

**Anna Baranowska¹, Elżbieta Krajewska-Kułał¹, Jacek Szepietowski²,
Bożena Zdrodowska-Stefanow³, Marek Sobolewski⁴, Agnieszka Szyszko-Perłowska¹,
Katarzyna Krajewska¹, Barbara Jankowiak¹**

¹Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

²Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Akademii Medycznej we Wrocławiu

³Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

⁴Zakład Metod Ilościowych w Ekonomii Wydziału Zarządzania i Marketingu Politechniki Rzeszowskiej

S amoocena wiedzy pacjentów na temat trądziku

Self-assessment of patients' knowledge on acne vulgaris

STRESZCZENIE

Wstęp. Trądzik pospolity (*acne vulgaris*) jest przewlekłym schorzeniem związanym z nadczynnością gruczołów łojowych i dotyczy osób między 12. a 40. rokiem życia.

Cel pracy. Celem pracy była samoocena wiedzy pacjentów na temat trądziku.

Materiał i metody. Badaniem objęto 204 osoby ze zdiagnozowanym trądzikiem, pacjentów Poradni Dermatologicznej w Białymstoku. W ocenie wiedzy wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy, a w ocenie stanu klinicznego — *Acne Global Severity Scale*.

Wyniki. Trądzik najczęściej występował na twarzy (97,5%). Nasilenie zmian chorobowych było z reguły oceniane przez samych badanych jako średnie (43,1%) bądź małe (47,1%). Ocena nasilenia zmian klinicznych według *Acne Global Severity Scale* wykazała nieznaczną przewagę osób z drugim stopniem nasilenia zmian — 34,8%. Nie stwierdzono jednak związku istotnie statystycznego między nasileniem zmian trądzikowych a wiekiem i płcią. Generalnie 71,1% chorych było zdania, że ich wiedza jest niepełna, a tylko 10,3% badanych przyznawało się do zupełnego braku wiedzy. Jednak po analizie zależności poziomu wiedzy od stopnia nasilenia zmian okazało się, że swoją wiedzę jako niepełną oceniali 68% z pierwszym stopniem nasilenia zmian, 76% z drugim stopniem i 69% ze stopniem trzecim. Rozwój choroby respondenci najczęściej wiązali z okresem dojrzewania (86,3%), posiadaniem tłustej cery (43,6%), uwarunkowaniami genetycznymi (36,3%) lub stresem (35,3%). Większość osób (82,8%) uważała, że podstawowym sposobem łagodzenia zmian trądzikowych jest stosowanie leków i/lub kosmetyków. Za najbardziej popularny sposób „maskowania” zmian trądzikowych ankietowani uznawali makijaż (64,7%). Najczęściej rozmawiali na temat problemów spowodowanych występowaniem trądziku z kolegami/koleżankami (51%), rodzicami (47,5%) lub lekarzem (31,9%). Ponad połowa ankietowanych (54,4%) pozyskiwała informacje o trądziku z mediów, 45,1% badanych od lekarza, a co trzecia osoba (35,8%) od koleżanek i kolegów.

Wnioski. Wiedza pacjentów na temat trądziku była niepełna i nie zależała od intensywności zmian skórnych. Większość chorych pozyskiwała wiadomości o trądziku z mediów. Wskazane jest prowadzenie edukacji młodzieży z trądzikiem w zakresie postępowania terapeutycznego i pielęgnacyjnego.

Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (3): 288–295

Słowa kluczowe: pacjent, trądzik, wiedza

ABSTRACT

Introduction. Acne vulgaris is a chronic disorder connected with hyper-secretion of sebaceous glands affecting people between 12 and 40 years old.

Aim of the study. The aim of the study was self-assessment of patients' knowledge on acne vulgaris.

Material and methods. The study included 204 patients with acne vulgaris under a care of dermatology out-patient clinic in Białystok. The self-administered questionnaire and Acne Global Severity Scale was used in the present study.

Results. Face was more often localization of acne (97.5%). Nearly 43.1% assessed the intensity of skin lesions as a moderate, and 47.1% as a mild. 34.8% of respondents had the second degree of the lesions' intensity in according to Acne Global Severity Scale. No significant correlations between the intensity of acne lesions and age and gender were found. Overall 71.1% of patients said that their knowledge was not sufficient, and only 10.3% declared no knowledge in this field. However, after the analysis of knowledge on the intensity of lesions, 68%

Adres do korespondencji: dr n. med. Anna Baranowska, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 7a, 15–096 Białystok, tel.: (85) 748 55 28, e-mail: baranowskanna@gmail.com

with the first degree of lesions assessed their knowledge as not quite a good, 76% with the second degree, and 69% with the third degree, respectively. Almost 86.3% of respondents declared that the development of disease is involved with a puberty period, 43.6% oily skin, 36.3% genetics, and 35.3% stress. 82.8% patients thought that basic method of acne lesions' relief were drugs and cosmetics. 64.7% of respondents considered make-up as a popular method of the 'masking' acne lesions. About 51% of patients talked with friends, 47.5% with parents, and 31.9% physicians on the problems with acne vulgaris. More than half (54.4%) of the surveyed knew on acne from media, 45.1% from physician, and 35.8% from friends.

Conclusions. The patients' knowledge on acne vulgaris was insufficient and did not relate to the intensity of skin lesions. Most patients had knowledge on acne from media. It is recommended to conduct the education among adolescents on therapy and acne care.

