



# Złożona problematyka łuszczycy wyzwaniem dla polityki społecznej i zdrowotnej. Rola zdrowia publicznego

The complex problem of psoriasis as a challenge for social and health policy. The role of public health

Milena Wojciechowska<sup>1,A-F</sup>, Oliwia McFarlane<sup>1,B-C</sup>, Agata Żaróń<sup>2,C,E</sup>

<sup>1</sup> Katedra Nauk Społecznych i Medycznych, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska

<sup>2</sup> Katedra Ekonomiki Zdrowia, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Wojciechowska M, McFarlane O, Żaróń A. Złożona problematyka łuszczycy wyzwaniem dla polityki społecznej i zdrowotnej. Rola zdrowia publicznego. Med Og Nauk Zdr. DOI: 10.26444/monz/115247

## ■ Streszczenie

**Wprowadzenie.** Łuszczycą to przewlekła i nieuleczalna choroba skóry, na którą cierpi ok. 3% Polaków. Przyczyny łuszczycy nadal nie zostały do końca poznane, ważną rolę odgrywają czynniki genetyczne. Pomimo iż główne symptomy choroby występują w postaci zmian zapalnych na skórze, łuszczycą określaną jest mianem choroby ogólnoustrojowej. Przewlekły w łuszczycy stan zapalny sprzyja wystąpieniu chorób układu sercowo-naczyniowego, kostno-stawowego czy pokarmowego.

**Cel pracy.** Celem pracy jest przedstawienie różnych aspektów problematyki zdrowotnej i społecznej dotyczących łuszczycy, w tym wpływu choroby na gospodarkę kraju i jakość życia chorych. Praca ma również na celu wskazanie kierunku działań na rzecz poprawy obecnej sytuacji.

**Skrócony opis stanu wiedzy.** W ostatnich latach obserwuje się wzrost kosztów leczenia łuszczycy. Koszty te obejmują wydatki na świadczenia zdrowotne, jak również są to koszty ponoszone przez gospodarkę kraju jako całość, uwarunkowane m.in. obniżeniem produktywności pracowników. Układowy charakter łuszczycy predysponuje do wystąpienia innych chorób, co dodatkowo obciąża chorego oraz zwiększa koszty jego leczenia. Chorzy z łuszczycą narażenia są na stygmatyzację i napiętnowanie społecznie ze względu na widoczne zmiany skórne. Prowadzi to do pogorszenia jakości ich życia, obniżenia nastroju i wyzwolenia stresu, który jest ważnym czynnikiem powodującym zaostrzenie choroby.

**Podsumowanie.** Chorzy z łuszczycą powinni podlegać kompleksowej opiece wielospecjalistycznej, zapewniającej łatwy dostęp do leczenia oraz wsparcia psychologicznego. W celu minimalizacji społecznego napiętnowania osób z łuszczycą należy zintensyfikować kampanie społeczne podnoszące wiedzę o łuszczycy i obalające mit zaraźliwego podłoża choroby.

## Słowa kluczowe

łuszczycy, koszty medyczne, jakość życia, psychodermatologia, zdrowie publiczne

## ■ Abstract

**Introduction.** Psoriasis is a chronic and untreatable disease of the skin, affecting about 3% of the Polish population. The causes of psoriasis are still not fully understood; however, genetic factors play an essential role in its etiology. Although the main symptoms of the condition occur in the form of inflammatory skin lesions, psoriasis is considered a systemic disease. Chronic inflammation present in its course can promote disorders of the cardiovascular, osteoarticular, and digestive system.

**Objective.** The aims of the study are to discuss various aspects of health and social issues regarding psoriasis, including the impact of the disease on both the quality of life of the patient, the economy, and identification of the direction of future actions necessary to improve the current situation.

**State of Knowledge.** In recent years, the treatment of psoriasis, which includes direct and indirect costs, has increased. The systemic nature of the disease, promoting the co-occurrence of other conditions, elevates both the patient burden and treatment costs. Moreover, since psoriasis patients are often subject to social stigmatization due to visible skin lesions, they can experience emotional problems, decrease in the quality of, and increase in stress levels, which are essential factors in triggering exacerbation of the disease.

**Conclusions.** Patients with psoriasis should be subject to comprehensive, multi-specialist care, providing them with easy access to both physical treatment and psychological support. In order to address and minimize the social stigma, campaigns should be implemented, aimed at raising psoriasis awareness, and dispelling the myth of the infectious nature of the disease.

