie wpływa na stan zdrowia psychicznego	Płeć		
	Kobieta	Mężczyzna	Total
Nie	7 (3.80%)	5 (6.94%)	12 (4.69%)
Tak	177 (96.20%)	67 (93.06%)	244 (95.31%)
Total	184 (100.00%)	72 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(1) = 1.14$; $p = 0.327$.



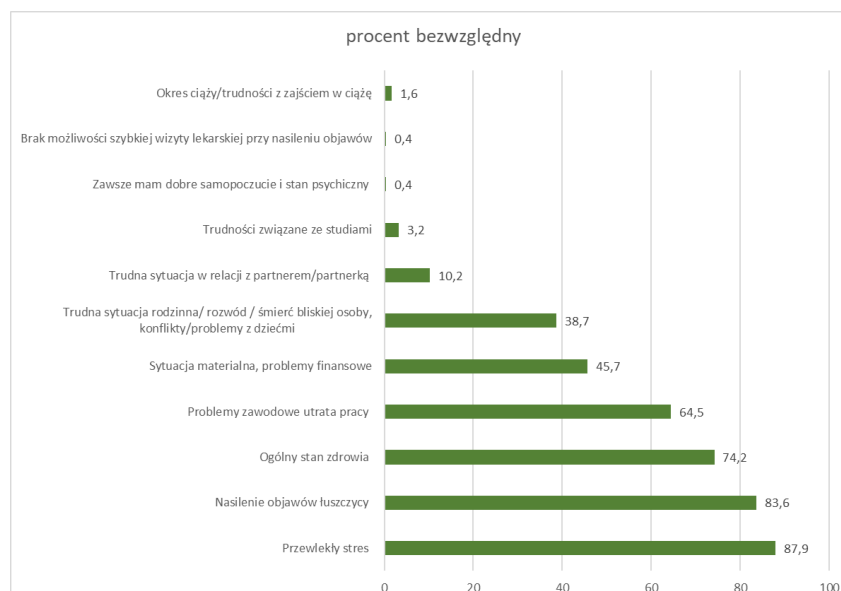
Rycina 104. Odsetek dla relacji oceny badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na stan zdrowia psychicznego a płeć badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Następnie zbadano, jakie czynniki wpływają na pogorszenie samopoczucia respondentów. Wyniki analizy wskazały, że najczęściej wskazywanymi przyczynami są przewlekły stres (87.90%), nasilenie objawów łuszczycy (83.60%) oraz ogólny stan zdrowia (74.20%). Szczegółowe dane przeprowadzonej analizy przedstawiono w tabeli i na rycinach poniżej.

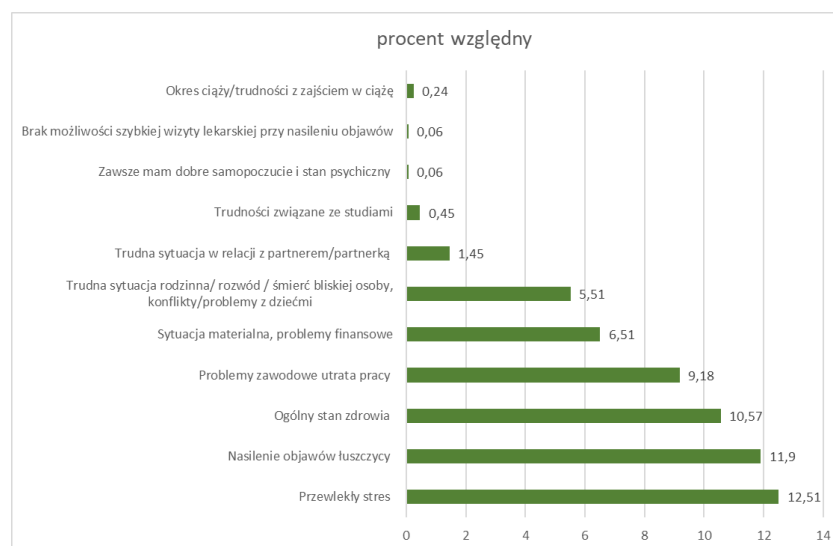
Tabela 85. Rozkład częstości występowania testowanych zmiennych: sytuacje wpływające na pogorszenie samopoczucia i stanu psychicznego w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Proszę wskazać, jakie sytuacje wpływają na pogorszenie Pani/Pana samopoczucia i stanu psychicznego?	<i>n</i>	% bezwzględny	% względny
Przewlekły stres	225	87.90	12.51
Nasilenie objawów łuszczycy	214	83.60	11.90
Ogólny stan zdrowia	190	74.20	10.57
Problemy zawodowe utrata pracy	165	64.50	9.18
Sytuacja materialna problemy finansowe	117	45.70	6.51
Trudna sytuacja rodzinna/ rozwód / śmierć bliskiej osoby konflikty/ problemy z dziećmi	99	38.70	5.51
Trudna sytuacja w relacji z partnerem/partnerką	26	10.20	1.45

Trudności związane ze studiami	8	3.2	0.45
Zawsze mam dobre samopoczucie i stan psychiczny	1	0.40	0.06
Brak możliwości szybkiej wizyty lekarskiej przy nasileniu objawów	1	0.40	0.06
Okres ciąży/trudności z zejściem w ciążę	4	1.6	0.24



Rycina 105. Sytuacje wpływające na pogorszenie samopoczucia i stanu psychicznego w grupie badanej (odsetek bezwzględny). Opracowanie na podstawie badań własnych.



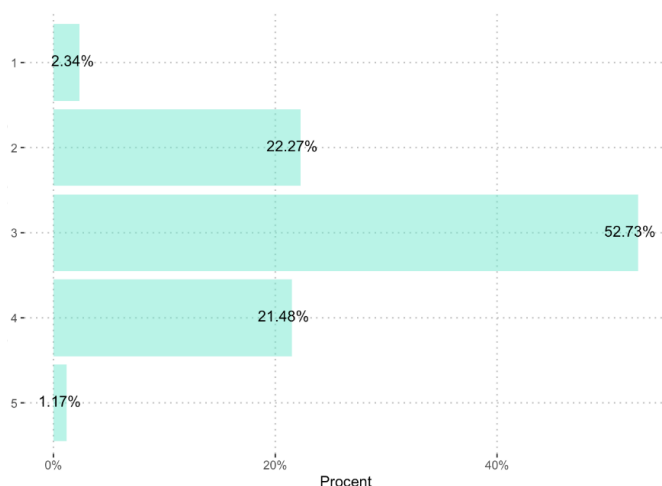
Rycina 106. Sytuacje wpływające na pogorszenie samopoczucia i stanu psychicznego w grupie badanej (odsetek względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Następnie zweryfikowano, jak badani oceniają swój stan zdrowia psychicznego w skali od 1 do 5, gdzie każdej z cyfr nadano wartość wyrażoną słownie. Analiza dla zmiennej wykazała, że liczebność poszczególnych poziomów 1 – bardzo źle, 2 - źle, 3 - przeciętnie, 4 – dobrze oraz 5 – bardzo dobrze, wynosiła odpowiednio 6, 57, 135, 55, 3 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.02, 0.22, 0.53, 0.21, 0.01), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(4) = 223.38$; $p < 0.001$. Najczęściej w grupie badanej ankietowani oceniali swój stan zdrowia psychicznego jako przeciętny – $n=135$ – 53%, natomiast najrzadziej jako bardzo dobry – $n=3$, 1%.

Tabela 86. Częstość występowania zmiennej: ocena stanu psychicznego w opinii badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Jak ocenia Pani/Pan swój stan zdrowia psychicznego w skali od 1 do 5 (gdzie 1 oznacza bardzo źle, 2- źle, 3- przeciętnie, 4- dobrze, 5- bardzo dobrze)?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
1 – bardzo źle	6	2	6	2
2 – źle	57	22	63	24
3 – przeciętnie	135	53	198	77
4 – dobrze	55	21	253	98
5 – bardzo dobrze	3	1	256	99

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(4) = 223.38$; $p < 0.001$



Rycina 107. Odsetek występowania zmiennej: ocena stanu psychicznego w opinii badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

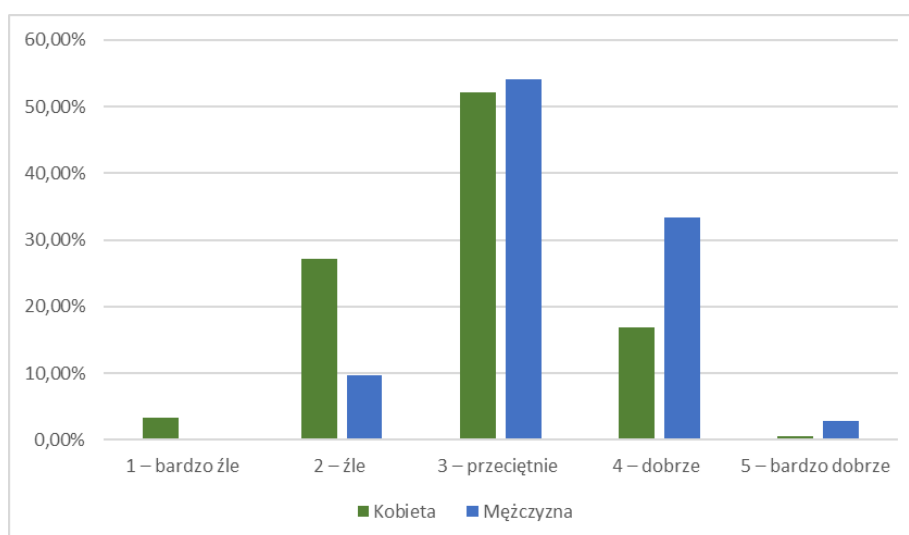
Parametr ten przeanalizowano pod względem płci badanych. W celu weryfikacji zależności przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Ze względu na występowanie wartości

oczekiwanych mniejszych niż 5, zastosowano korektę istotności statystycznej metodą dokładnego testu Fishera. Analiza testem Chi Kwadrat wykazała istotną zależność $\chi^2(4) = 18.22$; $p = 0.002$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.27 co wskazuje, że siła relacji pomiędzy zestawianymi zmiennymi była statystycznie słaba. W celu analizy dokładnych różnic wartości przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 1$). Analiza wykazała, że najczęściej badanych występowała ocena „przeciętnie” – porównywalnie dla kobiet i mężczyzn (52.17% do 54.17%). Stan zdrowia psychicznego jako „zły” częściej wskazywały kobiety (27.17% do 9.72%) i tylko u kobiet wystąpiła ocena „bardzo zły” – 3.26%. Mężczyźni częściej niż kobiety oceniali stan zdrowia psychicznego jako „dobry” – 33.33% do 16.85% u kobiet.

Tabela 87. Oszacowanie kolumnowe dla relacji oceny zdrowia psychicznego w opinii badanych według płci. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Ocena zdrowia psychicznego	Płeć		
	Kobieta	Mężczyzna	Total
1 – bardzo źle	6 (3.26%)	0 (0.00%)	6 (2.34%)
2 – źle	50 (27.17%)	7 (9.72%)	57 (22.27%)
3 – przeciętnie	96 (52.17%)	39 (54.17%)	135 (52.73%)
4 – dobrze	31 (16.85%)	24 (33.33%)	55 (21.48%)
5 – bardzo dobrze	1 (0.54%)	2 (2.78%)	3 (1.17%)
Total	184 (100.00%)	72 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(4) = 18.22$; $p = 0.002$.



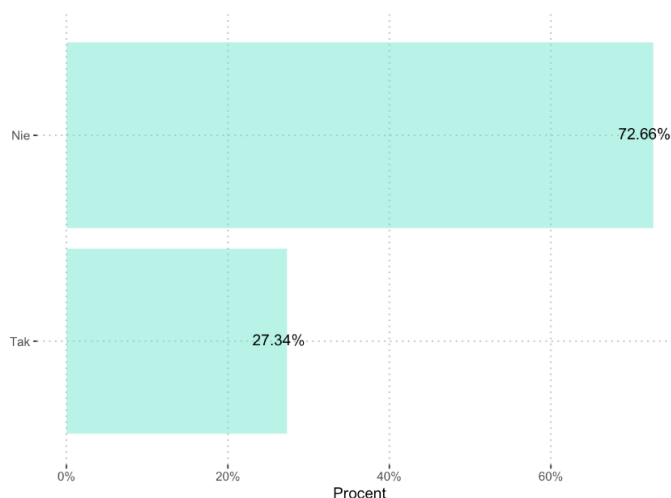
Rycina 108. Odsetek dla relacji oceny zdrowia psychicznego w opinii badanych według płci. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Sprawdzono, ilu badanych, chorych na łuszczycę korzysta z pomocy psychologicznej. Analiza dla zmiennej wykazała, że liczebność poszczególnych wskazań: nie korzysta/ korzysta wynosiła odpowiednio 186, 70 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.73, 0.27), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 52.56$; $p < 0.001$. Wynik wskazał zatem, że w grupie badanej 27% ankietowanych korzysta z pomocy psychologa.

Tabela 88. Częstość występowania zmiennej: deklaracja badanego nt. korzystania z pomocy psychologicznej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy w związku z obecnością choroby korzysta lub korzystał/a Pani/Pan z pomocy psychologa?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	186	73	186	73
Tak	70	27	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 52.56$; $p < 0.001$



Rycina 109. Odsetek występowania zmiennej: deklaracja badanego nt. korzystania z pomocy psychologicznej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

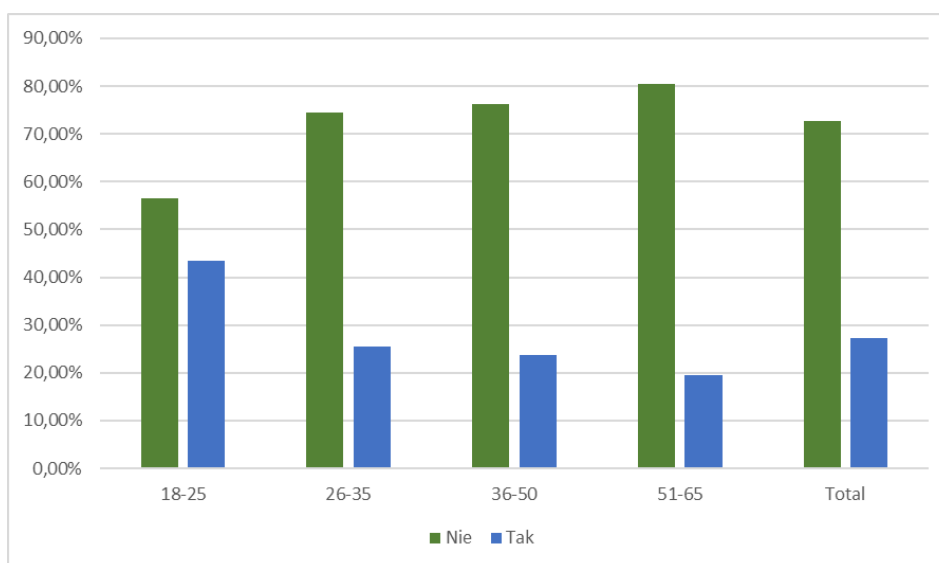
Parametr ten zweryfikowane w zależności z wiekiem i płcią badanych. W celu weryfikacji zależności z wiekiem przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Analiza testem Chi Kwadrat wykazała istotną zależność, $\chi^2(3) = 7.83$; $p = 0.050$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.17 co wskazuje, że siła relacji pomiędzy zestawianymi zmiennymi była statystycznie słaba. W celu analizy dokładnych różnic wartości przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 6$).

Wynik analizy wskazał, że najczęściej z pomocy psychologicznej korzystają badani w wieku 18 – 25 lat (43.48%) i tendencja ta spada wraz ze wzrostem wieku ankietowanych.

Tabela 89. Oszacowanie kolumnowe dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychologicznej a wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Deklaracja korzystania z pomocy psychologicznej	Wiek				Total
	18-25	26-35	36-50	51-65	
Nie	26 (56.52%)	70 (74.47%)	61 (76.25%)	29 (80.56%)	186 (72.66%)
Tak	20 (43.48%)	24 (25.53%)	19 (23.75%)	7 (19.44%)	70 (27.34%)
Total	46 (100.00%)	94 (100.00%)	80 (100.00%)	36 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(3) = 7.83$; $p = 0.050$.



Rycina 110. Odsetek dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychologicznej a wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

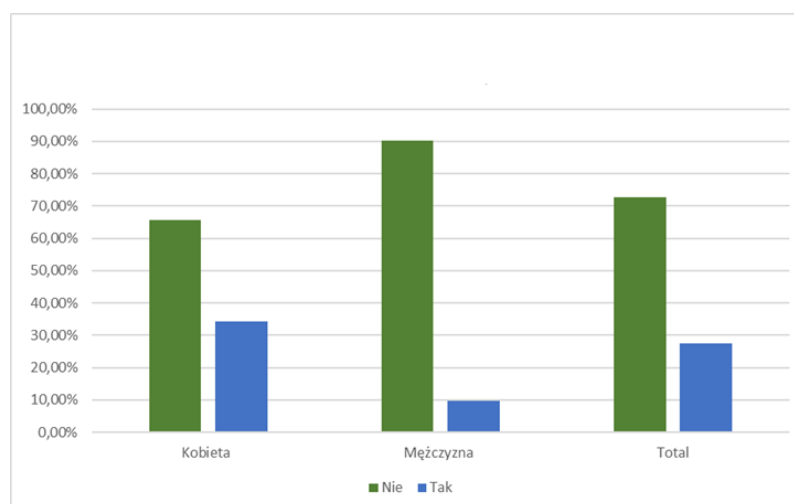
W celu weryfikacji zależności od płci przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Analiza testem Chi Kwadrat wykazała istotną zależność $\chi^2(1) = 15.66$; $p < 0.001$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.25 co wskazuje, że siła relacji pomiędzy zestawianymi zmiennymi była statystycznie słaba. W celu analizy dokładnych różnic wartości przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań N

= 1). Analiza wykazała, że kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni korzystają z pomocy psychologicznej (34.24% do 9.72%).

Tabela 90. Oszacowanie kolumnowe dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychologicznej a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Deklaracja korzystania z pomocy psychologicznej	Płeć		
	Kobieta	Mężczyzna	Total
Nie	121 (65.76%)	65 (90.28%)	186 (72.66%)
Tak	63 (34.24%)	7 (9.72%)	70 (27.34%)
Total	184 (100.00%)	72 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(1) = 15.66$; $p < 0.001$.



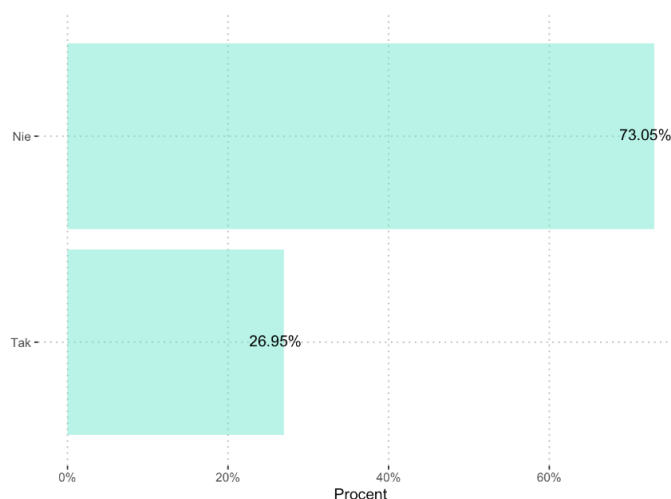
Rycina 111. Odsetek dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychologicznej a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Analogiczne analizy wykonano dla deklaracji badanych dotyczącej korzystania z pomocy psychoterapeutów. Analiza dla zmiennej wykazała, że liczebność poszczególnych wskazań: nie korzysta/ korzysta wynosiła odpowiednio 187, 69 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.73, 0.27), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 54.39$; $p < 0.001$. Wynik wskazał zatem, że w grupie badanej 27% ankietowanych korzysta z pomocy psychoterapeuty.

Tabela 91. Częstość występowania zmiennej: deklaracja badanego nt. korzystania z pomocy psychoterapeutycznej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy w związku z obecnością choroby korzysta lub korzystał/a Pani/Pan z pomocy psychoterapeuty?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	187	73	187	73
Tak	69	27	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 54.39$; $p < 0.001$



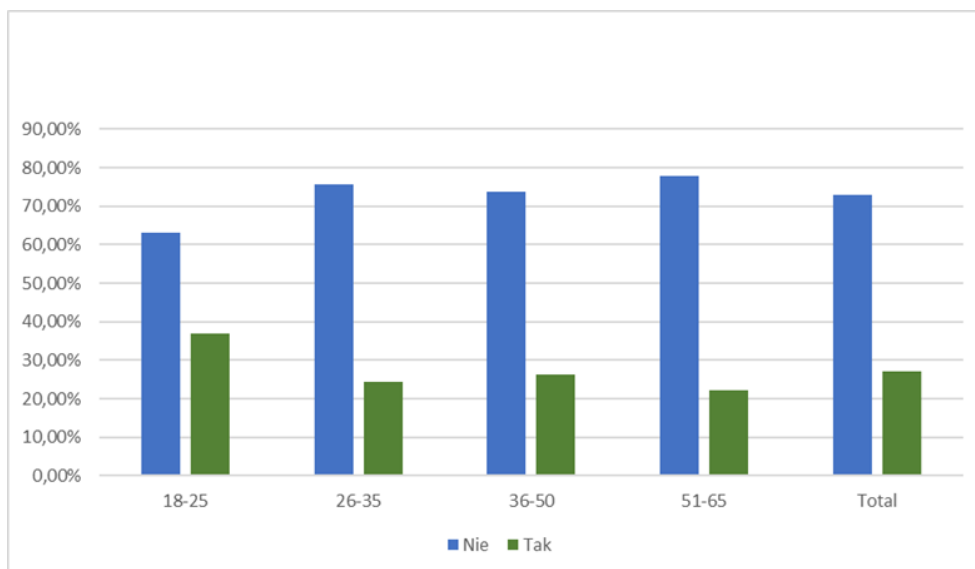
Rycina 112. Odsetek występowania zmiennej: deklaracja badanego nt. korzystania z pomocy psychoterapeutycznej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Wykonano także analizę istotności i siły relacji oraz test proporcji występowania wartości kolumnowych dla deklaracji korzystania z pomocy psychoterapeutycznej względem wieku i płci. Analiza testem Chi Kwadrat dla wieku wykazała brak istotnej zależności, $\chi^2(3) = 3.06$; $p = 0.382$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.11. W celu analizy dokładnych różnic wartości przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 6$). W grupie badanej nie zauważono tendencji związanej z wiekiem względem korzystania z pomocy psychoterapeutycznej, a odsetki dla poszczególnych grup wiekowych były zbliżone.

Tabela 92. Oszacowanie kolumnowe dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychoterapeutycznej a wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Deklaracja korzystania z pomocy psychoterapeutycznej	Wiek				Total
	18-25	26-35	36-50	51-65	
Nie	29 (63.04%)	71 (75.53%)	59 (73.75%)	28 (77.78%)	187 (73.05%)
Tak	17 (36.96%)	23 (24.47%)	21 (26.25%)	8 (22.22%)	69 (26.95%)
Total	46 (100.00%)	94 (100.00%)	80 (100.00%)	36 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(3) = 3.06$; $p = 0.382$.



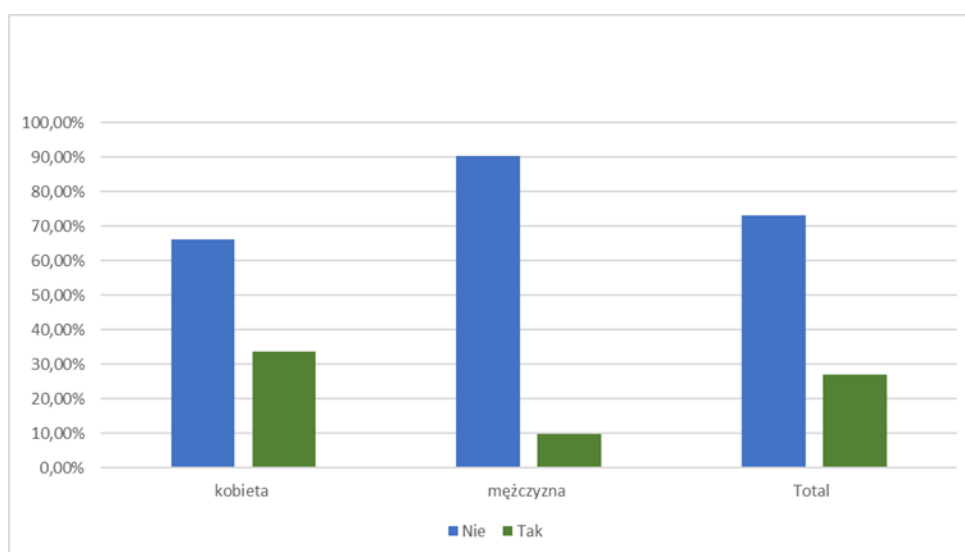
Rycina 113. Odsetek dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychoterapeutycznej a wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

W celu weryfikacji zależności dla płci przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Analiza testem Chi Kwadrat wykazała istotną zależność $\chi^2(1) = 15.11$; $p < 0.001$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.24 co wskazuje, że siła relacji pomiędzy zestawianymi zmiennymi była statystycznie słaba. W celu analizy dokładnych różnic wartości przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 1$). Badanie wykazało, że kobiety częściej niż mężczyźni udają się na konsultacje psychoterapii (33.70% do 9.72%).

Tabela 93. Oszacowanie kolumnowe dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychoterapeutycznej a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Deklaracja korzystania z pomocy psychoterapeutycznej	Płeć		
	kobieta	mężczyzna	Total
Nie	122 (66.30%)	65 (90.28%)	187 (73.05%)
Tak	62 (33.70%)	7 (9.72%)	69 (26.95%)
Total	184 (100.00%)	72 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(1) = 15.11$; $p < 0.001$.



Rycina 114. Odsetek dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychoterapeutycznej a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

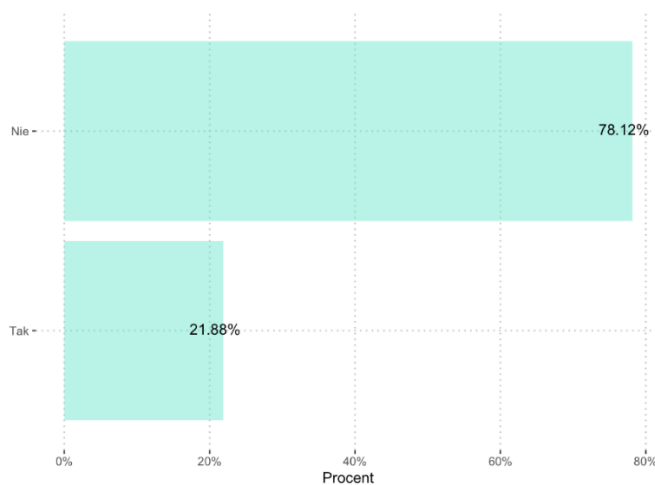
Analizie poddano także, czy chorzy na łuszczycę odbywają wizyty u lekarza psychiatry. Wykazała ona, że liczebność wskazań nie korzysta/ korzysta z wizyt u psychiatry wynosiła odpowiednio 200, 56 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.78, 0.22), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(1) = 81.00$; $p < 0.001$.

Tabela 94. Częstość występowania zmiennej: deklaracja badanego nt. korzystania z pomocy psychiatrycznej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy w związku z obecnością choroby korzysta lub korzystał/a Pani/Pan z pomocy lekarza psychiatry?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	200	78	200	78

Tak	56	22	256	100
-----	----	----	-----	-----

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(1) = 81.00$; $p < 0.001$



Rycina 115. Odsetek występowania zmiennej: deklaracja badanego nt. korzystania z pomocy psychiatrycznej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

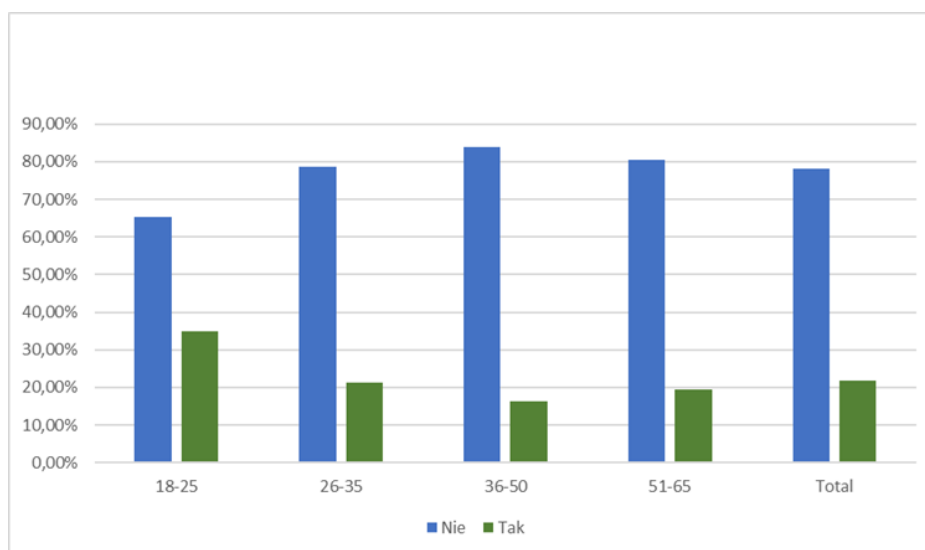
Wykonano także serię analiz weryfikacji zależności między uczęszczaniem na wizyty u lekarza psychiatry a wiekiem i płcią badanych. Analiza testem Chi Kwadrat dla wieku wykazała brak istotnej zależności, $\chi^2(3) = 6.11$; $p = 0.106$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.15. W celu analizy dokładnych różnic wartości przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 6$). Badanie wykazało, że najczęściej z wizyt psychiatrycznych korzystali badani z grupy wiekowej 18 – 25 lat (34.78%), następnie z grupy 26 – 35 lat (21.28%), kolejno badani w wieku 51 – 65 lat – 19.44%.