Nursing Topics 2011; 19 (3): 288–295

Key words: patients, acne vulgaris, knowledge

Wstęp

Trądzik pospolity (*acne vulgaris*) to schorzenie aparatu włosowo-łojowego, będące najczęstszą przyczyną zgłaszania się pacjentów po poradę dermatologiczną. Zmiany trądzikowe o różnym nasileniu występują niemal u około 80% populacji między 11. a 30. rokiem życia, z jednakową częstotliwością u obu płci [1, 2]. Maksimum zapadalności przypada na okres dojrzewania, mimo to schorzenie może się rozwijać zarówno przed okresem pokwitania, jak i utrzymywać się w wieku dorosłym [1–4]. Pojawienie się pierwszych zmian poniżej 12. roku życia obserwuje się rzadko [5–7].

Etiopatogeneza trądziku jest procesem złożonym i nadal nie w pełni poznany. Biorą w nim udział zarówno czynniki endogenne, jak i egzogenne [5]. W zapoczątkowaniu zmian prowadzących do rozwoju trądziku rolę odgrywają uwarunkowania genetyczne, przemiana hormonalna okresu pokwitania, nadmierna mieszkowa keratynizacja, bakterie beztlenowe (*Propionibacterium acnes*, rzadziej *P. granulosum* i *avidum*, *P. propionicum*, *P. limphophilum*), bakterie tlenowe (*Staphylococcus epidermidis*) oraz grzyby drożdżopodobne (*Malassezia furfur*), reakcje immunologiczne, czynniki środowiskowe (np. dieta, stres, leki, nikotynizm) [1–10].

Podstawowe objawy aktywnego trądziku to łojotok, wykwity niezapalne i zapalne, a cechą charakterystyczną jest wielopostaciowość wykwitów — od kilku zamkniętych zaskórników, po objawy ogólne, z dużymi ropniakami, nawet owrzodzeniami, rzadko z zajęciem kości [8].

Według Braun-Falco [8] zmiany trądzikowe można podzielić na pierwotne — niezapalne (mikrozaszaskórniki, zaskórniki zamknięte, zaskórniki otwarte), wtórne — zapalne (grudki, krosty, guzki, ropnie, przetoki) oraz zmiany i blizny pozapalne (zaskórniki z przetokami, torbiele, blizny) [8]. Wyróżnia on również kilka postaci klinicznych: trądzik zaskórnikowy (*acne comedonica*), grudkowo-krostkowy (*acne papulo-pustulosa*), skupiony (*acne conglobata*) [8], a Wolska i wsp. [1, 2, 4] dodatkowo wyróżnia trądzik bliznowaty (*acne keloida*). Wąsik i wsp. [9] wśród podstawowych odmian klinicznych trądziku wymieniają trądzik zaskórnikowy, grudkowo-krostkowy,

guzkowo-cystowy (*acne nodulo-cystica*) oraz trądzik o ostrym przebiegu z objawami ogólnymi (*acne fulminans*). Ponadto w literaturze spotyka się trądzik odwrócony (*acne inversa*), polekowy (*acne postmedicamentosa*), steroidowy, mechaniczny, kosmetyczny (*acne cosmetica*), zawodowy — wywołany najczęściej przez: oleje (*oil acne*), chlor (*chlor acne*), dziegieć (*acne picea*), trądzik noworodkowy (*acne neonatorum*), niemowląt (*acne infantum*), androgeny, przedmiesiączkowy, pomiesiączkowy i trądzik z samouszkodzenia (*acne excoriatica*) [6, 8–10].

Zasadniczym celem terapii w trądziku jest złagodzenie objawów i zapobieganie bliznowaceniu, a podstawą w leczeniu — oddziaływanie na wszystkie czynniki patogenetyczne. Ponieważ nie ma jednego preparatu o takim działaniu, zalecane jest leczenie skojarzone z wykorzystaniem co najmniej dwóch leków o różnych mechanizmach działania, które się wzajemnie uzupełniają [11].

Bardzo istotna w powyższych działaniach jest dobra komunikacja z pacjentem. Przede wszystkim pacjent musi być świadomy, że leczenie jest przewlekłe, wielomiesięczne, często nawet wieloletnie, a o sukcesie w dużej mierze decyduje przestrzeganie zaleconego schematu leczenia i pielęgnacji [1, 8, 11, 12].

Cel pracy

Celem pracy była samoocena wiedzy pacjentów na temat trądziku.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody nr R-I-002/80/2008 Komisji Bioetycznej Akademii Medycznej w Białymstoku (obecnie Uniwersytetu Medycznego) i objęto nimi 204-osobową grupę pacjentów Poradni Dermatologicznej w Białymstoku w wieku 16–33 lat ze zdiagnozowanym trądzikiem.

W badaniu wykorzystano autorski anonimowy kwestionariusz ankietowy, opracowany zgodnie z metodologią tworzenia kwestionariuszy ankietowych, złożony z 9 pytań metryczkowych i 19 pytań zasadniczych, w tym dotyczących między innymi oceny nasilenia zmian trądzikowych w chwili badania, samooceny wiedzy na temat trądziku, źródeł pozyskiwania tej wiedzy, przy-

czyn powstawania trądziku i sposobów łagodzenia zmian trądzikowych.

Ocenę stanu klinicznego dokonano na podstawie *Acne Global Severity Scale*, gdzie stopień 0 oznacza czystą skórę bez objawów trądziku, stopień 1 — skórę prawie czystą, z rzadkimi niezapalnymi zmianami i niezapalnymi grudkami; stopień 2 — obecność nielicznych niezapalnych uszkodzeń, z mało nasilonymi zmianami zapalnymi (jedynie grudki/krosty, bez uszkodzeń grudkowo-torbielowatych); stopień 3 — dominowanie niezapalnych zmian z wieloma widocznymi zapalnymi uszkodzeniami: od kilku do wielu zaskórników i grudek/krost, mogą występować niewielkie guzkowo-torbielowe zmiany; stopień 4 — bardziej widoczne zmiany zapalne: wiele zaskórników, grudki/krosty, czasem również zmiany guzkowo-torbielowe i stopień 5 — bardzo dużo zmian zapalnych: zmienna liczba zaskórników, dużo grudek/krost i zmian guzkowo-torbielowatych.

