

Interdyscyplinarny wymiar opieki nad dobrostanem skóry i jej przydatków – czy współpraca pielęgniarstwa i położnictwa z kosmetologią, trychologią oraz podologią jest możliwa, a nawet wskazana?

The interdisciplinary dimension of care for the well-being of the skin and its appendages – is collaboration of nursing and midwifery with cosmetology, trichology, and podology possible, and even recommended?

Sandra Makowska

 <https://orcid.org/0009-0004-6888-4591>

Wyższa Szkoła Zdrowia, Urody i Edukacji, Poznań

Wojciech Kapała

 <https://orcid.org/0009-0004-6564-6811>

Wyższa Szkoła Zdrowia, Urody i Edukacji, Poznań

Magdalena Sobalik

 <https://orcid.org/0009-0003-4112-8203>

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, Poznań

Poznańska Akademia Medyczna im. Księcia Mieszka I, Poznań

Streszczenie

Współczesny system ochrony zdrowia ewoluuje w kierunku modeli interdyscyplinarnych, w których kluczowego znaczenia nabiera współpraca pomiędzy samodzielnymi zawodami medycznymi a dyscyplinami wspierającymi. Niniejszy artykuł analizuje merytoryczne i praktyczne uzasadnienie integracji procedur realizowanych przez pielęgniarki i położne z kompetencjami kosmetologów, trychologów oraz podologów w opiece nad dobrostanem skóry i jej przydatków. Na podstawie przeglądu doświadczeń z zakresu onkokosmetologii, diabetologii i zarządzania przewlekłymi dermatozami wykazano, że współpraca ta optymalizuje efekty terapeutyczne, stymuluje dobrostan psychiczny podopiecznych oraz umożliwia wczesne wykrywanie patologii. Opisano również zjawisko dwukierunkowego, rynkowego przepływu pacjentów i klientów pomiędzy sektorem medycznym a gabinetami branży beauty. Należy jednak uwzględnić ograniczenie, że pełna systemowa integracja tych obszarów jest istotnie utrudniona przez brak sformalizowanych protokołów komunikacji oraz brak analogicznych uregulowań ustawowych dla zawodu kosmetologa.

Słowa kluczowe: współpraca międzyzawodowa, pielęgniarstwo, kosmetologia, trychologia, podologia.

Abstract

Modern healthcare systems are evolving toward interdisciplinary models, wherein collaboration between autonomous medical professions and complementary disciplines is of paramount importance. This article analyzes the clinical and practical rationale for integrating procedures performed by nurses and midwives with the competencies of cosmetologists, trichologists, and podiatrists in managing the well-being of the skin and its appendages. Based on a review of outcomes in oncocosmetology, diabetology, and the management of chronic dermatoses, it has been demonstrated that this cooperation optimizes therapeutic outcomes, enhances the psychological well-being of patients, and facilitates early screening of pathologies. Furthermore, the phenomenon of a bidirectional, market-driven referral flow of patients and clients between the medical sector and the aesthetic industry is described. However, it must be noted that full systemic integration of these domains remains significantly hindered by the lack of formalized communication protocols and the absence of corresponding statutory regulations for the profession of cosmetologist.

Keywords: interprofessional collaboration, nursing, cosmetology, trichology, podiatry.

Wprowadzenie

Współczesny system ochrony zdrowia w Polsce odchodzi od wielu już lat od tradycyjnego modelu, w którym proces terapeutyczny był domeną wyłącznie jednej specjalizacji medycznej (tj. lekarskiej) na rzecz współpracy interdyscyplinarnej. Praca zespołowa na rzecz chorego nie stanowi już wyłącznie postulatu teoretycznego – stanowi ona realną praktykę wielu zespołów medycznych. Udowodniono bowiem, że współpraca interdyscyplinarna przyczynia się do podnoszenia jakości świadczonych usług, z wieloraką korzyścią dla pacjenta. Zjawisko to wymusza jednak odejście od tradycyjnej edukacji izolowanej, zastrzeżonej i kierowanej jedynie do przedstawicieli konkretnego zawodu. Studenci nauk medycznych i nauk o zdrowiu byli dotychczas szkoleni oddzielnie, zaś obecnie wdraża się zintegrowane strategie dydaktyczne, łącząc niekiedy różne przedmioty kliniczne albo w ramach zajęć podstawowych, albo fakultatywnych na uczelni. Implementacja modelu partnerskiego opieki nad pacjentem wymaga bowiem wykształcenia nowych kompetencji komunikacyjnych, tj. konieczne jest pełne zrozumienie ról zawodowych wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Ustrukturyzowana edukacja międzyzawodowa ułatwia sprostanie złożoności nowoczesnej medycyny, a proces ten skutecznie eliminuje bariery kompetencyjne i przyczynia się do wzrostu bezpieczeństwa chorego w oparciu o wiedzę współdzieloną. Oczywiście należy jednak stale monitorować prawne granice uprawnień poszczególnych zawodów medycznych [1,2].

