

Filipska Karolina, Zalewska Iwona, Ciesielska Natalia, Sokołowski Remigiusz, Podhorecka Marta, Zukow Walery. Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z atopowym zapaleniem skóry = Nurse's role in taking care of a patient with atopic dermatitis. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(1):229-240. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.45344>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3357>
<https://pbn.nauka.gov.pl/works/710179>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 15.12.2015. Revised 12.01.2016. Accepted: 25.01.2016.

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z atopowym zapaleniem skóry

Nurse's role in taking care of a patient with atopic dermatitis

Karolina Filipiska¹, Iwona Zalewska¹, Natalia Ciesielska¹, Remigiusz Sokołowski²,
Marta Podhorecka¹, Walery Zukow³

¹Katedra i Klinika Geriatrii, Uniwersytet Mikołaja Kopernika Collegium Medicum, Bydgoszcz

²Katedra Higieny, Epidemiologii i Ergonomii, Zakład Ergonomii i Fizjologii Wysiłku Fizycznego,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika Collegium Medicum, Bydgoszcz

³Wydział Kultury Fizycznej, Zdrowia i Turystyki, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Słowa kluczowe: atopowe zapalenie skóry, psychologiczne aspekty chorób, świąd, rola pielęgniarki.

Keywords: atopic dermatitis, psychological aspects of diseases, itching, nurse's role.

Streszczenie

Wstęp. Atopowe zapalenie skóry (AZS, ang. atopic dermatitis) jest chorobą alergiczną o przewlekłym i nawracającym przebiegu. Toczący się proces chorobowy dotyczy naskórka i skóry właściwej. AZS to najpowszechniej występująca przewlekła choroba zapalna dzieci, której patogenezę nie jest do końca poznana. Uznaje się, że na rozwój choroby składają się czynniki genetyczne, immunologiczne, oraz środowiskowe.

Cel. Przedstawienie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z atopowym zapaleniem skóry.

Material i metody. Dokonano przeglądu 43 doniesień naukowych – artykuły badawcze i poglądowe oraz literatura współczesna - obejmujących swą tematyką rolę pielęgniarki w opiece nad pacjentem z atopowym zapaleniem skóry. Posługując się słowami kluczowymi: *atopowe zapalenie skóry, psychologiczne aspekty chorób, świąd rola pielęgniarki* przeszukano bazy bibliograficzne *Ebsco, ScienceDirect, SpringerLink, Medline*.

Wyniki. Zadania pielęgnacyjno-opiekuńcze wynikają z poszczególnych symptomów AZS. Wśród założeń opieki pielęgnarskiej wymienia się: zmniejszenie świądu i suchości skóry; zminimalizowanie zaburzeń sennych; obniżenie ryzyka wtórnych nadkażeń bakteryjnych, wirusowych lub grzybiczych; oraz kompleksowa edukacja chorego i jego rodziny w celu szybszej rekonwalescencji i wydłużenia okresów remisji.

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

Summary

Introduction. Atopic dermatitis (AD) is an allergic disease of chronic and recurrent course. Progressing disease refers to the epidermis and dermis. AD is the most commonly occurring chronic inflammatory disease of children, whose pathogenesis is not fully understood. It is recognized that the development of the disease consists of genetic, immunologic, and environmental factors.

Purpose. Presentation of the role of nurses in the care of patients with atopic dermatitis.

Materials and methods. A review of 43 scientific reports - research articles and opinion articles and contemporary literature - including its theme the role of nurses in the care of patients with atopic dermatitis. Using the key words: *atopic dermatitis, psychological aspects of the disease, pruritus, the role of nurses* searched bibliographic databases EBSCO, ScienceDirect, SpringerLink, Medline.

Results. The tasks of nursing care stem from individual symptoms of AD. Among the objectives of nursing care are: reducing itching and dry skin; minimizing distortions dream; reducing the risk of Second bacterial, viral or fungal infections; and comprehensive education of the patient and his family for faster recovery and longer periods of remission.

Conclusions. AD domain negatively affects physical, mental and social of the patient. Due to its excessive length and wide dissemination is one of the biggest challenges for both the nurses and the entire therapeutic team. Effective treatment of dermatological, proper home care and psychological care, and education should be a regular part of comprehensive care for patients with AD.