Tabela 95. Oszacowanie kolumnowe dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychiatrycznej a wiekiem badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych

Czy w związku z obecnością choroby korzysta lub korzystał/a Pani/Pan z pomocy lekarza psychiatry?	Wiek				Total
	18-25	26-35	36-50	51-65	
Nie	30 (65.22%)	74 (78.72%)	67 (83.75%)	29 (80.56%)	200 (78.13%)
Tak	16 (34.78%)	20 (21.28%)	13 (16.25%)	7 (19.44%)	56 (21.88%)

Total	46 (100.00%)	94 (100.00%)	80 (100.00%)	36 (100.00%)	256 (100.00%)
-------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	------------------

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(3) = 6.11$; $p = 0.106$.



Rycina 116. Odsetek dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychiatrycznej a wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

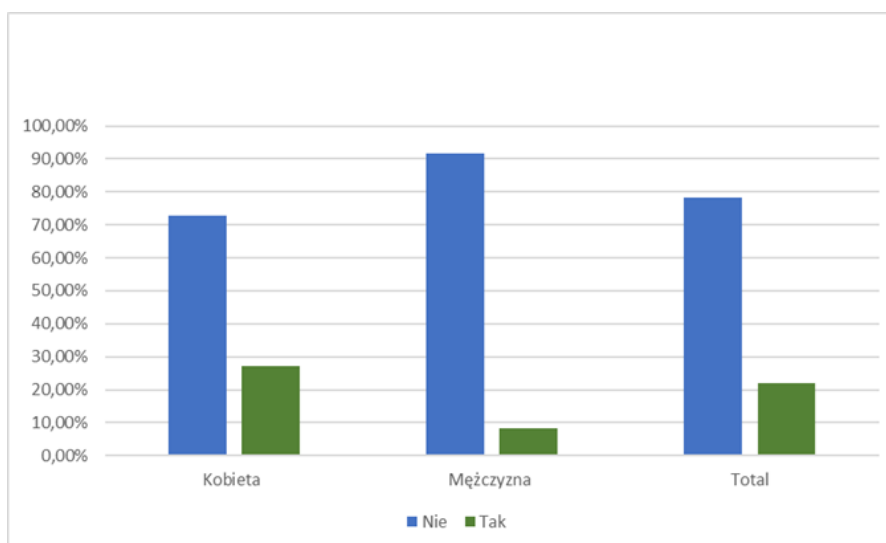
W celu weryfikacji zależności względem płci przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Analiza testem Chi Kwadrat wykazała istotną zależność $\chi^2(1) = 10.75$; $p = 0.001$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.20 co wskazuje, że siła relacji pomiędzy zestawianymi zmiennymi była statystycznie słaba. W celu analizy dokładnych różnic wartości przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 1$). Badanie wykazało, że kobiety częściej niż mężczyźni korzystają z wizyt u lekarzy psychiatrów (27.17% do 8.33%).

Tabela 96. Oszacowanie kolumnowe dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychiatrycznej a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Deklaracja korzystania z pomocy psychiatrycznej	Płeć		
	Kobieta	Mężczyzna	Total
Nie	134 (72.83%)	66 (91.67%)	200 (78.13%)
Tak	50 (27.17%)	6 (8.33%)	56 (21.88%)

Total	184 (100.00%)	72 (100.00%)	256 (100.00%)
-------	---------------	--------------	------------------

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(1) = 10.75$; $p = 0.001$.



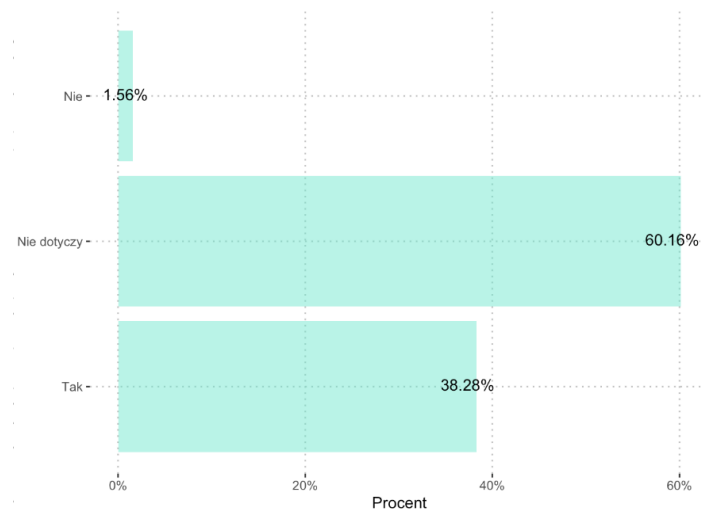
Rycina 117. Odsetek dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychoterapeutycznej a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Następnie analizie poddano, czy osoby będące pod opieką specjalistów zdrowia psychicznego odczuwają poprawę w tym zakresie. Wynik jej wykazał, że liczebność poszczególnych wskazań badanych: nie, nie dotyczy oraz tak wynosiła odpowiednio 4, 154, 98 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.02, 0.60, 0.38), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(2) = 134.66$; $p < 0.001$.

Tabela 97. Ocena odczuć poprawy zdrowia psychicznego badanych będących pod opieką specjalistów zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Czy będąc pod opieką specjalistów zdrowia psychicznego odczuwa Pani/Pan poprawę swojego zdrowia?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie	4	2	4	2
Nie dotyczy	154	60	158	62
Tak	98	38	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(2) = 134.66$; $p < 0.001$



Rycina 118. Ocena odczuć poprawy zdrowia psychicznego badanych będących pod opieką specjalistów zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Przeprowadzono także analizę istotności i siły relacji oraz testy proporcji występowania wartości kolumnowych dla poszczególnych wskaźników (deklaracja korzystania z pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznej i opieki psychiatrycznej) względem oceny poprawy stanu zdrowia psychicznego przez badanych.

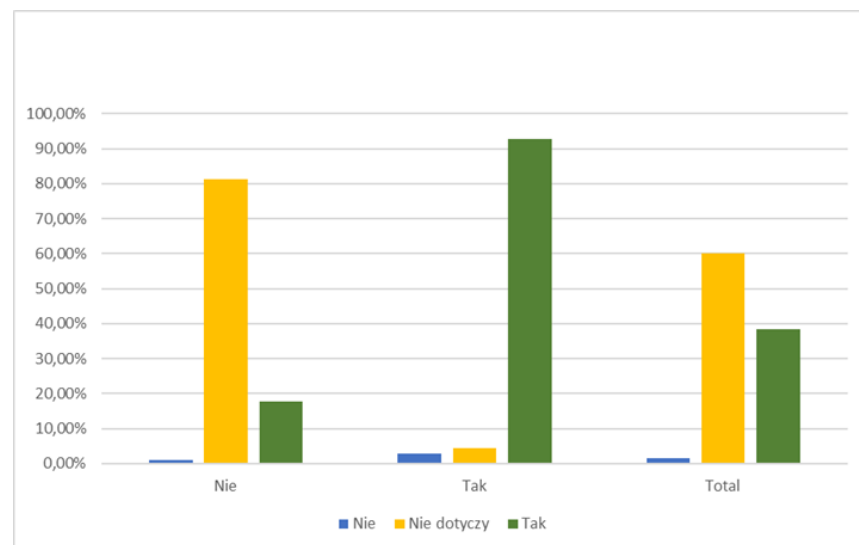
- Deklaracja korzystania z pomocy psychologicznej a ocena poprawy stanu psychicznego

W celu weryfikacji zależności przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Ze względu na występowanie wartości oczekiwanych mniejszych niż 5, zastosowano korektę istotności statystycznej metodą dokładnego testu Fishera. Analiza testem Chi Kwadrat wykazała istotną zależność $\chi^2(2) = 125.99$; $p < 0.001$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.70 co wskazuje, że siła relacji pomiędzy zestawianymi zmiennymi była statystycznie mocna. W celu analizy dokładnych różnic wartości przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 1$). 92.86% badanych, którzy zadeklarowali korzystanie z konsultacji psychologicznej wskazują na poprawę swojego stanu psychicznego dzięki tego rodzaju pomocy.

Tabela 98. Oszacowanie kolumnowe dla relacji korzystania z pomocy psychologicznej a oceny poprawy stanu zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Ocena poprawy stanu zdrowia psychicznego	Deklaracja korzystania z pomocy psychologicznej		
	Nie	Tak	Total
Nie	2 (1.08%)	2 (2.86%)	4 (1.56%)
Nie dotyczy	151 (81.18%)	3 (4.29%)	154 (60.16%)
Tak	33 (17.74%)	65 (92.86%)	98 (38.28%)
Total	186 (100.00%)	70 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(2) = 125.99$; $p < 0.001$.



Rycina 119. Odsetek dla relacji korzystania z pomocy psychologicznej a oceny poprawy stanu zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

- Deklaracja korzystania z pomocy psychoterapeutycznej a ocena poprawy stanu psychicznego

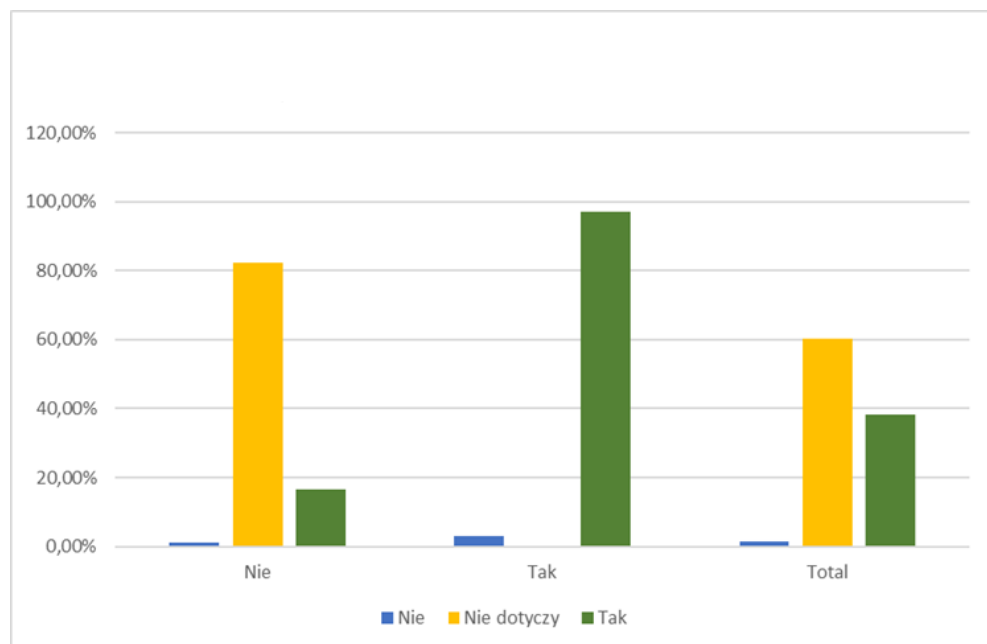
W celu weryfikacji zależności przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Ze względu na występowanie wartości oczekiwanych mniejszych niż 5, zastosowano korektę istotności statystycznej metodą dokładnego testu Fishera. Analiza testem Chi Kwadrat wykazała istotną zależność $\chi^2(2) = 143.27$; $p < 0.001$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była równa 0.75 co wskazuje, że siła relacji pomiędzy zestawianymi zmiennymi była statystycznie mocna. W celu analizy dokładnych różnic wartości przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 1$). Aż 97.10% badanych, którzy zadeklarowali,

że korzystają z pomocy psychoterapeutycznej, wskazało na skuteczność konsultacji i poprawę stanu zdrowia psychicznego.

Tabela 99. Oszacowanie kolumnowe dla relacji korzystania z pomocy psychoterapeutycznej a oceny poprawy zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Ocena poprawy stanu zdrowia psychicznego	Deklaracja korzystania z pomocy psychoterapeutycznej		
	Nie	Tak	Total
Nie	2 (1.07%)	2 (2.90%)	4 (1.56%)
Nie dotyczy	154 (82.35%)	0 (0.00%)	154 (60.16%)
Tak	31 (16.58%)	67 (97.10%)	98 (38.28%)
Total	187 (100.00%)	69 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(2) = 143.27$; $p < 0.001$.



Rycina 120. Odsetek dla relacji korzystania z pomocy psychoterapeutycznej a oceny poprawy stanu zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

- Deklaracja korzystania z pomocy psychiatrycznej a ocena poprawy stanu psychicznego

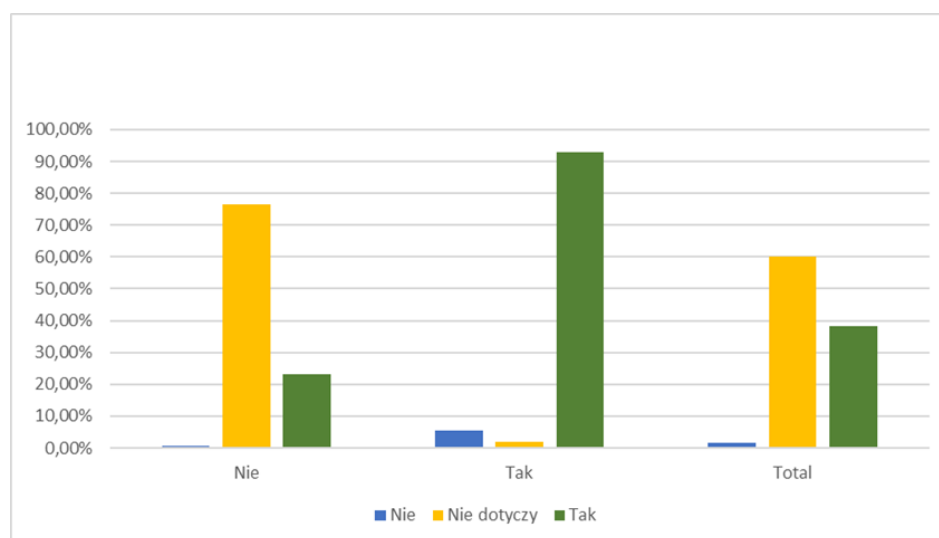
W celu weryfikacji zależności przeprowadzono analizę testem Chi kwadrat. Ze względu na występowanie wartości oczekiwanych mniejszych niż 5, zastosowano korektę istotności statystycznej metodą dokładnego testu Fishera. Analiza testem Chi Kwadrat wykazała istotną zależność $\chi^2(2) = 102.98$; $p < 0.001$. Wartość współczynnika siły zależności V Cramera była

równa 0.63 co wskazuje, że siła relacji pomiędzy zestawianymi zmiennymi była statystycznie umiarkowana. W celu analizy dokładnych różnic przeprowadzono serię testów proporcji wartości kolumnowych (w ilości porównań $N = 1$). Blisko 93% badanych, którzy uczęszczają na konsultacje psychiatryczne odczuwa poprawę w zakresie zdrowia psychicznego.

Tabela 100. Oszacowanie kolumnowe dla relacji korzystania z pomocy psychiatrycznej a oceny poprawy stanu zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Ocena poprawy stanu zdrowia psychicznego	Deklaracja korzystania z opieki psychiatrycznej		
	Nie	Tak	Total
Nie	1 (0.50%)	3 (5.36%)	4 (1.56%)
Nie dotyczy	153 (76.50%)	1 (1.79%)	154 (60.16%)
Tak	46 (23.00%)	52 (92.86%)	98 (38.28%)
Total	200 (100.00%)	56 (100.00%)	256 (100.00%)

Wynik testu dla badanej zależności między zmiennymi = $\chi^2(2) = 102.98$; $p < 0.001$.



Rycina 121. Odsetek dla relacji korzystania z pomocy psychiatrycznej a oceny poprawy stanu zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

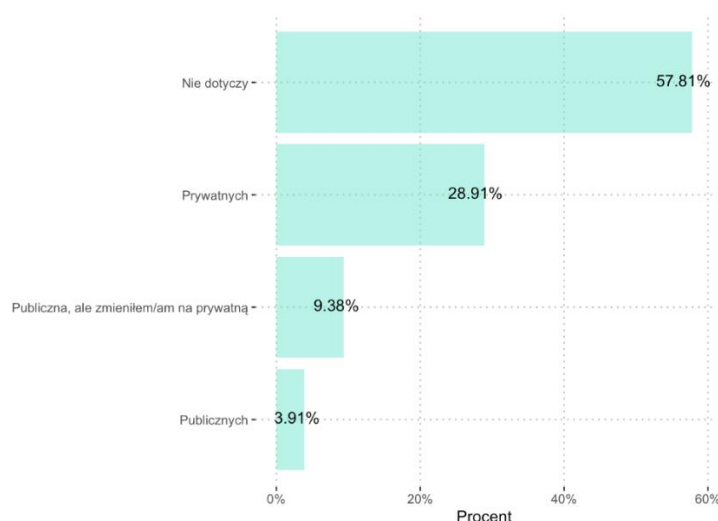
Sprawdzono, do jakiego typu placówek zdrowia psychicznego udają się badani – publicznych, prywatnych, bądź dokonali zmian w tym zakresie. Analiza wykazała, że liczebność

poszczególnych wskazań ankietowanych: nie dotyczy, prywatnych, publiczna, ale zmieniłem/am na prywatną oraz publicznych, wynosiła odpowiednio 148, 74, 24, 10 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.58, 0.29, 0.09, 0.04), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(3) = 182.38$; $p < 0.001$. Najczęściej badani, którzy korzystają z pomocy specjalistów zdrowia psychicznego, wskazywali, że udają się na wizyty do placówek prywatnych $n=74$ – 29%, najrzadziej z kolei do publicznych $n=10$, 4%.

Tabela 101. Deklaracja badanych dotycząca wyboru typu placówki zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Proszę wskazać, czy w związku z problemami na płaszczyźnie emocjonalnej, psychologicznej, psychicznej, kierował/a się Pani/Pan po pomoc do placówek publicznych czy prywatnych?	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
Nie dotyczy	148	58	148	58
Prywatnych	74	29	222	87
Publiczna, ale zmieniłem/am na prywatną	24	9	246	96
Publicznych	10	4	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(3) = 182.38$; $p < 0.001$



Rycina 122. Deklaracja badanych dotycząca wyboru typu placówki zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Następnie oceniono miesięczne koszty ponoszone przez badanych w związku z korzystaniem z pomocy specjalistów zdrowia psychicznego oraz kosztów leków, jeśli takie zostały zaordynowane. Wykonano serię analiz statystycznych, sprawdzających te założenia.

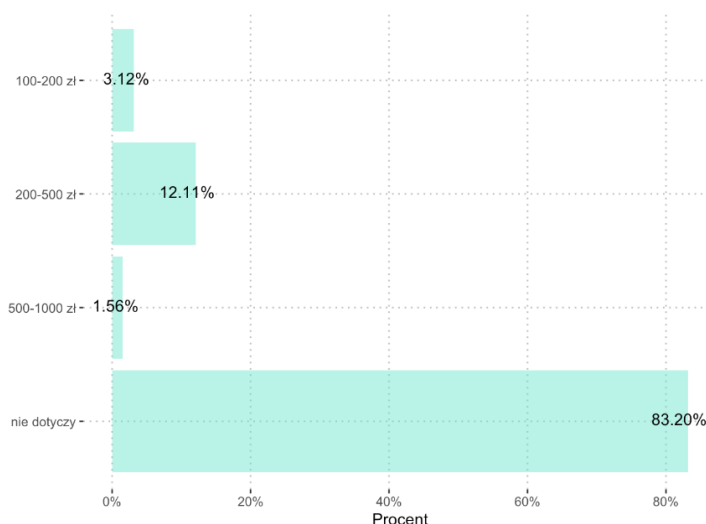
- Konsultacje psychologiczne

Analiza wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów kwot: 100-200 zł, 200-500 zł, 500-1000 zł oraz opcji „nie dotyczy” wynosiła odpowiednio 8, 31, 4, 213 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.03, 0.12, 0.02, 0.83), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(3) = 469.16$; $p < 0.001$. Wśród osób korzystających z konsultacji psychologicznych najczęściej miesięczna kwota w tym zakresie wynosiła od 200 do 500 zł, $n=31$, 12% (w stosunku do całej grupy $n=256$, z włączeniem ankietowanych, którzy nie korzystają z pomocy psychologicznej).

Tabela 102. Miesięczny koszt wizyt u psychologa w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Miesięczny koszt wizyt u psychologa	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
100-200 zł	8	3	8	3
200-500 zł	31	12	39	15
500-1000 zł	4	2	43	17
nie dotyczy	213	83	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(3) = 469.16$; $p < 0.001$



Rycina 123. Miesięczny koszt wizyt u psychologa w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

- Psychoterapia

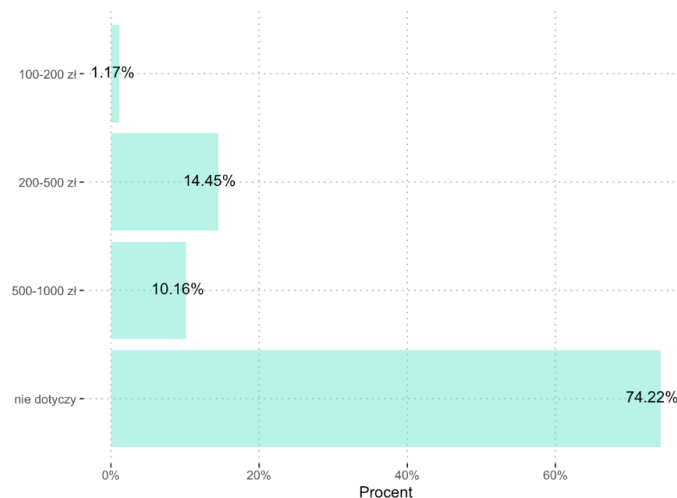
Analiza wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów 100-200 zł, 200-500 zł, 500-1000 zł, nie dotyczy wynosiła odpowiednio 3, 37, 26, 190 (ich odsetek wynosił odpowiednio

0.01, 0.14, 0.10, 0.74), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(3) = 340.16$; $p < 0.001$. Wśród osób korzystających z konsultacji psychoterapeutycznych najczęściej miesięczna kwota w tym zakresie wynosiła od 200 do 500 zł, $n=37$, 14%, a następnie przedział kwotowy 500 – 1000 zł, $n=26$, 10% (w stosunku do całej grupy $n=256$, z włączeniem ankietowanych, którzy nie korzystają z pomocy psychologicznej).

Tabela 103. Miesięczny koszt wizyt u psychoterapeuty w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Miesięczny koszt wizyt u psychoterapeuty	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
100-200 zł	3	1	3	1
200-500 zł	37	14	40	15
500-1000 zł	26	10	66	25
nie dotyczy	190	74	256	99

Brak sumy 100% w kolumnie Suma % wynika z nawarstwienia się błędów zaokrągleń wartości odsetkowych
 Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(3) = 340.16$; $p < 0.001$



Rycina 124. Miesięczny koszt wizyt u psychoterapeuty w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

- Wizyty psychiatryczne

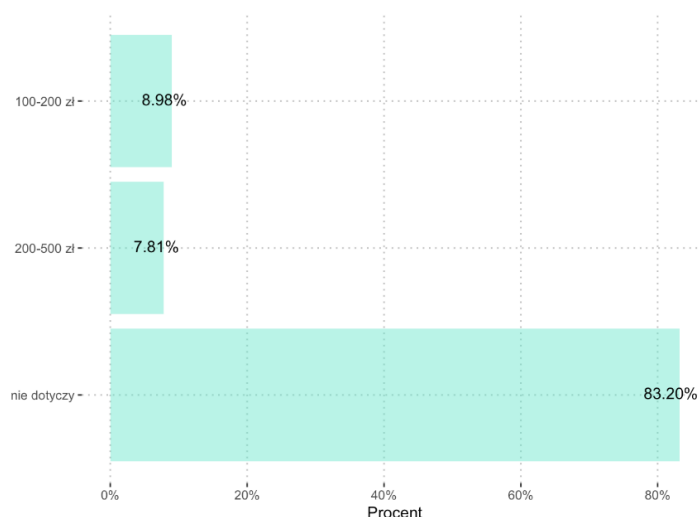
Analiza wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów 100-200 zł, 200-500 zł, nie dotyczy wynosiła odpowiednio 23, 20, 213 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.09, 0.08, 0.83), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(2) = 286.55$; $p < 0.001$. Wśród osób korzystających z konsultacji psychiatrycznych najczęściej miesięczna kwota w tym zakresie wynosiła od 100 do 200 zł,

n=23, 9% (w stosunku do całej grupy n=256, z włączeniem ankietowanych, którzy nie korzystają z pomocy psychologicznej).

Tabela 104. Miesięczny koszt wizyt u psychiatry w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Miesięczny koszt wizyt u psychiatry	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
100-200 zł	23	9	23	9
200-500 zł	20	8	43	17
nie dotyczy	213	83	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(2) = 286.55$; $p < 0.001$



Rycina 125. Miesięczny koszt wizyt u psychiatry w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

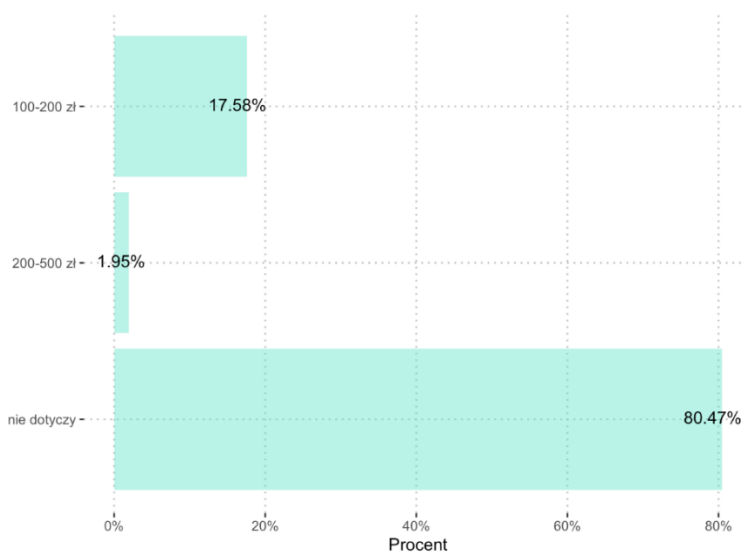
- Leki

Analiza wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów 100-200 zł, 200-500 zł, nie dotyczy wynosiła odpowiednio 45, 5, 206 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.18, 0.02, 0.80), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(2) = 265.32$; $p < 0.001$. Najczęściej badani wskazywali, że miesięczne kwoty leków to od 100 do 200 zł miesięcznie – n=45, 18% (w stosunku do całej grupy n=256, z włączeniem ankietowanych, którzy nie korzystają z pomocy psychologicznej).

Tabela 105. Miesięczny koszt leków przeciwdepresyjnych w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Miesięczny koszt leków przeciwdepresyjnych	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
100-200 zł	45	18	45	18
200-500 zł	5	2	50	20
nie dotyczy	206	80	256	100

Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(2) = 265.32$; $p < 0.001$



Rycina 126. Miesięczny koszt leków przeciwdepresyjnych w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Kwestionariusz DLQI

Ostatni etap badania stanowił Kwestionariusz DLQI – stopień zaawansowania łuszczycy. Odpowiedzi udzielone przez badanych przeliczono na podstawie legendy zawartej w kwestionariuszu, co umożliwiło systematyzację wyników i utworzenie grup badanych pod względem stopnia obniżenia jakości życia. Wyniki poddano serii analiz statystycznych, dokonano porównania zależności wyników DLQI względem wieku badanych, płci, postaci łuszczycy oraz ocen badanych dotyczących negatywnego wpływu łuszczycy na jakość życia i utrudnień w codziennym funkcjonowaniu warunkowanych chorobą. Średnia dla DLQI w grupie badanej wynosiła 7.68, mediana = 7. Wyniki te, według skali legendy wskazują na umiarkowanie obniżoną jakość życia (moderate effect).

