



# Rola kosmetologa w edukacji osób chorujących na łuszczycę

## *The role of a cosmetologist in the education of people with psoriasis*

### STRESZCZENIE

Łuszczycą to przewlekłą, zapalną i niezakaźną chorobą skóry, która nie ogranicza się wyłącznie do objawów fizycznych, lecz w istotny sposób wpływa na jakość życia i codzienne funkcjonowanie osób nią dotkniętych. Złożony charakter schorzenia, nieprzewidywalny przebieg oraz ryzyko stygmatyzacji społecznej przyczyniają się do wysokiego zapotrzebowania na rzetelną wiedzę.

Celem pracy była analiza najważniejszych potrzeb informacyjnych osób chorujących na łuszczycę oraz określenie roli kosmetologa w procesie wsparcia edukacyjnego oraz psychospołecznych konsekwencji schorzenia.

Ograniczony czas konsultacji dermatologicznych sprawia, że rośnie rola innych specjalistów, w tym kosmetologów. Ważnym elementem kompleksowej opieki kosmetologicznej jest wskazanie klientom znaczenia codziennej samoopieki, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowej pielęgnacji bariery naskórkowej, diety i stylu życia.

**Słowa kluczowe:** łuszczycą, kosmetolog, jakość życia, potrzeby informacyjne, pielęgnacja skóry, edukacja.

### ABSTRACT

Psoriasis is a chronic, inflammatory, and non-contagious skin condition that extends beyond physical symptoms, significantly impacting the quality of life and daily functioning of those affected. The complex nature of the condition, its unpredictable course, and the risk of social stigma contribute to a high demand for reliable information.

This study aimed to analyse the most important information needs of people with psoriasis and to define the role of the cosmetologist in educational support and in addressing the psychosocial consequences of the condition.

The limited time available for dermatological consultations means that the role of other specialists, including cosmetologists, is growing. An important element of comprehensive cosmetological care is educating clients on the importance of daily self-care, with particular emphasis on proper care of the skin barrier, diet, and lifestyle.

**Keywords:** psoriasis, cosmetologist, quality of life, information needs, skin care, education.

### WSTĘP

Łuszczycą jest przewlekłą, zapalną i niezakaźną chorobą skóry. Schorzenie to charakteryzuje się stosunkowo częstym występowaniem. W Polsce wskaźnik ten wynosi 2,99% [1]. W Europie częstość występowania łuszczycy waha się od 0,6% do

6,5% [2]. Z kolei średnia ogólnoswiatowa zachorowalność osiąga poziom 4,4% [3]. Występowanie łuszczycy różni się w zależności od wieku chorego (częściej u dorosłych – od 0,51% aż do 11,43%) i regionu geograficznego (częściej w kra-



jach oddalonych od równika) [4-6], ze wzrastającym stopniowo trendem zachorowalności wraz z otyłością [7-9] i paleniem tytoniu [10, 11]. Łuszczyca niekiedy także dotyczy stawów – średnio 20% osób chorujących na łuszczycę pospolitą cierpi także na łuszczycowe zapalenie stawów [12], choć są badania, które wskazują, że łuszczycowe zapalenie stawów może dotyczyć nawet 30% chorych z łuszczycą plackowatą [13]. Łuszczyca może ujawnić się w każdym wieku, ze szczytami zachorowalności w okresie dojrzewania oraz po 50. roku życia. Jej złożony charakter, nieprzewidywalny przebieg oraz widoczne zmiany skórne powodują wyzwania medyczne i psychospołeczne. Osoby z łuszczycą często, w zależności od stopnia nasilenia choroby, zmagają się z obniżoną jakością życia, stygmatyzacją oraz trudnościami w życiu codziennym. W rezultacie, poza opieką dermatologa, ważne jest także zapewnienie kompleksowego wsparcia, w tym dostarczenie rzetelnej informacji dotyczącej wielu aspektów choroby, zwłaszcza dotyczących pielęgnacji skóry w łuszczycy. Zapotrzebowanie na wiedzę wśród osób z łuszczycą jest wysokie, a zaspokojenie tych potrzeb może mieć pozytywny wpływ na przebieg samej choroby, przestrzeganie zaleceń terapeutycznych oraz ogólne samopoczucie chorego. Chociaż głównym źródłem informacji oraz podmiotem prowadzącym leczenie pozostaje lekarz dermatolog, z reguły ograniczony czas wizyty w gabinecie lekarskim często uniemożliwia pełne omówienie wszystkich nurtujących chorego kwestii. W tym kontekście większą rolę pełnią inni specjaliści: pielęgniarki oraz kosmetolodzy, którzy mogą stanowić cenne ogniwo w procesie edukacji i wsparcia informacyjnego osób z łuszczycą [14, 15].

Warto rozgraniczyć te dwa pojęcia: informowanie to przekazywanie faktów natomiast edukowanie to proces kształtowania umiejętności i postaw. Zintegrowanie obu tych form działania wpisuje się w zakres profesjonalnych kompetencji kosmetologa, który poprzez łączenie rzetelnego przekazu wiedzy z praktycznym instruktazem pielęgnacyjnym, wspiera osobę z łuszczycą w prawidłowej samoopiece.