Wszystkie uzyskane wyniki badań zostały poddane wszechstronnej analizie statystycznej, w której wykorzystano zarówno metody statystyki opisowej, jak i elementy wnioskowania statystycznego. Rezultatem testu statystycznego jest tak zwane prawdopodobieństwo testowe (p), którego niskie wartości świadczą o istotności statystycznej rozważanej zależności. Przyjęto następujące reguły: $p < 0,05$ — statystycznie istotna zależność; $p < 0,01$ — wysoce istotna zależność; $p < 0,001$ — bardzo wysoce istotna statystycznie zależność. Analiza zależności między dwiema cechami nominalnymi (np. samoocena wiedzy a nasilenie zmian trądzikowych) polegała na wyznaczeniu struktury procentowej odpowiedzi w obrębie porównywanych grup i ocenie istotności badanego związku za pomocą testu niezależności χ^2 .

Wyniki

Badanie dotyczyło 204-osobowej grupy osób w wieku 16–33 lat, względnie jednorodnej wiekowo. Ostatecznie powstało 5 grup, z których 3/4 badanych stanowiły osoby poniżej 20. roku życia, a w niej największą grupę tworzyli 17-latkowie (24,5%). Badani w wieku 16 lat stanowili 18,1% badanej grupy, w wieku 18 lat — 13,7%, 19 lat — 20,1%, a w przedziale wiekowym 20–33 lata było 23,6% osób.

W ocenianej populacji dominowały kobiety (70,1% ankietowanych) oraz mieszkańcy miast (53,5%). Ze względu na specyfikę wiekową badanej grupy były to osoby stanu wolnego (96,6%), w tym 67,2% panien i 29,4% kawalerów. Osoby będące w związku małżeńskim stanowiły 3,4% badanej grupy, w tym 2,9% mężatki i 0,5% żonaci mężczyźni.

Największą grupę stanowili studenci (37,3%), a następnie kolejno licealiści (36,3%) i uczniowie technikum (16,2%). Najmniej było uczniów gimnazjów

(4,3%), szkoły zawodowej (1,0%) i policealnej (1,0%). Pracujące osoby stanowiły 3,9% badanej populacji.

Wśród matek ankietowanych większość kobiet miała wykształcenie średnie — 45,1% i zawodowe — 25,0%. Wykształcenie wyższe miało 17,2% matek badanych, a podstawowe — 8,8%. W grupie ojców najczęściej osób miało wykształcenie zawodowe — 38,7% i średnie — 36,3%. Pozostali posiadali wykształcenie wyższe — 11,3% lub podstawowe — 9,3%. Wykształcenia matki nie wskazało 3,9%, a ojca — 4,4% badanych pacjentów.

Respondenci raczej pozytywnie oceniali sytuację finansową swojej rodziny — ponad połowa ankietowanych (56,9%) oceniała ją jako dobrą, a co czwarty jako przeciętną (27%). Jedynie 5% badanych przyznało, że sytuacja finansowa rodziny jest zła. Co siódmy ankietowany (13,7%) stwierdził, że nie ma trądziku. Niemal identyczny był udział osób niepotrafiących sprecyzować, czy mają zmiany trądzikowe (13,3%). Natomiast 73% ankietowanych zdecydowanie twierdziło, że choruje na trądzik.

Pod względem miejsca występowania zmian trądzikowych najpowszechniejszą lokalizacją była skóra twarzy (97,5%). Zmiany na plecach występowały u mniej niż połowy osób (43,6%), na dekolcie u mniej więcej co czwartej (28,9%), na karku u co piątej badanej osoby (19,1%), na skórze ramion u około 15,7% i na pośladkach u 2% badanych.

Nasilenie zmian trądzikowych było z reguły oceniane przez samych badanych jako średnie (43,1%) bądź małe (47,1%). Co jedenasta osoba (8,8%) uważała, że ma duże zmiany trądzikowe, a jedynie 1% badanych nie umiał ocenić swoich zmian.

W wyniku oceny nasilenia zmian klinicznych, badanych podzielono na trzy grupy według skali *Acne Global Severity Scale* (odpowiednio — 1, 2 i 3 stopień). Rozkład licznosci tych grup jest niemal równomierny, ponieważ w każdej z nich znalazła się mniej więcej 1/3 ankietowanych. Osoby z pierwszym stopniem nasilenia zmian stanowiły 32,4%, z drugim stopniem nasilenia zmian — 34,8%, a trzecim stopniem nasilenia zmian — 32,8%.

Wśród osób z pierwszym stopniem nasilenia zmian najczęściej było 17-latków (40%). W grupie z drugim stopniem nasilenia zmian dominowali 18-latkowie (54%). W grupie badanych z trzecim stopniem najczęściej było natomiast osób w wieku — 19 lat (41%) oraz powyżej 20 lat (40%). Nie wykazano jednak istotnie statystycznego związku między nasileniem zmian trądzikowych a wiekiem ($p = 0,2017$).

Zauważono, że u mężczyzn częściej rozpoznawano trzeci stopień nasilenia zmian (odpowiednio: 38% i 31%) niż u kobiet. U kobiet w porównaniu z mężczyznami nieznacznie dominował drugi (odpowiednio: 36% i 31%) oraz pierwszy stopień zmian (odpowied-

nio: 33% i 31%). Nie wykazano istotnie statystycznego związku między nasileniem zmian trądzikowych a płcią ($p = 60606$).

