

HOLISTYCZNY WYMIAR OPIEKI WOBEC OSÓB Z CHOROBYMI SKÓRY I BŁON ŚLUZOWYCH



TOM II

pod red.
Barbary Jankowiak,
Elżbiety Krajewskiej-Kułak

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



HOLISTYCZNY WYMIAR OPIEKI WOBEC OSÓB Z CHOROBY SKÓRY I BŁON ŚLUZOWYCH

TOM II

Praca zbiorowa pod redakcją

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

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

Białystok 2023

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. Kilińskiego 1
Białystok

Wydanie I

Białystok 2023

Wszelkie prawa zastrzeżone

ISBN komplet

978-83-964323-2-2

ISBN Tom II

978-83-67454-35-3

Opracowanie graficzne

Agnieszka Kulak-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 CHOROBYMI SKÓRY I BŁON ŚLUZOWYCH**

TOM II

Wykaz autorów

Brodowicz – Król Magdalena

Dr n. o zdr.

Instytut Humanistyczno-Medyczny Akademii Zamoyskiej

Gers Karolina Wanda

Mgr kosmetologii

Zakład Chemii Leków Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Grajewska Anna

Mgr kosmetologii

Zakład Chemii Leków Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Janczaruk Marzena

Mgr pielęgniarstwa

Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej

II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Jankowiak Barbara

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

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jankowska Beata

Dr n. med. i n. o zdr.

Katedra Kosmetologii Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Łomżyńskiej w Łomży

Kaliszuk Sylwia

Lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kowalewska Beata

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

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Krajewska – Kułak Elżbieta

Prof. dr hab. n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kulbaka Ewa

Dr n. med.

Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej

Litwińczuk Agnieszka

Mgr pielęgniarstwa

Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

Oddział Rehabilitacji SPZOZ Szpitala Wojewódzkiego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

Łyduch Małgorzata

Mgr pielęgniarstwa

Szpital Wojewódzki w Opolu

Mańkowski Mateusz

Lic. pielęgniarstwa

Absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej

Radzewicz Anna

Lic. pielęgniarstwa

Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Rutkowska Helena

Mgr pielęgniarstwa

Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Rysiak Edyta

Dr hab. n. o zdr.

Zakład Chemii Leków Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Uniwersytetu

Medycznego w Białymstoku

Szlenk-Czyczerska Elżbieta

Dr n. o zdr.

Instytut Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

Wiśniewska Katarzyna

Mgr pielęgniarstwa

Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej

Ziemiecki Wojciech

Lic. pielęgniarstwa

Absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej

Żerańska Anna

Studentka Kierunku Kosmetologii

Studenckie Koło Naukowe Kosmetologów Akademii Łomżyńskiej w Łomży

Słowo wstępne

Oddajemy do Państwa rąk kolejny - II tom monografii „*Holistyczny wymiar opieki wobec osób z chorobami skóry i błon śluzowych*”.

Przedstawiona Monografia powstała z inspiracji kontynuowania podjętych we wcześniejszym opracowaniu tematów związanych z istotną rolą, jaką pełni skóra i błony śluzowe w kwestii łącznika 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 - Kulak

Spis treści

Opieka nad pacjentem z odleżynami.....	15
Ewa Kulbaka, Magdalena Brodowicz – Król, Katarzyna Wiśniewska, Marzena Janczaruk, Wojciech Ziemiecki	
Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z łuszczycą.....	27
Magdalena Brodowicz – Król, Marzena Janczaruk, Katarzyna Wiśniewska, Mateusz Mańkowski	
Wiedza studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego o autoimmunologicznych jednostkach chorobowych na przykładzie łuszczycy...	46
Małgorzata Łyduch, Elżbieta Szlenk-Czyczerska	
Cellulit – defekt tkanki tłuszczowej w aspekcie kosmetycznym i społecznym.....	69
Karolina Wanda Gers, Anna Grajewska, Edyta Rysiak	
Wpływ łuszczycy na satysfakcję z życia oraz poczucie stygmatyzacji.....	77
Helena Rutkowska, Beata Kowalewska	
Łuszczyca – podstawy teoretyczne.....	92
Helena Rutkowska, Beata Kowalewska	
Problemy pielęgnacyjne pacjenta z oparzeniami III stopnia.....	114
Sylwia Kaliszuk, Barbara Jankowiak	
Opieka pielęgniarska nad pacjentem z odleżynami.....	127
Anna Radzewicz, Barbara Jankowiak	
Odleżyny – aktualny problem medyczny.....	145
Anna Radzewicz, Barbara Jankowiak	
Czerniak skóry – podstawy kliniczne.....	156
Agnieszka Litwińczuk, Barbara Jankowiak	
Poziom wiedzy społeczeństwa na temat profilaktyki czerniaka skóry.....	178
Agnieszka Litwińczuk, Barbara Jankowiak	
Psychodermatologia jako remedium w leczeniu trądziku pospolitego i innych chorób skóry oraz ich wpływ na jakość życia psychicznego.....	192
Beata Jankowska, Anna Żerańska	

Opieka nad pacjentem z odleżynami

**Ewa Kulbaka^{1,2}, Magdalena Brodowicz – Król³, Katarzyna Wiśniewska^{1,2},
Marzena Janczaruk^{2,4,5}, Wojciech Ziemiecki⁶**

1. Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
2. Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej
3. Instytut Humanistyczno-Medyczny Akademii Zamoyskiej
4. II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie
5. Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
6. Absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej

Wstęp

Odleżyna powstaje wskutek niedokrwienia obszaru skóry, jest ogniskiem martwicy, która przechodzi w stan owrzodzenia. Do niedokrwienia skóry może dojść pod wpływem długotrwałego, przewlekłego albo powtarzającego się ucisku, tarcia i/lub sił ścinających. Skóra ma pewien potencjał ochronny na niesprzyjające czynniki, jednak u pacjentów przez długi czas unieruchomionych, z pogorszonym stanem zdrowia, starszych, z nadmierną masą ciała lub niedowagą, nietrzymających moczu lub stolca ryzyko powstania odleżyn znacznie wzrasta [1]. Odleżyna nie jest chorobą, ale skutkiem nieprawidłowej pielęgnacji osoby chorej. Powoduje poważne obniżenie jakości życia pacjenta i wymaga leczenia, czyli podjęcia czynności dla wsparcia gojenia się rany. W tym celu ocenia się stadium odleżyny i wdraża odpowiednie postępowanie stosowanie wybranego typu opatrunków, postępowanie przeciwbakteryjne i w zaawansowanych stadiach odleżyny leczenie chirurgiczne [2, 3].

Odleżyna jest ogniskiem martwicy niedokrwiennej, której towarzyszy postępujące owrzodzenie skóry. Do niedokrwienia skóry dochodzi wtedy, gdy obszar ciała jest przez dłuższy czas narażony na ucisk, tarcie i/lub siły ściskające, dlatego inna definicja odleżyny to kompresyjne uszkodzenie skóry powstające wskutek zaburzeń ukrwienia [4, 5].

Rany odleżynowe powstają w miejscach, gdzie tkanka ma najmniejszą odporność na działanie ciśnienia między powierzchniowego. W sytuacji unieruchomienia pacjenta w pozycji leżącej na wznak obszary najbardziej zagrożone odleżynami to okolice kości krzyżowej, guzy kulszowe, krętarze, kostki i pięty, jednak zmiany martwicze mogą pojawić się także w innych okolicach ciała jak kość potyliczna, małżowiny uszne. Przy pozycji unieruchomienia na boku

odleżyny pojawiają się w okolicy uszu, stawów biodrowych, przyśrodkowej stronie stawów kolanowych. Pacjent unieruchomiony w pozycji siedzącej jest narażony na odleżyny w okolicach pośladków, pięt i rąk [6].

Odleżyny obok zakażeń szpitalnych należą do najpoważniejszych powikłań występujących u pacjentów hospitalizowanych. Nielezione albo leczone w nieprawidłowy sposób prowadzą do stanu zagrożenia życia. Największe znaczenie w terapii odleżyn ma odpowiednia pielęgnacja pacjenta, zwłaszcza wtedy, gdy chory nie może samodzielnie zmieniać pozycji ciała [7].

Występowanie odleżyn w placówkach opieki zdrowotnej jest postrzegane jako wskaźnik jakości opieki pielęgniarzkiej. To przede wszystkim pielęgniarzki/pielęgniarze są odpowiedzialni za ocenę ryzyka wystąpienia odleżyn, prowadzenie profilaktyki oraz wykonywanie czynności w procesie leczenia odleżyn [8].

W ocenie ryzyka należy uwzględnić czynniki zwiększające zagrożenie i pamiętać, że pacjent już w chwili przyjęcia musi zostać oceniony według skali ryzyka odleżyn, którą stosuje się w szpitalu, wraz z przeprowadzeniem oceny stanu odżywienia. Ocena powinna być ponawiana co 1-2 dni (około 90% ran powstaje w ciągu dwóch początkowych tygodni pobytu pacjenta) i musi uwzględniać zmiany samopoczucia pacjenta. Do poziomu ryzyka dostosowuje się indywidualny plan opieki pielęgniarzkiej. Pielęgniarka/pielęgniarz ma wpływ na czynniki zewnętrzne i na nich koncentruje się profilaktyka. Należy zapewnić odpowiednią temperaturę i wilgotność otoczenia, wyposażyć łóżko, dobrać bieliznę pościelową, stosować środki pielęgnacyjne, dbać o rotowanie pacjenta, odpowiednią częstość toalety ciała. Stan skóry pacjenta musi być na bieżąco monitorowany, aby jak najszybciej zareagować na oznaki zmian. W niektórych przypadkach ryzyko jest cały czas wysokie i mimo działań pielęgniarzki/pielęgniarza dochodzi do powstania rany odleżynowej. Wówczas zadaniem pielęgniarzki/pielęgniarza jest ograniczanie wielkości rany, dbanie o komfort pacjenta i tworzenie warunków do dobrego gojenia się rozwiniętej odleżyny. Zaleceniem jest dobór opatrunków nowej generacji, dobranie opatrunku do etapu gojenia się rany i jej wyglądu. Jeśli podczas pobytu w szpitalu pacjent jest przemieszczany, np. na badania lub zabiegi, trzeba zadbać o bezpieczeństwo i warunki, w których nie naruszy się skóry. Dlatego stosuje się sprzęt pomocniczy, np. pasy stabilizujące i transportowe, zintegrowane systemy przenoszenia chorego, łątwoślizgi lub podnośniki. Podczas toalety zawsze należy dokładnie naciągnąć i wygładzić pościel, w łóżku wykorzystywać wałki, kliny, poduszki stabilizujące, odpowiednie podkładki, np. z żelu, futra, owczej skóry. Należy też poświęcić uwagę doborowi bielizny osobistej, wkładek urologicznych, pieluchomajtek lub pampersów przy nietrzymaniu moczu

lub kału. Po każdorazowym zabrudzeniu trzeba umyć dokładnie okolice krocza ciepłą wodą z dodatkiem środka myjącego hipoalergicznego, o lekko kwaśnym lub neutralnym pH, z dodatkiem składników nawilżających i natłuszczających (stosując zwykłe mydło, używa się niewielkiej ilości oliwki kosmetycznej), skórę dokładnie i delikatnie osuszyć. Przy masażu lub toalecie skóry rozprowadza się środki regeneracyjne i ochronne, np. preparaty z lanoliną, kreatyną, panthenolem. Dobrze natłuszczają skórę maść witaminowa, wazelina lub parafina, bo oliwka dla dzieci ma tylko działanie nawilżające. Nie stosuje się równocześnie środków w postaci płynu i pudru, aby nie tworzyć na skórze skorupy. Obserwację skóry należy prowadzić około 2 razy dziennie, zwracając uwagę na zmiany grubości skóry, ucieplenie, wilgoć, napięcie, barwę, obecność obrzęków, blizn, zranień, otarć, zadrapań [9, 10, 11].

W przypadku powstania odleżyn pielęgniarka/pielęgniarz zwraca uwagę na prowadzenie leczenia ogólnego i miejscowego oraz dążenie do polepszenia stanu zdrowia pacjenta, w tym stabilizacji chorób towarzyszących. Leczenie miejscowe to stosowanie odpowiednio dobranych opatrunków zależnie od etapu gojenia, oczyszczanie rany przed nałożeniem opatrunku oraz równoległe prowadzenie terapii przeciwbólowej [9, 12, 13].

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie procesu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z problemem odleżyn.

Material i metody

W badaniu zastosowano metodę indywidualnego przypadku oraz techniki wywiadu, obserwacji, analizy dokumentów i pomiaru. Wywiad realizowano podczas spotkań z pacjentką, zadając pytania, uzyskując odpowiedzi i notując informacje. Stosując technikę analizy dokumentów zapoznano się z historią choroby, wynikami badań laboratoryjnych, kartą leczenia, kartą zleceń lekarskich, kartą gorączkową. Pomiar prowadzono podczas sprawdzania parametrów ciśnienia tętniczego krwi, temperatury, tętna i oddechu. W ocenie pacjentki zastosowano skalę ryzyka odleżyn Norton, skalę Torrance'a, skalę Barthel, skalę oceny bólu VAS, skalę oceny świadomości GSC.

Wybrany przypadek to pacjentka w wieku podeszłym, hospitalizowana w listopadzie 2021 roku z powodu nasilonych duszności. Chora w opiece domowej nie była mobilizowana do aktywności ruchowej, pozostawała w pozycji leżącej albo z pomocą domowników

przemieszczała się na fotel lub do toalety. Wskutek wcześniejszego unieruchomienia podczas przyjęcia do szpitala stwierdzono oprócz problemu duszności występowanie odleżyn.

W etapie empirycznym przeprowadzono badania właściwe. W etapie analitycznym opisano i przeanalizowano wyniki.

Wyniki

Studium indywidualnego przypadku pacjenta z odleżyną – analiza i opis

Badaniem objęto pacjentkę w wieku 74 lat z rozpoznaniem odleżyn. Kobieta przebywała pod opieką w warunkach domowych. Na podstawie wywiadu stwierdzono, że z powodu trudności w poruszaniu się związanych z dolegliwościami stawu biodrowego lewego od około dwóch miesięcy wcześniej znacznie ograniczyła aktywność ruchową: w domu pozostawała w pozycji leżącej, w ciągu dnia z pomocą domowników przemieszczała się na fotel lub do toalety.

Pacjentka w listopadzie 2021 roku została przewieziona do szpitala przez ZRZ, wezwanie z powodu nasilonych duszności. Test w kierunku COVID-19 wyszedł negatywny. Rozpoznano stan zapalny górnych dróg oddechowych z zaleganiem wydzieliny oraz odleżyny: w okolicach kości krzyżowej stopnia II i w okolicy pięt i rąk stopnia I. Podczas pobytu w szpitalu pacjentka była konsultowana z ortopedą celem zaplanowania zabiegu wszczepienia endoprotezy po ustabilizowaniu stanu ogólnego.

Diagnozy i plan opieki pielęgniarskiej pacjenta z odleżynami

Diagnoza pielęgniarska 1: Wycofanie się, apatia pacjentki podczas przyjęcia do szpitala.

Cel interwencji: Ułatwienie pacjentce adaptowania się do hospitalizacji i ocena zapotrzebowania na wsparcie.

Plan interwencji:

- Przedstawienie się, wyjaśnienie pacjentce swojej roli i zachęcenie jej do odpowiadania na pytania.
- Ocena stanu świadomości według skali GSC, pacjentka przytomna, nieco zdezorientowana.
- Wyjaśnienie pacjentce potrzeb hospitalizacji i czynności, jakie będą wykonane.
- Ocena pacjentki według skali Barthel, pacjentka w stanie średnio ciężkim, potrzebuje pomocy.

- Objasnienie pacjentce działania urządzenia przywołującego i zachęcenie, aby korzystała z niego, gdy będzie potrzebowała pomocy pielęgniarki/pielęgniarza.
- Przypomnienie czynności/badań, które będą wykonywane.
- Upewnienie się, czy pacjentka zrozumiała informacje.

Ocena interwencji: Pacjentka została uspokojona, pogodziła się z hospitalizacją.

Diagnoza pielęgniarstwa 2: Dyskomfort pacjentki z powodu odleżyny w okolicy kości krzyżowej, odleżyna stopnia II według skali Torrance’a.

Cel interwencji: Zapobieganie pogłębianiu się odleżyny i wsparcie procesu gojenia się rany odleżynowej.

Plan interwencji:

- Ocena rany odleżynowej według skali Torrance’a (odleżyna II stopnia w okolicy kości krzyżowej) oraz skali kolorowej.
- Wykonanie toalety ciała pacjentki.
- Przemycie rany Octoniseptem.
- Nałożenie hydrożelu Intrasite Gel na powierzchnię.
- Zabezpieczenie rany jałowym kompresem gazowym i przymocowanie opatrunku przylepcem.
- Udokumentowanie wykonanych czynności z zapisem terminu założenia opatrunku.
- Zastosowanie pozycji na boku.
- Monitorowanie zmiany pozycji pacjentki.
- Obserwacja dna rany przy każdej zmianie opatrunku.

Ocena interwencji: Proces gojenia odleżyny rozpoczęty.

Diagnoza pielęgniarstwa 3: Dyskomfort pacjentki pod kątem odleżyn I stopnia na rękach i piętach.

Cel interwencji: Rozpoczęcie leczenia odleżyn i poprawa komfortu pacjentki.

Plan interwencji:

- Ocena odleżyn według skali Torrance’a (odleżyna I stopnia w okolicy obu pięt oraz odleżyna I stopnia w okolicy obu rąk i skali kolorystycznej).
- Wykonanie toalety ciała pacjentki.
- Dodatkowe przetarcie ran odleżynowych, zastosowanie delikatnego masażu i roztarcia.
- Nałożenie błon poliuretanowych.

- Zastosowanie pozycji i pomocy zmniejszających ucisk na okolice ciała z ranami odleżynowymi.
- Dbanie o zmianę pozycji pacjentki co 2 godziny.
- Obserwacja miejsc z odleżynami.

Ocena interwencji: Odleżyny zaczęły ulegać zmniejszeniu.

Diagnoza pielęgnarska 4: Zwiększone ryzyko rozwoju kolejnych odleżyn.

Cel interwencji: Zapobieganie rozwojowi nowych odleżyn.

Plan interwencji:

- Ocena ryzyka odleżyn za pomocą skali Norton.
- Zastosowanie materaca przeciwoleżynowego dynamicznie zmiennociśnieniowego.
- Zadbanie o zmianę pozycji pacjentki co 2 godziny.
- Wykorzystanie wałków, klinów i poduszki stabilizującej do odpowiedniego ułożenia pacjentki.
- Zadbanie o całościową codzienną toaletę ciała w razie potrzeby z zastosowaniem środków hipoalergicznym o lekko kwaśnym lub neutralnym pH do mycia.
- Natłuszczenie skóry pacjentki.
- Wykonywanie oklepywania i łagodnego masażu obszarów skóry poddanych uciskowi z omijaniem wyniosłości kostnych.
- Okresowe zdejmowanie pampersów celem wietrzenia skóry okolic krocza i pośladków.
- Zastosowanie bogato białkowej, zbilansowanej diety poprawiającej stan odżywienia.
- Dokumentowanie czynności w karcie pacjenta razem ze wskazówkami do dalszej pielęgnacji.

Ocena interwencji: Nie doszło do powstania nowych odleżyn.

Diagnoza pielęgnarska 5: Zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych wskutek osłabienia mięśni oddechowych.

Cel interwencji: Przeciwdziałanie powstawaniu ognisk niedodmy i usprawnienie wymiany gazowej.

Plan interwencji:

- Zastosowanie inhalacji.
- Zastosowanie oklepywania klatki piersiowej i drenażu ułożeniowego.

- Przećwiczenie z pacjentką technik efektywnego kaszlu, zachęcenie jej do samodzielnego odkasływania wydzieliny, zaopatrzenie w ligninę umieszczoną w zasięgu ręki.
- Podanie leków mukolitycznych na zlecenie lekarza.
- Wykonywanie toalety jamy ustnej.
- Kontrolowanie parametrów życiowych – tętna, ciśnienia tętniczego krwi, saturacji.
- Obserwacja stanu pacjentki.
- Udokumentowanie wykonanych czynności.

Ocena interwencji: Wymiana gazowa została usprawniona.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko powikłań wskutek ograniczenia ruchomości pacjentki – zapalenia płuc, zakrzepicy żyłnej.

Cel interwencji: Zapobieganie powikłaniom związanym z unieruchomieniem.

Plan interwencji:

- Asystowanie pacjentce podczas ćwiczeń fizjoterapeutycznych i rehabilitacyjnych.
- Zachęcanie do zmiany pozycji, zastosowanie pomocy przyłóżkowych, pokazanie techniki siadania z użyciem drabinki.
- Prowadzenie gimnastyki oddechowej.
- Podawanie leków przeciwzakrzepowych na zlecenie lekarza.
- Konsultacja z rehabilitantem na temat nauki chodzenia pacjentki z kulą albo dwiema kulami lub z pomocą balkonika.

Ocena interwencji: Zwiększono ruchomość pacjentki i nie rozwinęły się powikłania.

Diagnoza pielęgniarska 7: Dyskomfort pacjentki z powodu obrzęków stop związanego z zastojem krwi w kończynach dolnych.

Cel interwencji: Zmniejszenie obrzęków.

Plan interwencji:

- Ocena i pomiar obrzęków.
- Zastosowanie pozycji w ułożenia kończyn dolnych uniesionych o około 30° od reszty ciała.
- Wykonywanie ćwiczeń biernych, rehabilitacji ruchowej co około 4 godziny.
- Zastosowanie materaca zmiennociśnieniowego.
- Podanie leków przeciwzakrzepowych na zlecenie lekarza.

- Prowadzenie obserwacji kończyn i stóp pod kątem zmian skórnych.
- Prowadzenie pomiarów i obserwowanie obrzęków.

Ocena interwencji: Obrzęki zostały zmniejszone.

Diagnoza pielęgnarska 8: Dysfunkcja stawów i mięśni wskutek niedostatecznej ilości ruchu u pacjentki.

Cel interwencji: Eliminacja przykurczy w stawach i zapobieganie zanikom mięśniowym.

Plan interwencji:

- Ocena ruchomości poszczególnych stawów, obserwacja pod kątem występowania zniekształceń, przykurczy i napięcia mięśni.
- Dobranie ćwiczeń rehabilitacyjnych odpowiednich do stanu pacjentki.
- Wykonywanie ćwiczeń biernych i rehabilitacji ruchowej mniej więcej co 4 godziny.
- Pokazanie pacjentce ćwiczeń izometrycznych i zachęcenie do ich wykonywania.
- Dbanie o regularne zmiany położenia ciała z uwzględnieniem fizjologicznego ustawienia kończyn.

Ocena interwencji: Zmniejszono opory w stawach podczas wykonywania ruchów.

Diagnoza pielęgnarska 9: Niechęć pacjentki do podejmowania ruchów spowodowana dolegliwościami bólowymi w obrębie stawu biodrowego lewego.

Cel interwencji: Zmniejszenie dolegliwości bólowych i ułatwienie ruchów pacjentce.

Plan interwencji:

- Zebranie wywiadu na temat dolegliwości bólowych pacjentki, czasu ich pojawienia się i okoliczności występowania bólu.
- Ocena nasilenia dolegliwości bólowych – pacjentka wskazała 8 w skali VAS, odczuwany ból jest dla niej bardzo silny.
- Prowadzenie farmakoterapii bólowej na zlecenie lekarza, dbanie o terminy podawania środków przeciwbólowych.
- Wyjaśnienie pacjentce potrzeby konsultacji z ortopedą w celu zbadania możliwości leczenia stawu biodrowego.
- Asystowanie pacjentce podczas prowadzenia ćwiczeń chodzenia z balkonikiem.
- Monitorowanie odczuwania bólu przez pacjentkę – po prowadzeniu farmakoterapii pacjentka oceniła ból w skali VAS na 5, średni.

Ocena interwencji: Uzyskano zmniejszenie dolegliwości bólowych stawu biodrowego.

Diagnoza pielęgniarska 10: Deficyt wiedzy pacjentki na temat dbałości o stan skóry.

Cel interwencji: Zwiększenie wiedzy pacjentki i uzyskanie lepszej samopielęgnacji skóry.

Plan interwencji:

- Wyjaśnienie pacjentce mechanizmu powstawania odleżyny – dobieranie prostego słownictwa, posłużenie się ilustracjami.
- Przedstawienie sposobów zapobiegania długotrwałemu uciskowi.
- Przećwiczenie z pacjentką zmian pozycji w łóżku, jakie może wykonać samodzielnie.
- Zachęcenie do siadania z pomocami w ciągu dnia i zwracania się o pomoc do pielęgniarki/pielęgniara w razie potrzeby.
- Wyjaśnienie znaczenia nawilżania i natłuszczania skóry.
- Pozostawienie wazeliny w zasięgu ręki pacjentki i zachęcenie jej, aby stosowała niewielkie ilości na okolice rąk.

Ocena interwencji: Wiedza pacjentki w zakresie dbałości o skórę została zwiększona.

Diagnoza pielęgniarska 11: Deficyt wiedzy pacjentki na temat znaczenia utrzymania sprawności i podejmowania ruchu.

Cel interwencji: Zwiększenie wiedzy pacjentki i budowanie motywacji do podejmowania ruchu.

Plan interwencji:

- Wyjaśnienie pacjentce związku między powstaniem odleżyn a brakiem aktywności ruchowej.
- Przekazanie informacji o skutkach zmniejszania ruchu dla stawów, mięśni, kości oraz ogólnego samopoczucia.
- Zachęcenie pacjentki do wykonywania w asyście pielęgniarki/pielęgniara krótkich spacerów z balkonikiem.
- Zwrócenie uwagi na potrzebę uzupełniania płynów.
- Zwrócenie uwagi na dostosowanie wysiłku do możliwości, przerywanie przy odczuwaniu zmęczenia.
- Rozmowa na temat udogodnień, które można wprowadzić w środowisku domowym celem zwiększenia bezpieczeństwa i ułatwienia aktywności ruchowej.
- Przekazanie pacjentce informacji o możliwościach skorzystania z fizjoterapii w miejscu zamieszkania.
- Rozmowa z rodziną na temat organizacji aktywności ruchowej pacjentki.

Ocena interwencji: Zwiększono wiedzę pacjentki i jej rodziny na temat znaczenia podtrzymania aktywności ruchowej w wieku podeszłym.

Wnioski

W opisywanym przypadku odleżyny powstały u pacjentki starszej, przebywającej w środowisku domowym, ale znacznie ograniczającej ruchy ze względu na odczuwanie dolegliwości bólowych lewego stawu biodrowego. Działania pielęgniarские pozwoliły na uzyskanie początku procesu gojenia się odleżyn, zapobiegły powstawaniu kolejnych i poprzez edukację zwiększano wiedzę pacjentki na temat dbania o skórę i podejmowania większej ilości ruchu. W badanym przypadku istniały możliwości, aby stworzyć pacjentce lepsze warunki do podejmowania ruchu, przede wszystkim dzięki prowadzeniu leczenia przeciwbólowego, nauce poruszania się przy pomocy sprzętu ortopedycznego i zaplanowaniu leczenia ortopedycznego. Podjęte ćwiczenia rehabilitacyjne i fizjoterapia w okresie szpitalnym pozwoliły też zwiększyć zdolności pacjentki do podejmowania ruchu. W aspekcie zapobiegania problemowi odleżyn u pacjentki w wieku podeszłym ważnym zagadnieniem jest utrzymanie i poprawa sprawności ruchowej, zapobieganie niepełnosprawności oraz unieruchomieniu.

Wnioski:

1. Problemy zdrowotne i dolegliwości pojawiające się u pacjenta z problemem odleżyn należy rozpoznawać indywidualnie, oprócz wieku mogą to być choroby przewlekłe, np. nadciśnienie tętnicze, albo zmiany zwyrodnieniowe stawów utrudniające poruszanie. Należy przeanalizować związek problemów zdrowotnych pacjenta z ryzykiem pojawienia się odleżyn.
2. Udział pielęgniarki/pielęgniara w procesie terapeutycznym pacjenta z problemem odleżyn polega na uczestnictwie w terapii ogólnoustrojowej, monitorowaniu stanu pacjenta, wykonywaniu pomiarów i interpretacji ich wyników, doborze czynności leczniczych, które wpłyną na rozpoczęcie procesu gojenia się rany odleżynowej i wdrożeniu profilaktyki powstawania nowych odleżyn. Należy zwrócić uwagę na konieczność oceny i obserwacji stanu skóry, prowadzenia rotacji pacjenta i podjęciu działań na rzecz usprawnienia pacjenta oraz zwiększenia przez niego ilości ruchu, jeśli jest taka możliwość.

3. Potrzeby edukacyjne pacjenta z problemem odleżyn związane z prowadzeniem samoopieki i samopielęgnacji obejmują uzyskanie wiedzy na temat obserwowania swojego stanu zdrowia, obserwowania i pielęgnowania skóry, znajomości znaczenia ruchu i zapobiegania długotrwałym uciskom tkanek.

Piśmiennictwo

1. Sopata M., Tomaszewska E., Głowacka A.: Odleżyny [w:] Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych, Gajewski P. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2013: 2513-2516.
2. Skolik B., Migąła P., Migąła M.: Problem trudno gojących się ran i odleżyn w fizjoterapii. *Opolska Pielęgniarka i Położna* 2019; 3(50): 7-14.
3. Soińska J.: Odleżyny – profilaktyka czy leczenie. *Kwartalnik Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu* 2016; 2: 4-9.
4. Rosińczuk J., Uchmanowicz I.: Odleżyny – profilaktyka i leczenie. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2014.
5. Sepioło A., Mroczek B., Modrzejewski A.: Nowoczesne metody leczenia ran w opiece środowiskowej – opis przypadku. *Family Medicine & Primary Care Review* 2012; 1(14): 91-96.
6. Wysokiński P., Świeszczak K.: Odleżyny jako istotny problem w opiece i rehabilitacji pacjenta unieruchomionego [w:] *Horyzonty współczesnej fizjoterapii*, Borowicz A.M., Osińska M. (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii, Poznań 2016: 195.
7. Jakiela K., Krzemińska S., Borodziej-Cedro A. i wsp.: Czynniki wewnętrzne i zewnętrzne wpływające na powstawanie odleżyn u pacjentów leczonych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2014; 2: 135-142.
8. Michalska N., Kobos E.M.: Wiedza pielęgniarek opieki długoterminowej oraz pracujących w domach opieki społecznej w zakresie stosowania opatrunków w leczeniu odleżyn, <https://www.pwod.plock.pl> (data pobrania 11.03.2022 r.).
9. Bogusz W., Kondzior D.J.: Jak zapobiegać i leczyć rany odleżynowe [w:] *Sytuacje trudne w ochronie zdrowia*, Lankau A., Kondzior D., Krajewska-Kułak E. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2017: 412-428.

10. Bożęcka M.: Odleżyny – problem długotrwałego unieruchomienia. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2014; 3: 8-10.
11. Czabak-Garbacz R., Załuska K., Kasprzyk-Kościk B. i wsp.: Pacjent długotrwale leżący. Gabinet Prywatny 2013; 3(20): 8-20.
12. Rubaszewska M.: Leczenie odleżyn – studium przypadku. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2014; 6: 17-18.
13. Wypyszewska J., Kopański Z., Kulesa-Mrowiecka M. i wsp.: Kliniczna ocena bólu. Journal of Clinical Healthcare 2018; 2: 6-11.

Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z łuszczycą

**Magdalena Brodowicz – Król¹, Marzena Janczaruk^{2,3,4}, Katarzyna Wiśniewska^{4,5},
Mateusz Mańkowski⁶**

1. Instytut Humanistyczno-Medyczny Akademii Zamoyskiej
2. II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie
3. Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
4. Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej
5. Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
6. Absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej

Wstęp

Łuszczyca to jedno z najpowszechniejszych schorzeń dermatologicznych, występujące głównie wśród ludzi rasy białej. Na podstawie wieloletnich badań i obserwacji uznano, iż schorzenie to jest silnie uwarunkowane genetycznie, jednak za jego występowanie odpowiada nie jeden, lecz komponent wielu genów. Łuszczyca określana łacińskim terminem *psoriasis*, przez wiele stuleci nie była klasyfikowana jako odrębna jednostka chorobowa z uwagi na błędne identyfikowanie jej z trądem. Po raz pierwszy opis omawianej choroby sporządził w 1811 r. Robert William, natomiast 30 lat później Ferdinand von Hebra wprowadził łuszczycę do katalogu faktycznych chorób [1]. Pomimo długiego upływu czasu oraz licznych badań, nie udało się wskazać jednoznacznych przyczyn jej występowania. Aktualnie w literaturze przedmiotu wskazuje się na genetyczną etiologię łuszczycy m.in. przez wzgląd na częste występowanie pośród członków rodzin (u około 30% pacjentów) [2].

Klasyfikacja ICD-10 do rodzajów łuszczycy (L40) zalicza [3]: łuszczycę pospolitą (L40.0), łuszczycę krostkową uogólnioną (L40.1), zapalenie ciągłe krostkowe kończyn (L40.2), łuszczycę krostkowa dłoni i podeszew (L40.3), łuszczycę grudkową (L40.4), łuszczycę stawową (L40.5), inne postacie łuszczycy (L40.8), łuszczycę, nieokreśloną (L40.9). Natomiast najnowsza klasyfikacja ICD-11 jako łuszczycę (EA90) wyróżnia [4]:

- łuszczycę plackowatą (EA90.0) – najczęstszą formę choroby, która objawia się czerwonymi, łuszczącymi się blaszkami, początkowo obejmującymi skórę głowy, powierzchnię prostowników łokci i kolan, dolną część pleców oraz golenie. W ciężkich przypadkach choroby zajęta może być większość powierzchni ciała,

- łuszczycę kropelkową (EA90.1) – ostrą, rozległą wysypkę małych (poniżej 1 cm) grudek, w większości przypadków poprzedzona zakażeniem paciorkowcami, w szczególności zapaleniem migdałków oraz paciorkowcowym bólem gardła. Wspomniana forma łuszczycy pojawiać się przeważnie u dzieci lub młodych dorosłych. W przypadku braku leczenia zazwyczaj ustępuje w trakcie 4-6 miesięcy,
- niestabilną łuszczycę (EA90.2) – zapalną formę łuszczycy, mogącą prowadzić do erythrodermii bądź łuszczycy krostkowej. Cechą charakterystyczną jest zintensyfikowany stan zapalny wokół krawędzi występujących blaszek i/lub wysyp licznych, niewielkich zapalnych grudek oraz blaszek. Część pacjentów może przez całe życie posiadać skłonność do niestabilnej łuszczycy, którą przeważnie ciężko jest kontrolować bez wdrożenia leczenia systemowego,
- erythrodermię łuszczycową (EA90.3) – ciężką postać zapalną łuszczycy, która odznacza się intensywnym zlewnym rumieniem pokrywającym ponad 90% powierzchni ciała pacjentów. Ta forma choroby zazwyczaj wykształca się z uprzedniej rozległej łuszczycy plackowatej, jednakże czasem powstaje de novo. Do grona czynników wyzwalających bądź powodujących schorzenie zalicza się przerwanie stosowania glikokortykosteroidów bądź metotreksatu, a także oparzenia powstałe na skutek fototerapii albo współwystępujące zakażenia. Wśród chorych może wystąpić hipotermia lub niewydolność serca z wysoką pojemnością minutową,
- łuszczycę krostkową (EA90.4) – wyróżniającą się klinicznie widocznymi krostami w postaci ograniczonej bądź uogólnionej,
- łuszczycę określonego miejsca lub dystrybucji (EA90.5) – w tym przypadku zarówno wygląd, terapia i następstwa choroby mogą się poważnie różnić w zależności od lokalizacji. Zalicza się do tego warianty, takie jak: inne określone formy łuszczycy (EA90.Y) oraz łuszczycy nieokreślonego typu (EA90.Z).

Łuszczycyca to schorzenie silnie uwarunkowane genetycznie, przy czym jest to dziedziczenie wielogenowe. U pacjentów chorych na łuszczycę występuje sprzężenie z antygenami CW6, B13 oraz B17, natomiast w przypadku łuszczycy stawowej są to B27 bądź B16. Na podstawie wieloletnich obserwacji stwierdzono, że zdiagnozowanie łuszczycy u jednego z bliźniąt jednojajowych powoduje, iż możliwość wystąpienia tej choroby u drugiego wzrasta do poziomu 70-80%, zaś u bliźniąt dwujajowych zmniejsza się do 15-20%.

Jeżeli jedno z rodziców choruje na łuszczycę, to szansa jej wystąpienia u dziecka szacuje się na 25%, zaś w przypadku obojga chorych rośnie do 60% [5].

Etiopatogeneza łuszczycy jest niezwykle złożona. Przytoczone uwarunkowania genetyczne to tylko jeden z czynników, nie do końca wyjaśniony, a ponadto niejednakowy dla różnorodnych rodzajów klinicznych. Badania genetyczne umożliwiły wskazanie dwóch typów łuszczycy. Typ I pojawia się przeważnie przed 40 r.ż. i odznacza się zmianami o dużej powierzchni, natomiast nie występuje łuszczycy krostkowa. Typ II pojawia się głównie pomiędzy 50 a 70 r.ż. Źródła choroby można także dopatrzeć się pośród zjawisk immunologicznych oraz autoimmunologicznych, o czym może świadczyć aktywacja limfocytów T przy udziale różnych prozapalnych cytokin. Literatura przedmiotu wskazuje również na rolę superantygenów (tj. antygenów, wobec których organizm nie produkuje specyficznych przeciwciał) mających udział w rozpoczęciu procesu autoimmunizacyjnego, zwłaszcza w przypadku łuszczycy powiązanej z wystąpieniem infekcji bakteryjnej bądź wirusowej. Kolejny czynnik to hipotetyczny proces autoimmunizacji, gdyż przypuszczalny antygen mogą stanowić wirusy EV-HPV5 oraz pozostałe EV-HPV, które są obecne w naskórku łuszczycowym. W wyniku działania superantygen bądź zadrapania, wirus podlega aktywacji, a następnie przeobraża się w antygen, powodujący produkcję specyficznych przeciwciał. Dowiedziono także, że bardzo istotną rolę w powstawaniu oraz utrzymywaniu się objawów łuszczycowych odgrywają prozapalne cytokiny, zachodzące zmiany naczyniowe oraz neuropeptydy, uczestniczące w różnych złożonych zjawiskach, silnie powiązanych z patogenezą łuszczycy [6].

Kliniczne objawy łuszczycy u pacjentów z uwarunkowaniami genetycznymi są uzależnione również od wielu czynników środowiskowych, które prowokują i zaostrzają to schorzenie. Praktyka medyczna oraz prace badawcze zaliczają do nich [7, 8]:

- infekcje bakteryjne (np. paciorkowcami), wirusowe (w tym grypa, zapalenie gardła, a także HIV i HPV), grzybiczne. Angina skutkować może postacią uogólnioną drobnogrudkową (kropelkową) łuszczycy w okresie 2-3 tygodni od momentu pojawienia się infekcji,
- urazy fizyczne tzn. uszkodzenia skóry wynikające z zadrapania, skaleczenia, szczepienia, wykonania tatuażu, oparzenia (np. chemicznego lub cieplnego), bardzo często prowokują wysiew zmian chorobowych w miejscu powstałego urazu w okresie kolejnych 1-2 tygodni. Typowy dla czynnej formy łuszczycy jest tzw. objaw Koebnera, skutkujący wysiewem nowych wskutek podrażnienia wywołanego drapaniem oraz usuwaniem łusek np. przy użyciu szczotki,

- stres psychiczny oraz silne przeżycia, które mogą być związane z pojedynczym zdarzeniem (np. rozwód, śmierć rodzica, a także ślub lub narodziny dziecka), bądź długotrwałą sytuacją (np. bezrobocie, poważna choroba bliskiej osoby),
- niektóre leki (jak i odstawienie kortykosteroidów) np. przeciwzapalne (ibuprofen), przeciwmalaryczne (difosforan chlorochiny), nasercowe beta-blokery (fumaran bisoprololu) oraz sole litu,
- używki takie jak alkohol oraz papierosy,
- choroby skóry takie jak trądzik czy łojotokowe zapalenie skóry oraz ukąszenia owadów,
- zaburzenia hormonalne (np. wynikające z ciąży, menopauzy) oraz metaboliczne (np. gospodarki lipidowej oraz węglowodanowej).

Łuszczycą występuje głównie u osób rasy białej, incydentalnie u rasy czarnej, natomiast wśród grenlandzkich Inuitów, południowoamerykańskiej ludności andyjskiej i aborygenów australijskich w ogóle się nie pojawia. W Europie wskaźniki zachorowań są zróżnicowane według poszczególnych krajów, gdyż przykładowo największy odsetek chorych odnotowuje się w Irlandii Północnej (5,5%), Norwegii i Szkocji (po 4,8%), zaś najmniejszy w Chorwacji (1,55%), Hiszpanii (1,43%) oraz Szwecji (1,4%). W przypadku USA (3,15%), Kanady (4,7%), czy Meksyku (3%) sytuacja jest zbliżona do europejskiej, natomiast w Indiach (0,5–2,3%), Chinach (0,5–1,23%) oraz Japonii (0,29–1,18%) liczba pacjentów z łuszczycą jest zdecydowanie niższa. Na terytorium Polski schorzenie to dotyczy ok. 2% populacji, przy czym 2/3 stanowią przypadki z przebiegiem łagodnym, zaś 1/3 to cięższe odmiany [9].

W ciągu ostatnich lat można zaobserwować szereg przemian zachodzących w postrzeganiu roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem, a także w stawianych przed nią w zadaniach. Aktualnie nie jest to wyłącznie pielęgnacja i opieka oraz wykonywanie poleceń ze strony lekarza, lecz również stawianie diagnozy pielęgniarskiej oraz szeroko pojmowana edukacja zdrowotna, szczególnie w zakresie profilaktyki.

Według literatury przedmiotu wspomniana zmiana zadań pielęgniarek w praktyce dermatologicznej w przypadkach chorych z łuszczycą obejmuje także ocenę chorób współistniejących, poradnictwo (w tym porady dotyczące stylu życia), a także techniki redukcji stresu [10]. Pielęgniarka powinna ponadto być w stanie oszacować potrzeby biologiczne, społeczne oraz psychiczne pacjentów z łuszczycą, dokonać właściwej oceny ich sytuacji, a także wyciągnąć wnioski służące do przedstawienia pacjentowi i jego bliskim koniecznych informacji o pielęgnacji i wskazać niezbędne działania w dalszym procesie leczenia [11].

Stosowny poziom wiedzy oraz świadomość pacjenta o efektywności kuracji, możliwych efektach ubocznych i konsekwencjach niestosowania się do zaleceń lekarza, ma odzwierciedlenie w jakości przebiegu terapii [12]. Pielęgniarka powinna zaznajomić pacjenta z praktykami niezbędnymi do odpowiedniego pielęgnowania skóry, zarówno podczas przebywania w szpitalu, jak i po powrocie do domu. Należy uświadomić choremu że, ma on istotny wpływ na stan swojego organizmu, przekonać go do prozdrowotnych zmian w codziennym stylu życia, a także do wystrzegania się czynników, które mogą powodować zaostrzenie symptomów łuszczycy. Do szeregu zadań pielęgniarki zalicza się zatem edukacja, motywowanie oraz wspieranie pacjenta w uzyskaniu zdolności do samoopieki w życiu codziennym [13]. Amerykańskie Stowarzyszenie Praktykujących Pielęgniarek (American Association of Nurse Practitioners; AANP) zrzeszające praktykujące pielęgniarki z licencją na wykonywanie zawodu w USA prezentuje także istotne zalecenia dla Certyfikowanych Pielęgniarek Dermatologicznych (DCNP). Wśród tzw. pereł edukacji pielęgniarskiej w opiece nad pacjentami z łuszczycą wskazano na istotne kwestie, takie jak konieczność omówienia procesu leczenia, w tym wymaganego monitorowania i częstotliwości zabiegów, potrzeby wizyt kontrolnych, prawdopodobieństwa kolejnych wysypów łuszczycy, a także zapewnienia dostępu do odpowiedniej literatury edukacyjnej dla chorych [14].

Zachowania związane z samoopieką odgrywają zasadniczą rolę w kontrolowaniu występujących chorób przewlekłych, jednakże poziom tych działań nie jest zadowalający wśród pacjentów, natomiast wiele prowadzonych terapii uzyskuje znikome pozytywne rezultaty, co w następstwie skutkuje zwiększeniem ilości nawrotów oraz przedłużeniem okresu zwalczania objawów [15]. Adherencja to *„przestrzeganie zasad terapii, przestrzeganie i stosowanie się do zaleceń lekarskich oraz akceptacja uzgodnionych terapii”*, a więc współodpowiedzialność w procesie leczniczym [16]. Jak wskazuje literatura przedmiotu, nieprzestrzeganie terapii może następować w sposób nieumyślny, z uwagi na zapomnienie bądź praktyczne trudności w stosowaniu leczenia. Natomiast działania celowe, stanowią rezultat sfrustrowania pacjentów takimi czynnikami, jak problemy z używaniem leków, uzupełnianiem zapasów, dostępem do dogodnych wizyt, występowaniem skutków ubocznych, brakiem skuteczności oraz ponoszonych kosztów. Bardzo często cięższe przypadki łuszczycy skutkują mniejszym przestrzeganiem zaleceń, prawdopodobnie z powodu niekorzystnych doświadczeń z wcześniejszych terapii, które były nieskuteczne. Taka sytuacja może doprowadzić do błędnego koła, gdyż pacjenci po utracie zaufania względem skuteczności leczenia, są skłonniejsi do niestosowania się do zaleceń, co degraduje efektywność terapii [17].

Cel pracy

Celem pracy jest zaprezentowanie roli i zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentem z łuszczycą oraz problemów osoby dotkniętej tą chorobą, a także schorzeniami współwystępującymi.

Material i metody

Badania podjęte w ramach niniejszej pracy zrealizowano z wykorzystaniem metody indywidualnych przypadków, co z racji dziedziny jaką jest pielęgniarstwo, częściowo wymusiło także zastosowanie technik naukowych, takich jak wywiad, ankieta, obserwacja, analiza dokumentów, pomiary w pielęgniarstwie

Ostatnim krokiem przed realizacją badań był dobór stosownych narzędzi badawczych takich jak: historia choroby, arkusz gromadzenia danych o pacjencie, wyniki badań tj. USG, RTG, wskaźnik BMI, ocena zaawansowania łuszczycy (tj. BSA, DLQI, PASI), karta zleceń lekarskich. Odpowiedzi na problemy szczegółowe zostały udzielone wskutek prowadzenia procesu pielęgnowania.

Wyniki

Studium przypadku pacjenta z łuszczycą – opis i analiza

Pacjent w wieku 37 lat przyjęty na Oddział Kliniki Dermatologii 04.11.2021 r., o godzinie 9:30 w trybie nagłym, po uprzedniej konsultacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR). Przyczyną przyjęcia pacjenta było znaczne zaostrzenie choroby podstawowej, a także konieczność oceny aktywności choroby i modyfikacji dotychczasowego leczenia. Stwierdzoną i podstawową chorobą jest łuszczycyca zwykła.

Przy przyjęciu stwierdzono rozsiane, swędzące zmiany skórne o charakterze rumieniowo-naciekowo-łuszczającym w obrębie skóry owłosionej głowy, twarzy, kończyn górnych i dolnych oraz narządów płciowych (ocena zaawansowania łuszczycy BSA: 51,5%, PASI: 23,8pkt, DLQI: 16 pkt), ponadto zmienione łuszczycowo paznokcie kciuków i paluchów. W chwili przyjęcia na Oddział pacjent cierpi dodatkowo na insulinooporność (z hipoglikemią reaktywną), otyłość brzuszną, niedoczynność tarczycy, próchnicę zębów, zaburzenia snu, powiększenie wątroby. W wywiadzie lekarskim hiperkortyzolemia i niedobór witaminy D.

Choremu, na zlecenie lekarza wykonano następujące procedury medyczne: glukoza z krwi żyłnej, wirus zapalenia wątroby typu B (HBs antygen), badanie ogólne moczu (profil), morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów, odczyn opadania krwinek

czerwonych, wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) (przeciwciała anty-HCV), Kiła/*Treponema pallidum* (przeciwciała anty *T.pallidum*), wirus/przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV), interferon, białko całkowite, rozdział elektroforetyczny, leukocyty - obraz odsetkowy, białko całkowite, USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, kreatynina, RTG klatki piersiowej, białko C-reaktywne (CRP).

W wykonanych badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone stężenie aminotransferazy alaninowej i asparaginowej, gamma-glutamylotranspeptydazy. Poza tym nie stwierdzono innych istotnych odchyleń od stanu prawidłowego. W wykonanym badaniu RTG klatki piersiowej- bez odchyleń od stanu prawidłowego. W badaniu USG jamy brzusznej, stwierdzono powiększenie wątroby (prawy płąt w linii środkowo- obojczykowej mierzy 173mm) o wyraźnie wzmożonej echogeniczności miąższu, bez zmian o charakterze ogniskowym. Śledziona o jednorodnej echostrukturze, powiększona w osi długiej mierzy- 140mm. Przed przybyciem na Oddział, pacjent zaczął prowadzić dokumentację fotograficzną i kontynuował ją również po opuszczeniu szpitala. Dzięki temu można obserwować zmiany w dniu 30 października 2021 na poniższych Fotografiiach 1-4.



Fotografia 1. Zmiany łuszczycowe – lewa ręka (30 października 2021)

Źródło: zdjęcie wykonane przez pacjenta



Fotografia 2. Zmiany łuszczycowe –prawa ręka (30 października 2021)

Źródło: zdjęcie wykonane przez pacjenta



**Fotografia 3. Zmiany łuszczycowe – brzuch i klatka piersiowa
(30 października 2021)**

Źródło: zdjęcie wykonane przez pacjenta



Fotografia 4. Zmiany łuszczycowe – lewa noga (30 października 2021)

Źródło: zdjęcie wykonane przez pacjenta

Kolejna ilustracja (Fotografia 5) przedstawia stan zmian na prawej kończynie dolnej pacjenta w dniach 30 października w warunkach domowych i 4 listopada 2021, czyli w momencie przyjęcia na Oddział, kiedy następował dalszy progres choroby.



**Fotografia 5. Zmiany łuszczycowe – prawa noga
(30 października i 4 listopada 2021)**

Źródło: zdjęcie wykonane przez pacjenta

Proces pielęgnowania pacjenta z łuszczycą

Na proces pielęgnowania pacjenta z łuszczycą składały się indywidualne diagnozy pielęgniarские, którym przypisane zostały konkretne cele. Następnie podjęto stosowne interwencje pielęgniarские.

Diagnoza 1: Pacjent skarży się na świąd w obrębie łuszczycowych zmian skórnych, które w wyniku drapania nasilają stan zapalny, wywołują objaw Auspitz (punktowe krwawienia w miejscu zdrapania łusek), co może także prowadzić do infekcji skórnych.

Cel: Zmniejszenie świądu chorobowo zmienionej skóry i zapobieżenie potencjalnej infekcji skórnej.

Interwencja pielęgniarская:

- wyjaśnienie pacjentowi przyczyny występowania świądu oraz wzmagania stanu zapalnego i prawdopodobnego zagrożenia infekcją skóry wskutek dalszego drapania,
- zalecenie nawilżania chorobowo zmienionej powierzchni skóry dwa razy dziennie,
- zalecenie regularnej higieny dłoni i utrzymywania krótkich paznokci,
- aplikacja preparatów ograniczających świąd skóry, według zaleceń lekarza,
- zalecenie noszenia lekkiej bielizny (najlepiej bawełnianej) oraz luźnych nieprzylegających do ciała ubrań,
- organizacja czasu wolnego w zamiarze odwrócenia uwagi pacjenta od swędzenia.

Ocena interwencji pielęgniarской: Pacjent odczuwa wyraźną poprawę stanu chorobowo zmienionej skóry oraz zmniejszenie świądu. Nie wystąpiła też infekcja skóry.

Diagnoza 2: Pacjent nie przestrzega wszystkich zaleceń żywieniowych, wykazuje też braki wiedzy na temat znaczenia diety oraz żywienia w leczeniu łuszczycy i insulinooporności (z hipoglikemią reaktywną).

Cel: Mobilizacja chorego do stosowania diety cukrzycowej oraz dostarczenie odpowiedniej wiedzy w kwestii znaczenia żywienia w leczeniu łuszczycy.

Interwencja pielęgniarская:

- ustalenie powodów nieprzestrzegania zalecanej diety z wykluczeniem prostych węglowodanów,
- uświadomienie pacjentowi komplikacji będących rezultatem niewłaściwej diety, a także znaczenia żywienia w leczeniu insulinooporności i łuszczycy,
- przekazanie choremu niezbędnych informacji na temat diety cukrzycowej,

- ustalenie produktów zgodnych z zalecaną dietą w oparciu o predyspozycje pacjenta,
- zapewnienie pacjentowi kontaktu z dietetykiem, w zamiarze udzielenia konkretnych porad dietetycznych.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Pacjent wdrożył ścisłą dietę z wykluczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów oraz postanowił wyłączyć żywienia produkty mogące powodować i zaostrzać zmiany łuszczycowe.

Diagnoza 3: Możliwość wystąpienia hipoglikemii reaktywnej z powodu insulinooporności.

Cel: Wykluczenie ryzyka zaburzeń glikemicznych.

Interwencja pielęgniarska:

- przestrzeganie zalecanej diety cukrzycowej,
- systematyczny pomiar glikemii,
- edukacja pacjenta w kwestii potencjalnych objawów hipoglikemii,
- zapewnienie przestrzegania regularnych posiłków,

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Hipoglikemia nie wystąpiła w trakcie pobytu na Oddziale.

Diagnoza 4: Bezsenność spowodowana m. in. świądem skóry, zmianą otoczenia.

Cel: Poprawa jakości snu w ciągu 3 dni pobytu na Oddziale.

Interwencja pielęgniarska:

- przeprowadzenie wywiadu dotyczącego problemów z bezsennością,
- zalecenie wykonywania uspokajających aktywności fizycznych,
- przestrzeganie zażywania wieczornego prysznica,
- zapewnienie właściwych warunków w sali (tj. utrzymanie stałej temperatury, wyeliminowanie potencjalnych źródeł hałasu).

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Pacjent wcześniej zasypia.

Diagnoza 5: Biegunka wywołana prawdopodobnie przez nietolerancję pokarmową.

Cel: Złagodzenie objawów i wykluczenie biegunki.

Interwencja pielęgniarska:

- wdrożenie adekwatnej diety,
- zapewnienie odpowiedniego nawadniania organizmu,
- podawanie leków przeciwbiegunkowych, zgodnie ze wytycznymi lekarza.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Wyeliminowanie objawów biegunki u pacjenta.

Diagnoza 6: Ryzyko zaburzeń wodno-elektrolitowych u pacjenta w wyniku biegunki.

Cel: Zminimalizowanie ryzyka odwodnienia, nawodnienie organizmu pacjenta.

Interwencja pielęgniarska:

- zalecenie choremu spożywania większej niż zwykle ilości płynów poprzez częste nawadnianie doustne w małych ilościach,
- obserwacja chorego pod kątem występowania symptomów odwodnienia organizmu,
- wdrożenie wykonywania pomiarów masy ciała,
- pobieranie krwi do realizacji badań biochemicznych, według zlecenia lekarza,
- podawanie leków, według zaleceń lekarza.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Nie pojawiły się żadne objawy odwodnienia.

Diagnoza 7: Osłabienie organizmu powiązane z występowaniem u pacjenta zaburzeń snu.

Cel: Zminimalizowanie zaburzeń snu oraz poprawa komfortu psychicznego pacjenta.

Interwencja pielęgniarska:

- systematyczna obserwacja oraz ocena stanu psychofizycznego pacjenta,
- stosowna selekcja aktywności fizycznych pacjenta, dostosowanych do jego stanu zdrowia i potrzeb,
- zapewnienie właściwych warunków koniecznych do wypoczynku (m.in. wietrzenie sali),
- podawanie leków według zaleceń lekarza.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Zmniejszenie występujących zaburzeń snu oraz poprawa psychicznego stanu pacjenta.

Diagnoza 8: Zaostrzone i rozległe zmiany skórne będące objawem łuszczycy.

Cel: Poprawa stanu zmienionej chorobowo skóry, złagodzenie występujących objawów w ciągu 3 dni pobytu na Oddziale.

Interwencja pielęgniarska:

- codzienna obserwacja zmian skórnych ze szczególnym uwzględnieniem zaczerwienienia, świądu i złuszczenia,
- edukacja pacjenta w kwestii właściwej pielęgnacji zmian skórnych. Selekcja stosownych środków higieny oraz częstotliwości prysznica, mycia owłosionej skóry głowy,

- dopasowanie indywidualnego planu opieki do stanu chorobowych zmian skórnych pacjenta,
- usunięcie czynników mogących podrażniać skórę (tj. nieodpowiednie kosmetyki, tkaniny),
- zapewnienie stosownego mikroklimatu w sali (nawilżanie powietrza oraz wywietrzenie pomieszczenia).

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Objawy na zmienionej chorobowo skórze zostały znacząco złagodzone, progres łuszczycy został wyhamowany.

Diagnoza 9: Nadmierne złuszczenie się naskórka spowodowane łuszczycą.

Cel: Dalsza poprawa stanu skóry i ograniczenie jej złuszczenia.

Interwencja pielęgniarska:

- nawilżanie powierzchni chorobowych zmian skóry właściwymi kremami oraz maściami, według zaleceń lekarza,
- stosowne nawadnianie organizmu chorego,
- zastosowanie odpowiedniej diety w terapii łuszczycy,
- podawanie leków według zaleceń lekarza,
- regularna obserwacja stanu pacjenta.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Stan występujących zmian skóry uległ złagodzeniu, złuszczenie się naskórka zostało znacząco ograniczone.

Diagnoza 10: Ryzyko ponownego nasilenia się objawów łuszczycy po opuszczeniu Oddziału.

Cel: Zapobieganie nawrotom łuszczycy.

Interwencja pielęgniarska:

- zalecenie choremu dalszego stosowania farmakoterapii w domu według zaleceń lekarza oraz przestrzegania ustalonej diety,
- poinformowanie o konieczności regularnych wizyt kontrolnych według zaleceń lekarza,
- zalecenie szybkiego kontaktu z lekarzem w przypadku nasilenia objawów.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Zalecono choremu samoobserwację objawów i kontynuację terapii po powrocie do domu.

Diagnoza 11: Niepełna wiedza pacjenta na temat czynników wyzwalających i wzmagających kliniczne objawy łuszczycy.

Cel: Zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości pacjenta w kwestii profilaktyki choroby podstawowej, jaką jest łuszczycyca.