O ile systemowa kooperacja wewnątrz tradycyjnych grup medycznych (lekarski vs pielęgniarstwo i położnictwo) została już powszechnie zaakceptowana i usankcjonowana zarówno na poziomie edukacyjnym, jak i klinicznym, o tyle włączenie do tego modelu dziedzin takich jak kosmetologia, trychologia czy podologia wciąż budzi liczne kontrowersje merytoryczne i legislacyjne. Pomimo braku precyzyjnych uregulowań prawnych oraz dystansu części środowiska medycznego wobec samodzielności tych profesji, codzienna praktyka coraz częściej wskazuje na istnienie przestrzeni, w której współpraca tych kompetencji staje się nie tylko możliwa, ale niekiedy staje się wręcz niezbędna dla zapewnienia holistycznego wsparcia chorego.

Niniejszy artykuł podejmuje próbę analizy, czy możliwa jest skuteczna, profesjonalna współpraca pomiędzy samodzielnymi zawodami medycznymi – pielęgniarstwem i położnictwem – a dynamicznie profesjonalizującymi się od wielu lat dziedzinami wspierającymi, tj. kosmetologią, trychologią oraz podologią. Opracowanie ma na celu zweryfikowanie i zastanowienie się, czy taka współpraca jest merytorycznie uzasadniona i wskazana w procesie opieki nad dobrostanem skóry i jej przydatków u osób ze schorzeniami dermatologicznymi.

Profesjonalizacja kompetencji w pielęgniarstwie i położnictwie oraz stopniowa autonomia i medykalizacja personelu kosmetologicznego

Pielęgniarstwo i położnictwo przeszły powolny proces profesjonalizacji zawodowej. Dyscypliny te ewoluowały bowiem z ról pierwotnie pomocniczych względem profesji lekarskiej. Obecnie zaś już od wielu lat stanowią samodzielne zawody medyczne. Zmiany te oparto na obiektywnych dowodach naukowych, zastosowano model Evidence-Based Nursing Practice (EBNP) i wdrożono rygorystyczne kształcenie akademickie. Przedstawiciele tych zawodów dysponują obecnie zaawansowaną, niezbędną dla typu profesji wiedzą medyczną. Pozwala to grupie zawodowej pielęgniarek i położnych na samodzielną diagnozę i w pełni autonomiczne realizowanie wybranych czynności zawodowych na rzecz pacjenta. Pielęgniarki i położne realizują świadczenia w zakresie leczenia ran, prowadzą edukację zdrowotną oraz ordynują wybrane grupy leków zgodnie z kompetencjami zawodowymi. Praktyka ta wymaga jednak bezwzględnie przestrzegania ram legislacyjnych, to znaczy, że każda samodzielna decyzja terapeutyczna pielęgniarki lub położnej musi znajdować bezpośrednie oparcie w aktualnych aktach prawnych, do których należą m.in. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej oraz powiązane rozporządzenia wykonawcze Ministra Zdrowia [3-6].

Kosmetologia, podologia i trychologia, mimo swoich historycznych korzeni w sektorze usług estetycznych, asymilują obecnie coraz bardziej zaawansowane procedury specjalistyczne (np. radiofrekwencję mikroigłową, aplikację zaawansowanych klamer ortonykcyjnych w korekcji aparatu paznokciowego czy cyfrową trichoskopię połączoną z mezoterapią iniekcyjną skóry głowy), oparte na rzetelnej wiedzy z zakresu anatomii, patofizjologii oraz biochemii. Można tym samym przyznać, że w tym kontekście zawód kosmetologa ściśle wpisuje się w nowoczesny paradygmat ogólnie pojętej promocji zdrowia, w którym edukacja zdrowotna pełni rolę nadrzędną. Dobrze wykształcony specjalista, jakim jest kosmetolog, trycholog czy podolog, wykazujący się wysoką świadomością zagrożeń, staje się coraz częściej optymalnym podmiotem do rozpowszechniania wiedzy o prozdrowotnym stylu życia, oddziałując zarówno na klientów swojego gabinetu, jak i niekiedy na całe środowisko lokalne [7]. Paradygmat ten dodatkowo uszczegóławia rozwój psychokosmetologii jako subdyscypliny zorientowanej na biopsychospołeczny model zdrowia. Jak wskazuje M. Kolankowska-Trzcińska, zaawansowany zasób wiedzy kosmetologów z obszaru anatomii, patofizjologii oraz nauk o zdrowiu pozwala na realizację celowanych działań z zakresu szeroko rozumianej profilaktyki prozdrowotnej. W koncepcji tej opieka nad strukturą naskórka łączy się ściśle z analizą stylu życia, uwarunkowań dietetycznych oraz czynników emocjonalnych, w tym poziomu odczuwanego stresu, który bezpośrednio determinuje kondycję i reaktywność skóry i jej przydatków. Działalność edukacyjna kosmetologa w warunkach gabinetowych umożliwia zatem podopiecznym identyfikację bodźców zaostrzających zmiany skórne oraz ułatwia stopniowe wdrażanie korzystnych nawyków behawioralnych. Należy jednak uwzględnić ograniczenie, że efektywność

interwencji psychokosmetologicznych jest ściśle uwarunkowana poziomem zaangażowania samego klienta, co może determinować asymetrię w uzyskiwanych wynikach terapeutycznych [8].