## Key words

psoriasis, medical costs, quality of life, psychodermatology, public health

Adres do korespondencji: Milena Wojciechowska, Katedra Zdrowia Publicznego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska  
E-mail: milena.wojciechowska@cm.umk.pl

Nadesłano: 18.09.2019; Zaakceptowano: 12.12.2019; Publikacja on-line: 11.02.2020

## WPROWADZENIE

Łuszczyca (*psoriasis*) jest to nieuleczalna, niezakaźna choroba skóry. Cechuje się przewlekłym i nawrotowym przebiegiem z okresami zaostrzenia i remisji. Obraz morfologiczny łuszczycy charakteryzuje się dużą różnorodnością i różnym nasileniem zmian skórnych – od nielicznych ognisk ograniczonych powierzchniowo do ciężkich postaci choroby, kiedy to zmiany skórne zajmują całą skórę i stawy, prowadzących nawet do inwalidztwa. Szacuje się, że ok. 1,5% dzieci w Europie cierpi na łuszczycę, a 4% pacjentów dermatologicznych poniżej 16. r.ż. stanowią chorzy z łuszczycą [1, 2]. W generalnej populacji światowej odsetek dorosłych z łuszczycą wynosi ok. 2% [3]. Częstość występowania łuszczycy w Polsce w latach 2015–2018 wyniosła ok. 3%. Najliczniejszą grupę chorych stanowiły osoby w wieku 41–60 lat, najczęściej były to kobiety mieszkające w miastach [4].

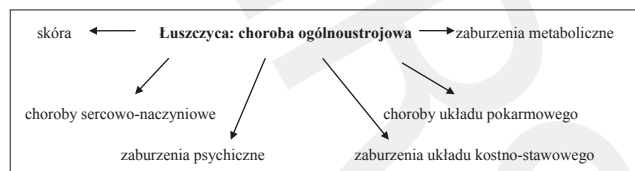
Etiopatogeneza łuszczycy jest skomplikowana i nadal nie w pełni poznana. Niewątpliwą rolę odgrywają czynniki genetyczne, u ok. 30% chorych łuszczyca występuje rodzinnie. Ze względu na podłoże genetyczne wyodrębniono łuszczycę typu I (początek zmian przed 20. r.ż.) i łuszczycę typu II (początek zmian między 40. a 60. r.ż.). Łuszczyca jest układową chorobą mediowaną przez liczne procesy immunologiczne i autoimmunologiczne. Istotą procesu chorobowego jest nadmierna proliferacja naskórka, polegająca na 8-krotnym skróceniu czasu trwania cyklu komórkowego, z 28 do nawet 3–4 dni. Następstwem przyspieszonego i niepełnego rogowacenia jest zjawisko parakeratozy (pozostawienia resztek jądra komórkowego w warstwie rogowej naskórka), przerost naskórka i ścięczenie lub zanik warstwy ziarnistej. W naciekach łuszczycowych obecne są aktywowane limfocyty Th1 (CD4+, CD8+) i Th17. W patomechanizmie choroby uczestniczy wiele cytokin prozapalnych (IL-1, IL-8, IL-12, IL-17, IL-18, IL-22, IL-23, TNF, INF, TGF), uwalnianych przez limfocyty, keratynocyty, mastocyty, komórki śródbłonna, fibroblasty [5, 6].

Pierwotnym wykwitem w łuszczyce jest niewielka, czerwonobrunatna grudka o drobnopłatawym złuszczeniu powierzchni, z czasem zwiększająca swoje rozmiary. W pełni rozwinięte zmiany osiągają wielkość kilku centymetrów, tworząc zlewające się ogniska pokryte przylegającymi do siebie srebrzystymi łuskami (blaszkami łuszczycowymi). Zmianom towarzyszy świąd. Po zdrapaniu łuski z powierzchni grudki uwidacznia się błyszcząca powierzchnia z cienkimi płatkami przypominającymi zeszkrobiny ze świecy (*objaw świecy stearynowej*). Skutkiem silniejszego zdrapania może być punktikowate krwawienie (*objaw Auspitz*), a wzdłuż linii zdrapania naskórka może nastąpić rozwój zmian łuszczycowych (*objaw Koebnera*). Predysponowane do występowania łuszczycy są okolice łokci, kolan i owłosiona skóry głowy, ale często objawy skórne występują na całym ciele, również na paznokciach. Z uwagi na złożoną morfologię zmian łuszczycowych opisano różne klasyfikacje choroby. Biorąc pod uwagę wielkość, umiejscowienie i charakter zmian na skórze, wyszczególniono kilka odmian łuszczycy: drobnogrudkową, krostkową, zwyczajną dłoni i stóp, przewlekłą łuszczycę plackową, odwróconą, łuszczycę owłosionej skóry głowy, łuszczycę paznokci, uogólnioną, stawową, erytrodemię łuszczycową. Przebieg choroby niezależnie od jej odmiany jest zindywidualizowany i trudny do przewidzenia [5, 6].

