HOLISTYCZNY WYMIAR OPIEKI WOBEC OSÓB Z CHOROBAMI SKÓRY I BŁON ŚLUZOWYCH

TOM I

pod red.
Barbary Jankowiak
Elżbiety Krajewskiej-Kułak

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

HOLISTYCZNY WYMIAR OPIEKI WOBEC OSÓB Z CHOROBAMI SKÓRY I BŁON ŚLUZOWYCH

TOM I

Praca zbiorowa pod redakcją

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Barbary Jankowiak

Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej - Kułak

Białystok 2022

RECENZENCI MONOGRAFII

Prof. dr hab. med. Dzmitry Fiodaravich Khvorik
Katedra Dermatowenerologii
Uniwersytet Medyczny w Grodnie, Białoruś

Dr hab. n. o zdr. Jolanta Lewko
Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wydawca
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Kilińskiego1
Białystok

Wydanie I
Białystok 2022
Wszelkie prawa zastrzeżone

ISBN komplet
978-83-964323-2-2

ISBN Tom I
978-83-964323-3-9

Opracowanie graficzne
Agnieszka Kułak-Bejda
Grafika: https://graphicsurf.com

Druk
Monografia wydana w formie elektronicznej i zamieszczona na stronie

https://www.umb.edu.pl/wnoz/o_wydziale/monografie_pracownikow_wnz.

Za zgodność z prawami autorskimi użytych w tekście cytowań, fotografii, rycin i tabel odpowiedzialność ponoszą autorzy poszczególnych rozdziałów.
Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie całości lub fragmentów niniejszej pracy bez zgody wydawcy zabronione

HOLISTYCZNY WYMIAR OPIEKI WOBEC OSÓB Z CHOROBAMI SKÓRY I BŁON ŚLUZOWYCH

TOM I

Wykaz autorów

Baranowska Anna
dr n. med.
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Bogdańska Natalia
lic. kosm.
Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Kosmetologia Akademii Nauk Stosowanych w Łomży

Borkowska Karolina Wanda
mgr kosm.
Zakład Chemii Leków, Euroregionalne Centrum Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Dzieszkowska Gabriela
lic. piel.
Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Gorbacewicz Natalia
mgr piel.
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku

Gosk Karolina
lic. kosm.
Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Kosmetologia Akademii Nauk Stosowanych w Łomży

Grajewska Anna
mgr kosm.
Zakład Chemii Leków, Euroregionalne Centrum Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jankowiak Barbara
dr hab. n. o zdr. i n. med.
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jankowska Beata
mgr kosm.
Katedra Kosmetologii Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Nauk Stosowanych w Łomży

Kocińska Karolina
lic. piel.
Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Kostrzewa-Zabłocka Ewa
dr n. med.
Klinika Diabetologii Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie
Poradnia Diabetologiczna Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Chełmie
Wydział Nauk o Zdrowiu, Kierunek Pielęgniarstwo Collegium Mazovia Innowacyjnej Szkoły Wyższej w Zamościu

Kozioł Paulina
lic. kosm.
Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Kosmetologia Akademii Nauk Stosowanych w Łomży

Krajewska – Kułak
prof. dr hab. n. med.
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kur Kamila
lic. kosm.
Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Kosmetologia Akademii Nauk Stosowanych w Łomży

Kwika Maria Dorota
dr n. med.
Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Humanistyczno- Medyczny Akademii Zamojskiej

Olejnik Beata
dr n. o zdr.
Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Rysiak Edyta
dr hab. n. o zdr.
Zakład Chemii Leków, Euroregionalne Centrum Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Sielska Marta
mgr piel.
SPZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego

Szlenk-Czyczerska Elżbieta
dr n. o zdr.
Instytut Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

Szynkiewicz Ewa
dr n. o zdr.
Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Żywiec Daria
lic. piel.
Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Humanistyczno- Medyczny Akademii Zamojskiej

Słowo wstępne

Oddajemy do Państwa rąk Pierwszy tom Monografii „*Holistyczny wymiar opieki wobec osób z chorobami skóry i błon śluzowych”.*

Skóra człowieka, będąc największym systemem ludzkiego ciała jest istotnym łącznikiem pomiędzy osobą a otoczeniem. Odgrywa nie tylko rolę bariery ochronnej, ale także spełnia funkcję estetyczną, komunikacyjną, seksualną, percepcyjną i ekspresyjną. Te elementy warunkują, że osoby chore dermatologicznie zmagają się nie tylko z problemy biologicznymi, ale w sposób szczególny odbierają swój wizerunek, choroba bowiem wpływa na sferę psychiczną i psychiczną, przez co bardzo często nisko oceniają jakość własnego życia.

Mamy świadomość, że poruszana w Monografii tematyka nie wyczerpuje całej, jakże szerokiej problematyki, ale jest zbiorem przemyśleń przedstawicieli różnych dziedzin nauki, ich indywidualnych doświadczeń i badań prowadzonych w szeroko pojmowanych aspektach zdrowia i choroby.

Jako redaktorzy Monografii chcielibyśmy gorąco podziękować wszystkim Autorom, którzy podjęli się opracowania poszczególnych rozdziałów. To ich wiedza i ogromna życzliwość przyczyniła się do nadania ostatecznego kształtu tej Monografii.

Zespół redakcyjny

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Barbara Jankowiak

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska - Kułak

Spis treści

Akceptacja choroby a poczucie satysfakcji z życia w grupie osób chorych na łuszczycę…… 15
Marta Sielska, Elżbieta Szlenk-Czyczerska

Rola pielęgnacji w leczeniu łuszczycy…… 32
Anna Grajewska, Karolina Wanda Borkowska, Edyta Rysiak

Opieka pielęgniarska w warunkach domowych nad seniorem z odleżyną trzeciego stopnia……... 37
Maria Dorota Kwika, Daria Żywiec

Charakterystyka pacjentów OIT Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku narażonych na wystąpienie odleżyn…… 59
Natalia Gorbacewicz, Anna Baranowska, Beata Olejnik

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z atopowym zapaleniem skóry – studium przypadku…… 72
Ewa Szynkiewicz, Karolina Kocińska

Występowanie czynników sprzyjających powstaniu odleżyn wśród pacjentów OIT Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku……. 83
Natalia Gorbacewicz, Anna Baranowska, Beata Olejnik

Obumieranie tłuszczowate skóry w cukrzycy…….. 94
Ewa Kostrzewa-Zabłocka

Wieloaspektowość przebiegu atopowego zapalenia skóry…….. 101
Karolina Wanda Borkowska, Anna Grajewska, Edyta Rysiak

Wiedza klientów gabinetów kosmetycznych na temat wpływu masek higienicznych noszonych w pandemii Covid – 19 na kondycję skóry……. 107
Paulina Kozioł, Beata Jankowska

Wiedza klientów gabinetów kosmetycznych na temat metod usuwania nadmiernego owłosienia…… 130
Natalia Bogdańska, Beata Jankowska

Ocena skuteczności zabiegów kosmetycznych redukujących cellulit w gabinecie kosmetycznym…… 144
Karolina Gosk, Beata Jankowska

Wiedza klientów gabinetów kosmetycznych na temat błędów w pielęgnacji skóry twarzy…… 173
Kamila Kur, Beata Jankowska

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z oparzeniami III stopnia…… 191
Gabriela Dzieszkowska, Barbara Jankowiak

Akceptacja choroby a poczucie satysfakcji z życia w grupie osób chorych na łuszczycę

Marta Sielska[1], Elżbieta Szlenk-Czyczerska[2]

1. SPZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego
2. Instytut Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

Wstęp

Łuszczyca jest niezakaźną, przewlekłą i zapalną chorobą skóry. Szacuje się, że na łuszczycę choruje około 1-3% ogólnej populacji [1]. Osoby rasy białej chorują częściej, rzadziej występuje u Azjatów i mieszkańców Afryki Zachodniej. W Europie choroba ta dotyka prawdopodobnie 2% populacji. W Polsce choruje około 1,2 mln osób. Chorują zarówno mężczyźni, jak i kobiety. Badania wykazują jednak, że cięższy przebieg choroby występuje u mężczyzn [2].

Charakterystyczne dla łuszczycy zmiany rumieniowe są wyraźnie ograniczone do grudek pokrytych łuskami. W zależności od stopnia zaawansowania choroby, mogą one obejmować całą powierzchnię skóry lub tylko niewielkie jej fragmenty [3, 4].

Skóra, jako największy widoczny organ człowieka ma kluczowe znaczenie w kontaktach społecznych z drugim człowiekiem. Postrzeganie choroby przez osoby z otoczenia, jak i przez samego chorego, ma ogromny wpływ na funkcjonowanie w społeczeństwie [5]. Badania wykazały, że niezależnie od nasilenia zmian skórnych, jakość życia osób chorych na łuszczycę jest obniżona, szczególnie w dziedzinie relacje społeczne [6]. Ponadto, depresja i zaburzenia lękowe występują znacznie częściej u osób z łuszczycą, niż u osób z innymi chorobami skóry [7].

Adaptacja do choroby przewlekłej jest procesem bardzo złożonym i niezwykle istotnym, a bardzo ważnym wyznacznikiem tego procesu jest zgoda na zmiany w życiu, czyli jej akceptacja [7]. Aby można było planować bardziej profesjonalny i interdyscyplinarny model opieki nad pacjentami z łuszczycą istnieje potrzeba oceny akceptacji choroby i jej zależności z satysfakcją z życia wśród tej grupy chorych.

Cel pracy

Celem pracy była ocena związku między akceptacją choroby a satysfakcją z życia osób chorych na łuszczycę.

Materiał i metody

Badaniem objęto 100 pacjentów Poradni Dermatologicznej na terenie miasta Opola. Badanie prowadzono w okresie od września 2021 roku do stycznia 2022 roku. Zastosowaną metodą badawczą była metoda sondażu diagnostycznego, a techniką badawczą było ankietowanie. W badaniu wykorzystano dwie standaryzowane skale: Skalę Akceptacji Choroby (AIS) i Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS) oraz autorki kwestionariusz własny.

Skala Akceptacji Choroby (AIS) służy do badania osób chorych. Stosowana jest do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Zawiera osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Konsekwencje sprowadzają się do uznania ograniczeń spowodowanych przez chorobę (brak samowystarczalności, obniżone poczucie własnej wartości itd.). Suma wszystkich punktów wynosi od 8 do 40. Niski wynik oznacza brak akceptacji i przystosowania się do choroby. Badanie można przeprowadzić indywidualnie lub w małych grupach. Czas badania to około 5 minut [8].

Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) zawiera 5 stwierdzeń. Badany ocenia w jakim stopniu każde z tych stwierdzeń odnosi się do jego dotychczasowego życia. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Skala jest przeznaczona do badania osób dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych. Jest użytecznym narzędziem do pomiaru satysfakcji życiowej. Badanie można prowadzić indywidualnie lub grupowo. Oceny podlegają zsumowaniu, zaś ogólny wynik oznacza stopień satysfakcji z własnego życia. Zakres wyników mieści się w granicach od 5 do 35 punktów. Im wyższy wynik tym większe poczucie satysfakcji z życia [8].

Autorski kwestionariusz ankiety składał się on z 16 pytań. Pytania od 1 do 7 dotyczyły danych socjodemograficznych. W pytaniu 8 zapytano respondentów o okres życia, w którym wystąpiły pierwsze objawy łuszczycy. Pytanie 9 miało na celu ustalenie czy uczestnicy badania posiadają w rodzinie osobę chorującą na łuszczycę. Kolejne pytania dotyczyły rodzaju i charakteru miejsca występowania zmian chorobowych.

Pytanie 13 dotyczyło stałej opieki dermatologicznej i częstości wizyt w Poradni Dermatologicznej. Kolejne pytanie miało na celu poznanie jakiego typu leczenie jest stosowane u danego badanego. W pytaniu 15 zapytano o czynniki wpływające na nasilenie choroby. Ostatnie pytanie miało na celu zbadanie, w jakich dziedzinach życia choroba najbardziej utrudnia życie badanego.

W niniejszym badaniu jako poziom istotności przyjęto p = 0,05. Dla zmiennych jakościowych określono częstość (tj. procent). Zmienne wyrażone na poziomie porządkowym analizowano z wykorzystaniem testu dla jednej próby, który wylicza statystykę chi-kwadrat na podstawie różnic między empirycznymi i oczekiwanymi częstotliwościami kategorii zmiennej. Weryfikację występowania związku pomiędzy zmiennymi przeprowadzono przy wykorzystaniu analizy regresji liniowej. Obliczenia wykonano w środowisku statystycznym R wer.3.6.0, programie PSPP oraz MS Office 2019.

Wszyscy respondenci zostali poinformowani o celu i anonimowości badania oraz o możliwości wycofania się z badania na każdym etapie jego trwania. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Uczelnianej Komisji ds. Badań Naukowych Uniwersytetu Opolskiego (opinia Komisji nr 35/2021).

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

Analiza wykazała, że większość badanych stanowiły kobiety (68%, n = 68). Najwięcej było osób w wieku od 31 do 40 lat (30%), a najmniej powyżej 60 lat (7%). Wśród badanych najwięcej osób, bo aż ponad połowa (51%) zamieszkiwała miasto do 100 tys. mieszkańców. W związku małżeńskim pozostawało 39% badanych, 27% stanowiły osoby rozwiedzione, 20% respondentów deklarowało pozostawanie w związku partnerskim, a 14% było osobami samotnymi. Ponad połowę badanych stanowiły osoby z wyższym wykształceniem (52%). Zdecydowaną większość stanowiły osoby aktywne zawodowo (94%), 14% kontynuowało naukę, zaś jedynie 1% pozostawało bez pracy. Ponad połowa respondentów wykonywała pracę fizyczną (56%), a niewiele mniej pracę umysłową (49%). U 44% osób pierwsze objawy choroby wystąpiły po 20 r.ż., u 39% w wieku nastoletnim, u 9% w wieku dziecięcym, a u 8% badanych po 40 r.ż. (Tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Zmienna		n	%
Płeć	kobieta	68	68
	mężczyzna	32	32
Wiek	20 – 30 lat	22	22
	31 – 40 lat	30	30
	41 – 50 lat	26	26
	51 – 60 lat	15	15
	powyżej 60 lat	7	7
Miejsce zamieszkania	wieś	36	36
	miasto do 100 tys.	51	51
	miasto powyżej 100 tys.	13	13
Stan cywilny	wolny	14	14
	mężatka/żonaty	39	39
	w związku partnerskim	20	20
	rozwiedziona/y	27	27
Wykształcenie	podstawowe	2	2
	zawodowe	13	13
	średnie	33	33
	wyższe	52	52
Aktywność zawodowa	pracuję	94	94
	uczę się	14	14
	rencista/emeryt	5	5
	bezrobotny	1	1
Rodzaj wykonywanej pracy	fizyczna	56	56
	umysłowa	49	49
	nie dotyczy	6	6
Wiek wystąpienia objawów	wiek dziecięcy	9	9
	wiek nastoletni	39	39
	po 20 r.ż.	44	44
	po 40 r.ż.	8	8
Legenda: n – liczebność; % – procent			

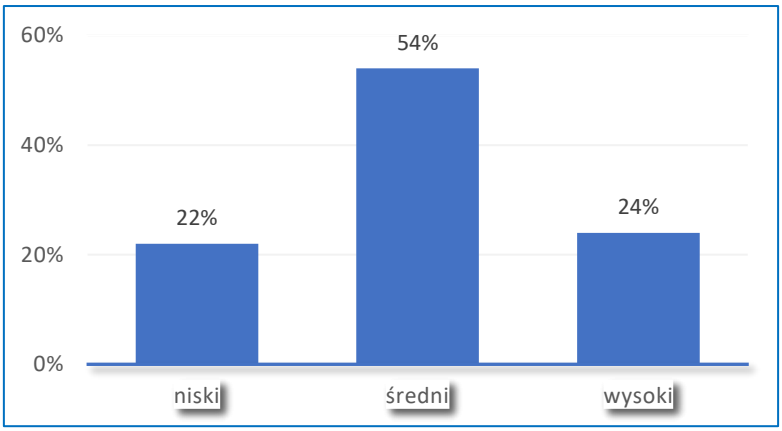
Stopień akceptacji choroby na podstawie kwestionariusza AIS

Dane statystyczne dotyczące stopnia akceptacji choroby wśród osób chorujących na łuszczycę przedstawiono poniżej. Ogólna ocena akceptacji choroby wykazała, że mediana akceptacji wynosi 24,00 (min. – 13,00 max. – 40,00). Średni wynik dla kwestionariusza AIS to 6,40 (Tabela 2).

Tabela 2. Akceptacja choroby

Zmienna	n	M	SD	Min	Maks	Me
Akceptacja choroby	100	24,32	6,40	13,00	40,00	24,00
Legenda: – n – liczebność; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min – minimum; Maks – maksimum; Me – mediana						

Analizując poziom akceptacji choroby u respondentów stwierdzono, że u największej liczby przebadanych respondentów poziom akceptacji choroby był na średnim poziomie (54%, n = 54). Wysoki poziom akceptacji swojej choroby wykazywało 24% (n = 24) osób, natomiast niski – 22% (n = 22) (Rycina 1).



Rycina 1. Poziom akceptacji choroby

Stwierdzono, że osoby chorujące na łuszczycę istotnie statystycznie najczęściej charakteryzowały się średnim poziomem akceptacji choroby (p = 0,001) (Tabela 3).

Tabela 3. Rozkład poziomów akceptacji choroby

Poziom zmiennej	Wartości	n	Proporcja	Reszty	Wynik testu
Niski	Obserwowane	22	0,220	11,33	$\chi^2 = 19,28$ df = 2 p = 0,001
	Oczekiwane	33,33	0,333		
Średni	Obserwowane	54	0,540	-20,67	
	Oczekiwane	33,33	0,333		
Wysoki	Obserwowane	24	0,240	9,33	
	Oczekiwane	33,33	0,333		
Legenda: χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; n – liczebność; p – istotność					

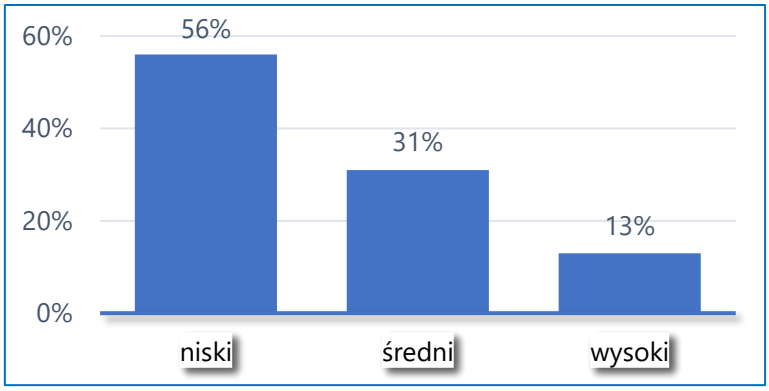
Satysfakcja z życia według kwestionariusza SWLS

Ogólna ocena satysfakcji z życia wykazała, że mediana wynosi 17,00 (min. – 8,00 max. – 29,00). Średni wynik dla kwestionariusza SWLS to 16,85 (Tabela 4).

Tabela 4. Stopień satysfakcji z życia

Zmienna	n	M	SD	Min	Maks	Me
Satysfakcja z życia	100	16,85	5,32	8,00	29,00	17,00
Satysfakcja z życia - sten	100	4,16	1,86	1,00	9,00	4,00
Legenda: n – liczebność; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min – minimum; Maks – maksimum; Me – mediana						

Szczegółowa analiza wykazała, że osoby charakteryzujące się niską satysfakcją z życia stanowiły 56% (n = 56) badanej grupy, tymczasem osoby charakteryzujące się satysfakcją średnią stanowiły 31% (n = 31), a wysoką 13% (n = 13) (Rycina 2).



Rycina 2. Poziom satysfakcji z życia

Stwierdzono, że respondenci istotnie statystycznie najczęściej oceniali swoją satysfakcję z życia na poziomie niskim (p = 0,001) (Tabela 5).

Tabela 5. Rozkład poziomów satysfakcji z życia

Poziom zmiennej	Wartości	n	Proporcja	Reszty	Wynik testu
Niski	Obserwowane	56,00	0,560	-22,67	χ^2 = 27,98 df = 2 p = 0,001
	Oczekiwane	33,33	0,333		
Średni	Obserwowane	31,00	0,310	2,33	
	Oczekiwane	33,33	0,333		
Wysoki	Obserwowane	13,00	0,130	20,33	
	Oczekiwane	33,33	0,333		
Legenda: χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; n – liczebność; p – istotność					

Zależność między płcią, wiekiem miejscem zamieszkania, wykształceniem, stanem cywilnym, aktywnością zawodową oraz wiekiem wystąpienia pierwszych objawów a poziomem akceptacji choroby

Analiza wykazała, że płeć nie ma istotnego wpływu na akceptację choroby (p = 0,208). Obserwowano natomiast, że im starsi byli ankietowani, tym wyższy był u nich poziom akceptacji choroby (p < 0,001). Wykazano także istotny wpływ stanu cywilnego na akceptację. Osoby w związku, w większym stopniu akceptowały chorobę (p = 0,013). Odnotowano również istotny wpływ wykształcenia na akceptację choroby, osoby z wykształceniem średnim lub niższym niż średnie w większym stopniu akceptowały swoją chorobę (p = 0,008).

Nie wykazano natomiast istotnego wpływu miejsca zamieszkania (p = 0,885), aktywności zawodowej (p = 0,700) oraz wieku wystąpienia pierwszych objawów na poziom akceptacji choroby (p = 0,234) (Tabela 6).

Tabela 6. Zależności między płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania, stanem cywilnym, wykształceniem, aktywnością zawodową, wiekiem wystąpienia pierwszych objawów a akceptacją choroby

Zmienna objaśniana	**Model**					**Współczynniki regresji**				
	R²	***F***	***df***	***p***		**Predyktor**	***β***	***t***	***p***	
Akceptacja choroby	0,36	6,85	84	<0,001	***	Stała		10,94	< 0,001	***
						Płeć: mężczyzna – kobieta	0,26	1,27	0,208	
						Wiek: 31 – 40 lat – 20 – 30 lat	1,00	3,72	< 0,001	***
						Wiek: 41 – 50 lat – 20 – 30 lat	1,16	3,80	< 0,001	***
						Wiek: powyżej 50 lat – 20 – 30 lat	1,81	5,30	< 0,001	***
						Miejsce zamieszkania: miasto – wieś	0,03	0,14	0,885	
						Stan cywilny: wolny – w związku	-0,46	-2,54	0,013	*
						Wykształcenie: wyższe – średnie lub niższe	-0,55	-2,72	0,008	**
						Aktywność zawodowa: pracujący i uczący się – pracujący	0,12	0,39	0,700	
						Wiek wystąpienia objawów: po 20 r.ż. – dziecięcy/ nastoletni	-0,22	-1,20	0,234	

Legenda: R^2 – skorygowany współczynnik dopasowania modelu; *F* – statystyka testu; *df* – stopnie swobody; *β* –współczynnik standaryzowany beta; *t* – statystyka testu; *p* – istotność statystyczna; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Zależność między płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania, wykształceniem, stanem cywilnym, aktywnością zawodową oraz wiekiem wystąpienia pierwszych objawów, a satysfakcją z życia

Analiza wykazała istotny statystycznie wpływ wieku na satysfakcję z życia (współczynniki $\beta = 1{,}46$, $\beta = 1{,}61$ oraz $\beta = 2{,}34$ mówią o występowaniu bardzo silnej, dodatniej zależności satysfakcji z życia od wieku). Im starsi byli ankietowani, tym wyższy był u nich poziom satysfakcji ($p < 0{,}001$). Wykazano istotny wpływ stanu cywilnego na satysfakcję. Osoby pozostające w związku były bardziej zadowolone z życia ($p < 0{,}001$). Stwierdzono również istotny wpływ wieku wystąpienia objawów na zadowolenie z życia (współczynnik $\beta = -0{,}55$ oznacza występowanie silnej, ujemnej zależności). Osoby, u których objawy wystąpiły przed dorosłością w większym stopniu były usatysfakcjonowane z życia ($p = 0{,}003$). Nie wykazano natomiast istotnego wpływu płci ($p = 0{,}640$), miejsca zamieszkania ($p = 0{,}596$), wykształcenia ($p = 0{,}445$) oraz aktywności zawodowej ($p = 0{,}076$) na poziom satysfakcji z życia (Tabela 7).

Zależność między czynnikami nasilającymi chorobę i dziedzinami życia, w których choroba szczególnie odgrywa negatywne znaczenie a akceptacją choroby

Szczegółowa analiza wykazała istotny, dodatni i silny wpływ nasilania dolegliwości przez używki na akceptację choroby ($\beta = 0{,}66$). Osoby, u których używki nasilały dolegliwości charakteryzowały się większą akceptacją choroby ($p = 0{,}003$). Odnotowano także ujemny, średnio silny bądź silny wpływ na akceptację choroby negatywnego wpływu choroby na aktywność zawodową, $\beta = -0{,}47$, życie rodzinne, $\beta = -0{,}61$, aktywność seksualną, $\beta = -0{,}38$ oraz uprawianie sportu, $\beta = -0{,}38$. Osoby odczuwające negatywny wpływ choroby na aktywność zawodową ($p = 0{,}044$), życie rodzinne ($p = 0{,}010$), aktywność seksualną ($p = 0{,}046$) i uprawianie sportu ($p < 0{,}001$) akceptowały chorobę w mniejszym stopniu niż osoby nie odczuwające negatywnego wpływu choroby na te dziedziny. Nie zaobserwowano natomiast istotnego wpływu takich czynników jak stres ($p = 0{,}079$), niektóre pokarmy ($p = 0{,}236$), niedoboru snu ($p = 0{,}212$), infekcje ($p = 0{,}880$) oraz zimno ($p = 0{,}231$) (Tabela 8).

Tabela 7. Zależności między płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania, stanem cywilnym, wykształceniem, aktywnością zawodową, wiekiem wystąpienia objawów a satysfakcją z życia

Zmienna objaśniana	Model					Współczynniki regresji				
	R^2	F	df	p		Predyktor	β	t	p	
Akceptacja choroby	0,40	7,91	84	<0,001	***	Stała		7,64	< 0,001	***
						Płeć: mężczyzna – kobieta	0,09	0,47	0,640	
						Wiek: 31 – 40 lat – 20 – 30 lat	1,46	5,58	< 0,001	***
						Wiek: 41 – 50 lat – 20 – 30 lat	1,61	5,46	< 0,001	***
						Wiek: powyżej 50 lat – 20 – 30 lat	2,34	7,06	< 0,001	***
						Miejsce zamieszkania: miasto – wieś	0,10	0,53	0,596	
						Stan cywilny: stan wolny – w związku	-0,70	-4,01	< 0,001	***
						Wykształcenie: wyższe – średnie lub niższe	-0,15	-0,77	0,445	
						Aktywność zawodowa: pracujący i uczący się – pracujący	0,52	1,79	0,076	
						Wiek wystąpienia objawów: po 20 r.ż. – dziecięcy/ nastoletni	-0,55	-3,08	0,003	**

Legenda: R^2 – skorygowany współczynnik dopasowania modelu; F – statystyka testu; df – stopnie swobody; β – współczynnik standaryzowany beta; t – statystyka testu; p – istotność statystyczna;* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Tabela 8. Czynniki nasilające chorobę oraz dziedziny życia mające wpływ na akceptację choroby

Zmienna objaśniana	Model					Współczynniki regresji				
	R^2	F	df	p		Predyktor	β	t	p	
Akceptacja choroby	0,29	5,10	89	<0,001	***	Stała		17,70	< 0,001	***
						stres: nasila – nie nasila	0,40	1,78	0,079	
						niektóre pokarmy: nasila – nie nasila	0,27	1,19	0,236	
						niedobory snu: nasila – nie nasila	-0,26	-1,26	0,212	
						infekcje: nasila – nie nasila	0,04	0,15	0,880	
						zimno: nasila – nie nasila	0,30	1,21	0,231	
						używki: nasila – nie nasila	0,66	3,08	0,003	**
						aktywność zawodowa: wpływa negatywnie – nie wpływa negatywnie	-0,47	-2,04	0,044	*
						życie rodzinne: wpływa negatywnie – nie wpływa negatywnie	-0,61	-2,62	0,010	*
						aktywność seksualna: wpływa negatywnie – nie wpływa negatywnie	-0,38	-2,02	0,046	*
						uprawianie sportu: wpływa negatywnie – nie wpływa negatywnie	-0,94	-4,70	< 0,001	***

Legenda: R^2 – skorygowany współczynnik dopasowania modelu; F – statystyka testu; df – stopnie swobody; β – współczynnik standaryzowany beta; t – statystyka testu; p – istotność statystyczna; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Zależność między czynnikami nasilającymi chorobę oraz dziedzinami życia, w których choroba szczególnie odgrywa negatywne znaczenie a satysfakcją z życia

W szczegółowej analizie wykazano istotny, ujemny, średnio silny, silny bądź bardzo silny wpływ na satysfakcję z życia negatywnego wpływu choroby na aktywność zawodową, β = -0,53, życie rodzinne, β = -0,81, aktywność seksualną, β = -0,42 oraz uprawianie sportu, β = -0,79. Osoby odczuwające negatywny wpływ choroby na aktywność zawodową ($p = 0,036$), życie rodzinne ($p = 0,002$), aktywność seksualną ($p = 0,042$) i uprawianie sportu ($p < 0,001$) były usatysfakcjonowane z życia w mniejszym stopniu niż osoby nie odczuwające negatywnego wpływu choroby na te dziedziny. Nie zaobserwowano natomiast istotnego wpływu czynników nasilających chorobę (Tabela 9).

Zależność między akceptacją choroby a satysfakcją z życia u osób chorych na łuszczycę

Analiza wykazała istotną statystycznie korelację między akceptacją choroby a satysfakcją z życia u osób chorych na łuszczycę. Stwierdzono, że wraz ze wzrostem poziomu akceptacji choroby wzrasta poziom satysfakcji z życia ($p < 0,001$) (Tabela 10).

Tabela 9. Czynniki nasilające chorobę oraz dziedziny życia mające wpływ na satysfakcję z życia

Zmienna objaśniana	Model					Współczynniki regresji				
	R^2	F	df	p		Predyktor	β	t	p	
Satysfakcja z życia	0,18	3,21	89	0,001	**	Stała		14,36	< 0,001	***
						stres: nasila – nie nasila	0,32	1,35	0,181	
						niektóre pokarmy: nasila – nie nasila	0,34	1,44	0,152	
						niedobory snu: nasila – nie nasila	-0,01	-0,03	0,974	
						infekcje: nasila – nie nasila	0,38	1,28	0,202	
						zimno: nasila – nie nasila	-0,02	-0,06	0,955	
						używki: nasila – nie nasila	0,44	1,93	0,056	
						aktywność zawodowa: wpływa negatywnie – nie wpływa negatywnie	-0,53	-2,13	0,036	*
						życie rodzinne: wpływa negatywnie – nie wpływa negatywnie	-0,81	-3,26	0,002	**
						aktywność seksualna: wpływa negatywnie – nie wpływa negatywnie	-0,42	-2,07	0,042	*
						uprawianie sportu: wpływa negatywnie – nie wpływa negatywnie	-0,79	-3,70	< 0,001	***

Legenda: R^2 – skorygowany współczynnik dopasowania modelu; F – statystyka testu; df – stopnie swobody; β – współczynnik standaryzowany beta; t – statystyka testu; p – istotność statystyczna;* p < 0,05;** p < 0,01; *** p < 0,001

Tabela 10. Wpływ akceptacji choroby na satysfakcję z życia

Zmienne		**Satysfakcja z życia**	
Akceptacja choroby	*rho*	0,726	***
	p	< 0,001	
Legenda: *rho* – współczynnik korelacji Spearmana; *p* – istotność; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001			

Dyskusja

W Polsce na łuszczycę choruje około 1 mln osób. Ponad 80 % z nich, to osoby młode pomiędzy 20 a 40 rokiem życia. Pojawienie się choroby przewlekłej w życiu każdego człowieka powoduje zmiany w codziennym funkcjonowaniu. Osoby takie, często muszą przeorganizować swoje dotychczasowe życie, przystosować się do życia z chorobą, która będzie towarzyszyć im nieustannie. Każda choroba przewlekła ma wpływ na życie społeczne, rodzinne oraz zawodowe. A w szczególności choroby skóry, takie jak łuszczyca i trądzik różowaty, mają negatywny wpływ na postrzeganie własnego wyglądu, braku akceptacji choroby, a co za tym idzie braku satysfakcji ze swojego życia. Jak wynika z badań dotyczących zastosowania oceny jakości życia chorych na łuszczycę w praktyce lekarskiej, negatywny wpływ łuszczycy był odczuwany przez 92% badanych, tylko 8% chorych wskazało, że choroba nie wpływa na ich życie [9].

Wyniki badań prowadzonych na potrzeby niniejszej pracy wykazały, że większość pacjentów akceptowała swoją chorobę na średnim poziomie (54%). Wysoki poziom akceptacji choroby wykazywało 24% badanych, a niski 22%. Wyniki wcześniejszych badań analizujących związek akceptacji choroby, zadowolenia z życia, poczucia stygmatyzacji i jakości życia wśród osób z łuszczycą również wykazały, że większość pacjentów (46,72%) wykazywała umiarkowany poziom akceptacji łuszczycy [10].

Analizując wyniki własne, stwierdzono, że ponad połowa badanych oceniła swoje zadowolenie z życia jako niskie (56%), a około 1/3 jako umiarkowane. Obserwacje te są zgodne z ustaleniami opublikowanymi przez Kowalewską i wsp. [10].

W niniejszym badaniu obserwowano, że płeć nie wpływa istotnie na stopień akceptacji choroby (p = 0,208) i satysfakcję z życia (p = 0,640). W innym badaniu wykazano, że płeć istotnie determinuje stopień akceptacji choroby (p = 0,004), ale nie wpływa na satysfakcję z życia (p = 0,741) [11]. Natomiast w badaniu Kowalewskiej i wsp. stwierdzono, że mężczyźni nieco częściej niż kobiety wykazywali niższy poziom zadowolenia z życia (p = 0,282) [10].

Kolejnym czynnikiem wpływającym na akceptację choroby i poziom satysfakcji z życia był wiek i stan cywilny respondentów. W niniejszym badaniu obserwowano, że im starsi byli ankietowani, tym wyższy był u nich poziom akceptacji choroby ($p < 0,001$) i zadowolenia z życia ($p < 0,001$). Osoby pozostające w związku w większym stopniu akceptowały swoją chorobę ($p = 0,013$), co jest zgodne z wynikami Kołpa i Wywrot-Kozłowskiej [12] oraz w większym stopniu były zadowolone z życia ($p < 0,001$). Podobnie Kowalewska i wsp. stwierdzili, że pacjenci pozostający w związku charakteryzują się wyższą satysfakcją z życia [11].

W niniejszym badaniu odnotowano istotny wpływ wykształcenia na akceptację choroby, osoby z wykształceniem średnim lub niższym w większym stopniu akceptowały swoją chorobę ($p = 0,008$). Pozostałe zmienne demograficzne, takie jak miejsca zamieszkania, aktywność zawodowa oraz wiek wystąpienia pierwszych objawów nie miały wpływu na poziom akceptacji choroby. Stwierdzono natomiast, że osoby chorujące na łuszczycę, u których pierwsze objawy wystąpiły przed dorosłością, w większym stopniu były usatysfakcjonowane z życia ($p = 0,003$). Nie obserwowano istotnego wpływu miejsca zamieszkania ($p = 0,596$), wykształcenia ($p = 0,445$) oraz aktywności zawodowej ($p = 0,076$) na poziom satysfakcji z życia. Zebrane wyniki sugerują dalsze badania na ten temat.

Stosowanie używek wpływa istotnie na skórę, a szczególnie zaostrza objawy występowania łuszczycy. Zarówno palenie czynne, jak i bierne wpływa na stan skóry. Badania wykazały, że osoby z łuszczycą palące aktywnie papierosy zauważały nasilenie objawów [13,14]. Ustalenia te są zgodne z wynikami w badaniu własnym. Jednakże należy zauważyć, że pacjenci, którzy stosowali używki mimo nasilenia zmian łuszczycowych, w większym stopniu akceptowali swoją chorobę. Powyższe wyniki sugerują dalsze badania na ten temat.

W niniejszym badaniu wykazano istotny związek między akceptacją choroby, a satysfakcją z życia wśród osób chorych na łuszczycę. Podobnie Kowalewska i wsp. stwierdzili, że pacjenci z łuszczycą z wyższym poziomem akceptacji choroby wykazywali większą satysfakcję z życia [10, 11].

Podsumowując, nie ulega wątpliwości, że ocena akceptacji choroby i satysfakcji z życia ma ogromne znaczenie w optymalnej, zindywidualizowanej terapii pacjenta z łuszczycą. Takich badań jest wciąż za mało. Należy rozważyć przyszłe projekty badawcze skierowane do większych grup pacjentów.

Wnioski

1. Pacjenci z łuszczycą charakteryzowali się przeciętnym poziomem akceptacji choroby i niską satysfakcją z życia.
2. Wiek istotnie wpływał na poziom akceptacji choroby i satysfakcję z życia, im osoby były starsze, tym ten poziom był wyższy.
3. Osoby pozostające w związku bardziej akceptowały chorobę i były bardziej zadowolenie
   z życia.
4. Osoby z wykształceniem średnim i niższym niż średnie, bardziej akceptowały chorobę w porównaniu z osobami z wyższym wykształceniem.
5. Płeć, miejsce zamieszkania i aktywność zawodowa nie miały istotnego wpływu na poziom akceptacji choroby i satysfakcję z życia.
6. Stosowanie używek nasilało chorobę, ale łuszczyca była łatwiejsza do zaakceptowania przez tych pacjentów.
7. Badanie wykazało, że im wyższy poziom akceptacji choroby tym wyższy poziom satysfakcji z życia.

Piśmiennictwo

1. Reich A., Adamski Z., Chodorowska G. i wsp.: Łuszczyca. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Część I: łuszczyca łagodna. Przegląd Dermatologiczny 2018; 105: 225-243.
2. Szczerkowska-Dobosz A.: Łuszczyca – definicja, rys historyczny, epidemiologia [wyd]. ABC łuszczycy. Łuszczyca w pytaniach i odpowiedziach, Nowicki R., Szczerkowska-Dobosz A. (red.). Wyd. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2016: 9-10.
3. Bobkiewicz J., Czarnecka-Operacz M., Jenerowicz D. i wsp.: Dermatologia w praktyce. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2018: 55-63.
4. Włodarczyk J., Knyszyńska A., Lubkowska A.: Quality of life in patients with psoriasis. Journal of Education. Health and Sport 2019; 9 (6): 203-211.
5. Kowzan-Korman A.: Łuszczyca- etiologia i znaczenie. Nowiny Lekarskie 2003; 72 (3): 223-227.

6. Neneman A., Adamski Z.: Aspekty kliniczne i epidemiologiczne zaburzeń ogólnoustrojowych u chorych na łuszczycę. Forum Medycyny Rodzinnej 2009: 3 (6): 447-453.
7. Miniszewska J., Adamska M.: Przekonania na temat zdrowia i choroby a akceptacja ograniczeń wynikających z przewlekłej choroby somatycznej na przykładzie osób z łuszczycą. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2014; 14 (3): 202-212.
8. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia. Pracownia testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012.
9. Kanikowska A., Michalak M.: Zastosowanie oceny jakości życia chorych na łuszczycę w praktyce lekarskiej. Nowiny Lekarskie 2008; 77: 195-203.
10. 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. Dermatology and Therapy 2020; 10: 413-430.
11. Kowalewska B., Krajewska-Kułak E., Sobolewski M.: The Impact of Stress-Coping Strategies and the Severity of Psoriasis on Self-Esteem, Illness Acceptance and Life Satisfaction. Dermatology and Therapy 2022; 12: 529-543.
12. Kołpa M., Wywrot-Kozłowska B,. Jurkiewicz B.: Czynniki determinujące akceptację i przystosowanie do choroby nowotworowej. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2015; 3: 165-169.
13. Armstrong AW., Armstrong EJ., Fuller EN. et al.: Smoking and pathogenesis of psoriasis: a review of oxidative, inflammatory and genetic mechanisms, British Journal of Dermatology 2011; 165: 1162-1168.
14. Armstrong AW., Harskamp CT., Dhillon JS. et al.: Psoriasis and smoking: a systematic review and meta-analysis. British Journal of Dermatology 2014; 170: 304-314.

Rola pielęgnacji w leczeniu łuszczycy

Anna Grajewska, Karolina Wanda Borkowska, Edyta Rysiak

Zakład Chemii Leków, Euroregionalne Centrum Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie

Łuszczyca jest przewlekłą, uwarunkowaną genetycznie, nawrotową chorobą skóry o charakterze zapalnym, która dotyka 1-3% populacji świata. Chociaż występuje w każdym wieku, łuszczyca ma dwa szczyty zachorowań, jeden u młodzieży i młodych dorosłych, a drugi u osób starszych, zwykle w okresie wieku średniego. Obecnie nie ma żadnego leku na łuszczycę, a jedynie terapia wspomagająca i ograniczająca pojawianie się nowych zmian łuszczycowych. Leczenie w łuszczycy ma na celu zmniejszenie nasilenia i rozległości łuszczycy do punktu, w którym nie przeszkadza ona już znacząco w codziennym życiu: osobistym, zawodowym i społecznym pacjenta lub jego samopoczuciu. Pacjentów z łuszczycą często dzieli się na dwie grupy: łuszczycę łagodną lub umiarkowaną do ciężkiej, w zależności od klinicznego nasilenia zmian, procentu powierzchni ciała dotkniętej chorobą oraz jakości życia pacjenta. Ważny aspekt w leczeniu łuszczycy pełni również pielęgnacja, często niestety pomijana przez chorych, a nierzadko mająca istotne znaczenie w terapii tej dermatozy [1].

Rozwinięcie

W zależności od stopnia zaawansowania choroby, można rozpocząć odpowiednie leczenie. W przypadku łagodnej i umiarkowanej choroby, leczenie pierwszego rzutu obejmuje terapie miejscowe, w tym kortykosteroidy, analogi witaminy D_3 i produkty łączone. Pacjenci z cięższymi i opornymi na leczenie objawami mogą wymagać dalszej diagnostyki w celu zastosowania łączonej terapii systemowej. Niezależnie od stopnia zaawansowania choroby, pacjenci wymagają dodatkowego podstawowego leczenia miejscowego z zastosowaniem przede wszystkim emolientów. Codzienna pielęgnacja i nawilżanie w przypadku skóry łuszczycowej jest bardzo ważnym aspektem terapii tej dermatozy. Suchość skóry i stany zapalne występujące u pacjentów z łuszczycą są związane z zaburzeniem funkcji bariery naskórkowej, na co wskazuje wzrost przeznaskórkowej utraty wody (TEWL), pogorszenie właściwości wiązania wody oraz zmniejszenie ilości lipidów na powierzchni skóry, a w szczególności poziomu ceramidów. Emolienty są środkami, które zmniejszają naskórkową

utratę wody, odbudowują lipidy międzykomórkowe warstwy rogowej naskórka oraz pomagają przywrócić mikrobiom skórze, przyspieszając w ten sposób naprawę płaszcza hydrolipidowego skóry [1, 2]. Emolienty to mieszaniny składników hydrofobowych i hydrofilowych [3, 4]. Z reguły są to emulsje: olej w wodzie (O/W) lub woda w oleju (W/O), ale także stabilne struktury różne od emulsji, wolne od emulgatorów mieszaniny składników o różnych właściwościach i różnych mechanizmach działania. Działają zmiękczająco, nawilżająco, natłuszczająco, regenerują skórę. Co ważne, łagodzą również świąd i stany zapalne, które w przypadku łuszczycy towarzyszą choremu każdego dnia. Emolienty wykazują działanie na kilku poziomach: zatrzymują wodę po wchłonięciu w głąb skóry, sprawiają, że skóra jest gładka i miękka, elastyczna oraz natłuszczają, pozostawiając na powierzchni zabezpieczającą warstwę ochronną, która zmniejsza utratę wody przez naskórek. W skład emolientów wchodzą różne substancje o bogatym działaniu: humektanty, substancje okluzyjne lipidy, substancje przeciwświądowe. Humektanty mają za zadanie przyciągać wodę z głębszych warstw naskórka, związać je i utrzymać w obrębie warstwy rogowej. Wśród nich wyróżnić należy: kwas hialuronowy, mocznik w stężeniu 2 do 5%, glicerynę, sorbitol, glikol propylenowy, mleczany i hydroksykwasy, kwas mlekowy. Z kolei substancje okluzyjne odpowiadają za utworzenie na powierzchni skóry ochronnego filmu zapobiegającego utracie wody, za uszczelnienie przestrzeni komórkowych zwiększając tym samym integralność struktur. Substancje tego rodzaju to alkohole wielowodorowe, pochodne wodorowęglowe – wazelina, parafina, oleje mineralne, kwasy tłuszczowe, fosfolipidy, estry woskowe takie jak lanolina, alkohole tłuszczowe, sterole i woski. Ponadto stosowane są substancje mające uzupełnić niedobory fizjologicznych niedoborów naskórka: nienasycone kwasy tłuszczowe, sterole, fosfolipidy, skwaleny. Mając na uwadze, że w przypadku łuszczycy świąd jest powszechny, do preparatów zalecanych w pielęgnacji skóry łuszczycowej stosuje się substancje przeciwświądowe, między innymi lidokainę, kamforę, mentol, polidokanol. Na uwagę zasługuje również fakt, że w składzie emolientów znaleźć można również substancje immunomodulujące oraz zwalczające biofilm bakteryjny. Składniki obniżające poziom biofilmu bateryjnego mają na celu redukcję patogennych drobnoustrojów stanowiących zagrożenie dla uszkodzonej chorobą skórze, sprzyjają rozwojowi fizjologicznej mikroflorze oraz przywracają równowagę miokrobiologiczną. W tym przypadku skutecznym okazuje się ksylitol, wykazujący działanie hamujące wzrost niektórych bakterii i grzybów [5]. Z kolei w przypadku składników immunomodulujących na uwagę zasługuje beta-glukan, czyli polisacharyd, który wykazuje szereg korzystnych działań na skórę. Beta-glukan aktywuje syntezę kolagenu, wspomaga regenerację suchej i łuszczącej się skóry, redukuje rumień

i podrażnienia, łatwo przenika przez barierę skórną. Co niezwykle ważne w przypadku łuszczycy, która jest chorobą układową mediowaną immunologicznie – działa immunostymulująco, wspomaga naturalne mechanizmy obronne skóry. Zatem emolienty pełnią rolę kluczową w pielęgnacji skóry z łuszczycą, będąc punktem wyjścia i podstawą w ochronie skóry [4, 5].

Wśród substancji zalecanych w pielęgnacji skóry łuszczycowej wyróżnia się ponadto rolę ichtiolu, witaminy E i A i kwasu salicylowego. Sulfobituminian amonowy, czyli ichtiol, to substancja aktywna wykazująca silne właściwości przeciwzapalne i bakteriostatyczne i stosowany jest zarówno w preparatach kosmetycznych, jak i dermatologicznych dedykowanych skórze łuszczycowej. Biały ichtiol przyspiesza gojenie się ran wspomagając proces odbudowy zniszczonego naskórka oraz skutecznie łagodzi intensywny świąd i pieczenie skóry. Ichtiol stosuje się miejscowo głównie w postaci maści, past, emulsji, zawiesin i roztworów. Występuje również w połączeniu z kwasem salicylowym w preparatach do skory głowy, między innymi szamponach dedykowanych pacjentom z łuszczycą. Połączenie tych dwóch substancji pomaga usuwać łuski łuszczycowe, zmniejsza uczucie swędzenia. Ponadto normalizuje złuszczanie się naskórka, przeciwdziałając jego nadmiernemu rogowaceniu, które towarzyszy w przypadku łuszczycy [3, 4, 6].

Plan pielęgnacyjny pacjentów łuszczycowych powinien obejmować kilka kluczowych punktów: delikatne mycie, złuszczanie, nawilżanie i natłuszczanie oraz ochronę przeciwsłoneczną. Właściwe nawilżanie skóry oraz odbudowa jej bariery lipidowej w przypadku łuszczycy jest niezwykle ważnym elementem terapii. Dostępne na rynku preparaty rekomendowane dla chorych na łuszczycę stanowią doskonałą podstawę pielęgnacyjną, a ich właściwy dobór pozwala na przygotowanie własnego planu pielęgnacyjnego dostosowanego indywidualnie. Ważnym aspektem są również emolientowe kąpiele mające na celu już podczas mycia ciała natłuścić skórę oraz szampony i odżywki dla osób chorych na łuszczycę skóry głowy. Po każdej kąpieli pamiętać należy o nałożeniu i wmasowaniu kremu lub balsamu w całe ciało ze szczególnym uwzględnieniem miejsc zajętych zmianami łuszczycowymi – na te obszary nałożyć należy zalecane maści lub leki. Codzienne dobre nawyki w pielęgnacji u osób z łuszczycą z dużym prawdopodobieństwem korzystnie wpłyną na stan skóry [6].

Celem podstawowej pielęgnacji skóry jest zwiększenie funkcji ochronnej skóry, zapobieganie procesowi zapalnemu oraz utrzymanie równowagi mikroflory. Stosowanie delikatnych środków myjących o niskim pH oscylującym na poziomie 7 jest najlepszym sposobem na uniknięcie zakłóceń bariery skórnej. Podstawowa pielęgnacja obejmuje również

stosowanie filtrów przeciwsłonecznych, wspomniane wcześniej emolienty. Kremy przeciwsłoneczne powinny być stosowane zgodnie z zaleceniami dotyczącymi prawidłowej codziennej ochrony przeciwsłonecznej, aby uniknąć przewlekłych uszkodzeń słonecznych, na które narażony jest chory. W czasie nawrotów choroby można zastosować kwas salicylowy w stężeniu 2-10% oraz mocznik o stężeniu >15% lub hydroksykwasy celem uzyskania efektu keratolitycznego. W niektórych preparatach stosowany jest również niacynamid, który wpływa korzystnie na skórę ze względu na swoją aktywność przeciwzapalną. Dane literaturowe wskazują, że włączenie podstawowej pielęgnacji skóry poprawia leczenie zarówno podczas ostrych faz, jak i w przypadku remisji łuszczycy [5, 6, 7].

Podsumowanie

Ze względu na wpływ, jaki łuszczyca wywiera na dobrostan pacjenta, uznano, że celem leczenia przeciwłuszczycowego powinno być uzyskanie długotrwałej kontroli przebiegu choroby. Łuszczyca wymaga skutecznej pielęgnacji opartej na natłuszczaniu i nawilżaniu wykwitów skórnych, łagodzeniu świądu. Kluczowa jest również normalizacja procesu odnowy naskórka, łagodzenie zmian łuszczycowych oraz ochrona skóry przed drobnoustrojami chorobotwórczymi. Należy pamiętać, że chory jest bardziej narażony na mikrourazy naskórka oraz fakt, że łuszczyca jest ogólnym stanem zapalnym. Dobrze dobrana pielęgnacja oparta o wartościowe składniki może wspomóc skuteczne leczenie łuszczycy, a najczęściej jest warunkiem utrzymania skóry w dobrym stanie zarówno w okresie zaostrzenia zmian, jak i remisji choroby.

Piśmiennictwo

1. Greaves MW., Weinstein GD.: Treatment of psoriasis. New England Journal of Medicine 1995; 332.9: 581-589.
2. Rendon A., Schäkel K.: Psoriasis pathogenesis and treatment. International Journal of Molecular Sciences 2019; 20(6): 1475.
3. Whan B. Kim, Jerome D., Yeung J.: Diagnosis and management of psoriasis. Canadian Family Physician 2017; 63 (4): 278-285.
4. Luger T., Seite S., Humbert P. et. al.: Recommendations for adjunctive basic skin care in patients with psoriasis. European Journal of Dermatology 2014; 24(2), 194-200.
5. Welz-Kubiak K., Adam Reich A.: Znaczenie emolientów w codziennej pielęgnacji skóry. Forum Dermatologicum 2016; 2 (1): 20-23.

6. Po co są emolienty, https://ziololek.pl/klub-zdrowej-skory/co-to-sa-emolienty/ (data pobrania 06.08.2022).
7. Lodén ML.: Role of topical emollients and moisturizers in the treatment of dry skin barrier disorders. American Journal of Clinical Dermatology 2003; 4(11): 771-788.

Opieka pielęgniarska w warunkach domowych nad seniorem z odleżyną trzeciego stopnia

Maria Dorota Kwika[1], Daria Żywiec[2]

1. Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Humanistyczno- Medyczny Akademii Zamojskiej
2. Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Humanistyczno- Medyczny Akademii Zamojskiej

Wstęp

Proces starzenia jest nieuniknionym, nieodwracalnym i postępującym zjawiskiem dotyczącym każdego człowieka. Postępujące zmiany polegają na zmniejszeniu aktywności biologicznej komórek organizmu, obniżeniu odporności i spowolnieniu regeneracji. Starzenie się niesie za sobą zmiany w obrębie całego organizmu, biorąc pod uwagę seniora z odleżyną szczególna uwagę poświęca się skórze. Na zmiany w obrębie skóry składa się starzenie związane z wiekiem, hormonalne, a także fotostarzenie związane z nadmierną ilością promieniowania ultrafioletowego i dymem papierosowym. Objawami starzenia się skóry są suchość, bladość, świąd [1]. Sucha skóra występuje u znacznej większości osób starszych. W procesie starzenia wewnątrzpochodnych naskórek staje się delikatny i cienki, układ keratynocytów jest nieregularny, osłabieniu ulega zdolność proliferacji komórek warstwy podstawowej, a w skórze właściwej występuje spadek włókien elastycznych i syntezy kolagenu. Nadmierne wysuszenie skóry sprzyja zwiększeniu ryzyka uszkodzenia skóry przy jej ścieńczeniu i uszkodzenia mikrokrążenia .

Okres starości wiąże się z obniżeniem sprawności funkcjonalnej, a w ostateczności prowadzi do unieruchomienia osoby starszej w łóżku i z możliwością powstawania odleżyn. Na świecie odleżyny uważa się za niepożądane zdarzenie i wskaźnik jakości opieki [2].

Odleżyny- definicja

Odleżyna jest raną przewlekłą, która polega na uszkodzeniu skóry, a także tkanek podskórnych, najczęściej występuje ona w miejscu wyniosłości kostnych. Rana odleżynowa jest spowodowana uciskiem lub połączeniem ucisku i sił ścinających. Ścinanie i nacisk są przyczyną niedokrwienia, deformacji tkanek i komórek, reperfuzyjnego uszkodzenia tkanek, a także zaburzenia drenażu limfatycznego. Wystąpienie odleżyny łączy się z bólem, generuje koszty, pogarsza jakość życia, prowadzi do infekcji i zwiększa ryzyko zgonu [3].

Owrzodzenie odleżynowe może pokryć skórę i jej wszystkie warstwy, a także tkankę podskórną, czasami może obejmować także mięśnie, powięź i tkankę skórną [4].

Epidemiologia

Rana odleżynowa to jeden z głównych problemów pacjentów z utratą zdolności do samoopieki. Najbardziej narażeni na wystąpienie ran odleżynowych są chorzy unieruchomieni, pacjenci ze schorzeniami neurologicznymi, chorzy po rozległych zabiegach operacyjnych, a także w chorobach terminalnych [5]. Częstość rozwoju odleżyn (60-70%) przeważa u osób starszych powyżej 65 roku życia. Według badań prowadzonych przez Szkiler odleżyny w Podstawowej Opiece Zdrowotnej posiadało 52,7 tys. chorych, natomiast w leczeniu ambulatoryjnym liczba osób z odleżynami znacznie zmieniała swoją liczbę w zależności od oddziału na jakim przebywał pacjent. Największy procent pacjentów z odleżyną stanowił oddział ortopedyczny, bo aż 66-85%, równie wysoki stopień wystąpienia odleżyny kreował się na oddziale intensywnej terapii 14-41%, oddział neurologiczny ok. 39%, oddział geriatryczno-internistyczny 25-30% [6].

Patogeneza i czynniki ryzyka

Odleżyny powstają jako rezultat dwóch procesów. Pierwszy z nich to zamknięcie przez ciśnienie wpływające zewnątrz światła naczynia krwionośnego, a drugim są śródnabłonkowe uszkodzenia w mikrokrążeniu poprzez siły ścinające. Głównym bodźcem powstawania odleżyn jest wpływ sił ścinających i ucisku na skórę [7].

Czynniki sprzyjające powstaniu odleżyn możemy podzielić na dwa rodzaje, są to czynniki ***zewnętrzne*** (egzogenne) i ***wewnętrzne*** (endogenne) – Rycina 1 [4].

Rycina 1. Czynniki wpływające na ryzyko powstawania odleżyn (opracowanie własne)

Miejsca powstawania odleżyn

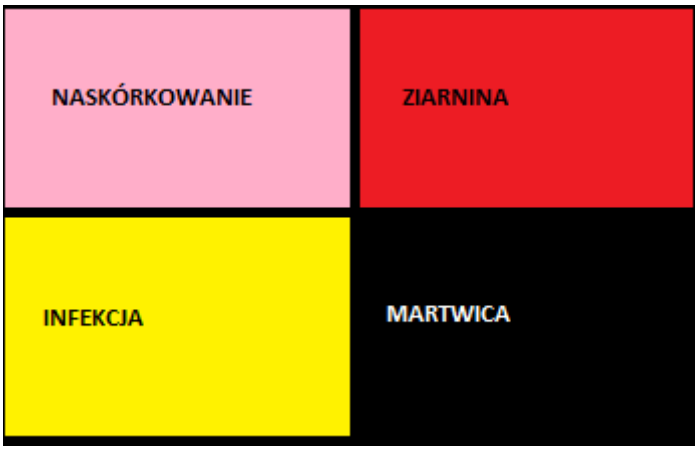
Odleżyny powstają najczęściej w miejscach, gdzie ciśnienie miedzypowierzchniowe najbardziej działa na tkankę, to miejsca najbardziej obciążone ciężarem. Najbardziej narażone są miejsca wyniosłości kostnych, ponieważ tkanka podskórna w tych miejscach jest cienka, istnieje także problem odleżyny w miejscu stosowania długotrwale sprzętu medycznego, np. cewnika, rurki intubacyjne [7]. Najczęściej zaobserwowanymi miejscami wystąpienia odleżyny są okolice kości krzyżowej, bocznych kostek goleni, guzów kulszowych i guzów piętowych. Rany odleżynowe obserwuje się również na łopatkach, bocznych kłykciach uda, wyrostkach barkowych, w okolicy kręgosłupa i uszu, potylicy, palców stopy, oraz rzepki. Narażone miejsca zależą od pozycji ciała – Rycina 2 [8].

Rycina 2. Miejsca narażone na powstanie odleżyn (opracowanie własne)

Klasyfikacja odleżyn

Metodą klasyfikacji odleżyn jest „Kolorowy" system klasyfikacji ran (red-yellow-black– RYB), który określa rodzaj tkanki występującej w łożysku rany. System ten dzieli się na rany różowe, czerwone, żółte i czarne (Rycina 3).

