

**Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu
Wydział Nauk o Zdrowiu**

Anna Gałęba

**Ocena jakości życia pacjentów
przed i po wybranych zabiegach
z zakresu medycyny estetycznej**

Praca doktorska

**Praca wykonana pod kierunkiem
dr hab. Marii Danuty Głowackiej
w Katedrze Nauk o Zdrowiu**

Poznań 2011

**Poznan University
of Medical Sciences
Poland
Faculty of Health Sciences**

Anna Gałęba

**Evaluation of quality life of patients
before and after selected treatments
from aesthetic medicine**

Doctoral dissertation

**Supervisor
dr hab. Maria Danuta Głowacka
Faculty of Health Sciences**

Poznan 2011

**Składam gorące podziękowania Pani
Profesor M.D. Głowackiej za
serdeczność, życzliwość i
ukierunkowanie w pracy oraz
wszystkim innym osobom, które
przyczyniły się do jej powstania.**

Spis treści

SPIS TREŚCI	4
WSTĘP	6
ROZDZIAŁ 1 ISTOTA PROBLEMU	8
1.1 ANALIZA POJEĆ UŻYWANYCH W PRACY, W ŚWIETLE LITERATURY.	8
1.2 MEDYCYNA ESTETYCZNA	8
1.2.1 <i>Starzenie się skóry</i>	10
1.2.2 <i>Mezoterapia</i>	16
1.2.3 <i>Peelingi chemiczne (medyczne)</i>	20
1.2.4 <i>Wypełniacze</i>	23
1.2.5 <i>Toksyna botulinowa</i>	25
1.2.6 <i>Jakość życia – definicja</i>	28
1.3 RYS HISTORYCZNY	29
ROZDZIAŁ 2 ZAŁOŻENIA BADAWCZE	32
2.1 CEL PRACY	32
2.2 PROBLEMY BADAWCZE SZCZEGÓŁOWE	32
2.3 HIPOTEZA GŁÓWNA	34
2.4 HIPOTEZY SZCZEGÓŁOWE.....	34
2.5 ZAKRES BADAWCZY PRACY	37
ROZDZIAŁ 3 METODYKA BADAŃ	38
3.1 CEL BADANIA	38
3.2 METODOLOGIA	38
3.2.1 <i>Metody statystyczne</i>	38
3.2.2 <i>Poziom istotności i błąd oszacowania</i>	39
3.2.3 <i>Minimalna wielkość próby</i>	39
3.2.4 <i>Próba pobrana do badania</i>	40
3.2.5 <i>Schemat doboru respondenta</i>	40
3.2.6 <i>Walidacja danych surowych</i>	40
3.2.7 <i>Informacje o populacji</i>	40
ROZDZIAŁ 4 WYNIKI BADAŃ	41
4.1 STRUKTURY DEMOGRAFICZNE.....	41
4.1.1 <i>Płeć</i>	41
4.1.2 <i>Wiek</i>	41
4.1.3 <i>Wiek w zależności od płci</i>	42
4.2 POZIOM MATERIALNY I „POZIOM SZCZĘŚCIA” PACJENTÓW	42
4.3 STOSOWANIE ZABIEGÓW MEDYCYNY ESTETYCZNEJ	43
4.3.1 <i>Popularność poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej</i>	43
4.3.2 <i>Okres stosowania zabiegów medycyny estetycznej</i>	44
4.3.3 <i>Przyczyna korzystania z zabiegów medycyny estetycznej</i>	45
4.3.4 <i>Postrzeganie szczęścia</i>	46
4.4 OCENA MINIONEGO ROKU W UJĘCIU ZAWODOWYM	47
4.4.1 <i>Ocena jakości minionego roku</i>	47
4.4.2 <i>Styl atrybucji przyczynowej</i>	49
4.4.3 <i>Wpływ medycyny estetycznej na zadowolenie pacjentów</i>	51
4.4.4 <i>Wpływ medycyny estetycznej na odczucia pacjentów</i>	52
4.5 JAKOŚĆ ŻYCIA PO WYBRANYCH ZABIEGACH Z MEDYCYNY ESTETYCZNEJ.....	53
4.5.1 <i>Jakość życia w aspekcie osobistym</i>	53
4.5.2 <i>Jakość życia w aspekcie zawodowym</i>	64
4.5.3 <i>Subiektywna ocena wpływu zabiegów na sytuację materialną</i>	71

4.5.4	Subiektywna ocena wpływu zabiegów na jakość życia (niematerialną).....	73
4.6	DERMATOLOGY LIFE QUALITY INDEX.....	75
4.6.1	DLQI w medycynie estetycznej.....	77
4.6.2	Analiza DLQI.....	77
4.6.3	Podsumowanie DLQI.....	82
ROZDZIAŁ 5 PODSUMOWANIE BADAŃ.....		85
5.1	OCENA OGÓLNA	85
5.2	PEELINGI CHEMICZNE (MEDYCZNE)	86
5.3	MEZOTERAPIA (IGŁOWA).....	87
5.4	WYPEŁNIACZE.....	88
5.5	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A	88
5.6	ZESTAWIENIE OGÓLNE.....	89
WNIOSKI.....		92
DYSKUSJA		96
INDEKSY		102
	INDEKS WYKRESÓW	102
	INDEKS TABLIC	105
PIŚMIENNICTWO		106
ZAŁĄCZNIKI.....		111
	ANKIETA (WŁASNEGO AUTORSTWA).....	111
	ANKIETA – DLQI. WSKAŹNIK WPŁYWU DOLEGLIWOŚCI SKÓRNYCH NA JAKOŚĆ ŻYCIA.	118
STRESZCZENIE.....		120
SUMMARY		120

Wstęp

Czy tego chcemy, czy też nie żyjemy w czasach, w których wygląd liczy się znacznie. Potrzeba bycia pięknym i atrakcyjnym istniała we wszystkich okresach cywilizacji ludzkiej, dzisiaj jednak jest wyraźniej zaznaczona niż kiedykolwiek indziej. Naukowcy zajmujący się tym tematem przedstawili wiele dowodów, które wskazują nam, że podziw dla piękna ciała i umiejętność jego rozpoznawania jest dziedziczona po przodkach a umiejętność rozpoznawania atrakcyjnej, pięknej twarzy jest już możliwa przez 2–6 miesięczne niemowlęta. Udowodniono, że roczne dzieci bawią się lalkami o ładnych buziach dwukrotnie dłużej w stosunku do lalek z buziami nieatrakcyjnymi [1]. Tak, więc umiejętność pozwalająca odróżnić piękno od brzydoty jest nam przekazywana w genach.

Ciało ludzkie jest obiektem naszych westchnień, na które patrzymy, które ubieramy i rozbieramy. Sprawia, że jesteśmy z niego dumni i zadowoleni innym razem wstydzimy się jego i staje się ono powodem naszych kompleksów i niepewności. Rzadko zdarza się, że nasze ciało jest nam zupełnie obojętne. Staramy się zazwyczaj by było piękne lub zbliżone do jego ideału.

Nie ma idealnie pięknego ciała. Istnieje jednak ideał piękna, który egzystuje od zawsze, niemniej jednak na przestrzeni wieków modyfikował się zgodnie z gustem, panującą modą, zwyczajami, kulturą narodów. Ludzie od zarania dziejów chcieli być piękni i atrakcyjni [2, 3]. Egipska królowa Kleopatra, która żyła od 68 do 30 r. p.n.e., słynęła z urody nawet poza granicami swojego królestwa. Już wtedy urodę swą wykorzystywała do zdobycia władzy i osiągnięcia sukcesów.

Piękne ciało, to nie tylko jego atrakcyjność fizyczna, to przede wszystkim zachowanie harmonii pomiędzy duszą a ciałem, która jest odzwierciedlana w wyrazie twarzy takiej osoby, w sposobie jego poruszania się, mówienia, wyrażania, wdzięku, poziomie kultury osobistej, wykształceniu... Obejmuje ono cały fizyczny, mentalny i psychiczny habitus człowieka (łac. *habitus* – usposobienie, właściwości) [2]. Albrecht Durer miał rację twierdząc, że piękno ma wiele odmian i przyczyn [2].

Piękne ciało to zdrowe ciało. Pozbawione nadmiaru tkanki tłuszczowej, odpowiednio umięśnione, sprawne fizycznie. Kształt ciała w największym stopniu jest zapewniony przez jego odpowiednie umięśnienie, która nadaje jej nie tylko wygląd ale jak mówił I. Pawłow mięśnie są akumulatorem energii organizmu oraz aktywatorem funkcji nerwowych, krążenia i oddychania [2].

Ładne ciało to synonim młodości a każdy z nas chciałby być wiecznie młodym i sprawnym człowiekiem. Nikt z nas nie chce chorować, być niedołącznym psychicznie ani fizycznie. Ładne ciało, to zdrowe ciało. Zdrowe ciało to sprawne ciało. Poczucie jego siły i sprawności doprowadza do pewności siebie danego osobnika.

Ideał piękna istniał od wieków i od wieków starano się go określić i w pewnym sensie subiektywnie zmierzyć. Platon twierdził, że ciało człowieka można przedstawić w postaci wzorów matematycznych i układów geometrycznych a samo „piękno” jest tym co „tłum uważa za najbardziej pożądany...”, czyli „podniecający kształt ludzkiego ciała”. Dla Platona pięknem jest to, co jest harmonijne i proporcjonalne, co jest dobre, co cechuje się odpowiednią proporcją poszczególnych części ciała. Wg Arystotelesa pojęcie piękna związane jest z ludzką potrzebą

czerpania radości, z rzeczy zmysłowych. Podobnego zdania był Hippiasz Większy, który twierdził, że piękno to, to co sprawia nam przyjemność. Kant uważał, że do piękna nie można podejść czysto intelektualnie, jedynie przy pomocy wyobraźni i subiektywnego podejścia. Hume twierdził, że piękno istnieje w duchu tego, kto to piękno ogląda [2].

Lekarz poprzez zabiegi medycyny estetycznej doprowadza do poprawy wyglądu pacjenta, który w wyniku tego niejednokrotnie odzyskuje równowagę psychiczną, zdobywa większą pewność siebie, dzięki czemu może realizować wiele marzeń związanych ze swoim życiem osobistym czy zawodowym. O zachowanie urody należy dbać od najwcześniejszych lat do późnej starości. O piękno zabiega wielu ludzi. Niektórzy pacjenci pragną opóźnić zewnętrzne objawy procesu starzenia się ze względu na wykonywaną pracę zawodową, inni na skutek wewnętrznych stresów i oporów psychicznych przed kontaktem z ludźmi, kompleksów, psychoz, nerwic czy innych zaburzeń psychicznych. Jeszcze inną grupę stanowią pacjenci po wypadkach, w wyniku których doznali stałych okaleczeń oraz ci, którzy przyszli na świat z defektami wrodzonymi [4, 5].

Niewiele jest osób, które miało to szczęście i odziedziczyło predyspozycje genetyczne do tego, by mieć piękne ciało. Oczywiście wszelkie zaniedbania sprawiają, że nawet geny nam nie pomogą. Już sam Sokrates twierdził, iż „Wstydem jest zestarzeć się przed czasem z powodu lenistwa i nieuwagi. Ludzkim jest poznać siebie w swojej piękności i sile, którą to ciało może osiągnąć. Ale ani siła, ani piękno nigdy nie przychodzą same, tylko związek woli i ciała może je stworzyć.” [2]

W poniższej rozprawie doktorskiej będę chciała przedstawić jaki wpływ w dzisiejszych czasach na człowieka ma medycyna estetyczna. Jak ważną dziedziną medycyny się staje. Odpowiem na pytania dotyczące zmiany jakości życia pacjenta, korzystającego z wybranych zabiegów medycyny estetycznej. Zdarza się bowiem, że w swej niedoskonałości pacjenci dopatrują się przyczyn swoich niepowodzeń osobistych czy zawodowych, popadając przez to w załamanie psychiczne a nawet ciężką depresję. Celem medycyny estetycznej jest osiągnięcie zadowolenia pacjenta, co do jego wymagań związanych z wyglądem, eliminacja kompleksów oraz przywrócenie poczucia własnej wartości. Lekarz medycyny estetycznej jest osobą, która nie tylko w sposób fizyczny zmienia wygląd pacjenta ale również oddziałuje na stan psychiczny i jego samopoczucie przez co łatwiej jest takiemu pacjentowi realizować swoje marzenia związane z życiem.

Rozdział 1 Istota problemu

1.1 Analiza pojęć używanych w pracy, w świetle literatury.

W dalszej części podrozdziału zostały omówione następujące zagadnienia:

- **medycyna estetyczna:** definicja, zakres działań, różnice dotyczące estetyki twarzy w zależności od płci;
- **starzenie się skóry:** podział, starzenie się skóry a zmiany histologiczne, starzenie się skóry a genetyka;
- **mezoterapia:** definicja, mechanizm działania, sposoby przeprowadzania zabiegów, biostymulacja, biostrukturyzacja, mezoterapia w odmładzaniu skóry, preparaty i leki stosowane w intradermoterapii, wskazania i przeciwwskazania do przeprowadzania mezoterapii, działania niepożądane;
- **peelingi chemiczne:** podział, sposób działania, wskazania i przeciwwskazania do stosowania peelingów chemicznych, działania niepożądane po zastosowaniu peelingów chemicznych;
- **wypełniacze:** definicja, wskazania i przeciwwskazania do stosowania wypełniaczy, działania niepożądane po zastosowaniu wypełniaczy;
- **toksyna botulinowa:** mechanizm działania toksyny, wskazania i przeciwwskazania do jej stosowania w medycynie estetycznej, działania niepożądane, interakcje z lekami;
- **jakość życia:** definicja, wskaźniki obiektywne i subiektywne jakości życia.

Zakres działań medycyny estetycznej obejmuje m.in.: peelingi chemiczne (medyczne), mezoterapię (igłową i bezigłową), wypełniacze, toksynę botulinową typu A (chemodenerwacja), intralipoterafię, laseroterapię, epilację, mikrodermoabrazję. W rozprawie tej jednak skupię się i opiszę 4 pierwsze rodzaje zabiegów (w tym tylko mezoterapię igłową), ponieważ to one były tematem moich badań ankietowych przeprowadzonych wśród pacjentów korzystających z medycyny estetycznej.

1.2 Medycyna estetyczna

Medycyna Estetyczna to stosunkowo nowa dziedzina medycyny, która narodziła się we Francji, a teraz od kilkunastu lat z dużym powodzeniem zadomowiła się także w Polsce. Słowo estetyka pochodzi od greckiego słowa *aisthesis*, oznaczającego poczucie lub umiłowanie piękna.

Twórcą medycyny estetycznej jest francuski lekarz endokrynolog Jean Jacques Legran. Z jego inicjatywy powstało w Paryżu, w 1973 roku Towarzystwo Medycyny Estetycznej. Dwa lata później Carlo Alberto Bartolletti zawiązał takie stowarzyszenie w Rzymie. Wkrótce powstały kolejne stowarzyszenia odpowiednio w Belgii i Hiszpanii. W 1978 roku wszystkie te cztery państwa utworzyły Międzynarodowy Związek Medycyny Estetycznej (Union International de Medicine Esthetique – UIME) z siedzibą w Paryżu [4]. Do Polski medycyna estetyczna dotarła na początku lat 90 XX wieku. W chwili obecnej (stan na 27.01.2011

za Krajowym Rejestrem Sądowym) w Polsce jest zarejestrowanych 9 stowarzyszeń i fundacji zrzeszających lekarzy zajmujących się medycyną estetyczną i przeciwstarzeniową [6].

Medycyna estetyczna zajmuje się szeroko pojętą profilaktyką zdrowotną i rozpowszechnianiem zdrowego trybu życia. To dział medycyny dynamicznie rozwijający się. Jest to młoda gałąź medycyny, jednak mimo tego znaczna część produktów i preparatów medycznych, którymi przeprowadza się zabiegi medyczne, znane są w medycynie od lat. Medycyna estetyczna i przeciwstarzeniowa to dział medycyny poparty fachową wiedzą i doświadczeniem, który podobnie jak i inne dyscypliny medycyny doskonale efekty daje w zwykłych zabiegach prewencyjnych.

Większość zabiegów przeprowadzana jest w seriach. Na rynku dostępnych jest wiele różnych metod leczniczych i preparatów medycznych. Ważne jest, by łączyć kilka zabiegów jednocześnie i odpowiednio dopasować jedną lub nawet kilka metod terapeutycznych w zależności od indywidualnego problemu pacjenta. Terapia połączona zawsze zwiększa efektywność a także skuteczność poszczególnych procedur, jednak na efekty należy nieco poczekać, przez co znaczna część przeprowadzanych zabiegów przeznaczona jest dla pacjentów cierpliwych i świadomych zasad, iż procesy regeneracji i przebudowy skóry wymagają czasu oraz odpowiedniej higieny życia. Systematyczność w wykonywaniu zabiegów, cierpliwość a także stosowanie się w pełni do zaleceń lekarza, stanowi podstawowy warunek sukcesu terapii.

Warunki, w których żyjemy, w obecnych czasach przyczyniają się do ekspozycji naszego ciała na bardzo dużo czynników szkodliwych. Należy tutaj wymienić m.in.: promieniowanie UV, zanieczyszczenia środowiska, palenie tytoniu, złe nawyki żywieniowe, znikoma aktywność fizyczna, etc. Czynniki te połączone dodatkowo ze stresem na jaki narażeni jesteśmy od najmłodszych lat, wspólnie narażają nasz organizm, a głównie skórę na uleganie bardzo szybkiemu procesowi starzenia. Przy czym wymagania jakie stawiają przed nami społeczeństwo, bliscy a nawet pracodawcy zmuszają nas do coraz częstszego zastanawiania się w jaki sposób zatrzymać – potocznie ujmując – czas? Tego oczywiście nie można zrobić, nie mniej jednak można w znacznej mierze „spowolnić” procesy starzenia się.

Lekarze wszystkich specjalności dbają o zdrowie pacjentów w pełnym zakresie. Zabiegi, którym poddają się pacjenci korzystający z usług lekarzy specjalizujących się w medycynie estetycznej i przeciwstarzeniowej finalnie wpływają na styl życia tych pacjentów. Zabiegi te dodają im pewności siebie i poprawiają ich samopoczucie oraz witalność. Niezależnie od wieku dotyczy to w takim samym stopniu kobiet jak i mężczyzn.

Medycyna estetyczna jest gałęzią medycyny, która zajmuje się budową i odbudową równowagi psychofizycznej człowieka. Skierowana jest przede wszystkim do tych pacjentów, którym trudno jest zaakceptować własne defekty estetyczne. Jest to medycyna stawiająca na jakość życia, natomiast zdrowie jest tutaj traktowane jako wyraz dobrego stanu psychofizycznego. Jest to dziedzina medycyny mająca głównie charakter zapobiegawczy (prewencyjny), a dopiero potem naprawczy, czyli korekcyjny.

W fazie zapobiegawczej lekarze medycyny estetycznej uczą pacjentów, w jaki sposób należy poznać i zaakceptować struktury fizyczne, które zostały odziedziczone, jak o nie dbać i jak nimi radzić zgodnie z zasadami higieny życia dotyczącymi odżywiania, wysiłku psychicznego i fizycznego, a także higieny kosmetycznej. Faza korekcyjna (upiększająca) programu medycyny estetycznej przewiduje stosowanie wyłącznie oficjalnie uznanych

zabiegów i procedur lekarskich, chirurgicznych, fizykoterapeutycznych, uzdrowiskowych oraz kosmetycznych.

Medycyna estetyczna jest, więc działem medycyny zajmującym się zdrowiem człowieka w aspekcie: wyglądu zewnętrznego, wizerunku, estetyki, samopoczucia, widocznych zmian w skórze oraz odczuwanym przez pacjenta dyskomfortem w jakości życia.

Do historii przeszedł już nienaturalny wygląd, przypominający maskę „naciągniętej twarzy”. Młoda twarz, to nie tylko napięta skóra, lecz wypukłone okolice kości jarzmowych, pełne policzki, znikome fałdy nosowo-wargowe, pełne, jędrne usta. Proces starzenia się twarzy polega nie tylko na opadaniu skóry na skutek grawitacji ale również na utracie jej wypukłości i naturalnych krzywizn wynikających, w niektórych okolicach, z zaniku tkanki łącznej (zarówno tłuszczowej jak i kostnej) i utratą sprężystości – spadkiem ilości białek (kolagenu).

Doszło do ewolucji metod operacyjnych, które koncentrowały się dawniej wyłącznie na wycięciu odpowiedniej ilości skóry, a następnie jej podciągnięciu. Stosowane obecnie techniki zabiegów służą poprawie napięcia systemu powięziowo-mięśniowego oraz przywróceniu naturalnych wypukłości (krzywizn) twarzy i modyfikacji jej mimiki.

Chirurgia plastyczna spleta się z małoinwazyjnymi technikami medycyny estetycznej: biorewitalizacji (peelingi chemiczne, lasery, mezoterapia igłowa i bezigłowa), wypełniaczy tkankowych, chemodenerwacji (toksyna botulinowa typu A), intralipoterapii (fosfatydylocholina, deoksycholan sodu). Połączenie tych metod jest właściwą drogą zmierzającą do odbudowy młodego i atrakcyjnego wyglądu twarzy.

Różnice dotyczące estetyki twarzy w zależności od płci [7]:

Twarz żeńska:

Cechy twarzy żeńskiej idealnej pod względem estetycznym obejmują: większe, gładkie czoło, mały nos, brwi w kształcie łuku lub przypominającym skrzydło mewy, szerzej osadzone gałki oczne, wyraźne kości jarzmowe, kształt twarzy przypominający serce (zwążający się ku dołowi, przy zachowaniu proporcji między dolną a górną częścią twarzy), pełne usta oraz wyraźnie zaznaczoną czerwień wargową.

Kluczową cechą atrakcyjności twarzy kobiecej jest neotenia, czyli zachowanie dziecięcych cech mimo osiągnięcia dorosłości. Takie cechy jak duże oczy, pełne usta, mały nos, wypukłe kości jarzmowe czy wysokie czoło są uznawane za bardzo atrakcyjne przez mężczyzn oceniających kobiety [8–10].

Twarz męska:

Cechy twarzy męskiej idealnej pod względem estetycznym obejmują: wystające brwi, o poziomym układzie i nieznacznym łukowatym kształcie, głębiej i niezbyt szeroko osadzone gałki oczne, nieco większy nos, kwadratowa dolna część twarzy, bardziej zrównoważone proporcje pomiędzy górną a dolną częścią twarzy oraz niewielki zarost lub bardziej szorstka struktura skóry dolnej części twarzy.

1.2.1 Starzenie się skóry

Patogeneza starzenia jest procesem złożonym. Na starzenie się naszego organizmu jako całości mają wpływ zarówno czynniki wewnętrzne jak i zewnętrzne. To z jaką prędkością dochodzi do postępu procesów starzenia oraz wiek, w którym zaczynają pojawiać się pierwsze wykładniki starości, jest uwarunkowane od genów. Szybkość starzenia się jest uzależniona od

wielu czynników zewnętrznych takich jak: charakter wykonywanej pracy, warunki klimatyczne a także sposób i rytmika eksploatacji osobniczej, jednak największy wpływ wśród czynników egzogennych przypisuje się: ekspozycji na promienie UV, paleniu tytoniu, złemu odżywianiu i używkom (np. alkohol, nadmierna ilość kawy) [11–14].

Zasadniczą rolę w procesie starzenia się na poziomie komórkowym pełnią telomery, których długość skraca się wraz z wiekiem danego organizmu. W wyniku skracania telomerów dochodzi do starzenia komórki i do zaników tkankowych. Telomery chronią DNA w zakończeniach chromosomów przed skracaniem się w trakcie podziałów. Zjawisko to zapobiega systematycznej utracie cennego materiału genetycznego. Skracanie się telomerów jest jedną z istotnych przyczyn starzenia się komórek (Nagroda Nobla dla Elizabeth H. Blackburn, Carol W. Greider i Jack W. Szostak przyznana w 2009 roku [15]).

Starzenie skóry dzieli się na [12, 16, 17]: starzenie chronologiczne (starzenie fizjologiczne) i starzenie nie chronologiczne (fotostarzenie). Według innego podziału starzenie skóry dzielimy na: starzenie wewnątrzpochodne – właściwe, genetyczne (intrinsic) oraz starzenie zewnątrzpochodne – niewłaściwe (extrinsic).

Starzenie wewnątrzpochodne (właściwe) [12, 18] jest procesem nieuniknionym, postępującym w czasie i nie możliwym do zatrzymania. W wyniku starzenia właściwego, wewnątrzpochodnego dochodzi do: atrofii naskórka i skóry (grubość skóry zmniejsza się z wiekiem o około 20%, nie zmienia się z wiekiem jedynie grubość warstwy rogowej naskórka), zmniejszenia liczby fibroblastów i komórek tłuszczowych w obrębie naskórka. W młodej skórze kolagen układa się w skórze na wzór regularnej siatki, w starzejącej się skórze kolagen układa się w pęczki sprawiające wrażenie nieładu [19-21]. Dochodzi również do fragmentacji i wapnienia włókien elastynowych, do jej degradacji (w wyniku zwiększenia ilości enzymu metaloproteinazy w macierzy komórkowej) a także do akumulacji materiału zawierającego nieprawidłowo zbudowaną elastynę w warstwie brodawkowatej i siateczkowej skóry (elastyna w starzejącej się skórze zawiera małe ilości cukrów i lipidów oraz znacznie podwyższony poziom aminokwasów) [12, 18].

Z czasem dochodzi do zmian w obrębie połączenia skórno – naskórkowego DEJ (dermal–epidermal junction), które ulega spłaszczeniu (konsekwencją jest upośledzenie w wymianie czynników odżywczych pomiędzy skórą i naskórkiem). W obrębie złącza skórno – naskórkowego DEJ ilość kolagenu typu IV i kolagenu typu VII maleje co doprowadza do ścięnięcia tej warstwy, a w konsekwencji do formowania się zmarszczek [20].

Ulega również wydłużeniu czas przejścia komórek w naskórku (TOT – Turn Over Time). Pomiędzy III–ą, a VIII–ą dekadą życia czas ten wydłuża się o 30–50%, podczas gdy u 20–latków tranzyt komórkowy przez warstwę kolczystą wynosi 20 dni, u 40–50 –latków wydłuża się do 30 dni, a nawet dłużej [13]. Konsekwencją wydłużenia TOT jest [19, 21]: ścięnięcie naskórka, wolniejsze gojenie się ran oraz mniej efektywne złuszczenie naskórka. Dlatego starsi pacjenci wymagają dwa razy dłuższego czasu na reepitelializację po dermabrazji czy zabiegach laserowych w porównaniu z młodszymi pacjentami.

Odpowiedzią firm farmaceutycznych na fenomen wydłużenia TOT w starzejącej się skórze są produkty zawierające substancje aktywne przyspieszające cykl komórkowy. Należą do nich m.in.: hydroksykwasy i retinoidy [12, 18].

W starzeniu wewnątrzpochodnym ilość kwasu hialuronowego znajdującego się w skórze zanika prawie całkowicie (HA wraz z kolagenem i elastyną są odpowiedzialne za fizyczny wygląd twarzy). Do grupy GAGs (glikozaminoglikany) należą m.in. kwas hialuronowy i siarczan chondroityny. HA ma właściwości pozwalające wiązać wodę o objętości tysiąc razy przekraczającej objętość jego cząsteczki, co pozwala skórze utrzymać równowagę wodno – elektrolitową. W młodej skórze HA występuje na obrzeżach kolagenu i elastyny, natomiast w skórze ulegającej znacznym procesom starzenia takie połączenia zanikają. Konsekwencją spadku zawartości kolagenu, elastyny i HA w skórze są m.in.: powstawanie zmarszczek, tworzenie się bruzd, wiotkość skóry i suchość skóry [12, 18].

Sucha, łuszcząca się skóra jest wykładnikiem starzejącej się skóry. Przyczyną tego stanu jest również degradacja lub zanikanie funkcjonalnej bariery skóry na skutek zmniejszenia ilości lipidów i zwiększonego ubytku wody poprzez naskórek (Trans-epidermal water loss – TEWL). Z wiekiem dochodzi również do spadku ilości podskórnej tkanki tłuszczowej (głównie w obrębie twarzy, powierzchni grzbietowej dłoni i na goleniach), zaniku melanocytów średnio o 8–20% co 10 lat (klinicznie stan ten manifestuje się redukcją liczby znamion melanocytowych u osób starszych, a co za tym idzie zmniejsza się ilość melaniny w skórze, w związku z ochronnym działaniem melaniny - pochłaniania karcynogenne promienie UV, starsze osoby są bardziej narażone na powstawanie nowotworów złośliwych skóry) [12, 18].

W wyniku starzenia właściwego zanika również unaczynienie w obrębie skóry. Redukcja unaczynienia w starzejącej się skórze może wynosić nawet 35%. Jest ona szczególnie zauważalna w warstwie brodawkowatej skóry, gdzie dochodzi do zaniku pionowych pętli naczyńowych w wyniku czego dochodzi do: zmniejszonego przepływu krwi, zmniejszonego zaopatrzenia skóry w substancje odżywcze, zaburzeń w termoregulacji, obniżenia temperatury powierzchniowej skóry oraz bladości skóry [17].

W wyniku starzenia właściwego wraz z wiekiem ulegają skróceniu telomery (to wyspecjalizowane struktury znajdujące się na końcach chromosomów pełniące kluczową rolę w procesie starzenia na poziomie komórkowym). Telomery są wiarygodnym miernikiem procesów starzenia, czymś w rodzaju wewnętrznego „zegara biologicznego”. Udowodniono, że naturalne i progresywne skracanie telomerów jest najważniejszym mechanizmem starzenia się komórek skóry. Hamują one również proces uszkodzania komórek przez wolne rodniki. Skracanie telomerów skojarzone ze starzeniem się ma swoje odzwierciedlenie w zanikach tkankowych. Niestety w chwili obecnej nie istnieje żaden kosmeceutyk, lek czy terapia, która potrafiłaby bezpiecznie zapobiec skracaniu telomerów [22].

U kobiet starzenie się skóry jest także zależne od menopauzy (średni wiek wystąpienia menopauzy wśród Polek to około 50 lat \pm 2 lata), czyli od czynników hormonalnych, związanych z zanikiem funkcji jajników. Dochodzi do spadku wydzielania estrogenów (a dokładnie 17 beta – estradiolu), które przyczyniają się do zmian w obrębie naskórka, skóry właściwej jak i tkanki podskórnej. Niedobór estrogenów przyczynia się m.in. do zmniejszenia ilości kolagenu (spadek grubości warstwy skóry, utrata elastyczności i napięcia) i spadku aktywności gruczołów łojowych oraz potowych (sucha, szorstka skóra), a także spadku poziomu kwasu hialuronowego, włókien elastynowych, naczyń włosowatych i zaniku tkanki podskórnej [13, 23–27].

Starzenie zewnętrzne – niewłaściwe [12–14, 16, 18, 28, 29]:

Starzenie zewnętrzne jest przedwczesne i dotyczy przede wszystkim skóry. Można mu zapobiec. Największą rolę wśród czynników egzogennych przypisuje się paleniu tytoniu, złemu odżywianiu i ekspozycji na promienie UV.

Ekspozycja na promienie UV jest odpowiedzialna w 80% za procesy starzenia się skóry twarzy i innych odsłoniętych części ciała. Promienie UVA penetrują w głąb tkanki łącznej i są przyczyną immunosupresji i przedwczesnego starzenia się skóry, są odpowiedzialne za tworzenie się wolnych rodników oraz reakcje fototoksyczne i fotoalergiczne. Promienie UVB penetrują do najgłębszych warstw naskórka, uszkodzają DNA komórkowe, odpowiadają za oparzenia skóry i pobudzają karcynogenezę.

Konsekwencją ekspozycji na promienie UV są m.in.: formowanie komórek oparzeniowych (sunburn cells), zwiększona produkcja kolagenazy, indukcja reakcji zapalnej, uszkodzenia telomerów, fotokarcynogeneza, fotoimmunosupresja oraz fotostarzenie.

Za powyższe patologie wini się w szczególności promienie UVA o długości fali 320-400 nm. Ilość penetrującego promieniowania i głębokość penetracji jest wprost proporcjonalna do długości fali promienia UV. W przypadku promieni UVB o długości fali 300 nm, 10% promieni w dalszym ciągu dociera do warstwy podstawnej naskórka. Należy pamiętać, że nadmierna ekspozycja na promienie UV, i to niezależnie od tego czy dawka jest skumulowana, czy może dochodzi tylko do okresowego narażenia skóry na promienie słoneczne, prowadzi nie tylko do starzenia się skóry ale przede wszystkim stanowi wysokie zagrożenie wystąpienia chorób skóry, z których większość może doprowadzić do powstania nowotworów łagodnych lub złośliwych [30].

Klasyfikacja procesu starzenia skóry pod wpływem działania promieni słonecznych wg Glogau'a [32– 34]:

Typ I starzenia – brak zmarszczek:

- wczesne objawy photoaging;
- umiarkowane nasilone zmiany barwnikowe;
- brak ognisk rogowacenia naskórka;
- minimalne nasilenie zmarszczek;
- pacjenci w wieku około 20–30 lat;
- makijaż minimalny lub jego brak.

Typ II starzenia – zmarszczki mimiczne (określane jako „ruchowe”):

- wczesne lub umiarkowane objawy photoaging;
- wczesne zmiany typu plam starczych (lentigo senilis);
- ogniska rogowacenia naskórka wyczuwalne palpacyjnie ale nie widoczne gołym okiem;
- równoległe linie (określane jako „śmiechowe”) pojawiające się w bocznych okolicach ust;
- wiek pacjentów – około 40 r. ż.;
- najczęściej stosowany pewien rodzaj makijażu.

Typ III starzenia – zmarszczki spoczynkowe:

- zaawansowany proces photoaging;
- widoczne zaburzenia barwnikowe i teleangiektazje;
- widoczne ogniska rogowacenia naskórka;

- wiek pacjentów – minimum 50 lat;
- intensywny makijaż.

Typ IV starzenia – przewaga zmarszczek:

- zaawansowany proces photoaging;
- żółtoszare zabarwienie skóry;
- w wywiadzie przebyte złośliwe nowotwory skóry;
- skóra z licznymi zmarszczkami i bruzdami, brak obszarów gładkiej skóry;
- wiek pacjentów – 60 –70 lat i więcej;
- pacjenci nie mogą stosować makijażu.

Skóra będąca w tym samym wieku ale unikająca ekspozycji na promienie UV uzyska zawsze niższą punktację w skali Glogau'a aniżeli skóra będąca w tym samym wieku ale podlegająca procesom fotostarzenia. W trakcie właściwego starzenia skóry dochodzi do nieuniknionych zmian, jednak wygląd skóry jest zdecydowanie lepszy i bardziej zdrowy niż przy starzeniu skóry niewłaściwym. W trakcie starzenia wewnątrzpochodnego skóra twarzy pozostaje bez przebarwień, z nieco zaostrzonymi liniami mimicznymi twarzy, jednak przy zachowanej geometrii [12, 23].

W procesie starzenia zewnątrzpochodnego nie dochodzi do skracania telomerów. W badaniach klinicznych nie zaobserwowano również zmian w długości telomerów w skórze ekspozowanej na promienie UV i chronionej przed tymi promieniami. Zmiany skórne pojawiają się przede wszystkim na skórze wyekspozowanej na słońce – twarzy, dekolcie, ramionach i dłoniach. W trakcie fotostarzenia dochodzi do atrofii naskórka, zaburzeń rogowacenia, zwiększenia suchości skóry i uszkodzenia naczyń w obrębie skóry. Zmiany skórne są wynikiem skumulowanego efektu działających przez całe życie promieni ultrafioletowych. Należą do nich m.in.: zmarszczki, bruzdy czy zmiany barwnikowe [35].

Wolne rodniki i białka udaru cieplnego

W wyniku działania czynników wewnętrznych oraz zewnętrznych, takich jak np.: stres, palenie tytoniu, procesy metaboliczne, zanieczyszczenia środowiska oraz promieniowanie UV dochodzi do powstania wolnych rodników, które indukują zmiany ekspresji genów doprowadzając do degradacji kolagenu i akumulacji elastyny a co za tym idzie – do starzenia się skóry. Wolne rodniki złożone są z cząsteczek tlenu z nieparzystym elektronem. Antyoksydanty (np. witaminy A, C, E, koenzym Q, pyknogenol, silimaryna, resweratrol) stabilizują proces oksydacji bowiem neutralizują wolne rodniki poprzez dostarczenie drugiego elektronu do cząsteczki tlenu. Ponadto wolne rodniki działają na receptory skórne, na czynniki wzrostu w komórkach skóry oraz na keratynocyty i doprowadzają do wywołania reakcji zapalnej, która jest przyczyną degradacji kolagenu, elastyny i kwasu hialuronowego [12].

Heat Shock Proteins (HSP, białka udaru cieplnego) – występują w sposób naturalny we wszystkich komórkach i organizmach świata zwierzęcego. Wyzwalane są przez temperaturę powyżej 42 stopni Celsjusza. Podwyższony poziom HSP chroni komórki przed następstwami ekspozycji na stres – dzięki czemu organizm może przeżyć w szkodliwych i nieprzyjaznych warunkach środowiska. Funkcja białek polega na łączeniu się z innymi białkami oraz ułatwianiu transportu i interakcji z innymi molekułami. W ludzkim naskórku białka udaru cieplnego w dużych ilościach występują w keratynocytach i uczestniczą w procesie różnicowania komórek i reakcjach fitobiologicznych. Wykazano, że tworzenie komórek oparzeniowych

powstałych w wyniku działania promieni UV oraz śmierć komórek można zahamować, jeżeli skóra wcześniej zostanie poddana działaniu wysokich temperatur, w trakcie których dochodzi do tworzenia się HSP. Naukowcy uważają, że regulując farmakologicznie poziom HSP, będzie można spowolnić procesy starzenia się skóry [12, 37].

Prewencja przedwczesnego starzenia się skóry

Proces starzenia endogenny jest nieunikniony i jest naturalną konsekwencją upływającego czasu, którego nie można zatrzymać, jednak każdy z nas ma ogromny wpływ na starzenie egzogenne. To w jaki sposób my sami obchodzimy się z naszą skórą, nasze przyzwyczajenia i nasz styl życia ma decydujący wpływ na postępy procesu starzenia skóry.

W celu spowolnienia procesów starzenia się skóry należy przestrzegać podstawowych zasad profilaktycznych [12, 13, 30, 32, 38, 39]. Należy unikać promieni UV (szczególnie w godzinach między 11–15, kiedy narażenie na promieniowanie UV jest największe), nie korzystać z łóżek opalających (solarium), stosować fotoprotekcję przez cały rok, nie palić papierosów, unikać wszelkiego rodzaju zanieczyszczeń, stosować właściwą dietę (bez używek, z dużą ilością warzyw i owoców), regularnie uprawiać sport, stosować kosmetyki nawilżające oraz kosmetyki z retinoidami i antyoksydantami, spożywać przeciwutleniacze (w formie naturalnej – warzywa i owoce oraz sztucznej – preparaty dostępne w aptekach), unikać stresu oraz korzystać z zabiegów medycyny estetycznej.

Każdy z nas powinien stosować kremy z filtrami ochronnymi i to codziennie, niezależnie od pory roku, jedynie zmieniając wielkość filtru w zależności od potrzeb. Szczególną ochroną otoczyć należy wszelkiego rodzaju znamiona oraz blizny (w celu uniknięcia wystąpienia chorób skóry będących następstwem ekspozycji na promienie UV). W okresie letnim zalecany jest wskaźnik SPF (Sun Protection Factor) powyżej 30, w okresie zimowym w granicach 10–20 [30]. Na promienie UVA jesteśmy narażeni przez cały rok i to o każdej porze dnia. Nie chronią nas przed nimi ani chmury, ani szyby okienne czy samochodowe.

Teoria dotycząca prędkości starzenia się różnych okolic twarzy

„Dotychczasowa teoria mówiąca o tym, że cała twarz starzeje się w jednakowy sposób wymaga stanowczej rewizji” – tak twierdzą naukowcy z Południowo-zachodniego Centrum Medycznego w Utah (USA). Ich zdaniem liczne, oddzielne złogi tłuszczu na twarzy starzeją się z różną prędkością [13, 40].

„Przez setki lat uważaliśmy, że tłuszcz w obrębie twarzy jest jedną zlewającą się masą, która podlegając siłom grawitacji powoduje efekt widoczny na twarzy w postaci obwisłej skóry. Okazuje się jednak, że tkanka tłuszczowa na twarzy występuje w licznych przedziałach (jamach), a w każdej z nich dochodzi do ubytku lub zwiększania ilości tkanki tłuszczowej w różnym czasie i z różną szybkością” [13, 40].

Dzięki badaniom histopatologicznym potwierdzono występowanie jam oddzielonych od siebie tkanką łączną włóknistą. Starzenie się twarzy charakteryzuje się zmianami jakie zachodzą w tych poszczególnych jamach. Na twarzy młodej granice pomiędzy poszczególnymi przedziałami są niewidoczne. Z wiekiem kontury twarzy się zmieniają, ponieważ ilość tkanki tłuszczowej w jednych przedziałach się zmniejsza, a w innych zwiększa [13, 40].

1.2.2 Mezoterapia

Mezoterapia (intradermoterapia) to miejscowe iniekcje różnych substancji podawanych śródskórnio (do skóry właściwej), w celu jej pobudzenia do odnowy.

Po raz pierwszy zabiegi mezoterapii zostały przeprowadzone w 1952 roku we Francji przez Michela Pistora. Mezoterapia jest wykorzystywana nie tylko w dermatologii oraz medycynie estetycznej ale również w medycynie sportowej (np. w leczeniu uszkodzeń ścięgien i więzadeł), w chirurgii (np. do przyspieszania procesów gojenia ran po zabiegach, w terapii owrzodzeń i oparzeń), w internie (np. w leczeniu przewlekłych stanów zapalnych, w przewlekłych zespołach bólowych, w leczeniu otyłości) a nawet w psychiatrii (w terapii stanów lękowych i w depresji) [24, 41].

Dzięki tym metodom można przeprowadzać zabiegi biorewitalizujące skórę, które są coraz częściej stosowane w medycynie estetycznej. Mezoterapię stosuje się również z dobrymi efektami przy wszelkich objawach osłabienia włosów (przy włosach matowych, wypadających oraz łamliwych). Możemy stosować ją w wypadku łysienia, najlepiej podejmując terapię zanim mieszki włosowe wejdą w fazę całkowitej atrofii. Mezoterapia skóry głowy może być z powodzeniem wykorzystywana zarówno by przeciwdziałać aktywnej utracie włosów jak również w postępowaniu profilaktycznym.