Wstęp

Atopowe zapalenie skóry (AZS, ang. atopic dermatitis) to przewlekła i nawracająca dermataza zapalna dotycząca naskórka oraz skóry właściwej. Charakteryzuje się typową morfologią (zaczerwienie, suchość, łuszczenie) i lokalizacją (zgięcia łokciowe i kolanowe, szyja, twarz, a nawet całe ciało) skórnych zmian zapalnych oraz silnym świądem. AZS uznawana jest za najpowszechniej występującą przewlekłą chorobę zapalną dzieci. W ok. 50% rozpoczyna się w wieku niemowlęcym, u ok. 90% przed 5. rokiem życia [1]. Dane epidemiologiczne ukazują, że pierwsze objawy u 45% pojawiają się przed 6. miesiącem życia. AZS występuje nieznacznie częściej u dziewczynek niż u chłopców, jest to stosunek 1,5: 1. Chorobę najczęściej stwierdza się w krajach skandynawskich oraz Wielkiej Brytanii, najrzadziej natomiast na Litwie i w Albanii. W Polsce na AZS cierpi 4,7% dzieci i 1,6% dorosłych [2,3]. AZS często współwystępują inne choroby atopowe. Badania dowodzą, że u 35–66% osób chorych pojawia się alergiczny nieżyt nosa, natomiast u 30– 60% astma oskrzelowa [4].

Patogeneza AZS nie jest do końca poznana. Uznaje się, że współdziałanie czynników genetycznych, uszkodzenie bariery naskórkowej, zaburzenia układu immunologicznego oraz

czynników środowiskowych wpływają w istotny sposób na rozwój choroby [5,6]. W patomechanizmie AZS istotną rolę odgrywają zarówno czynniki immunologiczne, jak i niealergiczne. Czynniki genetyczne kontrolują wytwarzanie IgE i są odpowiedzialne za wystąpienie atopii [7,8]. Dotychczas zidentyfikowano kilka genów warunkujących poszczególne zjawiska związane z odpowiedzią immunologiczną [9]. Badanie Larsena i wsp.[10] nad obecnością AZS wśród bliźniąt wykazały współwystępowanie zachorowań u 72–86% bliźniąt monozygotycznych oraz u 21–23% bliźniąt dizygotycznych, co ukazuje istotną rolę podłoża genetycznego. W badaniach przeprowadzonych w populacji niemieckiej i skandynawskiej [11] oraz brytyjskiej [12] wykazano związek pomiędzy podwyższonym poziomem IgE a regionem 3q21, 5q31 oraz 16q. W badaniu Bradleya i wsp. wzięto pod uwagę ciężkość choroby i uzyskano związek z regionami 3q14, 13q14, 15q14-15, 17q21 [11]. Bradleya i wsp. [13] zwrócili zarówno uwagę na stopień zaawansowania choroby i wykazali związek z 3q14, 13q14, 15q14-15, 17q21. Badacze dodatkowo zaobserwowali, że 3q21 może predysponować również do astmy, cukrzycy typu 1, czy reumatoidalnego zapalenia stawów [14]. Kolejno do czynników środowiskowych, które predysponują do AZS zalicza się: i) zamieszkiwanie w środowisku miejskim, w rejonach o klimacie suchym, chłodnym i umiarkowanym; ii) brak ekspozycji na infekcje i kontakt z alergenami we wczesnym dzieciństwie spowodowane zbytnią dbałością o higienę i czystość otoczenia dziecka; iii) występowanie choroby w rodzinie; iv) późny wiek matki w chwili urodzenia dziecka v) palenie tytoniu; vi) oraz czynniki drażniące (detergenty, kosmetyki, środki czystości czy szorstkie, wełniane tkaniny) [15].