- ***Rany różowe*** - ocenia się w niej cechy naskórkowania, oznacza to ruch komórek naskórka z brzegów rany do ziarniny istniejącej w dnie rany.
- ***Rany czerwone*** - czerwona tkanka sygnalizuje początek procesu ziarninowania, powstają nowe naczynia włosowate.
- ***Rana żółta*** - barwa informuje o nadprogramowej ilości tkanki tłuszczowej podskórnej. Jest to rana infekcyjna o dużej ilości wysięku.
- ***Rana czarna*** - pokrywa ją martwica, która jest sucha, miękka lub twarda. W przypadku takiej odleżyny powstawać mogą uchyłki i kieszenie [9, 10].



Rycina 3. Skala „Kolorowa" (red-yellow-black– RYB) - opracowanie własne

Obecnie najpopularniejszy i najbardziej optymalny względem odleżyn jest międzynarodowy system klasyfikacji EPUAP/NPIAP (*European Pressure Ulcer Advisory Panel/ National Pressure Injury Advisory Panel*). System ten stosunkowo różni się od równie popularnej skali Torrance'a. Według systemu EPUAP/NPIAP nieblednące zaczerwienienie nie jest pierwszym stopniem wystąpienia odleżyny, a jedynie traktuje je jako stan podwyższonego ryzyka. Ważne jest, aby dokładnie określać źródło jakim kierujemy się przy ocenie stopnia odleżyny. Klasyfikacja ta wypiera inne skale, ponieważ daje możliwość określenia odleżyn nieskwalifikowanych wcześniej, a także odleżyn z uszkodzeniem tkanek bez zerwania ciągłości powłok ciała.

Klasyfikacja międzynarodowa EPUAP/NPIAP:

- ***Stopień I*** - zaczerwienienie nieblednące, nieuszkodzona skóra, miejsce bolesne, miękkie lub twarde, zróżnicowana temperatura względem tkanek sąsiadujących.
- ***Stopień II*** - niepełny ubytek skórny obejmuje skórę właściwą i naskórek, powierzchowna, płytka zmiana o czerwono-różowym dnie, brak tkanki martwiczej, ma cechy otarcia, albo pęcherza z surowiczą lub krwisto-surowiczą zawartością, siniak nie występuje, w przypadku siniaka występuje uszkodzenie głębokich tkanek.
- ***Stopień III*** - utrata całościowej grubości skóry, odsłonięcie tkanki podskórnej, nie przekracza głębszych struktur i powięzi, tkanka martwicza niewypełniająca całościowo ubytku, możliwa obecność tuneli i kieszeni, głębokość zależy od budowy i lokalizacji objętych struktur (tam gdzie mniej tkanki podskórnej zmiany płytsze niż tam gdzie więcej tkanki).

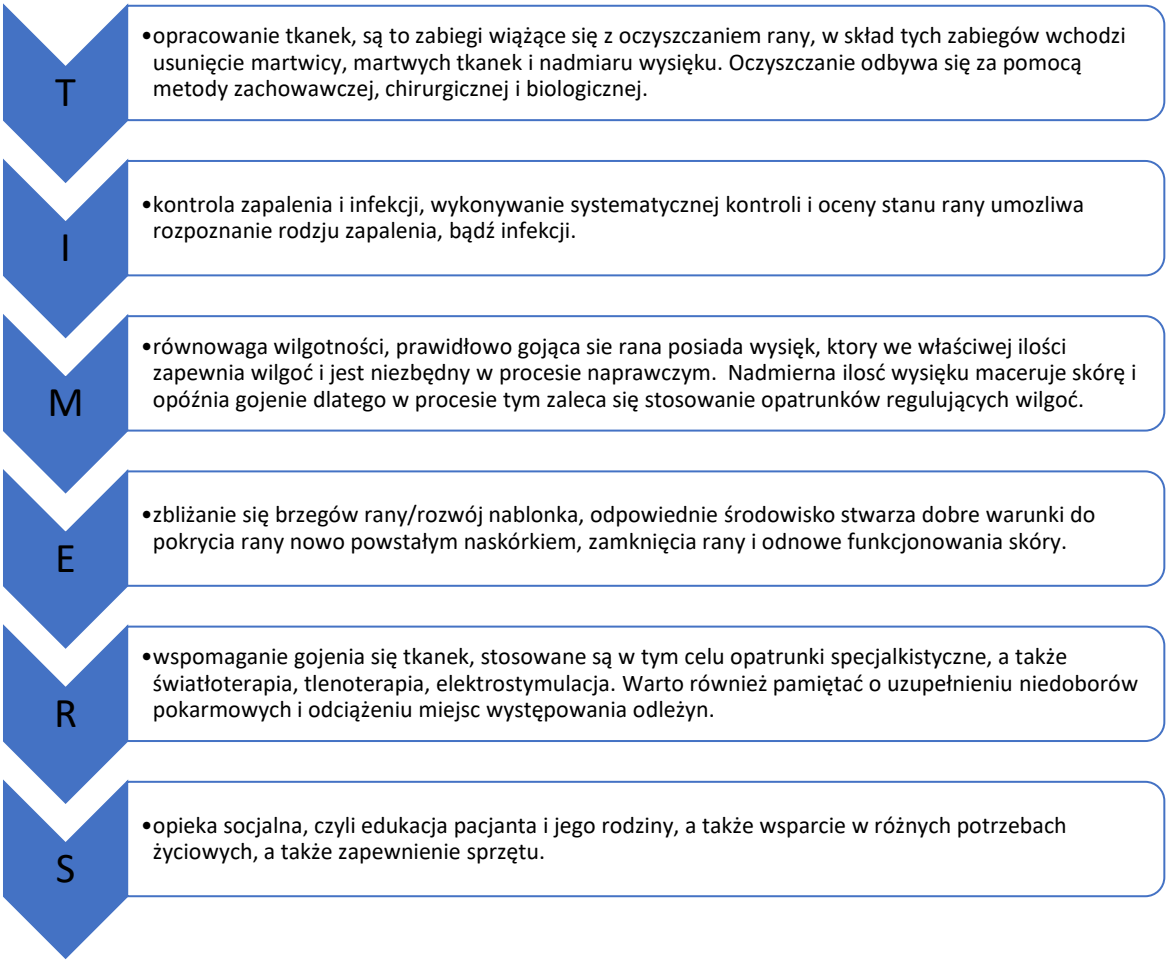
- ***Stopień IV***- ubytki pełnego stopnia całej grubości skóry, a także tkanki podskórnej, odsłonięcie ścięgien, kości i mięśni, obecność strupa (martwica czarna lub rozpływna), występowanie kieszeni, kratery i tunele.
- ***Odleżyny niesklasyfikowane***- uszkodzenie całej grubości skóry, oraz ubytek tkanek, głębokość nieokreślona przez obecność martwicy lub strupa w łożysku rany, umożliwienie oceny powoduje oczyszczenie rany z odsłonięciem żywych struktur.
- ***Odleżyny głębokich tkanek***- pojawienie się podejrzenia o uszkodzeniu tkanek głębokich, ale bez przerwania ciągłości powłok skóry, prześwituje powierzchnia o zmienionej barwie (niebledнący rumień, trwały, ciemnoczerwone, fioletowe, albo bordowe przebarwienie), możliwość obecności krwistego pęcherza, bądź siniaka, obecność bólu [10].

Istnieją również inne skale, chociaż są rzadziej stosowane i mniej zalecane. „Do rozróżnienia stopnia odleżyn możemy użyć następujących skal:

- 5-stopniowa skala Torrance'a,
- 4-stopniowa skala Enisa i Sormiento,
- 6-stopniowa skala Yarkony'ego i Kirka,
- 5-stopniowa skala Shea,
- 4-stopniowa skala Seilera,
- 4-stopniowa skala Guttmana,
- 4-stopniowa skala Campbella,
- 4-stopniowa skala Kolorowa" [11].

Proces gojenia rany

Proces gojenia rany jest bardzo złożonym procesem biologicznym. Istnieje nowoczesna strategia leczenia ran TIME(RS) (*T - opracowanie ran, I - infekcje, M - równowaga, E - brzegi rany, R - regeneracja, S - czynniki społeczne*), której celem jest naturalne wzmocnienie potencjału gojenia się rany – Rycina 4 [10].



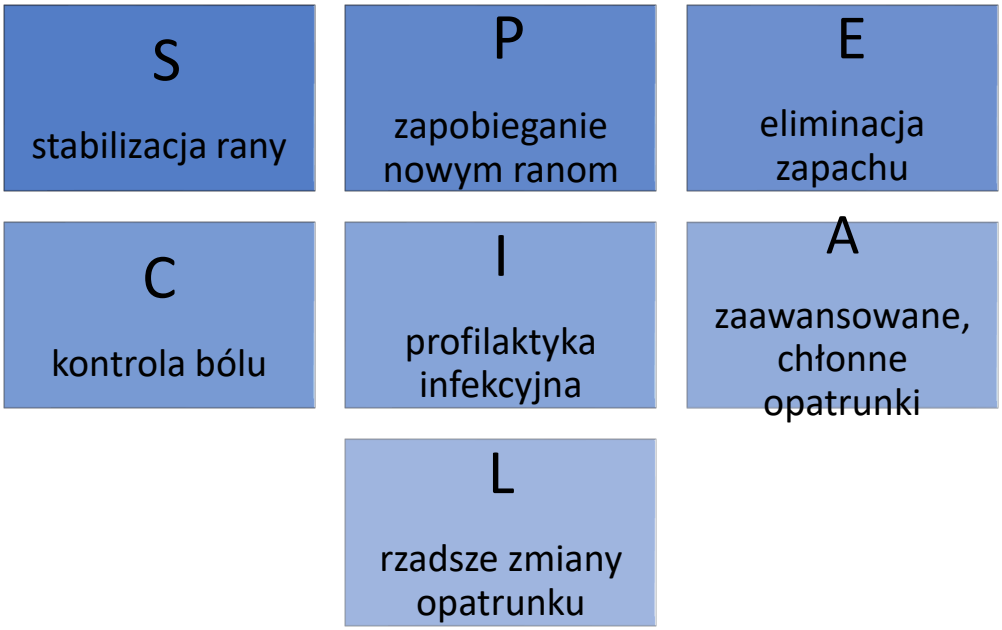
Rycina 4. Strategia leczenia ran TIME (opracowanie własne)

Metody leczenia ran odleżynowych

Leczenie odleżyn to bardzo trudny i długotrwały proces wymagający ogromnego nakładu pracy z pacjentem. Działania w leczeniu muszą wzajemnie się uzupełniać, leczenie musi być interdyscyplinarne uwzględniając patofizjologie rany trudno gojącej się. Ważne jest, by oprócz leczenia zachowana była profilaktyka oraz działania przeciwbólowe. Leczenie odleżyn dzielimy na leczenie ogólne, miejscowe, chirurgiczne, uzupełniające i biologiczne.

W leczeniu odleżyn najważniejsze są działania wzajemnie się uzupełniające, leczenie musi być interdyscyplinarne, uwzględniać aspekty patofizjologii ran gojących się trudno. W leczeniu obowiązuje także profilaktyka, która zapobiega pogłębieniu się rany, czy powstaniu kolejnej odleżyny. Leczenie ogólne zajmuje się kuracją choroby podstawowej uzupełniając niedobory pokarmowe takie jak witaminy, białka i mikroelementy, skupia się na kontroli i wyrównaniu cukrzycy, terapii niedokrwistości, a także na leczeniu przeciwbólowym [8].

Dla osób geriatrycznych w terminalnym stanie powstawał algorytm SPECIAL – Rycina 5 [12].



Rycina 5. Algorytm SPECIAL (opracowanie własne)

Postępowanie miejscowe powinno opierać się na nowoczesnych strategiach leczenia przewlekłych ran, a także uwzględniać stan rany. Najczęściej stosowanymi strategiami są miedzy innymi WAR (Wounds at Risk), TIME(RS) i BBWC (biofilm-based wound care). Taktyki te wzajemnie ze sobą korelują i są rekomendowane przez krajowe i międzynarodowe towarzystwa naukowe. Ich działanie opiera się na modyfikacji mikro środowiska rany w skutek usuwania barier i naprawę zaburzeń, które przyczyniają się do braku postępu gojenia rany.

Profilaktyka przeciwodleżynowa

Profilaktyka ma na celu działania pozwalające ominąć problemy wystąpienia rany odleżynowej, choć ranom tym nie zawsze można zapobiec, można je skutecznie ograniczyć. Wystąpienie odleżyny można przewidzieć, jeżeli zespół terapeutyczny jest czujny i dokładnie obserwuje pacjenta, dzięki profilaktyce można całkowicie zapobiec wystąpieniu rany odleżynowej. Jest to proces, który wymaga cierpliwości i dokładności starań. Profilaktyka obejmuje nie tylko działania, które pielęgniarka wykonuje za pacjenta, ale przede wszystkim ważne jest zachęcanie i motywowanie do samodzielnego wykonywania czynności profilaktycznych. W działania profilaktyczne warto włączyć rodzinę chorego, należy przekazać im niezbędna wiedzę, która powoli zapewnić komfort i nie dopuścić do powstania zmian odleżynowych [13]. Działania profilaktyczne odbywają się za wyraźną zgodą pacjenta, a poprzedzone są szczegółową ocena jego stanu [14].

Ważnym elementem profilaktyki jest ustalenie planu przeciwdziałania możliwości wystąpienia odleżyn, plan taki powinien obejmować podstawowe zasady takie jak:

- Przygotowanie łóżka chorego w taki sposób, aby z każdej strony był do niego swobodny dostęp.
- Zadbanie o właściwie przygotowaną pościel i bieliznę osobistą tj. czysta, bez zgrubień, bez szwów, nienakrochmalona, bez guzików, sucha, nie zagnieciona, najlepiej z naturalnych materiałów.
- Zwrócenia uwagi na to, aby obuwie i skarpety pacjenta były luźne, odrobinę za duże, aby nie powodowały ucisku i były przewiewne.
- Rezygnacja z foliowych, bądź gumowych podkładów w celu zapewnienie dostępu powietrza.
- Zastosowanie poduszek i materacy przeciwodleżynowych.
- Zadbanie o ułożenie- pacjent w łóżku musi leżeć tak, aby ciężar jego ciała rozkładał się możliwie równomiernie, co powoduje zmniejszenie wywieranego ucisku na okolice narażone.
- Stabilizacja pozycji ciała przy pomocy wałków, poduszek, klinów.
- Zwrócenie uwagi na zmianę pozycji, która powinna odbywać się co 2 godziny.
- Stosowanie właściwej techniki przy zmianie pozycji, nie wywierając nacisku na ciało pacjenta.
- Kontrola stanu skóry.
- Ostrożność i delikatność działań pielęgnacyjnych.
- Zapobieganie możliwości przerwania ciągłości skóry przez zadrapanie (przycinanie paznokci).
- Unikanie mydeł mogących wysuszyć skórę.
- Dokładność osuszanie skóry po kąpieli.
- Natłuszczanie ciała.
- Zastosowanie masażu i oklepywania.
- Szczególna pielęgnacja miejsc narażonych na spotkanie z moczem lub kałem.
- Unikanie wilgoci, która związania jest z poceniem się, sączeniem ran, nietrzymaniem stolca i moczu, stosowanie w tym celu pieluchomajtek, pampersów, wkładek absorbujących wilgoć.
- Edukacja pacjenta i opiekunów.
- Zastosowanie odpowiedniej diety.

- Niwelowanie zaparć.
- Prowadzenie bilansu płynów.
- Kontrola temperatury ciała.
- Wprowadzenie działań rehabilitacyjnych.
- Ocenianie skuteczności działań, które zostały podjęte [15].

Pielęgnacja skóry

Pielęgnacja skóry uznawana jest za najistotniejszą część profilaktyki przeciwodleżynowej, aby skóra była elastyczna i odporna na ucisk, siły tnące i tarcie, musi być natłuszczona i nawilżona. Przyczynami suchości skóry są patologie skórne, niedobory substancji odżywczych powstającym przez zaburzenia funkcji barierowej, która spowodowana jest niedostateczną ilością lipidów hamujących utratę wody. Skórę poddaje się ocenie jej ogólnej kondycji i reakcji na zaburzenia ogólnoustrojowe (odwodnienie, niedożywienie, różne uszkodzenia). Dokonując pielęgnacji skóry pacjenta warto skupić się na trzech etapach: oczyszczeniu, regeneracji i skutecznej ochronie.

Oczyszczenie- stosując codzienną pielęgnacja należy pamiętać o niepodrażnianiu skóry, stosowane są w tym przypadku preparaty specjalistyczne o pH 5 dobrym dla skóry, pianki pielęgnująco-myjące, nasączonych chusteczek i szare mydła.

Regeneracja- zadaniem w tym etapie jest pobudzenie mikrokrążenia za pomocą np. żelu aktywizującego z guaraną, sprawdza się on przy masowaniu skóry.

Skuteczna ochrona- zabezpieczanie miejsc narażonych na działanie drażniące kału i moczu, stosowanie pampersów, pamiętając o niepodrażnieniu skóry w kroczu, w celu tym stosowane są kremy ochronne z tlenkiem cynku [7].

Właściwa pielęgnacja obejmuje utrzymanie czystości skóry i optymalne jej nawilżenie poprzez:

- Oczyszczanie skóry z łoju, brudu i zanieczyszczeń, gdy zachodzi potrzeba, nie należy nadmiernie czyścić skóry, ponieważ powoduje to podrażnienie i wysuszenie osłabiając barierę lipidową i funkcję ochronną skóry.
- Delikatne, dokładnie osuszanie miękkim ręcznikiem mokrej skóry, zwracając uwagę na fałdy, miejsce między piersiami.

- Kąpiel w temperaturze 37^0C z zastosowaniem delikatnych środków do mycia o zrównoważonym pH 5,5, należy unikać mydeł alkalicznych, mydeł w kostce, a także agresywnych środków oczyszczających, używanie specjalnych preparatów pielęgnacyjno-myjących np. pianki i chusteczki.
- Nie zaleca się masowania okolic wyniosłości kostnych, oraz miejsc zaczerwienionych i podrażnionych.
- Aplikowanie preparatów i kremów pielęgnacyjnych musi być delikatna i szybka, nie stosuje się nadmiernego pocierania i ugniatania.
- Należy unikać ostrego nacisku, rolowania, ugniatania, ściskania skóry, nie można używać ruchów uderzeniowych, wibracyjnych i perkusyjnych [10].

Znaczenie właściwej diety w profilaktyce odleżyn

Plan opieki nad pacjentem powinien obejmować wsparcie żywieniowe jako nieodłączną część leczenia ran. Najważniejszym elementem diety w przypadku odleżyn jest białko, dlatego zalecana jest przede dieta wysokobiałkowa i wysokoenergetyczna.

Dieta powinna zawierać:

- Produkty pełnowartościowe, sole mineralne i witaminy.
- Białka 1.25-2 g/kg na kilogram masy ciała na dobę w zależności od stopnia zaawansowania lub ryzyka wystąpienia odleżyn.
- Aminokwasy- argininę i glutaminę.
- Suplementacja cynku i żelaza.
- Witaminy A,B,K,C, E.
- Podaż kalorii 25-30 kcal/kg masy ciała na 24 godziny.
- Płyny 30–35 ml/kg masy ciała, co wynosi około 2 litry na dobę [10, 16].

Jeżeli pacjent nie jest w stanie przyjąć diety drogą doustną zalecana jest dieta przemysłowa (np. Nutrison), można stosować ją również jako uzupełnienie naturalnej diety. U wyniszczonych chorych do diety warto dołączyć również środki wspomagające mechanizmy odpornościowe [11].

Cel pracy

Głównym celem przedstawionej pracy jest nakreślenie opieki pielęgniarskiej w warunkach domowych nad seniorem z odleżyną trzeciego stopnia.

Materiał i metodyka

Techniki badań zaprezentowane w przedstawionej pracy to: obserwacja, wywiad, pomiar, analiza dokumentów.

Analizując sytuację zdrowotną pacjentki wykorzystanymi narzędziami badawczymi były: Skala Barthel, Skala NRS (*Numerical Rating Scale*) Skala NRS 2002 (*Nutritional Risk Screening 2002*), Skala Tinetti, Skala GDS *(Geriatryczna Skala Oceny Depresji),* Skala Douglas, Skala Torrance'a.

Badania przeprowadzono w domu pacjentki, uzyskano zgodę od pacjentki i jej rodziny na przeprowadzenie badań naukowych i wykorzystanie informacji o jej przypadku z uwzględnieniem ochrony danych osobowych.

Wyniki

Studium przypadku pacjenta z odleżyną trzeciego stopnia - analiza i opis

Pacjentka L.Ż. lat 72, jest wdową, jej mąż zmarł 10 lat temu, ma 3 synów, mieszka z najmłodszym synem w domu jednorodzinnym na wsi. Syn nie radzi sobie z opieka nad matką w domu, w opiece pomaga mu żona wraz z dziećmi. Pozostali synowie nie odwiedzają matki i nie interesują się stanem zdrowia kobiety, co wpływa na jej zły stan psychiczny. Pacjentka choruje na niedoczynność tarczycy, nadciśnienie tętnicze, a także we wrześniu 2018r temu przeszła operacje wstawienia endoprotezy stawu biodrowego. Operacja poprawiła stan fizyczny, niestety w kolejnych latach pacjentka podupadła na zdrowiu. Kobieta nie może pogodzić się z utratą samodzielności, większość czasu spędza w łóżku. Jej skóra jest sucha, zaniedbana, a na kości krzyżowej znajduje się odleżyna trzeciego stopnia. Odczuwa ból i pieczenie w miejscu wystąpienia odleżyny. Kobieta ponadto ma zaburzoną czynność zwieraczy: nietrzymanie moczu i stolca, a także jest niedożywiona. Rodzina pacjentki nie posiada wiedzy na temat leczenia ran odleżynowych i nie jest w stanie samodzielnie zająć się chorą matką. Chorą wspomaga pielęgniarka Podstawowej Opieki Zdrowotnej, która zna pacjentkę i rodzinę już od kilku lat.

Diagnozy pielęgniarskie, cele, planowanie, realizacja i ocena działań opieki pielęgniarskiej wobec podmiotu badanego

Diagnoza 1: Nietrzymanie moczu wpływa na zwiększoną wilgotność skóry, co tworzy idealne środowisko do powstania odleżyn.

Cel: Eliminacja czynnika ryzyka. Założenie cewnika Foleya.

Plan opieki:

1. Częsta zmiana bielizny osobistej i pościelowej.
2. Stosowanie pampersów i podkładów.
3. Codzienna, dokładna toaleta krocza .
4. Założenie cewnika Foleya.
5. Odnotowanie założenia cewnika.
6. Obserwacja cewnika pod kątem możliwości zakażenia układu moczowego.
7. Kontrola jakości i ilości oddawanego moczu.
8. Systematyczna wymiana worka na mocz.
9. Kontrola drożności cewnika po każdej zmianie pozycji.
10. Utrzymanie worka na mocz poniżej poziomu pęcherza.

Realizacja planu opieki:

1. Zmieniano bieliznę osobistą i pościelową 2 razy dziennie z uwzględnieniem niedopuszczenia do zaginania się prześcieradła i podkładów.
2. Stosowano i systematycznie zmieniano pampersy i podkłady absorbujące wilgoć.
3. Wykonywano toaletę krocza 3 razy dziennie lub więcej jeżeli wymagała tego sytuacja, nie dopuszczono do zabrudzenia okolicy krocza.
4. Założono cewnik Foleya.
5. Obserwowano cewnik i zabarwienie skóry pod kątem możliwości zakażenia
6. Odnotowano założenie cewnika.
7. Kontrolowano kolor, gęstość, ilość, ewentualne wystąpienie krwi w moczu.
8. Opróżniano worek na mocz po napełnieniu 2/3 objętości, wymieniano go co 2-3 dni.
9. Kontrolowano drożność cewnika po każdej zmianie pozycji.
10. Utrzymywano worek na mocz poniżej poziomu pęcherza, nie dopuszczano do zagniecenia cewnika, zmieniano położenie cewnika tak, aby nie dopuścić do powstanie kolejnej odleżyny.

Ocena: Zastosowanie cewnika Foleya zapewniło utrzymanie skóry pacjentki w czystości i suchości. Wyeliminowano jeden z czynników ryzyka. Pacjentka wymaga stałej pielęgnacji i obserwacji cewnika.

Diagnoza 2: Ryzyko powiększenia się i powstania nowych odleżyn.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia odleżyn.

Plan opieki:

1. Ocena ryzyka powstania odleżyn.
2. Toaleta całego ciała.
3. Zastosowanie właściwego opatrunku na istniejącej odleżynie.
4. Zmienianie pozycji ciała pacjentki.
5. Niedopuszczenie do zagnieceń pościeli.
6. Zastosowanie materaca przeciwodleżynowego.
7. Zastosowanie udogodnień.
8. Zapewnienie odpowiedniego mikro klimatu w domu.

Realizacja planu opieki:

1. Oceniono ryzyko powstanie odleżyn na podstawie skali Braden i Norton.
2. Wykonywano toaletę całego ciała 2 razy dziennie z dokładnym osuszaniem skóry
3. Zastosowano opatrunki zlecone przez lekarza.
4. Zmieniano pozycje ciała pacjentki co 2 godziny.
5. Dbano o to, aby pościel pacjentki nie miała zagnieceń, a także o to, by pacjentka nie leżała na przedmiotach użytku codziennego.
6. Zastosowano materac zmiennociśnieniowy, który poprawia krążenie. Zmiana ciśnienia w materacu powoduje uwolnienie ciała od ucisku.
7. Zastosowano poduszki, wałki, które zmniejszają ucisk.
8. Zapewniono odpowiedni klimat. Temperatura 18-21^{0}C i wilgotność 60-70%.

Ocena: Ryzyko rozwoju stopnia rany odleżynowej zmniejszyło się. Skutecznie zmniejszono ryzyko powstania nowych odleżyn.

Diagnoza 3: Nieprawidłowa dieta czynnikiem ryzyka powstawania lub pogłębiania rozwoju odleżyn.

Cel: Zapewnienie odpowiedniej diety.

Plan opieki:

1. Ocena ryzyka niedożywienia.
2. Zapewnienie odpowiedniej ilości białka w diecie.
3. Uzupełnienie niedoborów aminokwasów.
4. Wyrównanie niedoborów witamin i mikroelementów.
5. Zadbanie o odpowiednią ilość spożywanych posiłków w ciągu dnia
6. Odpowiednie przygotowanie posiłków.
7. Uzupełnianie diety produktami wysokoenergetycznymi i wysokobiałkowymi.

Realizacja planu opieki:

1. Oceniono ryzyko niedożywienia na podstawie skali MNA.
2. Zwiększono zapotrzebowanie na białko w diecie, około 1,5-2,1g/kg masy ciała. Wprowadzono do diety nabiał, mięso, ryby, jaja.
3. Uzupełniono niedobory aminokwasów takich jak arginina.
4. Uzupełniano witaminy C,E, i A oraz cynku i selenu.
5. Podawano posiłki 5-6 razy w ciągu doby.
6. Odpowiednio przygotowywano posiłki.
7. Uzupełniano posiłki preparatami wysokoenergetycznymi i wysokobiałkowymi.

Ocena: Zastosowana dieta przyśpiesza proces gojenia się rany odleżynowej.

Diagnoza 4: Ból spowodowany raną odleżynową wywołuje dyskomfort u pacjentki.

Cel: Poprawienie komfortu życia pacjentki.

Plan opieki:

1. Ocena bólu.
2. Oczyszczenie rany.
3. Dezynfekcja rany.
4. Zmiana opatrunku.
5. Stosowanie specjalistycznych opatrunków.
6. Podawanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza.

Realizacja planu opieki:

1. Oceniono ból pacjentki za pomocą skali NRS.
2. Oczyszczono ranę pacjentki solą fizjologiczną.

3. Zdezynfekowano ranę Octaniseptem.
4. Zmieniano opatrunki wedle potrzeb w zależności od ilości wysięku, zadbano o to, aby opatrunek zawsze był suchy i czysty.
5. Zastosowano Granuflex oraz inne Hydrożele.
6. Podawano leki na zlecenie lekarza.

Ocena: Dzięki zastosowanym środkom ból zmniejszył się.

Diagnoza 5: Zaniedbanie skóry pacjentki znacznie wpływa na ryzyko powstania odleżyn.

Cel: Poprawa stanu skóry.

Plan opieki:

1. Monitorowanie stanu skóry pacjentki.
2. Toaleta całego ciała.
3. Dokładne osuszanie skóry pacjentki.
4. Eliminacja wysuszania skóry lub jej nadmiernego pocenia.
5. Nacieranie skóry.
6. Oklepywanie pacjentki.

Realizacja planu opieki:

1. Monitorowanie stanu skóry pod kątem zmiany koloru, temperatury, struktury i uszkodzeń.
2. Wykonywano toaletę całego ciała stosując środki myjąco-natłuszczające, utrzymując odpowiednie pH skóry.
3. Dokładnie i delikatnie bez pocierania osuszano skórę po kąpieli miękkim ręcznikiem.
4. Stosowano delikatne balsamy i środki nawilżające w celu eliminacji wysuszenia skóry.
5. Nacierano skórę pacjentki oliwką w celu zwiększenia jej elastyczności.
6. Oklepywano pacjentkę omijając wyniosłości kostne, by nie uszkodzić naskórka.

Ocena: Stan skóra pacjentki uległ poprawie, skóra jest czysta i nawilżona.

Diagnoza 6: Pogorszenie stanu zdrowia pacjentki wzbudza w niej niepokój i lęk o przyszłość.

Cel: Poprawa stanu psychicznego pacjentki.

Plan opieki:

1. Częste rozmowy z pacjentką.
2. Zapełnienie czasu wolnego.
3. Nauka metod relaksacyjnych.
4. Zapewnienie kontaktu z bliskimi.

5. Przywoływanie pozytywnych myśli i wspomnień.
6. Zapewnienie pacjentce kontaktu z psychologiem.

Realizacja planu opieki:

1. Rozmawiano z chorą, wysłuchując jej problemów, udzielono jej wsparcia, dodano wiary i wzbudzono zaufanie.
2. Zapewniono rozrywkę w czasie wolnym pacjentki, dostarczono ciekawe książki i czasopisma.
3. Nauczono metod relaksacyjnych, których pacjentka używa w chwilach zwątpienia i momentach osamotnienia.
4. Zapewniono jak najczęstszy kontakt z rodziną, syn, synowa i wnuki chętnie włączyły się w terapie zajęciową mająca na celu zajęcie czasu chorej.
5. Przywołano dobre wspomnienia dzięki oglądaniu z chorą zdjęć rodzinnych.
6. Zapewniono pacjentce kontakt z psychologiem i księdzem z lokalnej parafii, ponieważ pacjentka jest głęboko wierząca.

Ocena: Niepokój i lęk pacjentki zmniejszyły się dzięki przywróceniu więzów rodzinnych. Pacjentka wymaga dalszego kontaktu z psychologiem i poświęcania jej uwagi.

Diagnoza 7: Stan i wiek pacjentki zwiększa ryzyko upadków.

Cel: Utworzenia bezpiecznego otoczenia

Plan opieki:

1. Ocena ryzyka upadków.
2. Zadbanie o prawidłowe obuwie.
3. Poinformowanie o zakazie samodzielnego poruszania się.
4. Nauka używania chodzika rehabilitacyjnego.
5. Polecenie rodzinie, by zamocowała uchwyty wspomagające.
6. Rozmieszczenie telefonu i rzeczy pierwszej potrzeby w zasięgu pacjentki.
7. Wyeliminowanie czynników stresujących.
8. Nauczenie pacjentki poprawnego wstawania z łóżka.

Realizacja planu opieki:

1. Oceniono ryzyko upadków za pomocą skali Tinetti.
2. Zadbano o obuwie antypoślizgowe z płaską powierzchnią, aby zapewnić bezpieczeństwo.
3. Poinformowano pacjentkę o zakazie samodzielnego poruszania się, wytłumaczono niebezpieczeństwa za tym idące.

4. Nauczono pacjentkę poruszania się za pomocą chodzika rehabilitacyjnego pod okiem rodziny.
5. Polecono rodzinie zamontowanie uchwytów pomagających wstawanie pacjentki, a także zachowanie równowagi w przypadku potknięć.
6. Ułożono telefon, wodę i wszystkie potrzebne rzeczy na szafce obok łóżka tak, aby chora miała je w zasięgu dłoni.
7. Wyeliminowano hałas drażniący pacjentkę.
8. Nauczono pacjentkę wstawać powoli unikając nagłych ruchów, by nie spowodować zawrotów głowy.

Ocena: Stosując wymienione techniki i udoskonalenia zwiększyło się bezpieczeństwo pacjentki.

Diagnoza 8: Deficyt wiedzy pacjentki i rodziny na temat opieki nad chorą.

Cel: Zmniejszenie deficytu wiedzy o chorobie.

Plan opieki:

1. Ocena poziomu samoopieki.
2. Edukacja o chorobie.
3. Przedstawienie następstw związanych z chorobą.
4. Zapewnienie broszur zawierających najważniejsze informacje pomocne rodzinie.
5. Nauka poprawnej zmiany pozycji.
6. Zwrócenie uwagi na zachowanie profilaktyki.
7. Wsparcie rodziny w długotrwałym procesie gojenia rany.

Realizacja planu opieki:

1. Oceniono zdolność do samoopieki za pomocą skali Barthel.
2. Edukowano pacjentkę i głównie rodzinę o istocie choroby, jej powstaniu, czynnikach, możliwości leczenia.
3. Poinformowano rodzinę pacjentki o następstwach rozwoju stopnia odleżyn.
4. Zapewniono artykuły, książki, broszury informacyjne wzbogacające wiedze.
5. Nauczono rodzinę pacjentki jak poprawie zmieniać pozycje nie narażając na tarcie.
6. Nakreślono znacznie profilaktyki przeciwodleżynowej w przypadku poprawy stanu pacjentki.
7. Wsparto rodzinę zapewniając jej kontakt z psychologiem i rozmawiając z nimi o stanie zdrowia pacjentki.

Ocena: Wiedza pacjentki i rodziny wzbogaciła się, rodzina wykazuje chęć pomocy opieki nad chorą. Wymagana jest dalsza edukacja rodziny w teorii i praktyce.

Diagnoza 9: Ryzyko zaburzeń wodno-elektrolitowych na skutek biegunki.

Cel: Likwidacja ryzyka.

Plan opieki:

1. Ocena nawodnienie pacjenta.
2. Odpowiednie nawodnienie pacjenta.
3. Monitorowanie bilansu płynów.
4. Założenie karty gorączkowej.
5. Monitorowanie parametrów życiowych.
6. Obserwacja stolca.
7. Dokładnie oczyszczanie okolic odbytu.
8. Stosowanie dokładniej kąpieli przy zabrudzeniu się pacjenta.
9. Podawanie leków przeciwbiegunkowych.

Realizacja planu opieki:

1. Oceniono stopień nawodnienia sprawdzając elastyczność i napięcie skóry.
2. Zachęcano pacjentkę do wypijania większej ilości płynów, przynajmniej 1,5 litra dziennie.
3. Przeprowadzono dobowy bilans płynów.
4. Założono kartę gorączkową i odnotowywano w niej zachodzące zmiany.
5. Monitorowano temperaturę, tętno, ciśnienie krwi.
6. Obserwowano stolec pod kątem ilości i jakości, wszystko odnotowywano w karcie gorączkowej.
7. Dokładnie i delikatnie oczyszczano okolice odbytu.
8. W przypadku mocniejszego zabrudzenia się pacjenta stosowano dokładną kąpiel.
9. Podano leki przeciwbiegunkowe.

Ocena: Zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej nie wystąpiły, biegunka ustała dzięki nawodnieniu pacjenta i lekom przeciwbiegunkowym.

Diagnoza 10: Niedosłuch przyczyną zaburzenia komunikacji z otoczeniem, co sprawia, że chora nie może wyrazić swoich wszystkich potrzeb.

Cel: Ułatwienie komunikacji z pacjentem.

Plan opieki:

1. Powolne i głośne powtarzanie słów.
2. Nauka czytania z ruchu warg.
3. Stałe utrzymywanie kontaktu wzrokowego w czasie rozmowy.
4. Częsta gestykulacja.
5. Zastosowanie ćwiczeń na poprawę koncentracji.
6. Ograniczenie zbędnych bodźców.
7. Wprowadzenie ćwiczeń poprawiających pamięć.

Realizacja planu opieki:

1. Mówiono do pacjentki powoli i głośno zwracając uwagę, czy zrozumiała przekazywane informacje.
2. Nauczono pacjentkę czytać podstawowe słowa z ruchu warg.
3. Stale utrzymywano kontakt wzrokowy podczas rozmowy z pacjentką okazując jej zrozumienie i cierpliwość.
4. Gestykulowano podczas rozmowy, by pacjentka odczytała niektóre rzeczy z ruchu rąk i gestów.
5. Polecono rodzinie czytań książki pacjentce w celu poprawy koncentracji.
6. Ograniczono głośne granie radia i telewizora, by ograniczyć zbędne bodźce.
7. Prowadzono ćwiczenia usprawniające pamięć.

Ocena: Komunikacja z pacjentką została ułatwiona, mimo niedosłuchu chora rozumie informacje, które przekazuje jej otoczenie.

Wnioski

Analizując zebrane informacje na temat stanu zdrowia opisanej pacjentki, opierając się o zaprezentowane badanie naukowe sformułowano poniższe wnioski:

1. Jak najdłuższe zachowanie samodzielności seniora jest znacząco ważnym wyznacznikiem, podnosi ono jakości życia. Z wiekiem i postępującą chorobą samodzielność staje się ogromnym wyzwaniem. Pacjentka utraciła swoją niezależność w aspekcie samodzielności i ma problem z wykonywaniem podstawowych czynności życiowych. Pielęgniarka

promowała sprzyjające zachowania utrzymujące sprawność na możliwie wysokim poziomie, aby zwiększyć samodzielność chorej.

2. Najważniejszym elementem w pracy z chorą jest uzyskanie jej zaufania, zaoferowanie jej indywidualnego podejścia i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa. Pielęgniarka spełniając te kryteria zyskuje zaufanie swojej pacjentki, która chętnie zaczyna współpracować z zespołem terapeutycznym. Pacjentce okazano zrozumienie, życzliwość i troskę, co skutkuje zapewnieniem komfortu psychicznego, dzięki któremu pacjentka chce współpracować z zespołem terapeutycznym dążącym do tego, aby możliwie jak najbardziej poprawić jej sprawność fizyczną i sprawowanie samoopieki.
3. W przedstawionej pracy ważnym zadaniem pielęgniarki jest sprawowanie funkcji opiekuńczej. Obserwowano pacjentkę pod kątem zmiany i pogorszenia stanu zdrowia monitorując jej potrzeby. Funkcja opiekuńcza w przypadku owej pacjentki polegała głównie na poprawie samopoczucia, samodzielności i niezależności pacjentki. Celem opieki jest profilaktyka, ciągła obserwacja i zachowanie z chorą jak najlepszego kontaktu, aby poprawić jej stan fizyczny i psychiczny.
4. Profilaktyka przeciwodleżynowa to bardzo złożony i długotrwały proces, ale mający ogromne znaczenie, pielęgniarka niewątpliwie pełni tu wiodącą role prowadząc szereg kompleksowych zabiegów i działań pielęgniarskich prowadzących do eliminacji, bądź zmniejszenia ryzyka wystąpienia/pogłębienia odleżyny. Rolą pielęgniarki w postępowaniu przeciwodleżynowym jest ocena stopnia odleżyny lub ryzyka jej powstania, dokładne i indywidualne zaplanowanie działań zgodnie ze standardami i skrupulatne wykonywanie owych działań profilaktycznych.
5. Edukacja rodziny pacjentki odegrała znacząca rolę w opiece nad chorą, bliscy pacjentki nie dysponowali odpowiednim przygotowaniem i wiedzą pozwalająca na sprawowanie opieki domowej. Pielęgniarka dostarczyła rodzinie odpowiednie materiały pozwalające zrozumieć istotę choroby, rodzinę nauczono również umiejętności praktycznych. Przekazanie wiedzy teoretycznej i praktycznej przygotowało rodzinę do opieki nad pacjentką zapewniając jej jeszcze lepszą opiekę.

Piśmiennictwo

1. Kapała W.: Starzenie się skóry. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2021; 9: 21- 22.
2. Muszalik M.: Problemy pielęgniarstwa geriatrycznego. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.

3. Wieczorowska-Tobis K., Podczaska-Neumann A.: Geriatria praktyczny przewodnik. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2021.
4. Wiśniewski M., Kaptacz I.: Opieka nad pacjentem ze zmianami w obrębie skóry i tkanki podskórnej [w:] Pielęgniarstwo opieki paliatywnej, Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 159-172.
5. Szewczyk T. M., Jawień A.: Leczenie ran przewlekłych. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2019.
6. Szkiler E.: Profilaktyka przeciwodleżynowa i pielęgnacja skóry u chorego przebywającego na oddziale intensywnej terapii. Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece 2017; 3(4): 193-197.
7. Czeczelewska E.: Etiologia i charakterystyka ran odleżynowych. Odleżyny. Poradnik dla pielęgniarek i położnych. Wyd. Lekarskie PZWL 2021..
8. Krasowski G., Kruk M.: Leczenie odleżyn i ran przewlekłych. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.
9. Krężel J.: Odleżyny, Leczenie ran w praktyce pielęgniarki i położnej. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2019; 12: 20.
10. Szewczyk M., Cwałda-Białasik J., Mościcka P. i wsp.: Leczenie odleżyn - Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Część II. Leczenie Ran 2020; 17(4): 122-164.
11. Szkiler E.: Poradnik pielęgnacji ran przewlekłych. Wyd. Evereth, Warszawa 2014.
12. Szymańska P., Wójcik A.M., Bazaliński D., Leppert W.: Zarządzanie raną w obrębie pięt jako element całościowej opieki nad chorym u kresu życia – przegląd literatury i doświadczenia własne. Medycyna Paliatywna 2021; 13(3): 112–123.
13. Wysokiński P., Świeszczak K.: Odleżyny jako istotny problem w opiece i rehabilitacji pacjenta unieruchomionego. Horyzonty Współczesnej Fizjoterapii 2017; 195-211.
14. Kempa S., Klich D., Zaporowska-Stachowiak I., Sopata M.: Odleżyny u pacjentów w terminalnej fazie choroby. Leczenie Ran 2017; 13: 147-155.
15. Ślusarska B., Zarzycka D., Majda A.: Podstawy pielęgniarstwa tom 2. PZWL, Warszawa 2017.
16. Kilańska D.: Leczenie ran. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.

Charakterystyka pacjentów OIT Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku narażonych na wystąpienie odleżyn

Natalia Gorbacewicz[1], Anna Baranowska[2] , Beata Olejnik[3]

1. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Odleżyny to poważny problem medyczny, z którym zmaga się wielu pacjentów, głównie są to osoby niezdolne do samodzielnego poruszania się. Ten rodzaj ran charakteryzuje się uszkodzeniem skóry, a także leżących pod nią tkanek, co następnie prowadzi do owrzodzenia. Następuje to w wyniku długotrwałego nacisku, co powoduje nieprawidłowe ukrwienie. Odleżyny same w sobie są najczęstszym powikłaniem u pacjentów niezdolnych do poruszania się, ale również mogą prowadzić do wielu groźnych dla pacjentów komplikacji. Są także źródłem bólu, obniżając przy tym jakość życia i wydłużając hospitalizację [1, 2].

Brak jest konkretnych informacji na temat częstości z jaką występują odleżyny w naszym kraju, jednak według danych w literaturze jest to od 7,5% do 27,5%. Badania przeprowadzone w latach 2012- 2014 w jednym z hospicjum pokazały, że aż 25% chorych ma już powstałe zmiany odleżynowe przy przyjęciu, natomiast u prawie 12% pojawiają się podczas pobytu w ośrodku. Dane statystyczne charakteryzują się dużą rozpiętością, ponieważ wiele zależy od miejsca, w którym przebywa pacjent, rozpoznania czynników ryzyka, personelu. W USA szacuje się, iż u chorych przewlekle powszechność pojawienia się ran odleżynowych wynosi 2,2%-23,9% [3, 4]. Natomiast w Wielkiej Brytanii występują one z częstością ok. 3,1 na 10000 mieszkańców, a budżet jaki trzeba przeznaczyć na leczenie wynosi około 4% całej sumy przeznaczonej na ochronę zdrowia [5].

Cel pracy

1. Ocena występowania odleżyn z wykorzystaniem Międzynarodowej skali klasyfikacji odleżyn EPUAP wśród pacjentów OIT.
2. Sposoby pielęgnacji odleżyn u badanych pacjentów.
3. Sposoby profilaktyki odleżyn u badanych pacjentów.

Materiał i metody

Materiał badawczy obejmował 50 pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala w Białymstoku. Badania przeprowadzono od 01.12.2021 do 01.03.2022 r. Były to kobiety i mężczyźni w wieku od 18 r.ż. do 96 r.ż.

Metodą badawczą była analiza danych uzyskanych w oparciu o stworzony specjalnie dla potrzeb tego badania przewodnik: Kwestionariusz do oceny ryzyka powstania odleżyn, w trakcie opieki nad pacjentami na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala w Białymstoku.

Wykorzystano następujące metody zbierania danych o pacjencie: analiza dokumentacji, pomiary, obserwacja rany.

Pozostałe narzędzia jakie wykorzystano to:

- Międzynarodowy Systemem Klasyfikacji Odleżyn opracowany przez EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory – Europejski Panel Doradczy ds. Odleżyn) i NPUAP (American National Pressure Ulcer Advisory Panel) mierzy rozwój odleżyny w 4-stopniowej skali.

1 stopień: Nieuszkodzona skóra z ograniczonym obszarem niebledniącego rumienia.

2 stopień: Częściowa utrata grubości skóry właściwej o wyglądzie płytkiego otwartego owrzodzenia z czerwono-różowym dnem

3 stopień: Pełna utrata grubości tkanki skórnej

4 stopień: Pełna utrata grubości tkanek z odsłonięciem ścięgien mięśni.

Do analizy danych pod kątem ilościowym i jakościowym wykorzystano program Microsoft Excel 2016.

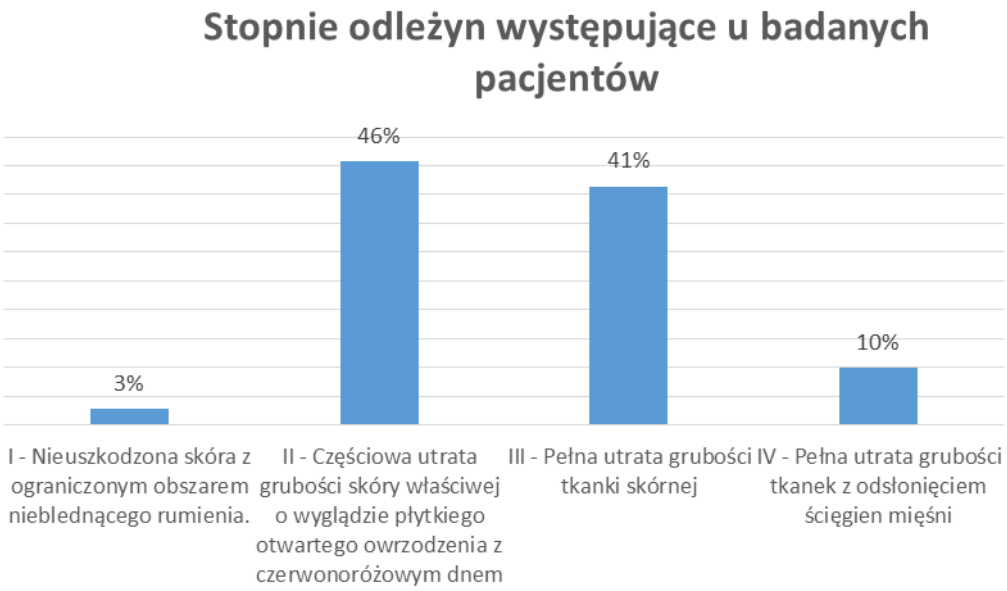
Decyzją nr APK.002.571.2021 Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku z dnia 16.12.2021 uzyskano zgodę na przeprowadzenie tematu badawczego.

Wyniki

Wśród badanej grupy na OIT znacznie przeważali mężczyźni – 34 (68%). Kobiet odnotowano 16 (32%). Spośród wszystkich przypadków, zdecydowanie przewyższał odsetek osób w przedziale wiekowym 61-70 lat – 21(42%) pacjentów, kolejno chorzy w wieku 71-80 lat - 8 osób (16%). Niewiele mniej, bo 14% (7 pacjentów) stanowiła grupa wiekowa 51-60 lat. Trzech pacjentów było powyżej 80r.ż. pozostali poniżej 51 r.ż.

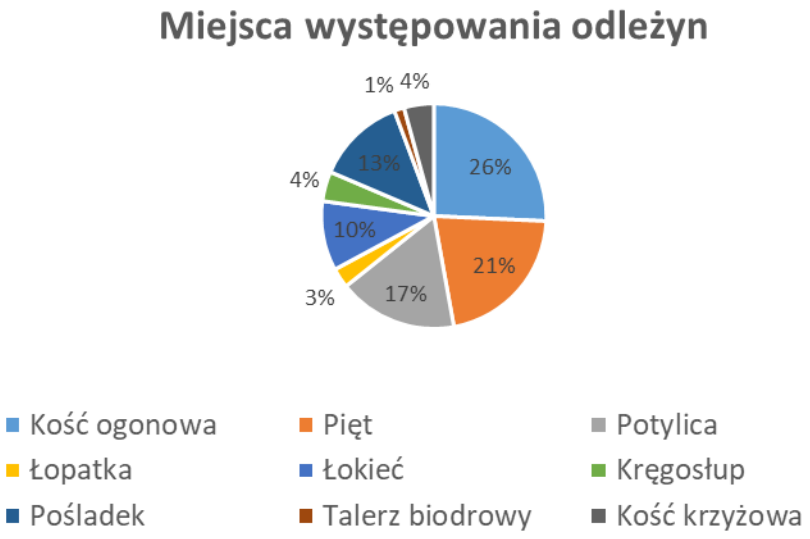
Odleżyny wystąpiły u 88% (n=14) badanych kobiet oraz u 68% (n=23).

Dzięki zastosowanej skali EPUAP/NPUAP dokonano klasyfikacji odleżyn i określono częstotliwość występowania wg stopni zaawansowania. Dzięki temu można stwierdzić, że na danym oddziale najwięcej było tych II stopnia, 46% wszystkich odleżyn. Tylko o 5% mniej było rozwiniętych do stopnia III. Najmniej, bo zaledwie 3% wszystkich odleżyn zostało zakwalifikowane do odleżyn stopnia I. Za to najbardziej zaawansowane stanowią 10%. Szczegółowe wyniki przedstawiono na Rycinie 1.



Rycina 1. Występowanie odleżyn według skali EPUAP/NPUAP

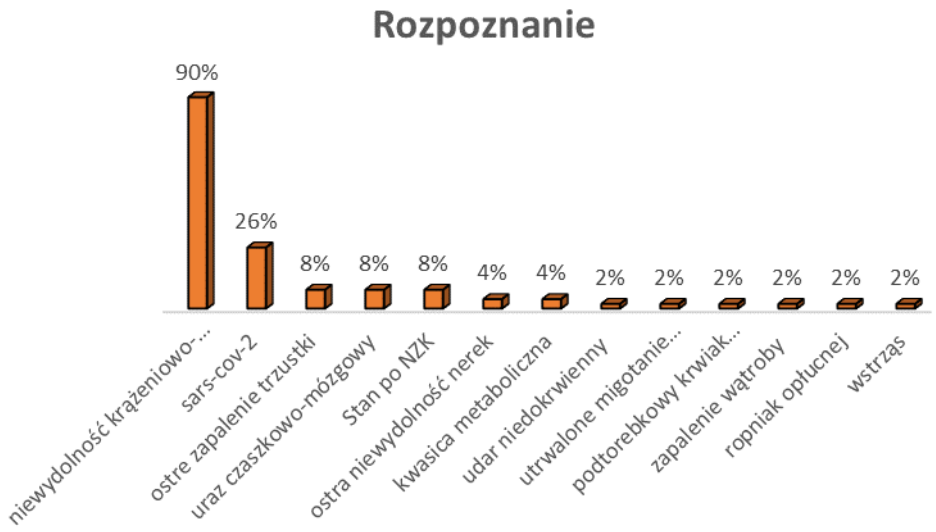
Badania pozwoliły określić najczęstsze miejsca występowania odleżyn u pacjentów Oddziału Intensywnej Terapii. Na pierwszym miejscu znalazł się obszar kości ogonowej, stanowiący 26% (n=18) wszystkich odleżyn. Kolejnym miejscem są pięty - 15 (21%). Popularnym miejscem okazała się także potylica- 12 (17%). W tych trzech miejscach odleżyny rozwijały się najczęściej. Pozostałe dane ukazano na Rycinie 2. Najbardziej narażone są więc miejsca, gdzie ucisk jest największy, gdy pacjent leży w pozycji na plecach.



*Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ niektórzy badani pacjenci mieli więcej niż jedną odleżynę.

Rycina 2. Miejsca występowania odleżyn

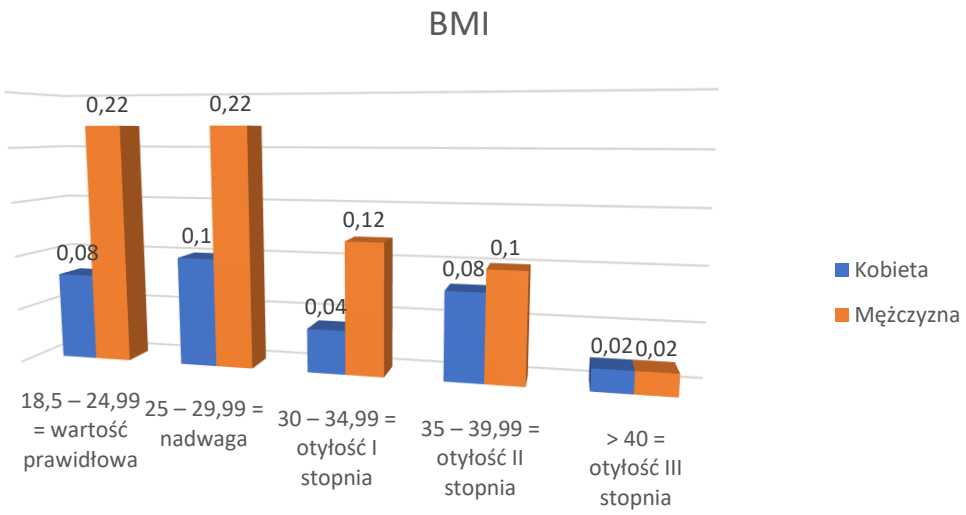
Wyniki pokazują, że u zdecydowanej większości głównym rozpoznaniem była ostra niewydolność krążeniowo-oddechowa 90% (45 osób), dużą rolę odegrały również powikłania wynikające z trwającej pandemii SARS-COV-2 13 pacjentów, czyli 26%. Oprócz wyżej wymienionych objawów, u pacjentów występowały również dodatkowe różne stany chorobowe, które przyczyniały się do konieczności hospitalizacji na Oddziale Intensywnej Terapii, gdyż stanowiły duże zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów. Szczegółowe dane dotyczące rozpoznania u pacjentów OIT umieszczone na Rycinie 3.



*Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ badani pacjenci mieli więcej niż jedno rozpoznanie

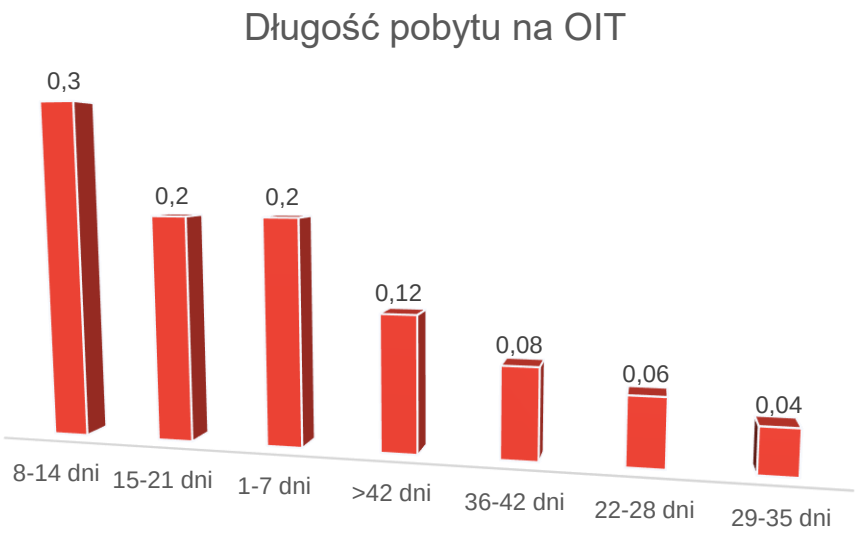
Rycina 3. Rozpoznania pacjentów przyjętych na OIT

W dalszej kolejności analizie statystycznej poddano BMI pacjentów. Patrząc ogólnie, najwięcej pacjentów charakteryzowało się nadwagą. Jeśli chodzi o mężczyzn, liczba przewyższa ilość kobiet o ponad połowę, ponieważ jest to kolejno 11 mężczyzn (22%) i 5 kobiet (10%). Bardzo zbliżona jest liczba osób z prawidłowymi wartościami BMI. Jest to 30% wszystkich pacjentów (kobiet 4, mężczyzn 11). Najmniej liczną grupą okazali się chorzy, u których wskaźnik masy ciała wynosił >40, co wskazywało na otyłość III stopnia. Była to 1 kobieta oraz 1 mężczyzna. Dokładne dane przedstawia Rycina 4.



Rycina 4. Wyniki BMI u poszczególnych płci

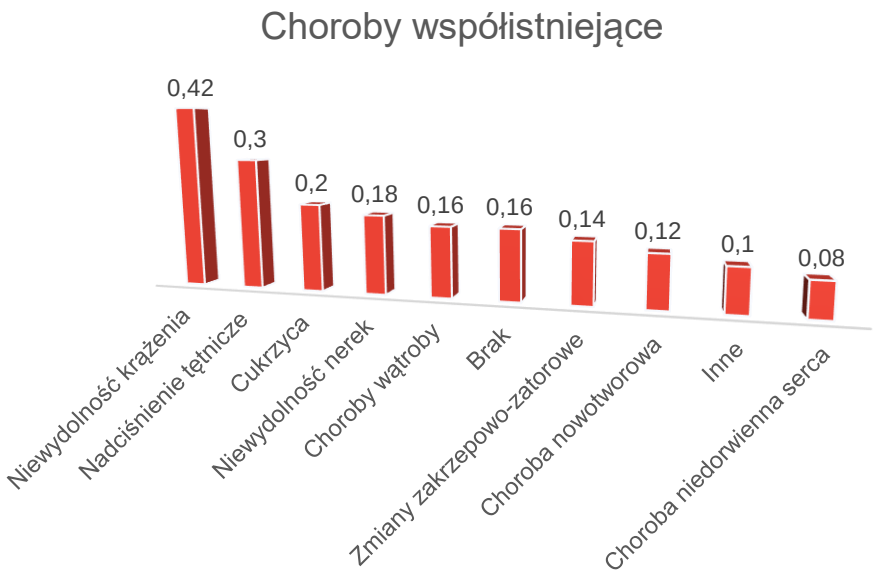
Badana była również długość pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii. Najwięcej pacjentów było hospitalizowanych od 1 tygodnia do 2. Stanowili oni 30% (n=15) badanych. Na drugim miejscu byli chorzy przebywający zarówno do 7 dni jak i od 15 do 21 (20%, n=10). Natomiast najdłuższa hospitalizacja, czyli ponad 42 dni trwała u 12% (n=6) pacjentów. Wiadome jest, że im pacjent przebywa na takim oddziale dłużej, tym ryzyko wystąpienia odleżyn jest u niego większe. Jednak dłużej przebywających na OIT pacjentów było już mniej. Szczegółowe wyniki zawarto na Rycinie 5.