## MATERIAŁY I METODY

Cel pracy zrealizowano poprzez przegląd aktualnego piśmiennictwa naukowego. Wyszukiwanie literatury przeprowadzono z wykorzystaniem naukowych baz danych, takich jak PubMed, Scopus oraz Google Scholar. W procesie selekcji materiałów posłużono się następującymi słowami kluczowymi: łuszczyca, kosmetologia, edukacja, potrzeby informacyjne, pielęgnacja skóry oraz ich anglojęzycznymi odpowiednikami (*psoriasis, cosmetology, education, informational needs, skin care*). Analizą objęto artykuły opublikowane w latach 2004-2025, kładąc szczególny nacisk na publikacje z ostatniej dekady. Do przeglądu kwalifikowano prace pogładowe i oryginalne, które merytorycznie odnosiły się do wsparcia informacyjnego, psychospołecznego oraz uwarunkowań prawidłowej pielęgnacji skóry u osób korzystających z usług gabinetów kosmetologicznych.

## POTRZEBY INFORMACYJNE OSÓB Z ŁUSZCZYCĄ

Osoby chorujące na łuszczycę wykazują silną potrzebę uzyskania szczegółowych informacji o swojej chorobie. Pełne zrozumienie charakteru schorzenia oraz wczesna identyfikacja dostępnych opcji terapeutycznych są bardzo ważne dla aktywnego uczestnictwa pacjentów w procesie leczenia oraz poprawy jakości ich życia [14].

### Ogólne informacje o chorobie

Osoby chore na łuszczycę chcą wiedzieć więcej o swojej przypadłości, jakie są jej przyczyny oraz jaki jest jej charakter, czy jest to choroba przewlekła i czy możliwe jest osiągnięcie trwałej remisji. Bardzo ważne dla zrozumienia choroby i jej akceptacji, a także zaangażowania w terapię jest uświadomienie, że łuszczyca nie jest jedynie defektem kosmetycznym, a przewlekłą chorobą zapalną skóry o złożonej etiopatogenezie, z istotnym udziałem czynników genetycznych i zaburzeń immunologicznych. Często współwywołana jest przez stres i istniejące w organizmie ogniska wewnętrznego zakażenia. Niekiedy długo trwające, nierozpoznane i tym samym nieleczone stany zapalne w organizmie, np. zmienione zapalnie migdałki podniebienne, zapalenie zatok, i inne. Chorujący na łuszczycę oczekują najczęściej zrozumiałego wyjaśnienia patogenezy choroby, czynników wywołujących jej zaostrzenia oraz informacji dotyczących naturalnego przebiegu schorzenia charakteryzującego się okresami remisji i nawrotów. Z badań wynika, że osoby chorujące z reguły nie otrzymują, nie rozumieją w pełni lub nie zapamiętują wszystkich podanych im informacji na temat swojej choroby zwłaszcza w pierwszym okresie po rozpoznaniu, co wskazuje na potrzebę systematycznej edukacji [14, 16, 17].

Edukacja chorych na łuszczycę obejmuje korygowanie błędnych przekonań i mitów. Uświadamianie klientom oraz ich otoczeniu, że łuszczyca nie jest chorobą zakaźną, bezpośrednio przeciwdziała stygmatyzacji i społecznemu odrzuceniu, z którym osoby chorujące na łuszczycę niekiedy się zmagają. Zgodnie z doniesieniami naukowymi, niewystarczająca wiedza dotycząca istoty tej choroby może prowadzić do stygmatyzujących postaw wobec osób z łuszczycą, postrzeganej przez osoby nieznaące łuszczycy niesłusznie jako wynik nieprawidłowej higieny osobistej lub wręcz jej braku. Zapewnienie podstawowej wiedzy o chorobie stanowi punkt wyjścia do budowania świadomości osoby chorującej na łuszczycę [18-20].

### Możliwości terapii

Bardzo ważnym obszarem edukacji są dostępne metody terapeutyczne, obejmujące leczenie miejscowe, fototerapię oraz terapie ogólne i biologiczne. Zawsze należy określać przewidywany, szacowany czas kuracji oraz ryzyko i rodzaj wystąpienia ewentualnych działań niepożądanych. Deficyt rzetelnych informacji o patogenezie łuszczycy powoduje zazwyczaj nierealistyczne oczekiwania, co może skutkować przerwaniem terapii przez osobę chorą. Wybór strategii postępowania po-

winien uwzględniać indywidualne preferencje osoby chorej na łuszczycę oraz jej możliwości percepcyjne. Wspólne definiowanie celów terapeutycznych oraz możliwe do wykonania zabiegi w gabinecie kosmetycznym istotnie zwiększają satysfakcję i skuteczność podejmowanych działań [14, 21-23].