Wsparcie w utrzymaniu dobrostanu skóry i jej przydatków oraz wdrażanie procedur wspomagających niekiedy proces terapeutyczny (np. zabiegi podologiczne, celowane terapie trychologiczne oraz wybrane procedury kosmetyczne) wymaga jednak od personelu – zdaniem autorów prezentowanego artykułu – nieustannego podnoszenia kompetencji oraz wysokiej biegłości manualnej. Od co najmniej kilku lat obserwuje się zjawisko stopniowej medykalizacji usług estetycznych, która polega na odejściu od jedynie powierzchownego maskowania defektów skóry i jej przydatków na rzecz – coraz częściej – celowanych interwencji wpływających bezpośrednio na fizjologię oraz regenerację tkanek w oparciu o rygorystyczne protokoły zabiegowe. Zjawisko to opiera się na asymilacji zaawansowanej wiedzy medycznej i wymusza oczywiście zachowanie szczególnej ostrożności ze względu na rosnącą inwazyjność stosowanych metod zabiegowych. Należy jednak podkreślić, że rosnąca inwazyjność stosowanych metod znacząco zwiększa ryzyko powikłań, co nakłada na praktyków wykonujących te zabiegi obowiązek zachowania szczególnej ostrożności klinicznej. Obserwowany proces medykalizacji usług estetycznych stanowi obecnie zjawisko o charakterze systemowym i cywilizacyjnym. Kosmetologia, trychologia i podologia przestają bowiem działać w izolacji rynkowej i stają się powoli w praktyce ogniwem systemowym ponieważ proponują coraz szerzej swoje prokoły opieki wspomagającej (supportive care) na przykład w onkologich, zaś starzejące się społeczeństwa stają się wyzwaniem cywilizacyjnym, w których usługi podologiczne są odpowiedzią na wzrastające potrzeby seniorów i ich choroby (zwłaszcza cukrzyca z powikłaniem stopy cukrzycowej).

Kontekstualizacja współpracy międzyzawodowej - ramy prawne i uwarunkowania rynkowe

Zjawisko coraz szerszego przenikania się sfery medycznej z kosmetyczną wynika bezpośrednio z ewolucji oczekiwań rynkowych oraz interdyscyplinarnej natury współczesnych problemów zdrowotnych jednostki. Skuteczne leczenie stanów patologicznych skóry gładkiej i skóry owłosionej głowy wymaga często wsparcia w postaci długofalowej, specjalistycznej pielęgnacji, której głównym celem jest odbudowa barier ochronnych skóry. Zatem, współpraca sfery medycznej z kosmetyką (jawna, bądź najczęściej do tej pory niejako ukryta, zawalutowana, niekiedy zupełnie przez niektórych lekarzy klinicystów kategorycznie przemilczana) pozwala na wypracowanie nowej jakości w opiece nad dobrostanem skóry i jej przydatków. Należy podkreślić, że integracja działań medycznych i kosmetycznych może w wyraźny sposób poprawić stan skóry chorego i jego przydatków oraz pozytywnie wpływać na jakość jego życia.

Efektywność współpracy interdyscyplinarnej pozostaje ściśle skorelowana z ramami prawnymi określającymi zakres uprawnień. Analiza uregulowań obowiązujących w Polsce wskazuje jednak na istotne dysproporcje w statusie omawianych profesji. Proces profesjonalizacji pielęgniarstwa i położnictwa ugruntowały kluczowe akty prawne, w tym ustawa z 1996 roku oraz regulacje z 2011 roku. Na ich mocy pielęgniarki i położne uzyskały prawo do samodzielnej ordynacji wybranych leków, wystawiania recept oraz prowadzenia terapii ran przewlekłych. Zmiany te przybliżają polski model opieki do standardów Advanced Practice Nursing (APN), co znacząco wzmacnia autonomię tych zawodów w systemie ochrony zdrowia. Trzeba jednak wyraźnie podkreślić, że obecnie brak jest analogicznych uregulowań ustawowych dla zawodu kosmetyka, co utrudnia pełną systemową integrację tych obszarów, generując niekiedy niejasności w podziale odpowiedzialności za pacjenta/klienta w gabinecie [4,5,9].

Z drugiej strony trzeba poruszyć także kolejny aspekt współpracy międzyzawodowej, tj. nabywanie nowych kwalifikacji zawodowych. Faktem jest, że pomimo szerokich uprawnień, zawody medyczne tj. pielęgniarstwo i położnictwo mierzą się z różnymi problemami o charakterze systemowym. Niskie nakłady finansowe w różnych krajach na system opieki zdrowotnej oraz z reguły trudne warunki pracy personelu pielęgniarstwa i położnictwa przyczyniają się do kryzysu kadrowego. Dlatego też w pielęgniarstwie i położnictwie obserwuje się zjawisko poszukiwania alternatywnych dróg rozwoju dla tych zawodów medycznych, oferujących im mniejsze obciążenie kliniczne i większą satysfakcję finansową [10]. Skutkuje to systematyczną migracją wykwalifikowanego personelu medycznego do sektora prywatnego, ze szczególnym uwzględnieniem branży estetycznej. Motywacje personelu medycznego przechodzącego do sektora beauty są często uwarunkowane dążeniem do autonomii decyzyjnej oraz poprawy jakości życia zawodowego, co pogłębia deficyty w publicznym systemie ochrony zdrowia. Problem ten dotyczy zarówno lekarzy [11], jak i pielęgniarek, które postrzegają nabywanie kwalifikacji z zakresu pielęgniarstwa estetycznego (w niektórych krajach pielęgniarka ma możliwość zdobycia takich kwalifikacji, np. w Wielkiej Brytanii, czy w USA), jako ważny krok w kierunku budowania własnej marki zawodowej poza strukturami państwowej opieki medycznej [12]. Jak zauważa się jednak w literaturze, mimo rosnącej popularności tej ścieżki w niektórych krajach, pielęgniarstwo w medycynie estetycznej pozostaje jednak nadal specjalizacją wymagającą pilnej standaryzacji i akademickiego nadzoru. Międzynarodowe badania przeprowadzone wśród doświadczonych praktyków ujawniły różne niedociągnięcia w obecnych systemach edukacji i rejestracji tego personelu. Obecnie proces szkolenia w ramach pielęgniarstwa estetycznego jest często samofinansowany, co uzależnia edukację tych pielęgniarek od wsparcia komercyjnego firm dystrybuujących produkty zabiegowe. Brakuje też z reguły nadrzędnego, profesjonalnego organu zarządzającego, który ułatwiałby