Ważną rolę w wyzwalaniu i zaostrzaniu łuszczycy odgrywają czynniki endogenne oraz egzogenne. Do endogennych

należą przede wszystkim zakażenia drobnoustrojowe gronkowcowe i paciorkowcowe, stąd częste jest zaostrzenie łuszczycy po przebytych infekcjach. Wśród czynników zewnątrzpochodnych wyróżnia się stres, dietę bogatą w tłuszcze zwierzęce, alkohol, papierosy, przyjmowane leki (glikokortykosteroidy, NLPZ, beta-blokery), czynniki fizyczne, tj. oparzenia, iniekcje, rany, promienie ultrafioletowe [7].

Łuszczyca to przewlekła mediowana immunologicznie choroba o charakterze ogólnoustrojowym. Zachodzące w patomechanizmie łuszczycy procesy zapalne prowadzą do powstania zmian skórnych oraz stawowych [8]. Pomimo iż badania naukowe z ostatnich lat dostarczają coraz bogatszej wiedzy na temat etiologii i terapii łuszczycy, nadal niedostateczny jest stan wiedzy w zakresie metodyki (oznaczania markerów czy wskaźników) mierzalności stopnia nasilenia łuszczycy. W wyborze terapii (w tym również terapii biologicznej), ocenie skuteczności leczenia czy ocenie nasilenia zmian chorobowych wykorzystuje się skale pomiarowe oparte głównie na wizualnej ocenie zmian skórnych przez lekarza oraz subiektywnej ocenie pacjenta. W tym celu dostępnych jest wiele skal pomiarowych, do których należą m.in.: *Psoriasis Area and Severity Index (PASI)*, *Body Surface Area (BSA)*, *Simplified Psoriasis Index (SPI)* czy *Psoriasis Assessment Severity Score (PASS)*. W zależności od otrzymanych wyników stopień nasilenia łuszczycy klasyfikuje się jako łagodny, umiarkowany i ciężki [9]. Umiarkowana i ciężka postać łuszczycy związana jest z licznymi chorobami współistniejącymi (ryc. 1). U pacjentów tych obserwuje się zwiększoną częstość występowania chorób takich jak: zawał mięśnia i choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca z powikłaniami, miażdżycy, zapalne choroby jelit (choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego), choroby reumatologiczne, choroby nerek, choroba wrzodowa, nadciśnienie tętnicze, otyłość, zakrzepowe zapalenie żył [8, 10]. W etiologii każdej z tych chorób ważną rolę odgrywają czynniki środowiskowe, głównie styl życia (dieta, aktywność fizyczna, ekspozycja na stres, stosowanie używek). Niniejsze uwarunkowania, jak i przewlekły stan zapalny w łuszczyce stanowią podłoże do współwystępowania wielu chorób przewlekłych bądź wzrostu ryzyka ich wystąpienia u pacjentów z łuszczycą. Niezwykle istotnym problemem jest także występowanie u chorych na łuszczycę zaburzeń psychologicznych, co jednak nadal wydaje się być niedostatecznie dostrzegalne.