Na podstawie badania klinicznego stwierdzono, że wśród badanych najczęściej występowały zmiany o charakterze zaskórników zamkniętych (96,1%), zaskórników otwartych (86,3%), grudek (70,6%), blizn zanikowych (37,3%) i krost (31,9%). Nacieki zapalne stwierdzono u 11,8% chorych, blizny przerosłe u 3,9%, a torbiele u 3,4% badanych.

Większość badanych potwierdziła, że trądzik występował lub występuje w ich rodzinach. Ponad połowa (57,1%) podała informacje o rozpoznaniu tego schorzenia u swojego rodzeństwa, 19,2% u matki, a 11,8% u ojca.

Ankietowani krytycznie oceniali własną wiedzę na temat trądziku. Prawie 3/4 respondentów (71,1%) było zdania, że jest ona niepełna, aczkolwiek tylko co dziesiąta osoba (10,3%) przyznawała się do zupełnego jej braku. Natomiast 18,6% badanych było przekonanych o posiadaniu wystarczającej wiedzy na temat swojego schorzenia.

Samoocena wiedzy na temat zmian trądzikowych nie była całkowicie uzależniona od ich nasilenia. Niezależnie od stopnia nasilenia zmian chorobowych niemal taki sam odsetek osób oceniał swoją wiedzę jako niepełną (68% z pierwszym stopniem nasilenia zmian, 76% z drugim stopniem i 69% z trzecim stopniem). Zadowolonych z poziomu posiadanej wiedzy było 18% z pierwszym stopniem nasilenia zmian, 17% z drugim stopniem i 21% z trzecim stopniem nasilenia zmian. Brak wiedzy zgłaszało 14% z pierwszym stopniem nasilenia zmian, 7% z drugim stopniem i 10% z trzecim stopniem. Istotność zależności badano za pomocą testu niezależności χ^2 , otrzymując wynik niezamienny statystycznie ($p = 0,7112$).

Poproszono także ankietowane osoby o wskazanie przyczyn powstawania zmian trądzikowych. Rozkład odpowiedzi był bardzo zróżnicowany. Rozwój choroby respondenci najczęściej wiązali z okresem dojrzewania (86,3%), posiadaniem tłustej cery (43,6%), uwarunkowaniami genetycznymi (36,3%) lub stresem (35,3%). W mniejszym odsetku występowanie zmian chorobowych łączyli z posiadaniem suchej cery (6,9%), z nieprawidłową dietą (2,9%) lub myciem w chlorowanej wodzie (1,5%). Zdania w powyższej kwestii nie miało 2,9% badanych.

Zdecydowana większość osób (82,8%) uważała, że podstawowym sposobem łagodzenia zmian trądzikowych jest stosowanie leków i/lub kosmetyków. Pozostali sugerowali eliminowanie pewnych produktów z diety, nie wymieniając jednak jakich (26,5%), wizyty u kosmetyczki (26%) lub usuwanie zaskórników (11,8%). Opinii na ten temat nie wyraziło 6,4% badanych.

Za najbardziej popularny sposób „maskowania” zmian trądzikowych respondenci uznawali makijaż

(64,7%), rzadziej odpowiednią fryzurę (29,4%), a najrzadziej ubiór (14,2%). Niezdecydowanych w powyższej kwestii było 14,7% badanych.

Ankietowani z porad specjalistycznych korzystali w gabinetach lekarskich (45,1%) lub deklarowali, że radzą sobie z nimi sami (36,8%). Co ósma osoba (12,3%) szukała pomocy w gabinetach kosmetycznych. Pozostałym porad udzielała pielęgniarka (2,5%) albo inne osoby (2%). Odpowiedzi na to pytanie nie udzieliło 1,5% badanych.

Za najtrudniejsze do realizacji zalecenie ankietowane osoby uważały przyjmowanie leków (38,7%) oraz stosowanie kosmetyków (28,9%). Co piąty badany (22,1%) miał opory przed regularnym uczęszczaniem do gabinetu kosmetycznego, a 1% miało kłopoty z zaleceniami dietetycznymi. Opinii w powyższej kwestii nie wyraziło 9,3% badanych.

Ankietowani najczęściej rozmawiali na temat problemów spowodowanych występowaniem trądziku z kolegami/koleżankami (51%), rodzicami (47,5%) lub lekarzem (31,9%). Pozostali za powierników wybierali rodzeństwo (5,9%) albo pielęgniarkę lub kosmetyczkę (4,4%). Potrzeby dzielenia się swoimi problemami związanymi z chorobą nie widziało 6,4% ankietowanych.

Źródła wiedzy o chorobie były dosyć mocno zróżnicowane. Ponad połowa ankietowanych (54,4%) wiadomości o trądziku pozyskiwała z mediów, 45,1% od lekarza, a co trzecia osoba (35,8%) od koleżanek i kolegów. Informacji o trądziku udzielały pacjentom także kosmetyczki (23%), rodzina chorych (22,5%) lub bardzo rzadko — pielęgniarka (2,5%). W przypadku 9,3% źródłem informacji był internet. Odpowiedzi na powyższe pytanie nie udzieliło 1% badanych chorych.