Rycina 5. Długość hospitalizacji na OIT

Choroby współistniejące

Oprócz wyżej wymienionych czynników, wpływ na wystąpienie odleżyn mają również m.in. choroby współistniejące. Każda z nich może w większym bądź mniejszym stopniu powodować powstawanie owrzodzeń. Według przeprowadzonego badania, najczęstszą z chorób przewlekłych była niewydolność krążenia (42%, n=21). Wynika to z tego, że pojawiła się ona prawie u połowy badanych przypadków. Aż 30% (n=15) badanych chorowało na nadciśnienie tętnicze, natomiast 20% (n=10) miało cukrzycę**.** W nieco mniejszym stopniu, pacjenci cierpieli na niewydolność nerek – 18% (n=9), a także choroby wątroby- 16% (n=8). Natomiast 16% nie miało żadnych chorób współistniejących. Szczegółowo częstotliwość występowania chorób współistniejących została przedstawiona na Rycinie 6.



*Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ niektórzy badani pacjenci mieli więcej niż jedną chorobę współistniejącą

Rycina 6. Częstość występowania chorób współistniejących u pacjentów OIT

W celu leczenia powstałych już odleżyn stosuje się specjalistyczne opatrunki. Dokonano analizy zastosowanych opatrunków w zależności od stopnia zaawansowania odleżyny. Przy odleżynach I stopnia używano jedynie opatrunków hydrokoloidowych (100%, n=2). Przy bardziej zaawansowanych odleżynach, ilość stosowanych opatrunków zwiększała się. Łączono ze sobą różne rodzaje, w zależności od potrzeb danej rany. Przy II stopniu mimo wszystko również przeważały opatrunki hydrokoloidowe (53%, n=17). Natomiast przy III stopniu odleżyny, najczęściej używano jednocześnie opatrunków hydrożelowych z poliuretanowymi (48%, n=14). Taki sam wybór podejmowano najczęściej przy zaopatrywaniu odleżyn IV stopnia. Dokładne dane dotyczące stosowanych opatrunków przedstawiono w Tabela 1.

Tabela 1. Rodzaje opatrunków stosowanych w zależności od stopnia odleżyn

	Liczba użytych opatrunków			
Stosowane opatrunki	I stopień	II stopień	III stopień	IV stopień
alginianowe			1	
Hydrokoloidowe	2	17	1	
Hydrokoloidowe, hydrożelowe			1	
Hydrokoloidowe, poliuretanowe			1	
hydrowłókniste, poliuretanowe		3		
hydrożelowe, hydrowłókniste		1	4	1
hydrożelowe, hydrowłókniste, poliuretanowe			1	1
hydrożelowe, poliuretanowe		2	14	5
Poliuretanowe		9	6	

Jeśli zaś chodzi o stosowaną profilaktykę na danym oddziale, to u wszystkich pacjentów stosowano rehabilitację, którą wykonywała fizjoterapeutka pracująca na OIT. Oprócz tego każdemu zmieniano pozycję oraz używano udogodnień. Dzięki specjalistycznym łóżkom, możliwe były one również bez pomocy personelu. Każdy pacjent miał codziennie nawilżaną skórę oliwkami, maściami, m.in. tranowymi, PC30V. Oklepywano chorych, jeśli nie mieli przeciwwskazań.

Dyskusja

Odleżyny to powszechny problem u pacjentów unieruchomionych, w ciężkich stanach zdrowia. Są to m.in. chorzy hospitalizowani na Oddziałach Intensywnej Terapii. Wpływ na rozwój odleżyn ma wiele czynników. Problem ten dotyczy osób w różnym wieku, ale głównie narażone są osoby starsze [1, 6]. Jak podaje literatura, ilość odleżyn w naszym kraju waha się od 7,5% do 27,5%, brak jest konkretnych danych statystycznych. Pacjenci są często przyjmowani na oddziały z już powstałymi zmianami odleżynowymi. Rozwój tych odleżyn w 30-40% następuje w początkowych tygodniach hospitalizacji. Ważną kwestią jest więc, rozpoznanie ryzyka jakie u danego pacjenta występuję oraz wdrożenie odpowiedniej

profilaktyki. Zapobieganie występowaniu odleżyn może nawet 10-krotnie zmniejszyć wydatki związane z opieką nad chorym [3].

Ważnym czynnikiem ryzyka rozwoju odleżyn jest wiek pacjenta, a także długość jego hospitalizacji. Według wielu badaczy wiek chorych miał istotny wpływ na rozwój odleżyn [7, 8]. W badaniach Rezmerskiej i Czarneckiej, dotyczących ryzyka rozwoju odleżyn u pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, przeważającym przedziałem wiekowym było 61-70 lat [1]. W badaniach własnych u wszystkich pacjentów w przedziale wiekowym 31-40, 41-50, jak i >80 lat występowały odleżyny. Zauważalne było, że najmniej narażeni w porównaniu z innymi grupami byli pacjenci <30 roku życia. Zauważalna jest również tendencja do częstszego pojawiania się tych zmian przy dłuższej hospitalizacji, a szczególnie III i IV stopnia. Pobyt w szpitalu ma zatem duży wpływ na rozwój odleżyn. Potwierdzenie możemy znaleźć również w innych artykułach [8].

Najczęstszymi chorobami współistniejącymi, jakie występowały u badanych były niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, ale także niewydolność nerek czy wątroby. W nieco mniejszym stopniu były to zmiany zakrzepowo-zatorowe, choroba nowotworowa i choroba niedokrwienna serca. Według piśmiennictwa tego typu choroby także miały znaczący wpływ na rozwój odleżyn. W badaniach Popow i wsp. pośród wewnętrznych czynników ryzyka brano pod uwagę między innymi niewydolność krążenia, niewydolność oddechową, miażdżycę i cukrzycę, czyli podobnie jak w badaniach własnych. Z rozpoznaniem niewydolności krążeniowo-oddechowej trafiała na OIT większość badanych pacjentów. Wracając do badania zawartego w piśmiennictwie, wśród pacjentów z odleżynami, które powstały w szpitalu, najwięcej było chorych na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, miażdżycę, a także POCHP i astmę. Natomiast nie miały wpływu na wystąpienie odleżyn podczas pobytu w szpitalu przyczyny onkologiczne i neurologiczne [9]. Takich pacjentów było również nieco mniej w badaniu własnym w porównaniu z chorobami wymienionymi wyżej. Można stwierdzić, że choroby współistniejące stanowią ryzyko rozwoju odleżyn wielu pacjentów przyjmowanych na Oddział Intensywnej Terapii.

W badaniu przeprowadzonym przez Cox J., najczęstszym miejscem występowania odleżyn była kość krzyżowa (58%), następnie pośladek (34%) oraz pięty (5%) [8]. W pracy własnej potwierdzone zostają dane innych badaczy, co do miejsc występowania odleżyn. Na pierwszym miejscu znalazła się kość ogonowa (26%), na drugim pięty (21%), a trzecie miejsce to potylica (17%). Są to obszary najbardziej narażone u pacjentów OIT, którzy byli unieruchomieni.

Użycie opatrunków specjalistycznych przy istniejących już zmianach przyspiesza ich gojenie, a także przeciwdziała dalszemu procesowi chorobowemu i zmniejsza częstość bolesnych zmian przy stosowaniu opatrunków tradycyjnych. Aby opatrunki przynosiły efekty należy je odpowiednio dobrać, w zależności od stopnia zaawansowania odleżyny oraz jej cech. W przeprowadzonych badaniach najmniej było odleżyn I stopnia. Jest to skóra nieuszkodzona, lekko zaczerwieniona. Zastosowano opatrunki hydrokoloidowe. W piśmiennictwie można znaleźć potwierdzenie, że można je używać w ramach profilaktyki, a oprócz tego skórę należy traktować np. emolientami [10]. Jeśli chodzi o II stopień, gdzie następuje ubytek grubości skóry, dno rany jest różowe i zachodzi proces naskórkowania, najczęściej stosowano również opatrunki hydrokoloidowe, ale oprócz tego, według potrzeb poliuretanowe oraz łączenie ich z hydrowłóknistymi i hydrożelowymi. Podobne działanie w tego rodzaju odleżynach widoczne jest w artykule Sopaty M. i wsp. [11]. W III stopniu odleżyny następuje uszkodzenie skóry pełnej grubości. Można w dnie rany zauważyć proces ziarninowania, bądź też martwicy rozpływnej i w zależności od cech rany, dobiera się opatrunek. W badaniu wykorzystano praktycznie wszystkie rodzaje opatrunków, biorąc pod uwagę zjawisko jakie zachodzi w odleżynie. Według Sopaty M. i wsp., gdy widoczne jest czerwone dno, zadaniem opatrunku jest stworzenie wilgotnego środowiska oraz stymulowanie ziarninowania. Najlepsze więc były opatrunki hydrokoloidowe, poliuretanowe, a także hydrożelowe. W przypadku sporego wysięku sprawdzały się opatrunki hydrowłókniste lub alginianowe. Przy martwicy rozpływnej, która nadaje ranie kolor żółty, wg artykułu zadaniem jest oczyszczenie rany oraz wilgotne środowisko. Powinno się zatem stosować alginiany, hydrokoloidy, opatrunki poliuretanowe, hydrowłókniste, jest także wspomniany żel hydrokoloidowy, który utrzymuje wodną równowagę w ranie. Zaś w odleżynach IV stopnia, gdzie często występuje sucha martwica zalecane jest chirurgiczne oczyszczanie, ale oprócz tego podany jest sposób na stosowanie gazików nasączonych Octeniseptem lub używanie hydrożeli [11]. W badaniach własnych w leczeniu najczęściej używany był ostatni sposób, często łączony z opatrunkami poliuretanowymi, które zawierają piankę, jako profilaktykę dalszego nacisku na ten obszar. Podczas leczenie odleżyn na OIT stosowano podobny model leczenia, jak opisano w literaturze, dobierając opatrunki indywidualnie do potrzeb pacjentów.

Jeśli chodzi o profilaktykę rozwoju odleżyn, w literaturze można znaleźć różnego rodzaju działania zapobiegające. Jest to między innymi stosowanie udogodnień, np. wałków, materacy odleżynowych, zmiany pozycji ciała, obserwacja skóry. Głównym celem jest zminimalizowanie ucisku i czasu trwania unieruchomienia, co często jest trudne do wykonania

u pacjentów OIT [12]. W badaniach własnych najczęściej stosowano rehabilitację, oklepywanie, zmiany pozycji oraz stosowanie środków nawilżających. Według wykorzystanej dokumentacji medycznej, u wszystkich pacjentów była stosowana odpowiednia profilaktyka. Nie zawsze da się jednak w pełni zapobiec powstaniu odleżyn, mimo starań.

Wnioski

1. Według badań na Oddziale Intensywnej Terapii, odleżyny występowały u 88% kobiet i 68% mężczyzn.
2. Najczęściej występowały odleżyny II stopnia (46%) i III stopnia (41%), natomiast najpopularniejszym miejscem była kość ogonowa (26%), pięty (21%) i potylica (17%).
3. W celu wyleczenia powstałych już zmian odleżynowych, stosowano specjalistyczne opatrunki.
4. Zastosowanie właściwych działań profilaktycznych może zmniejszyć ryzyko odleżyn, jednak przez współwystępowanie różnych czynników nie zawsze da się ich uniknąć.

Piśmiennictwo

1. Rezmerska L., Czarnecka M.: Ocena ryzyka rozwoju odleżyn u pacjentów długotrwale unieruchomionych w zależności od metody i rodzaju żywienia. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej 2016; 1: 25-31.
2. Kottner J., Cuddigan J., Carville K. et al.: Pressure ulcer/injury classification today: An international perspective. Journal of Tissue Viability 2020; 29: 197-203.
3. Bazaliński D., Kózka M. (red.): Odleżyny w praktyce klinicznej. Zapobieganie i leczenie. PZWL, Warszawa 2021.
4. Graczyk M., Bronszkiewicz E., Zgorzelak B.: Profilaktyka i leczenie odleżyn- ocena pacjentów przebywających na oddziale stacjonarnym Hospicjum im. bł. ks. J. Popiełuszki w Bydgoszczy w latach 2012-2013. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2014; 8(3): 91-102.
5. Shi C., Dumville J.C., Cullum N.: Support surfaces for pressure ulcer prevention: A network meta-analysis. Plos One. 2018; 13(2): 1-29.
6. Popow A., Szewczyk M.T., Cierzniakowska K., Kozłowska E., Mościcka P., Cwajda-Białasik J.: Czynniki ryzyka rozwoju odleżyn u chorych podczas hospitalizacji. Pielegniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2018; 4: 152-158.

7. Groń A., Mrówczyńska E.: Analiza czynników ryzyka występowania odleżyn u pacjentów oddziału opieki paliatywnej. Medycyna Paliatywna 2012; 4: 24-32.
8. Cox J.: Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients. American Journal of Critical Care 2011; 20: 364-375.
9. Popow A., Szewczyk M., Cierzniakowska K., Kozłowska E., Mościcka P.: Występowanie odleżyn u chorych podczas hospitalizacji – doświadczenia własne. Leczenie Ran 2014; 11: 165-171.
10. Chrzan E., Chrzan P., Zukow W., Napierała M., Eksterowicz J.: Rola pielęgniarki w profilaktyce i leczeniu odleżyn. Journal of Education Health and Sport 2016; 6: 123-170.
11. Sopata M., Tomaszewska E., Kotlińska-Lemieszek A.: Nowoczesne zasady zachowawczego leczenia odleżyn. Leczenie Ran 2012; 9(2): 25-32.
12. Szewczyk M., Kózka M., Cierzniakowska K., Cwajda-Białasik J., Mościcka P., Jawień A. et al.: Profilaktyka odleżyn- Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Część I. Leczenie Ran 2020; 17(3): 113-146.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z atopowym zapaleniem skóry – studium przypadku

Ewa Szynkiewicz[1], Karolina Kocińska[2]

1. Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp

Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest przewlekłą i nawrotową chorobą zapalną skóry o złożonej etiologii. Należy ona do chorób atopowych. Atopia jest to osobnicza tendencja do produkcji przeciwciał IgE w odpowiedzi na alergeny środowiskowe w niskich dawkach, które u zdrowych osób nie wywoływały by takiego efektu. Pojęcia „atopia" używa się tylko wtedy, gdy zostanie potwierdzone uczulenie IgE – zależne poprzez stwierdzenie swoistych przeciwciał IgE w surowicy lub dodatnie wyniki skórnych testów punktowych [1].

AZS rozpoczyna się zwykle we wczesnym dzieciństwie, cechująca się silnym świądem, typowym umiejscowieniem, charakterystyczną morfologią zmian, bardzo często współistniejąca z innymi chorobami atopowymi. Należy do najczęściej występujących schorzeń skóry na świecie, dotyczy około 15–30% dzieci i 2–10% dorosłych [2].

W minionych latach zwiększyła się około 2 – krotnie częstość występowania atopowego zapalenia skóry za sprawą takich czynników jak wzrost zanieczyszczenia środowiska, zwiększona rozpoznawalność choroby przez lekarzy, lepsze metody diagnostyczne, wyższy status socjoekonomiczny [3]. Morfologia i umiejscowienie wykwitów różnią się w zależności od wieku chorego i fazy choroby, jednak charakterystycznymi cechami każdej postaci są suchość skóry i uporczywy świąd [4, 5]. W każdym przypadku, zarówno u pacjentów dorosłych, jak i dzieci oraz ich opiekunów, choroba powoduje znaczne obniżenie jakości życia spowodowane przewlekłym świądem, drapaniem i zaburzeniami snu [6].

Ważną rolę w rozwoju atopowego zapalenia skóry mają czynniki nasilające przebieg choroby. Przyczyniają się one do nasilenia objawów skórnych AZS. Zalicza się do nich m.in. alergeny roztocza kurzu domowego, alergeny pyłków roślin, alergeny pochodzenia zwierzęcego, alergie pokarmowe, czynniki klimatyczne, zanieczyszczenia środowiska,

alergeny pochodzenia bakteryjnego lub grzybiczego, czynniki psychologiczne. Niewątpliwie mówiąc o AZS należy wspomnieć o zjawisku, jakim jest „błędne koło". Pacjenci z AZS szczególnie w godzinach wieczornych i nocnych odczuwają nasiloną suchość oraz świąd skóry. Objawy te występują także w okresach remisji, a ze względu na to, że chorzy z AZS mają obniżony próg pobudliwości świądu i zwiększoną wrażliwość na czynniki drażniące objawy te są jeszcze bardziej nasilone. Przyczynia się to do drapania, które z kolei prowadzi do uszkodzenia skóry, powstawania przeczosów i nadżerek. Uszkodzona skóra jest szczególnie narażona na nadkażenia bakteryjne, zwłaszcza Staphylococcus aureus oraz na substancje drażniące. Występuje stan zapalny skóry, który prowadzi do suchości skóry. Wszystkie objawy nasilają się pod wpływem drugich objawów. W AZS zapaleniu skóry ważne jest przerwanie tego „błędnego koła" [7].

Ostatnio wzrosło zainteresowanie aspektem psychologicznym tej choroby oraz metodami oceny jakości życia pacjentów chorujących na atopowe zapalenie skóry. Zaobserwowano, że choroby skóry wpływają negatywnie na samoakceptację i poczucie własnej wartości, co może obniżać jakość życia, a także funkcjonowanie społeczne. Dodatkowo takie emocje jak lęk, obniżony nastrój czy przeżywany stres mogą nasilać objawy skórne. W skutek silnego bodźca, jakim może być stres następuje nadreaktywność włókien nerwowych, które przyczyniając się do pojawienia się nasilony świądu skóry, prowokującego do odruchu drapania, po którym następuje mechaniczne uszkodzenie naskórka. Wówczas własne odczucie dotyczące wizerunku jest niższe, a to powoduje u pacjenta jeszcze większe sytuacje stresowe, mogące prowadzić nawet do depresji [8].

Nie poznano dotąd żadnej metody laboratoryjnej umożliwiającej diagnostykę atopowego zapalenia skóry. Rozpoznanie choroby wciąż opiera się na kryteriach klinicznych Hanifina i Rajki [9]. Warunkiem do rozpoznania choroby jest występowanie trzech z czterech głównych objawów klinicznych oraz stwierdzenie co najmniej trzech objawów dodatkowych. Także określenie stopnia nasilenia atopowego zapalenia skóry opiera się na objawach klinicznych – wizualnej ocenie wykwitów chorobowych przez lekarza bądź subiektywnych odczuciach pacjenta. Ocena stopnia nasilenia choroby jest ważnym elementem badania, ponieważ pozwala na wybór odpowiedniej opcji terapeutycznej oraz umożliwia określenie skuteczności leczenia, zarówno w codziennej praktyce, jak i w badaniach klinicznych. W tym celu wykorzystywane są odpowiednie skale pomiarowe. Obecnie opisano ponad 20 skal uwzględniających różne aspekty choroby, spośród których najbardziej popularne to: SCORAD (ang. Scoring Atopic Dermatitis Index) i EASI (ang. Eczema Area and Severity Index) [10].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest poznanie, ocena sytuacji zdrowotnej i potrzeb pielęgnacyjnych pacjenta z atopowym zapaleniem skóry.

Materiał i metody

Badaniem objęto pacjenta z objawami atopowego zapalanie skóry przyjętego na SOR. Badania przeprowadzono w oparciu o obserwację chorego, występujących objawów choroby, wywiad i analizę medycznej dokumentacji. W pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku z zastosowaniem procesu pielęgnowania.

Do oceny stanu pacjenta użyto następującej skali:

- **skala SCORAD** - stopień nasilenia atopowego zapalenia skóry (AZS) ocenia się na podstawie objawów obiektywnych – rozległości zmian (A) i ich nasilenia (B) oraz objawów subiektywnych (świąd i zaburzenia snu) odczuwanych przez pacjenta w ciągu ostatnich 72 h (C). Nasilenie zmian wyliczamy ze wzoru SCORAD: A/5 + 7B/2 + C.

Do oceny powierzchni skóry objętej zmianami chorobowymi (A) najczęściej stosuje się tzw. regułę dziewiątek, a otrzymany wynik dzieli się przez 5.

Nasilenie zmian (B):

- rumień
- obrzęk/grudki
- zmiany wysiękowe i strupy
- nadżerki
- lichenizacja (czyli pogrubienie naskórka, wzmożone bruzdowanie i poletkowanie skóry)
- suchość skóry (w okolicach niezajętych zmianami chorobowymi) ocenia się w skali 0–3.

Nasilenie objawów subiektywnych zgłaszanych przez chorego (C – świąd i zaburzenia snu) ocenia się za pomocą wizualnej skali analogowej obejmującej wartości 1–10. Na podstawie skali SCORAD wyróżnia się 3 stopnie nasilenia AZS:

- postać lekką (<25 pkt)
- postać umiarkowaną (25–50 pkt)
- postać ciężką (>50 pkt).

Maksymalnie pacjent może otrzymać 103 punkty, a minimalnie 0. Wynik równy 0 oznacza, że u badanej osoby aktualnie nie występują zmiany atopowe ani żadne inne objawy choroby [11].

Wyniki

Opis przypadku

Dnia 10.06.2022r. pacjent lat 38 zgłosił się na SOR. Przyczyną był silny, napadowy świąd skóry oraz zmiany skórne. Według chorego świąd utrzymywał się od 3 dni. Pacjent przyznaje, ze jego dokuczliwe objawy zaczęły się w nocy po tym gdy w ciągu dnia przebywał w zakurzonym pomieszczeniu. Zmiany skórne znajdowały się u pacjenta głownie w górnej części ciała. Wyprysk był zlokalizowany na skórze twarzy, szyi, obręczy barkowej. Zmiany występowały również na dłoniach oraz na zgięciach kolanowych i łokciowych. Skóra przesuszona, zaczerwieniona. Widoczne suche, łuszczące się grudki. Na ciele widoczne ślady po drapaniu (przeczosy), nadżerki i strupy. U chorego występowały na skórze zmiany zapalne bakteryjne oraz zaobserwowano powiększone węzły chłonne. Pacjent miał charakterystyczne „wypolerowane" paznokcie, w skutek częstego drapania się.

Chory zgłasza, że świąd nasila się szczególnie w porze nocnej. Jest dla niego przyczyną bezsenności, zmęczenia w ciągu dnia, wyczerpania i drażliwości. Mężczyzna przyznaje, ze w związku z wyglądem jego skóry posiada kompleksy oraz niską samoocenę. Jest typem samotnika, rzadko wychodzi z domu – unika spotkań towarzyskich, nie posiada partnerki. W związku z jego chorobą czuje obciążenie psychiczne. Często ma obniżony nastrój, czuję się przygnębiony i stygmatyzowany wśród społeczeństwa.

W wywiadzie rodzinnym mama choruje na astmę oskrzelową, a tata na zapalenie spojówek. Pacjent opowiada, że zmiany skórne występowały u niego od najmłodszych lat. Objawy były nawrotowe z okresami remisji. W czasie, gdy pacjent czuł zdenerwowanie objawy nasilały się.

Pierwsze objawy skórne pojawiły się u pacjenta we wczesnym dzieciństwie. Lekarz zdiagnozował wtedy atopowe zapalenie skóry i zalecił stosowanie produktów nawilżających. Przynosiło to chwilową poprawę, jednakże po czasie objawy nawracały. Aktualnie pacjent by poradzić sobie z uciążliwym świądem używał miejscowo maść z hydrokortyzonem. Nie stosował się do używania jej wg zaleceń na ulotce, używał jej bez przerwy przez kilka tyg. Mężczyzna przyznaje, że nie jest pod opiekę Poradni Alergologicznej.

Chorego przyjęto do szpitala celem poszerzenia diagnostyki. Wykonano u niego punktowe testy skórne z zestawem alergenów inhalacyjnych. U pacjenta stwierdzono alergię wziewną na roztocza kurzu domowego, pyłki oraz zarodniki grzybów.

W czasie badania dokonano oceny stanu pacjenta za pomocą skali SCORAD. Wynik pacjenta 60 wskazywał na ciężkie nasilenie atopowego zapalenia skóry.

Podczas hospitalizacji pacjenta w badaniach przedmiotowych stwierdzono: BMI -25,2, RR 150/110, HR 100/min., miarowe, temperaturę 37,2^{o}C, prawidłowy szmer oddechowy pęcherzykowy, liczne zmiany zapalne skórne, widoczne przeczosy, zaczerwienienie, nadżerki. Pobrano również krew do badań by określić stężenie IgE całkowitego. Wynosiło 115 IU/ml.

Lekarz zdiagnozował u pacjenta atopowe zapalenie skóry w stopniu ciężkim. Polecił pacjentowi stosowanie miejscowo sterydów, leków przeciwhistaminowych, nawilżanie skóry emolientami po kąpieli, branie krótkich kąpieli z dodatkiem parafiny. Polecił zapoznać się z następującymi metodami terapii m.in.: bandażowanie ciała mokrymi opatrunkami, fototerapia. Pacjent w stanie dobrym, po udzieleniu wskazówek edukacyjnych został wypisany do domu.

Plan opieki

Problem 1: Liczne zadrapania na skórze spowodowane uporczywym świądem.

Cel: Złagodzenie świądu powodującego chęć drapania skóry. Wyleczenie drobnych ran na skórze.

Działania:

- Dezynfekcja ran preparatem odkażającym – Sutrisept.
- Obserwacja miejsca zadrapań na skórze, pod kątem wystąpienia zakażenia lub wystąpienia drobnego krwawienia – obrzęk, ucieplenie skóry w miejscu rany, zaczerwienienie, ból.
- Zalecenie brania prysznica w letniej wodzie.
- Zalecenie używania miękkich ręczników i wycierania się delikatnym ruchem.
- Zaproponowanie korzystania z emolientów, balsamów nawilżających skórę, kremów lub oliwek w celu nawilżenia wysuszonej skóry.
- Łagodzenie świądu sposobami farmakologicznymi (na zlecenie lekarza) i niefarmakologicznymi, np. wykonanie okładu chłodzącego.
- Zachęcenie do wyboru ubrań oraz pościeli z przewiewnych i naturalnych materiałów.
- Wyeliminowanie z otoczenia pacjenta czynników, które nasilają uczucie świądu.
- Poinformowanie pacjenta o konieczności utrzymania krótko ściętych paznokci.
- Zaproponowanie zamiast drapania delikatnego masowania swędzącej części ciała.

• Zalecenie pacjentowi noszenia przewiewnych ubrań wykonanych z naturalnych materiałów, nieprzylegających ściśle do ciała.

• Odwrócenie uwagi pacjenta od chęci drapania się, np. poprzez zaproponowanie czytania książek.

Ewaluacja: Pacjent odczuwa ulgę z powodu złagodzenia świądu. Skóra została nawilżona, a drobne rany odkażone. Zniwelowano ryzyko zakażenia.

Problem 2: Możliwość zakażenia skóry *Staphylococcus aureus.*

Cel: Niedopuszczenie do powstania zakażenia skóry.

Działania:

- Dbanie o odpowiednią higienę skóry – mycie i nawilżanie skóry przy zastosowaniu emolientów.
- Stosowanie odpowiedniej odzieży (bawełna, ubieranie bez przegrzewania).
- Regularne obcinanie paznokci, stosowanie mokrych okładów na skórę. W razie wystąpienia uczucia swędzenia zaleca się uciskanie, gładzenie skóry zamiast drapania. Skaleczenia, zadrapania bądź wysieki stanowią wrota zakażeń skóry.
- Należy obserwować skórę pod kątem objawów zakażenia – zaczerwienienie, nasilony świąd skóry. W przypadku zakażenia skóry wdrożenie odpowiedniego postępowania – zgłoszenie się do dermatologa, przyjmowanie leków – antybiotykoterapia.

Ewaluacja: Ryzyko wystąpienia zakażenia skóry *Staphylococcus aureus* zostało zmniejszone. Pacjent został wyedukowany w kwestii obserwacji skóry pod kątem objawów zakażenie, postępowania w przypadku wystąpienia zakażenia skóry.

Problem 3: Możliwość wystąpienia skutków ubocznych związanych ze stosowaniem glikokortykosteroidów.

Cel: Niedopuszczenie do objawów ubocznych powstałych w skutek stosowania glikokortykosteroidów.

Działania:

- Edukacja na temat stosowania glikokortykosteroidów, wyjaśnienie, że powinny być stosowane 1 raz dziennie, najlepiej na noc. Miejscowe preparaty steroidowe powinny być włączane w zaostrzeniach skórnych na:
  - 1 tydzień – w przypadku silniejszych preparatów;

- do 2 tygodni – preparaty słabsze i stopniowo odstawiane poprzez zmniejszenie stężenia stosowanego preparatu lub częstość jego aplikacji na skórę. W zmianach przewlekłych zaleca się stosowanie miejscowo działających steroidów 1 – 2 razy w tygodniu.

- W trakcie terapii glikokortykosteroidami ważna jest kontrola skóry w miejscach szczególnie wrażliwych na działanie glikokortykosteroidów (twarz – szczególnie powieki, okolica narządów płciowych). Podczas leczenia glikokortykosteroidami zalecane jest jednoczesne stosowanie preparatów nawilżających.
- Wyedukowanie pacjenta jakie są skutki uboczne stosowania glikokortykosteroidów, wymienienie najczęstsze z nich tzn. zaniki skórne, rozstępy skórne, teleangiektazje, zmiany wybroczynowe, odbarwienia skóry, nadmierne owłosienie, trądzik posteroidowy, zmiany skórne.

Ewaluacja: Po zastosowaniu powyższych interwencji pielęgniarskich ryzyko wystąpienia objawów ubocznych przy stosowaniu glikokortysteroidów zmniejszyło się. Pacjent został poinformowany o konieczności kontroli skóry, stosowaniu sterydów zgodnie z zaleceniami lekarza.

Problem 4: Problemy ze snem spowodowane świądem skóry.

Cel: Spokojny i całonocny sen u pacjenta.

Działania:

- Zalecane wietrzenie pokoju co najmniej 30 minut przed planowanym snem.
- W celu zmniejszenia dolegliwości świądu skóry podczas snu zalecane jest pranie pościeli oraz bielizny osobistej w proszkach i płynach hipoalergicznych lub płatkach mydlanych w temperaturze co najmniej 60^{o}C. Pościel oraz bielizna osobista powinna być wykonana z bawełny, gdyż bawełna jest materiałem, który nie podrażnia wrażliwej skóry osoby chorej na AZS.
- Polecenie stosowania mokrych opatrunków. W tej metodzie stosuje się dwie warstwy opatrunków: bezpośrednio na skórę wilgotne nasączone substancją leczniczą – emolientem lub w przypadku nasilonych zmian skórnych glikokortykosteroidy, a na powierzchnię suche. Mokre opatrunki dają efekt chłodzący, przeciwzapalny oraz przeciwświądowy. Dodatkowo tworzą barierę przed czynnikami drażniącymi i zabezpieczają skórę przed drapaniem.

Ewaluacja : Poprawienie się jakości snu u pacjenta.

Problem 5: Obniżenie nastroju, zamykanie się w sobie spowodowane wyglądem skóry.

Cel: Poprawa nastroju pacjenta.

Działania:

- Wzbudzenie zaufania, dodawanie wiary i okazywanie wsparcia.
- Umiejętne wysłuchanie chorego (bez osądzania i udzielania porad).
- Rozmowa mająca na celu poznanie przyczyn obniżenia nastroju i uczucia utraty sensu życia, zwrócenie uwagi na kontakt z najbliższymi.
- Zachęcanie do rozmowy z psychologiem i do udziału w terapii zajęciowej, zachęcenie do pomocy innym.

Ewaluacja: Pacjent czuje się zauważony, wysłuchany. Zyskał większa motywację do życia. Zaangażował się w terapię zajęciową.

Problem 6: Możliwość zaostrzenia się AZS pod wpływem ekspozycji na roztocza kurzu domowego.

Cel: Zmniejszenie ekspozycji na roztocza kurzu domowego.

Działania:

- Zaleca się utrzymywać w pomieszczeniach, gdzie przebywa pacjent, możliwie najniższą temperaturę (poniżej 22^{o}C). Obniżenie temperatury pomieszczenia poniżej 15^{o}C i wilgotności poniżej 45% przez dłuższy okres jest zabójczy dla roztoczy.
- Zaleca się także zapewnienie wentylacji w mieszkaniu w celu zmniejszenia wilgotności poniżej 50%. Mieszkanie powinno być wietrzone rano i wieczorem, jednak zaleca się stosowanie wentylacji pomieszczenia w porze nocnej, kiedy temperatura otoczenia spada.
- Ważna jest także zmiana pościeli co tydzień i pranie jej w temperaturze 55 – 60^{o}C. Pranie w zimnej wodzie usuwa około 90% roztoczy, zaś pranie w temperaturze 55 – 60^{o}C zabija roztocza. Z pomieszczeń sypialnianych zaleca się usunięcie poduszek i kołder z pierza.
- Zaleca się ekspozycję pomieszczeń na silne światło słoneczne, przez co najmniej 3 godziny dziennie. Roztocza kurzu domowego są przezroczyste i nie mają naturalnej ochrony przed światłem słonecznym.

- Zaleca się używanie specjalnych odkurzaczy z filtrem wodnym, co umożliwia eliminacje roztoczy kurzu domowego.

Ewaluacja: Ekspozycja na kurz została zmniejszona.

Problem 7: Deficyt wiedzy na temat atopowego zapalenie skóry, jego powikłań oraz leczenia.

Cel: Poprawa wiedzy na temat atopowego zaplenia skóry, jego objawów, etiologii, sposobów leczenia oraz profilaktyki i możliwości łagodzenia jego objawów.

Działania:

- Rozmowa z pacjentem na temat atopowego zapalenie skóry – omówienie jego objawów, etiologii, leczenia.
- Przedstawienie pacjentowi sposobów profilaktyki atopowego zapalenie skóry, łagodzenia jego objawów.
- Zaproponowanie udziału w spotkaniu edukacyjnym, w formie wykładu informacyjnego, pogadanki.
- Wręczenie broszury informacyjnej.
- Zwrócenie uwagi na konieczność systematycznej kontroli lekarskiej w poradni alergologicznej.
- Poinformowanie pacjenta o konieczności stosowania się do zaleceń lekarza podczas stosowania sterydów.

Ewaluacja: Pacjent poszerzył swoją wiedzę na temat AZS oraz nauczył się zapobiegać zaostrzeniom objawów choroby, skutecznie stosując działania profilaktyczne.

Wnioski

Na podstawie powyższego studium przypadku pacjenta (skonstruowanego w oparciu o historię choroby oraz wywiad pielęgniarski), planu opieki oraz planu edukacji, można sformułować następujące wnioski:

1. Atopowe zapalenie skóry wpływa negatywnie na domenę fizyczną, psychiczną i społeczną chorego. Ze względu na swoją przewlekłość oraz szerokie rozpowszechnienie należy do jednego z największych wyzwań zarówno dla pielęgniarki jak i całego zespołu terapeutycznego. Skuteczne leczenie dermatologiczne, właściwa opieka pielęgnacyjna i psychologiczna, oraz edukacja powinny stanowić stały element kompleksowej opieki nad chorym z AZS.

2. Podstawą leczenia atopowego zapalenia skóry jest przede wszystkim codzienna pielęgnacja skóry połączona z leczeniem przeciwzapalnym stosowanym w zależności od potrzeby. Ze względu na charakter nawrotowy choroby ważne jest unikanie alergenów, a także czynników drażniących mogących wywołać nawrót schorzenia.
3. W przypadku działania edukacyjne pielęgniarki mające na celu uświadomienie pacjenta, a także rodziny pacjenta o szkodliwości czynników nasilających AZS, pielęgnacji skóry, a także o stosowaniu się do zaleceń lekarza w kwestii zastosowanej terapii.
4. Leczenie atopowego zapalenia skóry jest uwarunkowane stałą kontrolą objawów chorobowych, zapobiegania zaostrzeniom, ale przede wszystkim zapewnienie pacjentowi dobrej jakości życia.

Piśmiennictwo

1. Śpiewak R., Kordus K.: Podział i definicje chorób z kręgu wyprysku -Allergology. Clinical. Immunology. Family Medicine 2012; 18 (4): 210 – 222.
2. Silny W.: Atopowe zapalenie skóry. Termedia, Poznań 2012.
3. Gawlik R.: Przewidywany wzrost występowania chorób alergicznych spowodowany zmianami klimatycznymi. Alergologia Polska 2015; 2: 145–149.
4. Bieber T.: Atopic dermatitis. Annas of Dermatology 2010; 22: 125-137.
5. Nutten S.: Atopic dermatitis: global epidemiology and risk factors. *Annals of* Nutrition and Metabolism 2015; 66: 8-16.
6. Carroll CL., Balkrishnan R., Feldman SR. et al.: The burden of atopic dermatitis: impact on the patient, family, and society. Pediatrics Dermatology 2005; 22: 192-199.
7. Nowicki R., Trzeciak M., Wilkowska A. i wsp.: Atopowe zapalenie skóry – aktualne wytyczne terapeutyczne. Stanowisko ekspertów Sekcji Dermatologicznej Polskiego Towarzystwa Alergologicznego i Sekcji Alergologicznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Alergologia Polska 2016; 3: 18 – 28.
8. Michalewska A., Bręborowicz A.: Leczenie systemowe w atopowym zapaleniu skóry. Alergia Astma Immunologia 2013; 18 (1): 14 - 20.
9. Hanifin JM., Rajka G.: Diagnostic features of atopic dermatitis. Acta Dermatology Venereology 1980; 92: 44-47.

10. Schmitt J., Spuls PI., Thomas KS. et al.: The Harmonising Outcome Measures for Eczema (HOME) statement to assess clinical signs of atopic eczema in trials. Allergy Clinical Immunology 2014; 134: 800-807.
11. Bożek A, Reich A.: Metody oceny nasilenia atopowego zapalenia skóry. Przegląd Dermatologiczny 2016; 103: 479–485.

Występowanie czynników sprzyjających powstaniu odleżyn wśród pacjentów OIT Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku

Natalia Gorbacewicz[1], Anna Baranowska[2] , Beata Olejnik[3]

1. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Rozwój odleżyn jest procesem bardzo złożonym i składa się na niego wiele czynników. Najbardziej narażeni są pacjenci w zakładach opieki długoterminowej i oddziałach intensywnej terapii [1, 2]. Głównym powodem wystąpienia odleżyn nie jest wyłącznie nieodpowiednia pielęgnacja pacjenta. Wyróżniamy wiele czynników, które sprzyjają powstawaniu odleżyn. Można je posegregować m.in. na czynniki wewnętrzne i czynniki zewnętrzne.

Wśród wewnętrznych wyróżnić można podeszły wiek, naturalne starzenie się pacjenta zwiększa ryzyko rozwoju owrzodzeń, a przez to również zgonu. Ludzie starsi są słabsi i są zwykle mniej aktywni fizycznie. Brak mobilności, długotrwałe unieruchomienie prowadzą do ucisku i rozwoju odleżyn. Powodem tej sytuacji mogą być różnego rodzaju choroby m.in. choroby stawów, np. RZS. Stan skóry musi być pod ciągłą obserwacją. Z wiekiem jest ona mniej elastyczna, bardziej podatna na uszkodzenia. Szczególnymi objawami, na które należy zwracać uwagę jest suchość, bądź nadmierna wilgoć skóry, zaczerwienienie, obrzęki, odczuwalny ból w danym miejscu. Odwodnienie pacjenta, ale także nadmierna retencja wody, objawiająca się obrzękami ciała również mają wpływ na stan skóry. Zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej prowadzą do nieodpowiedniej perfuzji tkankowej [3, 4, 5]. Często związana z podeszłym wiekiem, ale również z chorobami współistniejącymi jest zaburzona czynność zwieraczy cewki moczowej oraz zwieraczy odbytu. Nietrzymanie moczu i stolca powoduje nie tylko wilgotność obszaru skóry, co bardzo łatwo prowadzi do uszkodzeń, ale również grozi wystąpieniem zakażenia m.in. bakteriami kałowymi. Wilgotne środowisko może też wynikać wysokich wartości temperatury ciała, a przez to zwiększonej potliwości.

Innym kryterium oceniającym ryzyko występowania odleżyn może być również płeć. Taki czynnik jest podany w skali Waterlow. Wskazuje, że to kobiety są bardziej zagrożone wystąpieniem odleżyn. Ich skóra może być bardziej podatna na uszkodzenia ze względu na strukturę [6, 7, 8, 9]. Ale oprócz tego liczy się także waga pacjentów. Zarówno otyłość, jak i niedowaga mogą powodować problemy. W pierwszym przypadku nadmierna masa ciała zwiększa ucisk na tkankę kostną, a ta na podskórną, natomiast przy niedowadze i zmniejszonej masie tkanki tłuszczowej zwiększony jest nacisk na skórę z zewnątrz. Jednak mimo wszystko trzeba pamiętać, że odleżyny mogą pojawiać się u pacjentów o różnym typie sylwetki. Ważną kwestią jest sposób odżywiana. U osób otyłych występuje nadmierne spożycie pokarmów, a pacjenci z za niską masą ciała często są wyniszczeni, odbiałczeni oraz z niedoborami witamin i innych składników odżywczych. Stan odżywiania ma więc wpływ na ryzyko powstania odleżyn oraz problemy z gojeniem się już powstałych ran. Grupą narażoną na niedożywienie są pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, cierpiącymi np. na depresję, ale również z innymi schorzeniami, np. neurologicznymi, z zespołami otępiennymi. Mogą mieć oni problem nie tylko z odpowiednim odżywianiem czy apetytem, ale również z podstawowymi czynnościami pielęgnacyjnymi, a nawet ze zmniejszonym odczuwaniem potrzeby zmiany pozycji ciała [3,4,9]. Oprócz tego, wpływ na zwiększony rozwój odleżyn mają również zaburzenia w układzie krążenia czy też w układzie oddechowym. Zarówno niedokrwistość jak i obniżony poziom albumin we krwi są istotnymi czynnikami, predysponującymi do pojawienia się owrzodzeń, tak samo jak choroby układu oddechowego np. zapalenie oskrzeli, które zaburzają proces wentylacji płuc, a w konsekwencji prowadzą do niedotlenienia tkanek. Warto również wspomnieć o chorobach współistniejących, które w tym przypadku też mają wpływ i są to m.in. niewydolność nerek, cukrzyca czy choroby naczyniowe [3, 10, 11, 12].

Oprócz czynników wewnętrznych swój udział mają również czynniki zewnętrzne. W ich skład wchodzi długotrwały ucisk bądź tarcie. Są one spowodowane brakiem zmiany pozycji ciała lub dokonanie jej w nieodpowiedni sposób [6]. Wpływ na występowanie odleżyn ma również to, jak długo pacjent przebywa unieruchomiony, np. na oddziale intensywnej terapii. Tam chorzy są często poddawani sedacji, z powodu ciężkich chorób lub urazów, nie mają możliwości samodzielnej zmiany pozycji ciała. Takie miejsca zaopatrzone są w różnorodne udogodnienia łóżek oraz materace przeciwodleżynowe. Czynnikiem, który może negatywnie wpływać na stan skóry pacjentów jest niewystarczająca wiedza personelu bądź osób sprawujących opiekę nad chorym, niekorzystanie ze skal ryzyka występowania odleżyn oraz brak regularnych zmian pozycji, bądź robienie to w nieodpowiedni sposób.

Nawet zagięcia, jakie występują na prześcieradle, na którym leży pacjent mogą okazać się niebezpieczne dla skóry, dlatego pościel powinna być gładka i dobrze naciągnięta oraz miękka, ponieważ sztuczne materiały np. foliowe łatwo wywołają odparzenia. Oprócz czynności typowo pielęgnacyjnych, można zwrócić też uwagę na rodzaj leczenia oraz stosowane środki. Niektóre leki takie jak wazopresory, czyli leki obkurczające naczynia krwionośne, leki uspokajające, sedujące, czy też sterydy mogą mieć związek z powstawaniem odleżyn, często jednak stosowanie ich jest niezbędne [3, 4, 10].

Cele pracy

Ocena występowania czynników sprzyjających występowaniu odleżyn wśród pacjentów OIT.

Materiał i metody

Materiał badawczy obejmował 50 pacjentów w wieku od 18 r.ż. do 96r.ż Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala w Białymstoku. Wśród badanej było 34 (68%) mężczyzn oraz 16 (32%) kobiet.

Metodą badawczą wykorzystaną w pracy była analiza danych uzyskanych w oparciu o stworzony przewodnik: Kwestionariusz do oceny ryzyka powstania odleżyn, w trakcie opieki nad pacjentami na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala w Białymstoku, stworzony specjalnie dla potrzeb tego badania.

Wykorzystane metody zbierania danych o pacjencie: analiza dokumentacji, pomiary, obserwacja rany

Zastosowano:

- Międzynarodowy systemem klasyfikacji odleżyn opracowany przez EPUAP
- Skala Waterlow - narzędzie do oceny ryzyka rozwoju odleżyn, które weryfikuje następujące czynniki:
  - Budowa ciała, masa, wzrost
  - Stan skóry
  - Płeć
  - Wiek
  - Trzymanie moczu i stolca
  - Ruchliwość pacjenta
  - Łaknienie
  - Odżywienie komórkowe

- Choroby neurologiczne i inne
- Urazy i zabiegi
- Przyjmowane leki.

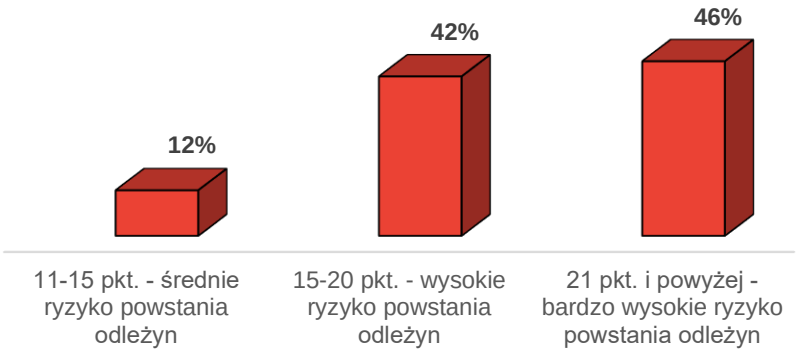
Do analizy danych pod kątem ilościowym i jakościowym wykorzystano program Microsoft Excel 2016.

Decyzją nr APK.002.571.2021 Komisji Bioetycznej przy UMB uzyskano zgodę na przeprowadzenie tematu badawczego.

Wyniki

Jedną z metod oceny ryzyka wystąpienia odleżyn jest **skala Waterlow**. Na podstawie przeprowadzonych badań najwięcej pacjentów zakwalifikowano do ostatniej grupy, czyli z najwyższym ryzykiem, otrzymujących przy tym minimum 21 punktów. Stanowili oni 46% (n=23). Niewiele mniej, bo 42% (n=21) badanych otrzymało w tej skali 15-20 punktów, co oznacza wysokie ryzyko wystąpienia odleżyn. Tylko 12% (n=6) uzyskało średnie prawdopodobieństwo pojawienia się tych zmian. Żaden z pacjentów nie był zaszeregowany do grupy o niskim ryzyku.

Specyfika przyjmowanych pacjentów do OIT powoduje, że z powodu współwystępowania wielu sprzyjających czynników są oni w większości zagrożeni zmianami odleżynowymi w wysokim stopniu. W tej skali brane były pod uwagę takie czynniki jak: budowa ciała, masa, wzrost, stan skóry, płeć, wiek, trzymanie moczu i stolca, ruchliwość, łaknienie, odżywianie komórkowe, choroby neurologiczne i inne, urazy i zabiegi, przyjmowane leki. Uzyskane wyniki zawarto na Rycinie 1.



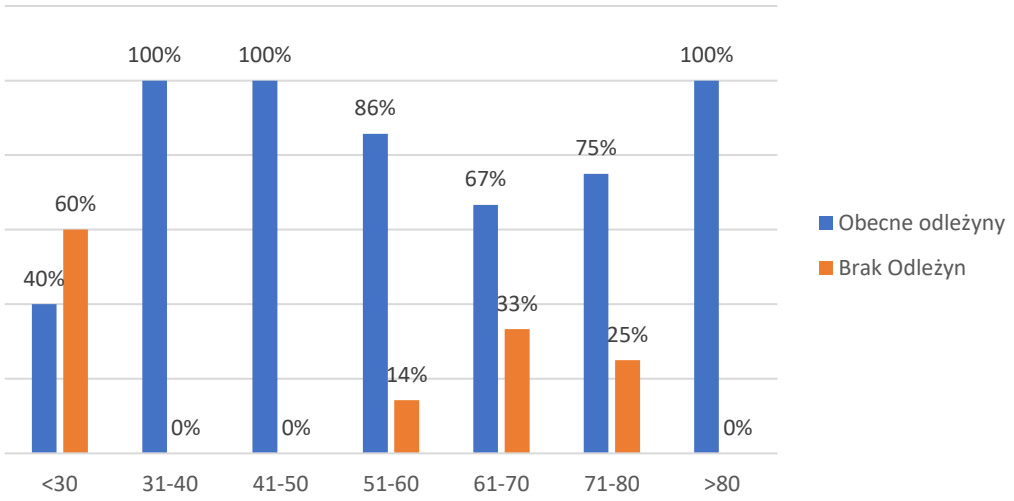
Rycina 1. Ocena pacjentów w wg skali Waterlow

Czynniki ryzyka powstania odleżyn wśród pacjentów

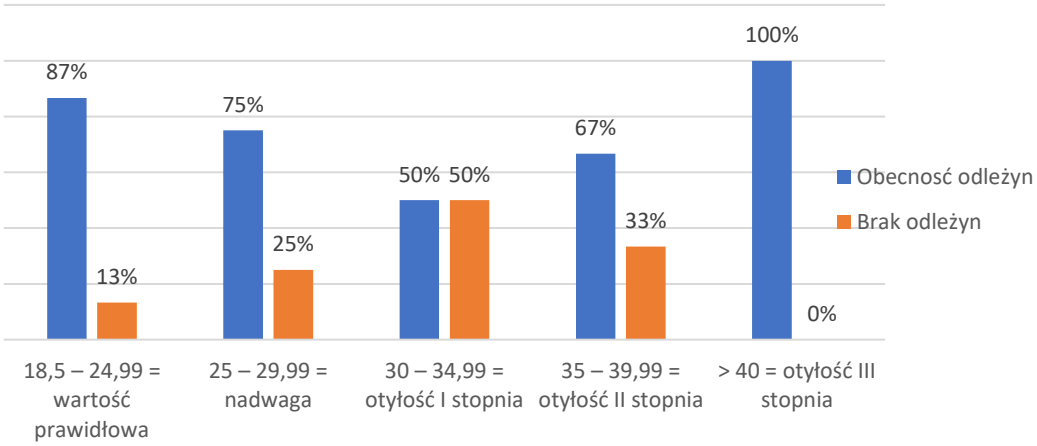
Na możliwość rozwoju odleżyn wpływ ma płeć pacjenta. Większe prawdopodobieństwo na ich wystąpienie było u kobiet 88% (n=14).

Narażenie rozwojem odleżyn zwiększało się wraz z wiekiem. Przenalizowane przypadki wskazują, że odleżyny rozwinęły się u wszystkich pacjentów >80 roku życia. Oprócz tego w przedziałach wiekowych 31-40 oraz 41-50 wystąpiły one również u 100% badanych. U pacjentów najmłodszych (<30 roku życia) występowała przewaga osób, u których odleżyny nie wystąpiły. Szczegółowe dane przedstawia Rycina 2.

W badanej grupie obliczono BMI dla każdego pacjenta. Według otrzymanych danych, rozwój odleżyn był najbardziej prawdopodobny u osób z otyłością III stopnia (100%, n=2)., gdzie BMI wynosiło >40. Kolejną grupą najbardziej narażoną byli pacjenci z prawidłową wartością BMI (87%, n=13). A wśród osób z nadwagą u 75% (n=12) wystąpiły odleżyny. Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 3.

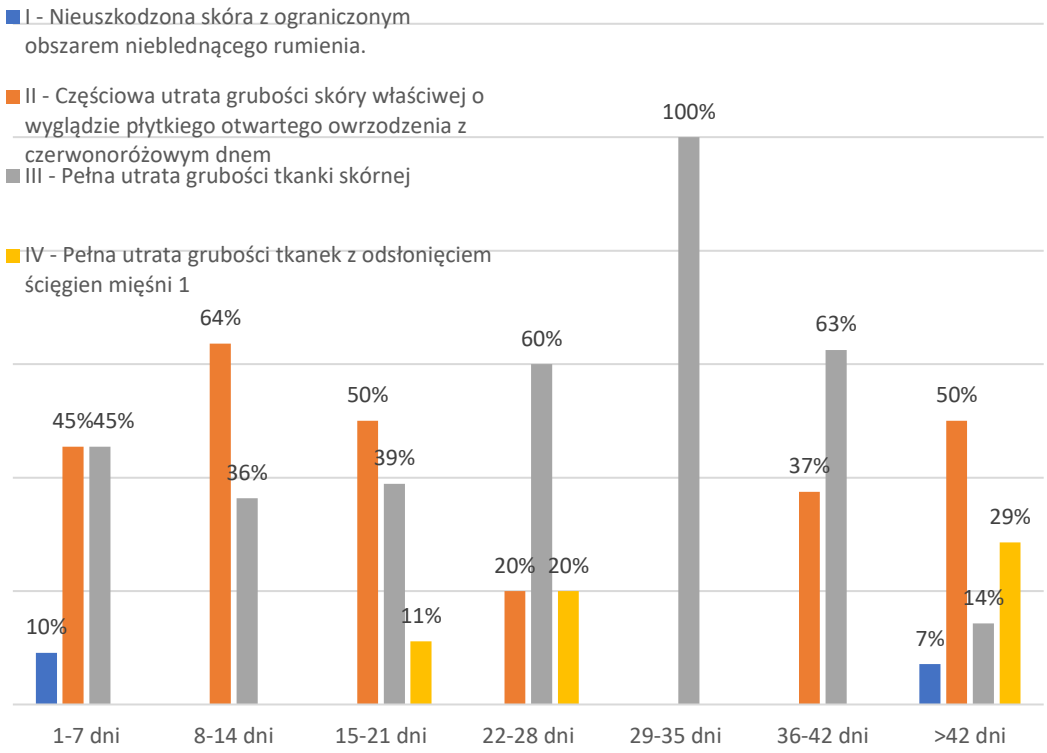


Rycina 2. Częstotliwość występowania odleżyn w zależności od wieku



Rycina 3. Zależność wystąpienia odleżyn od wyniku BMI

Analizie poddana została zależność między długością pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii, a stopniem występujących odleżyn. Wraz z dłuższą hospitalizacją, zwiększało się zaawansowanie odleżyn. Przy dłuższym pobycie na OIT, rozwijało się więcej odleżyn z poważniejszymi uszkodzeniami (III oraz IV stopień), natomiast przy krótszych przeważały te mniej zaawansowane (I, II stopień). Długość hospitalizacji miała wpływ na ryzyko wystąpienia odleżyn oraz na stopień uszkodzenia. Dokładne dane ukazane są na Rycinie 4.

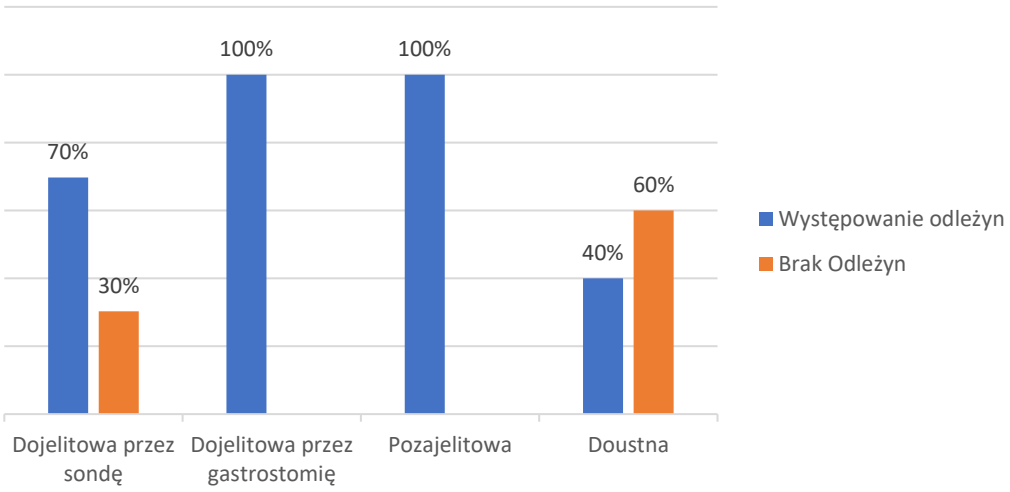


Rycina 4. Zaawansowanie odleżyn w zależności od długości hospitalizacji

W przeprowadzonych badaniach widoczna była przewaga występowania odleżyn u chorych z całkowitym brakiem samodzielnego ruchu 78% (n=29). Natomiast jeśli chodzi o pacjentów z ograniczoną mobilnością, obecność odleżyn pojawiała się u 62% (n=8).

Jeśli chodzi o sposób żywienia pacjentów OIT, wśród badanych występowały cztery rodzaje. Najczęściej stosowane było żywienie dojelitowe przez sondę, które przy dłuższym stosowaniu może powodować powikłania, np. odleżyny w miejscu położenia zgłębnika. Ta metoda stosowana była u 66%(n=33) przypadków. Podczas dłuższego pobytu pacjenta na oddziale i braku możliwości spożywania przez niego posiłków samodzielnie, podejmowano decyzję o założeniu gastrostomii (12%, n=6) lub pacjent był karmiony pozajelitowo (12%).

Porównując z jaką częstotliwością występowały odleżyny w zależności od metody żywienia pacjenta, można stwierdzić, że w przeprowadzonym badaniu u 100% chorych pojawiły się one przy wykorzystaniu odżywiania dojelitowego przez gastrostomię oraz pozajelitowego. Szczegółowe wyniki zawarte na Rycinie 5.



Rycina 5. Wpływ sposobu odżywiania na rozwój odleżyn

W danej grupie pacjentów przeanalizowano również częstotliwość obecności odleżyn w zależności od samodzielności oddychania. Widoczna była spora przewaga w występowaniu odleżyn u chorych wentylowanych mechanicznie. Aż 79% (n=31) wspomaganych respiratorem miało odleżyny. Stanowili oni również większość pacjentów na oddziale intensywnej terapii.

Pacjenci hospitalizowani na OIT są często poddawani analgosedacji. W badanej grupie wykazano, że u aż 79% (n=26) pacjentów poddanych sedacji pojawiły się odleżyny.