Rycina 1. Łuszczyca jako choroba ogólnoustrojowa (źródło: opracowanie własne)

## CEL PRACY

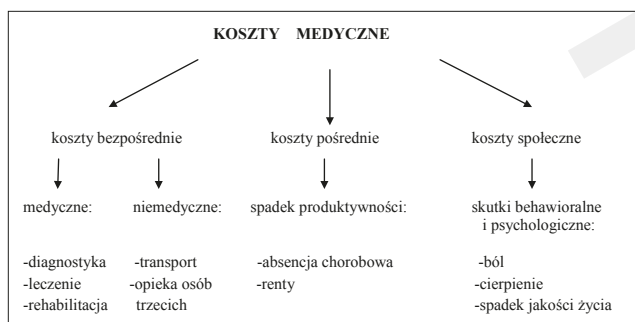
Celem niniejszej pracy jest przedstawienie różnych aspektów problematyki zdrowotnej i społecznej dotyczących chorych z łuszczycą. Za cel pracy postawiono sobie również ukazanie łuszczycy przez pryzmat obciążeń dla gospodarki kraju i przyszłościowych wyzwań dla sektora zdrowia publicznego.

## OPIS STANU WIEDZY

### Społeczno-ekonomiczne koszty łuszczycy

W opublikowanym w 2017 roku liście Rzecznika Praw Obywatelskich do ówczesnego Ministra Zdrowia (V.7010.78.2017.EO) przedstawiono najważniejsze postulaty organizacji społecznych działających na rzecz chorych z łuszczycą [11]. Podjęto kwestie organizacyjno-prawne oraz społeczne. W grupie pierwszych zwrócono uwagę na: 1) utrudniony dostęp do specjalisty dermatologa (wymagane skierowanie), co wydłuża czas na wprowadzenie odpowiedniego działania terapeutycznego; 2) niską wycenę świadczeń dermatologicznych; 3) zbyt małą liczbę oddziałów dermatologicznych; 4) utrudnioną dostępność leczenia lekami nowej generacji, w tym leczenia biologicznego. W aspekcie społecznym poruszono przede wszystkim problem niedostatecznej wiedzy w społeczeństwie na temat łuszczycy. Powszechnie panujący pogląd jakoby łuszczycą była chorobą zakaźną, jest fundamentem do stygmatyzacji i wykluczenia społecznego chorych. W raporcie opracowanym przez *Fundację Watch Health Care* (2016) [12] ukazano istotne ograniczenia w dostępności opieki specjalistycznej dla chorych z łuszczycą, wpływające na rzeczywistą sytuację leczonych pacjentów. Możliwość leczenia lekami biologicznymi zależna jest od liczby miejsc w placówce realizującej świadczenia, a sama rekrutacja do programu lekowego wymaga przeprowadzenia szeregu badań i konsultacji specjalistycznych, których czas realizacji warunkuje rozpoczęcie terapii. W 2016 roku średni czas oczekiwania na wizytę dermatologiczną wynosił 1 miesiąc, przy czym był różny w poszczególnych województwach (najdłuższe oczekiwanie w pomorskim, najkrótsze w zachodniopomorskim, łódzkim i lubelskim). Z kolei czas oczekiwania na naświetlanie PUVA, stanowiące istotny element terapii, wynosił średnio 1,7 miesiąca.

Koszty opieki zdrowotnej, zarówno w Polsce, jak i na świecie, ciągle rosną. Powoduje to wzrost zainteresowania problematyką oceny kosztów ochrony zdrowia, ich wpływu na gospodarkę, a także możliwości ich ograniczania. Ekonomiczne koszty choroby to nie tylko wydatki na świadczenia zdrowotne, ale również koszty ponoszone przez gospodarkę jako całość. Mogą one być sklasyfikowane jako koszty bezpośrednie, pośrednie i społeczne (ryc. 2). W Stanach Zjednoczonych roczną wartość kosztów bezpośrednich dla jednego pacjenta z łuszczycą oszacowano na 900 USD, a kosztów pośrednich na 600 USD, z czego 40% stanowiły koszty związane z absencją chorobową [13]. Bayer i wsp. [14] wykazali, że całkowity roczny koszt leczenia łuszczycy mieści się w przedziale 577–1197 USD, przy czym badacze zwrócili uwagę na bardzo wysokie koszty leczenia biologicznego, znacznie przewyższające koszty innych terapii. Podobne