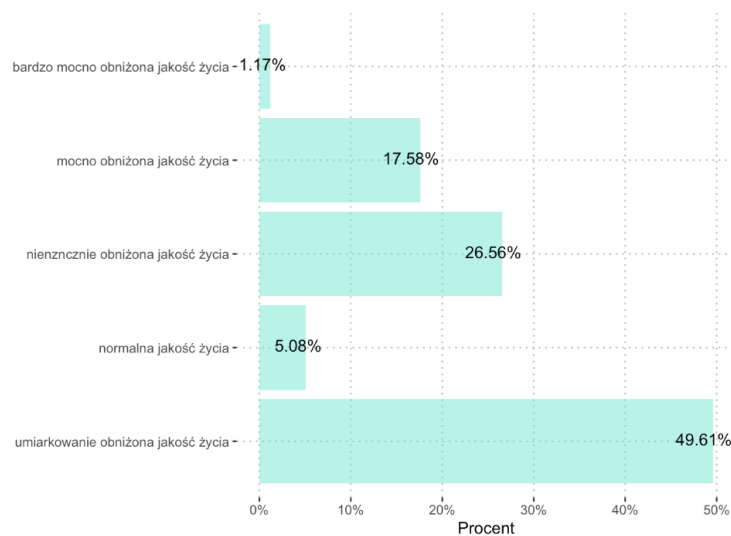
Analiza dla DLQI wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów (bardzo mocno obniżona jakość życia, mocno obniżona jakość życia, nieznacznie obniżona jakość życia,

normalna jakość życia, umiarkowanie obniżona jakość życia) wynosiła odpowiednio 3, 45, 68, 13, 127 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.01, 0.18, 0.27, 0.05, 0.50), co stanowiło sumę 256 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(4) = 192.36$; $p < 0.001$ (najczęściej występowała wartość umiarkowanie obniżona jakość życia $n = 127$, a najrzadziej wartość bardzo mocno obniżona jakość życia $n = 3$).

Tabela 106. Wyniki DLQI w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

DLQI	<i>n</i>	%	Suma <i>n</i>	Suma %
bardzo mocno obniżona jakość życia	3	1	3	1
mocno obniżona jakość życia	45	18	48	19
nieznacznie obniżona jakość życia	68	27	116	46
normalna jakość życia	13	5	129	51
umiarkowanie obniżona jakość życia	127	50	256	101

Brak sumy 100% w kolumnie Suma % wynika z nawarstwienia się błędów zaokrągleń wartości odsetkowych
Wynik oszacowania testu Chi Kwadrat dla jednej zmiennej: $\chi^2(4) = 192.36$; $p < 0.001$



Rycina 127. Wyniki DLQI w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

- Wynik DLQI a wiek

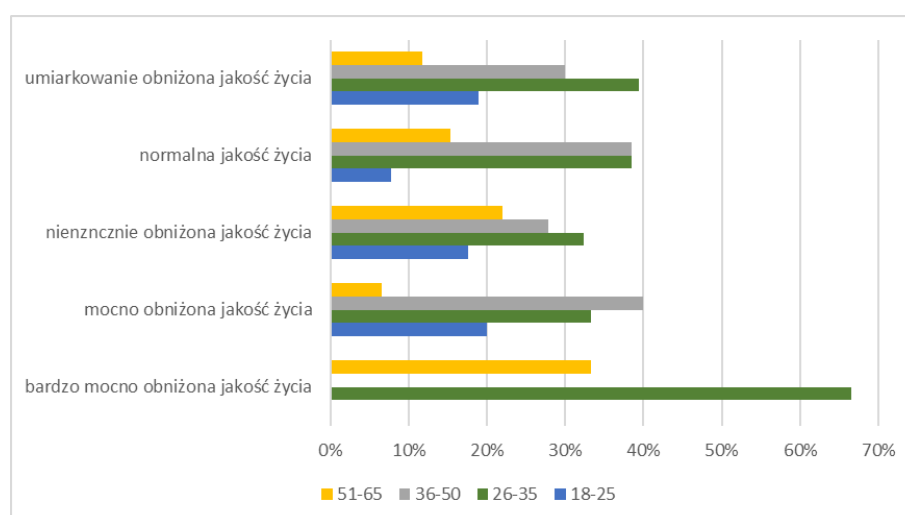
Porównanie wyniku DLQI i wieku badanych dało wynik testu Chi kwadrat: $\chi^2(1) = 11.63$, a współczynnika V Cramera: 0.123 (słaba istotność statystyczna). Mocno obniżona jakość życia występowała jedynie w grupie wiekowej 26 – 35 lat (66,6%) i w grupie wiekowej 51 – 65 lat (33,3%). Szczegółowe wyniki analizy przedstawia Tabela 107 oraz Rycina 128.

Tabela 107. Rozkład procentowy zależności wyniku DLQI od wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Wynik DLQI	18-25	26-35	36-50	51-65	Total
bardzo mocno obniżona jakość życia	0%	67%	0%	33%	100%
mocno obniżona jakość życia	20,00%	33,33%	40%	6,66%	99,99%
nieznacznie obniżona jakość życia	17,65%	32,35%	27,95%	22,05%	100,00%
normalna jakość życia	7,70%	38,46%	38,46%	15,38%	100,00%
umiarkowanie obniżona jakość życia	18,90%	39,37%	29,92%	11,80%	99,99%

Chi kwadrat: $\chi^2(1) = 11.63$, V Cramera: 0.123

Brak sumy 100% w kolumnie Suma % wynika z nawarstwienia się błędów zaokrągleń wartości odsetkowych



Rycina 128. Odsetek dla relacji wyniku DLQI badanych względem wieku. Opracowanie na podstawie badań własnych.

- Wynik DLQI a płeć

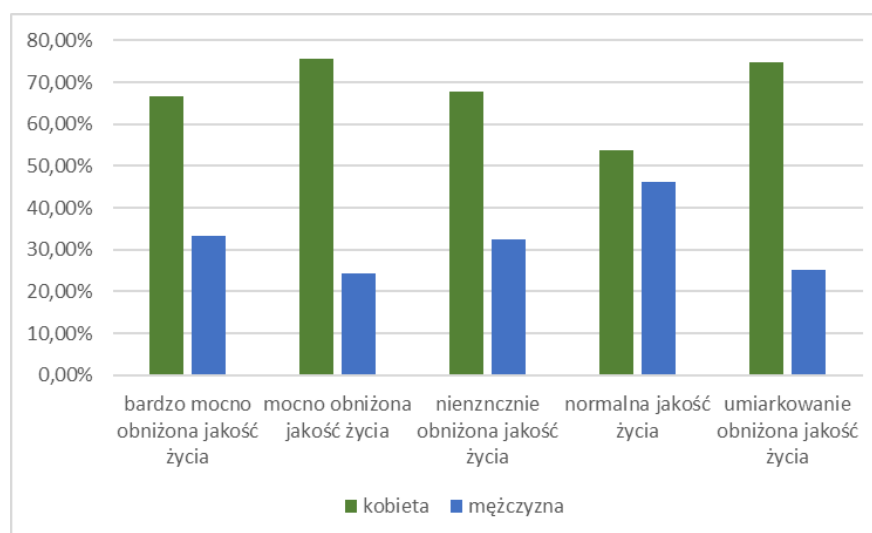
Dla podjętej analizy wykonano test Chi – kwadrat ($\chi^2(1) = 3.57$) oraz określono współczynnik T – Czuprowa = 0.08 (słaba istotność statystyczna). Szczegółowe wyniki analizy przedstawia Tabela 108 oraz Rycina 129.

Tabela 108. Rozkład procentowy zależności wyniku DLQI od płci badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Wynik DLQI	kobieta	mężczyzna	Total
bardzo mocno obniżona jakość życia	66,66%	33,33%	99,99%
mocno obniżona jakość życia	75,55%	24,45%	100,00%
nieznacznie obniżona jakość życia	67,64%	32,36%	100,00%
normalna jakość życia	53,84%	46,16%	100,00%
umiarkowanie obniżona jakość życia	74,80%	25,20%	100,00%

Chi kwadrat: $\chi^2(1) = 3.57$, T – Czuprowa : 0.08

Brak sumy 100% w kolumnie Suma % wynika z nawarstwienia się błędów zaokrągleń wartości odsetkowych



Rycina 129. Odsetek dla relacji wyniku DLQI badanych względem płci. Opracowanie na podstawie badań własnych.

- Wynik DLQI a postać łuszczycy

Dla podjętej analizy wykonano test Chi – kwadrat ($\chi^2(1) = 110.96$) oraz określono współczynnik T – Czuprowa (T = 0.38), co wskazało na umiarkowany związek między zmiennymi. Szczegółowe wyniki analizy przedstawia Tabela 109 oraz Rycina 130.

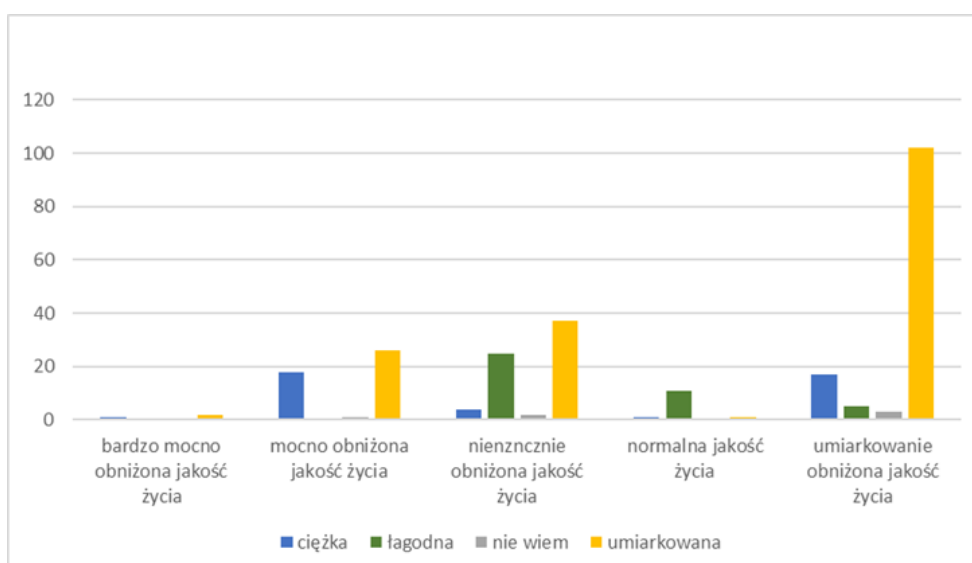
Tabela 109. Częstość występowania wyniku DLQI w odniesieniu do postaci łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

DLQI	ciężka	łagodna	nie wiem	umiarkowana	Total
bardzo mocno obniżona jakość życia	33,33%	0%	0%	66,66%	99,99%

mocno obniżona jakość życia	40%	0%	2,23%	57,7%	100%
nieznacznie obniżona jakość życia	5,88%	36,76%	2,94%	54,41%	99,99%
normalna jakość życia	7,69%	84,61	0	7,69%	99,99%
umiarkowanie obniżona jakość życia	13,38%	3,94%	2,36%	80,31%	99,99%

Chi kwadrat: $\chi^2(1) = 110,96$, V - Cramera: 0.38

Brak sumy 100% w kolumnie Suma % wynika z nawarstwienia się błędów zaokrągleń wartości odsetkowych



Rycina 130. Odsetek dla relacji wyniku DLQI względem postaci łuszczycy w grupie badanej.

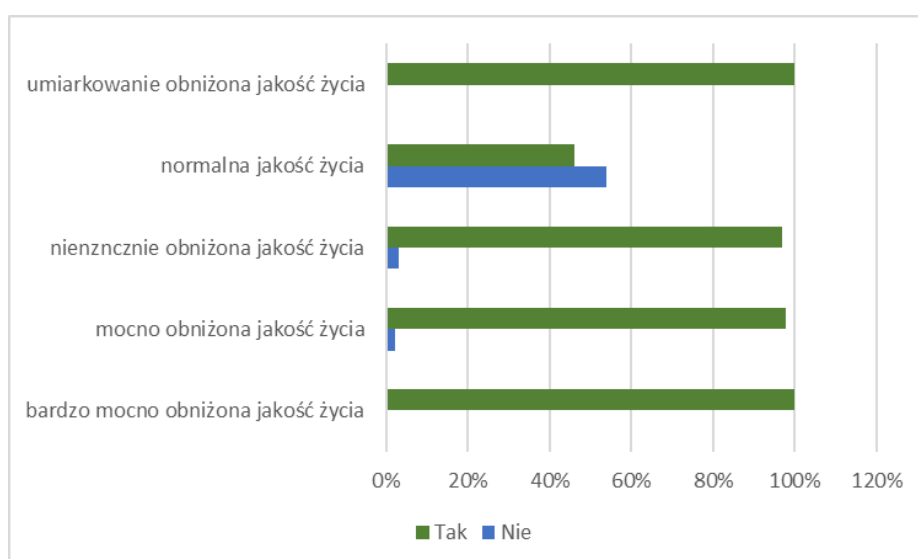
- Wynik DLQI a ocena badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na jakość życia

Dla podjętej analizy wykonano test Chi – kwadrat ($\chi^2(1) = 92,17$) oraz określono współczynnik T – Czuprowa ($T = 0,42$), co wskazało na umiarkowany związek między zmiennymi. Szczegółowe wyniki analizy przedstawia Tabela 110 oraz Rycina 131.

Tabela 110. Rozkład procentowy dla zależności wyniku DLQI i oceny badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na jakość życia. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Wynik DLQI	Nie	Tak	Total
bardzo mocno obniżona jakość życia	0%	100%	100%
mocno obniżona jakość życia	2,22%	97,78%	100%
nieznacznie obniżona jakość życia	2,94%	97,06%	100%
normalna jakość życia	53,85%	46,15%	100%
umiarkowanie obniżona jakość życia	0%	100%	100%

Chi kwadrat: $\chi^2(1) = 92,17$, T – Czuprowa: 0.42



Rycina 131. Odsetek dla relacji wyniku DLQI i oceny badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na jakość życia.

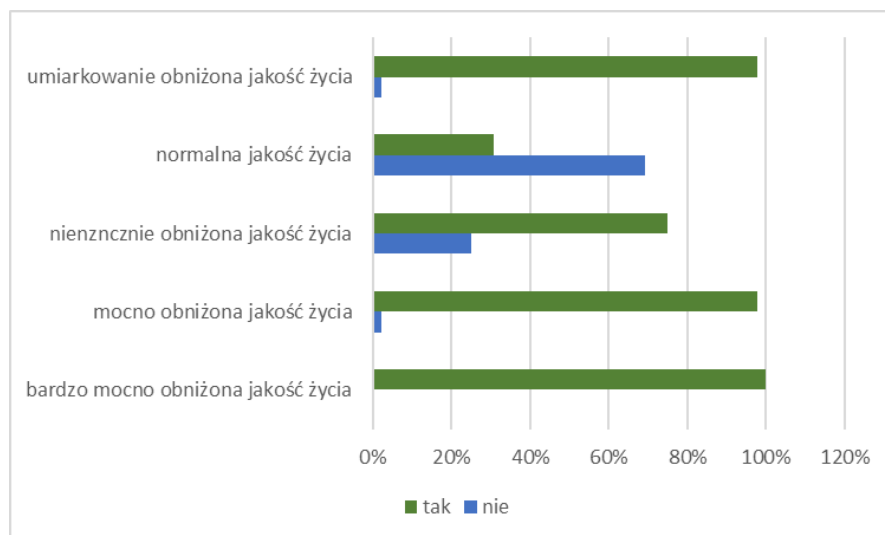
- Wynik DLQI a ocena badanych dotycząca trudnień w życiu codziennym ze względu na obecność łuszczycy

Dla podjętej analizy wykonano test Chi – kwadrat ($\chi^2(1) = 68.22$) oraz określono współczynnik T – Czuprowa ($T = 0.36$), co wskazało na umiarkowany związek między zmiennymi. Szczegółowe wyniki analizy przedstawiono poniżej.

Tabela 111. Rozkład procentowy dla zależności wyniku DLQI i oceny badanych trudnień w życiu codziennym ze względu na obecność łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Wynik DLQI	nie	tak	Total
bardzo mocno obniżona jakość życia	0%	100%	100%
mocno obniżona jakość życia	2,22%	97,78%	100%
nieznacznie obniżona jakość życia	25%	75%	100%
normalna jakość życia	69,23%	30,77%	100%
umiarkowanie obniżona jakość życia	2,24%	97,76%	100%

Chi kwadrat: $\chi^2(1) = 68.22$, T – Czuprowa: 0.36



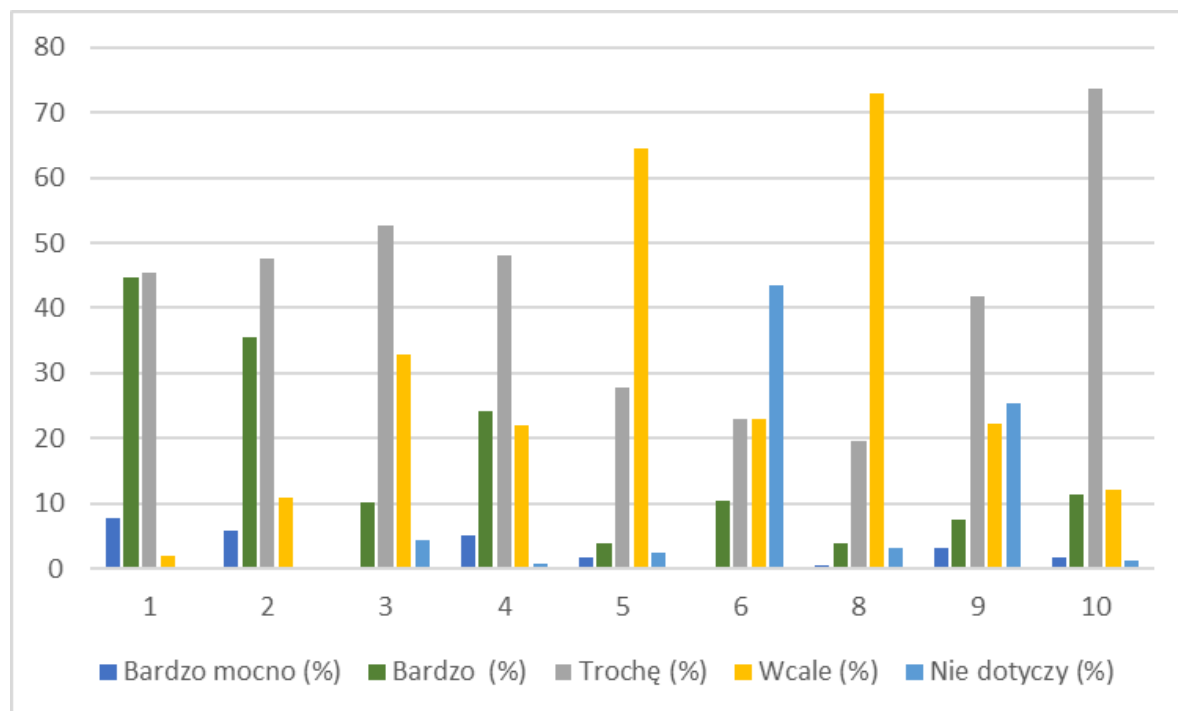
Rycina 132. Odsetek dla relacji wyniku DLQI i oceny badanych utrudnień w życiu codziennym ze względu na obecność łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Ponadto przeanalizowano szczegółowe odpowiedzi badanych, na poszczególne pytania zawarte w kwestionariuszu DLQI. W Tabeli przedstawiono wskazania respondentów dotyczące pytań 1 – 6 oraz 8 – 10. Pytania te dotyczyły objawów skórnych, uczucia zakłopotania i zażenowania, utrudnień w wykonywaniu codziennych czynności, w ubiorze, spędzaniu wolnego czasu, aktywności fizycznej, problemów w kontaktach z najbliższymi, trudnościami związanymi z aktywnością seksualną oraz czy leczenie łuszczycy stanowiły obciążenie w zakresie zaabsorbowania czasu czy utrzymania porządku. Najwyższy odsetek odpowiedzi „bardzo mocny”, wskazujących na to, że wpływ dolegliwości skórnych i chory był zakłopotany stanem skóry wynosiły kolejno 7.8% oraz 5.9%. Najczęściej jednak badani określając, jak w ciągu ostatniego tygodnia odczuwali dolegliwości związane z łuszczycą, podawali, że „bardzo” – 44.7% oraz „trochę” 45.5%. Podobnie w przypadku wykonywania codziennych czynności respondenci podawali „bardzo” oraz „trochę” (kolejno 35.5% oraz 47.7%). Wysokie wartości procentowe odczytano także dla pytania 5., które dotyczyło wpływu łuszczycy na spędzanie wolnego czasu i życie towarzyskie – 64.5% badanych wskazało, że łuszczycy wcale nie wpłynęła na tę sferę ich życia w ostatnim tygodniu, a 27.7% określiło, że „trochę”. Podobnie w przypadku wpływu choroby na kontakty z najbliższymi – 72.9% badanych zadeklarowało, że wcale, 19.6% wskazało odpowiedź „trochę”. Rycina 134 z kolei dotyczy rozkładu odpowiedzi respondentów, dotyczących uniemożliwienia pracy lub nauki oraz utrudnień związanych z dolegliwościami skórными w ciągu ostatniego tygodnia. Jedynie 1.25% badanych wskazało, że dolegliwości uniemożliwiały pracę lub naukę, natomiast 2.36%

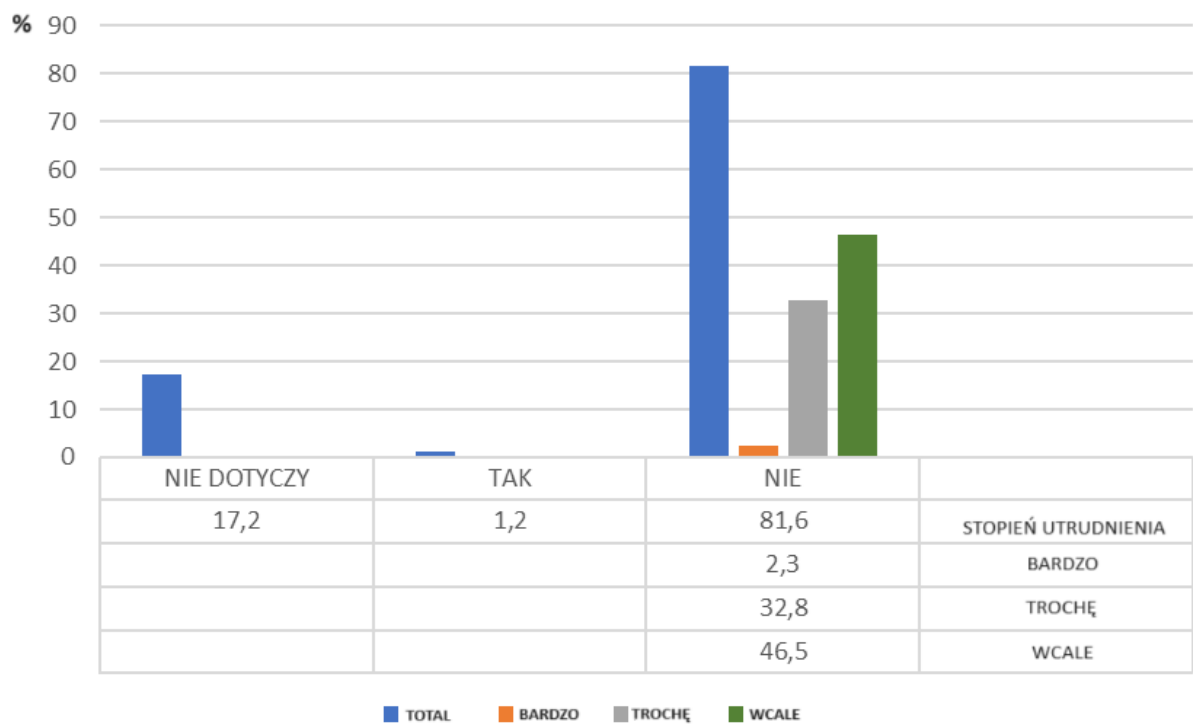
określiło, że bardzo utrudniały pracę lub naukę, 32.8%, że utrudniały „trochę”, a 46.5%, że wcale.

Tabela 112. Rozkład procentowy dla odpowiedzi badanych: kwestionariusz DLQI (pyt. 1-6, 8-10). Opracowanie na podstawie badań własnych.

ODPOWIEDŹ					
Pytanie	Bardzo mocno (%)	Bardzo (%)	Trochę (%)	Wcale (%)	Nie dotyczy (%)
1	7,8	44,7	45,5	2	0
2	5,9	35,5	47,7	10,9	0
3	0	10,2	52,7	32,8	4,3
4	5,1	24,2	48	21,9	0,8
5	1,6	3,9	27,7	64,5	2,3
6	0	10,5	23	23	43,4
8	0,4	3,9	19,6	72,9	3,1
9	3,1	7,4	41,8	22,3	25,4
10	1,6	11,3	73,8	12,1	1,2



Rycina 133. Odpowiedzi badanych: kwestionariusz DLQI (pyt. 1-6, 8-10). Opracowanie na podstawie badań własnych.



Rycina 134. Odpowiedzi badanych: kwestionariusz DLQI, pytanie 7. Opracowanie na podstawie badań własnych.

V. DYSKUSJA

Łuszczyca stanowi jedną z najczęstszych chorób o podłożu autoimmunologicznym, w której przebiegu występują liczne schorzenia współistniejące, w tym zaburzenia depresyjne. Doniesienia literaturowe wskazują, że łuszczyca, jako choroba o charakterze wielokierunkowym, stanowi istotny problem w zakresie terapii samej dermatozy, jak i towarzyszących jej zaburzeń. Nie bez znaczenia pozostaje fakt jej wpływu na sferę emocjonalną, psychiczną i jakość życia chorych, ale także aspekt ekonomiczny i społeczny.

Schonmann et al. [156], na podstawie zebranych przez siebie wyników wskazują, że średni wiek zachorowania stanowi ok. 42. rok życia, zwracając uwagę na szczyt ok. 30. i 60. roku życia, zaznaczając jednak, że znaczna część nowych przypadków łuszczycy (prawie ½) stanowią te przed 40. rokiem życia, czyli łuszczycy o tzw. wczesnym początku [156]. Dane zebrane w badaniach własnych zdają się potwierdzać tę zależność. Blisko 50% badanych doświadczyło pierwszych objawów łuszczycy między 20. a 40. rokiem życia. Kolejno 25% i 21% stanowiły zachorowania w dzieciństwie oraz okresie dojrzewania. Z kolei u 5.47% w grupie badanej pierwsze objawy dermatozy wystąpiły po 50. roku życia, przy czym chorzy w grupie wiekowej 51 – 65 stanowili 14.06% całej grupy badanej. Iskandar et al. [157], dokonując przeglądu piśmiennictwa, potwierdzają wzorzec występowania łuszczycy w podobnych zakresach wiekowych oraz, że częstość występowania choroby wykazuje tendencję wzrostową do ok. 60-70. roku życia, po czym spada. Analizując natomiast długość choroby w grupie badanej zauważyć można, że osób, których dotyczy dermatoma stosunkowo niedługo, tj. kilka miesięcy, do roku, kilka lat (do 10), jest łącznie 44% (7% do roku, 32% kilka lat), następnie 36% tych, którzy zostali zdiagnozowani do kilkunastu lat wstecz. Można przypuszczać, że wzrost częstości występowania choroby wiąże się z większą świadomością choroby wśród lekarzy, ale i w populacji ogólnej, przez co pacjenci chętniej zgłaszają się z objawami skórnymi do specjalistów. Iskandar et al. podkreślają to założenie precyzując, że wzrost częstości występowania choroby wśród populacji niekoniecznie łączyć się musi ze wzrostem zachorowania, a prawdopodobnie wiąże z lepszą diagnostyką i dbałością o zdrowie, w tym częstszymi wizytami chorych z niepokojącymi objawami skórnymi niż w latach wcześniejszych [157].

Liczne doniesienia literaturowe podnoszą fakt, że łuszczyca stanowi schorzenie o podłożu genetycznym. W prowadzonym badaniu sprawdzono, czy w historii rodzinnej choroba ta występowała. Aż 56.64% respondentów wskazało, że w ich rodzinie jest osoba, która również choruje na tę dermatozę. Solmaz et al. [158] analizując tę zależność donoszą, że

według danych populacyjnych i badań epidemiologicznych ok. 40% chorych na łuszczycę ma krewnych pierwszego stopnia z łuszczycą bądź łuszczycowym zapaleniem stawów. Szczerkowska-Dobosz i Rębała [15] także wskazują na podobny odsetek, a im większe pokrewieństwo z osobą chorą, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia choroby. Ponadto autorzy wskazują, że dermatoza częściej jest rozpoznawana u osób w młodszym wieku. Wiadomym jest także, że w łuszczycy występuje wielogenowy model dziedziczenia. Fakt ten wskazuje m.in. na gen związany z łuszczycą – HLA-Cw6, który, jak podają Vicić et al. [159], występuje u od blisko 11% do nawet 77% chorych. W zależności od statusu HLA, wyróżnia się dwa typy choroby. Typ I według szacunków dotyczy 65% wszystkich chorych, zwiększa ryzyko zachorowania w młodszym wieku i na łuszczycę o ciężkim przebiegu, a także odnosi się do częstszej łuszczycy w historii rodzinnej.