współpracę międzynarodową oraz wymianę najlepszych praktyk klinicznych. Analizujący to zagadnienie badacze postulują zatem wdrożenie spójnego i kompleksowego podejścia akademickiego, które umożliwi pielęgniarkom zdobycie szerokiej wiedzy i umiejętności praktycznych, ale przede wszystkim umiejętności zapobiegania, rozpoznawania i skutecznego zarządzania powikłaniami związanymi z procedurami estetycznymi [13].

Współdziałanie specjalistów medycznych i kosmetologa
Praktyczna realizacja interdyscyplinarnego modelu opieki manifestuje się w konkretnych obszarach klinicznych, w których zintegrowanie procedur medycznych z kompetencjami specjalistów dyscyplin komplementarnych pozwala na optymalizację wyników terapeutycznych oraz wszechstronne zabezpieczenie potrzeb podopiecznych.

Współpraca opieki pielęgniarskiej i onkokosmetologicznej w profilaktyce oraz terapii skórnych działań niepożądanych u pacjentów onkologicznych

Współczesna onkologia kładzie coraz większy nacisk na interdyscyplinarny model opieki, w którym profesjonalne wsparcie estetyczne stanowi istotny element poprawy jakości życia. Terapie przeciwnowotworowe wiążą się z wysoką toksycznością narządową, która manifestuje się m.in. na skórze i jej przydatkach poprzez kserozę, zespół dłoniowo-podeszwowy czy łysienie indukowane chemioterapią [14]. W tym procesie zespół leczący, w tym pielęgniarka onkologiczna, identyfikuje ewentualne powikłania skórne u pacjenta w trakcie terapii i prowadzi ich leczenie w fazie ostrej. Po opanowaniu odczynów ostrych kluczową rolę może przejąć onkokosmetolog – czyli kosmetolog specjalizujący się w opiece dermatologicznej nad chorymi w trakcie i po leczeniu przeciwnowotworowym – którego działania koncentrują się na zaawansowanej rekonstrukcji bariery hydrolipidowej naskórka przy użyciu bezpiecznych, przebadanych klinicznie emolientów. Wspomaganie odbudowy bariery naskórkowej, uszkodzonej w wyniku cytostatycznego ograniczenia wydzielania sebum i wzrostu transepidermalnej utraty wody (TEWL), jest bardzo ważne dla przywrócenia komfortu fizycznego chorego. Celowane interwencje w gabinecie kosmetologa, obejmujące drenaż limfatyczny, fotoprotekcję czy bezpieczne procedury z użyciem kwasu hialuronowego, pozwalają na skuteczną korektę zmian w wyglądzie, które często stanowią główny determinant dystresu psychologicznego. Redukcja stygmatyzujących oznak choroby nie tylko wzmacnia samoocenę chorego onkologicznego i ułatwia powrót do ról społecznych, ale również pozytywnie wpływa na ogólne rokowanie poprzez stymulowanie dobrostanu psychicznego. Kosmetolog musi jednak uwzględnić szczególną wrażliwość pacjentów onkologicznych, co wymusza stosowanie rygorystycznych protokołów aseptycznych oraz stałe monitorowanie potencjalnych interakcji procedur pielęgnacyjnych z leczeniem systemowym.

Bardzo ważnym obszarem interdyscyplinarnej opieki nad pacjentem onkologicznym pozostaje również profilak-

tyka łysienia indukowanego chemioterapią, które w subiektywnej ocenie chorych stanowi jeden z najbardziej stygmatyzujących i obciążających psychicznie skutków leczenia cytostatycznego. Nowoczesnym standardem wspierającym w tym zakresie jest systemowe chłodzenie skóry głowy, oparte na wywoływaniu miejscowej hipotermii. Mechanizm ten opiera się na skurczu miejscowych (powierzchnowych) naczyń krwionośnych, co ogranicza dopływ leku do mieszków włosowych oraz na spowolnieniu ich metabolizmu, czyniąc komórki mniej podatnymi na działanie leków cytotoksycznych. Skuteczna implementacja tej technologii wymaga jednak ścisłej współpracy działań lekarza onkologa, personelu pielęgniarskiego oraz trychologa. Podczas gdy lekarz kwalifikuje pacjenta do danej procedury onkologicznej, a pielęgniarka monitoruje tolerancję chłodzenia w trakcie infuzji, trycholog lub kosmetolog pełni istotną rolę w procesie edukacji osoby chorej przy doborze odpowiedniej pielęgnacji domowej. Wykazano, że sukces terapeutyczny w zachowaniu owłosienia u pacjentów onkologicznych jest ściśle skorelowany z precyzyjnym dopasowaniem czepka chłodzącego oraz rygorystycznym przestrzeganiem czasu chłodzenia przed i po podaniu leku. Należy podkreślić, że zabieg chłodzenia skóry głowy podczas chemioterapii nie tylko chroni strukturę włosa, ale pozwala także pacjentowi na zachowanie funkcjonowania psychospołecznego, co jest istotnym determinantem ogólnego dobrostanu w trakcie choroby [15].