### Rokowanie i przebieg choroby

Osoby z łuszczycą oczekują informacji jak szybko postępuje schorzenie, na które zachorowali, jak można je kontrolować i zmniejszać objawy oraz jakie są możliwe ewentualne długoterminowe konsekwencje i powikłania łuszczycy. Zrozumienie przez chorego na łuszczycę przewlekłego charakteru choroby i możliwości wystąpienia okresowych zaostrzeń jest istotne dla psychicznego przygotowania chorego i możliwości budowania strategii radzenia sobie w trudniejszych okresach choroby.

Istotnym elementem edukacji osoby chorej na łuszczycę jest uświadamianie ryzyka rozwoju schorzeń współistniejących. Wiedza ta pozwala na wczesną identyfikację zagrożeń i optymalizację leczenia i opieki. Najważniejsze powiązania kliniczne obejmują kilka elementów [16, 24, 25]:

- Łuszczycowe zapalenie stawów, które dotyka do 30% osób z łuszczycą. Zmiany stawowe mogą wyprzedzać objawy skórne lub pojawić się kilka lat po ich wystąpieniu.
- Zmiany paznokciowe, diagnozowane okresowo u 40-50% osób z łuszczycą pospolitą. Ich nasilenie zazwyczaj wykazuje korelację z czasem trwania schorzenia podstawowego.
- Wysoka częstość zmian w obrębie aparatu paznokciowego, która u osób z łuszczycowym zapaleniem stawów wzrasta aż do 87%.
- Schorzenia sercowo-naczyniowe, objawiające się m.in. zwiększoną zapadalnością na nadciśnienie tętnicze.
- Zaburzenia metaboliczne, do których należą otyłość, cukrzyca, insulinooporność oraz hipercholesterolemia.
- Niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby.

Świadomość tych zagrożeń zdrowotnych umożliwia chorującym na łuszczycę wczesne rozpoznanie potencjalnych symptomów powikłań i podjęcie odpowiednich działań diagnostycznych i/lub leczniczych we współpracy z lekarzem. Edukacja w tym zakresie przyczynia się do holistycznego postępowania łuszczycy, nie tylko jako wyłącznie choroby skóry (oraz niekiedy także stawów), ale również jako schorzenia ogólnoustrojowego.

### Samoopieka i kontrolowanie łuszczycy w życiu codziennym

Duże zapotrzebowanie na informacje u chorych dotyczy przede wszystkim praktycznych aspektów kontrolowania łuszczycy w życiu codziennym. Osoby te poszukują porad dotyczących głównie zasad prawidłowej pielęgnacji skóry w celu szybkiego łagodzenia objawów choroby i poprawy komfortu życia. Właściwa, to znaczy oparta na dobrze odpowiednich preparatach oraz systematyczna pielęgnacja skóry, wa-

runkuje prawidłowy przebieg terapii łuszczycy i przyspiesza gojenie zmian skórnych w okresie zaostrzeń. Bardzo ważne dla chorego są informacje o zalecanych, odpowiednich preparatach miejscowych, lekach, kosmetykach, technikach ich aplikacji oraz unikaniu ekspozycji na skórę czynników drażniących. Podstawą codziennej pielęgnacji skóry u chorego na łuszczycę jest bowiem dokładne oczyszczanie skóry, a następnie stosowanie na nią odpowiednich preparatów nawilżająco-natłuszczających (emolienty) [26-28].

Edukacja chorych na łuszczycę powinna obejmować również wskazówki dotyczące wpływu diety i stylu życia na przebieg tej choroby. Powinni być również świadomi znaczenia zdrowego odżywiania, obejmującego unikania używek. Nie wskazane jest palenie tytoniu, które wzmagają ilość zmian i ich nasilenie oraz technik radzenia sobie ze stresem, który może nasilać zmiany łuszczycowe. Zalecana dieta w łuszczycy powinna być bogata w wybrane warzywa, owoce, zdrowe tłuszcze i tłuste ryby, a także zawierać produkty pełnoziarniste, przy jednoczesnym ograniczeniu spożycia słodczy, słonych przekąsek oraz żywności wysokoprzetworzonej. Zalecana jest także systematyczna aktywność fizyczna, która także odgrywa dużą rolę w prewencji powikłań łuszczycy w postaci otyłości oraz w większości przypadków wpływa pozytywnie na samopoczucie chorego. Praktyczne porady dotyczące modyfikacji codziennych nawyków i aktywności mogą pomóc osobom z łuszczycą w lepszej kontroli nad chorobą [29-31].

### Wpływ psychospołeczny

Łuszczycą determinuje funkcjonowanie osób chorych w sferze psychicznej i społecznej. Potrzebują one, zwłaszcza na początku choroby, a niektórzy także w okresie późniejszym, określonego wsparcia w radzeniu sobie ze stygmatyzacją, lękiem, depresją oraz problemami z samooceną. Widoczne w łuszczycy zmiany skórne mogą prowadzić do odrzucenia społecznego, co zdecydowanie negatywnie wpływa na życie osobiste i społeczne tych osób. Ocenia się, że aż 30-40% osób z łuszczycą cierpi na znaczny stres psychiczny, co nakazuje patrzeć na łuszczycę nie tylko jako chorobę somatyczną, ale także jako chorobę w wielowymiarowym aspekcie psychicznym [18, 22, 32-34]. Jak podkreśla się w literaturze przedmiotu, zrozumienie znaczenia wpływu łuszczycy na psychikę osoby zmagającej się z tym schorzeniem jest istotne dla wszystkich specjalistów mających z nim styczność. Poczucie wstydu i stygmatyzacji, które mogą towarzyszyć choremu z łuszczycą, mogą prowadzić do unikania kontaktów społecznych i wycofania części chorych z życia społecznego, a nawet ograniczenia kontaktów rodzinnych [19, 23, 30, 34].