Do zabiegów rewitalizujących zaliczamy biostymulację oraz biorestrukturyzację. Biostymulacja [23, 41] aktywuje funkcje biologiczne skóry w celu zoptymalizowania jej fizjologii, w wyniku czego dochodzi do poprawy jej wyglądu a tym samym zwiększenia napięcia, elastyczności i jędrności skóry. Dobrym przykładem substancji posiadającej takie działanie są polidezoksyrybonukleotydy. W innym podejściu „biorewitalizacja” to szeroko rozumiane techniki, które są często związane z zabiegami intradermoterapii, poprawiające jakość i wygląd skóry, pobudzające ją do szybszej odbudowy np. w trakcie chronostarzenia i fotostarzenia, po zastosowaniu peelingu chemicznego, dermabrazji, laseroterapii czy po operacyjnym liftingu. Biorewitalizacji można poddawać skórę zarówno twarzy, szyi, jak i dekoltu, czy też ramion oraz wewnętrznej powierzchni ud a także skórę rąk. Najważniejsze jest by odpowiednio zdiagnozować problem i dobrać metodę, często skojarzoną (np. połączyć intradermoterapię i chemiczny peeling) w celu osiągnięcia zamierzonego efektu. Dzięki biorewitalizacji dochodzi również do przyspieszenia procesu gojenia i odbudowy skóry poddanej wcześniejszym zabiegom z zakresu chirurgii czy medycyny estetycznej. Biorewitalizacja doprowadza do odtworzenia optymalnego, fizjologicznego środowiska w skórze.

Biorestrukturyzacja [41] to odbudowa składników skóry, w wyniku kontrolowanego jej „uszkodzenia” (na skutek działania czynników zapalnych), w celu uzyskania poprawy estetycznej. Oba rodzaje zabiegów są stosowane w profilaktyce procesów starzenia, w celu poprawy stanu skóry, jej napięcia i nawilżenia a także spłycenia istniejących zmarszczek.

Zabiegi odmładzające są przeprowadzane u pacjentów obu płci, bowiem i kobiety, i mężczyźni boją się związanej ze starością utraty fizycznej atrakcyjności [12]. W 2003 roku zostały przeprowadzone badania (CBOS), z których wynika, że aż 90% populacji uważa, iż wygląd zewnętrzny jest bardzo ważny by móc osiągnąć sukces zawodowy i osobisty, ponadto poprawia nasze samopoczucie i podwyższa samoocenę. Dodatkowo, aż 82% przyznaje, że ważny jest dla nich wygląd zewnętrzny innych osób, co sprawia, że wymagamy idealnego wyglądu nie tylko od siebie ale również od innych [42].

Mezoterapia w odmładzaniu skóry

Zabiegi mezoterapii są wykonywane wyłącznie przez lekarzy. Wyróżniamy dwa rodzaje mezoterapii – bezigłową i igłową. Mezoterapia bezigłowa jest procesem bezinwazyjnym, przeprowadzanym głównie w celu odmłodzenia skóry (np. redukcja zmarszczek, redukcja objawów fotostarzenia skóry, poprawa napięcia i nawilżenia skóry) i w terapii cellulitu.

Zabiegi mezoterapii (igłowej) są wykonywane w sposób manualny przy użyciu igieł (igły o rozmiarach 27G, 30G, 32G i długości 4–10 mm), multiiniekatorów (linijnych lub kołowych), które pozwalają w tym samym czasie wprowadzić lek lub daną substancję w kilka punktów albo wykorzystując pistolet przeznaczony do mezoterapii. Pistolet zapewnia równomierne rozprowadzenie substancji, poprzez odpowiednie ustalenie głębokości wstrzyknięcia i objętości preparatów podczas jednego wkłucia [41].

W obrębie twarzy zalecana jest technika liniowa, jak najbardziej powierzchownie wzdłuż zmarszczek lub mikronakłuć (grudki od 0,1–0,2 ml). W przypadku pojedynczych zmarszczek poprzecznych szyi również zalecana jest technika mikronakłuć. W przypadku dużych powierzchni ciała takich jak twarz (policzki) zalecana jest technika liniowo – krzyżowa. W przypadku pozostałych części ciała: szyja, okolica dekoltu od rejonu podobojczykowego do okolicy sutkowej, okolica grzbietowa ręki, wewnętrzna powierzchnia uda, wewnętrzna powierzchnia ramienia i okolica brzucha zalecana jest technika „dywanowa”, polegająca na przeprowadzeniu dużej ilości iniekcji w jednym obszarze. W przypadku okolicy dekoltu od rejonu podobojczykowego do okolicy sutkowej oraz na wewnętrznej powierzchni uda (1/3 górna powierzchni uda, aż do okolicy pachwinowej) można zastosować również technikę pikotage [24].

Technika podawania preparatów oparta jest na wielokrotnych iniekcjach do górnej warstwy skóry właściwej tworzących niewielkie depozyty, które wchłaniają się od kilku do kilkunastu godzin (najdłużej 2–4 doby). Innym sposobem podawania kwasu hialuronowego są liczne, powierzchowne nakłucia, gdzie dochodzi do jednoczesnego wstrzykiwania preparatu i następującym po tym masażem, bez wytwarzania niewielkich grudek depozytowych. Częstotliwość zabiegów jest przeprowadzana w różnych odstępach czasu. Jest to uzależnione od stanu skóry i potrzeb pacjenta, od preparatu lub leku jaki stosujemy, a także od tego czy działamy profilaktycznie czy leczniczo. W celach profilaktycznych zabiegi przeprowadzamy oczywiście rzadziej, od 2 do 4 w ciągu roku i najlepiej po 25 roku życia. W odmładzaniu skóry częstotliwość zabiegów uzależniona jest od wielu czynników, które wymieniłam powyżej i przeprowadzane są zdecydowanie w krótszych odstępach czasu oraz ze zwiększoną częstotliwością. Przykładowo możemy stosować iniekcje w następującym cyklu: w fazie początkowej preparaty wstrzykujemy w odstępach co około 1–2 tygodni (w sumie 2–4 razy), z następującą po tym 2–3 miesięczną przerwą po której jest wznawiana kuracja w formie jednego zabiegu, przeprowadzanego co 1–2 miesiące [41].

Bardzo popularne wśród pacjentów staje się poprawianie wyglądu skóry rąk. Starzenie się skóry rąk wynika zarówno z procesów chronostarzenia jak i fotostarzenia. W wyniku chronostarzenia, dochodzi do zaniku podskórnej tkanki tłuszczowej oraz mięśniowej jak i do spadku poziomu hormonów. Takie procesy prowadzą do zmniejszenia się grubości naskórka, uwydatnienia żył, kości i ścięgien. W trakcie fotostarzenia ścięgnięciu ulegają żywe warstwy naskórka oraz dochodzi do rogowacenia posłonecznego i powstawania plam soczewicowatych. Dłonie, podobnie jak twarz, dekolt i ramiona narażone są na stałe wystawianie na światło

słoneczne oraz dodatkowo na szereg szkodliwych czynników środowiskowych, takich jak: wiatr, różnice temperatur, chemikalia, nieodpowiednia pielęgnacja itp. oraz zawodowych – kontakt z drażniącymi środkami i chemią [24, 43].

W przypadku utraty elastyczności i jędrności skóry rąk, mezoterapia jest skutecznym sposobem uzyskania bardzo dobrych rezultatów. Cykl zabiegów ustala się uwzględniając przeważnie potrzeby skóry rąk: średnio 1 zabieg co 1–2 tygodnie (powtórzony około 4–6 razy), później następuje faza podtrzymująca polegająca na wykonaniu 1 zabiegu co 2–3 miesiące [23, 42].

Zabiegi intradermoterapii stosowane w biorewitalizacji skóry wykorzystują dwa mechanizmy w celu jej odmłodzenia, pierwszym z nich jest działanie substancji lub leku wstrzykniętego bezpośrednio w skórę, drugim – efekt ogniskowego gojenia się tkanki po licznych iniekcjach [24, 41].

W trakcie przeprowadzania zabiegu należy przestrzegać podstawowych zasad aseptyki. Pacjenta należy zawsze poinformować o procesie leczenia (jakim leczymy preparatem, z jaką częstotliwością), zasadach postępowania po zabiegu (w dniu zabiegu nie powinno się nakładać makijażu, korzystać z sauny przez 2 tygodnie, nie wolno poddawać się ekspozycji na promienie UV przez 1–2 tygodnie i najlepiej stosować kremy fotoprotekcyjne), o działaniach niepożądanych (patrz niżej) oraz należy zawsze uzyskać pisemną zgodę na zabieg. Przed terapią można znieczulić skórę przy pomocy np. kremu EMLA, w celu zminimalizowania bólu [24].

Mezoterapię można połączyć z pozostałymi zabiegami zaliczającymi się do medycyny estetycznej. Są to zabiegi bezpieczne, dające satysfakcjonujące rezultaty w odmładzaniu skóry pod warunkiem przestrzegania zalecanych przez lekarza wizyt. Nie ma możliwości przedawkowania podawanych preparatów [41].

Preparaty i leki stosowane w mezoterapii

Roztwory używane do mezoterapii są najczęściej mieszaniną różnych substancji. W tym celu w mezoterapii wykorzystujemy m.in. [5, 24, 41, 42, 44, 45]: preparaty przeciwzapalne, antybiotyki, hormony, enzymy proteolityczne, antyoksydanty (np. tauryna, pyknogenol, resweratrol, witaminy), aminokwasy, polipeptydy, czynniki wzrostu pochodzące z autologicznego osocza bogatego w płytki krwi, PDRN (polidezoksyrybonukleotydy – polimery białkowe naturalnego pochodzenia o długości łańcucha białkowego wynoszącej od 50 do 2000 par zasad połączonych wiązaniami fosfodwuestrowymi [44]), preparaty relaksujące mięśnie, witaminy (głównie A, C, E, witaminy z grupy B, witamina H), mikroelementy (wapń, miedź, sód, potas, magnez, żelazo, cynk, selen), związki krzemu, wyciągi roślinne, kwas hialuronowy, hialuronian sodu a także siarczan glukozaminy.

W zależności od podanego preparatu lub leku mówimy o różnym działaniu substancji na tkanki organizmu. Witaminy A, C, E wykazują działanie antyoksydacyjne. PDRN, preparat coraz częściej wykorzystywany na świecie w procesach biorewitalizacji skóry [45], działa w sposób bezpośredni na komórki skóry doprowadzając do wzrostu poziomu substancji syntetyzowanych i wydzielanych przez fibroblasty. PDRN działa również w sposób pośredni jako ochrona skóry przed uszkadzającym działaniem wolnych rodników [30].

Kwas hialuronowy (HA - hyaluronic acid) makrocząsteczkowy nie wykazuje działania biostymulującego, bowiem nie wpływa na produkcję endogennego kwasu hialuronowego [41]. HA podany w ten sposób działa jedynie nawilżająco i antyoksydacyjnie. Działanie przeciwutleniające jest związane z podstawową strukturą chemiczną cząsteczki oraz jej

ciężarem cząsteczkowym natomiast efekt nawilżający wynika z wyjątkowej właściwości HA pozwalającej jednej jego cząsteczce związać około 250 cząsteczek wody [24].

W celu pobudzenia fibroblastów do produkcji kolagenu, elastyny i kwasu hialuronowego nie podaje się w iniekcjach śródskórnych samego makrocząsteczkowego HA, tylko hialuronian sodu (zawierający od 20–38 monomerów HA) zmieszany z aminokwasami takimi jak: glukozamina, prolina, lizyna, leucyna, glicyna, które pobudzają podjednostkę CD 44 fibroblastów do proliferacji [24].

Związki krzemu powinny być stosowane do odmładzania estetycznego skóry tylko u osób starszych, bowiem indukują odpowiedź o charakterze fibrotycznym. Biorą one udział w syntezie kolagenu typu I oraz aktywują enzym hydroksylazę proliny [41].

Wskazania, przeciwwskazania do zabiegów mezoterapii oraz objawy niepożądane intradermoterapii:

Wskazania do mezoterapii w medycynie estetycznej [5, 24, 41, 43, 47, 48] są następujące: odmładzanie skóry (aktywne substancje wprowadzane w głąb skóry stymulują metabolizm komórek a także zwiększają tworzenie elastyny oraz kolagenu w wyniku czego skóra jest bardziej napięta, lepiej odżywiona i wygląda młodziej), leczenie cellulitu (w wyniku intradermoterapii dochodzi do poprawy mikrokrążenia w tkance podskórnej oraz wzrostu metabolizmu komórek tłuszczowych co prowadzi do ujędrnienia skóry i redukcji efektu określanego jako „skórka pomarańczowa”), leczenie wypadania włosów oraz różnych odmian łysienia (w wyniku intradermoterapii dochodzi do spowolnienia procesu wypadania włosów, do ich regeneracji a nawet w 20% sytuacji klinicznych, do ich odrostu), rozstępy skórne oraz przeroste blizny.

Do przeciwwskazań w intradermoterapii zalicza się [24, 41]: ciążę, laktację, młody wiek pacjenta, nadwrażliwość na składniki preparatu, miejscowe procesy zapalne, miejscową infekcję skóry (wirusową, bakteryjną, grzybiczą), przyjmowanie preparatów przeciwzakrzepowych i NLPZ (przeciwwskazanie względne), choroby metaboliczne (przeciwwskazanie względne), choroby nowotworowe (przeciwwskazanie względne) oraz choroby psychiczne (ze względu na brak współpracy z pacjentem – przeciwwskazanie względne).

Do efektów ubocznych i powikłań po wykonaniu mezoterapii zaliczamy [24, 41]: rumień, zasinienie skóry, niewielkie krwiaki, obrzęk, reakcje nadwrażliwości na składniki preparatów, infekcje (grzybicze, bakteryjne), zmiany barwnikowe (najczęściej hiperpigmentacje), koebneryzacja zmian łuszczykowych oraz guzki podskórne (w przypadku leczenia cellulitu).

Zabiegi mezoterapii są bezpieczne i przeprowadzane od wielu lat na świecie, w trakcie których trudno jest doprowadzić do przedawkowania podawanych substancji. To zabiegi o niewielkiej urazowości i praktycznie nie obciążone występowaniem objawów niepożądanych. Jediną zasadniczą wadą wszystkich zabiegów mezoterapii jest fakt, że należy je wykonywać systematycznie (wg zaleceń lekarza), często i najlepiej już do końca życia. Uzyskanie niewystarczających efektów najczęściej związane jest z przeprowadzeniem zbyt małej liczby zabiegów. Mezoterapia przeznaczona jest dla pacjentów cierpliwych i świadomych zasad, iż procesy regeneracji i przebudowy skóry wymagają czasu oraz odpowiedniej higieny życia [41].

1.2.3 Peelingi chemiczne (medyczne)

Zwane również dermopeelingami (peel – z ang. złuszczać, zdzierać), są zabiegami prowadzącymi do złuszczenia zrogowaciałego naskórka lub skóry właściwej zależnie od rodzaju preparatu i zastosowanej intensywności zabiegu, który dostosowuje się do stanu w jakim znajduje się skóra pacjenta [32, 49, 50].

Peelingi medyczne pod względem głębokości ich działania możemy podzielić na [32, 49, 50] powierzchowne (bardzo łagodne i łagodne), średnio-głębokie i głębokie. Głębokość, na której uszkodzeniu uległ naskórek i skóra właściwa może być różna i zależy ona od [49, 50]: siły działania substancji chemicznej (mocy kwasu), ilości nałożonych warstw, czasu aplikacji, kojarzeniu z innymi substancjami (techniki łączone), odtłuszczenia skóry poddanej zabiegowi (zależnie od procedury alkoholem, firmowym preparatem myjącym), grubości naskórka i skóry, ilości mieszków włosowych oraz okolicy ciała.

Moc kwasu

Moc kwasu jest mierzona zdolnością dysocjacji danego kwasu w roztworze. Oznacza się ją jako **pKa** – ujemny logarytm stałej dysocjacji danego kwasu w określonych warunkach. Moc kwasu jest również uzależniona od rodzaju kwasu oraz jego pH. Im niższe pH i pKa, tym moc kwasu jest wyższa, przez co wzrasta jego działanie złuszczące i drażniące skórę [32, 49, 50].

Peelingi chemiczne – mechanizm działania [5, 32, 49, 50]:

Peelingi chemiczne poprawiają działanie bariery skórno-naskórkowej, doprowadzają do wzrostu przenikania innych substancji stosowanych zewnętrznie na skórę, w wyniku zmniejszenia grubości warstwy rogowej doprowadzają do rozjaśnienia skóry i poprawy jej kolorytu, powodują wzrost odporności na podrażnienia skóry przez czynniki powierzchniowoczynne, hamują tworzenie melaniny w melanocytach (wpływają na zahamowanie tyrozynazy), przyspieszają proces TOT, pobudzają aktywność fibroblastów (wzrost syntezy kolagenu, HA), wpływają na poprawę nawilżenia skóry (poprzez wzrost zawartości kwasu hialuronowego), pobudzają komórki tuczne oraz dendrocyty skórne, pobudzają TGF- β (wzrasta aktywność czynników wzrostowych), doprowadzają do pogrubienia warstw żywych naskórka i skóry właściwej, poprawiają jakość włókien elastynowych, hamują rozwój guzów indukowanych przez promienie UV oraz doprowadzają do wzrostu wrażliwości na promienie UV (należy uważać na powstanie przebarwień – działanie niepożądane).

Klasyfikacja Fitzpatricka typów skóry pod względem jej wrażliwości na światło patrz – Tablica 1. [31]:

Tablica 1. Klasyfikacja Fitzpatricka typów skóry pod względem jej wrażliwości na światło.

Typ skóry	Kolor skóry	Reakcja skóry na pierwszą ekspozycję na promienie UV
I	biały	– zawsze oparzenie – nigdy opalenizna
II	biały	– zwykle oparzenie – trudność w uzyskaniu opalenizny
III	biały	– czasem łagodne oparzenie – przeciętna opalenizna
IV	umiarkowanie brązowy	– rzadko oparzenia – opalenizna uzyskiwana z łatwością
V	ciemnobrązowy (np. Latynosi, Hindusi, jasne karnacje afrykańskie)	– bardzo rzadkie oparzenia – bardzo łatwo uzyskiwana opalenizna
VI	czarny	– bez oparzeń – bardzo łatwo uzyskiwana opalenizna

Peelingi powierzchniowe

Działają w obrębie naskórka (od warstwy rogowej do warstwy podstawnej). Możemy je podzielić na: peelingi powierzchniowe bardzo łagodne (uszkodzenie do poziomu warstwy kolczystej) oraz peelingi powierzchniowe łagodne (uszkodzenie wszystkich warstw naskórka) [49].

W wyniku złuszczenia powierzchniowego dochodzi do: złuszczenia korneocytów, wzrostu przepuszczalności warstwy rogowej, stymulacji podziałów komórkowych w warstwie podstawnej oraz przyspieszenia turn-over time. Delikatne peelingi odbudowują warstwę rogową i pełnią funkcję substancji ochronnych przed zewnętrznym, fotoindukowanym uszkodzeniem [50].

Peelingi powierzchniowe – bardzo łagodne:

Działają w obrębie naskórka (od warstwy rogowej do warstwy kolczystej). Złuszczenie najczęściej nie powinno być widoczne. Okres odnowy naskórka: około 5 dni. Z powodu bardzo powierzchniowego przenikania substancji chemicznych w głąb naskórka, zabiegi te są bezpieczne i można je stosować dla wszystkich typów skóry wg Fitzpatricka.

Zaliczamy tutaj: kwas trójchlorooctowy (TCA) 10–20%, pasty zawierające rezorcynę, płyn Jessnera (mieszanka 14% rezorcynolu, 14% kwasu salicylowego, 14% kwasu mlekowego i 95% etanolu) 1–2 warstwy, kwas salicylowy 1,0–30%, suchy lód, tretynoinę oraz alfa-hydroksykwas o małej mocy (35–70%): glikolowy, mlekowy, maleinowy, cytrynowy, winowy, szczawiowy [49].

Peelingi powierzchniowe – łagodne:

Złuszczenie najczęściej nie powinno być widoczne. Okres odnowy naskórka wynosi 5–10 dni. Podobnie jak w przypadku peelingów powierzchniowych bardzo łagodnych, zabiegi te

można przeprowadzać u pacjentów z wszystkimi typami skóry wg Fitzpatricka (nawet na skórze typu IV–VI) [49].

Zaliczamy tutaj: kwas trójchlorooctowy (TCA) 20–35%, 70% kwas glikolowy oraz roztwór Jessnera (powyżej 2 warstw) [49].

Peelingi średnio–głębokie:

Obejmują cały naskórek, warstwę brodawkowatą skóry, aż do górnej części warstwy siateczkowatej. Okres odnowy naskórka wynosi około 10 dni [49]

Do przeprowadzenia peelingów o średniej głębokości najbardziej odpowiednimi kandydatami są pacjenci z typem skóry I–III wg Fitzpatricka. U pacjentów z typem skóry IV–VI najprawdopodobniej wystąpi reakcja PIH (przebarwienia pozapalne), która może się utrzymywać nawet kilka lat [49].

Do peelingów średnio–głębokich zaliczamy: TCA 50% (pojedyncza warstwa), kwas pirogronowy, fenol 88% (nieokluzyjnie) oraz tzw. peelingi skojarzone: suchy lód + TCA 35%, płyn Jessnera + TCA 35% i kwas glikolowy + TCA 35% [49].

Peelingi głębokie:

Obejmują głębsze warstwy skóry właściwej (do części środkowej warstwy siateczkowatej). Po zabiegu głębokie peelingi chemiczne wywołują zaczerwienienie i powstanie strupów (okres odnowy naskórka 6–15 dni). Peelingi głębokie znamienne poprawiają wygląd głębokich zmarszczek, blizny potrądzikowe oraz wiotkość skóry. Peelingi głębokie są najbardziej odpowiednie do leczenia typów skóry I i II wg Fitzpatricka [49].

Zaliczamy tutaj: Fenol Bakera–Gordona (okluzyjnie, nieokluzyjnie); w skład tego peelingu oprócz fenolu wchodzi dodatkowo olejek krotonowy i płynne mydło Septisol [49].

Wskazaniami do wykonania peelingu chemicznego są [5, 33, 49, 50]: objawy starzenia się skóry (zmarszczki, utrata jędrności skóry, plamy, piegi), zmiany barwnikowe (przebarwienia powstałe na skutek trądziku młodzieńczego oraz nadmiernej ekspozycji na słońce, przebarwienia pozapalne, plamy soczewicowate), nadmierny łojotok skóry twarzy, dekoltu, pleców, łagodny i umiarkowany trądzik (szczególnie zaskórnikowy i grudkowo–krostkowy), drobne blizny oraz zaburzenia rogowacenia (rogowacenie przymieszkowe, suchość skóry).

Przeciwwskazaniami do stosowania peelingsów medycznych są [33, 49, 50]: ekspozycja skóry na promienie UV, aktywna opryszczka, predyspozycje do tworzenia się bliznowców, podrażnienia i uszkodzenia skóry (nadżerki, przeczosy, otarcia), ciężkie postaci trądziku (liczne krosty, torbiele ropne – wymagają wcześniejszej terapii farmakologicznej), zabieg chirurgiczny przeprowadzony w obrębie twarzy (do 2 miesięcy wstecz), stan po krioterapii (do 6 miesięcy), liczne znamiona melanocytowe, ciąża, laktacja, schorzenia autoimmunologiczne (kolagenozy, pęcherzyce) oraz doustna terapia pochodnymi wit. A (niezbędna jest przynajmniej półroczna przerwa) i miejscowe stosowanie pochodnych wit. A (niezbędna jest przynajmniej miesięczna przerwa).

Do efektów ubocznych i powikłań po wykonaniu peelingsów medycznych zaliczamy [33, 49–52]: obrzęk (występuje w ciągu 24–72h po zabiegu i jest konsekwencją samej procedury; w niektórych sytuacjach obrzęk może być poważniejszy i może się utrzymywać dłużej, nawet przez wiele dni – np. po głębokim peelingu fenolowym; w takich sytuacjach konieczne może być zastosowanie ogólnoustrojowych steroidów), ból (najczęściej ustępuje po 8–12h), utrzymujący się rumień twarzy (najczęściej rumień utrzymuje się kilka dni,

maksymalnie do 90 dni w przypadku zastosowania głębokiego peelingu fenolowego), świąd (zwykle ustępuje w ciągu kilku dni, maksymalnie do 30 dni od zabiegu), zaburzenia barwnikowe – szczególnie u osób posiadających przebarwienia, które nie stosują ochrony przeciwsłonecznej, u osób z tendencją do powstawania przebarwień lub u osób, które zdrapują złuszczone naskórek; problemy takie zdarzają się najczęściej u osób z wysokimi fototypami skóry (IV–VI), linie demarkacyjne (powstają na granicy skóry poddanej peelingowi i otoczenia, doprowadzając do różnicy zabarwienia i struktury skóry, dlatego by tego uniknąć należy peeling medyczny aplikować na całą powierzchnię skóry np. twarzy a nie tylko na jej część), nadwrażliwość na zimno (by tego uniknąć należy stosować po zabiegu kremy ochronne), kontaktowe zapalenie skóry, zapalenie okołowargowe, infekcje (np. kandydoza [51]), bliznowacenie (blizny przerosłe, keloidy – szczególnie u osób wykazujących tendencję do zbliznowaceń lub powstawania keloidów), zaburzenia rytmu serca (tachykardia, migotanie przedsionków, przedwczesne pobudzenia komorowe – rzadkie powikłanie i występujące tylko w przypadku głęboko działającego peelingu fenolowego) oraz prosaki (bardzo rzadko).

1.2.4 Wypełniacze

Są substancjami wstrzykiwanymi w określonej objętości podskórną. Unosząc powierzchowne warstwy skóry powodują wypełnienie ubytków (np. zmarszczek) jak i też korekcję kształtu różnych części twarzy (np. podbródka, okolicy skroniowej, kształtu nosa i ust, okolicy jarzmowej, itd.).

Na rynku dostępnych jest wiele substancji wypełniających ulegających i nie ulegających biodegradacji, które wykazują trwałe lub czasowe działanie. Wypełniacze ulegające biodegradacji to takie, które są absorbowane i wydalane z organizmu. Ich profil bezpieczeństwa jest wysoki, natomiast są one nietrwałe i należy takie zabiegi regularnie powtarzać. Wypełniacze trwałe, nie poddają się biodegradacji i często w wyniku tego dochodzi do tworzenia się ziarnin, których powstawanie jest wynikiem obecności mikrootoczek, dzięki którym wypełniacz jest trwały. Wypełniacze takie mogą jednak odgrywać zasadniczą rolę u pacjentów zakażonych wirusem HIV, u których dochodzi do lipotrofi (zaniku tkanki tłuszczowej) i celowe byłoby uzyskanie trwałej korekcji oraz u pacjentów z ustabilizowaną twardziną [7].

Najczęściej stosowaną substancją wypełniającą w medycynie estetycznej jest kwasy hialuronowy (HA), należący do wypełniaczy ulegających biodegradacji. Kwas hialuronowy jest naturalnym składnikiem naszego organizmu. HA jest bezpieczny i jest używany również w innych dziedzinach medycyny np. w chirurgii oka, w ortopedii. HA jest w stanie związać około tysiąc razy więcej wody niż wynosi jego masa. Liczne łańcuchy HA przeplatają się i krzyżują wzajemnie, tworząc w ten sposób roztwory o dużej elastyczności i lepkości, nadając skórze spójność i elastyczność. Kwas hialuronowy wraz z kolagenem i elastyną jest odpowiedzialny za fizyczny wygląd twarzy. Jego ilość w skórze zmniejsza się wraz z wiekiem, co prowadzi do gorszego jej uwodnienia, wiotkości skóry, spadku jej jędrności oraz powstawania zmarszczek. Iniekcje z HA są najczęściej stosowaną i najbezpieczniejszą metodą wypełniania zmarszczek, fałdów i bruzd, czyniąc to w naturalny sposób.

Przy użyciu specjalnie stabilizowanych preparatów zawierających kwas hialuronowy przeprowadza się zabiegi pozwalające na odzyskanie jędrności i objętości w wyglądzie konturów twarzy kości jarzmowych, policzków, brody oraz okolicy żuchwy. Efekt odmłodzenia

wyglądu twarzy oraz jej liftingu utrzymuje się znacznie dłużej, niż w przypadku kwasu hialuronowego o niższym usieciowaniu – około 18 miesięcy a czasami nawet dłużej.

Kwas hialuronowy (HA) jest również wykorzystywany do powiększania ust oraz korekcji ich konturu a także dysproporcji pomiędzy górną i dolną wargą. U osób, które mają słabo zaznaczony kontur ust można również zastosować HA w celu jego podkreślenia. Usta po zastosowaniu kwasu hialuronowego stają się bardziej wyraziste, lepiej nawilżone, zmienia się profil warg co nadaje im młodszego wyglądu, jednak nie dochodzi do zmiany ich barwy. W większości przypadków obrzęk ust ustępuje po kilku godzinach, jednak może się zdarzyć, że będzie się on utrzymywał nawet kilka dni. Ostateczny efekt, który zadawala pacjentów jest widoczny po około 2–3 tygodniach.

Wskazania do stosowania kwasu hialuronowego w medycynie estetycznej obejmują [7]: korekcję bruzd nosowo–wargowych, korekcję zmarszczek gładziny określanych potocznie jako „wie zmarszczki”, korektę zmarszczek okolicy oczu określanych potocznie jako „kurze łapki”, korekcję zmarszczek powyżej górnej wargi określanych potocznie jako „zmarszczki palacza”, korektę rynienki górnej wargi, korektę konturu i kształtu ust, korektę opadniętych kącików ust, zwiększenie objętości ust, wypełnianie okolicy kości jarzmowej, skroniowej, modelowanie owalu twarzy, wypełnianie podbródka oraz korekcję kształtu nosa.

Przeciwwskazania do zastosowania kwasu hialuronowego w medycynie estetycznej są następujące [7]: choroby o podłożu autoimmunologicznym, stany zapalne skóry (np. trądzik, opryszczka), nadwrażliwość na kwas hialuronowy lub składniki preparatu, ciąża, karmienie piersią, skłonność do powstawania blizn przerostowych i keloidów oraz planowana wzmoczona aktywność pacjenta w ciągu najbliższych 72 h.

Do objawów niepożądanych po zastosowaniu kwasu hialuronowego [7] zaliczamy: ból, obrzęk, lub zaczerwienienie w miejscu wprowadzenia preparatu (objawy te znikają w przeciągu 72 godzin), nadwrażliwość w miejscu korekcji, świąd mogący pojawić się na skórze wrażliwej, sporadycznie może pojawić się obrzęk występujący w formie zgrubienia, który będzie się utrzymywał do kilku tygodni, reakcja alergiczna, asymetria, przemieszczenie substancji wypełniającej, ziarniniaki, krwiaki oraz infekcje.

Techniki podawania wypełniaczy zależą od jego rodzaju oraz miejsca podania, podobnie jak głębokość wprowadzania preparatu. Dokładnej oceny defektów estetycznych występujących u danego pacjenta dokonuje się kiedy znajduje się on w pozycji siedzącej. Zabieg taki nie wymaga poprzedzenia specjalnymi przygotowaniem. Należy jednak 3 dni przed planowanym zabiegiem nie spożywać leków należących do NLPZ, dodatkowo 30 minut przed zabiegiem należy znieczulić odpowiednim kremem (np. EMLA), miejsca poddane później zabiegowi. Preparat jest dobierany przez lekarza w stosunku od miejsca korekcji, jakości skóry, głębokości, rodzaju zmarszczek i fałd. Przez kilka godzin po zabiegu należy unikać nadmiernej ekspresji twarzy, jak również dotykania miejsc wkłucia. Bezpośrednio po zabiegu może się pojawić lekkie zaczerwienienie, obrzęk, drobne krwiaki oraz delikatny ból w miejscu podania preparatu, jednak objawy te znikają samoistnie zazwyczaj w przeciągu paru dni. Po przeprowadzonym zabiegu pacjent powinien przez kilka minut odpocząć. Zastosowanie zimnych kompresów pomaga w zmniejszeniu obrzęku oraz dolegliwości bólowych powstałych w wyniku licznych iniekcji. Przez około 3 dni należy unikać alkoholu, nadmiernych ćwiczeń fizycznych oraz narażenia na promienie słoneczne i ciepło (solarium, sauna, ciepło z kominka).

Efekt po przeprowadzonym zabiegu jest natychmiastowy ale nie ostateczny. Przez jakiś czas pacjent może czuć jeszcze depozyty wypełniacza w skórze. Efekt ostateczny zastosowania wypełniacza będzie widoczny po okresie około 2 tygodni a przy preparatach bardziej usieciowanych należy poczekać nawet od 4 do około 6 tygodni. Dopiero po takim okresie pacjenci są w pełni zadowoleni z wykonanego zabiegu.

1.2.5 Toksyna botulinowa

Toksyna botulinowa jest produktem beztlenowych, Gram-dodatnich bakterii *Clostridium botulinum*. Różne szczepy *C. botulinum* wydzielają osiem toksyn – A, B, C_a, C_b, D, E, F oraz G, jednak dany szczep wydziela tylko jedną toksynę. Szczepy chorobotwórcze dla człowieka najczęściej produkują toksyny A, B i E. Toksyny A–F należą do neurotoksyn, które zaburzają neuroprzewodnictwo w obwodowych synapsach cholinergicznym przez zahamowanie uwalniania acetylocholiny, doprowadzając do porażenia wiotkiego. Toksyna G jest jedyną toksyną, która nie jest związana z objawami chorobotwórczymi [53]. Toksyna B jest używana do leczenia dystonii szyjki macicy (preparat NeuroBloc). W medycynie estetycznej wykorzystuje się toksynę botulinową typu A (np.: preparaty Botox, Dysport, Vistabel) [54].

Toksyna botulinowa jest polipeptydem zbudowanym z łańcuchów L (łańcuch lekki – 50 kd) i H (łańcuch ciężki – 150 kd) połączonych labilnym termicznie mostkiem dwusiarczkowym. Rozerwanie tego połączenia inaktywuje neurotoksynę. Dlatego toksyna musi być przechowywana w odpowiedniej temperaturze oraz starannie rozpuszczana w celu zachowania integralności dwułańcuchowej molekuly. W razie nieprawidłowego obchodzenia się z preparatem toksyny botulinowej przed wykonaniem iniekcji, delikatne mostki dwusiarczkowe łączące oba łańcuchy mogą zostać zerwane. W takiej sytuacji niemożliwe staje się przetransportowanie łańcucha L do miejsca jego działania, co powoduje, że cząsteczka toksyny staje się nieaktywna.

Toksyna botulinowa wywołuje porażenie mięśni spowodowane blokowaniem uwalniania acetylocholiny na płaszczyźnie połączeń nerwowo-mięśniowych mięśni szkieletowych, zahamując tym samym przekazywanie impulsów nerwowych połączeniami synaptycznymi do ruchowej części płytki. Toksyna botulinowa łączy się z białkiem synaptogaminą, która znajduje się w części presynaptycznej płytki nerwowo-mięśniowej, za pomocą łańcucha H. Powstaje endosom, dochodzi do rozpadu wiązania dwusiarczkowego i łańcuch L uwalnia się do cytoplazmy części presynaptycznej za pomocą kanału jonowego częściowo powstałego przez łańcuch H [54, 55].

W synapsie cholinergicznym znajduje się kompleks zbudowany z 3 białek: białka SNAP-25 (białko synaptosomalne), białka VAMP (synaptobrewina) i białka syntaksyny. Kompleks ten jest niezbędny w procesie egzocytozy pęcherzyków synaptycznych, które zawierają acetylocholinę. Toksyna botulinowa blokuje uwalnianie acetylocholiny z presynaptycznych zakończeń nerwowych, ponieważ zawiera endopeptydazę cynkową, która odpowiedzialna jest za rozkład białka SNAP-25 [54, 55]. Przewodnictwo nerwowo-mięśniowe zostaje przerwane a mięsień docelowy ulega odwracalnemu porażeniu.

Dokładny mechanizm powrotu prawidłowej czynności włókien mięśniowych, po zastosowaniu iniekcji toksyny botulinowej, jest nadal niewyjaśniony. Rozczepienie kompleksu białkowego przez toksynę jest zjawiskiem nieodwracalnym, jednak z czasem dochodzi do

prolifracji aksonalnych pęczków nerwowych i regeneracji mięśniowych płytek końcowych [54].

Porażenie czynności mięśni następuje w czasie od doby do tygodnia, przy czym odzyskanie kurczliwości mięśni jest zmienne i uzależnione od jego rodzaju a także rodzaju mimiki twarzy pacjenta. Spektrum czasowe jest dość duże. W przypadku np. mięśni czoła odzyskanie prawidłowej czynności przez mięsień wynosi około 5 miesięcy, w przypadku mięśnia okrężnego oka od 3 do 6 miesięcy. Przedłużony okres porażenia może doprowadzić do zaniku mięśniowego. W przypadku np.: mięśnia czołowego, taki zanik mięśniowy może utrzymywać się nawet przez wiele lat. Mięsień okrężny oka nigdy nie powraca do swojej masy wyjściowej, co tłumaczy dlaczego nawet pojedynczy zabieg ostrzyknięcia mięśnia okrężnego oka powoduje znaczną korekcję zmarszczek kąta zewnętrznego oka [54].

W wyniku stosowania toksyny botulinowej może dojść do rozwoju przeciwciał. Zauważono jednak, że pojawienie się tych przeciwciał wykazuje związek zarówno z częstotliwością wykonywania iniekcji jak i używanym stężeniem toksyny. Dlatego by zapobiegać wystąpieniu przeciwciał skierowanych przeciwko toksynie botulinowej należy przestrzegać trzymiesięcznych okresów przerw pomiędzy kolejnymi zabiegami i stosować najniższe zalecane dawki w odniesieniu do danego obszaru [54].

Toksyna botulinowa w medycynie używana jest od ponad 20–stu lat. Znalazła zastosowanie w wielu dziedzinach medycznych, m.in. w okulistyce (zez, kurcz powiek, czynnościowe nadmierne łzawienie), neurologii (oczopląs, porażenie nerwu twarzowego, migrena), internie (skurcz zwieracza wpustu, przerostowe zwężenie odźwiernika), chirurgii (szczelina odbytu), ginekologii (dystonia szyjki macicy) oraz oczywiście w medycynie estetycznej. W 1985 roku zauważono, iż pacjenci chorujący na migrenę, którym aplikowano toksynę botulinową typu A do celów estetycznych, wykazują zmniejszoną ilość napadów. Od tej pory coraz częściej stosuje się preparat Botox u osób z napadami migreny. Jakość życia tych pacjentów ulega znacznej poprawie, ponieważ zdecydowanie rzadziej występują u nich napady migreny a jeżeli już się pojawiają wykazują mniejszą intensywność [54].

W leczeniu nadmiernej potliwości toksyna botulinowa typu A jest stosowana od kilkunastu lat, chociaż pierwsze doniesienia na temat wpływu toksyny botulinowej na zmniejszenie pocenia pochodzą już z 1800 roku. Pierwsze wyniki badań zastosowania toksyny botulinowej typu A przy leczeniu nadpotliwości opublikował w 1997 Neumann'a i wsp. [57-59].

Toksyna botulinowa typu A nie leczy przyczyny nadmiernej potliwości, tylko usuwa skutecznie jej objawy, hamując wydzielanie acetylocholino i blokując współczulnie unerwienie gruczołów potowych przez co doprowadza do blokady ponadnormatywnego wydzielania potu.

Toksyna botulinowa typu A stosowana do zabiegów, jest bezpiecznym sposobem zwalczania nadmiernej potliwości takich okolic ciała jak pachy, dłonie, stopy i twarz. Przed przystąpieniem do wykonania zabiegu powinno się przeprowadzić próbę Minora – trwającą najczęściej około 15–20 minut [58]. Jest to próba jakościowa polegająca na nałożeniu roztworu jodku potasu na okolicę objętą nadmiernym poceniem. W miejscach gdzie dochodzi do wydzielania dużej ilości potu, powstaje reakcja barwna, która ukazuje lekarzowi powierzchnię, na której należy wykonać iniekcje. Dodatkowo po 14 dniach można ponownie przeprowadzić próbę, by móc skonfrontować, w którym miejscu podana wcześniej toksyna botulinowa spełnia swoją funkcję, a w którym nie. Efekt zmniejszenia, a nawet całkowitego zablokowania

wydzielania potu najczęściej występuje po około dobie, najpóźniej pojawia się po 7 dniach i w okolicy pach utrzymuje się około 6–10 miesięcy oraz około 5 miesięcy w okolicy rąk i stóp. Kolejny zabieg wykonuje się po ustaniu działania toksyny [58, 59].

W medycynie estetycznej zastosowanie toksyny botulinowej typu A wskazane jest w następujących przypadkach [54, 56, 58, 59]: zmarszczki okolicy czoła (okolica gładziny, zmarszczki poprzeczne czoła), zmarszczki okolicy zewnętrznego kąta oka, zmarszczki skóry nosa, nadmierna potliwość dłoni, stóp i pach, korekta blizn, poziome zmarszczki szyi (określane jako „pierścienie Wenus”) oraz fałdy pionowe mięśnia szerokiego szyi.

Najważniejszymi wskazaniami do zastosowania toksyny botulinowej typu A są nadmierna potliwość i zmarszczki w 1/3 górnej cz. twarzy, jednak wprawiony lekarz może również dokonywać zabiegów w obrębie szyi a nawet w obrębie ust (zmarszczki nad górną wargą, korekcja kącików ust, uśmiech dziąsłowy centralny i boczny), dokonywać korekty linii żuchwy czy fałdów podbródka [54].

Należy zawsze pamiętać o kilku zasadniczych przeciwwskazaniach do stosowania toksyny botulinowej, również w przypadku leczenia nadmiernej potliwości. Do bezwzględnych przeciwwskazań zaliczamy wszystkie te czynniki, które hamują uwalnianie acetylocholinę na poziomie synapsy nerwowo – mięśniowej czyli leki oraz schorzenia, które zmniejszają poziom acetylocholinę w zakończeniu ruchowym płytki nerwowo – mięśniowej, nasilając w ten sposób działanie toksyny botulinowej, także leki oraz schorzenia, które zmieniają reakcję zakończenia ruchowego również doprowadzając do nasilenia działania toksyny.

Do przeciwwskazań zaliczamy [54, 56, 58, 59]: choroby płytki nerwowo – mięśniowej (np. myasthenia gravis, zespół Lamberta – Eatona), zaburzenia psychiczne, alergię, czynną chorobę nowotworową, ciążę, laktację, zażywanie niektórych leków oraz nadwrażliwość na składniki preparatu (albuminy ludzkie).