Dyskusja

Trądzik jest jedną z najczęstszych chorób dermatologicznych i schorzeń wieku młodzieńczego, jednakowo często występujący u dziewcząt, jak i chłopców [1, 8]. Jego epidemiologia jest trudna do udokumentowania, gdyż niemal wszyscy w pewnym okresie życia cierpią z powodu zmian trądzikowych [8]. Według Wolskiej [1] schorzenie dotyczy około 80%, a w opinii Kaszuby i wsp. [5] nawet 100% populacji między 11. a 30. rokiem życia. Łagodne zmiany typu trądzik zaskórnikowy, grudkowy i grudkowo-krostkowy obejmują około 85% populacji, a ciężkie postaci (z powikłaniami w postaci blizn i przebarwień) pozostałe 15% [5]. Te ostatnie częściej są obserwowane u chłopców [13]. Większość zachorowań u dziewcząt przypada na okres między 14. a 17. rokiem życia, a u chłopców między 16. a 19. rokiem życia [1, 5, 9, 10, 14]. Dermatoza ta kojarzy się najczęściej z okresem pokwitania, jednak ostatnio coraz częściej dotyczy osób dojrzałych (trądzik wieku dorosłego

— *post-adolescent acne*), głównie kobiet po 30. roku życia [3, 6, 15]. Pojawienie się pierwszych zmian poniżej 12. roku życia obserwuje się rzadko, w około 7% przypadków, ale po 16. roku życia ich liczba wzrasta już do 40% [1, 2, 4, 5, 9, 14]. Zmiany mogą się utrzymywać do 25.–34. roku życia (8%), a u 3% nawet do 35.–40. roku życia [1, 2, 4, 5, 9, 14]. Schorzenie zwykle ustępuje po około 3–5 latach, u niektórych jednak może się utrzymywać nawet powyżej 10 lat [2]. W piśmiennictwie sugeruje się, że w grupie osób powyżej 25. roku życia wykwity trądzikowe występują u 8% i ustępują w kolejnych dekadach życia [2, 16].

W badanej grupie przeważały osoby poniżej 20. roku życia, a wśród nich największą grupę tworzyli 17-latkowie (24,5%). Badani w wieku 16 lat stanowili 18,1% badanej grupy, w wieku 18 lat — 13,7%, a 19-latkowie — 20,1%, zaś liczba osób w wieku 20–33 lata wynosiła 23,6% badanej grupy.

U większości badanych zdiagnozowano trądzik łagodny i średnio nasilony. Wśród osób z najniższym stopniem nasilenia zmian najwięcej było 17-latków (40%), z drugim stopniem — 18-latków (54%). Natomiast w grupie badanych z trzecim stopniem najwięcej było osób w wieku 19 lat (41%) oraz powyżej 20. roku życia (40%). Zauważono, że trzeci stopień nasilenia zmian w badanej grupie częściej był rozpoznawany u mężczyzn, aczkolwiek nie potwierdzono tu występowania istotnej statystycznie zależności. Pozostałe stopnie nasilenia nieznacznie częściej pojawiały się u kobiet. W badaniu Ziętkiewicza także u chłopców, częściej (o 30%) niż u dziewcząt, stwierdzano cięższe postaci trądziku, a u dwóch chłopców trądzik odwrócony, który nie wystąpił u żadnej z dziewcząt [13]. Znajduje to również potwierdzenie w publikacjach innych autorów, którzy stwierdzili, że bardziej nasilone zmiany częściej występują u mężczyzn [17–19].

W badaniach Rokowskiej-Waluch i wsp. [20] 55% ankietowanych oceniło przebieg choroby jako średni, 26% jako ciężki, a jedynie 19% jako nieznacznie nasilony.

W badaniach autorów niniejszej pracy ankietowani nieco inaczej określali nasilenie zmian chorobowych. Dla 8,8% z nich zmiany wydały się duże, dla 43,1% — średnie, a dla 47,1% — małe. Należy jednak zaznaczyć, że na subiektywną interpretację może mieć wpływ niepełna wiedza respondentów, a także elementy psychologiczne i społeczne.

Dane z piśmiennictwa wskazują, że najczęściej występującą postacią kliniczną jest trądzik zwykły, w którym oprócz zmian zaskórnikowych przeważają wykwity grudkowe i grudkowo-krostkowe [2, 9, 10].

W przeprowadzonych badaniach najczęściej rozpoznawano trądzik zaskórnikowy oraz grudkowo-krostkowy, a u co trzeciego badanego stwierdzano blizny zanikowe. Charakterystyka występujących u respondentów zmian przedstawiała się podobnie

jak w doniesieniach z piśmiennictwa: zaskórniki zamknięte (96,1%), zaskórniki otwarte (86,3%), grudki (70,6%), krostki (31,9%), nacieki, torbiele, blizny zanikowe i przerosłe.

Specyficzne dla trądziku jest zajęcie okolic tak zwanych łojotokowych, szczególnie twarzy, pleców i klatki piersiowej [2, 20]. W przypadku badań Ziętkiewicza [13] trądzik u chłopców lokalizował się o 20% częściej na dekolcie, szyi, plecach i pośladkach. W badaniach przedstawionych w niniejszej pracy lokalizacja omawianych zmian rozkładała się w podobnej kolejności. Zmiany trądzikowe występowały bowiem zdecydowanie najczęściej w rejonie twarzy (97,5%), kolejno pleców, dekoltu, karku i ramion.