Interwencja pielęgniarska:

- dostarczenie pacjentowi materiałów informacyjnych dotyczących łuszczycy,
- wskazanie choremu źródeł istotnych wiadomości w odpowiednich serwisach internetowych,
- dostarczenie pacjentowi niezbędnych informacji odnoszących się do czynników środowiskowych prowokujących i zaostrzających objawy łuszczycy,
- rekomendowanie diety i żywienia korzystnego dla chorych z łuszczycą,
- rekomendowanie kontynuacji leczenia według zaleceń lekarza.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Poziom wiedzy pacjenta na temat zapobiegania i ograniczania objawów łuszczycy został poszerzony.

Diagnoza 12: Niepełna wiedza pacjenta na temat samokontroli oraz podejmowania celowych zachowań (w warunkach domowych) zmierzających do minimalizacji uciążliwości wynikających z łuszczycy.

Cel: Przysposobienie pacjenta do prowadzenia samokontroli i wdrażania świadomych zachowań w codziennym życiu zmierzających do zmniejszenia uciążliwości będących rezultatem objawów chorobowych.

Interwencja pielęgniarska:

- przedstawienie pacjentowi sposobów samokontroli (np. codziennego przeglądu stanu skóry i jej pielęgnacji) dotyczących łuszczycy,
- nakłonienie chorego do odpowiedniego zmodyfikowania stylu życia (np. wyeliminować używki takie jak alkohol, mocna herbata) i zachowań (np. unikanie mechanicznego drażnienia skóry),
- poinformowanie pacjenta o działaniu oraz potencjalnych skutkach ubocznych leków przepisanych do kuracji domowej według zaleceń lekarza,

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Pacjent rozumie, iż podejmowanie zalecanych działań zredukuje codzienne uciążliwości powstałe na skutek łuszczycy.

Diagnoza 13: Pacjent przeżywa silny stres w związku z trudną sytuacją rodzinną i społeczną, co ma znaczący wpływ na rozwój zmian łuszczycowych.

Cel: Zminimalizowanie stresu u pacjenta.

Interwencja pielęgniarska:

- wyjaśnienie pacjentowi ścisłego związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy sytuacjami stresogennymi a łuszczycą,
- zapewnienie kontaktu z psychologiem i psychiatrą z uwagi na bezsenność i narażenie na silny stres w codziennym życiu,
- wskazanie potencjalnych grup wsparcia.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Pacjent stał się bardziej spokojny i podjął konsultację z psychologiem.

Diagnoza 14: Pacjent zaniedbuje profilaktykę schorzeń współistniejących jakimi jest insulinooporność oraz otyłość w codziennym życiu (np. zbyt rzadkie pomiary glikemii, nieodpowiednie nawyki żywieniowe).

Cel: Zmiana nawyków żywieniowych pacjenta oraz zmotywowanie go do regularnych pomiarów glikemii w codziennym życiu.

Interwencja pielęgniarska:

- wyjaśnienie pacjentowi ścisłego związku pomiędzy dietą a schorzeniami współistniejącymi,
- zmotywowanie chorego do wykluczenia z diety białego pieczywa i produktów mącznych, na rzecz ciemnego pieczywa oraz dużej ilości warzyw i owoców,
- nakłonienie chorego do codziennego spożywania pięciu regularnych posiłków w mniejszych porcjach,
- nakłonienie pacjenta do wyrobienia nawyku regularnych pomiarów glikemii na czczo i po posiłkach.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Pacjent jest zmotywowany do zmniejszenia wagi ciała poprzez odpowiednią dietę i wdrożenie zaleconych działań.

Diagnoza 15: Pacjent posiada niewyleczone ogniska zapalne (próchnica i stan zapalny dziąseł) oraz zdiagnozowano u niego powiększenie wątroby i śledziony, co ma wpływ na zaostrzenie objawów łuszczycy.

Cel: Zachęcenie chorego do regularnej higieny jamy ustnej oraz udania się do specjalistów według zaleceń lekarza.

Interwencja pielęgniarska:

- zmotywowanie pacjenta do podjęcia profilaktycznych codziennych aktywności na rzecz higieny jamy ustnej (tj. stosowania elektrycznej rotacyjnej szczoteczki do zębów, nici dentystycznych, płukania jamy ustnej płynem Eludril),
- skierowania się do poradni dentystycznej według zaleceń lekarza,
- skierowania się do poradni hepatologicznej według zaleceń lekarza.

Ocena interwencji pielęgniarskiej: Pacjent zaczął dbać o higienę jamy ustnej oraz zapisał się na wizyty do poradni dentystycznej i hepatologicznej.

Wnioski

Łuszczycą stanowi skomplikowane schorzenie zarówno pod względem samych jej źródeł, jak i czynników prowokujących oraz zaostrzających występujące objawy. Również proces leczenia, a zasadniczo zwalczania zewnętrznych symptomów nieuleczalnej choroby nie jest prosty. Na podstawie zarówno dokonanej analizy literatury przedmiotu, jak i zrealizowanych badań obejmujących studium przypadku, można stwierdzić, iż rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentem z łuszczycą jest jego ciągłe wspieranie w procesie zdrowienia według zaleceń lekarza, oparte na odpowiednim zorganizowaniu procesu pielęgnowania, jak i przygotowaniu chorego do samopielęgnacji w codziennym życiu. Realizowanie tej roli opiera się na wstępnym gromadzeniu danych z wielu źródeł, formułowaniu odpowiednich diagnoz, ustaleniu celów opieki i wdrażaniu stosownych interwencji pielęgniarskich oraz końcowym ocenianiu otrzymanych rezultatów. Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z łuszczycą obejmują szereg zaplanowanych, regularnych działań podejmowanych w zakresie funkcji opiekuńczej, funkcji diagnostyczno-terapeutycznej oraz funkcji edukacyjnej.

W procesie realizacji pracy na podstawie przyjętych założeń metodologicznych i podjętych działań ustalono problemy szczegółowe wraz z uzyskanymi odpowiedziami, które przedstawiono jako finalne wnioski.

1. Zgodnie z rozpoznaniem lekarskim u pacjenta występuje próchnica zębów i stan zapalny dziąseł, a także powiększenie wątroby oraz śledziony. Wspomniane odchylenia mogły wywołać gwałtowne nasilenie objawów łuszczycy. Ponadto pacjent przeżywa silny stres w związku z trudną sytuacją rodzinną i społeczną (opieką nad trojgiem

- niepełnosprawnych członków rodziny) oraz trudnościami ze snem (bezsenność, zasypianie w dzień), co także ma znaczący wpływ na rozwój zmian łuszczycowych.
2. Pacjentowi wskutek zaostzonych i rozległych zmian skórnych towarzyszy także potęgujący bezsenność świąd, który w wyniku drapania nasila stan zapalny. Chory wyraźnie odczuwa osłabienie organizmu powiązane z występowaniem zaburzeń snu i uskarża się na nadmierne złuszczenie się naskórka. Ponadto pacjent ma problemy z profilaktyką schorzeń współistniejących wskutek zbyt rzadkich pomiarów glikemii i nieodpowiednich nawyków żywieniowych.
 3. Pacjent posiada wiedzę na temat łuszczycy, jednakże jest ona niepełna w zakresie czynników wyzwalających i wzmagających kliniczne objawy choroby, takich jak używki (np. alkohol, mocna herbata) oraz niektóre zachowania (np. mechaniczne drażnienie skóry). Wiedza pacjenta jest również niepełna w zakresie samokontroli oraz podejmowania zachowań pielęgnacyjno-profilaktycznych (np. codziennego przeglądu stanu skóry i jej nawilżania). Braki wiedzy pacjenta występują w zakresie diety z wykluczeniem prostych węglowodanów oraz żywienia w leczeniu łuszczycy i insulinooporności (z hipoglikemią reaktywną), którym towarzyszy otyłość brzuszna.
 4. Do zadań pielęgniarki względem chorego na łuszczycę w zakresie funkcji opiekuńczej zalicza się poprawę stanu zmienionej chorobowo skóry i ograniczenie jej złuszczenia, a także złagodzenie występujących objawów w tym zmniejszenie świądu i zapobieżenie potencjalnej infekcji skórnej.
 5. Wśród zadań pielęgniarki względem chorego na łuszczycę w zakresie funkcji diagnostyczno-terapeutycznej należy wskazać mobilizację chorego do stosowania odpowiedniej diety i zmiany nawyków żywieniowych, zminimalizowanie stresu, zaburzeń snu oraz poprawę komfortu psychicznego, zalecenie działań zapobiegających nawrotom łuszczycy.
 6. Zadania pielęgniarki względem chorego na łuszczycę w zakresie funkcji edukacyjnej polegają na zwiększeniu poziomu wiedzy i świadomości pacjenta w kwestii profilaktyki łuszczycy, dostarczeniu odpowiedniej wiedzy w kwestii znaczenia żywienia w procesie leczenia, a także przysposobieniu pacjenta do samokontroli i świadomych zachowań zmierzających do ograniczenia objawów chorobowych.
 7. Wdrożone interwencje pielęgniarские spowodowały, iż pacjent odczuwa wyraźną poprawę stanu chorobowo zmienionej skóry oraz zmniejszenie świądu. Chory stał się bardziej spokojny i wcześniej zasypia. Nastąpiło także zmniejszenie zaburzeń snu oraz wyraźna poprawa psychicznego stanu pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Augustynek P., Drewniak M., Arciszewska A i wsp.: Łuszczycy jako przykład wieloaspektowości choroby i złożoności terapii [w:] Holistyczny wymiar współczesnej medycyny, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R, Lewko J. i wsp. (red.). Uniwersytet Medyczny, Białystok 2018: 130 – 142.
2. Frydrych J.: Chorowanie na łuszczycę i atopowe zapalenie skóry w ujęciu antropologii medycznej. Praca magisterska, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2015: 39.
3. ICD-10 - International statistical classification of diseases and related health problems, vol 1, piąta edycja, WHO, 2016: 544.
4. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics.<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/63698555> (data pobrania 21.03.2023).
5. Neneman-Hirsch A.: Aspekty kliniczne i epidemiologiczne zaburzeń ogólnoustrojowych u chorych na łuszczycę. Rozprawa doktorska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2011: 18-30.
6. Jabłońska S., Majewski S.: Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 205-208.
7. Nowicki R.J., Majewski S.: Dermatologia i choroby przenoszone drogą płciową. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019: 78.
8. Krasowska D., Wolska K.: Łuszczycy. Trzeba wiedzieć, że... Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014: 4-5.
9. Mocarska A., Kowalewska B., Jankowiak B. i wsp.: Stygmatyzacja osób z łuszczycą oraz jej wpływ na samoocenę, akceptację choroby i występowanie depresji. Uniwersytet Medyczny, Białystok 2020: 30-31.
10. Kavita A., Narang T., Dogra S.: Task shifting in dermatology: Nurses' role. The Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology 2021; 87: 323-325 .
11. Gras B.: Jakość życia chorych na łuszczycę poddanych terapii lekami biologicznymi cz. II. Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, 2018; 3: 10-15.
12. Walniczek P.: Kompleksowa terapia w leczeniu chorych na łuszczycę. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2018; 7(1): 11-13.
13. Wyderka M. I., Darowska J.: Problemy pielęgnacyjne i społeczne u osób chorych na łuszczycę. Pielęgniarstwo Polskie 2016; 2: 216-218.
14. Aldredge L., Vernon P.: Improving Outcomes in Plaque Psoriasis: The Role of the Nurse Practitioner. American Association of Nurse Practitioners 2019; 4(1): 27-30.

15. Karimipour H., Sayadi N., Shariati A. i wsp.: The Effects of a Self-Care Program on Promoting Self-Care Behaviors in Patients with Psoriasis. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care 2017; 6(3): 1-6 .
16. Adherence. Współodpowiedzialność w procesie leczniczym.<https://www.gov.pl/web/rpp/adherence-wspolodpowiedzialnosc-w-procesie-leczniczym> (data pobrania 21.03.2023).
17. Aldredge L. M., Young M. S.: Providing Guidance for Patients With Moderate-to-Severe Psoriasis Who Are Candidates for Biologic Therapy. Role of the Nurse Practitioner and Physician Assistant. Journal of the Dermatology Nurses' Association 2016; 8(1): 14-2.

Wiedza studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego o autoimmunologicznych jednostkach chorobowych na przykładzie łuszczycy

Małgorzata Łyduch¹, Elżbieta Szlenk-Czyczerska²

1. Szpital Wojewódzki w Opolu
2. Instytut Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

Wstęp

Łuszczyca należy do przewlekłych chorób autoimmunologicznych i ma charakter nawrotowy, okresy remisji przeplatają się z okresami zaostrzenia objawów. Jej objawy pojawiają się zazwyczaj w postaci specyficznych zmian na skórze w formie wykwitów, wyglądających jak czerwono-brunatne plamy pokryte białoszarą łuską. Na całym świecie choruje na nią około 3% osób. Poza podłożem autoimmunologicznym, na chorobę wpływa wiele czynników takich jak stres, infekcje oraz substancje odurzające. Okresy rzutów (wysiewów) mogą przyjmować formy widocznych i rozległych zmian na skórze, które negatywnie oddziałują na postrzeganie siebie [1, 2]. Ważne jest, aby wiedza przyszłych pracowników ochrony zdrowia na temat łuszczycy była na najwyższym, możliwym poziomie. Ta grupa pacjentów wymaga przede wszystkim edukacji na temat czynników zmniejszających ryzyko nawrotu, sposobów leczenia łuszczycy, pielęgnowania skóry oraz funkcjonowania z chorobą na co dzień. Istotne jest również szerzenie wśród społeczeństwa wiedzy na temat tej choroby, to właśnie pracownicy ochrony zdrowia mogą w znaczący sposób wpłynąć na przełamanie barier społecznych związanych z postrzeganiem osób z łuszczycą.

Cel pracy

Celem pracy była ocena poziomu wiedzy studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego o autoimmunologicznych jednostkach chorobowych na przykładzie łuszczycy.

Material i metody

W badaniu wzięło udział 126 osób, w tym 117 (93%) kobiet i 9 (7%) mężczyzn. Badanie prowadzono od lipca do listopada 2022 roku. Wszyscy respondenci zostali poinformowani o celu i anonimowości badania oraz o możliwości wycofania się z badania na każdym etapie jego trwania. W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego przeprowadzonego techniką ankiety własnej dostosowanej do potrzeb prowadzonego badania.

Autorski kwestionariusz ankiety składał się z 25 pytań zamkniętych. Pytania od 1 do 6 dotyczyły danych społeczno-demograficznych takich jak: wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, rok i kierunek studiów. Następne pytanie miało na celu ustalenie czy uczestnik badania choruje lub posiada w rodzinie osobę chorującą na łuszczycę. Kolejne pytania dotyczyły znajomości czynników nasilających występowanie zmian łuszczycowych, metod leczenia łuszczycy, w tym leczenia zewnętrznego oraz ustalenia głównego źródła wiedzy na temat jednostki chorobowej. Ponadto zapytano ankietowanych, czy łuszczycą jest chorobą, która wpływa na jakość życia osób na nią chorujących, czy można się nią zarazić oraz czy podczas praktyk zawodowych mieli kontakt z osobami z łuszczycą.

W niniejszym badaniu dla zmiennych jakościowych określono częstość (tj. procent). Natomiast zmienne wyrażone na poziomie porządkowym lub nominalnym analizowano z wykorzystaniem testów opartych o rozkład chi-kwadrat. Jako poziom istotności przyjęto $p = 0,05$. W przypadku tabel 2x2 stosowano poprawkę na ciągłość. W sytuacji, gdy nie zostały spełnione warunki stosowania testu chi kwadrat wykorzystywany był dokładny test Fishera z rozwinięciem dla tabel większych niż 2x2. Obliczenia wykonano w środowisku statystycznym R ver.3.6.0, programie SPSS oraz MS Office 2019.

Na przeprowadzenie badań uzyskano pisemną zgodę Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz zgodę Uczelnianej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych w Uniwersytecie Opolskim (Opinia Komisji nr 36/2022).

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

Wśród badanych dominowały kobiety, stanowiły 93% ($n = 117$). Respondenci to najczęściej osoby w wieku od 22 do 25 lat (54,8%; $n = 69$), następnie od 18 do 21 lat (30,2%; $n = 38$) i > 25 lat (15,1%; $n = 19$). Największą grupę stanowiły osoby zamieszkujące miasto – 60,3% ($n = 73$). 85,7% ($n = 108$) stanowiły osoby niepozostające w związku. Większość to osoby studiujące na kierunku pielęgniarstwo (37,3%; $n = 47$) i fizjoterapia (26,2%; $n = 33$).

Biorąc pod uwagę rok studiów, największą grupę tworzyli studenci II roku studiów drugiego stopnia (27,8%; n = 35) oraz I lub II roku studiów pierwszego stopnia lub jednolitych studiów magisterskich (26,2%; n = 33). Większość respondentów (65,9%; n = 83) deklarowało, że nie choruje, bądź nie posiada w bliskim otoczeniu osoby chorej na łuszczycę. Ankietowani posiadający w bliskim otoczeniu osobę chorą stanowili 27,8% (n = 35), a 6% (n = 8) zadeklarowało, że choruje na łuszczycę (Tabela 1).

Tabela 1. Dane społeczno-demograficzne grupy badanej

Zmienna	Kategoria	n	%
Płeć	kobieta	117	93
	mężczyzna	9	7
Wiek	18-21 lat	38	30,2
	22-25 lat	69	54,8
	> 25 lat	19	15,1
Miejsce zamieszkania	wieś	50	39,7
	miasto	73	60,3
Stan cywilny	w związku małżeńskim	18	14,3
	niebędący w związku małżeńskim	108	85,7
Kierunek studiów	pielęgniarstwo	47	37,3
	położnictwo	14	11,1
	dietetyka	15	11,9
	fizjoterapia	33	26,2
	kosmetologia	17	13,5
Rok studiów	I lub II rok (I stopnia lub jednolite)	33	26,2
	III rok (I stopnia lub jednolite)	18	14,3
	IV lub V rok (jednolite)	22	17,5
	I rok (II stopnia)	18	14,3
	II rok (II stopnia)	35	27,8
Osoba chora w bliskim otoczeniu	tak, ja	8	6,3
	tak, osoba w bliskim otoczeniu	35	27,8
	nie	83	65,9
Legenda: n – liczebność grupy, % - procent			

Wiedza studentów na temat łuszczycy

W badanej grupie oceniono poziom wiedzy na temat łuszczycy. Analiza wykazała, że wiedza studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu na temat łuszczycy była na poziomie zróżnicowanym. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby, których poziom wiedzy określono jako przeciętny (48,4%; n = 61). Wysoki poziom wiedzy charakteryzował 28,6% (n = 36) respondentów, natomiast niski – 23% (n = 29) (Tabela 2).

Tabela 2. Poziom wiedzy na temat łuszczycy

Poziom wiedzy ankietowanych na temat	n	%
Niski	29	23
Przeciętny	61	48,4
Wysoki	36	28,6
Legenda: n – liczebność, % - procent		

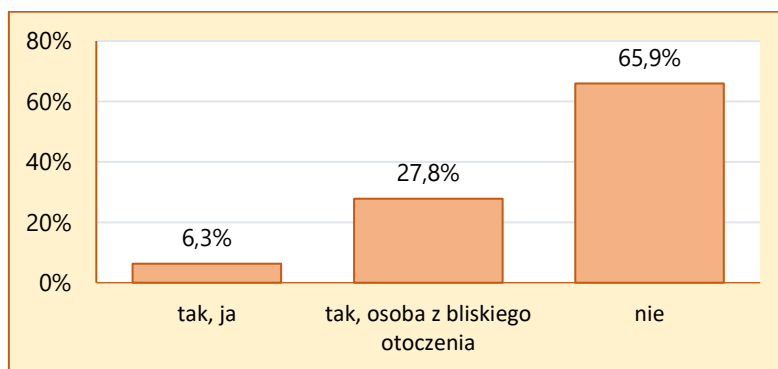
W Tabeli 3 przedstawiono wartości punktowe i procentowe dotyczące statystyki opisowej uwzględniającej wartości średnie oraz minimalne i maksymalne, jak również wartości median wyników badania poziomu wiedzy na temat łuszczycy. Analiza wartości punktowej wykazała, że średni poziom wiedzy wynosił 18,88, a mediana poziomu wiedzy wynosiła 19 (min. – 8, maks. – 30). Natomiast średni poziom wiedzy przedstawiony jako wartości procentowe wynosił 53,96, a mediana wynosiła 54 (min. 23 – maks. 86) (Tabela 3).

Tabela 3. Statystyki opisowe poziomu wiedzy temat łuszczycy

Zmienna	M	SD	Min	Maks	Q25	Me	Q75
Wiedza	18,88	4,29	8	30	16	19	22
Wiedza %	53,96	12,24	23	86	46	54	63
Legenda: n – liczebność; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min – minimum; Mak							

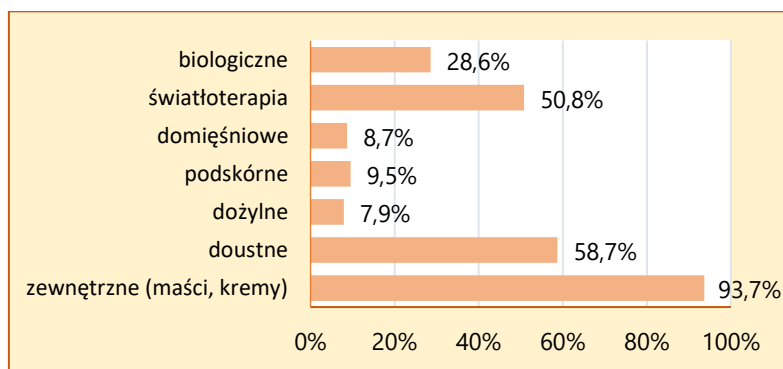
Poniżej przedstawiono szczegółową analizę pytań zawartych w kwestionariuszu ankiety własnej – wykresy częstości dla wszystkich pytań zamieszczonych w kwestionariuszu ankiety.

Na wstępie zapytano badanych studentów, czy oni lub ktoś z ich bliskiego otoczenia choruje na łuszczycę. Spośród ankietowanych tylko 6,3% zaznaczyło, że choruje, a 27,8 %, że osoba z ich bliskiego otoczenia zmaga się z tą chorobą. Zdecydowana większość badanych – 65,9% zadeklarowała, że nie choruje na łuszczycę (Rycina 1).



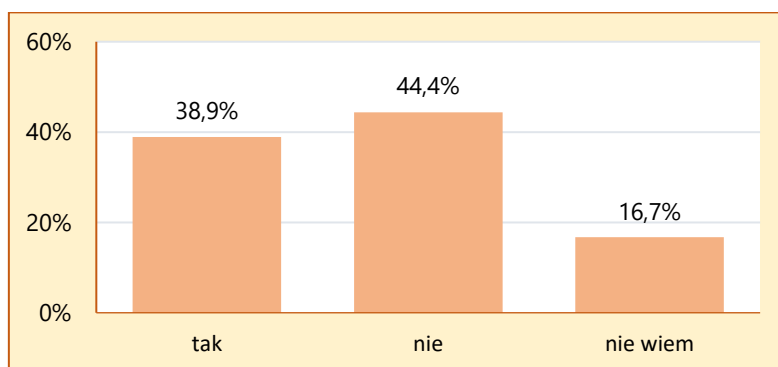
Rycina 1. Czy Pani/Pan lub osoba z bliskiego otoczenia choruje na łuszczycę?

W kolejnym pytaniu poproszono ankietowanych o wskazanie znanych im metod leczenia łuszczycy. Stwierdzono, że aż 93,7% respondentów znało zewnętrzne metody leczenia łuszczycy (maści, kremy), kolejne 58,7% metody doustne, 50,8% światłoterapię i 28,6% metody biologiczne. Najmniejsza ilość osób wskazała na leczenie podskórne – 9,5%, domięśniowe – 8,7% i dożylne – 7,9% (Rycina 2).



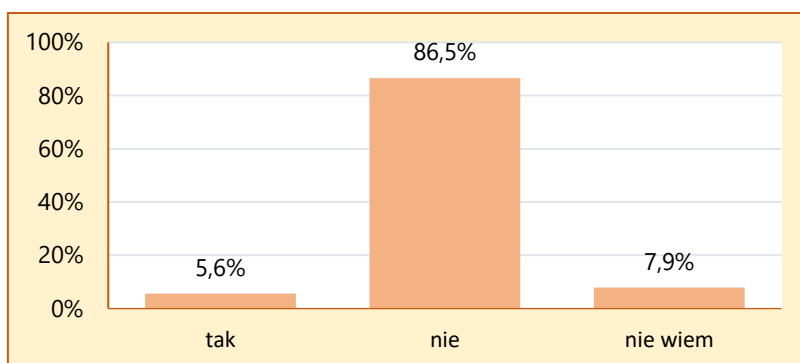
Rycina 2. Jakże zna Pani/Pan metody leczenia łuszczycy?

W pytaniu dotyczącym znajomości leków na łuszczycę stosowanych zewnętrznie, aż 44,4% badanych wskazało, że nie zna takich leków. Studenci, którzy zadeklarowali, że posiadają wiedzę na temat zewnętrznie stosowanych leków w leczeniu łuszczycy stanowili 38,9% badanych, natomiast ci, którzy udzielili odpowiedzi nie wiem – 16,7% (Rycina 3).



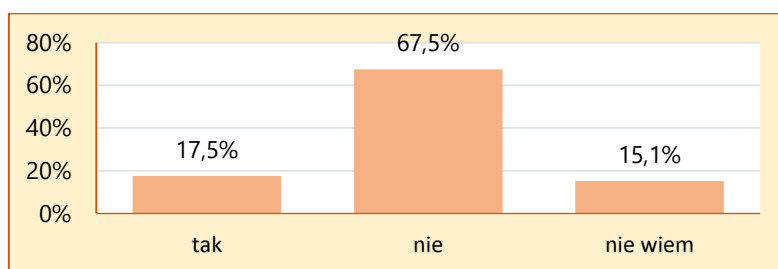
Rycina 3. Czy zna Pani/Pan leki na łuszczycę stosowane zewnętrznie?

Na pytanie dotyczące tego, czy łuszczycą można się zarazić podczas kontaktu z chorym, większość ankietowanych (86,5%) stwierdziła, że nie. 5,6% uważało jednak, że jest to możliwe, a 7,9% nie było zdecydowanych i odpowiedziało, że nie wie (Rycina 4).



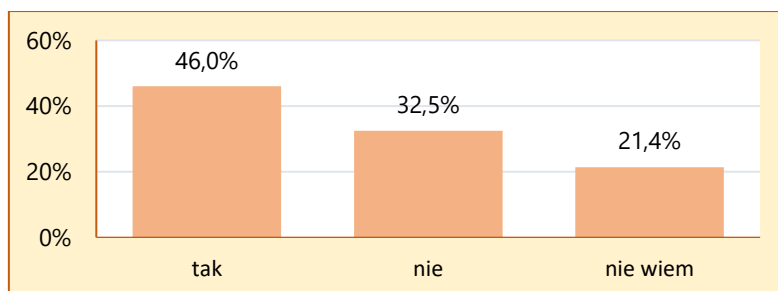
Rycina 4. Czy łuszczycą można się zarazić podczas kontaktu z chorym?

Następnie chciano poznać opinię respondentów na temat tego, czy łuszczycą jest chorobą, którą można całkowicie wyleczyć. 17,5% osób biorących udział w badaniu uważało, że łuszczycą jest w pełni wyleczalna choroba. Zdecydowana większość, bo aż 67,5% osób stwierdziło, że łuszczycy nie da się całkowicie wyleczyć, a 15,1% nie znalazło odpowiedzi na to pytanie (Rycina 5).



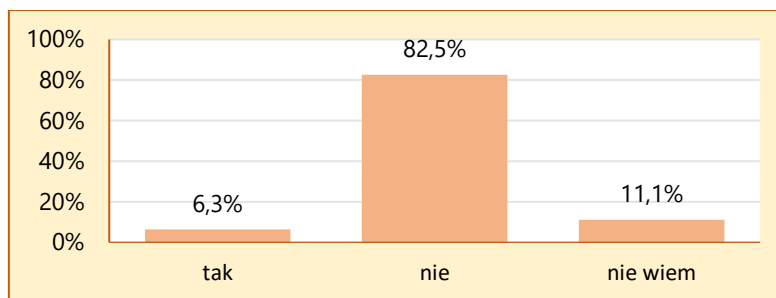
Rycina 5. Czy łuszczycą jest chorobą, którą można całkowicie wyleczyć?

W kolejnym pytaniu zapytano studentów, czy osoby z łuszczycą mogą się opalać i korzystać z basenu. Większy odsetek badanych (46%) uważało, że tak. 32,5% badanych nie zgodziło się z tym, a 21,4% nie potrafiło udzielić odpowiedzi (Rycina 6).



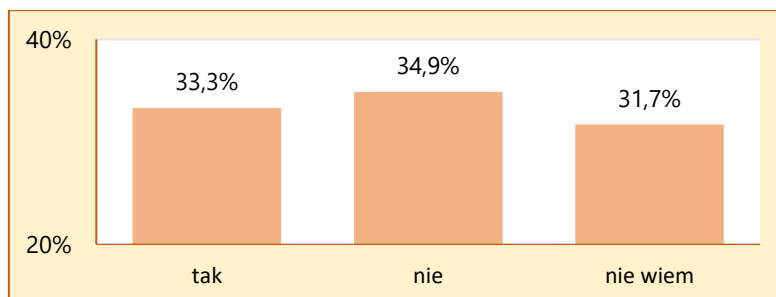
Rycina 6. Czy chory na łuszczycę może opalać się i korzystać z basenu?

Następnie zapytano ankietowanych, czy w ich opinii można usuwać mechanicznie zmiany skórne (łuskę) powstałe w przebiegu łuszczycy. Zdecydowana większość ankietowanych, bo aż 82,5% stwierdziła, że łuskę łuszczycową nie można usuwać mechanicznie. Tylko 6,3% respondentów uważało, że jest to możliwe, a 11,1% nie było pewnych odpowiedzi (Rycina 7).



Rycina 7. Czy łuskę łuszczycową można usuwać mechanicznie?

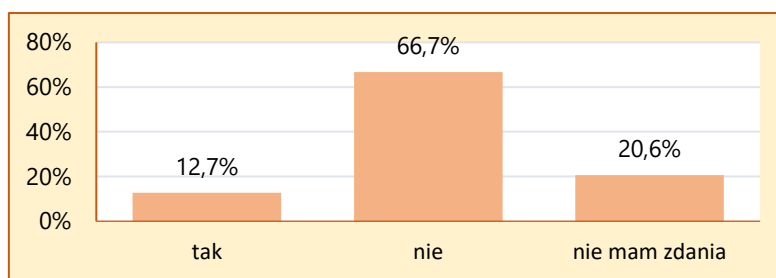
W pytaniu dotyczącym dziedziczenia choroby, odpowiedzi respondentów nie były jednolite. 33,3% respondentów stwierdziło, że tak. Natomiast 34,9% respondentów nie uważało, że dzieci osób chorych na łuszczycę mogą odziedziczyć tę chorobę. Respondenci, którzy nie znali odpowiedzi na to pytanie stanowili 31,7% wszystkich ankietowanych (Rycina 8).



Rycina 8. Czy dziecko rodzica chorego na łuszczycę odziedziczy tę chorobę?

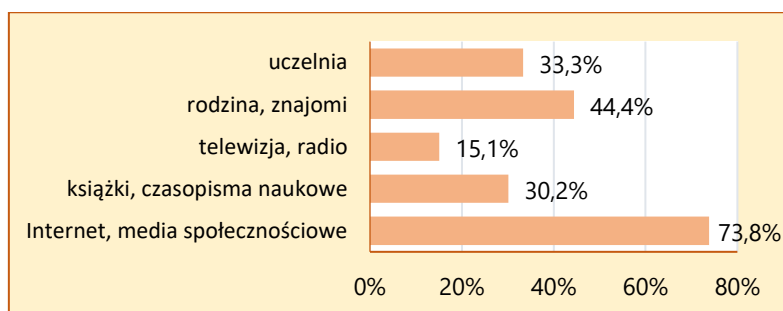
W pytaniu dotyczącym samooceny poziomu swojej wiedzy na temat łuszczycy, większość ankietowanych, bo aż 66,7% odpowiedziało, że nie posiada wystarczającej wiedzy w tym zakresie. Ankietowanych bez zdania było 20,6% w porównaniu do 12,7% osób, które uważały, że posiadają wystarczającą wiedzę na ten temat (Rycina 9).

Wiedza studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego
o autoimmunologicznych jednostkach chorobowych na przykładzie łuszczycy



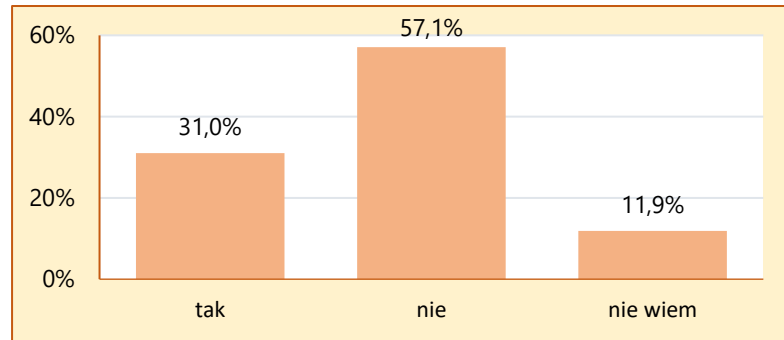
Rycina 9. Czy uważa Pani/Pan, że posiada wystarczającą wiedzę o łuszczycy?

Następnie chciano poznać główne źródło wiedzy ankietowanych na temat łuszczycy. Aż 73,8% badanych określiło Internet i media społecznościowe jako swoje główne źródło wiedzy, dla 44,4% respondentów tym źródłem byli przyjaciele i rodzina. 33,3% uczestników badania wynosiło wiedzę z uczelni, a 30,2% sięgało po wiedzę z książek i czasopism. Tylko 15,1% badanych na temat łuszczycy dowiadywało się z telewizji lub radia (Rycina 10).



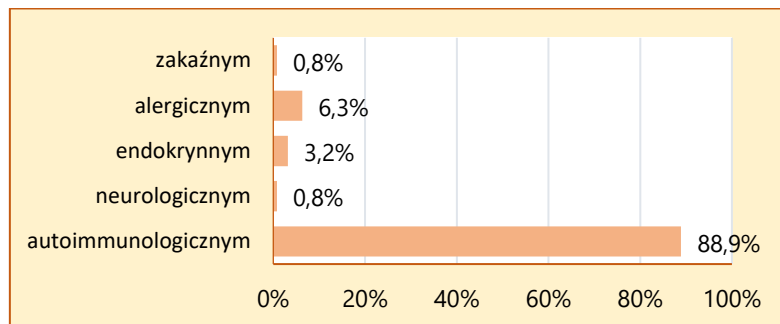
Rycina 10. Jakie jest Pani/Pana główne źródło wiedzy o łuszczycy?

W kolejnym pytaniu zapytano ankietowanych, czy mieli kontakt z osobą chorą na łuszczycę podczas realizacji swoich praktyk zawodowych. Stwierdzono, że ponad połowa studentów (57,1%) nie miała kontaktu z taką osobą, natomiast 31% respondentów miało kontakt, a 11,9% odpowiedziało, że nie wie, czy miało kontakt (Rycina 11).



Rycina 11. Czy podczas praktyk zawodowych miała Pani / miał Pan kontakt z pacjentem z łuszczycą?

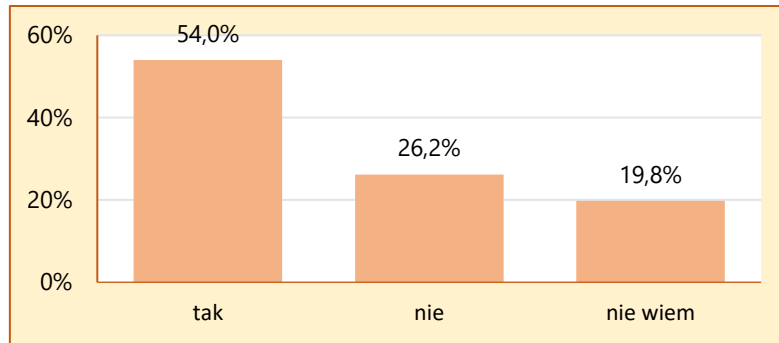
W następnym pytaniu dotyczącym wiedzy na temat tego, jakim typem w opinii ankietowanych jest łuszczycza obserwowano, że 88,9% studentów uważało łuszczycę za chorobę autoimmunologiczną. W opinii 6,3% jest ona chorobą alergiczną, a 3,2% stwierdziło, że łuszczycza jest choroba endokrynologiczną. Natomiast 0,8% ankietowanych uważało ją za chorobę zakaźną lub neurologiczną (Rycina 12).



Rycina 12. Jakim typem choroby jest łuszczycza?

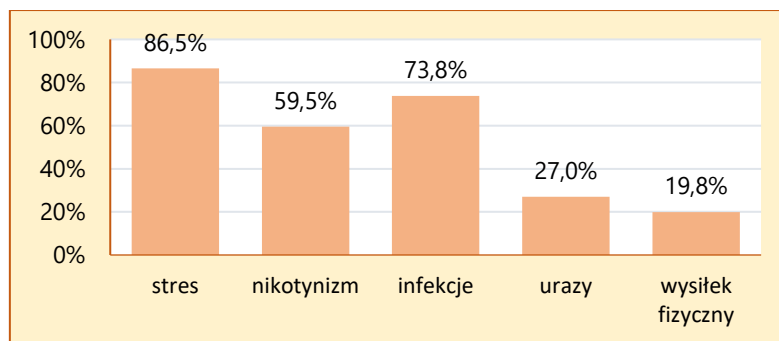
W następnym pytaniu dotyczącym tego, czy w opinii ankietowanych łuszczycza jest chorobą genetyczną, stwierdzono, że 54% respondentów uważało, że tak, natomiast 26,2 % nie uważało łuszczycy za chorobę genetyczną. Okazało się, że dość dużo osób, bo aż 19,8% nie wiedziało nic na ten temat (Rycina 13).

Wiedza studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego
o autoimmunologicznych jednostkach chorobowych na przykładzie łuszczycy



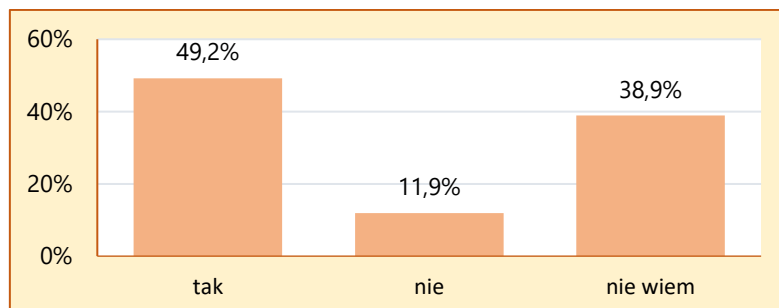
Rycina 13. Czy łuszczyca jest chorobą genetyczną?

Następnie chciano określić poziom wiedzy na temat czynników nasilających objawy łuszczycowe wśród badanych studentów. Stres, to według 86,5% badanych czynnik nasilający objawy łuszczycy. Następnie wymieniali oni infekcje – 73,8%, nikotynizm – 59,5% i urazy – 27%. Wysiłek fizyczny należał do najrzadziej wskazywanej odpowiedzi – 19,8% (Rycina 14).



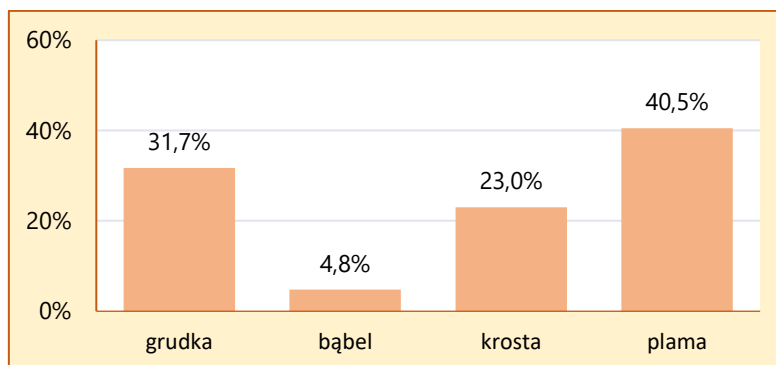
Rycina 14. Jakie czynniki nasilają objawy łuszczycy?

W kolejnym pytaniu respondenci w 49,2% wskazali, że okres ciąży nasila zmiany łuszczycowe. Mniej niż połowa, bo 38,9% zaznaczyła odpowiedź nie wiem, a 11,9% uważało, że okres ciąży nie nasila występowania zmian łuszczycowych (Rycina. 15).



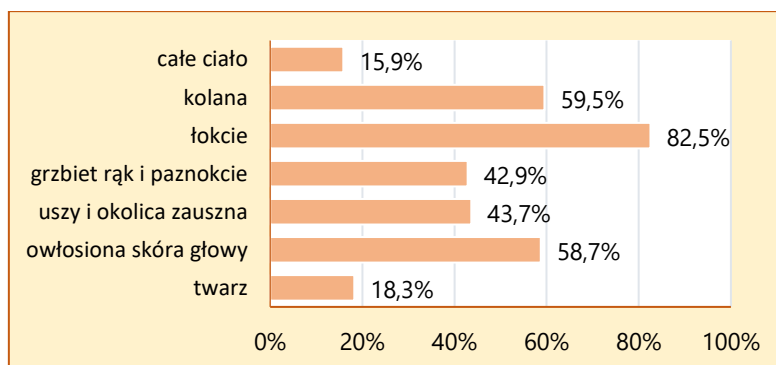
Rycina 15. Czy okres ciąży nasila zmiany łuszczycowe?

Najczęściej udzielaną odpowiedzią na temat tego, czym w opinii ankietowanych jest wykwit pierwotny łuszczycy była plama – 40,5%, później grudka – 31,7%, krosta – 23% i bąbel – 4,8% (Rycina 16).



Rycina 16. Czym jest wykwit pierwotny łuszczycy?

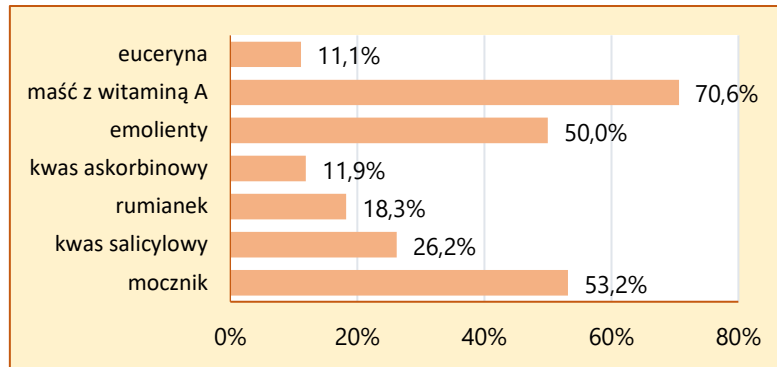
Oceniając w kolejnym pytaniu znajomość lokalizacji zmian łuszczycowych stwierdzono, że jako najczęstszą lokalizację zmian łuszczycowych respondenci wskazywali łokcie – 82,5% i kolejno: kolana 59,5%, owłosioną skórę głowy 58,7%, uszy i okolice zauszną 43,7% oraz grzbiet dłoni i paznokci - 42,9%. Najrzadziej wskazywanymi odpowiedziami były twarz – 18,3% oraz całe ciało – 15,9% (Rycina. 17).



Rycina 17. Gdzie według Pani/Pana najczęściej zlokalizowane są zmiany łuszczycowe?

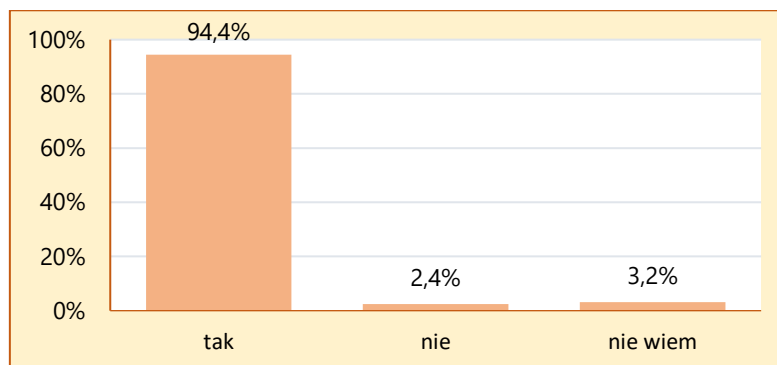
W następnym pytaniu chciano poznać opinię uczestników badania na temat składników aktywnych, które mogą mieć pozytywny wpływ na zmiany łuszczycowe. Okazało się, że w opinii respondentów pozytywny wpływ ma maść z witaminą A – 70,6%, mocznik – 53,2%, a także emolienty – 50%. Kolejno ankietowani wskazywali również kwas salicylowy – 26,2%, rumianek – 18,3%, kwas askorbinowy – 11,9% i eucerynę – 11,1% (Rycina. 18).

Wiedza studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego
o autoimmunologicznych jednostkach chorobowych na przykładzie łuszczycy



Rycina 18. Które składniki aktywne mogą mieć pozytywny wpływ na zmiany łuszczycowe?

Ostatnie pytanie dotyczyło tego, czy w opinii badanych studentów łuszczycy wpływa negatywnie na poziom jakości życia chorego. Zdecydowana większość uczestników badania, bo aż 94,4% stwierdziło, że łuszczycy wpływa na obniżenie jakości życia chorego, tylko 2,4% udzieliło odpowiedzi nie, a 3,2% odpowiedziało – nie wiem (Rycina 19).



Rycina 19. Czy łuszczycy wpływa na obniżenie jakości życia chorego?

Analiza zależności między źródłem wiedzy na temat łuszczycy a wiekiem badanych

Analiza wykazała, że głównym źródłem wiedzy studentów w wieku od 18 do 21 lat (76,3%; n = 29), podobnie jak studentów w wieku od 22 do 25 lat (76,8%; n = 53) i powyżej 25 lat (57,9%; n = 11) był Internet i media społecznościowe. Stwierdzono, że ankietowani studenci w wieku od 18 do 21 lat (10,5%; n = 4), podobnie jak studenci w wieku od 22 do 25 lat (17,4%; n = 12) i powyżej 25 lat (15,8%; n = 3) najrzadziej korzystali ze źródeł telewizyjnych i radiowych. Nie obserwowano zależności istotnej statystycznie między źródłem wiedzy na temat łuszczycy a wiekiem badanych ($p = 0,181$) (Tabela 4).

Tabela 4. Zależność między źródłem wiedzy na temat łuszczycy a wiekiem badanych

Zmienna		Wiek						Wynik testu
		18-21 lat		22-25 lat		powyżej 25 lat		
		n	%	n	%	n	%	
Źródła wiedzy	Internet, media społecznościowe	29	76,3	53	76,8	11	57,9	$\chi^2 = 13,833$ $df = 10$ $p = 0,181$
	książki, czasopisma naukowe	7	18,4	25	36,2	6	31,6	
	telewizja, radio	4	10,5	12	17,4	3	15,8	
	rodzina, znajomi	21	55,3	27	39,1	8	42,1	
	uczelnia	9	23,7	28	40,6	5	26,3	
Legenda: n– liczebność, % - procent, χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna								

Analiza zależności między poziomem wiedzy na temat łuszczycy a wiekiem badanych

Stwierdzono, że wysoki poziom wiedzy reprezentowało 18,4% (n = 7) badanych w wieku od 18 do 21 lat, 33,3% (n = 23) w wieku od 22 do 25 lat i 31,6% (n = 6) powyżej 25 lat. Niski poziom wiedzy posiadało 34,2% (n = 13) badanych w wieku od 18 do 21 lat, 17,4% (n = 12) w wieku od 22 do 25 lat i 21,1% (n = 4) powyżej 25 lat. Nie stwierdzono zależności między poziomem wiedzy na temat łuszczycy a wiekiem badanych ($p = 0,282$) (Tabela 5).

Tabela 5. Zależność między poziomem wiedzy a wiekiem badanych

Zmienna			Wiek			Wynik testu
			18-21 lat	22-25 lat	powyżej 25 lat	
Poziom wiedzy	niski	n	13	12	4	$\chi^2 = 5,051$ $df = 4$ $p = 0,282$
		%	34,2	17,4	21,1	
	przeciętny	n	18	34	9	
		%	47,4	49,3	47,4	
	wysoki	n	7	23	6	
		%	18,4	33,3	31,6	
Ogółem		n	38	69	19	
		%	100	100	100	
Legenda: n– liczebność, % - procent, χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna						

Analiza zależności między poziomem wiedzy a kierunkiem studiów badanych

Obserwowano, że wysoki poziom wiedzy posiadało 21,3% (n = 10) badanych studiujących pielęgniarstwo, 14,3% (n = 2) studiujących położnictwo, 26,7% (n = 4) studiujących dietetykę, 33,3% (n = 11) studiujących fizjoterapię i 52,9% (n = 9) studiujących kosmetologię. Nie stwierdzono istotnej zależności między poziomem wiedzy a kierunkiem studiów (p = 0,186) (Tabela 6).

Tabela 6. Zależność między poziomem wiedzy a kierunkiem studiów badanych

Zmienna			Kierunek studiów					Wynik testu
			Pielęgniarstwo	Położnictwo	Dietetyka	Fizjoterapia	Kosmetologia	
Poziom wiedzy	niski	N	12	4	4	9	0	$\chi^2 = 11,279$ $df = 8$ $p = 0,186$
		%	25,5	28,6	26,7	27,3	0	
	przeciętny	N	25	8	7	13	8	
		%	53,2	57,1	46,7	39,4	47,1	
	wysoki	N	10	2	4	11	9	
		%	21,3	14,3	26,7	33,3	52,9	
Ogółem		N	47	14	15	33	17	
		%	100	100	100	100	100	
Legenda: n– liczebność, % - procent, χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna								

Analiza zależności między poziomem wiedzy a rokiem i poziomem studiów respondentów

Analiza wykazała, że wysokim poziomem wiedzy charakteryzowało się 27,3 % (n = 9) studentów pierwszego lub drugiego roku studiów pierwszego stopnia lub jednolitych magisterskich w przypadku fizjoterapii, 5,6% (n = 1) studentów trzeciego roku studiów pierwszego stopnia, 40,9% (n = 9) studentów czwartego lub piątego roku studiów jednolitych magisterskich, 27,8% (n = 5) studentów pierwszego roku studiów drugiego stopnia i 34,3% (n = 12) drugiego roku studiów drugiego stopnia. Nie stwierdzono istotnej zależności między poziomem wiedzy a rokiem i poziomem studiów badanych (p = 0,213) (Tabela 7).

Tabela 7. Zależność między poziomem wiedzy a rokiem i poziomem studiów badanych

Zmienna			Rok i poziom studiów					Wynik testu
			I lub II rok (I° lub jednolite)	III rok (I° lub jednolite)	IV lub V rok (jednolite)	I rok (II°)	II rok (II°)	
Poziom wiedzy	niski	n	11	5	4	2	7	$\chi^2 = 10,808$ $df = 8$ $p = 0,213$
		%	33,3	27,8	18,2	11,1	20	
	przeciętny	n	13	12	9	11	16	
		%	39,4	66,7	40,9	61,1	45,7	
	wysoki	n	9	1	9	5	12	
		%	27,3	5,6	40,9	27,8	34,3	
Ogółem		n	33	18	22	18	35	
		%	100	100	100	100	100	
Legenda: n– liczebność, % - procent, χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna; I° - studia pierwszego stopnia; II° - studia drugiego stopnia								

Analiza zależności między poziomem wiedzy a chorobą w bliskim otoczeniu badanych

Stwierdzono, że wysoki poziom wiedzy posiadało 34,9% ($n = 15$) badanych posiadających w bliskim otoczeniu osobę chorą i 25,3% ($n = 21$) nieposiadających takiej osoby. Natomiast niski poziom wiedzy charakteryzował 16,3% ($n = 7$) posiadających w bliskim otoczeniu osobę z łuszczycą i 26,5% ($n = 22$) nieposiadających takiej osoby. Nie obserwowano istotnej zależności między poziomem wiedzy a chorobą w bliskim otoczeniu badanych ($p = 0,333$) (Tabela. 8).

Tabela 8. Zależność między poziomem wiedzy a chorobą w bliskim otoczeniu

Zmienna			Osoba chora w bliskim otoczeniu		Wynik testu
			tak	nie	
Poziom wiedzy	niski	N	7	22	$\chi^2 = 2,200$ $df = 2$ $p = 0,333$
		%	16,3	26,5	
	przeciętny	N	21	40	
		%	48,8	48,2	
	wysoki	N	15	21	
		%	34,9	25,3	
Ogółem		N	43	83	
		%	100	100	
Legenda: n– liczebność, % - procent, χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna					

Analiza zależności między poziomem wiedzy a kontaktem z pacjentem chorym na łuszczycę podczas praktyk zawodowych

Stwierdzono, że wysoki poziom wiedzy reprezentowało 35,9% (n = 14) badanych mających kontakt z pacjentem chorym na łuszczycę podczas praktyk zawodowych, 27,8% (n = 20) respondentów, którzy nie mieli takiego kontaktu i 13,3% (n = 2), którzy nie wiedzieli, czy mieli taki kontakt. Obserwowano, że niski poziom wiedzy posiadało 12,8% (n = 5) badanych, którzy mieli kontakt z pacjentem podczas praktyk zawodowych, 29,2% (n = 21), którzy nie mieli takiego kontaktu i 20% (n = 3), którzy udzielili odpowiedzi – nie wiem. Nie stwierdzono istotnej zależności między poziomem wiedzy a kontaktem z pacjentem chorym na łuszczycę podczas praktyk zawodowych (p = 0,165) (Tabela 9).

Tabela 9. Zależność między poziomem wiedzy a kontaktem z chorym na łuszczycę podczas praktyk

Zmienna			Kontakt z pacjentem z łuszczycą podczas praktyk			Wynik testu
			tak	nie	nie wiem	
Poziom wiedzy	niski	n	5	21	3	$\chi^2 = 6,497$ $df = 4$ $p = 0,165$
		%	12,8	29,2	20	
	przeciętny	n	20	31	10	
		%	51,3	43,1	66,7	
	wysoki	n	14	20	2	
		%	35,9	27,8	13,3	
Ogółem		n	39	72	15	
		%	100	100	100	
Legenda: n– liczebność, % - procent, χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna						

Analiza zależności między poziomem wiedzy a samooceną w zakresie posiadania wystarczającej wiedzy na temat łuszczycy

Obserwowano, że wysoki poziom wiedzy charakteryzował 50% ($n = 8$) ankietowanych uważających, że posiada wystarczającą wiedzę na temat łuszczycy, 20% ($n = 17$) oceniających, że ich wiedza nie jest wystarczająca i 42,3% ($n = 11$) badanych, którzy nie mieli zdania na ten temat. Stwierdzono, że niski poziom wiedzy posiadało 18,8% ($n = 3$) badanych, którzy uważali, że posiadają wystarczającą wiedzę na ten łuszczycy, 25% ($n = 21$) uważających, że nie posiadają wystarczającej wiedzy i 19,2% ($n = 5$), którzy nie mieli zdania na ten temat. Nie stwierdzono istotnej zależności między poziomem wiedzy a samooceną respondentów na temat poziomu swojej wiedzy o łuszczycy ($p = 0,062$) (Tabela 10).

Tabela 10. Zależność między poziomem wiedzy a samooceną na temat wiedzy o łuszczycy

Zmienna			Posiadanie wystarczającej wiedzy o łuszczycy			Wynik testu
			tak	nie	nie mam zdania	
Poziom wiedzy	niski	n	3	21	5	$\chi^2 = 8,967$ $df = 4$ $p = 0,062$
		%	18,8	25	19,2	
	przeciętny	n	5	46	10	
		%	31,3	54,8	38,5	
	wysoki	n	8	17	11	
		%	50	20,2	42,3	
Ogółem		n	16	84	26	
		%	100	100	100	
Legenda: n– liczebność, % - procent, χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna						

Dyskusja

W niniejszej pracy analizowano poziom wiedzy studentów pielęgniarstwa, położnictwa, kosmetologii, dietetyki i fizjoterapii Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego o łuszczycy, a także związek między poziomem wiedzy a wybranymi danymi społeczno-demograficznymi. W dostępnej literaturze nie ma badań dotyczących oceny poziomu wiedzy studentów kierunków medycznych na ten temat. W związku z tym, dyskusja uzyskanych wyników badań opierać się będzie na przybliżeniu doniesień innych autorów, przede wszystkim w zakresie badań dotyczących pacjentów z łuszczycą.

Analiza wyników własnych wykazała, że wiedza studentów na temat łuszczycy była na poziomie zróżnicowanym. Najliczniejszą grupę stanowili badani, których poziom wiedzy określono jako przeciętny (48,4%; $n = 61$), co wskazuje na konieczność zwiększenia edukacji w tym zakresie. Wydaje się, że to właśnie przyszli pracownicy ochrony zdrowia powinni stać się źródłem rzetelnej, profesjonalnej wiedzy na temat choroby, zapobiegania nawrotom oraz właściwej pielęgnacji skóry. Wiadomo, że poziom wiedzy pacjentów z łuszczycą na temat choroby nie jest wysoki. Co więcej, wykazano, że poziom wiedzy osób z łuszczycą na temat choroby i sposobów jej leczenia jest istotnie związany z ogólną satysfakcją pacjentów

(OR = 3,15; 95% CI 1,4-7,1; $p = 0,006$) [3]. Należy podkreślić, że dostępne badania pokazują, iż duży odsetek pacjentów z łuszczycą chce uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących terapii, ale ich niewystarczająca wiedza może stanowić barierę [4].

Analizując w badaniu własnym zależność między poziomem wiedzy, a wiekiem ankietowanych nie obserwowano, aby wiek wpływał istotnie na poziom wiedzy ($p = 0,282$). Warto zauważyć, że wysoki poziom wiedzy reprezentowało 18,4% badanych w wieku od 18 do 21 lat, 33,3% w wieku od 22 do 25 lat i 31,6% powyżej 25 lat. Niski poziom wiedzy posiadało 34,2% badanych w wieku od 18 do 21 lat, 17,4% w wieku od 22 do 25 lat i 21,1% powyżej 25 lat. Ocena związku między poziomem wiedzy o łuszczycy, a rokiem i poziomem studiów również nie wykazała zależności istotnej statystycznie ($p = 0,213$).