Dyskusja

Metodą oceny ryzyka rozwoju odleżyn w niniejszej pracy była skala Waterlow. Analiza wyników pokazała, iż pacjenci Oddziału Intensywnej Terapii są bardzo narażeni na rozwój odleżyn, ponieważ 88% łącznie pacjentów znalazło się w grupie wysokiego 42% lub bardzo wysokiego ryzyka 46% wystąpienia odleżyn zarówno osiągnięte Dla porównania, na oddziale paliatywnym u 32% pacjentów ryzyko było wysokie, u 10% bardzo wysokie, a u 42% niskie. U 16% chorych ryzyko nie wystąpiło [6]. Inne badania przedstawiają skalę Waterlow pensjonariuszek zakładu opiekuńczo-leczniczego, gdzie wyniki są nieco bardziej zbliżone do przeprowadzonych badań własnych, ponieważ wysokie ryzyko wystąpienia odleżyn ma aż 41,2%, a bardzo wysokie 26,3% [9]. Jednak wydaje się, że pacjenci Oddziału Intensywnej Terapii są bardziej zagrożeni. Ważna jest więc ocena ryzyka i szybkie wprowadzenie odpowiednich działań profilaktycznych, w celu ograniczenia rozwoju odleżyn.

Ważnym czynnikiem ryzyka rozwoju odleżyn jest wiek pacjenta, a także długość jego hospitalizacji. Według wielu badaczy wiek chorych miał istotny wpływ na rozwój odleżyn [1, 6]. W przeprowadzonych badaniach odleżyny wystąpiły u wszystkich badanych w przedziale 31-40, 41-50, jak i >80 lat. Zdecydowany spadek widoczny był przy pacjentach <30 roku życia, czyli byli oni najmniej narażeni w porównaniu z innymi grupami.

Jeśli chodzi o masę ciała, to zarówno nadwaga jak i niedowaga mogą zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia odleżyn. W artykule Popow A. i wsp., BMI pacjentów okazało się nie mieć większego znaczenia przy ocenie ryzyka rozwoju odleżyn [14]. W piśmiennictwie brak jest jednoznacznych wyników. W przeprowadzonym badaniu własnym podobnie wykazano, że aż u 87% pacjentów z prawidłowymi wartościami BMI wystąpiły odleżyny, natomiast pojawiły się również u wszystkich chorych z BMI >40 (otyłość III stopnia).

W badaniach Rezmerskiej i Czarneckiej, dotyczących ryzyka rozwoju odleżyn u pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego głównym celem była ocena wpływu sposobu odżywiania na rozwój odleżyn, a także stopień ich zaawansowania. Okazało się, że u pacjentów żywionych pozajelitowo najczęściej rozwijały się odleżyny IV i V stopnia, czyli te najbardziej zaawansowane, natomiast przy diecie doustnej były to zmiany I i II stopnia[13]. Porównując do badań własnych, również zauważono zależność częstszego występowania odleżyn przy odżywianiu pozajelitowym, ale również dojelitowym przez gastrostomię. Przy diecie doustnej tendencja ich rozwoju była mniejsza. Oba badania w pewien sposób się więc pokrywają. Nie wykonane zostało jednak porównanie co do zaawansowania odleżyn przy określonych metodach żywienia .

Pacjenci, u których wystąpiły zmiany odleżynowe, charakteryzują się także ograniczoną mobilnością. Możliwość swobodnego poruszania się chroni przed przykrymi skutkami. W piśmiennictwie można również potwierdzić tą tezę, gdyż wraz z poprawą ruchu u chorych, zmniejsza się ryzyko odleżyn oraz występują one rzadziej [15]. Mobilność jest jednym z najważniejszych czynników odgrywających rolę w rozwoju odleżyn. Wyniki badań własnych wskazały na przewagę pojawienia się odleżyn u pacjentów całkowicie unieruchomionych.

Wnioski

1. Zebrane dane na temat pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku pozwoliły określić czynniki ryzyka rozwoju odleżyn.

2. U większości badanych pacjentów pojawiły się odleżyny w różnym stopniu zaawansowania wpływ na to miały wszystkie wzięte pod uwagę czynniki wśród nich wiodące jednak wydały się, te związane z granicznym stanem pacjenta, brakiem mobilności, koniecznością stosowania sztucznej wentylacji, odżywianych pozajelitowo lub przez gastrostomię w mniejszym stopniu te związane z płcią wiekiem czy BMI.

Piśmiennictwo

1. Cox J.: Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients. American Journal of Critical Care 2011; 20: 364-375.
2. Peterson MJ., Gravenstein N., Schwab WK. et al. Patient repositioning and pressure ulcer risk – Monitoring interface pressures of at-risk patients. Journal of Rehabilitation Research and Development 2013; 50: 477-488.
3. Jakieła K., Krzemińska S., Borodzicz-Cedro A., Arendarczyk M.: Czynniki wewnętrzne i zewnętrzne wpływające na powstawanie odleżyn u pacjentów leczonych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2014; 4(2): 135-142.
4. Alderden J., Whitney JD., Taylor S.M. et al.: Risk Profile Characteristics Associated with Outcomes of Hospital-Acquired Pressure Ulcers: A Retrospective Review. Crit Care Nurse 2011; 31: 30-43.
5. Eberlein-Gonska M., Petzold T., Helaß G. et al.: The incidence and determinants of decubitus ulcers in hospital care: an analysis of routine quality management data at a university hospital. Deutsches Ärzteblatt International 2013; 110: 550-66.
6. Groń A., Mrówczyńska E.: Analiza czynników ryzyka występowania odleżyn u pacjentów oddziału opieki paliatywnej. Medycyna Paliatywna. 2012; 4: 24-32.
7. Popow A., Szewczyk M.T., Cierzniakowska K., Kozłowska E., Mościcka P., Cwajda Białasik J.: Ocena i monitorowanie ryzyka rozwoju odleżyn według skali Norton u chorych hospitalizowanych w czterech oddziałach szpitalnych. Leczenie Ran 2017; 14: 123–128.
8. Krupińska E.: Ocena ryzyka powstawania odleżyn przy użyciu dostępnych skal- opis przypadku. Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20: 380–384.
9. Dullek M, Młynarska A.: Ocena stanu odżywienia i ryzyka powstania odleżyn wśród pensjonariuszek Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2016; 1: 3-7.

10. Lima Serrano M., González Méndez MI., Carrasco Cebollero FM. et al.: Risk factors for pressure ulcer development in Intensive Care Units: Systematic review. Medicina Intensiva 2017; 41: 339-346.
11. Coleman S., Gorecki C., Nelson E.A. et al.: Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review. International Journal of Nursing Studies 2013; 50: 974-1003.
12. Ülker Efteli E., Yapucu Günes Ü.: A prospective, descriptive study of risk factors related to pressure ulcer development among patients in intensive care units. Ostomy Wound Manage 2013; 59: 22-7.
13. Rezmerska L., Czarnecka M.: Ocena ryzyka rozwoju odleżyn u pacjentów długotrale unieruchomionych w zależności od metody i rodzaju żywienia. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej 2016; 1: 25-31.
14. Popow A., Szewczyk M.T., Cierzniakowska K., Kozłowska E., Mościcka P., Cwajda-Białasik J.: Czynniki ryzyka rozwoju odleżyn u chorych podczas hospitalizacji. Pielegniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2018; 4: 152-158.
15. Popow A., Szewczyk M.T., Cierzniakowska K., Kozłowska E., Mościcka P., Cwajda Białasik J.: Ocena i monitorowanie ryzyka rozwoju odleżyn według skali Norton u chorych hospitalizowanych w czterech oddziałach szpitalnych. Leczenie Ran 2017; 14: 123–128.

Obumieranie tłuszczowate skóry w cukrzycy

Ewa Kostrzewa-Zabłocka

Klinika Diabetologii Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie
Poradnia Diabetologiczna Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Chełmie
Wydział Nauk o Zdrowiu, Kierunek Pielęgniarstwo Collegium Mazovia Innowacyjnej Szkoły Wyższej w Zamościu

Wstęp

Obumieranie tłuszczowate skóry (*necrobiosislipoidica* – NL) to rzadko występująca dermatoza, związana z rozwojem ziarniniakowego zapalenia skóry, która dotyczy około 1% pacjentów chorych na cukrzycę [1].

Rodzaj dermatoz występujących u chorych na cukrzycę nie zależy od tego, na jaki typ cukrzycy cierpi pacjent. Większe znaczenie ma długość trwania schorzenia, wartość glikemii, jej wahania i regularność leczenia oraz właściwe prowadzenie terapii [2].

W cukrzycy występuje mikroangiopatia powierzchownych naczyń skóry. Pod względem morfologicznym charakterystyczne dla niej jest odkładanie się substancji PAS-dodatnich w ścianie naczyń, czasami w przylegającej tkance łącznej. Błona podstawna naczyń włosowatych, tętniczek i żyłek skóry jest pogrubiała, równocześnie występuje proliferacja śródbłonka, prowadząca do zwężenia światła naczyń. Jest to proces uogólniony, którym nigdy nie są dotknięte wszystkie naczynia danej okolicy, a często także nie wszystkie odcinki danego naczynia włosowatego lub tętniczek [3].

Wskutek proliferacji śródbłonka oraz pogrubienia błony podstawnej, droga przejścia substancji odżywczych z naczyń włosowatych do naskórka, a także do komórek tkanki łącznej jest utrudniona. Przepływ skórny, a tym samym regulacja temperatury w skórze, nie ulegają zaburzeniu, chyba że równocześnie występują zmiany typu makroangiopatii [4].

Oprócz powstania zmian powierzchownych najmniejszych naczyń skórnych, przejawiających się zanikowymi przebarwieniami w okolicy przedgoleniowej, u chorych na cukrzycę dochodzi także do pogrubienia ścian i do proliferacji śródbłonka głębiej położony naczyń, do rozwoju okołonaczyniowych nacieków komórek i do martwicy. Jednym z powikłań o takim charakterze jest zanikowe przebarwienie przedgoleniowe oraz obumieranie tłuszczowate skóry (necrobiosislipoidicadiabeticorum) [3].

W 1928 roku Oppenheimer zademonstrował w Wiedeńskim Towarzystwie Dermatologicznym pierwszy przypadek obumierania tłuszczowatego skóry pod nazwą *dermatitisatrophicanslipoidesdiabetica*[2].Nazwę *necrobiosislipoidicadiabeticorum* wprowadził Urbach w 1936 r.[4]. Sądził, że może istnieć wyłącznie „skórna postać cukrzycy". Nazwał ją glikohistechią. Istnienie glikohistechii wskazuje na zwiększoną ilość glukozy wycinkach skóry [2].

Obumieranie tłuszczowate skóry dotyczą skóry i tkanki podskórnej. W rzadkich przypadkach stwierdza się martwicę naskórka, często jest ścieńczenie. Cechą charakterystyczną jest pojawienie się ognisk obumierania kolagenu, które są rozleglejsze niż w ziarniaku obrączkowatym. Naciek otaczający ogniska ma charakter ziarninowy, składa się z występujących w skupiskach komórek nabłonkowatych oraz komórek olbrzymich Langhansa. Barwienie na tłuszcze wykazuje nacieczenie lipidowe [4].

W obumieraniu tłuszczakowatym skóry występują zmiany naczyniowe, które polegają na zwolnieniu przepływu krwi, wytrącaniu elementów postaciowych oraz przesiękaniu osocza przez ścianę naczynia. Później w ścianach naczyń odkłada się p.a.S-dodatnia, oporna na diastazę substancja i powstaje obrzęk. W obumieraniu tłuszczakowatym najczęściej nie dochodzi do nagłego zamknięcia światła. Zjawisko to przebiega stopniowo. Od stopnia zamknięcia naczyń zależy proces obumierania kolagenu. Dopiero w martwiczych tkankach odkładają się ciała tłuszczowate i glikogen. Przechodzenie lipidów przez ściany naczyń zależy zarówno od ich stężenia w surowicy krwi, jak i od nasilenia martwicy kolagenu [2].

Zmiany skórne są umiejscowione u ponad połowie chorych na przedniej powierzchni podudzi, często symetrycznie. Tę lokalizację odnosi się do częstych urazów w tych miejscach. Rzadziej obserwuje się na dłoniach lub stopach. Obraz kliniczny zmian skórnych necrobiosislipoidica zależy od wielkości i czasu trwania wykwitu. Bardzo rzadko pacjent zgłasza się we wczesnej fazie choroby, gdy wykwitem jest brunatno-czerwona grudka, szerząca się bardzo powoli na obwodzie, gdzie można dostrzec delikatny fioletowy naciek. W późniejszej fazie jest widoczny twardzinopodobny żółto-brunatny lub żółto-czerwony płaski naciek, niekiedy z teleangiektazjami na obwodzie. W przypadku najstarszych ognisk w centrum zmian stwierdza się atrofię, czasem wyglądającą jakby wykwit przykryty był celofanem, zaś brzeg jest zazwyczaj jeszcze nacieczony, różowy z teleangiektazjami. Sąsiadujące ogniska mogą się ze sobą łączyć, przybierając policykliczne obrysy. Rzadko obserwuje się w obrębie zmian owrzodzenia, zwykle wiążące się z urazami, a nawet jatrogenne [5]. Zmiany są bezbolesne, przebieg jest przewlekły, bez remisji. W patogenezie necrobiosislipoidica uwzględnia się mikroangiopatię. W badaniach biochemicznych krwi oprócz hiperglikemii

może występować zwiększenie stężenia cholesterolu i lipidów. Podstawą rozpoznania jest zwykle badanie histopatologiczne wycinka skórnego [6]. Leczenie polega na odpowiednim postępowaniu diabetologicznym, podaje się leki naczyniowe, poleca się chorym zaniechanie palenia tytoniu. Miejscowo stosuje się na obwodową część ognisk, tak zwane opatrunki okluzyjne z maści steroidowych o średniej mocy. Próby wstrzykiwania w obwód ogniska roztworów kortykosteroidów mogą zakończyć się sukcesem, ale także powstaniem owrzodzeń [1].

Edukacja jest podstawą w opiece diabetologicznej i leczeniu cukrzycy. Nierzadko chorzy na cukrzycę, mimo leczenia, nie uzyskują satysfakcjonującej pełnej kontroli nad chorobą, co prowadzi do wystąpienia powikłań i pogorszenia jakości życia. Dlatego bardzo ważna jest indywidualna praca zespołu terapeutycznego z chorym i jego rodziną, aby poprawić kontrolę nad cukrzycą i nie dopuścić do rozwoju powikłań [6]. Badanie *Diabetes Control and Complications Trial* dostarczyło pewnych dowodów, że skuteczna intensyfikacja leczenia cukrzycy zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań. Intensyfikacja leczenia wymaga skutecznej samokontroli, ta zaś wymaga stałego poszerzania wiedzy i nieustającego wsparcia. Aby edukacja cukrzycowa była efektywna, musi być procesem ciągłym [7].

Cel pracy

Sprawdzenie przyczyn występowania obumierania tłuszczowatego skóry na podudziach osób z cukrzycą.

Materiał i metody

Metodą, która posłużyła do przeprowadzenia badań własnych, był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Ankieta zawierała pytania dotyczące: płci, wieku, wagi, wykształcenia, miejsca zamieszkania, typu cukrzycy oraz pielęgnacji skóry nóg. Wszyscy pacjenci mieli wykonane badanie laboratoryjne na hemoglobinę glikowaną (HbA1c).

Badanie ankietowe przeprowadzono w SPWSzS w Poradni Diabetologicznej w Chełmie w 2022 r. Badaną grupę stanowiło 100 pacjentów (60 kobiet oraz 40 mężczyzn). Wszyscy mieli rozpoznane obumieranie tłuszczowate na powierzchni goleni.

Wyniki

Średnia wieku ankietowanych wynosiła 58 lat, BMI>31, przeważało wykształcenie średnie. Miejsce zamieszkania to miasto. Średnia wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c) u badanych, to 8,5%.

Dyskusja

Uzyskane dane z ankiety wskazują, że wszyscy pacjenci zgłaszali nieestetyczny wygląd skóry nóg, wskazując na ogniska brunatno-czerwone na podudziach. W patogenezie choroby istotną rolę odgrywa uszkodzenie drobnych naczyń oraz agregacja płytek krwi. Zmiany skórne zwykle lokalizują się symetrycznie na przednich powierzchniach podudzi [1]. Hemoglobina glikowana średnio wynosiła 8,5% co wskazuje na średnie glikemie w osoczu na czczo 178 mg/dl, przed posiłkiem 179 mg/dl, a po posiłkach 206 mg/dl z ostatnich 3 miesięcy. U osób z cukrzycą ogólny cel wyrównania glikemii wynosi nie więcej niż 7,0% HbA1c [8].

Hiperglikemia wywiera negatywny wpływ na czynność mikrokrążenia oraz obwodowego i autonomicznego układu nerwowego. Zmienia także biologię molekularną komórek skóry, prowadząc do nasilenia przechodzenia komórek zapalnych z mikrokrążenia do otaczających tkanek [7]. Przeprowadzając obserwację i wywiad z pacjentami, obumieranie tłuszczowe stwierdziłam najczęściej u kobiet (60 osób), a tylko u 40 mężczyzn. Średni wiek badanych to 58 lat. Literatura podaje, że schorzenie dotyczy 0,3-1% chorych na cukrzycę. Rozwija się zazwyczaj w 30-40 rż, częściej u kobiet niż u mężczyzn. Wiek chorych w chwili zgłaszania się do lekarza wynosi 7-77 lat (śr, 42,5 roku). Średnia początku choroby wynosi 36,5 roku; 75% pacjentów to kobiety. Necrobiosislipoidica kojarzy się zarówno z cukrzycą typu 1 jak i 2. [2]. U badanych pacjentów BMI wynosiło powyżej 31, co świadczy o otyłości typu 1. Rozwój powikłań spowodowanych nadmierną masą ciała, znacznie zmniejsza korzyści wynikające z dobrej kontroli glikemii, zwłaszcza w aspekcie chorób sercowo-naczyniowych, będących główną przyczyną śmiertelności wśród chorych na cukrzycę [9]. Już 5% redukcja masy ciała powoduje poprawę kontroli glikemii zauważalną w pomiarach glukozy na czczo i po posiłkach, jak i ocenianej w oparciu o odsetek hemoglobiny glikowanej. Wyniki zarówno randomizowanych, jak i obserwacyjnych badań pokazały, że stosowanie się pacjentów do zaleceń dietetycznych już po 3-6 miesiącach powodowało obniżenie się odsetka HbA1c od 0,25% do 2,9% w zależności od czasu rozpoznania cukrzycy typu 2 [9,10].

Utrzymanie właściwej higieny i odpowiedniego nawilżenia skóry w cukrzycy jest jednym z najłatwiejszych sposobów zapobiegania problemom skórnym. Wdrażanie właściwej edukacji od chwili rozpoznania cukrzycy, przyczyni się do ograniczenia skórnych powikłań tej choroby. Celem edukacji jest kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych pacjentów oraz motywowanie do przestrzegania zasad higieny ciała z uwzględnieniem jej znaczenia w cukrzycy [11]. Ważnym elementem edukacji powinno być wyjaśnienie zasad używania indywidualnie dobranych preparatów do higieny i nawilżania skóry. Należy utrzymywać skórę w czystości i suchości. Do codziennej higieny zaleca się stosowanie specjalistycznych myjących preparatów nawilżających, nienaruszających naturalnego pH i płaszcza hydrolipidowego skóry [12]. Chorzy na cukrzycę powinni unikać środków przesuszających i drażniących. Unikać gorących kąpieli, temperatura wody nie powinna przekraczać 37°C. Kąpiel całego ciała powinna być krótka, trwać 5–7 minut, po czym należy bardzo dokładnie osuszyć skórę bez nadmiernego pocierania. Szczególnie starannie powinno się osuszyć fałdy skóry i przestrzenie międzypalcowe. Należy zwrócić szczególną uwagę, aby w tych miejscach skóra była zawsze czysta i sucha. Zapobiegać wysuszaniu skóry i unikać drapania, by nie dopuścić do powstania pęknięć skóry oraz wtórnych zakażeń bakteryjnych i grzybiczych. Profilaktyka suchej skóry i świądu wymaga od pacjenta systematycznego stosowania odpowiednich emolientów, preparatów miejscowo nawilżających i natłuszczających skórę. Ich stosowanie przyspiesza regenerację bariery naskórkowej, przez co skóra staje się bardziej odporna na działanie czynników zewnętrznych. Codzienna pielęgnacja emolientami, odpowiednimi preparatami miejscowo nawilżającymi i natłuszczającymi skórę, nie tylko wzmacnia barierę naskórkową przez przywrócenie prawidłowego poziomu lipidów, ale też redukuje suchość, złuszczanie, zmiany wypryskowe, nadkażenia bakteryjne i grzybicze, ponadto łagodzi świąd skóry [13]. Korzyści może przynieść zastosowanie preparatów zawierających różnorodne, uzupełniające się substancje nawilżające, w tym mocznik i naturalne oleje i lipidy oraz składniki odżywcze, prebiotyki, witaminy, co przyczyni się do utrzymania właściwego poziomu nawilżenia i redukcji świądu. Właściwy efekt terapii odpowiednimi preparatami miejscowo nawilżającymi i natłuszczającymi skórę, można uzyskać, kiedy stosuje się je regularnie [13].

Wnioski

1. Zadaniem pielęgniarki diabetologicznej wobec pacjenta z obumieraniem tłuszczowatym skóry jest systematyczne edukowanie pacjentów w zakresie codziennej pielęgnacji skóry ciała i stóp.
2. W zaleceniach żywieniowych w trakcie edukacji, uwzględnić produkty żywnościowe przeciwwskazane, dozwolone w ograniczonych ilościach i wskazane do uzyskania normoglikemii, poprawy wyrównania metabolicznego, wagi, a przez to zapobiegania dermoangiopatii.
3. Zachęcanie pacjenta do systematycznej aktywności fizycznej, z uwzględnieniem rodzaju aktywności według indywidualnych możliwości. Aktywność poprawia krążenie w naczyniach i w skórze, zapobiegając powstawaniu dermatoz.
4. Brak jednoznacznych wytycznych, a także dane z piśmiennictwa sugerują konieczność prowadzenia dalszych badań w celu ustalenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na obumieranie tłuszczowate.

Piśmiennictwo

1. Walecka I., Szymańska E.: Leczenie chorób skóry w cukrzycy [w:] Leczenie powikłań cukrzycy i chorób z nią współistniejących, Franek E. (red.) San Rogue, Warszawa 2018: 266-269.
2. Bogdaszewska-Czabanowska J., Dembińska B.: Zmiany skórne w cukrzycy [w:] Cukrzyca. Tom 2, Sieradzki J. (red.) Via Medica,Gdańsk 2006: 1094-1099.
3. Tatoń J.: Choroby skóry szczególnie często występujące u osób z cukrzycą [w:] Diabetologia Tom II, Tatoń J., Czech A. (red.). PZWL, Warszawa 2001: 322-329.
4. Tatoń J.: Zespoły dermatologiczne [w:] Powikłania cukrzycy, Tatoń J. (red.).PZWL, Warszawa 1995: 395-404.
5. Cisło M.: Zmiany skórne w cukrzycy. Diabetologia 1997; 2:2-7.
6. Sieradzki J., Galicka-Latała D.: Neuropatia wegetatywna w cukrzycy [w:] Przewlekłe powikłania w cukrzycy, Sieradzki J. (red.). Fundacja Rozwoju Diagnostyki Laboratoryjnej, Kraków 1998: 180.
7. Jabłońska S., Chorzelski T.: Choroby skóry. PZWL, Warszawa 2001: 334.
8. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2022. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. OfficialJournal of the Diabetes Poland 2022; 2:16-18.

9. Olszanecka-Glinianowicz M.: Leczenie otyłości u chorego na cukrzycę [w:] Leczenie powikłań cukrzycy i chorób z nią współistniejących, Franek E. (red.). San Rogue, Warszawa 2018: 217-219.
10. American Diabetes Association, Diabetes Care January 01 2021; volume 44 issue Supplement 1; S100-S110: (8. Obesity Management for the Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2021).
11. Krajewska M.:Zmiany skórne [w:] Pielęgniarstwo Diabetologiczne, Szewczyk A. (red.). PZWL, Warszawa 2019: 189-201
12. Nowak-Kapusta Z., Marcisz Cz.: Cukrzyca [w:] Pielęgniarstwo Rodzinne i Opieka Środowiskowa, Ślusarska B., Marcinowicz L., Kocka K. (red.). PZWL, Warszawa 2019: 337-351.
13. Praktyczne Zalecenia w Pielęgniarskiej i Położniczej Opiece Diabetologicznej 2021. Stanowisko Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii. PZWL, Warszawa 2021: 36-37.

Wieloaspektowość przebiegu atopowego zapalenia skóry

Karolina Wanda Borkowska, Anna Grajewska, Edyta Rysiak

Zakład Chemii Leków, Euroregionalne Centrum Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie

Atopowe zapalenie skóry (AZS) charakteryzowane jest jako przewlekła i nawrotowa choroba zapalna. Rozpoznawana jest najczęściej w okresie wczesnego dzieciństwa. Podstawowymi objawami, które wyróżniane są w przebiegu tej dermatozy są uporczywy świąd oraz zmiany zapalne o typowej lokalizacji. Badania epidemiologiczne wskazują, że AZS rozwija się u 57% dzieci przed ukończeniem 1. roku życia, a u 87% rozwija się do 6. roku. Współczynnik chorobowości u dzieci w Europie wynosi od 12 do 26% [1]. AZS to dermatoza, w której obserwuje się występowanie współistniejących chorób o charakterze atopowym. Współtowarzyszący tej chorobie dermatologicznej alergiczny nieżyt nosa występuje u 35% - 66% chorych, podczas gdy u 30 - 60 % pacjentów z atopią diagnozowanych jest z powodu astmy oskrzelowej. W niektórych przypadkach, u pacjentów z AZS występuje zjawisko tzw. marszu alergicznego, w którym stan alergii dotyka zarówno układ pokarmowy jak i oskrzela [2]. W etiopatogenezie AZS znaczącym czynnikiem wewnętrznym jest genetyka. Prawdopodobieństwo zachorowania na atopowe zapalenie skóry wynosi 30% - 40%, gdy jeden z jego rodziców choruje na tę dermatozę. W przypadku AZS występującego zarówno u matki, jak i ojca prawdopodobieństwo to rośnie o 20% [2].

Rozwinięcie

Rozwój stanu zapalnego w AZS determinowany jest poprzez działanie alergenów powietrznopochodnych, pokarmowych, substancji drażniących oraz mikroorganizmów. Przykładami tych ostatnich są *Staphylococcus aureus* lub *Malassezia species.* Obecnie patofizjologia atopowego zapalenia skóry rozpatrywana jest pod względem zależności pomiędzy genetycznie uwarunkowanymi zaburzeniami struktury i funkcji bariery naskórkowej, zaburzeniami w funkcjonowaniu pierwotnej i wtórnej odpowiedzi immunologicznej oraz zapalnej i czynnikami infekcyjnymi oraz środowiskowymi. W przypadku AZS skóra, która postrzegana jest jako pozornie zdrowa, wykazuje zdecydowane różnice od skóry prawidłowej.

Przyczyną tego zjawiska są nieprawidłowości w funkcjonowaniu filagryny. Pierwsze doniesienia na ten temat odnaleźć można w badaniach opublikowanych przez Palmera i wsp. w 2006 roku. Zaburzenia w funkcjonowaniu tego białka prowadzą do suchości skóry, co z kolei zwiększa jej wrażliwość na oddziaływanie czynników środowiskowych. Filagryna uważana jest za prekursor wolnych kwasów tłuszczowych, które wchodzą w skład naturalnego czynnika nawilżającego NMF. W badaniu mikroskopowym skóry z objawami charakterystycznymi dla AZS, stwierdza się występujące nacieki okołonaczyniowe, złożone z komórek limfocytarnych. Skóra zdrowa pozbawiona jest tego zjawiska w swym obrazie mikroskopowym. Badania histopatologiczne nad zmianami ostrozapalnymi w AZS, wskazują na obecność nacieków z komórek jednojądrzastych. Obraz ten jest charakterystyczny dla alergicznego wyprysku kontaktowego. Skóra pozornie zdrowa oraz z wyraźnymi stanami zapalnymi, u chorych na AZS charakteryzuje się obecnością nacieków limfocytarnych, utworzonych zwłaszcza z limfocytów T. U chorych na AZS zauważalny jest ich podwyższony poziom. Dodatkowo obserwowanym zjawiskiem jest wzmożona aktywacja krążących limfocytów T. Pojawienie się pierwszych objawów AZS związane jest z nasiloną produkcją oraz uwalnianiem cytokin typu Th2. Cytokiny typu Th1 oraz Th2 stymulują rozwój objawów stanu zapalnego w przebiegu AZS. Znaczący wpływ Th1 obserwowany jest podczas ich uwalniania przez komórki tworzące naciek zapalny. Dodatkowo cytokina ta może być syntezowana i uwalniana przez mastocyty, bazofile oraz eozynofile w przebiegu ostrej reakcji, która charakterystyczna jest dla wyprysku kontaktowego. Szczególna uwaga w rozwoju AZS poświęcona zostaje cytokinie IL - 31. Jej ekspresja zauważalna jest zarówno w ostrej fazie stanu zapalnego AZS, jak również w przebiegu ostrego alergicznego wyprysku kontaktowego [3]. U chorych na atopowe zapalenie skóry zauważana jest predyspozycja do wytwarzania się IgE – zależnej nadwrażliwości na antygeny zewnątrz - oraz wewnątrzpochodne. Charakterystyczną dla tego procesu reakcją jest różnicowanie limfocytów CD4 w kierunku linii cytokin Th2, z jednoczesnym zaburzeniem powstawania cytokin z linii Th1. Zwiększone stężenie cytokin linii Th2 we krwi obwodowej pacjentów, to tylko jedna z reakcji w organizmie, zauważalna AZS. Ponadto zintensyfikowana zostaje gotowość układu odpornościowego do reakcji na ten rodzaj cytokin. Polega ona na zwiększeniu liczby receptorów na powierzchni komórek układu immunologicznego. Funkcjonowanie układu cytokinowego związane jest z nadprodukcją IgE oraz rozwojem stanu zapalnego w AZS. Należy zaznaczyć, że pomimo kluczowej roli IgE w przebiegu atopii, nie zawsze poziom tych przeciwciał koreluje z ciężkim przebiegiem tej choroby. U pacjentów z atopowym zapaleniem skóry, zauważalnym procesem jest wzrost ilości receptorów dla IgE. Ich obecność stwierdza się na powierzchni wielu komórek układu

odpornościowego, między innymi na powierzchni komórek Langerhansa, limfocytów T i B, monocytów, makrofagów oraz trombocytów. U 80% chorych zwiększony poziom IgE tożsamy był ze znalezieniem swoistych przeciwciał dla popularnych alergenów wziewnych i pokarmowych. Skóra w przebiegu AZS jest niewydolna pod względem funkcjonowania bariery naskórkowej, co znacznie ułatwia przenikanie alergenów do głębszych jej warstw. Ich penetracja skutkuje aktywacją swoistego dla tych czynników antygenu, pobudzając tym samym uczulone tzw. limfocyty pamięci [4]. Oprócz zaburzeń w funkcjonowaniu układu immunologicznego, w etiopatogenezie AZS podnoszony jest temat bariery naskórkowej. Zaburzenia w jej działaniu są uwarunkowane genetycznie. Polegają na występowaniu nieprawidłowości w składzie i funkcjonowaniu naskórka. Konsekwencjami tych zaburzeń są między innymi nadmierna, przeznaskórkowa utrata wody, suchość skóry, nadwrażliwość na nieswoiste bodźce drażniące, skłonność do tworzenia stanów zapalnych i penetracji alergenów i czynników drażniący skórę. Dodatkowo w przebiegu atopowego zapalenia skóry wyróżnia się zaburzenia w wytwarzaniu płaszcza lipidowego warstwy rogowej, skutkującego niedoborem ceramidów. Wymienione związki pełnią istotną rolę w utrzymaniu równowagi wewnętrznej naskórka. Ceramidy odpowiadają za prawidłowy poziom wody w naskórku, uczestniczą również w regulacji przekaźnictwa wewnątrzkomórkowego. Ich niski poziom w naskórku skutkuje stałym pobudzaniem keratynocytów oraz wydzielaniem cytokin prozapalnych [4, 5].

W przypadku AZS poruszany jest również kontekst środowiskowy oraz psychologiczny. W populacji dziecięcej czynnikiem przyczyniającym się do rozwoju AZS jest narażenie na alergen pokarmowy. Do pokarmów alergizujących należy mleko, jaja, ryby, zboża, orzechy ziemne i soja. Tolerancja organizmu na wyżej wymienione produkty zwiększa się wraz z wiekiem [6]. Obecnie nadwrażliwość na alergeny pokarmowe stwierdzana jest na podstawie badania poziomu przeciwciał IgG w odniesieniu do wybranych składników diety. W wykorzystywanych do tego testach ImuPro, określa się liczbę swoistych przeciwciał IgG względem różnorodnych składników pokarmowych. Zastosowanie diety eliminacyjnej, stworzonej na podstawie wyniku tego testu przynosi istotne korzyści kliniczne u pacjentów z AZS, egzemą czy łuszczycą [6]. 80% chorych na AZS wykazuje nadwrażliwość na alergeny pochodzące z powietrza. Wśród nich wymieniane są najczęściej pyłki, naskórek zwierząt oraz pleśnie i ich zarodniki. Ryzyko wystąpienia alergii wziewnej wzrasta wraz z wiekiem. W tym przypadku reakcja na dany alergen przebiega poprzez jego kontakt ze skórą chorego lub w wyniku przedostania do jego dróg oddechowych. Nieswoiście drażniącymi alergenami w przypadku atopowego zapalenia skóry są detergenty, ubrania, w których składzie występuje wełna, mydła o zasadowym pH, gorąca woda, nadpotliwość oraz obniżona wilgotność

powietrza. Wśród drobnoustrojów mających wpływ na przebieg AZS wymienia się *Streptococcus Aureus*. Bakteria ta kolonizuje skórę chorych. Jej obecność stwierdza się u 75% - 100% osób z AZS w obrębie zmian skórnych, oraz u 30% - 50% pacjentów bez objawów chorobowych. *S. Aureus* jest źródłem czynników prozapalnych, alergizujących i egzotoksyn. Dowodem na zaostrzanie przebiegu AZS, w wyniku kolonizacji tej bakterii na zmienionej chorobowo skórze, jest poziom swoistych przeciwciał IgE, które działają przeciwko antygenom i toksynom gronkowcowym (SEB, SEA). Wspomniane enterotoksyny mają zdolność do aktywacji nawet 30% wszystkich limfocytów T. Oprócz zauważalnego wzrostu przeciwciał IgE, których zadaniem jest przeciwdziałanie alergenom środowiskowym, u 25% pacjentów chorych na atopowe zapalenie skóry stwierdza się obecność autoprzeciwciał w klasie IgE, które działają przeciwko białkom keratynocytów, komórek śródbłonka, fibroblastów i komórek krwi. To zjawisko zwane jest mianem autoagresji. Podstawą sukcesu terapeutycznego w AZS jest przerwanie błędnego koła atopii. Uszkodzenie bariery naskórkowej w atopowym zapaleniu skóry umożliwia wniknięcie drobnoustrojów, substancji drażniących do organizmu, które indukują powstanie stanu zapalnego. Proces ten skutkuje nadmierną utratą wody przez naskórek i wyzwala świąd. Pacjent odczuwa dyskomfort oraz silny świąd, co prowadzi do pogłębienia uszkodzenia bariery naskórkowej i nasilenia stanu zapalnego. Przerwanie tego procesu zależy również od eliminacji czynników środowiskowych, wymienionych w tym akapicie [6, 7].

Oprócz podłoża o charakterze immunologicznym i środowiskowym, w przebiegu AZS podkreśla się również rolę stanu psychicznego pacjentów i ich sytuacji społecznej. Poczucie stygmatyzacji i niezrozumienia dla ich choroby, prowadzi do prób maskowania zmian skórnych. Konsekwencją odrzucenia i dyskryminacji jest obniżenie jakości życia chorych. Przewlekle występujący u pacjentów z AZS świąd oraz zaburzenie funkcjonowania bariery skórno – naskórkowej, może przyczyniać się do zniekształcenia odbioru otaczającej ich rzeczywistości. Należy zaznaczyć, że obniżenie jakości życia, w przypadku tej jednostki dermatologicznej występuje już u najmłodszych dzieci. Champlin i wsp. przebadali grupę 23 rodziców dzieci, u których AZS wystąpiło do 6. roku życia. Wyniki badań uzyskane zostały na podstawie kwestionariuszy dotyczących różnych obszarów życia nieletnich. Z relacji rodziców wynikało, że dzieci miały problem z zasypianiem oraz ciągłością snu. Były drażliwe i płaczliwe. Do podobnych wniosków doszli Lewis - Jones i wsp., którzy do swoich badań wykorzystali kwestionariusz IDQOL. W grupie opiekunów dzieci, w przedziale wiekowym do 4. roku życia zauważono korelacje pomiędzy obecnością objawów AZS (świądu, pieczenia), a zmianami nastroju u nieletnich. Na podstawie odniesienia do grupy kontrolnej, którą

stanowiły zdrowe dzieci wyciągnięto wniosek o częstszym występowaniu zaburzeń ze snem u małoletnich z AZS. Problemy wynikające z przebiegu atopii nie dotykają wyłącznie najmłodszych. Dzieci w wieku szkolnym mogą doświadczać zaburzeń z koncentracją i trudności w nauce. Narażone są również na brak akceptacji w grupie rówieśniczej. U dorosłych pacjentów z AZS choroba wpływa na relacje zawodowe, partnerskie i społeczne. Obciążeniem psychicznym, w tym przypadku jest również kosztochłonność i długotrwałość leczenia atopowego zapalenia skóry. Wszystkie powyżej wymienione czynniki o tle psychologicznym prowadzą do bezsilności i poczuciem pozornej kontroli nad własnym życiem [8].

Podsumowanie

AZS jest dermatozą, której przebieg determinowany jest przez wiele czynników, zarówno egzogennych jak i endogennych. W jej epidemiologii wyraźnie podkreśla się wystąpienie objawów atopii już we wczesnym dzieciństwie. Podstawą skutecznej terapii AZS jest przerwanie błędnego koła atopii oraz dogłębna analiza czynników, powodujących zaostrzenie objawów chorobowych. Holistyczna terapia w AZS stanowi wyzwanie dla specjalistów z wielu dziedzin. Dokładne zrozumienie zaburzeń na tle immunologicznym, analiza nieprawidłowości w funkcjonowaniu bariery skórno – naskórkowej oraz analiza czynników środowiskowych, ma które narażony jest pacjent z AZS może prowadzić do sukcesu terapeutycznego tej dermatozy.

Piśmiennictwo

1. Lipińska – Kupryś I., Elgalal A., Kuna P.: Epidemiologia atopowego zapalenia skóry w populacji ogólnej mieszkańców województwa łódzkiego. Pneumonologia i Alergologia Polska 2009; 77 (2): 145 -151.
2. Kocot – Kasznia J., Reichmann K., Ślusarska – Wypych A.: Wybrane aspekty jakości życia w atopowym zapaleniu skóry. Medycyna Środowiskowa - Environmental Medicine 2014; 17 (2): 42-51.
3. Silny W., Operacz – Czarnecka M., Gliński W. i wsp.: Atopowe zapalenie skóry – współczesne poglądy na patomechanizm oraz metody postępowania diagnostyczno-leczniczego. Stanowisko grupy specjalistów Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Postępy Dermatologii i Alergologii 2010; XXVII (5): 365 - 383.

4. Millan M., Mijas J.: Atopowe zapalenie skóry - patomechanizm, diagnostyka, postępowanie lecznicze, profilaktyka. Nowa Pediatria 2001; 21(4): 114 - 122.
5. Gocka – Romańska K., Gocki J., Placek W. i wsp.: Rola bariery skórnej, wybranych czynników środowiskowych i karmienia piersią w atopowym zapaleniu skóry. Postępy Alergologii 2006; XXIII (5): 228 - 233.
6. Nowicki R., Sikorska M.: Etiopatogeneza atopowego zapalenia skóry. Medycyna Biologiczna 2014; 3: 64 - 67.
7. Skiba A., Połomska J., Szaflik – Sikorska H. i wsp.: Praktyczne aspekty opieki nad dzieckiem chorym na atopowe zapalenie skóry: rola współpracy personelu medycznego z pacjentem i jego rodzicami. Obraz kliniczny, rozpoznanie i leczenie. Pielęgniarstwo XXI wieku 2016; 2(55): 54 - 58.
8. Góra D.: Występowanie chorób alergicznych wśród dzieci młodzieży w wybranych miastach Polski. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2020; 1 (62): 14 - 20.

Wiedza klientów gabinetów kosmetycznych na temat wpływu masek higienicznych noszonych w pandemii Covid – 19 na kondycję skóry

Paulina Kozioł[1], Beata Jankowska[2]

1. Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Kosmetologia Akademii Nauk Stosowanych w Łomży
2. Katedra Kosmetologii Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Nauk Stosowanych w Łomży

Wstęp

Epidemia, to zjawisko masowej zachorowalności, spowodowanej tym samym rodzajem choroby lub wirusa w tym samym czasie w danym regionie lub o większym zasięgu. Jeżeli choroba zakaźna znajduje się na wielkich terenach globu i standardowo cechująca się ogromną zachorowalnością oraz śmiertelnością, wówczas należy uznać ją za pandemię [1].

Dotychczas najbardziej wyniszczającą ludność w ujęciu globalnym była epidemia grypy „hiszpanki" w latach 1918-1920, która spowodowała śmierć 100 milionów osób na świecie [2].

Epidemiczne choroby zakaźne przez dziesiątki lat niosły zniszczenie wśród populacji i dużą śmiertelność wśród ludność w postaci endemii. Na granicy 2019 i 2020 roku w chińskiej dzielnicy Hubei, w ponad jedenastomilionowym mieście Wuhan, zauważono po raz pierwszy ponawiające się przypadki nieznanego zapalenia oskrzeli i płuc o możliwej etiologii wirusowej. Wirus ten, odseparowany i określony w ostateczności jako SARS-CoV-2, został wliczony do rodziny *Coronaviridae*. Na poszczególne kraje, w wyniku stałego przemieszczania się ludzi, choroba rozniosła się nie tylko na Chiny, ale też w szybkim tempie przyniosła paraliż i masowe zachorowania o różnym rodzaju przebiegu – od objawów łagodnych, poprzez ciężkie oraz spowodowała dużą śmiertelność wśród populacji ludzkiej na całym świecie [3].

Czas pandemii Covid – 19

COVID -19 jest chorobą bardzo zakaźną i wyniszczającą organizm, powodując dużą śmiertelność. Wywoływana jest ona przez wirusa SARS-CoV-2. COVID-19 jest niebezpieczeństwem dla ludzi z całego świata. Tworzy duży problem społeczny oraz zdrowotny. Ukazujące się bez końca nowe przypadki zakażenia *Coronavirus Disease 2019* powodują odosobnienie społeczeństwa i długotrwały strach przed zakażeniem [4].

Drogą kropelkową roznosi się SARS-CoV-2 wówczas, jeśli osoba zakażona kaszle czy kicha, (głównie kiedy jest blisko, zatem w odległości poniżej dwóch metrów) [5].

Epidemia koronawirusa w Polsce z dnia na dzień wzrasta. Aktualna sytuacja epidemiczna skłoniła, byśmy mogli dobrać takie środki ochrony przed infekcją, które będą najlepiej ochraniały użytkownika przed zakażeniem [6].

Przede wszystkim racjonalnym rozwiązaniem w zmaganiu się z nie do końca poznanym patogenem, jest noszenie maseczek. Zakładanie ich zagwarantuje większy poziom wspólnej ochrony [7].

Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła 11 marca 2020 roku światową pandemię. Rok 2020 zostanie zapisany na kartkach historii jako rok walki z wirusem SARS-CoV2, rok lęku i obaw, ogromnej ilości zgonów [3, 5].

Środki ochrony indywidualnej

Celem ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 wprowadzono w życie mnóstwo obostrzeń i zasad, m.in. społeczny dystans, dezynfekcję rąk oraz zastosowanie środków ochrony indywidualnej (PPE - personal protective equipment) [8].

Z uwagi na panującą pandemię wirusa, noszenie masek stało się regułą w walce z koronawirusem [9]. Noszenie masek ogranicza rozprzestrzenianie się wirusa. Powinno się zakładać maseczkę, nawet jeśli nie mamy objawów zakażenia. Aby maseczka spełniała swoją rolę trzeba prawidłowo ją użytkować [7].

Potwierdzono, że dystans społeczny jest jednym z najskuteczniejszych sposobów zmniejszania roznoszenia się choroby podczas wybuchu epidemii. A więc wprowadza on zmiany w codziennych czynnościach - w celu zmniejszenia bliskiego kontaktu z innymi ludźmi, w tym:

- omijanie zatłoczonych miejsc i spotkań, które są zbędne;
- unikanie powitań przez uścisk dłoni;
- ograniczenie kontaktów z osobami starszymi i osobami ze złym stanem zdrowia;
- utrzymywanie odległości co najmniej 2 metrów od innych osób [10].

Rodzaje maseczek

Należy zwrócić uwagę na materiały, z których są wykonane maseczki – różnią się one przepuszczalnością patogenów, skutecznością filtracji bakteryjnej czy odpornością na przesiąkanie. Zależnie od rodzaju tkaniny mogą doprowadzić do zwiększenia wilgotności,

dyskomfortu, a później ku powstaniu zmian skórnych. Włókna naturalne jak len, bawełna, jedwab, lyocell, gwarantują większą oddychalność w porównaniu z włóknami sztucznymi. Równocześnie jednak zwiększają wilgotność pod maseczką, co nasila dyskomfort. Syntetyczne tkaniny biofunkcjonalne cechują się z kolei wysokim współczynnikiem odparowania i utrudnionym wnikaniem wody, zapewniając wyższy komfort [8].

Dostępne maseczki można podzielić w zależności od materiałów, z których są wykonane. Wyróżniamy następujące rodzaje:

- Maski tkaninowe - wykonywane z materiału. Są to najprostsze produkty ochronne. Nie są one przedmiotem badań i zakresem testowania żadnej z obowiązujących norm europejskich. Trudno określić poziom ochrony dla tych produktów, można powiedzieć, że tego typu wyroby mają bardzo podstawowy poziom ochrony [11].
- Maski medyczne/ chirurgiczne - są produkowane z min. 3 warstw włókniny. Są to wyroby medyczne jednorazowego użytku. Podlegają one testowaniu i spełniają wymagania zgodne z normą EN14683:2019+AC:2019.

  Wyróżnia się 3 typy masek:
- Typ I (skuteczność filtracji ≥ 95%);
- Typ II (skuteczność filtracji ≥ 98%);
- Typ IIR (skuteczność filtracji ≥98%).

W grupie masek typu IIR obecne są również maski NANO - składające się z 4 warstw włókniny, gdzie w powłoce filtrującej znajduje się dodatkowa warstwa z nanowłókien, zdolnych do wychwytywania najdrobniejszych cząsteczek o średnicy co najmniej 0,05 mikrona [11].

- Półmaski filtrujące FFP - nie są produktami medycznymi – lecz środkami ochrony indywidualnej, zgodnie z Dyrektywą EU 2016/425. Czołową normą kategoryzująco-badawczą dla tych wyrobów jest norma EN 149:2001+A1:2009 [6].

Wyróżnia się 3 kategorie maseczek:

- FFP1-nadają się do pracy, gdzie nie ma toksycznego pyłu i aerozolu. Filtrują one przynajmniej 80%cząstek w powietrzu do wielkości 0,6µm;
- FFP2-przeciwpyłowe, inaczej antysmogowe, posiadają dodatkowy filtr przeciw zanieczyszczeniom mikrobiologicznym. Filtrują 95% cząsteczek unoszących się w powietrzu, gwarantują wysoką skuteczność. Maski z filtrem N95 utrudniają oddychanie;

- FFP3 – produkowane są w wersji jedno - i wielorazowego użytku. Przeciwzakaźna maska ochronna do wielorazowego użytku powinna posiadać filtr N99. Zatrzymuje on aż 99% zanieczyszczeń w postaci bakterii, wirusów oraz szkodliwych płynów. Są najbardziej skuteczne [12].

  FFP3 NR występują również z dodatkowym zaworem wydechowym lub w wersji bez zaworu [6].

Opublikowane zalecenia wskazują, jak należy prawidłowo użytkować maseczki. Nie zaleca się dotykać zewnętrznej strony maseczki, a po przypadkowym kontakcie umyć albo zdezynfekować ręce. Nie należy korzystać z zawilgoconych masek, a po upływie 15-30 minut – należy wymienić je na nowe [13].

Prawidłowa instrukcja zakładania i zdejmowania maseczki chirurgicznej

Prawidłowo założona maska chirurgiczna blokuje wydostanie się kropelek (aerozolu), które powodują wirusy i bakterie, od osoby jej użytkującej w kierunku na zewnątrz. Maski medyczne chronią też przed wnikaniem cząsteczek z zewnątrz do układu oddechowego osoby lecz jest to znikoma ochrona, wiążąca się ze strukturą materiału oraz tym, że nie przylega ona ściśle do twarzy noszącego. Z reguły maseczki chirurgiczne są dwukolorowe - strona biała jest stroną wewnętrzną (przykładaną do twarzy), a kolorowa jest zewnętrzną (od twarzy na zewnątrz) [14].

- Przed nałożeniem maski należy oczyścić ręce wodą z mydłem lub preparatem do dezynfekcji rąk;
- Sprawdzić maskę, czy nie posiada dziur i uszkodzeń mechanicznych;
- Upewnić się, że właściwa strona maski (kolorowa) jest skierowana na zewnątrz;
- Zlokalizować - w przypadku maski chirurgicznej - umieszczoną w jej górnej części cienką metalową blaszkę, która po odpowiednim dociągnięciu powinna przylegać do górnej części nosa. Do twarzy powinna przylegać szczelnie cała maska;
- Maskę z gumkami zaczepić o uszy, a z tasiemkami – zawiązać z tyłu głowy;
- Dół maski podciągać, aby zakryła nos, usta i podbródek;
- Sprawdzić szczelność (przyleganie maski do twarzy), robiąc głęboki wdech;
- Kiedy maska się zawilgoci, trzeba ją wymienić na nową. Ponownie nie stosować długo masek jednorazowych;

- Po użyciu zdjąć maskę w bezpieczny sposób, nie dotykając zewnętrznej strony maseczki; usunąć elastyczne pętle z tyłu uszu, jednocześnie trzymając maskę z dala od twarzy i ubrania, aby uniknąć dotykania potencjalnie zanieczyszczonych powierzchni maski;
- Wyrzuć maskę do zamkniętego pojemnika natychmiast po użyciu;
- Po dotknięciu lub wyrzuceniu maski zachować higienę rąk– użyć ściereczki do rąk na bazie alkoholu, w sytuacji widocznego zabrudzenia, umyj ręce mydłem i wodą [15, 16].

Trądzik maseczkowy – charakterystyka i objawy

W związku z nakazem noszenia maseczek, pojawił się nowy problem dermatologiczno – kosmetyczny, czyli trądzik maseczkowy – maskne, który już na stałe zostanie wpisany w słownictwo kosmetologii, jako wyraz szeregu problemów z cerą na skutek wymuszonej ochrony ust i nosa podczas pandemii [15].

Mascne lub maskne (z ang. mask- maseczka + acne- trądzik) jest odmianą trądziku mechanicznego. Dotąd objawiał on się szczególnie u określonych grup zawodowych bądź społecznych. W obrazie klinicznym obserwuje się tworzenie wykwitów trądzikowych oraz skalę wzrostu już aktualnego problemu: wystąpienia łojotokowego albo atopowego zapalenia skóry. Zmiany na twarzy wystąpić mogą pojedynczo albo na całym obszarze przylegania maseczki [16].

W obrębie brody, na nosie, wokół ust i na policzkach pojawiają się zmiany zapalne w okolicach obszaru maseczki. Specjaliści - dermatolodzy używają nazewnictwa maskne w przypadku problemów skórnych, które pogłębiły się przeważnie przy cerze tłustej i problematycznej (trądzik zwykły albo trądzik osób dorosłych) albo powstały (trądzik mechaniczny lub wywołany, np. trądzik kosmetyczny) na skutek przylegania ściśle osłony na twarz [7].

U pracowników systemu ochrony zdrowia dostrzeżono obecność otarć i urazów grzbietu nosa, policzków i czoła poprzez nacisk wytworzony przez maseczki [17].

Epidemiologia trądziku maseczkowego

Grono głównie narażone na trudności skórne powiązane ze środkami ochrony indywidualnej to pracownicy ochrony zdrowia. Efekty analizy zrealizowanej w Chinach w początkowych miesiącach pandemii COVID-19 przedstawiają, że na przypadłości dermatologiczne narzekało aż 97% personelu medycznego – na ogół otaczały one grzbiet nosa jak i dotyczyły suchości, nacisku lub łuszczenia. Wydarzenie te było omawiane już przy okazji

epidemii SARS - w tamtym czasie zaobserwowano w Singapurze 59,6% pracowników opieki zdrowotnej spostrzegło , że na twarzy rozwiną się im trądzik, a 35,8% - wysypka [17].

Makijaż – a maseczka ochronna

Aplikacja makijażu pod maseczkę, szczególnie podkładu i pudru, tworzy podłoże dla drobnoustrojów które prowokują zmiany zapalne. W konieczności powinien być delikatny, a także noszony w miarę krótko. Pędzle, gąbki i inne aplikatory trzeba systematycznie czyścić i dezynfekować. Należy zrezygnować z uciążliwych, kryjących podkładów i korektorów na potrzeby kremów typu BB lub CC oraz pudrów mineralnych, które ponadto minimalizują ryzyko dostania się makijażu w maseczkę. Po przybyciu do domu należy zmyć make-up [7].

Pielęgnacja twarzy w czasie pandemii Covid 19

Zaleca się mycie twarzy codziennie rano i wieczorem łagodnymi, bezwonnymi płynami o właściwościach antybakteryjnych i niezatykających porów. Również unikać aplikacji na długi czas preparatów zawierających m.in. alkohol, kwas salicylowy, alfa hydroksykwasy, retinol – z powodu wystąpienia podrażnień [8].

W kuracji zmian „maskne" specjalny wpływ nadaje używanie delikatnych preparatów antybakteryjnych o działaniu oczyszczającym i nawilżającym [18].

Oczyszczanie twarzy w czasie pandemii Covid 19

Ważna jest regularna pielęgnacja skóry. Warto pamiętać o rzetelnym oczyszczaniu twarzy, najlepiej zastosować oczyszczanie dwuetapowe, by usunąć nadmiar sebum, zanieczyszczenia (np. pył kurz), oraz makijaż. Uzupełniająco warto stosować peelingi złuszczające obumarły naskórek [19, 20].

Noszenie maseczek ochronnych prowadzi do powstania różowo–czerwonych zmian grudkowo-zapalnych. Optycznie wygląda to na zapalenie okołoustne czy trądzik różowaty. Wskazane jest zachowanie ostrożności, by zminimalizować powstawanie trądziku maseczkowego:

- Nie należy dotykać twarzy;
- Trzeba wybierać maseczki z przyjaznych dla twarzy tkanin;
- Należy zmienić nawyki pielęgnacji domowej twarzy.

Istotne jest korzystanie z hipoalergicznych płynów do demakijażu nie zawierających składników podrażniających, wykluczenie tradycyjnych kosmetyków kolorowych. Gdy dojdzie do nasilenia zmian należy udać się na konsultację dermatologiczną, jak też specjalistyczne badania [20].

Nawilżanie twarzy w czasie pandemii Covid 19

Cera dotknięta problemem maskne potrzebuje prawidłowego nawilżenia i regeneracji. Krem powinien zawierać delikatną konsystencję, żeby nie obciążył skóry. Kosmetyk należałoby aplikować na odpowiednio oczyszczoną skórę, chociaż raz dziennie. Pora nocna to czas odnowy naszej skóry, aby wesprzeć jej odbudowę jak też załagodzić podrażnienia zaistniałe w trakcie dnia, wybrać krem o działaniu odnawiającym o lekkiej, żelowej konsystencji [20].

Pamiętać należy o piciu wody w ciągu dnia. Prawidłowe nawadnianie organizmu pomaga szybszej zregenerować skórę, przywrócić jej dobry poziom nawilżenia. Człowiek ze skórą podatną na zanieczyszczenia powinien dbać o prawidłową podaż płynów w związku z nawadnianiem od wewnątrz może zahamować nadprodukcję sebum, zredukować przypadłości związanie z trądzikiem [20].

Cel pracy

1. Określenie czynników wpływających na wystąpienie trądziku maseczkowego.
2. Ocena wpływu noszenia maseczek na jakość skóry.
3. Analiza toku postępowania podczas pielęgnacji cery w czasie pandemii COVID - 19.

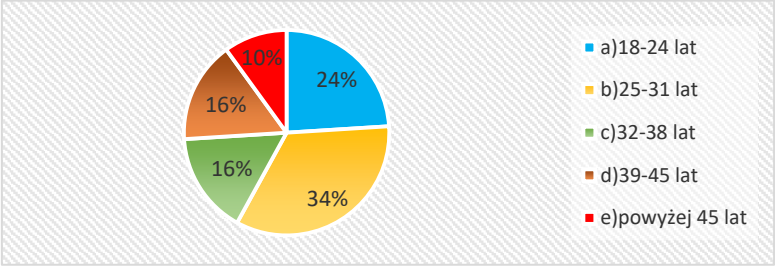
Materiał i metody

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa przeprowadzony wśród klientów gabinetów kosmetycznych, a metodą - sondaż diagnostyczny. Ankieta miała charakter anonimowy, a udział w badaniu był całkowicie dobrowolny. Składała się ona z 30 pytań. Badanie zostało przeprowadzone 7.02.2022 r.-28.02.2022 r.

Wyniki

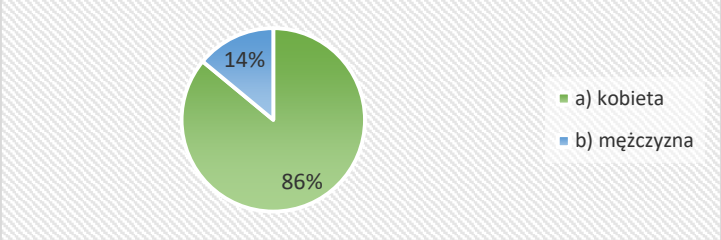
W wieku między 18 a 24 rokiem życia było 24% ankietowanych. Najliczniejszą grupę ankietowanych – 34% osób stanowiły osoby w przedziale wiekowym od 25-31 lat. W przedziale wiekowym 32-38 lat i 39-45 lat było po 16% osób. Najmniej liczną grupę

reprezentatywną stanowiły badani w wieku powyżej 45 lat (10% osób). Wiek badanych obrazuje Rycina 1.



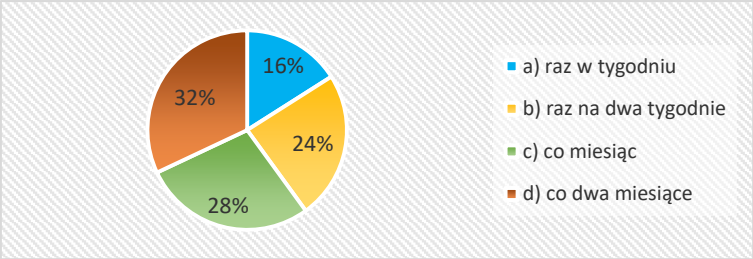
Rycina 1. Wiek respondentów (n=50)

Badani to 86% kobiet i 14% mężczyzn. Płeć badanych obrazuje Rycina 2.