Wyniki licznych badań podkreślają prawdopodobny udział czynników genetycznych w zwiększonej podatności na trądzik [2, 5, 20]. Walton i wsp. [21] u 40 par bliźniąt z trądzikiem wykazali wyższą korelację między wydzielaniem łoju a występowaniem zmian trądzikowych u bliźniąt monozygotycznych w stosunku do bliźniąt dizygotycznych. Według autorów sugeruje to, że wydzielanie łoju znajduje się pod kontrolą genetyczną, mimo że rozwój objawów klinicznych modyfikują czynniki środowiskowe [21]. Badania Ballegera i wsp. [21] wskazują, że pozytywny wywiad rodzinny ma wpływ na wcześniejszą manifestację schorzenia, cięższy przebieg i oporność na leczenie. Bataille i wsp. [cyt. za 22], prowadząc badania obejmujące 458 par bliźniąt monozygotycznych i 1099 par bliźniąt dizygotycznych, stwierdzili, że zróżnicowanie choroby wynika jedynie w 19% z wpływu wyłącznie czynników środowiskowych, natomiast aż w 81% z oddziaływania czynników genetycznych. Rokowska-Waluch i wsp. [20] wykazali, że w przypadku dodatniego wywiadu rodzinnego trądzik najczęściej występował u rodzeństwa (31 osób), następnie u ojca (7 osób), kuzynostwa (4 osoby), córki (3 osoby), matki (2 osoby) i ciotki (1 osoba) [20].

W badaniach przedstawionych w niniejszej pracy po analizie danych na temat tendencji do rodzinnego występowania trądziku okazało się, że u rodzeństwa ponad połowy respondentów (57,1%) występuje bądź występowało to schorzenie. Z kolei 19,2% badanych informowało, że zmiany trądzikowe rozpoznawano u matki, a u 11,8% ankietowanych u ojca.

Doniesienia na temat wiedzy różnych osób na temat trądziku wykazują, że jej poziom jest zróżnicowany, ale nie idealny [13, 23, 24]. Z analizy badań przeprowadzonych przez Pawin i wsp. [23] wynika, że 53% ankietowanych miało niewielką wiedzę na temat trądziku lub nie posiadało jej w ogóle. Potwierdzeniem tego jest fakt, że badani oczekiwali wyleczenia w ciągu 1–2 miesięcy [23]. Krajewska i wsp. w badaniach z 2003 roku [24] i 2004 roku [25] stwier-

dzili, że większość ankietowanych młodych osób (51%) uważała, że ma trądzik, a ich wiedza na temat schorzenia jest wystarczająca (odpowiednio 52% i 51% badanych). Większość młodzieży (odpowiednio 53% i 55%) deklaruowała chęć uczestniczenia w spotkaniach na temat schorzenia, głównie w celu uzyskania ogólnych informacji o trądziku (odpowiednio 52% i 94%) oraz poznania sposobów pielęgnacji twarzy i najlepszych preparatów pielęgnacyjnych (odpowiednio 57% i 31%) [24, 25]. Ziętkiewicz i wsp. [13], oceniając wiedzę 174 pacjentów (87 dziewcząt i 87 chłopców) w wieku 17–20 lat, także wykazał zróżnicowanie ich wiedzy na temat leczenia trądziku. Spośród badanych 57% dziewcząt i 40% chłopców wiedziało o doustnym leczeniu antybiotykami, z czego dziewczęta częściej o leczeniu hormonalnym, natomiast chłopcy o leczeniu autoszczepionką. Wiedza na temat retinoidów, najskuteczniejszego leku w terapii trądziku, była znikoma (5 chłopców i 1 dziewczynka udzieliło odpowiedzi pozytywnej) [13].

Kontynuując ocenę wiedzy i świadomości schorzenia u obecnie badanych, zapytano ich o sposoby radzenia sobie z trądzikiem. Większość wymieniła stosowanie leków i kosmetyków (82,8%), co czwarty (26,5%) stosował dietę eliminacyjną, a co dziewiąty sam próbował sobie radzić z trądzikiem, dokonując usuwania zaskórników.

Zdania badaczy co do wpływu diety na zaostrzenie zmian trądzikowych są podzielone. Według Wolskiej i wsp. [2] wpływ pokarmu na zaostrzenie zmian w trądziku, głównie węglowodanów, jest rzadki i dotyczy około 10% pacjentów. Z kolei Krasowska [16] mówi o 5% chorych, u których czekolada czy ostre przyprawy mogą powodować nasilenie zmian chorobowych. W badaniach Rokowskiej-Waluch i wsp. [20] aż 70% respondentów dostrzegało jednak związek między rodzajem spożywanych pokarmów a nasileniem zmian trądzikowych. Respondenci najczęściej wymieniali słodycze, alkohol i kawę, a także produkty charakteryzujące się wysokim indeksem glikemicznym [20].

W badaniach przytoczonych w niniejszej pracy w opinii 26% respondentów odpowiednia dieta miała wpływ na łagodzenie zmian trądzikowych. Podstawowym celem leczenia trądziku jest złagodzenie objawów i zapobieganie bliznowaceniu. Zarówno wykwity zapalne, zaskórniki, jak i blizny potrądzikowe mogą stanowić duży problem psychologiczny i narzucają w pewnym stopniu zalecane metody terapii. Podstawowym postępowaniem w trądziku okazuje się leczenie miejscowe, które daje pozytywne rezultaty u około 60% chorych, a u pozostałych stanowi terapię wspomagającą leczenie ogólne [2, 4]. Zgodnie z wytycznymi Światowego Porozumienia dotyczącego Poprawy Wyników Leczenia Trądziku sposób leczenia trądziku

ku pospolitego zależy od jego postaci i nasilenia. W związku z tym zdecydowanie zaleca się podjęcie wczesnego i intensywnego leczenia [12]. Powinno się ono koncentrować na eliminowaniu jak największej ilości czynników przyczynowych oraz mieć charakter skojarzony z zastosowaniem leków o różnym mechanizmie działania i różnych punktach uchwytu [12]. W leczeniu trądziku wykorzystuje się preparaty miejscowe o działaniu komedolitycznym, przeciwzapalnym i przeciwbakteryjnym. Wśród nich można wymienić retinoidy, nadtlenek benzoilu, kwas azelainowy, salicylowy, antybiotyki. Wystarczają one do zredukowania objawów choroby u około 60% pacjentów. Wśród preparatów ogólnych znajdują zastosowanie leki hormonalne o działaniu antyandrogenowym, antybiotyki z grupy tetracyklin, linkozamidów i makrolidów oraz izotretinoina [2, 4]. We współczesnym miejscowym leczeniu zaleca się natomiast stosowanie preparatów łączonych — retinoidów z antybiotykiem lub z tlenkiem benzoilu [2, 12, 16].