Trzeba wyraźnie dodać, że bardzo ważną rolę w opiece nad pacjentem onkologicznym poddawanym chemioterapii o wysokim potencjale alopecyjnym, należy oprócz stosowania systemów chłodzenia skóry głowy podczas terapii, także stosowanie zalecanych miejscowo dermokosmetyków. Ich rola w procesie terapeutycznym wykracza poza proste działanie okluzyjne, ponieważ preparaty te realnie poprawiają integralność bariery naskórkowej oraz funkcje nawilżające skóry. Systematyczne stosowanie profesjonalnej pielęgnacji pozwala bowiem na skuteczne łagodzenie objawów towarzyszących chemioterapii cytotoksycznej, immunoterapii oraz radioterapii. Szczególne znaczenie ma fakt, że niekontrolowana toksyczność skórna, która może wystąpić jako powikłanie leczenia onkologicznego, często prowadzi do bolesnych stanów zapalnych, które wymuszają przerwanie lub – niekiedy – całkowite zaniechanie leczenia przeciwnowotworowego. Takie przerwy w terapii onkologicznej mogą skutkować mniejszymi rezultatami klinicznymi i obniżają szanse pacjenta na pełną remisję. Wdrożenie wystandaryzowanych protokołów pielęgnacyjnych już na etapie rozpoczynania leczenia onkologicznego pozwala zminimalizować te ryzyka i utrzymać ciągłość terapii ratującej życie [16].

Podologia w diabetologii i geriatrii

Starzenie się populacji oraz epidemia cukrzycy typu 2 wymuszają konieczność szerokich działań w profilaktyce zespołu stopy cukrzycowej. Choć opieka nad ranami w obszarze geriatrii była historycznie i jest nadal postrzegana przez większość personelu medycznego jako

wyłączna domena pielęgniarstwa, współczesne modele opieki wskazują na pozytywne efekty partnerskiej współpracy z podologią. Podolodzy diagnozują schorzenia biomechaniczne kończyn dolnych, usuwają modzele i hiperkeratozy, przeprowadzają zabiegi ortonyksyjne, projektują wkładki odciążające oraz wspomagają pielęgnację ran o różnej etiologii (podolog skupia się na prewencji bezkrwawej), podczas gdy pielęgniarki lub lekarze prowadzą nadzór medyczny (kontrola glikemii i aplikacja specjalistycznych opatrunków na otwarte rany) i koordynują realizację planu opieki. Należy zwrócić uwagę na liczne korzyści zarówno dla pacjenta, jak i personelu ze współpracy między personelem medycznym a podologiem (gdzie kompetencje podologiczne i pielęgniarstwo wzajemnie się uzupełniają), z drugiej jednak strony literatura wskazuje, że pełne wdrożenie modelu ścisłej współpracy napotyka na bariery strukturalne, takie jak sztywne hierarchie zawodowe, czy brak wspólnych modułów kształcenia na poziomie licencjackim [17,18]. Implementacja modelu pełnej interdyscyplinarnej współpracy wymaga także przełamania barier komunikacyjnych i lepszego zrozumienia zakresu odpowiedzialności poszczególnych specjalistów. Jak wskazuje literatura skoordynowane podejście do chorego oparte na dowodach naukowych (Evidence-Based Practice) istotnie obniża częstość występowania powikłań infekcyjnych oraz chroni chorego przed nieodwracalnymi skutkami patologii stóp. Należy jednak podkreślić, że skuteczność tych działań zależy od wczesnej identyfikacji grup ryzyka (obejmujących pacjentów z cukrzycą zagrożonych rozwojem zespołu stopy cukrzycowej, osoby w wieku podeszłym z involucyjnymi zmianami powłok skórnych oraz chorych z deformacjami biomechanicznymi i patologicznym rogowaceniem stóp) oraz płynnej wymiany informacji [19].