### Dostęp do wiarygodnych źródeł informacji

Osoby chore na łuszczycę z reguły aktywnie poszukują informacji na temat swojej choroby w dostępnych źródłach, w tym w Internecie. Z tego względu konieczne staje się zapewnić tym osobom dostęp do rzetelnych i zrozumiałych ma-

teriałów edukacyjnych. Nadmiar informacji lub informacje nieprawdziwe czy niepotwierdzone naukowo, mogą prowadzić do dezinformacji i stosowania nieskutecznych, a wręcz niebezpiecznych dla zdrowia metod postępowania leczniczego i pielęgnacyjnego w łuszczycy. Jak dowodzą badania, osoby cierpiące na łuszczycę z reguły zapominają o części zaleceń przekazywanych im wyłącznie ustnie, ponadto uważają terminologię medyczną za trudną i niezrozumiałą, co dowodzi, że wymagają tym samym wsparcia edukacyjnego opartego nie tylko na przekazie ustnym, ale także pisemnym np. ulotki i inne [15, 35, 36].

Wiarygodne, z punktu widzenia profesjonalistów medycznych źródła informacji, mogą obejmować materiały prezentujące aktualną wiedzę dotyczącą tej choroby i być przygotowane przez towarzystwa dermatologiczne oraz inne instytucje lub osoby, które zawodowo i/lub naukowo zajmują się tym schorzeniem. Wskazanie klientom gabinetu sprawdzonych i rzetelnych stron internetowych, broszur edukacyjnych czy możliwości uczestnictwa w programach edukacyjnych może pomóc im w zdobyciu rzetelnej, sprawdzonej wiedzy i lepszym nadzorowaniu własnej choroby [16, 35, 37].

## **ROLA KOSMETOLOGA WE WSPARCIU EDUKACYJNYM KLIENTÓW Z ŁUSZCZYCĄ**

Kosmetolog, jako specjalista zajmujący się pielęgnacją skóry, może stać ważną częścią zespołu wspierającego pacjenta dermatologicznego, uzupełniając działania lekarza poprzez edukację, instruktaż pielęgnacyjny i monitorowanie nawyków pielęgnacji skóry. Wiedza i doświadczenie kosmetologa w zakresie doboru preparatów kosmetycznych i bezpiecznych zabiegów pielęgnacyjnych stanowią merytoryczną podstawę wsparcia klientów poszukujących metod łagodzenia objawów łuszczycy i poprawy kondycji skóry. Gabinety kosmetyczne dysponują szeroką ofertą diagnostyczną skóry oraz zabiegów, mogących służyć klientowi, wzmacniając profesjonalny wizerunek tego specjalisty [38].

### **Edukacja pielęgnacyjna i dobór celowanych kosmetyków**

Podstawą redukcji nadmiernej łuski i nawilżenia skóry jest profesjonalne doradztwo w zakresie doboru i stosowania odpowiednich preparatów kosmetycznych, czyli substancji myjących i nawilżająco-natłuszczających (emolientów). Zadaniem kosmetologa jest uświadamianie klientom, że prawidłowa odbudowa bariery lipidowej skutecznie łagodzi suchość, świąd i uczucie ściągania skóry [39, 40]. Edukacja w obszarze codziennej samoopieki powinna ściśle korespondować z profesjonalnym, spersonalizowanym doбором kosmetyków oraz informowaniem o pożądanych substancjach aktywnych obecnych w rekomendowanych preparatach (kremach, maściach, emulsjach czy szamponach). Dobór substancji aktywnych powinien uwzględniać poziom przezskórkowej utraty wody, TEWL (*Transepidermal Water Loss*) oraz obecność aktywnych zmian zapalnych.

Kosmetolog, opierając się na aktualnej wiedzy, może wskazywać osobom z łuszczycą na wymierne korzyści płynące ze stosowania m.in. mocznika, kwasu salicylowego, dziegciu, ichtiolu, alantoiny, pantenolu, kwasu mlekowego, ceramidów, masła shea, a także probiotyków i prebiotyków, które wspierają regenerację naskórka, redukują stan zapalny i ułatwiają usuwanie zrogowaciałej blaszki [41]. Jako uzupełnienie tradycyjnych form terapii medycznej kosmetolog może zarekomendować bezpieczne preparaty ziołowe. Ich stosowanie, na przykład w formie kąpeli, okładów, kompresów, a niekiedy także naparów, stanowi dla wielu osób zmagających się z tą chorobą cenne i łagodzące wsparcie w procesie dbania o kondycję skóry [42].