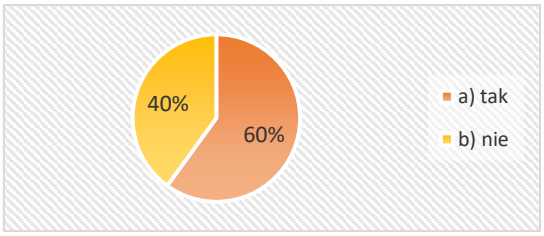
Rycina 2. Płeć respondentów (n=50)

Najmniej respondentów- 16% z nich odwiedzało gabinet kosmetyczny raz w tygodniu. Razy na dwa tygodnie – 24% badanych, natomiast 28% ankietowanych co miesiąc odwiedzało kosmetologa. Najliczniejszą grupę stanowiło 32% osób, które korzystały z usług gabinetu kosmetycznego co dwa miesiące. Częstotliwość odwiedzania gabinetu kosmetycznego obrazuje Rycina 3.



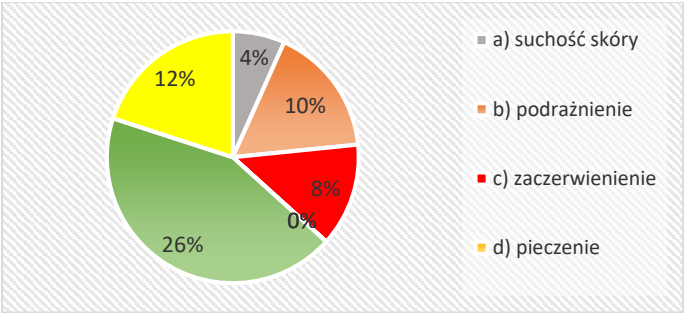
Rycina 3. Częstotliwość odwiedzania gabinetu kosmetycznego (n=50)

Z problemami związanymi z noszeniem maseczki higienicznej zmagało się 60% respondentów, natomiast 40% badanych „nie" zgłosiło tego problemu. Problemów z cerą, związane z noszeniem maseczki higienicznej obrazuje Rycina 4.



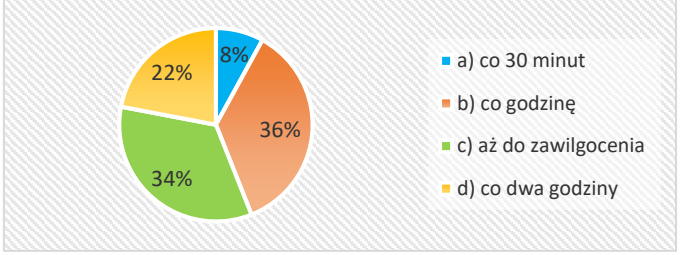
Rycina 4. Określenie posiadania problemów z cerą od noszenia maseczki higienicznej (n=50)

Noszenie maseczki higienicznej spowodowało powstanie czerwonych krost w miejscu maseczki u 26% respondentów, a 12% z nich zaobserwowało wszystkie wymienione rodzaje działań niepożądanych spowodowanych przez maseczkę higieniczną. U 10% respondentów wystąpiło podrażnienie skóry, natomiast u 8% - zaczerwienienie spowodowane noszeniem maseczki ochronnej. Niespełna 4% ankietowanych zauważyło u siebie suchość skóry. Nikt nie zauważył u siebie pieczenia i świądu. Problemy z cerą od noszenia maseczki higienicznej obrazuje Rycina 5.



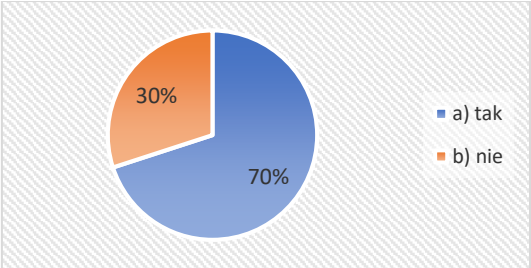
Rycina 5. Problemy z cerą od noszenia maseczki higienicznej (n=50)

Respondenci określili, jak często zmieniają maseczkę: jedynie 8% osób stwierdziło, że zmienia je co 30 minut, co godzinę 36% badanych, a 34% - stwierdziło, że zmienia je dopiero po zawilgoceniu. Najwięcej respondentów, bo 22% osób zmieniało maski co dwie godziny. Częstość zmieniania maseczki higienicznej obrazuje Rycina 6.



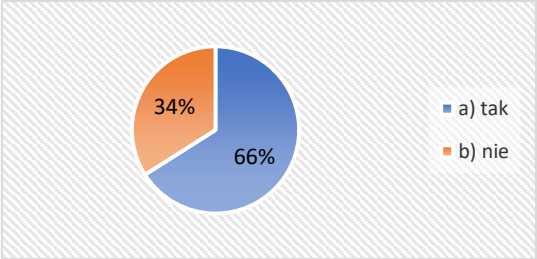
Rycina 6. Częstotliwość zmieniania maseczki higienicznej (n=50)

70% ankietowanych posiadało wiedzę na temat możliwości powstania trądziku maseczkowego po używaniu masek ochronnych, natomiast 30% respondentów nie miało wiedzy na ten temat. Świadomość o możliwości powstania trądziku maseczkowego obrazuje Rycina 7.



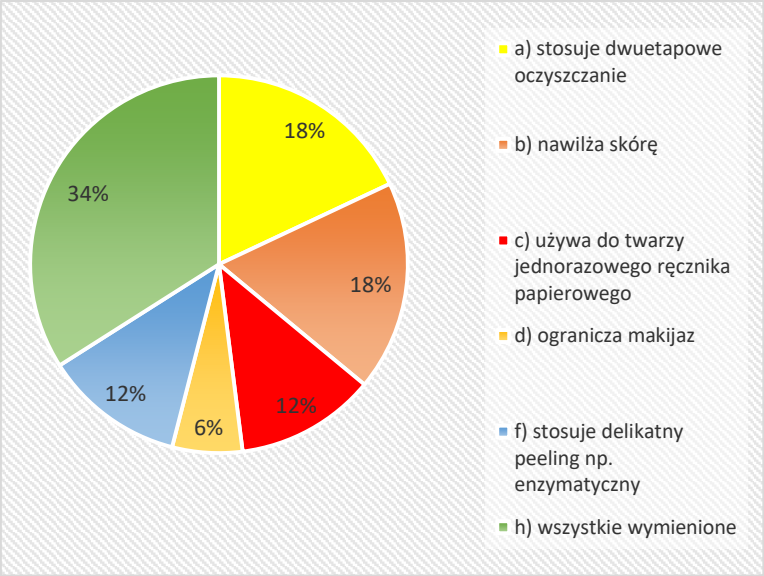
Rycina 7. Świadomość na temat trądziku maseczkowego (n=50)

Makijaż, pomimo noszenia maseczki higienicznej, stosowało 66% osób, a 34% osób zrezygnowało z makijażu nosząc maseczkę. Stosowanie makijażu pod maseczką higieniczną obrazuje Rycina 8.



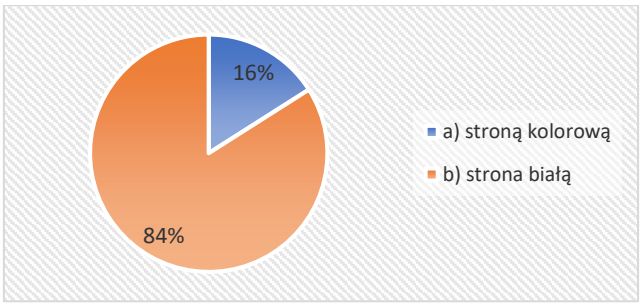
Rycina 8. Stosowanie makijażu pod maseczką higieniczną (n=50)

Dwuetapowe oczyszczanie twarzy stosowało 18% ankietowanych i również 18% z nich nawilżała skórę. Używanie jednorazowego ręcznika papierowego zadeklarowało 12% respondentów, a zaledwie 6% osob ograniczyła stosowanie majikażu. Delikatny peeling np. enzymatyczny do twarzy stosowało 12% badanych, natomiast 34% respondentów potwierdziło wszystkie sposoby dbania o cerę w okresie pandemii. Dbałość o codzienną pielęgnację skóry w pandemii Covid 19, co obrazuje Rycina 9.



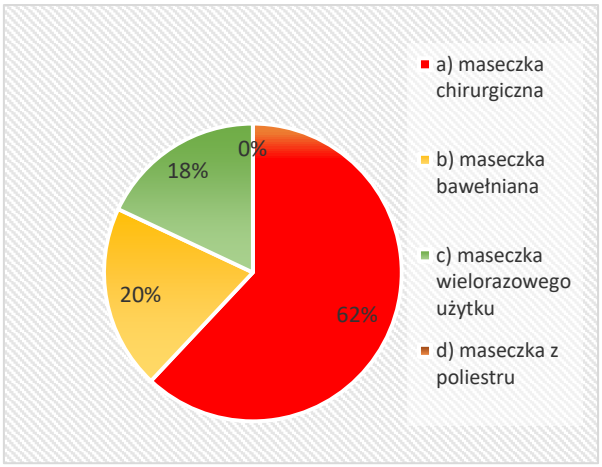
Rycina 9. Dbałość o codzienną pielęgnację skóry w pandemii Covid 19 (n=50)

Umiejętność zakładania maseczki ochronnej właściwą stroną (białą) w kierunku twarzy potwierdziło 84% respondentów, natomiast 16% z nich była w błędzie zakładając maskę stroną kolorową do twarzy. Strony przylegania maseczki higienicznej do twarzy ankietowanych obrazuje Rycina 10.



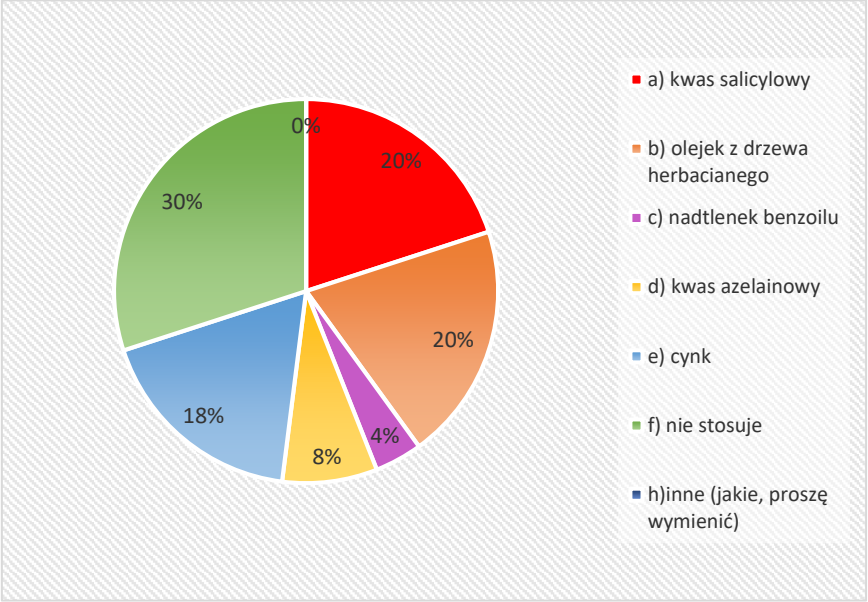
Rycina 10. Strona przylegania maseczki higienicznej do twarzy (n=50)

Najliczniejsza grupa ankietowanych – 62% osób nosiło maseczkę chirurgiczną podczas pandemii Covid – 19, 20% badanych zakładało maseczkę bawełnianą, a 18% z nich wybierało maseczki wielorazowego użytku. Nikt nie używał maseczki z poliestru. Rodzaj używanej maseczki na twarz podczas pandemii Covid -19 obrazuje Rycina 11.



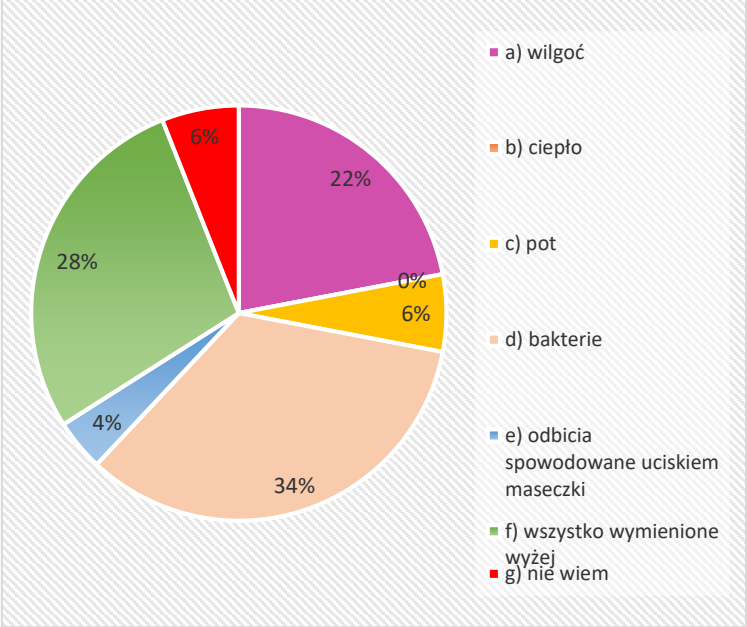
Rycina 11. Rodzaj używanej maseczki na twarzy podczas pandemii Covid - 19 (n=50)

Po 20% osób stosowało kwas salicylowy i olejek z drzewa herbacianego aby zwalczyć trądzik maseczkowy. Tylko 4% badanych używało nadtlenku benzoilu, 8% ankietowanych korzystało z kwasu azelainowego i 18% stosowało cynk na trądzik maseczkowy. Nie stosowało żadnych preparatów na trądzik 30% badanych. Stosowanie substancji do zawalczenia trądziku maseczkowego obrazuje Rycina 12.



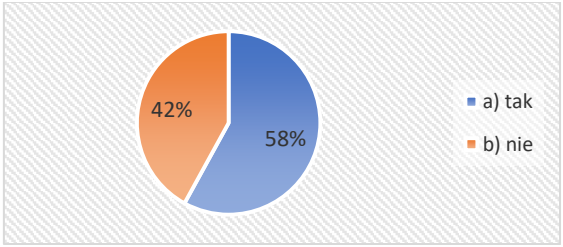
Rycina 12. Stosowane substancje do zwalczania trądziku maseczkowego (n=50)

Gromadzenie się zanieczyszczeń pod maseczką higieniczną przejawiało się u badanych w różny sposób: 22% ankietowanych uważało, że to wilgoć gromadziła się pod maseczką higieniczną, 6% sądziło, że był to pot. Natomiast 34% uznało, że są to bakterie. Zaledwie 4% osób stwierdziło, że są to odbicia spowodowane uciskiem maseczki i jej ścisłym przyleganiem do twarzy, a zdaniem 28% respondentów - to wszystkie wymienione odpowiedzi były właściwe. Spośród badanej grupy 6% ankietowanych nie wiedziało, jakiego rodzaju zanieczyszczenia mogły gromadzić się pod maseczką ochronną. Gromadzenie się zanieczyszczeń pod maseczką higieniczną obrazuje Rycina 13.



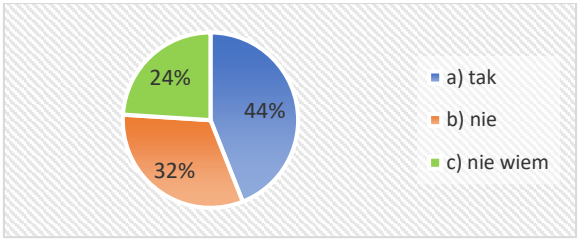
Rycina 13. Gromadzenie się zanieczyszczeń pod maseczką higieniczną (n=50)

Zdecydowana większość – 58% respondentów sądziło, że to stres powoduje powstawanie trądziku maseczkowego, a 42% z nich uważało, że stres nie miał wpływu na jego powstawanie. Wpływ stresu na powstawanie trądziku maseczkowego obrazuje Rycina 14.



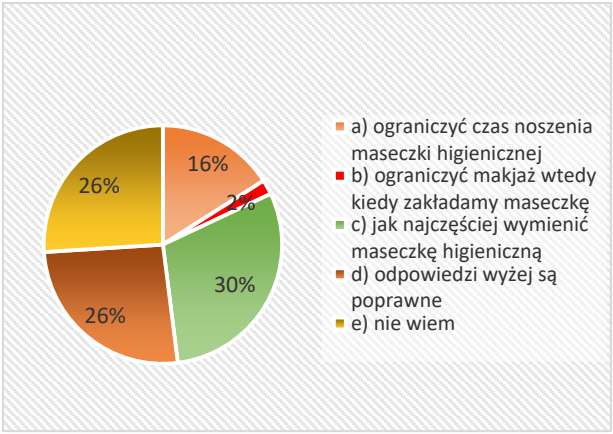
Rycina 14. Wpływ stresu na powstawanie trądziku maseczkowego (n=50)

Wystąpienie trądziku maseczkowego u siebie zaobserwowało 44% ankietowanych, a u 32% ten rodzaj trądziku nie wystąpił, natomiast 24% respondentów nie wiedziało, czy wystąpił u nich trądzik maseczkowy. Wystąpienie trądziku maseczkowego spowodowanego noszeniem maseczek higienicznych obrazuje Rycina 15.



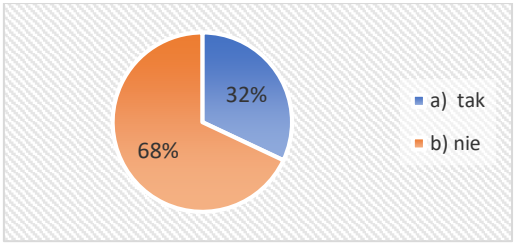
Rycina 15. Wystąpienie trądziku maseczkowego spowodowanego noszeniem maseczek higienicznych (n=50)

Za ograniczeniem czasu noszenia maseczki higienicznej było 16% ankietowanych, a 2% osób uważała, że należy ograniczyć stosowanie makijażu wtedy, gdy zakłada się maseczkę ochronną. Przeważająca liczba ankietowanych – 30% była zdania, że trzeba jak najczęściej wymieniać maseczkę higieniczną. Po tyle samo respondentów, bo po 26%, uważało, że zaproponowane odpowiedzi były są poprawne oraz nie miało wiedzy na ten temat. Zapobiegnie powstawaniu trądziku spowodowanym noszeniem maseczki higienicznej obrazuje Rycina 16.



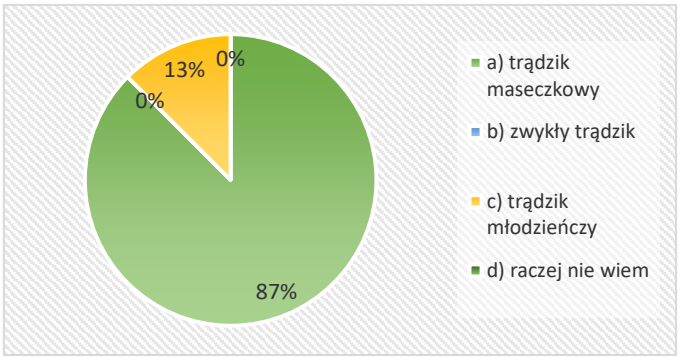
Rycina 16. Zapobieganie powstawaniu trądziku spowodowanym noszeniem maseczki higienicznej (n=50)

Znajomość znaczenia terminu Maskne (zmiany trądzikowe, otarcia, podrażnienia powstałe w czasie noszenia maseczek ochronnych) potwierdziło 32% ankietowanych, natomiast 68% z nich nie znało jego znaczenia. Wiedza na temat terminu Maskne obrazuje Rycina 17.



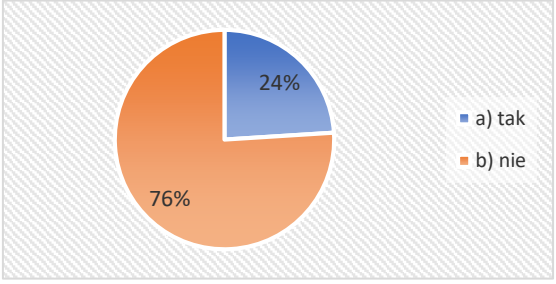
Rycina 17. Wiedza na temat terminu Maskne (n=50)

Najwięcej ankietowanych 94% sądziło, że oznaczał on trądzik maseczkowy, a 6% respondentów uważała, że to trądzik młodzieńczy. Znaczenie słowa Maskne obrazuje Rycina 18.



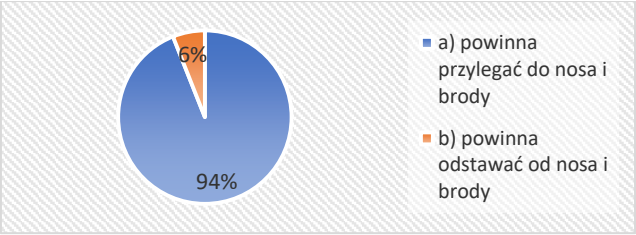
Rycina 18. Znaczenie terminu Maskne (n=16)

Tylko 24% osób myło ręce przed założeniem maseczki higienicznej na twarz, a 76% nie myło rąk przed jej założeniem. Nawyk mycia rąk przed założeniem maseczki higienicznej obrazuje Rycina 19.



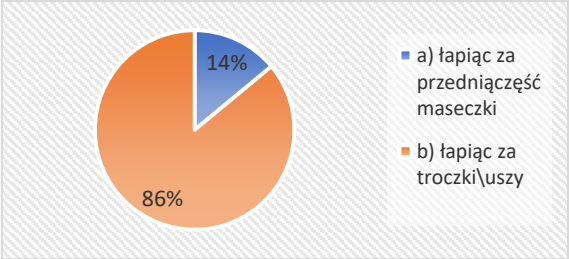
Rycina 19. Zależność mycia rąk przed założeniem maseczki higienicznej (n=50)

Aż 94% badanych uważała, że maseczka powinna przylegać do nosa i brody, a według 6% - maseczka powinna odstawać od nosa brody. Prawidłowość zakładania maseczki higienicznej obrazuje Rycina 20.



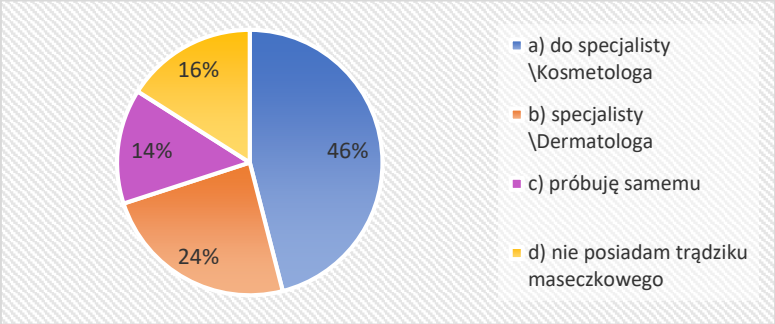
Rycina 20. Prawidłowe założenie maseczki higienicznej na twarz (n=50)

Prawidłowe chwytanie maseczki przy zdjęciu jej z twarzy za troczki/gumki stosowało 86% respondentów, a 14% z nich chwytało ją za jej przednią część. Sposób zdjęcia maseczki z twarzy obrazuje Rycina 21.



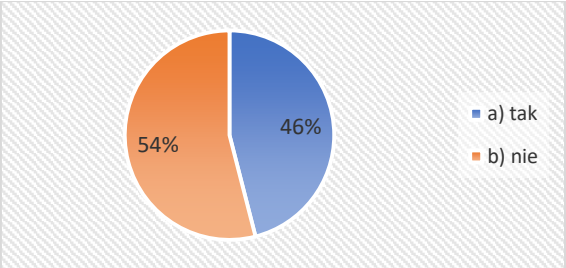
Rycina 21. Prawidłowe chwytanie maseczki przy zdejmowaniu z twarzy (n=50)

Najwięcej respondentów - 46% zgłosiłoby się do specjalisty/kosmetologa posiadając objawy trądziku maseczkowego, 24% skorzystałoby z porady specjalisty/dermatologa, a 14% próbowałoby samodzielnie usuwać trądzik maseczkowy. Nie posiadało tego typu trądziku 16% respondentów - Rycina 22.



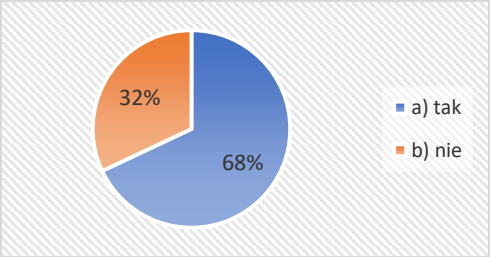
Rycina 22. Sposoby postępowania w przypadku wystąpienia trądziku maseczkowego (n=50)

Jednorazową maseczkę higieniczna powtórnie zakładało 46% ankietowanych, a 54% osób nie zakładało jej po raz kolejny. Ponowne zakładanie używanej już maseczki jednorazowej obrazuje Rycina 23.



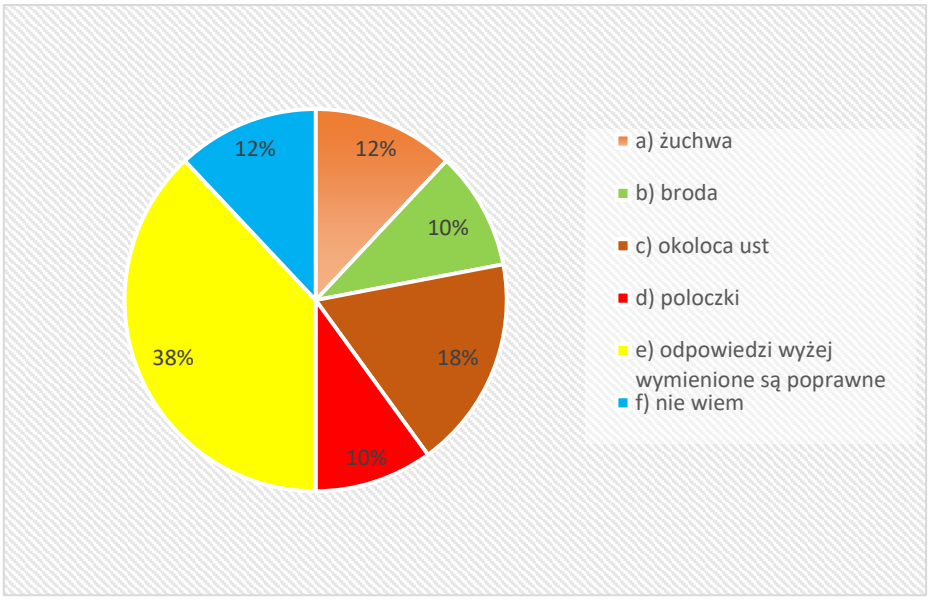
Rycina 23. Ponowne zakładanie maseczki jednorazowej (n=50)

Aż 68% respondentów sądziło, że makijaż ma wpływ na powstawanie trądziku maseczkowego. Tylko 32% wykluczyło makijaż jako powód trądziku maseczkowego. Wpływ makijażu na powstawanie trądziku maseczkowego obrazuje Rycina 24.



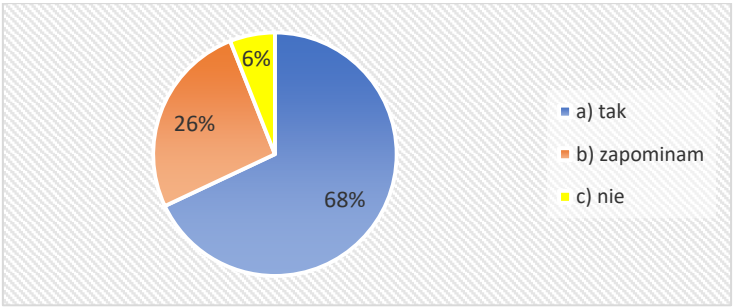
Rycina 24. Wpływ makijażu na powstawanie trądziku maseczkowego (n=50)

Następnie badana grupa odniosła się do okolic występowania trądziku maseczkowego. 12% respondentów uznało, że występował w okolicy żuchwy. Po 10% badanych stwierdziło, że tego typu trądzik umiejscawiał się na brodzie i policzkach. Następnie 18% ankietowanych twierdziło, że w okolicach ust, a najwięcej ankietowanych - 38% uważało, że wszystkie odpowiedzi są poprawne. 12% osób nie wiedziało w jakiej okolicy występuje trądzik maseczkowy. Obszar wystąpienia trądziku maseczkowego na twarzy obrazuje Rycina 25.



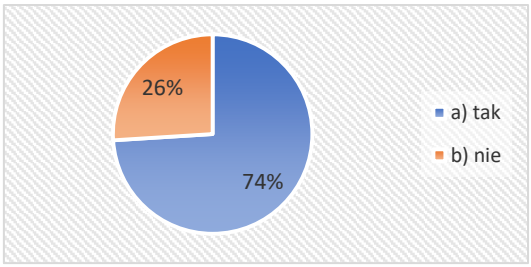
Rycina 25. Obszar wystąpienia trądziku maseczkowego na twarzy (n=50)

O nawilżaniu skóry twarzy pamiętało 68% ankietowanych, 26% badanych zapominała o konieczności nawilżaniu skóry twarzy przed założeniem maseczki, a zaledwie 6% respondentów odpowiedziało, że nie nawilżała skóry twarzy. Nawilżanie skóry twarzy obrazuje Rycina 26.



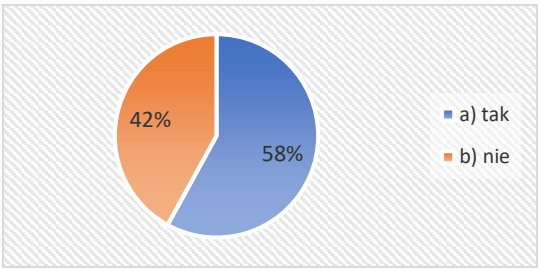
Rycina 26. Nawilżanie skóry twarzy (n=50)

74% respondentów posiadało wiedzę na czym polega dwuetapowe oczyszczanie twarzy, natomiast tylko 26% osób takiej wiedzy nie posiadało. Dwuetapowe oczyszczanie twarzy obrazuje Rycina 27.



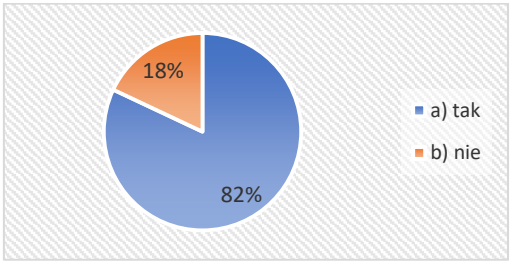
Rycina 27. Dwuetapowe oczyszczanie twarzy (n=50)

Wiedzę o właściwym przechowywaniu czystej maseczki higienicznej zadeklarowało 58% respondentów, a 42% nie zwracało uwagi na sposób jej przechowywania. Sposób przechowywania czystej maseczki higienicznej obrazuje Rycina 28.



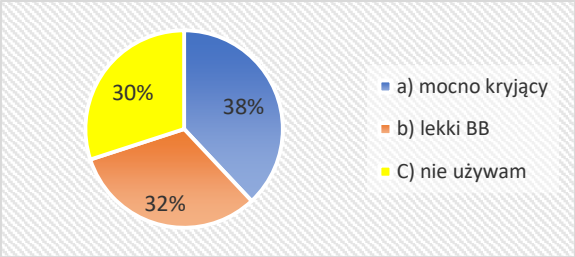
Rycina 28. Sposób przechowywania czystej maseczki higienicznej (n=50)

Stosowanie delikatnych preparatów do oczyszczania twarzy w sytuacji konieczności noszenia maseczek potwierdziło 82% badanych osób, a 18% ankietowanych nie stosowała ich. Stosowanie delikatnych preparatów do oczyszczania twarzy obrazuje Rycina 29.



Rycina 29. Stosowanie delikatnych preparatów do oczyszczania twarzy (n=50)

Stosowanie mocno kryjącego podkładu pod maseczkę potwierdziło 28% respondentów, 32% używało lekkiego podkładu typu BB i 30% ankietowanych nie używało żadnego podkładu pod maseczką. Rodzaj stosowania podkładu pod maseczką obrazuje Rycina 30.



Rycina 30. Rodzaj stosowania podkładu pod maseczką (n=50)

Podsumowanie

Czas pandemiczny bardzo wpłynął na nasze życie - siejąc strach, ciągłe obawy przed zakażeniem. COVID-19 jest niebezpieczną chorobą, atakującą układ oddechowy. Choroba ta rozprzestrzenia się drogą kropelkową. Sytuacja ta zmusiła do obowiązkowego noszenia maseczek, ciągłej dezynfekcji rąk i bardzo ważnego dystansu społecznego.

Maseczki ochronne były nieodłącznym elementem naszego życia, chroniły przed zakażeniem. Dystans społeczny miał na celu zmniejszenie roznoszenia się wirusa - należy zachować odstęp 2 metrów od drugiej osoby. Najlepiej zmniejszyć kontakt z osobami w podeszłym wieku. Niewskazane są przywitania przez podanie dłoni. Dezynfekcja rąk powinna być przeprowadzana preparatem na bazie alkoholu. Wskazane było noszenie jednorazowych rękawiczek, jako dodatkowa ochrona dłoni.

Do wyboru pojawiło się dużo odmian maseczek ochronnych wykonanych z różnych materiałów (maseczki tkaninowe, maski medyczne/chirurgiczne, półmaski filtrujące FFP). Nie zaleca się stosowania jednorazowych masek do ponownego użytku. Dobrze dobrana maseczka powinna przylegać do twarzy. Przed założeniem maseczki należy umyć ręce wodą z mydłem bądź zdezynfekować.

Maskne jest nowym określeniem nie do końca wszystkim znanym. Jest to połączenie dwóch słów „mask" i „acne" co oznacza trądzik maseczkowy. Powoduje on wystąpienie zmian skórnych w postaci krost lub zaostrzenia już istniejących zmian. Ukazuje się na brodzie, w okolicy ust, na nosie, policzkach i żuchwie. Objawia się swędzeniem, zaczerwienieniem, wągrami oraz krostami przypominającymi trądzik pospolity. Najczęstszymi osobami cierpiącymi na trądzik maseczkowy to pracownicy służby zdrowia.

Na trądzik maseczkowy mają wpływ: nadmierne mycie rąk wodą z mydłem i dezynfekcja substancjami podrażniającymi skórę oraz zła rotacja powietrza pod maseczką. Wystąpienie maskne powoduje odwodnienie skóry, czyli zaburzenie mikroklimatu znajdującego się pod maseczką. Wilgotne środowisko sprzyja gromadzeniu się bakterii pod osłoną twarzy. Pot wpływa na powstawanie stanu zapalnego skóry. Stres psychiczno-społeczny

potęguję wystąpienie danego problemu na twarzy. Spada wtedy jędrność skóry, jest ona narażona na mikrourazy. Makijaż niekorzystnie oddziałuje na wygląd skóry twarzy. Kosmetyki takie jak podkład, puder powinny być lekkie - najlepiej mineralne.

Do pielęgnacji twarzy należy dobrać delikatne, bezzapachowe produkty o właściwościach przeciwbakteryjnych. Niestosować nadtlenku benzoilu, kwasu salicylowego i retinolu w reakcji z zasłanianiem twarzy maseczką doprowadzić może do pogorszenia się stanu skóry. Należy regularnie oczyszczać cerę stosując dwuetapowe oczyszczanie. Polepszenie kondycji skóry zależy od: zmiany dotychczasowej pielęgnacji domowej, dobraniu odpowiedniej maseczki, nie dotykaniu twarzy rękoma.

Nawilżanie twarzy jest drugim zaraz po oczyszczaniu ważnym krokiem w pielęgnacji twarzy w czasie pandemii COVID-19. Odpowiednio nawilżona skóra staje się zdrowa i dobrze wygląda. Zadbać należy o nawilżenie także od środka, spożywając dużą ilość wody. Stosowanie peelingów z kwasem salicylowym, azelainowy i migdałowym wspomaga redakcję zmian skórnych.

Zapobiegając maskne należy pamiętać o regularnej zmianie maseczki (do zawilgocenia, a jednorazową co 4 godziny), kontrolować czystość maski, robić przerwy w jej noszeniu, wybierać maski ze 100% bawełny oraz należy je często prać i prasować.

Wnioski

1. Czynnikiem wpływającym na powstawanie trądziku maseczkowego są bakterie, które powodują korzystne warunki do namarzania się. Stres również jest czynnikiem przyczyniającym się do wystąpienia trądziku maseczkowego.
2. Makijaż ma wpływ na powstawanie trądziku maseczkowego ze względu na długi czas noszenia maseczki - skóra wówczas nie oddycha. Kolorowe kosmetyki stosowane pod maseczkę higieniczną są przyczyną zatykania porów.
3. Nawilżanie i dwuetapowe oczyszczanie skóry jest właściwą pielęgnacją w czasie pandemii COVID-19. Kwas salicylowy i olejek z drzewa herbacianego to kosmetyki redukujące zmiany trądziku maseczkowego.

Piśmiennictwo

1. Dobska M.: Wpływ COVID-19 na systemy opieki zdrowotnej. Zarządzanie w opiece zdrowotnej w czasie COVID-19.Wydawnictwo Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu UEP, Poznań 2021.

2. Hiszpanka - grypa, która zebrała śmiertelne żniwo. Czy może się powtórzyć?, https://www.wapteka.pl/blog/artykul/hiszpanka-grypa-ktora-zebrala-smiertelne-zniwo-czy-moze-sie-powtorzyc#entry-text-content
3. Dzieciątkowski T., Dobosz P.: Wirus SARS-CoV-2 wywołujący COVID-19-wytyczne ECDC. W gabinecie lekarza specjalisty. Choroby zakaźne. Wirus SARS-CoV-2 wywołujący COVID-19.Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
4. Oleś I.: Remdesivir us. COVID-19.Remdesivir us COVID-19. Journal of Life and Medical Sciences 2020; 2(28): 15-22.
5. Nowakowska E., Sulimiera - Michalak S.: COVID-19 – choroba wywołana zakażeniem wirusem SARS-COV-2 globalnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego. Postępy Mikrobiologii – Advasements of Microbiology 2020, 59(3): 227–236.
6. Kupujemy półmaski filtrujące – poradnik dla konsumentów. Urząd Kontroli Konsumenta, Warszawa 2019, 6.
7. Spaleniak P., Chmielewska M.: Wpływ noszenia maseczek ochronnych na kondycję skóry. Aesthetic Cosmetology and Medicine 2020, 9(3): 295-300.
8. Baran A., Flisiak I.: Trądzik w czasach COVID-19. Medical Tribune Polska, Białystok 2022.
9. Nowicka P., Orciuch M., Orylska S. i wsp.: Materiały sorpcyjne wykorzystywane w maskach ochronnych. Analityka: Nauka i Praktyka 2021; 48: 1-9.
10. Maseczki ochronne – rodzaje, zalecenia i zagrożenia, https://loveair.pl/zdrowie/maseczki-ochronne, pobrano 19.04.2022.
11. Rokicka-Żuk A.: Noszenie maseczek obowiązkowe w październiku. Konieczność zasłaniania nosa i ust w Polsce dotyczy określonych placówek przez kolejny miesiąc, https://stronazdrowia.pl/noszenie-maseczek-obowiazkowe-w-pazdzierniku-koniecznosc-zaslaniania-nosa-i-ust-w-polsce-dotyczy-okreslonych-placowek-przez/ar/c14-16315155, pobrano 12.08.2021.
12. Marzec A.: Maski ochronne- zastosowanie w sytuacji zagrożenia epidemicznego koronawirusem SARS-CoV-2. Procedury pielęgniarskie w obliczu pandemii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
13. Krzyżak K, Kościelecka K., Kuć A. i wsp.: Maseczki - ochrona czy zagrożenie? Analiza postaw społecznych wobec nakazu zakrywania ust i nosa w czasie pandemii COVID-19. Wiadomości Lekarskie 2020; 8: 12.
14. Kurdziel M., Bijak M.: Podstawowe środki ochrony indywidualnej. Działania policyjne w środowisku COVID-19.Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.

15. Kamm A.: Maskne. Beauty Forum 2021; 3: 5.
16. Kwaśniewska M.: Maskne. Beauty Forum 2020; 7: 61-62.
17. Ranosz K., Malara B.: Opinie klientów gabinetów kosmetologicznych dotyczące wpływu noszenia maseczek ochronnych na kondycje skóry. Kosmetologia Estetyczna 2021; 5 (10): 25 -31.
18. Teo WL.: Maskne – nowe wyzwanie w diagnostyce i terapii. Journal of the American Academy of Dermatology 2021; 84(2): 520–521.
19. https://www.dermatologia-praktyczna.pl/a5440/---Maskne-----nowa-odmiana-tradziku-pospolitego-w-trakcie-pandemii-COVID-19.html pobrano 30.03.2022
20. Szatkowska M.: Przywrócić blask. Beauty Forum 2020; 5: 16-17.

Wiedza klientów gabinetów kosmetycznych na temat metod usuwania nadmiernego owłosienia

Natalia Bogdańska[1], Beata Jankowska[2]

1. Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Kosmetologia Akademii Nauk Stosowanych w Łomży
2. Katedra Kosmetologii Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Nauk Stosowanych w Łomży

Wstęp

Owłosienie jest ciągle tematem aktualnym, borykają się z nim kobiety jak i mężczyźni. Dotyczy to ciała ale i również sfery psychicznej człowieka. Jest wiele metod pozbycia się niechcianego owłosienia takich jak maszynki do golenia, wosk, pasta cukrowa, depilator, depilacja IPL, laser, elektroepilacja.

U mężczyzn ilość włosów na ciele jest bardzo różna, ale niewielu mężczyzn martwi się nadmiernym owłosieniem na tyle, by udać się do lekarza. U kobiet ilość włosów uznawana za nadmierną różni się w zależności od pochodzenia etnicznego i kultury. Zazwyczaj nadmierne owłosienie ciała jest jedynie problemem kosmetycznym i psychologicznym. Czasami jednak przyczyną są poważne zaburzenia hormonalne, zwłaszcza u kobiet, u których pojawiają się cechy męskie (wirylizacja).

Owłosienie można sklasyfikować jako:

- Hirsutyzm - to nadmierny wzrost grubych lub ciemnych włosów na ciele u kobiet w miejscach, które są bardziej typowe dla wzrostu włosów u mężczyzn. Takie miejsca to twarz (górna warga, broda lub bokobrody), tułów (wokół sutków lub na klatce piersiowej, podbrzuszu lub plecach) i kończyny (na ramionach lub wewnętrznej stronie ud).
- Hipertrichoza - to zwiększenie ilości włosów w dowolnym miejscu na ciele u każdej z płci. Nadmiar włosów może rosnąć na całym ciele lub tylko w określonych miejscach. Włosy mogą być cienkie, jasne i podobne do puchu lub grube, ciemne i długie. Zaburzenie to może być obecne już przy urodzeniu lub rozwinąć się później [1].

Najczęstszą przyczyną hirsutyzmu jest zespół policystycznych jajników (PCOS). Istnieje wiele mniej powszechnych przyczyn hirsutyzmu:

- zaburzenia przysadki mózgowej, jajników lub nadnerczy, które powodują nadprodukcję męskich hormonów;
- guzy, które produkują męskie hormony (w tym niektóre guzy jajników, nadnerczy, płuc lub przewodu pokarmowego);
- stosowanie niektórych leków, takich jak sterydy anaboliczne, danazol lub pigułki antykoncepcyjne (doustne środki antykoncepcyjne) oraz inne środki antykoncepcyjne zawierające dużą dawkę progesteronu;
- cecha rodzinna, najczęściej występująca u osób pochodzenia śródziemnomorskiego, bliskowschodniego lub południowoazjatyckiego;
- czasami po menopauzie lub w czasie ciąży, gdy zmienia się równowaga hormonalna.

Gdy hirsutyzm jest spowodowany podwyższonym poziomem androgenów, u kobiet często występuje wirylizacja. Jest to rozwój innych męskich cech oprócz nadmiernego owłosienia twarzy i ciała:

- pogłębia się głos;
- zwiększa się rozmiar mięśni;
- z głowy wypadają włosy;
- łechtaczka (mniejszy organ kobiecy odpowiadający penisowi) staje się większa;
- menstruacja staje się nieregularna lub całkowicie ustaje;
- może również pojawić się trądzik [1].

Włos, jako przydatek skórny

Przydatki skóry są dodatkowymi strukturami wspomagającymi funkcje skory. Przydatkami skóry są włosy, paznokcie oraz gruczoły łojowe, potowe i mlekowe [2, 3].

Włosy dzielimy na kilka rodzajów: długie, krótkie, grube oraz meszek, który pokrywa większą część ciała. Możemy wymienić przy tym również owłosienie płodowe (lanugo) u noworodków, pokrywa większą część ciała jednakże ulegają szybkiemu wytarciu [3, 4].

Pod wpływem androgenów meszek włosowy może się przekształcić. Podczas dojrzewania u mężczyzn pojawia się charakterystyczny dla tej płci wzór owłosienia na ciele (broda, wąsy, klatka piersiowa) [3].

W niektórych kulturach czy tez epokach istniała moda na golenie całego ciała, czy też wybranych obszarów. Nie bez powodu włosy na ciele występują w niektórych miejscach. Spełniają one konkretne funkcje np., ochronną przed czynnikami zewnętrznymi. Czasem ich usunięcie bardziej szkodzi niż pomaga. Jednakże, jeśli zdecydujemy się na ogolenie danych miejsc lepiej golić z włosem, ponieważ jest mniejsze ryzyko podrażnienia skóry. Włos, który został ścięty jest stosunkowo ostry i sztywny. Dlatego, wyrastając ponownie, włos kaleczy krawędzie mieszka włosowego, powodując podrażnienia i drobne ranki, tworząc zakażenia. Najlepszym sposobem jest używanie maszynki z jednym ostrzem. Jeśli chodzi o depilacje laserem, czyli usunięcie włosa z cebulką, to trzeba być świadomym, że uszkadzamy fragmenty tkanki, otwierając tym samym dostęp dla mikroorganizmów prosto do skóry właściwej [3].

Budowa włosa

Człowiek jest pokryty włosami na całym ciele. Większość owłosienie to niewielki meszek, który jest jasny i cienki np. u kobiet na przedramieniu. Włosy to zrogowaciałe twory składające się z twardych komórek keratynowych, w których znajdują się inne białka niż w miękkiej keratynie. Wzrost i kondycja włosów zależą w znacznym stopniu od funkcjonowania naczyń krwionośnych. Wiele środków przyśpieszających porost owłosienia działa jedynie pośrednio, ponieważ wspomaga ukrwienie na skórze. Włos w skórze rośnie ukośnie, połączony jest z mięśniem przywłośnym, który reaguje z bodźcami np. na zimno, strach. Kurcząc się, owłosienie podnosi się do góry [3, 5].

Przy chemioterapii dzielące się komórki włosa są wyniszczane, przez co włosy wypadają. Może to być także spowodowane innymi czynnikami np. zaburzeniami hormonalnymi, antykoncepcją, zatrucia rtęcią, niedoborami w pożywieniu, źle zbilansowaną dietą czy też również chorobami psychicznymi, takimi jak zaburzenia emocjonalne. Trzeba jednak pamiętać, że wypadnięcie 100 włosów dziennie jest normalne [3, 6, 7].

Fazy wzrostu włosa

Fizjologiczne znaczenie włosów zostało zredukowane do roli izolacyjnej, ochronnej oraz receptorowej. Stanowią część naszego wygląd zewnętrznego. Nasze mieszki włosowe są w stanie wyprodukować od 20 do 70 włosów, jeżeli ulegną zniszczeniu niemożliwe jest ich ponowne odtworzenie. Tempo wzrostu włosów zależy od wielu czynników, takich jak wiek, płeć, pory roku, dnia, odżywiania. Włosy rosną w sposób cykliczny - cykle wzrostu włosów trwają od 2 do 6 lat. Obejmuje to trzy fazy: anagen, katagen, telogen [6, 8, 9].

- Anagen - jest to faza wzrostu, gdzie podziały komórkowe są bardzo mocno nasilone, włosy znajdujące się w tej fazie są bardziej narażone na czynniki zewnętrzne.
- Katagen - jest to zakończenie podziałów komórkowych i trwa około od 2 tygodni do 4 tygodni.
- Telogen - jest to okres wypadania włosów i odpoczynku cebulki. Taki okres trwa od 2 do 6 miesięcy [6].

  Cykl życia włosów człowieka nie jest synchronizowany [9].

Hirsutyzm, jako problem kosmetyczny

Hirsutyzm czyli nadmierne owłosienie to choroba, która dotyczy od 5-10% kobiet. Jest wiele czynników, które mogą na to wpływać. Jest to owłosienie typu męskiego, androgennego. Włosy u kobiet występują w miejscach takich jak policzki, twarz albo na tułowiu. Owłosienie występujące w tych okolicach jest twarde, ciemne i grube [10].

U kobiet z nadmiernym owłosieniem zauważa się dystans społeczny. Pogarsza się samoocena oraz jakość życia. Dlatego płeć żeńska próbuje usunąć niechciane włosy na stałe. Tradycyjne metody depilacji nie przynoszą spektakularnych wyników [11].

Popularną metodą sprawdzenia ilości owłosienia jest skala Ferrimana i Gallwey'a. Ocenia się to w miejscach takich jak: górna warga, klatka piersiowa, uda, brzuch, ramiona. Stężenie włosów określa się w skali od 0 do 4. Hirsutyzmem określa się stan, kiedy skala osiągnie punkt 8 lub wyżej [12].

Leczenie hirsutyzmu odbywa się dwutorowo. Farmakologicznie zaleca się najczęściej leki antykoncepcyjne, ponieważ hamują hormony androgenne. Częstym również leczeniem jest podanie metforminy, ponieważ prowadzi do zmniejszenia androgenów we krwi. Drugą metodą leczenia jest usuwanie owłosienia mechaniczne używa się np. depilacji laserowej, elektrolizy czy też fotoepilacji [3, 6].

Metody depilacji

Depilacja jest to zabieg usunięcia zbędnego owłosienia. Najczęściej depilowane są pachy, łydki i bikini. Do najczęstszych metod depilacji należą:

- golenie,
- depilacja – mechaniczna i wosk,
- epilacja,
- laseroterapia [13].

Charakterystyka metod depilacji

Przy wyborze odpowiedniej depilacji pomoże określenie rodzaju owłosienia: czy jest jasne, ciemne, grube, cienkie oraz wytrzymałość na ból pacjenta [14].

Każda z metod usuwania owłosienia ma swoje wady. Największym minusem są szybko odrastające włoski. Dlatego epilacja staje się coraz popularniejsza metodą pozbycia się niechcianych włosków [13].

Wosk i pasta cukrowa

Wosk dzielimy na 2 rodzaje: twardy, miękki.

- Wosk na gorąco (miękki) jest jedną z popularniejszych metod usuwania owłosienia w salonach kosmetycznych. Najczęściej są dostępne w puszkach, które wkłada się do podgrzewacza. Rozgrzewa się do 38°C. Wosk o odpowiedniej temperaturze jest rozprowadzany na powierzchnię skóry szpatułką. Nawet nieznaczne przekroczenie odpowiedniej temperatury może doprowadzić do rozległych oparzeń i ścierania naskórka. Jest to dość bolesne pozbycie się włosków. Dobrze gdy wykonuje to osoba z dużą wprawą. Dość ważny jest ruch, tak aby jednym pociągnięciem oderwać pasek pod włos z wcześniej położonym woskiem na depilowaną okolicę. Powikłaniami po depilacji woskiem mogą być podrażnienia i zerwany naskórek [15, 16, 17].
- Wosk w rolce (miękki) jest bardzo wygodny. Do jego wykorzystania niezbędny jest odpowiedni podgrzewacz, gdzie opakowanie produktu musi mieć odpowiednią temperaturę. Najlepiej sprawdza się w tym celu urządzenie bezprzewodowe. Nakładanie wosku jest bardzo proste i nie wymaga specjalnych umiejętności. Doskonale sprawdzają się na dużych powierzchniach ciała. Ze względu na kształt aplikatora, produkt nie nadaje się do depilacji w trudno dostępnych miejscach [15].
- Wosk twardy występuje w postaci dużych granulek. Podobnie jak wosk w kremie, musi zostać rozpuszczony. Temperatura topnienia tego wosku jest wyższa (około 42°C). Jest to wosk bezpaskowy. Najczęściej używa się go do małej powierzchni ciała. Są idealne do szczególnie wrażliwych obszarów, takich jak twarz czy linia bikini [15, 16].

Pasta cukrowa, tak jak wosk wymaga wprawy w jej użyciu. Trzeba pewnym ruchem rozprowadzić masę pod włos i oderwać z kierunkiem wzrostu włosa, ograniczając ryzyko podrażnień. Ta metoda jest bezpieczniejsza pod względem wrastania włosków, gdyż wyrywając włos nie łamie go u nasady. Pasta cukrowa przykleja się tylko do włosów, a nie do skóry, więc wyrywanie ich będzie mniej bolesne [16, 17].

Obie metody depilacji są wygodne. Wykonanie jest dość szybkie i łatwe. Nie zadowala jednak osób, u których włosy rosną dość szybko [17].

Plastry do depilacji

Plastry (depilacja na zimno) wyrywają włoski wraz z cebulkami i znacznie je osłabiają. Zazwyczaj występuje w postaci pokrojonych plastrów, które można podgrzać ręcznie. Jednak ta metoda wymaga dużej praktyki w usuwaniu plastrów, w przeciwnym razie będzie to bardzo bolesne. Zimny wosk jest ogólnodostępny w sklepach, dlatego może być używany w domu. W przypadku włosów grubych i mocnych, zimny wosk nie działa, jest zbyt „słaby" [16].

Maszynka do golenia

Golenie maszynką jednorazową to najszybsza metoda depilacji, jednak przynosi krótkotrwały efekt. Łatwo można się zaciąć oraz podrażnić skórę. Wygodą jest to, że można ogolić się wszędzie i w każdej sytuacji. Najlepsze maszynki to te z paskiem nawilżającym i trzema ostrzami. Do depilacji bikini lepsze są golarki z ruchomą głowicą [19, 20].

Kremy do depilacji

Kremy do depilacji w założeniu miały usuwać włos rozpuszczając go, zmiękczać skórę i ją nawilżać. W praktyce wygląda to inaczej - często nie depilują danej okolicy lub trzeba powtarzać zabieg kilkukrotnie, aby uzyskać pożądane efekty. Kremy mogą prowadzić do podrażnień i uczucia ściągnięcia skóry, a przy tym działają krótkotrwało – lecz bezboleśnie [19].

Depilator

Depilator jest dość kosztowny. Usuwa owłosienie mechanicznie. Ta metoda jest skuteczna na około 2 tygodnie – a w praktyce na tydzień. Jest to bolesny zabieg i nie wyrywa zbyt krótkich włosków. Najlepszy depilator to taki, który ma dużo pęset. Często po tym rodzaju depilacji włoski wrastają, dlatego są konieczne częste peelingi skóry [19, 20].

Depilacja IPL

Depilacja IPL polega na działaniu rozproszoną wiązką światła. Zabieg trzeba powtarzać w seriach, zaleca się od 7 do 14 zabiegów. Ta metoda wystarcza na rok, a urządzenie można kupić do użytku domowego. Może się zdarzyć, że depilacja IPL będzie nieskuteczna. Laser praktycznie nie boli. Jest to jednak kosztowna metoda laseroterapii [19].

Laser

Światło lasera niszczy włosy długotrwale, zabieg powtarza się od 4 do 8 razy. Czasem należy zrobić zabieg przypominający, gdy zauważymy pozostawione włoski. Przed epilacją należy zaprzestać na 6 tygodni używania kremów, depilatora, wosku, pasty cukrowej. Należy używać wtedy tylko maszynki do golenia. Przed samym zabiegiem włosy muszą być krótkie, dlatego, że pozostawiony długi włos może utrudnić proces epilacji i powodować podrażnienia. Nie należy się opalać przed wykonaniem zabiegu, jak również nie pić ziół światło uczulających np. naparu z dziurawca. Efekt jest długotrwały, brak jest wrastających włosków i podrażnień skóry. Minusem tego zabiegu jest cena [19, 21, 22].

Elektroepilacja

Elektroepilacja dzieli się na trzy metody, każda z tych metod jest bolesna i kosztowna:

- Elektroliza – w celu zniszczenia mieszka włosowego stosuje się prąd stały, czas trwania usunięcia mieszka włosowego to 30 sek.
- Termoliza – do zniszczenia mieszka używa się prądu zmiennego, trwa to kilka sekund.
- Metoda blend – jest to połączenie dwóch metod elektrolizy i termolizy. Jednoczesne użycie prądu galwanicznego i prądów o wysokiej częstotliwości oraz niskim natężeniu powoduje zniszczenie mieszka włosowego, ponieważ powoduje to chemiczne oraz termiczne uszkodzenie włoska [23].

Cel pracy

Celem pracy było określenie poziomu wiedzy klientów gabinetów kosmetycznych na temat metod usuwania nadmiernego owłosienia.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w okresie 21.02.2022 r. – 04.04.2022r. Grupa badana liczyła po 25 klientów z salonów kosmetycznych „Cosmeo" i „Face Med" w Łomży. Badaniem objęto 50 osób w wieku od 18 do powyżej 31 lat. Większość grupy stanowiły kobiety - 37 osób, co odpowiada 74%, a także 13 mężczyzn, co stanowiło 26% badanych.

Do realizacji celu posłużyła autorska ankieta, stworzona na potrzeby badań. Ankieta zawierała 30 pytań. Kwestionariusz pozwolił określić, czy klienci gabinetów wiedzą czym jest nadmierne owłosienie, jak walczyć z niechcianymi włoskami, czy dana metoda boli, czy jest

skuteczna oraz ile osób się z tym problemem zmaga. Ankieta zawierała pytania zamknięte, otwarte oraz wielokrotnego wyboru.

Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Rektora Akademii Nauk Stosowanych w Łomży. Kwestionariusz został opracowany w sposób czytelny i zrozumiały dla odbiorcy. Do obliczenia wyników ankiety posłużono się programem WORD i Microsoft Excel.

Wyniki

Największą grupę stanowiły kobiety 74% , a mężczyźni tylko 26%.

Najwięcej badanych było w wieku powyżej 31 lat, stanowiły 36% ankietowanych. Kolejno nieco mniejszą grupą były osoby badane w wieku od 28 do 30 roku życia, co po przeliczeniu dawało 28%. Osoby w przedziale wiekowym 24 – 27 lat stanowiły 18% badanych. Najmłodsza grupa ankietowanych w wieku od 18 - 23 roku stanowiła również 18%.

Najczęściej owłosienie występowało na plecach - 66%. Aż 64% ankietowanych uważało, że nadmierne owłosienie występowało na rękach. Również 62% wskazało pośladki, 58% zgłosiło owłosienie na klatce piersiowej. Następnie 56% badanych zaznaczyło owłosienie brzucha, a 54% - dłoni. Dla 48% nadmierne owłosienie występowało na nogach, a najmniej ankietowanych wskazało na owłosienie twarzy - 44% badanych.