W celu rozpoznania atopowego zapalenia skóry stosuje się sformułowane przez Hanifina i Rajkę kryteria diagnostyczne, na które składają się kryteria główne oraz szczegółowe. W celu postawienia właściwego rozpoznania należy u chorego stwierdzić przynajmniej 3 z 4 objawów głównych i 3 z 23 objawów szczegółowych [16]. Za kryteria główne uznaje się: świąd skóry, typową morfologię zmian i ich lokalizację, przewlekły i nawrotowy przebieg, dodatni wywiad atopowy u pacjenta i/lub jego rodziny (wyprysk atopowy, astma, alergiczny nieżyt nosa). Natomiast do kryteriów szczegółowych zaliczamy: suchość skóry, rybią łuskę, natychmiastowe reakcje skórne, podwyższony poziom IgE, wczesny wiek wystąpienia zmian, skłonność do nawrotowych zakażeń skóry, nieswoisty wyprysk rąk i/lub stóp, zapalenie brodawek sutkowych, zapalenie czerwieni wargowej, nawrotowe zapalenia spojówek, fałd Dennie-Morgana (dodatkowy fałd skórny poniżej dolnej powieki), stożek rogówki, zaćmę, przebarwienie powiek i skóry wokół oczu, łupież biały, fałd szyjny, świąd po spoceniu, nietolerancję pokarmów, nietolerancję wełny, zaostrenie pod

wpływem zdenerwowania i emocji, biały dermatyzm, rumień twarzy, akcentację mieszków włosowych [17]

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z atopowym zapaleniem skóry.

Material i metody

Dokonano przeglądu 43 doniesień naukowych – artykuły badawcze i pogładowe oraz literatura współczesna - obejmujących swą tematyką rolę pielęgniarki w opiece nad pacjentem z atopowym zapaleniem skóry. Posługując się słowami kluczowymi: *atopowe zapalenie skóry (atopic dermatitis)*, *psychologiczne aspekty chorób (psychological aspects of diseases)*, *świąd (itching)*, *rola pielęgniarki (nurse's role)* przeszukano bazy bibliograficzne *Ebsco*, *ScienceDirect*, *SpringerLink*, *Medline*.

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z atopowym zapaleniem skóry

W zależności od stopnia zaawansowania AZS, opieka pielęgniarska nad pacjentem będzie obejmowała szeroki wachlarz zadań. AZS jako choroba przewlekła, której objawy są widoczne, ma negatywny wpływ na aspekty psychologiczne, socjalne i finansowe. Dlatego też opieka nad pacjentem z AZS stanowi prawdziwy test profesjonalizmu i zaangażowania pielęgniarki na rzecz człowieka potrzebującego. Pielęgniarka musi podjąć wiele działań, wykorzystując własną wiedzę, umiejętności oraz informacje, jakie uzyska o pacjencie [13].

Zadania pielęgnacyjno-opiekuńcze należy podzielić na grupy, wynikające z poszczególnych symptomów AZS. Do klasycznych problemów wynikających z objawów należy uporczywy świąd skóry, zaburzenia snu, suchość skóry, oraz ryzyko wtórnych nadkażeń bakteryjnych, wirusowych lub grzybiczych [18].

Wiodącym problemem pacjentów z AZS jest uporczywy świąd skóry oraz jej suchość, co spowodowane jest zmianami chorobowymi. Występują one u około 98% chorych. Zaleca się wyjaśnienia konieczności zachowania higieny całego ciała, szczególnie dłoni i paznokci, w procesie leczenia choroby. Dodatkowo należy zapewnić odpowiednią temperaturę (18-21° C) oraz wilgoć powietrza (30-40%) w pomieszczeniu, w którym przebywa podopieczny. Ważnym elementem jest również poinformowanie pacjenta i jego rodziny o prawidłowym postępowaniu w przypadku uporczywego świądu. Rekomenduje się:

- uciskanie skórę palcem bądź grzbietem paznokcia zamiast drapania;

- stosowanie ubrań bawełnianych, przewiewnych;
- unikanie materiałów szorstkich, syntetycznych i wełnianych;
- pranie ubrań w łagodnych detergentach, najlepiej przeznaczonych specjalnie dla alergików, w temp. co najmniej 60° C;
- dostosowanie ubioru do temperatury otoczenia, unikanie przegrzewania oraz wyziębienia ciała;
- ograniczenie aktywności fizycznej oraz unikanie promieni słonecznych [19].