Rycina 2. Identyfikacja kosztów medycznych (źródło: opracowanie własne)

wnioski uzyskano w metaanalizie europejskiej (Niemcy, Hiszpania, Francja, Włochy, Wielka Brytania), w której dowiedziono, że wprowadzenie do terapii łuszczycy leków biologicznych doprowadziło do 3-, a nawet 5-krotnego wzrostu kosztów bezpośrednich, a w konsekwencji do wzrostu kosztów całkowitych [15]. Warto rozważyć zatem kwestię: czy koszty leczenia biologicznego łuszczycy są wyższe niż koszty leczenia komplikacji, chorób towarzyszących czy niepełnosprawności fizycznej, jak i psychicznej? W Polsce w latach 2015–2017 odnotowano wzrost kosztów finansowania łuszczycy i łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS) o 9,2%. Tylko w roku 2017 łączne koszty związane z leczeniem łuszczycy i ŁZS ponoszone przez NFZ oraz wydatki ZUS-u na zasiłki dla pacjentów z tytułu nieefektywnie leczonych chorób wyniosły 354 mln zł (ok. 129 mln zł dla NFZ-u, ponad 105 mln zł dla ZUS-u). Koszty pośrednie z tytułu nieobecności w pracy pacjentów z łuszczycą i ŁZS leczonych w sposób nieefektywny oszacowano na 120 mln zł. W związku z utratą PKB związaną z łuszczycą i artropatiami, w roku 2016 i 2017 spadły potencjalne dochody z funduszy publicznych (stanowiły one odpowiednio 2,3 mld zł oraz 2,5 mld zł) [16].

Wydaje się, że oszczędność dla systemu, jak i dla samego pacjenta zapewnić może jedynie opieka zdrowotna skoordynowana w ramach sieci ośrodków wielospecjalistycznych. Z jednej strony długoterminowa opieka zdrowotna nieodownie wiąże się z podniesieniem wydatków na leczenie, z drugiej zaś uwzględnienie perspektywy długookresowej przyczynia się do zmniejszenia kosztów gospodarczych w wymiarze społecznym. Kompleksowa opieka specjalistyczna wymiennie zmniejsza obciążenie dla ZUS-u oraz straty finansowe dla gospodarki kraju, w tym obniżenie PKB [12, 17].

### Łuszczycą a otyłość: współwystępowanie łuszczycy z chorobami sercowo-naczyniowymi

Otyłość stwierdza się u ok. 15–20% pacjentów z łuszczycą, również u dzieci. Uważa się, że otyłość jest niezależnym czynnikiem rozwoju łuszczycy i wiąże się z gorszym rokowaniem przebiegu choroby. Wraz ze wzrostem BMI rośnie też ryzyko rozwoju ŁZS, z kolei redukcja masy ciała łagodzi przebieg choroby. Zaobserwowano redukcję zmian skórnych u ponad połowy otyłych pacjentów z łuszczycą zoperowanych bariatrycznie [18]. Ciężkie postaci łuszczycy niewątpliwie wpływają na rozwój chorób sercowo-naczyniowych. Podolec i wsp. [19], dokonując klinicznej i epidemiologicznej charakterystyki 2579 chorych z łuszczycą wykazali, że średnia wartość BMI w badanej grupie wyniosła 26,9, co potwierdza częste występowanie nadwagi. U 13,7% badanych występowała też cukrzyca, u 29,5% nadciśnienie tętnicze, a u 7,5% dyslipidemia. W celu wyjaśnienia związku przyczynowego pomiędzy łuszczycą a chorobami układu krążenia wprowadzono termin „marsz łuszczycowy”. Model ten zakłada, że układowy stan zapalny towarzyszący łuszczycy, nasilany przez cytokiny prozapalne i adipokiny trzewnej tkanki tłuszczowej, wzmacnia insulinoodporność i dysfunkcję śródbłonna. Predisponuje to do miażdżycy i incydentów wieńcowych [8, 18].

Na przestrzeni ostatnich lat w standardowym postępowaniu terapeutycznym zwrócono również uwagę na dietoterapię pacjentów z łuszczycą. Racjonalne odżywianie korzystnie wpływa na przebieg dermatozy, jak również obniża ryzyko rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych. Model żywieniowy powinien ustalony zostać przez dietetyka i uwzględnić

celowość procesu. U pacjentów z nadwagą zaleca się dietę niskoenergetyczną, która poza redukcją masy ciała obniży również surowicze stężenie cytokin i markerów prozapalnych. U pacjentów z prawidłową masą ciała prowadzić należy profilaktykę, a sposób odżywiania winien być skonsultowany ze specjalistą (lekarzem, dietetykiem). Pozwoli to zidentyfikować ewentualne nawyki żywieniowe zaostrzające zmiany skórne i zapobiec ich negatywnemu wpływowi na zdrowie chorego w przyszłości [20].