Spośród 50 respondentów – 86% wiedziało, jak walczyć z nadmiernym owłosieniem, a 14% nie posiadało tej wiedzy.

Spośród grupy badanej 62% zmagało się z nadmiernym owłosieniem, a 38% nie miało tego problemu.

Spośród ankietowanych osób z nadmiernym owłosieniem 64,5% zaznaczyło brzuch, 51,6% twarz, a 41,9% owłosione ręce 41,9%. Problem z nadmiernym owłosieniem na plecach zgłosiło 41,9% respondentów, natomiast owłosienie w okolicy brodawek sutkowych – 35,5% badanych. Również 35,5% grupy zgłosiło owłosienie pośladków. Najmniej osób miało problem z owłosieniem klatki piersiowej, co stanowiło 32,3% oraz nóg – 32,3%.

Według 76% respondentów można skutecznie usunąć nadmierne owłosienia, a 24% uznało, że nie ma skutecznego sposobu na pozbycie się niechcianych włosków.

Wśród 50 badanych osób, każdy znał wszystkie wymienione poniżej metody usuwania nadmiernego i niechcianego owłosienia.

Według 46% badanych, niektóre metody mogły powodować, że włoski na ciele stają się grubsze i twardsze, zaś 54% ankietowanych było innego zdania.

Według 56% badanych osób - żadna metoda nie osłabiała zbędnego owłosienia, a 44% uważało, że istniała metoda dzięki której owłosienie stawało się słabsze.

Najwięcej osób badanych używało maszynki do golenia - 38%, depilatorów używało 26% respondentów. Do usuwania owłosienia ankietowani stosowali również pastę cukrową - 22%, a wosku używało tylko 20% badanych. Epilacje stosowało 18% i kremy do depilacji wybierało 10% osób.

Według 68% badanych miało problem z wrastającymi włoskami, a 32% ankietowanych nie miało z tym kłopotu.

Usuwało owłosienie w sposób bolesny 52% respondentów, natomiast pozbywało się włosków bezboleśnie 48% grupy badanej.

Jako najlepszą metodę usuwania owłosienia – epilację - uznało 52% badanych, Znacznie mniejszą popularność miały maszynki do golenia i wosk - po 12%. Depilator i pasta cukrowa dla 10% - były najlepszą metodą, a kremy do depilacji jako najlepsze uznało 4% ankietowanych.

Za najbardziej popularną metodą usuwania owłosienia wśród osób badanych uznano epilację - 56%, a pastę cukrową - 14%. Jako obecnie popularny dla 12% respondentów stał się depilator oraz maszynki do golenia – dla 8% były na topie. Wosk uważało za popularny tylko 6% badanych, a najmniejszą popularnością cieszył się krem do depilacji 4%.

Nadmierne owłosienie było wstydliwym tematem dla 86% ankietowanych. Tylko 12% badanych uważało, że nie jest to powód do wstydu. A tylko 2% osób badanych nie potrafiła określić swego odczucia.

Na temat usuwania nadmiernego owłosienia 72% osób czerpało informacje z Internetu. Duża część osób wynosiła takie informacje z salonu kosmetycznego - 40% badanych, od dermatologa takie informacje usłyszało 22% ankietowanych. Najmniej osób czerpało informacje na temat usuwania owłosienia z prasy - 2% oraz z telewizji - 0%.

Według 86% ankietowanych, nadmierne owłosienie utrudniało im życie. Tylko 10% osób uważało, że nie ma to znaczenia, zaś 4% respondentów nie miała zdania na ten temat.

Spora część badanych nie używała żadnych preparatów po depilacji - 42%. O skórę zaś dbało za pomocą kremu 30% ankietowanych, a 28% używało oliwki do ciała.

Według 76% respondentów nadmierne owłosienie było związane z hormonami. Tylko 12% osób uważało, że hormony nie są powiązane z niechcianymi włoskami, a 12% badanych nie miało wiedzy na ten temat.

Ponad połowa, bo 52% badanych na nic nie chorowała, 22% ankietowanych zmagało się z PCOS, a 20% z niedoczynnością tarczycy. Ankietowani również chorowali na IO 16%, a 8% osób nie wiedziało, czy na coś chorują. Najmniej osób zmagało się z guzami jajników lub nadnerczy 2% i z przerostem nadnerczy 2%.

Wśród respondentów 92% nie zażywało leków, które mogłyby powodować nadmierne owłosienie, natomiast 8% osób nie wiedziało, czy ich leki mogły spowodować nadmierne owłosienie.

Wśród 92% badanych gładka skóra była definitywnym kanonem piękna, a dla 8% nie była determinantą urody.

Większość respondentów nie zmagała się z owłosieniem idiopatycznym, stanowiło to 84% badanych. Tylko 8% badanych zmagało się z tym problemem i także 8% jeszcze o tym nie wiedziało.

Nadmierne owłosienie po okresie dojrzewania zauważyło u siebie 44% badanych. Duża część badanych nie miała z tym problemu – 38%. Niektórzy zobaczyli u siebie ten problem później – 16%. Część osób miało już nadmierne owłosienie przed okresem dojrzewania – 2%.

U większości ankietowanych nikt w rodzinie nie zmagał się z nadmiernym owłosieniem - 68%, a u 32% osób występowało w rodzinach również nadmierne owłosienie.

Większość respondentów odziedziczyła nadmierne owłosienie po rodzicach - 26% badanych, a 6% badanych zaznaczyło, że rodzeństwo też miało ten sam problem.

Wśród 24% respondentów najdłużej dana metoda trzymała się dwa tygodnie. Taki sam wyniki uzyskała odpowiedź - tydzień. Włoski po ich usunięciu były już odczuwane następnego dnia – u 18%. Za pomocą epilacji usunęło owłosienie 18% - badanych, więc skórę mieli gładką. Przez kilka dni skora była gładka u16% osób.

Jako nieskuteczną daną metodę 60% badanych uznało za nieskuteczną, a 40% ankietowanych było innego zdania.

Nadwaga i otyłość mogły być skutkiem nadmiernego owłosienia dla 50% respondentów i również 50% stwierdziło, że problemy z wagą nie były przyczyną nadmiernego owłosienia.

Dyskusja

Owłosienie to temat ponadczasowy. Kobiety i mężczyźni dążą do idealnej gładkiej skóry po depilacji. Wśród 50 osób ankietowanych - 100% badanych znało wszystkie metody usuwania owłosienia czyli: maszynkę do golenia, wosk, depilator, pastę cukrową, kremy do

depilacji, epilacjęGałażewska w swojej publikacji wymienia te same rodzaje depilacji dodając również jedną metodę więcej - czyli elektrolizę [24].

Dla wielu osób owłosienie jest problemem wstydliwym, ponieważ dąży się do idealnej gładkiej skóry, która jest dzisiejszym kanonem piękna - uważało tak 86% respondentów. Cywis – Lepiarczyk w swoi artykule przytacza, że depilacja miała swój początek już 5tysięcy lat temu. Moda na usuwanie owłosienia trwała już wówczas. Bizoń i Królikowska w artykule opisują, że jest to nieodłączny element pielęgnacji [19, 23].

Często przy wyborze depilacji klienci gabinetów kosmetycznych kierują się efektami, wygodą, szybkością oraz na jak długo wystarcza dana metoda. Dlatego badane osoby używały częściej depilacji takich jak: wosk, depilator czy pasta cukrowa - nie zważając, czy to boli, ponieważ chcą się cieszyć efektem gładkiej skóry dłużej. Wśród ankietowanych 52% osób używało metod, które sprawiają dyskomfort. Cywis – Lepiarczyk opisuje podobnie, że rodzaje depilacji różnią się wygodą, szybkością oraz trwałością efektu [19].

Bizoń i Królikowska w swoim artykule piszą, że częściej konsumenci wybierają metodę chemiczną, ponieważ boją się bólu albo mają przeciwwskazania do stosowania wosku, depilatorów. Konsumenci wybierali równie często te metody, gdzie nie trzeba się często golić. Przy wyborze depilacji klienci zwracają uwagę na czas, jaki trzeba temu poświęcić [23].

W branży kosmetycznej jest wiele metod usuwania owłosienia. Niestety, nie każdy rodzaj depilacji daje takie efekty, jakich oczekujemy. 60% respondentów uważało, że tę metodę którą stosuje jest nieskuteczną. 18% respondentów stosujących maszynkę do golenia czuło przy dotyku włoski już następnego dnia. U niektórych ankietowanych dało to efekt na kilka dni – 6%. Często tę metodę mieszali z epilacją, ponieważ nie mogli usuwać owłosienia wraz z cebulką. Dla 28% ankietowanych wosk, depilator, pasta cukrowa dała efekt na dwa tygodnie. Choć u niektórych badanych tylko tydzień – 24%. Często przy tych metodach pojawiały się wrastające włoski. Kremy do depilacji działały przez kilka dni, ponieważ spowalniały wzrost włosa – u 10% albo były nieskuteczne. Najlepszą metodą było usuwanie owłosienia depilacją laserową, która dała długotrwały efekt gładkiej skóry - zdecydowało się na to rozwiązanie aż 14% badanych. Cywis – Lepiarczyk w podobny sposób opisuje metody usuwania owłosienia. Golenie maszynką jest szybkie, lecz efekt krótkotrwały. Kremy do depilacji osłabiają wzrost włosa i jest to metoda bezbolesna, u niektórych osób jest to jednak nieskuteczne. Depilatory elektryczne mają dawać efekt gładkiej skóry przez 2 tygodnie, ale u niektórych osób utrzymywał się tylko tydzień. Często za tą metodą idzie w parze ból jak i wrastające włoski. Autorka również twierdzi, że najlepszą metodą jest epilacja, ponieważ jest to długotrwały efekt gładkiej skóry. Ten zabieg pomaga również uniknąć problemów ze źle dobraną metodą

depilacji. Bizoń i Królikowska opisały w swoim artykule wosk jako metodę bolesną, powodującą podrażnienia. A według Gałażewskiej ten rodzaj usuwania owłosienia wybiera tylko 8% osób [19, 23, 24].

Po wielu metodach depilacji borykamy się z podrażnieniami czy też wrastającymi włoskami, co wystąpiło u 68% badanych. Gałażewska wspomina, że ten fakt jest pomijany, gdyż jest to cena, za którą płacimy za piękne i gładkie ciało [24].

Wiele osób usuwa owłosienie dlatego, że źle się z tym czuje, sprawia dyskomfort fizyczny jak i psychiczny – tak twierdziło 86% osób ankietowanych. Gałażewska odnosi się tutaj do mężczyzn. Duża ich część depiluje się, ponieważ jest to higieniczne i daje lepszy, zadbany wygląd – w badaniu uważało tak 80% osób. W przypadku depilacji kobiet duża część uważa, że nie wyobrażają sobie wyjść w spódnicy i nieogolonych nogach - jest to według nich wynik zaniedbania, lenistwa i po prostu źle wygląda [24].

Wśród osób badanych 52% za najlepszą metodę depilacji uważało laser. Ten rodzaj usuwania owłosienia jest wygodny. Epilacja to stałe usunięcie cebulek włosa - dlatego ta metoda jest długotrwała i efektem gładkiej skóry można się cieszyć zawsze. Jeden z portali internetowych Depilacja.pl opisuje działanie lasera w ten sam sposób, dodając przy tym, że wiele osób wyklucza ten zabieg ze względu na koszty. Laseroterapia całego ciała to cena kilku tysięcy złotych. Jednakże jest to metoda najskuteczniejsza, bezpieczna oraz wygodna [14].

Podsumowując wyniki przeprowadzonego badania na 50 osobach z salonów kosmetycznych Cosmeo i Face Med można stwierdzić, że większość wyników pokrywa się z artykułami innych autorów. Usuwanie owłosienia to temat ponadczasowy, który ciągle się rozwija. W obecnych czasach każdy zna różne rodzaje depilacji. Wybierane metody depilacji są dostosowane pod własne preferencje i możliwości. Za najlepszy rodzaj depilacji uważa się laser ze względów na jego długotrwałe efekty.

Wnioski

1. Zdecydowana większość klientów gabinetów kosmetycznych uważała, że owłosienie na ciele jest problematyczne i wstydliwe przez co pogarsza komfort życia codziennego.
2. Podczas wyboru metody depilacji respondenci nie kierują się ewentualnym bólem, a uzyskanymi efektami gładkiej skóry.
3. Wiele metod nie jest skutecznych na dłuższy okres czasu. Najlepszą metodą jest usuwanie owłosienia depilacją laserową - dając długotrwały efekt gładkiej skóry.

4. Respondenci w większości wiedzą jak walczyć z niechcianymi włoskami oraz znają metody ich usuwania, a wiedzę czerpią głownie z Internetu.

Piśmiennictwo

1. Levinbook W., Hairiness, https://www.msdmanuals.com/home/skin-disorders/hair-disorders/ hairiness.
2. Conference Proceedings of the 7 th International Scientific Conference.: Problems and prospects of territories' socio-economic development. Opole 2018.
3. Błaszczyk M.: Histologia dla kosmetologów. Wydawnictwo PWSZ, Nysa 2013.
4. Podgórskiej M., Wolskiej-Adamczyk A.: Wieloaspektowość pracy kosmetologa. Wydawnictwo Wyższa Szkoła Zarządzania w Gdańsku, Wyższa Szkoła Inżynierii i Zdrowia W Warszawie, Warszawa 2017.
5. Arct J., Pytkowsk K.: Kosmetologia włosów. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2020.
6. Szlachcic A., Szlachcic–Wyroba K.: Kosmetologia Estetyczna. Cechy morfologiczne i fizjologiczne włosów. podstawy diagnostyki trychologicznej. Wydawnictwo Ośrodek Medyczny Osteomed, Kraków 2014.
7. Styczeń P.: Włosom na ratunek. Beauty 2015; 2: 34-37.
8. Maciąg M,. Maciąg K.: Medyczne aspekty kosmetologii i dietetyki. Wydawnictwo Naukowe Tygiel, Lublin 2018.
9. Goździalska A., Jaśkiewicz J.: Stan skóry wykładnikiem stanu zdrowia. Wydawnictwo Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków 2012.
10. Otlewska A., Hackemer P., Menzel F.: Hirsutyzm. Pediatria i Medycyna Rodzinna 2018, 14(4): 392–395.
11. Chojnacka K.: Czynniki wpływające na skuteczność depilacji laserowej u kobiet z hirsutyzmem idiopatycznym. Kosmetologia Estetyczna 2016; 2(5): 203- 209.
12. Bode D., Seehusen DA., Baird D.: Hirsutism in women. American Family Physician 2012; 85(4): 373–380.
13. Wasiluk M.: Medycyna estetyczna bez tajemnic. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021.
14. https://depilacja.pl/blog/depilacja/rodzaje-depilacji-porownanie-metod-usuwania-owlosienia/.

15. https://dyskontkosmetyczny.pl/blog/porady/rodzaje-woskow-do-depilacji-ciala-jaki-wybrac/.
16. https://docer.pl/doc/necesx5.
17. Bury D.: Trwałe i mniej trwałe metody depilacji. Cabines 2016; 11(6): 77- 79.
18. Stojecka M.: Pasta cukrowa Nowy wymiar depilacji. Cabines 2015; 7(2): 69- 74.
19. Ciwis-Lepiarczyk A.: Depilacja laserowa – to się opłaca. 2B Style 2015; 19-22.
20. Wenta A.: Jesteś piękna – ciało. Samo Zdrowie 2021; 5: 47-49.
21. Malinowska S., Parzanowska I., Marianowska A., Jędrzejczyk M., Mlosek R.K.,: Epilacja laserowa i urządzeniami IPL. Czynniki determinujące skuteczność epilacji. Kosmetologia Estetyczna 2018; 7(6): 705-708.
22. Strzałkowski F., Lewandowska M.: Prawdy i mity o depilacji laserowej. Wydawnictwo Lne, Warszawa 2017.
23. Bizoń A., Królikowska O.: Depilacja ciała – rozwiązania. Wydawnictwo Chemia i Biznes. Rynek kosmetyczny i Chemii Gospodarczej, 2018.
24. Depilacja ciała – rozwiązania. Chemia i Biznes 2018; 2: 50-52.

Ocena skuteczności zabiegów kosmetycznych redukujących cellulit w gabinecie kosmetycznym

Karolina Gosk[1], Beata Jankowska[2]

1. Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Kosmetologia Akademii Nauk Stosowanych w Łomży
2. Katedra Kosmetologii Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Nauk Stosowanych w Łomży

Wstęp

Cellulit to niezapalny proces zwyrodnieniowy, podczas którego dochodzi do zmian obrzękowo-włóknisto-stwardnieniowych w tkance podskórnej w formie zagłębień. Powstające przegrody włókniste ciągną skórę ku dołowi, natomiast jej uniesienia to skutek nadmiaru tkanki tłuszczowej oraz przegród, które wyciągają skórę ku górze [1].

Cellulit nie wygląda estetycznie, dlatego też osoby, które go mają, decydują się na jego redukcję lub eliminację. Zazwyczaj pojawia się w dorosłym wieku, ale może występować u dzieci czy nastolatków, co wiąże się ze zmianami hormonalnymi, nadwagą, otyłością, niewłaściwym stylem życia czy nieprawidłowym odżywianiem się. Osoby posiadające cellulit udają się na specjalne zabiegi do wyspecjalizowanych gabinetów kosmetycznych oraz stosują metody domowe, dzięki którym zapobiegają powstawanie cellulitu lub redukują ten, który już u nich występuje.

Cellulit w ujęciu teoretycznym

Cellulit może być zlokalizowany w każdym miejscu ciała, które zawiera podskórną tkankę tłuszczową. Niektóre obszary są jednak bardziej podatne na jego występowanie, np. górna część ud, tylna część ud i pośladki, a także na piersiach, w dolnej części brzucha, na górnych ramionach i na karku - co ciekawe, są to obszary, w których obserwuje się kobiecy wzór odkładania się tkanki tłuszczowej. Otyłość nie jest odpowiedzialna za jego powstanie. Od 85% do 98% kobiet po okresie dojrzewania wykazuje pewien stopień cellulitu. Występuje on u kobiet wszystkich ras, ale jest bardziej powszechny u kobiet rasy kaukaskiej niż azjatyckiej. Jego występowanie jest związane z czynnikiem hormonalnym. Rzadko występuje u mężczyzn i jest niemal wszechobecny u kobiet w okresie postpubertalnym. Jest raczej spotykany u mężczyzn z niedoborem androgenów, takich jak zespół Klinefeltera, hipogonadyzm, postkastratyzm, zespół Downa oraz u pacjentów poddawanych terapii

estrogenowej z powodu raka prostaty. Co ciekawe, cellulit nasila się u tych mężczyzn wraz z pogłębianiem się niedoboru androgenów [1, 2].

Cztery główne hipotezy, które mają wyjaśnić fizjologię cellulitu to:

- dymorfizm płciowy skóry,
- zmienione przegrody łącznotkankowe,
- zmiany naczyniowe,
- czynniki zapalne.

Anatomiczna hipoteza cellulitu opiera się na związanych z płcią różnicach w cechach strukturalnych podskórnych płatów tłuszczowych i dzielących je przegród łącznotkankowych. Cellulit to problem kosmetyczny, którego doświadcza większość kobiet w pewnym momencie swojego życia. Występuje głównie na kończynach dolnych, miednicy (obszar pośladkowo-udowy) oraz na brzuchu i charakteryzuje się wyglądem „skórki pomarańczowej" lub „twarogu" [3, 4].

Pojęcie cellulitu

Cellulit to dołeczek w kształcie skórki pomarańczowej lub twarożku, występujący najczęściej na udach i pośladkach. Termin „cellulit" wywodzi się z francuskiej literatury medycznej sprzed ponad 150 lat. Pojęcie to po raz pierwszy pojawiło się w literaturze w latach 20. XX wieku. Wówczas cellulit traktowano jako powierzchowne zniekształcenia skóry. Z cellulitem nie wiąże się żadna zachorowalność ani śmiertelność, dlatego nie można go uznać za stan patologiczny. Inną nazwą cellulitu jest lipodystrofia - czyli choroba tkanki tłuszczowej, a sam proces powstawania cellulitu jest wieloetapowy:

- Wzmożony podział nieprawidłowo rozrośniętych komórek tłuszczowych.
- Wzrost objętości i upośledzenie rozwoju tkanki łącznej.
- Ucisk na naczynia chłonne i krwionośne.
- Brak równowagi w przebiegu procesów metabolicznych i ukrwieniu w tkance podskórnej oraz skórze.
- Uszkodzenie tkanki podskórnej oraz skóry.
- Utrata elastyczności powierzchni skóry, jej powierzchnia staje się chropowata i nierówna, powstają na niej dołki, czyli cellulit [4, 5].

Cechy cellulitu

Cellulit to nie tylko pojedynczy problem. Znajomość różnych rodzajów cellulitu jest niezbędna do znalezienia najskuteczniejszego leczenia:

- miękki cellulit znany również jako cellulit wiotki.

Jest on związany ze zwiotczeniem skóry i często występuje na obszarach ciała, w których gromadzi się tłuszcz: ramiona, brzuch, biodra, pośladki i nogi. Jest on najbardziej widoczny podczas leżenia. Nie jest bolesny w dotyku, chociaż skóra może być bardzo galaretowata i falująca. Przyrost masy ciała lub brak napięcia jest typową przyczyną tego typu cellulitu. Najlepszym sposobem zwalczania tego rodzaju cellulitu jest często rygorystyczna dieta i regularne wykonywanie ćwiczeń, co może poprawić wygląd miękkiego cellulitu – któremu często towarzyszą żylaki lub pajączki. Podczas chodzenia lub poruszania się miękki cellulit również się porusza. Ma tendencję do zwiększania się wraz z wiekiem lub przyrostem masy ciała oraz w przypadku braku napięcia mięśniowego. Poprawa krążenia może pomóc w jego zwalczaniu, tak jak i utrata wagi. Ćwiczenia powinny być oparte na treningu oporowym w celu wzmocnienia i poprawy napięcia mięśniowego, a kremy kosmetyczne należy nakładać poprzez masowanie skóry, aby poprawić krążenie i łączyć je z produktami, które wspomagają krążenie i aktywują powrót żylny. W obszarach, w których występuje nadmiar tłuszczu, zabiegi falami radiowymi mogą być skuteczne, tak jak i zabiegi elektrostymulacji, które drenują, tonizują i ujędrniają. Za bardzo skuteczną uważa się endermologię, czyli rodzaj masażu mechaniczno-stymulacyjnego przy użyciu urządzenia rolującego i unoszącego tkankę skórną [6].

- twardy lub zbity cellulit jest przyczyną tzw. „skórki pomarańczowej".

Ten rodzaj cellulitu dotyczy wszystkich osób, także osób szczupłych. Charakteryzuje się zagłębieniami i przebarwieniami na udach, pośladkach i biodrach. W ciężkich przypadkach skóra może być bardzo bolesna w dotyku. Leczenie twardego cellulitu jest trudne - niektórzy chirurdzy kosmetyczni polecają zabiegi polegające na wycinaniu. Są to stosunkowo nowe, minimalnie inwazyjne procedury, w których do uwalniania stwardniałych tkanek włóknistych wykorzystuje się technikę mikroostrza, dającą długotrwałe rezultaty [7].

- stały cellulit - występuje częściej u młodszych kobiet.

Jest to zwykle jeden z pierwszych zewnętrznych objawów cellulitu. Skóra w tym przypadku jest napięta i ziarnista lub z dołeczkami - jak skórka pomarańczowa, a jej wygląd nie zmienia się podczas chodzenia lub poruszania się. Skóra wydaje się być mocno przytwierdzona do mięśnia. Obszary dotknięte chorobą są stałe i nie zmieniają pozycji wraz z ruchem ciała. Leczenie tego cellulitu może odbywać się na wiele sposobów, lecz ważne jest podjęcie leczenia jak najszybciej, aby móc uzyskać odpowiednie rezultaty. Jednym z zabiegów jest mezoterapia,

która polega na wstrzykiwaniu indywidualnie dobranych kombinacji leków, witamin i naturalnych ekstraktów do warstwy mezodermy, gdzie działają one na problem pod powierzchnią. Pomocne są kremy kosmetyczne, nakładane dwa razy dziennie na początku kuracji, a później ich aplikacja podtrzymująca. Skuteczne są zabiegi endermologii i upiększania przy użyciu specjalistycznej aparatury, która pomaga znieść i oderwać cellulit od mięśni [8].

- cellulit obrzękowy - cellulit o słabym krążeniu, nie jest najmniej powszechną formą cellulitu i jest trudny do leczenia.

Wynika to ze słabego krążenia krwi, które pogarsza zatrzymanie płynów. Cellulit obrzękowy dotyczy ud i kolan, ale też podudzi, zmieniając ich kształt w miarę ich puchnięcia. Skóra może być bolesna w dotyku. Leczenie obrzękowego cellulitu koncentruje się na poprawie krążenia krwi i zmniejszeniu retencji płynów, np. za pomocą skarpet uciskowych i gorących kąpieli. W przypadku bardzo ciężkiego cellulitu obrzękowego, drenaż limfatyczny, technika masażu ręcznego, może być bardzo korzystna [8]. Cellulit obrzękowy występuje między 20 a 30 r.ż. Lekko korkowaty wygląd cellulitu jest przypomina piankową gumę, a tekstura jest gąbczasta. W nogach występują oznaki niewydolności żylnej i limfatycznej (zatrzymanie wody, obrzęki, żylaki, skurcze itp.). W ramach leczenia zalecane są delikatne ćwiczenia, jazda na rowerze, spacery lub pływanie. Pomocny jest prysznic naprzemienny z ciepłą i zimną wodą oraz suplementy naczyniowe, takie jak żeń-szeń, ruszczyk i kasztanowiec, które wzmacniają ściany żył. Należy unikać pokarmów, powodujących zatrzymywanie płynów, słonych i gotowych potraw oraz napojów gazowanych. Masaż drenażowy limfatyczny jest korzystny, podobnie jak akupresura, herbaty ziołowe ze skrzypem i zielona herbata, które zmniejszają zatrzymywanie płynów w organizmie [9].

W 2009 roku opracowano skalę cellulitu, która podzieliła go na cztery różne kategorie od łagodnego do ciężkiego. Wśród nich należy wyróżnić:

- Stopień 0 - cellulit nie jest widoczny gołym okiem, a skóra wydaje się gładka nawet po uszczypnięciu, ale mogą wystąpić zmiany w strukturze skóry właściwej zachodzące pod skórą;
- Stopień 1 – może nie być widocznych guzków i wgłębień, ale skóra jest bledsza z obniżoną elastycznością, a gdy jest ściągnięta - pojawia się efekt skórki pomarańczowej;
- Stopień 2 – guzki i guzy zaczynają być widoczne, szczególnie podczas stania, ale znikają, gdy się położymy;

- Stopień 3 – to najcięższy rodzaj cellulitu. Dołeczki są teraz widoczne przez cały czas. Często obszar może stać się twardy i bolesny [10].

Przyczyny powstawania cellulitu oraz jego wpływ na zdrowie i samopoczucie

Około 85% kobiet powyżej 20. roku życia ma pewien stopień cellulitu. Goldman uznał to jako normalny stan fizjologiczny u kobiet po okresie dojrzewania, który maksymalizuje retencję tkanki tłuszczowej, aby zapewnić dostępność kalorii w czasie ciąży i laktacji. Zaburzenia tego nie należy mylić z otyłością, w której występuje tylko przerost i hiperplazja adipocytów. Chociaż występuje to również u osób z cellulitem, istnieje również kilka zmian strukturalnych w skórze właściwej i istnieją zmiany w mikrokrążeniu. Zgłaszano zwiększone stężenia białek w płynie śródmiąższowym i ciśnienie śródmiąższowe oraz zmniejszony dopływ krwi do tkanki, którego kulminacją była obniżona temperatura skóry w dotkniętych obszarach [2, 4, 11].

Dokładna etiologia cellulitu nie jest znana, ale kilka teorii zasługuje na wzmiankę. Teorie te można podzielić na kilka kategorii: naczyniowe, strukturalne i zapalne. Niektórzy badacze postulowali, że cellulit jest procesem degradacji inicjowanym przez pogorszenie układu naczyniowego skóry, głównie utratę sieci naczyń włosowatych. W rezultacie nadmiar płynu jest zatrzymywany w tkance skórnej i podskórnej. Utrata sieci naczyń włosowatych jest wynikiem zlepiania się nabrzmiałych komórek tłuszczowych i hamowania powrotu żylnego [12, 13].

Po uszkodzeniu sieci naczyń włosowatych w skórze właściwej zaczynają pojawiać się zmiany naczyniowe i zmniejszoną syntezę białek oraz niezdolność do naprawy uszkodzeń tkanek. Grudki białka osadzają się wokół złogów tłuszczu pod skórą, powodując wystąpienie tzw. skórki pomarańczowej na skórze. Jest to widoczne wówczas, gdy jest ona ściśnięta między kciukiem, a palcem wskazującym [14].

Ostatnia teoria dotycząca etiologii cellulitu głosi, że jest to proces zapalny, wynikający z rozpadu kolagenu w skórze właściwej, powodujący występowanie przepukliny podskórnej tkanki tłuszczowej widocznej w USG. Pojawienie się cellulitu w okresie dojrzewania i menstruacji skłoniło niektórych badaczy do oceny zmian hormonalnych niezbędnych do złuszczania endometrium. Wydaje się, że miesiączka wymaga wydzielania metaloproteaz, takich jak kolagenaza i żelatynaza. Komórki gruczołowe i zrębowe endometrium wydzielają te enzymy, aby umożliwić wystąpienie krwawienia miesiączkowego. Kolagenazy rozszczepiają potrójną helikalną domenę kolagenów włóknistych przy neutralnym pH i są wydzielane tuż

przed miesiączką. Jednak kolagenaza może nie tylko rozkładać kolageny włókniste obecne w endometrium, ale także w skórze właściwej [15].

Wydzielanie kolagenazy endometrium w celu rozpoczęcia miesiączki zapewnia również rozpad kolagenu w skórze właściwej. Wraz z powtarzającą się, cykliczną produkcją kolagenazy, coraz więcej kolagenu skórnego ulega zniszczeniu, powodując pogarszanie się cellulitu obserwowanego z wiekiem. Ostatecznie zniszczeniu ulega wystarczająca ilość kolagenu, aby osłabić siateczkowatą i brodawkowatą skórę. Tak więc próba leczenia cellulitu jest podobna do próby ignorowania normalnej kobiecej fizjologii, która pozwala na kontynuację gatunku.

Powstawanie cellulitu jest wynikiem wielu czynników, np. środowiskowych, hormonalnych i genetycznych. Wiadomo, że nasilenie cellulitu jest podobne u spokrewnionych kobiet. Ponadto na częstość występowania i dotkliwość ma wpływ płeć, ponieważ cellulit spotykany jest częściej u kobiet niż mężczyzn. Kolejnym czynnikiem jest rasa, ponieważ częściej cellulit występuje u osób rasy kaukaskiej, oraz typ biologiczny, ponieważ cellulit częściej występuje na biodrach i udach kobiet z Ameryki Łacińskiej, z kolei nie występuje na brzuchu kobiet z Europy. Nie ulega wątpliwości, że niewłaściwy styl życia jest równie istotnym czynnikiem wpływającym na powstawanie cellulitu [16].

Nadmierne spożycie produktów spożywczych bogatych w tłuszcze, o wysokiej zawartości soli i konserwantów wiązało się z rozwojem różnych zaburzeń metabolicznych, w tym hiperinsulinemii, która nasila powstawanie cellulitu. Podobną rolę odgrywa siedzący tryb życia - brak aktywności fizycznej zwiększa nasilenie cellulitu, osłabiając warstwę mięśniową naczyń krwionośnych i powodując miejscową hemostazę. Stan ten prowadzi do wtórnego niedotlenienia i niedokrwienia tkanki tłuszczowej. Spożywanie alkoholu stymuluje lipogenezę i odwadnia organizm, co skutkuje nadmiernym i niewłaściwym magazynowaniem tłuszczu. Palenie tytoniu zwiększa ilość wolnych rodników w organizmie oraz skurcz drobnych naczyń krwionośnych odpowiedzialnych za miejscowe zaburzenia mikrokrążenia. Żeńskie hormony płciowe odgrywają istotną rolę w rozwoju cellulitu [17, 18].

Pierwsze objawy zaburzeń topografii tkanki tłuszczowej pojawiają się w okresie dojrzewania. Zaostrzenie zmian skórnych koreluje z hiperestrogenizmem związanym z ciążą lub stosowaniem tabletek antykoncepcyjnych, bądź hormonalnej terapii zastępczej u kobiet po menopauzie. Niektórzy autorzy wymieniają estrogen jako główny czynnik powodujący występowanie cellulitu. Nadmierne ilości estrogenu wywołują problemy sercowo-naczyniowe: nadmierne rozluźnienie żył, zastoje krwi, obrzęki, niedokrwienie i niedotlenienie tkanki podskórnej. Zjawiska te nasilają włóknienie i powstawanie guzków w tkance podskórnej,

co prowadzi do rozwoju cellulitu. W tkankach poddanych cellulitowi występują zmiany histopatologiczne [19, 20].

U pacjentów z cellulitem obserwacja mikroskopowa ujawnia obrzęk tkanki podskórnej i zmianę struktury adipocytów, a także powiększenie i pogrubienie śródbłonka naczyniowego, przerost włókien siatkowatych. W późniejszych stadiach zauważalne są rozległe zaburzenia naczyniowe, zanikowo-dystroficzne anomalie skóry i zaburzenia przydatków, a także zatarcie granicy między skórą, a tkanką leżącą pod nią [11, 21].

Współczesna literatura przypisuje kluczową rolę w patogenezie wielu chorób dysfunkcji śródbłonka naczyniowego. Ta pojedyncza warstwa komórek wyścielająca wewnętrzne ściany naczyń krwionośnych jest uważana za oddzielny narząd, ze względu na swoje właściwości endokrynologiczne, rozszerzające i zwężające naczynia krwionośne. Dysfunkcja śródbłonka jest uznawana za czynnik ryzyka chorób układu krążenia, raka i cukrzycy typu II. Możliwa jest korelacja między otyłością, insulinoopornością, miejscowym zapaleniem i dysfunkcją śródbłonka. Czynniki te współwystępują w cellulicie i mają one podobną patologię, jak patologia śródbłonka naczyniowego [22].

Patogeneza cellulitu jest niejednorodna i niejasna. Wskazuje się, że dysfunkcja śródbłonka i zaburzenia mikrokrążenia odgrywają ważną rolę w etiologii tego zjawiska. Obecność zaburzeń w naczyniu i układzie hormonalnym w połączeniu z predyspozycją genetyczną nasila ten proces. Zaangażowanie wielu złożonych mechanizmów organizmu sugeruje, że cellulit to nie tylko problem kosmetyczny, ale rozwija się również w wyniku innych zaburzeń funkcjonowania organizmu [23].

Metody redukcji i zapobiegania cellulitu

W leczeniu cellulitu zaproponowano wiele różnych metod. Często stosuje się odchudzanie, a także masaż skóry i różne środki miejscowe. Zaleca się również stosowanie urządzeń mechanicznych, zabiegów chirurgicznych i doustnych suplementów diety. Ćwiczenia aerobowe są w stanie spalić złogi tłuszczu i poprawić kontury ciała [24].

- Manualny drenaż limfatyczny wykonuje się poprzez uciskanie określonych miejsc

układu limfatycznego w celu usprawnienia przepływu limfy przez usunięcie jej z tkanek. Istnieją cztery różne techniki manualnego drenażu limfatycznego: technika stacjonarnych kręgów, technika pompowania, technika czerpaka i technika rotacyjna. W leczeniu cellulitu kobiety często stosują środki miejscowe - w leczeniu łagodnego i umiarkowanego cellulitu oraz jako leczenie wspomagające przy poważnym cellulicie. Miejscowe preparaty antycellulitowe można podzielić na cztery główne grupy, ze względu na mechanizm działania zawartych w nich

związków. Substancje czynne stosowane w miejscowych zabiegach na cellulit działają poprzez zwiększenie przepływu krwi w mikrokrążeniu, zmniejszenie cellulitu i wspomaganie lipolizy, przywracanie prawidłowej struktury skóry właściwej i tkanki podskórnej oraz zapobieganie powstawaniu wolnych rodników. Produkty te to kremy, balsamy i żele. Określane są jako kosmeceutyki i stanowią kategorię pośrednią między kosmetykami, a lekami farmaceutycznymi. Metyloksantyny są istotnym składnikiem produktów redukujących cellulit. Do najczęściej stosowanych należą kofeina, aminofilina i teofilina. Niektóre preparaty miejscowe zawierają wzmacniacze skóry, czyli substancje, które zwiększają przenikanie składników aktywnych przez skórę. Witaminy: kwas askorbinowy i witamina E, działają jako przeciwutleniacze, chroniąc skórę przed toksycznym działaniem wolnych rodników. Preparaty przyjmowane doustnie również działają w miejscu docelowym. Udowodniono że ekstrakty roślinne: wyciąg z winogron, ginkgo biloba, centella azjatycka zawarte w doustnie podawanych preparatach są skuteczne w poprawie wszystkich oznak i objawów klinicznych związanych z cellulitem [24, 25].

- Endermologia jest to opracowana we Francji metoda masażu głębokiego, zatwierdzona również przez Amerykańską Agencję - Food and Drug Administration (FDA) w celu zmniejszenia cellulitu. Podczas masażu skóra jest zasysana do ręcznego urządzenia, w którym jest ściskana i rolowana w celu zwiększenia przepływu krwi i limfy oraz modyfikacji tanki łącznej. Jednym z efektów ubocznych jest jednak możliwość zwiększenia wiotkości skóry. Ponadto nie zaleca się go kobietom w ciąży oraz osobom z nadciśnieniem, cukrzycą, zaburzeniami krążenia lub nadmierną wiotkością skóry [25].
- Skuteczność radiofrekwencji (RF) w różnych zastosowaniach estetycznych i dermatologicznych wynika z wykorzystania energii cieplnej, która obkurcza luźną i wiotką skórę poprzez denaturalizację kolagenu. Kiedy kolagen jest podgrzewany, wiązania, które są wrażliwe na ciepło zaczynają pękać i powstaje nieuporządkowany żel. Wielkość skurczu tkanki zależy od różnych czynników: od najwyższej osiągniętej temperatury, czasu naświetlania RF oraz naprężenia mechanicznego przyłożonego do tkanki podczas procesu ogrzewania. Efekt działania RF na tkankę łączną obserwuje się na obrazach USG, gdzie widać powiększenie całej grubości skóry właściwej - aż do mięśnia. Najlepsze rezultaty widoczne są na udach. Radiofrekwencja jest wskazana w leczeniu cellulitu spowodowanego lub uwarunkowanego wiotkością skóry [26].

- Lasery i lampy oraz ich kombinacje to urządzenie zatwierdzone przez FDA, które łączą w sobie miejscowe chłodzenie, sześć laserów diodowych i masaż mechaniczny. Niska temperatura zmniejsza obrzęk, laser wspomaga przepływ krwi i limfy, a masaż mechaniczny zwiększa drenaż miejscowy [26].
- VelaShape TM jest systemem opartym na zastosowaniu na skórę światła podczerwonego w połączeniu z energią RF i impulsami ssania próżniowego. IR i RF działają synergicznie, powodując ogrzewanie w obszarze docelowym [26].
- Podciśnieniowy masaż próżniowy poprawia krążenie, umożliwia leczenie warstwy nadtwardówkowej i głębokiej skóry właściwej. Ostatnie badania wykazały wpływ tego urządzenia na zmniejszenie nasilenia cellulitu i zmniejszenie obwodu ciała w pośladkach [27].
- SmoothShapes TM jest również zatwierdzony przez FDA i łączy laser o długości fali 915 nm i światło o długości fali 615 nm z masażem mechanicznym. Stymuluje on metabolizm, zmniejszając obrzęk i poprawiając wygląd skóry. Badania wykazały bezpieczeństwo i skuteczność tego urządzenia u osób poddawanych zabiegom przez okres 4-6 tygodni [28].
- Liposukcja polega na usunięciu miejscowych złogów tkanki tłuszczowej w celu uzyskania bardziej estetycznego kształtu ciała. Wymaga znieczulenia ogólnego lub miejscowego oraz użycia urządzenia ssącego o małej końcówce w celu usunięcia tłuszczu z wybranych obszarów, bez naruszania innych tkanek skóry. Liposukcja może zmniejszyć widoczność cellulitu, ponieważ minimalizuje objętość miejscowej tkanki tłuszczowej, a także może przerywać pasma włókniste, które powodują wgłębienia na powierzchni skóry. Mimo to, zmiany na powierzchni skóry mogą być wynikiem liposukcji spowodowanej podskórnym rozrostem tkanki tłuszczowej. Pojawiają się one zwykle późno, od 3 miesięcy do 1 roku po zabiegu i mogą przybierać formę lekką, umiarkowaną bądź ciężką [29].
- Kolejną metodą redukcji cellulitu jest kinesiotaping (metoda oklejania specjalnymi plastrami, których parametry, są zbliżone do parametrów ludzkiej skóry. Plaster dynamiczny nie jest nasączony żadnym lekiem - plaster działanie sensoryczne, a właściwie przyklejony tworzy pofałdowanie powierzchni, zwiększając przestrzeń pomiędzy skórą właściwą, a powięzią, usprawniając mikrokrążenie krwi, limfy oraz aktywując proces samoleczenia). Zmniejsza napięcie mięśniowe i obrzęk w obrębie tkanek, wpływając na redukcję cellulitu [30].
- Mezoterapia została opracowana we Francji (podobnie jak endermologia), polega na wstrzykiwaniu bardzo małych dawek roztworów, złożonych z niektórych substancji aktywnych, w skórę na głębokość 2-6 mm. bezpośrednio w miejsce zmienione chorobowo. Substancje te wykazują działanie naczyniowe i lipolityczne[31].

- Karboksyterapia to terapeutyczne zastosowanie dwutlenku węgla (CO_2) w stanie gazowym, poprzez wstrzyknięcia przezskórne lub podskórne. Zwiększa on napięcie naczyń krwionośnych i powoduje aktywne rozszerzenie naczyń mikrokrążenia. Poprawia przepływ krwi oraz zmniejsza jej zastój [32].

Cel pracy

Problem badawczy w niniejszej pracy stanowi próbę odpowiedzenia na pytanie o to, jakie zabiegi kosmetyczne, redukujące cellulit wpływały na najwyższy poziom satysfakcji klientów gabinetów kosmetycznych w związku z osiąganymi rezultatami. Z kolei problemy szczegółowe prezentują się następująco:

- Jaki wpływ ma aktywność fizyczna na rodzaj cellulitu zauważany przez badanych?
- Jaki wpływ ma stosunek do ceny zabiegów redukujących cellulit według badanych na stopień polecania zabiegów redukujących cellulit innym osobom?

Celem było sprawdzenie skuteczności zabiegów kosmetycznych redukujących cellulit przeprowadzanych w gabinetach kosmetycznych. Wśród celów szczegółowych wymieniono:

1. Wpływ ceny na stopień zadowolenia ze stosowanych zabiegów redukujących cellulit.
2. Wpływ aktywności fizycznej na typ i etap występującego cellulitu u badanych.
3. Wpływ występowania cellulitu na samopoczucie respondentów.
4. Wpływ sposobu odżywiania na typ i etap występującego cellulitu u badanych.
5. Wpływ nałogów na typ i etap występującego cellulitu u badanych.
6. Wpływ średniej długości snu w ciągu doby na typ i etap występującego cellulitu u badanych.
7. Wpływ wykonywanej pracy zawodowej na typ i etap występującego cellulitu u badanych.
8. Po ilu zabiegach badani najczęściej zauważali rezultaty przeprowadzonych zabiegów?

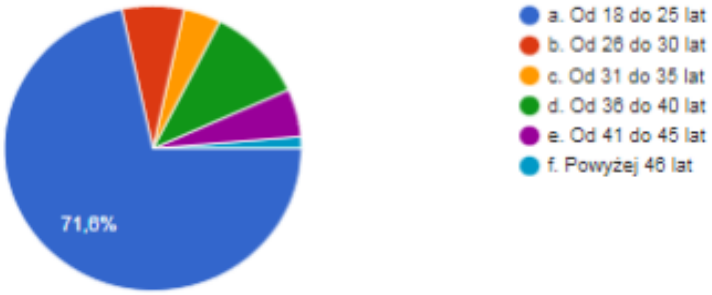
Materiał i metody

Badania były przeprowadzone od 6 maja do 15 maja 2022 roku za pomocą ogólnodostępnych formularzy Google. Link do strony internetowej zawierającej ankietę został opublikowany na grupie w serwisie Facebook „Usługi kosmetyczno-fryzjerskie Łomża”, dnia 6 maja 2022 roku. W badaniu zastosowano metodę statystyczną ilościową, która pozwoliła na zgromadzenie odpowiedniej liczby danych, niezbędnych do przeprowadzenia analizy.

Wyniki

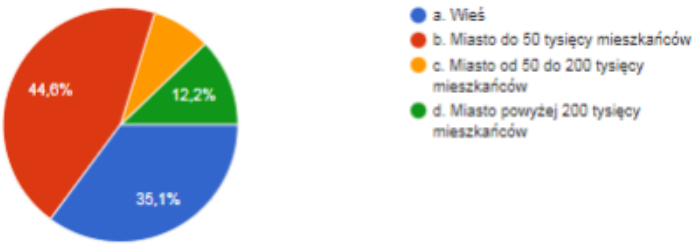
W badaniu, którego wyniki zostały przedstawione poniżej, wzięły udział 74 osoby – głównie były to kobiety, które stanowiły 93,2% a pozostałą część stanowili mężczyźni. Wszyscy badani to osoby pełnoletnie. Respondenci byli związani z różnymi grupami wiekowymi. Najwięcej osób należało do grupy wiekowej od 18 do 25 lat i stanowili oni 71,6% badanych. Kolejna grupa wiekowa to osoby z grupy wiekowej:

- od 36 do 40 lat (10,8%),
- od 26 do 30 lat (6,8%),
- od 41 do 45 lat (5,4%),
- od 31 do 35 lat (4,1%),
- powyżej 45 lat (1,4%).



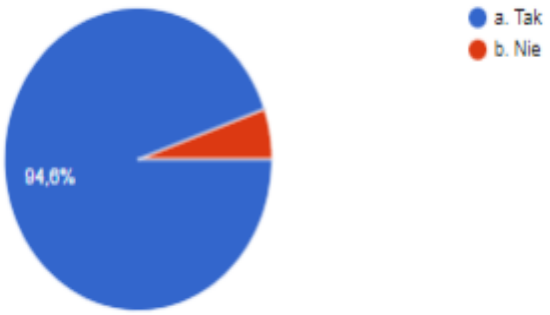
Rycina 1. Graficzna prezentacja wieku badanych

Większość badanych to osoby zamieszkujące miasta liczące do 50 tysięcy mieszkańców. Stanowili oni 44,6% respondentów. Kolejną, dużą grupę stanowili mieszkańcy wsi (35,1%). Mieszkańcy miast powyżej 200 tysięcy mieszkańców to 12,2% wszystkich badanych. Natomiast mieszkańcy miast od 50 do 200 tysięcy mieszkańców byli najmniej liczną grupą i stanowili pozostałą część ankietowanych.



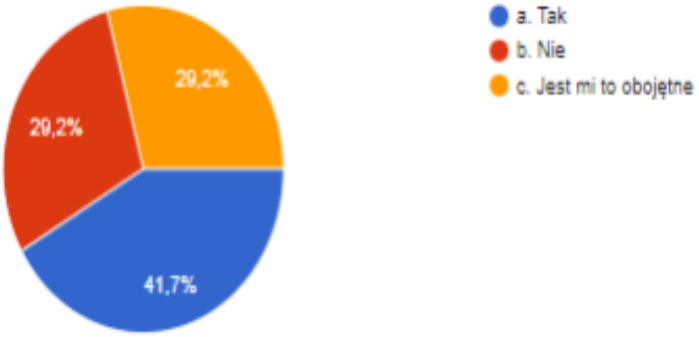
Rycina 2. Graficzna prezentacja miejsca zamieszkania badanych

Zgodnie z uzyskanymi wynikami cellulit u siebie zauważyło 94,6% respondentów. Pozostałe osoby go u siebie nie stwierdziły.



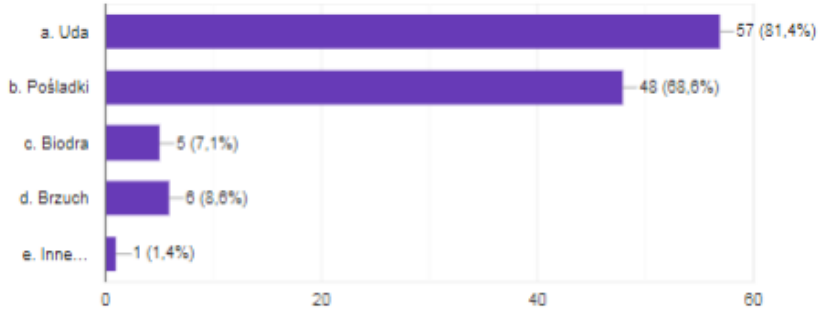
Rycina 3. Graficzna prezentacja odsetku badanych zauważających u siebie cellulit

Następnie uzyskano informacje na temat wpływu cellulitu u badanych na ich samopoczucie. Zgodnie z wynikami należy stwierdzić, że cellulit wpływał na samopoczucie 41,7% respondentów. Z kolei 29,2% z nich zdecydowanie odpowiedziało, iż występowanie cellulitu nie miało wpływu na ich samopoczucie. Natomiast zdaniem 29,2% badanych występowanie u nich cellulitu było całkowicie obojętne. W tej grupie znaleźli się wszyscy mężczyźni biorący udział w badaniu.



Rycina 4. Graficzna prezentacja wpływu występowania cellulitu na samopoczucie badanych

Kolejno wskazano, które partie ciała badanych objęte są cellulitem. Najczęściej wskazywali oni uda (81,4%), następnie pośladki (68,5%), dalej brzuch (8,6%) oraz biodra (7,1%).

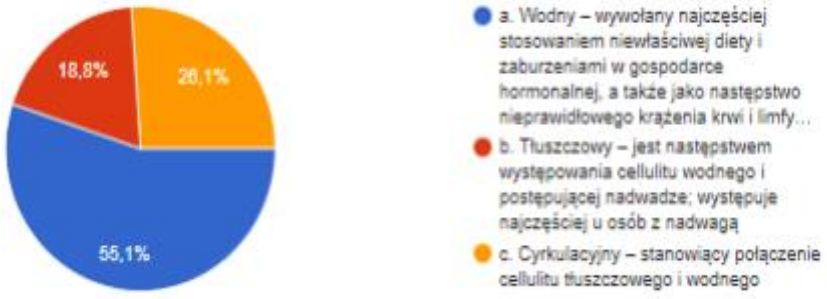


Rycina 5. Graficzna prezentacja obszarów występowania cellulitu wśród badanych

Ankietowani wymienili etap cellulitu, który u siebie dostrzegli. Zdecydowana większość badanych wskazała pierwszy etap (71,8%), następnie występowanie u siebie drugiego etapu cellulitu (25,4%), a pozostałe osoby wskazały trzeci etap cellulitu.

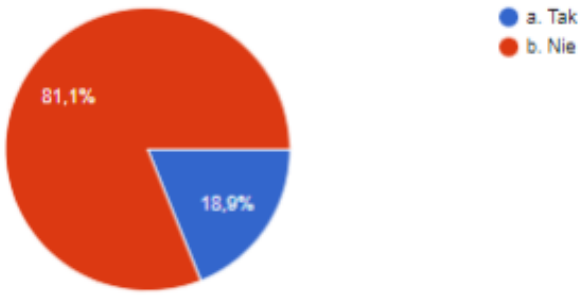
Rycina 6. Graficzna prezentacja etapów cellulitu występujących u badanych

Określono także typ cellulitu u siebie - zdecydowana większość badanych zauważyła u siebie cellulit wodny (55,1%), cellulit cyrkulacyjny (26,1%), a najmniej respondentów wskazało cellulit tłuszczowy (18,8%).



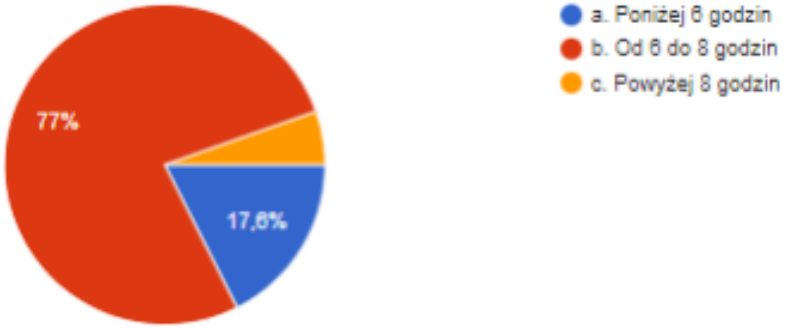
Rycina 7. Graficzna prezentacja typów cellulitu występujących u badanych

Sprawdzono także, czy ankietowali mieli nadwagę. Zdecydowana większość (81,1%) określiła, że nie ma nadwagi, a pozostałe osoby stwierdziły, że jednak ją mają.



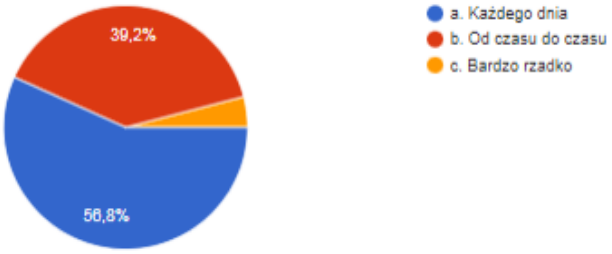
Rycina 8. Graficzna prezentacja nadwagi występującej wśród badanych

Określono średnią długość snu badanych w ciągu doby - większość z nich spała od 6 do 8 godzin (77%). poniżej 6 godzin spało 17,6%, a pozostali spali dłużej niż 8 godzin.



Rycina 9. Graficzna prezentacja średniej długości snu wśród badanych

Dokonano analizy częstotliwości występowania sytuacji stresowych w życiu badanych. Ponad połowa respondentów wskazała, że takie sytuację pojawiały się u nich codziennie (56,8%), a 39,2% osób biorących udział w badaniu wskazało, że sytuacje stresowe pojawiały się jedynie od czasu do czasu. Najmniej liczną grupę, którą stanowili pozostali badani, były osoby, które z sytuacjami stresowymi mają do czynienia bardzo rzadko.

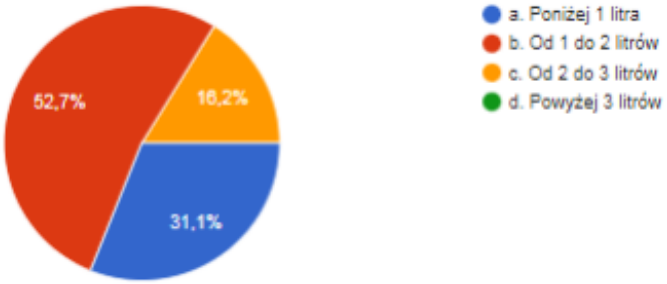


Rycina 10. Graficzna prezentacja częstotliwości występowania sytuacji stresowych wśród badanych

Sprawdzono sposób odżywiania się badanych. Prawie połowa z nich wskazała, że posiłki przygotowywała w domu samodzielnie, ale nie zwracała uwagi na ich kaloryczność (44,6%), również posiłki przygotowywała samodzielnie, ale starało się zdrowo odżywiać - 29,7% respondentów. Średnio co ponad piąty badany (20,3%) wskazał, że odżywiał się przede wszystkim poza domem i często spożywał niezdrowe posiłki. Pozostałe osoby jadły poza domem, ale starały się, by jedzenie było zdrowe i odpowiednie do ich zapotrzebowania. Żaden z respondentów nie zaznaczył odpowiedzi dotyczącej korzystania z usług cateringu, który dowozi jedzenie dopasowane do potrzeb organizmu badanych.

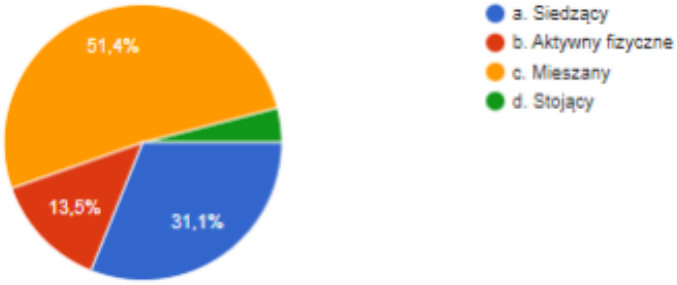
Rycina 11. Graficzna prezentacja sposobu odżywiania badanych

Średnia ilości spożywanej wody w ciągu doby wśród badanych wskazała, że ponad połowa respondentów (52,7%) spożywała dziennie od 1 do 2 litrów wody, natomiast 31,1% osób spożywało poniżej 1 litra wody dziennie. Z kolei osoby, które spożywały od 2 do 3 litrów wody dziennie stanowiły 16,2% badanych. Żaden z badanych nie zaznaczył odpowiedzi, która by wskazywała na to, że respondent wypija powyżej 3 litrów wody dziennie.



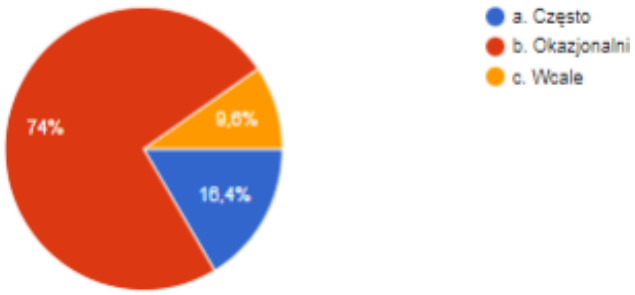
Rycina 12. Graficzna prezentacja średniej ilości spożywanej wody w ciągu doby wśród badanych

Następnie określono tryb pracy respondentów. Ponad połowa z nich wskazała na tryb mieszany - 51,4%. Prawie co trzeci badany określił, że swoje obowiązki służbowe wykonywał w pozycji siedzącej (31,1%), a 13,5% osób biorących udział w badaniu było aktywnych fizycznie podczas pracy. Tryb stojący w pracy codziennej zaznaczyło najmniej respondentów i stanowili oni pozostałą część badanych.



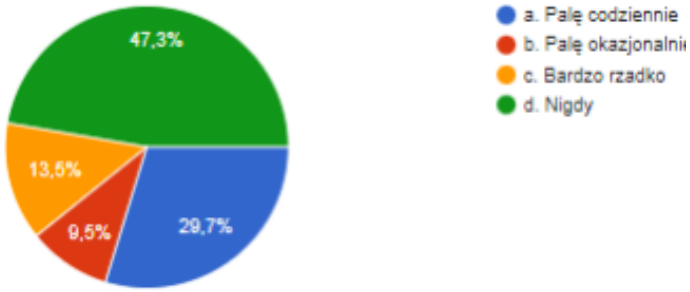
Rycina 13. Graficzna prezentacja trybu pracy wykonywanej przez badanych

Określono częstotliwość spożywania alkoholu przez badanych. Zdecydowana większość z nich alkohol spożywała okazjonalnie (74%), a często spożywało alkohol 16,4%. Z kolei najmniejszą część stanowili respondenci, którzy wcale nie go nie spożywały (9,6%).