Należy zauważyć, że Internet stanowił główne źródło wiedzy dla większości badanych w wieku od 18 do 21 lat (76,3%), w wieku od 22 do 25 lat (76,8%) oraz powyżej 25 lat (57,9%). Książki i czasopisma medyczne stanowiły główne źródło wiedzy dla 18,4% najmłodszych uczestników badania, 36,2% w wieku od 22 do 25 lat i 31,6% powyżej 25 lat, a zajęcia na uczelni dla 23,7% osób w wieku od 18 do 21 lat, 40,6% w wieku od 22 do 25 lat i 26,3% powyżej 25 lat. Internet okazał się głównym źródłem wiedzy niezależnie od wieku badanych.

Analizując w badaniu własnym zależność między poziomem wiedzy a kierunkiem studiów, obserwowano brak wpływu tego czynnika na poziom wiedzy studentów ($p = 0,186$). Warto podkreślić, że aż 52,9% osób studiujących kosmetologię charakteryzowało się wysokim poziomem wiedzy na temat łuszczycy. Co więcej, nie stwierdzono, aby badani studiujący ten kierunek wykazywali niski poziom wiedzy. Jak podkreśla Nowicka, to właśnie kosmetolodzy powinni stać się źródłem rzetelnej, profesjonalnej wiedzy na temat łuszczycy i właściwej pielęgnacji skóry [5].

Z badań własnych wynika, że występowanie choroby w bliskim otoczeniu badanych nie wpływało istotnie na poziom wiedzy ($p = 0,333$). Ponadto kontakt z osobą chorą na łuszczycę podczas praktyk zawodowych również nie stanowił czynnika determinującego poziom wiedzy ankietowanych ($p = 0,165$). Co ciekawe, w badaniu własnym nie stwierdzono korelacji między poziomem wiedzy respondentów a ich samooceną w zakresie posiadania wystarczającej wiedzy o łuszczycy ($p = 0,062$). Należy zauważyć jednak, że wysokim poziomem wiedzy charakteryzowało się 50% studentów, którzy uważali swoją wiedzę za wystarczającą.

W badanie własnym zdecydowana większość respondentów (94,4%) stwierdziła, że łuszczycy wpływa na jakość życia chorego. Wiadomo, że na jakość życia składa się funkcjonowanie w sferze fizycznej, emocjonalnej, społecznej, objawy chorobowe, skutki

leczenia, a także stosunek do choroby oraz to, jak osoba chora radzi sobie z problemami. Negatywny odbiór własnego ciała, poczucie napiętnowania i brak możliwości całkowitego wyleczenia powodują wiele następstw psychicznych i społecznych. Ogromny wpływ łuszczycy na sferę psychiczną potwierdzają badania Steudena i Janowskiego. Badania te wykazały także, że choroba ma bardziej negatywny wpływ na komfort życia kobiet niż mężczyzn, a najbardziej zauważalne było to w obniżonym funkcjonowaniu psychospołecznym. Wykazano również powiązanie między poczuciem stygmatyzacji przez chorobę, a osłabieniem życia codziennego i stresem. Tendencja obniżenia jakości życia była widoczna wraz z wiekiem pacjenta. Stwierdzono również, że jakość życia była wyższa u osób, u których zmiany skórne nie były widoczne oraz to, że przewlekłość schorzenia wpływała negatywnie na jakość życia [6, 7].

W niniejszym badaniu obserwowano, że zdecydowana większość studentów (86,5%) uważała, iż podczas kontaktu z chorym nie dojdzie do zakażenia łuszczycą, ale 5,6% uznało, że jest to możliwe, a 7,9% nie było tego pewnych. Badanie przeprowadzone przez Kimball i wsp. wykazało, że strach przed zarażeniem się chorobą zakaźną może stanowić czynnik determinujący negatywne postawy społeczne. Ponadto, autorzy obserwowali, że nieco więcej niż 1/4 respondentów nie była pewna, czy łuszczycy lub egzema są zaraźliwe. Co więcej, zdecydowana większość młodych ludzi zadeklarowała, że wygląd partnera jest jednym z najważniejszych kwestii branych przez nich pod uwagę, a 62% deklaroowało, że wygląd i stan skóry jest dla nich istotnym elementem [8]. Powyższe, wskazuje na konieczność zwiększenia edukacji na temat łuszczycy.

Analiza znajomości metod leczenia łuszczycy wśród studentów w badaniu własnym wykazała, że 50,8% ankietowanych wskazało światłoterapię jako jedną z metod leczenia łuszczycy. Była to trzecia z najczęściej udzielnych odpowiedzi. Balneoterapia również uznana została za znaną metodę leczenia łuszczycy. Wiadomo, że fototerapia UVA, UVB lub terapie systemowe stosowane są w leczeniu przypadków umiarkowanych do ciężkich [9]. Wykazano także korzystne działanie balneoterapii w leczeniu łuszczycy pospolitej i zwyczajnej. Należy zauważyć także, że wody termalne stanowią hipoalergiczną bazę dla kosmetyków [10, 12].

W badaniu własnym zdecydowana większość respondentów, bo aż 86,5% stwierdziła, że stres jest czynnikiem wywołującym zmiany łuszczycowe. Wiadomo, że osoby chorujące na łuszczycę nie doświadczają więcej sytuacji stresowych niż inne grupy chorych, ale z badań wynika, że ta grupa osób wykazuje niższy stopień umiejętności radzenia sobie ze stresem. Pietrzak i wsp. wnioskuje, aby w przyszłych badaniach nad zależnościami pomiędzy stresem a łuszczycą uwzględnić indywidualne różnice między chorymi w sposobie reagowania na stres.

W opublikowanych przez nich badaniach zaledwie jedna osoba wspomagała leczenie łuszczycy technikami relaksacyjnymi. Nikt z badanych nie był nigdy pod opieką psychoterapeuty czy trenera relaksacji [13]. Zaher i wsp. dowodzą, że osoby z łuszczycą w porównaniu z osobami zdrowymi różnią się w znaczny sposób pod względem stosowanych metod radzenia sobie ze stresem. Chorzy ci cechują się większą bezradnością w czynnościach życia codziennego, a także występuje u nich większa tendencja do zaprzeczania trudnościom. Mają większą skłonność do psychicznego odrywania się od sytuacji oraz rzadziej akceptują siebie w chorobie [14]. Powyższe wyniki pokazują, że wsparcie emocjonalne jest niezbędne dla tej grupy pacjentów.

Podsumowując, wiedza na temat łuszczycy wśród studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu jest na poziomie przeciętnym. Zasadne jest zatem rozważenie konieczności prowadzenia zwiększonych działań edukacyjnych dla studentów oraz zwiększenie ilości godzin zajęć praktycznych na oddziałach specjalistycznych. Wyniki badań własnych wskazują także na konieczność prowadzenia dalszych badań w tym zakresie.

Wnioski

1. Poziom wiedzy studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego o autoimmunologicznych jednostkach chorobowych na przykładzie łuszczycy jest zróżnicowany. Najwięcej osób, czyli nieco mniej niż połowa respondentów została oceniona na poziomie przeciętnym, dlatego konieczne jest zwiększenie edukacji w tym zakresie.
2. Wiek badanych nie wpływał istotnie na wybór źródła wiedzy na temat łuszczycy. Najczęściej studenci czerpali swoją wiedzę z Internetu i mediów społecznościowych.
3. Nie obserwowano zależności między kierunkiem studiów, rokiem i poziomem studiów a wiedzą respondentów na temat łuszczycy.
4. Około 1/3 ankietowanych deklarowała, że jest chora lub posiada osobę chorą na łuszczycę w bliskim otoczeniu. Nie stwierdzono zależności między takimi czynnikami jak choroba studenta lub posiadanie w bliskim otoczeniu osoby chorującej na łuszczycę a poziomem wiedzy o łuszczycy.
5. Kontakt z pacjentem chorym na łuszczycę podczas praktyk zawodowych nie wpływał istotnie na poziom wiedzy studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu.

6. Wysokim poziomem wiedzy na temat łuszczycy charakteryzowała się połowa badanych uważających, że posiadają wystarczającą wiedzę w tym zakresie. Nie stwierdzono zależności między poziomem wiedzy a samooceną ankietowanych na ten temat.
7. Należy zwiększyć zakres edukacji wśród studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu na temat łuszczycy. Wiedzę studentów zwiększyć mogą zajęcia w toku kształcenia oraz spotkania z profesjonalistami.

Piśmiennictwo

1. Błaszczuk-Kostecka M., Wolska H.: Dermatologia w praktyce. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
2. Wolk K., Sabat R.: Adipokines in psoriasis: An important link between skin inflammation and metabolic alterations. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders* 2016; 17 (1): 305-317.
3. Renzi C, Di Pietro C, Tabolli S.: Participation, satisfaction and knowledge level of patients with cutaneous psoriasis or psoriatic arthritis. *Clinical and Experimental Dermatology* 2011; 36 (8): 885-888.
4. Renzi C., Di Pietro C., Gisondi P. et al.: Insufficient knowledge among psoriasis patients can represent a barrier to participation in decision-making. *Acta Dermato-Venereologica* 2006; 86 (6): 528-534.
5. Nowicka D.: Łuszczyca - pielęgnacja i postępowanie w gabinecie kosmetycznym. *Kosmetologia Estetyczna* 2018; 7 (5): 529-532.
6. Wyderka M., Darowska J.: Problemy pielęgnacyjne i społeczne u osób chorych na łuszczycę. *Pielęgniarstwo Polskie* 2016; 2 (60): 214-219.
7. Steuden S., Janowski K.: Zastosowanie kwestionariusza Skindex do pomiaru jakości życia u pacjentów z łuszczycą. *Przegląd Dermatologiczny* 2001; 88: 41-48.
8. Children's Disabilities Information. Empowering Parents of Children with Special Needs. Articles. Resources.: Encouragement Common Skin Conditions Misconstrued As Contagious Could Affect Social Lives of Young Adults, <http://www.childrensdisabilities.info/allergies/skin-conditions-sociallife.html> (data pobrania 23.04.2023).
9. Szepietowski J., Adamski Z., Chodorowska G. i wsp.: Leczenie łuszczycy – rekomendacje ekspertów Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Część II: łuszczyca umiarkowana do ciężkiej. *Przegląd Dermatologiczny* 2014; 101: 455-472.

10. Tomczak H., Hansdorfer-Korzon R., Majkowicz M. i wsp.: Balneoterapia w kompleksowym leczeniu fibromialgii – przegląd wybranego piśmiennictwa. *Ból* 2016; 17 (1): 33-37.
11. Grzybowski G.: Zastosowanie balneoterapii i balneofototerapii w leczeniu łuszczycy pospolitej. *Postępy Dermatologii i Alergologii* 2003; 20: 307-310.
12. Iwaniszczyk A., Kuliński W.: Analiza postępowania fizykalnego w łuszczycy. *Balneologia Polska* 2007; 171-177.
13. Pietrzak A., Janowski K., Lechowska-Mazur I. i wsp.: Łuszczyca jako przewlekła choroba skóry w kontekście psychologicznym. *Nowa Medycyna* 2006; 1: 14-19.
14. Zaher H.A.E.M., Amin M.E., Rakhawy M.Y.: Coping with depression and anxiety in patients with psoriasis. *Egyptian Journal of Psychiatry* 2010; 31: 57-63.

Cellulit – defekt tkanki tłuszczowej w aspekcie kosmetycznym i społecznym

Karolina Wanda Gers, Anna Grajewska, Edyta Rysiak

Zakład Chemii Leków Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie

Cellulit, potocznie zwany „skórką pomarańczową” to patologiczne zmiany w kształtowaniu się powierzchni skóry, charakteryzujące się występowaniem licznych zagłębień i nierówności. W fachowej literaturze przedmiotu cellulit zwany jest lipodystrofią lub panikulopatią. Termin określający tego rodzaju zmiany na skórze, po raz pierwszy wykorzystano we Francji w 1920r. W 1964r. Bassas – Grau i wsp. opisali proces hiperpolimeryzacji mukopolisacharydów macierzy komórkowej w tkance podskórnej objętej cellulitem, która skutkuje nadmierną hydrofilią komórek, przewlekłym obrzękiem tkanki oraz następczą fibrosklerozą [1]. Cytując za Lotti i wsp. w tkankach objętych zmianami cellulitowymi występuje nadmierna ilość glikozaminoglikanów, nadaktywność fibroblastów, niedobór włókien kolagenowych i elastynowych, jak również zmiany morfologiczne w ścianach naczyń włosowatych. Powyżej wymienione odmienności uniemożliwiają prawidłowy transport komórkowy do macierzy śródkomórkowej, co skutkuje kumulacją włókien kolagenowych w tkance podskórnej. Efektem ich nagromadzenia jest powstanie tzw. „skórki pomarańczowej”, widocznej gołym okiem [1]. Według danych epidemiologicznych, cellulitem dotkniętych jest około 85% kobiet. Lipodystrofia występuje głównie w okolicach kończyn dolnych, pośladków czy też brzucha. Nierzadko cellulit uwidoczniiony jest również w obszarze podbrzusza, ramion oraz piersi. Panikulopatii towarzyszy przewlekły stan zapalny, który obejmuje tkankę tłuszczową, łączną, jak również obwodowy układ limfatyczny i krwionośny. W przebiegu cellulitu obserwowane są także zmiany zwyrodnieniowe tkanki podskórnej o charakterze obrzękowo – zwłóknieniowo – stwardnieniowym. W obrazie klinicznym miejsc objętych cellulitem zauważyć można zgrubienia, wybrzuszenia, jak również nierówności i pofałdowania na powierzchni skóry. Pod względem psychicznym obecność panikulopatii wpływa negatywnie na samopoczucie i samoocenę pacjenta, obniżając tym samym jego jakość życia.

Rozwinięcie

Wygląd zmian lipodystroficznych jest uzależniony od stopnia ich zaawansowania. Obecnie wyróżniane są cztery stopnie zaawansowania cellulitu [2]. W pierwszym stadium cellulitu zmiany w skórze widoczne są wyłącznie w badaniu makroskopowym. W tej fazie dochodzi do zwolnienia cyrkulacji krwi w naczyniach żylnych i limfatycznych znajdujących się w tkance podskórnej. Zastój krwi skutkuje zwiększeniem przepuszczalności naczyń włosowatych i powstaniem obrzęku. Spowolnione krążenie krwi prowadzi również do niedożywienia tkanek oraz zgromadzenia zbędnych produktów przemiany materii. W I stopniu cellulitu obserwowane jest powiększenie adipocytów. W stadium drugim panikulopatii objawy kliniczne widoczne są przy ujęciu skóry w fałd lub napięciu mięśnia. Etap ten nazywany jest obrzękowym, gdyż wynaczyniona krew przedostaje się do przestrzeni międzykomórkowych. W tym stadium komórki tłuszczowe grupują się oraz zwiększają swe rozmiary, uciskając tym samym naczynia krwionośne i prowadząc do zaburzeń w procesie mikrokrażenia. W fazie III oraz IV zmiany na skórze są zauważalne w postaci tzw. „pomarańczowej skórki”. Dodatkowym aspektem jest również odczuwanie przez pacjenta dyskomfortu o charakterze bólowym, jak również występowanie guzków. W stadium III powiększone adipocyty grupują się. Ponadto otoczone są włóknami kolagenowymi, co skutkuje powstaniem zgrubień. Wraz ze stopniem pogłębiania się zmian lipodystroficznych w tej fazie, guzy ulegają powiększeniu, a powiększone komórki tłuszczowe wędrują w głąb tkanki łącznej. Warto zwrócić uwagę na fakt, że w tym stadium granica pomiędzy skórą właściwą a tkanką podskórną zaciera się. W fazie IV skupiska adipocytów zwane „zrazikami tłuszczowymi”, otoczone są przez zwłókniałą tkankę łączną. Powstałe guzy naciskają na naczynia włosowate, powodując u pacjenta wspomniane wcześniej dolegliwości bólowe [3]. Literatura przedmiotu nie ogranicza się wyłącznie do klasyfikowania cellulitu na wyżej opisane stadia. Analizując opisywaną problematykę spotkać można również opisy cellulitu zwanego wodnym lub lipidowym. Ważnym zagadnieniem jest również cellulit cyrkulacyjny, łączący cechy wymienionych dwóch rodzajów zmian lipodystroficznych. Ponadto zmiany określane mianem cellulitu różnicowane są pod względem typu budowy ciała. Cellulit wodny zwany twardym przypomina tkankę mięśniową. Najczęściej występuje u kobiet, które są aktywne fizycznie, a zmiany widoczne są niezależnie od przyjmowanej pozycji ciała. Cellulit wodny, określany często miękkim podczas badania palpacyjnego sprawia wrażenie nieprzylegającego do tkanki mięśniowej. Obecny jest u kobiet, które nie prowadzą aktywnego trybu życia, a także u tych, które szybko schudły.

Cellulit wodny może rozwinąć się również z powodu niewłaściwej terapii jego postaci twardej [3].

Etiopatogeneza panikulopatii uznawana jest za wieloczynnikową. Za najbardziej prawdopodobną teorię dotyczącą rozwoju cellulitu uznaje się tę, prezentowaną przez P. Pugliese i G.E. Pierarda, według której cellulit powstaje w wyniku korelacji pomiędzy tkanką tłuszczową a łączną, przy współdziale hormonów płciowych. Pugliese twierdzi, że tkankę tłuszczową należy traktować jak oddzielny organ, podobnie jak skórę uznaje się jako oddzielny narząd. Na tkankę tłuszczową w każdej części ciała wpływ mają potrzeby hormonalne lub metaboliczne. Pierwsze z nich implikują pojawienie się cellulitu. Tworzenie się zmian lipodystroficznych jest naturalnym procesem zachodzącym u kobiet, wywoływanym przez estrogen. Podstawowym zadaniem tego hormonu jest rozluźnienie struktury kolagenu w szyjce macicy podczas porodu. Największa aktywność estrogenu zauważalna jest w okresie pokwitania, jego funkcja kończy się dopiero po dłuższym czasie od okresu pokwitania [4].

Spośród czynników, które omawiane są przy patofizjologii cellulitu wymienia się przede wszystkim nadmierne gromadzenie wody w macierzy międzykomórkowej, negatywne zmiany w mikrokrażeniu tkankowym, zróżnicowaną strukturę anatomiczną tkanek, która zależna jest od płci, rasy oraz typu biologicznego. Częstotliwość występowania cellulitu u mężczyzn jest niska, gdyż poziom estrogenu w ich organizmie jest stosunkowo niewielki. Występowanie zmian lipodystroficznych u płci męskiej obserwowane są w przypadku niedoboru androgenów, a także w zespole Klinefeltera, hipogonadyzmu oraz u pacjentów będących w trakcie terapii estrogenowej, chorujących na raka prostaty [4, 5]. Za sytuację, która może przyczyniać się do powstawania zmian lipodystroficznych uznaje się ciążę, gdyż w drugim i trzecim trymestrze jej trwania macica stanowi naturalną barierę dla odpływu żylnego, ograniczając tym samym swobodny dostęp krwi i limfy do kończyn dolnych. Ponadto, czynnikiem przyczyniającym się do powstawania cellulitu może być niestabilność poziomu insuliny, prolaktyny, jak również terapia lekami przeciwhistaminowymi, betablokerami czy lekami przeciwcukrzycowymi. W przypadku powstawania zmian lipodystroficznych znaczenie ma również tryb życia. Spożywanie alkoholu oraz palenie papierosów przyczynia się do zmian w mikrokrażeniu i pobudza proces odkładania i magazynowania tłuszczu [4].

Terapia zmian powstałych w przebiegu panikulopatii obrzękowo – włókniejąco – zwyrodnieniowej stanowi wyzwanie dla współczesnej kosmetologii. Szeroka gama zabiegów, których wykonanie ma na celu redukcję cellulitu lub całkowitą jego likwidację oparte są m.in. na zastosowaniu fali radiowej, masażu próżniowo – podciśnieniowego oraz karboksyterapii.

Wspomniana powyżej forma masażu uznawana jest za kompleksowy sposób na redukcję cellulitu, ze względu na połączenie trzech jego form: ujędrniającego, antycellulitowego i drenażu limfatycznego, wykonywanych podczas jednego zabiegu. Masaż obszaru ciała objętego zmianami lipodystroficznymi skutkuje rozbiciem kompleksów tkanki tłuszczowej, wody i toksyn, jak również stymulacją układu limfatycznego do ich usunięcia. Podczas zabiegu głowica pracuje w sposób ciągły natomiast w określonej sekwencji, co skutkuje intensywnym oddziaływaniem na tkankę tłuszczową. Efektem zabiegu jest również stymulacja fibroblastów do produkcji białek tkanki łącznej skóry – elastyny, kolagenu oraz kwasu hialuronowego. Pobudzenie produkcji tych elementów skutkuje przywróceniem elastyczności skóry. Zassanie przez głowicę fałdu skórniego przyczynia się również do pobudzenia krążenia krwi i limfy, co przekłada się na usprawnienie procesów metabolicznych i oczyszczenia organizmu z zalegających toksyn. Masaż próżniowo – podciśnieniowy jest często częścią terapii wykorzystującej działanie fali radiowej lub światłoterapii. Wśród zabiegów stosowanych w przypadku zmian lipodystroficznych wymienia się również te, oparte na zastosowaniu fali radiowej, fachowo zwanej radiofrekwencją. Jej mechanizm działania oparty jest na wygenerowaniu ciepła egzogenego w tkankach. Wysoka temperatura wytwarzana podczas zabiegu z wykorzystaniem fali radiowej skutkuje denaturacją włókien białkowych tkanki łącznej, ich przebudowę, oraz podobnie jak w przypadku masażu próżniowo – podciśnieniowego, stymulacją fibroblastów do produkcji elastyny i kolagenu. Pod wpływem ciepła endogenego naczynia włosowate ulegają rozszerzeniu, w wyniku czego usprawniony zostaje przepływ krwi i limfy, a tym samym metabolizm. Po wykonaniu zabiegu radiofrekwencji zauważalna jest redukcja tkanki tłuszczowej, gdyż zastosowanie fali radiowej usprawnia proces lipolizy. Trójglicerydy rozpadają się na wolne kwasy tłuszczowe i glicerol, które metabolizowane są przez wątrobę [4].

Kolejnym zabiegiem, który wciąż zyskuje na popularności w terapii cellulitu jest karboksyterapia. Podskórna aplikacja gazowego dwutlenku węgla wywołuje miejscową hipoksję, będącą silnym bodźcem dla angiogenezy, czyli procesu powstawania naczyń włosowatych. Dwutlenek węgla charakteryzowany jest jako główny czynnik regulujący angiogenezę, zarówno tą „prawdziwą” jak i „fałszywą”. Pierwszy z wymienionych procesów, określany jako „prawdziwy” polega na stałej przebudowie naczyń mikrokrążenia, zależnej od wymagań metabolicznych tkanek, które w przypadku karboksyterapii są niedotlenione. Angiogeneza „fałszywa” definiowana jest jako proces poprawy mikrokrążenia dzięki otwarciu światła już istniejących naczyń kapilarnych. Różnicę pomiędzy dwoma procesami stanowi brak udziału czynników wzrostu nowych naczyń w angiogenezie „fałszywej”. Hipoksja wywołana

przez dwutlenek węgla wpływa również na zwiększenie zdolności zmiany kształtu przez erytrocyty, co przekłada się na lepszy transport tlenu do „niedokrwionych” tkanek [6]. Iniekcja dwutlenku węgla w skórę inicjuje kontrolowany stan zapalny, co skutkuje zwiększeniem produkcji włókien kolagenowych i elastyny, co wpływa na poprawę elastyczności skóry. Proces jej przebudowy rozpoczyna się już po pierwszym zabiegu. Istotnym procesem zachodzącym podczas zabiegu karboksyterapii jest również rozrywanie przez dwutlenek węgla błony komórkowej adipocytów, nie niszcząc przy tym ścian naczyń i nerwów. Skuteczność karboksyterapii potwierdzają wyniki badań naukowych, przeprowadzonych przez Phinero i in. w 2015r., które wykazały, że zabieg iniekcji podskórnej dwutlenku węgla jest równie skuteczny jak opisywana wcześniej radiofrekwencja i przyczynia się do przebudowy włókien kolagenowych oraz do syntezy elastyny. Dowodami na skuteczność karboksyterapii są również badania przeprowadzone przez Pianez i wsp. na grupie 10 zdrowych kobiet w wieku od 20 do 35 lat, z cellulitem w II lub III stopniu zaawansowania. U uczestniczek badania wykonano karboksyterapię w okolicach pośladków i tylnej powierzchni ud. Autorzy badań opracowali ich wyniki na podstawie dokumentacji medycznej, fotograficznej oraz ultrasonograficznej. Każda kobieta biorąca udział w badaniu objęta była serią 8 zabiegów, wykonywanych w odstępie 7 dni. Analiza wyników badań wykazała istotne statystycznie zmiany w stopniach cellulitu w postaci redukcji stopnia jego zaawansowania. Efekt zabiegu był kontrolowany również w obrazie USG [6].

Analizując społeczny aspekt postrzegania cellulitu nie sposób nie wspomnieć o trwaniu społeczeństwa w kulturze wizualnej, dotyczącej również cielesności. Codziennosc człowieka ukształtowana jest poprzez przekazy medialne, obecnie w dużej mierze dostarczane poprzez media społecznościowe. Internet dostarcza odbiorcy zarówno zdjęć, na których ciała kobiet i ich skóra wygląda perfekcyjnie, jak i fotografii osób, które prezentują swe ciała z widocznymi rozstępami, pieprzykami czy omawianym w pracy cellulitem. W przypadku panikulopatii można mówić przez pryzmat zarówno ciała pozytywności jak i o koncepcji piętna. Każdy człowiek naznaczony może zostać „stigmą” nieidealnego ciała, jeżeli w jego środowisku konkretne cechy wyglądu zostaną uznane jako odmienne i niepasujące. Obecnie obserwowana jest tendencja do zrywania z określonym typem piękna, a użytkownicy przestrzeni wirtualnej skłaniają się ku przedstawianiu prawdziwego obrazu ciała ludzkiego, któremu daleko do „perfekcji”. *Anty - body shaming* jest zyskującym na popularności nurtem, definiowanym jako manifestowanie kobiecości i pokazywanie, że rozstępy, cellulit są naturalnymi atrybutami kobiecej cielesności, których nie trzeba się wstydzić.

Definicja piękna obecnie nabiera nowego znaczenia, gdyż chodzi w niej nie o kategoryzowanie człowieka w konkretnym kanonie, lecz o poszanowanie i prawo bycia sobą [7].

Podsumowanie

„Nowoczesne piękno” nie ma na celu odrzucenia idealnej sylwetki czy niedoceniań jej, natomiast opiera się głównie na sugestii i nacisku na założenia, że każdy ma równe prawa, jest tak samo wartościowy i nie każdy musi się mieścić w konkretnym, akceptowalnym społecznie kanonie. Wpisywanie ciał w określone schematy atrakcyjności przestaje być konieczne, co może okazać się pomocne w postrzeganiu cellulitu przez społeczeństwo. Z perspektywy kosmologa, redukcja cellulitu u klientek jest procesem złożonym, podczas którego stosowane są metody łączone, czego przykładem jest zastosowanie opisywanego masażu próżniowo – ciśnieniowego oraz karboksyterapii. W przypadku terapii zmian lipodystroficznych duże znaczenie ma również samodyscyplina klientek, dotycząca zarówno stylu życia, jak i pielęgnacji domowej miejsc objętych panikulopatią.

Piśmiennictwo

1. Gałązka M., Gałęba A., Nurein H.: Cellulit jako problem medyczny i estetyczny. *Hygeia Public Health* 2014; 49 (3): 425 - 430.
2. Migasiewicz A., Sobańska A., Dereń E., Pelleter M. i wsp.: Komputerowo wspomagana ocena skuteczności terapii cellulitu na podstawie obrazowania termograficznego. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna* 2017; 23(2): 87 - 95.
3. Nawrocka - Matysek M., Bernat M., Krasowska D., Chyl – Surdacka K., Sobczuk J.: Współczesne zabiegi kosmetyczne i medyczne w redukcji cellulitu. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2017; 2(51): 213 - 219.
4. Bartosiewicz J., Lewicka – Faruga W.: Zastosowanie radiofrekwencji i masażu podciśnieniowo – mechanicznego w redukcji cellulitu. Opis przypadku. *Aesthetic Cosmetology and Medicine* 2023; 12: 36 - 38.
5. Hurnik – Bojarska S.: Lipodystrofia – przyczyny i możliwości terapeutyczne. *Kosmetologia Estetyczna* 2019; 5(8): 623 - 629.
6. Gemza K., Gemza - Surgiel A.: Wielokierunkowe działanie zabiegu karboksyterapii w walce z mechanizmami wywołującymi cellulit. *Kosmetologia Estetyczna* 2018; 7: 317 - 320.

7. Bilka N., Bylicka A.: Wstydem jest się wstydzić, czyli o zmianach w postrzeganiu i przedstawianiu cielesności. *Fabrica Societatis* 2020; (4): 185.

Wpływ łuszczycy na satysfakcję z życia oraz poczucie stygmatyzacji

Helena Rutkowska¹, Beata Kowalewska²

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

Wstęp

Środowiska medyczne za najlepsze wyjaśnienie jakości życia przedstawiają definicję Światowej Organizacji Zdrowia, która określa ją jako „*postrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście jej uwarunkowań kulturowych, systemu wartości, w którym żyje oraz w relacji do własnych celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań*” [1].

Jakość życia należy do odczuć indywidualnych dla każdej osoby, zależnych od cech charakteru, kondycji psychicznej, osobistych poglądów oraz zainteresowań. Właśnie ze względu na tak dużą wieloaspektowość nie określono jednego konkretnego wyjaśnienia tego aspektu, mimo bardzo powszechnego zainteresowania tym tematem [2]. Określenie jakości życia należy postrzegać pod wieloma względami, ze względu na jej wielostronność dotyczącą różnych dziedzin życia człowieka. Jest bardzo zależna od tego na jakim poziomie zostają spełnione wymagania danej społeczności. Istotną rolę tu odgrywa podejście holistyczne, co zapewnia lepsze warunki egzystencji [1, 3]. Jakość życia trzeba rozważać z punktu widzenia indywidualnego oraz obiektywnie. Jest to spowodowane dużym wpływem warunków bytowych, sytuacją rodzinną, stanem zdrowia, satysfakcją z pracy. Wyżej wymienione czynniki podaje się za najbardziej oddziałujące na zadowolenie z życia [1].

Postęp cywilizacyjny spowodował poprawę jakości życia, odegrał istotną rolę w rozwoju medycyny, co przyczyniło się do polepszenia efektywności leczenia. Wynikiem czego możliwe stało się zapewnienie lepszych warunków zdrowotnych dla osób chorych. Spowodował on też znaczną poprawę sytuacji bytowej. Wymienione czynniki fundamentalnie oddziałują na jakość życia ludności [1, 2].

Powodem tak dużych różnic w poruszonym temacie wśród społeczeństwa są odmienne uwarunkowania dotyczące środowiska życia oraz wpływu wzorów kulturowych. Istotne oddziałują na zadowolenie człowieka z codziennego funkcjonowania ma osiągnięcie potrzeb warunkujących szczęście danej osoby [1, 2, 3].

Łuszczyca to choroba przewlekła skóry, której dokładne przyczyny i pochodzenie nie są znane. Według dostępnych źródeł, około 3% populacji ludzkiej może być dotknięte tą przypadłością o podłożu immunologicznym [5]. Jednakże z uwagi na to, że znaczna część chorych u, których występują łagodne objawy nie korzysta z pomocy medycznej, trudno dokładnie oszacować rozpowszechnienie tego schorzenia [6]. Co istotne jest to choroba widoczna, której objawy zlokalizowane na skórze wpływają znacząco na postrzeganie osób nią dotkniętych. Poprzez wykluczenie społeczne łuszczyca znacząco wpływa na obniżenie jakości życia a stygmatyzacja chorych z powodu specyficznych zmian sugerujących zaraźliwość ma swoje dotkliwe konsekwencje w ograniczaniu ról społecznych i marginalizacji chorych [7].

Cel pracy

Celem głównym badania było: określenie wpływu choroby na jakość życia pacjentów z łuszczycą.

Cel główny wzbogacono o cele szczegółowe:

- ocena wpływu łuszczycy na stygmatyzację ankietowanych,
- ocena stopnia satysfakcji z życia osób borykających się z łuszczycą,
- ocena stanu psychicznego osób objętych badaniem,
- ocena stopnia akceptacji choroby respondentów.

Material i metody

Materiał do badań został zebrany z wykorzystaniem ankiety elektronicznej opublikowanej na portalach społecznościowych zrzeszających chorych na łuszczycę. Badaniem zostało objętych 120 osób borykających się z łuszczycą.

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od 01.02. do 28.02.2023r. Badania zrealizowano za pozwoleniem Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Ankietowani zostali poinformowani o celu badań oraz całkowitej anonimowości. Do zgromadzenia danych została zastosowana metoda sondażu diagnostycznego. Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem:

- autorskiego kwestionariusza ankiety
- standaryzowanych narzędzi badawczych:
 - Skali Akceptacji Choroby (AIS),
 - Skali Depresji Becka (DBI),
 - Skali Satysfakcji z Życia (SWLS),

- Skali 6- stopniowej do oceny stygmatyzacji u chorych na łuszczycę,
- Kwestionariusza 33-stopniowego do oceny stygmatyzacji u chorych na łuszczycę.

Autorski kwestionariusz ankiety zawierał 9 pytań. Umożliwiły one uzyskanie informacji demograficznych dotyczących osób objętych badaniem, jak również pozyskanie wiedzy na temat występowania łuszczycy w rodzinie, lokalizacji zmian łuszczykowych i ich uciążliwości, wpływu diety na stan zdrowia, jakości snu.

Skala Akceptacji choroby posłużyła ocenie nastawienia ankietowanych względem ich przypadłości. Respondenci musieli udzielić odpowiedzi na 8 pytań. Ankietowani przedstawiali swoje stanowisko w skali od 1 do 5. Punktacja mieściła się w przedziale 8-40 punktów. Uzyskanie wyniki interpretowane były według określonych przedziałów uzyskanych sum punktów oceniających stopień akceptacji choroby: poniżej 20 – brak lub niski, od 21 do 29 – umiarkowany, powyżej 30 – wysoki lub całkowity [7, 8].

Skali Depresji Becka została zastosowana w celu oceny stanu psychicznego respondentów. Instrument ten obejmował 21 pozycji, w których ankietowani dokonywali określenia swojego samopoczucia w ostatnich 7 dniach. Każde z 21 pytań zawierało cztery warianty odpowiedzi z dołączoną do nich punktacją od 0 (brak dolegliwości) do 3 (najwyższa intensywność dolegliwości). Interpretacja wyników: 0 - 11 brak depresji, 12 - 19 depresja łagodna, 20 - 25 depresja umiarkowana, 26 - 63 depresja ciężka [7, 9].

Skala Satysfakcji z Życia wykorzystana zostało jako narzędzie do pomiaru wskaźnika poczucia zadowolenia z życia. Składała się z 5 stwierdzeń odnoszących się do rozmaitych sfer satysfakcji z życia. Punktacji mieści się w zakresie 5-35 punktów. Wraz z jej wzrostem zadowolenia z życia osób badanych rośnie. Możliwych jest 7 wariantów odpowiedzi [10].

Skala 6- stopniowa do oceny stygmatyzacji u chorych na łuszczycę zawiera 6 pytań z czterema opcjami odpowiedzi. Są to warianty przeznaczone do pojedynczego wyboru. Każdej wersji odpowiedzi przysługuje odpowiednia punktacja od 0 – nie do 3 – zawsze. Punktacja tego kwestionariusza mieści się w przedziale 0-18. Wraz ze wzrostem sumy punktów rośnie poziom stygmatyzacji, wykluczenia społecznego oraz skrzepowania spowodowanego przebiegiem łuszczycy [7].

Kwestionariusz 33-stopniowy do oceny stygmatyzacji u chorych na łuszczycę składa się z 33 pytań wymagających dokonania przez respondentów wyboru jednego wariantu odpowiedzi spośród sześciu proponowanych. Każdej odpowiedzi przysługiwała odpowiednia liczba punktów od z całą pewnością tak (0 punktów) do z całą pewnością nie (5 punktów).

Formularz ten pozwala na ustalenie stopnia stygmatyzacji osób dotkniętych schorzeniem z uwzględnieniem: uczucia wykluczenia, upokorzenia, wrażliwość na osąd, poczucia wstydu, optymistycznego podejścia do efekty terapii. Instrument ten określa intensywność stygmatyzacji według określonej uzyskanej wartości liczbowej. Dana liczba punktów określa poziom stygmatyzacji, najwięcej można ich otrzymać 165 i wtedy mamy do czynienia z maksymalnie nasilonym tym zjawiskiem [7, 11].

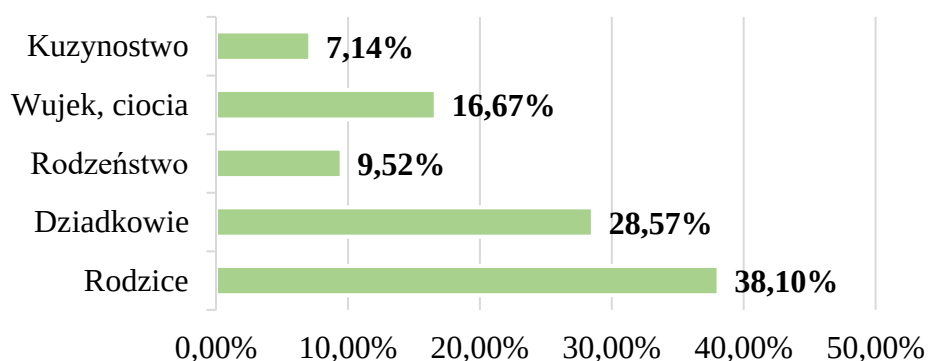
Wyniki

W badanej grupie, 69,17% (N=83) stanowiły kobiety, natomiast 30,83% (N=37) stanowili mężczyźni.

W gronie uczestników badania, 33,33% (N=40) to pracownicy fizyczni, 28,33% (N=34) to uczniowie/studentki, 30,00% (N=36) to pracownicy umysłowi, 7,50% (N=9) to rencistki/emeryci, a 0,83% (N=1) to osoba bezrobotna.

Wśród badanych uczestników, 44,17% (N=53) odpowiedziało, że ktoś w ich rodzinie również choruje na łuszczycę, z kolei 46,67% (N=56) badanych wspomniało, że nikt w ich rodzinie nie choruje na łuszczycę. 19,17% (N=11) badanych nie miało w tym względzie wiedzy.

Spośród uczestników, którzy odpowiedzieli twierdząco na pytanie dotyczące chorych na łuszczycę w rodzinie, 38,10% (N=16) wskazało, że łuszczycą dotknięci są ich rodzice, a 28,57% (N=12) wskazało, że dotknięci są ich dziadkowie (Rycina 1).



Rycina 1. Podział badanych ze względu na posiadanie członków rodziny chorych na łuszczycę

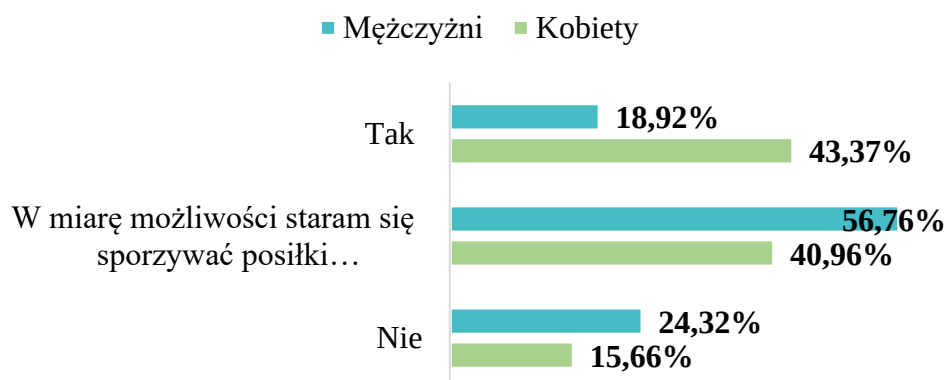
W przypadku kobiet, najczęstszymi miejscami wystąpienia zmian łuszczycowych są łokcie (27,71%; N=23) oraz kolana (31,33%; N=26). Na trzecim miejscu jest występowanie zmian na nogach (31,33%; N=26), a na czwartym miejscu brzuch (15,66%; N=13).

U mężczyzn najczęstszymi miejscami wystąpienia zmian łuszczycowych są głowa (część owłosiona) (43,24%; N=16) oraz kolana (16,22%; N=6). Na trzecim miejscu jest występowanie zmian na rękach (10,81%; N=4), a na czwartym miejscu są nogi (13,51%; N=5). Dane zaprezentowano w Tabeli I.

Tabela I. Podział badanych ze względu na wystąpienie zmian łuszczycowych

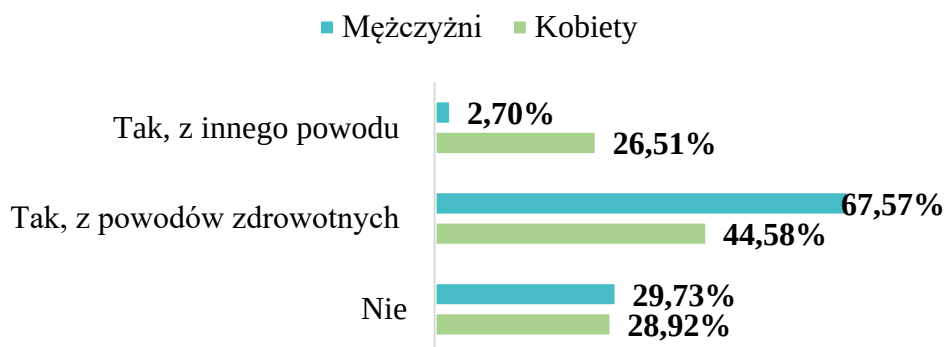
Miejsca wystąpienia zmian łuszczycowych	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Łokcie	23	27,71%	6	16,22%	29	24,17%
Kolana	26	31,33%	6	16,22%	32	26,67%
Dłonie	3	3,61%	2	5,41%	5	4,17%
Ręce	3	3,61%	4	10,81%	7	5,83%
Nogi	26	31,33%	5	13,51%	31	25,83%
Głowa (część owłosiona)	7	8,43%	16	43,24%	23	19,17%
Twarz	2	2,41%	1	2,70%	3	2,50%
Płecy	3	3,61%	1	2,70%	4	3,33%
Brzuch	13	15,66%	2	5,41%	15	12,50%
Całe ciało	0	0,00%	1	2,70%	1	0,83%

Ankietowanych zapytano czy spożywają posiłki przygotowane samodzielnie. W gronie kobiet większość odpowiedziała twierdząco (43,37%, N=36). Z kolei wśród mężczyzn najczęściej wskazywaną odpowiedzią była „w miarę możliwości” (56,76%, N=21) (Rycina 2).



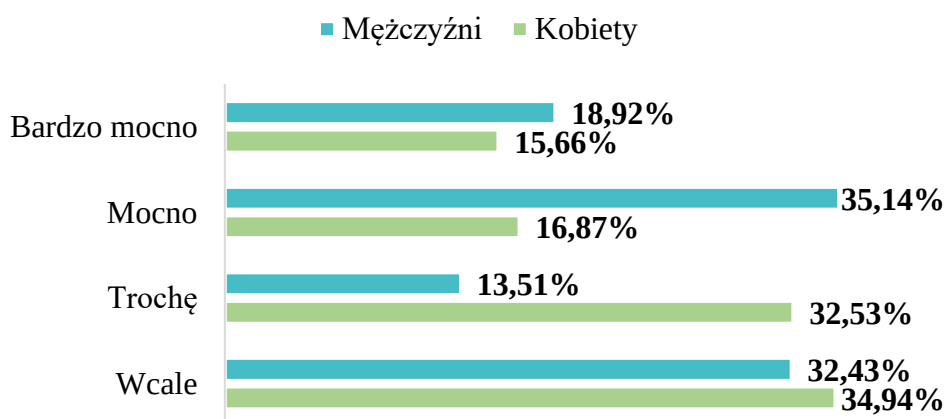
Rycina 2. Podział badanych ze względu na spożywanie posiłków przygotowanych samodzielnie z uwzględnieniem płci

Większość badanych, bez względu na płeć stosowała dietę z powodów zdrowotnych (kobiety 44,58%, N=37; mężczyźni 67,57%, N=25). Dietę z innego powodu stosowało 26,51% uczestniczek badania (N=22). Szczegółowe dane uszeregowano na Rycinie 3.



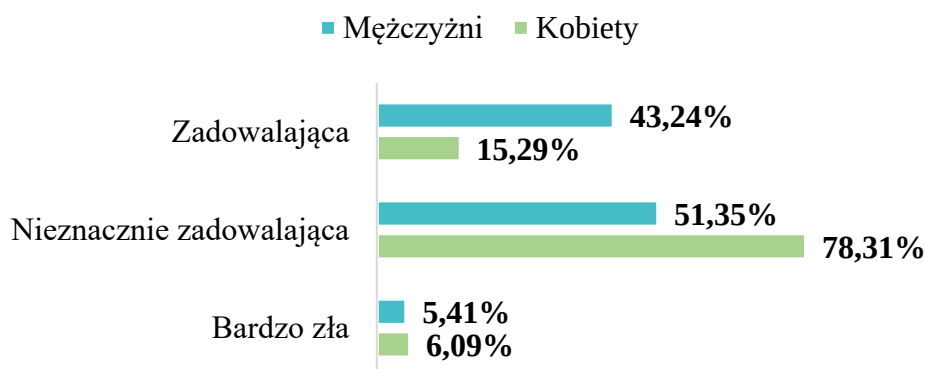
Rycina 3. Podział badanych ze względu na stosowanie diety z uwzględnieniem płci

Wśród badanych kobiet (N=83), 34,94% (N=29) stwierdziło, że dieta wcale nie wpływa na dolegliwości skórne, 32,53% (N= 27) odpowiedziało, że wpływ jest trochę odczuwalny, 16,87% (N=14) stwierdziło, że wpływ jest mocny, a 15,66% (N=13) odpowiedziało, że wpływ jest bardzo mocny. Natomiast wśród badanych mężczyzn (N=37), 32,43% (N=12) odpowiedziało, że dieta wcale nie wpływa na dolegliwości skórne, 13,51% (N=5) odpowiedziało, że wpływ jest trochę odczuwalny, 35,14% (N=13) stwierdziło, że wpływ jest mocny, a 18,92% (N=7) odpowiedziało, że wpływ jest bardzo mocny – Rycina 4.



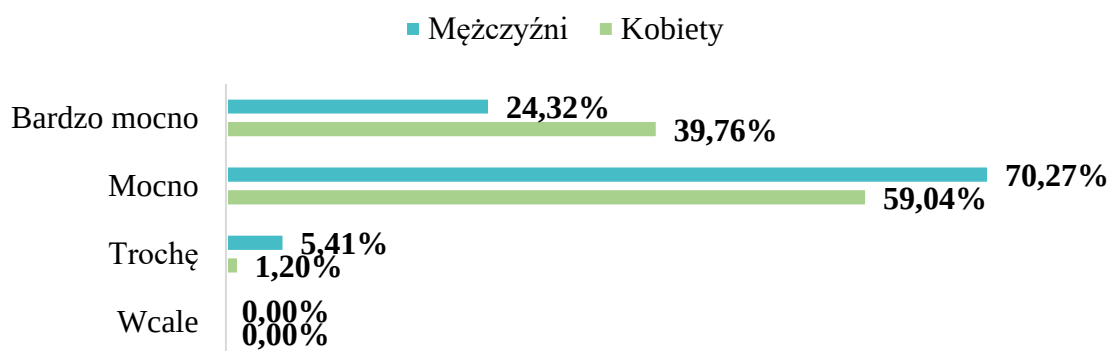
Rycina 4. Podział badanych ze względu wpływ diety na dolegliwości skórne z uwzględnieniem płci

Dokonano analizy danych i wykazano, że lepszą jakość snu w gronie badanych wykazali mężczyźni. W gronie kobiet, ankietowane najczęściej oceniały jakość swojego snu jako nieznacznie zadowalającą (78,31%, N=65). Zadowolonych z jakości snu odnotowano 15,29% badanych płci żeńskiej (N=13). W przypadku mężczyzn, aż 43,24% grupy oceniło swoją jakość snu jako zadowalającą (N=16) (Rycina 5).



Rycina 5. Podział badanych ze względu na jakość snu z uwzględnieniem płci

Analizując zebrane dane wykazano, że dolegliwości związane z łuszczycą były bardziej uciążliwe dla osób płci żeńskiej. Bardzo mocno uciążliwe były one dla 39,76% kobiet (N=33) i 24,32% mężczyzn (N=9). Z kolei odpowiedź „trochę” wskazało 5,41% respondentów (N=2) i 1,20% respondentek (N=1) – Rycina 6.



Rycina 6. Podział badanych ze względu na stopień uciążliwości dolegliwości związanych z łuszczycą z uwzględnieniem płci

Największa grupa badanych wykazała umiarkowany stopień akceptacji choroby (62,50%, N=75). Aż 35,83% respondentów (N=43) miała wysoki stopień akceptacji choroby lub całkowicie akceptowało swoją chorobę. Nie akceptowało jej lub w niskim stopniu 1,67% (N=2) badanych.

Przeanalizowano wyniki oceny stopnia akceptacji choroby na podstawie skali Akceptacji Choroby (AIS). W ogólnym zróżnicowaniu próby (N=120), średnia ocena stopnia akceptacji choroby wyniosła 28 (SD $\pm 3,48$), co wskazywało na umiarkowany poziom akceptacji choroby. Mediana wynosiła 28, a zakres ocen oscylował od 15 do 35. Podział wyników na płeć pokazał niewielkie różnice w ocenach pomiędzy kobietami i mężczyznami. Kobiety, które stanowiły większość próby (N=83), miały średnią ocenę 29 (SD $\pm 3,41$), z medianą 28, co wskazuje na umiarkowany poziom akceptacji. Zakres ocen wynosił od 15 do 35. Mężczyźni (N=37) uzyskali nieco niższą średnią ocenę - 27 (SD $\pm 3,40$), z medianą 27 i zakresem od 20 do 35. Podział wyników według aktywności zawodowej pokazał, że renciści/emeryci (N=9) mieli najwyższą średnią ocenę akceptacji choroby - 29,23 (SD $\pm 4,35$) z medianą 30 i zakresem od 22 do 35. Pracownicy fizyczni (N=40) i studenci (N=34) mieli podobne wyniki, z ocenami odpowiednio 27,93 (SD $\pm 3,69$) i 27,56 (SD $\pm 3,25$). Pracownicy umysłowi (N=36) uzyskali średnią ocenę 28,28 (SD $\pm 3,69$). Jedna osoba bezrobotna uzyskała ocenę 27. Podsumowując, stopień akceptacji choroby był na ogół umiarkowany we wszystkich grupach. Wskaźnik ten był nieco wyższy u kobiet i u osób będących na emeryturze lub rencie, sugerując, że te grupy mogą być bardziej akceptujące wobec stanu choroby – Tabela II.

Tabela II. Skala AIS – wyniki z uwzględnieniem płci i aktywności zawodowej

Grupa		N	Średnia($\pm$ SD)	Mediana	Min.	Max.
Ogółem		120	28 ($\pm 3,48$)	28	15	35
Płeć	Kobieta	83	29 ($\pm 3,41$)	28	15	35
	Mężczyzna	37	27 ($\pm 3,40$)	27	20	35
Aktywność zawodowa	Pracownik fizyczny	40	27,93 ($\pm 3,69$)	28	15	34
	Jestem rencistą /emerytem	9	29,23 ($\pm 4,35$)	30	22	35
	Uczeń/ Student	34	27,56 ($\pm 3,25$)	28	22	35
	Pracownik umysłowy	36	28,28 ($\pm 3,69$)	28	15	34
	Jestem bezrobotna/ bezrobotny	1	27 (± 0)	25	25	25

Skala Depresji Becka umożliwiła ocenę obecności i intensywności depresji w badanej grupie. 27,5% respondentów dotyczyła depresja łagodna zaś 72,5% badanych nie miało objawów depresji.

Dla całej próby 120 osób badanych, średni wynik na skali Becka wynosi 10,31 z odchyleniem standardowym $\pm 2,41$. Mediana dla ogółu wynosi 10, a wyniki oscylują między 0 a 17. Na poziomie ogólnym, poziom depresji był umiarkowany a podobne wyniki uzyskano dla obu płci. Wśród grup zawodowych, najniższy średni wynik (9,00) odnotowano wśród emerytów i rencistów, a najwyższy (11,03) wśród studentów. Pracownicy fizyczni i umysłowi osiągnęli wyniki zbliżone do ogólnego średniego poziomu, natomiast jedna osoba bezrobotna, która wzięła udział w badaniu, osiągnęła wynik wyższy od ogólnej średniej (12). Wszystkie te wyniki wskazują na umiarkowany poziom depresji w badanej grupie, bez znaczących różnic między płciami czy grupami zawodowymi. Co więcej, nie odnotowano żadnych skrajnie wysokich wyników, co sugeruje, że ciężka depresja nie była powszechnym zjawiskiem wśród badanych – Tabela III.

Tabela III. Skala Depresji Becka – wyniki z uwzględnieniem płci i aktywności zawodowej

Grupa		N	Średnia($\pm$ SD)	Mediana	Minimum	Maksimum
Ogółem		120	10,31 ($\pm 2,41$)	10	0	17
Płeć	Kobieta	83	10,30 ($\pm 2,52$)	10	0	17
	Mężczyzna	37	10,32 ($\pm 2,20$)	10	6	15
Aktywność zawodowa	Pracownik fizyczny	40	9,58 ($\pm 2,94$)	9,5	0	17
	Jestem rencistą /emerytem	9	9 ($\pm 1,58$)	9	7	11
	Uczeń/Student	34	11,03 ($\pm 1,80$)	11	7	15
	Pracownik umysłowy	36	10,72 ($\pm 2,17$)	10,5	7	17
	Jestem bezrobotna/bezrobotny	1	12 (± 0)	12	12	12

Skala Satysfakcji z Życia (SWLS - Satisfaction With Life Scale) posłużyła do pomiaru subiektywnej oceny satysfakcji z życia. Ogółem średnia satysfakcja z życia wynosiła 12,70 ($\pm 3,20$), z medianą 12, a wyniki mieściły się w przedziale od 7 do 24. Rozpatrując wyniki z podziałem na płeć, w grupie kobiet (n=83), średnia satysfakcja z życia wyniosła 12,52 ($\pm 3,25$).

W grupie mężczyzn ($n=37$), średnia satysfakcja z życia była nieco wyższa i wyniosła 13,14 ($\pm 3,11$). Analizując wyniki ze względu na aktywność zawodową najwyższą średnią uzyskali pracownicy fizyczni (13,23 $\pm$ 3,45). Natomiast najniższy wynik zaobserwowano u osoby bezrobotnej (8) – Tabela IV.

Tabela IV. Skala SWLS – wyniki z uwzględnieniem płci i aktywności zawodowej

Grupa		N	Średnia($\pm$ SD)	Mediana	Minimum	Maksimum
Ogółem		120	12,70 ($\pm 3,20$)	12	7	24
Płeć	Kobieta	83	12,52 ($\pm 3,25$)	12	9	24
	Mężczyzna	37	13,14 ($\pm 3,11$)	13	7	18
Aktywność zawodowa	Pracownik fizyczny	40	13,23 ($\pm 3,45$)	13	7	24
	Jestem rencistą/emerytem	9	12,67 ($\pm 3,24$)	12	8	18
	Uczeń/Student	34	12,30 ($\pm 3,37$)	12	7	22
	Pracownik umysłowy	36	12,67 ($\pm 2,74$)	13	8	19
	Jestem bezrobotna/bezrobotny	1	8 (± 0)	8	8	8

Zebrano wyniki dotyczące poziomu stygmatyzacji, ocenianego za pomocą dwóch różnych skal (6-stopniowej i 33-stopniowej), w podziale na płeć. W przypadku obu narzędzi badawczych, przeciętny rezultat uzyskany przez osoby poddane badaniu wskazywał na umiarkowany poziom stygmatyzacji.

Na 6-stopniowej skali stygmatyzacji, średni wynik dla całej grupy (M) wyniósł 5,61, a odchylenie standardowe (SD) wyniosło 2,02. W podziale na płeć, kobiety osiągały średni wynik 5,48 (SD=2,09), a mężczyźni 5,89 (SD=1,84). To sugeruje, że mężczyźni mogą odczuwać nieco wyższy poziom stygmatyzacji, ale różnice są stosunkowo niewielkie.

W przypadku 33-stopniowej skali stygmatyzacji ustalono, że średni wynik osiągnięty przez jednostki zmagające się z łuszczycą wynosił 74,02 punktu. Ta skala umożliwiła badanie różnych aspektów stygmatyzacji, co przyniosło bardziej zróżnicowane wyniki. Odczuwanie odrzucenia było najwyżej oceniane i wyniosło średnio 16,95 (SD=3,33) dla całej grupy. Warto zaznaczyć, że ten wynik był nieco wyższy u kobiet niż u mężczyzn. W domenie odczuwanie bycia gorszym wyższe wyniki miały panie. Wrażliwość na opinię innych była na podobnym poziomie dla obu płci. Wyniki dotyczące winy i wstydu były również porównywalne między

plciami. Co do pozytywnego nastawienia, średnie wyniki były prawie identyczne dla obu płci. Tajemniczość była oceniana wyżej przez mężczyzn.

Podsumowując, mimo niewielkich różnic między płciami, wyniki sugerują, że w niektórych aspektach stygmatyzacji, takich jak odczuwanie odrzucenia i bycia gorszym, kobiety mogą odczuwać nieco wyższy poziom stygmatyzacji niż mężczyźni. W przypadku tajemniczości, mężczyźni osiągnęli wyższe wyniki. Na pozostałych składowych 33-stopniowej skali stygmatyzacji wyniki były podobne dla obu płci. Przedstawione dane zaprezentowano w Tabeli V.