Weryfikując natomiast charakter choroby zaznaczyć należy, że najczęściej występującymi wskazaniami są te odnoszące się do ciągłego występowania zmian skórnych w przebiegu łuszczycy oraz występowania cyklicznego, kiedy to wykwity pojawiają się i ustępują na zmianę. W badaniach własnych odsetek wynosił kolejno: blisko 64% dla ciągłej obecności zmian skórnych oraz ponad 32% dla cyklicznych zmian w tym zakresie. Stosunkowo wysoki wynik odnoszący się do stałego charakteru choroby związany być może z faktem, że stosowane u badanych leczenie nie wykazuje dostatecznej skuteczności, mimo, że redukcja nasilenia zmian łuszczycowych jest zauważalna. Z kolei w przypadku zmian cyklicznych znaczenie może mieć szereg czynników, które istotnie wpływają na zaostrzenia i nawroty choroby. Potestio et al. [160] analizując przyczyny zaostrzeń i nawrotów choroby podkreślają rolę stresu, stosowania niektórych leków (również tych stosowanych w przebiegu łuszczycy), stylu życia, w tym diety i stosowanych używek, zmian hormonalnych czy metabolicznych, infekcji, szczepień. Schwarz et al. [161] potwierdzają obserwację, że doustne kortykosteroidy mogą skutkować zaostrzeniami choroby. Deepak i Hajdarbegovic [162] także wskazują na istotną rolę niektórych leków w procesie zaostrzeń choroby, w tym beta-blokerów, litu, leków przeciwgrzybiczych czy przeciwwirusowych. Rigas et al. [163] analizując problematykę stresu w aspekcie łuszczycy, podkreślają jego rolę w nawrotach zmian łuszczycowych, ale i nasileniach choroby. Autorzy, powołując się na dane literaturowe, podkreślają, że stres jest jednym z najczęściej występujących czynników w przebiegu łuszczycy, przy czym nasilenie choroby w związku ze stresem dotyczyć może średnio od ok. 66 do 71% osób z łuszczycą. Aspekt ten powiązać można ponadto z powodami zaostrzeń, także poddanymi analizie na potrzeby badania własnego. Badani najczęściej wskazywali właśnie na stres, jako silny czynnik

zaostrzający objawy choroby (aż 92.20%), a kolejno inne choroby i infekcje (76.60%), które także nie pozostają bez wpływu na organizm chorego i istniejący już stan zapalny, będący podstawą łuszczycy. Ponadto chorzy wskazywali na elementy stylu życia (nieodpowiednia dieta 65.20%, niedobory snu i wypoczynku 43.80%, stosowanie używek – alkoholu czy papierosów 43%, stosowanie leków 44.50%). Wyniki własne zdają się zatem potwierdzać wskazywane przez badaczy teorie związane zarówno z okresami nawrotów i zaostrzeń łuszczycy. Oprócz wymienionych czynników sprawdzono, czy pora roku ma znaczenia na przebieg łuszczycy, w tym zaostrzenia i nasilenia choroby. Badanie wykazało, że 54% chorych zauważa zależność między porą roku a nasileniem objawów dermatozy, przy czym 33% badanych wskazało na zimę, a 16% na jesień, jako te okresy w ciągu roku, kiedy ich objawy chorobowe ulegają zaostrzeniu. Jedynie 4% pacjentów wskazało, że porą roku, kiedy zauważają nasilenie choroby jest lato. Natomiast 47% badanych nie zauważa żadnych zmian w przebiegu tego schorzenia w odniesieniu od pory roku. Podobne wyniki uzyskali Ferguson et al. [164]. Autorzy badaniem objęli 186 osób chorych na łuszczycę, spośród których aż 77% wskazało na sezonowe zaostrzenia choroby, w tym 67.1% w okresie zimowym, a 23.8% latem. Wysokie odsetki dotyczące okresu zimowego mogą mieć związek z faktem, że czas ten jest sezonem częstych infekcji (potrzeba przystosowania się organizmu na ewentualne infekcje sezonowe i aktywność układu odpornościowego, takie jak wzrost ekspresji cytokin i białka C-reaktywnego), ale też warunków pogodowych, suchego powietrza, niskich temperatur, ograniczona ekspozycja na słońce. Kornberg et al. [165] dokonując analizy literatury dotyczącej związku łuszczycy i pór roku, wskazują, że doniesienia na ten temat są znacznie ograniczone i dotyczą głównie Europy Środkowej i Północnej. Autorzy potwierdzają, że ok. 50% chorych nie zauważa zmian w przebiegu choroby w zależności od pory roku, u ok. 30% stan chorobowy poprawia się latem, a jedynie niewielka liczba chorych zgłasza nasilenia właśnie w sezonie letnim. W terapii łuszczycy stosuje się fototerapię, bazującą na leczeniu światłem, przy czym metoda ta sprawdza się u większości pacjentów. Analogicznie, w przypadku tych samych chorych korzystnie działa promieniowanie słoneczne. Istnieje jednak grupa chorych, dla których działanie światła słonecznego, jak i fototerapia przynoszą skutki negatywne. Obserwacje te są zatem pomocnymi w przypadku doboru właściwego sposobu leczenia chorego i wykluczenia tych jego elementów, które nie przynoszą oczekiwanych, pozytywnych skutków.

W prowadzonych badaniach sprawdzono, jaki rodzaj łuszczycy występuje u chorych najczęściej. W grupie badanej najwyższy odsetek stanowiła łuszczycyca pospolita (82.80%).

Zmiany chorobowe w tym przypadku cechują się odgraniczonymi, łuszczącymi się blaszkami na rumieniowym podłożu i zajmują takie obszary ciała jak kolana i łokcie, czy skórę głowy. To właśnie łuszczyca skóry głowy została wskazana jako druga najczęstsza postać łuszczycy w grupie badanej. Kimmel i Lebwohl [33] potwierdzają, że właśnie łuszczyca pospolita (plackowata) jest najczęściej występującym rodzajem tej choroby, a odsetek szacowany jest na 80 – 90% przypadków, co wskazuje na podobieństwo z uzyskanymi wynikami badań. Łuszczycowe zapalenia stawów jest jednym z występujących schorzeń, związanych z łuszczycą, przy czym szacuje się, że łuszczyca stawowa może dotyczyć od 10 do 40% chorych na łuszcycę. W badaniu własnym odsetek pacjentów z łuszczycą stawową wyniósł 22.30% chorych. Jak podkreślają Kimmel i Lebwohl, łuszczycowe zapalenie stawów może wystąpić w ciągu 5 do 12 lat od pierwszych objawów skórnych dermatozy, a u ok. 20% jako pierwsze obserwuje się dolegliwości bólowe stawów. Dodatkowo, nasilenie ŁZS może być zróżnicowane wśród chorych i nie zawsze ma wpływ na nasilenie objawów skórnych. Zmiany skórne mogą mieć także zróżnicowane położenie, od wspomnianych już (typowych dla łuszczycy) kolan i łokci, to także owłosiona skóra głowy, uszy, twarz, okolica krzyżowa pleców, dłonie i paznokcie, uda i podudzia [33]. W prowadzonych badaniach wykazano, że wśród badanych najczęściej i najwięcej zmian łuszczycowych występuje na obszarze łokci, kolan i okolicy krzyżowej pleców (81.60%), podudzi i okolic narządów płciowych oraz ud (70.70%, 69.90%), dłoni, grzbietów rąk, paznokci (62.50%), uszu i okolicy zausznej (52.70%) oraz owłosionej skóry głowy (46.90%). Dopytalska i wsp. [166] wskazują, że częstość występowania łuszczycy owłosionej skóry głowy to ok. 45 – 56%, przy czym autorzy opracowania zauważają, że ten rodzaj łuszczycy może dotyczyć nawet 90% wszystkich chorych na różnych etapach ich schorzenia. Według badaczy, łuszczyca zajmująca powierzchnię twarzy dotyczy ok. 20% wszystkich pacjentów – ten wynik potwierdzają także badania własne, wykonane na potrzeby tej pracy, wskazujące na 21.90% przypadków. Podobne wyniki otrzymano także w przypadku łuszczycy dłoni i podeszew – w badaniu własnym było to 18% badanych, autorzy wspomnianej publikacji wskazują na odsetek w granicach 12% do 16%. Zespół Dopytalskiej zaznacza także problematykę zajmowania przez łuszcycę okolic narządów płciowych – według autorów ok. 63% chorych dotyczy zajęcie tych obszarów ich ciała [166]. W badaniach własnych wynik ten także potwierdzono, jednak był on nieznacznie wyższy – u osób w grupie badanej łuszczycę tego obszaru skóry stwierdzono u 70.7% badanych. Łuszczyca nie ogranicza się do występowania jedynie wykwitów na skórze. Chorym towarzyszy świąd, łuszczenie skóry, rumień, ale także odczucia bólowe, pieczenie, obrzęki w obrębie zmian chorobowych. W badaniach własnych stwierdzono, że świąd dotyczy wielu

chorych (91.8%), co stanowi o istocie problemu. Zdecydowana większość osób z tą dermatozą wskazuje na ten objaw, jako uciążliwy oraz irytujący, określany jako czynnik odpowiedzialny za ocenę nasilenia łuszczycy. Dodatkowo swędzenie skóry wpływa na spadek jakości życia. Szepietowski i Reich, powołując na się także na innych badaczy wskazują, że chorzy uważają świąd za objaw, który bardzo negatywnie wpływa na jakość życia pacjentów i wiele aspektów życia codziennego, w tym koncentrację, efektywność w pracy, sen, aktywność seksualną, czy nastrój [167]. Pithadia et al. [168] podają, że dolegliwości bólowe jedynie w obrębie zmian skórnych, w przebiegu łuszczycy dotyczą średnio ponad 40% chorych, a dodatkowo odczucia te dotyczyć też mogą bólu stawowego, czy mięśniowo-szkieletowego. Jednak z uwagi na fakt, że ból cechuje indywidualny i subiektywny charakter, jego pomiar i odpowiednie przeciwdziałanie są utrudnione. Autorzy podają także, że redukcja odczuć związanych z przebiegiem łuszczycy, takich jak ból, pieczenie, swędzenie, podrażnienia stanowią główny cel terapeutyczny pacjentów łuszczycowych (60 – 70%), przy czym im cięższy stopień łuszczycy, tym silniejsze negatywne odczucia. Z kolei Ljosaa et al. [169] weryfikując odczucia bólowe u chorych na łuszczycę, wskazali, że obszary zajęte dermatozą były szczególnie wrażliwe, a ból także miał negatywny wpływ na życie chorych, skutkując pogorszeniem stanu zdrowia, rozdrażnieniem, zmniejszeniem aktywności w sferze towarzyskiej, spadkiem koncentracji, przygnębieniem. Badacze podkreślają także, że świąd był częstym objawem współwystępującym z odczuciami bólowymi: z jednej strony stanowił maskowanie bólu, z drugiej był powodem silnego bólu wskutek nadmiernego drapania i uszkodzeń w obrębie skóry. Odczucia te stanowią zatem wyraźny związek z pogorszeniem sfery fizycznej chorych, ale także funkcjonowania w aspekcie psychologicznym i społecznym [169].

Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci postęp w zakresie leczenia terapii uległ znacznemu postępowi. Nadal nie został wynaleziony skuteczny lek na łuszczycę, a wśród dostępnych, aktualnie stosowanych metod znajdują się leczenie farmakologiczne, w tym leczenie biologiczne oraz fototerapia. W badaniach własnych poddano weryfikacji, jakie metody stosowane były u chorych w grupie badanej oraz, jak pacjenci oceniają skuteczność stosowanego u nich leczenia. Wyniki wskazują, że terapia łuszczycy przynosi najczęściej skuteczność jedynie czasową (71% w całej grupie, 71.74% w ocenie kobiet, 68.06% mężczyzn). Kobiety częściej niż mężczyźni nie dostrzegają skuteczności leczenia choroby (7.61% do 2.78%), natomiast mężczyźni częściej oceniają prowadzone leczenie jako znacząco skuteczne (29.17% do 20.65%). Analizując skuteczność stosowanych metod terapii łuszczycy w ocenie pacjentów, zauważyć można, że połączenie różnych metod terapii uznawane jest za

chorych za bardziej skuteczne lub skuteczne czasowo, niż jednej metody (połączenie stosowania leczenia miejscowego i doustnego: n=17 – zauważalna skuteczność, n=57 – czasowa skuteczność, w porównaniu do samodzielnego leczenia miejscowego n=8 – zauważalna skuteczność, n=18 – czasowa skuteczność, samodzielne leczenie doustne n=0 – zauważalna skuteczność, n=4 – czasowa skuteczność). W przypadku badanych, u których stosowano także leczenie biologiczne, nie występowały zgłoszenia dotyczące nieskuteczności leczenia, a jedynie opinia o znacznej oraz czasowej skuteczności. Wśród badanych, u których stosowano obecnie i w przeszłości leczenie miejscowe, doustne oraz foto- i fotochemioterapię oraz zaordynowano leczenie biologiczne, zauważono najwyższy wskaźnik wskazań dotyczących znacznej skuteczności leczenia (n=19 znacząca skuteczność do n=7 czasowa skuteczność). Obserwacje te wskazują na fakt, że leczenie biologiczne ma istotny wpływ na poprawę stanu zdrowia chorych z łuszczycą, przynosząc pozytywne efekty terapeutyczne. Ponadto włączenie w plan terapeutyczny kilku metod stanowi przesłankę do twierdzenia, że takie leczenie jest skuteczniejsze. Jednak, jak wskazują wyniki badań własnych, w grupie badanej jedynie 16% pacjentów zostało objętych leczeniem biologicznym. Dobór odpowiednich metod zależy od nasilenia zmian skórnych i ich umiejscowienia oraz tego, jak pacjent reagował na wcześniej ordynowane leczenie. Ze względu na fakt, że łuszczycą jest chorobą trwającą całe życie, co warunkuje długotrwały proces terapeutyczny, należy mieć na uwadze, że leczenie konwencjonalne stanowi częściowe ograniczenie w terapii tej dermatozy oraz może cechować się słabą tolerancją i różnym profilem bezpieczeństwa, z uwzględnieniem toksyczności wątrobowej i nerkowej, czy ryzyka wystąpienia nowotworów skóry. Natomiast leczenie biologiczne charakteryzuje zarówno wyższa skuteczność, jak i wyższa tolerancja oraz bezpieczeństwo terapii. Jednak ograniczenia w tym zakresie wynikają z faktu, że tego rodzaju metoda jest przewidziana dla chorych z łuszczycą ciężką oraz niektórych z umiarkowaną, a sam proces kwalifikacji do leczenia jest długotrwały i dość trudny dla samych chorych [170]. Także Nast et al. [171] podkreślają rolę skuteczności terapii lekami biologicznymi w łuszczycy wskazując, że leki te wykazują efektywność w długotrwałej terapii i cechują się wyższym profilem bezpieczeństwa w porównaniu do m.in. metotreksatu. Vide et al. [172] podkreślają, że poziom zadowolenia i dobrostanu wykazuje związek z różnymi metodami terapii: wyższą satysfakcję odnotowuje się w przypadku terapii ogólnoustrojowych niż w przypadku leczenia miejscowego czy fototerapii. Mimo faktu nowych rozwiązań w obszarze leczenia łuszczycy, jak podaje zespół Vide [172], ok. 85% chorych nadal zgłasza potrzebę wdrożenia skuteczniejszych rodzajów terapii. Ponadto podkreśla się rolę i potrzebę spersonalizowanego podejścia do leczenia łuszczycy, z uwzględnieniem potrzeb pacjentów. Co istotne, pacjenci,

którzy oceniają dotychczasowe leczenie jako nieskuteczne lub mało skuteczne, często samodzielnie decydują się na przerwanie terapii. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych jest jedną z trudności w leczeniu łuszczycy. Jak podają wspomniani badacze, powołując się na dane literaturowe, przestrzeganie zaleceń lekarskich w przypadku osób z łuszczycą waha się między 27% a 92%, przy czym to pacjenci objęci leczeniem biologicznym częściej stosują się do zasad terapii [172]. W badaniach własnych odnotowano, że blisko 76% chorych przestrzega zaleceń terapeutycznych, a 86% badanych znajduje się pod stałą opieką lekarską. Podejście do skutecznego leczenia łuszczycy powinno zatem obejmować nie tylko dobór właściwego leku, ale także całościowego, kompleksowego i indywidualnego ujęcia, uwzględniającego również modyfikowanie terapii w zależności od zmian w przebiegu choroby, ocenę efektywności leczenia w opinii chorego i poziom jego satysfakcji, czy współistnienie innych schorzeń w przebiegu łuszczycy [171 – 173]. Ważną kwestię stanowi także wiedza na temat choroby i edukacja w tym zakresie. Wyniki badań własnych wskazują, że najczęściej chorzy, szukając informacji na temat łuszczycy, korzystają z wyszukiwarki internetowej (92.6%), w drugiej kolejności uzyskując wiedzę od personelu medycznego, np. w trakcie wizyty czy konsultacji lekarskiej (91.4%). Popularnym źródłem wiedzy są także fora internetowe i tematyczne grupy wsparcia dla chorych na łuszczycę. Zdecydowanie rzadziej pacjenci sięgają po specjalistyczną literaturę czy prace naukowe dotyczące problematyki łuszczycy, a niespełna 17% z nich szuka porady u farmaceuty. Korzystanie z Internetu i mediów społecznościowych stanowi codzienność obecnych czasów. Z jednej strony stanowi to aspekt pozytywny, ułatwiający dostęp do licznych źródeł informacji o schorzeniu, dostępie do leczenia i leków na portalach dedykowanych pacjentom, czy wymiany doświadczeń z innymi chorymi. Z drugiej strony natomiast nietrudno o informacje niesprawdzone i nierzetelne, niezgodne z aktualną wiedzą medyczną i powielające stereotypy dotyczące chorych. Edukacja w zakresie choroby pozwala na zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości, co skutkuje lepszym przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych, wzrostem jakości życia i poprawą ogólnego stanu zdrowia oraz wykazuje pozytywny wpływ na długoterminowe leczenie łuszczycy [174, 175].

Oprócz ordynowanych leków, chorzy na łuszczycę mają dostęp do dedykowanych im suplementów diety oraz kosmetyków, które wspomagają proces terapeutyczny. Wyniki badań własnych wskazują, że blisko 65% chorych stosuje suplementy diety, przy czym częściej na suplementację decydują się kobiety niż mężczyźni (69.02% do 54.14%). Natomiast stosowanie kosmetyków dedykowanym osobom chorym na łuszczycę deklaruje aż 94.53% badanych, a aż 78.12% wskazuje, że mają one wpływ na poprawę stanu skóry i zmian chorobowych. Zarówno

suplementacja, jak i odpowiednia pielęgnacja stanowią dopełnienie leczenia oraz ważny element kompleksowego podejścia do problematyki choroby. Trudno jednoznacznie wskazać, że mają one kluczowy wpływ na przebieg choroby, jednak mogą częściowo zapobiegać czy zmniejszać nasilenie łuszczycy, a co za tym idzie, łagodzić w pewnym stopniu objawy dermatozy. Stosowanie takich preparatów ma na celu natłuszczenie i nawilżenie skóry, co wpływa na poprawę jej funkcjonalności, redukcję świądu i nadmiernej suchości. Ma to znacznie nie tylko dla polepszenia kwestii regeneracji skóry zajętej chorobowo, ale i aspektu wizualnego, co także składa się na poprawę jakości życia chorych [176 – 178].

Analizując kwestie opieki medycznej w odniesieniu do łuszczycy sprawdzono, do jakich miejsc zgłaszają się chorzy. Wyniki badań własnych wykazały, że zdecydowana większość pacjentów skorzystała z pomocy lekarza pierwszego kontaktu (90.60%), a następnie z konsultacji specjalisty dermatologa w szpitalnej klinice/poradni dermatologii (75.40%). Ponadto częstość korzystania z opieki medycznej wśród pacjentów z łuszczycą to w blisko 50% jedna wizyta na pół roku, a 33% chorych wizyta raz na dwa miesiące. Lekarz POZ jest specjalistą, który oprócz udzielenia porady lekarskiej i oceny stanu zdrowia, kieruje pacjenta na badania diagnostyczne i do lekarzy innych specjalności czy szpitala, wydając skierowanie celem dalszych konsultacji oraz potwierdzenia diagnozy wstępnej. Borzęcki i wsp. [179] analizując wiele elementów składających się na problematykę łuszczycy, sprawdzili także, ile osób wymagało hospitalizacji. Według autorów opracowania było to 9.05%, przy czym wskazali oni na rosnące zapotrzebowanie leczenia szpitalnego u chorych na łuszczycę i tendencję wzrostową tego parametru. Natomiast dane uzyskane na podstawie badań własnych wskazują, że aż 46.86% pacjentów z łuszczycą zostało poddanych hospitalizacji. Wśród pacjentów hospitalizowanych 67.5% stanowili ci z łuszczycą umiarkowaną, a 30% z łuszczycą ciężką. Leczenie szpitalne często obejmuje działania diagnostyczne, kwalifikację do leczenia biologicznego, kontynuację leczenia także w przebiegu ŁZS, czyli leczenie celem redukcji nasilenia dermatozy [179, 180].

Zarówno świadczenia lekarza POZ i lekarza dermatologa w publicznej placówce są finansowane ze środków publicznych, w związku z czym pacjent nie opłaca tego rodzaju wizyty czy konsultacji. Natomiast aż 65.60% pacjentów wśród badanej grupy była bądź jest pod opieką także lekarza z prywatnego gabinetu lekarskiego, a 28.10% znajduje się pod opieką specjalisty ze specjalistycznej prywatnej kliniki dermatologicznej. 29% badanych zadeklarowało, że w związku z chorobą udaje się po pomoc jedynie do publicznych placówek opieki zdrowotnej. Pozostałe 71% respondentów stanowią chorzy, którzy leczą się w placówkach prywatnych

(25%) oraz ci, którzy korzystali z opieki publicznej, ale zmienili placówkę na prywatną (46%). Wynik taki wynikać może z faktu utrudnień w dostępności do lekarza dermatologa w placówkach publicznych. Według danych Informatora o Terminach Leczenia NFZ oraz portalu Świat Przychodni (dane z czerwca 2024) średnia kolejka do lekarza dermatologa w poradni dermatologicznej w Polsce to 97 dni, przy czym najdłuższe średnie kolejki do placówek tego typu wynoszą 212 dni w województwie małopolskim, 157 dni w województwie podkarpackim, 137 dni w województwie pomorskim [181, 182]. Najkrótszy średni czas oczekiwania na wizytę to 37 dni (woj. łódzkie), przy czym nadal jest to ponad 5 tygodni. Tak długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty przy nasilających się objawach choroby i możliwym rozwoju powikłań, braku właściwego leczenia i potrzebie kontaktu z lekarzem determinują coraz częstsze wizyty prywatne wśród chorych. Shpudeiko et al. [183] potwierdzają, że czas oczekiwania do lekarzy dermatologów zdecydowanie przekracza przewidywania chorych, wskazując podobnie – średni czas ponad trzech miesięcy, a ogólna dostępność tych specjalistów jest stosunkowo niska. Autorzy podkreślają, że zapotrzebowanie na wizyty dermatologiczne będzie stale rosła, biorąc pod uwagę wzrost zachorowalności na przewlekłe choroby skóry.

Problematyka łuszczycy obejmuje także wpływ choroby na sytuację materialną pacjenta: koszty wizyt, leków, terapii, absencję zawodową, czy utracone zarobkowanie. Blisko 47% osób w grupie badanej doświadczyła absencji zawodowej bądź nieobecności w szkole czy na uczelni w związku z chorobą: ze względu na zwolnienia lekarskie, konieczność odbycia wizyty lekarskiej, złe samopoczucie fizyczne bądź psychiczne będące wynikiem przebiegu choroby. W odniesieniu do płci badanych, kobiety częściej niż mężczyźni wskazywały na nieobecność w miejscu pracy (51.09% do 36.11%). Natomiast 7% osób w grupie badanej podało, że w związku z chorobą utraciły zarobkowanie, a blisko 8% badanych wnioskowało o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy. Orbai, Reddy et al. [184] porównywali absencję zawodową chorych na łuszczycę, łuszczycowe zapalenie stawów oraz zdrowych osób. Wyniki ich badania wskazały, że zdecydowanie częściej u chorych na łuszczycę i ŁZS występuje absencja zawodowa oraz krótkotrwała niedyspozycja w porównaniu z osobami zdrowymi (zwolnienia lekarskie/rok wśród 56.2 chorych z ŁZS, 55.6% chorych na łuszczycę, 41.5% w grupie kontrolnej), co wpływa także na obciążenie ekonomiczne związane ze schorzeniem. Savitri, Widyahening i Soemarko także potwierdzają, że łuszczycy zwiększa ryzyko zwolnień lekarskich oraz nieobecności pracowniczej w porównaniu do osób zdrowych. Autorzy zwracają uwagę na fakt istotności prewencji nawrotów i nasilen dermatozy, a jeśli

chorzy zauważą niepokojące objawy, zalecają szybką reakcję, udanie się do specjalisty celem zapobieżenia ograniczeniom w funkcjonowaniu [185].

Analiza oceny badanych, dotycząca negatywnego wpływu łuszczycy na sytuację materialną chorego wykazała, że 58.98% uznaje wpływ schorzenia za niekorzystny. Świadczy to o tym, że pacjenci odczuwają wpływ kosztocłonności łuszczycy, zarówno w zakresie wizyt lekarskich, leków, czy innych stosowanych metod leczenia, przy czym to kobiety (63.59%) częściej niż mężczyźni (47.22%) oceniali wpływ łuszczycy na ich sytuację materialną jako negatywny. Badani oceniali także miesięczne koszty, jakie ponoszą ze względu na wizyty lekarskie, przyjmowane leki oraz zabiegi terapii łuszczycy. Najczęściej badani przeznaczali od 200 do 500 zł miesięcznie na wizyty lekarskie i konsultacje specjalistyczne (41.41%), leki przeciwluszczycowe (57%) oraz zabiegi terapii łuszczycy (26%). Średnio stanowi to kwotę od 600 do 1500 zł miesięcznie, przeznaczanych przez chorych na te trzy kategorie kosztów. Analiza kategorii kosztów dla postaci łuszczycy wśród osób w grupie badanej wykazała, że chorzy z łuszczycą ciężką wydają najwięcej na wizyty i konsultacje lekarskie oraz na leki przeciwluszczycowe. W kategorii kosztów zabiegów terapii łuszczycy chorzy z łuszczycą umiarkowaną wydają najczęściej od 200 do 500 zł miesięcznie (30.36%), natomiast pacjenci z ciężką postacią łuszczycy w tym przedziale kwotowym stanowią blisko 1/3 całej grupy badanej (29.27%). Wiele opracowań dotyczących kosztów łuszczycy koncentruje się przede wszystkim na kosztach ponoszonych przez państwo, uwzględniając wydatkowanie na świadczenia zdrowotne, hospitalizacje, refundację leków, czy absencje zawodowe. Należy pamiętać, że obciążenie finansowane dotyczy także samych pacjentów i ich rodzin, co nie zawsze ujmowane jest w opracowaniach. Według danych raportu „Potrzeby pacjentów z łuszczycą w Polsce” Fundacji My Pacjenci oraz Unii Stowarzyszeń Chorych na Łuszczycę z 2016 roku, chorzy ok. 16% swoich budżetów domowych przeznaczają na wydatki związane z dermatozą. Autorzy badania podali średnie wartości wydatków w skali roku, w tym m.in.: 1001,36 zł na leki i 507,28 zł na wizyty lekarskie [186]. Kwoty te znacznie różnią się od tych, które uzyskano w badaniach własnych. Wynika to z faktu, iż podane opracowanie dotyczy danych z 2016 roku, a do 2024 roku przez ten czas doszło do wielu zmian w zakresie opieki medycznej, gospodarki i finansów. Wydatki związane z leczeniem prywatnym stale rosną: zgodnie z danymi podanymi w Narodowym Rachunku Zdrowia [187], wydatki prywatne bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 51 603,2 mln zł w 2022 roku (szacunek wstępny za 2022r.), natomiast 27 787,2 mln zł w 2016. Kwoty te znacznie się różnią, wskazując na postępujący wzrost kosztów ponoszonych przez Polaków w zakresie zdrowia. Należy zatem, dokonując porównania wziąć

pod uwagę: wzrost kosztów w każdej z kategorii związany z inflacją i kwestiami ekonomiczno - gospodarczymi, zmiany w refundacji leków, rosnących dochodów, czy wzrostu cen usług i świadczeń [186, 187].