Toksyna botulinowa wpływa na działanie niektórych leków. **Najczęstsze interakcje dotyczą** [55, 58, 59]: cyklosporyny (blokując kanał wapniowy wzmacnia działanie toksyny botulinowej), aminoglikozydów (np.: streptomycyna, gentamycyna, kanamycyna – blokując kanał wapniowy wzmacniają działanie toksyny botulinowej), aminochinolonów (hamują wiązanie toksyny z białkiem synaptogaminą przez co zapobiegają porażeniu mięśni po podaniu toksyny botulinowej), D–penicylaminy (może wyzwać powstawanie przeciwciał przeciw receptorom acetylocholinę), leków p/malarycznych (np.: chlorochina, hydroksychlorochina – zmniejszają siłę działania toksyny botulinowej), leków stosowanych w celu znieczulenia (np.: pankuronium, tubokuraryna – to blokery antagonistyczne konkurujące z acetylocholiną o miejsca receptorowe w zakończeniu płytki nerwowo – mięśniowej oraz sukcylinylocholinę – bloker agonistyczny wywołujący przedłużoną depolaryzację ze zmniejszeniem kurczliwości).

Objawy uboczne w wyniku zastosowania toksyny botulinowej są rzadkie. Jeśli już występują (uniesienie brwi, opadnięcie powiek, nadmierne łzawienie, nienaturalnie szeroka zewnętrzna szpara powiekowa itp.) dotyczą najczęściej zabiegów korekcji zmarszczek i z momentem ustania działania toksyny botulinowej typu A ustępują. Jedną, więc z najbardziej śmiertelnych trucizn znanych ludzkości, pod warunkiem jej prawidłowego zastosowania, staje się jednym z najbezpieczniejszych związków [60].

Z typowych działań niepożądanych obserwuje się [54, 58, 59, 61]: miejscowy ból (szybko ustępuje), przejściowe zaczerwienienie w okolicy iniekcji, przejściowy obrzęk tkanek w okolicy wstrzyknięcia preparatu, w przypadku leczenia zmarszczek czołowych nadmierne

obniżenie brwi lub nadmierne ich uniesienie, niewielkie krwiaki, mogące powstać w miejscu iniekcji preparatu w przypadku gdy igła natrafi na niewielkie naczynie, nadmierne łzawienie (gdy toksyna botulinowa podana jest powyżej gruczołu łzowego) oraz zbyt duże zwiotczenie mięśni (opadanie kącika ust lub powieki). Działania te jednak szybko ustępują. Nie należy również stosować iniekcji u pacjentów przyjmujących NLPZ. W takich przypadkach może dojść do nadmiernego krwawienia, należy więc najlepiej na 3 dni przed planowanym zabiegiem odstawić dany preparat lub lek, w celu uniknięcia ryzyka wzmożonego tworzenia się krwiaków.

1.2.6 Jakość życia – definicja

Jakość życia jest kategorią subiektywną i trudno mierzalną. Jest pojęciem bardzo złożonym. Jednakże istnieją próby jej kwantyfikacji. Badaniem jakości życia od dawna zajmują się m.in.: psychologowie społeczni, socjologowie, filozofowie a nawet ekonomiści.

Uważa się, że po raz pierwszy pojęcie „jakości” (gr. *poiotos*) zdefiniował Platon jako „pewien stopień doskonałości”. Jakość życia związaną ze zdrowiem można rozpatrywać jako koncepcję wielopoziomową, reprezentującą rezultat wspólnego działania czynników fizjologicznych, psychologicznych i społecznych, które wpływają na zdrowie [62].

Alternatywne definicje jakości życia:

- wg N.M. Levine [63]: jakość życia to ten obszar życia ludzkiego, który danego człowieka bezpośrednio dotyczy i który jest dla niego ważny;
- wg B. Spilker [64]: na jakość życia składa się ocena funkcjonowania i zachowania jednostki ludzkiej w poszczególnych domenach (domena fizyczna, ekonomiczna, funkcjonalna, socjalna, psychologiczna, emocjonalna). Wewnątrz części tych domen możemy zająć się jego komponentami, np. mówiąc o funkcjonowaniu fizycznym możemy wziąć pod uwagę sen, ból, zdolności do samodzielnego poruszania się, komunikację z innymi ludźmi itd.

Jakość życia jest mierzona na wiele sposobów. Generalnie wyróżniamy następujące wskaźniki jakości życia:

- obiektywne, które obejmują: warunki życia całych zbiorowości (np. stopa samobójstw, poziom zanieczyszczenia środowiska, telefonizacja i in.) oraz warunki życia poszczególnych osób (materialne, zdrowotne, społeczne) odniesione do społecznie uzgodnionych kryteriów wartościowania: dobre–złe, lepsze–gorsze, pozytywne–negatywne, pożądane–niepożądane;
- subiektywne w ujęciu, którym jakość życia odnosi się do miar subiektywnych, czyli indywidualnych kryteriów wartościowania, które są wynikiem stanów psychicznych powstających u ludzi w procesie zaspokajania potrzeb, a będące efektem oceny i wartościowań, sukcesów ale i porażek, pragnień, celów, dążeń życiowych i możliwości ich realizacji.

Na jakość życia składają się, więc dwa komponenty: warunki obiektywne (warunki ekonomiczne, czas wolny, bezpieczeństwo społeczne, odpowiednie warunki mieszkaniowe, środowisko naturalne i społeczne godne człowieka, zdrowie itp.) i subiektywne samopoczucie (samoocena ogólnych i specyficznych warunków życia ujmowana w kategoriach zadowolenia, szczęścia, nadziei, lęku, samotności itp.) [65].

Pojęcie jakości życia jest bardzo wieloznaczne i wielozakresowe. Jakość życia jest satysfakcją i zadowoleniem z niego. Jest więc zmienną subiektywną.

1.3 Rys historyczny

Od tysięcy lat stosowano środki o charakterze kosmetycznym w celu poprawy wyglądu zewnętrznego. Pierwsze zabiegi ograniczały się do nanoszenia na powierzchnię skóry barwników pochodzenia zwierzęcego i roślinnego. W starożytnym Egipcie наносzono na skórę tłuszcze zwierzęce, sól i alabaster. Egipcjanki dodatkowo chcąc wygładzić skórę brały kąpiel w kwaśnym mleku, nieświadomie wykorzystując działanie kwasu mlekowego (AHAs) [66, 67]. W późniejszym okresie zaczęto stosować siarkę, gorczycę i wapień. Turcy chcieli poprzez opalenie ogniem skóry wywołać złuszczenie naskórka. Indianki nakładały na skórę papkę złożoną z własnego moczu zmieszanego z pumeksem [49].

W historii i ewolucji peelingów medycznych (zwane również peelingami chemicznymi) rozróżniamy dwa okresy rozwoju. Pierwszy rozpoczął się w XIX wieku i trwał do końca 9-jej dekady XX wieku, drugi rozpoczął się w latach 80-tych poprzedniego stulecia i trwa do dzisiaj [33].

W pierwszym okresie zostały odkryte najważniejsze substancje chemiczne, utworzono klasyczne formuły i mieszaniny, których działanie kliniczne i histologiczne poddano badaniom medycznym. Niemiec P.G. Unna w 1882 roku opisał właściwości kwasu salicylowego, rezorcyny, fenolu i kwasu trójchlorooctowego (TCA) [49]. Jako pierwszy fenol zaczął stosować brytyjski dermatolog G. M. Mackee. Od 1903 roku zaczął używać go do złuszczenia blizn potrądzikowych [68]. Od 1905 roku doktor G.H. Fox zaczął stosować fenol do usuwania piegów z twarzy [69]. W czasie I wojny światowej fenol był stosowany w celu leczenia oparzeń twarzy po prochu strzelniczym przez dr. la Gasse (z Francji). Zabiegi przeprowadzano pod okluzją. Następnie córka dr. la Gasse – Antoinette, która po przeprowadzeniu się do USA, zaczęła w latach trzydziestych i czterdziestych, w okolicach Los Angeles, stosować fenol u swoich pacjentów w celu poprawy wyglądu blizn i usuwania zmarszczek. W latach 40. Eller i Wolff przedstawili zastosowanie siarki i pasty rezorcynowej, a także wywodzące się najprawdopodobniej od Babilończyków, Egipcjan i Indian wykorzystanie pumeksu do złuszczenia warstwy rogowej naskórka. Zwrócili oni również uwagę na neurotoksyczność fenolu i konieczność usunięcia warstwy sebum ze skóry przed nałożeniem środka złuszczonego. W połowie lat 50. Combes i Sperber przystąpili do sporządzania receptur na buforowany fenol, który byłby pozbawiony swoich silnych właściwości żrących. Gordon i Baker w 1972 roku na ogólnokrajowej konferencji chirurgii plastycznej zaprezentowali dobrze udokumentowane przykłady korzystnych efektów złuszczenia chemicznego. Opracowali oni recepturę roztworu złuszczonego zawierającego fenol i mydło, która stosowana jest do dzisiaj [49]

Od lat 80-tych XX wieku poszerzono wiedzę na temat kwasu TCA (głównie dzięki badaniom przeprowadzonym przez Z. Obagiego) oraz opracowano formuły kwasów alfa-hydroksy (AHAs). W 1986 roku Brody i Hailey prowadzili doświadczenia nad średnio-głębokim złuszczeniem, wywołanym łącznym stosowaniem zaśnieżonego CO₂ a następnie TCA. W 1989 roku Monheit wprowadził inną technikę średnio-głębokiego peelingu przy użyciu roztworu Jessnera a następnie TCA [49]. Kwasy AHAs odkryte ponownie przez Van Scotta i jego współpracowników (szczególnie kwas glikolowy), doprowadziły do

spopularyzowania peelingów chemicznych. W latach 90–tych XX wieku alfa–hydroksykwasy zostały wykorzystane w preparatach kosmetycznych, co zostało, po raz pierwszy w historii nagłośnione przez media [49]. Niestety pomimo znacznych postępów nauka dotycząca peelingów medycznych jest nadal empiryczna i stosowana intuicyjnie [33, 69–72].

W 1952 roku Michel Pistor z Francji przeprowadził pierwszy zabieg mezoterapii igłowej używając prokainy w celu poprawy słuchu. Dr uważał, że dzięki temu lekarstwo zadziała szybciej i efektywniej, ponieważ pominie drogę pokarmową i układ krążenia. Dr Pistor podawał lek dookoła małżowiny usznej, wprowadzając go na głębokość około 3 mm poprzez liczne iniekcje. Dr nie uzyskał w ten sposób poprawy słuchu jednak zmaleły dolegliwości bólowe u pacjenta w obrębie stawów skroniowo–żuchwowych oraz zmniejszyła się częstotliwość szumów usznych. Od tego momentu dr Pistor zaczął leczyć swoich pacjentów wstrzykując im różne leki bezpośrednio w okolice chorych miejsc [24].

Dzięki rozwojowi technik znieczulania miejscowego i ogólnego w połowie XIX wieku zaczęto wprowadzać metody chirurgiczne w celu poprawy wyglądu. Początkowo przeszczepiano tkankę tłuszczową, by uzupełnić ubytki powstałe po urazach. W XX wieku najbardziej popularną substancją wypełniającą była autologiczna tkanka tłuszczowa. Niestety nie zyskała ona powszechnego uznania, ze względu na krótki czas utrzymywania się efektów. Wzrastające zainteresowanie medycyną estetyczną (od początku lat 70–tych) i chirurgią plastyczną przyczyniło się do uzyskania kolagenu pochodzenia bydłowego służącego jako wypełniacz. S. Stegman i A. Klein zaczęli przodować w dziedzinie jego klinicznego wykorzystania. Niestety efekty po zastosowaniu tego kolagenu utrzymywały się krótko (około 3 miesiące), dodatkowo przed zabiegiem trzeba było przeprowadzić podwójne testy skórne, z tego też powodu w latach 90. w Europie i w Azji rozpoczęto badania nad nowymi wypełniaczami i tak wprowadzono wypełniacze zawierające pochodne kwasu hialuronowego [7].

Po raz pierwszy kwas hialuronowy został wyizolowany przez K. Meyera i J. Palmera 1934 r. z bydłowej soczewki oka. Na początku lat 90. był używany w leczeniu zaćmy, następnie swoje zastosowanie znalazł w innych dziedzinach medycyny - jak ortopedia. Początkowo na szerszą skalę pozyskiwano HA z kogucich grzebieni oraz płetw rekina, jednak tego typu produkty zawierały śladowe ilości białka stąd mogły wywoływać reakcje alergiczne. Obecnie najnowocześniejsze preparaty są pozyskiwane metodą biofermentacji bakteryjnej z hodowli *Streptococcus equi*. Od 1995 roku HA został uznany za przyszłość medycyny estetycznej, który wyprze kolagen, rok później wyprodukowano I generację wypełniaczy wchłanianych (pochodzenia zwierzęcego) opartych na bazie HA i rozpoczęto badania nad kolejną generacją wypełniaczy (pochodzenia nie zwierzęcego, wypełniacze jedno i dwu fazowe) [7].

Laseczki *Clostridium botulinum* zostały zidentyfikowane po raz pierwszy w Belgii, w 1897 roku przez profesora E. van Ermengema. Prowadził on badania śmiertelności przypadków zatruc pokarmowych, które były konsekwencją skonsumowania nieświeżej szynki. Bakteriom, adekwatnie do schorzenia przez nie wywoływanego, nadano nazwę laseczek jadu kiełbasianego a samo schorzenie – zatruciem jadem kiełbasianym (*botulismus* – z języka łacińskiego *botulus* oznacza kiełbasę). W tym samym roku sporządzono surowicę odpornościową, niezbędną do leczenia zatrucia jadem kiełbasianym [54].

Na początku XX wieku wyizolowano typ B toksyny botulinowej (w 1910 roku) i później w latach 20. typ A toksyny botulinowej, wykorzystywanej m.in.: w medycynie estetycznej. W czasie drugiej wojny światowej badania dotyczące toksyny botulinowej

kontynuowano z nastawieniem na wykorzystanie jej na potrzeby wojny biologicznej. Większość tych badań przeprowadzono w wojennych laboratoriach chemicznych w Fort Detrick w Maryland oraz w Porton Down w Wielkiej Brytanii. W 1989 roku laboratoria Porton Chemicals zostały wykupione przez firmę farmaceutyczną Ibsen, która produkuje do dzisiaj Dysport [54].

W 1978 roku okulista dr Alan Scott przeprowadził pierwsze zabiegi na ludziach z wykorzystaniem BTX–A (którą nabył z Fort Detrick) do leczenia zezów (*strabismus*). Swoje badania opublikował dwa lata później doprowadzając tym samym do większego zainteresowania lekarzy tą toksyną. Zaczęto powszechnie stosować toksynę botulinową do leczenia kurczu powiek, do leczenia kurczu połowicznego twarzy oraz w leczeniu dystonii szyjki macicy [54].

Pierwszą osobą, która zauważyła zależność pomiędzy stosowaniem BTX–A do leczenia schorzeń w obrębie oczu a działaniem odmładzającym tej toksyny była dr Jean Carruthers, chirurg zajmująca się chirurgią oka w Toronto. W tym samym czasie podobne wyniki obserwacji zostały opublikowane przez kilku lekarzy, w tym przez profesora N. Lowe'a [54]. Od tego momentu historia zastosowania toksyny botulinowej typu A jest bardzo dobrze znana. BTX–A jest powszechnie stosowana w gabinetach lekarzy zajmujących się medycyną estetyczną i przeciwstarzeniową z bardzo dobrym skutkiem terapeutycznym i efektem estetycznym.

Rozdział 2 Założenia badawcze

2.1 Cel pracy

Przeprowadzone badanie miało na celu zgromadzenie i przeanalizowanie informacji na temat pacjentów korzystających z określonych zabiegów medycyny estetycznej (mezoterapii igłowej, peelingów chemicznych – medycznych, wypełniaczy i toksyny botulinowej typu A podawanej w celu korekcji zmarszczek), pod kontem ich preferencji i stylu życia. Głównym celem badania było określenie zmiany jakości życia pacjentów pod wpływem korzystania z wymienionych zabiegów medycyny estetycznej. Dlatego też badaniu zostały poddane takie czynniki jak fakt poznania nowego partnera, niewątpliwie podnoszący jakość życia w sferze osobistej; zdobycie nowych kwalifikacji lub podjęcie nowej pracy w celu zwiększenia dochodu, który wpływa na jakość życia wprost proporcjonalnie do swojej wielkości; realizacja planów związanych z wystąpieniami publicznymi co wskazuje na wysoką pewność siebie, która ułatwiając życie, również podnosi jakość życia. Dodatkowo zbadane zostały zależności pomiędzy zabiegami medycyny estetycznej, a tym jak pacjenci oceniają zmianę jakości swojego życia w ujęciu materialnym jak i niematerialnym.

Na koniec zweryfikowana została zmiana wartości uznawanych przez pacjentów medycyny estetycznej pod wpływem stosowanych zabiegów.

2.2 Problemy badawcze szczegółowe

Poznanie wymarzonego partnera:

1. Czy **przeprowadzanie zabiegów** medycyny estetycznej wpływa na podwyższenie jakości życia pacjenta w aspekcie osobistym (poznanie wymarzonego partnera)?
2. Czy **rodzaj przeprowadzonego zabiegu** medycyny estetycznej wpływa na podniesienie jakości życia pacjenta w aspekcie osobistym (poznanie wymarzonego partnera)?
3. Czy **ilość przeprowadzonych rodzajów zabiegów** medycyny estetycznej wpływa na zwiększenie jakości życia pacjenta w aspekcie osobistym (poznanie wymarzonego partnera)?
4. Czy **długość (czas) korzystania z przeprowadzanych zabiegów** z dziedziny medycyny estetycznej ma wpływ na podniesienie jakości życia pacjenta w aspekcie osobistym (poznanie wymarzonego partnera)?

Zdobycie nowych umiejętności lub kwalifikacji zawodowych w celu zwiększenia zarobków:

5. Czy **przeprowadzanie zabiegów** z dziedziny medycyny estetycznej wpływa na podwyższenie jakości życia pacjenta w aspekcie zawodowym (zdobycie nowych **umiejętności lub kwalifikacji** zawodowych w celu zwiększenia zarobków)?
6. Czy **rodzaj przeprowadzonego zabiegu** z dziedziny medycyny estetycznej wpływa na zwiększenie jakości życia pacjenta w aspekcie zawodowym (zdobycie

nowych **umiejętności lub kwalifikacji** zawodowych w celu zwiększenia zarobków)?

7. Czy **ilość przeprowadzonych rodzajów zabiegów** z dziedziny medycyny estetycznej wpływa na polepszenie jakości życia pacjenta w aspekcie zawodowym (zdobycie nowych **umiejętności lub kwalifikacji** zawodowych w celu zwiększenia zarobków)?
8. Czy **długość (czas) korzystania z przeprowadzanych zabiegów**, z dziedziny medycyny estetycznej wpływa na podniesienie jakości życia pacjenta w aspekcie zawodowym (zdobycie nowych **umiejętności lub kwalifikacji** zawodowych w celu zwiększenia zarobków)?

Podjęcie lepiej płatnej lub dodatkowej pracy:

9. Czy **przeprowadzanie zabiegów** z dziedziny medycyny estetycznej wpływa na zwiększenie jakości życia pacjenta w aspekcie zawodowym (podjęcie lepiej płatnej lub dodatkowej pracy)?
10. Czy **rodzaj przeprowadzonego zabiegu** z dziedziny medycyny estetycznej wpływa na zwiększenie jakości życia pacjenta w aspekcie zawodowym (podjęcie lepiej płatnej lub dodatkowej pracy)?
11. Czy **ilość przeprowadzonych rodzajów zabiegów** z dziedziny medycyny estetycznej wpływa na poprawę jakości życia pacjenta w aspekcie zawodowym (podjęcie lepiej płatnej lub dodatkowej pracy)?
12. Czy **długość (czas) korzystania z przeprowadzanych zabiegów**, z dziedziny medycyny estetycznej wpływa na zwiększenie jakości życia pacjenta w aspekcie zawodowym (podjęcie lepiej płatnej lub dodatkowej pracy)?

Realizacja marzeń pacjenta związanych z wystąpieniami publicznymi:

13. Czy **przeprowadzanie zabiegów**, z dziedziny medycyny estetycznej wpływa na realizację marzeń pacjenta związanych z wystąpieniami publicznymi?
14. Czy **rodzaj przeprowadzonego zabiegu** z dziedziny medycyny estetycznej wpływa na realizację marzeń pacjenta związanych z wystąpieniami publicznymi?
15. Czy **ilość przeprowadzonych rodzajów zabiegów** z dziedziny medycyny estetycznej wpływa na realizację marzeń pacjenta związanych z wystąpieniami publicznymi?
16. Czy **długość (czas) korzystania z przeprowadzanych zabiegów**, z dziedziny medycyny estetycznej wpływa na realizację marzeń pacjenta związanych z wystąpieniami publicznymi?

Poprawa sytuacji materialnej pacjenta:

17. Czy **przeprowadzanie zabiegów** z dziedziny medycyny estetycznej wpływa na poprawę sytuacji materialnej pacjenta?
18. Czy **rodzaj przeprowadzonego zabiegu** z dziedziny medycyny estetycznej wpływa na poprawę sytuacji materialnej pacjenta?
19. Czy **ilość przeprowadzonych rodzajów zabiegów** medycyny estetycznej wpływa na poprawę sytuacji materialnej pacjenta?
20. Czy **długość (czas) korzystania z przeprowadzanych zabiegów**, z dziedziny medycyny estetycznej wpływa na poprawę sytuacji materialnej pacjenta?

Poprawa jakości życia (niematerialnej) pacjenta:

21. Czy **przeprowadzanie zabiegów** z medycyny estetycznej poprawiły jakość życia (niematerialną) pacjenta?
22. Czy **rodzaj przeprowadzonych zabiegów** zaliczających się do medycyny estetycznej poprawiły jakość życia (niematerialną) pacjenta?
23. Czy **ilość przeprowadzonych rodzajów zabiegów** z dziedziny medycyny estetycznej poprawiły jakość życia (niematerialną) pacjenta?
24. Czy **długość (czas) korzystania z przeprowadzanych zabiegów**, z dziedziny medycyny estetycznej poprawiły jakość życia (niematerialną) pacjenta?

Wartości uznawane przez pacjenta:

25. Czy istnieje związek pomiędzy **wykonywaniem zabiegów** zaliczających się do medycyny estetycznej a zmianą uznawanych wartości przez pacjenta?

2.3 Hipoteza główna

Głównym celem rozprawy jest identyfikacja występowania zależności między wykonywaniem przez pacjentów wybranych zabiegów medycyny estetycznej a poprawą jakości życia tych pacjentów. Można przyjąć, że wygląd człowieka w dzisiejszych czasach znacząco wpływa bezpośrednio na samą jakość życia jak i na czynniki, które wpływają na nią w dalszej kolejności (wpływ pośredni). Ludziom, którzy dobrze wyglądają lub są zadowoleni ze swojej prezencji, żyje się łatwiej [90] czyli też ich jakość życia powinna być wyższa. Zatem również zabiegi medycyny estetycznej powinny mieć dodatni wpływ na postrzeganą przez pacjentów jakość życia.

2.4 Hipotezy szczegółowe

Poznanie wymarzonego partnera.

Udane życie osobiste, czyli również udany związek znacznie zwiększa jakość życia człowieka, któremu na tym zależy. Powszechnie przyjęte jest też, że zdobycie, czy to nowego, czy w szczególności wymarzonego partnera, znacznie ułatwia fizyczna atrakcyjność. Medycyna estetyczna zajmuje się korekcją wyglądu zewnętrznego pacjenta, przez co też wpływa na subiektywną ocenę jego atrakcyjności. Zatem może istnieć ścisły związek pomiędzy zabiegami medycyny estetycznej a faktem poznania nowego/wymarzonego partnera.

Hipotezy przyjęte w tej grupie:

1. Istnieje ścisły związek pomiędzy przeprowadzaniem zabiegów medycyny estetycznej a poznaniem wymarzonego partnera.
2. Istnieje ścisły związek pomiędzy przeprowadzeniem konkretnego rodzaju zabiegu zaliczanego do medycyny estetycznej a poznaniem wymarzonego partnera.
3. Istnieje ścisły związek pomiędzy ilością przeprowadzanych rodzajów zabiegów medycyny estetycznej a poznaniem wymarzonego partnera.
4. Istnieje ścisły związek pomiędzy długością (czasem) korzystania z przeprowadzanych zabiegów medycyny estetycznej a poznaniem wymarzonego partnera.

Zdobycie nowych umiejętności lub kwalifikacji zawodowych w celu zwiększenia zarobków.

Zadowolenie ze swojej sytuacji materialnej i zawodowej w bardzo istotny sposób wpływa na postrzeganie jakości życia większości ludzi. Medycyna estetyczna nie ma bezpośredniego związku z sytuacją zawodową pacjenta, ale wpływając na jego wygląd wpływa też na pewność siebie, a to może mieć przełożenie na sytuację zawodową. Pewni siebie i zadowoleni z siebie ludzie chętniej podejmują starania prowadzące do zdobycia nowych kwalifikacji i podniesienia swojej pozycji zawodowej.

Hipotezy przyjęte w tej grupie:

5. Istnieje ścisły związek pomiędzy przeprowadzaniem zabiegów zaliczanych do medycyny estetycznej a zdobyciem nowych umiejętności lub kwalifikacji zawodowych w celu zwiększenia zarobków.
6. Istnieje ścisły związek pomiędzy rodzajem przeprowadzanego zabiegu z medycyny estetycznej a zdobyciem nowych umiejętności lub kwalifikacji zawodowych w celu zwiększenia zarobków.
7. Istnieje ścisły związek pomiędzy ilością przeprowadzanych zabiegów z medycyny estetycznej a zdobyciem nowych umiejętności lub kwalifikacji zawodowych w celu zwiększenia zarobków.
8. Istnieje ścisły związek pomiędzy długością (czasem) korzystania z przeprowadzanych zabiegów, zaliczanych do medycyny estetycznej, a dobytciem nowych umiejętności lub kwalifikacji zawodowych w celu zwiększenia zarobków.

Podjęcie lepiej płatnej lub dodatkowej pracy.

Analogicznie jak w poprzedniej grupie i tu należy zauważyć, że medycyna estetyczna nie ma bezpośredniego związku z sytuacją zawodową pacjenta. Jednak nie da się nie wspomnieć o sytuacji zawodowej analizując jakość życia pacjentów. Medycyna estetyczna wpływając na wygląd pacjenta, a prze to na jego pewność siebie, może też mieć pośredni wpływ na znalezienie przez niego nowej pracy.

Hipotezy przyjęte w tej grupie:

9. Istnieje ścisły związek pomiędzy przeprowadzaniem zabiegów z medycyny estetycznej a podjęciem lepiej płatnej lub dodatkowej pracy.
10. Istnieje ścisły związek pomiędzy rodzajem przeprowadzanego zabiegu zaliczanego do medycyny estetycznej a podjęciem lepiej płatnej lub dodatkowej pracy.
11. Istnieje ścisły związek między liczbą przeprowadzanych zabiegów z medycyny estetycznej a podjęciem lepiej płatnej lub dodatkowej pracy.
12. Istnieje ścisły związek pomiędzy długością (czasem) korzystania z przeprowadzanych zabiegów, zaliczających się do medycyny estetycznej, a podjęciem lepiej płatnej lub dodatkowej pracy.

Realizacja marzeń pacjenta związanych z wystąpieniami publicznymi.

Realizacja marzeń ma silny związek z jakością życia. Łatwość wystąpień publicznych jest zależna od pewności siebie prelegenta, a ta z kolei zależy od jego samooceny własnego wyglądu. Dlatego też medycyna estetyczna może mieć wpływ na ten obszar u tych, którzy mieli takie marzenia.

Hipotezy przyjęte w tej grupie:

13. Istnieje ścisły związek pomiędzy przeprowadzaniem zabiegów z medycyny estetycznej a realizacją osobistych marzeń związanych z wystąpieniami publicznymi.
14. Istnieje ścisły związek pomiędzy rodzajem przeprowadzonego zabiegu z medycyny estetycznej a realizacją osobistych marzeń związanych z wystąpieniami publicznymi.
15. Istnieje ścisły związek pomiędzy ilością przeprowadzonych rodzajów zabiegów medycyny estetycznej a realizacją osobistych marzeń związanych z wystąpieniami publicznymi.
16. Istnieje ścisły związek pomiędzy długością (czasem) korzystania z przeprowadzonych rodzajów zabiegów zaliczających się do medycyny estetycznej a realizacją osobistych marzeń związanych z wystąpieniami publicznymi.

Poprawa sytuacji materialnej pacjenta,

Zadowolenie z własnej sytuacji materialnej ma kluczowe znaczenie dla postrzegania jakości życia. Trudno oczekiwać, że człowiek, który nie jest w stanie realizować swoich potrzeb finansowych będzie wysoko oceniał jakość swojego życia. Ciężko zauważyć bezpośredni wpływ medycyny estetycznej na poprawę sytuacji materialnej pacjenta, co oczywiście nie wyklucza potencjalnego wpływu pośredniego, bazującego na zmianie samooceny, pewności siebie, otwartości, które mogą pozytywnie wpłynąć na np. prowadzenie interesów lub stosunki w pracy.

Hipotezy przyjęte w tej grupie:

17. Istnieje ścisły związek pomiędzy przeprowadzaniem zabiegów medycyny estetycznej a poprawą sytuacji materialnej pacjenta.
18. Istnieje ścisły związek pomiędzy rodzajem przeprowadzanego zabiegu z dziedziny medycyny estetycznej a poprawą sytuacji materialnej pacjenta.
19. Istnieje ścisły związek między liczbą przeprowadzonych rodzajów zabiegów z dziedziny medycyny estetycznej a poprawą sytuacji materialnej pacjenta.
20. Istnieje ścisły związek pomiędzy długością (czasem) korzystania z przeprowadzonych rodzajów zabiegów z dziedziny medycyny estetycznej a poprawą sytuacji materialnej pacjenta.

Poprawa jakości życia (niematerialnej) pacjenta:

Jakość życia to nie tylko jakość życia materialna, zawodowa, czy relacje w związku. Na jakość życia wpływa również odbieranie jego całości w sposób nie związany z finansami czyli jakość życia niematerialną. Medycyna estetyczna może mieć wpływ na ten obszar jakości życia właśnie poprzez naprawę wyglądu pacjenta, co z kolei przekłada się na jego stosunki interpersonalne, etc.

Hipotezy przyjęte w tej grupie:

21. Istnieje ścisły związek pomiędzy przeprowadzaniem zabiegów zaliczających się do działu medycyny estetycznej a poprawą jakości życia (niematerialnej) pacjenta.
22. Istnieje ścisły związek pomiędzy rodzajem przeprowadzonego zabiegu zaliczanego do działu medycyny estetycznej a poprawą jakości życia (niematerialnej) pacjenta.

23. Istnieje ścisły związek między liczbą przeprowadzonych rodzajów zabiegów medycyny estetycznej a poprawą jakości życia (niematerialnej) pacjenta.
24. Istnieje ścisły związek pomiędzy długością (czasem) korzystania z zabiegów medycyny estetycznej a poprawą jakości życia (niematerialnego) pacjenta.

Zmiana uznawanych wartości przez pacjenta, zmiana odczuć:

Korekta wyglądu może wpłynąć na postrzeganie siebie w dotychczasowym otoczeniu. Dlatego istnieje podejrzenie, że zabiegi medycyny estetycznej wpływają również na zmianę wartości uznawanych przez pacjentów.

Hipoteza przyjęta w tej grupie:

25. Istnieje ścisły związek pomiędzy wykonywanymi zabiegami z dziedziny medycyny estetycznej a zmianą uznawanych wartości przez pacjenta.

2.5 Zakres badawczy pracy

- Zakres czasowy pracy – 2009, 2010r.;
- Zakres przestrzenny pracy – Rzeczpospolita Polska (badanie zostało przeprowadzone w gabinetach i centrach szkoleniowych na terenie całego kraju);
- Zakres przedmiotowy pracy – wybrane zabiegi z medycyny estetycznej (mezoterapia igłowa, peelingi chemiczne (medyczne), wypełniacze – kwas hialuronowy, toksyna botulinowa typu A podawana w celu korekcji zmarszczek);
- Zakres podmiotowy pracy – pacjent korzystający z usług lekarza medycyny estetycznej w gabinecie medycyny estetycznej;
- Próba badawcza – grupa licząca 603 pacjentów obu płci, dobranych do badania w sposób losowy, w wieku od 21 do 61 lat.

Rozdział 3 Metodyka badań

3.1 Cel badania

Badanie ankietowe miało na celu pozyskanie szerokiej gamy informacji o pacjentach korzystających z zabiegów medycyny estetycznej, analizę ich preferencji, stylu życia jak i identyfikację i analizę zmiany jakości życia tych pacjentów w zależności od zabiegów jakim się poddali.

Zbadane zostały następujące zagadnienia:

- charakterystyka „typowego” pacjenta medycyny estetycznej;
- preferencje przy wyborze poszczególnych zabiegów jak i okres stosowania medycyny estetycznej;
- czynniki skłaniające do skorzystania z zabiegów medycyny estetycznej;
- wpływ zabiegów medycyny estetycznej na życie i zadowolenie pacjenta;
- ocena czynników niezbędnych do szczęśliwego życia;
- subiektywna ocena jakości życia pacjentów.

3.2 Metodologia

3.2.1 Metody statystyczne

Standardowy rozkład normalny

Standardowy rozkład normalny (często oznaczany przez Z) ma funkcję gęstości prawdopodobieństwa postaci [73]:

$$f(z) = \frac{1}{\sqrt{2\pi}} e^{\left(\frac{-z^2}{2}\right)} \quad (1)$$

Gdzie:

- z – jest liczbą rzeczywistą;
- e – jest podstawą logarytmu naturalnego (o wartości przybliżonej 2,71828);
- π – jest stałą równą w przybliżeniu 3,1415.

Jest to rozkład normalny o średniej równej 0 i wariancji 1. Rozkład Z jest powszechnie wykorzystywany do testowania hipotez przy dużej wielkości próby i w sytuacji, gdy znane jest odchylenie standardowe.

Średnia

Średnia jest miarą „tendencji centralnej” danej zmiennej. Statystykami, takimi jak średnia z próby nauka interesuje się, gdyż charakteryzują one populację. Im większa jest liczebność próby tym bardziej niezawodna jest średnia. Z kolei wraz ze wzrostem wariancji danych średnia staje się mniej pewna [73].

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n} \quad (2)$$

Gdzie:

n – oznacza liczebność próby.

Porównania wielokrotne

Do porównań wielokrotnych wykorzystano metody Scheffego i Bonferroniego oraz wykorzystano system ekspertowy opublikowany w Statystycznych metodach wnioskowania wielokrotnego [74].

3.2.2 Poziom istotności i błąd oszacowania

Badane parametry populacji generalnej szacuje się za pomocą przedziałów ufności na pewnym z góry ustalonym poziomie wiarygodności (ufności). Zwykle poziom ufności określa się na poziomie 95%. Oznacza to 95-procentowe prawdopodobieństwo, że przedział ufności pokryje nieznaną wartość szacowanego parametru. [75].

W badaniach społecznych błąd oszacowania frakcji ($\frac{1}{2}$ przedziału ufności) dopuszcza się na poziomie poniżej 4% i w tym badaniu został on przyjęty na poziomie 3,99%.

3.2.3 Minimalna wielkość próby

Jednym z problemów w badaniach ilościowych jest liczebność próby, która odgrywa rolę w estymacji parametrów populacji generalnej na określonym poziomie wiarygodności (ufności). Im większa próba, tym bardziej dokładne oszacowanie. Jednak wzrost wielkości próby wiąże się także ze wzrostem kosztów badania. Dlatego zmierza się do obliczenia minimalnej wielkości próby wymaganej w określonym typie badania.

Wzór na minimalną wielkość próby dla zmiennych dychotomicznych (a takich w badaniu jest zdecydowana większość) wyraża się wzorem [76]:

$$n = \frac{Z(p(1-p))}{d^2} \quad (3)$$

Gdzie:

n – wielkość próby;

Z – statystyka Z dla pożądanego poziomu ufności;

p – oszacowanie oczekiwanej proporcji interesującej nas zmiennej w populacji;

d – połowa szerokości pożądanego przedziału.

Wartość d została przyjęta na poziomie 3,99%. Dla 95% poziomu ufności, ze standardowego rozkładu normalnego $Z = 1,96$ [77].

Wartość proporcji cechy w próbie jest nieznaną. Ponieważ $p(1-p)$ jest dodatnio związane z wymaganą wielkością próby, należy zauważyć, że iloczyn $p(1-p)$ osiąga maksymalną wartość dla $p = 0,5$. Konserwatywne podejście do oszacowania proporcji polega właśnie na założeniu, że wynosi ona 0,5 (50%), co znaczy, że liczy się wielkość próby dla najgorszego scenariusza.

Podstawiając powyższe do wzoru (3) otrzymamy wymaganą minimalną wielkość próby dla badania z wcześniej zdefiniowanymi parametrami, wynoszącą 603 osoby.

3.2.4 Próba pobrana do badania

W badaniu uczestniczyło 603 respondentów korzystających z zabiegów oferowanych przez medycynę estetyczną, co stanowi reprezentatywną próbę dla wszystkich korzystających z zabiegów medycyny estetycznej w Polsce. Pozwala to na przełożenie wyników otrzymanych w badaniu na całą populację ludzi korzystających z zabiegów oferowanych przez medycynę estetyczną w Polsce.

3.2.5 Schemat doboru respondenta

W związku z brakiem informacji o strukturze populacji, do realizacji badania zastosowano losowy dobór respondentów. Polega on na bezpośrednim i nieograniczonym doborze jednostek badanych do próby statystycznej wprost z populacji generalnej.

Losowania do próby dokonano wśród pacjentów korzystających z zabiegów oferowanych przez medycynę estetyczną.

3.2.6 Walidacja danych surowych

Walidacja jest procesem ustalania parametrów charakteryzujących jakość danych pozyskiwanych w badaniu. Procedury walidacyjne mają za zadanie skontrolowanie, czy pozyskane dane są logicznie ze sobą spójne i przez to mogą w sposób rzetelny przedstawiać badaną rzeczywistość. Przykładem niespójności logicznej charakterystyk demograficznych jest osoba deklarująca wiek 15–20 lat i jednocześnie wykształcenie wyższe albo brak dochodu i grupę społeczno – zawodową „kierownicy”.

Procedury walidacyjne umożliwiają wyeliminowanie omyłek popełnionych podczas terenowej realizacji badania lub takich zachowań osób respondowanych, które mają na celu wprowadzenie ankietera w błąd lub wpłynąć na wynik badania.

3.2.7 Informacje o populacji

Populacja Polski: 38 135 876

Populacja Polski w wieku ≥ 18 : 30 786 207

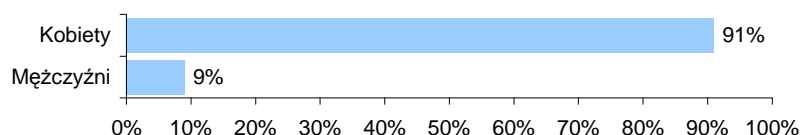
Źródło: GUS, dane z 31 grudnia 2008r.

Informacje o populacji osób korzystających z zabiegów medycyny estetycznej w Polsce są niedostępne. Szacunkowo można tę liczbę ocenić na nie więcej niż 670 000 (na podstawie wyników badań ankietowych przeprowadzonych w ramach kampanii edukacyjnej „Świadome piękno” [78]).

Rozdział 4 Wyniki badań

4.1 Struktury demograficzne

4.1.1 Płeć

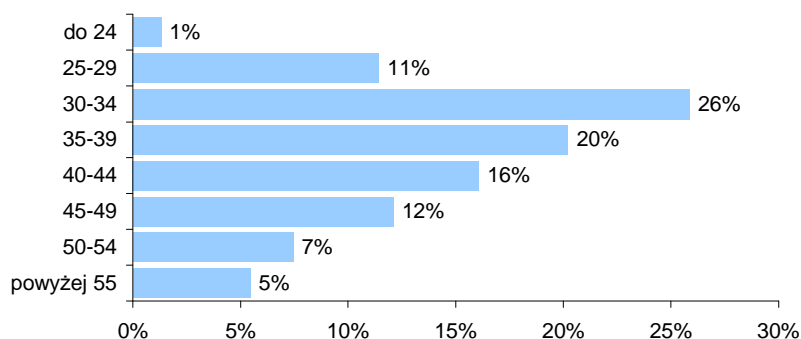


Wykres 1. Rozkład płci osób korzystających z zabiegów medycyny estetycznej.
 $n = 603$.

Wynika z tego, że kobiety dziesięciokrotnie częściej korzystają z zabiegów medycyny estetycznej niż mężczyźni. Przez co można wnioskować, że kobiety przykładają znacznie większą wagę do swojego wyglądu niż mężczyźni.

4.1.2 Wiek

Średni wiek korzystających z zabiegów medycyny estetycznej wynosi 38 lat.

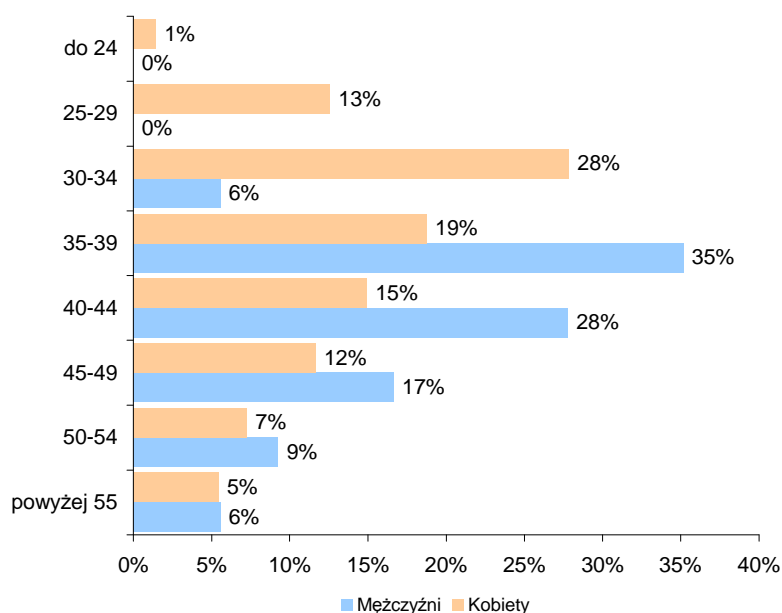


Wykres 2. Rozkład wieku osób korzystających z zabiegów medycyny estetycznej.
 $n = 603$.