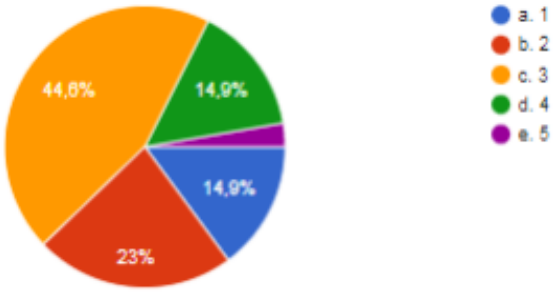
Rycina 14. Graficzna prezentacja częstotliwości spożywania alkoholu przez badanych

Określono również częstotliwość palenia papierosów i innych wyrobów tytoniowych przez badanych. Prawie połowa z nich (47,3%) wskazała, że wcale nie paliło papierosów, a codziennie paliło je 29,7% badanych, natomiast 13,5% paliło papierosy bardzo rzadko, a 9,5% respondentów paliło je okazjonalnie.



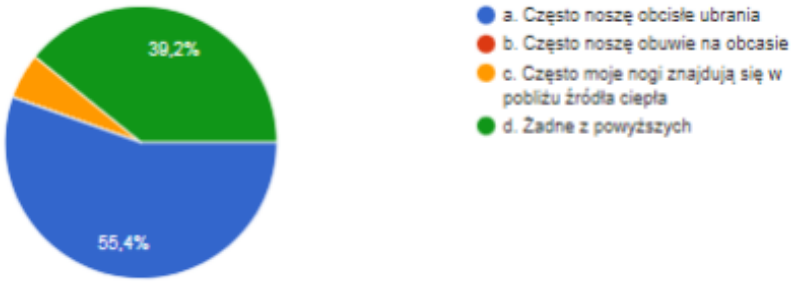
Rycina 15. Graficzna prezentacja częstotliwości palenia papierosów i wyrobów tytoniowych przez badanych

Określono aktywność fizyczną badanych, gdzie 1 - oznaczało bardzo niską aktywność, a 5 - bardzo wysoką. Zdecydowana większość respondentów wskazała, że ich stopień aktywności wynosił 3, czyli średni - 44,6%, stopień aktywności 2 – u 23%. Odpowiedzi 1 i 4 stopnie aktywności zadeklarowało po 14,9% uczestników badania.



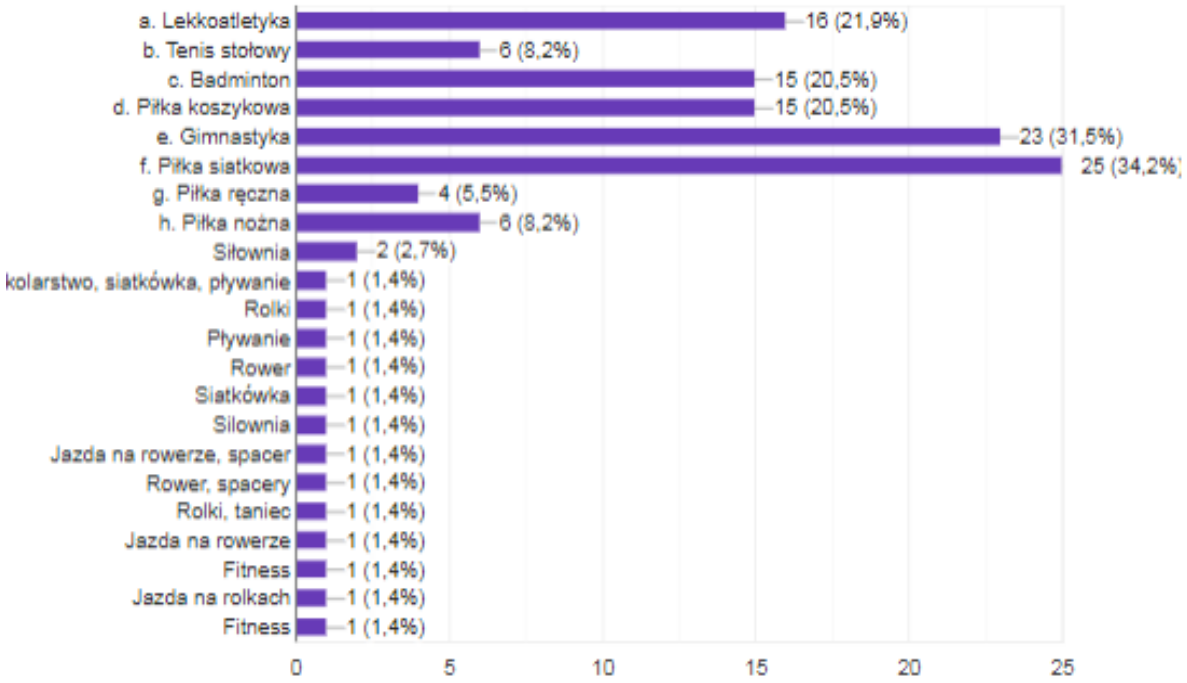
Rycina 16. Graficzna prezentacja aktywności fizycznej badanych

Analizie poddano informacje z zakresu stylu życia badanych i mających związek z występowaniem cellulitu. Ponad połowa badanych (55,4%) wskazała, że często nosi obcisłe ubrania, a 39,2% respondentów wskazało, że żadne z wymienionych odpowiedzi ich nie dotyczą. Pozostali badani określili, że często zdarza im się trzymać nogi w pobliżu źródła ciepła. Żadna z osób biorących udział w badaniu nie zaznaczyła odpowiedzi wskazującej na to, że nosi często buty na wysokim obcasie.



Rycina 17. Graficzna prezentacja prawdziwości dodatkowych informacji o stylu życia badanych

Kolejno poruszono kwestię ulubionych dyscyplin sportu badanych. Najwięcej odpowiedzi uzyskała piłka siatkowa (37%) oraz gimnastyka (31,5%). Na podobnym poziomie znalazła się lekkoatletyka (21,9%) oraz piłka koszykowa i badminton (po 20,5%). Podobną ilość odpowiedzi uzyskała również piłka nożna i tenis stołowy (po 8,2%). Z kolei najrzadziej wskazywane dyscypliny to: piłka ręczna (5,5%), siłownia i fitness (łącznie 6%), kolarstwo (łącznie 5,6%), jazda na rolkach (5,6%), pływanie (2,7%) oraz spacerowanie (2,7%).

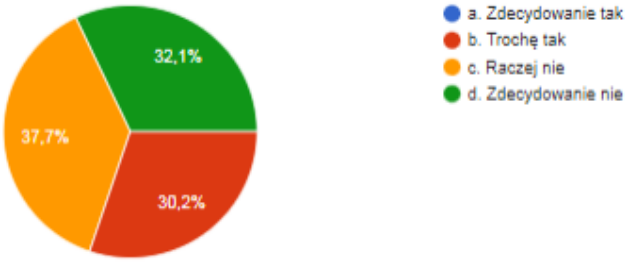


Rycina 18. Graficzna prezentacja ulubionych dyscyplin sportowych wśród badanych

Wskazano liczbę zabiegów, po której badani zauważyli redukcję cellulitu. Najczęściej respondenci określili, że efekty widzieli po 2-3 zabiegach (32,1%), a osoby, które różnicy po zabiegach nie dostrzegły wcale i nie kontynuowały poddawania się zabiegom to 22,6%. Natomiast po 13,2% respondentów zauważyło różnicę po 1 zabiegu lub nie zauważyły jej wcale i zrezygnowały po więcej niż 3 zabiegach, a po 9,4% badanych różnicę zauważyło po 5 zabiegach lub po więcej niż 5 zabiegach.

Rycina 19. Graficzna prezentacja zauważalności efektów zabiegów redukujących cellulit w stosunku do przeprowadzonej liczby zabiegów

Ankietowani wskazali stopień bolesności stosowanych zabiegów - najwięcej badanych wskazało, że zabieg raczej nie był bolesny (37,7%), a 32,1% respondentów określiło, że zabieg zdecydowanie nie był bolesny. Natomiast 30,2% osób biorących udział w badaniu określiło, że zabieg był trochę bolesny lub nieprzyjemny. Żaden z badanych nie wybrał odpowiedzi, która świadczyłaby o tym, że zabieg taki zdecydowanie był bolesny.

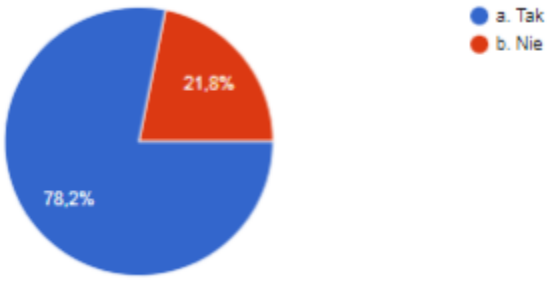


Rycina 20. Graficzna prezentacja stopnia bolesności zabiegów redukujących cellulit w opinii badanych

Następnie wskazano, jakie badania zostały wykonane przed przeprowadzeniem zabiegu. U połowy badanych nie wykonano żadnych badań, u 28,6% respondentów zastosowano metodę antropometryczną, a u 16,1% osób wykonano test palpacyjny. Wobec 3,9% badanych wykonano badanie termograficzne, a tylko u jednej osoby - elastografię. U żadnego z respondentów nie przeprowadzono badania ultrasonograficznego.

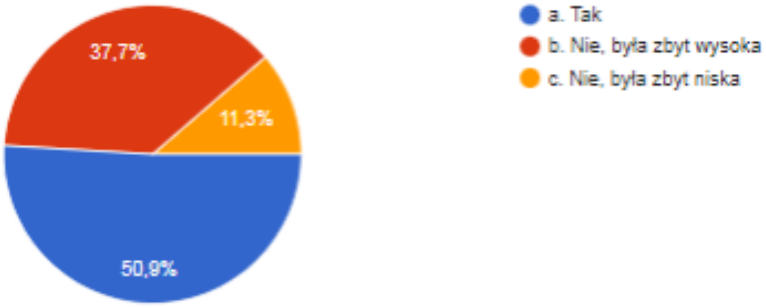
Rycina 21. Graficzna prezentacja badań wykonanych przed zabiegiem redukującym cellulit wśród respondentów

Wykazano również, czy zabiegi redukujące cellulit zostały wykonane w jednym gabinecie kosmetycznym. Ponad jedna czwarta respondentów (78,2%) udzieliła odpowiedzi twierdzącej. Pozostałe osoby biorące udział w badaniu udzieliły natomiast odpowiedzi przeczącej.



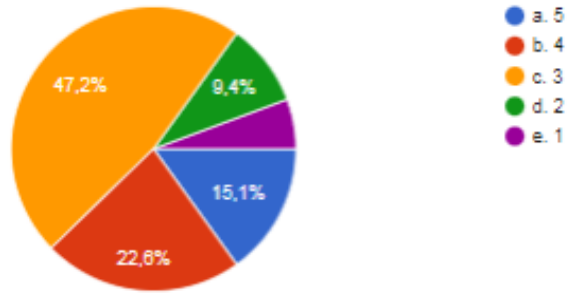
Rycina 22. Graficzna prezentacja wykonalności zabiegów redukujących cellulit w jednym gabinecie kosmetycznym

Zanalizowano informacje, czy cena zabiegów redukujących cellulit była odpowiednia w stosunku do osiągniętych rezultatów w opinii badanych. Nieco ponad połowa z nich uznała, że cena ta była właściwa, a 37,7% respondentów wskazało, że cena zabiegu była zbyt wysoka i dla 11,3% respondentów była zbyt niska.



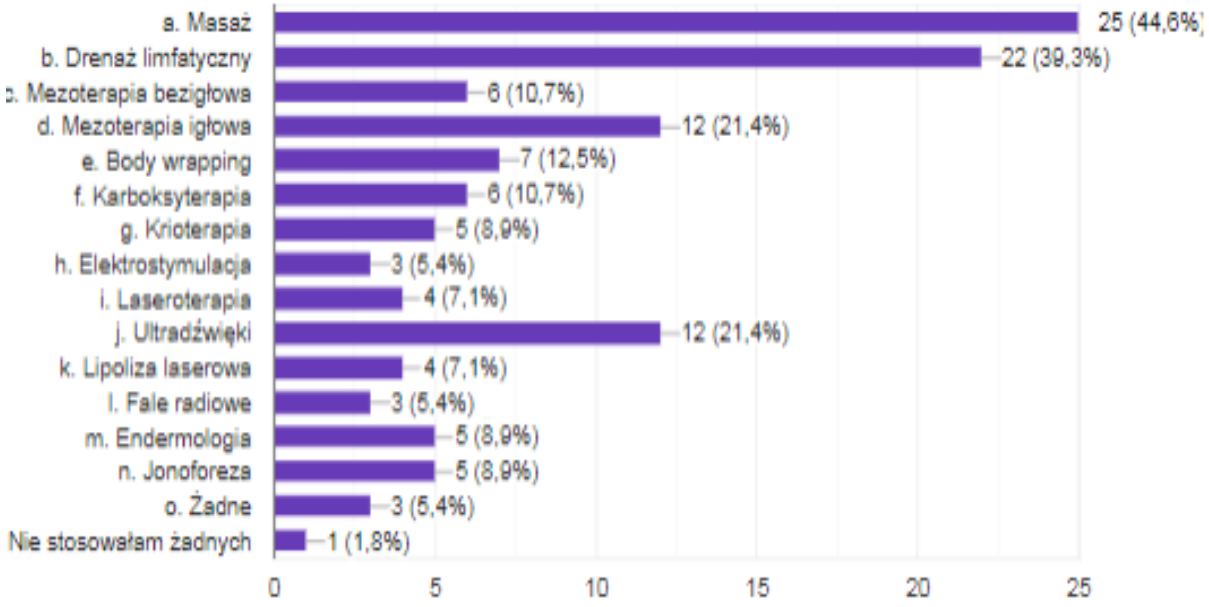
Rycina 23. Graficzna prezentacja stosunku ceny do skuteczności zabiegów redukujących cellulit w opinii respondentów

Dokonano oceny, w jakim stopniu badani poleciliby zabiegi redukujące cellulit, którym się poddali, innym. Jedynie 15,1% badanych zdecydowanie poleciłoby te zabiegi. Z kolei 5,7% badanych zdecydowanie by ich nie poleciła. Osoby, które raczej poleciłyby takie zabiegi stanowiły 22,6% badanych. Najwięcej osób (czyli 47,2% respondentów) ani by poleciły, ani by nie poleciły tych zabiegów.



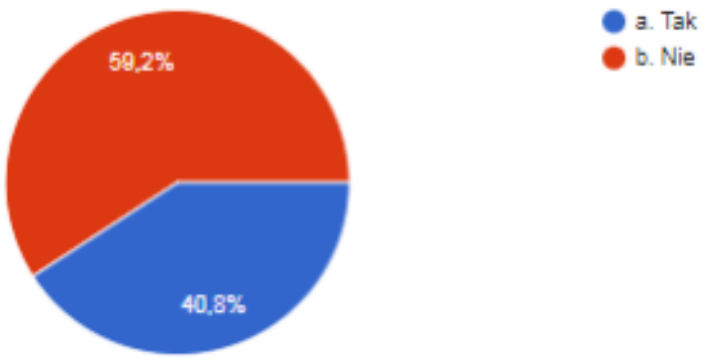
Rycina 24. Graficzna prezentacja stopnia polecenia zabiegów, którym poddali się respondenci

Sprawdzono, jakie zabiegi badani poleciliby innym. Wśród najbardziej polecanych znalazł się masaż (44,6%) oraz drenaż limfatyczny (39,3%). Do średnio polecanych należała mezoterapia igłową i ultradźwięki (po 21,4%). Z kolei do najrzadziej wybieranych odpowiedzi należy zaliczyć body wrapping, mezoterapię bezigłową, karboksyterapię, krioterapię, endermologię, jonoforezę, laseroterapię, lipolizę laserową, elektrostymulację i fale radiowe. Spośród badanych 5,4% nie chciało polecić żadnego z zabiegów, a jedna osoba określiła, że nie stosowała żadnych z tych zabiegów.



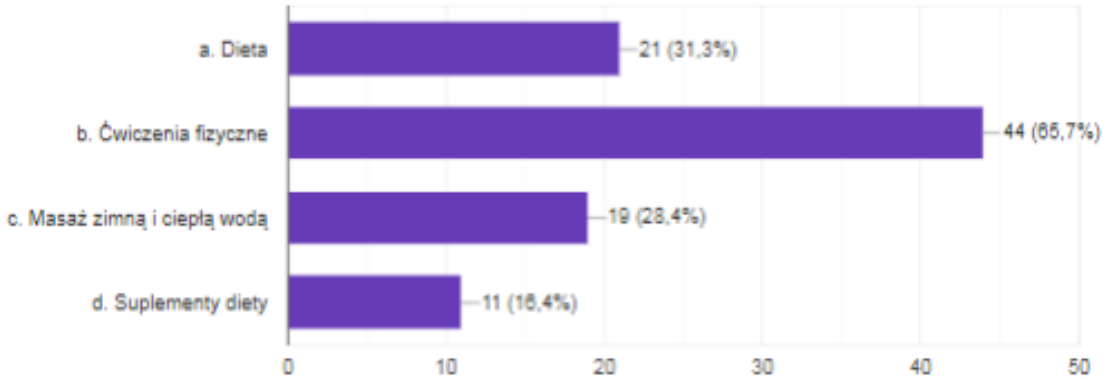
Rycina 25. Graficzna prezentacja najbardziej polecanych zabiegów redukujących cellulit w opinii badanych

Sprawdzono, czy ankietowani stosowali balsamy antycellulitowe. Nie stosowało balsamów 59,2%, natomiast pozostałe osoby biorące udział w badaniu stosowały balsamy antycellulitowe.



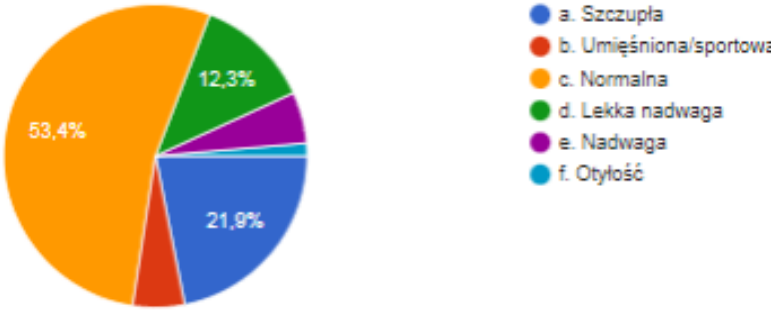
Rycina 26. Graficzna prezentacja stosowania balsamów antycellulitowych przez respondentów

Sprawdzono także, czy stosowano domowe sposoby walki z cellulitem. Najczęściej wybieraną metodą w opinii badanych były ćwiczenia fizyczne, na które wskazało 65,7% osób, zaś stosowało diety - 31,3% i masaż ciepłą i zimną wodą - 28,4%. Najrzadziej badani korzystali z suplementów diety, na które wskazało 16,4% respondentów.



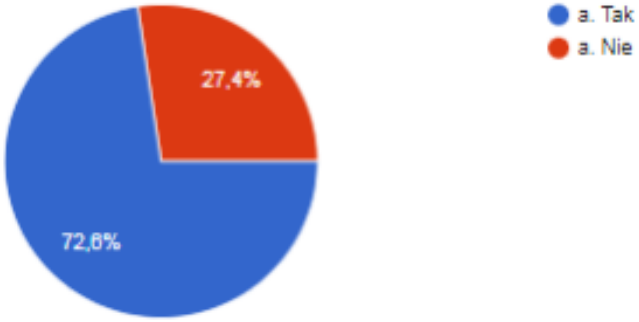
Rycina 27. Graficzna prezentacja stosowania domowych sposobów walki z cellulitem

Zasięgnięto opinii na temat budowy ciała badanych. Ponad połowa respondentów uznała, że ich budowa ciała jest normalna, a ponad co piąta osoba wskazała, że ma szczupłą budowę ciała. Tylko 12,3% respondentów określiło, że ma lekką nadwagę, a osób umięśnionych i posiadających nadwagę było tyle samo. Najmniejszą grupę osób stanowiły osoby otyłe.



Rycina 28. Graficzna prezentacja budowy ciała badanych

Sprawdzono, czy cellulit występował u osób z rodziny badanych. Zdecydowana większość z nich potwierdziła, że zauważyła cellulit u kogoś z rodziny (72,6%). Odmiennego zdania byli pozostali respondenci.



Rycina 29. Graficzna prezentacja występowania cellulitu u osób z rodziny badanych

Dyskusja

Porównywalne badania w zakresie oceny skuteczności zabiegów redukujących cellulit zostały przeprowadzone przez Grzeszczuk oraz Garasińską-Pryciak w 2015 roku na mniejszej liczbie respondentów (n=30) w podobnych grupach wiekowych. Również struktura dotycząca budowy ciała prezentowała się podobnie, ponieważ w przeważających grupach badane wskazywało lekką nadwagę lub prawidłową (normalną) budowę ciała. Również znacznie mniej było respondentów z nadwagą czy otyłością [33].

W badaniach przeprowadzonych w niniejszej pracy zdecydowanie większy odsetek respondentów miało bardziej aktywny tryb życia - chociażby poprzez posiadanie pracy, w której naprzemiennie występowała aktywność fizyczna z realizacją obowiązków służbowych w pozycji siedzącej. Wśród respondentów w przypadku obu badań cellulit najczęściej występował w obszarze ud oraz pośladów. Podobnie, zdecydowanie rzadziej badani wskazywali inne części ciała jak brzuch czy ramiona objęte cellulitem. Tak samo zdecydowana

większość osób biorących udział w obu badaniach wskazała, że zauważyła u siebie pierwszy etap cellulitu (w badaniach przeprowadzonych przez Grzeszczuk oraz Garasińską-Pryciak stanowili oni 70%). W przypadku obu badań wśród zabiegów redukujących cellulit najczęściej wskazywano masaż, równie często - body wrapping. W badaniach Grzeszczuk oraz Garasińską-Pryciak wśród odpowiedzi ani razu nie pojawił się drenaż limfatyczny, a pozostałe metody były wskazywane przez maksymalnie dwie osoby biorące udział w badaniu [33].

W badaniach przeprowadzonych przez Grzeszczuk oraz Garasińską-Pryciak wśród odpowiedzi dotyczących liczby zabiegów, po których zauważalne są rezultaty pojawiły się odpowiedzi wymieniające znacznie większą liczbę zabiegów - 10 lub 15. Najczęściej respondenci zauważali efekty po 10 lub 15 zabiegach (po 34,8% badanych). Dużo mniej osób dostrzegało efekty po 6 zabiegach, a prawie co piąty z nich rezultatów nie zauważył [33].

W badaniach przeprowadzonych przez Grzeszczuk oraz Garasińską-Pryciak o 10% więcej badanych wskazało, że cena zabiegu była adekwatna do rezultatów. Pozostałe osoby stwierdziły, że była ona nieodpowiednia [33].

W przypadku badań Grzeszczuk oraz Garasińską-Pryciak najczęściej stosowanymi metodami domowymi była odpowiednia dieta i preparaty antycellulitowe oraz zalecano picie dużej ilości wody. W mniejszym stopniu wykorzystywano ćwiczenia oraz naprzemienne ciepłe i zimne natryski. Należy jednak wskazać, że jest to cecha względna, która dla każdego człowieka może oznaczać zupełnie różną wartość, dlatego w niniejszych badaniach pytanie to pojawiło się w formie dokładnego zapytania o konkretną ilość wody wypijanej każdego dnia [33].

W badaniach Grzeszczuk i Garasińskiej-Pryciak określono chęć ponownego skorzystania z zabiegów redukujących cellulit. Ponad połowa (52,8%) badanych wskazała, iż nie jest w stanie określić, jaką decyzję podejmie w przyszłości, a 26% respondentów miała zamiar z takich zabiegów skorzystać ponownie. Podobnie, jak w badaniach Grzeszczuk i Garasińską-Pryciak określono, iż największy udział mają ci badani, którzy nie są zdecydowani co do chęci lub całkowitej niechęci polecania takich zabiegów innym (co również może wpływać na ponowną chęć samodzielnego skorzystania z takich usług). W przypadku badań przeprowadzonych w niniejszym artykule - o 11% mniej respondentów była zdecydowanie gotowa polecać zabiegi redukujące cellulit innym. Podobna ilość respondentów w przypadku obu pytań deklaruje odpowiednio niechęć do ponownego skorzystania z zabiegów redukujących cellulit lub zdecydowanie nie chcieli angażować się w polecanie ich innym [33].

W badaniach Skiby, Urbańskiej, Kusy i Nowaka wykazano, że 66,67% respondentek korzystała z kosmetyków antycellulitowych. Podobny wynik uzyskano w niniejszych badaniach, ponieważ blisko 60% badanych odpowiedziało, że używało balsamów antycellulitowych [34].

Badania przeprowadzone przez Wróblewskiego dowiodły, że skuteczność zabiegów jest zależna od ich częstotliwości oraz rodzaju zabiegu. Dodatkowo czynnikami, które wpływały na występowanie cellulitu była właściwa dieta i aktywność fizyczna [35].

W niniejszych badaniach wykazano również związek pomiędzy aktywnością fizyczną respondentów oraz stosowaniem odpowiedniej diety. Okazało się bowiem, że u osób, które się odpowiednio odżywiały i były aktywne fizycznie - rzadziej występował 2 lub 3 stopień cellulitu. W badaniach przeprowadzonych przez J. Wróblewskiego wskazano także, że osoby stosujące tylko jeden z zabiegów redukujących cellulit - nudzą się po kilku powtórzeniach. To z kolei wyjaśniałoby, dlaczego w niniejszych badaniach, tak duża część ankietowanych rezygnuje, mimo zastosowania większej liczby zabiegów. Należy wskazać, że rezygnacja po większej liczbie zabiegów (więcej niż 2) w niniejszych badaniach wystąpiła u nieco ponad połowy badanych.

Wnioski

1. Zdecydowanie wyższy udział kobiet niż mężczyzn w przeprowadzonym badaniu wynikał z tego, że mężczyźni rzadziej narażeni są na cellulit.
2. W przeważającej części cellulit nie wpływał na samopoczucie respondentów lub jego występowanie było dla nich obojętne.
3. Na powstawanie cellulitu miał wpływ styl życia i sposób odżywiania się oraz nawadniania organizmu i aktywność fizyczna.
4. Codzienny stres, który stwierdzono u ponad połowy respondentów, był także odpowiedzialny za powstawanie cellulitu.
5. W przypadku większości badanych cellulit nie był zaawansowany, pozostał na pierwszym etapie, co miało związek z uprawianą aktywnością fizyczną, zdrowym odżywianiem się, niewielkim zainteresowaniem nałogami czy rodzajem wykonywanej pracy.
6. Badani nosili zbyt obcisłe ubrania, co jest czynnikiem sprzyjającym tworzeniu się cellulitu.

7. Badani - po różnej ilości stosowanych zabiegów - nie zauważyli oczekiwanych efektów i zrezygnowali z dalszego korzystania z tego rodzaju działań.
8. Wśród osób, które nie dostrzegły rezultatów zabiegów po przynajmniej 3 zabiegach dominowały osoby, które uznały, że cena zabiegu była zbyt wysoka.
9. Wskazano, że ankietowani, we własnym zakresie starali się walczyć z cellulitem. poprzez regularne ćwiczenia fizyczne, masaże naprzemienne zimną i ciepłą wodą, stosowanie właściwej diety czy balsamów antycellulitowych.
10. Wykazano, że zastosowanie odpowiednio dobranych zabiegów pozwoliło na zredukowanie cellulitu.

Piśmiennictwo

1. Majewska E., Kowalewska B.: Wiedza społeczeństwa na temat przyczyn powstawania i metod zwalczania cellulitu. Zeszyty Naukowe. Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży 2017; 72: 6-11.
2. Tomaszewicz V., Zalewski P., Klawe J. J. i wsp.: Nieinwazyjna ocena struktury tkanek skóry oraz analiza składu ciała osób z rozpoznaniem zmian cellulitowych – analiza przypadku. Acta Bio-Optica et Informatica Medica 2012; 4: 341-342.
3. Nowicka D.: Dermatologia. Podręcznik dla studentów kosmetologii. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2020.
4. Szczepańska P., Zakrzewski L., Michalska A. i wsp.: Przyczyny występowania cellulitu. Kosmetologia 2020; 12: 687-690.
5. Marwicka J., Niemyska K., Cieślicka O.: Cellulit. Przegląd zabiegów kosmetycznych. Kosmetologia Estetyczna 2015; 3(301): 14-19.
6. Padlewska K.: Opis wybranych najczęstszych zmian i chorób skóry. PZWL, Warszawa 2014.
7. Frandofert M., Goździalska A., Jaśkiewicz J.: Lipodystrofia jako problem czasów współczesnych. Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2013.
8. Marwicka J., Niemyska K., Cieślicka O.: Cellulit. Przegląd zabiegów kosmetycznych. Kosmetologia Estetyczna 2015; 3(4): 301 – 308.
9. Wasiluk M.: Problemy terapeutyczne. PZWL, Warszawa 2016.
10. Janda K., Tomikowska A.: Cellulit – przyczyny, profilaktyka, leczenie. Annales Academiae Medicae Stetinensis 2014; 1(60): 29–38.

11. Janda K., Tomikowska A.: Cellulit – przyczyny, profilaktyka, leczenie. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie 2014; 60: 30-33.
12. Bojarowicz H., Rucińska M., Krysiński J.: Kosmetyki redukujące cellulit. Problemy Higieny i Epidemiologii 2016; 97: 291-297.
13. Klimowicz A., Zielonka J., Turek M. i wsp.: Substancje pochodzenia naturalnego stosowane w terapii cellulitu. Postępy Fitoterapii 2015; 2: 96- 99.
14. Dylewska-Grzelakowska J.: Zabiegi pielęgnacyjne ciała – kwalifikacja. Centrum Rozwoju Edukacji EDICON sp. z o.o., Warszawa 2013.
15. Nowicka-Zuchowska A., Zuchowski A.: Kolagen – rola w organizmie i skutki niedoboru. Lek w Polsce 2019; 11: 8-9.
16. Bojarska-Hurnik S.: Lipodystrofia – przyczyny i możliwości terapeutyczne. Kosmetologia Estetyczna 2019; 5: 623-624.
17. Podgórska E.: Cellulit naprawdę pod kontrolą. Medycyna Estetyczna i Anti-Aging 2017; 2: 53-56.
18. Grzeszczuk M., Garasińska-Pryciak E.: Etiologia, obraz kliniczny oraz diagnostyka cellulitu. Kosmetologia Estetyczna 2015; 5: 490-498.
19. Kononowicz W.: Tkanka podskórna. Charakterystyka oraz metody niwelowania i zastosowania tkanki tłuszczowej w kosmetologii i medycynie estetycznej. Aesthetic Cosmetology and Medicine 2020; 4: 356-357.
20. Matysek-Nawrocka M., Bernat M., Krasowska D. i wsp.: Współczesne zabiegi kosmetyczne i medyczne w redukcji cellulitu. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2017; 2(51): 66-69.
21. Rumsicka J.: Cellulit i tkanka tłuszczowa z urządzeniem BIOTEB. Kosmetologia Estetyczna 2015; 4: 373-375.
22. Goliszewska A., Gromek M., Padlewska K. i wsp.: Kosmetologia pielęgnacyjna. Wydawnictwa Wyższej Szkoły Zawodowej Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia, Warszawa 2012.
23. Przewłocka-Gągała M.: Zastosowanie masażu w lipodystrofii. Rehabilitacja w Praktyce 2016; 3: 102-105.
24. Gałązka M., Galęba A., Nurein H.: Cellulit jako problem medyczny i estetyczny – etiopatogeneza, objawy, diagnostyka i leczenie. Hygeia Public Helath 2014; 49(3): 425–430.
25. Petk M.: Walka z cellulitem, pomarańczową zmorą. Beauty Forum Polska 2012; 9(2): 26-29.

26. Kępa A.: Cellulit - problem z pogranicza medycyny i kosmetologii. Kosmetologia Estetyczna 2014; 2: 310-314.
27. Białek-Galas K.: Masaż próżniowy w zabiegach łączonych. Beauty Inspiration 2018; 1-2: 67-68.
28. Lach E.: Reduction of subcutaneous fat and improvement in cellulite appearance by dual-wavelength, low-level laser energy combined with vacuum and massage. Journal of Cosmetic and Laser Therapy 2012; 10: 23-25.
29. Przylipiak A.: Podstawy medycyny estetycznej. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2014.
30. Borowicz A. M.: Kinesiotaping w kosmetologii u osób po 65 roku życia. Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii im. prof. K. Milanowskiej w Poznaniu, Poznań 2019.
31. Sicińska A.: Zastosowanie mezoterapii w celu poprawy estetyki twarzy, ze szczególnym uwzględnieniem komórek macierzystych. Kosmetologia Estetyczna 2015; 4: 341-345.
32. Kurczaba I. (red.): Lipothermic System-hybrydowe urządzenie nie tylko do modelowania sylwetki. Les Nouvelles Esthétiques 2012; 3: 11-15.
33. Grzeszczuk M., Garasińska-Pryciak E.: Subiektywna ocena stopnia zadowolenia klientów z efektów wybranych zabiegów antycellulitowych. Kosmetologia Estetyczna 2016; 1: 108-111.
34. Skiba M., Urbańska M., Kus K. i wsp.: Ocena skuteczności i kosztów terapii antycellulitowej przeprowadzonej w gabinecie kosmetycznym. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2018; 3: 326-329.
35. Wróblewski J.: Pogromcy cellulitu. Naturoterapia 2017; 4: 55-61.

Wiedza klientów gabinetów kosmetycznych na temat błędów w pielęgnacji skóry twarzy

Kamila Kur[1], Beata Jankowska[2]

1. Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Kosmetologia Akademii Nauk Stosowanych w Łomży
2. Katedra Kosmetologii Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Nauk Stosowanych w Łomży

Wstęp

Skóra to największy, zewnętrzny narząd naszego organizmu, który stanowi barierę ochronną dla substancji chemicznych, drobnoustrojów występujących w naszym środowisku. Jej higiena i odpowiednia pielęgnacja tworzy integralną część zdrowego stylu życia i sprzyja zachowaniu zdrowia fizycznego oraz psychicznego. Pozytywnie wpływa na samoocenę zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Pełni funkcję wizytówki człowieka mając wpływ na jego atrakcyjność. Każdy rodzaj skóry twarzy posiada indywidualne zasady pielęgnacji i higieny. Jednak aby w minimalnym stopniu zapewnić jej zdrowy wygląd i kondycję, należy zapewnić skórze optymalny poziom nawilżenia, chronić przed działaniem promieniowania ultrafioletowego, dostarczać składniki stymulujące skórę do produkcji kolagenu oraz zapewnić systematyczną ochronę, odżywienie i regenerację przy pomocy odpowiednio dobranych kosmetyków czy zabiegów kosmetycznych. Brak dostatecznej wiedzy na temat rodzaju posiadanej skóry, brak odpowiedniej pielęgnacji - skutkuje zaburzeniem w jej prawidłowym funkcjonowaniu. Naturalna warstwa ochronna ulegnie osłabieniu, co doprowadzi do jej uwrażliwienia. Skóra staje się podatna na infekcje i choroby skórne. Może również przyspieszyć jej proces starzenia się. Dodatkowo, współczesny klient często ma problem z doborem odpowiednich środków pielęgnacji swojej skóry, wynikający z niedostatecznej wiedzy na jej temat.

Współczesna świadomość kosmetyczna pomaga kobietom i mężczyznom zapewnić zdrowy wygląd skóry twarzy, opóźnić proces starzenia się, jednak jest to proces indywidualny, naturalny i nieunikniony. W obecnych czasach twarz stała się kluczowym elementem pielęgnacji. Jej idealny wygląd kreowany jest w mediach społecznościowych, telewizji ale również w życiu codziennym. Tym samym konsumenci coraz częściej decydują się na różnego rodzaju zabiegi kosmetyczne, pielęgnacje domowe, które mają za zadanie w jak największym stopniu dorównać powszechnym ideałom piękna.

Funkcje skóry

Wygląd twarzy człowieka to jeden z podstawowych czynników umożliwiających rozpoznanie znajomych osobników naszego gatunku, dlatego skóra obok funkcji biologicznych pełni funkcję psychospołeczną. Często warunkuje efektywność estetyczną, a jej kondycja w dużej mierze zależy od stanu zdrowia i wieku człowieka. Twarz ulega zmianie, gdyż podlega stanom emocjonalnym: mimika, wstyd, złość (najczęściej powoduje zaczerwienienie twarzy), wzruszenie, radość czy smutek. Dlatego znacznie wpływa na poczucie naszej atrakcyjności [1].

Czynniki negatywnie wpływające na skórę

Promieniowanie UV to jeden z czynników powodujących stan zapalny w skórze. Jego biologiczne oddziaływanie na skórę uzależnione jest od natężenia, czasu ekspozycji oraz długości fali. Negatywne działanie promieniowania UV na poziomie komórkowym zachodzi nawet po kilku godzinach od zaprzestania ekspozycji na słońce, a wydzielanie melaniny w skórze pod wpływem promieniowania świadczy o reakcji obronnej na jego szkodliwe działanie [2].

W momencie dużej ekspozycji promieniowania UV na skórę, dochodzi do nadprodukcji wolnych rodników w skórze. Te z kolei wywołują stres oksydacyjny, co prowadzi do uszkodzeń w strukturze komórkowego DNA [3].

Pod wpływem promieniowania UVA skóra właściwa a nawet tkanka podskórna, ulega uszkodzeniu włókien kolagenowych i sprężystych, co skutkuje spadkiem elastyczności skóry, pojawiają się zmarszczki. Promieniowanie UVB ma silne właściwości rumieniotwórcze, które może doprowadzić do oparzenia słonecznego. Dzieje się to za sprawą przenikania promieniowania przez naskórek do komórek warstwy podstawnej [3].

Negatywne skutki działania na skórę powodują zarówno sztuczne promieniowania UV (świetlówki, lampy rtęciowe) oraz naturalne promieniowanie słoneczne. Dochodzi przy tym do upośledzenia działania komórek skóry (komórek immunokompetentnych). Z kolei zewnętrzne

skutki działania promieni UV przejawiają się poprzez poparzenia słoneczne, przedwczesne starzenie, nadmierna suchość, fotodermatozy. Coraz częstsze i najbardziej niebezpieczne dla skóry zagrożenia wynikające ze szkodliwego działania promieni UV objawiają się zmianami nowotworowymi i przednowotworowymi, a ich rokowania zależą głównie od momentu wykrycia stanu chorobowego. Najgroźniejszym z nich jest czerniak złośliwy [1].

U osób palących oraz biernych palaczy zachodzą zmiany biochemiczne, morfologiczne i fizyczne w organizmie, które również mają negatywny wpływ na skórę. Tym najbardziej szkodliwym czynnikiem jest nikotyna. Na skutek palenia, skóra jest niedostatecznie nawodniona, traci swoją jędrność, tlen, który jest niezbędny dla funkcjonowania komórek. Skóra przybiera szary, ziemisty odcień, sprawia wrażenie zmęczonej. Skóra narażona jest na przebarwienia, zmarszczki, głównie w okolicach oczu i ust. Z czasem stają się one głębsze i niemożliwe do zniwelowania. Skóra palacza pozbawiona jest witamin antyutleniających A,C i E, które odpowiadają za elastyczność i regenerację skóry. Udowodniono, że osoby aktywnie palące papierosy, cierpią z powodu łuszczycy, a dym tytoniowy, zawierający zdolności komedogenne, wpływa na powstanie trądziku [4].

Coraz większy problem dla społeczeństwa stanowi wysoki poziom zanieczyszczenia powietrza, co skutkuje częstym występowaniem schorzeń skórnych - trądziku, szybkim starzeniem się czy nowotworem skóry. W skład zanieczyszczeń wchodzą produkty naturalne oraz antropogenne (tlenki węgla, azotu, dym tytoniowy, azotu, siarki czy lotne związki organiczne). Najczęściej, skutkiem funkcjonowania w takim środowisku jest zapadalność w autoimmunologiczne i alergiczne choroby, m.in. atopowe zapalenie skóry [4].

Skóra człowieka stanowi barierę dla wszystkich czynników ze środowiska zewnętrznego. Funkcjonowanie w zanieczyszczonym środowisku zaburza całą homeostazę procesów, jakie zachodzą w skórze, które są następstwem wielu powikłań [4].

Czynniki wpływające na starzenie się skóry

Proces starzenia się skóry to cykl naturalny i długotrwały, a rozpoczyna się już około 25-30 roku życia i jest uzależniony głównie od genetycznych cech organizmu. Innymi, równie ważnymi czynnikami są: dieta, tryb życia czy negatywne czynniki środowiskowe, takie jak dym tytoniowy, zanieczyszczenie środowiska i promieniowanie ultrafioletowe [3].

Niski poziom hormonów: estrogenu i progesteronu prowadzi do szybszego procesu starzenia się skóry. Największy spadek stężenia tych dwóch hormonów uwidacznia się w okresie menopauzy, a proces starzenia staje się coraz bardziej widoczny. W obrębie naskórka dochodzi do spłaszczenia połączeń skórno - naskórkowych, zaburzeń wymiany składników

między skórą właściwą a naskórkiem. Na skutek tych zmian uszkodzeniu ulega bariera ochronna skóry, tworzonej przez naskórek, przez co skóra traci wodę. Nawodnienie skóry, zmniejszona elastyczność, obniżona odporność skóry na czynniki mechaniczne są następstwem zanikania naczyń krwionośnych włosowatych, spadkiem liczby fibroblastów i proteoglikanów, a także nieprawidłowości włókien kolagenowych i sprężystych [2].

Starzenie się skóry przejawia się najczęściej jej wysuszeniem, co wiąże się z utratą elastyczności. Początkowo, tylko szczegółowe badanie wykaże najbardziej delikatne zmarszczki i rozluźnienie skóry. Z czasem wysuszenie nasila się, powodując szorstkość, matowość a następnie złuszczanie naskórka. Zmarszczki stają się głębsze i coraz bardziej widoczne. Z czasem zaczynają pojawiać się zmiany skórne: naczyniaki starcze, punkty rubinowe czy brodawki łojotokowe. W okolicach twarzy i wierzchu dłoni obserwuje się zaburzenia barwnikowe czy plamice starczą [5].

Objawami starzenia się w obrębie skóry właściwej są zmiany biochemiczne i histologiczne, bowiem zmniejsza się liczba fibroblastów co skutkuje spadkiem zużycia tlenu i poziomu energii międzykomórkowej (ATP). To prowadzi do pogorszenia syntezy białek ze znacznym upadkiem zdolności przechodzenia do wnętrza komórki. Rozrzedzeniu ulegają włókna elastyczne, a niekiedy dochodzi do ich zanikania w warstwie brodawkowej skóry. Żel proteglikanowy zawarty w skórze zmienia się ilościowo i jakościowo (skóra traci kwas hialuronowy i siarczan dermatanu), co prowadzi do zmniejszenia zdolności wiązania wody [3]. Na proces starzenia się skóry ma wpływ zarówno gospodarka hormonalna jak również układ nerwowy. Wraz z wiekiem zmniejszeniu ulega aktywność wydzielnicza przysadki mózgowej oraz innych gruczołów, odpowiedzialnych za wydzielanie dokrewne. Innymi czynnikami wpływającymi na starzenie się skóry są m.in. choroby, niewłaściwa dieta, brak ruchu czy urazy [5].

Rodzaje cery

Zbiorem cech charakteryzujących dany typ skóry jest cera. Można wyodrębnić rozliczne typy cery, do podstawowych zaliczamy normalną, suchą, tłustą i mieszaną. Każdy typ cery ma oddzielne potrzeby do pielęgnacji [6].

- Skóra sucha - może występować nie tylko na twarzy, ale i na całej powierzchni ciała.

Suchość skóry nabyta dotyczy coraz większej liczby osób i jest spowodowana różnymi czynnikami zewnętrznymi oraz wewnętrznymi: nieprawidłowa dieta, warunki klimatyczne (wiatr, zimno, nadmierne ogrzewanie), nieodpowiednia pielęgnacja, czynniki genetyczne, nadmierna ekspozycja na słońce. Dodatkowo, pod wpływem niektórych chorób narządów

wewnętrznych (niedoczynność tarczycy, cukrzyca, nowotwory) może dojść do nasilenia suchości skóry. Cechami charakterystycznymi dla cery suchej są szorstkość, chropowatość, skóra jest cienka, łuszcząca się, pokryta jest drobnymi zmarszczkami. Poziom suchości skóry uzależniony jest od wieku - osoby starsze mają tendencję do podrażniania skóry (jest delikatna). Za przesuszanie się skóry odpowiedzialna jest nieprawidłowa spójność korneocytów, co skutkuje nadmierną utratą wody. Dochodzi do zmian lipidowych naskórka i braku naturalnego czynnika nawilżającego. Aby rozpoznać skórę suchą, należy przyłożyć bibułkę w okolicach czoła lub policzków - można obserwuje się brak wchłaniania łoju lub wystarczy sam dotyk lub wygląd skóry [3, 7].

- Skóra tłusta - łojotokowa występuje głównie na twarzy, owłosionej skórze głowy, górnej części pleców i klatce piersiowej. Najczęściej towarzyszą jej choroby skórne: trądzik, łojotokowe zapalenie skóry, łupież, łysienie. Podłożem skóry tłustej jest nadmierne wydzielanie łoju, które zależy od regulacji hormonalnej bądź nasilać się może pod wpływem czynników drażniących. Pierwsze zmiany widoczne są w okresie dojrzewania i mogą trwać do wieku dorosłego. U osób posiadających skórę tłustą występuje zwiększona ilość bakterii, które gromadzą się w okolicach ujść mieszków włosowych. Skóra tłusta jest gruba, mniej skłonna do podrażnień. Charakteryzuje się błyszczącym wyglądem i rozszerzonymi ujściami gruczołów łojowych. Skóra podatna jest na zmarszczki i dosyć widoczne zaskórniki [3, 7].
- Skóra mieszana - normalna charakteryzuje się przetłuszczaniem w części środkowej, oraz suchością w częściach bocznych. Rodzaj tej cery podatny jest uczuleniom na środki chemiczne i fizyczne. Skóra mieszana dysponuje cechami cery suchej oraz tłustej. Osoby posiadające taki typ cery najczęściej używają kosmetyków przeznaczonych do skóry tłustej. Centralne części twarzy bardziej wyróżniają się od przesuszonych policzków i są one przesadnie błyszczące przez co mają rozszerzone ujścia mieszków włosowych [3, 7, 8].
- Skóra normalna - jest elastyczna i gładka, jędrna, ale bez napięcia. Jako bariera ochronna przeciwko bakteriom, wysuszeniu i szkodliwym substancjom ze środowiska, służy jej nienaruszony kwaśny płaszcz ochronny a jego zawartość pH mieści się między 5,4 - 5,9 w okolicach warstwy hydrolipidowej i rogowej. Cera normalna nie jest podatna na zanieczyszczenia i jest dobrze ukrwiona. Wyróżnia się tym, że jest równomiernie przezroczysta, jedwabista, niewrażliwa oraz nie ma na niej tłustego połysku. Celem utrzymania takiej cery jest opóźnienie procesów starzenia, utrzymanie funkcji skóry i ciągłe zabezpieczanie jej bariery ochronnej [9].

- Skóra dojrzała - podlegająca łatwo wpływom dziedziczności oraz ekspozycji na słońce, powodujące przyspieszenie procesów degradacji poprzez wyzwalanie wolnych rodników. Charakterystycznymi cechami tego rodzaju skóry jest szorstki, zwiotczały wygląd, utrata elastyczności i zgrubienia warstwy rogowej z powodu braku złuszczenia. Skóra dojrzała narażona jest na nadmierne rogowacenie głównie na piętach, kolanach i łokciach [3].
- Skóra wrażliwa – łatwo ulega podrażnieniom nawet pod wpływem wody. Powoduje uczucie sciągania, kłucia i jest podatna na alergie. Delikatna, sucha skóra jest wynikiem zwiększonej przepuszczalności skóry połączonej z zaburzeniami krążenia, staje się bardziej wrażliwa na bodźce zewnętrzne. Łatwo dochodzi w niej do uwalniania mediatorów zapalnych. Na skórę wrażliwą mają wpływ czynniki zewnętrzne: zimno, ciepło, dieta, styl życia, używki, a nawet stres. Uszkodzeniom skóry sprzyjają czynniki hormonalne zależne od cyklu miesiączkowego [3, 7].
- Skóra atopowa – zasadniczo oznacza przewlekłe i nawrotowe schorzenie. Objawia się uporczywym świądem oraz zmianami zapalnymi w postaci wyprysków. Na wystąpienie objawów mają wpływ czynniki genetyczne oraz środowiskowe. Skóra atopowa jest sucha i wrażliwa na działanie zewnętrznych czynników drażniących. Dodatkowo, u chorych na atopowe zapalenie skóry dochodzi do uwalniania histaminy, przez co rozszerzają się naczynia włosowate i przedwłosowate, powiększa się ich przepuszczalność oraz występuje świąd, obrzęk a także rumień [10].
- Skóra naczyniowa - występująca głównie u osób dorosłych. Charakterystycznymi objawami są pojedyncze, rozszerzone naczynka powodujące najczęściej rumień na twarzy. Są one następstwem trwale rozszerzonych powierzchownych naczyń włosowatych splotu podbrodawkowatego, które przeświecają przez naskórek - *teleangiektazje.* Ich występowanie wzrasta wraz z wiekiem. Szczególnie narażone są osoby o cienkiej, delikatnej i suchej skórze. Skórę naczyniową klasyfikuje się jako suchą lub mieszaną, rzadziej jako łojotokową lub normalną. Na występowanie skóry naczyniowej mają wpływ czynniki genetyczne (nadmierna reaktywność naczyń krwionośnych), zaburzenia hormonalne (ciąża, przekwitanie, nieregularne miesiączki), choroby tętnicze bądź zaburzenia żołądkowo- jelitowe. Czynniki zewnątrzpochodne przyczyniające się do nasilenia występowania naczyń: promieniowanie UV, suche powietrze klimatyzacja, używki, stres, ostre przyprawy, przegrzanie organizmu (korzystanie z sauny), intensywne ćwiczenia fizyczne oraz składniki produktów pielęgnacyjnych, zawierające alkohol etylowy i benzylowy oraz leki (środki antykoncepcyjne, leki na nadciśnienie powodujące rozszerzanie naczyń) [3, 7].

Pielęgnacja

Bez względu na rodzaj skóry, każda potrzebuje prawidłowej pielęgnacji. Od stanu i rodzaju cery zależy, jakimi kosmetykami powinniśmy ją pielęgnować. Skóra określona jest jej budową i nie zmienia się, natomiast aktywność gruczołów łojowych i czynniki zewnętrzne powodują, że stan skóry jest zmienny [9].

- **Pielęgnacja cery tłustej** - zabiegi skierowane są głównie na zminimalizowanie wydzielania łoju przez skórne gruczoły łojowe oraz grubości warstwy rogowej. Pozytywny rezultat przynosi użytkowanie peelingów, chemicznych, mechanicznych i ziołowych. Zarówno używane są również środki do oczyszczania cery tłustej o lekko obojętnym lub kwaśnym odczynie pH, dobieramy kosmetyki łagodząc podrażnienia, oddziałujące bakteriostatycznie, zatrzymujące proces utleniania lipidów sebum, działające keratolitycznie oraz matujące. Aby zastosowane produkty zadziałały, muszą mieć odpowiednie składniki czynne w odpowiednim stężeniu zapewniającym skuteczność poczynania. Produkty służące do mycia cery tłustej powinny zawierać odpowiednie pH zbliżone do naturalnego pH skóry. Pielęgnacja cery tłustej w sferze oczyszczania powinna odnosić się także do pracy eksfoliowania co zezwala na odblokowanie ujść mieszków włosowych aby uniknąć powstawania zaskórników. W pielęgnacji domowej radzi się użycie delikatnych peelingów np. enzymatycznych bądź mechanicznych na podstawie polimerów. Nie należy stosować składników peelingujących takich jak zmielone pestki owoców, gdyż ostre krawędzie kawałków prowadzą do podrażnień cery. Błędami przy pielęgnacji cery tłustej jest pozbycie się nadamiru sebum oraz łoju. Niewłaściwe oczyszczanie cery produktami na bazie wazeliny, alkoholi, olejów mineralnych, większości olejów roślinnych oraz wosku może doprowadzić do pogarszania się stanu skóry. Składniki preparatów mogą spowodować usunięcie wydzieliny lipidowej z naskórka oraz utratę wody. Efektem tego będzie nasilenie wydzielania sebum, a wynikiem stanie się, że skóra zacznie być błyszcząca oraz pojawiać się będzie uczucie ściągania. Używane produkty kosmetyczne powinny uwzględniać działanie tonizujące, matujące oraz antybakteryjne [2, 11, 12].
- **Pielęgnacja cery naczyniowej** - rekomenduje się używanie preparatów zawierających flawonoidy oraz witaminę C, związki przeciwzapalne, łagodzące i stymulujące: witaminę B5 (pantenol), alantoinę, witaminę E oraz witaminę B3 (amid kwasu nikotynowego)**.** Do mycia zaleca się używanie wody letniej, powstrzymanie się od gorących kąpieli całego ciała, nie powinno używać się do mycia mydeł, a jedynie łagodne syndety. Zaleca się używanie mleczek/śmietanek hipoalergicznych na bazie ekstraktów roślinnych: miłorząb japoński, arnika, lukrecja, oczar wirginijski oraz olejek czy woda różana lub woda termalną.

Do wykonania peelingu w domu stosuje się preparaty enzymatyczne. Kosmetyki mają za zadanie chronić przed wpływem czynników atmosferycznych i niesprzyjającym wpływom klimatyzowanych wnętrz i oświetlenia jarzeniowego. Bardzo istotna jest ochrona przed promieniowaniem słonecznym za pomocą produktów, chroniących przed promieniowaniem typu B i A. Kosmetyki ochronne muszą posiadać filtry fizyczne, odbijające promieniowanie słoneczne. Osobom ze skórę wrażliwą zaleca się, stosowanie pod preparaty ochronne kremy, które w składzie posiadają silikony, pozwalające dobrze rozprowadzić produkt i ułatwi jego usunięcie. Należy chronić skórę naczyniową przed wiatrem i mrozem oraz używać ochronnych kremów zimowych, które posiadają składniki okluzyjne: wazelina, olej parafinowy, oleje silikonowe, woski oraz składniki wzmacniające barierę lipidową naskórka: ceramidy, oleje roślinne bogate w kwas gamma-linolenowy i oleje roślinne - bogate w inne nienasycone kwasy tłuszczowe. Zostawiają one cienką powłokę oddzielającą skórę przed szkodliwymi czynnikami zewnętrznymi. Kruchości naczyń krwionośnych zapobiega również witamina C, uczestniczy w syntezie kolagenu i wykazuje działanie antyoksydacyjne. Dzienna pielęgnacja skóry naczyniowej, skupia się na ochronie przed czynnikami zewnętrznymi: wiatr, słońce, klimatyzacja i mróz. W nocy pielęgnacja ma za zadanie odnowienie funkcji bariery, złagodzenia podrażnień. W pielęgnacji domowej cery naczyniowej najważniejszym aspektem jest odstawienie alkoholi, ostrych przypraw, gorących napoi oraz potraw [2, 13, 14, 15, 16].

- **Pielęgnacja cery suchej** - problemem tej cery jest skompensowanie braku wilgoci oraz natłuszczenia. Do pielęgnacji skóry suchej kosmetyki powinny działać tak, aby zwiększały zdolność do wiązania wody jak i umacniały barierę hamującą utratę wody. Preparaty natłuszczające: oleje myjące, kremy myjące czy mleczka, powinno się stosować do codziennego mycia cery - nie przesuszają skóry i nie podrażniają jej. Okłady z wyciągami ziołowymi: kwiatów lipy, róż i lawendy działają orzeźwiająco na cerę suchą. Do podtrzymania warstwy hydrolipidowej zaleca się maskę kremową: z olejem z migdałów, oliwek lub awokado. Do codziennej pielęgnacji nadają się emulsje W/O oraz tłuste kremy O/W. Aby przywrócić równowagę wodną skóry, należy stosować utrzymujący wilgoć mocznik oraz aminokwasy i dostarczać wilgoci do wewnątrz: napary liściaste, naturalne soki owocowo – warzywne i wody mineralne. Natomiast alkohole, czarna herbata czy kawa zwiększają diurezę. Przy pielęgnacji nie należy się opalać na słońcu i w solarium, unikać mrozu, wiatru oraz zadymionych i suchych pomieszczeń. Należy używać substancji, które normują nadmierne przyleganie korneocytów - alfahydroksykwasów, kwasu laktobionowego, który swoimi właściwościami keratolitycznymi i higroskopijnymi, zapewni zwiększenie nawilżenia i regulację złuszczania zrogowaciałego naskórka. Skóra sucha nie toleruje mydeł.

Zasadowy odczyn mydła zmniejsza naturalne pH. W końcowej fazie mycia twarzy, zalecana jest tonizacja, która odnawia naturalne pH, a także orzeźwia cerę [6, 9, 17, 18, 19, 20].

- **Pielęgnacja cery wrażliwej** - niezwykle istotny jest tu prawidłowy dobór kosmetyków. Emulsje pielęgnacyjne muszą łagodnie oddziaływać na skórę i nie mogą posiadać substancji zapachowych oraz dodatków narażających na podrażnienie. Należy ograniczać przebywanie na słońcu i w solarium, w pomieszczeniach o wysokiej temperaturze i niskiej wilgotność jak np. sauny. W kosmetykach cerę wrażliwą najczęściej uczulają barwniki, substancję zapachowe i konserwanty – stosujemy te o działaniu ochronnym, zawierające kwas hialuronowy, filtry mineralne, witaminę E, miłorząb czy chitosan. Powinno się stosować tylko kremy pielęgnacyjne i emulsje W/O, kremy na dzień z filtrem UV. Po lekkich emulsjach myjących – np. mleczko, należy zastosować bezalkoholowy tonik, wodę termalną, która ma działanie kojące i zawiera sole mineralne oraz pierwiastki śladowe, dobrze sprawdzają się też maski ze składnikami z aloesu czy melisy, ponieważ trwale koją cerę. Kosmetyki na noc powinny wzmacniać funkcję bariery naskórka, regenerować skórę, działać kojąco: alantoina czy pantenol i przeciwzapalnie: korzeń prawoślazu, wyciąg z korzenia lukrecji i kwiatu malwy [2, 9, 12, 21].
- **Pielęgnacja cery mieszanej** - jest to bardzo trudna i problematyczna cera. Wymaga postępowania jak przy dwóch rodzajach cer: suchej oraz tłustej. W strefie T należy używać toników ściągających z alkoholem, żeli myjących oraz płynu do demakijażu oczu ubogiego w tłuszcze. Jako krem zalecane są emulsje O/W, peelingi mechaniczne z pestek owoców i maski nawilżające. W strefach bocznych pielęgnacja jak w przypadku cery suchej. Do mycia - delikatne preparaty - kremy myjące lub oleje. W strefie T sprawdzą się peelingi enzymatyczne, a maski natłuszczające oraz nawilżające i olej konopny i arganowy, ponieważ nie zatyka gruczołów łojowych oraz działa leczniczo na suchą skórę. Maski czy koncentraty substancji czynnych muszą pozostać ściśle dobrane do stref twarzy [9, 21, 22, 23].
- **Pielęgnacja cery atopowej –** do pielęgnacji powinno się stosować preparaty, które nie powodują uczulenia oraz podrażnienia. Podstawą jest natłuszczenie, substancje do pielęgnacji - w postaci emulsji. Nie należy stosować kosmetyków o silnym zapachu ziołowym i olejków eterycznych, a w miejscach podrażnienia nie wolno używać mieszanin zawierających alkohol i kwasy. W okresach wiosenno-letnich należy stosować kremy z filtrem UV - co najmniej 30 SPF. Należy używać kosmetyków z jak najprostszym składem, bo wiele substancji może być uczulających oraz podrażniających cerę, a kosmetyki dobierane do pielęgnacji były z jednej i sprawdzonej firmy - toniki tylko bezalkoholowe, delikatne kremy i mleczka myjące, a maski i ampułki muszą być kojąco - nawilżające. Do codziennego stosowania powinno się używać

kremów typu emulsji stałych W/O i emulsje płynne O/W, podtrzymujące fizjologiczne pH skóry. Przy pielęgnacji cery atopowej stosuje się emolienty - o właściwościach natłuszczających i nawilżających, nawet do trzech razy dziennie. Przy atopowym zapaleniu skóry polecana jest witamina C, ponieważ ma właściwości przeciwzapalne oraz łagodzące [24, 25, 26, 27, 28].