Tabela V. Skala poziomu stygmatyzacji – wyniki z uwzględnieniem płci i badanych domen

	Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
	M	SD	M	SD	M	SD
Stygmatyzacja (6 stopniowa skala)	5,61	2,02	5,48	2,09	5,89	1,84
Stygmatyzacja (33 stopniowa skala)						
Odczuwanie odrzucenia	16,95	3,33	17,34	3,35	16,08	3,16
Odczuwanie bycia gorszym	11,80	2,61	12,23	2,45	10,86	2,77
Wrażliwość na opinie innych	10,03	2,41	10,07	2,57	9,92	2,03
Wina i wstyd	10,97	2,29	11,12	2,34	10,62	2,15
Pozytywne nastawienie	12,04	1,94	11,98	1,87	12,13	2,11
Tajemniczość	12,24	3,01	11,62	3,07	13,61	2,42

Dyskusja

Łuszczyca zaliczana jest do powszechnie występujących schorzeń skórnych, której liczba zachorowalności nadal rośnie. Towarzyszące łuszczykom zmiany skórne mają znaczący wpływ na jakość życia tych osób. Chorzy często zmagają się z odczuwaniem silnego naznaczenia i skrępowania. Dodatkowo nierzadko tym skłonnościom współtowarzyszy również unikanie kontaktów międzyludzkich, co sprzyja poczuciu wyobcowania. Wymienione skłonności mają znaczenie dla zdrowia psychicznego, akceptacji swojej sytuacji zdrowotnej, a także niosą ryzyko mniejszej satysfakcji z życia i większej skłonności do stygmatyzacji w porównaniu z osobami niezmagającymi się ze zmianami skórnymi. Z tego powodu istotne jest dokładniejsze przyjrzenie się tym zagadnieniom, będących efektem dolegliwości chorobowych łuszczycy.

Większa akceptacja choroby wiąże się z lepszym przystosowaniem i mniejszym dyskomfortem psychicznym [9]. W pracy własnej do pomiaru stopnia akceptacji choroby została wykorzystana skala Akceptacji Choroby (AIS). W badaniu, 62,50% badanych wykazało umiarkowany stopień akceptacji. 35,83% respondentów miało wysoki stopień akceptacji lub całkowicie akceptowało swoją chorobę, a dwie osoby jej nie akceptowały. Średnia ocena stopnia akceptacji wyniosła 28, wskazując na umiarkowany poziom akceptacji choroby. W podziale według płci, kobiety miały średnią ocenę 29, a mężczyźni mieli ocenę 27. Podział według aktywności zawodowej pokazał, że renciści/emeryci mieli najwyższą średnią ocenę 29,23, a pracownicy fizyczni, studenci i pracownicy umysłowi mieli podobne wyniki, z ocenami odpowiednio 27,93, 27,56 i 28,28. Podsumowując, stopień akceptacji choroby był na ogół umiarkowany we wszystkich grupach. Zaobserwowano nieco wyższy wskaźnik akceptacji choroby zarówno u kobiet, jak i u osób będących na emeryturze lub rencie, co sugeruje, że te grupy mogą wykazywać większą otwartość i akceptację wobec swojego stanu chorobowego.

W pracy Zielińskiej-Więczkowskiej i Pietrzak przeprowadzono badanie wśród osób dotkniętych dolegliwościami łuszczycy wykorzystując przy tym m.in. skalę AIS. Wyniki tej analizy ukazały, że przeciętny ankietowany przy użyciu przedstawionego narzędzia badawczego uzyskiwał 30,37 punktu, co świadczy o wysokim stopniu akceptacji choroby. Zgodnie z skalą AIS 62,4% osób poddanych badaniu zdecydowanie akceptowała schorzenie, którym została dotknięta. Niespełna 27% ankietowanych na poziomie średnim akceptowała swoją chorobę, prawie 11% badanych nie akceptowała dolegliwości z, którą musi się zmagać. Osoby badane najwyżej oceniły stwierdzenia dotyczące tego, że jednostka chorobowa, którą są obarczeni stanowi obciążenie dla bliskich, oraz że dolegliwości związane z nią powodują większą zależność od innych osób, niezależnie od ich własnej woli [8].

Istotne jest uwzględnienie faktu, że depresja i łuszczycy mają zdolność do wzajemnego wpływania na siebie. Zaburzenie psychiczne takie jak depresja może wpływać na nasilenie dolegliwości łuszczycy, natomiast zmiany skórne zwiększają ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych [9]. W ramach przeprowadzonej pracy własnej, średni wynik uzyskany za pomocą skali Becka wyniósł 10,31, wskazując na umiarkowany stopień depresji. Stwierdzono, że 27,50% ankietowanych doświadczało łagodnej depresji, natomiast żaden z badanych nie wykazywał objawów ciężkiej ani umiarkowanej depresji. Aż 72,50% badanych nie prezentowało żadnych objawów depresji. Zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, uzyskano podobne wyniki. W różnych grupach zawodowych najniższy średni wynik (9,00) odnotowano wśród osób będących na emeryturze i rencie, zaś najwyższy (11,03) wśród studentów.

Pracownicy fizyczni i umysłowi osiągnęli wyniki zbliżone do ogólnego średniego. Jedna osoba bezrobotna, uczestnicząca w badaniu, uzyskała wynik wyższy od ogólnego średniego [12]. Wszystkie te wyniki wskazują na umiarkowany poziom depresji w badanej grupie, bez istotnych różnic między płciami i grupami zawodowymi. Dodatkowo, nie zaobserwowano bardzo wysokich wyników, co sugeruje, że ciężka depresja nie była powszechna wśród badanych.

W ramach analizy przeprowadzonej przez Łakutę i Przybyłego-Basistę ustalono, że średni wynik osiągnięty przez jednostki zmagające się z łuszczycą na Inwentarzu Depresji Becka wynosił 15,5 punktu, co klasyfikuje się jako łagodną depresję. Spośród osób poddanych badaniu, 22,3% ankietowanych wykazywało objawy ciężkiej depresji, 16,1% uzyskało wynik odpowiadający umiarkowanej depresji, a 43,5% zostało sklasyfikowanych jako osoby z depresją o łagodnym stopniu ciężkości. Natomiast u 40,4% respondentów stwierdzono brak przejawów depresyjnych na podstawie rezultatów przeprowadzonej ankiety [9].

Satysfakcja z życia osób dotkniętych łuszczycą może być różnorodna. Ważne jest tutaj osobiste doświadczenie oraz umiejętność adaptacji do tej jednostki chorobowej. Łuszczycy może negatywnie wpływać na emocjonalne samopoczucie, interakcje społeczne oraz ogólny poziom zadowolenia z życia [12]. W analizach przeprowadzonych w ramach badania własnego wykorzystano Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS). Ogółem średnia satysfakcja z życia wynosiła 12,70 ($\pm 3,20$), przy medianie 12. Punktacje respondentów mieściły się w przedziale od 7 do 24. Jeśli spojrzymy na podział ze względu na płeć, kobiety miały średnią satysfakcję z życia równą 12,52 ($\pm 3,25$), podczas gdy u mężczyzn była nieco wyższa i wyniosła 13,14 ($\pm 3,11$). Przy analizie wyników w kontekście aktywności zawodowej, pracownicy fizyczni osiągnęli najwyższą średnią 13,23 ($\pm 3,45$), natomiast osoba bezrobotna uzyskała najniższy wynik (8).

W badaniu Sielskiej i Szlenk-Czyczerskiej zbadano poziom satysfakcji z życia przy użyciu skali SWLS. Ogólnie, średnia satysfakcja z życia w tej analizie wyniosła 17,00, a wyniki mieściły się w zakresie od 8 do 29. Według przeprowadzonych badań, 13% respondentów wykazywało wysoki poziom satysfakcji z życia, 31% miało średnią satysfakcję z życia, a 56% odczuwało niską satysfakcję z życia. Analiza wyników wskazuje, że płeć nie ma istotnego wpływu na rezultaty [10].

Objawy skórne mogą mieć istotne konsekwencje dla jakości życia jednostek dotkniętych tym schorzeniem, w tym doświadczanie silnego piętna i ograniczeń. Często wiąże się z tym unikanie interakcji społecznych, co może prowadzić do poczucia wyobcowania [13].

W badaniu własnym zastosowano dwie skale do pomiaru stygmatyzacji, przeciętne wyniki obu tych narzędzi badawczych uzyskane przez osoby objęte badaniem wskazywały na umiarkowany poziom stygmatyzacji. Średni wynik skali 6-stopniowej dla całej grupy wyniósł 5,61 możliwych punktów. Podział ze względu na płeć pokazał, że kobiety uzyskały średni wynik 5,45, a mężczyźni 5,89. Wskazuje to na nieznacznie wyższy poziom stygmatyzacji u mężczyzn, choć różnice są niewielkie. Natomiast w przypadku 33-stopniowej skali stygmatyzacji, która bada różne aspekty, średni wynik wynosił 74,02 dla całej grupy. Dodatkowo, wyniki były nieco wyższe dla kobiet niż dla mężczyzn. W poszczególnych domenach odczuwania odrzucenia i bycia gorszym, wyniki były wyższe dla kobiet. Natomiast wrażliwość na opinię innych, wina i wstyd oraz pozytywne nastawienie były podobne dla obu płci. Co do tajemniczości, to wyniki były wyższe u mężczyzn. Najwyżej oceniane aspekty przez obie grupy dotyczyły odczuwania odrzucenia.

W przeprowadzonym badaniu przez Zięciaka i wsp. z wykorzystaniem skali 33-stopniowej do oceny stygmatyzacji zaobserwowano, że większość respondentów dotkniętych łuszczycą (72%) charakteryzowała się umiarkowanym poziomem stygmatyzacji. Druga grupa ankietowanych (ok. 20%) charakteryzowała się niskim poczuciem stygmatyzacji, natomiast w przypadku około 6% badanych odnotowano wysoki wskaźnik, a tylko u około 2% stwierdzono bardzo niski stopień stygmatyzacji. Wysoki poziom stygmatyzacji wystąpił u 11% mężczyzn, podczas gdy wśród kobiet nie odnotowano żadnego przypadku. Przedstawiciele płci męskiej stanowili 71% grupy z wyższym niż przeciętnym poziomem stygmatyzacji, natomiast wśród przedstawicielek płci żeńskiej było to 73%. Niski poziom stygmatyzacji wystąpił u 18% ankietowanych mężczyzn, przy czym żadna z badanych pań nie charakteryzowała się tym stopniem stygmatyzacji. Z przeprowadzonego badania wynika, że największy wpływ na stygmatyzację wywiera poczucie odrzucenia, następnie pojawia się uczucie winy i wstydu, a kolejno odczuwanie bycia gorszym. Kolejnym istotnym aspektem jest wrażliwość na opinie innych, a najmniejszy wpływ obserwuje się w przypadku pozytywnego nastawienia i tajemniczości [11].

Wnioski

1. Łuszczyca ma negatywny wpływ na jakość życia, powodując jej obniżenie.
2. Łuszczyca niekorzystnie wpływa na satysfakcję z życia, akceptację choroby oraz wiąże się z ryzykiem wystąpienia stygmatyzacji i epizodów depresyjnych.

3. Płeć nie ma istotnego wpływu na różnice w jakości życia pacjentów dotkniętych łuszczycą.

Piśmiennictwo

1. Wnuk M., Zielonka D., Purandare B. i wsp.: Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych. *Hygeia Public Health* 2013; 48(1): 10-16.
2. Jankowska-Polańska B., Polański J.: Metody oceny jakości życia w schorzeniach reumatycznych. *Reumatologia* 2014; 52(1): 69–76.
3. Wnuk M., Marcinkowski J.T.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Hygeia Public Health* 2013; 48(3): 274-278.
4. Gupta R., Debbaneh M.G., Liao W.: Genetic Epidemiology of Psoriasis. *Current Dermatology Reports* 2014; 3(1): 61– 78.
5. Eberle F.C., Brück J., Holstein J., Hirahara K., Ghoreschi K.: Recent advances in understanding psoriasis. *F1000Research* 2016; 5: 770.
6. Griffiths C.E.M., van der Walt J.M., Ashcroft D.M., Flohr C., Naldi L., Nijsten T., Augustin M.: The global state of psoriasis disease epidemiology: a workshop report. *British Journal of Dermatology* 2017; 177 (1): 4– 7.
7. Mocarska A., Kowalewska B., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E.: Stygmatyzacja osób z łuszczycą oraz jej wpływ na samoocenę, akceptację choroby i występowanie depresji. Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok 2020.
8. Zielińska- Więczkowska H., Pietrzak N.: Akceptacja choroby i jej związek z jakością życia pacjentów z łuszczycą. *Medycyna Rodzinna* 2018; 21(1): 3-9.
9. Łakuta P., Przybyła-Basista H.: Rola stygmatyzacji oraz przekonań na temat wyglądu w rozwoju depresji u chorych na łuszczycę. *Polskie Forum Psychologiczne* 2016; 21, 3: 447-463.
10. Sielska M., Szlenk-Czyczerska E.: Akceptacja choroby a poczucie satysfakcji z życia w grupie osób chorych na łuszczycę. *Holistyczny wymiar opieki wobec osób z chorobami skóry i błon śluzowych* 2022:15-31.
11. Zięciak T., Rzepa T., Król J., Żaba R.: Poczucie stygmatyzacji a objawy depresyjne u osób chorych na łuszczycę. *Psychiatria Polska* 2017; 51(6): 1153-1160.
12. Jankowiak B., Kowalewska B., Khvorik D.F., Krajewska-Kułak E, Niczyporuk W.: Poziom stygmatyzacji i depresji u pacjentów z łuszczycą *Iranian Journal of Public Health* 2016; 45(5): 690–692.

13. Walniczek P.: Kompleksowa terapia w leczeniu chorych na łuszczycę. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2018; 7(1): 11-13.

Łuszczyca – podstawy teoretyczne

Helena Rutkowska¹, Beata Kowalewska²

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

Wprowadzenie

Łuszczyca to choroba przewlekła skóry, której dokładne przyczyny i pochodzenie nie są znane. Według dostępnych źródeł, około 3% populacji ludzkiej może być dotknięte tą przypadłością o podłożu immunologicznym [1]. Jednakże z uwagi na to, że znaczna część chorych u, których występują łagodne objawy nie korzysta z pomocy medycznej, trudno dokładnie oszacować rozpowszechnienie tego schorzenia [2].

Częstość występowania łuszczycy zależy od różnorodnych czynników, w tym klimatu, predyspozycji genetycznych oraz kontaktu z czynnikami chorobotwórczymi i środowiskowymi. Wzrost częstości występowania na łuszczycę zazwyczaj obserwuje się wraz z oddalaniem się obszarów od równika. Stwierdzono, że częściej chorują osoby mieszkające na terenach o niższej temperaturze i wilgotniejszym powietrzu, w porównaniu z tymi, którzy żyją w klimacie suchszym i gorętszym. Łuszczyca najczęściej dotyka osoby o jasnej karnacji [3]. W Polsce szacuje się, że mniej więcej milion ludzi cierpi z powodu tej choroby [4].

Zachorowalność na łuszczycę nie różni się znacząco między płciami, jednak w badaniach często zauważa się nierówności wynikające z analizowania różnej liczby przedstawicieli obu płci. Częstość zachorowań na łuszczycę wzrasta wraz z wiekiem, a pierwsze objawy skórne mogą pojawić się w każdym wieku. Największy szczyt zapadalności na tę chorobę, niezależnie od płci, odnotowuje się w wieku 16-22 lat oraz 57-60 lat. Średni wiek rozpoczęcia choroby wynosi 33 lata, a około 75% diagnoz stawianych jest przed osiągnięciem 46-go roku życia. Jeśli łuszczyca zostanie zdiagnozowana we wczesnym wieku, najczęstszą przyczyną jej wystąpienia są czynniki genetyczne, a choroba charakteryzuje się trudnym przebiegiem. Zachorowalność na łuszczycę po 40-go roku życia ma mniejsze powiązanie z predyspozycjami genetycznymi i często przebiega łagodniej [5].

Osoby cierpiące na łuszczycę często muszą zmagać się z trudnościami społecznymi, związanymi z występowaniem zmian skórnych, które często lokalizują się w trudnych do ukrycia miejscach. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określiła łuszczycę jako „poważną,

przewlekłą, oszpecającą, powodującą kalectwo, niezakaźną chorobę”. Mimo postępu w medycynie, leczenie łuszczycy nie zawsze spełnia oczekiwania pacjenta [3].

Łuszczyca należy do najbardziej rozpowszechnionych dolegliwości skórnych, której częstość występowania ciągle notuje tendencję wzrostową. Prace naukowe na temat łuszczycy wskazują, że zwiększona ilość cytokin, adipokin (hormonów wydzielanych przez komórki tkanki tłuszczowej) i interleukin odgrywa kluczową rolę w rozwoju charakterystycznych objawów skórnych. Badania wykazały, że chorzy na *psoriasis* są bardziej narażeni na rozwój innych schorzeń, takich jak choroby sercowo-naczyniowe, zespół metaboliczny i dyslipidemia. Szczególną uwagę należy zwrócić na czynniki ryzyka, które wpływają na rozwój chorób ogólnoustrojowych, w tym łuszczycy. Do tych czynników zalicza się najczęściej nadużywanie alkoholu i palenie tytoniu, nieodpowiednie odżywianie, stosowanie określonych preparatów farmakologicznych oraz predyspozycje genetyczne [5, 6].

Rozwinięcie

Łuszczyca to choroba zapalna skóry, charakteryzująca się okresami nawrotów, w trakcie których cykl życiowy komórek skóry ulega skróceniu do około 3-4 dni. W efekcie dochodzi do nadmiernej grubości naskórka na obszarach zmienionych chorobowo oraz wzmożonego procesu zapalnego. W skórze nie dotkniętej schorzeniem cykl życiowy komórek skóry zajmuje mniej więcej 28 dni [6, 7].

Objawem nadmiernego namnażania się komórek naskórka w *psoriasis* są łuszczące, rumieniowe zmiany skórne, które znikają bez pozostawienia trwałych śladów, w niektórych przypadkach mają miejsce przejściowe przebarwienia. Ogniska łuszczycy są przeważnie w formie czerwono-brunatnych grudek na, których znajduje się srebrzystobiała łuska. Łuszczycowe zapalenie skóry może być zlokalizowane we wszystkich miejscach na powierzchni ciała człowieka [6].

Objawy łuszczycy mogą występować w różnym stopniu rozległości, począwszy od niewielkich zmian aż po obszary pokrywające niemal całą powierzchnię skóry. Zmiany te mają postać nierównomiernych i pogrubionych obszarów chorobowych. Ze względu na cykliczny charakter nawrotów łuszczycy pod wpływem innych czynników prowokujących, proces terapeutyczny może być długi [6].

Objawami łuszczycy skóry są charakterystyczne powiększone brodawki znajdujące się w obrębie skóry. Zmiany zachodzące w obrębie powierzchni skóry, opisywane powyżej, noszą miano procesu papillomatozy. Mogą pojawić się one w różnych miejscach na ciele człowieka,

w zależności od lokalizacji choroby. W typowych objawach łuszczycy włósniczki (niewielkie naczynia krwionośne) w skórze mogą być poszerzone, zawile i umiejscowione powierzchownie, co może prowadzić do powstania kropelkowych krwawień na skutek zerwania łuski pokrywającej wykwity skórne. Ponadto, w łuszczycy może mieć miejsce naciek powstały z udziałem neutrofilów oraz komórek limfocytarnych, co prowadzi do powstawania wykwitów łuszczycowych w górnej warstwie naskórka. Przemiana ta może również zachodzić w głębszych powierzchni skóry [8].

W przebiegu łuszczycy występują również inne symptomy ułatwiające w dużym stopniu diagnostykę. Zaliczamy do nich między innymi:

- objaw świecy stearynowej- polega on na uwidocznieniu się błyszczącej i gładkiej powierzchni skóry po oderwaniu słabo przylegających charakterystycznych łusek;
- objaw Auspitz- kropelkowe krwawienie obszaru zmian skórnych, będące efektem uszkodzenia naczyń włosowatych, powstałe w wyniku urazu miejsca dolegliwości łuszczycowych (naruszenie wykwitu i zdrapanie łusek);
- objaw Köbnera- polegający na powstaniu z upływem mniej więcej 7-12 dni nowego wykwitu w przebiegu linii mechanicznego naruszenia ogniska łuszczycy, występuje tylko w aktywnym stadium łuszczycy;
- silny świąd- typowy symptom najczęściej sygnalizowany przez chorych;
- paznokcie naporstkowate- punkcikowate wgłębienia, nierzadko spotykany objaw dotyczący płytki paznokciowej;
- onycholiza- proces w którym płytka paznokciowa oddzielenie się od łożyska wskutek czego w powstałej przestrzeni powstaje pęcherzyk powietrza;
- plamy olejowe- mające postać występujących w obrębie łożyska paznokcia żółto-brunatnych przebarwień, będących efektem tworzenia się pod płytką paznokciową grudek łuszczycowych [9];
- zanokcica - to proces zapalny występujący w obrębie skóry wokół paznokci na palcach rąk i nóg, będący efektem zakażenia w wyniku uszkodzenia naturalnej ochronnej płytki paznokciowej [10];
- zwiększenie grubości, matowienie, łamliwość powierzchni paznokci [9].

Psoriasis o chronicznym i powracającym charakterze sprawia, iż chory w całym okresie życia narażony jest na możliwość nasilenia dolegliwości lub nawrót objawów schorzenia.

Zaostrzenie zwykle obserwujemy wiosną i jesienią. Ze względu na warunki panujące w tym okresie obserwujemy spadek odporności czego skutkiem jest zwiększenie ilości infekcji [8].

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) dokonała podziału łuszczycy, przedstawionego poniżej:

- łuszczyca pospolita;
- łuszczyca krostkowa uogólniona;
- zapalenie ciągłe krostkowe kończyn;
- łuszczyca krostkowa dłoni i podeszw;
- łuszczyca grudkowa;
- łuszczyca stawowa;
- inne postacie łuszczycy (np. łuszczyca odwrócona);
- łuszczyca nieokreślona [11].

Określenie prawidłowej diagnozy medycznej na podstawie charakterystycznych zmian chorobowych nie stanowi trudności. Niemniej, zdarzają się przypadki, kiedy symptomy są podobne do odmiennych dolegliwości skórnych mających postać zapalną, np. łojotokowego zapalenia skóry czy infekcji grzybiczych [12].

Rola czynników genetycznych

Wiele źródeł potwierdza, że opisywana dermatозa w części przypadków ma charakter dziedziczny [4]. Mniej więcej u 30% chorych łuszczyca jest przekazywana pokoleniowo [13]. Jeśli z tym schorzeniem boryka się jedno z rodziców, ryzyko wystąpienia dermatозy u potomstwa wynosi 10-20% [14]. Możliwość dziedziczenia istotnie zwiększa się w sytuacji, gdy na łuszczycę cierpią obaj rodzice [4]. Jeśli jedno z bliźniąt jednojajowych choruje, to w 65-70% przypadków również drugie choruje. W przypadku bliźniąt dwujajowych ta zależność występuje rzadziej, bo jedynie w 15-20% przypadków [14]. W zdrowej rodzinie prawdopodobieństwo zachorowania wynosi 2% [13, 14]. Łuszczyca występuje nie tylko z pokolenia na pokolenie, ale również wśród osób z odleglejszym pokrewieństwem. Według niektórych źródeł ta dermatозa może być przekazywana nawet do dziesiątej generacji w rodzinie. Brak wiedzy pacjenta na temat zachorowalności w rodzinie nie wyklucza możliwości występowania tej choroby wśród osób z nim spokrewnionych [4]. Skłonność do dziedziczenia łuszczycy jest bardziej wyraźnie obserwowana u pacjentów z łuszczycą typu I, która może pojawić się już we wczesnym dzieciństwie. Natomiast łuszczyca typu II,

charakteryzująca się wystąpieniem dolegliwości chorobowych najczęściej po ukończeniu 40 lat, wykazuje mniejszy związek z predyspozycjami genetycznymi [4].

Łuszczycę charakteryzuje duże zróżnicowanie genetyczne, co może wpływać na różnorodność jej postaci klinicznych. Obecnie nie wiadomo, które geny są najważniejsze w rozwoju tej choroby. Jednakże zarejestrowano dziesięć różnych miejsc locus podatności na łuszczycę, oznaczonych jako PSORS-1, PSORS-2..., PSORS-10. Geny odpowiedzialne za skłonność do choroby mogą znajdować się w ich zasięgu. Najważniejszą zależność wykazano w odniesieniu do allelu HLA-Cw6, który występuje częściej u osób borykających się z łuszczycą niż pośród ludzi zdrowych i znajduje się w ramach PSORS-1. Dokładna rola HLA-Cw6 w mechanizmie rozwoju łuszczycy nie jest jeszcze określona, ale wiadomo, że allel ten odgrywa istotną rolę w uwarunkowanych genetycznie i nabytych mechanizmach obronnych. Mimo że odkryte zależności genetyczne są przedmiotem badań, to ich znaczenie w przebiegu łuszczycy wciąż nie jest do końca poznane [15, 16].

Zaburzenia immunologiczne

Aktualnie, łuszczyca jest klasyfikowana jako choroba autoimmunologiczna, coraz częściej współistniejąca z innymi zaburzeniami zaliczanymi do tej kategorii schorzeń. Jej związki z innymi chorobami z tej grupy wciąż są przedmiotem badań. Mimo postępującej wiedzy, wzajemne powiązania między tymi chorobami, w tym mechanizmy powstawania i rozwoju, pozostają wciąż nie do końca zrozumiane [15, 16].

Wysoka aktywność limfocytów T w przebiegu łuszczycy prowadzi do podwyższonego wydzielania cytokin zapalnych oraz intensywnego namnażania keratynocytów, co świadczy o immunologicznym charakterze choroby [15]. W łuszczycy zaobserwować można aktywację układu odpornościowego, który zwrócony jest przeciwko komórkom skóry własnego organizmu, skutkując powstawaniem stanów zapalnych i zmian łuszczykowych na skórze [15, 16].

Właściwości mechanizmów odpornościowych zaobserwowanych w łuszczycy sugerują, że ta choroba ma charakter autoimmunologiczny. Istnieje przypuszczenie, że brak tolerancji immunologicznej (czyli utrata reakcji układu odpornościowego na antygen) przyczynia się do powstawania autoreaktywnych limfocytów (Th17 oraz Th1), które są zdolne do identyfikacji antygenów własnych i ich niszczenia w konkretnych rejonach organizmu [15].

Stres oksydacyjny

Aby zapewnić prawidłowe funkcjonowanie organizmu, konieczne jest uwzględnienie różnorodnych bodźców, zarówno pochodzących z otoczenia, jak i z wewnątrz organizmu [17].

OS (oxidative stress, stres oksydacyjny) uznawany za jedno z najważniejszych czynników wpływających na funkcjonowanie układów i narządów, odgrywa kluczową rolę w zachowaniu równowagi fizjologicznej [18]. Proces ten polega na nasileniu reakcji oksydacyjnych zachodzących w organizmie, prowadzi do powstawania nadmiernych ilości wolnych rodników, w tym ROS (*reactive oxygen species*, reaktywne formy tlenu). W organizmie człowieka w stanie prawidłowym utrzymuje się odpowiednia zależność pomiędzy produkcją a eliminacją tych związków dzięki przeciwutleniaczom i enzymom. W przypadku, gdy produkcja wolnych rodników jest nadmierna może dojść do poważnych zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu [17].

Stres oksydacyjny odpowiada za niszczenie różnych elementów będących składnikami komórki organizmu, w tym materiału genetycznego, tłuszczów i białek. Łuszczyca charakteryzująca się długotrwałym i wolno rozwijającym się procesem zapalnym, prowadzącym do powstawania wolnych rodników i w konsekwencji do wystąpienia stresu oksydacyjnego [18].

MDA (*Malondialdehyde*, dialdehyd malonowy) powstaje w wyniku uszkodzenia lipidów przez wolne rodniki i ma istotny wpływ na procesy biochemiczne organizmu. Jest popularnie wykorzystywany do diagnozowania stresu oksydacyjnego [18]. Zaobserwowano, że pacjenci z łuszczyką mają podwyższone stężenie tego związku w porównaniu z osobami nie zmagającymi się z tą chorobą. Ponadto, udowodniono, że ilość MDA jest wyższa w przypadkach klinicznych łuszczycy z cięższym kryterium w porównaniu z łagodnymi przypadkami [19].

Stres oksydacyjny odgrywa istotną rolę w nasileniu procesów zapalnych, w tym również w łuszczykowym zapaleniu skóry. Reaktywne formy tlenu biorą aktywny udział w wielu istotnych procesach w organizmie człowieka, takich jak różnicowanie komórek, naturalny proces programowanej śmierci komórki, odpowiedź immunologiczna czy metabolizm. W przypadku nadmiernego stresu oksydacyjnego może dojść do zaburzeń w tych procesach, co z kolei przyczynia się do rozwoju chorób, w tym łuszczycy [20].

Stres oksydacyjny wpływa negatywnie na przebieg wielu chorób. Ma istotne znaczenie dla stanu zdrowia osób borykających się z łuszczyką. Określono wpływ stresu oksydacyjnego na różne aspekty zdrowotne chorych z tym rodzajem dermatozy [15].

Prowokatory zmian łuszczycowych

Istnieje wiele czynników przyczyniających się do wystąpienia lub pogorszenia objawów związanych z łuszczycą. Zaliczamy do nich wielorakie prowokatory zmian łuszczycowych, które dzielimy na zewnątrzustrojowe i wewnątrzustrojowe [21].

Inne czynniki mające znaczący wpływ na występowanie i rozwój łuszczycy to odżywianie, nadwaga, palenie tytoniu, spożywanie dużej ilości trunków zawierających alkohol, zaburzenia metaboliczne (np. niedobór potasu). Wykazano, że osoby zakażone wirusem HIV dużo powszechniej borykają się z tą dermatozą oraz jej postać jest cięższa [22].

Prowadzony styl życia jak również brak ekspozycji na czynniki prowokujące objawy łuszczycy przez osoby chore ma istotne znaczenie w przebiegu schorzenia i pozwala na szybszy powrót do zdrowia. Przestrzeganie odpowiednich zaleceń umożliwia zmniejszenie nasilenia objawów lub występowanie bardziej wydłużonego w czasie etapów ustąpienia choroby, co prowadzi do istotnie zwiększonej jakości funkcjonowania pacjenta [21, 22].

Proces terapeutyczny

Wykwity łuszczycowe mogą prowadzić do znaczącego wpływu na jakość życia osoby chorej, w tym do odczuwania silnego naznaczenia i skrzepowania. Nierzadko towarzyszy temu unikanie kontaktów międzyludzkich, co może prowadzić do poczucia wyobcowania. Takie zachowania mogą wpłynąć na samoocenę i wywołać zaburzenia psychiczne. Dlatego ważne jest wprowadzenie właściwej terapii jak najwcześniej, a także zapewnienie chorym odpowiedniej wiedzy na temat przestrzegania zaleceń medycznych [23].

Posiadana wiedza na temat przebiegu choroby ma fundamentalne znaczenie w terapii. Liczne badania wskazują, że stosowanie się do wskazań terapeutycznych przez osoby cierpiące na łuszczycę znacznie poprawia rezultaty kuracji medycznej i obniża nakład pieniężny na leczenie tej dermatozy i schorzeń towarzyszących. Niestety, wiele analiz przeprowadzanych wśród pacjentów ujawnia niski poziom podporządkowywania się wytycznym medycznym oraz niską wiedzę chorych na temat czynników wpływających na przebieg łuszczycy [24].

W przypadku *psoriasis*, uzdrowienie w pełni jest wykluczone. Mamy tutaj do czynienia z okresami remisji choroby. Jednak odpowiednie leczenie dostosowane do konkretnego pacjenta, biorące pod uwagę postać łuszczycy oraz rozległość zmian, może znacząco poprawić sytuację zdrowotną oraz jakość życia osoby chorej. Istnieje wiele metod leczenia, w tym leczenie miejscowe, fototerapia, leki ogólnoustrojowe oraz terapia biologiczna, które są stosowane w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta [25].

Polskie Towarzystwo Dermatologiczne zaleca wykorzystanie odpowiednich skal do określenia nasilenia łuszczycy. Dzięki nim możliwe jest wyróżnienie trzech postaci *psoriasis*: łagodnej, umiarkowanej oraz ciężkiej [25].

W przypadku łuszczycy proces terapeutyczny powinien być wszechstronny. U pacjentów często stwierdza się współistnienie innych jednostek chorobowych, takich jak schorzenia krążenia, nadwaga, zaburzenia nastroju czy cukrzyca. W rezultacie coraz częściej konieczne jest stosowanie wieloelementarnego leczenia z wykorzystaniem różnych preparatów leczniczych, co niestety może prowadzić do znacznych kosztów terapii i zwiększenia ryzyka wystąpienia skutków ubocznych. Z uwagi na spotykaną w przypadku łuszczycy wielolekowość, proces terapeutyczny jest często złożony i wymaga specjalistycznej opieki. Niestety, wymienione okoliczności przyczyniają się do wzrostu zapadalności oraz umieralności wśród osób dotkniętych tą chorobą skóry [23, 24].

Leczenie miejscowe

Leczenie łuszczycy zwykle wymaga zastosowania terapii miejscowej u pacjentów z łagodnymi objawami, których powierzchnia nie przekracza 1/4 skóry, lub w celu wspomagania innych metod leczenia [25]. W przypadku cięższych postaci choroby, z intensywnymi dolegliwościami skórnymi, konieczne jest wprowadzenie leczenia skojarzonego, czyli połączenia różnych metod terapeutycznych, aby osiągnąć zadowalające efekty leczenia [26].

Wpływ na skuteczność leczenia miejscowego może mieć wiele czynników, takich jak wykonywana profesja, okres życia, płeć, dostępność określonych preparatów medycznych, lokalizacja zmian, ich intensywność oraz rozległość [27].

W terapii miejscowej kluczowe znaczenie ma stosowanie emolientów, które odpowiadają za odbudowę bariery ochronnej naskórka. Ich zadaniem jest przede wszystkim zapobieganie przedostawaniu się szkodliwych czynników zewnętrznych oraz utracie nadmiernej ilości wody. Dzięki właściwemu nawilżeniu i natłuszczeniu miejsc zmienionych chorobowo, emolienty skutecznie wpływają na leczenie przede wszystkim suchej skóry, podatnej na podrażnienia. Dodatkowo, hamują nadmierne złuszczenie się naskórka, zmniejszają świąd oraz redukują ryzyko uszkodzeń skóry, takich jak pęknięcia. W początkowej fazie terapii emolienty są szczególnie ważne, umożliwiają bowiem lepsze wchłanianie substancji leczniczych w głąb zmian łuszczycowych, co zwiększa skuteczność leczenia [28].

W początkowej fazie kuracji miejscowej stosuje się preparaty keratolityczne, których zadaniem jest usunięcie łusek znajdujących się w obrębie wykwitów dermatozy. Umożliwia to odpowiednie wchłanianie się substancji leczniczych do głębszych partii naskórka. Skutkuje to uzyskaniem lepszego efektu leczenia. W dalszym terapii stosuje się preparaty, które mają za zadanie zmniejszenie intensywności procesu namnażania się keratynocytów (komórek naskórka) [25]. Równomiernie prowadzi się leczenie zapobiegające powstawaniu stanów zapalnych. W przypadku braku skuteczności powyższych działań lub ciężkiego przebiegu schorzenia konieczne jest wprowadzenie terapii o szerszym spektrum, która oddziałuje na cały organizm, a nie tylko na konkretny obszar ciała [29].

W miejscowym procesie terapeutycznym najpowszechniej wykorzystywane preparaty to preparaty keratolityczne, pochodne witaminy D3, cygnolina, glikokortykosteroidy, dziegieć, inhibitory kalcyneuryny (takrolimus, pimekrolimus), połączenie kalcypotriolu z betametazonem [29].

Fototerapia

Fototerapia jest uważana za bardzo efektywną metodę terapii, coraz powszechniej wykorzystywana w leczeniu łuszczycy. Na ogół uznawana jest za bezpieczną metodę leczenia, charakteryzuje się małą ilością groźnych skutków ubocznych, a im mniejsza ich ilość tym lepsza jakość życia chorych. Wymaga niskiego nakładu pieniężnego związanego z kuracją indywidualnej osoby chorej. Wyróżnia się kilka modeli tej techniki leczenia [26].

Według szacunków, fototerapia skutkuje zmniejszeniem miernika rozległości i nasilenia zmian skórnych (PASI) nawet do 25%, co dotyczy 3/4 pacjentów stosujących UVB. Natomiast w przypadku leczenia z wykorzystaniem PUVA dolegliwości wykwitów łuszczycowych można zredukować w takim samym stopniu u niemal 9 na 10 chorych. Uzyskanie wyżej wymienionych efektów podczas stosowania tych dwóch technik fototerapii wymaga mniej więcej 5 tygodniowej terapii pacjentów z odmianą plackowatą dermatozy [26].

Fototerapia coraz częściej wykorzystywana jest w leczeniu wielu chorób skóry o długotrwałym przebiegu, takich jak atopowe zapalenie skóry czy łuszczyca. Metoda ta prowadzi do zmniejszenia aktywności układu odpornościowego, co pozwala złagodzić objawy choroby. Oprócz tego, fototerapia wywołuje proces programowanej śmierci specjalnych komórek skóry odpowiedzialnych za produkcję keratyny oraz wpływa na redukcję limfocytów T. Limfocyty te są kluczowe dla komórkowej odpowiedzi immunologicznej i wytwarzają cytokiny prozapalne. Zmniejszenie ilości tych cytokin prowadzi do złagodzenia stanu

zapalnego skóry. W wyniku tych działań fototerapii, liczba komórek dendrytycznych w skórze, które pełnią funkcję obronną, ulega zmniejszeniu [26].

W przypadku chorób skórnych wybór rodzaju światłoterapii często zależy od obszaru objętego dolegliwościami. Może to być terapia miejscowa lub obejmująca pełną powierzchnię ciała. W procesie ustalania dawki promieniowania wykorzystuje się minimalną dawkę fototoksyczną w przypadku terapii UVB oraz minimalną dawkę rumieniową podczas kuracji z wyborem PUVA. Dodatkowo, fototyp skóry wg. Fitzpatricka może pomóc w określeniu ilości promieniowania. Stopień naświetlania dostosowuje się następnie do indywidualnych predyspozycji pacjenta, w celu osiągnięcia optymalnego poziomu terapeutycznego [40]. W trakcie terapii istotne jest regularne monitorowanie skóry przez specjalistę, zgodnie z zaleceniami, zwykle co około 9 zabiegów [26].

Leczenie PUVA wykorzystuje preparaty, które można stosować doustnie, nakładać bezpośrednio na zmiany skórne lub przeznaczone do kąpieli [25]. Zastosowanie psoralenów bezpośrednio na zmiany łuszczycowe skutecznie ogranicza dolegliwości przewodu pokarmowego, które często występują przy oralnym zażywaniu. Niemniej jednak, istnieje większe ryzyko skutków ubocznych, takich jak rumień na skórze w miejscu zastosowania. Zaleca się trzykrotne przeprowadzenie terapii w ciągu siedmiu dni, co umożliwi uzyskanie bardzo dobrych efektów terapeutycznych oraz ograniczenie narażenia na promieniowanie UV [25].

Terapia UVB jest mniej ryzykowna pod względem efektów niepożądanych w porównaniu z PUVA, ponieważ w UVB nie ma konieczności stosowania preparatów zawierających psoraleny. Najlepsze efekty terapeutyczne w leczeniu łuszczycy za pomocą fototerapii wąskim spektrum UVB odnotowuje się u pacjentów chorujących na łuszczycę od niedawna, a także u osób, których wykwity łuszczycowe obejmują co najmniej jedną dziesiątą obszaru skóry. Metoda wąskopasmowa jest szczególnie skuteczna w leczeniu trudnych do uleczenia zmian skórnych, takich jak na przykład wykwity w obrębie stawów. Aby uzyskać najlepsze wyniki, fototerapię wąskim spektrum UVB powinno się przeprowadzać systematycznie 2-3 razy w tygodniu, natomiast w szerokopasmowej terapii UVB zaleca się kilka sesji na tydzień co jakiś czas [30].

Zgodnie z zaleceniami, fotochemioterapia z zastosowaniem psoralenów jest przeznaczona dla osób pełnoletnich, zaś fototerapia UVA wykonywana jest u pacjentów, którzy ukończyli 12 lat. W niektórych sytuacjach, kiedy jest to uzasadnione ze względów medycznych, zasada ulega skorygowaniu zgodnie z potrzebami chorego [30].

W trakcie leczenia z zastosowaniem fototerapii niezwykle ważna jest fotoprotekcja, czyli zabezpieczenie skóry przed szkodliwym wpływem promieniowania UV. Szczególną uwagę należy zwrócić na obszary naświetlane, takie jak oczy, okolice okołoodbytniczą i narząd płciowy. Dzięki temu pacjent jest chroniony przed szkodliwymi skutkami procesu terapeutycznego, które mogłyby zaszkodzić jego zdrowiu. Warto zauważyć, że efektywna fotoprotekcja spowalnia proces starzenia skóry spowodowany przez oddziaływanie promieniowania UV [25].

Promieniowanie ultrafioletowe, wykorzystywane w fototerapii, może powodować szereg objawów niepożądanych, takich jak zaczerwienienie, suchość i świąd skóry. W przypadku terapii PUVA, pacjenci często zgłaszają nudności, a czasami także wymioty. Niestety, jednym z głównych powikłań fototerapii jest ryzyko rozwoju chorób skóry, szczególnie w przypadku fotochemioterapii z użyciem psoralenów. Aby ograniczyć ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych, szczególną uwagę należy zwrócić na pacjentów małych, z atopowym zapaleniem skóry, którzy wcześniej chorowali na raka skóry lub przyjmują cyklosporynę A. Warto również pamiętać o wpływie niektórych leków na organizm pacjenta, zwłaszcza w połączeniu z promieniowaniem UV. Należy dokładnie przeanalizować korzyści i zagrożenia związane z fototerapią oraz wziąć pod uwagę wszelkie czynniki ryzyka, aby minimalizować niepożądane skutki uboczne leczenia [30].

Podczas badań nie zaobserwowano wpływu stosowania fototerapii na podtrzymanie remisji, gdy objawy chorobowe ustąpią. Dlatego, gdy pacjent wyzdrowieje, należy przerwać dalsze leczenie promieniowaniem UV [25].

Leki ogólnoustrojowe

Rekomenduje się stosowanie leków ogólnoustrojowych w terapii zmian łuszczykowych obejmujących znaczną część powierzchni skóry, a także u pacjentów, u których wcześniejsze leczenie bez zastosowania medykamentów oddziałujących na cały organizm nie przyniosło oczekiwanych efektów [25].

Do najczęściej stosowanych leków o działaniu ogólnym zaliczamy m.in.: cyklosporynę A, azatioprynę, metotreksat, acytretyne oraz hydroksymocznik. W terapii łuszczyki zaleca się stosowanie leków miejscowych uzupełniających do medykamentów ogólnoustrojowych. Przyczynia się do obniżenia dawki leków stosowanych ogólnie, uzyskania korzystniejszych wyników terapeutycznych oraz ograniczenia możliwości wystąpienia efektów ubocznych.

Dolegliwości łuszczycy związane są z obecnością uogólnionej reakcji zapalnej oraz częstym współistnieniem innych chorób u pacjentów, co skutkuje różnym nasileniem objawów. Z tego powodu zaleca się prowadzenie kompleksowego leczenia, z uwzględnieniem innych jednostek chorobowych. Ponieważ łuszczyca jest schorzeniem, które wymaga często wielolekowego leczenia, proces terapeutyczny może być skomplikowany. Dlatego bardzo ważne jest monitorowanie leczenia wszystkich chorób u pacjenta w celu powstrzymania postępu chorób oraz minimalizacji ewentualnych skutków ubocznych leczenia [23].

W przypadku konieczności zmiany stosowanego medykamentu ogólnoustrojowego, należy postępować zgodnie z zaleceniami lekarza. Często brak tolerancji na preparat leczniczy wiąże się z koniecznością czasowego przerwania terapii, aż do ustąpienia niepożądanych efektów ubocznych. W przypadku deficytu lub słabej efektywności przyjmowanego leku, lekarz może zalecić wprowadzenie innego preparatu natychmiast lub z jednoczesnym sukcesywnym wycofywaniem wcześniej zażywanego środka leczniczego. Należy jednak pamiętać, że nagłe zaprzestanie dawkowania niektórych leków, takich jak cyklosporyna A w przypadku łuszczycy, może skutkować niekorzystnymi dolegliwościami skórnymi. Proces leczniczy z wykorzystaniem dwóch medykamentów o działaniu ogólnoustrojowym należy jak najkrócej prowadzić pod ścisłym nadzorem lekarza [25].

Terapia biologiczna

Leki biologiczne (biofarmaceutyki) składają się z różnych związków czynnych, zwykle są to peptydy lub białka. Mogą występować w postaci pojedynczych substancji lub mieszanek wielu związków aktywnych pobieranych z żywych komórek, a produkowane są za pomocą technologii inżynierii genetycznej [31, 32].

Leki biologiczne stanowią nowe podejście w stosunku do sposobów leczenia wykorzystywanych w terapii wielu schorzeń, jako że wspomagają układ odpornościowy. Charakteryzują się dość dużą selektywnością oraz profilem tolerancji [31, 33].

Biofarmaceutyki wykorzystywane w leczeniu łuszczycy powodują blokowanie czynności cytokin biorących udział w inicjacji procesu zapalnego. Na skutek tego dochodzi do ograniczenia funkcji limfocytów T i przemieszczania się komórek wspomagających rozwój reakcji zapalnej z układu limfatycznego do naskórka poprzez krwiobieg [31].

Łuszczyca to choroba przewlekła, której pełne wyleczenie jest niemożliwe. Leki biologiczne nie tylko pomagają w zmniejszeniu dolegliwości chorobowych, ale także blokują

procesy odpowiadające za jej występowanie. Dzięki temu można osiągać trwalsze stany bezobjawowe [25, 31].

Leczenie preparatami biologicznymi wymaga dużych nakładów finansowych, dlatego nie może obejmować każdej osoby chorej. Decyzja o podjęciu kuracji biofarmaceutykami zależy od indywidualnego stanu zdrowia chorego oraz skuteczności wcześniej podjętych metod leczenia. Ponadto, konieczne jest wyeliminowanie przeciwwskazań, takich jak obecność infekcji czy nowotworu. Nie zaleca się stosowania leków biologicznych pacjentkom spodziewającym się narodzin dziecka lub podczas laktacji z powodu niedobór informacji na temat ich wpływu w tych przypadkach. Do najczęstszych biofarmaceutyków stosowanych w terapii łuszczycy należą inhibitory TNF- α m. in. etanercept, adalimumab, infliximab [25].

Rola diety i żywienia

Wiele naukowych publikacji dokumentuje istotny wpływ właściwego żywienia na przebieg łuszczycy. Z kolei najnowsze wytyczne dotyczące leczenia podkreślają, że dieta ma kluczowe znaczenie dla osób cierpiących na tę chorobę, która stanowi wyzwanie dla procesu terapeutycznego. Rezultat terapii jest bowiem w dużym stopniu zależny od określenia właściwej metody leczenia oraz od przestrzegania zaleceń przez chorego [34].

Właściwe odżywianie odgrywa ważną rolę w zapobieganiu i leczeniu łuszczycy, wspomagając skuteczność leczenia farmakologicznego. Należy jednak zauważyć, że nie ma jednoznacznie określonych wytycznych dotyczących norm dietetycznych dla osób z tą chorobą [34, 35].

Wielokrotne analizy naukowe udowodniły częsty korzystny wpływ zastosowania odpowiedniego schematu żywienia na leczenie i redukcję powikłań zaburzeń organizmu u osób z łuszczycą i innymi chorobami współwystępującymi [5, 35].

Osobom borykającym się z łuszczycą jest zalecane aby wystrzegały się produktów spożywczych mocno przetworzonych oraz ograniczyły w swoim jadłospisie artykuły żywnościowe odzwierzęce, zwłaszcza mięso. Ponadto, poleca się suplementowanie związków niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania organizmu, takich jak przeciwutleniacze, kwasy omega-3 oraz selen. W naukowych badaniach wykazano niekorzystną rolę spożywania napojów alkoholowych, wdychania dymu tytoniowego oraz stosowania innych używek na proces terapeutyczny łuszczycy. Zastosowanie przedstawionego modelu żywienia i unikanie substancji szkodliwych może pomóc w leczeniu dolegliwości związanych z tą dermatozą [35].

Udowodniono, że nadwaga zwiększa tendencję do zapadalności na łuszcycę oraz wzmacnia ciężkość dolegliwości chorobowych dermatozy. Obniżenie przyjmowanych kalorii przez pacjentów umożliwia redukcję wagi, co skutkuje zmniejszeniem stanu zapalnego oraz dolegliwości skórnych. Nadwaga zdarza się, że utrudnia czynności lecznicze poszczególnych medykamentów. Zdrowe nawyki żywieniowe oraz prawidłowo dobrana dieta pozwalają na utrzymanie odpowiedniej masy ciała, co z kolei przyczynia się do lepszego efektu terapeutycznego [34, 35].

Odpowiednio zbilansowana i dobrana dieta umożliwia szybszy powrót do zdrowia, łagodniejszy przebieg choroby oraz zmniejsza ryzyko wystąpienia jednostki chorobotwórczej. Coraz powszechniej porusza się zależność pomiędzy sposobem odżywiania a sytuacją zdrowotną [34, 35].

-

Dieta niskoenergetyczna

Chorym, u których waga przekracza normy wartości BMI rekomendowane jest stosowanie diety niskokalorycznej. Prawidłowa masa ciała wraz z codziennymi zachowaniami prozdrowotnymi wykazuje znaczące oddziaływanie na tempo rozwoju chorób skóry oraz reakcji zapalnych. Taka dieta pozwala pobudzić do działania naturalne procesy odpornościowe [36].

U osób z nadwagą występuje zwiększona ilość adipokin. Możliwość ich wytwarzania posiadają komórki białej tkanki tłuszczowej. Adipokiny wpływają na występowanie i przebieg procesów patologicznych w organizmie, między innymi poprzez uczestniczenie w procesach przemiany tłuszczów i wchłanianiu ich do krwi, trawienia oraz resorpcji węglowodanów. Ponadto obecne w tkance tłuszczowej komórki żerne wpływają na nasilenie zapalenia w obrębie ich występowania oraz przyczyniają się do produkcji niektórych cytokin wspomagających proces zapalny *psoriasis*. Dlatego prawidłowa masa ciała jest tak ważna u osób borykających się z łuszcycą [35].

U osób z łuszcycą, które zastosowały dietę i osiągnęły spadek wagi, zaobserwowano zmniejszenie markerów stanu zapalnego w osoczu oraz złagodzenie dolegliwości skórnych związanych z tą chorobą [35, 37].

Dieta niskoenergetyczna odgrywa istotną rolę w przebiegu łuszczy, ponieważ nadwaga jest jedną z predyspozycji do wystąpienia tego schorzenia. Osoby otyłe posiadające HLA-Cw6 wykazują 35-krotny wzrost zagrożenia *psoriasis*. Ponadto, istnieją istotne

zależności pomiędzy wartościami BMI a skłonnościami do rozwoju łuszczycy, co potwierdzają badania [35, 38].

Zostało udowodnione, że utrata wagi powyżej 5% przyczynia się do poprawy skuteczności terapii farmakologicznej [35, 38].

Warto zaznaczyć, że stosowanie diety niskoenergetycznej ma działanie zapobiegające i ograniczające stres oksydacyjny, co skutkuje łagodzeniem dolegliwości chorobowych oraz poprawą samopoczucia pacjentów z łuszczycą. Ponadto, badania wykazują, że stosowanie diety niskokalorycznej u chorych z nadwagą przyczynia się do dłuższego utrzymania bezobjawowego okresu choroby [35].

-

Rola kwasów omega-3

U osób cierpiących na łuszczycę obserwuje się zaburzenia w metabolizmie kwasów omega-3 zaliczających się do wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, które są niezbędne dla organizmu. Zaburzenia te są spowodowane niedoborem tych związków w diecie lub niewłaściwym stosunkiem do kwasów omega-6 w spożywanych produktach. Warto zauważyć, że organizm ludzki nie posiada zdolności do wytwarzania tych substancji, a jedynie pobiera je z pożywienia [34, 35].

W łagodzeniu reakcji zapalnej w chorobach autoimmunologicznych, w tym w łuszczycy, istotną rolę odgrywają produkty metabolizmu kwasów tłuszczowych omega-3 [39]. Obecność ich w diecie przyczynia się do zmniejszenia liczby czynników wspomagających reakcję zapalną [47, 53]. Osoby cierpiące na łuszczycę, które włączają do swojej diety odpowiednią ilość kwasów tłuszczowych omega-3, doświadczają lepszej poprawy stanu skóry niż ci, którzy nie uzupełniają ich w swoim jadłospisie. Dieta bogata w te związki skutecznie łagodzi charakterystyczne zmiany na skórze związane z łuszczycą [39].

Zastosowanie niskokalorycznej diety u pacjentów z łuszczycą i nadwagą, wzbogaconej o kwasy omega-3, udowodniono, że wspomaga proces terapeutyczny i prowadzi do lepszego funkcjonowania pacjentów [40].

Należy zwrócić szczególną uwagę na właściwą proporcję w jadłospisie kwasów tłuszczowych omega-6 do omega-3, ponieważ oba są niezbędne dla utrzymania zdrowia na właściwym poziomie, współzawodniczą jednak ze sobą o jednakowe enzymy. Produkty metabolizmu tych kwasów wykazują przeciwstawne działanie - kwas tłuszczowy omega-6 sprzyja rozwojowi stanów zapalnych, a omega-3 odgrywają znaczącą rolę w łagodzeniu zapalenia. Dlatego właściwe proporcje tych kwasów w modelu żywienia są ważne dla stanu

zdrowia. Należy pamiętać, że wyższa podaż kwasów omega-6 w diecie ogranicza przyswajanie kwasów omega-3 przez organizm, dlatego dieta powinna być dopasowana do norm żywieniowych, uwzględniając źródła pozyskiwania tych związków [35, 41].

Społeczności Eskimosów oraz Afryki Zachodniej rzadko cierpią na łuszczycę, co można tłumaczyć obecnością w ich diecie dużej ilości kwasów tłuszczowych omega-3, które pozyskują głównie z ryb [35].

Dieta bogata w antyoksydanty

W procesie zapalnym towarzyszącym łuszczycy dochodzi do produkcji czynników, które zwiększają stres oksydacyjny. Antyoksydanty są zdolne do ich neutralizacji [35].

Wielokrotne badania potwierdzają, że dieta bogata w przeciwutleniacze korzystnie wpływa na poprawę zmian skórnych charakterystycznych dla łuszczycy. Ponadto, taki model żywienia łagodzi przebieg reakcji zapalnej. Warto wskazać, że do antyoksydantów zaliczają się m.in. witaminy A, C, E, flawonoidy oraz karotenoidy. Te ważne składniki odżywcze dostarczane są do organizmu poprzez spożywanie różnorodnych produktów żywnościowych, takich jak warzywa, niektóre odmiany zbóż, owoce [42].

Ważną rolę odgrywa również właściwe dawkowanie selenu, którego niedobory obserwuje się u osób borykających się z łuszczycą. Ten związek ma istotny wpływ na mechanizmy ochrony antyoksydacyjnej organizmu, dlatego jego odpowiednie spożycie korzystnie wpływa na redukcję objawów choroby [35].

Ważne jest, aby niedobory antyoksydantów w organizmie były uzupełniane poprzez odpowiednie żywienie. Dieta powinna być dobrze zbilansowana, a spożywane produkty żywnościowe jak najmniej przetworzone [35].

Dieta wegetariańska

Wykwity skórne u chorych na łuszczycę, wykazują wzrost obecności kwasu arachidowego pełniącego funkcję substratu leukotrienów wspomagających tworzenie i postęp procesów zapalnych. Ludzie dostarczają organizmowi kwas arachidowy głównie z wyrobów żywnościowych odzwierzęcych. Wyeliminowanie mięsa podczas stosowania diety wegetariańskiej skutkuje znacznym obniżeniem ilości tego związku w organizmie chorego [35].

Przedstawiony sposób odżywiania pozwala na uzupełnienie niedoboru potasu w organizmie, co z kolei prowadzi do zwiększenia syntezy kortyzolu - hormonu stresu, który hamuje aktywność komórek uczestniczących w procesach zapalnych. W tym modelu żywienia obserwuje się również zmniejszenie poziomu laktoferyny, która jest znacznikiem pobudzenia neutrofili - kluczowych komórek układu odpornościowego. Te właściwości diety wegetariańskiej ułatwiają zwalczanie alergii i stanów zapalnych. Ten sposób odżywiania dostarcza organizmowi dużą ilość niezbędnych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych oraz przeciwutleniaczy (dzięki spożywaniu licznych jarzyn, owoców, ziół). Usunięcie z jadłospisu wyrobów pochodzących od zwierząt ułatwia łatwiejsze utrzymanie gospodarki lipidowej organizmu. Te właściwości tej diety pozytywnie wpływają na zmniejszenie dolegliwości wykwitów łuszczycowych [35].

Udokumentowano, że dieta wegetariańska przynosi korzystne efekty dla organizmu, między innymi obniża wskaźnik BMI, ogranicza ryzyko wystąpienia niepożądanych skutków w chorobach serca i układu naczyniowego, oraz powoduje spadek ryzyka cukrzycy poprzez zwiększenie czułości organizmu na insulinę. W przypadku łuszczycy, ogólnoustrojowa reakcja zapalna jest obecna, dlatego właściwa metoda odżywiania może w znacznym stopniu ograniczyć postęp choroby oraz innych jednocześnie występujących chorób [5, 43].

Dieta bezglutenowa

Dowiedziano, że osoby cierpiące na łuszczycę wykazują skłonność do częstszego występowania chorób z autoagresją, w których układ odpornościowy rozpoznaje swoje własne komórki jako obce i usiłuje je zniszczyć, na przykład choroby trzewnej. Obecnie nie ma jednoznacznych dowodów potwierdzających istotny wpływ glutenu na przebiegu łuszczycy [35, 44].

Celiakia (choroba trzewna) ma postać przewlekłą oraz uwarunkowana jest przez czynniki genetyczne. W tej jednostce chorobowej mamy do czynienia z nieprawidłowymi zmianami dotyczącymi jelita cienkiego, skutkującymi zmniejszeniem zdolności wchłaniania oraz wzrostem przepuszczalności tego odcinka przewodu pokarmowego. Choroba trzewna jest wywoływana przez bodziec inicjujący którym jest gluten. Dowiedziano, że chorzy na łuszczycę mają ponad dwa razy wyższą podatność do zachorowania na chorobę trzewną w stosunku do osób zdrowych [34, 35].

Liczne badania dowodzą, że łuszczyca i celiakia mają wzajemne uwarunkowania genetyczne. Wśród pacjentów borykających się z tymi dwoma jednostkami chorobowymi

wprowadzenie diety bezglutenowej prowadzi do obniżenia poziomu przeciwciał antygliadynowych (ich zwiększona obecność jest typowa dla choroby trzewnej) oraz wskaźnika PASI, który ocenia rozległość i nasilenie zmian skórnych w łuszczycy. Stwierdzono, że stosowanie tego modelu żywienia u osób cierpiących na celiakię pozytywnie wpływa na poprawę objawów łuszczycy. Jak dotąd nie ma jednak jednoznacznego potwierdzenia wpływu eliminacji glutenu z jadłospisu u pacjentów z łuszczycą, którzy nie mają współwystępującej nietolerancji na gluten [45].