### **Informowanie o składnikach niewskazanych**

Kosmetolog może edukować klientów z łuszczycą w zakresie substancji, których należy unikać w pielęgnacji domowej. Mogą one powodować i/lub nasilać podrażnienia skóry i przyczynić się tym samym do zaostrzenia zmian chorobowych. Zalicza się do nich silne detergenty naruszające barierę hydrolipidową skóry i nasilające jej suchość. Substancje zapachowe i barwniki to potencjalne alergen i składniki drażniące, które mogą potęgować zaczerwienie, świąd i pieczenie skóry [43]. Szkodliwe mogą być również silne środki do mycia, mogące zaburzyć prawidłowe funkcjonowanie skóry naruszające barierę hydrolipidową, co spowalnia procesy gojenia [44].

### **Instruktaż prawidłowego wykonywania domowych zabiegów pielęgnacyjnych**

Kosmetolog może udzielać instruktażu w zakresie procedur prawidłowego oczyszczania skóry w domu, czy samodzielnej aplikacji emolientów. Instruktaż domowej pielęgnacji powinien obejmować również prawidłowe delikatne osuszenie skóry po kąpeli i systematyczne oglądanie całej skóry w celu wykrycia ewentualnych nowych zmian łuszczycowych [29].

### **Dobór i wykonanie odpowiednich dla skóry łuszczycowej zabiegów kosmetycznych**

W pracy z klientem z łuszczycą kosmetolog może zaproponować zabiegi bezpieczne i wspomagające terapię, między innymi: peelingi enzymatyczne z odpowiednio dobranymi kwasami, mezoterapię bezigłową, infuzję tlenową, sonoforezę z wykorzystaniem odpowiednich preparatów. Każdy zabieg powinien być poprzedzony szczegółowym wywiadem kosmetycznym oraz oceną stanu skóry. Zaleca się unikanie peelingów mechanicznych (ziarnistych, mikrodermabrazji), które niosą ryzyko uszkodzeń naskórka i stymulacji wykwitów, co skutkuje wysiewem nowych zmian w miejscu urazu (tak zwany objaw Koebnera). Kosmetolog rozmawiając z klientami w gabinecie przy zbieraniu wywiadu zawsze powinien pytać o wszelkie przewlekłe choroby skóry, które mogą być przeciwwskazaniem do wykonania określonych zabiegów kosmetycznych. U osób z łuszczycą przeciwwskazane przy ak-

tywnych zmianach łuszczykowych są peelingi mechaniczne, depilacja woskiem, pastą cukrową czy laserem, iniekcje śród- i podskórne, kriolipoliza, a także zabiegi z wykorzystaniem bodźców fizykalnych, na przykład technologii plazmowej oraz zabiegów laserowych w obszarze aktywnych zmian chorobowych. W przypadku zmian łuszczykowych skóry dłoni i stóp, a także w obrębie paznokci (łuszczyca paznokci), należy unikać używania ostrych narzędzi (czątek, ostrza omegi) do usuwania skórek czy opracowywania wałów okołopaznokciowych. Może to prowadzić do urazów i zainicjowania lub zaostrzenia zmian łuszczykowych w tych obszarach [38].

### **Kamuflaż kosmetyczny (makijaż kamuflujący)**

Schorzenia skóry, szczególnie te, bardzo widoczne, zlokalizowane na twarzy, szyi i dłoniach, często mają duży wpływ na codzienne funkcjonowanie osób dotkniętych chorobą skóry, taką jak łuszczyca. U niektórych osób z łuszczyką, można wykonać kosmetyczny makijaż kamuflujący, który zmniejsza poczucie stygmatyzacji, co wpływa na poprawę jakości życia. Ma on szczególne znaczenie dla osób z widocznymi chorobami skóry, zwłaszcza w okresie ważnych dla nich wydarzeń z życia osobistego lub zawodowego [45].

### **Wskazanie odpowiedniej odzieży i tkanin**

Warto pamiętać, że u osób z łuszczyką ważny jest także dobór odpowiednich ubrań, które zapewniają komfort dla skóry. Zaleca się noszenie odzieży wykonanej z naturalnych, przewiewnych tkanin, takich jak bawełna, len czy wiskoza oraz unikanie materiałów syntetycznych, które są mało przewiewne i mogą potęgować podrażnienia skóry. Właściwy dobór ubrań oraz obuwia (wygodnego i niepowodującego ucisku skóry, który mógłby prowokować powstawanie zmian chorobowych) ma istotne znaczenie w ogólnie pojętej codziennej pielęgnacji [29].