### Psychologiczne uwarunkowania łuszczycy

Przystosowanie się chorego do choroby przewlekłej jest procesem złożonym, determinowanym przez wzajemnie na siebie oddziałujące czynniki zewnętrzne (wsparcie społeczne) i wewnętrzne jednostki (przekonania o własnej chorobie i jej znaczenie dla chorego). Brak akceptacji choroby skutkuje brakiem zaufania względem prowadzonej terapii i niewłaściwym przestrzeganiem zaleceń lekarskich. Nasilający się związany z rozwojem choroby stres i poczucie bezradności powoduje coraz większy dyskomfort psychiczny [21].

W 2016 roku Unia Stowarzyszeń Chorych na Łuszczycę wraz z Fundacją My Pacjenci przeprowadziły wśród 180 chorych na łuszczycę badanie szacujące ich ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu wynikające z choroby [22]. Aż 80% pacjentów dostrzegło negatywny wpływ dolegliwości skórnych na życie towarzyskie lub spędzanie wolnego czasu. Co druga z badanych osób wskazała na utrudnienia w życiu seksualnym z powodu łuszczycy, a dla 72% choroba stanowi przeszkodę w nawiązywaniu bliskich relacji interpersonalnych. 20% chorych wymagało leczenia lekami przeciwdepresyjnymi. 9 na 10 badanych podało, że stały dostęp do pomocy psychologicznej/psychiatrycznej powinien być standardowym elementem opieki nad pacjentami z łuszczycą.

Łuszczycyca jest chorobą o podłożu psychosomatycznym. Silny stres i obniżenie nastroju wynikające z doświadczania łuszczycy odgrywają ważną rolę w jej nawrotach i zaostrzeniach [23]. Zmiany skórne w łuszczycy w znacznej mierze są zlokalizowane na eksponowanych częściach ciała, co potęguje jej negatywny wpływ na społeczne funkcjonowanie chorych i jest źródłem stresu. Niezadowolone z wyglądu własnego ciała prowadzi do negatywnych stanów psychicznych. Zaburzenia percepcji obrazu własnego ciała w przebiegu łuszczycy mają istotny związek z nasileniem objawów depresji [24]. Biopsychospołeczny model wyjaśniający korelację pomiędzy stresem a objawami łuszczycy zakłada „błędne koło” interakcji: procesy fizjologiczne – stany psychiczne – sytuacje społeczne (ryc. 3). Towarzyszące osobom z łuszczycą poczucie stygmatyzacji skutkuje przekonaniem o istniejącym

zagrożeniu związanym z oceną i reakcją innych ludzi na występujące na ich ciele zmiany skórne [23].

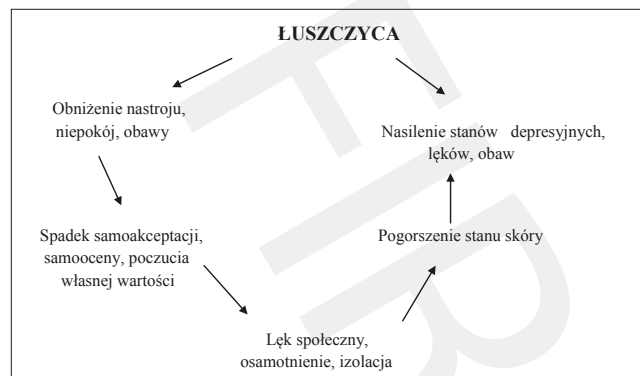
### PODSUMOWANIE

W odniesieniu do przedstawionej powyżej wieloaspektowej problematyki łuszczycy zastosowanie mają kluczowe akty prawne związane ze zdrowiem, w tym ustawa o zdrowiu publicznym z 2015 roku [25]. Według tej ustawy jednym z zadań zdrowia publicznego jest monitorowanie jakości życia związanej ze zdrowiem. Badanie jakości życia w przebiegu chorób, zwłaszcza przewlekłych, wydaje się być obecnie bardzo „modnym” zagadnieniem, podejmowanym w wielu rozważaniach naukowych. Liczne badania nad jakością życia doprowadziły do standaryzacji wielu wartościowych narzędzi badawczych, co jest niewątpliwym sukcesem. Możliwość oceny wpływu choroby na życie chorego oraz jego rodziny pozwoliła na lepsze zrozumienie wzajemnego oddziaływania mechanizmów istotnych w etiologii i przebiegu schorzenia. Przypuszczać by zatem można, że w dobie zadowalającej wiedzy o wpływie choroby na jakość życia jakość ta powinna być coraz lepsza i satysfakcjonująca dla chorych.