Jak widać na wykresie z zabiegów medycyny estetycznej najczęściej korzystają pacjenci w wieku 30–34 lata. Najmłodszy pacjenci (do 24 roku) mają marginalny udział. Natomiast po 35 roku stopniowo spada zainteresowanie korekcją własnego wyglądu.

Warto zauważyć, że pacjenci w wieku od 30 do 49 roku życia stanowią bez mała $\frac{3}{4}$ wszystkich korzystających z medycyny estetycznej (74%).

4.1.3 Wiek w zależności od płci

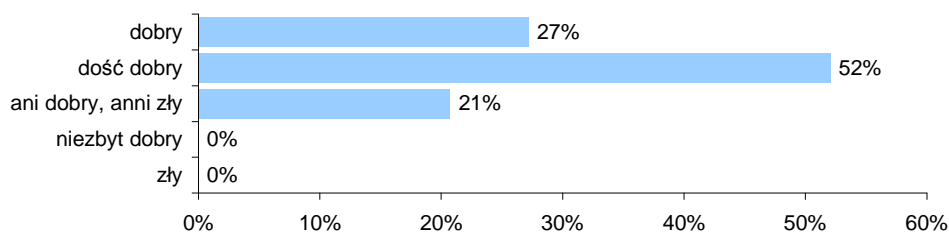


Wykres 3. Rozkład wieku osób korzystających z zabiegów medycyny estetycznej w zależności od płci. kobiety: $n = 549$, mężczyźni $n = 54$.

Kobiety dużo wcześniej zaczynają korzystać z zabiegów medycyny estetycznej. W grupie mężczyzn największe zainteresowanie korzystania z zabiegów medycyny estetycznej zaczyna się przed 40 rokiem życia (co zapewne jest związane z kryzysem wieku średniego), jednak od 45 roku systematycznie maleje. Kobiety dużo rzadziej, z funkcją wieku, rezygnują z zabiegów. Nie mniej powyżej 55 roku życia zabiegi medycyny estetycznej znacznie tracą na popularności zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet.

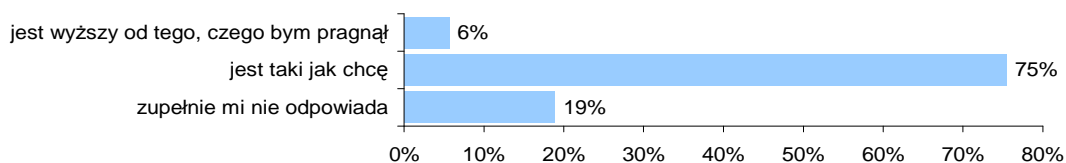
4.2 Poziom materialny i „poziom szczęścia” pacjentów

Poziom materialny w oczywisty sposób przekłada się na zadowolenie z życia i ogólną „szczęśliwość” ludzi. Jednak warto zauważyć, że nie chodzi tu o wartość nominalną dochodu, czy też majątku. Zadowolenie z poziomu materialnego zależy wyłącznie od jego samooceny. Dlatego respondentom zostały zadane dwa pytania o ocenę swojego stanu materialnego.



Wykres 4. Jak ocenia Pan/Pani materialny poziom swego obecnego życia. $n = 603$.

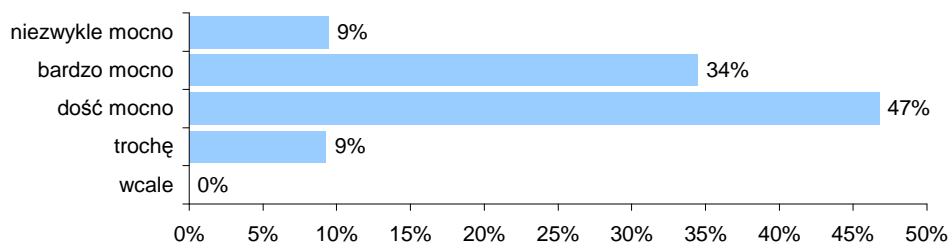
Jak widać we własnej ocenie pacjenci medycyny estetycznej swój poziom materialny oceniają dobrze – łącznie 79% wskazań *dobry* albo *dość dobry*. Warto również zwrócić uwagę, że ani jedna osoba nie oceniła źle swojego stanu majątkowego.



Wykres 5. W jakim stopniu materialny poziom Pan/Pani obecnego życia odpowiada Pan/Pani aspiracjom, temu co by Pan/Pani chciała, pragnęła.
n = 603.

Tylko 19% pacjentów medycyny estetycznej żyje poniżej swoich oczekiwań finansowych. Nie oznacza to wcale złego stanu materialnego (patrz wykres 4), ale rosnące potrzeby i ambicje. 75% respondentów jest zadowolonych z materialnego poziomu życia.

Ocena „poziomu szczęścia” i radości z życia jest praktycznie nie możliwa inną metodą niż ocena subiektywna i deklaracyjna. Dlatego respondenci zostali zapytani wprost o to jak bardzo cieszą się życiem.

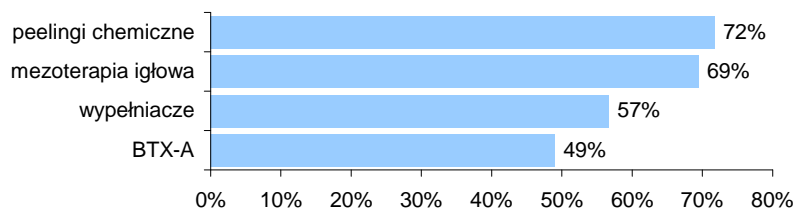


Wykres 6. Jak bardzo cieszysz się życiem?
n = 603.

Jak łatwo zauważyć wszyscy pacjenci medycyny estetycznej w jakimś stopniu cieszą się życiem. Zdecydowana większość z nich twierdzi, że mocno cieszy się życiem (91%).

4.3 Stosowanie zabiegów medycyny estetycznej

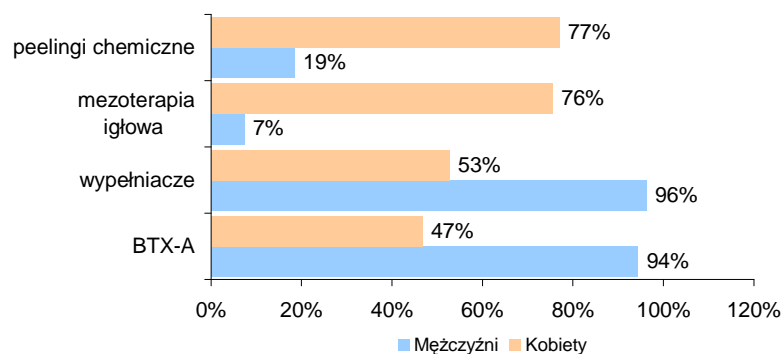
4.3.1 Popularność poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej



Wykres 7. Zabiegi z zakresu medycyny estetycznej, z których korzystali pacjenci.
n = 603.

Najpopularniejsze są peelingi chemiczne i mezoterapia igłowa (korzystało z nich odpowiednio 72% i 69% pacjentów), ale ich popularność nie różni się od siebie w istotny sposób. Mniej popularne są wypełniacze (wybierane przez 57% pacjentów) i toksyna botulinowa typu A (wybierana przez co drugiego pacjenta).

Zupełnie inaczej wygląda struktura popularności zabiegów jeżeli przyjrzymy się im przez pryzmat płci badanego.

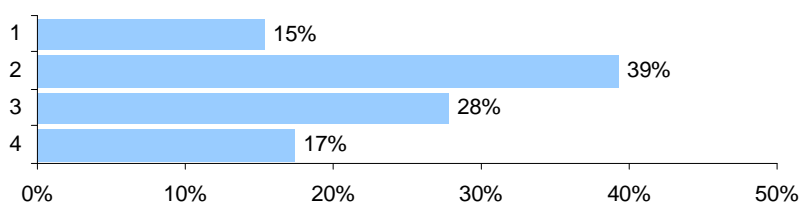


Wykres 8. Zabiegi z zakresu medycyny estetycznej, z których korzystali pacjenci w zależności od płci. kobiety: $n = 549$, mężczyźni $n = 54$.

Rozkład zabiegów z jakich korzystały kobiety jest zbliżony do rozkładu całości próby (wykres 4), ale wynika to w oczywisty sposób z przewagi kobiet w badaniu (por. 41).

Nie mniej na powyższym wykresie widać, że preferencje co do zabiegów wśród kobiet i mężczyzn są zupełnie inne. Mężczyźni dwukrotnie częściej korzystają z wypełniaczy i toksyny botulinowej typu A ale praktycznie nie interesuje ich mezoterapia igłowa (11 razy rzadziej niż kobiety) i w niewielkim stopniu peelings chemiczne (4 razy rzadziej niż kobiety).

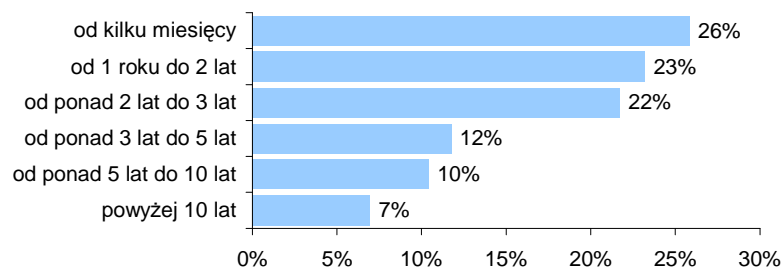
Taka dysproporcja może wynikać z „szybkości efektu”, który w wypadku toksyny botulinowej typu A, albo wypełniaczy jest prawie natychmiastowy, a pacjent nie nosi przez jakiś czas niepożądanych śladów po zabiegu jak to ma miejsce w wypadku mezoterapii (igłowej) czy peelingu medycznego.



Wykres 9. Ilość rodzajów zabiegów medycyny estetycznej, z których korzystali pacjenci. $n = 603$.

85% pacjentów korzysta z więcej niż jednego rodzaju zabiegu medycyny estetycznej. Najczęściej są to dwa (39%) i trzy (28%) rodzaje zabiegów.

4.3.2 Okres stosowania zabiegów medycyny estetycznej



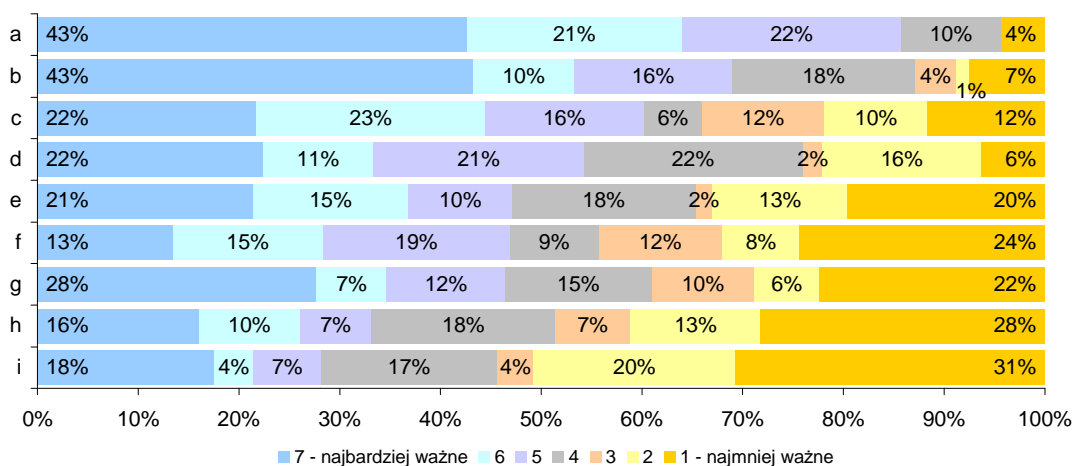
Wykres 10. Okres stosowania zabiegów wchodzących w skład medycyny estetycznej. $n = 603$.

Medycyna estetyczna stale zyskuje na popularności – najczęściej pacjentów wskazało, że z zabiegów korzysta dopiero od kilku miesięcy (26%). Jest to też dziedzina stosunkowo młoda, 71% pacjentów zaczęło stosować zabiegi nie dalej niż 3 lata temu.

4.3.3 Przyczyna korzystania z zabiegów medycyny estetycznej

Pacjentom zadano pytanie „Co skłoniło Panią/Pana do korzystania z zabiegów z zakresu medycyny estetycznej?”. Mieli oni wskazywać poszczególne powody wartościując je w siedmiostopniowej skali, 1 – najmniej ważne, 7 – najbardziej ważne (poniższe oznaczenia literowe zastosowane są również na wykresie). Poniżej zostały one wyszczególnione od najważniejszych do najmniej ważnych:

- chciałam/chciałem wyglądać atrakcyjniej;
- chciałam/chciałem wyglądać młodziej;
- chciałam/chciałem nabrać większej pewności siebie;
- zawsze byłam/byłem atrakcyjna (y) ale z biegiem lat moja fizyczność uległa pogorszeniu i chciałam/chciałem to „naprawić”;
- tego wymaga mój zawód – mój wygląd ważny jest w moim zawodzie;
- chciałam/chciałem stać się bardziej śmiała w stosunku do różnych wyzwań jakie niesie życie i praca;
- nie potrafię pogodzić się z tym, że się starzeję i dzięki zabiegom chcę opóźnić ten proces;
- chciałam/chciałem stać się bardziej śmiała w stosunku do innych osób;
- miałam/miałem dużo kompleksów związanych z moim wyglądem i postanowiłam/postanowiłem to zmienić dzięki zabiegom.



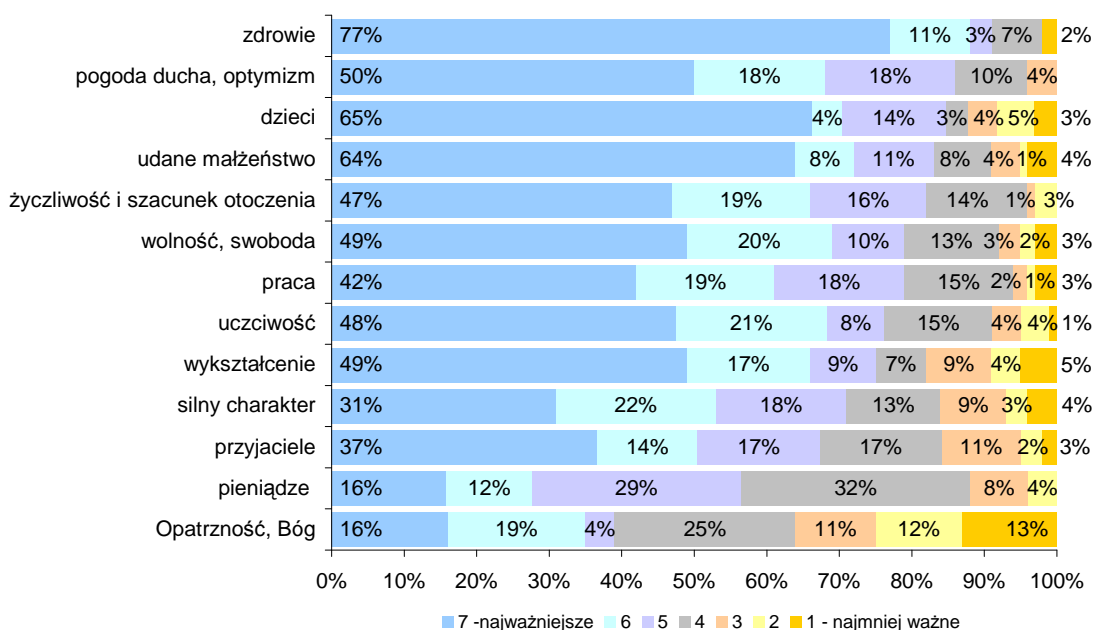
Wykres 11. Powód skorzystania z zabiegów wchodzących w skład medycyny estetycznej?
Opis oznaczeń literowych w tekście powyżej.
n = 603.

Najczęstszym powodem podjęcia decyzji o skorzystaniu z medycyny estetycznej jest chęć wyglądanania bardziej atrakcyjnie – jako ponadprzeciętny powód swojej decyzji wskazało go 86% badanych. Drugim powodem była chęć wyglądanania młodo – dla 70% badanych był to ponadprzeciętny powód skorzystania z zabiegów.

Najmniej istotnymi powodami korzystania z zabiegów medycyny estetycznej jaki wskazywali respondenci były kompleksy związanych ze swoim wyglądem (54% wskazań 1–3) oraz potrzeba większej śmiałości w stosunku do innych osób (54% wskazań 1–3).

4.3.4 Postrzeganie szczęścia

Ludzie w odmienny sposób postrzegają to co daje im szczęście. Dla jednych warunkiem szczęścia będzie posiadanie dużych pieniędzy, dla innych cieszenie się dobrym zdrowiem, a dla jeszcze innych rodzina. Ankietowani zostali poproszeni o nadanie wag (1 – najmniej ważne, 7 - najbardziej ważne) poszczególnym czynnikom mogącym przynieść poczucie szczęścia.



Wykres 12. Co uważa Pani/ Pan za najważniejszy warunek udanego, szczęśliwego życia?
n = 603.

Dla pacjentów korzystających z zabiegów, z medycyny estetycznej najważniejszym warunkiem szczęścia jest zdrowie (91% wskazań w górnej połowie skali wag). Druga co do ważności jest pogoda ducha i optymizm (86% wskazań w górnej połowie). Bardzo wysoką pozycję zajmuje też rodzina, czyli dzieci (84% wskazań w górnej połowie) i udane małżeństwo (83% wskazań w górnej połowie).

Najmniej ważnym warunkiem szczęścia jest opatrzność i Bóg, wskazywane w 36% ocen w dolnej połowie skali wag. Na kolejnych pozycjach plasuje się wykształcenie (18% w dolnej połowie), silny charakter (16% w dolnej połowie) i przyjaciele (15% w dolnej połowie).

4.4 Ocena minionego roku w ujęciu zawodowym

4.4.1 Ocena jakości minionego roku

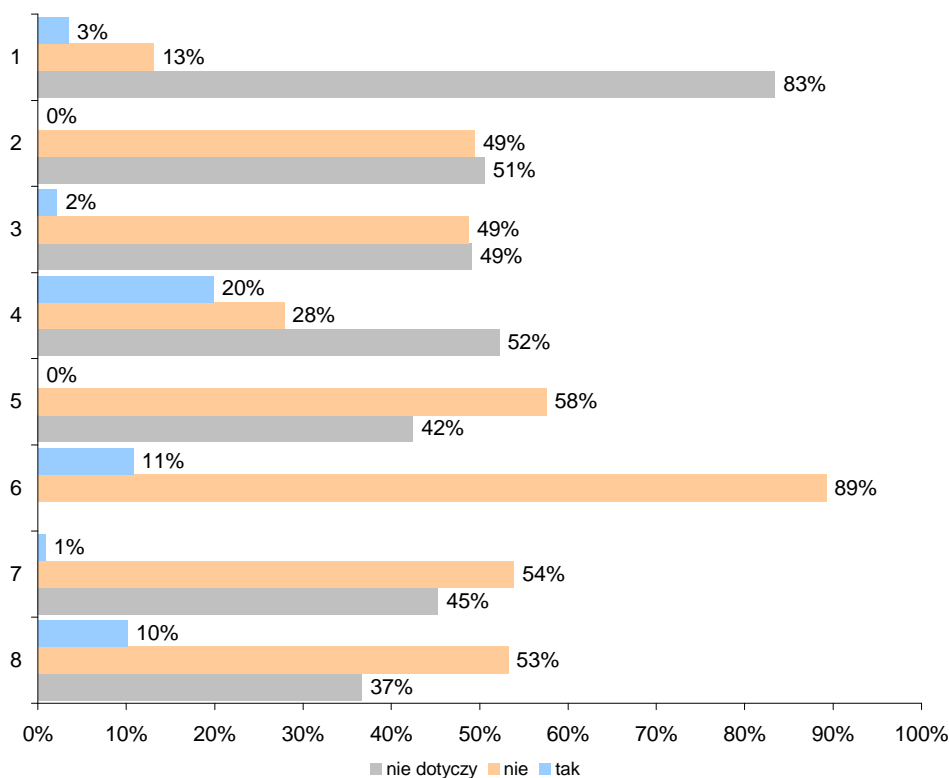
Pacjentom zostały zadane pytania dotyczące zawodowej części ich życia. Udzielone odpowiedzi mają dać odpowiedzieć, czy miniony rok dla pacjentów należał do udanych, czy też może nie.

Poszczególnym pytaniom nadano wagi zmniejszające lub zwiększające prawdopodobieństwo tego, że miniony rok był udany bądź nie.

Tablica 2. Pytania, dopuszczalne odpowiedzi i wagi, mające na celu odpowiedzieć, czy pod względem zawodowym miniony rok u pacjenta należał do udanych czy też nie.

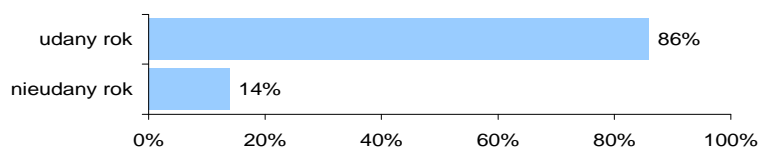
Pytanie	Odpowiedzi i wagi		
	tak	nie	nie dotyczy
1. nie mogłem znaleźć pracy po ukończeniu szkoły	-2	2	0
2. zostałem przeniesiony na gorsze stanowisko	-1	0	0
3. ominął mnie awans zawodowy	-1	0	0
4. awansowałem	1	0	0
5. miałem poważne problemy z szefem	-1	0	0
6. otworzyłem własny interes, założyłem firmę	1	0	
7. na prowadzonych interesach straciłem dużo pieniędzy	-2	0	0
8. z konieczności podjąłem pracę niezgodną z kwalifikacjami	-1	0	0

W przypadku sumy wag mniejszej od 0 dany rok zostanie uznany za nieudany dla danego pacjenta, w przeciwnym wypadku rok będzie zaliczony jako udany.



Wykres 13. Rozkład odpowiedzi na pytanie: w minionym roku.. {1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8} (opis cyfrowych oznaczeń w tabelicy na s. 47).
n = 603.

Tylko 3% respondowanych po ukończeniu szkoły nie mogło znaleźć pracy, a aż 83% pacjentów ten problem nie dotyczył. Zatem przeciętny pacjent medycyny estetycznej zakończył edukację i wkroczył już w tak zwany wiek produkcyjny. Nikt z badanych nie został przeniesiony na gorsze stanowisko, a pytanie to nie dotyczyło 51% badanych, którzy są przedstawicielami wolnych zawodów, posiadają własną działalność gospodarczą albo nie pracują z wyboru. Przykrość w postaci ominięcia awansu zawodowego spotkała jedynie 2% badanych. Ale za to awansowało już 20% pacjentów korzystających z zabiegów, z dziedziny medycyny estetycznej. Nikt z respondentów nie miał też poważnych problemów ze swoim szefem. 11% pacjentów podjęło się prowadzenia własnej działalności gospodarczej, a właśnie na interesach 1% badanych (dokładnie 5-ciu) straciło duże pieniądze. 10% badanych z konieczności podjęło pracę niezgodną z kwalifikacjami.



Wykres 14. Odsetek osób korzystających z zabiegów medycyny estetycznej w podziale na tych co mieli udany i nieudany poprzedni rok w znaczeniu zawodowym.
n = 603.

Jak można było się domyśleć analizując dane przedstawione na s. 48 pacjentom korzystającym z usług medycyny estetycznej dobrze się wiedzie. Tylko 14% z nich miało nieudany zeszły rok.

4.4.2 Styl atrybucji przyczynowej

Styl atrybucji przyczynowej to skłonność człowieka do doszukiwania się przyczyn własnego stanu, zachowań i efektów działań lub stanu, zachowań i efektów działań innych ludzi w określonych czynnikach [79].

Użyta w badaniu skala atrybucji przyczynowej dostarczyła odpowiedzi na pytanie, kogo lub co pacjenci medycyny estetycznej czynią odpowiedzialnym za jakość własnego życia: siebie samych, władze, przyjaciół, innych obcych ludzi, los/opatrność, czy zabiegi medycyny estetycznej. Pytanie to wiąże się z potwierdzoną w wielu badaniach inklinacją atrybucyjną w służbie ego („co dobrego – to ja, co złego – to nie ja”) oraz teorią niewdzięczności społecznej, która mówi, że społeczny odbiór zmian na poziomie makro jest niesymetryczny: ci, którzy od początku zyskują na owych zmianach, wykazują niewielką wdzięczność ich twórcom, upatrując głównie w sobie przyczyn poprawy warunków własnego życia, a samą zmianę na lepsze dość słabo odczuwają, natomiast ci, którzy uważają się za poszkodowanych w rezultacie realizacji reform, zrzucają winę za pogorszenia warunków swojego życia na autorów reform i przeżywają zmianę na gorsze znacznie silniej emocjonalnie [79–81].

Zatem to, komu zostanie przypisana odpowiedzialność, zależy od kierunku postrzeganej zmiany w jakości własnego życia.

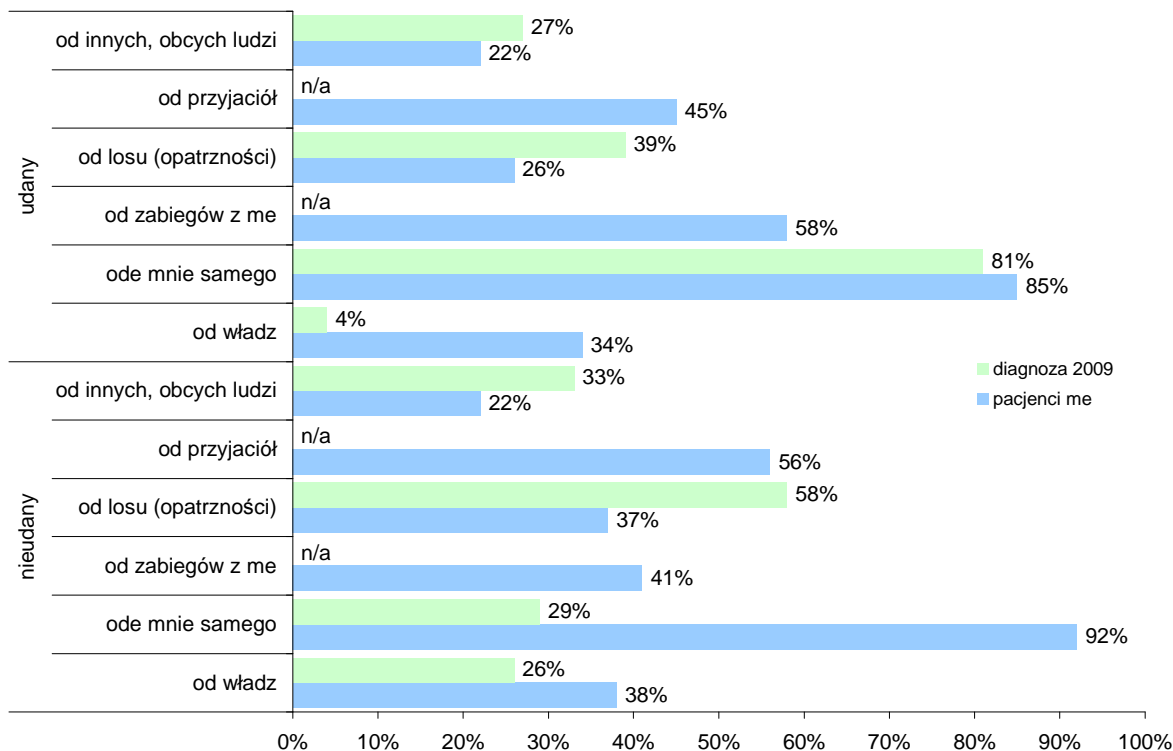
Tablica 3. Od kogo lub od czego zależało to, że miniony rok należał do nieudanych lub do udanych?

Od kogo lub od czego zależało jaki był zeszły rok?	Diagnoza 2009 [79]	Pacjenci medycyny estetycznej
Od władz	7,5%	34%
Ode mnie samego	70%	86%
Od zabiegów z medycyny estetycznej	n/a	56%
Od losu (opatrności)	41%	27%
Od przyjaciół	n/a	47%
Od innych ludzi	26%	21%

Widać, że w porównaniu z wynikami Diagnozy społecznej [79], które przekładają się na całą populację Polski, wyniki uzyskane w badaniu pacjentów medycyny estetycznej znacznie się od nich różnią.

Pacjenci medycyny estetycznej częściej (pkt. 16%) widzą swój wpływ na to czy miniony rok był udany, czy też nie. Wynika to zapewne z większej świadomości i statusu społecznego pacjentów korzystających z medycyny estetycznej. Widać to szczególnie w ocenie wpływu władz na miniony rok – pacjenci medycyny estetycznej 4,5 razy częściej wskazują na istotny wpływ władz na swoje życie, niż robi to przeciętny Polak. 2009 był względnie spokojnym rokiem w polityce, ale pacjenci medycyny estetycznej, jako lepiej sytuowana grupa społeczna, mogą dostrzegać nie tylko proste zdarzenia polityczne, ale też te mniej zauważalne dla przeciętnego Polaka, np. wpływające na gospodarkę, system podatkowy, itd.

W dużo mniejszym stopniu (pkt. 14%) od przeciętnych Polaków, pacjenci medycyny estetycznej, dostrzegają wpływ losu i opatrności na swój miniony rok. Podobnie wpływ innych ludzi (mniej o pkt. 5%).



Wykres 15. Porównanie stylu atrybucji przyczynowej „przeciętnego Polaka” [79] i pacjenta medycyny estetycznej w rozdzieleniu na to czy miniony rok był udany, czy też nie.

Przede wszystkim co rzuca się w oczy to, że bez mała wszyscy pacjenci korzystający z zabiegów medycyny estetycznej bardzo wysoko oceniali własny wpływ na to czy zeszły rok był udany czy też nie. Nawet w przypadku nieudanego roku ocena własnego wpływu na ten fakt wzrosła. Obcy ludzie mają ograniczony i przede wszystkim stały wpływ na pacjentów medycyny estetycznej, który nie zmienia się w stosunku od tego, czy dany rok był udany czy też nie. W przypadku „przeciętnego Polaka” wygląda to inaczej, ponieważ częściej wskazuje on na wpływ obcych ludzi na to jak minął mu zeszły rok a obciążenie to rośnie w sytuacji, kiedy zeszły rok był nieudany. Jednak pacjenci korzystający z zabiegów medycyny estetycznej w przypadku nieudanego roku częściej wskazują na przyjaciół jako temu winnych. Niestety brak tutaj danych z Diagnozy społecznej. Jeżeli chodzi o los i opatrność to znowu, pacjenci medycyny estetycznej, znacznie rzadziej wskazują ten czynnik jako powodzenie albo niepowodzenie minionego roku, niż przeciętni Polacy, jednak w obu przypadkach częstotliwość wskazań na los i opatrność jako przyczynę rosła jako, jeżeli miniony rok nie należał do udanych.

Pacjenci medycyny estetycznej są dużo bardziej świadomi wpływu władz na to czy ich rok należy do udanych albo nie, niż przeciętny Polak. Również w wypadku nieudanego roku skłonność do wskazywania władzy jako przyczyny tego stanu rzeczy nie rośnie tak znacząco jak w przypadku przeciętnego Polaka.

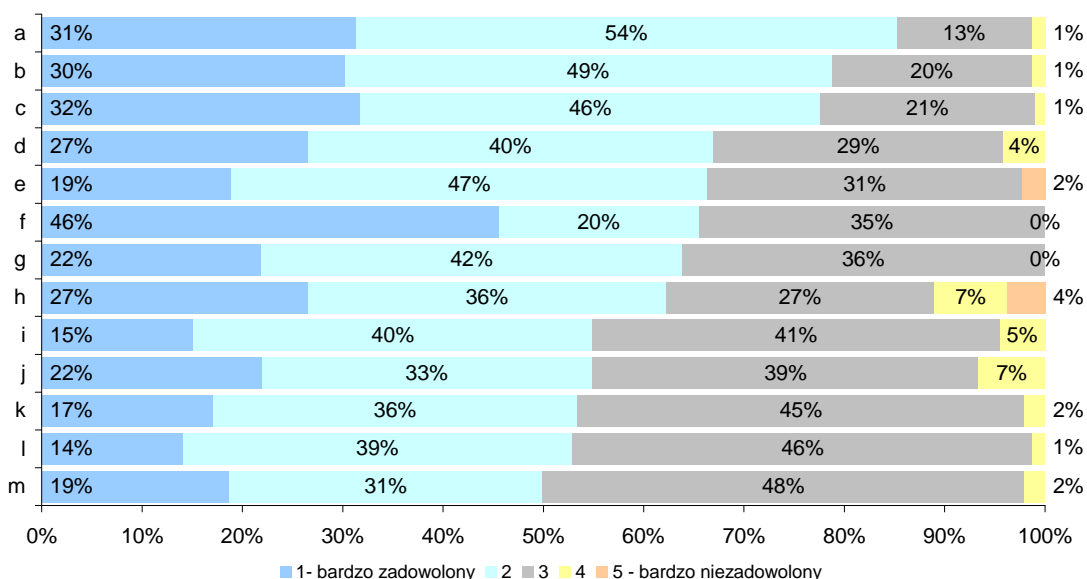
Ogólnie da się zauważyć wzrost chęci wskazywania na poszczególne czynniki mogące, zdaniem badanego, mieć wpływ na to czy jego miniony rok zaliczał się do udanych, czy nie w przypadku kiedy nie był udany. Jest jednak jeden wyjątek. Pacjenci dużo częściej wskazują na zabiegi medycyny estetycznej jako jeden z powodów tego, że miniony rok był udany niż kojarzenia ich z rokiem nieudanym.

4.4.3 Wpływ medycyny estetycznej na zadowolenie pacjentów

Respondentów zapytano o to jak zabiegi medycyny estetycznej wpłynęły na ich zadowolenie z następujących dziedzin (usystematyzowane wg oceny wpływu na zadowolenie):
jak mocno odczuwasz zadowolenie z własnego życia?

- jak mocno odczuwasz zadowolenie z samego siebie?
- ze swoich stosunków z najbliższymi w rodzinie?
- z życia seksualnego?
- ze stosunków z kolegami (przyjaciele)?
- z dzieci?
- z pracy?
- z małżeństwa?
- z sytuacji finansowej?
- ze swego wykształcenia?
- z perspektyw na przyszłość?
- ze swoich osiągnięć życiowych?
- ze sposobu spędzania wolnego czasu?

Pacjenci mogli oceniać swoje zadowolenie w 5-cio stopniowej skali (1 – jestem bardzo zadowolony; 2 – jestem zadowolony; 3 – jestem ani zadowolony ani niezadowolony; 4 – jestem niezadowolony; 5 – jestem bardzo niezadowolony).



Wykres 16. Wpływ medycyny estetycznej na zadowolenie pacjentów.

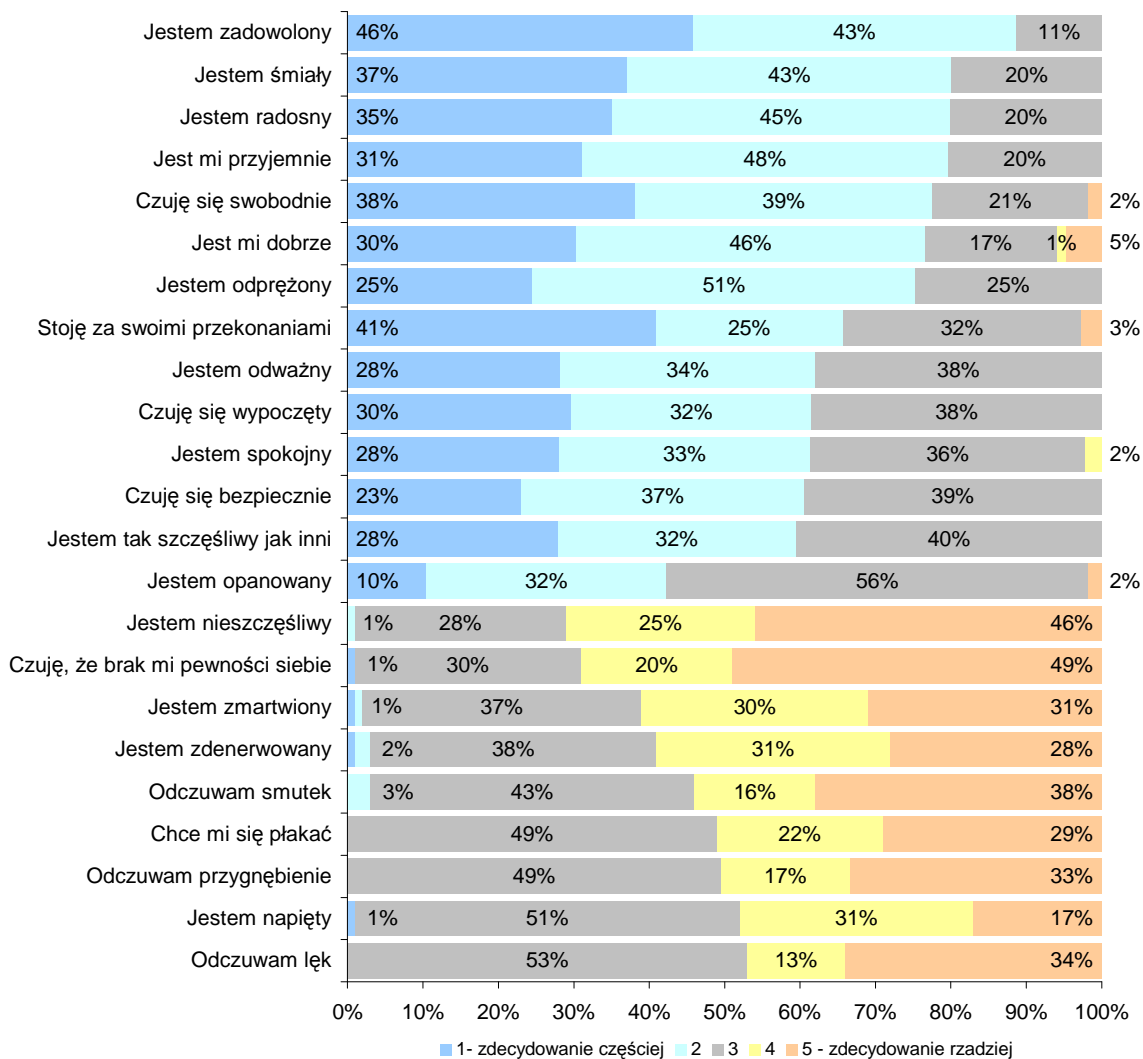
Opis oznaczeń literowych w tekście powyżej (s. 51).

$n = 603$.

Jak widać pacjenci medycyny estetycznej są ludźmi zadowolonymi, praktycznie ze wszystkich dziedzin o jakie zostali zapytani. W największym stopniu z własnego życia (85%) i z samego siebie (79%). Najwięcej niezadowolonych jest ze swojego małżeństwa (11%). Nikt z badanych nie wskazał na brak zadowolenia z dzieci, czy z pracy.

4.4.4 Wpływ medycyny estetycznej na odczucia pacjentów

Respondentów zapytano o to jak zabiegi medycyny estetycznej wpłynęły na ich odczucia. Pacjenci mogli oceniać wpływ w 5-cio stopniowej skali (1 – zdecydowanie częściej; 2 – częściej; 3 – ani często ani nie często; 4 – rzadziej; 5 – zdecydowanie rzadziej (bardzo rzadko)).



Wykres 17. Wpływ medycyny estetycznej na odczucia pacjentów.
n = 603.

Zdecydowana większość pacjentów medycyny estetycznej wskazuje, na czynniki szczęścia, czyli są bardziej zadowoleni (89%), bardziej radośni (80%), bardziej śmiali (80%), jest przyjemnie (79%), częściej czują się swobodnie (77%), są bardziej odprężeni (76%) i ogólnie częściej odczuwają, że jest im dobrze (76%).

W przypadku cech opisujących negatywne emocje powstała sytuacja odwrotna do poprzedniej, czyli pacjenci korzystający z zabiegów medycyny estetycznej dużo rzadziej odczuwają to, że są nieszczęśliwi (71%), że brak im pewności siebie (69%), rzadziej są zmartwieni (61%), zdenerwowani (59%), rzadziej też odczuwają smutek (54%), chce im się płakać (51%), czy odczuwają przygnębienie (50%)

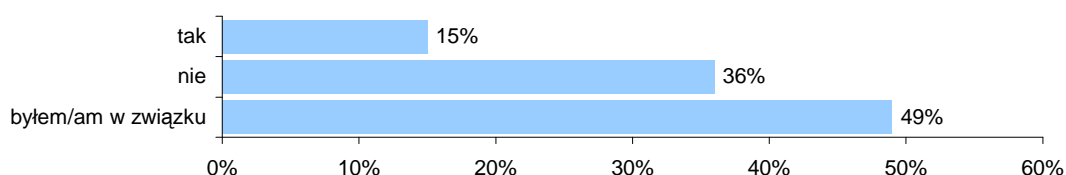
Zatem w sposób naturalny nasuwa się wniosek, że zabiegi medycyny estetycznej znacznie poprawiają odczucia pacjentów, którzy im się poddają. Tylko 6% z nich poczuła, że jest im mniej dobrze, 2% straciło spokój czy opanowanie, a 3% zaczęło częściej odczuwać smutek lub zdenerwowanie. Warto zauważyć, że oprócz pierwszego są to wyniki poniżej progu błędu (patrz s. 39).

4.5 Jakość życia po wybranych zabiegach z medycyny estetycznej

4.5.1 Jakość życia w aspekcie osobistym

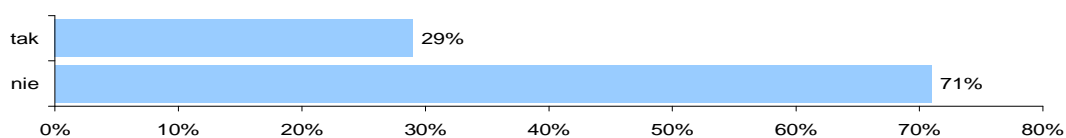
Ogólnie jakość życia pacjentów medycyny estetycznej jest dość wysoka, zatem zabiegi z grupy medycyny estetycznej mogą w niewielkim stopniu wpłynąć na dalszą jego poprawę.

Wygląd zewnętrzny w relacjach międzyludzkich odgrywa istotną rolę. Pacjentów zapytano o to czy ich zdaniem zabiegi medycyny estetycznej ułatwiły im poznanie wymarzonego partnera.