Z badań przeprowadzonych przez Rokowską-Waluch i wsp. [20] wynika, że w związku ze zmianami skórными z porad dermatologa korzystało 63% pytanych. Potrzeby konsultacji z dermatologiem nie widziało 19 osób, gdyż trądzik nie stanowił dla nich istotnego problemu, a 6 osób nie udzieliło odpowiedzi. Kolejnych 12 osób nie korzystało z porady lekarza w ogóle — trzy osoby wstydziły się swojego wyglądu przed lekarzem, jedna kupowała leki w aptece, w przypadku jednej osoby trądzik był związany ze zmianą kosmetyków; dwie osoby uznały leki za nieskuteczne, trzy osoby leczyły zmiany na własną rękę, jedna uzasadniła postępowanie brakiem czasu i niewidocznością zmian na plecach, a jedna skarżyła się na utrudniony dostęp do lekarza [20]. W badaniach Ziętkiewicza [13] około 28% chłopców i dziewcząt było leczonych przez lekarza. W 85% był to dermatolog, w 15% lekarz rodzinny. Mimo że cięższe postaci trądziku występowały u chłopców, to oni właśnie dłużej zwlekali z pójściem do lekarza (średnio pół roku dłużej niż dziewczęta). Młodzież szukała również pomocy w salonach kosmetycznych. Tylko 8% dziewcząt i 4% chłopców z powodu trądziku zwróciło się do kosmetyczki [13].

Z kolei w badaniach przedstawionych w niniejszej pracy 45,1% badanej grupy podało, że korzysta z porad lekarskich, a 36,8% zadeklarowało, że radzi sobie sama. Jednocześnie 38,7% badanych wskazało, że najtrudniejszym zaleceniem jest przyjmowanie leków. Sprawdzone także, jaka jest wiedza pacjentów na temat przyczyn trądziku. Uzyskane wyniki nie świadczyły o zupełnym braku wiedzy w powyższej kwestii, bowiem dla większości schorzenie wiązało się z dojrzwaniem (86,3%), dla co drugiego z cerą tłustą oraz ze stresem. Jednak pod

względem dokonania samooceny własnych zasobów wiedzy ankietowani wyrazili się krytycznie, twierdząc w większości, że jest ona niepełna. Jedyne co piąty z nich uważał, że posiada wystarczającą wiedzę na temat trądziku. Dodatkowo okazało się, że na poziom wiedzy nie miało wpływu nasilenie zmian. Potwierdzeniem niekompletnej wiedzy jest także fakt, że 13,7% badanych uważało, że nie ma trądziku, a kolejnych 13,2% nie wiedziało, czy ma go faktycznie, czy też nie. Wydaje się, że podstawową rolę w powstawaniu deficytu wiedzy na temat trądziku u młodzieży odgrywa brak edukacji w tym zakresie. Edukacja ta nie jest prowadzona w szkole, co potwierdza fakt, że żaden z respondentów nie podał takiego źródła pozyskiwania wiedzy. Potwierdzono to także w badaniach Krajewskiej i wsp. [24], w których wykazano, że w opinii 65% ankietowanych temat trądziku młodzieńczego nie był podejmowany w szkole, a jeżeli miało to miejsce, to zajęcia były prowadzone przez nauczyciela. Młodzież w takiej sytuacji jest zmuszona do korzystania z najłatwiej dostępnych, a nie zawsze wartościowych materiałów. W opinii Pawin i wsp. [23] są to głównie środki masowego przekazu, lekarze rodzinni (zwykle bagatelizujący problem), przyjaciele bądź krewni. W badaniach tych wykazano, że większość respondentów uważała wiedzę uzyskaną w taki sposób za niewystarczającą [23]. Krajewska i wsp. [24] podają, że młodzież z reguły czerpała informacje o trądziku z mediów i prasy (68%), od lekarza, kosmetyczki (42%), rodziców (38%), kolegów i koleżanek (25%) oraz rodzeństwa (18%), ale sugerowała także, że zajęcia edukacyjne powinny być prowadzone głównie przez lekarza (62%) lub kosmetyczkę (25%) [24]. W badaniu Ziętkiewicza i wsp. [13] wiedza o trądziku u dziewcząt pochodziła głównie z czasopism młodzieżowych i od koleżanek. Chłopcy o połowę rzadziej korzystali z powyższych źródeł, za to częściej czerpali informacje z internetu i telewizji. Zaledwie 6% ankietowanych dziewcząt i chłopców informacje uzyskało w szkole na lekcji biologii lub zajęciach wychowawczych [13].

W badaniach przywołanych w niniejszej pracy wykazano, że najpopularniejszym źródłem wiedzy dla ankietowanych były media (54,4%), lekarz (45,1%) oraz koledzy i koleżanki (35,8%). Wydaje się jednak, że media nie są najbardziej odpowiednim źródłem wiedzy. Niepokojący jest także fakt, że młodzież w roli powiernika lub osoby udzielającej jej wskazówek bardzo rzadko widzi pielęgniarkę (2,5%). Jedyne w badaniu Krajewskiej i wsp. [24] 18% badanej młodzieży sugerowało, że zajęcia edukacyjne powinny być prowadzone przez pielęgniarkę. Należy w tym miejscu podkreślić, że edukacja jest bardzo istotną formą opieki pielęgniarskiej. Na funkcję edukacyjną

pielęgniarki składa się wiele szczegółowych zadań i czynności, których generalnym celem jest przygotowanie osób do samoopieki i samokontroli, jak również systematyczne motywowanie pacjenta do działania na rzecz własnego zdrowia. Pacjenci z trądzikiem mogliby więc stać się dla pielęgniarek odpowiednią grupą do prowadzenia działań edukacyjnych, tym bardziej że w dermatologii nie ma wypracowanych standardów edukacyjnych.