Zarządzanie przewlekłymi dermatozami zapalnymi na przykładzie łuszczycy

Pacjenci z przewlekłymi dermatozami w przypadku bardzo trudnego ich przebiegu leczą się u dermatologa, jednak bardzo wiele osób u których przebieg choroby dermatologicznej jest przewlekły, ale o stopniu lekkim lub umiarkowanym korzystają zwykle z pomocy lekarza rodzinnego lub pielęgniarki. Zauważa się jednak, że niekiedy kompetencje edukacyjne pielęgniarek pracujących w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, które pełnią z reguły ważną rolę edukacyjną dla pacjenta z przewlekłą dermatozą, nie są w pełni wystarczające. Na taki stan rzeczy wskazuje się za mało szkoleń z zakresu różnych aspektów opieki dermatologicznej sprawowanej przez pielęgniarki lub brak standaryzacji tych szkoleń [20,21]. Tymczasem uzupełnieniem opieki medycznej, w tym pielęgniarstwa w zakresie opieki nad pacjentem dermatologicznym z przewlekłą dermatozą jaką jest na przykład łuszczycą, jest profesjonalne edukacyjne wsparcie świadczone przez kosmetologa. Kosmetolog często pełni rolę obserwatora pierwszego kontaktu, identyfikując wczesne wykwity skórne i kierując klienta swojego gabinetu do dermatologa w celu weryfikacji podejrzenia

diagnozy dermatologicznej oraz rozpoczęcia właściwej terapii. Bardzo ważnym zadaniem kosmetologa w warunkach gabinetowych jest często edukacja w zakresie prawidłowej pielęgnacji domowej, obejmująca dobór wskazanych dla skóry łuszczycowej preparatów keratolitycznych z mocznikiem i/lub kwasem salicylowym oraz intensywne natłuszczanie i nawilżanie skóry emolientami. Kosmetolog często także może uczyć techniki prawidłowej aplikacji preparatów miejscowych, co w rezultacie istotnie wpływa na skuteczność leczenia farmakologicznego i pozwala na znaczącą redukcję objawów świądu czy pieczenia. Ponieważ łuszczycą statystycznie koreluje z występowaniem zespołu metabolicznego, nadciśnienia tętniczego oraz cukrzycy, rola edukacyjna kosmetologa obejmuje również promowanie prozdrowotnego stylu życia. Należy jednak zaznaczyć, że pełna efektywność tej współpracy jest wciąż ograniczona przez brak sformalizowanych protokołów komunikacji między gabinetami kosmetologicznymi a placówkami ochrony zdrowia [22].

Zjawisko dwukierunkowego przepływu pacjentów/klientów między sektorem medycznym a kosmetologicznym Codzienna zawodowa praktyka ujawnia istnienie stałego, choć niesformalizowanego przepływu podopiecznych (pacjentów w rozumieniu branży medycznej / klientów w rozumieniu branży beauty) pomiędzy publicznym (lub też prywatnym) systemem ochrony zdrowia a gabinetami kosmetologicznymi, trychologicznymi i podologicznymi. W polskich realiach ścieżka ta nie została dotychczas legislacyjnie usankcjonowana ani opisana w oficjalnych wytycznych klinicznych, przez co funkcjonuje wyłącznie w sferze – można powiedzieć – faktów dokonanych i powszechnej świadomości praktyków. Autorzy prezentowanej pracy dostrzegają te kluczowe obszary współdziałania, przy czym w pierwszej kolejności naświetlają częstsze w praktyce kierowanie klientów gabinetów kosmetologicznych (lub trychologicznych, czy podologicznych) do specjalistów medycznych, a następnie (to rzadsze, ale w praktyce istnieje) kierowanie przez personel medyczny (w tym głównie przez pielęgniarki) do specjalistów takich jak podolog (najczęściej), kosmetolog lub trycholog.

Pierwszy, dominujący w realiach rynkowych wektor stanowi mechanizm kierowania klientów gabinetów branży beauty do różnych specjalistów medycznych. Dzieje się to najczęściej wówczas, gdy specjalista kosmetolog, trycholog lub podolog zauważy u swojego klienta niepokojące objawy zdrowotne, które wymagają pilnej lub też koniecznej obserwacji medycznej, a następnie postawienia diagnozy i podjęcia leczenia. Coraz częściej kosmetolodzy i trycholodzy realizują zadania z zakresu wczesnego screeningu onkologicznego, tj. obserwują i identyfikują zmiany skórne, aby w przypadku podejrzenia ich złośliwego charakteru skierować klienta do dermatologa, onkologa lub chirurga. W podologii rozpoznanie miejscowych cech zaawansowanej infekcji bakteryjnej lub grzybiczej skutkuje odesłaniem klienta do dermatologa lub do gabinetu zabiegowego, gdzie pielęgniarka lub diagnosta laboratoryjny pobiera materiał

biologiczny do diagnostyki mikrobiologicznej. Brak reakcji na standardowe protokoły estetyczne w trychologii w przebiegu łysienia lub trądziku dorosłych u kosmetyologa jest sygnałem do referencji medycznej w celu wykluczenia niedoborów żelaza, dysfunkcji tarczycy czy innych niekiedy bardzo złożonych przyczyn chorobowych. Dodatkowo kosmetyolodzy czy podolodzy obserwują niekiedy zmiany troficzne kończyn dolnych i kierują klienta do chirurga naczyniowego, zaś podolodzy wykrywający onycholizę lub objaw naparstkowania w obrębie paznokci palców stóp kierują klienta do dermatologa, co umożliwia niekiedy rozpoznanie różnych przewlekłych dermatoz. Ta forma prewencji optymalizuje rokowania niektórych chorych, aczkolwiek opiera się wciąż w głównej mierze na subiektywnej czułości personelu gabinetów nielekarskich.