W celu eliminacji świądu i suchości skóry istotną rolę odgrywają właściwe zabiegi pielęgnacyjne. Podstawą leczenia AZS jest przywrócenie zaburzonych funkcji bariery skórnej, czyli zapewnienie odpowiedniego nawilżenia i natłuszczenia naskórka [20]. Preparaty nawilżające i natłuszczające (emolienty) powinny być stale stosowane co najmniej 2 razy dziennie (maksymalny czas ich działania wynosi 6 godz.). Dowiedziono, że małe dziecko wymaga w ciągu tygodnia co najmniej 250g, a dorośli 500g środków do pielęgnacji całej powierzchni ciała [21].

Największe znaczenie w pielęgnacji mają preparaty zawierające mocznik (5–10%), utrzymujący prawidłowe nawilżenie warstwy rogowej naskórka. Stopień nawilżenia i elastyczność naskórka różnią się w poszczególnych okolicach ciała oraz zależą od warunków otoczenia, temperatury, wilgotności, aktywności fizycznej, jak i diety chorego. W okresach zimowych skóra jest bardziej sucha i łatwiej ulega podrażnieniom. Natomiast zwiększone wydzielanie potu na skutek wzrostu temperatury ciała wpływa na nasilenie świądu doprowadzając do zaostrzenia zmian skórnych.

W niektórych przypadkach pielęgnacja skóry może być wystarczającą formą leczenia. Często jednak stosuje się także tzw. terapie naprzemienne. Polegają one na stosowaniu czynnego leku co 2-3 dni, a w pozostałe dni stosuje się w miejscu zmian zapalnych podłoża lekowe. Powodują one aktywację działania leku zgromadzonego wcześniej w przestrzeniach międzykomórkowych naskórka [22]. Rolą pielęgniarki jest także uświadamianie rodziny i pacjenta o konieczności przyjmowania większej ilości płynów doustnych w celu utrzymania prawidłowego stanu nawilżenia skóry. Zaleca się podopiecznemu również kąpiele lecznicze z dodatkiem olejów naturalnych, bądź mineralnych. Niekiedy do takich środków dodawane są miejscowe preparaty znieczulające np. 3% polidokanol, mający za zadanie dodatkowo zredukować uporczywy świąd skóry. Pielęgniarka informuje pacjenta o konieczności delikatnego rozcierania stosowanych środków (nie wmasowywania). Kąpiele powinny odbywać się w wodzie o temperaturze 33-34⁰C, bez detergentów i trwać co najmniej 10–15

min. Poleca się wysuszenie skóry bez pocierania i następowe (ok. 5 min po kąpiel) zastosowanie obojętnych preparatów nawilżająco-natłuszczających. Można również stosować kąpiele osłaniające, kąpiel krochmalową itp. Ważne z punktu widzenia pielęgnacji jest używanie dermokosmetyków o pH 5,5, bez substancji o potencjalnym działaniu alergizującym i drażniącym, które wspomagają odtworzenie kwaśnego lipidowego płaszcza skóry [23].

W okresie zaostrzeń choroby stosowane jest leczenie przeciwzapalne miejscowymi preparatami glikokortykosteroidowymi (mGKS) i/lub inhibitorami kalcyneuryny (mIK). W niektórych przypadkach leczenie AZS obejmuje zastosowanie leków przeciwhistaminowych i immunosupresyjnych. W związku z uszkodzeniem bariery naskórkowej i ryzykiem pojawienia się wtórnych infekcji powszechne jest stosowanie leczenia przeciwdrobnoustrojowego. Pomocną metodą w walce z AZS jest również fototerapia [24].