Wyniki badań wskazują, że stosowanie modelu żywienia wolnego od gluten wśród pacjentów z łuszczycą, którzy są predysponowani do choroby trzewnej, ale nie wykazują objawów, przyczynia się do skuteczniejszej terapii. Z tego powodu, schemat leczenia, który uwzględnia wprowadzenie diety bezglutenowej, prawdopodobnie powinien być uznany za kluczowy dla tego grona chorych.

Podsumowanie

Towarzyszące łuszczykom zmiany skórne mają znaczący wpływ na ich jakość życia. Chorzy często zmagają się z odczuwaniem silnego piętna, poczuciem bycia nieczystym i bezwartościowym. Z powodu choroby łuszczycy często zmuszeni są do rezygnacji z hobby (np. pływanie na basenie), doznają upokorzenia w miejscach publicznych lub mają utrudnione korzystanie z lokali usługowych jak np. z salonów fryzjerskich. Wszystko to zmniejsza satysfakcję z życia tym bardziej że ograniczeniu ulega również realizacja przez chorych ról społecznych.

Piśmiennictwo

1. Gupta R., Debbaneh M.G., Liao W.: Genetic Epidemiology of Psoriasis. *Current Dermatology Reports* 2014; 3(1): 61– 78.
2. Eberle F.C., Brück J., Holstein J., Hirahara K., Ghoreschi K.: Recent advances in understanding psoriasis. *F1000Research* 2016; 5, 770.
3. Griffiths C.E.M., van der Walt J.M., Ashcroft D.M., Flohr C., Naldi L., Nijsten T., Augustin M.: The global state of psoriasis disease epidemiology: a workshop report. *British Journal of Dermatology* 2017; 177 (1): 4– 7.
4. Nowicki R., Szczerkowska-Dobosz A. (red.): ABC łuszczycy. Łuszczyca w pytaniach i odpowiedziach. Termedia, Poznań 2016.

5. Podolec K., Pirowska K., Sułowicz J., Obtulowicz A., Wojas-Pelc A.: Cechy kliniczne i epidemiologiczne pacjentów z łuszczyką leczonych w Klinice Dermatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2003-2016. *Przegląd Lekarski* 2017; 74(8): 368-369.
6. Polak D., Teległów A., Piotrowska A.: Wpływ czynników psychologicznych na powstawanie i przebieg wybranych chorób skóry oraz znaczenie zaburzeń dermatologicznych w dobrostanie psychicznym. *Aesthetic Cosmetology and Medicine* 2020; 9(5): 455-460.
7. Basińska M.A., Szymańska L.: Związek nastroju z cechami choroby u osób z łuszczyką. *Przegląd Dermatologiczny* 2013; 100(3): 146–153.
8. Nowicka D.: Łuszczyca – pielęgnacja i postępowanie w gabinecie kosmetycznym. *Kosmetologia Estetyczna* 2018; 7(5): 529-532.
9. Kucharz E.J., Stajszyk M., Batko B. i wsp.: Apremilast w leczeniu łuszczykowego zapalenia stawów — stanowisko ekspertów Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego i Polskiego Towarzystwa. *Forum Reumatologiczne* 2016; 2(3): 97–105.
10. Leegit J.C.: Acute and Chronic Paronychia. *American Family Physician* 2017; 96(1): 44-51.
11. World Health Organization: International statistical classification of diseases and related health problems. - 10th revision. Fifth edition 2016; 1: 544.
12. Pogorzelska-Antkowiak A.: Diagnostyka łuszczycy za pomocą dermatoskopu i mikroskopu konfokalnego. *Forum Dermatologicum* 2019; 5(1): 11–13.
13. Kolarczyk E.: Łuszczyca-nadal tajemnicza. *Choroby dermatologiczne. Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2014; 9: 22-23.
14. Michalska A.D.: Łuszczyca - etiopatogeneza i leczenie. *Problemy Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu* 2020; 11: 44-53.
15. Owczarczyk-Saczonek A., Placek W.: Łuszczyca jako choroba autoimmunologiczna. *Przegląd Dermatologiczny* 2014; 101(4): 278-287.
16. Owczarek W.: The role of HLA-Cw6 in psoriasis and psoriatic arthritis. *Reumatologia* 2022; 60(5): 303–305.
17. Pawlaczyk M., Korzeniowska K.: Witamina A w kosmetologii i lecznictwie dermatologicznym. *Farmacja Współczesna* 2013; 6: 57-61.

18. Pawłowska M., Mila-Kierzenkowska C. i wsp.: Ocena wybranych parametrów stresu oksydacyjnego u chorych na łuszczycę. *Diagnostyka Laboratoryjna* 2016; 52(2): 101-106.
19. Alobaidi A.H.A., Alsamari A.M.: Adenosine deaminase, malondialdehyde, total antioxidant capacity and eosinophil cationic protein in patients with erythroderma. *Journal of Investigative Biochemistry* 2013; 2(1): 6-13.
20. Bojdo P., Gąsioriewicz B., Koczurkiewicz-Adamczyk P., Pękala E.: Rola stresu oksydacyjnego w etiologii wybranych chorób cywilizacyjnych. *Farmacja Polska* 2021; 77(2): 111-120.
21. Nowak A., Popko M., Klimowicz A.: Preparaty pochodzenia roślinnego w pielęgnacji skóry u chorych z łuszczycą. *Postępy Fitoterapii* 2016; 17(4): 332-337.
22. Wyderka M.I., Darowska J.: Problemy pielęgnacyjne i społeczne u osób chorych na łuszczycę. *Pielęgniarstwo Polskie* 2016; 2(60): 214-219.
23. Walniczek P.: Kompleksowa terapia w leczeniu chorych na łuszczycę. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2018; 7(1): 11-13.
24. Grochowiec M., Pakla-Misiur A., Narbutt J.: Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez chorych na łuszczycę – przegląd piśmiennictwa. *Przegląd Dermatologiczny* 2016; 103(2): 153–161.
25. Krzaczyński J., Strzałka-Mrozik B.: Farmakologiczne i nefarmakologiczne metody terapii łuszczycy ze szczególnym uwzględnieniem leków biologicznych. *Farmacja Polska* 2020; 76(6): 333–343.
26. Salińska M., Kowalska H., Torzecka J.D., Waszczykowska E., Woźniacka A.: Reakcja fototoksyczna po ekspozycji na promieniowanie słoneczne u pacjentki leczonej metodą PUVA z powodu łuszczycy. *Medycyna Pracy* 2019; 70(6): 763–768.
27. Torsekar R., Gautam M.M.: Terapie miejscowe w łuszczycy. *Indian Dermatology Online Journal* 2017; 8(4): 235–245.
28. Majchrzycka M.: Leczenie miejscowe łuszczycy – w jaki sposób spełnić oczekiwania pacjentów? *Lekarz POZ* 2022; 8(6): 423-425.
29. Skwira S., Gras-Ozimek A., Kozińska I., Kozińska A., Pałka P.: Leczenie miejscowe stosowane w przebiegu łuszczycy. *Journal of Education, Health and Sport* 2023; 13(2): 75-80.

30. Banach K., Karkoszka M., Wrześniok D.: Fototerapia – metoda wykorzystywana w leczeniu przewlekłych schorzeń dermatologicznych. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* 2021; 75: 873 – 888.
31. Partyka A., Czopek A., Stanisław-Wallis K., Zagórska A.: Zastosowanie leków biologicznych w terapii łuszczycy. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* 2018; 72: 642-658.
32. Kiełtyka K., Romańska-Kistela A., Rymarczyk-Kapuścik A.: Metody leczenia łuszczycy w oparciu o informacje uzyskane od pacjentów dotkniętych tą chorobą. *Medycyna Sportowa* 2019; 35(4): 185-190.
33. Kucharz E.J., Stąszczyk M., Batko B. i wsp.: Zastosowanie sekukinumabu w leczeniu chorych na łuszczycowe zapalenie stawów — stanowisko ekspertów Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego i Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. *Forum Reumatologiczne* 2017; 3(2): 119–125.
34. Lorbicka K.: Zachowania dietetyczne a przebieg łuszczycy. *Aesthetic Cosmetology and Medicine* 2021; 10(2): 69-74.
35. Antosik K., Krzęcio-Nieczyporuk E., Kurowska-Socha B.: Rola diety i żywienia w leczeniu łuszczycy. *Diet and nutrition in psoriasis treatment. Hygeia Public Health* 2017; 52(2): 131-137.
36. Fleming P.: Lifestyle intervention in psoriasis: a new avenue for treatment. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2016; 104(2): 241-242.
37. Jensen P., Zachariae C., Christensen R. et al.: Effect of weight loss on the severity of psoriasis: a randomized clinical study. *JAMA Dermatology* 2013; 149(7): 795-801.
38. Owczarczyk-Saczonek A., Placek W.: Związki łuszczycy z otyłością i nadwagą. *Compounds of psoriasis with obesity and overweight. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* 2017; 71: 761-772.
39. Adil M., Singh P.K., Maheshwari K.: Clinical evaluation of omega-3 fatty acids in psoriasis. *Dermatology Review* 2017; 104(3): 314–323.
40. Guida B., Napoleone A., Trio R. et al.: Energy-restricted, n-3 polyunsaturated fatty acids-rich diet improves the clinical response to immuno-modulating drugs in obese patients with plaque-type psoriasis: a randomized control clinical trial. *Clinical Nutrition* 2014; 33(3): 399-405.
41. Reszke R., Szepietowski J.: Specjalistyczne podłoża dermatologiczne w terapii skojarzonej przewlekłych dermatoz. *Forum Dermatologicum* 2016; 2(3): 97–101.

42. Igielska-Kalwat J., Gościańska J., Nowak I.: Karotenoidy jako naturalne antyoksydanty. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* 2015; 69: 418-428.
43. Pilis W., Stec K., Zych M., Pilis A.: Korzyści zdrowotne i ryzyko związane z przyjęciem diety wegetariańskiej. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny* 2014; 65(1): 9-14.
44. Karakuła H., Dzikowska I., Dzikowski M., Pelczarska-Jamroga A., Próchnicki M.: Czy produkty zbożowe mogą być szkodliwe dla naszej skóry?– powiązania pomiędzy reakcją na gluten i zaburzeniami dermatologicznymi. *Zdrowie Dobrostan* 2013; 4: 121-131.
45. Bhatia B.K., Millsop J.W., Debbaneh M., Koo J., Linos E., Liao W.: Diet and psoriasis, part II: celiac disease and role of a gluten-free diet. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2014, 71(2): 350-358.

Problemy pielęgnacyjne pacjenta z oparzeniami III stopnia

Sylwia Kaliszek¹, Barbara Jankowiak²

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

Wstęp

Oparzenia to urazy skóry i/lub głębszych tkanek i narządów. Spowodowane ciepłem, substancją żrącą, elektrycznością (prąd, łuk elektryczny), promieniowaniem słonecznym lub rentgenowskim. Powoduje to zniszczenie tkanki, a nawet zwęglenie poprzez koagulację białek. Uszkodzenie to jest często nieodwracalne. Oparzenia dzieli się na stopnie, w odniesieniu do głębokości. W zależności od głębokości, zasięg jest oceniany jako procent całkowitej powierzchni ciała. Na ciężkość oparzenia wpływa głębokość i rozległość rany, a także kilka innych czynników takich jak typ energii wpływającej na oparzenia (pożar, wybuch, elektryczność) oraz duży wpływ ma czas działania [1]. Jako najbardziej zewnętrzna warstwa ciała, skóra działa zarówno jako bariera ochronna, jak i powłokę ciała, przez którą zachodzi wymiana ciepła między ciałem a otoczeniem. W przypadku uszkodzenia skóry może prowadzić to do zagrożenia życia i zdrowia w wyniku niedokrwienia tkanek [2].

Oparzenia termiczne spowodowane są bezpośrednim kontaktem z gorącymi płynami, gazem lub powierzchnią gorącą. Oparzenia mogą wystąpić powierzchniowe lub pełnej grubości. Wystąpić mogą również zmiany w postaci głębokiej martwicy tkanek. Objawami oparzenia termicznego są: rumień, ból w miejscu oparzenia, obrzęk oraz pęcherze [1, 3].

Występują również oparzenia chemiczne, które są wynikiem bezpośredniego działania żrących substancji na skórę i błony śluzowe lub bezpośrednie oddziaływanie toksycznych oparów na drogi oddechowe. Przykładem takiej substancji są kwasy, zasady lub związki organiczne na przykład fenol [1]. W przypadku poparzeń kwasami dochodzi do koagulacji białek, w wyniku czego powstają różne strupy o różnorodnym zabarwieniu. W wyniku działania zasad na skórze pojawia się stęp miękki, wilgotny. martwica przenika głęboko w tkanki. Oparzenia zasadami w porównaniu do oparzeń kwasami są dużo cięższe, tkliwe oraz bardziej wnikliwe [1].

Kolejnym rodzajem oparzenia jest oparzenie elektryczne wywołane przez prąd elektryczny lub wyładowania atmosferyczne, wynikiem czego charakteryzuje się destrukcją tkanek nie tylko w miejscu wejścia i wyjścia strumienia prądu. Źródłem prądu wywołującym oparzenie może być domowa instalacja elektryczna, piorun lub nagromadzony bardzo duży ładunek statyczny [1, 3].

Oparzenie radiacyjne to wynik działania promieniowania na przykład słonecznego lub radioaktywnego. Szczególnie charakteryzuje się tym, iż wywołane poparzenie może pojawić się bezpośrednio po napromieniowaniu lub pojawić się z opóźnieniem [3].

Klasyfikacja oparzeń

Do oparzeń dochodzi, gdy skóra ma kontakt z bodźcem termicznym o wartości 42°C . Przy takiej wartości temperatury dochodzi do procesu denaturacji struktury białek. Przy temperaturze 42°C po 6 godzinach występuje martwica naskórka. Każda wyższa temperatura powoduje głębsze uszkodzenia struktury skóry. Czas potrzebny do rozwinięcia się oparzeń to zmniejsza się proporcjonalnie do wzrostu temperatury. W temperaturze 55°C oparzenia mogą wystąpić po 3 minutach. Oparzenie po 1 sekundzie występuje przy temperaturze 70°C [4].

Występują 4 ogólne stopnie określenia ciężkości oparzeń:

-pierwszy stopień (I) - pokrywa tylko naskórek. Uszkodzenie tkanek jest znikome, więc występuje miejscowa reakcja zapalna w postaci zaczerwienienia skóry, rumienia, lekkiego obrzęku lub bolesnego pieczenia skóry. Najczęstszymi przykładami tego typu urazów są oparzenia słoneczne lub narażenie na działanie gorącej pary. Po około kilku dniach bolesność ustępuje i goi się bez pozostawiania śladów.

-drugi stopień A (IIA) - obejmuje naskórek i część skóry właściwej. W większości przypadków takie oparzenia są spowodowane kontaktem z wrzącą wodą, gorącym olejem lub chemikaliami. Objawiające się zaczerwienieniem, obrzękiem, silnym bólem i charakterystycznymi pęcherzykami wypełnionymi płynem surowiczym. Stopień oparzenia IIA dobrze rokuje, ponieważ struktura skóry zostaje przywrócona dzięki zwiększonemu podziałowi komórek w dolnym naskórku. Utrzymuje się do 2 tygodni i może pozostawić ślady w postaci przebarwień.

-drugi stopień B (IIB) - obejmujący całą grubość naskórka i skóry właściwej. Ma nieco gorsze rokowanie ze względu na większą głębokość oparzenia. Zaobserwowano miejscowo białą skórę z czerwonymi plamkami jako objaw powierzchownej martwicy, również ból o mniejszym nasileniu do oparzenia IIA, ze względu na uszkodzenie zakończeń nerwowych.

-trzeci stopień (III) - to martwica całej skóry właściwej, w tym naczyń krwionośnych i nerwów. Wymaga interwencji chirurgicznej lub chemicznej oraz w razie potrzeby przeszczepów skóry.

-czwarty stopień (IV) - jest to skrajny stopień, który objawia się martwicą skóry, tkanki podskórnej i mięśni, ścięgien, kości(również zwęglenia), wymaga leczenia skojarzonego: operacja amputacji, terapia miejscowa pod ciśnieniem, tlen hiperbaryczny, rozległa rekonstrukcja plastyczna [1, 4, 5].

Ocena powierzchni oparzeń

Reguła „dziewiątek” Wallace’a jest stosowana u pacjentów dorosłych oraz dzieci powyżej piętnastego roku życia. Reguła zakłada, iż odpowiednie części ciała stanowią 9% lub wielokrotność 9% z całości. Jest to metoda, która znajduje najczęściej zastosowanie w ratownictwie medycznym [6]. Powierzchnia kończyn górnych i głowy wynosi po 9% każda. Powierzchnia tułowia przód, tył i kończyny dolne sięga 18%. Poparzenia miejsc intymnych jest równoznaczne z 1% według reguły dziewiątek. Reguła dziewiątek jest najczęściej używanym sposobem do oceny powierzchni oparzeń [3].

„Reguła dłoni” ma zastosowanie w przypadku oparzeń rozrzuconych po całym ciele. Powierzchnia dłoni oparzonego odpowiada 1% całkowitej powierzchni ciała. „Wielokrotność powierzchni ręki wskazuje wielkość procentową obszaru oparzenia” [3]. Reguła dłoni nie dotyczy w przypadku oparzeń u dzieci.

W przypadku dzieci do czternastego roku życia stosuje się klasyfikacje Lunda i Browdera. Tablica Lunda i Browdera bierze pod uwagę wiek dziecka oraz lokalizację oparzenia [1].

Metody leczenia

Leczenie oparzeń III stopnia wymaga szybkiego leczenia chirurgicznego. Opiera się ono na wycięciu martwicy aż do powięzi mięśniowej i zamknięciu rany przeszczepami. Stosowanie takiej techniki cechuje się łatwością oraz upewnia personel medyczny, iż pacjent nie jest dodatkowo obciążony. W przypadku osób oparzonych, które chorują na miażdżycę, cukrzycę lub chorobę alkoholową leczenie jest nieco bardziej skomplikowane, a także utrudnione. W kwestii leczenia bardzo ważnym elementem jest, aby pacjent był świadomy swojego stanu zdrowia [7]. W przypadku ryzyka zakażenia jest ono większe w przypadku

oparzeń przekraczających ponad 50% powierzchni ciała. Ryzyko zakażenia wzrasta z powodu wydłużonego czasu na zamknięcie rany oparzeniowej [7].

Zapewnienie szybkiego i nieinwazyjnego wysięku martwicy za pomocą skutecznej bariery przeciwdrobnoustrojowej jest idealną cechą w leczeniu ran oparzeniowych o średniej grubości. Przed erą aktywnych opatrunków specjalistycznych bezpieczne leczenie ran martwiczych wymagało codziennej zmiany opatrunku przy użyciu różnych maści i żeli, często aktywnych enzymatycznie lub zawierających różne związki aktywne, w tym srebro. Ograniczenie liczby stosowanych opatrunków jest istotne zarówno ze względów ekonomicznych, jak i w związku z minimalizacją stresu pacjenta. Pozostawienie opatrunku bezpiecznie na ranie przez tydzień bez ryzyka infekcji jest szczególnie ważną cechą w leczeniu oparzeń. Zakażenie rany uniemożliwia prawidłowe naskórkowanie [8].

Oczyszczanie ran

Leczenie głębokich oparzeń polega na zastosowaniu technik uzupełniających. Należy do tego terapia podciśnieniowa do leczenia ran przewlekłych, która polega na zastosowaniu podciśnienia do rany podczas drenażu wysięku. Często leczenie ran głębokich wymaga interwencji chirurgicznej. Skutecznym leczeniem jest jednak współpraca chirurga, anestezjologa, rehabilitanta oraz wykwalifikowanych pielęgniarek.

Skuteczne leczenie ciężkich oparzeń wymaga ścisłej współpracy chirurga, anestezjologa, pediatry, rehabilitanta oraz doświadczonych pielęgniarek.

“Leczenie chirurgiczne oparzeń III° polega na wycięciu martwych tkanek i pokryciu ran przeszczepami skóry. Opatrunkiem syntetycznym, mającym zastosowanie w chirurgicznym leczeniu ran oparzeniowych, jest Integra® – tzw. sztuczna skóra, która nie jest gotowym materiałem zastępującym skórę chorego, ale biokompatybilną, dwuwarstwową matrycą, umożliwiającą regenerację zniszczonej na skutek oparzenia skóry”[9].

Regeneracja i gojenie rany

Proces gojenia się ran oparzeniowych jest złożonym, długotrwałym procesem obejmującym m.in kilka procesów naprawczych zależnych od układu odpornościowego i polega na odbudowie przerwanej ciągłości tkanek w wyniku zdarzenia losowego, np. pożaru. Na oparzenie, aby rana się zagoiła, muszą następować kolejno trzy etapy: stan zapalny, ziarnina tworzenie (prolifracja) i przebudowę [8].

Samoistne gojenie się rany może trwać do 21-35 dni i zawsze pozostawia bliznę. Rany klasy IIb łatwo ulegają samozagłębieniu do klasy III, jeśli wystąpi infekcja inwazyjna [8]. Gojenie się ran oparzeniowych różni się od gojenia ran spowodowanych innymi czynnikami. W leczeniu miejscowym szybkie usuwanie martwicy w kontrolowany sposób jest ważne przy zachowaniu obszarów, które posiadają zdolności do naskórkowania. Głównym celem zabiegów miejscowych jest zapewnienie optymalnych warunków do regeneracji ubytków skórnych i jak najszybsze jego zamknięcie autoprzeszczepami skóry oraz zapobieganie zakażeniom ran poprzez stosowanie specjalistycznych opatrunków mających w składzie mikrocząsteczki srebra. Proces gojenia się rany różni się i zależy od głębokości, zakresu i czynników przyczyny oparzeń [9].

Gojenie się ran u ludzi następuje poprzez reparację, czyli naprawę, której następstwem jest powstanie blizn. Celem leczenia rany jest gojenie się rany, dobra funkcja obszaru objętego raną oraz dobra estetyka. Powierzchnia i głębokość utraty tkanki wpływa na intensywność procesu bliznowacenia. Jakość blizny i jej skłonność do zarastania zależy od kilku czynników. Należą do nich wiek pacjenta, pochodzenie etniczne, lokalizacja, rodzaj gojenia się rany oraz występowanie napięcia tkankowego, czyli położenia względem linii Langer'a [26].

Opatrunki ran oparzeniowych i ich różnorodność

W miejscowym leczeniu ran oparzeniowych stosuje się między innymi: opatrunki biologiczne, opatrunki syntetyczne, opatrunki biologiczno-syntetyczne, antyseptyki i preparaty enzymatyczne do usuwania tkanek martwiczych, stanowiące alternatywę dla chirurgicznego oczyszczania rany, a w leczenie opcjonalne w przypadku przeciwwskazań do zabiegu. Stosowanie opatrunku biologicznego przedłuża czas, który jest potrzebny na wygojenie miejsc dawczych skóry. W ten sposób po pewnym czasie znów istnieje możliwość pobrania skóry do przeszczepu [10].

Opatrunki hydrożelowe służą do opatrywania ran w systemie wilgotnym przyspieszając gojenie przez ziarninowanie. Oprócz oparzeń stosuje się też na owrzodzenia, odleżyny, zespół stopy cukrzycowej, miejsca po pobraniu przeszczepów skórnych, otarcia i inne rany, które można potraktować hydrożelem. Korzystny wpływ opatrunku na proces gojenia wynika z jego właściwości, struktury materiału oraz odpowiedniego doboru receptury uwzględniającej miejscową charakterystykę rany, a także jego stosowania zgodnie z zaleceniami [9, 10].

Terapia światłem

“Terapia światłem spolaryzowanym ma wiele zastosowań. Przede wszystkim powoduje poprawienie mikrocyrkulacji, przyspiesza gojenie się ran, wspiera system obronny organizmu, pobudza procesy regeneracyjne, zmniejsza ból bądź eliminuje go, zmniejsza opuchliznę, poprawia odżywienie tkanek, poprawia samopoczucie, polepsza krążenie w małych naczyniach krwionośnych” [11].

Czas naświetlania wynosi 10 minut w przypadku terapii światłem. Zabieg wykonywany jest metodą bezkontaktową. W okolicy rany w odległości około 10 centymetrów od powierzchni oparzenia. Po każdym zabiegu nakładany jest starannie opatrunek ochronny. Zabiegi przeważnie realizuje się w dwóch seriach po 10 ekspozycji (po 2 w przeciągu 1 dnia) z przerwą sobota-niedziela [12].

Powikłania

Podstawowym czynnikiem warunkującym przeżycie pacjentów jest podtrzymanie funkcji życiowych po urazie oraz szybkie wdrożenie specjalistycznego leczenia. Jeden z najważniejszych i wciąż aktualnych problemów w leczeniu głębokich oparzeń występują infekcje, które znacznie utrudniają gojenie się ran, mogą powodować bakteriemie i sepsę, która zawsze stanowi poważne zagrożenie życia [13].

Czynniki powodujące blizny obejmują obecność złożonego gojenia, takiego jak infekcja bakteryjna, czas gojenia, uwarunkowania genetyczne i kształt rany. Na podstawie powyższych czynników możemy wyróżnić kilka rodzajów blizn. Są to: blizny linijne, blizny przerostowe, blizny zanikowe, bliznowce. Wraz z procesem naturalnego kurczenia się blizny lub w miarę wzrostu pacjenta może pojawić się kolejna patologia, a mianowicie przykurcz blizny.

Powikłanie, jakie może się pojawić w trakcie rekonwalescencji to przykurcz stawów w kończynach dolnych u pacjentów z oparzeniem pełnej grubości. Powoduje to utrudnienia w ruchomości stawów. Podstawową przyczyną przykurczów jest brak równowagi pomiędzy mięśniami prostownikami i zginaczami, pogłębiającą pozycją wymuszoną przez opatrunki, a w późniejszym etapie ból lub bojaźń przed bólem nasilający się podczas ruchu [6, 7, 8].

Cel pracy

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych u pacjenta z raną oparzeniową.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarzkiej dla chorego z oparzeniem III stopnia.
3. Zaplanowanie, realizacja i ocena podejmowanych działań.

Material i metody

Badaniem i opieką został objęty mężczyzna trzydziestoletni przebywający w Klinice Chirurgii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku z powodu oparzeń III stopnia. Badania zostały przeprowadzone w terminie maj 2023 roku.

W pracy została przedstawiona metoda indywidualnych przypadków z wykorzystaniem procesu pielęgnacyjnego. Użyto poniżej omówione techniki badawcze:

- Wywiad pielęgniarzki- ukierunkowana rozmowa z pacjent i z jego rodziną, aby uzyskać jak najwięcej szczegółowych informacji o pacjencie, jego zdrowiu, przebytych chorobach, warunkach domowych.
- Wywiad epidemiologiczny w celu uzyskania dodatkowych informacji nie zawartych w pozostałych technikach badawczych.
- Obserwacja pacjenta- obserwacja zachowania pacjenta, zachowań niewerbalnych, orientacji w wyglądzie rany oparzeniowej, obserwacja oraz notowanie niepokojących objawów, które mogą świadczyć o danej jednostce chorobowej.
- Wnikliwa analiza dokumentacji medycznej wykonanej na podstawie historii choroby oraz podstawowych badań laboratoryjnych.
- Przeprowadzenie podstawowych pomiarów życiowych odpowiadających za funkcje życiowe pacjenta oraz znacznie wpływające na ogólną pracę organizmu. Sprawdzone parametry takie jak: tętno, temperatura, saturacja krwi, ciśnienie tętnicze, liczba oddechów na minutę.
- Dokonanie kwalifikacji stopnia oparzeń pacjenta według czterostopniowej skali.
- Ocena rozległości oparzeń względem całkowitej powierzchni ciała według reguły dłoni.

Wyniki

Pacjent K.K. lat 30 mieszka w okolicach Białegostoku w dwupokojowym mieszkaniu wraz z żoną i dwójką dzieci. Małżeństwo czynne zawodowo. Warunki socjalne bardzo dobre. W czasie pracy dziećmi zajmuje się babcia. Został przyjęty do Kliniki Chirurgii w trybie pilnym z powodu oparzenia termicznego III stopnia spowodowanym gorącym olejem..

Do oparzenia doszło w wyniku upadku z garnkiem gorącego oleju. Prawdopodobnie do upadku doszło na skutek potknięcia się o dziecięcą zabawkę. W wyniku upadku nie ucierpiał nikt inny z domowników. Oparzenia występują na kończynie dolnej lewej oraz przedniej części tułowia. Według reguły dłoni pacjent posiada oparzenia około 25% całkowitej powierzchni ciała.

Po przyjęciu pacjent negatywnie nastawiony do pielęgniarek i lekarzy kliniki. Pacjent nie współdziała z personelem i utrudnia działania medyczne z powodu bólu. Chory nie ma apetytu, niechętny do jedzenia posiłków.

Pacjentowi zlecono badania diagnostyczne. U pacjenta stwierdzono prawidłową masę ciała (waga: 87 kg, wzrost: 194 cm, BMI - 23.12 kg/m²). Parametry życiowe: ciśnienie tętnicze 147/94 mmHg, tętno 72 uderzeń na minutę, temperatura ciała 38.2°C, 15 oddechów na minutę. Saturacja wynosi 93%.

1. Problem pielęgnacyjny: Ból spowodowany raną oparzeniową według skali VAS 6.

Cel opieki: Zminimalizowanie dolegliwości bólowych.

Planowane działania pielęgniarские:

- wyjaśnienie choremu przyczyny bólu,
- ochłodzenie rany oparzeniowej przez aplikacje zimnych okładów,
- ocena dolegliwości bólowych według skali VAS,
- kontrola parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze, tętno, oddechy, temperatura),
- weryfikacja lokalizacji i charakteru bólu,
- podanie 2 mg morfiny dożylnie na zlecenie lekarza,
- delikatne wykonywanie czynności życiowych,
- ochrona miejsc narażonych na ból,

Ocena: Dolegliwości bólowe ustąpiły w skali VAS 2 po podaniu morfiny.

2. Problem pielęgnacyjny: Saturacja o wartości 93%.

Cel opieki: Wzrost saturacji.

Planowane działania pielęgniarские:

- kontrola saturacji w regularnych odstępach czasu,
- założenie maski tlenowej z przepływem 6l/min,
- poinformowanie lekarza o niskiej saturacji i przekazanie informacji o przepływie,

Ocena: Saturacja wzrosła do 97%.

3. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko zakażenia rany.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka zakażenia rany.

Planowane działania pielęgniarские:

- zmiana opatrunków z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki,
- toaleta ciała pacjenta,
- zmiana bielizny osobistej i pościeli każdego dnia,
- stosowanie antybiotykoterapii według zaleceń,
- kontrolowanie parametrów pacjenta pod względem wzrostu temperatury, nieprzyjemnych zapachów,
- edukacja rodziny i pacjenta na temat profilaktyki zakażeń,
- ograniczenie odwiedzin do minimum,
- zastosowanie profilaktyki tęcza,

Ocena: Zakażenie rany nie wystąpiło. Temperatura ciała 36.8°C. Niewyczuwalny zapach z rany oparzeniowej.

4. Problem pielęgnacyjny: Niepokój pacjenta spowodowany hospitalizacją i leczeniem.

Cel opieki: Zniwelowanie lęku wynikającego z pobytu w szpitalu oraz zachęcenie do leczenia.

Planowane działania pielęgniarские:

- wyjaśnienie wątpliwości pacjenta,
- przeprowadzenie rozmowy z chorym na temat przebiegu choroby,
- informowanie i wytłumaczenie każdej czynności, którą wykonujemy przy pacjencie,
- zapewnienie komfortu i bezpieczeństwa pacjentowi,
- odnoszenie się do pacjenta w miły sposób i okazanie zrozumienia,
- zachowanie cierpliwości w przypadku braku pozwolenia do wykonywania czynności pielęgniarских,
- przedstawienie pacjentowi regulaminu kliniki,

- włączyć rodzinę do procesu terapeutycznego,
- zaproponowanie rozmowy z lekarzem,
- wytłumaczenie pacjentowi konieczność leczenia i powikłania w przypadku braku leczenia ran oparzeniowych.

Ocena: Pacjent mniej rozdrażniony, chętnie przystępuje do leczenia.

5. Problem pielęgnacyjny: Możliwość zaburzeń w gospodarce wodno-elektrolitowej w związku z raną oparzeniową.

Cel opieki: Utrzymanie prawidłowego stanu nawodnienia.

Planowane działania pielęgniarские:

- założenie bilansu płynów, kontrola diurezy godzinowej, kontrola diurezy dobowej,
- sprawdzenie ilości spożywanych płynów,
- obserwacja błon śluzowych,
- rozmowa o występowaniu pragnienia,
- zapewnienie dostępu żylnego oraz standardowa pielęgnacja wkłucia,
- utrzymanie drożnego dostępu żylnego,
- płynoterapia według zaleceń lekarza,
- pobranie krwi do badań biochemicznych (magnez, wapń, sód, potas, białko)

Ocena: Uregulowano gospodarkę wodno-elektrolitową. Diureza godzinowa 45 ml, diureza dobową 1000 ml. Płynoterapia zastosowana zgodnie z regułą Parkalanda. Obliczone zapotrzebowanie 8500 ml płynów przetoczono w 50% w czasie pierwszych 8 godzin, a pozostałą część zapotrzebowania w kolejnych 16 godzinach. W pierwszych 8 godzinach podano 2000 ml 0.9% NaCl dożylnie, 2500 ml płynu Ringera również dożylnie.

6. Problem pielęgnacyjny: Podwyższona temperatura ciała (38.2°C) spowodowana zaburzeniem ośrodka termoregulacji.

Cel opieki: Obniżanie temperatury ciała do prawidłowej wartości.

Planowane działania pielęgniarские:

- podawanie płynów choremu,
- stosowanie zimnych okładów,
- monitorowanie temperatury ciała w regularnych odstępach czasu,
- podanie leków przeciwgorączkowych na zlecenie lekarza,

Ocena: Temperatura ciała spadła do wartości 36.8°C .

7. Problem pielęgnacyjny: Gojenie rany oparzeniowej ukierunkowane na odnowienie ciągłości skóry.

Cel opieki: Skrócenie czasu gojenia się rany oparzeniowej.

Planowane działania pielęgniarские:

- lawaseptyka i aseptyka rany,
- przemywanie miejsc oparzonych roztworem 0,9%NaCl,
- dobór poprawnej technologii zaopatrzenia ran zależnie od miejsca oparzenia,
- higiena rąk oraz przestrzeganie zasad jałowości w czasie zmiany opatrunków,
- wyedukowanie pacjenta na temat prawidłowej pielęgnacji rany,
- stosowanie opatrunków jałowych z soli srebrowej sulfadiazyny na oparzenia,

Ocena: Gojenie rany przebiega bez komplikacji.

8. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia wstrząsu hipowolemicznego na wskutek utraty objętości płynów ustrojowych.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu wstrząsu hipowolemicznego.

Planowane działania pielęgniarские:

- pobranie krwi do badań laboratoryjnych (gazometria, białko, mocznik, glukoza),
- założenie cewnika do pęcherza moczowego celem sprawdzania diurezy,
- prowadzenie bilansu płynów,
- monitorowanie ośrodkowego ciśnienia żylnego,
- monitorowanie oraz dokumentacja parametrów życiowych pacjenta,
- przepływ zmiennych informacji na temat pacjenta do lekarza w celu zaobserwowania pierwszych oznak pojawiającego się wstrząsu,

Ocena: Wstrząs hipowolemiczny nie wystąpił. Wartość ciśnienia 115/78 mmHg, tętno 65 uderzeń na minutę.

9. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia zaburzeń metabolicznych z powodu choroby oparzeniowej.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu zaburzeń metabolicznych.

Planowane działania pielęgniarские:

- decyzja o zapotrzebowaniu dobowym pacjenta na składniki odżywcze,
- pilnowanie czasu podawania mieszanki odżywczej,
- kontrola bilansu płynów,
- kontrola dobowej liczby stolców,

- monitorowanie diurezy godzinowej oraz dobowej,
- wykonanie badań biochemicznych (białko, triglicerydy, elektrolity, glukoza, morfologia oraz kreatynina),
- okresowy pomiar parametrów życiowych,
- dokumentacja wykonywanych czynności oraz pomiarów,

Ocena: Zaburzenie metaboliczne nie wystąpiło.

Wnioski

1. Sformułowano problemy pielęgnacyjne.:
2. Opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarstwa.
3. Pacjent w klinice został objęty pełną opieką pielęgniarstwa, a wykorzystany plan pielęgnowania został opracowany w celu poprawy stanu zdrowia oraz zminimalizowania wystąpienia powikłań.

Piśmiennictwo

1. Englisz-Jurgiewicz B., Cholewka A., Ziółkowska K. i wsp.: Obrazowanie termiczne w ocenie oparzeń. Inżynier i Fizyk Medyczny 2020; 9: 63-65.
2. Osmałek K., Furmanik F., Kopański Z. i wsp.: Oparzenia u dzieci. Journal of Clinical Healthcare 2018; 1: 34-40.
3. Burzec A., Mess E., Ornat M., Pirogowicz I.: Oparzenia u dzieci-rodzaje, ocena, ciężkość oraz zasady postępowania. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2017; 6(3): 98-103.
4. Piszczek J., Korzeniowski T.: Propozycja procedur pielęgniarstwa oceny głębokości oparzenia, stosowanych w wycięciu martwicy w okresie wstrząsu. Forum Leczenia Ran 2020; 1(3): 135-142.
5. Roczniak W., Babuśka-Roczniak M., Zahaczewski K. i wsp.: Postępowanie przedszpitalne i szpitalne w ciężkich oparzeniach ciała. Opis przypadku. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2017; 23(1): 68-72.
6. Campbell J.E., Alson R.L.: International Trauma Life Support. Ratownictwo przedszpitalne w urazach. Medycyna Praktyczna 2017; 8: 289-297.
7. Chrapusta A., Pabiańczyk R., Nessler M. i wsp.: Aquacel® Ag w leczeniu oparzeń IIb i IIb/III stopnia ręki u dorosłych – doświadczenia własne. Forum Zakażeń 2012; 3(2): 71-76.

8. Zieliński M., Wróblewski P., Kozielski J.: Czynniki rokownicze u chorych z oparzeniami. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2020; 52(3): 333-339.
9. Czerwona Księga Pożarów, Tom I, CNBOP-PIB, 2016.
10. Chrapusta A.: Granuflex® Extra Thin w leczeniu blizn- doświadczenie własne. *Leczenie Ran* 2012; 9(3): 107-112.
11. Dębska-Maik M.: Wykorzystanie światła spolaryzowanego w leczeniu oparzeń-opis przypadku. *Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach* 2019; 2: 214-217.
12. Gierek M., Mikuś K., Kawecki M. i wsp.: Leczenie oparzeń przy użyciu opatrunków z ludzkiej owodni w centrum leczenia oparzeń w Siemianowicach Śląskich—doświadczenia własne. *Wydział Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Nauk Stosowanych w Rudzie Śląskiej* 2012; 3(29): 77-83.
13. Chrzanowska-Wąsik M., Chemperek E., Sokołowski D. i wsp. 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.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z odleżynami

Anna Radzewicz¹, Barbara Jankowiak²

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

Wstęp

Odleżyny występują najczęściej w ciągu pierwszych dwóch tygodni unieruchomienia pacjenta, przy czym ponad 30% do 40% występuje w pierwszym tygodniu, a około 70% w drugim tygodniu. U pacjentów objętych opieką paliatywną odleżyny występują głównie w dolnej części ciała (70%), 40% w okolicy krzyżowej, około 10% w krętarzu i kręgosłupie, a tylko około 5% w guzach nerwów kulszowych i kostek bocznych [1].

Szacuje się, że około 10-15% osób przewlekłe chorych, starszych, niesamodzielnych lub nieruchomych cierpi na odleżyny [2].

Częstość występowania odleżyn u dzieci na oddziale intensywnej terapii wynosi 27%, a na oddziale intensywnej terapii noworodków - 23%. Pojawiają się najczęściej w ciągu 8 godzin po przyjęciu do szpitala. Czynniki, które narażają dzieci na bardzo wysokie ryzyko wystąpienia odleżyn to wiek poniżej 37 miesięcy, pobyt dłuższy niż 8 dni oraz intubacja powyżej 7 dni [3].

Badania epidemiologiczne przeprowadzone w różnych krajach świata wykazują szczególnie wysoki odsetek odleżyn u pacjentów z urazami ośrodkowego układu nerwowego (31-52%), u osób starszych przebywających w placówkach opieki długoterminowej (4,1-32,2%) oraz u pacjentów na oddziałach intensywnej terapii (13,1- 45.5%). Po operacjach trwających ponad 2 godziny chorzy są również narażeni na krwawiące rany. W takich przypadkach częstość występowania odleżyn szacuje się na 5% do 53% (w zależności od rodzaju i czasu trwania operacji) [4].

Na całym świecie w 1990 r. odnotowano 1541.945 przypadków zachorowań na wrzody odleżynowe, a w 2019r. odnotowano 3170.796 nowych przypadków. W 2019 r. globalny wskaźnik zachorowalności również wzrastał wraz z wiekiem, osiągając najwyższy poziom w grupie wiekowej > 95 lat zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Liczba zachorowań była najwyższa wśród mężczyzn w wieku 80-84 lat oraz wśród kobiet w wieku 85-89 lat.

Największy wzrost odnotowano w Malezji 110. 3%, Arabii Saudyjskiej 100. 1% i Tajlandii 81,5 %. Największe tendencje spadkowe odnotowano natomiast we Francji -22,7 %, Irlandii -21,1 i we Włoszech -20,8 % [5].

Ogólne zasady profilaktyki odleżyn

Profesjonalna opieka i rehabilitacja powinna zapobiegać powstawaniu i nawrotom stresowych uszkodzeń tkanek u osób zagrożonych (np. po urazach rdzenia kręgowego) [6].

1. Ocena skóry

Ocena skóry powinna obejmować:

- obszary ucisku (głównie wokół kości krzyżowej i kości ogonowej, wokół guzów kulszowych, krętarza większego, kostek bocznych, pięt, łopatek, potylicy itp.)
- kompletność zmiany (zasinienia, osłabienie, bladeść), zwłaszcza w obszarach z wypukłościami kostnymi i obszarach bez zabarwienia fizjologicznego
- w celu sprawdzania stanu zapalnego, ważny jest regularny pomiar temperatury [3].

2. Redukcja ucisku

W obszarze wypukłości kostnej i okolicy pięty obszar ten jest szczególnie narażony na niedokrwienie i martwicę tkanek, im niższe ciśnienie, tym większy obszar efektywny, w którym ta masa jest rozłożona. Dopływ krwi do odleżyn wymaga dużej uwagi. Dlatego zalecany jest odciążenie, aby się zrelaksować i okresowo zmieniać pozycję powierzchni nośnej ciała poprzez stosowanie zintegrowanego systemu łóżka, specjalistycznych nakładek na miejsca najbardziej narażone, stosowanie poduszek piankowych, butów piankowych. Pięta powinna być unoszona na wysokości 10-15 stopni. Materac przeciwoodleżynowy należy dobrać indywidualnie dla każdego pacjenta. Zależy to od ogólnego stanu pacjenta, poziomu ryzyka jego rozwoju oraz ciężkości odleżyny. Każdy rodzaj materaca ma zarówno zalety, jak i wady, a nawet najlepsze klasy nie są zwolnione z repozycjonowania. Zmiana pozycji powinna być wykonywana w regularnych odstępach czasu, zwykle 2 kontrole fizyczne i skórne, co 8 godzin [7].

3. Działania prewencyjne

Regularna zmiana pozycji i stosowanie odpowiedniego sprzętu (materac przeciwoodleżynowy, obuwie piankowe) usuwają szkodliwe czynniki zewnętrzne, które minimalizują skutki ucisku, przetarcia i tarcia, a także poprawiają ochronę. Ważne jest leczenie stanów podstawowych i optymalizacja stanu odżywienia: nawodnienie i korekta zaburzeń metabolicznych ogólnoustrojowych oraz innych czynników (np. leczenie bólu i percepcja sensoryczna). Istotna jest pielęgnacja skóry głównie z naciskiem na utrzymanie jej suchej,

czystej. Skórę należy chronić przed szkodliwymi czynnikami zewnętrznymi oraz wzmocnić jej funkcje ochronne [8].

Pielęgnacja skóry narażonej na występowanie odleżyn

Najczęściej wymieniane zalecenia pielęgnacyjne to:

- systematyczne ocenianie stanu skóry ciała ze szczególną uwagą na strefy ryzyka, najlepiej dwa razy dziennie)
- codzienne wykonywanie toalety skóry ciepłą wodą z odpowiednimi detergentami (pH mydła 5.5) i mycie ran w temperaturze wody poniżej 37 °C.
- delikatne osuszanie skóry jest szczególnie ważne w wilgotnych obszarach pod biustem, fałdach skóry i okolicach narządów płciowych [3].

Zalecane jest stosowanie środków poprawiających elastyczność i jędrność skóry z ochroną nawilżającą, zmiękczającą i integralną. Wśród produktów o szczególnym znaczeniu częściej wymieniane są produkty naturalne:

- wysokiej jakości ozonowana oliwa z oliwek tłoczona na zimno jest jednym z najcenniejszych preparatów ze względu na szeroką dostępność i niski koszt. Jest powszechnie znany jako jeden z najskuteczniejszych środków wspomagających regenerację naskórka. Wynika to z jego składu, który zawiera niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe (NNKT) oraz związki fenolowe.

Preparaty: Ozonella, Ozonosept [3].

- żel AloeVera pozytywnie wpływa na aktywność układu odpornościowego, hamuje reakcje zapalne. Aloevera blokuje działanie tromboksanu, łagodzi stany zapalne i przyspiesza proces regeneracji skóry.

Preparaty: AloVera (koncentrat), Alezin, Grovita Maść z żyworódki [9].

- olej kokosowy, kwasy tłuszczowe zawarte w oleju kokosowym zmniejszają stany zapalne, wspomagają naprawę i gojenie tkanek oraz zapewniają jakość skóry i dodatkowe nawilżenie, chroniąc w ten sposób skórę przed uszkodzeniami i redukując tarcie.

Preparaty: Hello Body, Coco Gold, Olejek kokosowy [10].

- propolis to produkt zawierający ponad 300 składników o wielu właściwościach leczniczych, w tym przeciwbakteryjnych, przeciwzapalnych, hepatoprotekcyjnych, immunostymulujących, przeciwnowotworowych i cytostatycznych przeciwutleniających. Wykazuje ogromny potencjał do regeneracji, gojenia tkanek,

ochrony, wygładzenia, natłuszczenia i działania regenerującego. Wspiera antybiotykoterapię.

Preparaty: Maść propolisowa np. 3, 7, 20, 30, 40% [3].

- DMSO – pozyskiwany naturalnie z pulpy drzewnej. Przeciwtleniacze wnikają głęboko w skórę, mają działanie przeciwzapalne i pośrednio łagodzą ból przy stosowaniu miejscowym. Stosowanie tego leku należy dokładnie rozważyć w każdym przypadku.

Preparaty: DMSO gelaloe vera nature's Gift [3].

- rany. Przeciwwskazania: rozrusznik serca, zaburzenia rytmu serca. Zabiegi można odbywać od każdego dnia przez 4 do nawet 12 tygodni, a czas trwania zabiegu wynosi 50-60 minut [11].
- Tlenoterapia hiperbaryczna używa ciśnień wyższych niż ciśnienie atmosferyczne. Oddycha się w 100% czystym tlenem. Pacjenci są umieszczani w komorach jedno- lub wielomiejscowych, a sesje trwają 60 minut. Ta sesja składa się z 3-20 minutowych hiperbarycznych cykli oddychania tlenem z 5-minutowym odpoczynkiem pomiędzy nimi. Z reguły wykonuje się 20-40 sesji w odstępach 4-8 tygodni. HBOT poprawia aktywność leukocytów, zmniejsza obrzęk, zwiększa aktywność fibroblastów i sprzyja tworzeniu się ziarniny. Wspomaga syntezę kolagenu i pobudza mobilizację komórek macierzystych ze szpiku kostnego. Przeciwwskazania: nieleczone odma opłucnowa, chemioterapia, ciąża, gorączka, drgawki, rozedma płuc, ostre infekcje dróg oddechowych [12].

Odżywianie w profilaktyce i leczeniu odleżyn

Profilaktyka odżywiania powinna składać się z oceny stanu odżywienia. Korzysta się z kwestionariuszy przesiewowych oraz badań szczegółowych (pomiarów behawioralnych, antropometrycznych i klinicznych). Stworzenie indywidualnego planu żywieniowego w którym jest wyznaczona wystarczająca podaż kalorii (25-30 kcal/kg masy ciała/dzień) w tym spożycie 1.5g/kg m.c na dobę białka. Spożywanie aminokwasów białkotwórczych (glutamina i arginina). Odpowiednia, doustna podaż płynów (30-35 ml/kg masy ciała, tj. ok. 2 l/dzień), suplementy w formie płynnej oraz odpowiednia ilość tłuszczów, węglowodanów i pierwiastków śladowych. W razie braku apetytu należy wprowadzić terapię farmakologiczną. Jeśli dieta doustna nie jest wystarczająca należy zastosować żywienie drogą dojelitową lub pozajelitową. Nieodłącznym elementem poprawy żywienia chorego jest nie tylko edukacja pacjenta, lecz również jego rodziny. Ważne jest to, aby rodzina było zaangażowana w leczenie i edukowana przez personel medyczny, nie tylko z wiedzy teoretycznej lecz również ze strony psychicznej [13].

Cel pracy

1. Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z odleżynami.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej.
3. Przedstawienie roli pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji.

Material i metoda

Badaniem objęto 82- letnią pacjentkę, która przebywała w Klinice Geriatrycznej w Uniwersyteckim Szpitalu w Białymstoku z powodu zapalenia płuc, u której w stwierdzono odleżyny.

Materiał został zebrany w wyniku obserwacji, wywiadu, analizy dokumentacji medycznej oraz pomiarów bezpośrednich i pośrednich. Do oceny problemów pielęgnacyjnych pacjentów zastosowano metodę indywidualnych przypadków z wykorzystaniem procesu pielęgnacyjnego.

Wywiad- to rozmowa ukierunkowana z udziałem co najmniej dwóch osób, ankietera i respondenta. Wywiad jest zatem procesem, w którym badacze zadają pytania, aby wpłynąć i przekonać respondentów do odpowiedzi na interesujące ich tematy. Głównym problemem związanym z wykorzystywaniem informacji jest uzyskiwanie uczciwych odpowiedzi [30].

Obserwacja to sztuka zbierania informacji o przedmiocie opieki, polegająca na celowym, zaplanowanym, intencjonalnym i systematycznym postrzeganiu osoby, zjawiska lub procesu [30].

Pomiar to zestaw operacji wykonywanych w celu określenia konkretnego pomiaru rozmiaru za pomocą odpowiedniego narzędzia pomiarowego. Pomiary powinny dostarczać obiektywnych i dokładnych informacji, które definiują badaną rzeczywistość. Dzięki ich porównywalności można ocenić, czy stan pacjenta ulega poprawie [31].

Do wykonywania pomiarów potrzebne są narzędzie, można podzielić na narzędzia bezpośrednie i pośrednie.

Narzędzia bezpośrednie- pomiary biofizyczne np. masa ciała, temperatura.

Narzędzia pośrednie- często wykorzystywane w testach psychologicznych np. ocena lęku czy depresji [31].

Obecnie proces pielęgnowania stał się metodą profesjonalnej praktyki pielęgniarskiej. Wprowadził on zastosowanie pielęgniarstwa holistycznego, opartego na teorii pielęgniarstwa zindywidualizowanego, celowego, zorientowanego na cel, zaplanowanego, kontrolowanego

i ocenianego. Proces pielęgnowania jako metoda naukowego wsparcia pielęgniarskiego jest istotą praktyki pielęgniarskiej.

Wyniki

Opis przypadku

82 - letnia pacjentka, którą opiekuje się rodzina prowadząca fotelowo-łóżkowy tryb życia z wywiadem POChP, HR, niedomykalność zastawek mitralnej i trójdzielnej, utrwalonego migotania przedsionków, nadciśnienia tętniczego, po przebytym zawale mięśnia sercowego w 2012r., po dwóch udarach niedokrwiennych mózgu (2010, 2018r)- brak dokumentacji, po przebytej histerektomii została przyjęta do Kliniki Geriatrii w trybie ostrego dyżuru z uwagi na nieskutecznie leczone ambulatoryjnie zapalenie płuc (augmentinem) oraz niedokrwistość normocytarną (Hgb 8.5 g/dl). Przy przyjęciu chora uskarżała się na kaszel z wykrztuszaniem przejrzystej wydzieliny okresowo podbarwionej krwią, przed kilkoma dniami obserwowała podwyższoną temperaturę ciała do 39 °C.

Pacjentka jest obrzęknięta, zwłaszcza na kończynach dolnych, które powodują trudności w poruszaniu się. W badaniu fizykalnym zaobserwowano u pacjentki odleżynę III stopnia na pośladku prawym oraz III stopnia na lewej pięcie. Założono Cewnik Foley'a do pęcherza moczowego, by utrzymać diurezę.

Pacjentka jest niedożywiona, ciśnienie w normie (130/80 mm Hg), temperatura ciała- 38,3°C.

Badania laboratoryjne: morfologia, CRP, Fe, D-Dimer, białko całkowite, poziom glukozy we krwi (4x dziennie), badanie moczu, TSH, Troponina, Kreatynina, NA, K, ALAT, ASPAT, GFR, Bilirubina całkowita, Cholesterol, CPK, Digoksyna, TG.

Wykonanie wymazu z odleżyn:

Wyniki wymazu z odleżyny:

- wykryto patogen alarmowy ESBL +,
- Escherichia coli.

Stosowane leczenie:

IPP 20 mg 1 tabl.. rano na czczo

Bisocard 5 mg 1,5 tabl. rano

Diuver 5 mg 1 tabl. rano

Spironol 25 mg 1 tabl. w południe

Digoxin 0,1 mikrograma 1 tabl. co drugi dzień

Pradaxa 110 mg 2x1 tabl, rano i wieczorem

Ketrel 25 mg 1 tabl. wieczorem

Tramalretard 50 mg 2x1 tabl.

Atrox 40 mg 1 tabl. wieczorem

Lerivon 30 mg 1 tabl. rano

Milurit 100 mg 1 tabl. rano

UltibroBreezhaler 1x/d

Vigantol 2000 j.m

Clexane 8000j.m/ 1x/d.

Grupa krwi; O Rh+

RR: 130/80 mmHg

EKG: oś serca pośrednia, migotanie przedsionków z częstością pracy komór ok. 100-150/min.

RTG klatki piersiowej: Nakładające się obustronne fałdy skórne, W obu płucach cechy zastoju z akcentacją podścieliska i wnęk. Nakładające się zagęszczenia zapalne.

USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej: wątroba, nerki, pęcherzyk żółciowy, drogi żółciowe w porządku. Pęcherz moczowy pusty.

Wynik skali SGA: podejrzenie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia.

Plan opieki pielęgniarskiej

Problem 1: Odleżyny III stopnia na lewej pięcie i prawym pośladku u pacjentki spowodowana ograniczeniem aktywności ruchowej oraz wyniszczeniem organizmu z powodu niedożywienia i chorób współistniejących.

Cel: Zapobieganie rozwojowi odleżyny i jej zmniejszenie oraz zmniejszenie ryzyka wystąpienia nowych odleżyn.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena ryzyka odleżyn wg skali Norton.
- Przemywanie rany Micodiacyn 60.
- Zastosowanie opatrunków AQUACEL AG FOAM.
- Regularna zmiana opatrunków, raz na dwa dni lub natychmiast, gdy będą zabrudzone.
- Pobranie wymazu z odleżyny do badań bakteriologicznych.
- Ułożenie pacjentki na materacu zmiennociśnieniowym (z uwzględnieniem masy ciała pacjentki).
- Zmienianie pozycji ciała pacjentki co 1-2 h z zastosowaniem sprzętu pomocniczego np. klinów, poduszek, wałków, butów piankowych.

- W ułożeniu na boku pacjentki stosować nachylenie 30 stopniowe w celu zmniejszenia nacisku na krętarz większy i guzy kulszowe, kostkę boczną oraz piętę.
- W ułożeniu na plecach uniesienie wezgłowia łóżka do 30 stopni.
- Raz dziennie ocena miejsc najbardziej narażonych na wystąpienie odleżyn.
- Utrzymanie czystości skóry.
- Natłuszczanie i nacieranie skóry PC 30 –V.
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu sali (około 20 stopni, 60% wilgotności).
- Eliminacja narażenia skóry na wilgoć spowodowana nietrzymaniem moczu, stolca, poprzez stosowanie cewnika Foleya (na zlecenie lekarza), stosowanie pampersów, podkładów absorbujących wilgoć, częsta zmiana bielizny.
- Stosowanie bielizny osobistej i pościeli z materiałów naturalnych, unikanie pościeli krochmalonych.
- Zapewnienie pacjentce odpowiedniej ilości białka, składników energetycznych oraz płynów, zgodnie z ILKZ.
- Utrzymanie zakresu ruchów w stawach poprzez stosowanie ćwiczeń biernych i utrzymanie prawidłowej masy mięśniowej poprzez współpracę z fizjoterapeutą.
- Wyrównanie niedoborów i zaburzeń metabolicznych drogą dojelitową i pozajelitową po konsultacji z dietetykiem.
- Prowadzenie indywidualnej dokumentacji pacjentki, która pozwoli na monitorowanie dynamiki zmian ryzyka i leczenia odleżyn.

Ocena: Została zastosowana skala Norton. Chora uzyskała 12 pkt. Założono kartę zmiany pozycji. Zmieniono ułożenie pacjentki co 2 h, zastosowano materac zmiennociśnieniowy z uwzględnieniem masy ciała pacjentki. Opatrunki były zmieniane co dwa dni. Został pobrany wymaz z odleżyn na pięcie i pośladku pacjentki. Skóra została utrzymana w czystości, do przemywania rany używano Micodiacyn 60, do natłuszczania skóry PC 30-V, na miejsca z odleżynami stosowano opatrunki specjalistyczne AQUACEL AG FOAM. Pacjentce założono cewnik Foleya na zlecenie lekarza, który jest pielęgnowany codziennie oraz zapisywana jest ilość oddanych płynów. Po konsultacji z dietetykiem pacjentka ma właściwą dietę bogatą w produkty wysokobiałkowe. Raz dziennie przychodzi fizjoterapeuta w celu usprawniania pacjentki stosując ćwiczenia bierne. Rany pacjentki w fazie naskórkowania bez wysięku, brzegi rany różowe, bez obrzęków. Skóra czysta, elastyczna, dobrze nawodniona. Poziom elektrolitów w normie.