Drugi wektor relacji opiera się na decyzjach personelu medycznego, który inicjuje niekiedy proces referencyjny w celu rozszerzenia opieki standardowej o specjalistyczne procedury pomocnicze. W diabetologii i geriatrii pielęgniarki identyfikują zagrożenia wynikające z neuropatii obwodowej oraz patologicznego rogowacenia skóry, kierując chorych do podologów; działanie to poprawia parametry stabilności chodu i zmniejsza ryzyko owrzodzeń. Z kolei położne aktywnie wspierając kobiety w okresie porodu, wskazują niekiedy na celowość konsultacji trychologicznych przy poporodowym łysieniu telogenowym. W onkologii współpraca z onkokosmetyologami pozwala na redukcję skórnych objawów toksyczności systemowej, takich jak zespół dłoniowo-podeszwy, skrajna kseroza czy osutki grudkowo-krostkowe. Powikłania te, będące bezpośrednim skutkiem niektórych chemioterapii i terapii celowanych, w fazie zaawansowanej wywołują niekiedy bolesne rozpadliny naskórka i zwiększają ryzyko infekcji wtórnych, co zmusza onkologów do zmniejszenia dawek cytostatyków lub całkowitego zawieszenia protokołu leczniczego. Wdrożenie specjalistycznej, gabinetowej pielęgnacji kosmetyologicznej może skutecznie minimalizować te uciążliwe objawy.

Podsumowanie i wnioski

Synergia działań między autonomicznymi zawodami medycznymi, tj. pielęgniarstwem i położnictwem, a dyscyplinami komplementarnymi, takimi jak kosmetyologia, trychologia i podologia, stanowi merytorycznie uzasadniony oraz wysoce wskazany wymóg współczesnej opieki nad pacjentem. Wielokierunkowa kooperacja w obszarze zarządzania dobrostanem skóry i jej przydatków przynosi wymierne korzyści wszystkim uczestnikom tego procesu: optymalizuje czas pracy personelu, podnosi jakość życia podopiecznych oraz realnie zwiększa bezpieczeństwo terapeutyczne. Należy jednak uwzględnić, że pełne wdrożenie tego zintegrowanego modelu na szeroką skalę napotyka wciąż na istotne bariery strukturalne oraz tendencje do ochrony własnych obszarów kompetencyjnych przez poszczególne grupy zawodowe, zwłaszcza przez personel branży medycznej.

Należy zauważyć, że w przypadku pielęgniarek i położnych krajowe standardy kształcenia przeddyplomowego dla tych kierunków kształcenia nie przewidują przedmiotu „Dermatologia” lub „Choroby skóry” jako samodzielnej, obligatoryjnej dyscypliny wykładanej w odrębnym bloku, co skutkuje znacznym rozproszeniem wiedzy o patofizjologii różnych schorzeń skóry w programach ramowych. Treści te są bowiem lokowane częściowo w innych modułach klinicznych, m.in. w pediatrii (np. w odniesieniu do atopowego zapalenia skóry i osutek zakaźnych), chirurgii (w zakresie ran przewlekłych i oparzeń) oraz chorobach wewnętrznych (obejmujących skórne manifestacje chorób układowych tkanki łącznej). Jeśli taki przedmiot nauczania dla pielęgniarek i położnych, jak wiedza o chorobach skóry na danej uczelni jest wykładany (w praktyce zaledwie na kilku wyższych uczelniach w Polsce), to z reguły na studiach magisterskich, nierzadko w ramach zajęć fakultatywnych. Również w strukturach szkolenia podyplomowego zaawansowane treści dermatologiczne są z reguły jedynie ściśle powiązane z celami konkretnych specjalizacji zawodowych (np. onkologicznej, chirurgicznej, pediatricznej, czy geriatrycznej), koncentrując się w kontekście wybranych schorzeń skóry na realizacji procedur opiekuńczo-leczniczych z nimi związanych. W konsekwencji wiedza personelu pielęgniarstwa i położnictwa w zakresie większości dermatoz jest ukierunkowana głównie proceduralnie i pielęgnacyjnie. Trzeba jednak pamiętać, że dostępność dedykowanych modułów dermatologicznych zależy obecnie wyłącznie od autonomicznej i wewnętrznej polityki programowej danych uczelni, co generuje istotne różnice w poziomie przygotowania absolwentów pielęgniarstwa i położnictwa w tym temacie w skali kraju.

Wobec tak zorientowanego profilu edukacyjnego, warunkującego niejednorodny poziom przygotowania merytorycznego wśród pielęgniarek i położnych w kraju w zakresie chorób skóry, systemowe i partnerskie współdziałanie z intensywnie profesjonalizującym się sektorem kosmetyologii, trychologii oraz podologii wydaje się rekomendowane i celowe w procesie radzenia sobie ze złożonymi problemami skórnymi różnych pacjentów. Specjaliści z branży kosmetyologicznej dysponują obecnie zaawansowaną, ukierunkowaną wiedzą z zakresu nefarmakologicznego postępowania z różnymi defektami skóry i jej przydatków, co może stanowić niezbędne dopełnienie procedur leczniczych i pielęgnacyjnych podejmowanych przez pielęgniarki i położne.