Głównymi następstwami psychologicznymi chorób alergicznych najczęściej są zaburzenia snu. Towarzyszący pacjentom uporczywy, przewlekły świąd szczególnie przybiera na sile w godzinach wieczornych przyczyniając się do zaburzenia snu [25]. Badania wykazały, że z powodu świądu aż 65% chorych z AZS ma problemy ze snem, które następnie objawiają się kłopotami z porannym przebudzeniem, rozdrażnieniem i wahaniami nastroju w ciągu dnia [26]. W populacji osób powyżej 18 rż. u 84% osób diagnozuje się trudności z zaśnięciem, 79% zgłasza problem wybudzeń spowodowanych uporczywym świądem, a 38% stosuje leki nasenne w ramach strategii zaradczej [27]. Występujące nocne ataki uporczywego świądu nierzadko ujawniają się na poziomie behawioralnym, czyli w postaci niekontrolowanego odruchu drapania. Stają się one częstym powodem obrażeń z powodu występującej zmniejszonej śródśennej kontroli wolicjonalnej. Udowodniono, że odruch drapania bywa kłopotliwy do opanowania. Jak dowodzą Szepietowski i wsp. [28], świąd w końcowym odcinku przewodzenia stymuluje prace kory przedczołowej i oczodołowej-czołową, stanowiącą układ nagrody. Jej zbytne pobudzenie, prowadzące do poczucia przyjemności, wiąże się z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi [29]. Z tego względu pielęgniarka powinna zalecić stosowanie środków ostrożności, tj. ochronne rękawiczek na czas snu, i częste skracanie paznokci w celu zminimalizowania szkód. Należy pamiętać również o wietrzeniu pomieszczenia przed snem, eliminacji zbędnego oświetlenia oraz unikaniu wszelkich czynności pobudzających psychicznie co najmniej 90 min. przed snem [30].

Kolejnym istotnym problemem pielęgnacyjnym pacjentów z AZS jest brak świadomości zagrożeń wynikających z nieprzestrzeganej diety. Celem działań pielęgniarskich

jest edukacja podopiecznego, co do przestrzegania diety eliminacyjnej i zmiany nawyków żywieniowych. Należy poinformować chorego o ograniczeniu lub wyeliminowaniu z jadłospisu produktów zaostrzających objawy choroby np. mleko krowie, żółte sery, jaja kurze, ryby, ostre przyprawy, orzechy włoskie, czekolada i kakao, niektóre owoce cytrusowe. Do produktów o największym potencjale uczulającym zaliczane są także produkty zbożowe zawierające gluten, soję, jak również konserwanty i barwniki stosowane przy produkcji żywności. Pacjent powinien wybierać produkty jak najmniej przetworzone, z wiarygodnego źródła [31]. Pielęgniarka zaleca podopiecznemu wprowadzanie nowych produktów do diety pojedynczo w odstępach 10-dniowych, najpierw w małych ilościach, a następnie w stopniowo zwiększanych porcjach. Zaleca się spożywanie potraw lekkostrawnych, które nie wywołują wzdęć ani uczucia nudności. Korzystne są pokarmy nisko tłuszczowe i takie, które zawierają nienasycone kwasy tłuszczowe. Polecane jest wzbogacenie diety w kwas omega-3, którego źródłami są między innymi tran i oliwa z oliwek. Do „bezpiecznych pokarmów”, które uczulają rzadko lub wcale zaliczamy: ryż, kaszę gryczaną, makarony (najlepiej razowe), mięso kurczaka i indyka, ryby (sum, halibut), warzywa (marchew, pietruszka, ziemniaki, czosnek, cebula, por), grzyby (w tym pieczarki i boczniki) i świeże owoce (poza cytrusami i bananami). Istotnym aspektem jest także przestrzeganie odpowiedniej pory posiłków, pamiętając o jedzeniu 4-5 posiłków dziennie w regularnych odstępach czasu (2,5 – 4 godziny) i spożywaniu śniadań do godziny po obudzeniu i kolacji około 3 godzin przed położeniem się spać. Należy unikać spożywania posiłków w nadmiernych ilościach przed snem, unikać słodczy, i soków owocowych [32].

Pacjenci z AZS bardzo często borykają się również z ryzykiem wystąpienia wtórnych nadkażeń bakteryjnych, wirusowych lub grzybiczych, spowodowanych nieprawidłową pielęgnacją. Rolą pielęgniarki jest uwrażliwienie pacjenta i rodziny na respektowanie prawidłowej higieny całego ciała oraz pielęgnacji skóry. Istotną czynnością zapobiegającą wtórnym nadkażeniom jest regularne stosowanie emolientów. Pielęgniarka uczy pacjenta poprawnej obserwacji skóry pod kątem objawów mogących świadczyć o wtórnym nadkażeniu (zaczerwienienie, śczenie, świąd, pojawienie się łuski). Należy także poinformować podopiecznego i rodzinę o konieczności zgłaszania personelowi lekarsko-pielęgniarskiemu wszelkich niepokojących objawów [1].