Problem 2 : Ból w miejscu wystąpienia odleżyn.

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena odczuć bólowych zgłaszanych przez chorego przez dostępną skalę VAS, NRS.
- Ocena czynników powodujących ból (brak wiary w leczenie, strach, zmęczenie monotonia).
- Wyjaśnienie chorej przyczyn bólu i jego wpływu na organizm.
- Określenie czasu trwania bólu, charakteru, nasileniu dolegliwości w sytuacjach możliwych do przewidzenia.
- Wyjaśnienie pacjentce konieczności wykonywania procedur diagnostycznych i leczniczych np. zmiana opatrunku, pobranie wymazu z ran do badań laboratoryjnych.
- Zredukowanie lub wyeliminowanie czynników zwiększających ból u pacjentki.
- Ocena wpływu rodziny na pacjentkę pod względem błędnego leczenia bólu.
- Podanie leków przeciwbólowych zgodnie z LKZ
- Edukacja pacjentki, aby zgłaszała wszystkie dolegliwości bólowe.

Ocena: Zastosowano u pacjentki skalę NRS, pacjentka oceniała ból na 6 pkt. Przeprowadzono rozmowę terapeutyczną gdzie zostało wyjaśnione pacjentce przyczyny bólu oraz wyjaśniono czynniki, które powodują ból. Podczas zmian opatrunków i pobierania materiału do badań został wyjaśniony cel wykonywanych czynności. Leki podano zgodnie ze zleceniem lekarskim- Tramal retard Przeprowadzono rozmowę z rodziną chorej o dotychczasowy leczeniu bólu oraz przeprowadzono z nimi rozmowę edukacyjną na temat leczenia bólu. Po zastosowaniu wszystkich czynności ból pacjentki się zmniejszył do umiarkowanego nasilenia (NRS=3).

Problem 3: Utrudnione gojenie się rany odleżynowej spowodowane niedożywieniem pacjentki.

Cel: Zwiększenie masy ciała pacjentki. Poprawa gojenia się rany odleżynowej.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stanu odżywienia i metabolizmu organizmu pacjentki w czasie przyjęcia na oddział jak i po zastosowaniu leczenia szpitalnego (analiza badań laboratoryjnych).
- Zastosowanie leczenia drogą dojelitową bądź pozajelitową.
- Zastosowanie diety wysokobiałkowej produkty takie jak: mleko, kefir, jogurty, sery twarogowe, jaja, chude gatunki mięs, wędliny, ryby).
- Ograniczenie podaży tłuszczu do 50-70 g/dobę.

- Spożywanie pokarmów lekkostrawnych, wykluczenie pokarmów ciężkostrawnych oraz wzdymających np. groch, fasola, kapusta, kalafior, grzyby, sery topione.
- Spożywanie posiłków często w mniejszej ilości (5-6 razy dziennie co 3-4 h).
- Edukacja pacjentki na samokontrolę przewodu pokarmowego przy wprowadzeniu nowych produktów do diety oraz na objawy nietolerancji pokarmowej (biegunka, zaparcia, wzdęcia).
- Okresowa kontrola masy ciała (BMI), wykonanie badań laboratoryjnych krwi (morfologia, stężenia żelaza, B12, albumin, elektrolitów) oraz uzupełnienie niedoborów.

Ocena: Pacjentka została poddana konsultacji dietetycznej. Została pobrana krew do badań laboratoryjnych. Zastosowano u pacjentki dietę doustną ze zwiększoną podażą białka (jaja, kefiry, chude wędliny, ryby). Została przeprowadzona edukacja pacjentki i jej rodziny na temat prawidłowego odżywiania. Zostało obliczone BMI pacjentki (17). Chora jest ważona co 3 dni. Masa ciała zwiększa się, badania laboratoryjne w normie. Pacjentka stosuje się do zaleceń dietetycznych. Zauważono poprawę w gojeniu się ran odleżynowych chorej.

Problem 4: Uczucie duszności spowodowane stanem zapalnym dróg oddechowych powodujące poczucie zagrożenia.

Cel: Zmniejszenie uczucia duszności.

Interwencje pielęgniarskie:

- Regularna ocena stanu ogólnego chorego (pomiar temperatury ciała, tętna, ciśnienia tętniczego krwi i saturacji, obserwacja zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych) w celu profilaktyki na pojawienie się hipoksji oznak niewydolności oddechowej.
- Ułożenie chorej w pozycji półwysokiej, naprzemiennie z pozycją boczną.
- Monitorowanie układu oddechowego (drożność dróg oddechowych, częstość i charakter oddechu, wysięk oddechowy, nasilenie duszności).
- Nauczenie i zachęcanie chorego do wykonywania ćwiczeń oddechowych.
- Podawanie nawilżonego tlenu pod kontrolą saturacji.
- Prowadzenie nebulizacji zgodnie z ILKZ.
- Zapewnienie prawidłowego mikroklimatu sali. (temperatura około 20⁰C, wilgotność około 60%, regularne wietrzenie, jeśli stan pacjenta na to pozwala).
- Zapewnienie chorej luźnej bielizny osobistej.
- Obserwowanie regularności wypróżnień, przeciwdziałanie potencjalnym zaparciom w celu poprawy pracy przepony.

- Obecność pielęgniarki przy chorej okazanie troski, zainteresowania.
- Informowanie chorej o planowanych i podejmowanych interwencjach, wyjaśnianie wątpliwości, aktywne słuchanie.
- Okazanie empatii, umożliwienie kontaktu z rodziną. Wspieranie stanu pacjentki.

Ocena: Pacjentka ma mierzoną temperaturę ciała, ciśnienie tętnicze, saturacje i tętno dwa razy dziennie. Pomiar poranny- temperatura: 38.3 °C, RR: 118/56 mm/Hg, HR: 67 u/min, SpO2: 97%,. Pomiar wieczorny - temperatura: 36,9 C, RR: 124/ 70 mm Hg, HR: 60 u/min, SpO2: 98 Pielęgniarka obserwuje powłoki skórne chorej. Zastosowano ułożenie półwysokie. Chora chętnie wykonuje ćwiczenia oddechowe, wypróżnia się regularnie. Leki zostały podane zgodnie z ILKZ (Nebbud). Przeprowadzono rozmowę terapeutyczną z chorą i jej rodziną w celu edukacji oraz wykazano zainteresowanie stanem pacjenta. Duszność została zniwelowana.

Problem 5: Suchy, męczący kaszel spowodowany stanem zapalnym dróg oddechowych.

Cel: Zlikwidowanie występowania suchego kaszlu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena nasilenia i charakteru kaszlu oraz czynników wyzwalających lub nasilających kaszel.
- Eliminacja z otoczenia pacjenta czynników pobudzających kaszel.
- Zachęcenie do pozostania w łóżku i przyjęcia wygodnej pozycji podczas kaszlu.
- Ocena i nawilżanie błon śluzowych jamy ustnej, podawanie płynów do picia.
- Stosowanie inhalacji i nebulizacji w celu nawilżenia błon śluzowych.
- Monitorowanie odpowiedzi na leczenie.

Ocena: Został przeprowadzony wywiad z pacjentką na temat czynników, które mogą powodować lub nasilać kaszel (zakażenia bakteryjne układu oddechowego, zalegająca płwocina w drogach oddechowych, niewystarczająca ilość wypijanych płynów). Poinstruowano pacjentkę na temat pozycji, którą powinna przyjmować podczas kaszlu (spać w pozycji, by głowa pozostawała na lekkim podwyższeniu np. na poduszce) Zastosowano pozycję półwysoką w łóżku. Chorą zachęca się do pozostania w łóżku. Zwiększono ilość picia wody mineralnej niegazowanej do 2-3 l/ dziennie. Nebulizację wykonano zgodnie z ILKZ. Po nebulizacji w ramach profilaktyki p/grzybiczej została wykonana toaleta jamy ustnej pacjentki. Kaszel pacjentki zmniejszył się.

Problem 6: Gorączka w przebiegu zakażenia dróg oddechowych, objawiająca się osłabieniem, wzmożoną potliwością i okresowo występującymi dreszczami.

Cel: Obniżenie temperatury ciała pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Pomiar i monitorowanie temperatury ciała co 4 godziny.
- Rejestrowanie wyników pomiaru w dokumentacji pacjenta.
- Ocena wpływu gorączki na stan ogólny (oddech, tętno, ciśnienie krwi, stan świadomości, zabarwienie i wilgotność skóry, diureza).
- Zachęcenie do odpoczynku i pozostania w łóżku przez chorą.
- Stosowanie środków przeciwgorączkowych: kompres żelowy, okład zimny/wysychający.
- Ocena skuteczności stosowania środków przeciwgorączkowych. Pamiętanie o stopniowych zbijaniu gorączki, gdyż gwałtowny spadek temperatury może wywołać dreszcze.
- Toaleta ciała pacjentki w zależności od natężenia potliwości skóry. Zmiana bielizny osobistej, pościelowej, zapewnienie luźnej bielizny osobistej chorej z materiałów naturalnych.
- Zastosowanie lekkiego okrycia, obniżenie temperatury otoczenia (np. zastosowanie wiatraczków elektrycznych). W przypadku dreszczy – zastosowanie dodatkowego okrycia, podanie ciepłych płynów do picia.
- Uzupełnianie płynów drogą doustną lub dożylną. Zachęcenie do picia dużej ilości wody mineralnej niegazowanej.
- Podanie leków p/gorączkowych na zlecenie lekarza.

Ocena: U chorej wykonuje się pomiar temperatury ciała, ciśnienia krwi, tętna, oddech, zabarwienie skóry oraz ilość wydalonego moczu co 4 godziny, zapisuje się to w karcie pacjentki. Ostatni pomiar temperatury wyniósł 38,3⁰C. Zastosowano zimne okłady na pachwiny pacjentki. Wykonano toaletę ciała pacjentki, ubrano w luźną ułatwiającą oddychanie bieliznę bawełnianą. Dokonano zmiany pościeli. Zachęcono pacjentkę do przyjmowania więcej ilości płynów drogą doustną. Gorączka spadła do 36,9⁰C.

Problem 7: Ryzyko infekcji dróg moczowych spowodowane nietrzymaniem moczu.

Cel: Zapobieganie występowaniu infekcji dróg moczowych.

Interwencje Pielęgniarskie:

- Dobór środków pomocniczych zależnie od stopnia nietrzymania moczu oraz aktywności życiowej pacjentki, np. podpaski urologiczne.
- Ocena trzymywania moczu, częstotliwości jego popuszczania.
- Unikanie zakładania cewnika moczowego na stałe.
- W razie utrzymania cewnika moczowego na stałe, odpowiednia higiena i dezynfekcja cewnika.
- Regularna zmiana bielizny i pościeli po jej zamoczeniu.
- Używanie luźnej, bawełnianej bielizny.
- Utrzymanie ciepła dolnej części ciała.
- Picia 2-3 l/dobę płynów, najlepiej wody niegazowanej mineralnej.
- Picie soku z żurawiny, czarnej porzeczki, suplementacja Wit C.
- Systematycznie badanie ogólne moczu.
- Monitorowanie diurezy.
- Trening pęcherza moczowego z fizjoterapeutą.
- Częste oddawanie moczu nie czekając na parcie moczu.
- Okazanie zrozumienia i empatii pacjentce.
- Udział w farmakoterapii na zlecenie lekarza.
- Edukacja pacjentki i jej rodziny na temat odpowiedniego dbania o higienę osobistą i dbania o cewnik.

Ocena: Pacjentce założono cewnik Foley'a na zlecenie lekarza. Worek z moczem jest zawieszony poniżej łóżka, tak, aby mocz mógł swobodnie spływać, worek jest regularnie opróżniany. Ilość moczu zapisywana jest w karcie bilansu płynów. Wykonuje się chorej toaletę krocze 2 razy no dobę. Zastosowano pampers oraz podkłady na łóżko. Toaleta ciała wykonywana raz dziennie. Pacjentka pije 2-3 l wody dziennie, wydalila 1,5 l moczu. Rodzina przynosi jej sok z żurawiny, suplementuje Wit C. Pościel i bielizna jest zmieniana raz dziennie. Pobrano mocz do badania ogólnego. Infekcja układu moczowego nie powstała.

Problem 8: Z niewyjaśnionych przyczyn nietrzymanie stolca.

Cel: Poznanie przyczyn nietrzymania stolca i uzyskanie kontroli oddawania stolca.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ustalenie co chora rozumie przez nietrzymanie stolca.
- Określenie czasu kiedy chora przestała świadomie oddawać stolec.

- Analiza dotychczasowego sposobu defekacji (częstość wypróżnień, konsystencja, wielość stolca).
- Analiza sposobu odżywiania, z oceną ilości wypijanych płynów.
- Stosowanie ćwiczeń mięśni zwieraczy odbytu- Biofeedback.
- Zapewnienie czystej bielizny do zmiany w czasie wykonywania toalety.
- Badania diagnostyczne: per rectum, ocena czucia w okolicy odbytu.
- Wsparcie od najbliższych.

Ocena: Pacjentka została przewieziona na zlecone przez lekarza badania diagnostyczne, USG transrektalne, badanie per rectum. Przeprowadzono rozmowę z pacjentką i jej rodziną od kiedy występuje nietrzymanie stolca. Poinstruowano o częstej zmianie bielizny, prawidłowej higienie. Przedstawiono ćwiczenia na wzmocnienie mięśni zwieraczy odbytu oraz wykazanie wsparcia i zrozumienia przez personel medyczny. Uzyskano częściową kontrolę nad oddawaniem stolca.

Problem 9: Ryzyko wystąpienia powikłań zatorowo – zakrzepowych oraz przykurczy stawowo – mięśniowych spowodowane unieruchomieniem.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań zakrzepowo – zatorowych oraz przykurczy stawowo – mięśniowych.

Interwencje pielęgniarstwa:

- Zaplanowanie diety uwzględniającej zapotrzebowanie na substancje odżywcze zgodnie z procedurą – spotkanie z dietetykiem.
- Zaplanowanie usprawniania ruchowego- spotkanie z fizjoterapeutą w celu poprawy krążenia krwi oraz utrzymania maksymalnej sprawności pacjentki.
- Podjęcie działań zapobiegających zakrzepicy żył głębokich (stosowanie rajstop uciskowych)
- Zmniejszenie spastyczności mięśni oraz zapobieganie powstaniom przykurczów stawowo- mięśniowych poprzez ćwiczenia z fizjoterapeutą.
- Podanie leków zgodnie z IKZL.

Ocena: Mobilizowano pacjentkę do samodzielnego spożywania posiłków, czynności higienicznych. Zapewniono konsultację dietetyczną. Zapewniono wizytę fizjoterapeuty i zabiegów fizjoterapeutycznych takich jak: masaże kończyn górnych i dolnych, gimnastyka bierna. Zastosowano rajstopy uciskowe w celu profilaktyki zmian zakrzepowo- zatorowych. Zastosowano pozycję ułożeniową - kończyna górna w odwiedzeniu 30-40 stopni od tułowia, staw łokciowy lekko zgięty, dłoń ułożona na waleczku. Kończynę dolną ułożoną na wałku

w odwiedzeniu pod kątem 15 stopni od drugiej, lekko ugięta w stawie kolanowym. Stopy pod kątem prostym w stosunku do kończyny. Leki podano zgodnie z IKZL- Clexane. Powikłania zatorowo-zakrzepowe się nie pojawiły. Znaczne przykurcze mięśniowe utrzymują się.

Problem 10: Utrudniony kontakt werbalny z powodu niedosłuchu spowodowany wiekiem pacjentki.

Cel: Nawiązywanie kontaktu z pacjentką.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zachęcanie do posługiwaniem się aparatem słuchowym, jeśli pacjentka z niego korzysta.
- Nawiązanie kontaktu pozawerbalnego, np. wzrokowego, stosowanie się do gestykulacji, mówienie głośno i wyraźnie.
- Wnikliwa obserwacja pacjentki, głównie na zmiany w stanie zdrowia i sposób sygnalizowania zmian.
- Ustalenie z pacjentką, bądź jej rodziną kiedy nastąpiło pogorszenie słuchu.
- Przekazanie wszystkim członkom zespołu terapeutycznego informacji o sposobie porozumiewania się z chorą.
- Dostarczenie przyborów, przedmiotów, narzędzi, które pomogą pacjentce w komunikowaniu się.
- Stworzenie atmosfery życzliwości i serdeczności.
- Upewnienie się czy pacjentka wszystko zrozumiała, prośba o powtórzenie przekazanych przez nas informacji.
- Uwzględnienie przyzwyczajeń chorej.

Ocena: Pielęgniarka nawiązała kontakt z chorą, pacjentka stara się współpracować z zespołem.

Problem 11: Ograniczona samodzielność w przyjmowaniu pokarmów i płynów spowodowana wiekiem pacjentki i ogólnym stanem zdrowia.

Cel: Zwiększenie samodzielności pacjentki w zakresie spożywania posiłków.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ustalenie z chorą lub jej rodziną upodobań żywieniowych w ramach leczenia dietetycznego.
- Podawanie posiłków atrakcyjnie wizualnie, w tych samych warunkach i przyjemnym otoczeniu.
- Zapewnienie wystarczająco dużo czasu na spożycie posiłku.

- Utrzymanie właściwej temperatury posiłku.
- Zadbanie o higienę jamy ustnej przed i po posiłku.
- Zachęcenie i ułatwienie samodzielnego spożywania posiłków pacjentce.
- Zastosowanie urządzeń do stabilizacji talerza i kubka na stole.
- Rozłożenie posiłków w czasie i możliwości od pacjenta.
- Zapewnienie pomocy chorej adekwatnie do jej możliwości i stopnia deficytu.
- Zapobieganie zakrztuszeniu.
- Edukacja pacjenta i jego rodziny w zakresie ograniczeń dietetycznych i stosowania narzędzi pomocniczych.

Ocena: Pacjentka potrafi sama samodzielnie przyjmować posiłki i płyny, bezpiecznie posługiwać się naczyniami, sztućcami.

Problem 12: Deficyty w zakresie samopielęgnacji i samoopieki, wynikające z wieku pacjentki oraz niewiedzy.

Cel: Zmniejszenie deficytu w zakresie samoopieki i samopielęgnacji.

Interwencje pielęgniarstwa:

- Udzielenie pomocy pacjentce w wykonaniu toalety całego ciała, zmianie bielizny osobistej między innymi zakładaniu pampersa.
- Wymiana bielizny pościelowej i osobistej pacjentki.
- Zapewnienie pacjentce odpowiedniego komfortu oraz bezpieczeństwa poprzez: o miłą atmosferę, życzliwe rozmowy i umożliwienie kontaktu z innymi mieszkańcami.

Ocena: Zminimalizowano deficyt w zakresie samoopieki i samopielęgnacji.

Wnioski

1. Sporządzono arkusz do zbierania danych o pacjencie dotyczący stanu ogólnego, nawyków, uzależnień chorej. Został on przeprowadzony podczas pobytu chorej w szpitalu. Dzięki temu udało się dokładnie poznać deficyty pacjentki.
2. Najistotniejszymi problemami pacjentki były dwie odleżyny III stopnia na prawym pośladku i lewej pięcie z powodu długotrwałego unieruchomienia, towarzyszący ból chorej w miejscu wystąpienia odleżyn, niedożywienie chorej, które powodowało utrudnione gojenie się ran oraz duszność, kaszel, gorączka spowodowane zapaleniem płuc i procesem zapalnym w organizmie. W związku z długotrwałym

unieruchomieniem, niedożywieniem uwzględniono profilaktykę powikłań zatorowo-zakrzepowych i przykurczy stawowo- mięśniowych.

3. U pacjentki stwierdzono problemy wynikające z wieku, takie jak nietrzymanie moczu, stolca, utrudniony kontakt spowodowany niedosłuchem oraz deficyty samoopieki (problemy w samodzielnym jedzeniu posiłków).
4. Analizując problemy pielęgnacyjne pacjentki stworzono indywidualny plan opieki pielęgniarskiej i zaplanowano działania.
5. Każde działania zostały podjęte ocenie ich skuteczności. Uwzględnione problemy pielęgnacyjne zostały całkowicie bądź częściowo rozwiązane.
6. Przeprowadzono rozmowę edukacyjną i zdrowotną z pacjentką. Udzielono wskazówek do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Piśmiennictwo

1. Kuberka I., Głowacz J., Bakowska M.: Pressure ulcers – risk assessment, diagnosis and treatment. *Leczenie Ran* 2019; 16 (3): 74-78.
2. https://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2019/06/biuletyn_opip_nr_50.pdf – data pobrania 21.07.2022.
3. Przybek- Mita J., Sałacińska I. i wsp: Profilaktyka Odleżyn [w:] *Odleżyny w Praktyce Klinicznej*, red. Plewa A. PZWL, Warszawa 2021: 57-85.
4. <https://doi.org/10.5114/lr.2021.104126> - data pobrania 21.07.2022.
5. <https://www.nature.com/articles/s41598-021-01188-4> data pobrania 21.07.2022.
6. Wang Y., Ouyang L., Dicianno B.E. et al.: Differences in length of stay and costs between comparable hospitalization of patients with spina bifida with or without pressure injuries. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2019; 100 (8) : 1475-1481.
7. Rother B.: *Poradnik Pacjenta "Odleżyny"*. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej im. L. Rydygiera w Brzesku 2019.
8. Kempa SC., Klich D., Zaporowska-Stachowiak I., Sopata M.: Jeśli nie odleżyna, to co? Jak odróżnić zapalenie skóry związane z nietrzymaniem moczu i stolca od odleżyny. *Leczenie Ran* 2016; 3 (1) : 157-163.

9. Hekmatpou D., Mehrabi F., Rahzani K., Aminiyan A.: The effect of Aloe Veragel on prevention of pressure ulcer in patients hospitalized in the orthopedic wards: A randomized triple blind clinical trial. *BMC Complementary Medicine and Therapies* 2018; 264-280.
10. Sya'bani N.I., Hafid M.A.: Effectiveness of virgin coconut oil in the provision of injury pressure sores stroke patients; System review. *Journal Of Nursing Practice* 2020; 1: 181-187.
11. Bazaliński D., Przybek- Mita J., Skórka M., Kachaniuk J., Florek P., Szymańska P., Fudali K.: Leczenie Odleżyn [w:] *Odleżyny w Praktyce Klinicznej*, red. Plewa A. PZWL, Warszawa 2021: 95-147.
12. Mathieu D., Marroni A., Kot J.: Tenth European consensus conference on hyperbaric medicine: Recommendations for accepted and non accepted clinical indications and practice of hyperbaric oxygen treatment. *Diving and Hyperbaric Medicine*. 2017; 47 (1): 24-32.
13. Szewczyk M., Cwajda-Białasik J., Mościcka P., i wsp.: Leczenie odleżyn – zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Część II. *Leczenie Ran* 2021; 18 (1): 151-184.

Odleżyny - aktualny problem medyczny

Anna Radzewicz¹, Barbara Jankowiak²

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

Wprowadzenie

Odleżyna to uszkodzenie skóry tkanek leżących pod skórą, które są spowodowane długotrwałym uciskiem. Przepływ krwi przez naczynia krwionośne zostaje upośledzony, a konsekwencją tego jest niedokrwienie i martwica przyległych tkanek. W procesie powstawania odleżyn wyróżnia się trzy rodzaje ucisku: tarcie, ciśnienie proste oraz boczne siły ściągające i rozciągające. Odleżyny najczęściej występują u osób, które są długotrwale unieruchomione, niedożywione oraz z zaburzeniami zwieraczy, bez względu na wiek. Czas pojawienia się odleżyny zależy od wielu czynników ryzyka i ogólnego stanu chorego [1].

Rozwinięcie

Rodzaje odleżyn zależą od czasu gojenia i różnicy temperatur pomiędzy skórą a odleżyną. Odleżyny zwykle goją się po około sześciu tygodniach. Zaburzenia krążenia nie są widoczne, gdy różnica temperatur między powierzchnią rany ciśnieniowej, a otaczającą ją skórą wynosi około 25°C. Wyróżnia się owrzodzenia miażdżycowe, w których czas rekonwalescencji to około 16 tygodni. Zaburzenia krążenia, różnica temperatur pomiędzy obszarem martwicy a otaczającą skórą wynosi 1 stopień lub mniej. Występują w dystalnych częściach ciała, głównie na piętach. Występują również odleżyny termalne głównie u osób umierających i nie goją się. Często odleżyny związane z dysfunkcją neurologiczną (guzy krocza i nerwu kulszowego) [2].

W Polsce stosuje się rozmaite klasyfikacje, w tym: Torrance'a, Campbella, Sarmiento czy Yarkona. Dwucyfrowa skala Sterlinga zapewnia dokładniejszą ocenę skóry niż wersja jednocyfrowa i skala EPUAP [3].

Ryzyko błędnej klasyfikacji dotyczy głównie odleżyn stopnia 1 i 2 oraz niesklasyfikowanych zmian skórnych: DTPI (odleżyny głębokich tkanek) i UPI (Unstage Able Pressure ulcer - niesklasyfikowane odleżyny).

Dotyczy to ze względu na obecność zanikającego rumienia I stopnia, wysoce subiektywna ocena skóry zaproponowana przez klasyfikację Torrance. Według Yarkony zaczerwienienie może być fizjologiczne i ustępować w ciągu kilku minut od ukojenia obszaru [3].

Odleżyny niesklasyfikowane:

- UPI - Odleżyny niesklasyfikowane z martwiczą zmianą skóry pełnej grubości. Głębokości uszkodzenia tkanki nie można określić, ponieważ jest pokryta martwiczą skorupą [4].
- DTPI - Odleżyna głębokich tkanek z trwałymi, nieblaknącymi intensywnymi czerwonymi lub fioletowymi przebarwieniami. Zdrowa lub zaburzona skóra o czerwonej, brązowej bądź łuszczącej się skórze. Zmiany fizyczne dotyczą głównie tkanek głębokich z kością i są opisywane jako odleżyny podskórne [4].

Klasyfikacja NPIAP/EPUAP minimalizuje ryzyko błędu pomiarowego, dzięki czemu jest głównie używaną i zalecaną klasyfikacją do określania głębokości uszkodzeń struktur tkankowych [4].

1st: nieuszkodzona skóra z nieblednącym rumieniem. Może wyglądać inaczej na ciemnej skórze, zmiany koloru skóry na purpurowy lub bordowy oraz bolesna, twarda i spuchnięta tkanka sugerują głębokie odleżyny tkanek (DTPI) [4].

2 st.: częściowe utracenie właściwej grubości skóry. Owrzodzenie jest prawie otwarte z czerwono-różowym dnem. Może również występować pęcherz w przypadku nieuszkodzonej skóry lub otwartej/rozerwanej surowicy pęcherzykowej lub krwi z surowicy. Pojawia się jako lśniący lub suchy, płytki wrzód bez wilgotnej tkanki martwiczej i siniaków (siniak wskazuje na głębokie uszkodzenie tkanki) [4].

3st.: ubytek tkanki skórnej na całej grubości jest to wada stopnia 3, odnosi się do zniszczenia całej grubości skóry. Zależy od lokalizacji, brak podskórnej tkanki tłuszczowej w grzbiecie nosa, uszu, potylicy i stawie skokowym kończyny dolnej. Występujące wady wzroku mogą być niewielkie, a tkankę tłuszczową można również zobaczyć w innych częściach ciała, zwłaszcza w okolicy pośladków, bez uszkodzenia ścięgien i mięśni kości. Martwica rozpuszczalna, jeśli jest obecna, nie obejmuje głębokości utraconej tkanki. Podminowanie i tunelowanie występuje w obszarach, w których tkanka tłuszczowa jest obecnie obfita, co sprzyja głębokim uszkodzeniom tkanki [4].

4 st.: całkowita utrata grubości tkanki z odsłoniętymi mięśniami i ścięgnami kostnymi. Zmiana dotyczy całej grubości skóry i tkanki podskórnej sięgającej do mięśnia szkieletowego, może to być tkanka martwicza (martwica rozlana) lub tkanka sucha (ciemna skorupa), która nie pokrywa całkowicie dna rany. Odleżyny czwartego stopnia mogą atakować mięśnie lub struktury podtrzymujące, takie jak głowa stawu lub torebka stawowa, powodujące martwicze zapalenie kości i szpiku lub zapalenie kości. Ryzyko wystąpienia ropowicy lub późniejszej sepsy jest bardzo wysokie [4].

Czynniki i miejsca ryzyka występowania odleżyn

Siły mechaniczne to nacisk, ścinanie i tarcie, które powodują hipoperfuzję tkanek, niedotlenienie i niedożywienie, powodując martwicę tkanek. Utrata nasila się wraz ze wzrostem ciśnienia i czasu ekspozycji. Prawidłowa wartość ciśnienia w zdrowych naczyniach włosowatych wynosi około 32 mmHg, a każdy ciągły wzrost ciśnienia powoduje zmiany w mikrokrażeniu. Oprócz działania sił mechanicznych innymi czynnikami ryzyka są: ogólny zły stan psychofizyczny pacjenta, niedożywienie (głównie niedożywienie białkowo-energetyczne) oraz zmiany skórne (w tym zmiany związane ze starzeniem się organizmu i skutkami wilgoci). W literaturze opisano wiele czynników ryzyka rozwoju odleżyn. Można je podzielić na czynniki wewnętrzne (zależne od pacjenta) i zewnętrzne (niezależne od pacjenta) [5].

Czynniki wewnętrzne - umiejętność chodzenia, niedowłady spastyka, zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca, zaburzenia czucia powierzchniowego, choroby współistniejące (POChP, astma, miażdżyca, cukrzyca), choroby neurologiczne (udar, stwardnienie rozsiane, demencja), wiek (noworodki, osoby starsze powyżej 70 lat), niedokrwistość, chemioterapia, steroidoterapia, zakażenia, niedobór krwi, białka, elektrolitów, wody, otyłość, niedożywienie.

Czynniki zewnętrzne - budowa i stan skóry, ciśnienie (zbyt wysokie powoduje zaburzenia krążenia włosniczkowego i przez co jest prognozą utrudnionej perfuzji tkanek), oddziaływanie sił dynamicznych, np. ucisk, tarcie, przesunięcie tkanek względem siebie, niedokrwienie, temperatura otoczenia [2].

U osób dorosłych odleżyny występują najczęściej na kości krzyżowej, w grupie pacjentów pediatrycznych jest to okolica potylicy (u dzieci poniżej 36 miesiąca życia) i okolica krzyżowa [5].

Odleżyny występują najczęściej tam, gdzie odległość między powierzchnią skóry, a leżącym poniżej układem kostnym jest niewielka. W tych miejscach na tkankę wywierany jest nacisk podczas długotrwałego utrwalania, zwłaszcza na twardych powierzchniach, co

prowadzi do niedokrwienia komórkowego. Obszary o najwyższym ryzyku odleżyn dla pozycji na plecach to kość ogonowa, kręgosłup, pośladki, pięty. Dla pozycji na boku są to: kość ramienna, biodro, boczne kości stopy, kość udowa boczna [2].

Występują różne skale oceny ryzyka wystąpienia odleżyn. Najpopularniejsze z nich to skala Braden, Norton, Waterlow, Douglas, CBO.

Fazy gojenia się rany odleżynowe

Gojenie i regeneracja uszkodzeń skóry to złożone zadanie polegające na naturalnych reakcjach fizjologicznych. Obejmuje dynamiczne i złożone interakcje [6].

Etapy gojenia się rany można podzielić na trzy części: odpowiedź zapalna, proliferacja i przebudowa. Inne źródła wymieniają cztery fazy, z których pierwszą jest hemostaza.

1. **Hemostatyczna.** Jej głównym zadaniem jest zatrzymanie krwawienia z uszkodzonych naczyń krwionośnych. Występuje natychmiast po kontuzji i kończy się po kilku godzinach. Następuje skurcz naczyń i tworzy się tymczasowa macierz rany. W urazach nie uciskowych ciągłość naczyń nie jest naruszona. Niedokrwienie i mikrozator są przyczyną śmierci komórek.
2. **Zapalna.** Rozpoczyna się w fazie krzepnięcia. Składa się z trzech faz, wczesnej i późnej. Proces zapalny może trwać dłużej, jeśli rana jest zainfekowana. W wyniku zaburzeń krążenia przepuszczalność naczyń włosowatych rozszerza się i zwęża, powodując obrzęk i wysięk. Występuje agregacja płytek krwi, aktywacja immunologiczna i fagocytoza.
3. **Proliferacja.** Najważniejszymi celami tego procesu są przebudowa powierzchni rany, wytworzenie ziarniny oraz przebudowa sieci naczyniowej. Widoczna ziarnina w obrębie rany z cechami “bujania” składa się z ziarniny lub przemiany zapalno-proliferacyjnej kontrolowanej przez makrofagi i inne komórki. W miarę zwężania się rany i tworzenia się skóry tworzy się nowy naskórek, który zapewnia całkowite zamknięcie się rany.
4. **Przebudowa.** Może trwać nawet kilkanaście miesięcy. Tkanka zmienia kolor na różowy z pełzającymi krawędziami, może zostać blizna.

Gojenie ran może przebiegać na 4 główne sposoby. Pierwszym sposobem jest rychłozrost, gdzie brzegi ran są czyste i przylegają do siebie, a czas gojenia to 6-8 dni. Drugim jest ziarninowanie, rana bez szwów, która często ulega infekcji. Polega na oczyszczeniu rany i wytworzeniu na jej dnie ziarniny. Brzegi urazu są spuchnięte, czerwone i bardziej bolesne. Tkanka ziarninowa staje się włóknista i tworzą się blizny. Trzecim sposobem jest gojenie

odroczone będące spowodowane chirurgicznym oczyszczeniem silnie zanieczyszczonych ran. Ostatni sposób to gojenie ran pod strupem występuję przy otarciach, oparzeniach [3].

Czynniki wpływające na proces gojenia odleżyn można podzielić na czynniki lokalne, które bezpośrednio wpływają na charakterystykę rany, czynniki ogólnoustrojowe, tj. choroby współistniejące z różnymi schorzeniami i przyczynami, mają wpływ pośredni, a siła każdego czynnika ryzyka jest różna [7].

Wczesne starzenie się i związane z nim ograniczenia w samoopiece mogą zakłócić procesy regeneracji i zwiększyć ryzyko zniszczenia tkanek. Skóra osób starszych jest delikatniejsza i cieńsza, dlatego łatwo ulega uszkodzeniu. Wraz z wiekiem ochronne funkcje regeneracyjne naskórka są zaburzone, a choroby współistniejące i częste niedożywienie znacznie spowalniają lub utrudniają proces gojenia. Zaburzenia czucia, urazy rdzenia kręgowego i dysfunkcje rdzenia kręgowego również opóźniają proces gojenia. Ból, który zapowiada pojawienie się głębokich ran, często stanowi poważny problem dla osób ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i urazami układu nerwowego. Allodynia to uczucie bólu wywołane bodźcami, które nigdy nie powinny powodować nieprzyjemnej reakcji oraz nadwrażliwość na lekki dotyk (hiperalgezja) powodują ból. Dla niektórych pacjentów zmiana bandażu i oczyszczenie ran stanowi poważny i traumatyczny problem. Innymi czynnikami są niedokrwienie, niedożywienie, otyłość, infekcja rany, farmakoterapia (leki cytotoksyczne i immunosupresyjne, kortykosteroidy) i zła pielęgnacja rany i skóry [3, 7].

Strategia TIMERS

Istotą strategii TIMERS jest wzmocnienie naturalnej mocy gojenia ran. Poszczególne elementy strategii dotyczą najważniejszych elementów procesu przygotowania łóżyska rany, w tym: eliminację, oczyszczenie szkodliwych czynników zewnętrznych oraz zapewnienie optymalnych środków środowiska gojenia. Strategia ta zakłada równowagę między indywidualnymi, współzależnymi procesami, które zachodzą podczas naturalnego procesu gojenia i obejmuje stałą chęć zwiększenia lub przekalibrowania odpowiedzi zapalnej.

Zarządzanie strategią TIME jest konieczne, gdy rana ma martwicę lub obcy materiał, bądź nadmierny wysięk i obecne są organizmy zakaźne. Akronim TIME został rozszerzony i zaktualizowany o dodatkowe elementy niezbędne do powodzenia procesu leczenia. Obecnie zalecane strategię dla TIMERS to:

- T (tissue debridement) – opracowanie tkanek. Rany przewlekłe, takie jak odleżyny, również zawierają zanieczyszczenia biologiczne w postaci tzw. starzejących się komórek. Żyją, ale nie

są w stanie skutecznie się rozmnażać i różnicować. Ich nadmiar zaburza prawidłowy przebieg procesu gojenia.

- I (infection and inflammation control) – kontrolę infekcji i zapalenia. Zaleca się okresową ocenę rany na podstawie wywiadu i badania fizykalnego. W przypadku odleżyn z klinicznymi objawami infekcji wykonuje się również diagnostykę mikrobiologiczną w celu wykrycia organizmów chorobotwórczych.
- M (moisture balance) – utrzymanie poziomu wilgotności oraz równowagi wodnej łóżyska rany. Jednym z najważniejszych czynników decydujących o szybkości gojenia się ran jest wilgoć. Dlatego ważne jest utrzymywanie odpowiedniego poziomu nawodnienia. Tworzy optymalne środowisko, zrównoważone biochemicznie i stymulujące gojenie. Podczas procesu odleżyn, intensywna produkcja wysięku zaburza gojenie się ran i maceruje skórę.
- E (edge/epidermis) – nieprawidłowe brzegi i zaburzenia naskórkowania. Martwy, zrogowaciały lub zwinięty naskórek może utrudniać migrację komórek. W celu stymulacji prawidłowej epitelializacji zwykle wymagane jest mechaniczne oczyszczenie brzegów rany.
- R (repair and regeneration) – naprawę i regenerację. Faza naprawy i regeneracji skupia się na wspieraniu zamykania ran, w tym stymulowaniu aktywności komórkowej, jeśli rana nie reaguje na standardowe zabiegi.
- S (social and individual-related factors) – czynniki społeczne i indywidualne predyktory. Kontekst społeczny i czynniki związane z pacjentem. Zrozumienie przez pacjenta celów leczenia i akceptacja planu leczenia są ważnymi czynnikami zapewniającymi możliwie najskuteczniejsze leczenie ran [5, 8, 9].

Opatrunki stosowane w leczeniu odleżyn

W zależności od etapu procesu gojenia rany należy dobrać odpowiedni opatrunek uwzględniając deklarowaną przez producenta pojemność oraz funkcje i przeznaczenie. Obecne opatrunki mają wiele zalet w procesie gojenia ran. Najważniejszymi zaletami są zapewnienie lub utrzymanie wilgotnego środowiska, promowanie angiogenezy i syntezy tkanki łącznej, zwiększenie migracji komórek naskórka, działanie antyseptyczne, hamowanie metaloproteinaz oraz wchłanianie wydzielin i mikroorganizmów, sekwestracja [5, 10].

W miejscowym leczeniu ran zastosowanie ma kilka grup opatrunków:

- **Opatrunki pierwotne** (gaza, flizeliny) nie uczestniczą w biochemicznym procesie gojenia ran. Mają ograniczoną zdolność wchłaniania wysięków i przylegania do ran, co może uszkodzić młodą tkankę ziarninową [3].

- **Opatrunek koloidalny** (opatrunko aktywny) stosowany w praktyce na rany 2- 4 wg NPIAP. Zawierają uzdrawiającą matrycę z cząstek karboksymetylocelulozy (CMC) rozproszonych w lipofilowej warstwie wazeliny i mogą zawierać włókna poliakrylanowe i aktywne jony srebra. Okazują się przydatne w miejscowym leczeniu wszystkich typów ran przewlekłych w fazie zapalnej [3].
- **Poliuretany** stosuje się zarówno profilaktycznie w celu zmniejszenia powstania odleżyn na piętach, jak i w leczeniu głębokich odleżyn III i IV stopnia z sączeniem w celu skrócenia czasu gojenia. Średnio opatrunek zmienia się co 2-4 dni [3].
- **Hydrowłókna (Hydrofiber)** działają antyseptycznie (jony srebra) i zapobiega maceracji skóry wokół ran. Są one najlepiej stosowane w leczeniu starych, zaniedbanych złożonych ran. Czas przebywania odleżyny wynosi od 2 do 4 dni [8].
- **Hydrokoloidy** są dostępne w handlu w postaci plastrów, past, żeli i proszków. Właściwości opatrunku pozwalają na prawidłowe ukrwienie i odżywienie obszaru rany. Gwarantuje wysoką wilgotność i stałą temperaturę. Leczenie odleżyn może zmienić funkcję opatrunków profilaktycznych na wypukłości kostnych i piętach. Opatrunki z tej grupy nie mają właściwości antyseptycznych. Okres przechowywania wynosi do 7 dni, w zależności od oceny [3].
- **Hydrożele** występują w postaci żeli w dozownikach lub płytkach żelowych. Zapewniają to intensywne nawilżenie i nawilżenie rany, rozpuszczając wszelkie strupy czy martwicę. Element ten ma dodatkowe właściwości chłodzące i przeciwbólowe, ale powinien być pokryty półprzepuszczalną błoną lub bandażem wtórnym. Służą do leczenia ran suchych bądź wysuszonych na średnich lub małych powierzchniach do 30cm². Okres przetrzymania opatrunku to 3 dni. Nie należy używać ich na duże rany oraz nie stosować do oczyszczania dużych i potencjalnie głębokich ran odleżynowych 3 i 4 stopnia ze względu na ryzyko infekcji i sepsy [3].
- **Dekstranometry (kadeksometry)** występują w postaci proszków i past, mogą mieć działanie antyseptyczne. Stosunkowo rzadko stosuje się je do bezpośredniej aplikacji na powierzchnię zwykle cuchnących otwartych ran i wymagają dodatkowego opatrunku, aby zapobiec zamoczeniu skóry w wyniku wchłaniania wydzieliny. Czas przechowywania trwa 1-2 dni. W przypadku pojawienia się objawów zakażenia gdy rana, musi zostać przygotowana chirurgicznie lub w inny sposób należy zastosować celowaną terapię, wtedy opatrunki z tej grupy pełnią rolę wspomagającą, a nie leczniczą [3].

- ***Błony półprzepuszczalne*** stosuje się je jako bandaże ochronne na nieuszkodzoną lub lekko podrażnioną skórę, często w ramach działań profilaktycznych i ochronnych z powodu nierówności i tarcia. Cienka, przezroczysta, elastyczna folia poliuretanowa nie ma właściwości antyseptycznych, ale może być stosowana jako opatrunek wtórny. Przeciwwskazaniami do stosowania błon przepuszczalnych są wydzieliny, klinicznie potwierdzone infekcje ran, rany z tkanką martwiczą. Czas utrzymania trwa 14 dni, chyba, że pojawią się znaki zakażenia [3].
- ***Alginiany*** jego działanie polega na przyspieszeniu wszystkich etapów procesu gojenia, posiada również właściwości antyseptyczne i bardzo dobre wchłanianie. Czas utrzymania trwa 2- 4 dni [3].

System VAC

Terapia podciśnieniowa polega na wytworzeniu podciśnienia na ranie, poniżej ciśnienia atmosferycznego. Efekty ujemnego ciśnienia poprawiają mikrokrażenie w dnie rany, stymulując nową generację naczyń włosowatych, proliferację komórek i tworzenie ziarniny w ranie. Wspomaga również proces samooczyszczania i zmniejsza obrzęki [3, 4].

W skład zestawu do leczenia podciśnieniem wchodzi zasilane elektrycznie urządzenie wytwarzające siłę ssącą, pojemnik zbierający wydzielinę z rany, gąbki wypełniające łożysko rany, dreny łączące oraz uszczelniająca, półprzepuszczalna, samoprzylepna folia. Stosowanie podciśnienia zalecane jest w leczeniu różnych ran – przewlekłych i ostrych. Przed zastosowaniem NPWT ranę należy oczyścić z tkanki martwiczej i fibryny i odświeżyć jej brzegi.

Pozytywny wpływ na gojenie się rany przypisuje się czterem podstawowym mechanizmom (makrodeformacja, mikrodeformacja, usuwanie płynów i zmiany w środowisku rany) oraz innym mechanizmom wtórnym (neurogeneza, angiogeneza, regulacja stanu zapalnego, dynamiczna zmiana obciążenia biologicznego) [11].

Należy rozważyć leczenie osób z odleżyną 3 i 4 stopnia, charakteryzującą się penetracją kości krzyżowej i pośladków. Wstępnie napełniona próżnia 100-120mmHg [3].

Leczenie chirurgiczne odleżyn

Oczyszczanie rany polega na dokładnym, miejscowym usunięciu martwej, uszkodzonej tkanki, strupów, krwinków, ropy i innych złogów metodami dostosowanymi do stanu rany i stanu klinicznego. Aby uniknąć ciągłego gromadzenia się tkanki martwiczej i biofilmu, odleżyny należy oczyszczać w sposób ciągły, a nie przez zdrowe, unaczynione struktury rany.

Optymalny przepływ krwi jest warunkiem dobrego leczenia, dlatego przed wyborem metody zawsze należy ocenić stan naczyń obwodowych, szczególnie w przypadku odleżyn na kończynach oraz u pacjentów z chorobami naczyniowymi.

Systematyczne oczyszczanie rany jest najskuteczniejszą metodą usuwania biofilmów bakteryjnych i zapobiegania ich ponownemu powstawaniu [9].

Oczyszczanie chirurgiczne jest najczęściej stosowane w przypadku głębokich, rozległych i silnie zanieczyszczonych odleżyn, gdzie lekarz może w znieczuleniu (ogólnym, obwodowym lub miejscowym) oczyścić duży obszar przy użyciu specjalnych narzędzi chirurgicznych na sali operacyjnej [9]. Jest to resekcja dużych obszarów martwicy, często wykonywana przez lekarza na sali operacyjnej w znieczuleniu (ogólnym, obwodowym, miejscowym), przy użyciu specjalistycznych narzędzi chirurgicznych w celu usunięcia martwej tkanki (tzw. ablacja chirurgiczna). Zabieg nie jest bardzo agresywny, zwykle na sali operacyjnej nie jest wymagane znieczulenie, ale w przypadku odczuwania bólu konieczne może być miejscowe stosowanie lidnokainy [8].

Metody fizykalne

- **Ozonoterapia** jest leczeniem miejscowe. Immunomodulacja, działanie przeciwbakteryjne, zdolność do współpracy w równowadze oksydacyjnej i antyoksydacyjnej. Ozon dezaktywuje bakterie, grzyby, wirusy i pasożyty drożdżowe. Do celów terapeutycznych stosuje się 5% ozon i 95% tlen. Drogi zaopatrzenia: bezpośrednia krew żylna (autohemoterapia ozonem), bezranowe rękawy ozonowe (obuwie), mokre rany, płukanie ran i przetok, ozonowany 0,9% roztwór NaCl lub woda destylowana. Opatrunek na rany z olejem ozonowanym [12].
- **Elektroterapia**, prądy TENS, stosuje się przy odleżynach do 2- 4 stopni. Leczenie można kontynuować tak długo, jak pożądaný jest proces gojenia. Stosuje się przewodzącą elektrodę z gumy węglowej umieszczoną na sterylnym gaziku zwilżonym solą fizjologiczną (0,9% NaCl). Elektrody zabiegowe umieszcza się na powierzchni odleżyny, a elektrody zamykające obwód umieszcza się na zdrowej skórze w odległości co najmniej 15 cm od krawędzi odleżyny. Odleżyny można stymulować zarówno katodowo, jak i anodowo. Stymulacja anodowa jest szczególnie polecana do stymulacji autolizy i angiogenezy śliskiej tkanki martwiczej oraz zwiększenia ukrwienia rany. Stymulacja katodowa jest stosowana przede wszystkim w celu zwiększenia przepływu krwi w ranie i stymulowania ziarninowania, nabłonka, bliznowacenia i dojrzwania rany. Przeciwwskazania: rozrusznik serca, zaburzenia rytmu serca. Zabiegi można

odbywać od każdego dnia przez 4 do nawet 12 tygodni, a czas trwania zabiegu wynosi 50-60 minut [3, 13].

- **Tlenoterapia hiperbaryczna** używa ciśnień wyższych niż ciśnienie atmosferyczne. Oddycha się w 100% czystym tlenem. Pacjenci są umieszczani w komorach jedno- lub wielomiejskowych, a sesje trwają 60 minut. Ta sesja składa się z 3-20 minutowych hiperbarycznych cykli oddychania tlenem z 5-minutowym odpoczynkiem pomiędzy nimi. Z reguły wykonuje się 20-40 sesji w odstępach 4-8 tygodni. HBOT poprawia aktywność leukocytów, zmniejsza obrzęk, zwiększa aktywność fibroblastów i sprzyja tworzeniu się ziarniny. Wspomaga syntezę kolagenu i pobudza mobilizację komórek macierzystych ze szpiku kostnego. Przeciwwskazania: nieleczone odma opłucnowa, chemioterapia, ciąża, gorączka, drgawki, rozedma płuc, ostre infekcje dróg oddechowych [14].

Podsumowanie

Odleżyny stanowią ogromny problem medyczny i mogą dotyczyć wielu pacjentów. Leczenie ran odleżynowych nie należy do najprostszych, chociaż opatrunki specjalistyczne są już coraz lepiej dostosowane do potrzeb pacjentów. Nadal jednak najlepszym sposobem walki z odleżynami jest zapobieganie im.

Piśmiennictwo

1. Rezmerska L., Czarnecka M.: Risk assessment development pressure ulcers in patients on chronic still depending on the method and type of feeding. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej / Long-Term Care Nursing*. 2016; 1 (4): 26.
2. Rother B.: Poradnik Pacjenta "Odleżyny". Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej im. L. Rydygiera w Brzesku 2019.
3. Bazaliński D., Przybek- Mita J., Skórka M., Kachaniuk J., Florek P., Szymańska P., Fudali K.: Leczenie Odleżyn [w:] *Odleżyny w Praktyce Klinicznej*, red. Plewa A. PZWL, Warszawa 2021: 95-147.
4. Edsberg L.E., Black J.M., Goldberg M. et al.: Revised national pressure ulcer advisory panel pressure injury staging system revised pressure injury staging system. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 2016; 43 (6): 585-597.
5. Szewczyk M., Kózka M., Cierzniałowska K. i wsp.: Profilaktyka odleżyn- zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenie Ran, Część I. *Leczenie Ran* 2020; 17(3) : 113-146.

6. Canedo-Dorantes L., Canedo- Ayala M.: Skin acute wound healing. A comprehensive review. *International Journal of Inflammation* 2019; 2-9: ID 3706315.
7. 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 (7): 997-1003.
8. Kucharzewski M., Szkier E., Krasowski G. i wsp.: Algorytmy i wytyczne postępowania terapeutycznego w ramach trudno gojących się. *Forum Leczenia Ran* 2020; 1 (3): 95-116.
9. Szewczyk M., Cwajda-Białasik J., Mościcka P. i wsp.: Leczenie odleżyn – zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Część II. *Leczenie Ran* 2021; 18 (1): 151-184.
10. Sopata M., Piasecki A., Sopata M.: Ocena właściwości fizykochemicznych nowoczesnych opatrunków stosowanych w leczeniu ran. *Leczenie Ran* 2016; 13 (2): 39-43.
11. Banasiewicz T.: NPWT sentenced to success. *Negative Pressure Wound Therapy* 2014; 1 (1): 1-4.
12. Gulmen S., Kurtoglu T., Meteoglu I. et al.: Ozone therapy as adjunct to vancomycin enhances bacterial elimination in methicillin resistant *Staphylococcus aureus* mediastinitis. *Journal of Surgical Research* 2013; 185 (1): 64-69.
13. Polak A., Kloth L.C., Blaszak E. et al.: Evaluation of the healing progress of pressure ulcer treated with cathodal-anodal high- voltage monophasic pulsed current. Result of a prospective, randomized, clinical trial. *Advances in Skin & Wound Care* 2016; 29 (10): 447-459.
14. Mathieu D., Marroni A., Kot J.: Tenth European consensus conference on hyperbaric medicine: Recommendations for accepted and non accepted clinical indications and practice of hyperbaric oxygen treatment. *Diving and Hyperbaric Medicine*. 2017; 47 (1): 24-32.

Czerniak skóry – podstawy kliniczne

Agnieszka Litwińczuk^{1, 2}, Barbara Jankowiak³

1. Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku
2. Oddział Rehabilitacji SPZOZ Szpitala Wojewódzkiego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie

Czerniak to nowotwór skóry, błony śluzowej lub błony naczyniowej oka, który wywodzi się z melanocytów. Wbrew powszechnemu przekonaniu większość czerniaków, nawet u pacjentów z wieloma znamionami, powstaje de Novo, to znaczy nie z istniejącego znamiona barwnikowego, ale ze zdrowej skóry [1].

Czerniak jest nowotworem wysoce złośliwym – może dawać przerzuty do pobliskich i odległych węzłów chłonnych (w tym innych obszarów skóry, płuc, wątroby) [2].

Obszar występowania czerniaka jest związany z wiekiem. U młodych ludzi najczęściej występuje na klatce piersiowej (mężczyźni) lub podudzi (kobiety). U osób starszych najczęściej występuje na twarzy. Szczyt zachorowań na czerniaka tułowia przypada na piątą i szóstą dekadę życia, a na głowie i szyi w ósmej dekadzie [3].

Czerniak to nowotwór, który wciąż jest trudny do skutecznego leczenia. Dlatego najważniejszą rolę w jego walce jest profilaktyka i wczesna diagnostyka chorób skóry. Jeśli choroba zostanie wykryta wcześnie, szanse na wyzdrowienie są bardzo duże. Niestety czasami choroba powraca, co często świadczy o tym, że leczenie tej choroby jest trudne [4].

Rokowanie pogarsza się w zaawansowanym czerniaku, przy czym 5-letnie przeżycie w Europie waha się od 1% do 71% dla stadium regionalnego i od 9% do 28% dla stadium uogólnionego. Najwięcej pacjentów występuje w Australii, w Polsce jest znacznie mniej, ale szybko rośnie. Wzrost ten związany jest ze stylem życia i trendami w opalaniu się i powoduje, że czerniak jest coraz częściej diagnozowany u osób młodych, nawet w wieku 20 i 30 lat [5].

Prawie każdy ma na skórze od kilku do kilkuset pieprzyków i innych znamion. Jedni je lubią, inni nie, ale wymiar estetyczny nie jest tu najważniejszy. Powinny być one również oceniane pod kątem zdrowia.

Powinien nas zaniepokoić:

- nieregularny kształt, nierówne krawędzie,
- nierówny kolor,
- rozmiar większy niż 5 mm, zmiana kształtu lub rozmiaru,
- swędzenie zmiany.

Czerniak występuje najczęściej w skórze, ale może również pojawić się tam, gdzie obecne są melanocyty, na przykład na błonach śluzowych lub siatkówce oka [6].

Promieniowanie ultrafioletowe (UV) odgrywa ważną rolę w rozwoju tego nowotworu. Wpływa bezpośrednio na materiał genetyczny komórek naskórka, co prowadzi do jego uszkodzenia i osłabienia procesów gojenia się skóry. Chociaż ta aktywność jest szkodliwa dla wszystkich, niektórzy ludzie są narażeni na wysokie ryzyko zachorowania na czerniaka [7].

Do tej grupy należą:

- nosiciele określonych mutacji w niektórych genach,
- osoby z bliskim krewnym, u którego zdiagnozowano czerniaka,
- osoby z historią czerniaka lub innego złośliwego raka skóry,
- osoby z wieloma (>50) znamionami barwnikowymi¹, atypowymi lub zmiennymi, z wyglądu,
- osoby z niedoborem odporności, na przykład pacjenci przyjmujący leki immunosupresyjne po przeszczepieniu narządów.

Czerniaki występują najczęściej u osób w średnim wieku, a zwłaszcza osób o jasnej karnacji. Istnieje zwiększone ryzyko u osób, które w dzieciństwie były narażone na ciągłe działanie promieni słonecznych lub oparzenia. Ten rak zagraża osobom z wrodzonymi pieprzykami i dużą liczbą nawet małych pieprzyków. Czerniak częściej dotyka kobiety, ale przebieg choroby jest znacznie poważniejszy u mężczyzn, może występować genetycznie w rodzinach, a ryzyko zachorowania na czerniaka wzrasta, im więcej ma go krewnych. Ekspozycja na promienie ultrafioletowe słońca lub sztuczne źródła, takie jak solarium, zwiększa prawdopodobieństwo jego rozwoju [8].

Czerniak - częstotliwość występowania

Najczęściej pojawia się w okolicy znamion barwnikowych, czasami potocznie nazywanych pieprzykami (prawdopodobnie są one zaprogramowane genetycznie i obecne przez całe życie) lub „de novo” na niezmienionej skórze. Dlatego znamię pigmentowe nie

powinno być drapane ani podrażniane żadną domową pielęgnacją. Ponad 90% wszystkich czerniaków znajduje się w skórze, ale nowotwór można znaleźć wszędzie tam, gdzie znajdują się komórki barwnikowe, zwłaszcza w naczyniówce, ciałku rzęskowym, tęczówce, błonie śluzowej narządów płciowych, jamie ustnej, krtani, przełyku, żołądka, jelicie i odbycie. Czerniak bardzo rzadko występuje w nienaruszonej skórze. Charakteryzuje się wczesnymi przerzutami, a wczesne rozpoznanie odgrywa bardzo ważną rolę w jego leczeniu [9].

Rozwinięcie

Czerniak złośliwy jest najczęstszym rakiem skóry. Występuje u osób w średnim wieku o jasnej karnacji i bardzo rzadko u dzieci. Częstość występowania raka skóry stale rośnie. W Polsce odnotowuje się rocznie do 1100 kolejnych przypadków czerniaka, głównie w obrębie kończyn górnych i dolnych [10].

Uważa się, że nadmierna ekspozycja na słońce i promieniowanie ultrafioletowe zwiększa zachorowalność na raka skóry. Ponadto znamiona melanocytowe i fototyp skóry I lub II są czynnikami wpływającymi na rozwój czerniaka. Rozwija się również w wyniku zmian przedczerniakowych oraz na bazie plam soczewicowatych. Bardzo ważną rolę odgrywa obciążenie genetyczne [11].

Czerniak dzieli się na cztery główne typy (postać kliniczna i histopatologiczna) w zależności od wywołujących je zmian i sposobu rozprzestrzeniania się guza [1].