Bibliografia

1. Patel H, Perry S, Badu E, et al. A scoping review of interprofessional education in healthcare: evaluating competency development, educational outcomes and challenges. *BMC Med Educ.* 2025;25(1):409. doi: 10.1186/s12909-025-06969-3.
2. Bendowska A, Baum E. the significance of cooperation in interdisciplinary health care teams as perceived by Polish medical students. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(2):954. doi: 10.3390/ijerph20020954.

3. Singhal K. Nursing and midwifery: Collaborative roles in healthcare professionals. *International Research Journal of Nursing and Midwifery* 2023;12(3):1-4. DOI: 10.14303/2315-568X.2022.50.
4. Kania T. Rosnąca popularność zabiegów estetycznych, a destabilizacja na rynku pracy pielęgniarek. *Management and Quality – Zarządzanie i Jakość*. 2025; 7(2): 172-194.
5. Harpula K, Bartosiewicz A, Krukowski J. Polish nurses' opinions on the expansion of their competences-cross-sectional study. *Nurs Rep*. 2021;11(2):301-310. doi: 10.3390/nursrep11020029.
6. Maier CB, Barnes H, Aiken LH, et al. Descriptive, cross-country analysis of the nurse practitioner workforce in six countries: size, growth, physician substitution potential. *BMJ Open*. 2016;6(9):e011901. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011901.
7. Michalak M. The role of a cosmetologist in the area of health promotion and health education: A systematic review. *Health Promot Perspect*. 2020;10(4):338-348. doi: 10.34172/hpp.2020.52.
8. Kolankowska-Trzcińska M, Promowanie zdrowia i profilaktyka prozdrowotna w gabinecie kosmetycznym w biopsychospołecznym nurcie psychokosmetyologii [w:] *Holistyczne podejście do człowieka w kosmetyologii*, Szmań-Kupny E. (red.), Dąbrowa Górnicza, Wyd. Naukowe Akademii WSB, 2025: 7-17. https://wsb.edu.pl/files//news/13396/ost_holistyczne_podejscie_do_czlowieka_w_kosmetologii.pdf (dostęp: 2026.05.09).
9. Wyrębek A, Klimanek J, Misztal A, et al. Knowledge of women in Poland on the profession and competencies of a midwife. *Eur J Midwifery*. 2024 Mar 18;8. doi: 10.18332/ejm/183910.
10. Wasielewska E, Kordel P, Moskalewicz M. Education and career advancement opportunities in Polish and English nursing. *Nursing Reports*. 2024; 14(3):1722-1734. doi: 10.3390/nursrep14030128.
11. Ashley E, Parmar A, Watson L. Motivations for pursuing the Level 7 Diploma in Aesthetic Medicine: insights from a United Kingdom cohort. *J Cosmet Med* 2025;9(2):91-98. <https://doi.org/10.25056/JCM.2025.9.2.91>.
12. Di-Scala N. Nurses leaving the NHS for aesthetics: Why it is happening and ways to prepare. *Journal of Aesthetic Nursing*, Dec 2017/Jan 2018; 6(10): 558-560. <https://scispace.com/pdf/nurses-leaving-the-nhs-for-aesthetics-why-it-is-happening-17lxf6y87w.pdf> (dostęp: 2026.05.12).
13. Jones JK, Bennett S, Erlandsson M, et al. Aesthetic medicine nurses and qualified nonmedical practitioners: Our role and requirements as aesthetic medicine adapts to worldwide changes and needs. *Plast Surg Nurs*. 2018;38(4):153-157. doi: 10.1097/PSN.0000000000000241.
14. Proietti I, Skroza N, Mambrin A, et al. Aesthetic treatments in cancer patients. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2021;14:1831-1837. doi: 10.2147/CCID.S342734.
15. Peterson LL, Lustberg M, Tolaney SM, et al. Integration of physician and nursing professional efforts to deliver supportive scalp cooling care to oncology patients at risk for alopecia. *Oncol Ther*. 2020;8(2):325-332. doi: 10.1007/s40487-020-00120-6.
16. Dreno B, Khosrotehrani K, De Barros Silva G, et al. The role of dermocosmetics in the management of cancer-related skin toxicities: international expert consensus. *Support Care Cancer*. 2023;31(12):672. doi: 10.1007/s00520-023-08116-4.
17. Ousey K, McIntosh C. Interprofessional education in lower extremity wound care. *Wounds UK*, 2010; 6(2): 21-30.
18. Olszańska M. Rola podologa w pielęgnacji stopy cukrzycowej. *Kosmetologia Estetyczna* 2014; 1: 61-63.
19. Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, et al.; IWGDF Editorial Board. IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab Res Rev*. 2024;40(3):e3651. <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-Guidelines-2023.pdf> (dostęp: 2026.05.12).
20. Courtenay M, Carey N. Nurse-led care in dermatology: a review of the literature. *Br J Dermatol*. 2006;154(1):1-6. doi: 10.1111/j.1365-2133.2005.06979.x.
21. Courtenay M, Carey N. A review of the impact and effectiveness of nurse-led care in dermatology. *J Clin Nurs*. 2007;16(1):122-8. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01702.x.
22. Kapała W, Piotrowska A, Makowska S. The role of a cosmetologist in the education of people with psoriasis. *Aesth Cosmetol Med*. 2026;15(2):69-74. <https://doi.org/10.52336/acm.2026.010>.

Data przyjęcia: 25.03.2026

Data recenzji: 30.04.2026

Data wydania: 26.06.2026