Organizacja opieki

W trosce o osoby z AZS sprawowaną opiekę powinno cechować holistyczne i indywidualne podejście do każdego pacjenta. Dla jej zapewnienia w każdym szpitalu istnieje

zespół terapeutyczny. Podstawę jego składu stanowi lekarz, pielęgniarka i pacjent (jako podmiot opieki i jako partner) oraz zależnie od potrzeb i możliwości inni członkowie np. psycholog, fizjoterapeuta, oraz rodzina pacjenta, którzy muszą ze sobą zgodnie współpracować dla dobra pacjenta. Praca zespołu terapeutycznego ma na celu ustalenie indywidualnego programu leczenia obejmującego farmakoterapię, psychoterapię, fizjoterapię, zabiegi pielęgnacyjno-opiekuńcze. Celem interwencji całego zespołu terapeutycznego jest zahamowanie progresji, a także profilaktyka powikłań [33].

Rolą pielęgniarki i całego zespołu terapeutycznego w organizacji opieki nad pacjentem z AZS jest szczególne zwrócenie uwagi na negatywne stany emocjonalne podopiecznego. Większość badaczy wskazuje na triadę objawową modyfikującą sposób funkcjonowania psychicznego osób z AZS. Do triady często zalicza się współwystępowanie lęku, depresji i tendencji samobójczych. U starszych dzieci oraz osób dorosłych wygląd zewnętrzny skóry jest jednym ze sposobów manifestacji własnej osobowości. Osoby ze zmianami skórnymi postrzegają siebie jako mniej atrakcyjne, mają zaniżoną samoocenę [34]. Modyfikacja poczucia własnej wartości pojawiająca się w następstwie depresji zależy od płci – w większym stopniu odnosi się do kobiet [35]. Szacuje się, że około 30–60% pacjentów z dermatozami ma zaburzenia depresyjno-lękowe [26]. Szczególnie silnie zaburzenia lękowe manifestują się w populacji dorosłych z AZS [29]. Najbardziej drastycznym wyrazem depresji są zachowania suicydalne. Doniesienia naukowe zgłębiające ich częstotliwość w populacji alergików są niejednoznaczne. Przykładowo Kimata [36] wykazał, że tendencje tego typu przejawia 19,6% dorosłych z ciężkimi objawami AZS i 6% osób o umiarkowanej manifestacji schorzenia. Według badań populacji polskiej co siódma osoba z AZS doświadcza myśli samobójczych [27].

Należy zwrócić uwagę, że większość działań terapeutycznych skupia się obecnie głównie na podejściu czysto farmakologicznym, głównie poprzez stosowanie różnego rodzaju leków. W świetle przedstawionych powyżej dolegliwości psychosomatycznych można stwierdzić, iż nie są to wystarczające działania dla złagodzenia występujących objawów. Choroby skóry, pomimo tego że nie są klasyfikowane do schorzeń zagrażających życiu, to z powodu ich widoczności są zaliczane do chorób negatywnie wpływających na jakość życia pacjenta [37]. Bardzo istotną zatem rolą zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentem z AZS będzie wzmacnianie poczucia własnej wartości, kształtowanie prawidłowego obrazu własnej osoby. W trakcie leczenia ważna jest współpraca pacjentów z psychologiem, a niekiedy lekarzem psychiatrą. Szczególnie przydatne wydają się tu być techniki relaksacyjne i

podejście poznawcze. Nie można też pominąć roli grup wsparcia dla przewlekle chorych pacjentów [38].

Wnioski

AZS wpływa negatywnie na wiele aspektów życia chorego, mając swoje konsekwencje fizyczne, psychologiczne oraz środowiskowe. W postępowaniu z chorym na AZS istotne jest uświadomienie podopiecznemu i jego rodzinie, że jest to schorzenie o przewlekłym i nawrotowym charakterze. Zmiany skórne mogą powracać nawet po długim okresie remisji, a leczenie polega jedynie na łagodzeniu objawów choroby. Głównym zadaniem pielęgniarki jest edukacja pacjenta i jego rodziny, co stanowi integralną i bardzo ważną część terapii AZS. Należy dokładnie odpowiedzieć na wszystkie pytania pacjenta i jego opiekunów [39]. Niezbędna jest informacja dotycząca przyczyn, leczenia i zapobiegania chorobie. Informacje na temat właściwej pielęgnacji skóry ułatwiają współpracę z pacjentem, poprawiają skuteczność terapii i jakość życia. Skuteczne leczenie dermatologiczne, odpowiednia edukacja oraz właściwa opieka psychologiczna powinny stanowić stały element kompleksowej opieki nad chorym z AZS.