### **Profesjonalne ramy wsparcia edukacyjnego**

Podstawą skutecznej terapii, zwłaszcza w przypadku chorób przewlekłych, takich jak łuszczyca, jest między innymi skuteczna komunikacja pomiędzy specjalistą – kosmetologiem, a klientem gabinetu. Warunkuje ją stosowanie jasnego, zrozumiałego języka, który eliminuje zbędny żargon medyczny oraz jest dostosowany do poziomu edukacji i stanu emocjonalnego klienta. Podkreśla się, że w praktyce pomocne są techniki komunikacyjne, takie jak parafraza (mówienie o danej treści w różny sposób), czy metoda *teach-back* (technika w komunikacji, w której prosi się rozmówcę, aby własnymi słowami powtórzył informacje, które mu przekazano), umożliwiające weryfikację stopnia zrozumienia przekazywanych informacji. Należy pamiętać, że efektywność komunikacji zależy od czynników sytuacyjnych, takich jak pora dnia, zmęczenie czy nastrój klienta, które wpływają na jego gotowość do odbioru informacji, dlatego należy elastycznie dostosowywać moment i formę rozmowy; np. niekiedy klient nie jest gotowy na dłuższą rozmowę i należy ją zaplanować na inny dzień [46-48].

Proces wsparcia osób z łuszczyką uzupełniają odpowiednio zaprojektowane materiały edukacyjne. Uważa się, że wszelkie broszury czy ulotki informacyjne powinny być krótkie, konkretne i oparte na prostym języku, wzbogacone o elementy wizualne, które ułatwiają zapamiętywanie ważnych treści. Warto również uwzględnić różnice pokoleniowe w preferencjach dotyczących formy przekazu. Młodsze osoby chętniej korzystają z materiałów cyfrowych i infografik, podczas gdy starsi klienci preferują raczej tradycyjnie drukowane na papierze ulotki z dużą czcionką i czytelnym układem tekstu. W przypadku osób w podeszłym wieku przekaz edukacyjny musi być dostosowany do ich zdolności percepcyjnych [49-51].

Należy mieć na uwadze, że przekaz ustny wspiera także w pewien sposób estetyka i aranżacja gabinetu kosmetyka, które budują zaufanie klienta i wspierają jego koncentrację podczas wizyty – schludny uniform profesjonalisty oraz uporządkowane, dobrze oświetlone wnętrze gabinetu sprzyjają odbiorowi przekazu informacji i poprawiają komfort słuchacza. Dodatkowo, spójność komunikacji werbalnej i niewerbalnej, obejmująca ton głosu, dobór słów, kontakt wzrokowy oraz mimikę, wzmacnia relację terapeutyczną i podnosi efektywność współpracy [48, 52-54].

### **PODSUMOWANIE**

Potrzeby informacyjne osób z łuszczyką mają charakter wielowymiarowy i obejmują zarówno edukację na temat mechanizmów choroby, jak i praktyczne aspekty codziennej samoopieki. Kosmetolog, dysponując specjalistyczną wiedzą o funkcjonowaniu bariery naskórkowej i skóry, stanowi bardzo ważne ogniwo w systemie wsparcia edukacyjnego klientów zmagających się z łuszczyką. Jego rola jest szczególnie istotna w obszarze doboru celowanych preparatów pielęgnacyjnych, unikania substancji drażniących oraz wdrażania bezpiecznych, niekiedy rekomendowanych procedur zabiegowych. Aby wsparcie kosmetyczne było w pełni bezpieczne i efektywne, wszelkie zalecenia pielęgnacyjne muszą być ściśle dostosowane do aktualnego stanu skóry klienta, fazy choroby (remisja vs zaostrzenie) oraz jego indywidualnych możliwości psychofizycznych.

Działania podejmowane w gabinecie kosmetycznym powinny mieć zawsze charakter komplementarny wobec zastosowanego leczenia medycznego. Rolą kosmetologa jest nie tylko motywowanie klienta do ścisłej współpracy z dermatologiem, ale również wspieranie go w przestrzeganiu zaleceń medycznych.

Ważnym elementem kompleksowej opieki kosmetycznej pozostaje również ciągły rozwój kompetencji komunikacyjnych. Właściwa konstrukcja przekazu informacji pomiędzy kosmetologiem a jego klientem, w tym przede wszystkim wykorzystanie prostego, zrozumiałego języka, determinują stopień przyswojenia wiedzy przez klienta, co istotnie ułatwia wypracowanie prawidłowych nawyków prozdrowotnych i optymalizuje ostateczne efekty zaleconych procedur pielęgnacyjnych.