Kolejnym aspektem składającym się na problematykę łuszczycy są schorzenia współistniejące. Według danych literaturowych najczęściej występującymi są choroby układu krążenia, zaburzenia psychiczne, otyłość, schorzenia metaboliczne. Badania własne wykazały, że w grupie badanej najczęściej występowały otyłość (31.64%), zaburzenia depresyjne (25.39%) oraz nadciśnienie (19.92%). W odniesieniu do grup wiekowych badanych, otyłość występowała najczęściej w grupie wiekowej 51 – 65 lat (63.89%), następnie w grupie 36 – 50 lat (33.75%). Zaburzenia depresyjne najczęściej wystąpiły w grupie 18 – 25 lat (39.11%). Podobne wyniki dla tej jednostki chorobowej były w grupach 26 – 35 oraz 36 – 50 lat (kolejno 23.40% i 26.25%). W przypadku nadciśnienia tętniczego wyniki wskazywały: u 69.44% badanych grupy wiekowej 51 – 65 lat, w grupie wiekowej 36 – 50 lat był to odsetek 26.25%. Natomiast biorąc pod uwagę płeć badanych a występowanie najczęstszych schorzeń współistniejących, wskazać należy, że w przypadku zaburzeń depresyjnych różnica jest znaczna – aż 30.98% kobiet w stosunku do 11.11% mężczyzn; nadciśnienie z kolei zdecydowanie częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet – 33.33% do 14.67%. Otyłość występuje u 33.15% kobiet i 27.78% mężczyzn. Choroby takie jak nadciśnienie tętnicze czy otyłość stanowią schorzenia cywilizacyjne i ich odsetek jest zwykle wyższy u starszych osób. W analizie Sondermann et al. [188] wykazano, że częstość występowania nadciśnienia tętniczego u mężczyzn była wyższa w porównaniu do kobiet (43.1% do 28.5%). Badacze podali, że otyłość występuje częściej u kobiet z łuszczycą (61.8% do 42.6% bez łuszczycy), natomiast u mężczyzn różnice nie są dostrzegane, a odsetek występowania otyłości u mężczyzn z łuszczycą to ok. 24%. Autorzy wskazują na wyraźne przesłanki występowania łuszczycy i zwiększonego ryzyka rozwoju chorób sercowo – naczyniowych oraz metabolicznych. Zarówno wyniki prowadzonych analiz przez zespół Sondermann'a, jak i wyniki badań własnych wskazują na występowanie różnic między płciami w zakresie występowania wymienionych schorzeń u chorych na łuszczycę. Wyraźny związek między łuszczycą a zaburzeniami sercowo – naczyniowymi i metabolicznymi u mężczyzn oraz kobiet wskazuje na potrzebę szczegółowej identyfikacji mechanizmów warunkujących te powiązania, m.in. płaszczyzny hormonalnej. Otrzymane i dotychczasowe doniesienia potwierdzają potrzebę dalszych analiz w tym zakresie [188]. Z kolei depresja w przebiegu łuszczycy występuje, w zależności od źródła, u od 6% do 62% chorych. Duvetorp et al. [189], dokonując analizy retrospektywnej, podali, że częstość

występowania depresji leczonej farmakologicznie była wyższa wśród kobiet z łuszczycą (21.1%) w stosunku do mężczyzn (12.6%), a ryzyko wystąpienia depresji było najwyższe w grupie wiekowej poniżej 31. roku życia. Świadomość powszechności występowania depresji u pacjentów z łuszczycą oraz rozkładu zaburzenia pod względem płci i wieku jest kluczowa dla poprawy oceny ryzyka jej wystąpienia. Wykrycie nierozpoznanej depresji stwarza możliwość skuteczności doczasowego leczenia, przestrzegania zaleceń przez chorego, poprawy jakości życia i stanu zdrowia chorych na łuszczycę. Dane dotyczące występowania depresji u chorych na łuszczycę nadal wydają się być niedoszacowane. Wynika to z faktu, że wielu chorych nie decyduje się na konsultacje specjalistów zdrowia psychicznego z różnych względów: z obawy przed oceną innych, stereotypami związanymi z zaburzeniami psychicznymi, ze wstydu, czy też braku dostatecznej wiedzy w aspekcie zdrowia psychicznego w przebiegu łuszczycy [189]. Współwystępowanie schorzeń współistniejących w przebiegu łuszczycy ma negatywny wpływ na proces leczenia, stanowiąc dodatkowe utrudnienie w bezpiecznej i efektywnej terapii, a także na dobrostan pacjentów i w znaczącym stopniu determinuje jakość życia chorych.

Łuszczycą określaną jest często jako choroba, która wymaga podejścia interdyscyplinarnego. Oprócz aspektów klinicznych, schorzeń współistniejących czy ujęcia terapeutycznego, istotną rolę pełni ocena jakości życia. Dermatoza ta wpływa na wiele obszarów życia chorych, w tym utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu, samoocenę, odbiór własnego obrazu ciała, sferę uczuć i emocji. Badania własne wykazały, że ponad 88% chorych uważa, iż łuszczycą utrudnia ich codzienne funkcjonowanie, przy czym zależność ta w odniesieniu do płci i wieku nie wskazuje na wyraźne zależności. W kwestii odczuć negatywnych wobec postrzegania swojego ciała i wizerunku ze względu na łuszczycę ponad 83% badanych zadeklarowało, że choroba ma negatywny wpływ na ten aspekt ich życia, przy czym kobiety częściej wskazywały na problem w tym zakresie. Ponadto chorzy wskazują na negatywny wpływ łuszczycy na ich pewność siebie (78.12%), a wskaźnik ten jest wyższy u kobiet i osób młodych, i spada wraz z wiekiem. Ujemny wpływ łuszczycy na samoocenę deklaruje blisko 85% chorych. Z kolei niekorzystny wpływ schorzenia na jakość życia chorych wskazuje aż 96.09% badanych. Nie bez znaczenia pozostaje również fakt negatywnego wpływu łuszczycy na bliskich chorego: 61% osób w grupie respondentów badań własnych wskazuje, że schorzenie ma ujemny wpływ i stanowi obciążenie dla ich bliskich, a 37% spotkało się z utrudnieniami zawodowymi, np. negatywnymi reakcjami współpracowników czy dyskryminacją zawodową. Badani podają, że odczucia, jakie towarzyszą im w związku z chorobą to najczęściej wstyd, smutek, przygnębienie, przytłoczenie, frustracja i niepokój.

Wyniki te wyraźnie obrazują aspekt sfery emocjonalnej i oceny jakości życia osób z łuszczycą. Postrzeganie łuszczycy powinno zatem obejmować nie tylko obszar zmian w obrębie skóry, ale także wieloczynnikowy wpływ na stan emocjonalny i psychiczny chorych. Ocena akceptacji siebie i choroby stanowi element kompleksowej terapii z indywidualnym podejściem do każdego chorego. Objawy choroby, okresy jej nasileń i trudności w leczeniu, ograniczenia w sferze społecznej, czy nieumiejętność radzenia sobie z narastającym stresem stanowią kluczowe problemy osób z łuszczycą [190, 191]. Kowalewska i wsp. [192] także podkreślają, że chorzy na łuszczycę reprezentują przeciętny poziom stygmatyzacji i akceptacji choroby, niski poziom zadowolenia z życia i obniżoną jakość życia. Także płeć, według wspomnianych autorów, miała znaczenie w kwestii akceptacji choroby – mężczyźni częściej niż kobiety wykazują samoakceptację w związku z chorobą. Coraz częściej podkreśla się rolę dobrostanu, jakości życia i holistycznego ujęcia w problematyce łuszczy, jednak działania te nadal nie są wystarczające, a zapotrzebowanie na pomoc o charakterze wielodyscyplinarnym stale rośnie [190, 191].

Analizując aspekt zdrowia psychicznego u chorych na łuszczycę wykazano, że blisko 97% badanych doświadczyło bądź doświadcza negatywnych emocji w związku z nasileniem swojej choroby, bez względu na wiek i płeć. Ponad 95% chorych stwierdziło, że łuszczycy wpływa negatywnie na ich stan zdrowia psychicznego. Sytuacje, które najczęściej determinują pogorszenie ich samopoczucia i stanu zdrowia psychicznego to przewlekły stres (87.9%), nasilenie objawów łuszczycy (83.6%), ogólny, niezadowolający stan zdrowia (74.2%). Ponadto respondenci wskazują na kwestie zawodowe, problemy finansowe, czy rodzinne. Podsumowanie oceny stanu zdrowia psychicznego w ocenie badanych wykazało, że ponad 22% ocenia go jako zły, 52.73% jako przeciętny, a 21.5% jako dobry. Stan zdrowia psychicznego jako „zły” częściej wskazywały kobiety (27.17% do 9.72%) i tylko u kobiet wystąpiła ocena „bardzo zły” – 3.26%. Mężczyźni częściej niż kobiety oceniali stan zdrowia psychicznego jako „dobry” – 33.33% do 16.85% u kobiet. Dane te wskazują na potrzebę włączenia pomocy specjalistów zdrowia psychicznego w plan leczenia chorych na łuszczycę, która stanowiłaby ważny element wspomagający proces terapeutyczny. Wśród osób badanych 27% korzysta z pomocy psychologicznej, przy czym zdecydowanie częściej są to kobiety oraz osoby w młodym wieku (18 – 25 lat). Bardzo zbliżone wyniki uzyskano także dla deklaracji korzystania z pomocy psychoterapeutycznej. Natomiast z konsultacji psychiatrycznych korzysta 21.88% chorych na łuszczycę w grupie badanej: najwięcej (34.78%) osoby z grupy wiekowej 18 – 25 lat) oraz kobiety (27.17% do 8.83% mężczyzn). Badani, którzy są pod opieką specjalistów

zdrowia psychicznego wskazują na wyraźną poprawę swojego stanu (38.28% odczuwający poprawę, 1.56% bez poprawy, 60.16% nie dotyczy). Ponad 92% badanych będących pod opieką psychologiczną zauważa poprawę swojego stanu zdrowia psychicznego, a 97.10% korzystających z pomocy psychoterapeuty także zauważa polepszenie sfery psychicznej. Blisko 93% chorych, będących pod opieką lekarza psychiatry także ocenia swój stan zdrowia psychicznego, jako lepszy. Wyniki te pokazują wyraźnie, że opieka zdrowia psychicznego w przebiegu łuszczycy stanowi ogromne znaczenie dla poprawy stanu chorych. Badanie własne wykazało, że osoby z zaburzeniami depresyjnymi w grupie badanej stanowią ponad 25% wszystkich chorych, jednak jest to odsetek wskazujący jedynie na potwierdzone przez specjalistę przypadki depresji wśród chorych. Należy mieć jednak na uwadze fakt, że dane te mogą być niedoszacowane, część pacjentów może być niezdiagnozowanych bądź w trakcie diagnozy. Dlatego też poszerzenie zakresu opieki chorych na łuszczycę powinno uwzględniać także opiekę specjalistów zdrowia psychicznego.

Dostęp do tego rodzaju świadczeń jest jednak znacznie utrudniony, jeśli chodzi o placówki je udzielające w ramach NFZ ze względu m.in. na niedostateczne nakłady finansowe na ten obszar zdrowia. Średni czas oczekiwania na wizytę u psychologa w Polsce to 122 dni, na wizytę u psychiatry 146 dni. Dlatego, podobnie jak w przypadku wizyt u lekarza dermatologa, pacjenci decydują się na wizyty prywatne. Jedynie 4% badanych wskazało, że korzysta z publicznych placówek opieki zdrowia psychicznego. 38% skierowało się po pomoc do placówek prywatnych (prywatna/publiczna, ale zmieniona na prywatną), 58% nie dotyczy. Tak niski wynik dla placówek publicznych świadczyć może o wskazanym wcześniej problemie z dostępnością do świadczeń w tym zakresie. Pacjenci z uwagi na silną potrzebę i nierzadko trudną sytuację zdrowotną decydują się na wizyty całkowicie płatne i z szybkim terminem konsultacji. Oceniając miesięczny ponoszony przez pacjentów na wizyty u specjalistów zdrowia psychicznego wykazano, że przeciętnie jest to kwota 200 – 500 zł na konsultacje z psychologiem (n= 31, 12%). W przypadku konsultacji psychoterapeutycznych najczęściej miesięczna kwota w tym zakresie wynosiła od 200 do 500 zł, n=37, 14%, a następnie przedział kwotowy 500 – 1000 zł, n=26, 10% (w stosunku do całej grupy n=256, z włączeniem ankietowanych, którzy nie korzystają z pomocy psychologicznej). Wśród osób korzystających z konsultacji psychiatrycznych najczęściej miesięczna kwota w tym zakresie wynosiła od 100 do 200 zł, n=23, 9% (w stosunku do całej grupy n=256, z włączeniem ankietowanych, którzy nie korzystają z pomocy psychologicznej). Niższy koszt wizyt tego rodzaju może wynikać z faktu, iż w porównaniu do konsultacji psychologicznych i psychoterapeutycznych

odbywających częściej (kilka razy w miesiącu) w stosunku do wizyt psychiatrycznych, te u lekarza psychiatry mają mniejszą częstotliwość (raz na kilka miesięcy, co przekłada się na rozłożenie kwoty za wizytę, a tym samym niższą kwotę per miesiąc). Z kolei kwoty ponoszone przez chorych na leki przeciwdepresyjne to przeciętny koszt 100 – 200 zł miesięcznie. Depresja jest zaburzeniem generującym wysokie koszty pośrednie i bezpośrednie. Z jednej strony problem stanowi niedostateczne finansowanie tego obszaru zdrowia, z drugiej na problematykę składają się wysokie koszty ponoszone przez chorych. Istotny aspekt stanowi fakt, że, jak wskazują dane epidemiologiczne dotyczące zaburzeń depresyjnych, częstotliwość ich występowania będzie nadal rosła.

Podsumowanie analizy i oceny aspektów związanych z łuszczycą stanowiły wyniki Kwestionariusza DLQI. 96% badanych wykazało obniżoną jakość życia, w tym: 18% mocno obniżoną, 50% umiarkowanie obniżoną, 5% nieznacznie obniżoną, a 1% bardzo mocno obniżoną. Porównując wynik DLQI z postaciami łuszczycy osób w grupie badanej wykazano, że istnieje umiarkowany związek między tymi zmiennymi. Bardzo mocno obniżoną oraz mocno obniżoną jakość życia zaobserwowano u chorych z ciężką i umiarkowaną postacią łuszczycy. Nieznacznie obniżona jakość życia dotyczyła chorych z umiarkowaną i łagodną łuszczycą. Wynik DLQI porównano także z opisywaną wcześniej oceną badanych, dotyczącą negatywnego wpływu łuszczycy na jakość życia. Potwierdzono tę zależność dla deklaracji o ujemnym wpływie choroby na jakość życia w ocenie badanych oraz wynikiem DLQI: bardzo mocno obniżona jakość życia (100%), mocno obniżona jakość życia (97.78%), umiarkowanie obniżona jakość życia (100%), nieznacznie obniżona jakość życia (97.06%). W przypadku normalnej jakości życia rozkład oceny badanych wynosił 53.85% dla braku obserwacji negatywnego wpływu choroby i 46.15% dla oceny twierdzącej. Podobne wyniki uzyskano i umiarkowany związek między zmiennymi dla analizy wyniku DLQI a oceny badanych nt. utrudnień w codziennym życiu ze względu na występowanie łuszczycy. Wśród badanych, którzy potwierdzili doświadczenia utrudnień ze względu na chorobę było: 100% osób z bardzo mocno obniżoną jakością życia, 97.78% z mocno obniżoną jakością życia, 97.76% z umiarkowanie obniżoną jakością życia, 75% z nieznacznie obniżoną jakością życia i 30.77% z normalną jakością życia. Nie z kolei zaobserwowano silnej zależności między wynikami DLQI a wiekiem badanych oraz płcią. Weryfikując z kolei rozkład procentowy poszczególnych wskazań badanych w pytaniach zawartych w Kwestionariuszu DLQI zauważono, że najczęściej wśród badanych aspektów, chorzy wskazywali na wpływ dolegliwości skórnych, mimo, że przeciętny (określany jako „trochę”): w odczuciach związanych ze swędzeniem, bolesnością,

mrowieniem (45.5%), zakłopotanie i zażenowanie (47.7%), prace domowe, zakupy (52.7%), ubiór (48%), współżycie seksualne (41.8%) i leczenie dolegliwości chorobowych (73.8%). Aspekty, które wpływały na chorych w ostatnim tygodniu bardzo to dolegliwości skórne (44.7%), uczucie zakłopotania i zażenowania (35.5%), problem z ubiorem (24.2%), uprawianie sportu (10.5%) oraz problemy związane z leczeniem (11.3%). Wymienione, poddane badaniu elementy życia wydawać się mogą osobom zdrowym zwykłymi, przyziemnymi aspektami codzienności. Jednak w przypadku chorych na łuszczycę postrzeganie tych samych kwestii ma zupełnie inną perspektywę i wiąże się z licznymi utrudnieniami, niedostrzeganymi zwykle przez osoby zdrowe. Co ciekawe, kontakty z partnerem/partnerką, przyjaciółmi i rodziną badani oceniali jako często niezaburzone ze względu na występowanie dermatozy (72.9%). Może to świadczyć o tym, że chorzy czują się akceptowani głównie w gronie bliskich im osób. Najbliższe otoczenie jest jedynym wsparciem chorego na łuszczycę, a osoby z łuszczycą mogą czuć się swobodnie, nie mając poczucia oceniania i doświadczania nieprzychylnych komentarzy na temat swojego wyglądu. Niestety, wiedza na temat łuszczycy w przestrzeni społecznej nadal jest niedostateczna, a chorzy muszą mierzyć się na co dzień z wieloma wyzwaniami, będącymi wynikiem trwającego u nich schorzenia.

Łuszczycą jest chorobą przewlekłą, która obejmuje zarówno płaszczyznę fizyczną, psychiczną, społeczną i ekonomiczną, a jakość życia ulega obniżeniu wraz z upływem czasu. Zaostrzenia w jej przebiegu często warunkują zmniejszoną efektywność, nieobecności zawodowe, wpływają na sferę rodzinną pacjentów. Z uwagi na widoczność zmian skórnych w przebiegu choroby, chorzy czują się nieatrakcyjni, mają problem z samooceną, napotykają problemy w aspekcie życia prywatnego, doświadczają stygmatyzacji. Dodatkowo występuje i nasila się u chorych poczucie lęku i stresu, co koresponduje z częstszymi niż w populacji ogólnej wystąpieniami zaburzeń depresyjnych.

VI. WNIOSKI

1. Zdecydowana większość przypadków łuszczycy ma charakter ciągłego bądź cyklicznie nawracającego występowania zmian chorobowych. Relatywnie wysoki odsetek występowania łuszczycy o takiej specyfice może być związany z tym, że leczenie ordynowane pacjentom z łuszczycą nie wykazuje dostatecznej i oczekiwanej skuteczności. Dodatkowo wpływ na nawrotowy charakter dermatozy wpływa szereg czynników zaostrzających.

2. Najczęstszymi przyczynami nawrotów oraz zaostrzeń łuszczycy są stres, inne choroby i infekcje, nieodpowiednie zachowania żywieniowe, wpływ niektórych leków oraz stosowanie używek. Ponadto wskazuje się na kwestię sezonowości w przebiegu łuszczycy, przy czym sezon jesienno – zimowy jest tym, w którym chorzy odnotowują pogorszenie swojego stanu zdrowia.

3. Terapia łuszczycy w opinii pacjentów przynosi jedynie czasową skuteczność: mężczyźni częściej niż kobiety oceniają leczenie jako znacząco skuteczne, kobiety z kolei częściej wskazują na brak efektu terapeutycznego. Chorzy, u których zastosowano połączenie różnych metod terapii, wskazują na większą efektywność leczenia. W przypadku pacjentów, u których wdrożono leczenie biologiczne łuszczycy, nie zaobserwowano zgłoszeń dotyczących nieskuteczności terapii.

4. Chorzy na łuszczycę coraz częściej decydują się na prywatną opiekę zdrowotną ze względu na utrudnienia w dostępności wizyt do lekarzy specjalistów i długi czas oczekiwania na konsultacje. W ocenie pacjentów największy wpływ na kosztochłonność terapii łuszczycy mają wizyty lekarskie i konsultacje specjalistyczne oraz leki przeciwluszczycowe. Blisko 60% badanych wskazuje, że łuszczycyca ma negatywny wpływ na ich sytuację materialną.

5. Wśród najczęściej występujących schorzeń współistniejących w przebiegu łuszczycy są otyłość, zaburzenia depresyjne i choroby układu krążenia. U kobiet, częściej niż u mężczyzn, zaobserwowano otyłość, nadciśnienie częściej występuje u mężczyzn. Odsetek występowania otyłości i nadciśnienia wzrastał wraz z wiekiem, a schorzenia te występowały najczęściej w grupie wiekowej 51 – 65 lat.

6. Zaburzenia depresyjne w przebiegu łuszczycy dotyczą ponad 25% chorych, przy czym zauważono znaczącą różnicę pod względem płci i wieku: depresja dotyczyła częściej kobiet oraz osób w młodym wieku (18 – 25 lat). Dane dotyczące występowania zaburzeń depresyjnych u chorych na łuszczycę wydają się być jednak niedoszacowane ze względu na niezgłaszanie się

chorych do specjalistów zdrowia psychicznego, co jest wynikiem m.in. wstydu i obawy przed oceną środowiska oraz braku wiedzy na temat wpływu depresji na przebieg łuszczycy.

7. Chorzy na łuszczycę doświadczają przewlekłego stresu, wstydu, frustracji i poczucia stygmatyzacji. Ponadto zauważają oni wysoce negatywne znaczenie dermatozy na ich codzienne funkcjonowanie w sferze fizycznej i społecznej, obniżenie poziomu satysfakcji, pewności i akceptacji siebie, przy czym częściej aspekty te dotyczą ludzi młodych i kobiet. Ujemny wpływ choroby dotyczy także sfery zawodowej oraz obciążenia bliskich pacjentów.

8. Blisko 97% badanych doświadczyło bądź doświadcza negatywnych emocji w związku z nasileniem choroby, a ponad 95% chorych potwierdza, że łuszczycyca negatywnie wpływa na ich stan zdrowia psychicznego. Kobiety częściej oceniają swój stan zdrowia psychicznego jako „zły”. Blisko 1/3 badanych zasięgnęła pomocy specjalisty zdrowia psychicznego ze względu na występowanie zaburzeń depresyjnych, przy czym zdecydowana większość respondentów wskazuje na wyraźną poprawę w tej sferze dzięki korzystaniu z pomocy profesjonalistów. Ponadto badani zdecydowanie częściej decydują się na wizyty odpłatne, z szybkim terminem konsultacji, w placówkach prywatnych z uwagi na pilną potrzebę konsultacji i trudną sytuację zdrowotną, mimo ich wysokich kosztów.

9. Wyniki badania DLQI dowiodły, że obniżenie jakości życia chorych dotyczy 96% chorych na łuszczycę. Bardzo mocno obniżona oraz mocno obniżona jakość życia obserwuje się u chorych z ciężką i umiarkowaną postacią łuszczycy. Aspekty najczęściej wpływające na obniżenie jakości życia chorych to negatywne odczucia związane z dolegliwościami skórnymi, poczucie zakłopotania i zażenowania wynikające z obecności wykwitów łuszczycy, problemy związane z leczeniem.

10. Badanie jakości życia dostarcza istotnych informacji umożliwiających lepsze zrozumienie potrzeb pacjentów, aby wspomóc ich w codziennym funkcjonowaniu, na tle występowania choroby, jaką jest łuszczycyca i współwystępujące zaburzenia depresyjne. Wdrożenie postępowania terapeutycznego powinno być skutkiem dokładnej, indywidualnej analizy przypadku i opierać się na modelu interdyscyplinarnym.

VII. STRESZCZENIE

Niniejsza rozprawa doktorska podejmuje zagadnienia i złożoną problematykę łuszczycy, jako przewlekłej, ogólnoustrojowej choroby zapalnej. Rozległa tematyka tego schorzenia i aspektów z nią związanych obejmuje płaszczyznę kliniczną, społeczną, ekonomiczną, sferę zdrowia psychicznego oraz jakości życia. Dermatologia ta określana jest często jako psychosomatyczna, co wskazuje na wzajemne związki między zaburzeniami fizycznymi i psychicznymi, uwzględniając także wielokierunkowe podejście do problematyki schorzenia, a współistniejące zaburzenia depresyjne stanowią jeden z istotnych problemów chorych. Ocena chorego stanowi istotną kwestię i pełni rolę swoistej wytycznej w określeniu problematyki choroby oraz oczekiwań, jakie mają pacjenci wobec opieki zdrowotnej. Tego rodzaju podejście wpisuje się w interdyscyplinarny model postępowania terapeutycznego.

W pracy tej opisano epidemiologię i etiopatogenezę łuszczycy z uwzględnieniem tła immunologicznego, uwarunkowań genetycznych oraz czynników wywołujących manifestację łuszczycy. Ponadto przedstawiono obraz kliniczny, przebieg dermatozy i postaci kliniczne. Ujęto także metody terapii łuszczycy, w tym klasyfikację nasilenia zmian łuszczycowych w odniesieniu do stosowanych metod leczenia, leczenie miejscowe oraz systemowe, w tym terapię biologiczną łuszczycy. Ponadto przybliżono tematykę fototerapii i aspektu pielęgnacji skóry łuszczycowej. Podjęto także tematykę zaburzeń depresyjnych: epidemiologię, etiopatogenezę oraz obraz kliniczny, klasyfikację i metody terapeutyczne depresji. Na treść pracy składa się także problematyka łuszczycy i zaburzeń depresyjnych w ujęciu interdyscyplinarnym. Opisano zagadnienie jakości życia i jej uwarunkowań, przybliżono tematykę łuszczycy jako choroby o podłożu psychosomatycznym, wskazano na rolę obrazu siebie i depresyjności chorych na łuszczycę. Ponadto wskazano ekonomiczno – społeczne koszty zaburzeń depresyjnych u chorych na łuszczycę, wpływ łuszczycy i depresji na obciążenie systemu ochrony zdrowia i gospodarki z uwzględnieniem kosztów ponoszonych przez pacjentów, a także nakreślono ograniczenia w funkcjonowaniu fizycznym i psychospołecznym u chorych na łuszczycę z zaburzeniami depresyjnymi.

Celem głównym niniejszej pracy była analiza i ocena wybranych aspektów związanych z przebiegiem łuszczycy w ujęciu klinicznym, ekonomicznym, jakości życia chorych oraz współistniejących zaburzeń depresyjnych. Badanie zakładało przygotowanie formularza ankiety dotyczącego problematyki łuszczycy, w tym znaczenia wybranych czynników na przebieg i nasilenie łuszczycy, przy uwzględnieniu aspektów klinicznych i ekonomicznych,

jakości życia pacjentów oraz współistniejących zaburzeń depresyjnych. Realizacja zadania była możliwa przy zastosowaniu narzędzi platformy Google Forms. W ramach prowadzonych badań zastosowano ankietę składającą się z autorskiego kwestionariusza oraz narzędzia standaryzowanego – kwestionariusza Dermatology Life Quality Index (DLQI), Ocena zaawansowania łuszczycy. Do badania włączono 256 osób w wieku od 18. do 65. roku życia, chorych na łuszczycę. Kwestionariusz autorski zawierał 59 pytań, podzielonych na 8 obszarów tematycznych. DLQI zawierał 10 pytań określających wpływ dermatozy na codzienne funkcjonowanie pacjentów. Zebrane wyniki poddano analizom statystycznym i przedstawiono graficznie za pomocą rycin i tabel. Następnie podjęto dyskusję, a otrzymane wyniki porównano z literaturą przedmiotu oraz wynikami badań autorów i instytucji podejmujących tematykę łuszczycy i aspektów z nią związanych.