- **Pielęgnacja cery normalnej** - w tym przypadku głównym celem pielęgnacji jest opóźnienie procesów starzenia, osłona bariery ochronnej oraz utrzymywanie funkcji skóry. Oczyszczanie cery tylko za pomocą lekko kwaśnych, łagodnych oraz zawierających tłuszcze produktów. Do oczyszczenia cery rano i wieczorem - aby zmniejszyć pory - stosuje się wodę różaną i płyn micelarny, odświeżający. Na dzień używać należy kremu nawilżającego, a na noc lekkiego kremu odżywczego, latem stosowanie kremów z filtrem a zimą - kremów ochronnych. Do mycia cery normalnej skuteczny jest olej z kiełków pszenicy, a do tonizacji - tylko bezalkoholowe toniki. Peelingi powinny być łagodne a maski nawilżające. Należy używać olei i tłuszczy roślinnych: olej z orzechów macadamia, jojoba, karotenowy, olej z wiesiołka i masło Shea. Powinno się używać ekstraktu z kwiatu pomarańczy, orchidei, jałowca i rozmarynu [9, 21].
- **Pielęgnacja cery dojrzałej** – w tym przypadku konieczne jest nawilżenie skóry. Stosowane kremy powinny zapobiegać przeznaskórkowej utracie wody i dostarczać substancji wiążących wodę. Zalecane jest stosowanie kremów tłustych, intensywnie regenerujących i odżywczych - redukujących suchość skóry. Jako remedium na zmarszczki poleca się substancje napinające, wiążące wodę: gliceryna czy kwas hialuronowy. Powinno stosować się płynne i mocno tłuste oleje, toniki ze składnikami kwiatów pomarańczy, miłorzębu i róży, działające kojąco. Kremy do cery dojrzałej powinny zawierać witaminy A, C oraz E i działać chroniąco przed słońcem. Zalecane są maski z olejkami eterycznymi, poprawiające witalność skóry i jej ukrwienie. Najlepsze są oleje z geranium, lawendy, drewna sandałowego oraz z kwiatu róży i pomarańczy. Skóra dojrzała powinna być raz w tygodniu poddawana lekkiemu złuszczaniu przez użycie kuracji ampułkowej lub maski. Tego typu skóra łatwo wchłania substancje rewitalizujące oraz nawilżające [9, 29].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy było:

1. Określenie wiedzy klientów gabinetów kosmetycznych, dotyczącej błędów popełnianych w prawidłowej pielęgnacji różnego typu cery.

2. Określenie, jak często respondenci korzystali z usług pielęgnacyjnych w gabinetach kosmetycznych.
3. Uzyskanie informacji dotyczącej częstotliwości pielęgnacji skóry twarzy przez ankietowanych.
4. Zebranie danych dotyczących źródeł pozyskiwania przez respondentów informacji o prawidłowej pielęgnacji cery.
5. Sprawdzenie, jak często ankietowani korzystali z kremów pielęgnacyjnych przeznaczonych do ich typu cery.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od 4 maja 2022r. do 12 maja 2022r. W skład badanej grupy wchodzili klienci gabinetów kosmetycznych. Ankieta przeprowadzana była internetowo poprzez formularz Google. Badaniem objęto 55 osób w wieku od 18 lat. Większość badanej grupy stanowiły kobiety 95%, a 5% respondentów to mężczyźni. Klienci z miasta stanowili 69% grupy badanej, 31% ankietowanych zamieszkiwało tereny wiejskie.

Materiał został zebrany za pomocą sondażu diagnostycznego. Do realizacji założonego celu posłużyła ankieta własnego autorstwa, stworzona na potrzeby badań. Składała się ona z 3 pytań metryczkowych oraz 27 pytań dotyczących tematyki pracy. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania zamknięte. Biorące udział osoby zostały poinformowane o celu badań oraz o ich dobrowolnym i anonimowym charakterze. Wszystkie uzyskane dane zostały uogólnione i wykorzystane w całości, w opracowaniu zbiorowym. Do obliczenia wyników ankiety posłużono się arkuszem kalkulacyjnym EXCEL.

Wyniki

W przeprowadzonym badaniu udział wzięło 55 respondentów. Najliczniejszą grupą stanowiły kobiety, ponieważ było ich 95%, a mężczyzn tylko 5%.

Wiek badanej grupy mieścił się w przedziale od 18 do 50+ roku życia. Najliczniejszą grupą okazał się przedział wiekowy 21 - 34 roku życia, bo stanowiło go 69% ankietowanych, w wieku 18-20 lat było 16% respondentów, w wieku 35 - 49 znalazło się 13% badanych. Natomiast 50 lat i wzwyż stanowiło 2% respondentów.

Najwięcej respondentów, bo 42% zaznaczyło, że zamieszkiwała miasto do 50 tys. mieszkańców, 31% zamieszkiwało wieś lub miejscowość poniżej 15 tys., natomiast miasto od 50 tys. do 150 tys. - 11% respondentów, a 9% badanych mieszkała w mieście powyżej 500 tys.

mieszkańców. Pozostali ankietowani tj. 7% osób w mieście od 150 tys. do 500 tys. mieszkańców.

60% ankietowanych korzystało z usług kosmetologa, a 40% osób nie korzystało z takich usług. Z usług pielęgnacyjnych, takich jak oczyszczanie twarzy czy maski często korzystało 22% ankietowanych, natomiast rzadko - 60% respondentów, a 18% osób wcale nie korzystało z tego rodzaju usług.

55% ankietowanych używało tylko jednego kremu, natomiast 38% używało kilku, a 7% respondentów nie używało żadnego kremu.

Większość ankietowanych - 78% posiadała wiedzę na temat tonizacji, natomiast 22% osób nie posiadała takiej wiedzy.

O swoją cerę codziennie dbało 87% osób, ale 13% respondentów nie przestrzegało tych zasad pielęgnacyjnych.

53% respondentów posiadało typ cery mieszanej, 14% - cerę tłustą, a 12% respondentów - cerę normalną, natomiast 11% cerę suchą i 3% ankietowanych posiadało cerę naczyniową oraz 7% respondentów nie znało swego typu cery.

51% osób badanych używało kremu nawilżającego, 15% ankietowanych - kremu odżywczego, a 7% osób wskazało na krem matujący, pozostali ankietowani - 7% nie używali żadnego kremu.

75% osób badanych używało takich kosmetyków przez cały rok, zaś 16% używało ich niekiedy, natomiast nie używało - 9% ankietowanych.

Większość ankietowanych - 73% - uważała, że ich wiedza na temat prawidłowej pielęgnacji była bardzo dobra, 14% sądziło, iż ich wiedza była dobra, a 7% uznało, że mieli średnią wiedzę na ten temat i 7% osób uważało własną wiedzę na temat prawidłowej pielęgnacji skóry za słabą.

69% respondentów używało żelu myjącego do oczyszczania cery, 9% korzystało z mleczka kosmetycznego, natomiast 13% respondentów używało toniku i 5% stosowało płyn micelarny oraz 4% ankietowanych - mydło.

Peeling twarzy wykonywało 80% ankietowanych, a 20% osób badanych tej czynności nie wykonywała.

Spośród grupy badanej 76% ankietowanych uważało, że alkohol jest złym składnikiem w kosmetyku, natomiast 24% uznało go za dobry składnik.

89% osób badanych miała wiedzę na temat, czym są według nich rozszerzone pory, a 11% ankietowanych takiej wiedzy nie posiadało.

Wiedzę na temat pielęgnacji cery posiadało 46% respondentów z forów internetowych, 22% ankietowanych z gazet, 18% osób - od kosmetologa i 15% ankietowanych od znajomych.

Krem pielęgnacyjny rano i wieczorem stosowało 38% respondentów, kilka razy w tygodniu – używało go 24% ankietowanych, rzadziej 16% - respondentów, natomiast tylko rano - 9% a tylko wieczorem 5%. Kremu pielęgnacyjnego w ogóle nie używało 7% ankietowanych.

62% osób badanych zwracało uwagę na skład kosmetyków, a 38% ankietowanych nie.

Codziennie o akcesoria do makijażu dbało 46% ankietowanych, rzadko dbało 40%, natomiast prawie w ogóle nie dbało o czystość akcesoriów 14% badanych.

W przypadku problemów ze skórą zawsze o pomoc do dermatologa zwracało się 67% ankietowanych, 18% respondentów robiła to tylko czasami, a 16% osób badanych nigdy nie zasięgało pomocy ze strony dermatologa.

80% respondentów posiadała wiedzę dotyczącą części twarzy, zwaną strefą T, a 20% z nich nie znała tej nomenklatury.

65% osób badanych wiedziało jakie są etapy demakijażu, natomiast pozostali 35% respondentów nie posiadało takiej wiedzy.

Okazało się, że 62% respondentów posiadało wiedzę na temat znaczenia certyfikatu EcoCert, pozostali ankietowani - 38% nie znało jego znaczenia.

Większość respondentów - 78% uważało, że wiedziało, dlaczego innych kremów używamy na dzień a innych na noc, natomiast 22% ankietowanych nie posiadało takiej wiedzy.

75% badanych używało właściwych kosmetyków pielęgnacyjnych do swojej cery, a 18% respondentów nie. Natomiast 7% ankietowanych nie znała swego typu cery.

58% respondentów nie miało świadomości jakiego zabiegu kosmetycznego potrzebuje jego cera, natomiast 42% ankietowanych posiadało wiedzę na temat potrzebnego zabiegu.

Na temat używania kremów z filtrem UV 96% respondentów posiadało adekwatną wiedzę, natomiast 4% ankietowanych nie wiedziała z jakiego powodu powinno się go używać.

Stwierdzono, że 73% ankietowanych do nałożenia podkładu używała gąbeczki, 13% - respondentów używała dłoni, 4% osób używało pędzli i 9% osób nie używało niczego, ponieważ nie nakładali podkładu na twarz.

78% respondentów miesięcznie przeznaczało od 50 do 100 złotych, 13% ankietowanych do 50 złotych, natomiast 5% przeznaczało od 100 do 150 złotych miesięcznie i 4% osób na zakup kosmetyków wydawało ponad 200 złotych.

Dyskusja

Wygląd zewnętrzny odgrywa bardzo ważną rolę w życiu człowieka oraz warunkuje jego funkcjonowanie w społeczeństwie. W obecnych czasach dominuje przekonanie, że atrakcyjna twarz świadczy o naszym zdrowiu, sukcesie zawodowym, a także życiu osobistym. Potwierdzają to sondaże przeprowadzone przez Bojarczuk, Lewickiego, Michalczak i Smoleń, gdzie 58,6% kobiet i 71,6% mężczyzn uznała wygląd zewnętrzny za raczej ważny [11, 22].

Aby móc sprostać powszechnym wymaganiom, niezbędna jest wiedza na temat prawidłowej i skutecznej pielęgnacji skóry twarzy. Dlatego nieodzownym elementem staje się ustalenie indywidualnego typu cery, jaką posiada dana osoba. Odpowiednia pielęgnacja powinna mieć swój początek już we wczesnej młodości, co za tym idzie, dobór odpowiednich kosmetyków i specjalnych zabiegów kosmetycznych. Błędy popełnione już w okresie młodzieńczym, mogą skutkować powstawaniem niedoskonałości skórnych, a nawet chorób.

Pielęgnacja skóry twarzy i odpowiedni dobór kosmetyków oraz korzystanie z usług specjalistów, powinno być uzależnione od rodzaju i stanu skóry, ponieważ każdy rodzaj cery wymaga indywidualnej pielęgnacji. Systematyczna i odpowiednia pielęgnacja cery pozwala utrzymać ją w dobrej kondycji, zabezpiecza przed działaniem czynników zewnętrznych oraz nadmiernemu wysuszaniu. Analiza wykazała, że większość respondentów (60%) korzystała z usług pielęgnacyjnych gabinetów kosmetycznych, gdzie w sondażu przeprowadzonym przez Bojarczuk, Lewickiego i wsp.. zdecydowana większość (67%) nie korzystała z usług specjalistów. W obu przypadkach respondenci wykazali wiedzę na temat posiadanego rodzaju cery. Inne badania tych samych autorów szczegółowo wykazują, że 96,6% kobiet oraz 63,3% mężczyzn dbało o swoją cerę codziennie, a codzienną pielęgnację stosowało 87% osób [11, 22].

Badania przeprowadzone przez Bojarczuk, Lewickiego i wsp. dowodzą, że 80,6% kobiet i 38,3% mężczyzn do pielęgnacji swojej cery sięgała najczęściej po krem nawilżający, co potwierdzają wyniki danego sondażu (51%). Aby poszerzyć swoją wiedzę na temat prawidłowej pielęgnacji, osoby badane korzystały najczęściej z for internetowych, portali kosmetycznych (45%), natomiast najmniejszy odsetek odnosił się do informacji od znajomych (12%). Wyniki autorów potwierdzają skuteczność korzystania z zasobów Internetu (73%), z kolei najmniej osób czerpało informacje z gazet (10%) i telewizji (19%). W badaniach przeprowadzonych przez Bojarczuk, Lewickiego i wsp. zapytano respondentów o czynnik decydujący podczas wyboru kremu. Dla kobiet (43,3%) istotna była jakość danego kosmetyku, natomiast dla mężczyzn (41,6%) najważniejszym czynnikiem okazało się przyzwyczajenie.

W innych badaniach ankietowani sugerowali się głównie ceną produktu pielęgnacyjnego (39%), zwracali też uwagę na skład danego kosmetyku pielęgnacyjnego (62%) [11, 22].

Nieodpowiedni dobór kosmetyków, bierna pielęgnacja, niedostateczna wiedza na temat kosmetyki cery często skutkuje powstawaniem niedoskonałości, przebarwieniom, występowaniem trądziku, a nawet chorobom skóry. W tym przypadku 67% badanych zawsze sięgała po informację od specjalisty dermatologa. W przywołanych wcześniej badaniach - 55% czasami korzystało z usług specjalistów, a 43,3% mężczyzn czasami lub nigdy nie zasięgała informacji, jednak zdecydowana większość kobiet - 60% udawała się na konsultacje do dermatologa. Jednym z najważniejszych czynników chroniącym skórę twarzy przed szkodliwym działaniem promieniowania słonecznego jest stosowanie kremu zawierającego filtry UV. Wśród respondentów większość, bo 75% stosowała produkty zawierające specjalne filtry i była świadoma jego prozdrowotnego działania. Pośród badanych Bojarczuk, Lewickiego i in. 59% okresowo stosowało kremy z filtrem i aż 37% nigdy tego nie robiła. Z kolei znaczna większość mężczyzn (58,3%) nie używała kosmetyków z filtrami UV [11, 22].

Odnosząc się do wiedzy respondentów na temat prawidłowej pielęgnacji, aż 73% z nich określiła swoją wiedzę na bardzo dobrą, gdzie w przypadku wyników w/w autorów - 54% z ankietowanych wykazało wiedzę na poziomie dobrym. Skóra twarzy stanowi odzwierciedlenie naszego stanu zdrowia. Obok zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej, stanu psychicznego, należy zadbać o jej prawidłową pielęgnację. Stres, zanieczyszczenia, bakterie, substancje chemiczne, smog stanowią obciążenie dla jej prawidłowego funkcjonowania. Odpowiednia dbałość o cerę powinna dotyczyć zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Ważną rolę odgrywa przy tym systematyczność, wiedza na temat posiadanego rodzaju cery a także dobór odpowiednich kosmetyków dostosowanych do indywidualnych potrzeb konsumentów. Wraz z wiekiem lub w zależności od pory roku, skóra zmienia swoje wymagania, dlatego należy podejść do sytuacji jednostkowo. Tu warto znać rolę specjalisty kosmetologa czy dermatologa. Korzystanie z ich usług nie powinno być wyłącznie następstwem błędów popełnianych podczas nieodpowiedniej pielęgnacji, ale przede wszystkim jako pomoc w doborze odpowiednich preparatów, kontrolowaniu stanu zdrowia skóry czy poprawie jej kondycji.

Wnioski

1. Ankietowani posiadali wiedzę na temat prawidłowej pielęgnacji. Wiedza ta była jednak nieuporządkowana oraz selektywna.
2. Przeważająca część respondentów rzadko korzystała z usług pielęgnacyjnych w gabinetach kosmetycznych.
3. Większa część osób ankietowanych pielęgnowała swoją cerę codziennie.
4. Ponad połowa respondentów za źródło wiedzy na temat prawidłowej pielęgnacji uważało środki masowego przekazu.
5. Większość ankietowanych zbyt rzadko używała kremów pielęgnacyjnych przeznaczonych do swojego typu cery.

Piśmiennictwo

1. Drobnik A., Słodka A.: Kosmetologia i immunologia skóry. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021.
2. Noszczyk M.: Kosmetologia pielęgnacyjna i lekarska. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
3. Martini M.C.: Kosmetologia i farmakologia skóry. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
4. Małkiewicz P.: E-papierosy kontra zwykła nikotyna. Czy rozwój cywilizacji nam szkodzi czy pomaga? Katolicki Uniwersytet Lubelski w Lublinie, Stalowa Wola 2017.
5. Kapuścińska A. Nowak I., Zastosowanie fitoestrogenów w kosmetykach przeciw starzeniu się skóry. Chemik 2015; 69(3): 154–159.
6. Leśniewska A., Kordus K.: Wykorzystanie peelingów kwasowych będących kosmeceutykami do pielęgnacji różnych rodzajów cer. Innowacyjność i tradycja w kosmetologii, Poznań 2020.
7. Goliszewska A., Gromek M., Padlewska K. i wsp.: Kosmetologia pielęgnacyjna. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zawodowej Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia, Warszawa 2013.
8. Bojarczuk K., Lewicki M., Morshed K. i wsp.: Porównanie wiedzy młodych kobiet i mężczyzn na temat zasad pielęgnacji cery. Journal of Education, Health and Sport 2017; 7(8): 1026-1039.
9. Petsitis X., K. Kipper K.: Kosmetyka ozdobna i pielęgnacyjna twarzy. MedPharm Polska, Wrocław 2007.

10. Woldan-Tambor A., Zawilska J.B.: Atopowe zapalenie skóry (AZS)–problem XXI wieku. Farmacja Polska 2009; 65(11): 804-811.
11. Jankowiak W., Imielski W., Pachurka J.: Kosmetologia wobec problemów cery tłustej i trądzikowej. Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii, Kosmetologia Estetyczna 2016; 5(5): 501-504.
12. Maciąg, M., Maciąg, K., Tygiel, W. N.: Medyczne aspekty kosmetologii i dietetyki. Wydawnictwo Naukowe TYGIEL, Lublin 2018.
13. Bocho-Janiszewska A., Górecka A.: Zastosowanie olejku różanego w kremach do pielęgnacji cery naczyniowej. Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola, Lublin 2016.
14. Kiełtyka-Dadasiewicz A.: Rośliny w nowoczesnej kosmetologii. Wydawnictwo Akademickie Wyższej Szkoły Społeczno-Przyrodniczej im. Wincentego Pola, Lublin 2016.
15. Szczepańska E., Adamczyk K., Garncarczyk A.: Przegląd dostępnych na polskim rynku dermokosmetyków przeznaczonych do pielęgnacji cery naczyniowej. Katedra i Zakład Kosmetologii, Wydział Farmaceutyczna z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej w Sosnowcu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. Farmakologia Polska 2019; 75(1): 12–16.
16. Janda K., Lach O.: Cera naczyniowa – przyczyny, pielęgnacja, leczenie. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2014; 1(38): 48–54.
17. Pytkowska K., Arct J.: Kosmetyki do pielęgnacji skóry suchej. Cosmetology Today 2009; 3: 34- 41.
18. Kacalak-Rzepka A., Bielecka-Grzela S., Klimowicz A. i wsp.: Sucha skóra jako problem dermatologiczny i kosmetyczny. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie 2008; 54(3): 55 -57.
19. Green B.: After 30 years… the future of hydroxyacids. Journal of Cosmetic Dermatology 2005; 4: 44–45.
20. Bojarczuk K. A., Lewicki M., Michalczak M., Smoleń A.: Ocena wiedzy studentów na temat zasad pielęgnacji cery. Journal of Education, Health and Sport 2016; 6(6): 661-676.
21. Suligowska I.: Pielęgnowanie zdrowej skóry. Instytut Technologi i Eksploatacji– Państwowy Instytut Badawczy, Radom 2006.
22. Caputa J., Nikiel-Loranc A..: Zastosowanie oleju konopnego w kosmetologii. Kosmetologia Estetyczna 2019; 8(4): 461-463.

23. Hałas P., Nawrocka-Bogusz H.: Zastosowanie oleju arganowego w kosmetologii. Kosmetologia Estetyczna 2014; 4(3): 267-270.
24. Bociek A.: Suplementy i substancje pochodzenia naturalnego wspomagające zapobieganie i leczenie infekcji górnych dróg oddechowych. Problemy Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Wrocław 2019.
25. Śliwa K., Sikora E., Ogonowski J.: Kosmetyki do pielęgnacji skóry atopowej. Wiadomości Chemiczne 2011; 65(7-8): 651-673.
26. Rudyk A., Jurzak M.: Suche kosmetyki i dermokosmetyki stosowe w zależności od skóry z atopowym zapaleniem. Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2012.
27. Ratz-Łyko A., Arct J., Rejter M.: Kosmetyczne właściwości hinokitiolu. Polish Journal of Cosmetology 2015; 18: 31-34.
28. Marwicka J., Gałuszka A.: Zastosowanie preparatów witaminowych w procesie pielęgnacji skóry. Kosmetologia Estetyczna 2021; 10(5): 13-19.
29. Kołaczek A.: Przegląd metod pielęgnacji skóry dojrzałej. Kosmetologia Estetyczna 2015; 4: 541-545.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z oparzeniami III stopnia

Gabriela Dzieszkowska[1], Barbara Jankowiak[2]

1. Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Oparzenie to uszkodzenie skóry, tkanki podskórnej lub głębiej położonych narządów, spowodowane działaniem ciepła, substancji chemicznych, prądu lub promieniowania. Skóra stanowi o wewnętrznej homeostazie organizmu i naruszenie jej ciągłości oraz funkcji jest bezpośrednią przyczyną zagrożenia zdrowia i życia pacjenta. Zagrożenia związane z raną oparzeniową zależy od czynnika sprawczego, czasu i miejsca narażenia, zasięgu i ciężkości oparzenia. Nie mniej jednak skóra jest narządem ochronnym organizmu i nawet najmniejszy uraz staje się wrotami do potencjalnego zakażenia [1, 2].

Główną przyczyną oparzeń jest nieostrożność ludzka. Według WHO (*World Health Organization*, Światowa Organizacja Zdrowia) szacuje się, że każdego roku 180 000 zgonów jest spowodowanych oparzeniami. Natomiast w Polsce co roku oparzeniu ulega około 250 – 400 tysięcy osób. Przeważnie do wypadków dochodzi w domach lub w pracy. Oparzenia mogą być różnego pochodzenia. Wyróżnia się cztery podstawowe przyczyny, jakimi są oparzenia termiczne, elektryczne, chemiczne i radiacyjne. ABA (*American Burn Association,* amerykańskie stowarzyszenie oparzeń) donosi w National Burn Repository 2019, że oparzenia termiczne występują najczęściej (72%). Znacznie rzadziej występują chemiczne (3,5%), elektryczne (3,6%) i radiacyjne (0,2%) [3, 4, 5].

Oparzenia termiczne

Najczęstsze są oparzenia termiczne. Dochodzi do nich pod wpływem temperatury 42°C lub większej. W wyniku działania energii cieplnej o tej temperaturze naskórek ulega martwicy w ciągu 6 godzin. Ten czas się skraca wraz ze wzrostem temperatury. I tak przy 55°C (to także graniczna temperatura, przy której uszkadza się białko tkankowe) wystarczą 3 minuty działania, a przy 70°C – zaledwie sekunda. Powyżej temperatury 55°C dochodzi do uszkodzenia skóry oraz tkanek głębszych. Źródłami oparzenia termicznego są: kontakt z gorącym płynem (np. para wodna, mleko, tłuszcz, woda, zupa), przedmiotem (np. żelazko, grzałka, grzejnik, pokrywka) oraz bezpośredni kontakt z płomieniem [2, 5, 6, 7].

Oparzenia elektryczne

Uszkodzenia tkankowe wywołane wyładowaniem atmosferycznym lub prądem elektrycznym są znacznie rozleglejsze niż w przypadku oparzeń termicznych. Powodują rozległą destrukcję tkanek w miejscu wejścia i wyjścia strumienia prądu. Energia elektryczna podczas przechodzenia przez ciało ofiary zmienia się w energię cieplną i przemieszcza się zazwyczaj wzdłuż naczyń krwionośnych i nerwów. Elektryczność może generować temperatury wyższe niż 100°C. Źródłami oparzenia elektrycznego są instalacje elektryczne (domowe, jak i przemysłowe) lub piorun. Najczęściej do takich wypadków dochodzi w miejscach pracy. Podczas porażenia piorunem dochodzi do ekspozycji na duże energie (prąd o napięciu nawet milionów volt i tysięcy amperów) [5, 6, 7].

Oparzenia chemiczne

Przyczyną oparzeń chemicznych jest kontakt ze stężonymi kwasami, zasadami lub pewnymi związkami organicznymi, np. fenolem. Substancjami chemicznymi najczęściej kojarzonymi z urazami są tlenek węgla, amoniak, chlor, kwas solny i kwas siarkowy. Drogą narażenia jest zwykle połknięcie (83,7%), w mniejszym stopniu przez skórę (7,0%), drogi oddechowe (6,1%) oraz oczy (4,3%). Oparzenia kwasami charakteryzują się martwicą koagulacyjną o ograniczonej rozległości, dodatkowo działanie uszkadzające wywiera reakcja egzotermiczna. W wyniku działania zasad powstaje natomiast martwica rozpływna. Działanie niszczące polega na rozpuszczaniu tkanek. Oparzenie zasadami jest cięższe i głębsze niż oparzenie kwasami [2, 5, 6, 7].

Oparzenia radiacyjne

Oparzenia radiacyjne są wynikiem działania promieniowania. Poza rodzajem promieniowania wpływ na oparzenia ma jego intensywność oraz czas ekspozycji. Dotkliwość urazu jest proporcjonalna do przyjętej dawki promieniowania. Oparzenia słoneczne, tzw. rumień posłoneczny, to ostra reakcja zapalna skóry powstała na skutek nadmiernej ekspozycji na działanie promieniowania ultrafioletowego, przede wszystkim UVB (promieniowanie ultrafioletowe typu B). W tej grupie możemy również wyróżnić oparzenie promieniami jonizującymi. Zgodnie z danymi CDC (*Centers for Disease Control and Prevention,* Amerykańskie Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorób) do tego rodzaju oparzeń najczęściej dochodzi na skutek ekspozycji na promieniowanie beta lub promieniowanie rentgenowskie. Do urazów tego typu może dojść w wyniku ekspozycji na promieniowanie, np. z wadliwych lub wadliwie zabezpieczonych napromienników produktów spożywczych, urządzeń

sterylizacyjnych, urządzeń do radioterapii lub fluoroskopii, a także przy pracach z wykorzystaniem radiacyjnego pomiaru głębokości. Oparzenia promieniowaniem jonizującym w przeciwieństwie do oparzeń termicznych i chemicznych nie pojawiają się od razu, a ich prezentacja następuje zwykle po upływie kilku dni od momentu ekspozycji na ich działanie oraz przebiega w cyklach [2, 5, 6, 7].

Patofizjologia

Podczas urazu oparzeniowego dochodzi do reakcji miejscowej i uogólnionej organizmu. SIS (*skin immune system*, układ odpornościowy skóry) w ranie oparzeniowej ulega uszkodzeniu lub zniszczeniu. W konsekwencji dochodzi do zniszczenia aktywnej bariery ochronnej skóry. Powoduje uszkodzenie lub zniszczenie ochronnej funkcji skóry. Skóra traci zdolność reagowania na obce antygeny, zwłaszcza pochodzenia bakteryjnego. W tym czasie rana bardzo często ulega zakażeniu, co w następstwie może powodować SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome, zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej) oraz zaburzenia metabolizmu. Z powodu utraty osocza krwi oraz zatrucia organizmu, które jest następstwem wchłaniania produktów z rozpadu białka tkankowego, dochodzi do uszkodzeń wielu układów i narządów ciała [8, 9, 10, 11].

Reakcje miejscowe

Gdy termiczny bodziec lub substancja chemiczna ma bezpośredni kontakt ze skórą niszczy jej elementy chemiczne i komórkowe. Reakcja zapalna powoduje uszkodzenia mogące zwiększyć ciężkość oparzenia. Wyróżnia się wtedy trzy strefy:

- **Strefa koagulacji** - występująca w miejscu największego uszkodzenia. W tej strefie mamy do czynienia z nieodwracalnymi zmianami związanymi z martwicą tkanek wywołaną koagulacją białek.

- **Strefa zastoju** - charakteryzująca się zmniejszoną perfuzją, która jest potencjalnie możliwa do uratowania, dlatego głównym celem jest zwiększenie perfuzji tkanek wokół miejsca oparzenia i zapobieganie nieodwracalnym urazom oraz ograniczenie poszerzania się strefy martwiczej.

- **Strefa przekrwienia** - najbardziej zewnętrzny obszar rany charakteryzujący się zwiększoną perfuzją. Tkanki w tej strefie narażone są na infekcje i martwicę przy przedłużonej hipoperfuzji [10, 12, 13].

Reakcje uogólnione

Gdy oparzona jest duża powierzchnia (>20%TBSA) mamy ciężkie zaburzenia ogólnoustrojowe, tzw. chorobę oparzeniową. Dzieli się ona na trzy okresy tj. wstrząsu oparzeniowego, katabolizmu i anabolizmu [9, 10, 12, 13].

Okres wstrząsu oparzeniowego

To okres pierwszych godzin trwający do trzech dni. W tym czasie następuje złożony proces upośledzenia krążenia i mikrokrążenia, a także zmian w układzie oddechowym, metabolicznym i immunologicznym. Może wystąpić nieodwracalny stan patofizjologiczny pomimo odpowiedniego leczenia w odpowiednim czasie. W wyniku urazu do krwi uwalniane są histamina, bradykinina, serotonina oraz mediatory zapalne tj. leukotrieny, prostaglandyny, tromboksany i prostacykliny. Skutkiem tego jest, przemieszczenie się płynów tkankowych pomiędzy poszczególnymi przestrzeniami. Osocze krwi przechodzi do przestrzeni międzykomórkowej i tkanek, prowadzi to do wystąpienia obrzęków czy pojawienia się pęcherzy. W łożysku obwodowym i trzewnym występuje skurcz naczyń krwionośnych. Dochodzi do zmniejszenia kurczliwości mięśnia sercowego, co w połączeniu z utratą płynów przez ranę oparzeniową, prowadzi do hipotensji i hipoperfuzji narządów. Mediatory zapalne powodują skurcz oskrzeli, co może doprowadzić do wystąpienia ARDS (acute respiratory distress syndrome, zespół ostrej niewydolności oddechowej). Skutkiem niedostatecznej perfuzji tkanek upośledzone jest dostarczanie tlenu i składników odżywczych, jak również usuwanie produktów przemiany materii z tkanek. Dochodzi również do ogólnego pogorszenia odpowiedzi immunologicznej, dotyczącej zarówno jej części komórkowej, jak i humoralnej.

Okres kataboliczny

Trwający od kilku dni do nawet kilku tygodni od urazu. Spowodowany jest uruchomieniem się osi przysadkowo-nadnerczowej, a co za tym idzie, zwiększoną produkcją adrenaliny i sterydów. Dochodzi w tym okresie do poważnych zaburzeń metabolicznych oraz oddechowych. Następuje rozpad komórkowy oraz białka, co w efekcie powoduje ubytek masy mięśniowej. Ciągle również występuje niedokrwistość w następstwie niszczenia krwinek czerwonych. Rana oparzeniowa jest otwarta na zakażenia, dlatego gojenie się ran może być upośledzone przez różnego rodzaju bakterie [14, 15].

Okres anaboliczny

Trwa on ponad cztery tygodnie. W tym czasie organizm stopniowo powraca do stanu fizjologicznego. Następuje odbudowa zniszczonych tkanek, gojenie się rany oraz dodani bilans azotowy i białkowy. Równolegle zahamowują się procesy kataboliczne. Jeżeli jednak choroba oparzeniowa jest ciężka, postępuje dalsze wyniszczenie organizmu, nasila się niedokrwistość i narastają zaburzenia narządów wewnętrznych (szczególnie nerek). Zaburzenia te mogą prowadzić do zgonu [11, 16].

Podział oparzeń w zależności od głębokości

Głębokość oparzenia zależy od wysokości temperatury, jak również czasu jej działania na tkanki. Wyróżnia się 4 stopnie oparzenia, w zależności od ich głębokości.

Stopień I – oparzenie powierzchowne, dotyczące naskórka. Cechami charakterystycznymi są: zaczerwienienie skóry (rumień), sucha i napięta skóra, przeważnie bez pęcherzy lub z niewielkim obrzękiem. Występuje wówczas ból (pieczenie skóry). Oparzenia I stopnia goją się po kilku dniach, nie pozostawiając blizn.

Stopień II – Wyróżnia się: oparzenia II stopnia powierzchniowe (IIA) oraz oparzenia II stopnia głębokie (IIB).

IIA – zniszczeniu ulega naskórek i powierzchowne warstwy skóry właściwej. Gruczoły potowe oraz mieszki włosowe, które znajdują się w głębszej warstwie nie ulegają oparzeniu. Klinicznie obserwujemy obecność pęcherzy, które powstają w wyniku odwarstwienia się naskórka od błony podstawnej. Skóra przyjmuje kolor różowo - biały, cętkowany bądź czerwono - wiśniowy. Rana goi się samoistnie poprzez naskórkowanie. Obrażenia mogą pozostawić jedynie niewielkie przebarwienia.

II B – zniszczeniu ulega naskórek oraz głębsze warstwy skóry właściwej z zaoszczędzeniem części wysepek naskórka z mieszków włosowych i gruczołów potowych. Poparzone zostają wówczas naczynia krwionośne oraz zakończenia nerwowe, co skutkuje występowaniem mniejszego bólu. Proces naskórkowania utrudnia obecność martwicy naskórkowo-skórnej. Oparzenie objawia się białą skórą z czerwonymi punktami. Czas gojenia ran trwa kilka tygodni, a po zagojeniu mogą pozostać blizny.

Stopień III – oparzenie pełnej grubości skóry wraz z naczyniami oraz nerwami, a także podskórną tkankę tłuszczową. Występuje wówczas uszkodzenie receptorów skóry, co prowadzi do utraty czucia w miejscach oparzenia. Twarda, skórzasta powierzchnia rany oparzeniowej. Oparzelizna może przyjąć kolor biały, szarawy, brunatny, a nawet czarny.

Zwykle jest niebolesne przy dotyku. Wymaga leczenia chirurgicznego i wykonania przeszczepów. Gojenie trwa długo z pozostawieniem rozległych blizn.

Stopień IV – zniszczenia obejmują mięśnie, ścięgna, kości i inne struktury anatomiczne zlokalizowane pod zwęgloną skórą. Wymaga leczenia chirurgicznego, przeszczepów, a w następnych okresach leczenia rekonstrukcyjnego.

Wyróżnia się także oparzenie mozaikowe – to współistnienie na jednym obszarze oparzenia o różnej głębokości. Najczęściej są to mieszane oparzenia II A i II B. Mogą być leczone zachowawczo lub chirurgicznie. Podstawową zaletą leczenia zachowawczego jest potencjalna autoregeneracja tkanek i spontaniczne wygojenie obszarów, w których były rany. Minimalizuje to ryzyko formowania się blizn przerostowych w miarę gojenia się rany oparzeniowej, a w konsekwencji przykurczów pooparzeniowych [1, 2, 17].

Ocena powierzchni oparzeń

Rozległość oparzenia jest określana jako procent oparzonej skóry w stosunku do całkowitej powierzchni ciała, czyli % TBSA (*total body surface area*, całkowita powierzchnia ciała). Co więcej pod uwagę bierze się również wiek poszkodowanego oraz umiejscowienie oparzenia na ciele. Jest parę sposobów oceny rozległości oparzenia. Są to reguła dziewiątek, reguła dłoni, klasyfikacja Lunda i Browdera oraz reguła piątek u niemowląt [1, 2, 7, 17].

Reguła dziewiątek

Jest najbardziej powszechną i stosowaną metodą określającą w szybki i prosty sposób, orientacyjną powierzchnię oparzeń. Ciało człowieka dzieli się na obszary, które stanowią 9% lub 18% całkowitej powierzchni ciała. Dzielimy je następująco: głowa oraz ręce zajmują kolejno po 9% każda, następnie kończyny dolne, oraz przód i tył tułowia po 18% oraz krocze 1%.

Za niebezpieczne dla życia osoby dorosłej uznaje się oparzenia, które obejmują ponad 18% powierzchni ciała (są to oparzenia II stopnia i cięższe). Nieco inaczej proporcje kształtują się u dzieci. W przypadku dzieci poniżej 5 roku w celu określenia powierzchni oparzenia stosuje się nieco zmodyfikowaną regułę dziewiątek. Głowa stanowi 9%, przednia powierzchnia tułowia – 18% (w tym 9% klatka piersiowa i 9% brzuch), tylna powierzchnia tułowia – 18%, każda z kończyn górnych po 9%, każda z kończyn dolnych po 18% oraz krocze 1%. Główna różnica między osobą dorosłą, a dziećmi polega na wielkości głowy oraz tułowia. Dzieci mają większą powierzchnią głowy, kosztem malejącej powierzchni tułowia [1, 2, 7, 17].

Reguła dłoni

Stosuje się również regułę dłoni, która zakłada, iż dłoń z wyprostowanymi i złączonymi palcami osoby poparzonej zajmuje 1% TBSA. Metodą tą posługuję się w przypadku obliczania powierzchni małych oparzeń. Nie jest to dokładna metoda, gdyż nie bierze pod uwagę BMI (body mass index, wskaźnik masy ciała) ani płci poszkodowanego [1, 2, 7, 17].

Klasyfikacja Lunda i Browdera

Do dokładnej oceny powierzchni oparzenia służy klasyfikacja Lunda i Browdera. Podane wartości liczbowe odpowiadają powierzchni danej okolicy ciała, przedstawionej w kategoriach TBSA, w poszczególnych grupach wiekowych [1, 2, 7, 17].

Klasyfikacja oparzeń według American Burn Association

Oparzenia można także określić według klasyfikacji opracowanej przez ABA. Dzielą się one na lekkie, średnie i ciężkie w zależności od wieku.

Oparzenia lekkie – oparzenia I stopnia, II stopnia, poniżej 15% powierzchni ciała u dorosłych, u dzieci poniżej 10% powierzchni ciała oraz oparzenia III stopnia, poniżej 5%.

Oparzenia średnie – oparzenia II stopnia, obejmujące 15 – 25% powierzchni ciała u dorosłych, u dzieci obejmujące 10 – 20% powierzchni ciała, oparzenia III stopnia, poniżej 10% powierzchni ciała, a także wszystkie oparzenia obejmujące ręce, twarz, oczy, uszy, stopy, krocze.

Oparzenia ciężkie – oparzenia II stopnia, powyżej 25% powierzchni ciała u dorosłych, u dzieci powyżej 20% powierzchni ciała, oparzenia III stopnia, powyżej 10% powierzchni ciała, niezależnie od wieku, jak również oparzenia III stopnia twarzy, szyi, stóp, dłoni, krocza, okrężne oparzenia inhalacyjne, elektryczne, chemiczne, oparzenia powikłane innymi ciężkimi urazami lub współistniejącymi schorzeniami [2, 7].

Cel pracy

Celem pracy było:

1. Zdiagnozowanie problemów pielęgnacyjnych w sferze bio-psycho-społecznej u pacjenta po oparzeniu III stopnia.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta po oparzeniu III stopnia.
3. Dokonanie oceny podjętych działań.

Materiał i metody

Badaniem objęto pacjenta w wieku 34 lat z rozpoznaniem oparzenia termicznego trzeciego stopnia. Badania zostały przeprowadzone w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym dnia 27.03.2019r. podczas hospitalizacji pacjenta.

Do oceny problemów pielęgnacyjnych posłużono się metodą indywidualnych przypadków z wykorzystaniem procesu pielęgnowania.

Zastosowano w pracy następujące techniki: wywiad pielęgniarski, obserwację, analizę dokumentacji oraz pomiary pośrednie i bezpośrednie. Analizę dokumentacji medycznej pacjenta dokonano na podstawie Historii Choroby, Indywidualnej Karty Zleceń Lekarskich, Karty Gorączkowej, wyników badań laboratoryjnych.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjent Norbert N. urodzony 15.08.1984 r. zamieszkały w Wasilkowie. Posiada wykształcenie średnie, pracuje jako ochroniarz z czego się utrzymuje. Mieszka z żoną w dwupokojowym mieszkaniu. Warunki higieniczno - bytowe ocenia jako dobre.
Masa ciała 94 kg. Wzrost 182 cm.

34–letni mężczyzna przyjęty 26.03.2019 r. do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku z oparzeniem III stopnia oraz obrzękiem prawej kończyny górnej. Doznał w wyniku eksplozji pieca centralnego poparzeń prawej kończyny górnej oraz prawej części tułowia. Pacjent przytomny, logiczny w kontakcie werbalnym. Zorientowany co do miejsca i czasu. Zgłasza stale nasilający się ból.

Po przyjęciu kontynuowano chłodzenie rozpoczęte przez zespół ratownictwa medycznego. Następnie przy współpracy chirurga usunięto tkankę martwiczą, wykonano nacięcia odbarczające przedramienia i ręki na powierzchni przedniej i tylnej. Na koniec zabezpieczono oparzenia jałowymi materiałami. W tym czasie kontynuowano również płynoterapię, wdrożono antybiotykoterapię, tlenoterapię oraz profilaktykę zakrzepowo-zatorową.

Podczas wykonanych badań przedmiotowych stwierdzono osłuchowo prawidłowy szmer pęcherzykowy. Brzuch miękki. Źrenice równe, reagujące na światło. Rozległość oparzenia termicznego oceniono za pomocą reguły dziewiątek na 18% TBSA. Poszkodowany ocenił swój ból w skali NRS na 8 punktów. Zabezpieczono powłoki skórne opatrunkami

Aquacel Ag oraz opatrunkami z roztworami neomycyny i braunolu. Zastosowano płynoterapię dożylną. W ramach farmakoterapii zastosowano leki przeciwbólowe oraz antybiotyki. Wykonano także szczepienie przeciwtężcowe.

Plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska I. Ból wywołany raną oparzeniową

Cel opieki:

Zmniejszenie lub eliminacja bólu

Działanie pielęgniarskie:

- Obserwacja natężenia, bólu na podstawie obserwacji pacjenta i parametrów życiowych.
- Ocena bólu skalą NRS.
- Chłodzenie rany oparzeniowej mające na celu zmniejszenie ingerencji ciepła w głąb tkanek, ograniczenie głębokości oparzenia, a tym samym zmniejszenie dolegliwości bólowych.
- Zapewnienie dostępu żylnego na obwodzie, aby pewnie i skutecznie podać leki w dawce ustalonej przez lekarza.
- Podawanie leków przeciwbólowych, aby zminimalizować dolegliwości bólowe.
- Ułożenie pacjenta w pozycji minimalizującej ból i z zastosowaniem wszelkich udogodnień (materac przeciwodleżynowy, podkłady żelowe itp.) i zabezpieczeń.
- Edukacja pacjenta dotycząca ułożenia pacjenta minimalizującego ból.
- Obserwacja pacjenta w kierunku skuteczności działania farmakoterapii.
- Zapewnienie spokoju dla pacjenta.

Ocena: Ból został zmniejszony. Początkowo oceniony skalą NRS na 8 pkt. spadł do 6 pkt. Pacjent nauczył się pozycji minimalizujących ból. Chłodzenie ran przyniosło pacjentowi ulgę.

Diagnoza pielęgniarska II. Ryzyko zaburzeń objętości płynów ustrojowych

Cel opieki:

Utrzymanie prawidłowego stanu nawodnienia pacjenta

Działanie pielęgniarskie:

- Asystowanie lekarzowi podczas zabiegu założenia wkłucia do żyły centralnej.
- Ocena stanu nawodnienia pacjenta: (ocena napięcia i elastyczności skóry, wilgotności błon śluzowych, obrzęków, stopnia wypełnienia żył szyjnych, tętna, ośrodkowego ciśnienia żylnego, ciśnienia tętniczego, ilości wydalanego moczu i stanu świadomości).

- Pobranie krwi do badań laboratoryjnych na zlecenie lekarza (ocena poziomu elektrolitów w surowicy krwi, kreatyniny, mocznika, białka, hematokrytu, hemoglobiny, MCV).
- Prowadzenie resuscytacji płynowej zgodnie z IKZL.
- Kontrola diurezy.
- Prowadzenie godzinowej zbiórki moczu, zwłaszcza w okresie wstrząsu oparzeniowego.
- Prowadzenie bilansu płynów przyjętych i wydalonych.
- Ważenie pacjenta i obserwacja obrzęków.

Ocena: Pacjent nie doznał znacznych zaburzeń objętości płynów w organizmie, prowadzone obserwacje, pozwoliły na wczesne reagowanie na wszelkie nieprawidłowe objawy.

Diagnoza pielęgniarska III. Zaburzona termoregulacja

Cel opieki:

Utrzymanie prawidłowej temperatury ciała

Działanie pielęgniarskie:

- Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych i obserwacja w kierunku następstw wychłodzenia lub przegrzania się organizmu.
- Chłodzenie rany oparzeniowej mające na celu zmniejszenie ingerencji ciepła w głąb tkanek, a tym samym przegrzanie organizmu.
- Obserwacja koloru skóry dystalnych części ciała.
- Unikanie sytuacji narażających pacjenta na utratę ciepła.
- Zapewnienie stałej temperatury (28–33°C) i wilgotności w pokoju oparzonego.
- Dbanie o suchość podłoża, na którym leży chory.
- Dostosowanie temperatury gabinetu zabiegowego/sali operacyjnej przed przystąpieniem do zmiany opatrunków.

Ocena: Utrzymano prawidłową temperaturę i wilgotność w środowisku pacjenta. Ustabilizowano temperaturę ciała.

Diagnoza pielęgniarska IV. Upośledzona perfuzja tkanek

Cel opieki:

Utrzymanie na prawidłowym poziomie funkcji fizjologicznych w odcinkach ciała objętych oparzeniem

Działanie pielęgniarskie:

- Monitorowanie podstawowych parametrów (ciśnienie tętnicze, tętno, saturacja, temperatura ciała).
- Obserwacja pod kątem wystąpienia objawów wstrząsu oparzeniowego (przyspieszona czynność serca i oddychania, słabo wyczuwalne lub nitkowate tętno na obwodzie, wydłużony czas powrotu włośniczkowego, oziębienie kończyn).
- Obserwacja pod kątem wystąpienia objawów zaburzeń równowagi wodno-elektrolitowej (przyspieszenie tętna, zmniejszenie wydalanego moczu, niepokój).
- Kontrolowanie upośledzenia czucia, mrowienia, zmianę barwy i ocieplenia skóry.
- Unikanie opatrunków wywierających ucisk na oparzoną część ciała.
- Ułożenie kończyny powyżej poziomu serca, co ułatwia odpływ płynu ustrojowego i zmniejsza uczucie rozpierania.

Ocena: Stałe monitorowanie pacjenta pozwoliło utrzymać na zadowalającym poziomie funkcji fizjologicznych w obrębie miejsc oparzonych.

Diagnoza pielęgniarska V. Ryzyko wystąpienia zakażenia

Cel opieki:

Zapobieganie zakażeniu

Działanie pielęgniarskie:

- Obserwacja pacjenta pod kątem wczesnych objawów zakażenia (ocieplenie i obrzęk tkanek, zmiana zabarwienia rany na fioletową, ciemnobrązową lub czarną, zapach wydzielający się z rany, ból, wzrost temperatury ciała).
- Kontrola parametrów krążeniowo-oddechowych, częstości tętna, ciśnienia tętniczego, saturacji i temperatury.
- Zwrócenie uwagi na zwiększone ocieplenie i obrzęk tkanek, zmianę zabarwienia rany z czerwonej na fioletową, ciemnobrązową aż do czarnej, zapach wydzielający się z rany, ból, wzrost temperatury ciała.
- Mycie i dezynfekcja rąk przed i po każdej procedurze wykonanej u pacjenta.
- Zmiana opatrunków z zachowaniem wszelkich zasad aseptyki.
- Właściwa wentylacja w celu zmniejszenia liczby bakterii nagromadzonych w pomieszczeniu.
- Zmiana pościeli, a gdy jest taka konieczność stosowanie pościeli wyjałowionej.
- Podaż antybiotyków na zlecenie lekarza.

Ocena: Zastosowana aseptyka i antyseptyka opóźniła wystąpienie zakażenia. Obserwacja pozwoliła wcześnie zauważyć objawy zakażenia.

Diagnoza pielęgniarska VI. Wysięk treścią krwistą i ropną z rany oparzeniowej
Cel opieki:
Utrzymanie czystości i higieny w obrębie rany oparzeniowej
Działanie pielęgniarskie:

- Stała obserwacja opatrunków pod kątem wysięków.
- Obserwacja rany oparzeniowej: (proces gojenia się, zapach z rany, zabarwienie skóry wewnątrz i na brzegach rany).
- Zmiana opatrunku co 2-3 dni lub w razie potrzeby z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.
- Kontrola ciśnienia tętniczego i tętna.
- Edukacja dotycząca postępowania z raną oparzeniową.

Ocena: Ranę oparzeniową oparzeniową utrzymano w czystości, co sprzyja gojeniu.

Diagnoza pielęgniarska VII. Ryzyko wystąpienia przykurczy spowodowanych brakiem ruchomości kończyną górną
Cel opieki:
Utrzymanie ruchomości kończyny górnej pacjenta
Działanie pielęgniarskie:

- Zmiana pozycji co 2-3 godz.
- Edukacja dotycząca właściwych pozycji ułożeniowych zapobiegającym przykurczom.
- Konsultacja z rehabilitantem w kwestii zakresu ćwiczeń i sposobu ich wykonywania.
- Zachęcanie do wykonywania ćwiczeń.
- Wczesne uruchamianie kończyny górnej.
- Nakłanianie chorego do czynności samoobsługowych.

Ocena: Wczesne uruchomienie, ćwiczenia i wykonywanie przez pacjenta samodzielnych czynności utrzymało ruchomość kończyny.

Diagnoza pielęgniarska VIII. Ryzyko wystąpienia powikłań krążeniowo-oddechowych spowodowanych unieruchomieniem

Cel opieki:

Zapobieganie wystąpieniu powikłań krążeniowo-oddechowych

Działanie pielęgniarskie:

- Pomiary podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze, oddech).
- W celu ułatwienia oddychania podwyższenie wezgłowia łóżka o 30° i ułożenie w pozycji półsiedzącej.
- Utrzymanie odpowiedniej wilgotności i temperatury otoczenia.
- Prowadzenie gimnastyki oddechowej.
- Zachęcanie do ćwiczeń oddechowych.
- Zastosowanie materaca przeciwodleżynowego.
- Zmiana pozycji co 2-3 godziny.
- Prowadzenie profilaktyki zakrzepowo-zatorowej poprzez gimnastykę kończyn dolnych w celu poprawy krążenia.
- Układanie wyżej kończyn dolnych, w celu ułatwienia powrotu krwi żylnej w kierunku serca.
- W razie potrzeby stosowanie na zlecenie lekarza heparyny drobnocząsteczkowej.

Ocena: Zastosowane uruchamianie pacjenta i pozycje ułożeniowe przyczyniły się do prawidłowego działania układu krążeniowo-oddechowego. Nie zaobserwowano powikłań.

Diagnoza pielęgniarska IX. Zaparcia spowodowane utratą wody z organizmu oraz długim unieruchomieniem

Cel opieki:

Przywrócenie prawidłowej perystaltyki jelit

Działanie pielęgniarskie:

- Kontrola spożywanych posiłków.
- Kontrola wypróżnień.
- Uzupełnienie diety o płyny, minimum 2- 3 litry dziennie.
- Zastosowanie środków farmakologicznych przeczyszczających i preparatów rozluźniających stolec w razie wskazań.

- Nauka pacjenta masażu brzucha kilka razy dziennie, wykonywanego dłonią przez 2-3 min z zastosowaniem ruchów głaskających w kierunku zgodnym z ruchem wskazówek zegara (wokół pępka, zataczając coraz szersze kręgi, i wzdłuż przebiegu jelita grubego).

Ocena: Perystaltyka jelit się poprawiła. Są to jednak bolesne wypróżnienia.

Diagnoza pielęgniarska X. Niepokój o obraz własnego ciała oraz sprawność ruchową po zakończonym leczeniu

Cel opieki:

Poprawa samopoczucia pacjenta, udzielenie wsparcia

Działanie pielęgniarskie:

- Rozmowa terapeutyczna z pacjentem.
- Oddziaływanie na postawę chorego, okazywanie gotowości do pomocy i wysłuchania chorego.
- Obecność przy pacjencie w czasie leczenia.
- Wyjaśnianie wątpliwości i udzielenie informacji związanych z chorobą, leczeniem i fizjoterapią.
- Umożliwienie kontaktu z psychoterapeutą.
- Planowanie wraz z pacjentem działań rehabilitacyjnych.
- Wskazanie możliwości maskowania blizn oparzeniowych.
- Ułatwienie kontaktu z chirurgiem plastycznym.

Ocena: Zdobyto zaufanie pacjenta, co otworzyło go na rozmowę. Pacjent czuje wsparcie. Zyskał nadzieję na pogodzenie się ze swoją sytuacją.

Wnioski

1. Opierając się o metody badawcze: obserwację pielęgniarską, wywiad i analizę dokumentacji medycznej rozpoznano problemy pielęgnacyjne pacjenta z oparzeniem III stopnia.
2. Opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej pacjenta i zaproponowano czynności zmierzające do rozwiązania rozpoznanych problemów.
3. Opracowano arkusz do zbierania danych o pacjencie z oparzeniem III stopnia.
4. Poddano ocenie podjęte działania.

Piśmiennictwo

1. Nabzdyk A.: Postępowanie w oparzeniach [w:] Postępowanie przedszpitalne w obrażeniach ciała, Guła P., Machała W. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2015, 13: 303-321.
2. Kozłowska E., Popow A., Cierzniakowska K., Kiełbasa L.: Oparzenia jako problem leczniczo pielęgnacyjny [w:] Leczenie ran przewlekłych. Szewczyk M. T., Jawień A. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019, 11: 234-244
3. World Health Organization: Burns, 2018. [online].
   Dostępne: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns. Data pobrania: 11.05.2022.
4. American Burn Association: National Burn Repository: 2019 Report Dataset Version 14.0.[online].
   Dostępne: https://sk75w2kudjd3fv2xs2cvymrg-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2020/05/2019-ABA-Annual-Report_FINAL.pdf. Data pobrania: 11.05.2022.
5. Chrzanowska-Wąsik M., Chemperek E., Sokołowski D., Goniewicz M., Bednarz K., Rzońca P.: Analiza oparzeń osób dorosłych hospitalizowanych we Wschodnim Centrum Leczenia Oparzeń i Chirurgii. Rekonstrukcyjnej w Łęcznej. Journal of Education, Health and Sport 2017; 7(4):410-419.
6. Friedstat J., Brown DA., Levi B.: Chemical, Electrical, and Radiation Injuries. Clinics in Plastic Surgery 2017; 44(3): 657–669.
7. Jeschke MG., van Baar ME., Choudhry MA. Et al.: Burn injury. Nature Reviews Disease Primers 2020; 6(1): 11.
8. Sanforda A., Gamelli RL.: Lightning and thermal injuries. Handbook of Clinical Neurology 2014; 120: 981-986.
9. Christian Sommerhalder Ch., Blears E., Murton AJ. Et al.: Current Problems in Burn Hypermetabolism. Current Problems in Surgery 2020; 57(1): 100709.
10. Głowacka A., Bączyk G., Ulatowska A.: Zapobieganie zakażeniom, skuteczna kontrola i leczenie zakażonych ran oparzeniowych - rola pielęgniarki w zespole interdyscyplinarnym. Pielęgniarstwo Polskie 2017; 66: 633-639.
11. Alson R.L.: Oparzenia [w:] International trauma life support. Ratownictwo przedszpitalne w urazach, Campbell JE., Alson RL. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2017; 16: 316-339.

12. Abdallah F., Mijouin L., Pichon Ch.: Skin Immune Landscape: Inside and Outside the Organism, Mediators of Inflammation 2017.
13. Korzeniowski T.: Zakażenie w oparzeniach. Profesjonalnie o ranach dla specjalistów Inforanek Plus 2016; 2(6): 8-12.
14. Kaddoura II., Abu-Sittah G., Ibrahim A. et al.: Burn injury: review of pathophysiology and therapeutic modalities in major burns. Annals of Burns and Fire Disasters 2017; 30(2): 95–102.
15. Hettiaratchy S., Papini R., Dziewulski P. (red.): ABC Oparzeń. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2013.
16. Ball RL., Keyloun JW., Brummel-Ziedins K. et al.: Burn-Induced Coagulopathies: a Comprehensive Review. Shock. 2020; 54(2): 154–167.
17. Jędrys J., Chrapusta A.: Oparzenia. Ocena głębokości i powierzchni oparzenia oraz zaopatrzenie rany oparzeniowej. Medycyna Praktyczna 2015.

ISBN KOMPLET – 978-83-964323-2-2
ISBN – TOM I –978-83-964323-3-9