## LITERATURA / REFERENCES

1. Borzęcki A, Koncewicz A, Raszevska-Famielec W, et al. Epidemiologia łuszczycy w Polsce w latach 2008-2015. *Dermatol Rev.* 2018;105:693-700. <https://doi.org/10.5114/dr.2018.80837>
2. Chandran V, Raychaudhuri SP. Geoepidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis. *J Autoimmun.* 2010;34(3):J314-21. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2009.12.001>
3. Skayem C, Taieb C, Halioua B, et al. Epidemiology of psoriasis: A worldwide global study. *Acta Derm Venereol.* 2025;105, adv42945. <https://doi.org/10.2340/actadv105.42945>
4. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31(2):205-212. <https://doi.org/10.1111/jdv.13854>
5. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, et al. Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: A systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol.* 2013;133(2):377-385. <https://doi.org/10.1038/jid.2012.339>
6. Rurstein J, Strunk A, Garg A. Incidence of psoriasis among adults in the United States: A sex- and age-adjusted population analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2021;84(4):1023-1029. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.11.039>
7. Czarnecka A, Zablotna M, Purzycka-Bohdan D, et al. An observational study of 147 psoriasis patients: Overweightness and obesity as a significant clinical factors correlated with psoriasis. *Medicina (Kaunas).* 2023;59(11):2006. <https://doi.org/10.3390/medicina59112006>
8. Barros G, Duran P, Vera I, et al. Exploring the links between obesity and psoriasis: A comprehensive review. *Int J Mol Sci.* 2022;23(14):7499. <https://doi.org/10.3390/ijms23147499>
9. Vata D, Tarcau BM, Popescu IA, et al. Update on obesity in psoriasis patients. *Life (Basel).* 2023;13(10):1947. <https://doi.org/10.3390/life13101947>
10. Fortes C, Mastroeni S, Leffondré K, et al. Relationship between smoking and the clinical severity of psoriasis. *Arch Dermatol.* 2005;141(12):1580-1584. <https://doi.org/10.1001/archderm.141.12.1580>
11. Chodorowska G, Kwiatek J. Psoriasis and cigarette smoking. *Ann Univ Mariae Curie Skłodowska Med.* 2004;59(2):535-538.
12. Alinaghi F, Calov M, Kristensen LE, et al. Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80(1):251-265.e19. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.06.027>
13. Mease PJ, Gladman DD, Papp KA, et al. Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69(5):729-735. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.07.023>
14. Uhlenhake EE, Kurkowski D, Feldman SR. Conversations on psoriasis – what patients want and what physicians can provide: A qualitative look at patient and physician expectations. *J Dermatol Treat.* 2010;21(1):6-12. <https://doi.org/10.3109/09546630903085328>
15. Chodorowska G, Bryczek M, Dąbrowska-Członka M, et al. W jakim stopniu choroby na łuszczycę interesują się swoją chorobą? – badanie wstępne. *Post Dermatol Alergol.* 2006;4:186-191.
16. Bubak C, Schaarschmidt ML, 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):1535. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7778-x>
17. Hawkins SD, Barilla S, Feldman SR. Web app based patient education in psoriasis – a randomized controlled trial. *Dermatol Online J.* 2017;23(4):13030/qt26d525z5
18. Hrehorów E, Salomon J, Matusiak L, et al. Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm Venereol.* 2012;92(1):67-72. <https://doi.org/10.2340/00015555-1193>
19. Lakuta P, Marcinkiewicz K, Bergler-Czop B, et al. How does stigma affect people with psoriasis? *Adv Dermatol Allergol.* 2017;34(1):36-41. <https://doi.org/10.5114/pdia.2016.62286>
20. Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, et al. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: Systematic analysis and modelling study. *BMJ.* 2020;369:m1590. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1590>
21. Strober BE, van der Walt JM, Armstrong AW, et al. Clinical goals and barriers to effective psoriasis care. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2019;9(1):5-18. <https://doi.org/10.1007/s13555-018-0279-5>
22. Bewley A, van de Kerkhof P. Engaging psoriasis patients in adherence and outcomes to topical treatments: A summary from the Symposium 'Tailoring topical psoriasis treatments to patients' needs and expectations' of the 30<sup>th</sup> EADV Congress 2021. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023;37 Suppl 1:9-13. <https://doi.org/10.1111/jdv.18751>
23. Linder D, Dall'olio E, Gisondi P, et al. Perception of disease and doctor-patient relationship experienced by patients with psoriasis: A questionnaire-based study. *Am J Clin Dermatol.* 2009;10(5):325-330. <https://doi.org/10.2165/1131190-000000000-00000>
24. Kavanaugh A, Helliwell P, Ritchlin CH. Psoriatic arthritis and burden of disease: Patient perspectives from the population – based multinational assessment of psoriasis and psoriatic arthritis (MAPP). *Survey. Rheumatol Ther.* 2016;3:91-102. <https://doi.org/10.1007/s40744-016-0029-z>
25. Wolska H. Łuszczycza paznokci. *Przegl Dermatol.* 2010;97(4):243-252.