Na podstawie analizy otrzymanych wyników stwierdzono, że zdecydowana większość przypadków łuszczycy ma charakter ciągłego bądź cyklicznie nawracającego występowania zmian chorobowych. Relatywnie wysoki odsetek występowania łuszczycy o takiej specyfice może być związany z tym, że leczenie ordynowane pacjentom z łuszczycą nie wykazuje dostatecznej i oczekiwanej skuteczności. Dodatkowo wpływ na nawrotowy charakter dermatozy wpływa szereg czynników zaostrzających. Najczęstszymi przyczynami nawrotów oraz zaostrzeń łuszczycy są stres, inne choroby i infekcje, nieodpowiednie zachowania żywieniowe, wpływ niektórych leków oraz stosowanie używek. Ponadto wskazuje się na kwestię sezonowości w przebiegu łuszczycy, przy czym sezon jesienno – zimowy jest tym, w którym chorzy odnotowują pogorszenie swojego stanu zdrowia. Terapia łuszczycy w opinii pacjentów przynosi jedynie czasową skuteczność: mężczyźni częściej niż kobiety oceniają leczenie jako znacząco skuteczne, kobiety z kolei częściej wskazują na brak efektu terapeutycznego. Chorzy, u których zastosowano połączenie różnych metod terapii, wskazują na większą efektywność leczenia. W przypadku pacjentów, u których wdrożono leczenie biologiczne łuszczycy, nie zaobserwowano zgłoszeń dotyczących nieskuteczności terapii. Chorzy na łuszczycę coraz częściej decydują się na prywatną opiekę zdrowotną ze względu na utrudnienia w dostępności wizyt do lekarzy specjalistów i długi czas oczekiwania na konsultacje. W ocenie pacjentów największy wpływ na kosztochłonność terapii łuszczycy mają wizyty lekarskie i konsultacje specjalistyczne oraz leki przeciwłuszczycowe. Blisko 60% badanych wskazuje, że łuszczycyca ma negatywny wpływ na ich sytuację materialną. Wśród najczęściej występujących schorzeń współistniejących w przebiegu łuszczycy są otyłość, zaburzenia depresyjne i choroby układu krążenia. U kobiet, częściej niż u mężczyzn,

zaobserwowano otyłość, nadciśnienie częściej występuje u mężczyzn. Odsetek występowania otyłości i nadciśnienia wzrastał wraz z wiekiem, a schorzenia te występowały najczęściej w grupie wiekowej 51 – 65 lat. Zaburzenia depresyjne w przebiegu łuszczycy dotyczą ponad 25% chorych, przy czym zauważono znaczącą różnicę pod względem płci i wieku: depresja dotyczyła częściej kobiet oraz osób w młodym wieku (18 – 25 lat). Dane dotyczące występowania zaburzeń depresyjnych u chorych na łuszczycę wydają się być jednak niedoszacowane ze względu na niezgłaszanie się chorych do specjalistów zdrowia psychicznego, co jest wynikiem m.in. wstydu i obawy przed oceną środowiska oraz braku wiedzy na temat wpływu depresji na przebieg łuszczycy. Chorzy na łuszczycę doświadczają przewlekłego stresu, wstydu, frustracji i poczucia stygmatyzacji. Ponadto zauważają oni wysoce negatywne znaczenie dermatozy na ich codzienne funkcjonowanie w sferze fizycznej i społecznej, obniżenie poziomu satysfakcji, pewności i akceptacji siebie, przy czym częściej aspekty te dotyczą ludzi młodych i kobiet. Ujemny wpływ choroby dotyczy także sfery zawodowej oraz obciążenia bliskich pacjentów. Blisko 97% badanych doświadczyło bądź doświadcza negatywnych emocji w związku z nasileniem choroby, a ponad 95% chorych potwierdza, że łuszczycy negatywnie wpływa na ich stan zdrowia psychicznego. Kobiety częściej oceniają swój stan zdrowia psychicznego jako „zły”. Blisko 1/3 badanych zasięgnęła pomocy specjalisty zdrowia psychicznego ze względu na występowanie zaburzeń depresyjnych, przy czym zdecydowana większość respondentów wskazuje na wyraźną poprawę w tej sferze dzięki korzystaniu z pomocy profesjonalistów. Ponadto badani zdecydowanie częściej decydują się na wizyty odpłatne, z szybkim terminem konsultacji, w placówkach prywatnych z uwagi na pilną potrzebę konsultacji i trudną sytuację zdrowotną, mimo ich wysokich kosztów. Wyniki badania DLQI dowiodły, że obniżenie jakości życia chorych dotyczy 96% chorych na łuszczycę. Bardzo mocno obniżona oraz mocno obniżona jakość życia obserwuje się u chorych z ciężką i umiarkowaną postacią łuszczycy. Aspekty najczęściej wpływające na obniżenie jakości życia chorych to negatywne odczucia związane z dolegliwościami skórnymi, poczucie zakłopotania i zażenowania wynikające z obecności wykwitów łuszczycy, problemy związane z leczeniem. Badanie jakości życia dostarcza istotnych informacji umożliwiających lepsze zrozumienie potrzeb pacjentów, aby wspomóc ich w codziennym funkcjonowaniu, na tle występowania choroby, jaką jest łuszczycy a i współwystępujące zaburzenia depresyjne. Wdrożenie postępowania terapeutycznego powinno być skutkiem dokładnej, indywidualnej analizy przypadku i opierać się na modelu interdyscyplinarnym.

VIII. ABSTRACT

This doctoral dissertation explores the issues and complexities of psoriasis as a chronic systemic inflammatory disease. The extensive subject matter of this condition and the aspects associated with it encompasses the clinical, social, economic, mental health and quality of life dimensions. This dermatosis is often described as psychosomatic, which indicates the interrelationship between physical and psychological disorders, also taking into account the multidirectional approach to the condition, with coexisting depressive disorders being one of the significant problems of patients. Patient assessment is an important issue and acts as a kind of guideline in defining the problematic nature of the illness and the expectations that patients have of healthcare. This type of approach is part of an interdisciplinary model of therapeutic management.

This dissertation describes the epidemiology and aetiopathogenesis of psoriasis, taking into account the immunological background, genetic conditions and triggering factors for the manifestation of psoriasis. In addition, the clinical picture, course of the dermatosis and clinical forms are presented. The treatment of psoriasis was also covered, including the classification of psoriatic lesion severity in relation to treatment methods used, topical treatment and systemic treatment, including biologic therapy of psoriasis. In addition, the topic of phototherapy and the aspect of psoriatic skin care were introduced. Depressive disorders are also discussed: epidemiology, aetiopathogenesis and clinical picture, classification and therapeutic methods of depression. The content of the paper also includes the issue of psoriasis and depressive disorders in an interdisciplinary perspective. Quality of life and its determinants are described, psoriasis is discussed as a psychosomatic disease, and the role of self-image and depression in psoriasis patients is discussed. In addition, the economic and social costs of depressive disorders in psoriasis patients, the impact of psoriasis and depression on the burden on the health care system and the economy, including the costs borne by patients, and limitations in physical and psychosocial functioning in psoriasis patients with depressive disorders were outlined.

The main aim of this thesis was to analyse and evaluate selected aspects related to the related to the course of psoriasis in terms of clinical, economic, quality of life and comorbid depressive disorders. The study involved the preparation of a survey form on psoriasis, including the importance of selected factors on the course and severity of psoriasis, taking into account clinical and economic aspects, patients' quality of life and coexisting depressive disorders. The task was made possible using the tools of the Google Forms platform. A

questionnaire consisting of the author's questionnaire and a standardised tool, the Dermatology Life Quality Index (DLQI) questionnaire, Assessment of Psoriasis Severity, was used in the study. A total of 256 patients with psoriasis aged between 18 and 65 years were included in the study. The author's questionnaire contained 59 questions, divided into 8 thematic areas. The DLQI contained 10 questions that determined the impact of dermatosis on patients' daily functioning. The collected results were statistically analysed and presented graphically with figures and tables. A discussion was then undertaken and the results obtained were compared with the literature and with the results of studies by authors and institutions addressing psoriasis and related aspects.

On the basis of the analysis of the results obtained, it was concluded that the vast majority of psoriasis cases have a continuous or cyclic recurring lesion pattern. The relatively high incidence of psoriasis with such specificity may be related to the fact that the treatment prescribed to psoriasis patients does not show sufficient and expected efficacy. In addition, the recurrent nature of the dermatosis is influenced by a number of exacerbating factors. The most common causes of relapses and exacerbations of psoriasis are stress, other diseases and infections, inappropriate dietary behaviour, the influence of certain medications and the use of stimulants. In addition, the issue of seasonality in the course of psoriasis is pointed out, with the autumn-winter season being the one in which patients report a worsening of their condition. According to patients, psoriasis therapy is only temporarily effective: men are more likely than women to rate the treatment as significantly effective, while women are more likely to report a lack of therapeutic effect. Patients who have received a combination of therapies indicate greater treatment efficacy. For patients who received biologic treatment for psoriasis, no reports of treatment ineffectiveness were observed. Psoriasis patients are increasingly opting for private healthcare due to difficulties in accessing appointments with specialists and long waiting times for consultations. According to the patients, medical visits and specialist consultations, as well as antipsoriatic drugs, have the greatest impact on the cost intensity of psoriasis treatment. Nearly 60 per cent of respondents indicate that psoriasis has a negative impact on their financial situation. Among the most common comorbidities in psoriasis are obesity, depressive disorders and cardiovascular disease. Obesity has been observed more frequently in women than in men, hypertension is more common in men. The prevalence of obesity and hypertension increased with age, and these conditions were most common in the age group 51 - 65 years. Depressive disorders in the course of psoriasis affect more than 25 per cent of patients, with a significant difference noted in terms of gender and age: depression was more common in women and in

younger age groups (18 - 25 years). However, data on the prevalence of depressive disorders in psoriasis patients appear to be underestimated due to patients' under-reporting to mental health professionals, which is a result of, among other things, shame and fear of being judged by the environment and lack of knowledge about the impact of depression on the course of psoriasis. Psoriasis patients experience chronic stress, shame, frustration and a sense of stigma. In addition, they perceive a highly negative impact of the dermatosis on their daily physical and social functioning, reduced levels of satisfaction, confidence and self-acceptance, with these aspects more often affecting young people and women. The negative impact of the disease also extends to the professional sphere and the burden on patients' loved ones. Nearly 97% of respondents have experienced or are experiencing negative emotions in relation to the severity of the disease, and more than 95% of patients confirm that psoriasis negatively affects their mental health. Women are more likely to rate their mental health as 'bad'. Nearly one-third of respondents have sought the help of a mental health professional due to the presence of depressive disorders, with the vast majority of respondents indicating a marked improvement in this sphere as a result of receiving professional help. In addition, respondents are far more likely to opt for paid appointments, with quick consultation times, in private facilities due to an urgent need for consultation and a difficult health situation, despite their high costs. The results of the DLQI survey found that a reduction in patients' quality of life affected 96% of psoriasis patients. Very severely reduced and severely reduced quality of life are observed in patients with severe and moderate psoriasis. The aspects most frequently affecting the reduced quality of life of patients are negative feelings associated with skin complaints, feelings of embarrassment and shame due to the presence of psoriatic lesions, and treatment-related problems. The quality of life survey provides important information for a better understanding of patients' needs in order to support them in their daily functioning, against the background of the presence of a disease such as psoriasis and co-morbid depressive disorders. The implementation of therapeutic management should result from a thorough individual case analysis and be based on a multidisciplinary model of treatment.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. About Psoriasis, <https://www.psoriasis.org/about-psoriasis/> [data dostępu: 12.09.2023]
2. Global report on psoriasis, World Health Organization, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2016.
3. Griffiths, C. E. M., Van Der Walt, J. M., Ashcroft, D. M., et al., The global state of psoriasis disease epidemiology: a workshop report. *British Journal of Dermatology*, 2017, 177(1):e4-e7.
4. Raharja A., Mahil S. K., Barker J. N., et al., Psoriasis: a brief overview. *Clinical Medicine*, 2021, 21(3), 170-173.
5. Parisi R., Symmons D. P., Griffiths C. E., et al., Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *Journal of Investigative Dermatology*, 2013, 133(2), 377-385.
6. Parisi R., Iskandar I. Y., Kontopantelis E., et al., National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ*, 2020, 369:m1590.
7. Neneman A., Adamski Z., Aspekty kliniczne i epidemiologiczne zaburzeń ogólnoustrojowych u chorych na łuszczycę. In *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2009, Vol. 3, No. 6, pp. 447-453.
8. Samselska D., Kurowska A., Raport: Łuszczycyca. Optymalizacja Leczenia, AMICUS Fundacja Łuszczycy i ŁZS, Warszawa, 2021.
9. Owczarczyk-Saczonek A., Placek W., Łuszczycyca jako choroba autoimmunologiczna. *Przegląd Dermatologiczny* 2014; 101(4): 278-287.
10. Rendon A., Schäkel K., Psoriasis pathogenesis and treatment. *International journal of molecular sciences*, 2019, 20(6): 1475.
11. Hsu L.N., Armstrong A.W., Psoriasis and autoimmune disorders: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2012, 67, 1076-1079.
12. Ogawa K., Okada Y., The current landscape of psoriasis genetics in 2020. *Journal of Dermatological Science* 2020, 99(1), 2-8.
13. Dopytalska K., Ciechanowicz P., Wiszniewski K. et al., The role of epigenetic factors in psoriasis. *International Journal of Molecular Sciences* 2021, 22(17), 9294.
14. Dand N., Mahil S. K., Capon F., Psoriasis and genetics. *Acta dermato-venereologica*, 2020, 100(3): 54- 64.

15. Szczerkowska-Dobosz A., Rębała K., Genetyka łuszczycy – od badań serologicznych antygenów zgodności tkankowej do badań asocjacyjnych całego genomu. *Przegląd Dermatologiczny*, 2011, 98, 377–383
16. Naldi L., Risk factors for psoriasis. *Current Dermatology Reports*, 2013, Volume 2: 58-65.
17. Barrea L., Nappi F., Di Somma C., et al. Environmental risk factors in psoriasis: the point of view of the nutritionist. *International journal of environmental research and public health*, 2016, 13(7): 743.
18. Zeng J., Luo S., Huang, Y., et al., Critical role of environmental factors in the pathogenesis of psoriasis. *The Journal of dermatology* 2017, 44(8): 863-872.
19. Kamiya K., Kishimoto M., Sugai J., et al. Risk Factors for the Development of Psoriasis. *International Journal of Molecular Sciences*, 2019: 20(18):4347
20. Roszkiewicz M., Dopytalska K., Szymanska E., et al. Environmental risk factors and epigenetic alternations in psoriasis. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2020, 27(3):335 – 442.
21. Chandran V., Raychaudhuri S. P., Geoeidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis. *Journal of autoimmunity*, 2010: 34(3), J314-J321
22. Lee E. B., Wu K. K., Lee M. P., et al. (2018). Psoriasis risk factors and triggers. *Cutis* 2018: 102(5S), 18-20.
23. Orsmond A., Bereza-Malcolm L., Lynch T., et al., Skin barrier dysregulation in psoriasis. *International journal of molecular sciences* 2021: 22(19): 10841.
24. Qiao P., Guo W., Ke Y., et al., Mechanical Stretch Exacerbates Psoriasis by Stimulating Keratinocyte Proliferation and Cytokine Production. *Journal of Investigative Dermatology*, 2019, 139: 1470–1479.
25. Baran A., Flisiak I., Sterling-Jaworowska M., et al., Wpływ wybranych hormonów na patogenezę łuszczycy. *Dermatology Review* 2009, 96: 428-434.
26. Roman I. I., Constantin A. M., Marina M. E., et al. The role of hormones in the pathogenesis of psoriasis vulgaris. *Clujul Medical* 2016, 89(1), 11-18.
27. Kokot I., Pawlik-Sobecka L., Płaczkowska S., et al. Prolaktyna jako czynnik immunomodulujący w łuszczycowym zapaleniu stawów. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* 2013, 67, 1265-1272.
28. Jabłońska S., Majewski S., *Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2022: s. 205 - 220

29. Dogra S., Mahajan R., Psoriasis: Epidemiology, clinical features, co-morbidities, and clinical scoring. *Indian dermatology online journal* 2016, 7(6), 471.
30. Psoriasis, <https://www.niams.nih.gov/health-topics/psoriasis>, [data dostępu: 02.11.2023].
31. Meier M., Sheth P. B., Clinical spectrum and severity of psoriasis. *Management of psoriasis* 2009, 38: 1-20.
32. Naldi L., Gambini D., The clinical spectrum of psoriasis. *Clinics in dermatology* 2007, 25(6), 510-518.
33. Kimmel G. W., Lebwohl M., Psoriasis: overview and diagnosis. *Evidence-Based Psoriasis: Diagnosis and Treatment. Updates in Clinical Dermatology*. Springer 2018: 1-16.
34. Christophers E., Psoriasis— epidemiology and clinical spectrum. *Clinical and experimental dermatology* 2001, 26(4), 314-320.
35. Pietrzak B., Zwierzyńska E., Hytroś, E., Łuszczycyca cz. 1 - obraz kliniczny, patogeneza, leczenie systemowe. *Farmacja Polska* 2023, 79(2): 91–100.
36. Reich A., Adamski Z., Chodorowska G., et al. Psoriasis. Diagnostic and therapeutic recommendations of the Polish Dermatological Society. Part 1. *Dermatology Review/Przegląd Dermatologiczny* 2020, 107(2):92-108.
37. Łuczkowska M., Żaba R., Psoriasis. *Przewodnik Lekarza/Guide for GPs*. 2005, 7: 38-49.
38. Wielowieyska-Szybińska D., Wojas-Pelc A., (2012). Przebieg i postępowanie w łuszczycy zwykłej. *Advances in Dermatology and Allergology* 2012, 29: 123-127.
39. Sarac G., Koca T. T., Baglan T., A brief summary of clinical types of psoriasis. *Northern clinics of Istanbul* 2016, 3(1), 79-82.
40. Dhabale A., Nagpure S., Types of Psoriasis and Their Effects on the Immune System. *Cureus* 2022, 14(9): e29536.
41. Mariusz Korkosz, Zofia Guła, Łuszczycowe zapalenie stawów - przyczyny, objawy, leczenie, *Medycyna Praktyczna*, <https://www.mp.pl/pacjent/reumatologia/choroby/63744,uszczycowe-zapalenie-stawow> [data dostępu: 12.12.2023].
42. Psoriasis: psoriatic arthritis, The Primary Care Dermatology Society, <https://www.pcds.org.uk/clinical-guidance/psoriatic-arthropathy> [data dostępu: 15.12.2023].

43. Singh R. K., Lee K. M., Ucmak D., et al. Erythrodermic psoriasis: pathophysiology and current treatment perspectives. *Psoriasis: Targets and Therapy* 2016, 93-104.
44. Erythroderma, The Primary Care Dermatology Society, <https://www.pcids.org.uk/clinical-guidance/erythroderma> [data dostępu: 15.12.2023].
45. Łuszczycyca zadawniona - przyczyny, objawy i zdjęcia, Centrum łuszczycy, <https://www.centrumluszczycy.pl/Luszczycyca-zadawniona-przyczyny-objawy-i-zdjecia-blog-pol-1606206075.html> [data dostępu: 20.12.2023].
46. Garvie K., McGinley Simpson M., Logemann N., et al. Verrucous psoriasis: A rare variant of psoriasis masquerading as verrucous carcinoma. *JAAD Case Reports* 2019, 5(8):723-725.
47. Monroe H. R., Hillman J. D., Chiu M.W., A case of verrucous psoriasis. *Dermatology Online Journal* 2011, 17(5):10
48. Watchirakaeyoon P., Prunglumpoo S., Khaonim K., Verrucous Psoriasis: A Case Report. *Thai Journal of Dermatology* 2021, 37(3), 127-32.
49. Chlebicka I., Reich A., Szepietowski J., Łuszczycyca brudźcowa z nasilonymi zmianami paznokciowymi u pacjenta zakażonego HiV. *Dermatology Review/Przegląd Dermatologiczny* 2016, 103: 60–63
50. Vence L., Schmitt A., Meadows C.E., et al. Recognizing Guttate Psoriasis and Initiating Appropriate Treatment. *West Virginia Medical Journal* 2015, 111(4): 26-29.
51. Guttate psoriasis, <https://dermnetnz.org/topics/guttate-psoriasis> [data dostępu: 30.12.2023].
52. Manhart R., Rich P., Nail psoriasis. *Clinical and Experimental Rheumatology* 2015, 33(5 Suppl 93): 7-13.
53. Tan E. S., Chong W. S., Tey H. L., Nail psoriasis: a review. *American journal of clinical dermatology* 2012, 13, 375-388.
54. Blakely K., Gooderham M., Management of scalp psoriasis: current perspectives. *Psoriasis: targets and therapy* 2016, 6: 33-40.
55. Scalp psoriasis, DermNet, <https://dermnetnz.org/topics/scalp-psoriasis>, [data dostępu: 30.12.2023].
56. Krzaczyński J., Strzałka-Mrozik B., Farmakologiczne i niefarmakologiczne metody terapii łuszczycy ze szczególnym uwzględnieniem leków biologicznych. *Farmacja Polska* 2020, 76(6), 333-343.
57. Svoboda S. A., Ghamrawi R. I., Owusu D. A., et al. Treatment Goals in Psoriasis: Which Outcomes Matter Most? *American Journal of Clinical Dermatology* 2020 (4): 505-511.

58. Schadler E. D., Ortel B., Mehlis S. L., Biologics for the primary care physician: Review and treatment of psoriasis. *Disease-a-Month* 2019, 65(3): 51-90.
59. Bożek A., Reich A., W jaki sposób miarodajnie oceniać nasilenie łuszczycy? In *Forum Dermatologicum* 2016, Vol. 2, No. 1: 6-11.
60. Torsekar R., Gautam M.M., Topical Therapies in Psoriasis. *Indian Dermatol Online Journal* 2017, 8(4):235-245.
61. Zwierzyńska E., Hytroś E., Pietrzak B., Łuszczycyca cz. 2 – leczenie miejscowe, fototerapia oraz pielęgnacja skóry, *Farmacja Polska*, 2023, 79(8): 473–481
62. Reich A., Adamski A., Chodorowska G., et al. Łuszczycyca. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Część 2. *Dermatology Review/Przegląd Dermatologiczny* 2020, 107: 110–137.
63. Szepietowski J., Adamski Z., Chodorowska G., et al. Leczenie łuszczycy zwyczajnej – rekomendacje ekspertów Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Część I: łuszczycyca łagodna, łuszczycyca wieku dziecięcego, *Diagnostics and treatment of psoriasis vulgaris: guidelines of the Polish Dermatological Society. Part I: mild psoriasis, psoriasis in children. Dermatology Review/Przegląd Dermatologiczny* 2012, 99.2: 83-96.
64. Megna M., Cinelli E., Camela E., et. al. Calcipotriol/betamethasone dipropionate formulations for psoriasis: an overview of the options and efficacy data. *Expert Review of Clinical Immunology* 2020, 16(6): 599-620.
65. Adamczyk M., Bartosińska J., Krasowska D., Efficacy and safety of agents containing betamethasone dipropionate and calcipotriol in topical therapy of psoriasis. *Dermatology Review/Przegląd Dermatologiczny*. 2018, 105(3): 434-450.
66. Yélamos O., Puig L., Systemic methotrexate for the treatment of psoriasis. *Expert review of clinical immunology* 2015, 11(5): 553-563.
67. Szepietowski J., Adamski Z., Chodorowska G., et al. Treatment of psoriasis vulgaris: guidelines of experts of the Polish Dermatological Society. Part II: moderate to severe psoriasis. *Dermatology Review/Przegląd Dermatologiczny*. 2014;101(6):455-472.
68. Tazein A., Tabassum S., Cyclosporin in dermatology: A practical compendium. *Dermatologic Therapy* 2020, 33.6: e13934.
69. Ortiz N. E., Nijhawan R. I., Weinberg J. M., Acitretin. *Dermatologic therapy* 2013, 26(5): 390-399.
70. Słuczanaowska-Głabowska S., Pawlak K., Mazurek-Mochol M., et al. Biological treatment of psoriasis. *Farmacja Polska* 2022, 78(6): 336-343.

71. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 stycznia 2024 r., <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-11-grudnia-2023-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywieniowego-oraz-wyrobow-medycznych> [data dostępu: 10.01.2024].
72. Łuszczycyca. Optymalizacja Leczenia. Raport Fundacji Amicus - Fundacja Łuszczycy i ŁZS, Warszawa 2021.
73. Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 stycznia 2024 r.: Załącznik B.47.; Leczenie Chorych Z Umiarkowaną I Ciężką Postacią Łuszczycy Plackowatej (Icd-10: L40.0).
74. Puls Medycyny, Łuszczycę leczymy już na europejskim poziomie. Marzec przyniósł rewolucję, <https://pulsmedycyny.pl/luszczycy-leczymy-juz-na-europejskim-poziomie-marzec-przyniosl-rewolucje-1181886> [data dostępu: 15.01.2024].
75. Brownstone N., Mosca M., Hong J., et al. Phototherapy for Psoriasis: New Research and Insights. *Current Dermatology Reports* 2021, 10: 16-20.
76. Zhang P., Wu M. X., A clinical review of phototherapy for psoriasis. *Lasers in medical science* 2018, 33: 173-180.
77. Sadowska M., Lesiak A., Narbutt J., Application of phototherapy in the treatment of psoriasis vulgaris. *Dermatology Review/Przegląd Dermatologiczny* 2019, 106(2):198-209.
78. Nakamura M., Farahnik B., Bhutani T., Recent advances in phototherapy for psoriasis. *F1000Research: F1000 Faculty Rev*, 2016, 5:1684.
79. Thatiparthi A., Martin A., Liu J., Wu J. J., Risk of skin cancer with phototherapy in moderate-to-severe psoriasis: An updated systematic review. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology* 2022, 15(6): 68.
80. Luger T., Seite S., Humbert P., et al. Recommendations for adjunctive basic skin care in patients with psoriasis. *European Journal of Dermatology* 2014, 24: 194-200.
81. Kircik L., Alexis A. F., Andriessen A., et al. Psoriasis and Skin Barrier Dysfunction: The Role of Gentle Cleansers and Moisturizers in Treating Psoriasis. *Journal of Drugs in Dermatology* 2023, 22(8): 773-778.

82. Roter G., Nowicki R., Non-pharmacological treatments of nail psoriasis and the assessment of therapeutic progress. *Dermatology Review/Przegląd Dermatologiczny* 2019, 106(3): 280-290.
83. Nowicka D., Łuszczyca–pielęgnacja i postępowanie w gabinecie kosmetycznym. *Kosmetologia Estetyczna* 2018, 5(7): 529-532.
84. Zabiegi bezinwazyjne, Trychologia kosmetyczna, <https://trychologiakosmetyczna.pl/zabiegi-bezinwazyjne/> [data dostępu: 20.01.2024].
85. Wittenborn A. K., Rahmandad H., Rick J., et al. Depression as a systemic syndrome: mapping the feedback loops of major depressive disorder. *Psychological medicine* 2016, 46(3): 551-562.
86. Kupferberg A., Bicks L., Hasler G., Social functioning in major depressive disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2016, 69: 313-332.
87. Depressive disorder (depression). WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> [data dostępu: 10.01.2024].
88. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). **GBD Results**. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2020. Available from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results> [data dostępu: 10.01.2024].
89. . Health at a Glance: Europe 2022 State Of Health In The EU, OECD/European Union 2022, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en [data dostępu: 15.01.2024].
90. Raport Flash Eurobarometer 530 Mental Health, European Commission 2023, <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3032> [data dostępu: 30.01.2024].
91. Raport „Zdrowie psychiczne Polaków. Depresja jest wśród nas...” ePsycholodzy.pl, 2023, <https://epsycholodzy.pl/wp-content/uploads/2023/02/Depresja-jest-wsrod-nas-raport.pdf> [data dostępu: 30.01.2024].
92. Raport „NFZ o zdrowiu. Depresja”, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja> [data dostępu: 30.01.2024].
93. Pasquini M., Berardelli I., Biondi M., Etiopathogenesis of depressive disorders. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH* 2014, 10: 166.
94. Silva-dos-Santos A., Sales M., Sebastião A., et al. A New Viewpoint on the Etiopathogenesis of Depression. *Frontiers in Psychiatry* 2021, 12:607339.
95. McGuffin P., Rivera M., The interaction between stress and genetic factors in the etiopathogenesis of depression. *World Psychiatry* 2015, 14(2): 161–163

96. Ding Y., Dai J., Advance in stress for depressive disorder. *Depressive Disorders: Mechanisms, Measurement and Management* 2019,1180: 147-178.
97. Holka – Pokorska J. Zaburzenia Psychiczne związane ze stanem somatycznym. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny pod redakcją prof. dr hab. n. med. Marka Jaremy. PZWL Wydawnictwo Lekarskie* 2016, s. 221 – 240.
98. Haug H. J., Ahrens B., Zaburzenia afektywne. *Kompedium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej. Redakcja: Freyberger Harald J., Wolfgang Schneider, Rolf-Dieter Stieglitz. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa* 20214, s. 108 – 126.
99. Pużyński S., Depresje i zaburzenia afektywne. *Wydanie V, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa* 2017, s. 11 – 46, 47 – 108, 124 – 145, 147 – 207, 209 – 231.
100. Heitzman J., Wojnar N., Zaburzenia i choroby afektywne. *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych. Redakcja naukowa Janusz Heitzman. Wydanie I. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa* 2007, s. 107 – 128Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja, Tom I, wydanie 2008. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012.
101. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, X Rewizja, Tom I, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia* 2012.
102. Kryteria diagnostyczne z DSM-5 Redakcja naukowa: Gałęcki Piotr, Święcicki Łukasz, Wydawca: Edra Urban & Partner 2019, s. 85 – 109.
103. Zaburzenia depresyjne, DSM – 5 Selection, American Psychiatric Association. Redakcja naukowa Janusz Heitzman, Edra Urban & Partner, Wrocław 2017: 1-49.
104. Cleare A, Pariante C, Young A, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, 2015, 29(5): 459-525.
105. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#314468192> [data dostępu: 10.02.2024].
106. Gautam S., Jain A., Gautam M., et al. Clinical Practice Guidelines for the management of Depression. *Indian Journal of Psychiatry* 2017, 59(1): 34-50.
107. Samochowicz J., Dudek D., Mazur – Kucharska J. i wsp., Leczenie farmakologiczne epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających – wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych. *Psychiatria Polska*. 2021; 55(2): 235–259

108. Malhi G.S., Bassett D., Boyce P., et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015, 49(12):1087–1206.
109. Gałęcki P. Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dotyczące leczenia epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających. *Farmakoter. Psychiatr. Neurol.* 2018; 34(3): 157–199.
110. Pečeňak J., Švestka J., Depresja. *Psychiatria w praktyce. Podręcznik dla lekarzy specjalizujących się w psychiatrii i lekarzy innych specjalności. Praca zbiorowa pod redakcją prof. dr hab. n. med. Marka Jaremy.* Wydawnictwo Medical Education, Warszawa 2011, s. 35 – 58.
111. Rekomendacje Postępowania W Zakresie Zapobiegania, Wykrywania i Leczenia Depresji, Instytut Psychiatrii i Neurologii W Warszawie, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2018.
112. Zaprutko T., Göder R., Rybakowski F., et al. Non-pharmacological treatments of inpatients with major depression—the case of Polish (Poznan) and German (Kiel) hospital. *Complementary therapies in clinical practice* 2020, 39: 101-129.
113. Purebl G., Schnitzspahn K., Zsák E. Overcoming treatment gaps in the management of depression with non-pharmacological adjunctive strategies. *Frontiers in Psychiatry* 2023, 14: 1268194.
114. Sposoby leczenia depresji: jak wybrać terapię dla siebie?, <https://psychomedic.pl/sposoby-leczenia-depresji/> [data dostępu: 28.02.2024].
115. Rekomendacje Postępowania W Zakresie Zapobiegania, Wykrywania i Leczenia Depresji. Rekomendacje opracowane w ramach realizacji Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2018.
116. Polenghi M. M., Molinari E., Gala C., et al. Experience with psoriasis in a psychosomatic dermatology clinic. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*, 1994, 186: 65-66.
117. Fried R. G., Friedman S., Paradis C., et al.: Trivial or terrible? The psychosocial impact of psoriasis. *International journal of dermatology*, 1995, 34(2): 101-105.
118. WHOQOL: Measuring Quality of Life, <https://www.who.int/tools/whoqol> [Data dostępu: 20.03.2024].
119. Yin S., Njai R., Barker L., et al. Summarizing health-related quality of life (HRQOL): development and testing of a one-factor model. *Population Health Metrics* 2016, 14:22.