Bibliografia:

1. Mrozowski T. Pielęgnacja skóry wrażliwej i alergicznej, w tym atopowej. *Świat farmacji*. 2010; 05 (54): 11-15.
2. Bayliss M, Bree A, Chern P. *Dermatologia pediatryczna: diagnostyka i leczenie*, tłum. A. Kaszuba, M. Ziarkiewicz, red. A. Kaszuba, Lublin: Czelej; 2007: 51-56.
3. Bernatowska E, Rokicka-Milewska R. *ABC chorób wieku dziecięcego*. Warszawa: PZWL; 2012: 305-311.
4. Deckert S, Kopkow C, Schnitt J. Nonallergic comorbidities of atopic eczema: an overview of systematic review. *Allergy*. 2014; 69: 37-45.
5. Jabłońska S, Majewski S. *Choroby skóry i przenoszone drogą płciową*. Warszawa: PZWL; 2008: 179-185.
6. Małczyńska T. Atopowe zapalenie skóry (AZS) u dzieci- wskazówki praktyczne. *Standardy medyczne- pediatria*. 2011; 8 (6): 911-920.

7. Silny P, Czarnecka-Operacz M, Silny W. Znaczenie reakcji alergicznej typu natychmiastowego wywołanej przez alergeny powietrzno pochodne w atopowym zapaleniu skóry. *Pol Merk Lek.* 2004; 16: 245-50.
8. Silny P, Czarnecka-Operacz M, Silny W. Ocena stanu klinicznego oraz wyników oznaczeń stężenia całkowitej immunoglobuliny E w surowicy chorych na atopowe zapalenie skóry uczulonych na alergeny powietrzno pochodne. *Pol Merk Lek.* 2004; 102: 608-14.
9. Silny W, Czarnecka-Operacz M. Etiopathogenesis of atopic dermatitis. *Int Rev Allergol Clin Immunol.* 1999; 5: 159-62.
10. Larsen FS, Holm NV, Henningsen K. Atopic dermatitis: a genetic-epidemiologic study in a population – based twin sample. *J Am Dermatol.* 1986; 15: 487-94.
11. Lee YA, Wahn U, Kehrt R, i wsp. A major susceptibility locus for atopic dermatitis maps to chromosome 3q21. *Nat Genet.* 2000; 26: 470-3.
12. Cookson WO, Ubhi B, Lawrence R, i wsp. Genetic linkage of childhood atopic dermatitis to psoriasis susceptibility loci. *Nat Genet.* 2000; 27: 372-3.
13. Bradley M, Soderhall C, Luthman H, i wsp. Susceptibility loci for atopic dermatitis on chromosomes 3, 13, 15, 17 and 18 in a Swedish population. *Hum Mol Genet.* 2002; 11: 1539-48.
14. Silny W, Czarnecka-Operacz M. Aktualne poglądy na patomechanizm i leczenie atopowego zapalenia skóry. *Acta Pneumonol Allergol Ped.* 2003; 6, 2: 67-70.
15. Nowicki R. Atopowe zapalenie skóry w praktyce. Wrocław: Cornetis; 2013: 1-6, 71-76, 100-127.
16. Kułak-Krajewska E, Szczepański M. Atopowe zapalenie skóry: problemy pielęgnacyjne. Łomża: Państwowa Wyższa Szkoła informatyki i przedsiębiorczości w Łomży; 2007: 18-32, 41-50.
17. Kuna P, Majak P, Narbutt J, Woźniacka A. Marsz atopowy: od AZS do astmy, Czy możliwa jest prewencja?. *Dermatologia dziecięca.* 2014; 2: 78-84.
18. Ring J, Darsow U. Atopowe zapalenie skóry. Braun Faló. *Dermatologia.* Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M, Braun-Faló O (red.). Lublin: Czelej; 2010: 424-41.
19. Silny W. Atopowe zapalenie skóry. Poznań: Termedia; 2012: 179-268.
20. Darsow U, Lubbe J, Taieb A, i wsp. Position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005; 19: 286-95.