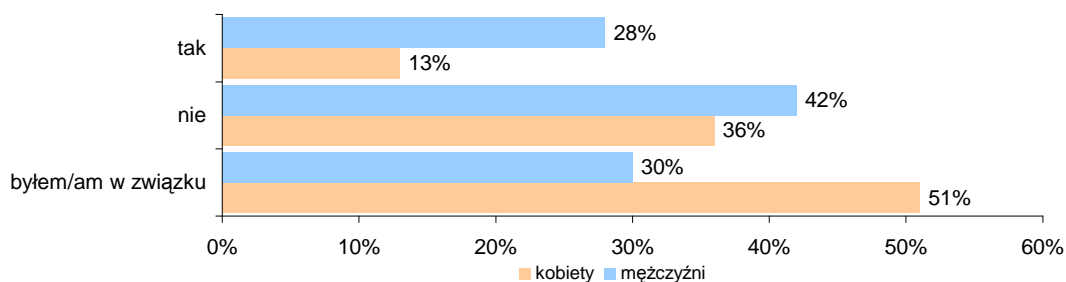
Wykres 18. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/Pana podejście do życia, że mógł/a Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z poznaniem wymarzonego partnera?
 $n = 603$.

49% pacjentów było już w związku, więc można założyć że nie byli zainteresowani poznaniem nowego partnera. 15% badanych uważa, że medycyna estetyczna pomogła im w ułożeniu sobie życia osobistego. Jednak jeżeli weźmiemy pod uwagę tylko tę część pacjentów, którzy potencjalnie mogliby być zainteresowani poznaniem nowego partnera to okaże się, że medycyna estetyczna pomogła 29% z nich.



Wykres 19. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/Pana podejście do życia, że mógł/a Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z poznaniem wymarzonego partnera? Po odrzuceniu respondentów mających już swoich partnerów.
 $n = 309$.

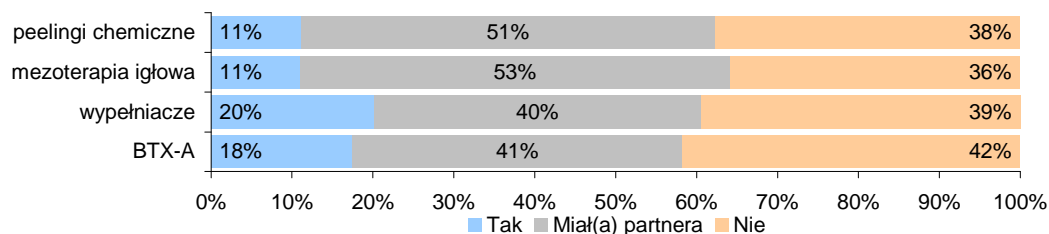
Oczekiwania mężczyzn i kobiet różnią się od siebie i tak, męska część pacjentów medycyny estetycznej dużo rzadziej była w związku (30%) niż kobiety (51%).



Wykres 20. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/Pana podejście do życia, że mógł/a Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z poznaniem wymarzonego partnera?
kobiety: $n = 549$, mężczyźni $n = 54$.

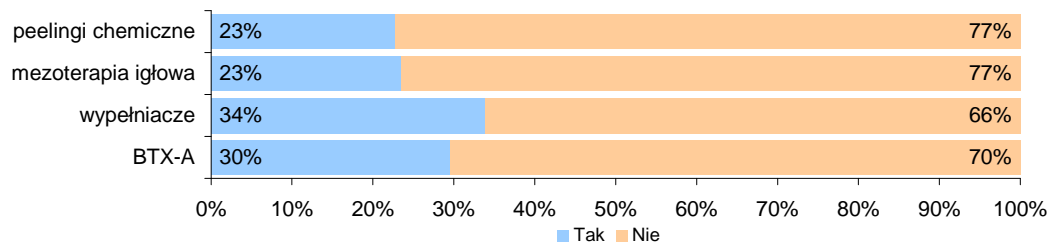
Zatem 40% mężczyzn i 27% kobiet, którzy mogliby być zainteresowani poznaniem nowego partnera uważa, że medycyna estetyczna im w tym pomogła.

Aby zbadać, czy rodzaj zabiegu miał wpływ na poznanie nowego partnera należy pogłębić analizę kategoryzując ją rodzajem zabiegu.



Wykres 21. Fakt poznania nowego partnera w zależności od zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej.
 $n = 603$.

Jak widać na powyższym wykresie odsetek pacjentów, którzy poznali nowych partnerów, a stosowali peelingi chemiczne i mezoterapię (igłową) absolutnie się różni od siebie. Podobnie jak nie ma statystycznie istotnej różnicy pomiędzy odsetkiem pacjentów korzystającym z wypełniaczy i toksyny botulinowej typu A (BTX-A), którzy poznali nowych partnerów. Natomiast należy zauważyć, że pacjenci korzystający z wypełniaczy i toksyny botulinowej typu A znacznie częściej realizowali marzenia związane z poznaniem nowego, partnera. Będzie to widoczne wyraźniej po usunięciu z analizy tej części badanych, która jak można założyć, nie była zainteresowana poznaniem nowego partnera ponieważ zaznaczyła odpowiedź, że była już w związku.



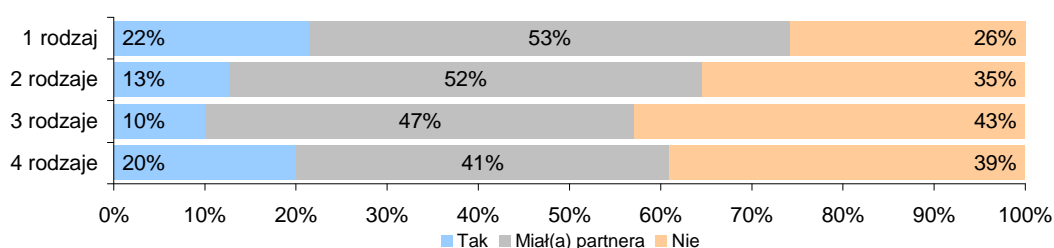
Wykres 22. Fakt poznania nowego partnera w zależności od zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej, wśród pacjentów potencjalnie tym zainteresowanych.
 $n = 309$.

Jednej trzeciej pacjentów korzystających z wypełniaczy (34%) i toksyny botulinowej typu A (30%), nie będących w związku, udało się poznać nowego partnera. Nieco rzadziej zawierali nowe związki korzystający z peelingów chemicznych (23%) i mezoterapii igłowej (23%) – bez mała co czwarty pacjent.

Zgodnie z deklaracjami pacjentów, nie da się zaprzeczyć wpływu medycyny estetycznej na fakt poznania nowego partnera. Oczywiście nie jest to jedyna przyczyna i należy ją połączyć na przykład z omawianymi wcześniej poczuciem wzrostu własnej atrakcyjności, czy pewnością siebie.

Wypełniacze i toksyna botulinowa typu A, prawdopodobnie dlatego skuteczniej umożliwiają poznanie nowego partnera, ponieważ efekt po ich zastosowaniu jest niemal natychmiastowy, a kuracja nie jest długotrwała.

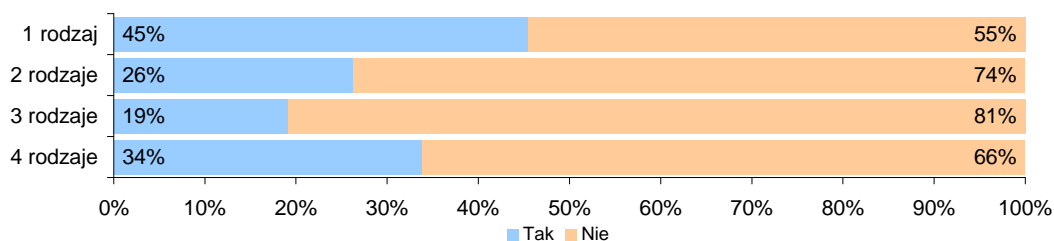
Aby zbadać, czy ilość rodzajów zabiegów medycyny estetycznej miała wpływ na poznanie nowego partnera należy pogłębić analizę kategoryzując ją ilością zabiegów.



Wykres 23. Fakt poznania nowego partnera w zależności od ilości rodzajów zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej.
n = 603.

Bez mała co czwartemu (22%) z pacjentów medycyny estetycznej, stosującego jeden rodzaj zabiegu medycyny estetycznej udało się poznać nowego partnera. W przypadku stosowania dwóch i trzech rodzajów zabiegów odsetek ten spada średnio o połowę – odpowiednio 13% i 10%. Natomiast przy stosowaniu wszystkich badanych rodzajów zabiegów ponownie wzrasta do 20%.

Usunięcie z analizy tej części badanych, która nie była zainteresowana poznaniem nowego partnera ponieważ była już w związku, odsłoni pełniejszy obraz wpływu ilości rodzajów zabiegów medycyny estetycznej na fakt poznania nowego partnera.



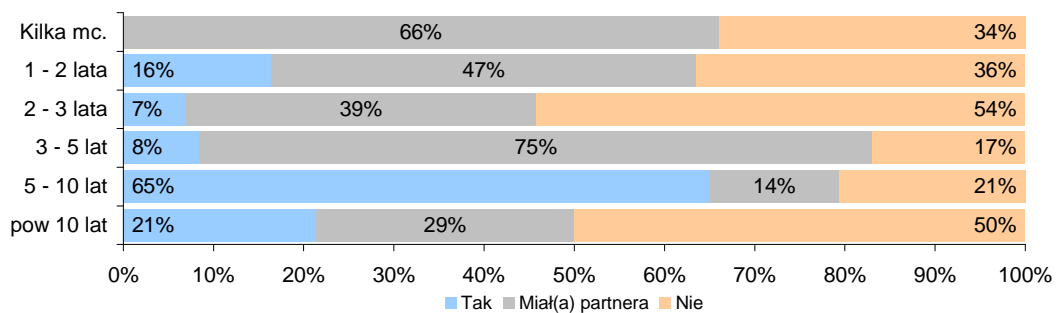
Wykres 24. Fakt poznania nowego partnera w zależności od ilości rodzajów zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej, wśród pacjentów potencjalnie tym zainteresowanych.
n = 309.

Bez mała połowie (46%), potencjalnie zainteresowanych, pacjentów korzystających z jednego rodzaju zabiegu z dziedziny medycyny estetycznej udało się poznać nowego partnera. Z funkcją ilości rodzaju stosowanych zabiegów spada ilość pacjentów, którym udało się poznać nowego partnera (26% dla dwóch rodzajów i 19% dla trzech rodzajów). Dopiero stosowanie

czterech rodzajów zabiegów podnosi skuteczność do 34%, czyli nadal poniżej skuteczności pojedynczego zabiegu – 46%.

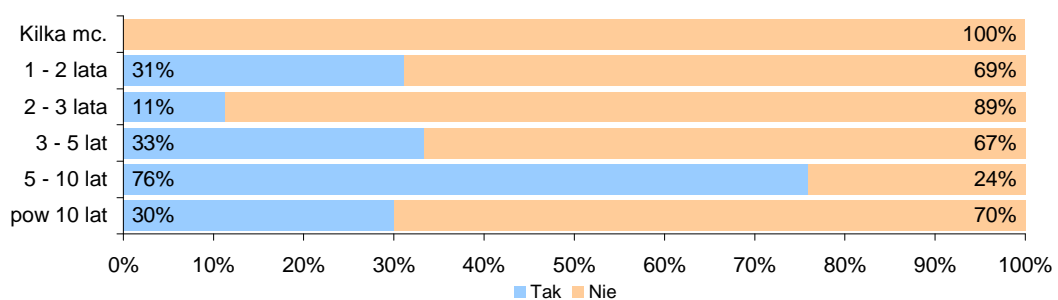
Można by było wywnioskować, że aby poznać nowego partnera wystarczy korzystać z jednego, z zabiegów, z medycyny estetycznej i najlepiej wypełniaczy, ewentualnie toksyny botulinowej typu A. Jednak mylnym może okazać się wniosek o skuteczności jednego zabiegu, ponieważ analizując strukturę średniego wieku pacjentów w poszczególnych grupach, da się zauważyć, że średnia wieku wśród pacjentów korzystających z jednego rodzaju zabiegu wynosi 33 lata, a w pozostałych 40 lat. Zatem wiek pacjentów korzystających z jednego wybranego rodzaju zabiegów zaliczających się do medycyny estetycznej jest zbliżony do średniego wieku w jakim są zawierane małżeństwa w Polsce (29 lat mężczyźni i 27 lat kobiety, [87]).

Ostatnią badaną kategorią pod kontem wpływu na poznanie nowego partnera jest długość korzystania z zabiegów medycyny estetycznej.



Wykres 25. Fakt poznania nowego partnera w zależności od długości stosowania zabiegów medycyny estetycznej.
n = 603.

Nikt po kilkumiesięcznym stosowaniu zabiegów z dziedziny medycyny estetycznej nie poznał nowego partnera. Największą skutecznością 65% wykazuje się 5–10 letnie stosowanie zabiegów. Jeszcze wyraźniej to widać po usunięciu z analizy osób znajdujących się w związkach, podczas badania.



Wykres 26. Fakt poznania nowego partnera w zależności od długości stosowania zabiegów medycyny estetycznej, wśród pacjentów potencjalnie tym zainteresowanych.
n = 309.

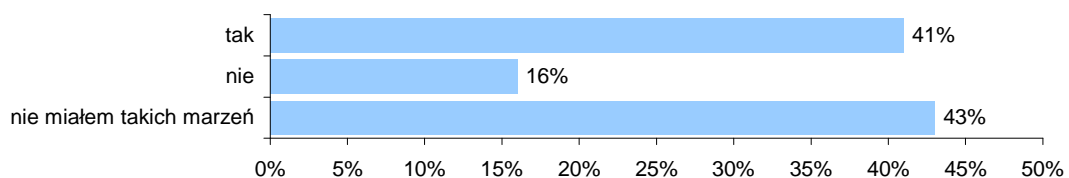
Ponad ¾ (76%), potencjalnie zainteresowanych, pacjentów korzystających z zabiegów, z działu medycyny estetycznej od 5–ciu do 10–ciu lat poznało nowego partnera. Pozornie mogłoby się to wydawać bardzo dużo, ale należy zwrócić uwagę, że w tym wypadku przedział kategoryzujący jest szerszy od przedziałów wcześniejszych, a poza tym średnia wieku osób, które w tym przedziale znalazły nowych partnerów wynosi 36 lat, w stosunku do średniej wieku

43 lata dla całej kategorii, ewentualnie 51 lat w tej części, która nie była w związku. Zatem nie można wnioskować, że w tym wypadku, akurat to długotrwałość stosowania zabiegów medycznych była bezpośrednią przyczyną zawarcia nowego związku przez pacjentów.

Podobnie sytuacja ma się w kolejnej odstającej kategorii 2–3 lata. Tutaj wyjątkowo mało osób znalazło nowego partnera (11%), ale średnia wieku tych którym się udało wynosi 34 lata w stosunku do średniego wieku pozostałych pacjentów wynoszącej 40 lat (zarówno tych będących w związku jak i tych, którzy nie znaleźli partnera).

Jedynie co da się wyraźnie zauważyć to, że kilkumiesięczne stosowanie zabiegów z dziedziny medycyny estetycznej nie wynika z poznaniem nowego partnera, co zapewne też jest podyktowane nie tylko samym krótkim czasem terapii, ale też stosunkowo krótkim czasem jaki pacjent miał na poznanie wymarzonego partnera (od początku kuracji, jedynie kilka miesięcy).

Pacjenci zostali też zapytani o to czy zabiegi zaliczane do medycyny estetycznej tak wpłynęły na ich podejście do życia, że pozwoliło im to na realizację swoich marzeń opartych na sferze osobistej.

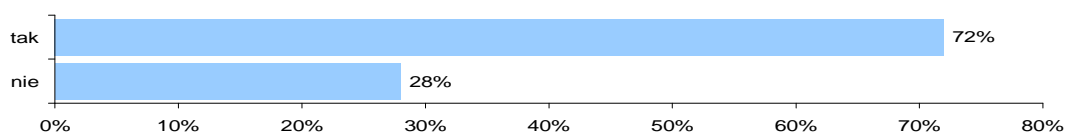


Wykres 27. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/Pana podejście do życia, że mogła Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z życiem osobistym?
 $n = 603$.

Wpływ medycyny estetycznej na realizację marzeń opartych na sferze osobistej jest bez mała trzykrotnie większy niż na poznanie nowego partnera omawiane wcześniej.

U 41% ze wszystkich pacjentów medycyna estetyczna tak zmieniła podejście do życia, że umożliwiła to im realizację marzeń opartych na sferze osobistej. Jedynie u 16% badanych nie miała na to wpływu.

Jeżeli odrzucimy tę część pacjentów, która stwierdziła, że nie miała marzeń opartych na sferze osobistej, to okaże się, że medycyna estetyczna pomogła 72% z nich, czyli prawie 2,5 razy częściej niż w przypadku poznania nowego partnera.

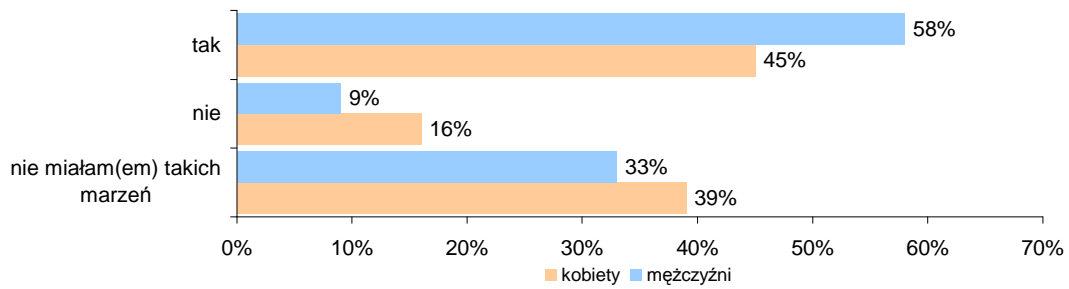


Wykres 28. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/Pana podejście do życia, że mogła Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z życiem osobistym? Po odrzuceniu respondentów nie mających takich marzeń.
 $n = 340$.

W przypadku realizacji marzeń opartych na sferze osobistej, podobnie jak w przypadku wpływu medycyny estetycznej na poznanie nowego partnera, porównane zostały różnice pomiędzy oczekiwaniami i wpływem zabiegów wśród mężczyzn i kobiet.

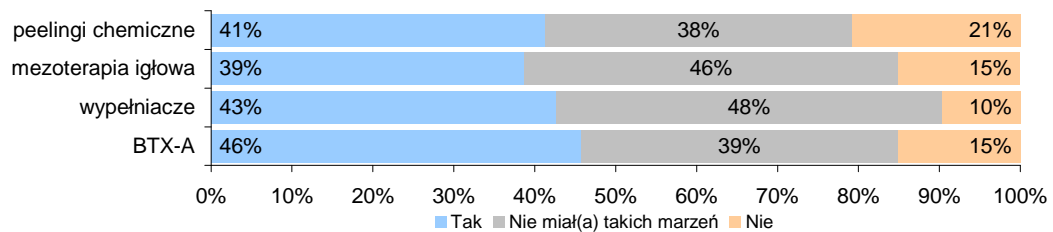
O 13 punktów procentowych więcej mężczyzn zrealizowało swoje marzenia związane z życiem osobistym niż kobiet. Wynika to między innymi z zaobserwowanego wcześniej ponad dwukrotnie częstszego poznania nowego partnera wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Pozostałe

różnice pomiędzy kobietami, a mężczyznami, pomimo że istotne, nie są już tak duże jak w przypadku wpływu medycyny estetycznej na fakt poznania nowego partnera.



Wykres 29. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/ Pana podejście do życia, że mogła Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z życiem osobistym?
kobiety: $n = 549$, mężczyźni $n = 54$.

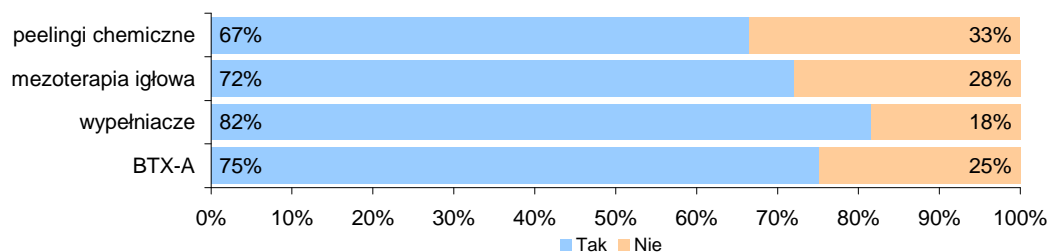
Aby zbadać, czy rodzaj zabiegu miał wpływ na realizację marzeń opartych na sferze osobistej, analiza została pogłębiona przez kategoryzację rodzajem zabiegu.



Wykres 30. Realizacja marzeń związanych z życiem osobistym w zależności od zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej.
 $n = 603$.

Realizacja marzeń opartych na sferze osobistej nie jest aż tak zależna od rodzaju zastosowanego z zakresu zabiegu medycyny estetycznej jak miało to miejsce w przypadku poznania nowego partnera. Wprawdzie wypełniacze i toksyna botulinowa typu A nadal były najczęściej wskazywane, ale już np. różnica pomiędzy mezoterapią (igłową) i peelingiem chemicznym nie jest istotą statystycznie.

Proporcje nieco się zmieniają jeżeli z analizy wykluczy się pacjentów nie mających marzeń opartych na sferze osobistej.



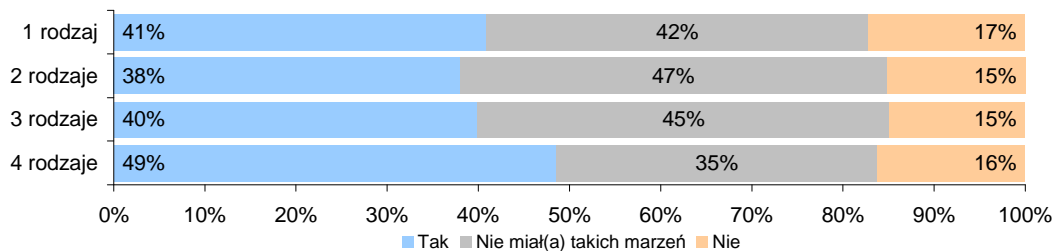
Wykres 31. Realizacja marzeń związanych z życiem osobistym pod wpływem poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej, wśród pacjentów posiadających takie marzenia.
 $n = 340$.

Największy wpływ na realizację marzeń opartych na sferze osobistej, wśród posiadających takie marzenia, mają wypełniacze (82%). W dalszej kolejności toksyna

botulinowa typu A (75%), mezoterapia igłowa (72%) i peelingi chemiczne (67%). Brak tak wyraźnej przewagi wypełniaczy i toksyny botulinowej typu A jak to miało miejsce w przypadku poznania nowego partnera, wynika między innymi z tego, że realizacja marzeń opartych na sferze osobistej nie jest ściśle związana z natychmiastową poprawą wyglądu, co wydaje się dużo bardziej przydatne jeżeli pacjent myśli o zawarciu nowego związku.

Nie mniej, nie da się zaprzeczyć wpływu medycyny estetycznej na realizację marzeń opartych na sferze osobistej, ale też nie należy zapominać, że zapewne nie jest to jest to ich jedyna przyczyna.

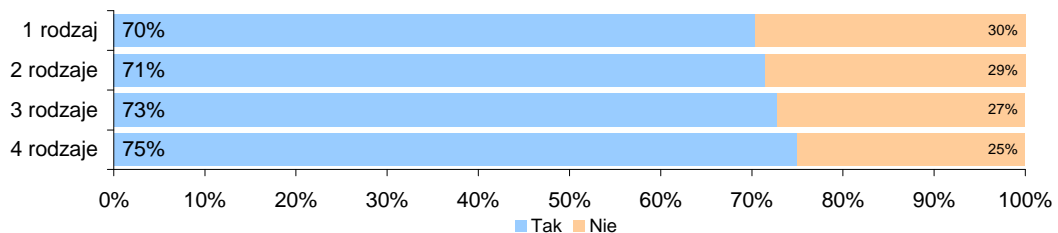
Aby zbadać, czy ilość rodzajów zabiegów medycyny estetycznej stosowanych przez pacjentów, miała wpływ na realizację marzeń opartych na sferze osobistej, należy pogłębić analizę kategoryzując ją ilością zabiegów.



Wykres 32. Realizacja marzeń związanych z życiem osobistym w zależności od ilości rodzajów zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej.
n = 603.

Bez mała co drugiemu (49%) z pacjentów medycyny estetycznej, stosującemu cztery rodzaje zabiegów z dziedziny medycyny estetycznej udało się zrealizować marzenia związane z życiem osobistym. W przypadku stosowania mniejszej liczby zabiegów powodzenie realizacji marzeń wynosi 40% i nie różni się pomiędzy stosowaniem jednego, dwóch, czy trzech różnych zabiegów.

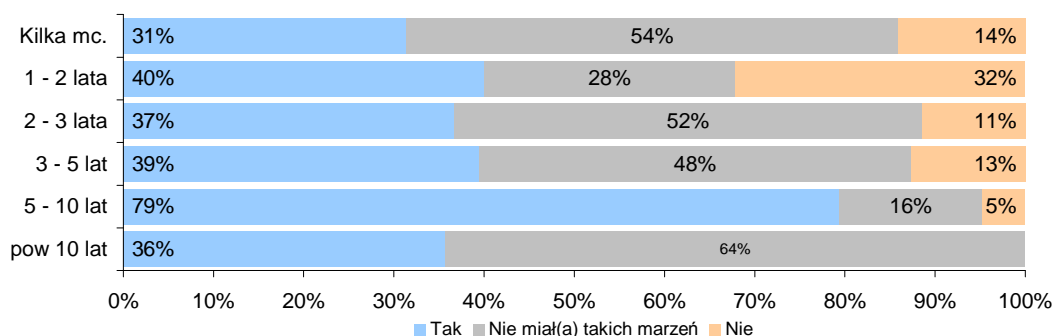
Usunięcie z analizy tej części badanych, która nie miała marzeń opartych na sferze osobistej, odsłoni pełniejszy obraz wpływu ilości rodzajów zabiegów medycyny estetycznej na fakt realizacji marzeń opartych na sferze osobistej.



Wykres 33. Realizacja marzeń związanych z życiem osobistym pod wpływem poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej, wśród pacjentów posiadających takie marzenia.
n = 340.

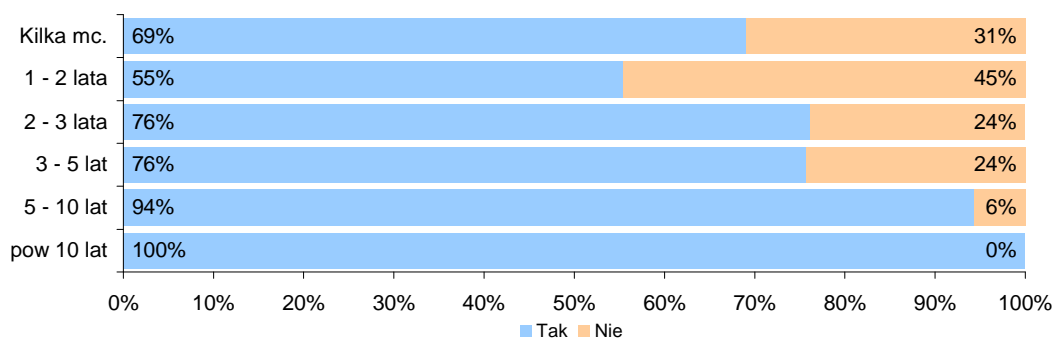
Marzenia związane z życiem osobistym udało się zrealizować bez mała 3 z 4 pacjentów posiadających takie marzenia. Na wykresie widać wzrost odsetka pacjentów realizujących marzenia wprost proporcjonalnie do wzrostu ilości stosowanych zabiegów.

Ostatnią badaną kategorią pod kontem wpływu na realizację marzeń opartych na sferze osobistej jest długość korzystania z zabiegów medycyny estetycznej.



Wykres 34. Realizacja marzeń związanych z życiem osobistym w zależności od długości stosowania zabiegów medycyny estetycznej.
n = 603.

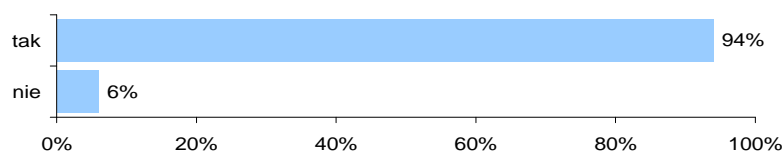
W kwestii realizacji marzeń opartych na sferze osobistej, największą skutecznością 79% wykazuje się 5–10 letnie stosowanie zabiegów (de facto podobnie jak miało to miejsce w przypadku poznania nowego partnera). Jeszcze wyraźniej to widać po usunięciu z analizy osób nie posiadających takich marzeń.



Wykres 35. Realizacja marzeń związanych z życiem osobistym w zależności od długości stosowania zabiegów medycyny estetycznej, wśród pacjentów posiadających takie marzenia.
n = 340.

Prawie wszystkim korzystającym z zabiegów, z dziedziny medycyny estetycznej powyżej 5 lat udało się zrealizować swoje marzenia związane z życiem osobistym. Przy tym należy dość ostrożnie traktować 100% udział realizujących marzenia w grupie poddającej się zabiegom medycyny estetycznej od ponad 10 lat. Udział tej grupy w próbie wyniósł 7%.

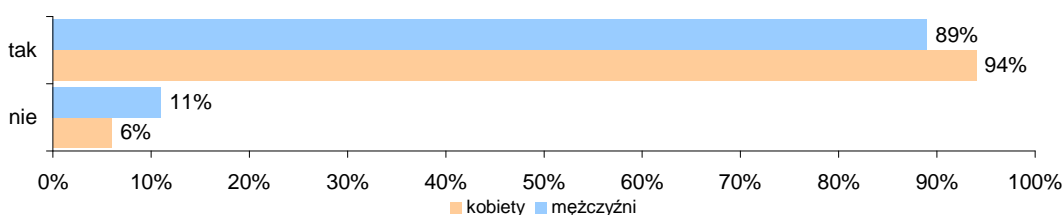
Pacjenci zostali także zapytani o to czy w ich ocenie po zabiegach z dziedziny medycyny estetycznej wyglądają atrakcyjniej niż przed zabiegami. Do wyboru pozostawiono 3 odpowiedzi: „tak – wyglądam atrakcyjniej”, „nie – wyglądam mniej atrakcyjnie”, „nie dostrzegam istotnych zmian”. Pierwszą rzeczą jaką należy zauważyć jest brak jakiegokolwiek wskazania na odpowiedź ostatnią, co oznacza, że wszyscy pacjenci dostrzegli wpływ medycyny estetycznej na swój wygląd.



Wykres 36. Czy po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej ocenia Pani/Pan swój obecny wygląd na atrakcyjniejszy niż przed zabiegami?
n = 603.

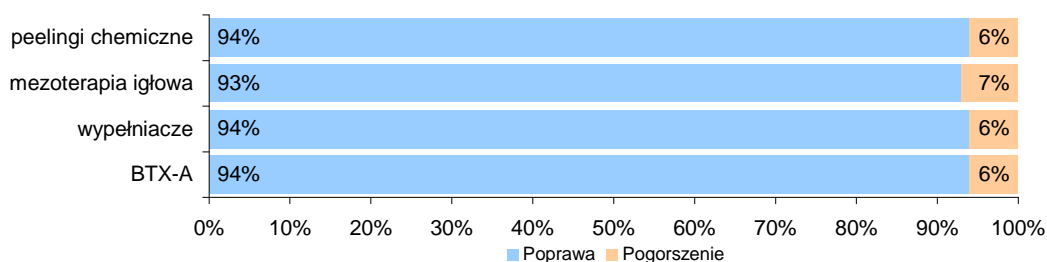
Zdecydowana większość (94%) pacjentów dostrzegła poprawę swojego wyglądu po zastosowaniu zabiegów medycyny estetycznej.

Mężczyźni częściej byli niezadowoleni z wyglądu po zabiegach niż kobiety. Różnica nie jest duża 5 p.p. i wynika między innymi z większego oczekiwania szybkich zmian, jakie mają mężczyźni w stosunku do medycyny estetycznej, a jak należy pamiętać chętniej stosowali oni szybciej odnoszące skutek toksynę botulinową typu A i wypełniacze.



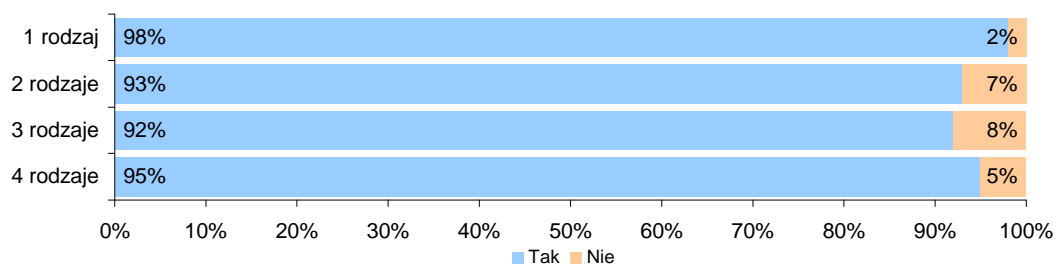
Wykres 37. Czy po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej ocenia Pani/Pan swój obecny wygląd na atrakcyjniejszy niż przed zabiegami?
 kobiety: *n* = 549, mężczyźni *n* = 54.

Rodzaj zabiegu nie miał wpływu na ocenę własnego wyglądu dokonaną przez pacjentów. Różnica pomiędzy mezoterapią igłową, a pozostałymi zabiegami nie jest istotna statystycznie. Należy zwrócić uwagę, że pacjenci byli pytani o ocenę swojego wyglądu na zasadzie 'poprawa' albo 'pogorszenie' i nie byli proszeni o ocenę skali tej zmiany.



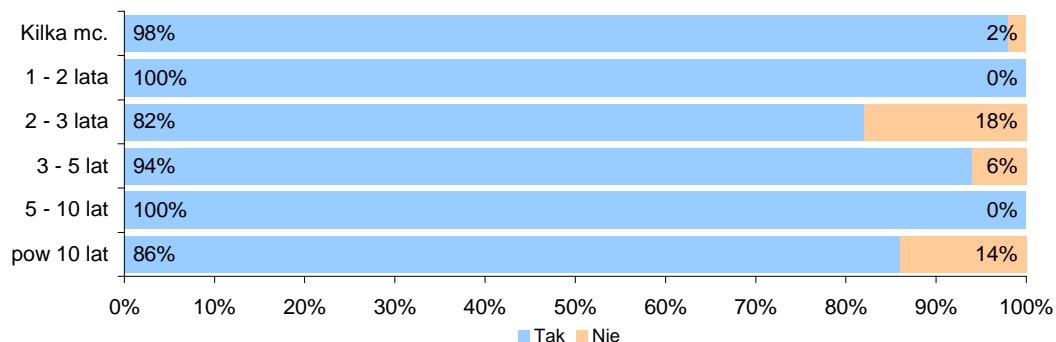
Wykres 38. Wpływ poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej na ocenę swojego wyglądu przez pacjentów.
n = 603.

Najlepiej oceniają zmianę swojego wyglądu pacjenci stosujący jeden rodzaj zabiegów z dziedziny medycyny estetycznej. Wynika to zapewne z tego, że pacjenci decydujący się na większą ilość zabiegów, ogólnie są bardziej krytyczni w stosunku do swojego wyglądu lub potrzebują większej korekty.



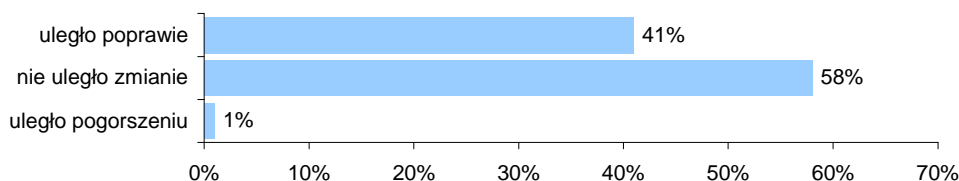
Wykres 39. Wpływ ilości różnych zabiegów medycyny estetycznej na ocenę swojego wyglądu przez pacjentów.
n = 603.

Długość stosowania zabiegów z dziedziny medycyny estetycznej nie ma wyraźnego wpływu na ocenę własnego wyglądu. Najlepiej oceniają zmianę wyglądu pacjenci korzystający z zabiegów medycyny estetycznej do dwóch lat i od 5 do 10 lat. Najgorzej pacjenci z historią 2-3 letnią i ponad 10 lat.



Wykres 40. Wpływ długości stosowania zabiegów medycyny estetycznej na ocenę swojego wyglądu przez pacjentów.
n = 603.

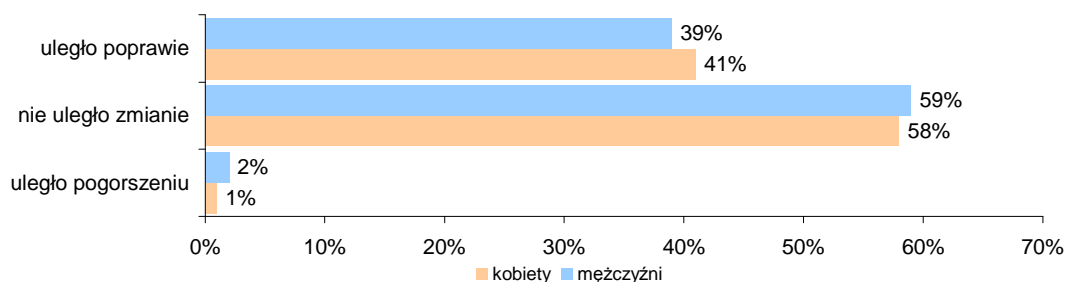
Badaniu poddano także wpływ medycyny estetycznej na nastawienie otoczenia do pacjenta. Pacjentów zapytano o to czy po zabiegach medycyny estetycznej, zmieniło się nastawienie otoczenia do nich samych.



Wykres 41. Czy po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej, zmieniło się nastawienie otoczenia do Pani/Pana osoby?
n = 603.

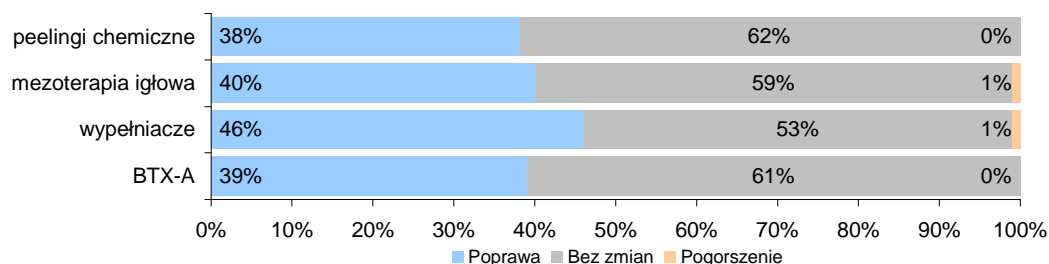
Ponad 40% pacjentów zauważyło poprawę nastawienia otoczenia do swojej osoby po tym jak skorzystali z zabiegów medycyny estetycznej. Jedynie jeden procent respondentów wskazało na pogorszenie się nastawienia otoczenia, ale należy pamiętać, że wartość ta jest poniżej założonego błędu oszacowania (patrz s. 39)

Różnice w ocenie wpływu zabiegów z dziedziny medycyny estetycznej na nastawienie otoczenia, analizowane pomiędzy kobietami i mężczyznami są symboliczne i nieistotne statystycznie.



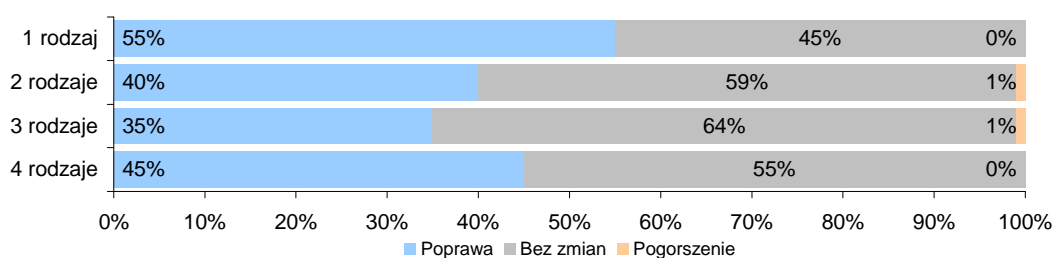
Wykres 42. Zmiana nastawienia otoczenia do pacjentów, po wykonaniu zabiegów medycyny estetycznej. kobiety: $n = 549$, mężczyźni $n = 54$.

W ocenie pacjentów największy wpływ na poprawę nastawienia otoczenia miały wypełniacze 46%. Pozostałe zabiegi zostały ocenione od 6 do 8 p.p. niżej i ich ocena nie różniła się od siebie w sposób istotny.



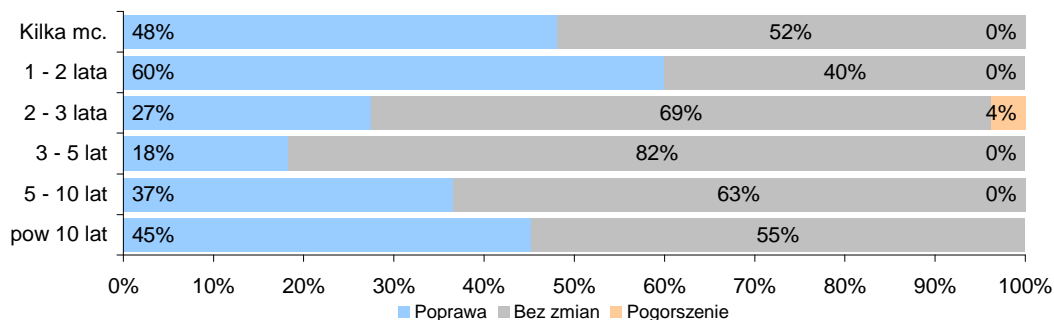
Wykres 43. Zmiana nastawienia otoczenia do pacjentów, po wykonaniu zabiegów medycyny estetycznej. $n = 603$.

Najlepiej oceniają zmianę nastawienia otoczenia pacjenci stosujący jeden z rodzajów zabiegów medycyny estetycznej (55%) i cztery rodzaje (45%).



Wykres 44. Zmiana nastawienia otoczenia do pacjentów, w zależności od ilości różnych zabiegów. $n = 603$.

Zmianę nastawienia otoczenia do siebie najlepiej oceniają pacjenci korzystający z zabiegów zaliczanych do medycyny estetycznej do dwóch lat i powyżej 10 lat. Najgorzej pacjenci poddający się kuracji od 3 do 5 lat.