120. Health-Related Quality of Life (HRQL), <https://qol.thoracic.org/sections/key-concepts/health-related-quality-of-life.html> [data dostępu: 20.03.2024].
121. Radecka B., Jakość życia uwarunkowana zdrowiem–znaczenie i sposoby oceny u chorych na nowotwory. *Current Gynecologic Oncology* 2015 13 (3): 172-179.
122. Schipper H., Clinch J., Olweny C. L., Quality of life studies: definitions and conceptual issues. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1996, 2: 11-23.
123. Stańczak-Mrozek K., Biłant E., Mućka K. QALY jako miara Jakości życia. AOTMiT, Dział Programów Lekowych, Wydział Oceny Technologii Medycznych Warszawa 2019.
<https://power.aotm.gov.pl/static/Materialy/6.%20QALY%20jako%20miara%20jako%20C5%9Bci%20%20C5%BCycia.pdf> [data dostępu: 20.03.2024].
124. Bronsard V., Paul C., Prey S. et.al.: What are the best outcome measures for assessing quality of life in plaque type psoriasis? A systematic review of the literature. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2010, 24(2): 17–22.
125. Lim D. S. Y., Beweley A., Oon H. H., Psychological Profile of patients with psoriasis. *Annals of the Academy of Medicine of Singapore* 2018, 47(12): 516-522.
126. Nisar H., Srivastava R., Fundamental concept of psychosomatic disorders: a review. *International Journal of contemporary Medicine surgery and radiology* 2018, 3(1), 12-18
127. Psychosomatic disorders: thirteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37991/WHO_TRS_275.pdf?sequence=1&isAllowed=y, [data dostępu: 21.03.2024].
128. Korabel H., Dudek D., Jaworek A., Wojas-Pelc A. Psychodermatologia: psychologiczne i psychiatryczne aspekty w dermatologii. *Przegląd lekarski* 2008, 65(5): 244-245.
129. Barańska-Rybak W., Nowicki R., Jakuszkowiak K., Cubała J. W., Psychodermatologia – nowa dziedzina medycyny. *Przewodnik Lekarza/Guide for GPs*. 2005, 1(8): 50-55.
130. Jafferany M., Franca K., Psychodermatology: basics concepts. *Acta dermatovenereologica* 2016, 96: 35-37.
131. Koo J. Y. M., Lee C.S., General approach to evaluating psycho-dermatological disorders. In: Koo JYM, Lee CS, editors. *Psychocutaneous medicine*. New York (NY): Marcel Dekker, Inc; 2003: 1–29.

132. What does body image mean?, <https://www.medicalnewstoday.com/articles/249190#definition> [data dostępu:13.04.2024]
133. Nitsch K., Prajs E., Kurpisz J. i wsp.: Obraz ciała i jego zaburzenia. Aspekty teoretyczne w kontekście wybranych jednostek psychopatologicznych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2012, 3(12): 176-182.
134. Hards E., Ellis J., Fisk J., et al. Negative view of the self and symptoms of depression in adolescents. *Journal of affective disorders* 2020, 262: 143-148.
135. Ryding F. C., Kuss D. J., The use of social networking sites, body image dissatisfaction, and body dysmorphic disorder: A systematic review of psychological research. *Psychology of Popular Media* 2020, 9(4): 412.
136. Brihan I., Ianoși S. L., Boda D., et al.: Implications of self esteem in the quality of life in patients with psoriasis. *Experimental and Therapeutic Medicine* 2020, 20: 202.
137. Hassani F., Koraei A., Yaghoobi R., et al. An evaluating of the relationship between body image, body satisfaction, depression, marital quality, and self-esteem in patients with psoriasis. *Psychology, Health & Medicine* 2021, 26(4): 467–477.
138. Nazik H., Nazik S., Gul F. C., Body image, self-esteem, and quality of life in patients with psoriasis. *Indian Dermatology Online Journal* 2017, 8(5): 343–346.
139. Janoska P., Pawlak A., Kubiak I.: Selected psychological aspects of psoriasis: Case study analysis. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2016, 18(2), 59–66.
140. Mela A., Jaroszyński J., Ocena kosztów choroby, *Farmacja Polska* 2018, 74(7): 394-397
141. Leśniowska J., Obciążenie systemu ochrony zdrowia i gospodarki kosztami generowanymi przez przewlekłe choroby niezakaźne. *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów* 2018, (167): 79-93.
142. Burgos-Pol R., Martínez-Sesmero J.M., Ventura-Cerdá J. M., The Cost of Psoriasis and Psoriatic Arthritis in 5 European Countries: A Systematic Review, *Actas Dermato-Sifiliográficas (English Edition)* 2016, 107(7): 577-590.
143. Thomsen S. F., Skov L., Dodge R., Socioeconomic costs and health inequalities from psoriasis: a cohort study. *Dermatology* 2019, 235(5), 372-379.
144. Jungen D., Augustin M., Langenbruch A., Cost-of-illness of psoriasis—results of a German cross-sectional study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2018, 32(1), 174-180.

145. Gianfredi V., Casu G., Bricchi L., Epidemiology of psoriasis in Italy: burden, cost, comorbidities and patients' satisfaction. A systematic review. *Acta Biomedica* 2022, 93(6):e2022332.
146. Raport z badania Koszty leczenia w Polsce 2023, Aegon, PMR 2023 https://www.aegon.pl/wp-content/uploads/2024/01/raport_koszty_leczenia.pdf [data dostępu: 02.05.2024]
147. Wojciechowska M., McFarlane O., Żaroń A., Złożona problematyka łuszczycy wyzwaniem dla polityki społecznej i zdrowotnej. Rola zdrowia publicznego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2020, 26(1): 24-28.
148. Nojszewska E., Ocena całkowitych społeczno-ekonomicznych kosztów występowania łuszczycy i łuszczycowego zapalenia stawów z perspektywy gospodarki państwa. Raport Instytutu Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju Innowo, Warszawa 2019.
149. Wybrane statystyki w rodzaju świadczeń opieka psychiatryczna, Narodowy Fundusz Zdrowia, <https://dane.gov.pl/pl/dataset/3523,wybrane-statystyki-w-rodzaju-swiadczen-opieka-psyc>
150. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2022 r., Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych, Warszawa 2023, <https://www.zus.pl/documents/10182/39540/Wydatki+na+%C5%9Bwiadczenia+z+ubezpiecze%C5%84+spo%C5%82ecznych+zwi%C4%85zane+z+niezdolno%C5%9Bci%C4%85+do+pracy+w+2022+r.pdf/26a3f7d8-85d7-ee4d-1c9e-1367a24dc46a?t=1696485418396> [data dostępu: 10.05.2024].
151. Absencja chorobowa w 2022 roku, Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych, ZUS, Warszawa 2023, www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2022+roku.pdf/3b513577-14ffb305-c027-057185113d4b?t=1690961887922 [data dostępu: 10.05.2024].
152. Absencja chorobowa. Dane ZUS. <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa>
153. Leki w programie lekowym - leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej, <https://statystyki.nfz.gov.pl/DrugPrograms?search=true&S.Province=&S.DateFrom=2018-01&S.DateTo=2022-12&S.DrugProgram=LEKI+W+PROGRAMIE+LEKOWYM+-+LECZENIE+CHORYCH+Z+UMIARKOWAN%C4%84+I+CI%C4%98%C5%BBK>

- %C4%84+POSTACI%C4%84+%C5%81USZCZYCY+PLACKOWATEJ&S.ActiveSubstance=&S.AgeGroup=&S.Gender= [data dostępu: 10.05.2024].
154. Statystyki NFZ. Refundacja apteczna. <https://statystyki.nfz.gov.pl/PharmacyRefund> [data dostępu: 10.05.2024].
155. Informacje o psychoterapii, wizytach u psychologów i psychiatrów w latach 2013 – 2023, Portal e – zdrowie. <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/informacja-o-psychoterapii-i-psychiatrii-w-latach-2013-2023> [data dostępu: 10.05.2024].
156. Schonmann I., Ashcroft Y., Iskandar D. M., et al., Incidence and prevalence of psoriasis in Israel between 2011 and 2017. *European Academy of Dermatology and Venereology* 2019, 33: 2075–2081.
157. Iskandar I. Y. K., Parisi R., Griffiths C. E. M., Ashcroft D. M., on behalf of the Global Psoriasis Atlas, Systematic review examining changes over time and variation in the incidence and prevalence of psoriasis by age and gender, *British Journal of Dermatology* 2021, 184 (2): 243–258.
158. Solmaz D., Bakirci S., Kimyon G., et al., Impact of having family history of psoriasis or psoriatic arthritis on psoriatic disease. *Arthritis care & research* 2020, 72 (1): 63-68.
159. Vičić M., Kaštelan M., Brajac I., et al., Current Concepts of Psoriasis Immunopathogenesis. *International Journal of Molecular Sciences*. 2021, 22(21):11574.
160. Potestio L., Lauletta G., Tommasino N., et al., Risk Factors for Psoriasis Flares: A Narrative Review. *Psoriasis: Targets and Therapy* 2024, 14: 39–50.
161. Schwarz C. W., et al., Are systemic corticosteroids causing psoriasis flare-ups? Questionnaire for Danish dermatologists, gastroenterologists and rheumatologists. *Dermatology* 2021, 237(4): 588-594.
162. Deepak B., Hajdarbegovic E., Drug-induced psoriasis: clinical perspectives. *Psoriasis: Targets and Therapy*, 2017, 7: 87-94.
163. Rigas H. M., et al. Psychological stress and depression in psoriasis patients—a dermatologist’s perspective. *Maedica* 2019, 14.3: 287–291.
164. Ferguson F. J., Lada G., Hunter H. J. A., et al., Diurnal and seasonal variation in psoriasis symptoms. *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology* 2021, 35(1): 45-47
165. Kronberg J. K., Serup J., Køhler Alsing K., Psoriasis and seasonal variation: a systematic review on reports from Northern and Central Europe—Little overall

- variation but distinctive subsets with improvement in summer or wintertime. *Skin Research and Technology* 2022, 28(1):180-186.
166. Dopytalska K., Sobolewski P., Błaszczak A., et al., Psoriasis in special localizations. *Reumatologia/Rheumatology* 2018, 56(6): 392-398.
167. Szepietowski J. C., Reich A., Pruritus in psoriasis: An update. *European Journal of Pain* 2016, 20(1): 41-46.
168. Pithadia D. J., Reynolds K. A., Lee E. B., et al. Psoriasis-associated cutaneous pain: etiology, assessment, impact, and management. *Journal of Dermatological Treatment* 2018, 30(5): 435-440.
169. Ljosaa T. M., Bondevik H., Halvorsen J. A., et al. The complex experience of psoriasis related skin pain: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Pain* 2020, 20(3): 491-498.
170. Gisoni P., Del Giglio M., Girolomoni G., Treatment Approaches to Moderate to Severe Psoriasis. *International Journal of Molecular Sciences*. 2017; 18(11):2427.
171. Nast A., Jacobs A., Rosumeck S., et al., Efficacy and safety of systemic long-term treatments for moderate-to-severe psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Investigative Dermatology* 2015, 135(11): 2641-2648.
172. Vide J., Magina, S., Moderate to severe psoriasis treatment challenges through the era of biological drugs. *Anais brasileiros de dermatologia* 2017, 92: 668-674.
173. Reid C., Griffiths C. E. M., Psoriasis and treatment: past, present and future aspects. *Acta Dermato-Venereologica* 2020, 100(3): 69-79.
174. Bubak, C., Schaarschmidt, M. L., Schöben, L., et al., Analyzing the value of an educational program for psoriasis patients: a prospective controlled pilot study. *BMC Public Health* 2019, 19: 1-12.
175. Burzyńska J., Kruk W., Zdrowie, internet i postprawda—dyskurs o zdrowiu i chorobie w erze fake newsów. W *Medycyna, zdrowie a styl życia. Człowiek wobec wyzwań XXI wieku*. Ed. by K. Antosik, ArchaeGraph Wydawnictwo Naukowe 2021: 27-38.
176. Zuccotti E., Oliveri M., Ratto D., et al., Nutritional strategies for psoriasis: current scientific evidence in clinical trials. *European Review for Medical & Pharmacological Sciences* 2018, 22(23): 8537-8551.
177. Chung M., Bartholomew E., Yeroushalmi S., et al. Dietary intervention and supplements in the management of psoriasis: current perspectives. *Psoriasis: Targets and Therapy* 2022, 12: 151-176.

178. Mijaljica D., Spada F., Harrison I. P., Topical moisturisers for the management of psoriasis vulgaris. *Psoriasis-New Research* Ed. by Shahin Aghaei. IntechOpen, 2022, s. 139- 162
179. Borzęcki A., Koncewicz A., Raszewska-Famielec M., et al., Epidemiology of psoriasis in the years 2008–2015 in Poland. *Dermatology Review/Przegląd Dermatologiczny* 2018, 105(6): 693-700.
180. Golbari N. M., Porter M. L., Kimball A. B., Current guidelines for psoriasis treatment: a work in progress. *Cutis* 2018, 101(3): 10-12
181. Informator o Terminach Leczenia, <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/> [data dostępu: 10.06.2024].
182. Portal Świat przychodni, <https://swiatprzychodni.pl/> [data dostępu: 10.06.2024].
183. Shpudeiko V., Sokolov K., Sidaruk H., Artificial intelligence in solving dermatological problems. *Dermatology Review/Przegląd Dermatologiczny* 2022, 109(5): 361-367.
184. Orbai A. M., Reddy S. M., Dennis N., Work absenteeism and disability associated with psoriasis and psoriatic arthritis in the USA—a retrospective study of claims data from 2009 TO 2020. *Clinical rheumatology* 2021, 40(12): 4933-4942.
185. Hoesein R. S., Widyahening I. S., Soemarko D. S., The Risk of Absenteeism among Workers with Psoriasis. *The Indonesian Journal of Community and Occupational Medicine* 2022, 2(1): 32-9.
186. Raport Potrzeby pacjentów z łuszczycą w Polsce, Fundacja MY Pacjenci i Unia Stowarzyszeń Chorych na Łuszczycę, Warszawa 2016.
187. Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2016 i 2022. Główny Urząd Statystyczny. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/> [dostęp: 10.06.2024].
188. Sondermann W., Djeudeu Deudjui D. A., Körber A., et al., Psoriasis, cardiovascular risk factors and metabolic disorders: sex-specific findings of a population-based study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2020, 34(4): 779-786.
189. Duvetorp A., Mrowietz U., Nilsson M., et al., Sex and age influence the associated risk of depression in patients with psoriasis: a retrospective population study based on diagnosis and drug-use. *Dermatology* 2021, 237(4): 595-602.
190. Nowowiejska J., Baran A., Grabowska P., et al., Assessment of life quality, stress and physical activity among patients with psoriasis. *Dermatology and Therapy* 2022, 12(2): 395-406.

191. Meneguín S., de Godoy N. A., Pollo C. F., et al., Quality of life of patients living with psoriasis: a qualitative study. *BMC dermatology* 2020, 20: 1-6.

X. WYKAZ RYCIN

Rycina 1. Czynniki ryzyka wystąpienia i zaostrzenia łuszczycy. Opracowanie własne na podstawie źródła [19].

Rycina 2. Łuszczyca zwykła [10].

Rycina 3. Łuszczyca krostkowa [10].

Rycina 4. Łuszczyca krostkowa na podeszwie stopy [10].

Rycina 5. Łuszczycowe zapalenie stawów: zmiany obejmujące skórę, paznokcie i stawy dłoni [42].

Rycina 6. Łuszczycowe zapalenie stawów: zmiany obejmujące skórę, paznokcie i stawy stopy [42].

Rycina 7. Łuszczycowe zapalenie stawów: zmiany obejmujące skórę, paznokcie i stawy dłoni [42].

Rycina 8. Erythrodermia łuszczycowa [44, 10].

Rycina 9. Łuszczyca zadawniona [45].

Rycina 10. Łuszczyca brodawkująca [46].

Rycina 11. Łuszczyca bruźdcowa na łokciu [49].

Rycina 12. Łuszczyca kropelkowata [51].

Rycina 13. Łuszczyca w obrębie paznokci [52].

Rycina 14. Łuszczyca owłosionej skóry głowy [55].

Rycina 15. Porównanie zmian skórnych w przebiegu łuszczycy: A. bez zastosowania leku miejscowego; B. po 7 dniach stosowania leku miejscowego (żel zawierający substancje czynne: betametazon (dipropionian betametazonu) + kalcypotriol); zasoby własne.

Rycina 16. Przeciwwskazania do stosowania fototerapii w łuszczycy. Opracowanie własne na podstawie źródła [77, 79].

Rycina 17. Łuszczyca skóry głowy, powiększenie x 60: A. obraz przed zabiegiem, B. obraz po systematycznym stosowaniu maści Diprosalic (betametazonu dipropionian i kwas salicylowy). Materiały własne uzyskane we współpracy z Gabinetem Trychologicznym [85].

Rycina 18. Łuszczyca skóry głowy, powiększenie x 60: A. obraz przed terapią trychologiczną, B. obraz po zmianie pielęgnacji domowej. Materiały własne uzyskane we współpracy z Gabinetem Trychologicznym [85].

Rycina 19. Łuszczyca skóry głowy, powiększenie x 60: A. obraz skóry głowy z nadmiernie rogowaciejącym naskórkiem, B. obraz skóry głowy po trychologicznym zabiegu oczyszczania. Materiały własne uzyskane we współpracy z Gabinetem Trychologicznym [85].

Rycina 20. Chorobowość zaburzeń depresyjnych na świecie w latach 1990-2019. Opracowanie na podstawie danych Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) [88].

Rycina 21. Zapadalność na zaburzenia depresyjne na świecie w latach 1990-2019. Opracowanie na podstawie danych Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) [88].

Rycina 22. Chorobowość zaburzeń depresyjnych w Europie w latach 1990-2019 według płci. Opracowanie na podstawie danych Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) [88]

Rycina 23. Występowanie problemów zdrowia psychicznego w poszczególnych grupach wiekowych mieszkańców Unii Europejskiej. Opracowanie własne na podstawie źródła [89].

Rycina 24. Odsetek dorosłych (z podziałem na płeć i grupy wiekowe) w Unii Europejskiej zagrożonych depresją w latach 2020 – 2022, Ryzyko depresji definiowane za pomocą skali WHO-5 jako osoby z wynikiem poniżej 50 w skali od 0-100. Opracowanie własne na podstawie źródła [90].

Rycina 25. Chorobowość zaburzeń depresyjnych w Polsce w latach 1990-2019 według płci. Opracowanie na podstawie danych Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) [88].

Rycina. 26. Świadczenia z rozpoznaniem depresji - liczba pacjentów, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem głównym "epizod depresyjny" oraz "zaburzenia depresyjne nawracające" (F32, F33 - ICD10), według płci i wieku w Polsce w 2022 roku. Opracowanie własne na podstawie źródła [92].

Rycina. 27. Świadczenia z rozpoznaniem depresji - liczba pacjentów, którym udzielono świadczenia z rozpoznaniem głównym "epizod depresyjny" oraz "zaburzenia depresyjne nawracające" (F32, F33 - ICD10), podział według województw, dane za 2022 roku. Opracowanie własne na podstawie źródła [92].

Rycina 28. Zaburzenia depresyjne wywołane substancją lub lekiem (z podziałem na kody ICD – 9 oraz podziałem według ICD – 10) [102].

Rycina 29. Zasady leczenia epizodów depresyjnych [107].

Rycina 30. Leki przeciwdepresyjne o różnym mechanizmie działania [107].

Rycina 31. Charakterystyka leków przeciwdepresyjnych drugiego rzutu – trójcykliczne leki przeciwdepresyjne, selektywny inhibitor wychwyty zwrotnego noradrenaliny [107].

Rycina 32. Wybór leku przeciwdepresyjnego w odniesieniu do cech klinicznych depresji. Opracowanie własne na podstawie źródła [109, 111].

Rycina 33. Schemat: jakość życia związana ze zdrowiem według Schipperera – Heath Related Quality of Life. Opracowanie własne na podstawie źródła [121, 122].

Rycina 34. Kategorie kosztów. Opracowanie na podstawie źródła [140, 141].

Rycina 35. Płeć badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 36. Wiek badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 37. Miejsce zamieszkania ankietowanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 38. Wykształcenie oraz rodzaj wykonywanej pracy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina. 39. Odsetek występowania wartości zmiennej: Kiedy po raz pierwszy wystąpiły objawy łuszczycy u badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina. 40. Odsetek występowania wartości zmiennej: jak długo badany choruje na łuszczycę. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina. 41. Odsetek występowania wartości zmiennej: czy ktoś z rodziny badanego choruje lub chorował na łuszczycę. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina. 42. Odsetek występowania wartości zmiennej: jaki charakter ma choroba w ocenie badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 43. Rodzaje łuszczycy występujące w grupie badanej (odsetek bezwzględny i względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 44. Odsetek występowania wartości zmiennej: jaki postać łuszczycy występuje u badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 45. obszary ciała – występowanie zmian łuszczycowych w grupie badanej. (odsetek bezwzględny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 46. Obszary ciała występowania zmian łuszczycowych w grupie badanej (odsetek względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 47. Objawy towarzyszące w przebiegu łuszczycy, w grupie badanej (odsetek bezwzględny i względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 48. Powody zaostrzeń choroby w grupie badanej (odsetek bezwzględny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 49. Rodzaje łuszczycy występujące w grupie badanej (odsetek względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 50. Odsetek występowania obserwacji zależności między porą roku a nasileniem objawów łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 51. Odsetek występowania wartości zmiennej: podczas której pory roku następuje nasilenie objawów. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 52. Częstość występowania: zależność między porą roku a nasileniem objawów łuszczycy oraz wskazań, w jakiej porze roku chorzy na łuszczycę zauważają nasilenie zmian chorobowych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 53. Metody terapii łuszczycy w grupie badanej (odsetek bezwzględny i względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 54. Odsetek występowania wartości zmiennej: jak chory ocenia skuteczność leczenia w przebiegu łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 55. Odsetek dla relacji między oceną skuteczności leczenia a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 56. Leki i preparaty stosowane przez badanych (odsetek bezwzględny i względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 57. Odsetek występowania wartości zmiennej: stosowanie suplementów diety dedykowanych pacjentom z łuszczycą. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 58. Odsetek dla relacji między stosowaniem suplementów diety dedykowanych chorym na łuszczycę a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 59. Odsetek występowania wartości zmiennej: Stosowanie kosmetyków dedykowanych chorym na łuszczycę. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 60. Odsetek występowania wartości zmiennej: ocena badanego nt. skuteczności kosmetyków dedykowanym chorym na łuszczycę. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 61. Miejsca zgłaszania problemu łuszczycy przez badanego (odsetek bezwzględny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 62. Miejsca zgłaszania problemu łuszczycy przez badanego (odsetek względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 63. Odsetek występowania wartości zmiennej: częstotliwość wizyt – korzystanie z opieki medycznej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 64. Odsetek występowania wartości zmiennej: określenie, do jakiego typu placówki uczęszcza badany. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 65. Odsetek występowania wartości zmiennej: czy badany jest pod stałą opieką lekarską. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 66. Odsetek występowania wartości zmiennej: czy badany przestrzega zaleceń lekarskich. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 67. Odsetek występowania wartości zmiennej: czy badany był hospitalizowany. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 68. Odsetek dla relacji: postać łuszczycy a hospitalizacje wśród badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 69. Źródła wiedzy nt. choroby wśród grupy badanej (odsetek bezwzględny i względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 70. Odsetek występowania wartości zmiennej: absencja zawodowa, nieobecności w szkole, na uczelni w związku z chorobą. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 71. Odsetek dla relacji między absencją chorobową a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 72. Odsetek występowania wartości zmiennej: utracone zarobkowanie. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 73. Odsetek występowania wartości zmiennej: wnioskowanie o przyznanie renty. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 74. Odsetek występowania wartości zmiennej: ocena badanego nt. negatywnego wpływu łuszczycy na sytuację materialną chorego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 75. Odsetek dla relacji między oceną negatywnego wpływu łuszczycy na sytuację materialną a płeć. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 76. Ocena miesięcznych kosztów leczenia łuszczycy (wizyty lekarskie/konsultacje specjalistyczne) w opinii badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 77. Ocena miesięcznych kosztów leczenia łuszczycy (koszt leków) w opinii badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 78. Ocena miesięcznych kosztów leczenia łuszczycy (naświetlanie/laseroterapia/zabiegi medycyny estetycznej i kosmetologii) w opinii badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 79. Odsetek dla relacji między miesięcznym kosztem wizyt lekarskich i konsultacji specjalistycznych a postacią łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 80. Odsetek dla relacji między miesięcznym kosztem leków a postacią łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 81. Odsetek dla relacji między miesięcznym kosztem zabiegów terapii łuszczycy a postacią łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 82. Odsetek dla relacji: występowanie schorzeń współistniejących u chorych na łuszczycę względem wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 83. Odsetek dla relacji: występowanie schorzeń współistniejących u chorych na łuszczycę względem płci badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 84. Odsetek występowania zmiennej: ocena badanych nt. utrudnień w codziennym funkcjonowaniu w związku z występowaniem łuszczycy.

Rycina 85. Odsetek dla relacji: utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu według wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 86. Odsetek dla relacji: utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu według płci badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 87. Odczucia w związku z występowaniem łuszczycy w grupie badanej (odsetek bezwzględny i względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 88. Odsetek występowania zmiennej: ocena badanych nt. wpływu choroby na odbiór własnego obrazu ciała. Opracowanie ciała na podstawie badań własnych.

Rycina 89. Odsetek dla relacji: wpływ łuszczycy na negatywne odczucia wobec postrzegania swojego ciała a wiek badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 90. Odsetek dla relacji: wpływ łuszczycy na negatywne odczucia wobec postrzegania własnego ciała a płeć badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 91. Odsetek występowania zmiennej: ocena badanych nt. problemów z pewnością siebie w związku z obecnością łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 92. Odsetek dla relacji: wpływ łuszczycy na problemy z pewnością siebie według wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 93. Odsetek dla relacji: wpływ łuszczycy na problemy z pewnością siebie a płeć badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 94. Odsetek występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu na samoocenę w związku z obecnością łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 95. Odsetek występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu na jakość życia w związku z występowaniem łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 96. występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu choroby na rodzinę i bliskich badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 97. Odsetek występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na sferę zawodową badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 98. Odsetek dla relacji między utrudnieniami zawodowymi u chorych na łuszczycę w odniesieniu do płci badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 99. Odsetek występowania zmiennej: ocena badanych nt. nasilenia łuszczycy i występowania negatywnych emocji. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 100. Odsetek dla relacji między oceną badanych nt. nasilenia łuszczycy i występowania negatywnych emocji a wiekiem badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 101. Odsetek dla relacji między oceną badanych nt. nasilenia łuszczycy i występowania negatywnych emocji a wiekiem badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 102. Odsetek występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na stan zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 103. Odsetek dla relacji oceny badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na stan zdrowia psychicznego a wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 104. Odsetek dla relacji oceny badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na stan zdrowia psychicznego a płeć badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 105. Sytuacje wpływające na pogorszenie samopoczucia i stanu psychicznego w grupie badanej (odsetek bezwzględny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 106. Sytuacje wpływające na pogorszenie samopoczucia i stanu psychicznego w grupie badanej (odsetek względny). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 107. Odsetek występowania zmiennej: ocena stanu psychicznego w opinii badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 108. Odsetek dla relacji oceny zdrowia psychicznego w opinii badanych według płci. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 109. Odsetek występowania zmiennej: deklaracja badanego nt. korzystania z pomocy psychologicznej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 110. Odsetek dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychologicznej a wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 111. Odsetek dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychologicznej a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 112. Odsetek występowania zmiennej: deklaracja badanego nt. korzystania z pomocy psychoterapeutycznej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 113. Odsetek dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychoterapeutycznej a wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 114. Odsetek dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychoterapeutycznej a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 115. Odsetek występowania zmiennej: deklaracja badanego nt. korzystania z pomocy psychiatrycznej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 116. Odsetek dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychiatrycznej a wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 117. Odsetek dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychoterapeutycznej a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 118. Ocena odczuć poprawy zdrowia psychicznego badanych będących pod opieką specjalistów zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 119. Odsetek dla relacji korzystania z pomocy psychologicznej a oceny poprawy stanu zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 120. Odsetek dla relacji korzystania z pomocy psychoterapeutycznej a oceny poprawy stanu zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 121. Odsetek dla relacji korzystania z pomocy psychiatrycznej a oceny poprawy stanu zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 122. Deklaracja badanych dotycząca wyboru typu placówki zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 123. Miesięczny koszt wizyt u psychologa w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 124. Miesięczny koszt wizyt u psychoterapeuty w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 125. Miesięczny koszt wizyt u psychiatry w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 126. Miesięczny koszt leków przeciwdepresyjnych w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 127. Wyniki DLQI w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 128. Odsetek dla relacji wyniku DLQI badanych względem wieku. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 129. Odsetek dla relacji wyniku DLQI badanych względem płci. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 130. Odsetek dla relacji wyniku DLQI względem postaci łuszczycy w grupie badanej.