LMN (*lentigo maligna melanoma*) - czerniak wywodzący się ze złośliwego pigmentu soczewki. Pierwszym objawem przekształcenia się w czerniaka soczewicowatego maligna jest powstawanie małych, rozpoznawalnych guzków i pojawienie się łagodnego nacieku. LMN występuje w 5 – 20% przypadków. Charakteryzuje się stosunkowo łagodnym i przewlekłym przebiegiem oraz słabą dynamiką wzrostu. Ten typ czerniaka występuje najczęściej u osób starszych po 70 roku życia (szczególnie u kobiet). Znajduje się prawie wyłącznie na twarzy, czasem na szyi. [1] Czasami może pojawić się na innych odsłoniętych obszarach, takich jak tył dłoni i nogi. Wydaje się, że LMM ma związek z przewlekłym promieniowaniem słonecznym.

SSM (*superficial spreading melanoma*) – powoduje powierzchowne rozprzestrzenienie się czerniaka. Najczęstsza postać czerniaka, stanowiąca 60-70% wszystkich przypadków czerniaka. Pochodzi ze śladów pigmentowych (w większości nietypowych). Rozrost znamienia, jego rozmycie i powstanie granicy zapalnej z tendencją do degeneracji wskazują na początek rozwoju czerniaka na podstawie zmiany barwnikowej. SSM występuje głównie u osób młodych i w średnim wieku (głównie kobiet) i znajduje się głównie na kończynach

dolnych kobiet i tułowi mężczyźn. Klinicznie SSM przedstawia się jako nieznacznie uniesiona, czasem płaska, rozciągająca się obwodowo zmiana. Na powierzchni mogą występować niewielkie nierówności. SSM charakteryzuje się nierównomierną kolorystyką, od czerni przez różne odcienie brązu do szaroniebieskiego. W obrębie zmiany może wystąpić przebarwienie, wskazujące na samoistną regresję guza, potwierdzające jego immunogenność. Rozwój SSM jest stosunkowo powolny – od kilku miesięcy do kilku lat. SSM, podobnie jak LMM i ALM, początkowo rozprzestrzenia się głównie powierzchownie. Chociaż pokazuje tylko poziomą fazę wzrostu, rokowanie jest dobre [12].

NM (*nodular melanoma*) - czerniak guzkowy. Występuje w 10-30% przypadków. Rozwija się na podstawie przebarwień lub na niezmienionej skórze. Do 20% przypadków NM może wystąpić *de novo*. Są to ciemne, o 1-2 cm średnicy i większe, szybko rosnące guzki, które mogą owrzodzić lub krwawić. Jest to najpoważniejsza postać czerniaka, z szybkim postępem od kilku miesięcy do dwóch lat. NM nie ma horyzontalnej fazy wzrostu, od początku wykazuje pionowy wzrost, co prowadzi do najgorszego rokowania wśród czerniaków (bardzo szybko wnika w głębokie warstwy skóry). Nawet w bardzo wczesnych zmianach stopień inwazji wynosi co najmniej trzy. Często powoduje przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych. Ten wskaźnik występuje dwukrotnie częściej u mężczyzn [10].

ALM (*acrolentiginous melanoma*) to czerniak kończyn, powstający z plam soczewkowych. Postać ostra jest rzadka u rasy kaukaskiej, stanowiąc jedynie 5% przypadków czerniaka. Jest to najczęstsza forma wśród mieszkańców Bliskiego Wschodu i Afroamerykanów (do 90%). Często występuje u osób starszych, około 70. roku życia. Przebieg jest szybszy niż LMM i SSM, waha się od kilku miesięcy do kilku lat (średnio 1-3 lata) i może dawać przerzuty wcześniej. Są to najczęściej zmiany o średnicy powyżej 3 cm, często o powierzchni owrzodzenia hiperkeratotycznego. Ważną rolę w rozwoju ALM odgrywa czynnik traumatyczny. Ten typ czerniaka występuje głównie na podeszwach stóp i dłoniach. Może wpływać na okolice okołopaznokciowe i podpaznokciowe stóp i dłoni – jest to szczególnie, rzadki podtyp ALM. Szczególnie widoczne jest brązowe lub czarne przebarwienie nasady paznokcia, głównie w części bliższej, następnie dochodzi do krawędzi i jest zlokalizowane wokół paznokcia. W przypadku pęknięcia czerniak podpaznokciowy niszczy płytkę paznokcia [13].

Czynniki ryzyka czerniaka

Promieniowanie uv (ultrafioletowe)

Promieniowanie UV (ultrafiolet) to promieniowanie elektromagnetyczne o długości fali 100 - 400 nm. Jest krótsze niż promieniowanie widzialne, przez co jest niewidoczne dla ludzi. Naturalnym źródłem tego promieniowania jest słońce, a jego intensywność wzrasta wraz ze wzrostem temperatury. Ten rodzaj promieniowania jest stosowany w niektórych urządzeniach, takich jak lampy rtęciowe czy kwarcowe [14].

Ze względu na swoje właściwości promieniowanie ultrafioletowe znajduje zastosowanie w fizjoterapii i sterylizacji, badaniach mikroskopowych tkanek i komórek oraz mineralogii. Naturalną ochroną Ziemi przed tym promieniowaniem jest warstwa ozonowa w górnych warstwach atmosfery. Powstanie dziury ozonowej spowodowało przedostanie się do atmosfery szkodliwego promieniowania, które osłabia odporność organizmu człowieka i wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na różne rodzaje nowotworów (głównie raka skóry) [11].

Promieniowanie UV można podzielić na trzy pasma w zależności od długości fali elektromagnetycznej:

- UVA - o długości fali 320- 400 nm,
- UVB - o długości fali 280-320 nm,
- UVC - o długości fali 100 nm - 280 nm.

Im krótsza długość fali, tym większa energia promieniowania.

Promieniowanie UVA stanowi około 9,5% promieniowania słonecznego. Przenika chmury, mgłę, wodę, okna i ubrania, więc jesteśmy narażeni na jego działanie niemal cały czas. Słońce emituje promieniowanie UVA z tym samym natężeniem przez cały rok, niezależnie od pogody i pory roku.

W przypadku narażenia na promieniowanie UVA nie występują objawy ostrzegawcze (np. rumień, pieczenie), co ułatwia „przedawkowanie” promieniowania słonecznego. Dodatkowo promieniowanie UVA potęguje szkodliwe działanie biologiczne promieniowania UVB. 80% dociera do skóry właściwej, a 20% dociera nawet do tkanki łącznej.

Naturalne opalanie nie pochłania tego promieniowania, więc nie stanowi bariery ochronnej. Promieniowanie UVA odpowiada za przyspieszone starzenie się skóry, ponieważ m.in. uszkadza kolagen i elastynę, a także indukuje powstawanie wolnych rodników. Jednocześnie osłabia i zaburza funkcjonowanie układu odpornościowego oraz odpowiada za reakcje fotoalergiczne i fototoksyczna [15].

Fale promieniowania UVA mogą mieć również dobroczynny wpływ, dlatego są stosowane:

- w leczeniu niektórych chorób skóry takich jak łuszczyca,
- w stymulacji witaminy D u pacjentów uczulonych na te preparaty,
- jako pomoc w leczenie chorób skóry takich jak bielactwo, trądzik, twardzina skóry.

Promieniowanie UVB stanowi około 0,5% promieniowania słonecznego i jest promieniowaniem wysokoenergetycznym. Jego siła zmienia się w ciągu roku i jest największa latem między godziną 11:00 a 15:00.

Promieniowanie UVC jest teoretycznie najsilniejszym czynnikiem rakotwórczym skóry, ale jest wchłaniane w atmosferze ziemskiej, więc nie dociera do Ziemi.

Powstanie dziury ozonowej spowodowało osłabienie warstwy ochronnej Ziemi i zwiększenie jej przepuszczalności promieniowania.

Promieniowanie UVA wpływa na proces starzenia się skóry, zaburzając pracę bariery ochronnej skóry, stymulując powstawanie wolnych rodników (powodując stres oksydacyjny) oraz modyfikując DNA komórek skóry, niszcząc włókna kolagenowe i elastynowe oraz naczynia włosowate (powodując zaburzenia w krwioobiegu skóry) oraz sposób, w który wpływa na czynności melanocytów.

W wyniku tych procesów skóra jest sucha, szara, mętna, ziemista. Ponadto częściej występują stany zapalne i podrażnienia [16].

Zaobserwowane efekty fotostarzenia:

- stwardniała i zgrubiała skóra,
- utrata elastyczności skóry, powstawanie głębokich linii i zmarszczek oraz utrata gęstości skóry z powodu rozpadu kolagenu,
- elastoza – nagromadzenie nieprawidłowych włókien elastyny w skórze właściwej,
- objawy związane z pękaniem i rozszerzaniem się naczynek – pojawienie się „pajęczków”, utrwalenie zaczerwienienia i nasilenie objawów trądziku różowatego,
- suchość skóry, która jest spowodowana uszkodzeniem bariery ochronnej i zmniejszeniem zdolności zatrzymywania wody przez naskórek,
- dysfunkcja gruczołów łojowych - zwłaszcza przy cerze tłustej (przejściowa poprawa następuje latem, natomiast wzmożone wydzielanie jesienią),
- rozwój zmian kolorystycznych i pigmentacyjnych z dysfunkcją melanocytów (piegi, przebarwienia, plamy soczewicowate, ostuda). Z kolei promieniowanie UVB powoduje zaczerwienienie i poparzenia słoneczne. Uszkadzając komórkowe DNA i wywołując

stres oksydacyjny, jest czynnikiem odpowiedzialnym za rozwój łagodnych i złośliwych nowotworów skóry [8].

W ruchu ulicznym w miastach, zwłaszcza wiosną i latem, z gazów spalinowych pod wpływem promieniowania UV tworzą się silnie toksyczne związki - tlen singletowy, nadtlenki, tlenek węgla, tlenki azotu i węglowodory aromatyczne. Związki te są szkodliwe dla skóry. Powodują m.in. utlenianie lipidów, które są głównym składnikiem warstwy hydrolipidowej skóry.

Skóra jest barierą ochronną organizmu przed promieniowaniem, a produkcja melaniny jest jego mechanizmem obronnym. Warto pamiętać, że promieniowanie UV towarzyszy nam przez cały rok, niezależnie od pogody czy pory roku. Pochmurna pogoda i szyby nie chronią nas przed szkodliwym promieniowaniem UVA. Dlatego nasza skóra jest uszkodzana nie tylko przez bezpośrednie działanie promieni słonecznych. Promieniowanie uszkadza również oczy, podrażniając spojówki i rogówkę [15].

Promieniowanie UV może powodować lub nasilać objawy niektórych z chorób, ale może również zapobiegać lub łagodzić objawy innych. Promieniowanie UVB ma prawdopodobnie największy wpływ na te procesy.

Ochrona przed promieniowaniem składa się z różnych elementów. Przede wszystkim należy unikać bezpośredniej ekspozycji na słońce, zwłaszcza gdy jest ono najsilniejsze, tj. latem i w najbardziej wrażliwym czasie (od 10:00 do 16:00). Kolejnym bardzo ważnym elementem jest stosowanie produktów ochronnych, które poprzez pochłanianie lub odbijanie promieniowania UV tworzą na skórze tarczę ochronną [13].

50% promieniowania UVB dociera do głębokości metra w wodzie, a 70% promieniowania UVA. Promieniowanie słoneczne odbija się od piasku i betonu, a zimą od śniegu, co wzmacnia jego działanie.

Pozostałe czynniki ryzyka

Kolejnym czynnikiem ryzyka czerniaka jest pieprzyk lub duża liczba pieprzyków, które czasem mogą być miejscowo podrażnione.

Kolor skóry, włosów, oczu - rasa biała jest bardziej podatna; jasna karnacja, rude lub jasne włosy, niebieskie tęczówki, liczne piegi.

Czynniki genetyczne- rodzinny zespół znamion dysplastycznych, obecność czerniaka lub przebyta choroba nowotworowa w rodzinie.

Zmiany hormonalne - pojawianie się czerniaka częściej w okresie dojrzewania, ciąży i w okresie porodu.

Głównym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na czerniaka jest nadmierna ekspozycja na promieniowanie ultrafioletowe oraz naturalne tj. światło słoneczne i sztuczne promieniowanie słoneczne.

Światowa Organizacja Zdrowia - WHO - dodała promieniowanie ultrafioletowe do listy substancji rakotwórczych, tj. uznała ją za bezpośrednią przyczynę raka skóry. Korzystanie z solarium zwiększa ryzyko nie tylko czerniaka, ale także raka skóry - 2,5 razy płaskonabłonkowego i 1,5 razy podstawnomórkowego [16].

Jeszcze bardziej zagrożeni czerniakiem są młodzi ludzie poniżej 30-go roku życia. Ich ryzyko zachorowania wzrasta o 75%. Ze względu na potwierdzone badaniami ryzyko zachorowania na czerniaka niektóre kraje wprowadziły zakaz korzystania z solarium przez osoby nieletnie.

Najlepsze rokowanie mają czerniaki wywodzące się z plamki soczewki i rozprzestrzeniające się powierzchownie, najgorzej rokujące czerniaki to: guzkowe, bezbarwne, rozwijające się w czasie ciąży i porodu.

Rozpoznanie opiera się na badaniu histopatologicznym. W tym przypadku nie pobiera się ekstraktów ze zmian barwnikowych, ponieważ biopsja może być jedną z przyczyn transformacji nowotworowej łagodnego znamienia. Znaki barwnikowe są całkowicie usuwane z krawędzi zdrowej skóry, z okolicznymi węzłami chłonnymi. W niektórych przypadkach ocena histopatologiczna jest wykonywana śródoperacyjnie, a granica skóry do usunięcia jest ustalana po otrzymaniu wyników. Pigmentów nie usuwa się również krioterapią ani laserem, ponieważ nie można później wykonać badania histopatologicznego usuniętej zmiany. Obecnie trwają również badania immunologiczne oraz terapii genowej czerniaka [14].

Fototypy skóry oraz dobór odpowiedniego filtra

- Fototyp celtycki

Charakterystyczna blada, często piegowata skóra. Osoba należąca do pierwszego typu ma zwykle bardzo jasne lub rude włosy, oczy w odcieniach jasnoniebieskich, szarych i zielonych. Skóra takiej osoby nie lubi się opalać. Nie zaleca się ekspozycji na słońce. Te osoby są narażone na powtarzające się oparzenia i zaczerwienienia. W przypadku tego typu skóry zaleca się stosowanie kremów z wysokim SPF – najlepiej powyżej 25 UV lub nawet 50 UV.

- Północnoeuropejski fototyp

Charakteryzuje się również skórą jasną oraz mogą pojawić się piegi. Włosy od jasnych do ciemnych. Oczy ciemniejsze niż u Celtów. Ich skóra jest nieco ciemniejsza, co pozwala im na stopniowe opalanie, które wymaga jednak więcej czasu. Nie zaleca się jednak długotrwałego

przebywania na słońcu, ponieważ możliwe jest zaczerwienienie i poparzenie. Stosowany filtr 15 UV -25 UV.

- Fototyp środkowoeuropejski

Skóra blada, czerwona lub różowa. Jest lekko śniada. Typ urody to ciemnoblon i jasnobrązowe włosy oraz zielone, szare, ciemnoniebieskie, a nawet brązowe oczy. W porównaniu z rasą celtycką skóra łatwiej się opala – początkowo jest czerwona, z czasem nabiera brązowych tonów. Filtry zalecane to 8 UV – 15 UV.

- Fototyp południowoeuropejski

Skóra jest tutaj zdecydowanie ciemna i ma tendencję do opalania. Osoby z tym typem skóry szybko się opalają, a opalenizna utrzymuje się bardzo długo. Uroda - średni lub ciemny brąz, oczy ciemnozielone, orzechowe, brązowe. Zaleca się dla nich stosowanie filtrów 6 UV -8 UV.

- Fototyp rasy żółtej i Arabów

Ciemna skóra, bardzo łatwo się opala, prawie nie ulega poparzeniom. Osoby tego typu mają zawsze ciemniejszy odcień skóry. Uroda - ciemnobrązowe lub czarne włosy, piwne, czarne oczy. Zalecane filtry – nr 6. Oczywiście dla nich kremy 6 UV.

- Fototyp rasy czarnej

Osoby o tym kolorze skóry mają ciemnobrązową lub czarną skórę, która bardzo mocno się opala i bardzo trudno ulega oparzeniu słonecznemu. Uroda - ciemnobrązowe, czarne włosy. Piwne lub czarne oczy. Zalecana ochrona filtrem 6 UV [10].

Lokalizacja czerniaka

W przypadku czerniaka choroba zależy od tego, jaką formę przybrał czerniak i gdzie się znajduje. Okazuje się, że ten typ nowotworu występuje w wielu miejscach, dlatego warto zbadać własny organizm i dostrzec wszelkie niepokojące zmiany. Czerniak umiejscawia się na błonie śluzowej jamy ustnej (podniebieniu twardym i miękkim, dziąsłach), przełyku, narządach płciowych, odbycie, paznokciach, a nawet powiekach. Ta forma nowotworu może również występować w błonie naczyniówkowej (naczyniówki), powiekach i tęczówce oka [17].

Czerniak może wystąpić zarówno na niezmienionej skórze, jak i pod wpływem różnych zabarwionych znamion.

Rodzaje czerniaka

Istnieje wiele rodzajów czerniaka skóry, które można sklasyfikować według stadium zaawansowania i typu morfologicznego.

Istnieje kilka typów czerniaka w zależności od stopnia zaawansowania:

Stopień 0 to zmiana, która nie penetruje naskórka i nie jest inwazyjna.

Stopień I to czerniak, którego grubość nie przekracza 1 mm w postaci owrzodzonej, 2 mm w postaci nieowrzodzonej. Na tym etapie progresja nowotworu nie atakuje węzłów chłonnych i nie wykrywa się przerzutów.

Czerniak skóry II stopnia dzieli się na trzy stopnie, w zależności od grubości pierwotnej zmiany. W stadium III obserwuje się przerzuty w regionalnych węzłach chłonnych, mikroprzerzuty, a nawet zajęcie całych węzłów chłonnych.

Stadium IV jest najpoważniejszą postacią czerniaka skóry, a przerzuty występują również w odległych narządach [4].

Oprócz czterech głównych typów czerniaka istnieją również inne, mniej powszechne typy [18]:

- **ALM** (*acrolentiginous melanoma*)- czerniak błony śluzowej. Występuje najczęściej na błonach śluzowych jamy ustnej, wargach, pod językiem oraz w przełyku. Można go również znaleźć w zewnętrznych narządach płciowych, odbycie i cewce moczowej. Najgorsze rokowanie to zmiany w odbycie i zewnętrznych narządach płciowych – pięcioletnie przeżycie to mniej niż 10%.
- **MM** (*melanoma malignom*) jest czerniakiem barwnikowym. Jedną z najważniejszych postaci czerniaka; zmiana zawiera niewiele barwnika lub nie zawiera go wcale. Niepowodzenie w produkcji barwników wynika z różnicowania komórek nowotworowych, a tym samym ich większej złośliwości. Mogą to być pierwotne guzy skóry lub przerzuty.
- **DSRTC** (*desmoplastic small round cell tumor*) - czerniak desmoplastyczny. Rzadka postać, dotyczy głównie osoby w wieku od 40 do 60 lat, głównie kobiety. Najczęściej znajduje się na głowie lub szyi. Objawia się to przerostem tkanki łącznej i inwazją komórek rakowych wzdłuż nerwów. Dlatego czasami nazywa się go czerniakiem neurotropowym.
- **MIM** (*melanoma intraepidermale malignom*) - śródskórkowy czerniak złośliwy - jest to czerniak śródskórkowy. Stosunkowo niedawno wyróżniająca się postać kliniczna. Uszkodzenia ograniczają się do naskórka. Różni się od LM (*lentigo maligna*), który występuje u znacznie młodszych osób, lokalizacja nie ogranicza się do twarzy, a rozwój tego typu czerniaka nie jest związany z uszkodzeniami słonecznymi i elastozą. Klinicznie może przypominać SSM.

- **MM** (*melanoma malignom*) to czerniak rozwijający się w gałce ocznej. Czerniak gałki ocznej jest słabo immunogeny. Dotyczy to głównie błony naczyniowej (naczyniówki, tęczówki i ciała rzęskowego). Czerniak naczyniówki jest pierwotnym nowotworem wewnątrzgałkowym u dorosłych i występuje głównie w 6 tygodniu ciąży. W przeciwieństwie do czerniaka skóry, rozwija się powoli i późno daje przerzuty. Może być pigmentowany lub bezbarwny (amelanocytowy). Przerzuty mogą pojawić się po kilku latach, nawet po wyłuszczeniu gałki ocznej. Większość guzów charakteryzuje się powolnym wzrostem. Osoby z czerniakiem błony naczyniowej oka mają genetyczną i rodzinną predyspozycję do czerniaka skóry. 2% wszystkich guzów gałki ocznej to czerniaki spojówki, a czasem znamię barwnikowe tarczy nerwu wzrokowego może ulec zezłośliwieniu.
- **MAR** (retinopatia paranowotworowa związana z czerniakiem skóry). Jest to nagła choroba autoimmunologiczna objawiająca się ślepotą nocną i koncentrycznym zwężeniem pola widzenia. Kilka miesięcy lub lat po pojawieniu się czerniaka w skórze, wytwarzane są autoprzeciwciała przeciwko komórkom czerniaka, które reagują krzyżowo z komórkami dwubiegunowymi związanymi z receptorami pręcików siatkówki.

Czerniak a przerzuty

Czerniak złośliwy ma wyjątkowo dużą zdolność do przerzutowania węzłów chłonnych i naczyń krwionośnych. Dzielą się na tzw. kolonie lokalne i odległe [19].

Przerzuty miejscowe to:

- przerzuty satelitarne (w bezpośrednim sąsiedztwie guza),
- tranzyty (zlokalizowane w rogu naczyń limfatycznych),
- przerzuty w węzłach chłonnych zlokalizowanych w bezpośrednim sąsiedztwie guza.

Odległe przerzuty można znaleźć np. w kościach, wątrobie, płucach i mózgu.

Przebieg czerniaka jest przeważnie przewlekły i postępujący. Szczyt przerzutów jest zwykle osiągnięty po pierwszym i drugim roku od rozpoznania, chociaż występują również przerzuty późne (5-10 lat po rozpoznaniu). Znane są również przypadki, w których potwierdzone histopatologicznie przerzuty znikają samoistnie.

Wczesnie wykryte i całkowicie usunięte zmiany często ulegają poprawie (do 90-100% według niektórych źródeł). Jednak nawroty i przerzuty często występują nawet kilka lat po pozornym wyzdrowieniu.

Czerniak rozprzestrzenia się zarówno przez układ limfatyczny, jak i krwiobieg. Przerzuty, które powstają, gdy komórki nowotworowe rozprzestrzeniają się do węzłów chłonnych, są zlokalizowane w węzłach chłonnych lub są zmianami związanymi z pierwotnym miejscem choroby. Guzki satelitarne mogą być liczne w otaczającej skórze, różnić się wielkością i kolorem oraz mogą mieć gładką lub wypukłą powierzchnię. Zajmowana przez nie powierzchnia może się stopniowo powiększać. Charakterystyczne dla nich jest to, że najczęściej znajdują się pomiędzy guzem pierwotnym a pobliskimi węzłami chłonnymi, w kierunku przepływu limfy, m.in. jeśli guz znajduje się na przedramieniu, większość zmian wtórnych znajduje się wokół łokcia lub ramienia.

Przerzuty mogą wystąpić w wielu miejscach, spowodowane migracją komórek nowotworowych wzdłuż naczyń krwionośnych. Typowe miejsca to płuca, kości, mózg i wątroba, a także inne narządy wewnętrzne i mięśnie (w tym nawet mięsień sercowy). Objawy przerzutów czerniaka zależą od miejsca występowania zmian wtórnych. Charakterystyczną cechą czerniaka jest powstawanie dużej liczby ognisk przerzutowych, ponieważ rak ma bardzo dużą zdolność rozprzestrzeniania się.

Obecność czerniaka przerzutowego jest czynnikiem pogarszającym rokowanie przeżycia. Wskazuje to na znaczny jego wzrost, rozerwanie błon podstawnych skóry lub błon śluzowych, naciekanie naczyń krwionośnych i wnikanie nieprawidłowych komórek do węzłów chłonnych podczas rozwoju guza pierwotnego. W przypadku stwierdzenia w otoczeniu przynajmniej jednego przerzutu należy liczyć się z tym, że wtórne ogniska choroby mogą się dalej rozwijać, a ich pojawienie się może pojawić się dopiero po pewnym czasie.

Jednak nawet przy braku przerzutów prawdopodobieństwo nawrotu czerniaka miejscowego w bliźnie pooperacyjnej lub w jej pobliżu jest stosunkowo wysokie (w porównaniu z innymi nowotworami skóry). Dlatego zmiany, które mogą być czerniakami, wycina się z dużym marginesem zdrowej tkanki.

Rokowanie czerniaka przerzutowego zależy od wielu czynników, m.in.:

- postaci histopatologicznej guza, tzw. indeks mitotyczny, który pośrednio wskazuje na proliferację komórek czerniaka,
- głębokości penetracji skóry,
- lokalizacji guza pierwotnego,
- obecności zmian towarzyszących, tkanki guzkowej i przerzutów,
- lokalizacji przerzutów w innych częściach ciała.

Rokowanie zależy również od tego, jak szybko choroba została zdiagnozowana i kiedy rozpoczęto leczenie. Dlatego bardzo ważne jest ograniczenie narażenia skóry na promieniowanie słoneczne, regularne monitorowanie plam pigmentacyjnych i ich ewentualnego wzrostu oraz posiadanie wątpliwych plam lub guzków barwnikowych ocenianych przez dermatologa [20, 21].

Zapobieganie czerniakowi

Profilaktyka pierwotna skierowana jest do bardzo dużej populacji. Profilaktyka wtórna wymaga określenia grupy docelowej, która może wykorzystać czas, pieniądze i zasoby. Prewencja pierwotna i wtórna jest kulturowo odpowiednia, odpowiednio finansowana i skutecznie wdrażana, co często stanowi znaczne obciążenie dla agencji prowadzącej działania prewencyjne.

Wraz ze starzeniem się populacji prewencja pierwotna i wtórna może mieć znaczący wpływ na zdrowie i jakość życia. Wysiłki w zakresie profilaktyki pierwotnej mogą również wpływać na miejsca pracy, szkoły i społeczności, ponieważ rośnie świadomość wpływu profilaktyki na zdrowie publiczne.

Prewencja pierwotna i wtórna pozwala uniknąć poważnych problemów ekonomicznych związanych z utratą produktywności, leczenia i przedwczesnej śmierci z powodu chorób przewlekłych.

Badania przesiewowe (skiringowe) mają na celu zwalczanie chorób poprzez ich rozpoznanie w jak najwcześniejszym stadium, gdy szanse na wyleczenie są największe. W przypadku znamion należy zwrócić szczególną uwagę na:

- A – asymetrię znamion,
- B – nieregularność ich krawędzi,
- C – kolor,
- D – średnicę (jeśli jest większa niż 6 mm, stanowi to potencjalne zagrożenie),
- E - zmianą koloru, wielkości, kształtu (rozwoju) na przestrzeni lat.

Metoda ABCDE została opracowana przez amerykańskich ekspertów. Pieczenie, ból czy swędzenie również powinno przeszkadzać podczas introspekcji. Jeśli pigmentowane pieprzyki na naszym ciele są grudkowate lub duże, lepiej je usunąć. Często mogą przyczynić się do rozwoju czerniaka.

Profilaktyka obejmuje również ochronę przeciwsłoneczną, unikanie nadmiernej ekspozycji na promieniowanie UV, stosowanie kosmetyków z filrami UVA i UVB (nawet w pochmurne dni).

Przestrzeganie trzech prostych zasad zmniejszy ryzyko zachorowania na czerniaka:

- unikać nadmiernej ekspozycji na słońce, zwłaszcza w godzinach od 11:00 do 15:00, kiedy słońce jest najsilniejsze. I to nie tylko w miesiącach letnich, bo przypadki czerniaka diagnozuje się przez cały rok, a nie tylko latem, kiedy mamy nieokrytą skórę. Wychodząc z domu należy założyć odpowiednią odzież, która ogranicza ekspozycję ciała na słońce oraz stosować kremy z filtrem i okulary przeciwsłoneczne.
- należy bezwzględnie unikać korzystania z solarium - promieniowanie ultrafioletowe w solarium jest do 10-15 razy silniejsze niż promieniowanie słoneczne. Ten rodzaj opalania jest bardzo niezdrowy. Nie tylko wysusza skórę i przyspiesza jej starzenie, ale może też powodować w szczególności czerniaka,
- regularne obserwowanie swoich znamion. Przez cały rok należy przestrzegać zasady obserwowania wszystkich znamion, pieprzyków i zmian kolorystycznych. Podczas badania ciała należy zwrócić uwagę na nowe zmiany lub stare, które zmieniły wygląd. Gdy tylko znamię wygląda podejrzanie, należy natychmiast skontaktować się ze specjalistą.

Szczególnie ważna jest ochrona wrażliwej skóry dziecka – w tym okresie poparzenia słoneczne są dla skóry szczególnie niebezpieczne. Należy również zwrócić uwagę na prawidłowe odżywianie.

W menu należy korzystać z takich składników jak:

- przeciwutleniacze (np. flawonoidy w brokułach, jabłkach, cytrusach, jagodach),
- jednonienasycone kwasy tłuszczowe (zawarte w awokado, oliwie z oliwek),
- kwasy omega - 3,
- związki fenolowe (np. granat, jabłko, kurkuma, zielona herbata),
- związki siarki (występujące w cebuli, czosnku).

Objawy i diagnostyka czerniaka

Objawy wskazujące na czerniaka to [2]:

- pojawienie się nowej zmiany (zabarwionej lub bezbarwnej) na skórze,
- zmiana kształtu, koloru, wielkości znamienia,
- zaczerwienienie wokół zmiany,
- nagła zmiana koloru znamienia,
- sączące lub krwawiące znamię,
- wypadanie włosów (jeśli znamię było owłosione),

- objawy subiektywne, np. swędzenie nacieków, zmiana czuciowa na znamieniu,
- wielkość powyżej 7 mm,
- tworzenie węzłów satelitarnych wokół znamienia,
- powiększenie węzłów chłonnych.

Rak skóry (rak podstawnocomórkowy) jest najczęstszym niezapalnym guzkiem. Jest otoczony charakterystyczną niezapalną masą perlową.

Typowym objawem tego typu raka skóry są przebarwienia. Najczęściej umiejscawia się on na tułowi. Rak podstawnocomórkowy skóry charakteryzuje się powolnym wzrostem i progresją. Typowym objawem jest bardzo rzadkie występowanie przerzutów. Jego objawy kliniczne związane są z pojawieniem się małych, czerwonych, łuszczących się grudek, które rozrastają się i stają się brodawkowate [6].

Typowym objawem raka skóry jest rana, która według pacjenta została spowodowana „goleniem” i od tamtej pory się nie zagoiła. Wrzody i skłonność do wyprysków to również niepokojące objawy raka skóry. Rak skóry jest czasami wieloogniskowy i może powodować swędzenie po naruszeniu tkanki skórnej. W zaawansowanych przypadkach objawy raka skóry są związane z istniejącymi przerzutami (najczęściej w płucach, kościach i mózgu).

Do diagnozowania czerniaka stosuje się odpowiednie badania [20]:

Badanie dermatoskopowe – badanie to wykonuje dermatolog na pierwszej wizycie pacjenta. Polega ono na badaniu znamion dermatoskopem, który umożliwia ich powiększenie 10-12 razy oraz zapewnia dodatkowe oświetlenie obserwowanego obszaru, dzięki czemu uwidoczniła zostaje głębsza struktura znamion. Badanie dermatoskopowe nie wymaga specjalnych przygotowań, jest bezbolesną, nieinwazyjną metodą diagnozowania czerniaka.

Dermatoskopia ma wiele zastosowań, ale jej głównym celem jest diagnozowanie czerniaka skóry i różnicowanie go z łagodnymi znamionami barwnikowymi. Dermoskopia (zwana także dermoskopią, mikroskopią powierzchni skóry lub mikroskopią epiluminescencyjną) jest całkowicie bezpiecznym, nieinwazyjnym i bezbolesnym badaniem, które pozwala na ocenę rozrostu zmian skórnych o charakterze nowotworowym.

Badanie skóry można również wykonać za pomocą innego, bardziej zaawansowanego urządzenia cyfrowego. Wideodermatoskopia to badanie, które bada pieprzyki bądź znamiona za pomocą wideodermatoskopu, narzędzia wyposażonego w specjalną kamerę.

Podczas badania lekarz może zobaczyć zmiany w dużym powiększeniu i ocenić obraz pojawiający się na ekranie komputera. Dermatoskopia, jak już wspomniano, stosowana jest

głównie w diagnostyce czerniaka skóry, stanowiącego najniebezpieczniejszy rodzaj raka skóry, dającego szybkie przerzuty.

Dlatego, podobnie jak w przypadku innych postaci nowotworów, tak ważne jest jak najszybsze rozpoznanie czerniaka i podjęcie działań terapeutycznych polegających na chirurgicznym usunięciu zmiany z nienaruszoną tkanką i przesłaniu jej do badania histopatologicznego.

Dermatoskopia pomaga w identyfikacji znamion barwnikowych z podejrzeniem raka, które makroskopowo, czyli „na pierwszy rzut oka”, nie różnią się od innych.

Ponadto za pomocą dermatoskopu znamiona barwnikowe (które mogą być początkiem czerniaka) można odróżnić od innych podobnie wyglądających, ale całkowicie niegroźnych zmian skórnych, takich jak brodawki łojotokowe czy naczyniaki [1].

Czerniak to nowotwór skóry, który usunięty na czas, a także w odpowiedniej fazie rozwoju, daje lepsze rokowanie. Dermatoskopia nie wymaga przygotowania pacjenta. Wcześniejsze badania laboratoryjne nie muszą być wykonywane przed dermatoskopią. Przed przystąpieniem do badania należy poinformować lekarza:

- jakie zmiany skórne są niepokojące,
- o czasie wystąpienia określonej zmiany skórnej (tj. od kiedy zmiana występowała na skórze),
- o szybkości ekspansji obrażeń,
- o kolorze zmiany skórnej w momencie pojawienia się jej lub ewentualnie zmiany koloru w czasie,
- o bólu lub swędzeniu zmiany,
- o możliwym sączeniu lub krwawieniu znamion,
- o występowaniu czerniaka lub innych form raka w rodzinie.

Sama dermatoskopia jest krótka i całkowicie bezbolesna. Dermatolog przykładając dermatoskop do skóry i dokładnie ogląda zmianę. Dermatoskopia trwa około dziesięciu minut, a jej wynik ma postać opisu. Wartość diagnostyczna dermatoskopii zależy w dużej mierze od doświadczenia operatora.

Dermatoskopia umożliwia wykrycie zmian nowotworowych, w tym głównie raka skóry, czerniaka złośliwego. Jak najwcześniejsze wykrycie czerniaka sprzyja całkowitemu wyleczeniu.

Dermatoskopię można wykonać u jednego pacjenta kilka razy, u pacjentów w różnym wieku (nie ma ograniczeń wiekowych), nawet u kobiet w ciąży.

Choroby skóry, a zwłaszcza czerniak, mogą mieć poważny przebieg i konsekwencje, dlatego należy regularnie sprawdzać stan skóry i jak najszybciej informować lekarza w przypadku niepokojących zmian (zwłaszcza dużych, nieregularnych, postrzępionych, zmieniających kolor, kształt, powiększonych lub krwawiących) [22].

Badanie należy wykonać raz w roku dermatoskopem lub wideodermatoskopem. Osoby, u których występuje zwiększone ryzyko zachorowania na czerniaka skóry, powinny być badane co sześć miesięcy. Należy zauważyć, że w grupie podwyższonego ryzyka znaleźli się:

- pacjenci z bardzo jasną skórą,
- pacjenci z piegami,
- pacjenci z dużą liczbą pieprzyków,
- osoby regularnie opalające się lub stosujące filtry przeciwsłoneczne,
- osoby, które miały przypadki choroby w rodzinie.

Tomografia - to badanie radiologiczne dające dokładny obraz narządów lub kości. Tomografia komputerowa jest doskonałą pomocą diagnostyczną nawet w przypadku badań planowych, gdyż pozwala na ocenę niemal wszystkich części ciała. Jest to podstawowe badanie stosowane w diagnostyce i monitorowaniu większości typów nowotworów.

Tomografia komputerowa jest zalecana po wykonaniu USG jamy brzusznej lub prześwietleniu płuc, które dało nieprawidłowe obrazy wskazujące na przykład na proces nowotworowy. Pozwala to na ocenę ciężkości choroby w takich obszarach jak płuca, narządy płciowe, pęcherz moczowy, odbytnica czy inne narządy miednicy. Umożliwia także diagnostykę guzów kości czy badanie struktur ucha i zatok.

W leczeniu onkologicznym wyniki chemioterapii ocenia się za pomocą tomografii komputerowej, która może posłużyć do porównania wielkości zmian w kolejnych badaniach. Badanie to pokazuje postępy leczenia, a dla chirurga może być wyznacznikiem zakresu planowanej operacji. Tomografia komputerowa, w której środek kontrastowy podaje się dożylnie, pozwala na ocenę tkanek miękkich, między innymi pozwala na ocenę stanu układu pokarmowego, w tym przełyku, żołądka czy jelit.

Rezonans magnetyczny może służyć do oceny tkanek miękkich. To badanie wykorzystuje nieszkodliwe pola magnetyczne i fale radiowe do tworzenia obrazów ludzkiego ciała. Badanie jest nieinwazyjne. Podczas tego zabiegu pacjent nie absorbuje promieniowania jonizującego (wykorzystywanego w tomografii komputerowej i diagnostyce rentgenowskiej).

Ten rodzaj obrazowania umożliwia dokładną wizualizację wszystkich wewnętrznych struktur anatomicznych [13].

Nevi – tym badaniem można ocenić uszkodzenia skóry. Polega na pokryciu znamion środkiem fotouczulającym, który penetruje tylko komórki rakowe pozbawione barwnika. Preparat ten umożliwia określenie dokładnej lokalizacji guza w świetle ultrafioletowym. Następnie skóra jest sprawdzana wideodermatoskopem. Badanie jest bezbolesne.

Chemioterapia – stosuje się środki cyklostatyczne, które zapobiegają proliferacji komórek nowotworowych.

Radioterapia – stosuje się promieniowanie elektromagnetyczne. Wysoka częstotliwość uszkadza komórki rakowe. Metoda ta jest bezbolesna, ale zabieg wymaga nawet kilkudziesięciu powtórzeń.

Immunoterapia – nowoczesna forma leczenia, podczas której pobudzany jest układ odpornościowy pacjenta do walki z komórkami nowotworowymi.

Terapia celowana – polega na podaniu leku ukierunkowanego molekularnie blokującego pewne mechanizmy lub receptory na komórkach rakowych.

Biopsja wartownicza służy do oceny raka piersi lub czerniaka. To procedura diagnostyczna mająca na celu sprawdzenie, czy rak rozprzestrzenił się poza pierwotny guz. Zabieg ma na celu usunięcie węzłów wartowniczych oraz wysłanie pobranego materiału do laboratorium w celu zbadania go pod kątem komórek nowotworowych.

Węzły wartownicze to pierwsze węzły chłonne, w których komórki nowotworowe mogą rozprzestrzeniać się z guza. Węzły chłonne to małe narządy, które „filtrują” płyny w ciele, a także pomagają chronić organizm przed chorobami.

Biopsja węzła wartowniczego jest częścią procesu zwanego stopniowaniem. Podczas ustalania stopnia zaawansowania określa się, czy nowotwór uległ rozwojowi na węzłach chłonnych i jak daleko się znajduje. Poszczególne stadia raka wymagają różnych metod leczenia.

Węzły wartownicze można zaliczyć do pierwszych węzłów drenujących obszar guza. W odniesieniu do raka piersi zwykle znajdują się pod pachą, dlatego warto wykonywać testy tych węzłów, aby sprawdzić, czy nowotwór rozwinął się poza pierwotny guz.

Jeśli w węzłach chłonnych wartowniczych nie ma oznak przerzutu, jest mało prawdopodobne, aby proces nowotworowy rozprzestrzenił się na inne węzły chłonne. Jeśli test wykryje komórki nowotworowe w węzłach wartowniczych, lekarz może zalecić usunięcie innych węzłów chłonnych w celu opanowania choroby nowotworowej.

Pacjent z niepokojącą zmianą musi niezwłocznie zgłosić się do onkologa lub dermatologa w celu wykonania badań (najczęściej dermatoskopii) i ewentualnej biopsji

chirurgicznej. Jest to bardzo prosty zabieg wykonywany ambulatoryjnie w znieczuleniu miejscowym i pozostawia niewielką bliznę na skórze. Polega na całkowitym usunięciu podejrzanego pieprzyka lub narośli z niewielkim marginesem (do 3 mm), histopatolog sprawdza obecność czerniaka w komórkach skóry pod mikroskopem.

Jeśli znamień ma zmiany nowotworowe, w celu jego usunięcia brzegi powiększa się czasami (do 1-2 cm). W przypadku czerniaka skóry pobierana jest również biopsja najbliższego węzła wartowniczego (pierwszego węzła chłonnego, do którego odpływa węzeł chłonny). Jeśli biopsja jest pozytywna, węzły chłonne muszą zostać usunięte [7].

Leczenie czerniaka

Zasady leczenia czerniaka zostały określone przez ECCO (European Oncology Organization), Polskiego Konsultanta Onkochirurgii oraz Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej. W celu podjęcia leczenia wystarczy, aby pacjent udał się do placówki, która może zapewnić mu wszystkie dostępne zabiegi.

Leczenie czerniaka prowadzi się w licznych ośrodkach w naszym kraju. Oznacza to, że każdy z nich oferuje wszystkie możliwe zabiegi, w tym te najnowocześniejsze i innowacyjne, takie jak immunoterapia czy terapia molekularna. Leki są w pełni refundowane, pacjenci leczeni są przez multidyscyplinarny zespół ekspertów [18].

Czerniak skóry we wczesnym stadium jest bardzo łatwy do leczenia poprzez proste chirurgiczne wycięcie zmiany skórnej z szerokim marginesem otaczającej tkanki. W przypadku większych czerniaków o grubości powyżej 1 mm (głęboko w skórze) pobiera się biopsję z węzłów chłonnych znajdujących się najbliżej guza. Jeśli w pobranych węzłach znajdują się komórki nowotworowe, należy je całkowicie usunąć i rozpocząć systematyczne leczenie czerniaka. W zaawansowanym stadium czerniaka stosuje się różne metody leczenia.

Podsumowanie

Celem oceny rokowania w czerniaku skóry jest poznanie biologii czerniaka, zaplanowanie właściwego leczenia, a także indywidualne określenie dla danej osoby ryzyka nawrotu i przeżycia. Najistotniejszym czynnikiem rokującym jest obecność bądź też brak przerzutów. Jeśli przerzutów nie ma, istotnym czynnikiem rokującym jest grubość i obecność owrzodzenia ogniska pierwotnego. Wpływ na rokowanie ma również wynik badania cytologicznego wycinka ze zmiany [23].

Wielkość guza, obecność przerzutów w węzłach chłonnych, jak i w narządach odległych są istotnymi, indywidualnie zmiennymi czynnikami wpływającymi na rokowanie i przeżywalność chorych [2].

Czerniak jest nowotworem charakterystycznym dla skóry. Bywają pojedyncze przypadki tego nowotworu, które mogą dotyczyć narządu wzroku, a w szczególności warstwy środkowej ściany oka – naczyniówki. Do ich objawów należą ograniczenia w polu widzenia czy zaburzenia ostrości widzenia.

W badaniach wykorzystuje się lampę szczelinową, ultrasonografię (USG), wzernikowanie i rezonans magnetyczny. Najczęściej tę odmianę czerniaka leczymy za pomocą radioterapii.

Mitem jest twierdzenie, że jest to choroba słabo uleczalna lub nieuleczalna. Lokalizacja czerniaka na powierzchni ciała pozwala na bezproblemową diagnostykę i proste leczenie operacyjne, które wykonują wszystkie ośrodki onkologiczne w naszym kraju.

Czerniak ma bardzo wysoki wskaźnik wyleczeń, zwłaszcza jeśli zmiany pierwotne są leczone chirurgicznie. Jeśli choroba zostanie wykryta we wczesnym stadium (grubość ognisk wynosi wtedy 1-2 mm), wyleczenie wynosi ponad 80-90%. Im bardziej zaawansowany czerniak, tym mniej skuteczne leczenie. Ale nawet w zaawansowanych stadiach lekarze (chirurdzy i onkolodzy) leczą pacjentów z czerniakiem i innymi nowotworami skóry. Ważne jest jednak, aby w przypadku podejrzanych lub niepokojących zmian skórnych pacjent skonsultował się z lekarzem (chirurgiem, onkologiem lub dermatologiem) [24].

Czerniak może nawrócić po wstępnym leczeniu (zwykle chirurgicznym), dlatego pacjent musi znajdować się pod stałą kontrolą onkologa lub chirurga onkologa. Szansa nawrotu jest związana ze stadium, w jakim znajdował się pierwotny czerniak, kiedy był leczony po raz pierwszy. Węzły chłonne są najczęstszym miejscem przerzutów czerniaka, ale mogą również dawać przerzuty do skóry i innych narządów w ciele [24].

Im bardziej zaawansowany czerniak, tym mniejsza skuteczność leczenia operacyjnego i większa możliwość przerzutów. Wyniki leczenia chorych na uogólnionego czerniaka skóry są nadal niezadowalające. Tylko 25-30% pacjentów z przerzutowym czerniakiem przeżywa rok po postawieniu diagnozy.

Przełomowe jest opracowanie dwóch nowych terapii przedłużających życie pacjentów z zaawansowanym czerniakiem:

- nieswoistej immunoterapii z wykorzystaniem przeciwciał monoklonalnych anty - CTLA, które blokują ogólnoustrojowe mechanizmy immunosupresyjne w celu wywołania odpowiedzi przeciwnowotworowej,

- ukierunkowanej terapii molekularnej BRAF/MEK - inhibitory.

Piśmiennictwo

1. Bodys-Cupak I., Kowalik M., Ziarko E., Kamińska A., Łatka J.: Wiedza młodzieży na temat czerniaka złośliwego skóry a zachowania związane z jego profilaktyką. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015; 2: 166-170.
2. Chowaniec Z.: Czerniak – Problemy diagnostyczno-terapeutyczne w praktyce kosmetologa. *Kosmetologia Estetyczna* 2018; 3: 269-272.
3. Telka E., Szczepanik K.: Czerniak skóry – nowe zasady postępowania diagnostyczno – terapeutycznego. *Nowa Medycyna* 2014; 3: 125-129.
4. Jassem J., Duchnowska R., Kawecki A., Krajewski R., Krzakowski M., Mądry R.: Badania kontrolne po leczeniu w najczęstszych nowotworach litych u dorosłych. *Nowotwory, Journal of Oncology* 2014; 64: 415-435.
5. Kamińska E.: Jak powstaje rak, czyli co robić, aby nie zachorować. Wydawnictwo How 2, Warszawa 2021.
6. Speechley V., Rosenfield M.: Choroby nowotworowe: objawy, diagnozowanie, metody leczenia: poradnik dla pacjentów i ich rodzin. Wydawnictwo Bauer-Weitbild Media, Warszawa 2012.
7. Hałas P.: Charakterystyka czerniaka oraz ocena poziomu wiedzy studentów na temat czerniaka złośliwego. *Kosmetologia Estetyczna* 2017; 6: 223-228.
8. Dana A., Makowiec-Dąbrowska T.: Rola kosmologa w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu nowotworów złośliwych skóry, *Polish Journal of Cosmetology* 2010; 13(3): 148-160.
9. Dębniak T., Lubiński J.: Genetyka kliniczna czerniaka. *Postępy Nauk Medycznych* 2012; 8: 501-503.
10. Rutkowski P.: Złośliwe nowotwory skóry. Wydawnictwo Via Me, Gdańsk 2014.
11. Skórska E.: Oddziaływanie słonecznego promieniowania ultrafioletowego na organizm człowieka. *KOSMOS, Problemy Nauk Biologicznych* 2016; 65(4): 45-189.
12. Koper A., Wrońska I.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową - materiały pomocnicze dla pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Lublin 2017.
13. Zalewska A., Cyłkowska-Nowak M.: Zdrowa skóra a słońce - próba diagnozy wiedzy oraz wybranych postaw. *Nowiny Lekarskie* 2012; 81(3): 214-218.

14. Weinberg R. A.: Samolubna komórka. Wydawnictwo CiS, Warszawa 2019.
15. Gliwa E., Goździalska A., Jaśkiewicz J.: Wpływ promieniowania UV na skórę, Współczesne kierunki w medycynie prewencyjnej. Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2013.
16. Krzakowski M., Potemski P., Warzocha K., Wysocki P.: Onkologia Kliniczna 2015; 4: 838 – 855.
17. Jabłońska S., Majewski S.: Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
18. Rogers R. S., Lawrence Gibson E.: Nietypowe odmiany kliniczne czerniaka złośliwego. Medycyna Praktyczna 2018; 11: 60-158.
19. Didkowska J., Wojciechowska U., Tarkowski W., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2012 roku. Wydawnictwo Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 2014.
20. Nasierowska - Guttmejer A., Górnicka B.: Zalecenia do diagnostyki histopatologicznej nowotworów. Wydawnictwo Polskie Towarzystwo Patologów, Warszawa 2013.
21. Nowowiejska J., Pałdyna M., Baran A., Flisiak I.: Ocena wiedzy studentów na temat czerniaka i ich nawyków związanych zochroną przeciwsłoneczną. Przegląd Dermatologiczny 2019; 106: 159–172.
22. Walewska E., Ścisło L., Puto G., Obrzut P., Gniadek A.: Knowledge and health behaviours connected with melanoma prevention among people living in Poland and Australia. Nursing Problems 2020; 8 (2): 94-99.
23. Rubas K., Maj J.: What should a cosmetologist know about dermatological lesions on theface? Medical Science Pulse 2018; 3 (12): 47-51.
24. Rutkowski P.: Czerniak. Współczesne podejście. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019.

Poziom wiedzy społeczeństwa na temat profilaktyki czerniaka skóry

Agnieszka Litwińczuk^{1, 2}, Barbara Jankowiak³

1. Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku
2. Oddział Rehabilitacji SPZOZ Szpitala Wojewódzkiego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Wraz z rozwojem medycyny wizja ludzkiego ciała i jego budowy stawała się coraz dokładniejsza. Najpierw podzielono je na narządy, potem na tkanki, a po odkryciu mikroskopu okazało się, że zbudowane jest z ogromnej liczby komórek. Dziś wiemy, że komórka to także złożona struktura i że niektóre choroby mogą być spowodowane nieprawidłową budową produktów komórkowych, takich jak enzymy czy receptory. Co więcej, odchylenia w strukturze materiału genetycznego – podstawowej formy informacji zawartej w organizmie człowieka – mogą przyczynić się do rozwoju chorób.

Budowa i funkcja ciała to ciągły, dynamiczny proces. Komórki nieustannie umierają i dzielą się, a stare są zastępowane nowymi. Dotyczy to całego organizmu. Uważa się, że organizm ludzki nieustannie odnawia się co kilka lat. U zdrowej osoby zachowana jest stała równowaga do regeneracji.

Nieprawidłowe zjawiska, które występują w każdym organizmie, należy uznać za przyczynę raka. Uważa się, że odchylenia w informacji genetycznej mogą prowadzić do zaburzenia tej równowagi. Poprzez nagromadzenie błędów w zapisie i odczycie DNA komórki oraz czynników, które do tego prowadzą, utrzymuje się pewna populacja komórek, dzieląc się bez ograniczeń i bez możliwości zatrzymania tego procesu.

W normalnym cyklu martwa komórka jest zastępowana przez komórkę tego samego typu, a jej funkcje są zachowane. W przypadku nieprawidłowego tworzenia się komórek nie spełniają one swoich pierwotnych funkcji (są wyjątki od reguły, ale nowotwór zawsze zaburza równowagę organizmu [1, 2, 3, 4, 5]).

Cel pracy

Celem pracy była:

1. Analiza poziomu wiedzy społeczeństwa na temat czerniaka skóry.
2. Określenie znajomości społeczeństwa dotyczącej objawów chorobowych czerniaka skóry w zależności od danych demograficznych.
3. Ocena poziomu wiedzy na temat profilaktyki czerniaka skóry.

Material i metody

Badaniem objętych zostało 150 losowo wybranych dorosłych mieszkańców województwa podlaskiego.

Osoby, które brały udział w badaniu stanowiły głównie kobiety (84,7%), w wieku 41-60 lat (42,5%), zamieszkujące w miastach (81,1%) oraz posiadające wyższy poziom wykształcenia (78%). Mężczyźni natomiast stanowili 15,3% ogółu badanych, wśród nich 42,5% miało 41-60 lat, 60,9% mieszkało w miastach, a 87% posiadało wyższy stopień wykształcenia.

Do badań posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, składającym się z 5 pytań zamkniętych charakteryzujących grupę badawczą (metryczka) oraz z 16 pytań szczegółowych identyfikujących wiedzę mieszkańców województwa podlaskiego na temat objawów i profilaktyki zachorowania na czerniaka. Badania przeprowadzone zostały drogą internetową w okresie 1.09 – 30.10.2022 r.

Do opracowania statystycznego wyników badań ankietowych oraz celem określenia prawdopodobieństwa zależności w próbie i odniesienia ich do ogółu grupy badawczej, posłużono się metodą opisu, a także badaniem współzależności dla cech ilościowych i jakościowych.

W niniejszej pracy własnej wykorzystano zmienne niezależne takie jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania i poziom wykształcenia.

Zebrane dane opisane zostały poprzez grupowanie ich – cechy nominalne, z wyszczególnieniem częstości ich występowania oraz wykonaniu statystyk opisowych dla cech mierzalnych, a uzyskane wyniki zostały zaprezentowane za pomocą rycin, tabel, a także struktury procentowej i liczbowej.

Obliczenia i wykresy zostały wykonane za pomocą programu Microsoft Office Excel 2021.

W celu sprawdzenia czy względem zmiennych występują istotne statystyczne zależności posłużono się analizą przy pomocy nieparametrycznego testu Chi Kwadrat Pearsona dla danych jakościowych, korzystając z kalkulatorem chi – kwadrat Pearsona (<http://www.socscistatistics.com/tests/chisquare/Default2.aspx>), dostęp 20.11.2022r. Prawdopodobieństwo testowe (p) świadczyło o istotności statystycznej badanej zależności. Przyjęto następujące zasady, gdy:

- $p < 0,05$ – zależności istotne statystycznie;
- $p < 0,01$ - zależności wysoce istotne statystycznie;
- $p < 0,001$ - zależności bardzo wysoce istotne statystycznie.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku.

Wyniki

Badanie przeprowadzone zostało w grupie 150 dorosłych mieszkańców województwa podlaskiego i dotyczyło identyfikacji poziomu ich wiedzy na temat profilaktyki oraz objawów czerniaka skóry.

Analiza danych socjodemograficznych

Wykazano, że zdecydowaną większość badanych, bo aż 84,7% stanowiły kobiety, natomiast respondenci płci męskiej stanowili 15,3% ogółu badanych.

Największą grupę badanych (43,3%) stanowiły osoby mające 41-60 lat, zbliżony odsetek badanych miał 18-25 lat oraz 26-40 lat (odpowiednio 25,3% oraz 24%), natomiast najstarsi badani (mający więcej niż 60 lat) stanowili 7,3% ogółu badanych.

Zdecydowana większość badanych, bo aż 79,3% posiadało wykształcenie wyższe. Osoby z wykształceniem średnim stanowiły 14,7% ogółu badanych, natomiast 6% ankietowanych ukończyło szkołę zawodową.

Więcej niż $\frac{3}{4}$ badanych zamieszkiwało w miastach (78%), natomiast mieszkańcy wsi stanowili 22% ogółu badanych.

Analiza pytań dotyczących czerniaka skóry

W rodzinach zdecydowanej większości respondentów (84%) nikt nie chorował na czerniaka, 13,3% badanych deklarowało, że w ich rodzinach występowały przypadki

zachorowania na czerniaka, natomiast cztery osoby (2,7%) przyznały, że nie posiadają wiedzy na ten temat.

Zdecydowana większość badanych wiedziała, iż do metod zapobiegania czerniakowi skóry należą stosowanie kremów z wysokimi filtrami UVA i UVB (88,7%) oraz unikanie nadmiernego słońca szczególnie w godzinach 11.00-16.00 (86,7%). Dwie osoby (1,3%) błędnie uważały, iż opalanie w solarium zapobiega czerniakowi skóry.

Zauważono, że zdecydowana większość badanych (96,7%) wiedziała, iż czerniak jest złośliwym nowotworem skóry i błon śluzowych, dającym często przerzuty do innych narządów, trzech respondentów (2%) błędnie uważało, iż czerniak należy do typu łagodnych nowotworów skóry i błon śluzowych, nikt z badanych nie uznał, iż czerniak jest zmianą skórną łatwą do wyleczenia, natomiast dwie osoby (1,3%) wskazały odpowiedź „żadne z powyższych”.

Większość mieszkańców województwa podlaskiego (88,7%) wiedziała, iż badaniem umożliwiającym wczesne rozpoznanie czerniaka jest dermoskopia. Czterech ankietowanych (2,7%) błędnie uważało, iż wcześniej zidentyfikować czerniaka można dzięki dermobrazji, trzy osoby (2%) wskazały na badanie cytologiczne, jeden respondent (0,7%) wymienił badanie USG, natomiast 6% badanych wskazało odpowiedź „nie wiem”.

Znaczna część badanych, bo aż 84% wiedziała, że płcią najbardziej narażoną na zachorowanie na czerniaka są kobiety. 14,7% respondentów błędnie uważało, iż do zachorowania na czerniaka predysponują bardziej mężczyźni, natomiast dwie osoby (1,3%) mylnie wskazały na dzieci.

Dowiedziano, że znaczna część badanych znała czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na czerniaka, wymieniając: nadmierną ekspozycję na promieniowanie UV (90%), występowanie licznych zmian barwnikowych na skórze (87,3%), korzystanie z wizyt w solarium (80,7%) oraz jasna karnacja (69,3%). Respondenci w mniejszym stopniu wiedzieli, iż ryzyko zachorowania na złośliwy nowotwór skóry jakim jest czerniak wzrasta u osób, u których występowały poparzenia słoneczne w przeszłości (54%) oraz także wśród osób, gdzie występowały rodzinne przypadki zachorowań - odpowiedź „uwarunkowania genetyczne” wskazało 48,7% badanych. Ankietowani błędnie sądzili, iż czynnikami zwiększającymi zachorowanie na czerniaka jest starszy wiek (9,3%), młodszy wiek (5,3%), niewłaściwy sposób odżywiania (5,3%) oraz ciemna karnacja (2,7%).