26. Kirck L, Alexis AF, Andriessen A, et al. Psoriasis and skin barrier dysfunction: The role of gentle cleansers and moisturizers in treating psoriasis. *J Drugs Dermatol.* 2023;22(8):773-778. <https://doi.org/10.36849/jdd.7411>
27. Fluhr JW, Cavallotti C, Berardesca E. Emollients, moisturizers, and keratolytic agents in psoriasis. *Clin Dermatol.* 2008;26(4):380-386. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2008.01.015>
28. Kang SY, Um JY, Chung BY, et al. Moisturizer in patients with inflammatory skin diseases. *Medicina (Kaunas).* 2022;58(7):888. <https://doi.org/10.3390/medicina58070888>
29. Kowalczyk K, Jankowiak B, Sekmistrz S, et al. Program edukacji pielęgniar-skiej pacjentów z łuszczycą. *Probl Hig Epidemiol.* 2008;89(2):258-263.
30. Kowalewska B, Cybulski M, Jankowiak B, et al. Acceptance of illness, satisfaction with life, sense of stigmatization, and quality of life among people with psoriasis: A cross-sectional study. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2020;10(3):413-430. <https://doi.org/10.1007/s13555-020-00368-w>
31. Duchnik E, Kruk J, Tuchowska A, et al. The impact of diet and physical activity on psoriasis: A narrative review of the current evidence. *Nutrients.* 2023;15(4):840. <https://doi.org/10.3390/nu15040840>
32. Feldman SR, Goffe B, Rice G, et al. The challenge of managing psoriasis: Unmet medical needs and stakeholder perspectives. *Am Health Drug Benefits.* 2016;9(9):504-513.
33. Li K, Armstrong AW. A review of health outcomes in patients with psoriasis. *Dermatol Clin.* 2012;30(1):61-72. <https://doi.org/10.1016/j.det.2011.08.012>
34. Richards HL, Fortune DG, Weidmann A, et al. Detection of psychological distress in patients with psoriasis: Low consensus between dermatologist and patient. *Br J Dermatol.* 2004;151(6):1227-1233. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2004.06221.x>
35. Butterworth K, Allam O, Gray A, et al. Providing confusion: The need for education not information in chronic care. *Health Informatics J.* 2012;18(2):111-123. <https://doi.org/10.1177/1460458212445500>
36. Hawkins P, Earl K, Tektonidis TG, et al. The role of diet in the management of psoriasis: A scoping review. *Nutr Res Rev.* 2024;37(2):296-330. <https://doi.org/10.1017/S0954422423000185>
37. Tulbert BH, Snyder CW, Brodell RT. Readability of patient-oriented online dermatology resources. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2011;4(3):27-33.
38. Nowicka D. Łuszczycza – pielęgnacja i postępowanie w gabinecie kosmetycznym. *Kosmetologia Estetyczna.* 2018;7(5):529-532
39. Luger T, Seite S, Humbert P, et al. Recommendations for adjunctive basic skin care in patients with psoriasis. *Eur J Dermatol.* 2014;24(2):194-200. <https://doi.org/10.1684/ejd.2014.2294>
40. Papp KA, Dhadwal G, Gooderham M, et al. Emerging paradigm shift toward proactive topical treatment of psoriasis: A narrative review. *Dermatol Ther.* 2021;34(6):e15104. <https://doi.org/10.1111/dth.15104>
41. Choi HY, Lee YJ, Kim ChM, et al. Revolutionizing cosmetic ingredients: Harnessing the power of antioxidants, probiotics, plant extracts, and peptides in personal and skin care products. *Cosmetics.* 2024;11:157. <https://doi.org/10.3390/cosmetics11050157>
42. Patel R, Langaliya K, Radadiya F, et al. The role of herbal cosmetics for the mitigation of the psoriasis. *Nirma Univ J Pharm Sci.* 2023;10(2):47-58.
43. Krupashankar DS, Manivasagam SR. Prevalence and relevance of secondary contact sensitizers in subjects with psoriasis. *Indian Dermatol Online J.* 2012;3(3):177-181. <https://doi.org/10.4103/2229-5178.101813>
44. Mijalica D, Spada F, Harrison IP. Skin cleansing without or with compromise: Soaps and syndets. *Molecules.* 2022;27(6):2010. <https://doi.org/10.3390/molecules27062010>
45. Levy LL, Emer JJ. Emotional benefit of cosmetic camouflage in the treatment of facial skin conditions: Personal experience and review. *Clin Cosmet Invest Dermatol.* 2012;5:173-182. <https://doi.org/10.2147/CCID.S33860>
46. Doroszevska A, Chojnacka-Kuraś M, Jankowska AK, eds. *Komunikacja medyczna.* Warszawa: Wyd. Uniw. Warszawskiego; 2023.
47. Szymańska M. Komunikacja lekarz-pacjent w praktyce. *Piel Zdr Publ.* 2019;9(1):23-27.
48. Tomaszewski K. Czynniki wpływające na skuteczność porozumiewania się z pacjentem. *Med Og Nauk Zdrow.* 2020;26(2):174-179.
49. Jasiński A. Edukacja zdrowotna a projektowanie materiałów informacyjnych. *Zesz Nauk WSEI.* 2020;31:93-101.
50. Makara-Studzinska M. *Komunikacja z pacjentem.* Lublin: Czelej; 2012:98-102.
51. Piekarska A, Rogowski Ł. Zdrowie w ułocie – analiza treści i dostępności materiałów edukacyjnych. *Zdr Publ Zarz* 2022;20(2):152-158.
52. Sokołowska M. Wizerunek specjalisty a zaufanie pacjenta. *Zdr Społ.* 2020;10(1):45-52.
53. Trawińska A. Skuteczna komunikacja z pacjentem – różnice pokoleniowe. *Forum Med Rodz.* 2019;13(3):160-165.
54. Wrona A. Zindywidualizowane podejście do pacjenta jako podstawa skutecznej terapii. *Kosmetologia Estetyczna.* 2021;10(2):97-101.

otrzymano / received: 05.12.2025 | zaakceptowano / accepted: 21.02.2026 | published / opublikowano: 20.04.2026