Rycina 131. Odsetek dla relacji wyniku DLQI i oceny badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na jakość życia.

Rycina 132. Odsetek dla relacji wyniku DLQI i oceny badanych utrudnień w życiu codziennym ze względu na obecność łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 133. Odpowiedzi badanych: kwestionariusz DLQI (pyt. 1-6, 8-10). Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rycina 134. Odpowiedzi badanych: kwestionariusz DLQI, pytanie 7. Opracowanie na podstawie badań własnych.

XI. WYKAZ TABEL

Tabela 1. Zewnętrzne i wewnętrzne czynniki ryzyka wystąpienia i zaostrzenia łuszczycy. Opracowanie własne na podstawie źródła [19].

Tabela 2. Charakterystyka wybranych typów łuszczycy. Opracowanie własne na podstawie źródła [45 – 55].

Tabela 3. Leki doustne stosowane w łuszczycy i ich działania niepożądane. Opracowanie własne na podstawie źródła [35, 36, 62, 63, 67].

Tabela 4. Charakterystyka wybranych leków biologicznych stosowanych w terapii łuszczycy i łuszczycowego zapalenia stawów. Opracowanie własne na podstawie źródła [35, 56, 62, 67, 70].

Tabela 5. Podział zaburzeń depresyjnych według klasyfikacji nozologicznej [99].

Tabela 6. Podział depresji ze względu na stopień nasilenia [98].

Tabela 7. Większe zaburzenia depresyjne – klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM – 5, (z podziałem na kody ICD – 9 (Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych) oraz podziałem według ICD – 10). Opracowanie własne na podstawie źródła [102, 103].

Tabela 8. Kryteria diagnostyczne DSM – 5, wersja skrócona. Opracowanie własne na podstawie źródła [104].

Tabela 9. Zaburzenia depresyjne – klasyfikacja według ICD-11: pojedynczy epizod depresyjny i zaburzenia depresyjne nawracające . Opracowanie własne na podstawie źródła [105].

Tabela 10. Zasady leczenia epizodów depresyjnych. Opracowanie własne na podstawie źródła [107, 109].

Tabela 11. Charakterystyka leków przeciwdepresyjnych z grupy selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny – SSRI. Opracowanie własne na podstawie źródła [107, 109].

Tabela 12. Charakterystyka leków przeciwdepresyjnych z grupy selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny – SNRI. Opracowanie własne na podstawie źródła [107, 109].

Tabela 13. Liczba dni absencji chorobowej i liczba zaświadczeń lekarskich z podziałem na jednostki chorobowe za lata 2022, 2023, 2024. Opracowanie własne na podstawie źródła [152].

Tabela 14. Leki w programie lekowym - leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej. Dane za 2022. Opracowanie własne na podstawie źródła [153].

Tabela 15. Zestawienie wybranych zrefundowanych przeciwłuszczycowych produktów leczniczych za rok 2022 (według nazw handlowych). Opracowanie własne na podstawie źródła [154].

Tabela 16. Zestawienie wybranych zrefundowanych przeciwdepresyjnych produktów leczniczych za rok 2022 (według nazw handlowych). Opracowanie własne na podstawie źródła [154].

Tabela 17. Przeciętna wartość refundacji za konsultacje z psychologiem i sesje psychoterapii i średnia roczna liczba konsultacji na pacjenta w latach 2021 – 2023. Opracowanie własne na podstawie źródła [155].

Tabela 18. Liczba wizyt z psychologiem i psychoterapeutą a liczba pacjentów w latach 2021 – 2023. Opracowanie własne na podstawie źródła [155].

Tabela 19. Częstość występowania wartości zmiennej: Kiedy po raz pierwszy wystąpiły objawy łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 20. Częstość występowania wartości zmiennej: jak długo badany choruje na łuszczycę. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 21. Częstość występowania wartości zmiennej: czy ktoś z rodziny badanego choruje lub chorował na łuszczycę. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 22. Częstość występowania wartości zmiennej: jaki charakter ma choroba w ocenie badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 23. Analiza dla rodzajów łuszczycy, występujących w grupie badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 24. Podsumowanie rozkładu częstości występowania testowanych zmiennych. Rodzaje łuszczycy występujące w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 25. Częstość występowania wartości zmiennej: jaka postać łuszczycy występuje u badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 26. Analiza dla obszarów ciała – występowanie zmian łuszczycowych w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 27. Podsumowanie rozkładu częstości występowania testowanych zmiennych: obszary ciała – występowanie zmian łuszczycowych w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 28. Podsumowanie rozkładu częstości występowania testowanych zmiennych: Objawy towarzyszące w przebiegu łuszczycy, w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 29. Analiza dla powodów zaostrzeń choroby w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 30. Rozkład częstości występowania testowanych zmiennych. Powody zaostrzeń choroby. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 31. Częstość występowania wartości zmiennej: obserwacja zależności między porą roku a nasileniem objawów łuszczycy.

Tabela 32. Częstość występowania wartości zmiennej: podczas której pory roku następuje nasilenie objawów. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 33. Analiza dla metod terapii łuszczycy w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 34. Rozkład częstości występowania testowanych zmiennych: metody terapii łuszczycy w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 35. Częstość występowania wartości zmiennej: jak chory ocenia skuteczność leczenia w przebiegu łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 36. Oszacowania kolumnowe dla relacji między oceną skuteczności leczenia a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 37. Metody terapii łuszczycy stosowane u chorych w grupie badanej i ocena ich skuteczności w opinii badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 38. Analiza dla leków i preparatów stosowanych przez badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 39. Rozkład częstości występowania testowanych zmiennych: Leki i preparaty stosowane przez badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 40. Częstość występowania wartości zmiennej: stosowanie suplementów diety dedykowanych pacjentom z łuszczycą. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 41. Oszacowanie kolumnowe dla relacji między stosowaniem suplementów diety dedykowanych chorym na łuszczycę a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 42. Częstość występowania wartości zmiennej: Stosowanie kosmetyków dedykowanych chorym na łuszczycę. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 43. Częstość występowania wartości zmiennej: ocena badanego nt. skuteczności kosmetyków dedykowanym chorym na łuszczycę. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 44. Analiza dla miejsc zgłaszania problemu łuszczycy przez badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 45. Rozkład częstości występowania testowanych zmiennych: miejsca zgłaszania problemu łuszczycy przez badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 46. Częstość występowania wartości zmiennej: częstotliwość wizyt – korzystanie z opieki medycznej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 47. Częstość występowania wartości zmiennej: określenie, do jakiego typu placówki uczęszcza badany. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 48. Częstość występowania wartości zmiennej: czy badany jest pod stałą opieką lekarską. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 49. Częstość występowania wartości zmiennej: czy badany przestrzega zaleceń lekarskich. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 50. Częstość występowania wartości zmiennej: czy badany był hospitalizowany. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 51. Analiza dla wskazań badanych – źródło wiedzy nt. swojej choroby. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 52. Rozkład części występowania testowanych zmiennych: Źródła wiedzy nt. choroby w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 53. Częstość występowania wartości zmiennej: absencja zawodowa, nieobecności w szkole, na uczelni w związku z chorobą. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 54. Oszacowanie kolumnowe dla relacji między absencją chorobową a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 55. Częstość występowania wartości zmiennej: utracone zarobkowanie. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 56. Częstość występowania wartości zmiennej: wnioskowanie o przyznanie renty. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 57. Częstość występowania wartości zmiennej: ocena badanego nt. negatywnego wpływu łuszczycy na sytuację materialną chorego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 58. Oszacowanie kolumnowe dla relacji między oceną negatywnego wpływu łuszczycy na sytuację materialną a płeć. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 59. Ocena miesięcznych kosztów leczenia łuszczycy w opinii badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 60. Ocena miesięcznych kosztów leczenia łuszczycy (koszt leków) w opinii badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 61. Ocena miesięcznych kosztów leczenia łuszczycy (naświetlanie/laseroterapia/zabiegi medycyny estetycznej i kosmetologii) w opinii badanego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 62. Oszacowania kolumnowe dla relacji między miesięcznym kosztem wizyt lekarskich i konsultacji specjalistycznych a postacią łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 63. Oszacowania kolumnowe dla relacji między miesięcznym kosztem leków a postacią łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 64. Oszacowania kolumnowe dla relacji między miesięcznym kosztem zabiegów terapii łuszczycy a postacią łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 65. Analiza istotności i siły relacji pomiędzy wskazanymi przez badanych chorobami współistniejącymi a wiekiem badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 66. Oszacowania kolumnowe dla chorób współistniejących w odniesieniu do wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 67. Analiza istotności i siły relacji pomiędzy wskazanymi przez badanych chorobami współistniejącymi a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 68. Oszacowania kolumnowe dla chorób współistniejących w odniesieniu do płci badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 69. Częstość występowania zmiennej: ocena badanych nt. utrudnień w codziennym funkcjonowaniu w związku z występowaniem łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 70. Analiza dla odczuć badanych w związku z łuszczycą. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 71. Rozkład częstości występowania testowanych zmiennych: odczucia badanych w związku z występowaniem łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 72. Częstość występowania zmiennej: ocena badanych nt. wpływu choroby na odbiór własnego obrazu ciała. Opracowanie ciała na podstawie badań własnych.

Tabela 73. Częstość występowania zmiennej: ocena badanych nt. problemów z pewnością siebie w związku z obecnością łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 74. Częstość występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu na samoocenę w związku z obecnością łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 75. Częstość występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu na jakość życia w związku z występowaniem łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 76. Częstość występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu choroby na rodzinę i bliskich badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 77. Częstość występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na sferę zawodową badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 78. Analiza dla relacji między utrudnieniami zawodowymi u chorych na łuszczycę w odniesieniu do płci badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 79. Częstość występowania zmiennej: ocena badanych nt. nasilenia łuszczycy i występowania negatywnych emocji. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 80. Oszacowanie kolumnowe dla relacji między oceną badanych nt. nasilenia łuszczycy i występowania negatywnych emocji a wiekiem badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 81. Oszacowania kolumnowe dla relacji między oceną badanych nt. nasilenia łuszczycy i występowania negatywnych emocji a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 82. Częstość występowania zmiennej: ocena badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na stan zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 83. Oszacowania kolumnowe dla relacji oceny badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na stan zdrowia psychicznego a wieku. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 84. Oszacowania kolumnowe dla relacji oceny badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na stan zdrowia psychicznego a płci badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 85. Rozkład częstości występowania testowanych zmiennych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 86. Częstość występowania zmiennej: ocena stanu psychicznego w opinii badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 87. Oszacowanie kolumnowe dla relacji oceny zdrowia psychicznego w opinii badanych według płci. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 88. Częstość występowania zmiennej: deklaracja badanego nt. korzystania z pomocy psychologicznej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 89. Oszacowanie kolumnowe dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychologicznej a wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 90. Oszacowanie kolumnowe dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychologicznej a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 91. Częstość występowania zmiennej: deklaracja badanego nt. korzystania z pomocy psychoterapeutycznej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 92. Oszacowanie kolumnowe dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychoterapeutycznej a wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 93. Oszacowanie kolumnowe dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychoterapeutycznej a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 94. Częstość występowania zmiennej: deklaracja badanego nt. korzystania z pomocy psychiatrycznej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 95. Oszacowanie kolumnowe dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychiatrycznej a wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych

Tabela 96. Oszacowanie kolumnowe dla relacji deklaracji badanego nt. korzystania z pomocy psychiatrycznej a płcią badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 97. Ocena odczuć poprawy zdrowia psychicznego badanych będących pod opieką specjalistów zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 98. Oszacowanie kolumnowe dla relacji korzystania z pomocy psychologicznej a oceny poprawy stanu zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 99. Oszacowanie kolumnowe dla relacji korzystania z pomocy psychoterapeutycznej a oceny poprawy zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 100. Oszacowanie kolumnowe dla relacji korzystania z pomocy psychiatrycznej a oceny poprawy stanu zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 101. Deklaracja badanych dotycząca wyboru typu placówki zdrowia psychicznego. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 102. Miesięczny koszt wizyt u psychologa w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 103. Miesięczny koszt wizyt u psychoterapeuty w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 104. Miesięczny koszt wizyt u psychiatry w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 105. Miesięczny koszt leków przeciwdepresyjnych w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 106. Wyniki DLQI w grupie badanej. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 107. Rozkład procentowy zależności wyniku DLQI od wieku badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 108. Rozkład procentowy zależności wyniku DLQI od płci badanych. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 109. Częstość występowania wyniku DLQI w odniesieniu do postaci łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 110. Rozkład procentowy dla zależności wyniku DLQI i oceny badanych nt. negatywnego wpływu łuszczycy na jakość życia. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 111. Rozkład procentowy dla zależności wyniku DLQI i oceny badanych utrudnień w życiu codziennym ze względu na obecność łuszczycy. Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 112. Rozkład procentowy dla odpowiedzi badanych: kwestionariusz DLQI (pyt. 1-6, 8-10). Opracowanie na podstawie badań własnych.

XII. ANKIETA

Aspekty kliniczne i ekonomiczne zaburzeń depresyjnych u chorych na łuszczycę

Szanowni Państwo,

Poniższy kwestionariusz został stworzony na potrzeby przeprowadzenia metodyki badań do pracy doktorskiej "Aspekty kliniczne i ekonomiczne zaburzeń depresyjnych u chorych na łuszczycę".

Kwestionariusz jest skierowany do osób chorujących na łuszczycę, ma charakter anonimowy, udział jest dobrowolny, a pytania nie dotyczą danych osobowych. Ankietowany może wycofać się z wypełniania kwestionariusza na każdym jego etapie. Ankietę podzielono na dwa etapy: pierwszy to kwestionariusz, w którym zastosowano pytania z możliwością odpowiedzi jednokrotnego i wielokrotnego wyboru oraz ze skalą punktową 1-5, w której cyfrom odpowiadają określenia zawarte w legendzie. Drugą część badania stanowi kwestionariusz DLQI - Ocena zaawansowania łuszczycy, którego celem jest zbadanie, w jakim stopniu dolegliwości skórne wpływały na Pani/Pana życie. Poniżej zamieszczonego arkusza DLQI znajduje się obszar na odpowiedzi na poszczególne pytania. Zebrane informacje będą wykorzystane wyłącznie do publikacji opracowań naukowo-badawczych.

Dziękuję Państwu za poświęcony czas i chęć podzielenia się swoimi doświadczeniami związanymi z chorobą.

Z poważaniem

Anna Grajewska

1. Proszę zaznaczyć swój przedział wiekowy.

- 18-25
- 26-35
- 36-50
- 51-65

2. Proszę zaznaczyć płeć

- kobieta
- mężczyzna

3. Miejsce zamieszkania

- wieś
- miasto do 50 tys.
- miasto 50-100 tys.
- miasto 100-500 tys.
- miasto powyżej 500 tys.

4. Wykształcenie

- podstawowe
- gimnazjalne
- zawodowe
- średnie
- wyższe

5. Proszę wskazać, czym zajmuje się Pan/Pani na co dzień?

- pracuję zawodowo
- uczę się/studiuję
- jestem emerytką/emerytem
- jestem rencistką/rencistą
- jestem objęta/objęty zasiłkiem chorobowym
- jestem bezrobotną/bezrobotnym

6. Rodzaj wykonywanej pracy (obecnie lub w przeszłości)

- fizyczna
- umysłowa

7. Kiedy po raz pierwszy wystąpiły u Pani/Pana objawy łuszczycy?

- w dzieciństwie
- w okresie dojrzewania
- między 20.- 40. rokiem życia
- między 50.- 60. rokiem życia

8. Jak długo choruje Pan/Pani na łuszczycę?

- kilka miesięcy (do roku)
- kilka lat
- kilkanaście lat
- całe życie

9. Czy ktoś z Pani/Pana rodziny choruje lub chorował na łuszczycę?

- tak
- nie

10. Jaki charakter ma Pani/Pana choroba?

- zmiany wystąpiły tylko kilka razy
- zmiany występują sporadycznie
- zmiany występują cyklicznie - pojawiają się i ustępują na zmianę
- zmiany występują stale

11. Jaki rodzaj łuszczycy występuje u Pani/Pana?

- łuszczycyca pospolita
- łuszczycyca krostkowa

- łuszczyca krostkowa dłoni i podeszew
- łuszczyca grudkowa (kropelkowata)
- łuszczyca stawowa
- łuszczyca owłosionej skóry głowy
- zapalenie ciągłe krostkowe kończyn
- inne postaci łuszczycy

12. Jaka postać łuszczycy występuje u Pani/Pana?

- łagodna
- umiarkowana
- ciężka
- nie wiem

13. Na jakich obszarach ciała występuje najczęściej zmian?

- twarz
- skóra owłosiona głowy
- uszy, okolica zauszna
- łokcie, kolana, okolica krzyżowa pleców
- okolice narządów płciowych, podudzia, uda
- dłonie, grzbiety rąk, paznokcie
- całe ciało

14. Proszę wskazać, jakie objawy towarzyszą Pani/Panu w przebiegu łuszczycy?

- ból
- świąd
- rumień
- łuszczenie skóry
- pieczenie
- obrzęk
- ogólne zmęczenie

15. Proszę określić, co według Pani/Pana jest powodem zaostrzenia choroby?

- stres
- używki (alkohol/papierosy)
- nieodpowiednia dieta
- ekspozycja na promieniowanie UV
- urazy ciała, zadrapania, utarcia skóry
- zmiany temperatury
- kosmetyki
- leki
- wilgoć
- inne choroby
- zmiana otoczenia
- niedobory snu i wypoczynku

- infekcje
- suche powietrze
- oparzenia słoneczne

16. Czy według Pani/Pana obserwacji, istnieje zależność między porą roku a nasileniem objawów łuszczycy?

- tak
- nie

17. W jakiej porze roku następuje nasilenie objawów łuszczycy?

- wiosna
- lato
- jesień
- zima
- nie zauważam zmian związanych z nasileniem choroby w odniesieniu do pory roku

18. Proszę wskazać, jakie metody terapii łuszczycy były u Pani/Pana stosowane?

- leczenie miejscowe
- leczenie doustne
- leczenie biologiczne
- fototerapia
- fotochemioterapia

19. Jak ocenia Pani/Pan skuteczność stosowanego leczenia w przebiegu łuszczycy?

- nie dostrzegam skuteczności
- skuteczność jest czasowa
- leczenie przynosi znaczącą skuteczność

20. Proszę wskazać, które z poniżej wymienionych leków i preparatów były u Pani/Pana wykorzystywane w terapii łuszczycy?

- Cyklosporyna A
- Metotreksat
- Glikokortykosteroidy
- Retinoidy
- Pochodne witaminy D
- Leki biologiczne
- Preparaty salicylowe
- Preparaty dziegdziowe
- Preparaty z mocznikiem
- Inhibitory kalcyneuryny (takrolimus/pimekrolimus)
- Preparaty z cygnoliną (ditranol/antralina)
- Hydroksymocznik (Hydroksykarbamid)
- Kwas fumarowy
- Antybiotyki

21. Czy stosuje Pani/Pan suplementy diety dedykowane osobom ze skórą łuszczycową?
- Tak
 - Nie
22. Czy stosuje Pani/Pan kosmetyki dedykowane osobom ze skórą łuszczycową? (kremy, balsamy, oliwki, preparaty do kąpieli)
- Tak
 - Nie
23. Czy uważa Pani/Pan, że stosowanie kosmetyków dedykowanych osobom ze skórą łuszczycową poprawiają stan skóry i zmian chorobowych?
- Tak
 - Nie
24. Gdzie zgłaszał/a się Pani/Pan z problemem swojej choroby?
- Lekarz POZ
 - Klinika dermatologii – szpital
 - Prywatny gabinet lekarski
 - Specjalistyczna prywatna klinika dermatologiczna
 - Gabinet kosmetyczny
 - Apteka
25. Proszę określić, jak często korzysta Pani/Pan z opieki medycznej, związanej z łuszczycą (wizyty lekarskie, porady, zabiegi ambulatoryjne, konsultacje)?
- co tydzień
 - co 2 tygodnie
 - raz w miesiącu
 - raz na 2 miesiące
 - raz na pół roku
26. Proszę wskazać, czy w związku z łuszczycą, kierował/a się Pani/Pan po pomoc do placówek publicznej czy prywatnej opieki zdrowotnej?
- Publiczna
 - Prywatna
 - Publiczna, ale zmieniłem/am na prywatną
27. Czy jest Pani/Pan pod stałą opieką lekarza dermatologa?
- Tak
 - Nie
28. Czy przestrzega Pani/Pan wszystkich zaleceń lekarskich, dotyczących łuszczycy?
- Tak
 - Nie

29. Czy w związku z występowaniem łuszczycy był/a Pani/Pan hospitalizowana/y?
- Tak
 - Nie
30. Z jakich źródeł czerpie Pan/Pani wiedzę na temat swojej choroby?
- Personel medyczny
 - Farmaceuta
 - Specjalistyczna literatura/prace naukowe
 - Fora internetowe/grupy wsparcia dla chorych
 - Wyszukiwarka internetowa
31. Proszę wskazać, czy poza łuszczycą, towarzyszy Pani/Panu któreś z poniższych schorzeń?
- Zaburzenia depresyjne (depresja)
 - Nadciśnienie
 - Cukrzyca
 - Zespół metaboliczny
 - Otyłość
 - Miażdżycyca
 - Zapalenie stawów
 - Niedoczynność tarczycy
 - Hipercholesterolemia
 - Choroba niedokrwienna serca
 - żadne z powyższych
32. Czy w Pani/Pana ocenie łuszczycyca utrudnia codzienne funkcjonowanie?
- tak
 - nie
33. Proszę wskazać, jakie odczucia towarzyszą Pani/Panu ze względu na występowanie łuszczycy?
- wstyd
 - dyskryminacja
 - niepokój
 - złość
 - apatia
 - żal
 - smutek
 - gniew
 - frustracja
 - przygnębienie
 - przytłoczenie
 - wstręt
 - obojętność

- radość
- spokój
- poczucie krzywdy

34. Czy w związku z obecnością łuszczycy, zauważa Pani/Pan wpływ choroby na odbiór własnego obrazu ciała (odczucia negatywne wobec postrzegania swojego ciała i wizerunku)?

- Tak
- Nie

35. Czy w związku z obecnością łuszczycy, zauważa Pani/Pan u siebie problemy z pewnością siebie?

- Tak
- Nie

36. Czy w związku z obecnością łuszczycy, zauważa Pani/Pan negatywny wpływ na samoocenę?

- Tak
- Nie

37. Czy w związku z obecnością łuszczycy, uważa Pani/Pan, że choroba wpływa negatywnie na jakość życia?

- Tak
- Nie

38. Czy w związku z obecnością łuszczycy, uważa Pani/Pan, że choroba wpływa negatywnie i stanowi obciążenie dla Pani/Pana bliskich (partner/partnerka/rodzice/dzieci/rodzeństwo)?

- Tak
- Nie

39. Czy w związku z obecnością łuszczycy, spotkał/a Pani/Pan z utrudnieniami zawodowymi (znalezienie pracy/negatywne reakcje współpracowników na objawy chorobowe/dyskryminacja zawodowa)?

- Tak
- Nie

40. Czy w związku z obecnością łuszczycy był/a Pani/Pan zmuszony do absencji zawodowej, nieobecności w szkole, na uczelni (zwolnienia lekarskie, wizyty specjalistyczne, złe samopoczucie fizyczne, złe samopoczucie psychiczne)?

- Tak
- Nie

41. Czy w związku z obecnością łuszczycy utracił/a Pani/Pan zarobkowanie (rezygnacja z pracy, zwolnienie)?

- Tak

- Nie

42. Czy w związku z obecnością łuszczycy, wnioskował/a Pani/Pan o przyznanie renty z tytułu niezdolności (całkowitej lub częściowej niezdolności) do pracy zarobkowej z powodu stanu zdrowia?

- Tak
- Nie

43. Czy w Pani/Pana ocenie, obecność łuszczycy wpływa negatywnie na Pani/Pana sytuację materialną (utrącone zarobkowanie, koszty wizyt lekarskich, koszty leków)?

- Tak
- Nie

44. Proszę ocenić miesięczny koszt, jaki ponosi Pani/Pan ze względu na leczenie łuszczycy - wizyty lekarskie/konsultacje specjalistyczne.

- 100- 200zł
- 200- 500zł
- 500-1000zł
- 1000-1500zł
- powyżej 1500zł
- nie dotyczy

45. Proszę ocenić miesięczny koszt, jaki ponosi Pani/Pan ze względu na leczenie łuszczycy - koszt leków (doustne/miejscowe/iniekcyjne).

- 100-200 zł
- 200-500 zł
- 500-1000 zł
- 1000-1500 zł
- powyżej 1500 zł
- nie dotyczy

46. Proszę ocenić miesięczny koszt, jaki ponosi Pani/Pan ze względu na leczenie łuszczycy - zabiegi terapii łuszczycy (naświetlanie/laseroterapia/zabiegi medycyny estetycznej i kosmetologii).

- 100-200 zł
- 200-500 zł
- 500-1000 zł
- 1000-1500 zł
- powyżej 1500zł
- nie dotyczy

47. Czy w związku z nasileniem swojej choroby czuje Pan/Pani negatywne emocje?

- Tak
- Nie

48. Czy uważa Pani/Pan, że obecność łuszczycy negatywnie wpływa na stan zdrowia psychicznego?

- Tak
- Nie

49. Proszę wskazać, jakie sytuacje wpływają na pogorszenie Pani/Pana samopoczucia i stanu psychicznego?

- Sytuacja materialna, problemy finansowe
- Problemy zawodowe (utrata pracy, nadmiar obowiązków, przeciążenie pracą)
- Przewlekły stres
- Ogólny stan zdrowia
- Trudna sytuacja rodzinna (rozwód, śmierć bliskiej osoby, konflikty, problemy z dziećmi)
- Trudna sytuacja w relacji z partnerem/partnerką
- Nasilenie objawów łuszczycy
- Inne:

50. Jak ocenia Pani/Pan swój stan zdrowia psychicznego w skali od 1 do 5 (gdzie 1 oznacza bardzo źle, 2- źle, 3- przeciętnie, 4- dobrze, 5- bardzo dobrze)?

bardzo źle

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

bardzo dobrze

51. Czy w związku z obecnością choroby korzysta lub korzystał/a Pani/Pan z pomocy psychologa?

- Tak
- Nie

52. Czy w związku z obecnością choroby korzysta lub korzystał/a Pani/Pan z pomocy psychoterapeuty?

- Tak
- Nie

53. Czy w związku z obecnością choroby korzysta lub korzystał/a Pani/Pan z pomocy lekarza psychiatry?

- Tak
- Nie

54. Czy będąc pod opieką specjalistów zdrowia psychicznego odczuwa Pani/Pan poprawę swojego zdrowia?

- Tak
- Nie
- Nie dotyczy

55. Proszę wskazać, czy w związku z problemami na płaszczyźnie emocjonalnej, psychologicznej, psychicznej, kierował/a się Pani/Pan po pomoc do placówek publicznych czy prywatnych?

- Publicznych
- Prywatnych
- Publiczna, ale zmieniłem/am na prywatną
- Nie dotyczy

56. Proszę ocenić miesięczny koszt, jaki ponosi Pani/Pan ze względu na wizyty u psychologa (gdy nie dotyczy, proszę o zaznaczenie "nie dotyczy")

- 100-200 zł
- 200-500 zł
- 500-1000 zł
- nie dotyczy

57. Proszę ocenić miesięczny koszt, jaki ponosi Pani/Pan ze względu na wizyty u psychoterapeuty (gdy nie dotyczy, proszę o zaznaczenie "nie dotyczy")

- 100-200 zł
- 200-500 zł
- 500-1000 zł
- nie dotyczy

58. Proszę ocenić miesięczny koszt, jaki ponosi Pani/Pan ze względu na wizyty u lekarza psychiatry (gdy nie dotyczy, proszę o zaznaczenie "nie dotyczy")

- 100-200 zł
- 200-500 zł
- 500-1000 zł
- nie dotyczy

59. Proszę ocenić miesięczny koszt, jaki ponosi Pani/Pan ze względu na leczenie doustnymi lekami przeciwdepresyjnymi (gdy nie dotyczy, proszę o zaznaczenie "nie dotyczy")

- 100-200 zł
- 200-500 zł
- 500-1000 zł
- nie dotyczy