Zauważono, że aż 98,7% badanych wiedziało, iż najbardziej niebezpieczną godziną ekspozycji na promieniowanie słoneczne jest godzina między 12.00 a 14.00, natomiast dwie osoby (1,3%) błędnie wskazały na godzinę między 9.00 a 11.00.

Zaobserwowano, że znaczna część badanych, bo aż 82,7% wiedziało, iż podstawowym sposobem leczenia czerniaka jest chirurgiczne wycięcie zmiany (82,7%), 6% mieszkańców województwa podlaskiego błędnie wskazało na chemioterapię, a taki sam odsetek badanych (2,7%) na krioterapię i radioterapię, jako podstawowe sposoby leczenia czerniaka. Także 6% respondentów przyznało, iż nie znają podstawowych sposobów leczenia czerniaka.

Blisko $\frac{3}{4}$ badanych wiedziało, że czerniak jest zmianą skórną o asymetrycznym kształcie oraz brzegach nierównomiernych i poszarpanych (odpowiednio 73,3% oraz 72%). Więcej niż połowa mieszkańców województwa podlaskiego (56%) wiedziało, że czerniak charakteryzuje się nieregularnym zabarwieniem, 44,7% badanych wiedziało, że jest zmianą skórną wyraźnie odgranieczoną od skóry zdrowej, a 40% wiedziało o tendencji do krwawień z powierzchni znamienia nowotworowego. Nieco więcej niż $\frac{1}{5}$ respondentów (20,7%) wiedziało, że charakterystyczną cechą rozwoju czerniaka mogą być zaburzenia czucia w obrębie znamienia (kłucie czy ból). Znaczna część respondentów (62%) błędnie uważało, iż czerniak dotyczyć może tylko i wyłącznie zmian skórnych o czarnym zabarwieniu, a 37,3% mylnie sądziło, iż dotyczy tylko dużych zmian (powyżej 6mm). Niewielka część mieszkańców województwa podlaskiego mylnie uważało, że czerniak jest zmianą skórną o regularnym kształcie i symetryczną (4,7%), obejmuje tylko zmiany mniejsze niż 6mm (2,7%), objawia się pokrzywką (1,3%), natomiast jedna osoba (0,7%) przyznała, iż nie posiada wiedzy na ten temat objawów klinicznych budzących podejrzenie rozwoju czerniaka.

Kobiety charakteryzowały się znacznie lepszą znajomością objawów czerniaka niż mężczyźni. Około $\frac{3}{4}$ kobiet (75,6%) i 60,9% mężczyzn wiedziało, że czerniak jest zmianą skórną o asymetrycznym kształcie, o brzegach nierównomiernie poszarpanych (74,8% kobiet i 56,5% mężczyzn) i nieregularnym zabarwieniu (58,3% kobiet i 43,5% mężczyzn). Nieco więcej mężczyzn (47,8%) niż kobiet (44,1%) wiedziało, iż czerniak jest zmianą skórną wyraźnie odgranieczoną od skóry zdrowej. Wiedzą na temat tendencji do krwawień z powierzchni znamienia mogącego być nowotworem złośliwym wykazało się zbliżony odsetek kobiet i mężczyzn (odpowiednio 40,2% oraz 39,1%), natomiast wiedzę o zaburzeniach czucia w obrębie znamienia podejrzanego o złośliwość (kłucie, ból) wykazało się 22% kobiet i zaledwie 13% mężczyzn.

Osoby młodsze (poniżej 40 r.ż.) wykazały się lepszą znajomością objawów czerniaka niż respondenci mający więcej niż 40 lat. Osoby po 60 r.ż. wykazały się natomiast wyższym poziomem wiedzy z zakresu tendencji do krwawień z powierzchni znamienia mogącego być czerniakiem (63,6%) niż badani w wieku 26-40 lat (47,2%), 18-25 lat (44,7%) oraz w wieku 41-60 lat (29,2%). Wyliczono, że zbliżony odsetek badanych mających 18-25 lat i 26-40 lat

(odpowiednio 86,6% oraz 86,1%) oraz 41-60 lat i >60 lat (odpowiednio 60% oraz 63,6%) wskazało, że czerniak jest zmianą skórną o asymetrycznym kształcie, brzegach nierównomiernych i poszarpanych (88,9% badanych mających 26-40 lat, 78,9% respondentów wieku 18-25 lat, 72,7% badanych mających więcej niż 60 lat, a także 58,5% respondentów mających 41-60 lat), nieregularnym zabarwieniu (78,9% badanych mających poniżej 26 lat, 63,6% badanych mających więcej niż 60 lat, 58,3% respondentów w wieku 26-40 lat, a także 40% badanych w wieku 41-60 lat oraz wyraźnie odgraniczoną od skóry zdrowej (68,4% badanych poniżej 26 r.ż., zbliżony odsetek ankietowanych w wieku 26-40 oraz powyżej 60 r.ż. – odpowiednio 47,2% i 45,5%, a także 29,2% osób mających 41-60 lat. Odsetek osób posiadających wiedzę na temat zaburzenia czucia w obrębie znamienia mogącego być czerniakiem malał wraz z wiekiem (więcej niż ¼ respondentów mających 18-25 lat - 26,3%, 22,2% badanych mających 26-40 lat, 18,5% ankietowanych w wieku 41-60 lat, a także 9,1% respondentów mających więcej niż 60 lat).

Badani posiadający wyższy stopień wykształcenia wykazali się lepszą znajomością objawów czerniaka niż osoby posiadające wykształcenie zawodowe czy średnie. Wyliczono, że aż 76,5% badanych posiadających wykształcenie wyższe, 66,7% respondentów o wykształceniu zawodowym, a także 59,1% ankietowanych posiadających wykształcenie średnie wiedziało, iż czerniak jest zmianą skórną o asymetrycznym kształcie, natomiast 75,6% mieszkańców województwa podlaskiego posiadających wykształcenie wyższe, 59,1% osób posiadających wykształcenie średnie i 55,6% badanych z wykształceniem zawodowym wskazało na nierównomierne i poszarpane brzegi czerniaka. Wiedzą o nieregularnym zabarwieniu czerniaka wykazało się zbliżony odsetek badanych posiadających wykształcenie wyższe i średnie (odpowiednio 56,3% i 59,1%) i 44,4% osób po szkole zawodowej. Zbliżony odsetek badanych posiadało wiedzę, iż czerniak jest zmianą skórną wyraźnie odgraniczoną od skóry zdrowej oraz z tendencją do krwawień (odpowiednio 47,9% i 41,2% osób z wykształceniem wyższym, 31,8% i 36,4% badanych o wykształceniu średnim, a także 1/3 respondentów po szkole zawodowej). O zaburzeniach czucia w obrębie znamienia mogącego być czerniakiem wiedziało zbliżony odsetek ankietowanych o wykształceniu wyższym czy zawodowym (odpowiednio 21,8% oraz 22,2%), a także 13,6% ankietowanych posiadających wykształcenie średnie.

Mieszkańcy miast wykazali się lepszą znajomością objawów czerniaka niż osoby mieszkające na wsi. Wyliczono, że więcej niż ¾ mieszkańców miast (odpowiednio 78,6% i 75,2%) wiedziało, iż czerniak jest zmianą skórną o asymetrycznym kształcie i brzegach nierównomiernie poszarpanych – wśród mieszkańców wsi odsetek ten wynosił 54,5%

oraz 60,6%, nieregularnym zabarwieniu (59,8% mieszkańców miast i 42,4% mieszkańców wsi) i wyraźnie odgraniczoną od skóry zdrowej (47% mieszkańców miast i 36,4% osób mieszkających na wsi). O tendencji do krwawień z powierzchni znamienia mogącego być czerniakiem wiedziało zbliżony odsetek mieszkańców wsi i miast (odpowiednio 42,4% oraz 39,3%), a o zaburzeniach czucia w obrębie znamienia wiedziało 21,4% mieszkańców miast i 18,2% osób zamieszkujących na wsi.

Wykazano, że więcej niż $\frac{3}{4}$ respondentów (77,3%) deklarowało, iż po zaobserwowaniu u siebie w/w objawów zgłosiłoby się do lekarza, 11/3% ankietowanych przyznało, że tylko obserwowałoby zmianę, 10,7% badanych udałoby się do lekarza, gdyby wystąpiłyby u nich co najmniej 3 z objawów czerniaka, natomiast jedna osoba (0,7%) przyznała, że nie jest pewna, czy poszłaby do lekarza.

Zbliżony odsetek badanych deklarowało, iż nie posiadało na ciele znamion wymagających obserwacji (48%), a także posiadało takie znamiona (46%), natomiast 6% badanych przyznało, że nie zwróciło uwagi, czy na ciele posiadają znamiona skórne wymagające obserwacji.

Blisko połowa badanych (46%) deklarowało, że raz w miesiącu lub częściej obserwują skórę w poszukiwaniu niepokojących zmian, zbliżony odsetek respondentów dokonywało obserwacji skóry z częstotliwością co 6 miesięcy oraz raz do roku lub mniej (odpowiednio 23,3% oraz 22%), natomiast 8,7% mieszkańców województwa podlaskiego przyznało, iż wcale nie obserwują swojej skóry pod kątem pojawiania się niepokojących zmian.

Znaczna część badanych (60%) deklarowało, że nie miało wykonywanego w przeszłości badania znamion na ciele, natomiast 40% ankietowanych przyznało, iż miało wykonane takie badanie.

W toku niniejszych badań dokonano także oceny zależności pomiędzy badaniem znamion na ciele w przeszłości a płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania, poziomem wykształcenia i rodzinnym występowaniem czerniaka.

Nie wykazano zależności istotnej ze statystycznego punktu widzenia pomiędzy badaniem znamion na ciele w przeszłości a płcią badanych ($\chi^2=3,12$; $p=0,08$), co prezentuje Tabela I.

Tabela I. Badanie znamion na ciele w przeszłości a płeć badanych

Płeć		Badanie znamion na ciele w przeszłości		Razem
		Tak	Nie	
Kobieta	N	53	74	127
	%	41,7%	58,3%	100%
Mężczyzna	N	7	16	23
	%	30,4%	69,6%	100%
Chi square		3,12		
P		0,08		

Wykazano zależność wysoce istotną statystycznie ($p < 0,00001$) pomiędzy badaniem znamion na ciele w przeszłości a wiekiem badanych (chi square=28,6), co prezentuje Tabela II.

Tabela II. Badanie znamion na ciele w przeszłości a wiek badanych

Wiek		Badanie znamion na ciele w przeszłości		Razem
		Tak	Nie	
18-25 lat	N	14	24	38
	%	36,8%	63,2%	100%
26-40 lat	N	22	14	36
	%	61,1%	38,9%	100%
41-60 lat	N	18	47	65
	%	27,7%	72,3%	100%
>60 lat	N	6	5	11
	%	54,5%	45,5%	100%
Chi square		28,6		
P		<0,00001		

Analiza danych ukazanych w Tabeli III nie wykazała zależności istotnej statystycznie ($p > 0,05$) pomiędzy badaniem znamion na ciele w przeszłości a miejscem zamieszkania badanych (chi square=3,65; $p=0,06$).

Tabela III. Badanie znamion na ciele w przeszłości a miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania		Badanie znamion na ciele w przeszłości		Razem
		Tak	Nie	
Wieś	N	10	23	33
	%	30,3%	69,7%	100%
Miasto	N	50	67	117
	%	42,7%	57,3%	100%
Chi square		3,65		
P		0,06		

Analiza statystyczna wykazała zależność istotną statystycznie na poziomie wysokim ($p < 0,01$) pomiędzy wykonywaniem badania znamion na ciele w przeszłości a poziomem wykształcenia badanych (chi square=10,09; $p=0,006$), co prezentuje Tabela IV.

Tabela IV. Badanie znamion na ciele w przeszłości a poziom wykształcenia

Poziom wykształcenia		Badanie znamion na ciele w przeszłości		Razem
		Tak	Nie	
Zawodowe	N	2	7	9
	%	22,2%	77,8%	100%
Średnie	N	7	15	22
	%	31,8%	68,2%	100%
Wyższe	N	51	68	119
	%	42,9%	57,1%	100%
Chi square		10,09		
P		0,006		

Wykazano zależność statystyczną na poziomie $p < 0,05$ pomiędzy badaniem znamion na ciele w przeszłości a zachorowaniem czerniaka w rodzinie (chi square=5,8; $p=0,02$), co prezentuje Tabela V.

Tabela V. Badanie znamion na ciele w przeszłości a występowanie czerniaka w rodzinie

Zachorowanie na czerniaka w rodzinie		Badanie znamion na ciele w przeszłości		Razem
		Tak	Nie	
Wystąpiło	N	11	9	20
	%	55,0%	45,0%	100%
Nie występowało	N	48	78	126
	%	38,1%	61,9%	100%
Chi square		5,8		
P		0,02		

Najczęściej stosowaną metodą ochrony podczas opalania było unikanie oparzeń słonecznych (odpowiedź „często” wskazało 47,3% badanych, „zawsze” – 45,3%), picie dużej ilości wody („często” – 46,7%, „zawsze” – 44,7%), a także stosowanie kosmetyków z filtrem ochronnym minimów SPF 15, kosmetyków z UVA i UVB („zawsze” 40%, „często” – 36%). Zbliżony odsetek badanych wskazało na stosowanie okularów przeciwsłonecznych (odpowiedź „często” wskazało 42,7% badanych, „zawsze” – 27,3%), nie opalanie się w godzinach najintensywniejszego promieniowania słonecznego („często” – 38,7%, „zawsze” – 27,3%) oraz zakładanie nakrycia głowy („często” – 43,3%, „zawsze” – 17,3%). Ankietowani w mniejszym stopniu deklarowali powtarzanie nakładania kosmetyku z filtrem ochronnym (taki sam odsetek badanych, bo 32,7% wskazało odpowiedź „często” i „rzadko”, 20% zawsze powtarzało nakładanie kosmetyku) oraz osłaniali znamiona skórna narażone na promieniowanie słoneczne („często” – 40%, „rzadko” – 36,7%). Wykazano, że znaczna część respondentów, bo 39,3% deklarowało, że zawsze stosowało zasady profilaktyki, natomiast 33,3% badanych często korzystało z zasad ochrony przeciwsłonecznej.

42,7% badanych deklarowało stosowanie kosmetyków z filtrem UV w czasie słonecznego dnia tylko podczas opalania, 22% ankietowanych przyznało, że stosowało kosmetyki foto-ochronne raz dziennie, 18,7% respondentów stosowało takowe kosmetyki kilkakrotnie w ciągu dnia, natomiast 7,3% badanych deklarowało powtarzanie aplikacji kosmetyków z filtrem UV co 2 godziny. Wykazano, że 9,3% mieszkańców województwa podlaskiego nie stosowało kosmetyków foto-protekcyjnych.

Zdecydowana większość badanych, bo 90,7% deklarowało, że nie chodziło do solarium, natomiast pozostały odsetek badanych (9,3%), co stanowiło 14 osób przyznało, że korzystało z solarium.

Spośród 14 badanych, którzy deklarowali chodzenie na solarium 5 osób przyznało, że chodziły na solarium kilka razy w miesiącu po 10 minut, 2 osoby opalały się w solarium raz w miesiącu lub rzadziej przez okres 10 minut, 4 osoby korzystały z solarium kilka razy w roku po 5-10 minut, natomiast 3 osoby opalały się raz w roku po 10 minut.

Zdecydowana część badanych, bo aż 94,7% deklarowało, iż dzięki posiadaniu wiedzy na temat możliwości wyleczenia czerniaka dzięki wczesnemu jego wykryciu będą kontrolować znamiona na swoim ciele, natomiast 5,3% respondentów stwierdziło iż nie są przekonani co do wykonywania częstszych kontroli swoich znamion.

Dyskusja

Czerniak złośliwy skóry stanowi coraz większe wyzwanie dla lekarzy dermatologów i onkologów w Polsce i na świecie. Jego wczesne wykrycie daje duże szanse i nadzieję na wyleczenie, dlatego tak ważne są działania profilaktyczne wśród dzieci, młodzieży i całego społeczeństwa.

W badaniu ankietowym zwrócono uwagę na objawy, leczenie i profilaktykę czerniaka skóry. Znajomość tych zagadnień może znacznie wpływać na zmniejszenie występowania tego nowotworu, a także pomóc w jak najszybszym jego wykryciu, wdrażając szybkie leczenie, które zmniejsza duży czynnik śmiertelności. Z analiz dostępnego piśmiennictwa można stwierdzić, że prac badawczych dotyczących wiedzy społeczeństwa na temat czerniaka złośliwego skóry nie jest wystarczająco dużo.

Z przeprowadzonych badań wynika, że zdecydowana większość badanych 96,7% wiedziało, iż czerniak jest złośliwym nowotworem skóry i błon śluzowych, dającym często przerzuty do innych narządów.

Do podobnych wniosków doszła Anita Zalewska i Mirosława Cyłkowska-Nowak w swojej pracy na temat „Zdrowa skóra, a słońce – próba diagnozy wiedzy oraz wybranych postaw”. Badanie objęło 100 osób, gdzie 77% z nich stanowiły kobiety, a 23% mężczyźni. Poprawną wiedzę dotyczącą definicji czerniaka wykazało się 2/3 ankietowanych. 58% tej grupy stanowiły osoby przed 35-tym rokiem życia. Prawidłowej wiedzy dotyczącej definicji czerniaka nie posiadało 28% badanych z wykształceniem średnim. Badania wykazują, że

zdecydowana większość respondentów - 94% opowiadała się za koniecznością i zasadnością propagowania wiedzy dotyczącej profilaktyki nowotworu skóry [6].

Podobne wnioski przedstawiła Patrycja Hałas w swojej pracy na temat „Charakterystyka czerniaka oraz ocena poziomu wiedzy studentów na temat czerniaka złośliwego”. W ankiecie wzięło udział 300 osób studiujących na kierunkach medycznych. Zdecydowana większość nie miała problemu z odpowiedzią na pytanie czym jest czerniak. 96,67% respondentów zaznaczyło, iż czerniak jest nowotworem złośliwym skóry, który szybko daje przerzuty, co świadczy o jego złośliwości. Najczęściej zaznaczonymi czynnikami mającymi wpływ na powstanie czerniaka były: długotrwała i wielokrotna ekspozycja na promieniowanie UV – 97%, korzystanie z solarium - 94,67% oraz oparzenia słoneczne skóry - 88,67%. Według 70,33% ankietowanych również duża ilość atypowych znamion barwnikowych może być ważnym czynnikiem predysponującym do powstania czerniaka [3].

Analizując wyniki badań własnych można zauważyć podobnie w pytaniu o czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na czerniaka, gdyż 90% ankietowanych zaznaczało nadmierną ekspozycję na promieniowanie UV, korzystanie z wizyt w solarium - 80,7% oraz jasną karnację - 69,3%.

Podobnie w niniejszym badaniu ryzyko zachorowania na złośliwy nowotwór skóry jakim jest czerniak wzrasta u osób, u których występowały poparzenia słoneczne w przeszłości (54%), także wśród osób, gdzie występowały rodzinne przypadki zachorowań – odpowiedź „uwarunkowania genetyczne” wskazało 48,7% badanych. W pytaniu dotyczącym zapobiegania czerniakowi skóry poprzez stosowanie kosmetyków w postaci kremów z wysokimi filtrami UVA i UVB 88,7% badanych stosuje się do tego, podobny procent (86,7%) ankietowanych unika nadmiernego słońca w godzinach 11.00-16.00.

Do podobnych wniosków doszli autorzy publikacji, gdzie większość ankietowanych wiedziała, że nadmierna ekspozycja ciała na promieniowanie UV może doprowadzić do powstania czerniaka – 90,8% [7].

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że 42,7% badanych deklaruowało stosowanie kosmetyków z filtrem UV w czasie słonecznego dnia tylko podczas opalania, 22% ankietowanych przyznało, że stosowało kosmetyki foto-ochronne raz dziennie, 18,7% badanych stosowało takowe kosmetyki kilkakrotnie w ciągu dnia, natomiast 7,3% badanych deklaruowało powtarzanie aplikacji kosmetyków z filtrem UV co dwie godziny. Wykazano, że 9,3% mieszkańców województwa podlaskiego nie stosowało kosmetyków foto-protekcyjnych.

Zdecydowana większość badanych, bo 90,7% deklaruowało, że nie chodziło do solarium, natomiast pozostały odsetek badanych (9,3%), co stanowiło 14 osób przyznało, że korzystało

z solarium. Większość mieszkańców województwa podlaskiego - 88,75 wiedziało, iż badaniem umożliwiającym wczesne rozpoznanie czerniaka jest dermoskopia.

W badaniu własnym wykazano, że zdecydowana część badanych, bo aż 94,7% deklaroowało, iż dzięki posiadaniu wiedzy na temat możliwości wyleczenia czerniaka dzięki wczesnemu jego wykryciu będą kontrolować znamiona na swoim ciele, natomiast 5,3% respondentów stwierdziło, iż nie są przekonani co do wykonywania częstszych kontroli swoich znamion. Około $\frac{3}{4}$ kobiet (75,6%) i 60,9% mężczyzn wiedziało, że czerniak jest zmianą skórną o asymetrycznym kształcie, wyraźnie odgraniczoną od skóry zdrowej.

Mimo działań promujących profilaktykę przeciwnowotworową zachorowalność na czerniaka jest coraz częstszym zjawiskiem. Działania mające na celu oświatę zdrowotną w tej chorobie należy wdrażać już u dzieci i prowadzić je całe życie. Unikanie nadmiernej ekspozycji na słońce, stosowanie kosmetyków z filtrem UV oraz ubrań ochronnych zdecydowanie może zmniejszyć ryzyko zachorowania na ten nowotwór skóry.

W każdym z przeprowadzonych badań znacznie większa część ankietowanych posiada wysoki poziom wiedzy na temat znajomości czynników ryzyka czy rozpoznania czerniaka. Zadaniem służby zdrowia jest promocja zdrowia, badania skiringowe oraz przeprowadzenie częstszych badań w grupach o zwiększonym ryzyku.

Badania jednoznacznie wykazują, że należy w dalszym ciągu kontynuować działania powodujące większą świadomość profilaktyczną oraz poszerzać wśród społeczeństwa wiedzę o tym rodzaju nowotworu skóry jakim jest czerniak złośliwy.

Wnioski

1. Zdecydowana większość badanych znało podstawowe zasady zapobiegania czerniakowi skóry, definicję, podstawowy sposób diagnostyki choroby oraz czynniki ryzyka choroby.
2. Znaczna część badanych potrafiło wymienić objawy czerniaka wskazując na: asymetryczny kształt zmiany i nierównomierne poszarpane brzegi, około połowa respondentów wskazało na nieregularne zabarwienie czerniaka, wyraźne odgraniczenie od zdrowej skóry i tendencję do krwawień, natomiast ankietowani w mniejszym stopniu wiedzieli o zaburzeniach czucia w obrębie znamienia.
3. Wyższą wiedzę na temat objawów budzących podejrzenie zachorowania na czerniaka miały kobiety, głównie poniżej 40 r.ż., o wyższym stopniu wykształcenia i zamieszkujące w miastach.

4. Więcej niż $\frac{3}{4}$ badanych deklarowało, że zgłosiłoby się do lekarza po zaobserwowaniu u siebie niepokojących zmian sugerujących możliwość zachorowania na czerniaka.
5. Tylko 40% badanych deklarowało, że miało wykonywane badanie znamion w przeszłości, były to głównie kobiety, osoby poniżej 40 r.ż. i powyżej 60 r.ż. ($p<0,00001$), zamieszkujące w miastach, posiadające wyższy stopień wykształcenia ($p<0,01$) oraz o rodzinnym podłożu występowanie choroby ($p<0,05$).
6. Najczęstszą formą profilaktyki przeciwsłonecznej było unikanie oparzeń słonecznych, picie dużej ilości wody, a także stosowanie kosmetyków z filtrem ochronnym.

Piśmiennictwo

1. Bodys-Cupak I., Kowalik M., Ziarko E., Kamińska A., Łatka J.: Wiedza młodzieży na temat czerniaka złośliwego skóry a zachowania związane z jego profilaktyką. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015; 2: 166-170.
2. Dębniak T., Lubiński J.: Genetyka kliniczna czerniaka. *Postępy Nauk Medycznych* 2012; 8: 501-503.
3. Hałas P.: Charakterystyka czerniaka oraz ocena poziomu wiedzy studentów na temat czerniaka złośliwego. *Kosmetologia Estetyczna* 2017; 6: 223-228.
4. Jabłońska S., Majewski S.: *Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
5. Rutkowski P.: *Czerniak. Współczesne podejście*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019.
6. Zalewska A., Cyłkowska-Nowak M.: Zdrowa skóra a słońce - próba diagnozy wiedzy oraz wybranych postaw. *Nowiny Lekarskie* 2012; 81(3): 214-218.
7. Nowowiejska J., Pałdyna M., Baran A., Flisiak I.: Ocena wiedzy studentów na temat czerniaka i ich nawyków związanych zochroną przeciwsłoneczną. *Przegląd Dermatologiczny* 2019; 106: 159–172.

Psychodermatologia jako remedium w leczeniu trądziku pospolitego i innych chorób skóry oraz ich wpływ na jakość życia psychicznego

Beata Jankowska¹, Anna Żerańska²

1. Katedra Kosmetologii Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Łomżyńskiej w Łomży
2. Studenckie Koło Naukowe Kosmetologów Akademii Łomżyńskiej w Łomży

Wstęp

Schorzenia skóry występują znacznie rzadziej niż choroby narządów wewnętrznych człowieka. Bezpośrednią Jednakże niektóre osoby z chorobami skóry wskutek związanego z nimi fizycznego i psychicznego cierpienia, podejmują próby samobójcze. Zagadnieniami związanymi z występowaniem zaburzeń psychicznych wśród pacjentów dermatologicznych zajmuje się dziedzina medycyny zwana psychodermatologią. Opisuje ona współwystępowanie objawów psychopatologicznych z określonymi objawami skórnymi lub też chorobami dermatologicznymi. Skóra stanowi więc wspólne pole analiz dermatologów, psychiatrów i psychologów [1].

Skóra pełni nie tylko funkcje ochronne, ale także: estetyczne, komunikacyjne, seksualne, percepcyjne i ekspresyjne. Wszystko to sprawia, że pacjenci dermatologiczni w sposób szczególny odbierają swój wizerunek oraz nisko oceniają jakość własnego życia [2]. Występowanie zaburzeń psychicznych w grupie pacjentów ze schorzeniami skóry szacuje się na 30–60%. Wskaźnik ten jest znacznie wyższy niż w populacji ogólnej. Wśród najczęściej spotykanych nieprawidłowości natury psychiatrycznej w grupie pacjentów dermatologicznych wymienić należy w pierwszej kolejności: zaburzenia nastroju, depresyjne myśli i tendencje samobójcze, zaburzenia lękowe, obsesyjne oraz urojeniowe [3].

Najbardziej niebezpieczne są myśli i tendencje samobójcze. W piśmiennictwie często podejmowany jest temat dotyczący występowania zaburzeń depresyjnych w grupie pacjentów z chorobami skóry, a także korelujących z depresją zachowań samobójczych. Na obecność objawów depresyjnych w grupie pacjentów z chorobami skóry wskazują m.in. Gupta i Gupta.

Stwierdzili oni znaczne nasilenie depresji i pogorszenie stanu emocjonalnego w grupie 480 pacjentów ze schorzeniami skóry, takimi jak: trądzik, łysienie plackowate, atopowe zapalenie skóry, liszaj pospolity przewlekły i trądzik różowaty [4].

Opieka holistyczna przywróciła nowoczesnej medycynie szeroko pojętą opiekę interdyscyplinarną, która w swojej filozofii działania zawsze odwoływała się do konieczności równoczesnego wspierania chorego w jego sferze fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej. Swoisty i indywidualny związek skóry i umysłu ilustruje znaczenie holistycznego podejścia w opiece nad pacjentami z problemami skórnymi. Choroby skóry mogą bowiem wywierać głęboki wpływ na psychospołeczny wymiar życia pacjenta. Jego wpływ na jakość życia można obiektywnie ocenić i udokumentować za pomocą zwalidowanych narzędzi specyficznych dla stanu skóry. Przy ocenie skuteczności i działań niepożądanych leczenia chorób skóry, należy wziąć pod uwagę środki doceniane przez pacjentów [5]. Osoby z chorobami skóry, według literatury i przeprowadzanych szerokowachlarzowych badań na świecie, częściej mają objawy depresyjne, odczuwają izolację społeczną, samotność a tym samym niższą jakość życia. Bezrobotni, samotni i starsi pacjenci byli bardziej narażeni na wystąpienie objawów depresyjnych. Większy nacisk należy wobec tego położyć na psychospołeczny aspekt opieki, aby zmniejszyć obciążenie chorobami skóry. Niektóre rozważania obejmują monitorowanie pacjentów pod kątem zmian nastroju i wdrażanie wczesnych interwencji psychospołecznych [6].

Choroby skóry stanowią 1,79% globalnego obciążenia chorobami i są czwartą najczęstszą przyczyną obciążenia chorobami nieprowadzącymi do zgonu (poza nowotworami skóry). Jego skutki społeczno-ekonomiczne są dobrze znane, a koszty opieki zdrowotnej związane z chorobami skóry wynoszą np. w Stanach Zjednoczonych Ameryki -75 miliardów dolarów rocznie. Podczas gdy dermatolodzy szukali różnych sposobów optymalizacji opieki nad pacjentem i zmniejszenia obciążeń związanych z chorobami skóry, psychospołeczny aspekt leczenia pozostaje w dużej mierze pomijany. Dzieje się tak pomimo faktu, że badania wykazały, że stres może znacznie zaostrzać choroby skóry. Sami pacjenci również zgłaszali, że brakuje im możliwości wyrażania swoich potrzeb psychospołecznych [7].

Cel pracy

Celem pracy było zrozumienie psychospołecznego wpływu chorób skóry na jakość życia pacjentów. Podczas, gdy psychospołeczne obciążenie chorobami skóry jest dobrze znane w populacjach zachodnich, ich skutki rzadko były rozpatrywane pod kątem jakości życia

w leczeniu trądziku pospolitego i innych chorób skóry oraz ich wpływ na jakość życia psychicznego w społeczeństwie ludzi bez widocznych zmian chorobowych na widocznych częściach ciała [2].

Dokonano sprawdzenia, w jaki sposób trądzik pospolity wpływa na funkcjonalny całokształt osobowości i psychicznych problemów młodych ludzi. Chociaż postrzegany jest jako choroba wieku nastoletniego, często utrzymuje się w wieku dorosłym. W różnych krajach i w różnych grupach wiekowych częstość występowania trądziku jest różna, w grupie nastolatków dotyka od 35% do blisko 100% osób [8].

Material i metody

Pomiędzy 12.05.2017 a 15.11.2018 r. zbadano na potrzeby własnej dysertacji [9] grupę 200 osób, w tym największy odsetek (84,5%) stanowiły kobiety, a zakres wiekowy obejmował osoby od 17 do 43 lat.

Zastosowano następujące narzędzia badawcze: autorski kwestionariusz ankiety kosmetycznej, kwestionariusz standaryzowany SWLS - określający stopień satysfakcji z własnego życia, kwestionariusz DLQI (Dermatologiczny wskaźnik jakości życia), test standaryzowany CADI (jest to 5-itemowy test do oceny wpływu trądziku na jakość życia badanych osób), test standaryzowany SWLS - to krótki, pięcioelementowy instrument przeznaczony do pomiaru globalnych ocen poznawczych dotyczących zadowolenia z życia.

Wyniki

Większość ankietowanych (23,5%) chorowała na trądzik dłużej niż 5 lat, natomiast 22,5% od 3 do 5 lat. Obecne zmiany trądzikowe przejawiały się u ponad połowy badanych pod postacią krostek - 59%, u jednej trzeciej – pod postacią grudek, pozostali posiadali zmiany takie jak: cysty, blizny, guzy i inne drobne zmiany. Zmiany trądzikowe występowały głównie na twarzy (97% osób), na plecach (34% osób) i dekolcie (27%). Przeważnie były to zmiany umiarkowane (49,5%) i łagodne (39%), u mniejszości osób (11,5%) nasilone i bardzo nasilone, co uwzględniono w Tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej pod względem zmian trądzikowych

Wskaźnik		Badana grupa (n = 200)
Czas trwania choroby, n (%)	Mniej niż 6 miesięcy	27 (13,5)
	6–12 miesięcy	20 (10)
	1–2 lata	38 (19)
	2–3 lata	23 (11,5)
	3–5 lat	45 (22,5)
	Dłużej niż 5 lat	47 (23,5)
Obecne zmiany trądzikowe, n (%)	Grudki	66 (33)
	Krostki	118 (59)
	Cysty	2 (1)
	Blizny	46 (23)
	Guzy	2 (1)
	Inne zmiany	5 (2,5)
Umiejscowienie zmian trądzikowych, n (%)	Na twarzy	194 (97)
	Na dekolcie	54 (27)
	Na plecach	68 (34)
	Na ramionach	16 (8)
	Inne umiejscowienie	1 (0,5)
Stopień nasilenia zmian trądzikowych, n (%)	Są łagodne	78 (39)
	Umiarkowane	99 (49,5)
	Nasilone	18 (9)
	Bardzo nasilone	5 (2,5)

n – liczebność

Zwracając się do kosmetologa lub lekarza dermatologa o leczenie i zniwelowanie zmian trądzikowych i potrądzikowych każda osoba ma własne oczekiwania po odbytej terapii. W Tabeli 2 przedstawiono oczekiwania badanych wobec kosmetologa w związku z likwidacją zmian trądzikowych. Należały do nich: wygładzenie skóry (50,5%), likwidacja zmian trądzikowych (33,8%), likwidacja blizn potrądzikowych (32,8%), przywrócenie właściwego kolorytu skóry (29,3%) oraz zupełne pozbycie się objawów trądziku (26,3%). Po zabiegu

w leczeniu trądziku pospolitego i innych chorób skóry oraz ich wpływ na jakość życia psychicznego peelingu kwasem pirogronowym zaobserwowano głównie: wygładzenie skóry twarzy (27,5%), redukcję przebarwień (22,8%) oraz redukcję blizn potrądzikowych (14,8%). Natomiast 27% badanych stwierdziła u siebie brak widocznych zmian naprawczych po wykonanym zabiegu kosmetycznym. Zadowolenie po wykonanym zabiegu potwierdziło 62,5% osób.

Tabela 2. Oczekiwania, zaobserwowane zmiany naprawcze i zadowolenie przed i po wykonanym zabiegu kosmetycznym

Wskaźnik		Badana grupa (n = 200)
Oczekiwania od kosmetologa w związku z likwidacją zmian trądzikowych – przed zabiegiem, n (%)	Wygładzenie skóry	100 (50,5)
	Likwidacja zmian trądzikowych	67 (33,8)
	Likwidacja blizn	65 (32,8)
	Przywrócenie właściwego kolorytu	58 (29,3)
	Pozbycie się objawów trądziku	52 (26,3)
	Inne oczekiwania	1 (0,5)
Zaobserwowane zmiany naprawcze - po zabiegu, n (%)	Wygładzenie skóry twarzy	52 (27,5)
	Redukcja przebarwień	43 (22,8)
	Redukcja blizn potrądzikowych	28 (14,8)
	Brak widocznych zmian naprawczych	51 (27)
	Redukcja zmian trądzikowych (zaskórników, krost)	15 (7,9)
Zadowolenie po wykonanym zabiegu, n (%)	Tak	125 (62,5)
	Oczekiwałam/em większej poprawy wyglądu swojej skóry po zabiegu	21 (10,5)
	Nie	19 (9,5)
	Nie wiem	35 (17,5)

n – liczebność

W Tabeli 3 przedstawiono, w jaki sposób badana grupa określiła własne odczucia, komplikacje życiowe, stan psychiczny oraz własne emocje. Najczęstszym uczuciem towarzyszącym badanym było rozdrażnienie (34,5%), niepokój (16,5%) oraz zmęczenie psychiczne (20%). Zmiany trądzikowe z racji tego, że umiejscowione są zwykle na wyeksponowanych częściach ciała, komplikowały życie codzienne 68% badanym pacjentom, powodując stany depresyjne u 18% osób oraz długotrwały okres izolacji społecznej u 12% badanej populacji. Około 70% osób stwierdziło, że zmiany chorobowe miały istotny wpływ na samoocenę oraz poczucie pewności siebie, co u jednej trzeciej osób objawiało się zaburzeniem kontaktów towarzyskich. Respondenci określili również emocje towarzyszące im podczas obserwacji własnej skóry, a były to głównie: zazdrość w stosunku do osób bez zmian trądzikowych (45%), niska samoocena (33%), dyskomfort psychiczny (30,5%) oraz niepewność (24,5%). Około 50% badanych nie potrafiło pogodzić się z istniejącymi zmianami trądzikowymi.

W Tabeli 4 przedstawiono stopień satysfakcji z własnego życia zmierzonej za pomocą testu standaryzowanego SWLS (to krótki, pięcioelementowy instrument przeznaczony do pomiaru globalnych ocen poznawczych dotyczących zadowolenia z życia). Ponad 40% osób, według skali stenowej, odczuwało dużą satysfakcję z własnego życia, natomiast 26,5% badanych odczuwało niskie poczucie satysfakcji z własnego życia, a 31% - jedynie przeciętną satysfakcję z życia z trądzikiem pospolitym.

Tabela 3. Stan emocjonalny pacjentów

Wskaźnik		Badana grupa (n = 200)
Uczucia towarzyszące w związku z widocznymi zmianami trądzikowymi, n (%)	Niepokój	33 (16,5)
	Rozdrażnienie	69 (34,5)
	Zmęczenie	20 (1)
	Czuję się normalnie	100 (50)
	Inne	5 (2,5)
Komplikacje w życiu z powodu zmian trądzikowych, n (%)	Wcale	64 (32)
	Trochę	97 (48,5)
	Bardzo	28 (14)
	Bardzo mocno	11 (5,5)
Trądzikowe zmiany na skórze spowodowały u Pani/Pana, n (%)	Długotrwały okres izolacji społecznej	23 (11,6)
	Stany depresyjne	35 (17,7)
	Myśli samobójcze	4 (2)
	Inne określenie	5 (2,5)
	Żadne z powyższych	140 (70,7)
Negatywny wpływ zmian chorobowych na różne sfery życia codziennego, n (%)	Własna samoocena	140 (70,7)
	Pewność siebie	134 (67,7)
	Kontakty towarzyskie	56 (28,3)
	Relacje w związku	25 (12,6)
	Zdobycie nowego stanowiska pracy	15 (7,6)
	Inne	9 (4,6)
Emocje towarzyszące podczas obserwacji zmian trądzikowych na swojej skórze, n (%)	Jestem zażenowany/na	26 (13)
	Mam niską samoocenę	66 (33)
	Zwracam na siebie uwagę innych	23 (11,5)
	Odczuwam niepewność	49 (24,5)
	Mam dyskomfort psychiczny	61 (30,5)
	Zazdroszczę innym gładkiej cery	90 (45)
	Inne odczucia	1 (0,5)

Stopień pogodzenia się z własnymi zmianami trądzikowymi, n (%)	Tak, nie przeszkadza mi ona w życiu	73 (36,5)
	Nie w pełni	57 (28,5)
	Nigdy nie zaakceptuję zmian trądzikowych i potrądzikowych	44 (22)
	Nie potrafię sprecyzować swojego stosunku do choroby	26 (13)

n – liczebność

Tabela 4. SWLS - stopień satysfakcji z własnego życia

Zakres wskaźników SWLS polskiej normy	Skala standaryzowana stenowa	n (%) n=200	Stopień satysfakcji z własnego życia. Zakres w granicach od 5 do 35 punktów
5 - 9	1.	11 (5,5)	niskie poczucie satysfakcji
10 - 11	2.	11 (5,5)	niskie poczucie satysfakcji
12 - 14	3.	7 (3,5)	niskie poczucie satysfakcji
15 - 17	4.	24 (12)	niskie poczucie satysfakcji
18 - 20	5.	15 (7,5)	przeciętna satysfakcja z życia
21 - 23	6.	47 (23,5)	przeciętna satysfakcja z życia
24 - 26	7.	39 (19,5)	duża satysfakcja z życia
27 - 28	8.	11 (5,5)	duża satysfakcja z życia
29 - 30	9.	11 (5,5)	duża satysfakcja z życia
31 - 35	10.	24 (12)	duża satysfakcja z życia

n – liczebność

Trądzik pospolity to częsta choroba skóry na całym świecie. Może mieć znaczący wpływ na jakość życia zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Szczególnie należy zminimalizować psychologiczny wpływ trądziku na jakość życia - wyniki międzynarodowych badań podkreślają duże znaczenie uświadomienia konieczności długoterminowego leczenia trądziku i znaczenie kontroli nad trądzikiem lub kontroli nad jego leczeniem. Dalsze badania dotyczące zapewniania wsparcia dla osoby z trądzikiem są potrzebne, z naciskiem na konieczność łagodzenia wpływu psychologicznego na jakość życia [10].

Wartości wskaźnika DLQI (Dermatologiczny wskaźnik jakości życia - to kwestionariusz składający się z dziesięciu pytań, służący do pomiaru wpływu chorób skóry na jakość życia chorej osoby) w badanej grupie przedstawiono w Tabeli 5.

Tabela 5. Wartości wskaźnika DLQI w badanej grupie

Wskaźnik		Badana grupa (n = 200)
Skala DLQI: 0 -1, n (%)	kwestie dermatologiczne nie mają żadnego wpływu na życie pacjenta	9 (4,5)
Skala DLQI: 2 - 5, n (%)	niewielki wpływ na życie pacjenta	78 (39)
Skala DLQI: 6 -10, n (%)	umiarkowany wpływ na życie pacjenta	85 (42,5)
Skala DLQI: 11 - 20, n (%)	bardzo duży wpływ na życie pacjenta	20 (10)
Skala DLQI: 21 - 30, n (%)	niezwykle duży wpływ na życie pacjenta	8 (4)

n – liczebność

W Tabeli 6 przedstawiono wpływ trądziku pospolitego na jakość życia badanej grupy mierzoną testem CADI (jest to 5-itemowy test standaryzowany do prostego użycia do oceny wpływu trądziku na jakość życia badanych osób).

Tabela 6. Kwestionariusz CADI – odpowiedzi uczestników badania

Wskaźnik		Badana grupa przed zabiegiem n=200
1. Czy z powodu trądziku w ostatnim miesiącu byłeś agresywny, sfrustrowany lub zakłopotany?, n (%)	Istotnie bardzo często	12 (6)
	Wiele razy	32 (16)
	Niewiele razy	69 (34,5)
	Ani trochę	87 (43,5)
2. Czy uważasz, że trądzik w ciągu ostatniego miesiąca przeszkadzał Ci w codziennym życiu społecznym, imprezach towarzyskich lub relacjach z osobami płci przeciwnej?, n (%)	Poważnie wpływał na wszystkie działania	1 (0,5)
	Umiarkowanie, na większość działań	17 (8,5)
	Od czasu do czasu lub tylko w niektórych działaniach	82 (41)
	Ani trochę	100 (50)
3. Czy podczas ostatniego miesiąca z powodu trądziku unikałeś publicznego przebierania się lub noszenia kostiumów kąpielowych?, n (%)	Cały czas	6 (3)
	Większość czasu	14 (7)
	Od czasu do czasu	43 (21,5)
	Ani trochę	137 (68,5)
4. Jak opisałbyś swoje uczucia dotyczące wyglądu skóry w ciągu ostatniego miesiąca?, n (%)	Bardzo przygnębiony i nieszczęśliwy	7 (3,5)
	Zwykle zaniepokojony, zmartwiony	25 (12,5)
	Od czasu do czasu zaniepokojony, zmartwiony	96 (48)
	Nie przeszkadza	72 (36)
5. Proszę wskazać jak bardzo zły według Ciebie jest aktualny stan Twojego trądziku?, n(%)	Najgorszy z możliwych	4 (2)
	Poważny problem	56 (28)
	Mało istotny problem	86 (43)
	Nie ma problemu	54 (27)

Dyskusja

Styl życia, który warunkuje wszelkie zachowania zdrowotne, głównie właściwe odżywianie oraz codzienną aktywność fizyczną zalecane przy występowaniu trądziku pospolitego, stanowią priorytetową podstawę zapobiegania i przeciwdziałania występowaniu zmian trądzikowych, ich nasileniu, czasu trwania schorzenia i czasu trwania leczenia oraz ewentualnych nawrotów zmian chorobowych. Zachowania zdrowotne stanowią sferę, na którą ma wpływ każdy człowiek – to od jego woli, chęci, samodyscypliny i wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych, odpowiedniego stylu życia zależy jakość życia spowodowana trądzikiem lub też brakiem zmian trądzikowych.

Przegląd literatury dotyczącej samopoczucia psychosomatycznego osób z historią jakichkolwiek chorób skóry stwierdza, że te osoby częściej miały objawy depresyjne, odczuwały izolację społeczną i samotność. Poniżej przyjrzymy się kilku przyczynom wyjaśniającym to obserwowane zjawisko.

Po pierwsze, należy zwrócić większą uwagę na pacjentów z podwyższonym ryzykiem wystąpienia objawów depresyjnych, takich jak osoby niepracujące, samotne i w podeszłym wieku. Niektóre badania sugerowały bowiem regularne monitorowanie pacjentów za pomocą krótkiego instrumentu, takiego jak krótki test standaryzowany, w celu wczesnego wykrycia depresji i odpowiedniego skierowania ich do odpowiedniej opieki. Wczesne wykrycie depresji jest ważne dla pacjentów z jakąkolwiek chorobą przewlekłą, w tym chorobami skóry, ponieważ badania wykazały, że pacjenci z depresją trzykrotnie częściej nie przestrzegają zaleceń lekarskich w porównaniu z pacjentami bez depresji [11].

Ponadto podczas leczenia pacjentów z chorobami skóry należy położyć większy nacisk na interwencje psychospołeczne. Istniejące badania wykazały skuteczność interwencji psychospołecznych, takich jak terapia poznawczo-behawioralna, zarówno osobiście, jak i online, terapia poznawcza oparta na uważności i ustrukturyzowany trening edukacyjny. Interwencje te są przydatne w pomaganiu pacjentom w pozytywnym radzeniu sobie z ich stanem i promowaniu adaptacji, a tym samym poprawie stanu emocjonalnego pacjentów.

Analiza szeroko zakrojonych badań wykazała, że tylko 18% dermatologów deklaruje jasne zrozumienie psychodermatologii [12]. Choroby skóry – zwłaszcza te widoczne na odkrytych częściach ciała - mają niekorzystny wpływ na samopoczucie psychospołeczne i mogą prowadzić do nasilenia objawów depresyjnych, izolacji społecznej, samotności i obniżenia jakości życia. Psychologiczny wpływ chorób skóry jest często niedoceniany w porównaniu z innymi chorobami przewlekłymi. Należy przyjąć bardziej holistyczne

w leczeniu trądziku pospolitego i innych chorób skóry oraz ich wpływ na jakość życia psychicznego podejście, aby zoptymalizować opiekę nad pacjentem i zmniejszyć obciążenie chorobami skóry. Niektóre kwestie obejmują regularne monitorowanie pacjentów pod kątem zmian związanych z nastrojem i wczesne wdrażanie interwencji psychospołecznych [13].

Choroby skóry mogą niekorzystnie wpływać na wszystkie aspekty życia człowieka, począwszy od nauki szkolnej, relacje międzyludzkie (szczególnie rodzinne i partnerskie), poczucie obniżenia własnej wartości i nie zawsze trafne wybory zawodowe, a także uczestnictwo w życiu społecznym, problemy seksualne i rekreacyjne [7]. Doświadczenie izolacji, zażenowania, wstydu, depresji i lęku występują wspólnie i stygmatyzują chorych, dyskryminują i powodują brak akceptacji społecznej - doświadczają tych uczuć osoby dotknięte chorobami skóry, co powoduje nasilenie objawów, brak postępów w terapii i ogólne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta. Dlatego też interwencja psychologiczna może być niezwykle pomocna zarówno w leczeniu, jak i radzeniu sobie z wieloma rodzajami chorób skóry. Jednak wiele osób cierpiących na choroby skóry jest zdesperowanych i sfrustrowanych niemożnością otrzymania potrzebnego wsparcia psychologicznego. Dowody z licznych badań o dużym zasięgu społecznym wskazują, że choroby skóry mają psychospołeczny wpływ na pacjentów i są chronicznie niedoceniane przez pracowników służby zdrowia [14].

Wielu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej nie ma dostępu do szkoleń z zakresu dermatologii lub psychodermatologii, by dokonać oceny i rozpocząć leczenie pacjentów z chorobami skóry i towarzyszącymi zaburzeniami psychicznymi, bo ważnym dla pacjenta jest szybki i łatwy kontakt z lekarzem, który pomoże mu w leczeniu schorzenia skóry i poprawi kondycję psychiczną związaną z chorobą skóry. Coraz więcej dowodów wskazuje, że całłościowe podejście do pacjentów od samego początku ich leczenia choroba w dłuższej perspektywie zmniejsza rozmiary chorób fizycznych i psychospołecznych [14].

Najwłaściwszym rozwiązaniem byłoby, gdyby na wszystkich oddziałach dermatologicznych pracował i służył pomocą co najmniej jeden dermatolog przeszkolony w dziedzinie psychodermatologii, służący poradą chorym na choroby skóry. Wszystkie oddziały dermatologiczne powinny mieć regionalny dostęp do usług z zakresu psychodermatologii. A specjalistyczne ośrodki psychodermatologiczne – według standardów europejskich powinny rutynowo zapewniać 45 minut czasu terapii dla nowych pacjentów i 30 minut na wizyty kontrolne, co zmieniłoby punkt widzenia na własne niedoskonałości i widoczne choroby skóry u pacjentów [15].

w leczeniu trądziku pospolitego i innych chorób skóry oraz ich wpływ na jakość życia psychicznego

Zdrowie psychiczne i fizyczne są ze sobą nierozzerwalnie powiązane. Istnieje mnóstwo dowodów wykazujące, że ludzie są narażeni na zwiększone ryzyko pogorszenia stanu zdrowia psychicznego w ciągu życia z przewlekłą chorobą skóry. Niepokój związany z wyglądem, lęk społeczny i depresja są potencjalnymi skutkami, silnie odczuwalnymi przez pacjenta [16].

Niedawna pandemia Covid-19, izolacja społeczna, brak dostępu do lekarza i kosmetologa zwiększyła narażenie na czynniki stresogenne i pogłębiły się problemy psychiczne w społeczności osób z chorobami skóry, która już i tak znacznie cierpi emocjonalne i psychiczne [17].

Psychodermatologia jest tą dyscypliną i podspecjalnością dermatologii, która uznaje połączenie skóry i umysłu – czyli *some* i *psyche*. Interwencje psychologiczne, samodzielnie lub jako uzupełnienie konwencjonalnej metody leczenia dermatologicznego mogą być pomocne zarówno w leczeniu, jak i radzeniu sobie z wieloma problemami schorzenia skóry, które są niezwykle powszechne. Terapia psychodermatologiczna może pomóc pacjentom dermatologicznym poprawić ich stan psychosomatyczny i wzmocnić poczucie własnej wartości. Pomocna może być również terapia grupowa – gdy pacjent z chorobą skóry uświadomi sobie, że nie jest odosobnionym przypadkiem, że inni także potrzebują treningu umiejętności zachowań społecznych i asertywności w związku z chorobami skóry.

Pacjenci tzw. dermatologiczni obserwują i analizują doświadczenia innych osób na temat ich stanu schorzenia, wspólnie ćwiczą z innymi członkami grupy terapeutycznej i otrzymują wsparcie oraz wskazówki jak prawidłowo funkcjonować z chorobą skóry, budują indywidualne i przydatne strategie radzenia sobie, zdobywają umiejętności interakcji społecznych związanych bezpośrednio ze stanem skóry [18].

Pilnym priorytetem jest zapewnienie podstawowego szkolenia dermatologicznego dla wszystkich lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek, kosmetologów i farmaceutów. Zapalne choroby skóry są stanami długotrwałymi i prawdopodobnie pacjenci będą potrzebować stałej opieki, często nawet przez całe życie pacjenta. Podobnie psychospołeczne skutki chorób skóry należy uznać za integralną część każdego kursu dermatologicznego [19].

Prawdopodobnie dermatolodzy i inne osoby opiekujące się osobami z chorobami skóry zawsze byli świadomi potencjalnego pogorszenia jakości życia spowodowanego przez chorobę skóry. Obszar ten został wielokrotnie opisany w literaturze dermatologicznej w ciągu ostatniego stulecia. Jednak badania formalne, polegające na tworzeniu i wykorzystaniu metodologii pomiaru wpływu jest zjawiskiem stosunkowo nowym. Za podstawowy pomiar uznano test HRQoL (mierzący jakość życia zależną od zdrowia - to postrzegany stan zdrowia fizycznego i psychicznego jednostki lub grupy w czasie) jako ważny wskaźnik oceny,

w leczeniu trądziku pospolitego i innych chorób skóry oraz ich wpływ na jakość życia psychicznego pozwalający pacjentom wyrazić swoją opinię na temat przypisywanej im wartości stanu zdrowia oraz o tym, jak ich choroba i leczenie wpływają na jakość ich życia. HRQoL umożliwia także pracownikom służby zdrowia ocenę zmian w poprawie samopoczucia pacjenta przez cały okres choroby [20].

Wnioski

1. Widoczne w badaniach własnych zmiany trądzikowe i potrądzikowe miały wpływ na emocje - składową jakości życia uczestników badania. Połowa grupy stwierdziła, że czuła się normalnie, a druga połowa odczuwała rozdrażnienie i niepokój.
2. Kolejną składową jakości życia badanych stanowiły komplikacje w życiu z powodu zmian trądzikowych – około 20% z nich odczuwało je bardzo i bardzo mocno. Pozostałym uczestnikom widoczne zmiany nie komplikowały życia.
3. U ponad 70% grupy badanej trądzikowe zmiany na skórze nie spowodowały żadnych zmian emocjonalnych, natomiast około 30% przeżyło długotrwały okres izolacji społecznej i stany depresyjne. Negatywny wpływ zmian chorobowych na różne sfery życia codziennego obniżał własną samoocenę – dla większości z nich, spadek pewności siebie, kontakty towarzyskie i relacje w związkach - dla pozostałych.
4. Wśród emocji towarzyszących podczas obserwacji zmian trądzikowych na swojej skórze dominowały kolejno: zazdrość wobec posiadających gładką cerę, niska samoocena, dyskomfort psychiczny, uczucie niepewności i zażenowania.
5. Zdecydowana większość uczestników badania była pogodzona z własnymi zmianami trądzikowymi i trądzik nie przeszkadzał im w życiu codziennym, ale też 22% nigdy nie zaakceptują zmian trądzikowych i potrądzikowych lub nie w pełni są pogodzeni z widocznymi zmianami.

Piśmiennictwo

1. Korabel, H., Dudek, D., Jaworek, A., Wojas-Pelc, A.: Review paper Suicidal ideation and behaviour in dermatological patients. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii* 2008; 25(2): 69-75.
2. Czuba B.: Rola czynników psychologicznych w przebiegu atopowego zapalenia skóry. *Edukacja -Terapia - Opieka* 2021; 3: 218–226.

3. Korabel, H., Dudek, D., Jaworek, A., Wojas-Pelc, A.: Psychodermatologia: psychologiczne i psychiatryczne aspekty w dermatologii. *Przegląd Lekarski* 2008; 65(5): 102-113.
4. Steuden S., Janowski K.: Choroby dermatologiczne a zaburzenia psychiczne. *Przegląd Dermatologiczny* 2000; 3: 257-61.
5. Lavda A.C., Webb T., Thompson A.R.: A meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions for adults with skin conditions. *British Journal of Dermatology* 2012; 167(5): 76-82.
6. Topór-Mądry R., Gilis-Januszewska A., Kurkiewicz J., Pająk A.: Szacowanie potrzeb zdrowotnych. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2002.
7. Makowska I., Gmitrowicz A.: Psychodermatologia – pogranicze dermatologii, psychiatrii i psychologii. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2014; 14(2): 100–105.
8. Czuba B.: Rola czynników psychologicznych w przebiegu atopowego zapalenia skóry. *Edukacja -Terapia - Opieka* 2021; 3: 218–226.
9. Tan J.K.L., Bhate K.: A global perspective on the epidemiology of acne. *British Journal of Dermatology* 2015; 172(1): 3-12.
10. Jankowska B.: Wpływ wybranych elementów stylu życia oraz zastosowanych zabiegów kosmetycznych na jakość życia pacjentów z trądzikiem pospolitym. Białystok 2022.
11. Ip A, Muller I, Geraghty A., Platt D., Little P., Santer M.: Views and experiences of people with acne vulgaris and healthcare professionals about treatments: systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *British Medical Journal Open* 2021; 11:1-12.
12. Kopystyńska M.: OZZL: pacjenci nie rozumieją zaleceń lekarzy online [w]: <https://www.cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/ozzl-pacjenci-nie-rozumieja-zalecen-lekarzy>, dostęp 24.08.2023.
13. Kozłowska J., Jędrzejewska J.: Uczucia i motywacja w psychologii – zbiór wybranych zagadnień. Wydawnictwo Naukowe TYGIEL, Lublin 2022.
14. Wójcik M.: Holistyczne podejście do pacjenta - czym jest i dlaczego warto je stosować w leczeniu, online [w]: <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/niezbednik-pacjenta/holistyczne-podejscie-do-pacjenta-czym-jest-i-dlaczego-warto-je-stosowac-w-leczeniu-aa-BS7a-6zwV-9rD3.html>, dostęp 20.08.2023.
15. Makowska I., Gmitrowicz A.: Psychodermatologia – pogranicze dermatologii, psychiatrii i psychologii. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2014; 14(2): 100–105.

16. Mental health and skin disease, A Report Of The All-Party Parliamentary Group On Skin, London 2020.
17. Ziarko M.: Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej. Wydawnictwo Nauk Społecznych i Humanistycznych UAM, Poznań 2014.
18. Kurpas D., Miturska H., Kaczmarek M.: Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2009.
19. Barankin B., DeKoven J.: Psychosocial effect of common skin diseases. Canadian Family Physician 2002; 48: 142-147.
20. Walker C., Papadopoulos L. (red.): Psychodermatology. The Psychological Impact of Skin Disorders. Cambridge University Press 2005.

ISBN KOMPLET - 978-83-964323-2-2
ISBN - TOM II -978-83-67454-35-3