21. Szepietowski J. Atopowe zapalenie skóry: aspekty terapeutyczne. Standardy Medyczne; 2003.
22. Placek W. Rola podłój i emolientów w profilaktyce i przywracaniu bariery naskórkowej. *Dermatologia estetyczna*. 1999; 1 (2): 72-78.
23. Eichenfield LF, Lucky AW, Boguniewicz M, i wsp. Safety and efficacy of pimecrolimus (ASM 981) cream 1% in the treatment of mild and moderate atopic dermatitis in children and adolescents. *J Am Acad Dermatol*. 2002; 46: 495-504.
24. Proksch E, Lachapelle JM. The management of dry skin with topical emollients – recent perspectives. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2005; 3: 768-74.
25. Tyc-Zdrojewska E, Trznadel-Grodzka E, Kaszuba A. Wpływ przewlekłych chorób skóry na jakość życia pacjentów. *Dermatol Klin*. 2011; 13: 155–160.
26. Kasznia-Kocot J, Reichmann K, Wypych-Ślusarska A. Wybrane aspekty jakości życia w atopowym zapaleniu skóry. *Med Środ*. 2014; 17: 42–51.
27. Czyż P, Furgał M, Nowobilski R, i wsp. Znaczenie wybranych zmiennych psychologicznych i osobowościowych w przebiegu astmy oskrzelowej alergicznej i niealergicznej. *Psychiatr Pol*. 2014; 48: 1047–1058.
28. Szepietowski J, Reich A. Świąd. Patomechanizm, klinika, leczenie. Poznań: Termedia; 2010.
29. Bogaczewicz J, Kuryłek A, Woźnicka A, i wsp. Psychoneuroimmunologia a skóra. *Dermatol Klin*. 2008; 10: 108–111.
30. Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C. Pielęgniarstwo dermatologiczne – co nowego. Wsparcie psychospołeczne. In: Szepietowski J, Reich A (eds.): *Dermatologia – co nowego?*. Wrocław: Cornetis; 2009: 234–257.
31. Czerwionka-Szaflarska M, Adamska I, Kupczyk K. Wyprysk atopowy jako jeden z objawów alergii pokarmowej u dzieci. *Forum Medycyny Rodzinnej*. 2010; 4 (3): 181–188.
32. Devenney I. Assessing eczema and food allergy in young children. Linköping: University Medical Dissertation; 2006.
33. Miniszewska J. Psychologiczne aspekty chorób skóry. Zasepa E (red.). *Choroba, niepełnosprawność, cierpienie oraz postawy wobec nich w teorii i w badaniach*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej; 2010: 230–243.
34. Kmiec ML, Broniarczyk-Dyła G. Aspekty psychologiczne związane z atopowym zapaleniem skóry. *Derm Klin*. 2009; 11: 237-40.

35. Mann MA, Naureen S, Saddiqua A. Anxiety, depression and self-esteem among chronic skin patients. *APMC*. 2010; 4: 159–165. Kimata H. Prevalence of suicidal ideation in patients with atopic dermatitis. *Suicide Life Threat Behav*. 2006; 36: 120–124.
36. Teresiak E, Czarnecka-Operacz M, Jenerowicz D. Wpływ nasilenia stanu zapalnego na jakość życia rodzinnego chorych na atopowe zapalenie skóry. *Post Dermatol Alergol*. 2006; 23: 249–257.
37. Januszewska E. Psychosomatyczne aspekty choroby skóry (neurodermitis). Szewczyk L, Kulik A (red.). *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychosomatyka*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 2001: 79–96.
38. Shaw M, Morrell DS, Goldsmith LA. A study of targeted enhanced patient care for pediatric atopic dermatitis (STEP PAD). *Pediatr Dermatol*. 2008; 25: 19-24.
39. Eichenfield L.F, Totri C. Optymalizacja wyników leczenia atopowego zapalenia skóry. *Dermatologia i kosmetologia*. 2014; 9 (35): 8-16.