W kontekście łuszczycy niezwykle istotna wydaje się być konieczność podniesienia poziomu wiedzy społeczeństwa na temat łuszczycy, przede wszystkim obalenie nadal panującego poglądu, jakoby łuszczycyca była chorobą zakaźną. Obawa przed zarażeniem prowadzi do stygmatyzacji chorych oraz – co się z tym wiąże – ryzyka ich eliminacji z lokalnych grup społecznych. Możliwością redukcji tego zjawiska jest zintensyfikowanie prowadzonych przez władze publiczne działań edukacyjnych oraz kampanii społecznych na rzecz zmiany postrzegania pacjentów i samej choroby. Oswojenie społeczeństwa z „innością” wynikającą z choroby przyniesie rezultaty w postaci wzrostu społecznej akceptacji odstępstwa od tzw. norm czy kanonów wizualnych. Efektem słabnącego poczucia napiętnowania będzie poprawa samopoczucia chorych, jak również ich stan psychiczny, a co za tym idzie poprawi się ich jakość życia oraz łagodniejszy będzie sam przebieg choroby.

Działając zgodnie z założeniami Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 [26], osobom z zaburzeniami psychicznymi należy zapewnić wielostronną opiekę adekwatną do ich potrzeb. Zapewnienie bezpłatnego wsparcia psychologicznego pacjentom z chorobami skóry jest fundamentalnym postulatem psychodermatologii. Konieczne staje się zatem skoordynowanie różnych form opieki medycznej oraz włączenie do procesu terapeutycznego łuszczycy specjalistów z wielu dziedzin.

Z danych pochodzących z fundacji i stowarzyszeń działających na rzecz chorych z łuszczycą wynika, że pacjenci niekorzystnie oceniają dostęp do informacji o chorobie, w tym informacji pochodzących od personelu medycznego [22]. Powszechne korzystanie z internetowych źródeł informacyjnych niesie pewne zagrożenia co do wiarygodności pozyskanych danych oraz ich praktycznego przełożenia na dany przypadek kliniczny. Możliwością poprawy relacji pacjent–lekarz (pracownik medyczny) jest wprowadzenie zmian organizacyjnych, np. wydłużenie czasu przeznaczanego na wizytę lekarską czy odpowiednie przeszkolenie personelu pielęgniarskiego. Pomimo dużej dostępności narzędzi oceniających jakość życia należy propagować ich stosowanie w codziennej praktyce lekarskiej poprzez ułatwienie dostępu



Rycina 3. Łuszczycyca a stres [19]

lekarzy do odpowiednich ankiet oraz podkreślanie powagi tematu.