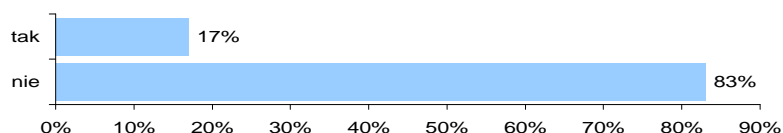


Wykres 45. Zmiana nastawienia otoczenia do pacjentów, w zależności od długości kuracji.
 $n = 603$.

4.5.2 Jakość życia w aspekcie zawodowym

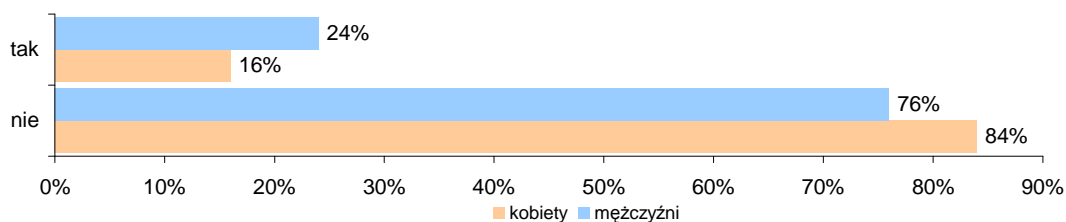
Na standard życia składają się takie czynniki jak między innymi, zadowolenie z życia osobistego i z życia zawodowego. Zabiegi medycyny estetycznej mogły mieć różny wpływ na te dwa aspekty, dlatego oprócz ich oddziaływania na sprawy osobiste, dodatkowo zostało zbadane oddziaływanie na życie zawodowe, w takiej jego części, w której wygląd zewnętrzny i pewność siebie mogły mieć znaczenie. Warto jednak, przy tym wszystkim, pamiętać, że pacjenci korzystający z zabiegów medycyny estetycznej wysoko oceniają swój poziom materialny, zatem ciężko oczekiwać aby postrzegali zabiegi medycyny estetycznej jako źródło poprawy poziomu materialnego poprzez np. znalezienie nowej pracy.

Zabiegi z dziedziny medycyny estetycznej mogą być pewnego rodzaju inwestycją, która poszerza perspektywy zawodowe dzięki wzrostowi pewności siebie i poprawie wizerunku pacjenta. Dlatego respondentów zapytano o to czy dzięki temu, że zainwestowali w swój wygląd, zdobyli nowe umiejętności lub kwalifikacje z myślą o potencjalnej możliwości lepszego zarobkowania?



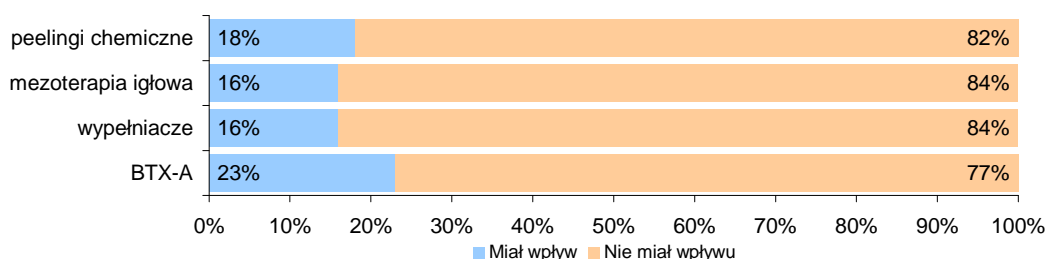
Wykres 46. Czy dzięki temu, że zainwestowała Pani/Pan w swój wygląd (poprzez korzystanie z zabiegów z medycyny estetycznej) zdobył(a) Pani/Pan nowe kwalifikacje lub umiejętności z myślą o możliwości lepszych zarobków?
 $n = 603$.

Dla zdecydowanej większości (83%) pacjentów medycyna estetyczna nie stanowiła inspiracji do zdobycia dodatkowych umiejętności, czy kwalifikacji z myślą o lepszych zarobkach. Jednak mężczyźni nieco częściej niż kobiety, po zabiegach medycyny estetycznej poszerzali swoje kwalifikacje lub zdobyli nowe umiejętności.



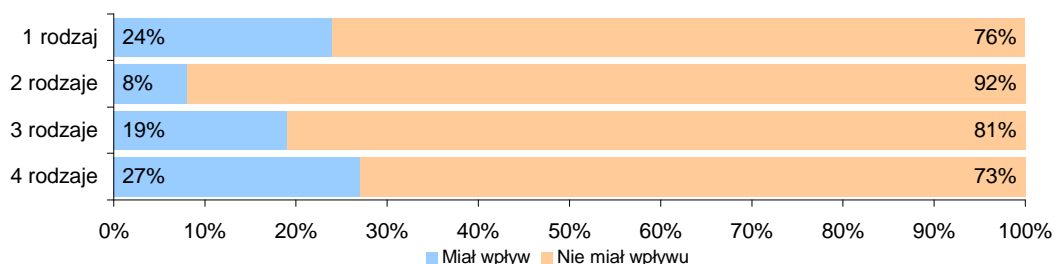
Wykres 47. Czy dzięki temu, że zainwestowała Pani/Pan w swój wygląd (poprzez korzystanie z zabiegów z medycyny estetycznej) zdobył (a) Pani/Pan nowe kwalifikacje lub umiejętności z myślą o możliwości lepszych zarobków?
kobiety: $n = 549$, mężczyźni $n = 54$.

Pacjenci stosujący toksynę botulinową typu A nieco częściej zdobywali nowe umiejętności lub kwalifikacje, niż korzystający z pozostałych zabiegów, w przypadku których nie występują już statystycznie istotne różnice.



Wykres 48. Wpływ poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej na zdobycie przez pacjentów nowych kwalifikacji lub umiejętności z myślą o możliwości lepszych zarobków.
 $n = 603$.

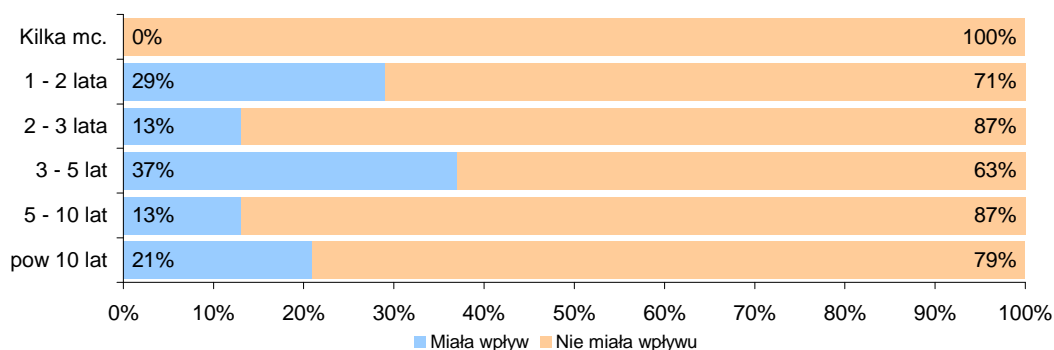
Najczęściej nowe kwalifikacje lub umiejętności zdobywali stosujący jeden (24%) i cztery (27%) różne rodzaje zabiegów z dziedziny medycyny estetycznej. Najrzadziej, swoje umiejętności, poszerzali stosujący dwa rodzaje zabiegów.



Wykres 49. Wpływ ilości rodzajów zabiegów medycyny estetycznej na zdobycie przez pacjentów nowych kwalifikacji lub umiejętności z myślą o możliwości lepszych zarobków.
 $n = 603$.

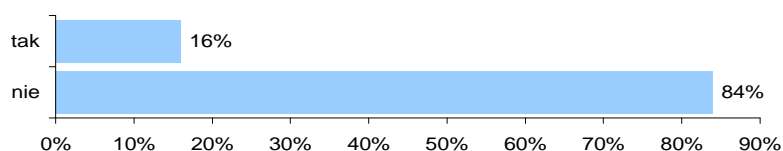
Nikt ze stosujących medycynę estetyczną od kilku miesięcy nie podniósł swoich kwalifikacji. W wypadku tej podgrupy, kilkumiesięczna terapia okazała się zbyt krótka, żeby w trakcie jej trwania zdobyć nowe kwalifikacje lub umiejętności. Natomiast po roku stosowania zabiegów do dwóch lat już 29% pacjentów podniosło swoje kwalifikacje.

Najwięcej pacjentów zdobyło nowe kwalifikacje, stosując zabiegi z działu medycyny estetycznej od 3 do 5 lat (37%).



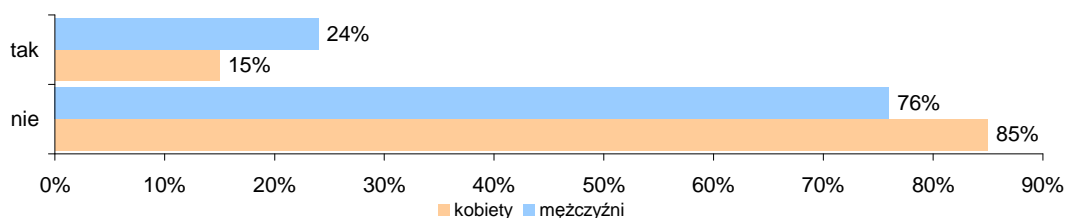
Wykres 50. Wpływ długości stosowania zabiegów medycyny estetycznej na zdobycie przez pacjentów nowych kwalifikacji lub umiejętności z myślą o możliwości lepszych zarobków.
n = 603.

Respondenci zostali także zapytani o to czy dzięki temu, że zainwestowali w swój wygląd (poprzez korzystanie z zabiegów, z dziedziny medycyny estetycznej) podjęli lepiej płatną lub dodatkową pracę?



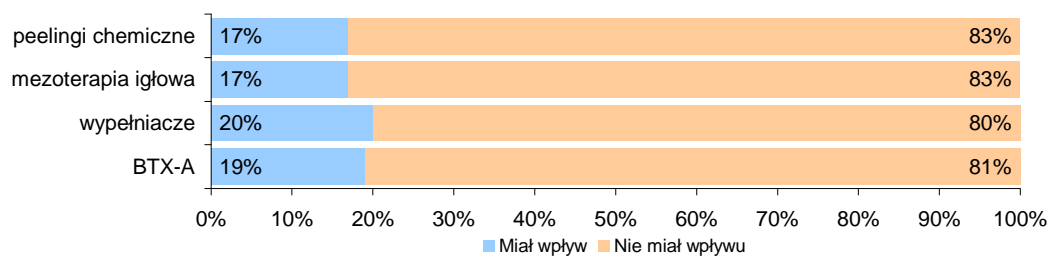
Wykres 51. Czy dzięki temu, że zainwestował(a) Pan/Pani w swój wygląd (poprzez korzystanie z zabiegów z medycyny estetycznej) podjął(a) Pan/Pani lepiej płatną lub dodatkową pracę?
n = 603.

Dla zdecydowanej większości (84%) pacjentów medycyna estetyczna nie była przyczyną podjęcia lepiej płatnej lub dodatkowej pracy. Jednak mężczyźni częściej niż kobiety, po skorzystaniu z zabiegów medycyny estetycznej, poprawiali swoją sytuację zawodową.



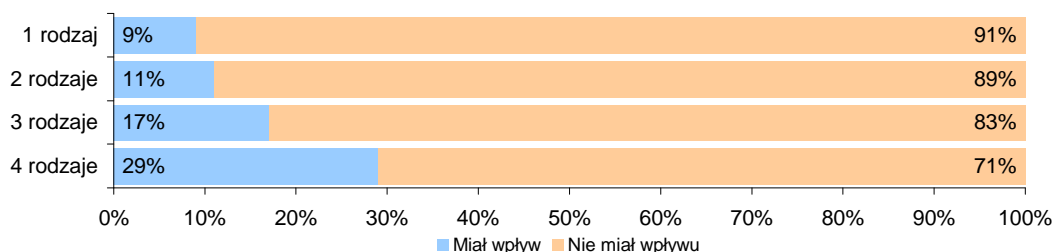
Wykres 52. Czy dzięki temu, że zainwestował(a) Pan/Pani w swój wygląd (poprzez korzystanie z zabiegów z medycyny estetycznej) podjął(a) Pan/Pani lepiej płatną lub dodatkową pracę?
 kobiety: *n* = 549, mężczyźni *n* = 54.

Rodzaj zabiegu nie miał wpływu na podjęcie atrakcyjniejszej lub dodatkowej pracy. Różnice pomiędzy poszczególnymi zabiegami nie są istotne statystycznie.



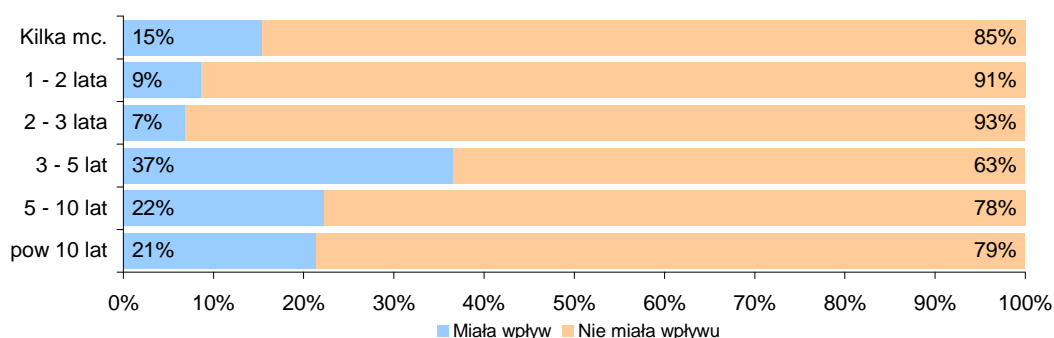
Wykres 53. Wpływ poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej na podjęcie przez pacjentów lepiej płatnej lub dodatkowej pracy.
n = 603.

Wpływ ilości rodzajów stosowanych zabiegów z dziedziny medycyny estetycznej, na podjęcie przez pacjentów lepiej płatnej lub dodatkowej pracy, rósł wykładniczo wraz ze wzrostem liczby zabiegów. Przy czym różnica pomiędzy stosującymi jeden albo dwa rodzaje zabiegów nie jest istotna statystycznie.



Wykres 54. Wpływ liczby różnych zabiegów medycyny estetycznej na podjęcie przez pacjentów lepiej płatnej lub dodatkowej pracy.
n = 603.

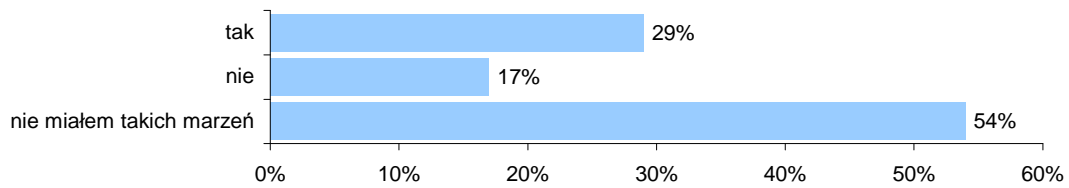
Najwięcej (37%) pacjentów podjęło lepiej płatną lub dodatkową pracę, stosując zabiegi zaliczające się do medycyny estetycznej od 3 do 5 lat. Do trzech lat stosowania zabiegów średnio 12% pacjentów podjęło nową lub dodatkową pracę, ale po trzech latach odsetek ten wzrósł do średnio 30%.



Wykres 55. Wpływ długości stosowania zabiegów medycyny estetycznej na podjęcie przez pacjentów lepiej płatnej lub dodatkowej pracy.
n = 603.

Poprawa wyglądu powinna wpłynąć pozytywnie na pewność siebie, a ta z kolei na gotowość do wystąpień publicznych, takich jak na przykład prowadzenie prezentacji czy praca w TV jako prezenter. W związku z tym respondentów zapytano o to czy dzięki zabiegom

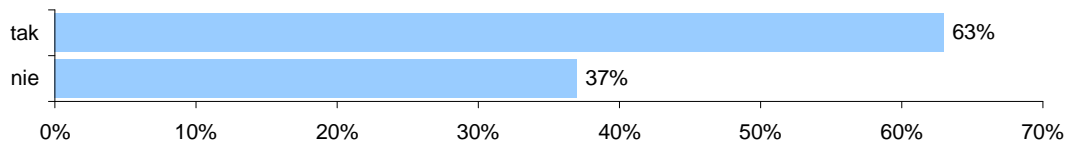
z dziedziny medycyny estetycznej tak zmieniło się ich podejście do życia, że mogli zrealizować swoje marzenia związane z wystąpieniami publicznymi.



Wykres 56. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/ Pana podejście do życia, że mogła Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z wystąpieniami publicznymi?
n = 603.

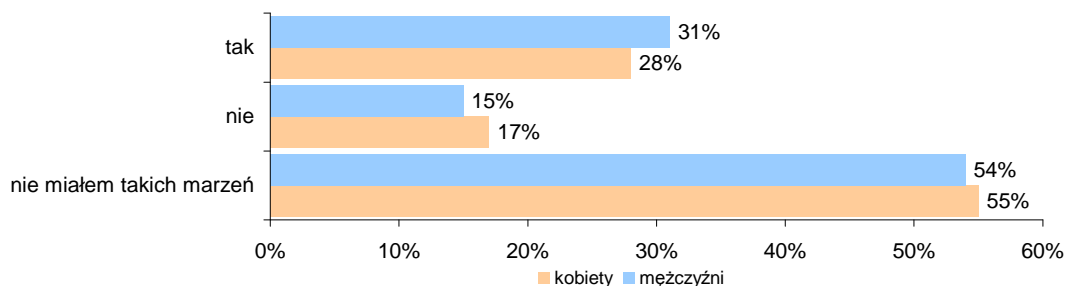
54% pacjentów nie miało marzeń związanych z wystąpieniami publicznymi. 29% badanych uważa, że medycyna estetyczna pomogła im w podjęciu takiego kroku.

Biorąc pod uwagę tylko tę część pacjentów, którzy marzyli o publicznych wystąpieniach, okaże się że medycyna estetyczna pomogła 63% z nich.



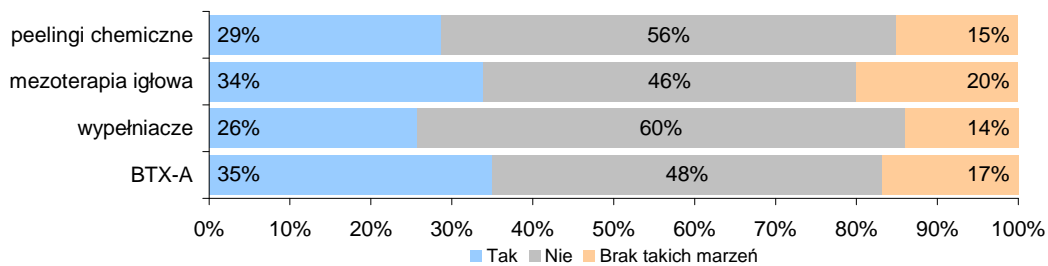
Wykres 57. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/ Pana podejście do życia, że mogła Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z wystąpieniami publicznymi? Po odrzuceniu respondentów nie mających takich marzeń.
n = 274.

W kwestii realizacji marzeń o wystąpieniach publicznych, po raz pierwszy, nie ma statystycznej różnicy pomiędzy grupą kobiet, a grupą mężczyzn.



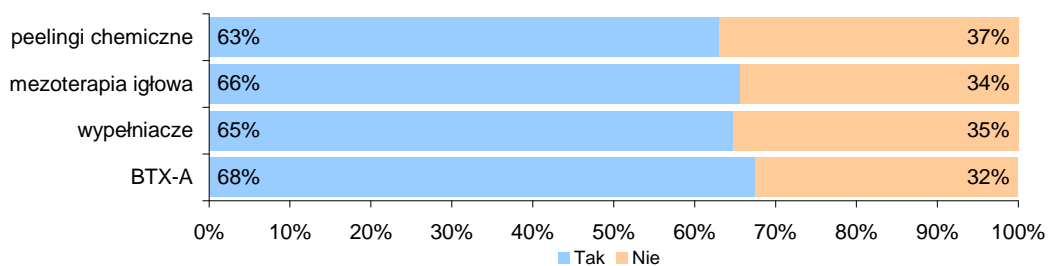
Wykres 58. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/ Pana podejście do życia, że mogła Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z wystąpieniami publicznymi?
 kobiety: *n* = 549, mężczyźni *n* = 54.

Aby zbadać, czy rodzaj zabiegu miał wpływ na realizację marzeń o wystąpieniach publicznych, należy pogłębić analizę kategoryzując ją rodzajem zabiegu.



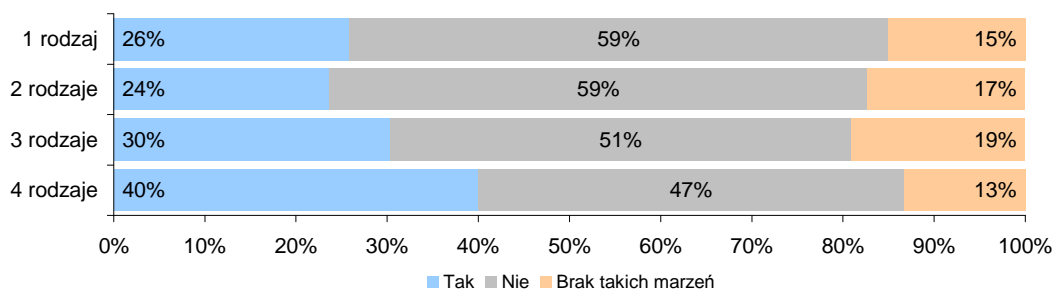
Wykres 59. Fakt realizacji marzeń o wystąpieniach publicznych w zależności od zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej.
n = 603.

Jak widać na powyższym wykresie odsetek pacjentów, którzy zrealizowali marzenia o wystąpieniach publicznych, a stosowali toksynę botulinową typu A i mezoterapię (igłową) nie różni od siebie w sposób istotny. Podobnie jak nie ma statystycznie istotnej różnicy pomiędzy odsetkiem pacjentów korzystających z peelingu medycznego i wypełniaczy. Natomiast należy zauważyć, że pacjenci korzystający z mezoterapii (igłowej) i zabiegów z użyciem toksyny botulinowej typu A częściej realizowali marzenia związane z wystąpieniami publicznymi. Różnica nie jest jednak bardzo wyraźna co okaże się po usunięciu z analizy tej części badanych, która nie miała takich marzeń.



Wykres 60. Fakt realizacji marzeń o wystąpieniach publicznych w zależności od zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej. Z wyłączeniem części respondentów nie mającą takich marzeń.
n = 274.

Ilość stosowanych rodzajów zabiegów z dziedziny medycyny estetycznej nie pozostaje bez wpływu na fakt realizacji marzeń o wystąpieniach publicznych.

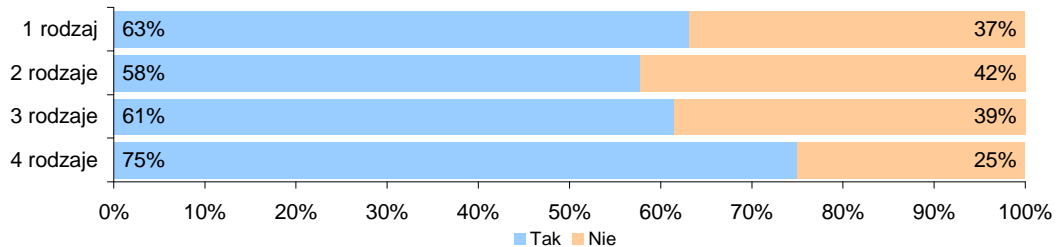


Wykres 61. Fakt realizacji marzeń o wystąpieniach publicznych w zależności od ilości zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej.
n = 603.

Czterem z dziesięciu (40%) z pacjentów medycyny estetycznej, stosujących cztery rodzaje zabiegów medycyny estetycznej udało się zrealizować marzenia o wystąpieniach

publicznych. W przypadku stosowania trzech rodzajów zabiegów, swoje marzenia o wystąpieniach publicznych realizuje bez mała co trzeci pacjent (30%). W przypadku osób korzystających z jednego albo dwóch rodzajów zabiegów marzenia o publicznych wystąpieniach udało się zrealizować co czwartemu pacjentowi (odpowiednio 26% i 24%).

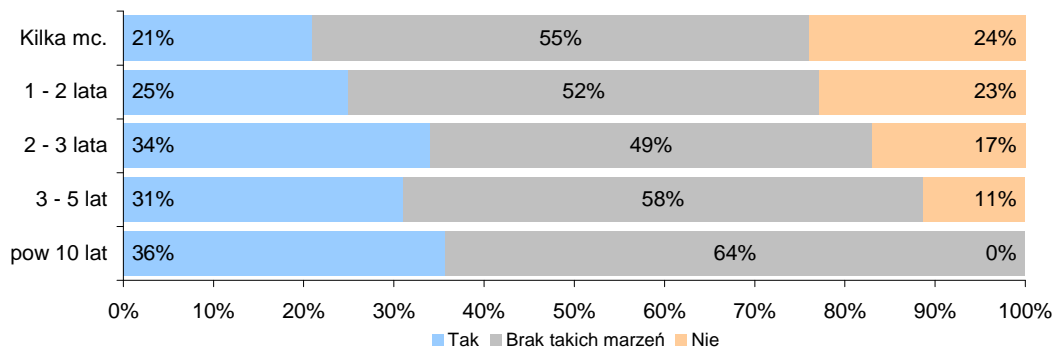
Po usunięciu z analizy tej części badanych, która nie miała marzeń związanych z wystąpieniami publicznymi, odsłonił się pełniejszy obraz wpływu ilości rodzajów zabiegów z dziedziny medycyny estetycznej na realizację tych marzeń.



Wykres 62. Fakt realizacji marzeń o wystąpieniach publicznych w zależności od ilości zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej. Z wyłączonej częścią respondentów nie mającą takich marzeń.
n = 274.

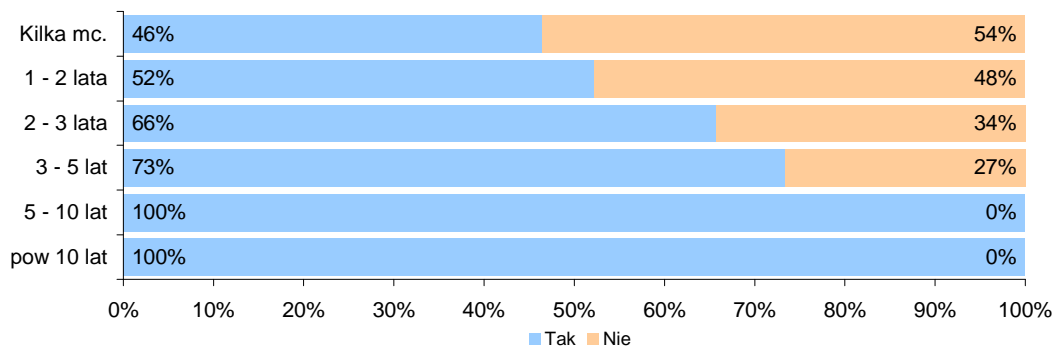
$\frac{3}{4}$ pacjentów (75%) korzystających z czterech rodzajów zabiegów z dziedziny medycyny estetycznej zrealizowało swoje marzenia związane z wystąpieniami publicznymi. Stopień realizacji tych marzeń w pozostałych grupach był podobny i wahał się od 58% do 63%.

Okres w jakim stosowane były zabiegi medycyny estetycznej, również miał wyraźny wpływ na fakt realizacji marzeń związanych z wystąpieniami publicznymi.



Wykres 63. Fakt realizacji marzeń o wystąpieniach publicznych w zależności od ilości zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej.
n = 603.

Można zaobserwować wzrost stopnia realizacji marzeń związanych z wystąpieniami publicznymi wraz z funkcją czasu. Jeszcze wyraźniej widać to będzie po usunięciu z analizy osób nie posiadających takich marzeń.



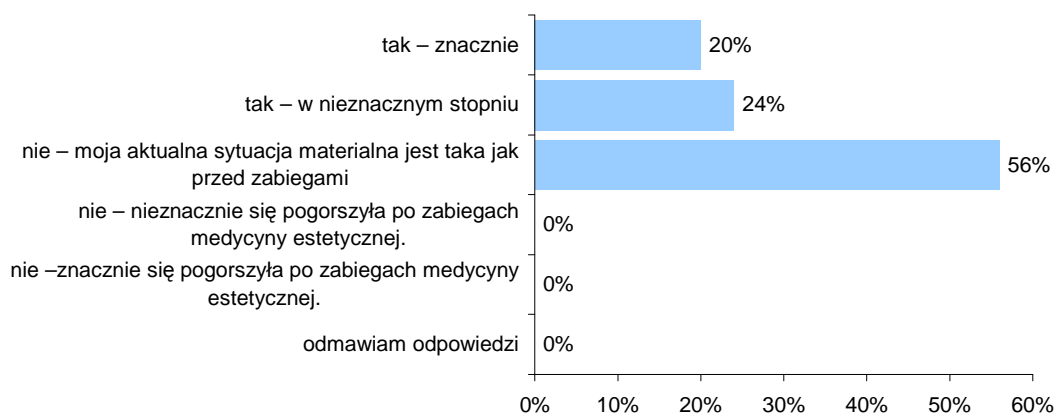
Wykres 64. Fakt realizacji marzeń o wystąpieniach publicznych w zależności od ilości zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej. Z wyłączonej częścią respondentów nie mającą takich marzeń.
 $n = 274$.

Po pięciu latach stosowania zabiegów medycyny estetycznej wszystkim posiadającym marzenia związane z wystąpieniami publicznymi, udało się je zrealizować. Już rok stosowania zabiegów wystarczył do tego, żeby ponad połowa pacjentów zrealizowała się w roli prelegenta.

Pomimo wyraźnego wpływu długości stosowania zabiegów na fakt realizacji marzeń związanych z wystąpieniami publicznymi, należy pamiętać, że Ci którzy je dłużej stosowali mieli też więcej czasu na osiągnięcie tego celu.

4.5.3 Subiektywna ocena wpływu zabiegów na sytuację materialną

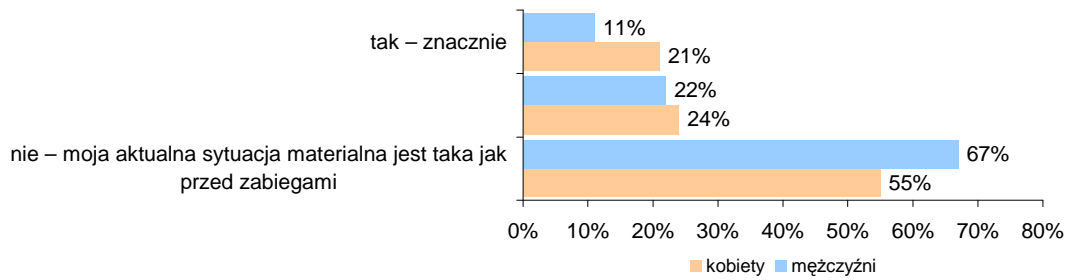
Pacjentów zapytano o to czy dzięki zabiegom zaliczanym do medycyny estetycznej poprawiła się ich sytuacja materialna. Pozostawiono im 5 możliwych odpowiedzi, jak i też opcję odmowy odpowiedzi, z której ani jeden respondent nie skorzystał. Warto zauważyć, że nikt nie wskazał, że jego sytuacja materialna, po zastosowaniu zabiegów medycyny estetycznej uległa jakimkolwiek pogorszeniu. Dlatego te odpowiedzi, w wypadku których wskazania nie występują nie będą uwzględnione w dalszej analizie.



Wykres 65. Czy w Pani/Pana ocenie, po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej, poprawiła się Pani/Panu sytuacja materialna?
 $n = 603$.

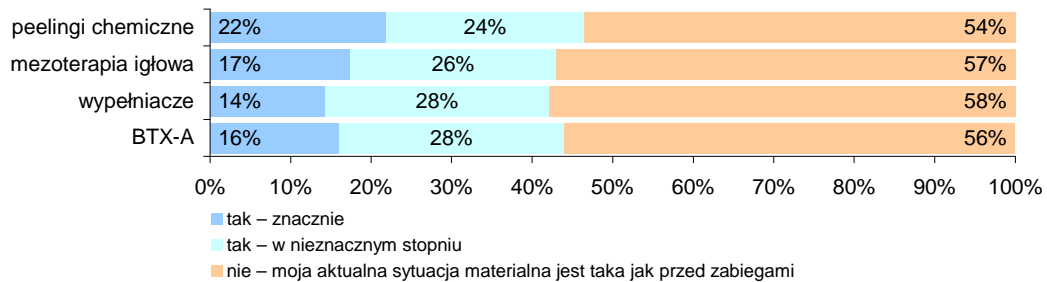
Jak widać, prawie połowa pacjentów (44%) przyznała, że po zastosowaniu zabiegów z działy medycyny estetycznej ich sytuacja materialna uległa poprawie. Łącznie o 12 punktów

procentowych więcej kobiet niż mężczyzn uznało, że po zabiegach z dziedziny medycyny estetycznej ich sytuacja materialna uległa poprawie.



Wykres 66. Czy w Pani/Pana ocenie, po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej, poprawiła się Pani/Panu sytuacja materialna?
kobiety: $n = 549$, mężczyźni $n = 54$.

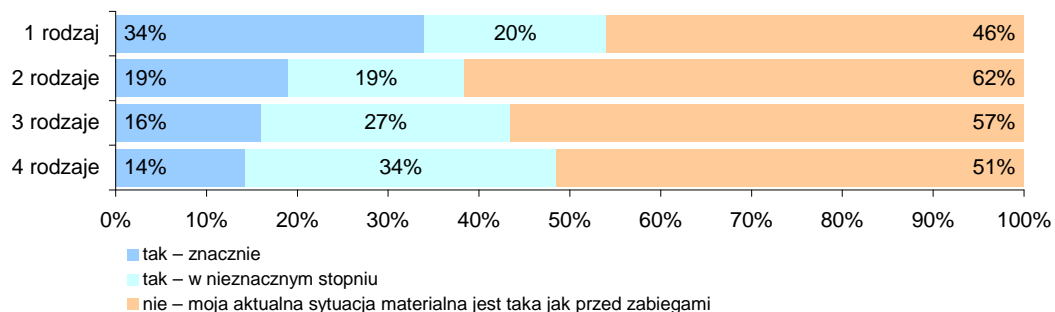
Różnice pomiędzy wpływem poszczególnych zabiegów na poprawę sytuacji materialnej pacjentów są niewielkie: peelingi chemiczne łącznie 46%, mezoterapia (igłowa) łącznie 43%, wypełniacze łącznie 42%, toksyna botulinowa typu A łącznie 44%.



Wykres 67. Poprawa sytuacji materialnej po zastosowaniu poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej.
 $n = 603$.

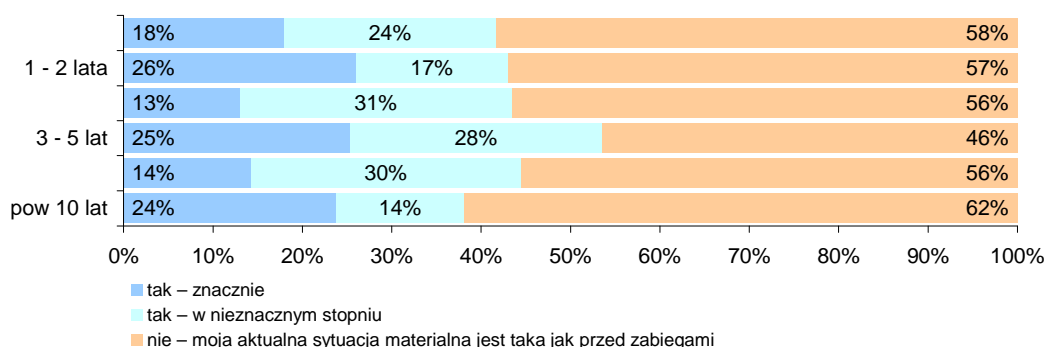
Pacjenci medycyny estetycznej korzystający z jednego zabiegu częściej niż inni (łącznie 54%) dostrzegli u siebie poprawę sytuacji finansowej. Najrzadziej (łącznie 38%) poprawę deklarowali pacjenci stosujący 2 rodzaje zabiegów.

Warto zwrócić uwagę, że z funkcją ilości zabiegów spada odsetek znacznej poprawy stanu materialnego, ale wzrasta odsetek wskazań na nieznaczną poprawę.



Wykres 68. Poprawa sytuacji materialnej w zależności od ilości rodzajów zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej.
 $n = 603$.

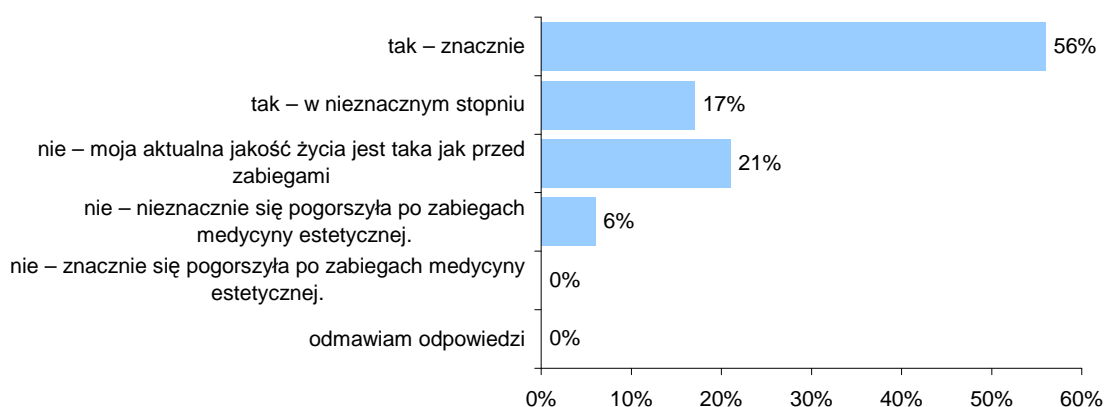
Długość terapii nie wpływa na fakt poprawy sytuacji materialnej pacjentów medycyny estetycznej. Ciężko dopatrzeć się jakichkolwiek zależności i jedynie można wskazać, że grupa stosująca zabiegi od 3 do 5 lat najczęściej deklarowała poprawę stanu materialnego po zastosowaniu medycyny estetycznej (łącznie 53%).



Wykres 69. Poprawa sytuacji materialnej w zależności okresu stosowania zabiegów medycyny estetycznej.
n = 603.

4.5.4 Subiektywna ocena wpływu zabiegów na jakość życia (niematerialną)

Pacjentów zapytano o to czy skorzystanie z zabiegów medycyny estetycznej poprawiło im jakość życia. Podobnie jak przy pytaniu o poprawę sytuacji materialnej, pozostawiono im 5 możliwych odpowiedzi, jak i też opcję odmowy odpowiedzi, z której żaden respondent nie skorzystał.

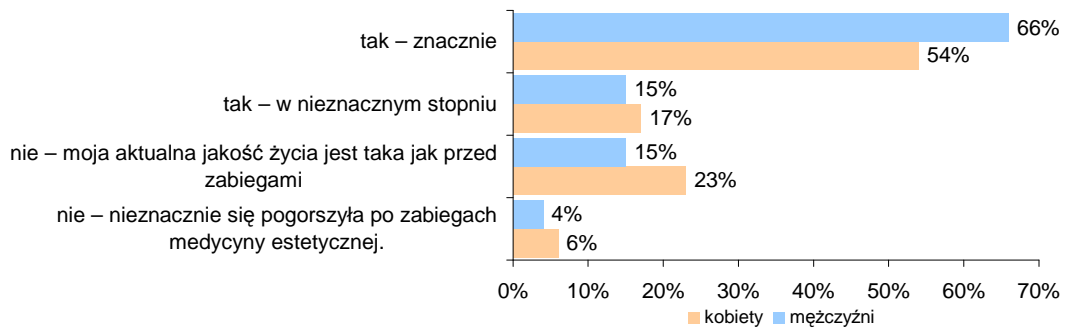


Wykres 70. Czy w Pani/Pana ocenie, po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej, poprawiła się Pani/Panu jakość życia (nie tylko w ujęciu materialnym)?
n = 603.

Jak widać, bez mała $\frac{3}{4}$ pacjentów (73%) przyznała, że po skorzystaniu z zabiegów medycyny estetycznej ich jakość życia w ujęciu niematerialnym uległa poprawie.

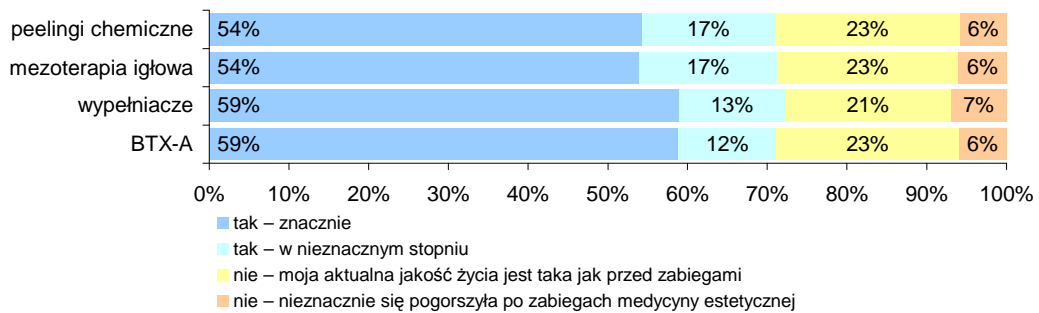
Łącznie o 10 punktów procentowych więcej mężczyzn niż kobiet uznało, że po zabiegach z dziedziny medycyny estetycznej ich sytuacja niematerialna uległa poprawie (odwrotnie niż w przypadku poprzedniego pytania o poprawę sytuacji materialnej). Natomiast więcej kobiet (pkt. 8%) wskazywało na to, że ich jakość życia w ujęciu niematerialnym nie

uległa zmianie. W przypadku wskazań na nieznaczne pogorszenie jakości życia różnica pomiędzy kobietami, a mężczyznami nie jest istotna statystycznie.



Wykres 71. Czy w Pani/Panu ocenie, po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej, poprawiła się Pani/Panu jakość życia (nie tylko w ujęciu materialnym)?
kobiety: $n = 549$, mężczyźni $n = 54$.