Wnioski

1. Wiedza pacjentów na temat trądziku była niepełna i nie zależała od intensywności zmian skórnych.
2. Większość chorych wiadomości o trądziku pozyskiwała z mediów. Wskazane jest prowadzenie edukacji młodzieży z trądzikiem w zakresie postępowania terapeutycznego i pielęgnacyjnego.

Piśmiennictwo

1. Wolska H. Choroby łojotokowe. W: Błaszczuk-Kostanecka M., Wolska H. (red.). Dermatologia w praktyce. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2005; 144–154.
2. Wolska H., Gliński W., Placek W. Trądzik zwyczajny — patogenеза i leczenie. Konsensus PTD. Przegl. Dermatol. 2007; 2: 171–178.
3. Sobjanek M., Sokołowska-Wojdyło M., Binkowska-Michalik K. Trądzik wieku dorosłego — interdyscyplinarny problem kliniczny. Przegl. Derm. 2006; 4: 475–481.
4. Wolska H. Trądzik zwyczajny — patogenеза i leczenie. Stand. Med. 2005; 3: 1582–1590.
5. Kaszuba A., Trznadel-Budżko E., Czyż P. Etiopatogenеза i współczesne metody miejscowego leczenia trądziku pospolitego. Nowa Klin. 2008; 15: 304–310.
6. Brzezińska-Wcisło L., Bergler-Czop B. i wsp. Co nowego w etiopatogenеза trądziku pospolitego. Derm. Klin. 2006; 8: 275–279.
7. Bergler-Czop B., Brzezińska-Wcisło L. Czynniki hormonalne w etiologii trądziku pospolitego. Pol. Merkuriusz Lek. 2004; 16: 490–492.
8. Braun-Falco O., Plewing G. Dermatologia. Tom 2. Wyd. Czelej, Lublin 2004: 991–1009.
9. Wąsik F., Baran E., Szepietowski J. Zarys dermatologii klinicznej. Wyd. Volumed, Wrocław 1995: 130.
10. Urbanowski S. Choroby gruczołów łojowych i potowych. W: Krajewska-Kulak E. (red.). Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek. Czelej, Lublin 2006: 67–70.
11. Langner A. Postępowanie w trądziku zwykłym. W: Leksykon — vademecum dermatologa. Wydawnictwo LekSeek Polska Sp. z o.o., Warszawa 2007: 21–29.
12. Nowicki R. Trądzik pospolity — skuteczne leczenie. Przew. Lek. 2006; 5: 96–102.
13. Ziętkiewicz M., Brudnowski D. Trądzik młodzieńczy — analiza porównawcza dziewcząt i chłopców. Post. Derm. Alergol. 2003; 20: 311–315.
14. Biegalska J., Żaba R. Trądzik pospolity. Przew. Lek. 2004; 6: 36–38.
15. Bergler-Czop B., Brzezińska-Wcisło L. Odmienności kliniczne i leczenie trądziku zwykłego u dorosłych kobiet — badanie pilotażowe. Post. Derm. Alergol. 2006; 23: 258–262.
16. Krasowska D. Etiopatogenеза i obraz kliniczny trądziku pospolitego. Derm. Estet. 2006; 8: 67–73.

17. Gupta M.A., Gupta A.K., Watteel G.N. Stress and alopecia areata: a psychodermatologic study. *Acta Derm. Venereol.* 1997; 77: 296–298.
18. Kilkenny M., Merlin K., Plunkett A., Marks R. The prevalence of common skin conditions in Australian school students: 3. *Acne vulgaris*. *Br. J. Dermatol.* 1998; 139: 840–845.
19. Dziankowska-Bartkowiak B., Dadoush D. Etiopatogeneza trądziku pospolitego — czy dieta jest ważnym czynnikiem. *Przegl. Lek.* 2004; 61: 1448–1451.
20. Rokowska-Waluch A., Gaska A., Pawlaczyk M. Przebieg trądziku zwykłego w ocenie pacjentów. *Post. Dermatol. Alergol.* 2009; 26: 34–40.
21. Walton S., Wyatt E.H., Cunliffe W.J. Genetic control of serum excretion and acne a twin study. *Br. J. Dermatol.* 1988; 118: 393–396.
22. Ballanger F., Baudry P., N'Guyen J.M., Khammari A., Dréno B. Heredity: a prognostic factor for acne. *Dermatology* 2006; 212: 145–149.
23. Pawin H., Beylot C., Chivot M. i wsp. Creation of a tool to assess adherence to treatments for acne. *Dermatology* 2009; 218: 26–32.
24. Krajewska K., Krajewska-Kułak E., Bartoszewicz A. i wsp. Wiedza młodzieży szkół średnich w Białymstoku na temat postępowania z trądzikiem. *Dermatol. Klin.* 2003; 5/3: 152–153.
25. Krajewska K., Szyszko-Perłowska A., Krajewska-Kułak E. i wsp. Poziom wiedzy młodzieży szkół średnich w Białymstoku na temat trądziku. *Pediatr. Pol.* 2004; 79: 631–635.