Reasumując, w celu poprawy jakości życia chorych z łuszczycą i usprawnienia procesu terapeutycznego należy rozważyć pewne modyfikacje na szczeblu organizacji opieki zdrowotnej. Zapewnienie bezpłatnego wsparcia psychologicznego oraz poprawa świadomości społecznej na temat choroby niewątpliwie przyczynią się do złagodzenia przebiegu łuszczycy i poprawy jakości życia chorych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017; 31: 205–212.
2. Lara-Corrales I, Ramnarine S, Lansang P. Treatment of childhood psoriasis with phototherapy and photochemotherapy. *Clin Med Insights Pediatr.* 2013; 7: 25–33.
3. Chu-Sung S, Gwo-Shing Ch, Hung-Pin T. Epidemiology of depression in patients with psoriasis: A Nationwide Population-based Cross-sectional Study. *Acta Derm Venereol.* 2019; 99: 530–538.
4. Borzęcki A, Koncewicz A, Raszewska-Famieł M, Dudra-Jastrzębska M. Epidemiology of psoriasis in the years 2015–2018 in Poland. *Adv Dermatol Rev.* 20018; 105: 693–700.
5. Lambert W. Psoriasis: epidemiology, diagnosis and management strategies. Nova Science Publishers Inc. (New York), 2016. eBook. (AN 1345799) (dostęp: 1.09.2019).
6. Neneman-Hirsch A. Aspekty kliniczne i epidemiologiczne zaburzeń ogólnoustrojowych u chorych na łuszczycę (rozprawa doktorska). Poznań: UM; 2011.
7. Cheng Quan, Kun-Ju Zhu, Chi Zhang. Combined effects of the BDNF rs6265 (Val66Met) polymorphism and environment risk factors on psoriasis vulgaris. *Mol Biol Rep.* 2014; 41: 7015–7022.
8. Reich K. The concept of psoriasis as a systemic inflammation: implications for disease management. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012; 26 (3): 3–11.
9. Bożek A, Reich A. W jaki sposób miarodajnie oceniać nasilenie łuszczycy. *Forum Dermatol.* 2016; 2 (1): 6–11.
10. Wu JJ, Feldman SR, Koo J, Marangell LB. Epidemiology of mental health comorbidity in psoriasis. *J Dermatolog Treat.* 2018; 29 (5): 487–495.
11. <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2017/10/V.7010.78.2017/1175469.pdf> (dostęp: 1.09.2019).
12. Raport Fundacji Watch Health Care nr. 1/1/11/2016. Dostęp do leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej, <http://www.ko- rektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/dostepnosc-do-leczenia-umiarkowanej-i-ciężkiej-łuszczycy-plackowatej.pdf>. (dostęp: 1.09.2019).
13. Fowler JF, Duh MS, Rovba R, Buteau S, Pinheiro L, Lobo F et al. The impact of psoriasis on health care costs and patient work loss. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59: 772–80.
14. Bayer V, Wolverton SE. Recent Trends in Systemic Psoriasis Treatment Costs. *Arch Dermatol.* 2010; 146 (1): 46–54.
15. Burgos-Pol R, Martinez-Sesmero JM, Ventura-Cerda JM, Elias I, Caloto MT, Casado MA. The Cost of Psoriasis and Psoriatic Arthritis in 5 European Countries: A Systematic Review. *Actas Dermosifiliogr.* 2016 Sep; 107 (7): 577–90.
16. Nojszewska E. Ocena całkowitych społeczno-ekonomicznych kosztów występowania łuszczycy i łuszczycowego zapalenia stawów z perspektywy gospodarki państwa. Raport Instytutu Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju Innowo; 2019.
17. Nojszewska E, Łuszczarz B. Koszty pośrednie. W: E Nojszewska (red.). Ocena całkowitych społeczno-ekonomicznych kosztów występowania łuszczycy i łuszczycowego zapalenia stawów z perspektywy gospodarki państwa. Raport Instytutu Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju Innowo; 2019: 70–91.
18. Owczarczyk-Saszonek A, Placek W. Związki łuszczycy z otyłością i nadwagą. *Postępy Hig Med. Dosw.* 2017; 71: 761–772.
19. Podolec K, Pirowska M, Sułowicz J, Obtulowicz A, Wojas-Pelc A. Cechy kliniczne i epidemiologiczne pacjentów z łuszczycą leczonych w Klinice Dermatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2003–2016. *Przegl Lek.* 2017; 74 (8): 367–370.
20. Antosik K, Krzęcio-Nieczyporuk E, Kurowska-Socha B. Rola diety i żywienia w leczeniu łuszczycy. *Hygeia Public Health.* 2017; 52 (2): 131–137.
21. Adamska M, Juczyńska K, Miniszewska J. Sposób postrzegania własnej choroby jako czynnik wyznaczający jej akceptację u osób chorych na łuszczycę. *Curr Probl Psychiatri.* 2015; 16 (1): 26–37.
22. <http://łuszczycyca.edu.pl/wp-content/uploads/2017/09/raport-potrzebypacjentow-z-uszczyc-w-polsce.pdf> (dostęp: 1.09.2019).
23. Zięciak T, Rzepa T, Król J, Żaba R. Poczucie stygmatyzacji a objawy depresyjne u osób chorych na łuszczycę. *Psychiatr Pol.* 2017; 51 (6): 1153–1163.
24. Rosińska M, Rzepa T, Szramka-Pawlak B, Żaba R. Obraz własnego ciała oraz objawy depresyjne u osób chorych na łuszczycę. *Psychiatr Pol.* 2017; 51 (6): 1145–1152.
25. Ustawa o zdrowiu publicznym: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/pdf> (dostęp: 2.09.2019).
26. Narodowy Program Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego1> (dostęp: 1.09.2019).