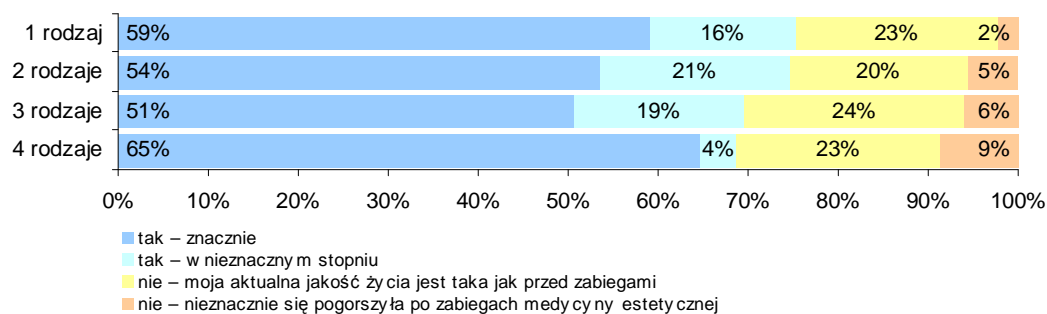
Różnice pomiędzy wpływem poszczególnych zabiegów na poprawę sytuacji materialnej pacjentów są nieistotne statystycznie: peelingi chemiczne łącznie 72%, mezoterapia (igłowa) łącznie 71%, wypełniacze łącznie 71%, toksyna botulinowa typu A łącznie 71%.



Wykres 72. Poprawa jakości życia po zastosowaniu poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej.
 $n = 603$.

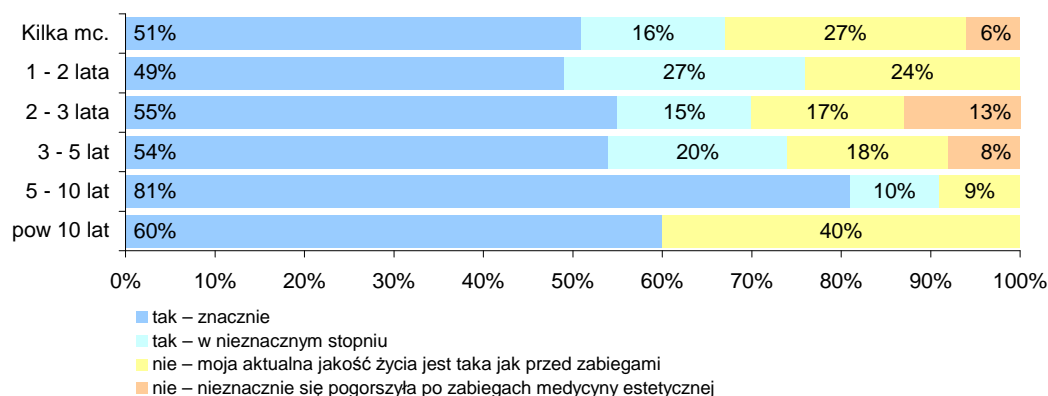
Pacjenci medycyny estetycznej korzystający z jednego i dwóch rodzajów zabiegów, częściej niż inni (łącznie po 75%) dostrzegli u siebie poprawę jakości życia niż stosujący trzy i cztery rodzaje (odpowiednio 70% i 69%). Widać wzrost wskazań na nieznaczne pogorszenie jakości życia wraz ze wzrostem ilości zabiegów.

Warto też zwrócić uwagę, że najczęściej znaczną poprawę jakości życia wskazywali pacjenci korzystający z czterech rodzajów zabiegów (65%), przy jednoczesnym najczęstszym wskazaniu na pogorszenie jakości życia (8%).



Wykres 73. Poprawa jakości życia w zależności od ilości rodzajów zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej.
n = 603.

Długość terapii nie wpływa na fakt poprawy jakości życia pacjentów medycyny estetycznej. Ciężko dopatrzeć się jakichkolwiek zależności i jedynie można wskazać, że grupa stosująca zabiegi od 5 do 10 lat najczęściej deklarowała poprawę jakości życia i to głównie w stopniu znaczącym (81%).



Wykres 74. Poprawa jakości życia w zależności okresu stosowania zabiegów medycyny estetycznej.
n = 603.

4.6 Dermatology Life Quality Index

Dermatology Life Quality Index, w skrócie DLQI został opracowany w 1994 roku i był pierwszym dedykowanym narzędziem do badania jakości życia w przypadku schorzeń i problemów dermatologicznych. Jest to zestaw 10-ciu prostych pytań, który był wykorzystany w przypadku 33 różnych chorób skóry w 32 krajach. Jego zastosowanie zostało opisane w ponad 500 publikacjach, w tym 30 z międzynarodowych badań. Obecnie DLQI jest najczęściej stosowanym narzędziem w badaniach jakości życia związanej z dermatologią [82].

DLQI jest prostą ankietą używaną do pomiaru zdrowia i jakości życia u osób dorosłych cierpiących na schorzenia skóry. Opracowane w 1994 r., było pierwszym narzędziem w dermatologii dedykowanym do badania jakości życia. DLQI może być wykorzystywane do rutynowych badań klinicznych w celu ułatwienia lekarzowi konsultacji klinicznej, oceny i usprawnienia procesu podejmowania decyzji medycznych.

DLQI składa się z 10 pytań dotyczących autooceny wpływu chorób skóry na różne aspekty zdrowia pacjenta związane z jakością życia w ciągu ostatniego tygodnia. To narzędzie zostało przewidziane do oceny pacjentów dorosłych w wieku 16 lat i powyżej. Pytania dotyczą

aspektów związanych np. z objawami i odczuciami, codziennymi zajęciami, rozrywką, pracą lub szkołą, związkami osobistymi i skutkami ubocznymi leczenia.

Pacjent może odpowiedzieć na każde pytanie korzystając z 4 punktowej skali:

- wcale / nie dotyczy – 0;
- trochę – 1;
- bardzo – 2;
- bardzo mocno – 3.

Ponadto:

- brak odpowiedzi – 0;
- twierdząca odpowiedź na pytanie „Czy w ostatnim tygodniu Twoje dolegliwości skórne uniemożliwiały Ci pracę lub naukę?” – 3.

Wyniki poszczególnych pytań (0–3) są sumowane do pełnej skali (0–30); wyższe wyniki oznaczają większe upośledzenie jakości życia pacjenta. W celu unifikacji, utrzymania porównywalności oraz pomocy przy klinicznej interpretacji wyników DLQI przyjęto pięciostopniową interpretację:

- Wynik DLQI 0–1 – kwestie dermatologiczne nie mają żadnego wpływu na życie pacjenta;
- Wynik DLQI 2–5 – dolegliwości skórne mają niewielki wpływ na życie pacjenta;
- Wynik DLQI 6–10 – dolegliwości skórne mają umiarkowany wpływ na życie pacjenta;
- Wynik DLQI 11–20 – dolegliwości skórne mają bardzo duży wpływ na życie pacjenta;
- Wynik DLQI 21–30 – dolegliwości skórne mają wyjątkowo duży wpływ na życie pacjenta.

DLQI może być także analizowane w sześciu podskalach:

Tablica 4. Podklasy DLQI

Podklasa	Pytania	max. pkt.
symptomy i odczucia	1 i 2	6
zajęcia codzienne	3 i 4	6
wypoczynek	5 i 6	6
praca lub szkoła	7	3
relacje osobiste	8 i 9	6
leczenie	10	3

Wyniki dla każdej z tych części jak i dla całego testu DLQI mogą być również wyrażone jako procent całości – 6, 3 lub 30. Niższe wyniki wskazują mniejsze obniżenie jakości życia pacjenta, natomiast wyższe wyniki wskazują na większe osłabienie jakości życia pacjenta.

Za klinicznie znaczące zmiany w jakości życia, czyli w punktacji DLQI uznaje się jego zmianę na poziomie o co najmniej 3,2 pkt. (liczba ta opiera się na publikowanych danych [82]).

Jak podaje źródło, wskaźnik prawidłowego wypełnienia ankiety DLQI jest bardzo wysoki. Jednak czasami zdarzają się błędy. W takich sytuacjach przyjęło się następujące zasady postępowania:

- Jeśli pytanie pozostało bez odpowiedzi za wynik przyjmuje się 0, a wyniki poddaje sumowaniu do maksymalnie 30 punktów. Jeśli dwa lub więcej pytań pozostaje bez odpowiedzi nie dokonuje się sumowania i oceny.
- Jeżeli na pytanie „czy w ostatnim tygodniu Twoje dolegliwości skórne uniemożliwiały Ci pracę lub naukę?” odpowiedź brzmi „tak”, to przyznaje się 3 punkty. Jeżeli na to pytanie odpowiedź brzmi „nie” lub „nie dotyczy” ale w drugiej jego części odpowiedź brzmi „bardzo” lub „trochę” ocenia się to pytanie odpowiednio na 2 lub 1.
- Jeżeli zostały zaznaczone dwie lub więcej odpowiedzi, przyjmuje się odpowiedź z najwyższym wynikiem. Jeśli zaznaczenie odpowiedzi znajduje się pomiędzy dwoma polami do tego służącymi, należy przyjąć niższą z opcji.

DLQI może być analizowane w obrębie wymienionych wcześniej podskali. W takiej sytuacji jeżeli brakuje odpowiedzi na jedno pytanie w podskali, pomija się analizę takiej podskali.

4.6.1 DLQI w medycynie estetycznej

Należy zauważyć, że pytania DLQI traktują o jakości życia w aspekcie problemów rzeczywistych dermatologicznych. W związku z tym, że pacjenci korzystający z zabiegów medycyny estetycznej są ludźmi nie posiadającymi znaczących schorzeń skórnych, można by wyjść z założenia, że udzielane przez nich odpowiedzi będą negatywne, czyli w tym przypadku „wcale”, „nie dotyczy” i „nie”.

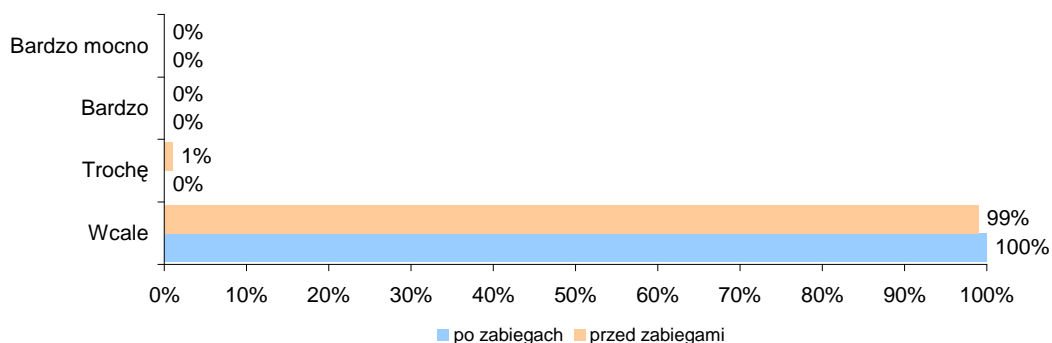
Nie mniej DLQI jest bardzo popularnym testem oceny jakości życia i warto go przeprowadzić nawet zakładając, że nie pokaże on wyraźnej zmiany tej jakości i od początku oceni ją na wysoką.

Jak do tej pory nie są znane żadne publikacje, w których użyto by DLQI do oceny jakości życia pacjentów poddających się zabiegom, które są zaliczane do medycyny estetycznej [84].

W tej pracy wykorzystano oficjalne tłumaczenie formularza DLQI, zaakceptowane przez autora narzędzia profesora A. Y. Finlaya, opublikowane na oficjalnej stronie projektu [85] oraz wykorzystane i opisane przez profesorów J. Szepietowskiego, Z. Adamskiego oraz innych współautorów w Dermatologii Klinicznej, w 2004 roku [86]

4.6.2 Analiza DLQI

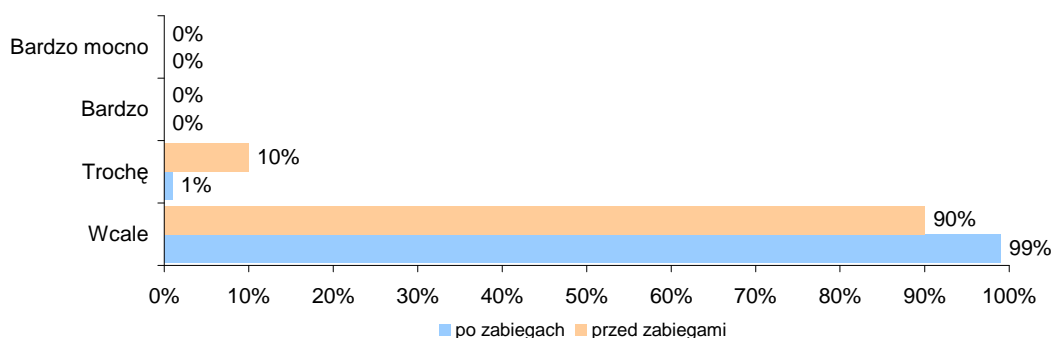
Pacjenci zostali poproszeni o wypełnienie ankiety z myślą o momencie zanim poddali się zabiegom z dziedziny medycyny estetycznej jak i w sytuacji, w jakiej znajdują się obecnie, czyli już po zabiegach.



Wykres 75. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia odczuwałeś/aś swędzenie, bolesność, pieczenie lub mrowienie skóry?
n = 603.

Zgodnie z przewidywaniami pacjenci korzystający z medycyny estetycznej nie posiadają znaczących schorzeń dermatologicznych a jedynie minimalne dolegliwości skórne. Nie mniej przed zabiegami minimalne dolegliwości odczuwało 7 pacjentów, a po zabiegach 2. Te wskazania niekoniecznie musiały dotyczyć poważnych kłopotów ze skórą. Warto tu zwrócić uwagę na treść pytania, które zawiera w sobie m.in. swędzenie, mrowienie, czy pieczenie. Te przypadłości niekoniecznie muszą wynikać z problemów dermatologicznych, a ze zwykłej codzienności takiej np. jak nadmierna pobudliwość pacjenta (wysoki stres), temperatura otoczenia, czy nowy niedobry kosmetyk. Niestety DLQI nie pozwala na głębsze dojście do tego, którą z opcji respondent miał na myśli ale i tak te wskazania mają znikomy odsetek i dotyczyły delikatnego odczuwania.

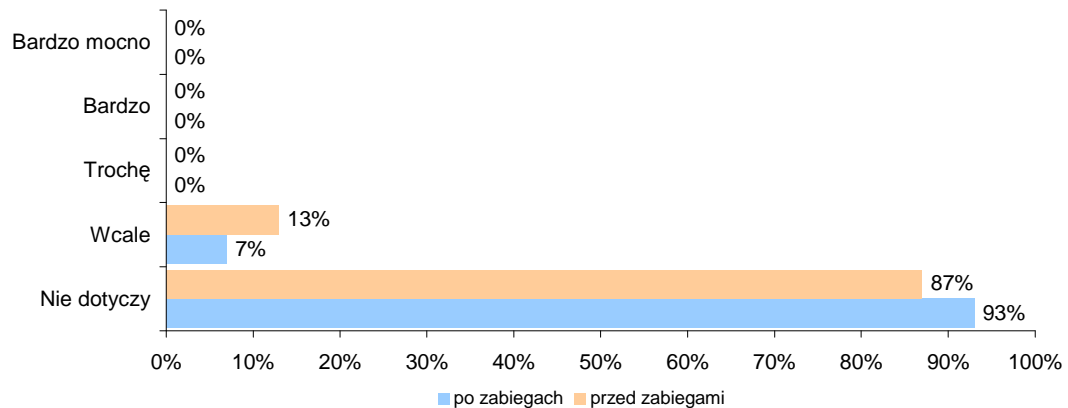
Oba wyniki (przed zabiegami i po zabiegach) znajdują się poniżej błędu statystycznego przyjętego dla tego badania.



Wykres 76. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia byłeś/aś zakłopotany/a czy zażenowany/a stanem swojej skóry?
n = 603.

Zakłopotanie ze stanu swojej skóry przed zabiegami pojawiło się u 61 pacjentów, a po zabiegach u 4. Podobnie jak poprzednio i tu wskazania niekoniecznie musiały dotyczyć poważnych problemów skórnych. Tu chodzi o zakłopotanie, a u wielu osób dbających szczególnie o swój wygląd, czyli takich z jakimi mamy tutaj do czynienia, pojawia się ono np. w momencie zaczerwienienia, niewyspania, posiadania niewielkich blizn potrądzikowych, przebarwień czy pojawienia się na skórze, nawet pojedynczego zaskórника co nie jest znaczącym problemem dermatologicznym. Tu też DLQI nie pozwala znaleźć odpowiedzi z jakiego powodu wynikało zakłopotanie, jednak podobnie jak poprzednio oba wskazania

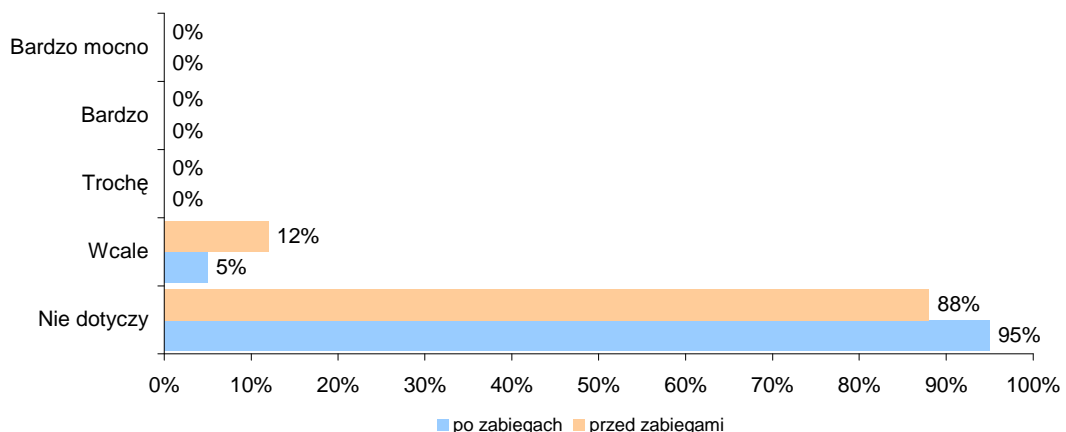
dotyczyły lekkiego zakłopotania. Nie mniej w tym wypadku należy zauważyć wyraźną różnicę w częstości wskazań na lekkie zażenowanie własnym stanem skóry przed i po zabiegach. Z tego można wysnuć wniosek, że zabiegi medycyny estetycznej znacząco poprawiły własną ocenę skóry pacjentów.



Wykres 77. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Tobie w robieniu zakupów, wykonywaniu prac domowych lub ogrodniczych?
n = 603.

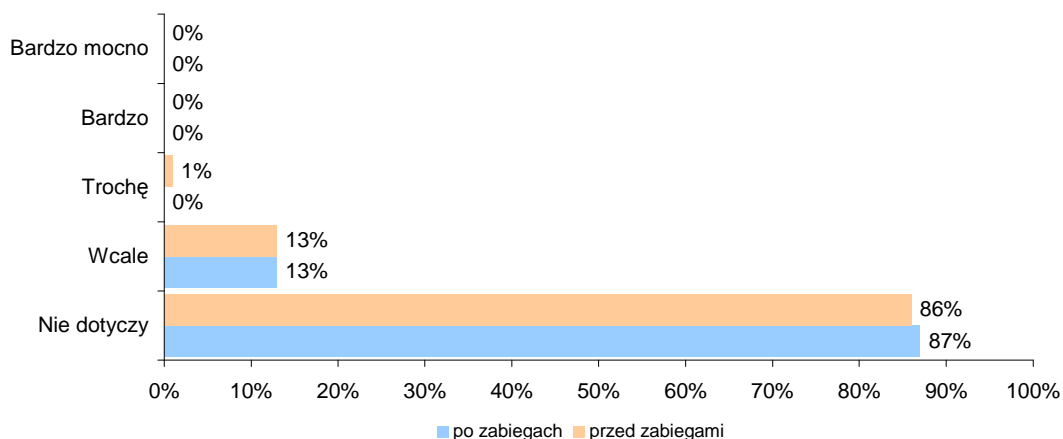
To pierwsze pytanie, w którym pojawiła się opcja „nie dotyczy”. Niewielki odsetek odpowiedzi „wcale” mógłby sugerować, że dolegliwości skórne nie przeszkadzały pacjentom ale jednocześnie występowały. Nie można tego tak interpretować, ponieważ wiele ludzi na tak postawione pytanie odpowie „wcale, ponieważ ich nie miałem” i zaznaczy opcję „wcale” zamiast „nie dotyczy”. I podobnie będzie postępować przy kolejnych pytaniach zawierających zarówno opcję „wcale” jak i „nie dotyczy”. W tym wypadku, instruowanie respondenta, która odpowiedź jest właściwsza, jest niedopuszczalne.

Należy też zwrócić uwagę, że taki scenariusz przewidzieli autorzy DLQI, rekomendując taką samą ocenę obu odpowiedzi – 0 pkt.



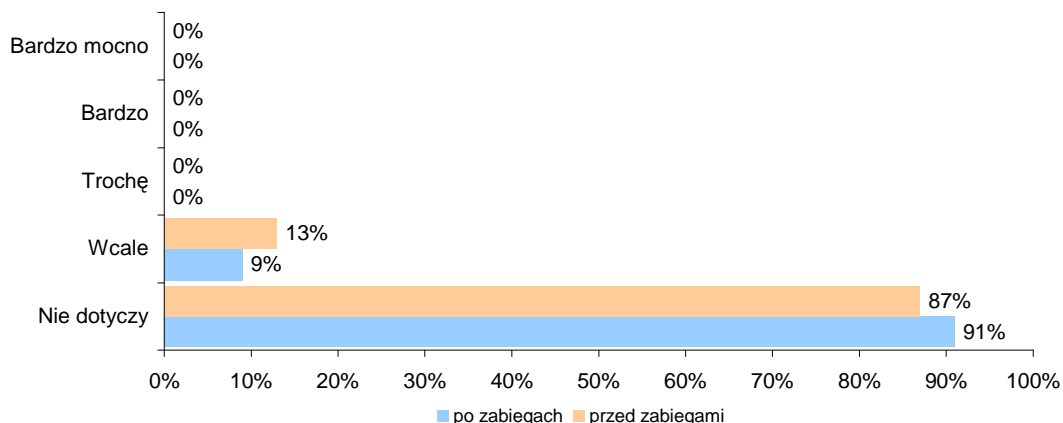
Wykres 78. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Twój ubiór?
n = 603.

Wskazania „wcale” należy potraktować tak samo jak w wypadku pytania wcześniejszego. Na ubiór pacjentów nie wpływają żadne dolegliwości skórne.



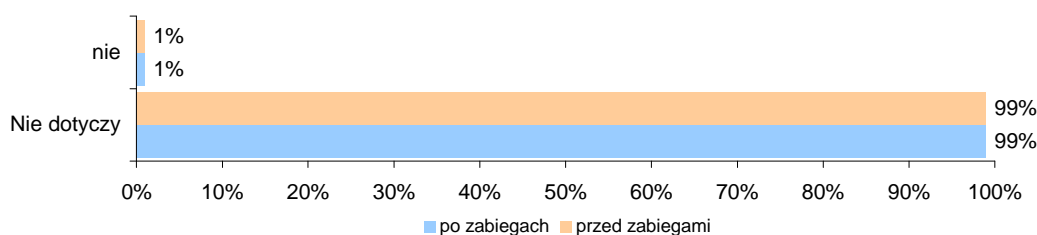
Wykres 79. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Twoje życie towarzyskie lub spędzanie wolnego czasu?
n = 603.

Pojawiło się 9 wskazań, że dolegliwości skórne wpłynęły na życie towarzyskie. Po zabiegach wskazania te spadły do jednej sztuki, co plasuje oba odczyty poniżej błędu przyjętego w badaniu. Nie mniej, DLQI nie wnika w przyczynę tego niewielkiego wpływu dolegliwości na życie towarzyskie jak i w sam charakter tych problemów. Mogły to być na przykład: drobne zaczerwienienie skóry, opryszczka, czy zaskórnik, które wywołały u pacjenta pewne zawstydzenie.



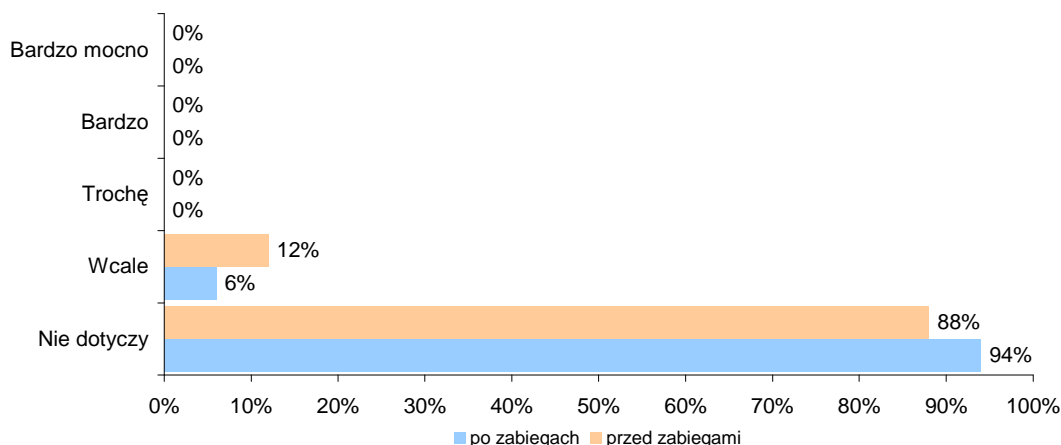
Wykres 80. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Ci w uprawianiu sportu?
n = 603.

Jak widać na powyższym wykresie, żadne dolegliwości skórne, nie mają wpływu na uprawianie sportów przez pacjentów korzystających z medycyny estetycznej.



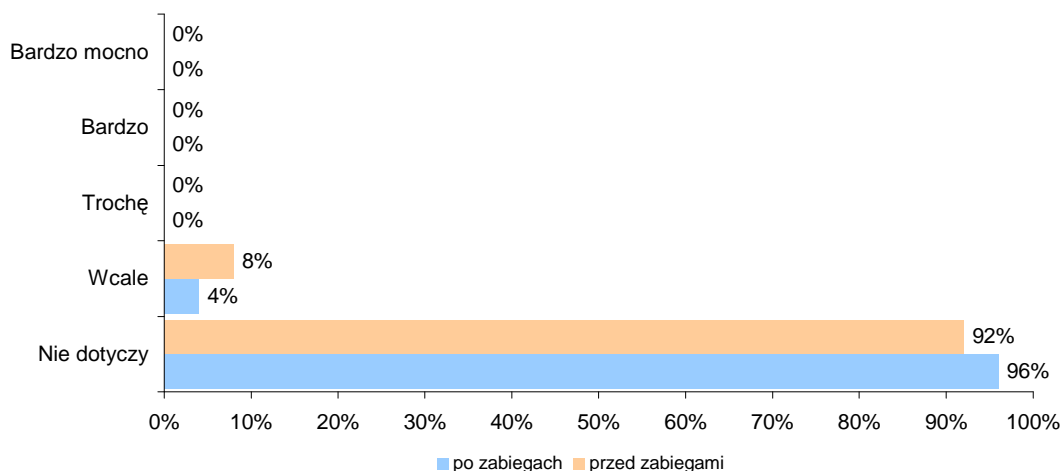
Wykres 81. Czy w ostatnim tygodniu Twoje dolegliwości skórne uniemożliwiały Ci pracę lub naukę?
n = 603.

W tym wypadku mamy do czynienia z pytaniem dwuczłonowym. Pierwszy człon bada czy w ciągu ostatniego tygodnia jakieś dolegliwości skórne uniemożliwiały badanemu pracę lub naukę? Jeżeli pojawi się odpowiedź negatywna, to zadawane jest uzupełniające pytanie o to w jakim stopniu, w tym okresie dolegliwości skórne utrudniały pacjentowi pracę zawodową lub naukę? Pojawiły się 4 wskazania na odpowiedź zaprzeczającą temu, że dolegliwości skórne uniemożliwiały pracę lub naukę. I tu nie oznaczają one faktu wystąpienia tych dolegliwości, tym bardziej, że w tych 4-ech wypadkach na pytanie dodatkowe o stopień utrudnienia pracy lub nauki w wyniku dolegliwości, była zaznaczana odpowiedź eliminująca ich udział – „wcale”.



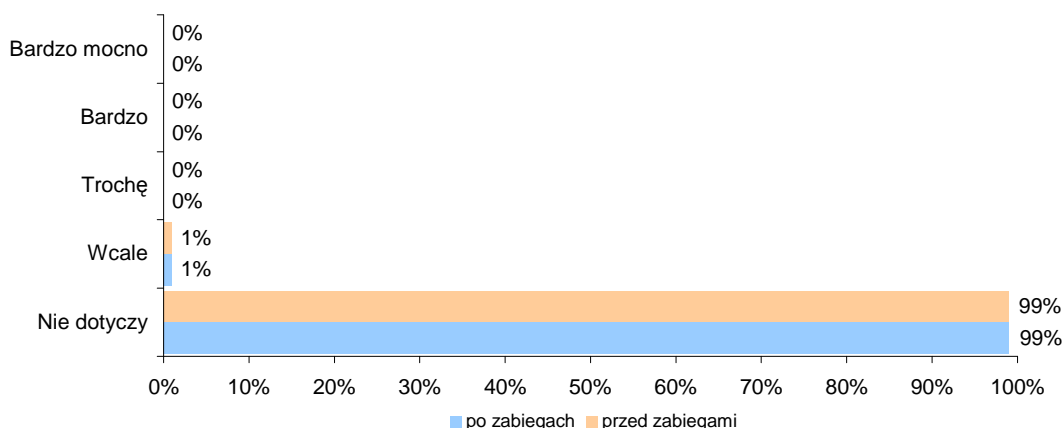
Wykres 82. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne stanowiły problem w kontakcie z partnerem lub partnerką, przyjaciółmi czy rodziną?
n = 603.

To pytanie jest podobne do jednego z wcześniejszych o wpływ dolegliwości skórnych na życie towarzyskie, jednak tu nie pojawiły się żadne wskazania potwierdzające trudności w kontakcie z partnerem albo partnerką, czy rodziną, a wynikające z dolegliwości skórnych. Należy przyjąć, że dolegliwości skórne nie występują lub nie wpływają na kontakt pacjentów medycyny estetycznej z ich najbliższymi.



Wykres 83. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia stan Twojej skóry utrudniał Ci współżycie seksualne?
n = 603.

Co widać na powyższym wykresie, naturalną konsekwencją braku wpływu dolegliwości skórnych na kontakty z partnerem lub partnerką jest brak wpływu stanu skóry na współżycie seksualne.



Wykres 84. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia leczenie dolegliwości skórnych stanowiło dla Ciebie problem, taki jak np. utrudnienie utrzymania porządku w domu czy nadmierne zaabsorbowanie czasu?
n = 603.

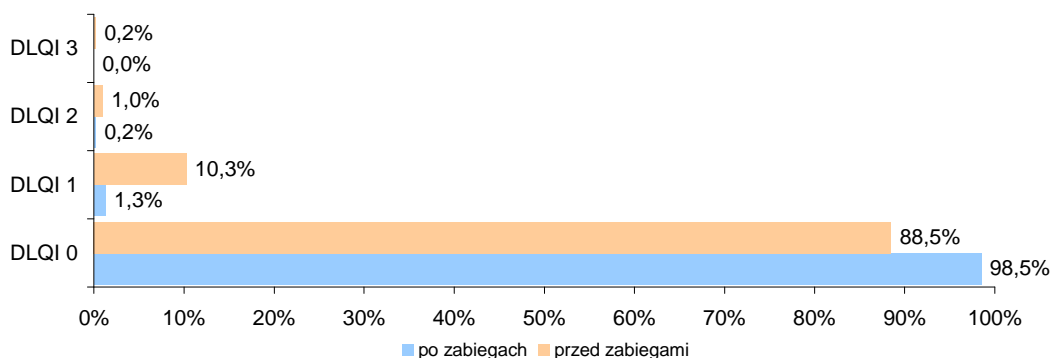
Dolegliwości skórne nie występowały lub nie generowały problemów w życiu codziennym pacjentów korzystających z zabiegów medycyny estetycznej. Pojawienie się 6-ciu wskazań na „wcale” też nie implikuje tego, że te problemy w ogóle wystąpiły.

Podsumowując powyższą analizę należy zauważyć, że problemy skórne nie występują u pacjentów korzystających z medycyny estetycznej, przez to też nie mają negatywnego wpływu na ich jakość życia.

4.6.3 Podsumowanie DLQI

Zgodnie z zasadami opisanymi na początku wyliczone zostały indeksy DLQI dla wszystkich pacjentów. W zdecydowanej większości u pacjentów poddających się zabiegom

zaliczanych do medycyny estetycznej, kwestie dermatologiczne nie mają żadnego wpływu na ich życie (wynik DLQI 0-1 - 596 wskazań przed zabiegami i 602 po zabiegach). Jedynie u 7 pacjentów przed zabiegami i u jednego po zabiegach wskaźnik DLQI wskazał na niewielki wpływ problemów dermatologicznych na życie pacjenta (DLQI 2-5). Należy jednak ostrożnie podchodzić do określenia „problemy dermatologiczne” pamiętając, że pacjenci korzystający z medycyny estetycznej są ludźmi nie posiadającymi znaczących schorzeń skórnych i korzystają z zabiegów m.in. w celu poprawy swojego wyglądu, spowolnienia procesów starzenia się... Pacjenci ci odpowiadając twierdząco na wystąpienie trudności w życiu związanych ze skórą najprawdopodobniej mieli na myśli nie tyle problemy natury ściśle dermatologicznej o dużej randze takie jak np. łuszczyca, przyłuszczyce, pęcherzyce, grzybice, owrzodzenia, ropnie, torbiele, nowotwory skóry... co drobniejsze kłopoty związane z wyglądem, np.: zaczerwienienia skóry, blizny potrądzikowe, trądzik, zmarszczki, bruzdy, przebarwienia, nadmierne wydzielanie sebum etc. Warto też zauważyć, że odsetek podwyższonego wskaźnika DLQI jest niższy niż błąd założony w badaniu.



Wykres 85. Procentowy udział poszczególnych wielkości wskaźnika DLQI.

Dla prezentacji mikro różnic na tym wykresie zwiększono ilość miejsc dziesiętnych.
 $n = 603$.

Biorąc pod uwagę to, że udział pacjentów, w przypadku których problemy dermatologiczne mają wpływ na ich życie jest wątpliwy (znacząco poniżej błędu – łącznie przed zabiegami 1,2%, a po zabiegach 0,2%), a zgodnie z metodologią interpretacji grupującą wskaźnik DLQI w przedziały (dwa pierwsze gdzie $DLQI \in (0; 1)$ lub $DLQI \in (2; 5)$) zmiana wskaźnika DLQI, wewnątrz tych przedziałów interpretacyjnych, po zabiegach jest nieznacząca statystycznie w związku z czym należy przyjąć, że ten wskaźnik jest mało przydatny do badania jakości życia pacjentów korzystających z zabiegów, z dziedziny medycyny estetycznej. Jedynie można zaobserwować wyraźną zmianę wewnątrz grupy pierwszej gdzie $DLQI \in (0; 1)$ – po zabiegach wielkość wskaźnika DLQI 1 spadła o bez mała 10 p.p. i o tyle wzrosła wielkość wskaźnika DLQI 0, czego jednak nie interpretuje się zgodnie z metodologią tego narzędzia.

W związku z tym, że maksymalny wskaźnik DLQI wyniósł 3 (1 wskazanie przed zabiegami) nie jest możliwe zaobserwowanie zmiany wskaźnika uznanej za klinicznie znaczącą w jakości życia, czyli w punktacji DLQI o co najmniej 3,2 pkt. (liczba ta opiera się na publikowanych danych [83]).

Ze względu na nieznaczące wskazanie na drobny wpływ problemów dermatologicznych na życie pacjenta ($DLQI \in (0; 1)$) dalsza analiza w podklasach wymienionych w Tabelicy 4 wydaje się bezzasadna, ponieważ dalej wykaze, że problemy dermatologiczne nie mają wpływu na jakość życia badanych pacjentów również w wymienionych podklasach.

Nie mniej dzięki zastosowaniu tego popularnego i uznanego wskaźnika udało się wykazać, że jakość życia badanych pacjentów, w ujęciu dermatologicznym, jest wysoka oraz zabiegi te znacząco poprawiają samoocenę jakości skóry tych pacjentów.

Rozdział 5 Podsumowanie badań

5.1 Ocena ogólna

Pacjenci korzystający z zabiegów medycyny estetycznej są zadowoleni ze swojego życia, swojej sytuacji materialnej i ogólnego poziomu jakości życia. Prawie 4/5 badanych oceniła swój poziom materialny jako dobry albo dość dobry, przy czym nikt nie ocenił go na zły. Podobnie też nikt nie stwierdził, że nie cieszy się życiem, a mocno cieszy się nim aż 91% pacjentów.

Zatem przeciętny pacjent medycyny estetycznej i przeciwstarzeniowej to młoda kobieta, dobrze sytuowana i zadowolona z życia. W takiej sytuacji oczywistym wydaje się, że jako główny atrybut szczęścia pacjenci wskazują zdrowie (91%), pogodę ducha i optymizm (86%) a także rodzinę (84%). Jako bardzo świadoma część społeczeństwa, pacjenci korzystający z zabiegów medycyny estetycznej, jako źródło szczęścia, najrzadziej wskazywali opatrność i Boga (39% uznała to za warunek szczęścia) a także pieniądze (57%). W przypadku pieniędzy wynik może się wydawać wysoki ale w porównaniu z najważniejszymi czynnikami szczęścia, które oscylują w okolicach 85%-90% staje się on drugim od końca wskazywanym jako ważny. Niskie wskazania dla pieniędzy wynikają między innymi z faktu, że pacjenci poddający się zabiegom, zaliczanych do medycyny estetycznej uważają się za ludzi dobrze sytuowanych.

Pacjenci najczęściej decydują się skorzystać z zabiegów oferowanych przez medycynę estetyczną z dość oczywistego powodu, polegającego na chęci wyglądania atrakcyjniej (86% badanych) i chęci wyglądania młodo (70% badanych). Najrzadziej jako istotny powód wskazywano kompleksy związane ze swoim wyglądem (29%) oraz potrzeba większej śmiałości w stosunku do innych osób (33%). Wynika z tego, że pacjenci korzystający z zabiegów medycyny estetycznej stanowią grupę bardzo racjonalnie myślących osób. Z jednej strony są świadomi starzenia i pewnych niedoskonałości związanych ze swoim wyglądem ale z drugiej strony nie mają na tym punkcie kompleksów oraz chcą i wiedzą jak swój wygląd poprawić.

Podsumowując powyższe można dojść do wniosku, że pacjenci korzystający z zabiegów, z dziedziny medycyny estetycznej są dynamicznymi ludźmi, odnoszącymi sukcesy w życiu. I taka jest prawda, ponieważ zgodnie z przyjętą wcześniej metodologią, 84% z nich miało udany zeszły rok, a należy zwrócić uwagę, że w badanych atrybutach i nadanych im wagach przeważały cechy negatywne, które zwiększały prawdopodobieństwo zaliczenia minionego roku do nieudanego (por. Tablica 3. s. 49).

Pacjenci korzystający z medycyny estetycznej różnią się od przeciętnych ludzi, co wskazuje styl atrybucji przyczynowej, czyli to komu zostanie przypisana odpowiedzialność za poszczególne zmiany w jakości życia. I tak przeciętny Polak [79] za zmiany w swoim życiu głównie obarcza siebie samego ale o 16 p.p. rzadziej niż robi to przeciętny pacjent korzystający z zabiegów medycyny estetycznej. Za to przeciętny Polak dużo chętniej za zmiany jakości swojego życia obarcza los i innych ludzi, jednocześnie nie dostrzegając wpływu władzy na swoją sytuację. Zatem można dostrzec, że pacjenci korzystający z zabiegów, z dziedziny

medycyny estetycznej są dużo bardziej świadomi i czują się bardziej odpowiedzialni za swój los od przeciętnego Polaka.

Jak widać, pacjenci medycyny estetycznej są zadowoleni ze swojego życia, zatem same zabiegi medyczne mogą nie przynieść skutku, polegającego na znacznej poprawie jakości życia, ponieważ ta już jest wysoka. Jednak pacjenci wskazują medycynę estetyczną jako przyczynę zadowolenia praktycznie ze wszystkich badanych dziedzin życia. Największy wpływ medycyna estetyczna miała na ogólne zadowolenie z własnego życia (85%) i z samego siebie (79%). Najwięcej niezadowolonych pacjentów jest ze swojego małżeństwa (11%).

Podobnie sytuacja wygląda z odczuciami. Zdecydowana większość pacjentów deklaruje, że pod wpływem zabiegów czuje większe zadowolenie (89%), jest bardziej radosna (80%), bardziej śmiała (80%), jest im przyjemniej (79%) i ogólnie częściej odczuwają, że jest im dobrze (76%). W przypadku odczuć negatywnych, pacjenci dużo rzadziej odczuwają to, że są nieszczęśliwi (71%) i że brak im pewności siebie (69%).

Pomimo tego, że pacjenci korzystający z zabiegów, z dziedziny medycyny estetycznej są grupą wysoko oceniającą swoją jakość życia, to dzięki tym zabiegom udało im się podnieść jakość i zwiększyć zadowolenie z życia.

5.2 Peelingi chemiczne (medyczne)

23% osób korzystających z peelingów chemicznych, a nie będących w związkach, poznało nowego partnera. To dużo, ale wypełniacze i toksyna botulinowa typu A uzyskały lepsze efekty na poziomie odpowiednio 34% i 30%. Jeżeli celem pacjenta będzie poznanie nowego partnera, peelingi chemiczne nie nadają się jako jedyne rozwiązanie, ponieważ działają za wolno i wymagają wielokrotnych zabiegów, po których na początku wręcz można wyglądać gorzej.

Peelingi chemiczne przyniosły najsłabsze efekty w kwestii realizacji marzeń opartych na sferze osobistej. Tylko 67% posiadających takie marzenia udało się je zrealizować, w stosunku do np. 82% tych, którzy korzystali z wypełniaczy. Tu przyczyną może być fakt, że wiele osób utożsamia poznanie nowego partnera z marzeniami związanymi z życiem osobistym, a jak już zostało wykazane, peelingi chemiczne w tej roli nie sprawdzają się najlepiej.

Tylko 38% osób korzystających z peelingów chemicznych zauważyło poprawę nastawienia otoczenia do nich samych, co może oznaczać, że nie wszyscy w kontaktach międzyludzkich sugerują się atrakcyjnym wyglądem i jego poprawa nie wpłynęła znacząco na wspomniane relacje.

Prawie wszyscy pacjenci korzystający z tego rodzaju zabiegów zauważyli poprawę swojego wyglądu i ocenili go na atrakcyjniejszy (94%). Dowodzi to przydatności peelingów medycznych w medycynie estetycznej i przeciwstarzeniowej ponieważ pozytywnie wpływa na zadowolenie pacjentów.

W kwestii poprawy sytuacji zawodowej peelingi chemiczne wprawdzie nie wypadły najgorzej ale nie miały na nią znaczącego wpływu (podobnie jak i pozostałe zabiegi medycyny estetycznej). 18% osób korzystających z peelingów chemicznych zdobyło nowe kwalifikacje i umiejętności, a 17% osób podjęło dodatkową lub lepiej płatną pracę.

Peelingi medyczne najsłabiej wpłynęły na poprawę pewności siebie wśród osób mających marzenia związane z wystąpieniami publicznymi i tylko 63% pacjentom udało się je zrealizować.

W przypadku poprawy sytuacji materialnej, wszystkie zabiegi uzyskały podobny wynik. 46% pacjentów korzystających z peelingów chemicznych zauważyło poprawę swojej sytuacji materialnej. Ciężko jednak wiązać to z zabiegami peelingami medycznymi, wiedząc że tylko 17% udało się podjąć dodatkową lub lepiej płatną pracę. I co najważniejsze 71% osób korzystających z peelingów chemicznych zauważyło poprawę swojej jakości życia po zastosowaniu zabiegów, z czego 54% oceniło ją jako znaczną.

5.3 Mezoterapia (igłowa)

Wyniki jakie uzyskali pacjenci stosujący mezoterapię (igłową) były zbliżone do tych jakie uzyskali stosujący peelingi chemiczne (medyczne). De facto 76% pacjentów, korzystających z peelingów chemicznych łączyło go z mezoterapią (igłową). I tak, 23% osób korzystających z mezoterapii (igłowej) poznało nowego partnera (tak samo jak w przypadku peelingów chemicznych). Zatem i w tym wypadku wypełniacze i toksyna botulinowa typu A z wynikami odpowiednio 34% i 30% okazały się być dużo skuteczniejsze. Wniosek jaki można wysnuć jest analogiczny do tego z peelingów medycznych – zabiegi mezoterapii (igłowej) są długotrwałe, przez pewien czas po nich utrzymują się depozyty, mogą wystąpić krwiaki i rumień, więc te zabiegi nie dają natychmiastowej poprawy urody, która jest bardzo pożądana przy poznaniu nowego partnera i zwiększa szansę skojarzenia zabiegu z tym faktem. Mezoterapia (igłowa) o 5 p.p. od peelingów medycznych okazała się bardziej pomocna przy realizacji marzeń opartych na sferze osobistej (72% korzystających z tych zabiegów zrealizowało takie marzenia, jeżeli tylko je posiadali).

40% osób korzystających z mezoterapii (igłowej) zauważyło poprawę nastawienia otoczenia do nich samych, co stanowi wartość nieznacznie większą od tej zaobserwowanej w przypadku peelingów chemicznych.

93% osób korzystających z mezoterapii (igłowej) ocenia swój wygląd jako atrakcyjniejszy, co jest wynikiem statystycznie nie różniącym się od uzyskanego w innych zabiegach.

Podobnie jak w przypadku peelingów chemicznych, w sprawie poprawy sytuacji zawodowej mezoterapia (igłowa) nie miała na nią znaczącego wpływu. 17% osób korzystających z mezoterapii (igłowej) zdobyło nowe kwalifikacje i umiejętności, a 17% osób podjęło dodatkową lub lepiej płatną pracę. Różnica w zdobyciu nowych kwalifikacji i umiejętności w stosunku do wyniku peelingów chemicznych nie jest istotna statystycznie.

Nieznacznie więcej osób niż w przypadku peelingów chemicznych, bo o 3 p.p. (66% ogółem mających takie marzenia) zrealizowało swoje marzenia związane z wystąpieniami publicznymi.

Oдноśnie poprawy sytuacji materialnej, 43% korzystających z mezoterapii (igłowej) zauważyło jej poprawę, jednak jest to wynik zbliżony do uzyskanych w innych rodzajach zabiegów i tak jak poprzednio, ciężko tę poprawę wiązać ściśle z samymi zabiegami.

Identycznie jak w przypadku peelingów chemicznych 71% osób korzystających z mezoterapii (igłowej) zauważyło poprawę swojej jakości życia po zastosowaniu zabiegów, z czego 54% oceniło ją jako znaczną.

5.4 Wypełniacze

Wypełniacze są niekwestionowanym liderem jeżeli chodzi o sprawy związane z poznaniem nowego partnera. Aż 34% osób pozostających poza związkiem i korzystających z wypełniaczy poznało nowego partnera. Jest to wynik imponujący w stosunku do peelingów chemicznych i mezoterapii igłowej (+11 p.p.) a nawet toksyny botulinowej typu A (+4 p.p.). Wynika to oczywiście z faktu uzyskania bardzo szybkich efektów estetycznych, które w pełni zadowolają pacjenta i sprawiają, że jest młodszy i atrakcyjniejszy.

Podobnie sytuacja miała się w przypadku realizacji marzeń opartych na sferze osobistej, gdzie 82% osobom mającym takie marzenia, udało się je zrealizować. Jest to wynik jeszcze lepszy niż w przypadku poznania nowego partnera – w stosunku do peelingów chemicznych +15 p.p., mezoterapii igłowej +10 p.p. i toksyny botulinowej typu A +7 p.p. I w tym przypadku należy upatrywać się przyczyny w nagłej poprawie wyglądu, co w oczywisty sposób nie musi być związane z chęcią poznania nowego partnera (stąd wynik realizacji marzeń jest wyższy niż poznania nowego partnera), a choćby na przykład poprawy relacji z otoczeniem, czy aktualnym partnerem. I zapewne dlatego, aż 46% osób korzystających z wypełniaczy zauważyło poprawę nastawienia otoczenia do nich samych, co znów stanowiło najlepszy wynik ze wszystkich rodzajów zabiegów (większy o 6–8 p.p.).

Jednak już w przypadku oceny ogólnej poprawy atrakcyjności swojego wyglądu, wynik uzyskany przez wypełniacze, plasujący się na poziomie 94% wskazań nie różni się od pozostałych wyników. Lepszy wynik w tej kategorii i to pamiętając o braku stopniowania skali badawczej, jest mało prawdopodobny do uzyskania większej korekcji urody jakąkolwiek inną metodą.

W przypadku zdobycia nowych kwalifikacji i umiejętności wynik wypełniaczy jest zbliżony do peelingów chemicznych i mezoterapii igłowej (16%), ale kiedy chodzi już o pojęcie dodatkowej lub lepiej płatnej pracy, wynik uzyskany dla wypełniaczy 20% jest nieznacznie lepszy od innych zabiegów.

65% osób korzystających z wypełniaczy zrealizowało swoje marzenia związane z wystąpieniami publicznymi, co jest wynikiem zbliżonym do innych zabiegów. Podobnie rzecz ma się w przypadku tych, którzy stosując wypełniacze zauważyło poprawę swojej sytuacji materialnej (42%).

Poprawa jakości życia po zastosowaniu wypełniaczy nadal jest bardzo znaczna (72%) ale nie różni się w istotny sposób od wyników uzyskanych w innych zabiegach. Natomiast więcej osób niż przy peelingach chemicznych i mezoterapii (igłowej) wskazywało na znaczną poprawę jakości życia (59% do 54%).

5.5 Toksyna botulinowa typu A

Podobnie jak w przypadku pary zabiegów peelingi chemiczne/ mezoterapia (igłowa), tak samo i toksyna botulinowa typu A wykazuje pewne podobieństwo do wypełniaczy, choćby poprzez szybkość efektu i brak konieczności stosowania długotrwałej kuracji by uzyskać ten efekt. Jednak to podobieństwo nie jest tak duże jak miało to miejsce z peelingami medycznymi i mezoterapią (igłową). 61% osób korzystających z wypełniaczy korzysta także z toksyny botulinowej typu A (o 15 p.p. mniej niż pacjentów korzystających z peelingów chemicznych, a jednocześnie stosujących mezoterapię igłową), tak że należy spodziewać się mniejszego

podobieństwa wyników toksyny botulinowej typu A do wypełniaczy niż w przypadku podobieństwa wyników mezoterapii (igłowej) do peelingsów chemicznych.

30% osób korzystających z toksyny botulinowej typu A i pozostających poza związkiem, poznało nowego partnera. To wynik gorszy od wypełniaczy, jednak znacznie lepszy od peelingsów medycznych i mezoterapii (igłowej). 75% osób korzystających z toksyny botulinowej typu A zrealizowało marzenia związane z życiem osobistym. Jest to wynik nieznacznie lepszy od peelingsów medycznych, mezoterapii (igłowej) i dużo gorszy od wypełniaczy.

Tylko 39% osób korzystających z toksyny botulinowej typu A zauważyło poprawę nastawienia otoczenia do nich samych, co stanowi porównywalny wynik z najgorszym uzyskanym (peelingami chemicznymi). Zapewne mogła się temu przyczynić nie najlepsza opinia toksyny botulinowej typu A wśród społeczeństwa, które nadal nie posiada właściwej wiedzy na ten temat (za wynikami badań ankietowych przeprowadzonych w ramach kampanii edukacyjnej [78]).

Podobnie jak w przypadku pozostałych zabiegów również 94% osób korzystających z toksyny botulinowej typu A ocenia swój wygląd jako atrakcyjniejszy.

Toksyna botulinowa typu A okazała się liderem wśród osób, które zdobyły nowe kwalifikacje – 23% osób korzystających z toksyny botulinowej typu A zdobyło nowe kwalifikacje i umiejętności, co stanowi więcej niż w pozostałych zabiegach o 5–7 p.p., jednak jak to zostało omówione wcześniej, należy ostrożnie podchodzić do wpływu medycyny estetycznej na rozwój zawodowy. Odsetek osób, które podjęły dodatkową lub lepiej płatną pracę na poziomie 19% nie różni się bowiem istotnie od wyniku uzyskanego w pozostałych zabiegach.

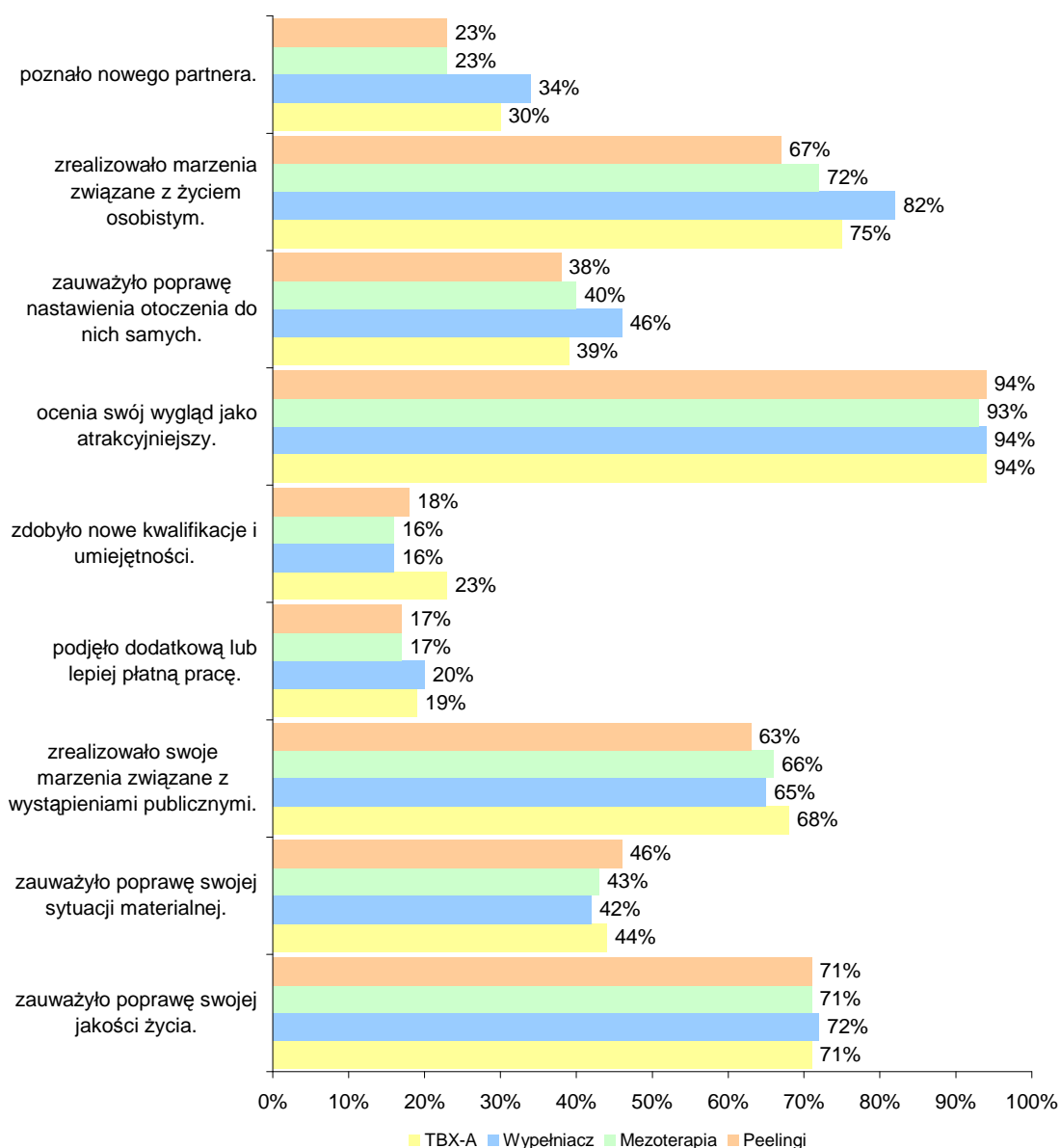
68% osób korzystających z toksyny botulinowej typu A zrealizowało swoje marzenia związane z wystąpieniami publicznymi, co również jest zbliżone do poziomu mezoterapii (igłowej) i wypełniaczy. Może to sugerować, że trema związana z takimi wystąpieniami znacznie silniej wynika z uwarunkowań psychicznych, niż kompleksów związanych z własnym wyglądem.

Poprawę swojej sytuacji materialnej po zastosowaniu zabiegu toksyną botulinową typu A zauważyło 44%, co stanowi wynik podobny do innych zabiegów, przez co ponownie można wyciągnąć wniosek, że korekta własnej urody nie ma prostego przełożenia na sytuację materialną.

Poprawa jakości życia po zastosowaniu wypełniaczy nadal jest bardzo znaczna (72%) ale nie różni się w istotny sposób od wyników uzyskanych w innych zabiegach. Natomiast podobnie jak w przypadku wypełniaczy, więcej osób niż przy peelingsach chemicznych i mezoterapii (igłowej) wskazywało na znaczną poprawę jakości życia (59% do 54%).

5.6 Zestawienie ogólne

Niewątpliwie medycyna estetyczna ma wpływ na jakość życia pacjentów, którzy z niej korzystają. Udaje jej się w dodatni sposób wpłynąć na jakość grupy społecznej, która sama ocenia ją wysoko. Zostało też udowodnione, że poszczególne z badanych zabiegów mają różny wpływ na konkretne aspekty związane ze szczęściem i jakością życia.



Wykres 86. Zestawienie zmian mających wpływ na jakość życia po wykonaniu poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej. Pytania ukazały wpływ medycyny na badane cechy.
n = 603.

Ciężko jest przypisać znaczący wpływ zabiegów z dziedziny medycyny estetycznej na poprawę sytuacji zawodowej pacjentów. Jedyne w przypadku wzrostu zdobywania nowych kwalifikacji wybija się toksyna botulinowa typu A (5–7 p.p.) w stosunku do pozostałych zabiegów ale wnioskowanie, że to ona była przyczyną podjęcia decyzji o podniesieniu kwalifikacji, mogłoby być niezasadne. Dużo bardziej prawdopodobne jest to, że zabieg toksyną botulinową typu A był częścią większego planu zawodowego pacjenta.

Pacjenci wprawdzie deklarują, że to dzięki medycynie estetycznej podjęli lepiej płatną pracę, jednak trudno jest wskazać konkretny zabieg, który dawałby większe prawdopodobieństwo uzyskania lepszego zatrudnienia – wszystkie wykazują zbliżony wpływ na poprawę życia zawodowego.

Również w kwestii finansowej, pomimo tego, że ogół pacjentów widzi korelację pomiędzy korzystaniem z medycyny estetycznej a jej poprawą to nie można wskazać

konkretnych zabiegów, które przyczyniłyby się do tego w większym, a które w mniejszym stopniu. Jeszcze jak na zdobyciu nowych kwalifikacji było widać wybicie toksyny botulinowej typu A, tak tu już jej udział nie wykraczał poza inne metody.

Pomimo tego, że trema związana z wystąpieniami publicznymi wynika głównie z uwarunkowań psychicznych, to można zauważyć, że pacjenci stosujący peelings chemiczne nieco rzadziej realizowali takie marzenia niż np. stosujący toksynę botulinową typu A. Niestety nie widać korelacji pomiędzy realizacją marzeń związanych z wystąpieniami publicznymi, a przyczyną poddania się zabiegom.

Zatem wpływ zabiegów medycyny estetycznej na sferę zawodową i publiczną wydaje się być dość ogólny. Nie wybija się tu w szczególny sposób żaden z zabiegów.

W przypadku realizacji marzeń opartych na sferze osobistej, oczywiście u tych co mieli takie marzenia, ze swoją skutecznością wybijają się wypełniacze i toksyna botulinowa typu A. Poprawę otoczenia do nich samych częściej zauważają pacjenci stosujący już tylko wypełniacz. Jak już zostało to wspomniane wcześniej, przyczyną dość przeciętnego wyniku stosowania toksyny botulinowej typu A, mogą być złe opinie społeczne o tym preparacie i pacjent, który poinformuje otoczenie o fakcie jej użycia lub zostanie o to podejrzany, np. poprzez zaobserwowanie wizualnego braku zmarszczek, może tracić w oczach swojego otoczenia.

Jednak już w kwestii poznania nowego partnera, który bardzo często nie ma wiedzy o fakcie poddawania się przez respondenta zabiegom, zaliczanych do medycyny estetycznej, ze skutecznością głównie wybijają się wypełniacze i toksyna botulinowa typu A, jako dające najszybsze efekty, przy minimalnej liczbie powikłań.

Zatem w sferze osobistej wyraźny prym wiodą zabiegi o szybkim efekcie poprawy – toksyna botulinowa typu A i wypełniacze. Oczywiście nie dyskredytuje to w żaden sposób pozostałych dwóch rodzajów zabiegów, również nie czyni ich mniej przydatnymi.

Co najważniejsze, wszyscy pacjenci, bez względu na rodzaj zabiegu, bardzo wysoko oceniają duży wpływ medycyny estetycznej na zwiększenie atrakcyjności swojego wyglądu i poniekąd przez to jakości swojego życia.

Wnioski

Dzięki przeprowadzonemu badaniu zostały zgromadzone i przeanalizowane informacje na temat pacjentów korzystających z zabiegów, z dziedziny medycyny estetycznej (mezoterapii igłowej, peelingsów chemicznych (medycznych), wypełniaczy i toksyny botulinowej typu A podawanej w celu korekcji zmarszczek), pod kontem ich preferencji i stylu życia.

Zbadany został wpływ różnych zabiegów na **poznanie wymarzonego partnera** co pozwala na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Bez mała co trzeciemu pacjentowi (29%), który był zainteresowany poznaniem nowego partnera udało się ten cel osiągnąć. Przy czym zabiegi medycyny estetycznej częściej pomogły poznać nowego partnera mężczyznom (40%) niż kobietom (27%).
2. Rodzaj zabiegu ma pewien wpływ na poznanie nowego partnera, przy czym zabiegi można podzielić na dwie grupy: peelingsi chemiczne i mezoterapię (igłową) oraz wypełniacze i toksynę botulinową typu A. Przy czym należy zauważyć, że pacjenci zainteresowani poznaniem nowego partnera, korzystający z wypełniaczy i toksyny botulinowej typu A znacznie częściej realizowali marzenia związane z poznaniem nowego partnera – toksyna botulinowa typu A 30%, wypełniacze 34% i peelingsi chemiczne z mezoterapią (igłową) po 23%.
3. Nie ma ścisłego logicznego związku pomiędzy ilością przeprowadzonych rodzajów zabiegów, a wpływem na poprawę jakości życia pacjenta w aspekcie osobistym (poznanie wymarzonego partnera), przy czym należy zauważyć, że różnice te występują - 1 rodzaj 45%, 2 rodzaje 26%, 3 rodzaje 19%, 4 rodzaje 34%.
4. Nikt po kilkumiesięcznym stosowaniu medycyny estetycznej nie poznał nowego partnera. Największą skutecznością 76% wykazuje się 5–10 letnie stosowanie zabiegów, a najmniejszą 2–3 letnie stosowanie zabiegów 11%. Pozostałe okresy, poza wymienionymi, nie różnią się statystycznie i oscylują w okolicach 30%–33%.

Zabiegi z działu medycyny estetycznej mogły mieć różny wpływ na aspekt osobisty i zawodowy, dlatego zostało też zbadane oddziaływanie na życie zawodowe, w takiej jego części, w której wygląd zewnętrzny i pewność siebie mogły mieć znaczenie. Przeanalizowany został potencjalny wpływ medycyny estetycznej na **zdobycie nowych umiejętności lub kwalifikacji zawodowych w celu zwiększenia zarobków** i tak:

5. U 17% pacjentów przeprowadzanie zabiegów medycyny estetycznej wpłynęło na poprawę jakości ich życia w aspekcie zawodowym, poprzez zdobycie nowych umiejętności lub kwalifikacji zawodowych w celu zwiększenia zarobków.
6. Pacjenci stosujący toksynę botulinową typu A częściej zdobywali nowe kwalifikacje lub umiejętności (23%), niż pacjenci korzystający z pozostałych zabiegów, w przypadku których nie występują już statystycznie istotne różnice (16%–18%).

7. Najczęściej nowe kwalifikacje lub umiejętności zdobywali pacjenci stosujący jeden (24%) i cztery (27%) rodzaje zabiegów. Najrzadziej, swoje umiejętności, poszerzali pacjenci stosujący dwa rodzaje zabiegów (8%).
8. Brak jest logicznej zależności pomiędzy długością (czasem) korzystania z medycyny estetycznej, a wpływem na poprawę jakości życia pacjenta w aspekcie zawodowym (zdobycie nowych umiejętności lub kwalifikacji zawodowych w celu zwiększenia zarobków). Nie mniej różnice w poszczególnych grupach klasyfikacyjnych istnieją i tak nikt ze stosujących zabiegi zaliczane do medycyny estetycznej od kilku miesięcy nie podniósł swoich kwalifikacji, a największą skutecznością wykazał się okres 3-5 lat (37%) i 1-2 lata (29%).

Zdobycie nowych kwalifikacji wywołane zabiegami medycyny estetycznej jak i sama poprawa wyglądu wynikająca z tych zabiegów może mieć przełożenie na poprawę jakości życia polegającą na **podjęciu lepiej płatnej lub dodatkowej pracy**:

9. Nie zaobserwowano silnej korelacji pomiędzy stosowaniem zabiegów zaliczających się do medycyny estetycznej, a podjęciem przez pacjentów lepiej płatnej lub dodatkowej pracy. Jedynie 16% pacjentów wskazuje korzystanie z medycyny estetycznej jako jedną z przyczyn podjęcia lepiej płatnej lub dodatkowej pracy.
10. Rodzaj przeprowadzonego zabiegu zaliczającego się do medycyny estetycznej nie ma wpływu na zwiększenie jakości życia pacjenta w aspekcie zawodowym (podjęcie lepiej płatnej lub dodatkowej pracy). Wszystkie 4 rodzaje zabiegów na takim samym statystycznie poziomie miały wpływ na podjęcie nowej pracy (17%-19%).
11. Wpływ ilości rodzajów stosowanych zabiegów medycyny estetycznej, na podjęcie przez pacjentów lepiej płatnej lub dodatkowej pracy, rósł wykładniczo wraz ze wzrostem liczby zabiegów. 1 rodzaj 9%, 2 rodzaje 11%, 3 rodzaje 17%, 4 rodzaje 29%.
12. Brak jest wyraźnej korelacji pomiędzy długością (czasem) korzystania z medycyny estetycznej, a wpływem na poprawę jakości życia pacjenta w aspekcie zawodowym (podjęcie lepiej płatnej lub dodatkowej pracy). Nie mniej, najwięcej (37%) pacjentów podjęło lepiej płatną lub dodatkową pracę, stosując zabiegi medycyny estetycznej od 3 do 5 lat. Do trzech lat stosowania zabiegów było to 12%, a po trzech latach stosowania zabiegów odsetek ten wzrósł do 30%.

Poprawa wyglądu pacjenta wpływa na podniesienie jego samooceny i przez to też pewności siebie, co może mieć związek z **realizacją marzeń związanych z wystąpieniami publicznymi**:

13. Przeprowadzanie zabiegów zaliczających się do medycyny estetycznej miało silny wpływ na realizację marzeń pacjenta związanych z wystąpieniami publicznymi. Biorąc pod uwagę tylko tę część pacjentów, którzy marzyli o takich wystąpieniach, należy zauważyć że zabiegi medycyny estetycznej pomogły 63% z nich.
14. Rodzaj przeprowadzonego zabiegu zaliczanego do medycyny estetycznej nie wpływa na realizację marzeń pacjenta związanych z wystąpieniami publicznymi.

15. Ilość przeprowadzonych rodzajów zabiegów medycyny estetycznej ma znaczący wpływ na realizację marzeń pacjenta związanych z wystąpieniami publicznymi - 1 rodzaj 63%, 2 rodzaje 58%, 3 rodzaje 61% i 4 rodzaje aż 75% respondentów.
16. Korelacja pomiędzy długością (czasem) korzystania z poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej, a realizacją marzeń pacjenta związanych z wystąpieniami publicznymi jest bardzo wyraźna. 100% pacjentów mających takie marzenia i stosujących zabiegi powyżej 5–ciu lat je zrealizowało. Dla stosujących zabiegi krócej odsetek realizacji marzeń związanych z wystąpieniami publicznymi prezentował się następująco: kilka miesięcy 46%, 1-2 lata 52%, 2-3 lata 66%, 3-5 lat 73%.

Zbadany także został wpływ zabiegów medycyny estetycznej pod kątem **zwiększenia jakości życia w ujęciu materialnym** co pozwala na wyciągnięcie kolejnych wniosków:

17. U prawie połowy pacjentów (44%), po zastosowaniu zabiegów z działu medycyny estetycznej, sytuacja materialna uległa poprawie.
18. Rodzaj przeprowadzonego zabiegu nie ma wpływu na poprawę sytuacji materialnej pacjenta. Różnice pomiędzy wpływem poszczególnych zabiegów na poprawę sytuacji materialnej pacjentów są niewielkie i nieistotne statystycznie: peelingi chemiczne 46%, mezoterapia (igłowa) 43%, wypełniacze 42%, toksyna botulinowa typu A 43%.
19. Ilość przeprowadzonych rodzajów zabiegów medycyny estetycznej wpływa na poprawę sytuacji materialnej pacjenta ale brak jest tutaj wyraźnego związku. U pacjentów korzystających z jednego zabiegu 54% dostrzegło u siebie poprawę sytuacji finansowej. Najrzadziej (38%) poprawę deklarowali pacjenci stosujący 2 rodzaje zabiegów. Dla trzech i czterech rodzajów było to odpowiednio 43% i 49%.
20. Długość terapii nie wpływa na fakt poprawy sytuacji materialnej pacjentów korzystających z medycyny estetycznej i jedynie można wskazać, że grupa stosująca zabiegi od 3 do 5 lat najczęściej deklarowała poprawę stanu materialnego (53%).

Zbadany również został wpływ zabiegów z medycyny estetycznej na **poprawę jakości życia w ujęciu niematerialnym** co pozwala na wyciągnięcie następujących wniosków:

21. Przeprowadzanie zabiegów medycyny estetycznej ma silny związek z poprawą jakości życia niematerialną pacjenta. Bez mała $\frac{3}{4}$ pacjentów (73%) przyznała, że po zastosowaniu zabiegów medycyny estetycznej ich jakość życia w ujęciu niematerialnym uległa poprawie.
22. Rodzaj przeprowadzonego zabiegu z działu medycyny estetycznej nie ma wpływu na zwiększenie jakości życia pacjenta w ujęciu niematerialnym. Różnice pomiędzy wpływem poszczególnych zabiegów na poprawę sytuacji materialnej pacjentów są nieistotne statystycznie: peelingi chemiczne 72%, mezoterapia (igłowa) 71%, wypełniacze 71%, toksyna botulinowa typu A 71%.
23. Ilość przeprowadzonych rodzajów zabiegów medycyny estetycznej jest odwrotnie proporcjonalna do jakości życia pacjenta w ujęciu niematerialnym. Pacjenci korzystający z jednego i dwóch rodzajów zabiegów częściej niż inni (po 75%)

dostrzegli u siebie poprawę jakości życia niż stosujący trzy i cztery rodzaje zabiegów (odpowiednio 70% i 69%).

24. Nie widać wyraźnego związku pomiędzy długością terapii i jej ewentualnym wpływem na fakt poprawy jakości życia pacjentów medycyny estetycznej. Jedynie można wskazać, że grupa stosująca zabiegi od 5 do 10 lat najczęściej deklarowała poprawę jakości życia po zastosowaniu zabiegów medycyny estetycznej 91%.

Na skutek stosowania zabiegów z medycyny estetycznej mogą również zmienić się **wartości uznawane przez pacjenta**, co również poddane zostało badaniu, poprzez analizę zadowolenia z poszczególnych elementów życia:

25. Niewątpliwie istnieje związek pomiędzy zadowoleniem z poszczególnych aspektów życia czyli wartościami wyznawanymi, a zabiegami medycyny estetycznej. Pacjenci medycyny estetycznej są zadowoleni z życia, są śmiali, odważni i pewni siebie. Odczuwają też zadowolenie z życia, samego siebie, z kontaktów towarzyskich, rodziny i swojej sytuacji finansowej. Dlatego też częściej (16% pkt.) niż osoby nie korzystające z zabiegów, z działu medycyny estetycznej zauważają swój wpływ na to czy miniony rok był dla nich udany, czy też nie. Natomiast znacznie rzadziej od osób nie korzystających z zabiegów (14% pkt.) jako przyczynę swoich niepowodzeń wskazują los czy opatrzność.

Dyskusja

W ostatniej dekadzie liczba zabiegów z dziedziny medycy estetycznej na całym świecie, jak i w Polsce szybko wzrosła. Jak podaje w statystykach Amerykańskie Towarzystwo Chirurgów Plastycznych, na przestrzeni 10 lat (1992-2002) nastąpił, bez mała dwukrotny wzrost ilości (dokładnie 198%) wykonywanych operacji plastycznych twarzy (liftingów) i trzykrotny wzrost ilości operacji plastycznych czoła (forehead lift). W tym samym czasie czterokrotnie wzrosła ilość przeszczepów własnej tkanki tłuszczowej i o 250% zwiększyła się ilość kolagenowych iniekcji a także czterokrotnie zwiększyła się ilość peelingów medycznych [88].

W 2004 roku, w Stanach Zjednoczonych pacjenci na zabiegi medycyny estetycznej oraz chirurgię plastyczną wydali 7,7 miliarda dolarów. Porównując rok 2003 z 2004 American Society for Aesthetic Plastic Surgery zanotowało 44% wzrost liczby zabiegów estetycznych w USA. Ich liczba w 2004 r. wynosiła blisko 11,9 mln., z czego 10,7 mln. zabiegów przeprowadzono na kobietach, powodując 49% wzrost w stosunku do 2003 roku. O 21% wzrosła liczba zabiegów chirurgii plastycznej a aż o 57% liczba zabiegów zaliczanych do działu medycyny estetycznej [2, 5].

Zmiany te są wynikiem dwóch istotnych, dających się zaobserwować obecnie zjawisk kulturowo-socjalnych:

- zwiększającej się wagi jaką ludzie (zarówno kobiety jak i mężczyźni) przykładają do tego jak wyglądają;
- dążenie do uzyskania pożądanego wyglądu przy pomocy mniej inwazyjnych metod, przez co też wiążących się z mniejszą uciążliwością, dyskomfortem, rzadszym występowaniem działań niepożądanych jak i krótszą rekonwalescencją.

Bezpieczeństwo pacjenci cenią najbardziej. Nawet jeżeli takie zabiegi są mniej trwałe od zabiegów chirurgicznych, dlatego też medycyna estetyczna na przestrzeni kilkunastu lat zyskała sobie taką rzeszę zwolenników i zyskuje kolejnych.

Niestety nie ma danych dotyczących efektów zabiegów medycyny estetycznej w stosunku do poczucia własnej wartości zdrowego pacjenta, poprawy jego jakości życia czy akceptacji przez innych. W tym celu przeszukałam bazy danych PubMed i Healstar (z lat 1950 – 2010) oraz liczne książki i czasopisma (w tym również fachową literaturę medyczną i nie medyczną) a także wystąpienia publiczne z Polski i ze świata.

- W bazie danym PubMed pod hasłami związanymi z ‘oceną jakości pacjentów przed i po w medycynie estetycznej/ dermatologii estetycznej/ chirurgii plastycznej/ chirurgii estetycznej’ znalazłam 810 artykułów z lat 1979 – 2010 (odpowiednio w bazie danych Healstar znalazłam pod tym hasłem – 112 artykułów);
- W bazie danym PubMed pod hasłami ‘medycyna estetyczna i dermatologia estetyczna’ znalazłam 2334 artykułów z lat 1950 – 2010 (odpowiednio w bazie danych Healstar znalazłam pod tym hasłem – 91 artykułów);
- W bazie danym PubMed pod hasłami ‘jakość życia w medycynie estetycznej/dermatologii estetycznej’ znalazłam 53 artykuły z lat 1982 – 2010 (odpowiednio w bazie danych Healstar znalazłam pod tym hasłem – 42 artykuły);

- W bazie danym PubMed pod hasłem ‘toksyna botulinowa typu A w medycynie estetycznej’ znalazłam 38 artykułów z lat 1998 – 2010 (odpowiednio w bazie danych Healstar nie znalazłam pod tym hasłem żadnego artykułu);
- W bazie danym PubMed pod hasłami ‘wypełniacze/kwas hialuronowy w medycynie estetycznej/dermatologii estetycznej’ znalazłam 72 artykuły z lat 1999 – 2010 (odpowiednio w bazie danych Healstar znalazłam pod tym hasłem – 20 artykułów);
- W bazie danym PubMed pod hasłem ‘mezoterapia’ znalazłam 105 artykułów z lat 1976 – 2010 (odpowiednio w bazie danych Healstar znalazłam pod tym hasłem – 2 artykuły);
- W bazie danym PubMed pod hasłem ‘peelingi chemiczne’ znalazłam 311 artykułów z lat 1974 – 2010 (odpowiednio w bazie danych Healstar znalazłam pod tym hasłem – 28 artykułów).

Niestety nie ma danych na temat jakości życia pacjentów korzystających z zabiegów medycyny estetycznej. Przeszukanie powyższych baz danych, książek (medycznych i nie medycznych), czasopism (medycznych i nie medycznych), wystąpień publicznych nie odpowiedziały na to zagadnienie. Badania wykazały jedynie, że operacje plastyczne mogą mieć pozytywny wpływ na jakość życia pacjenta. Natomiast nie ma danych dotyczących oceny jakości życia w wyniku korzystania z zabiegów medycyny estetycznej [89].

Jedynie dane dotyczące poprawy jakości życia pacjentów korzystających z zabiegów zaliczanych do medycyny estetycznej dotyczą pacjentów z lipoatrofią powstałą w wyniku zarażenia się ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV, AIDS) [86].

Dodatkowo Glen T. Porter i Francis B. Quinn [90] twierdzą, że osoby ładne:

- otrzymują wyższe oceny (podobną zależność wykazali w swoich badaniach Clifford i Walster [91], którzy zauważyli, że nauczyciele, mający wystawić opinię o uczniu na podstawie jego ocen i osiągnięć pozaszkolnych wystawiali zawsze wyższą ocenę tym uczniom, którzy byli atrakcyjniejsi i ładniejsi na dołączonej fotografii, w stosunku do uczniów z takimi samymi ocenami i osiągnięciami pozaszkolnymi ale byli mniej atrakcyjni, twierdząc, że są inteligentniejsi i mają większy potencjał edukacyjny; również Riniolo i wsp. w swoich badaniach zauważyli, że studenci oceniający poziom wiedzy swych profesorów w 5-stopniowej skali, przyznawali o 0,8 punktów więcej tym, którzy wyróżniali się ładnym wyglądem [92]);
- otrzymują niższe wyroki (podobną zależność wykazał w swoich badaniach Sigall, który zauważył, że w sądzie sędziowie łagodniej karzą oszustów i włamywaczy, których różniła od innych przestępców jedynie uroda [93]);
- łatwiej znajdują partnerów życiowych;
- szybciej awansują;
- częściej są uważane za osoby miłe;
- szybciej są obsługiwane;
- prędzej udziela im się pomocy gdy jej potrzebują;
- szybciej się im wybacza.

W powyższej rozprawie doktorskiej nie badałam jak wpływa korzystanie z zabiegów, z dziedziny medycyny estetycznej na otrzymywanie niższych wyroków, wyższych ocen w szkole czy na uczelni, czy tacy pacjenci są szybciej obsługiwani w sklepie lub w innych miejscach, czy szybciej się im wybacza itd. Przeprowadziłam jednak badania dotyczące m. in.

poznania wymarzonego partnera w wyniku korzystania z takich zabiegów. Glen T. Porter i Francis B. Quinn twierdzą, iż osoby ładne łatwiej znajdują partnerów życiowych [90], wg moich badań 40% mężczyzn i 27% kobiet, którzy byli zainteresowani poznaniem nowego partnera uważa, że medycyna estetyczna im w tym pomogła.

Glen T. Porter i Francis B. Quinn [90], Clifford i Walster [91], Riniolo i wsp. [92] wykazali w swoich badaniach, że osoby ładne są wyżej oceniane oraz dostają niższe wyroki w stosunku do osób brzydszych. Skoro osoby wykształcone i przygotowane do patrzenia na ludzi w sposób obiektywny (sędziowie, nauczyciele) nie potrafią tego zrobić bez sugerowania się urodą człowieka, to możemy również się spodziewać, że w zwykłych kontaktach społecznych uroda odgrywa jeszcze większą rolę. Niestety tak jest. Często nawet nie zdajemy sobie sprawę, że kształt ciała drugiej osoby czy wygląd twarzy ma duży wpływ na nasze z nim relacje. Trudno nam się przyznać, że na naszą ocenę cech charakteru i zachowania innych osób wpływa ich wygląd [2]. Osoby urodziwe – zgodnie ze stereotypem „piękny jest dobry” – są uznawane za inteligentniejsze, pewniejsze siebie, bardziej asertywne, osiągające sukcesy a nawet szczęśliwsze w stosunku do osób mniej atrakcyjnych [94]. Również w moich badaniach ponad 40% pacjentów zauważyło poprawę nastawienia otoczenie do swojej osoby po skorzystaniu z medycyny estetycznej w wyniku, czego stali się bardziej atrakcyjni.

S. Fagien i J.D. Carruthers [95] w swojej publikacji, która stanowiła przegląd wszystkich dostępnych na rynku światowym badań na temat wpływu toksyny botulinowej typu A na poprawę atrakcyjnego wyglądu pacjenta (znaleziono 23 artykuły związane z tym tematem) przedstawili, iż pacjenci postrzegają siebie za osoby bardziej atrakcyjne i młodsze średnio o 5 lat w wyniku korzystania z zabiegów, z użyciem toksyny botulinowej typu A. Zadowolenie tych pacjentów była znacząco wysoka, od ponad 65% do ponad 90%, w zależności od leczonego obszaru twarzy i zastosowanej dawki [93, 94, 96]. W mojej rozprawie doktorskiej aż 94% osób korzystających z toksyny botulinowej typu A oceniło swój wygląd jako atrakcyjniejszy.

Przeprowadzono również badania związane z atrakcyjnością całego ciała jak i twarzy w stosunku do poznania partnera. Niestety atrakcyjność fizyczna/witalność jest jedną z trzech głównych kryteriów doboru partnera. Pozostałe to: życzliwość/solidność oraz status/zasoby [2].

W skali od 0 do 3 gdzie zero oznacza ‘nieważne’ a trzy ‘niezbędne’, średnie znaczenie atrakcyjności u stałego partnera w Polsce dla płci męskiej oceniającej kobiety wynosi 1,93, natomiast dla płci żeńskiej oceniającej mężczyzn – 1,77 [97]. Badania te jednak były przeprowadzane w 1989 roku i dzisiaj wskaźnik ten byłby znacznie wyższy, bowiem znaczenie urody w ostatnich kilkudziesięciu latach, jako cechy pożądanej u partnera/partnerki wzrósł i nadal systematycznie rośnie [98].

W przypadku związków krótkotrwałych, atrakcyjność/fizyczność dla mężczyzn jak i kobiet oceniających drugą płć była na pierwszym miejscu. W przypadku doboru partnera/partnerki na czas dłuższy lub na całe życie wygląd osobisty partnera/partnerki był bardzo ważny, jednak nie najważniejszy. W takiej sytuacji większe znaczenie kobiety przypisują do statusu społeczno-materialnego partnera a także jego umiejętności, zdolności i odpowiednich cech charakteru. Podobnie jest u mężczyzn z tym, że w przeciwieństwie do kobiet zastąpienie urody innymi czynnikami jest dla nich znacznie trudniejsze [99].

Rhodes [100] w swoich badaniach nad tym, czy atrakcyjność zwiększa sukces w poszukiwaniu nowego partnera udowadnia, że kobiety o atrakcyjniejszych twarzach wcześniej rozpoczynają aktywność seksualną i mają więcej długotrwałych związków. Atrakcyjniejsze kobiety mają również większą szansę na romantyczną miłość [101]. To właśnie

one otrzymują częściej kwiaty od mężczyzn, częściej są zapraszane na kolacje w romantyczne miejsca czy częściej otrzymują listy miłosne [102]. Jednak nie tylko kobiety dzięki atrakcyjniejszemu wyglądowi mają szansę na poznanie nowego partnera, bowiem ma ono wpływ również na życie seksualne mężczyzn. Symetrycznie zbudowany mężczyzna (identyczna prawa i lewa połowa ciała) wykazuje większe możliwości w stosunku do poznawania partnerek i bycia w większej ilości związków z kobietami [102, 103].

W obecnej tutaj rozprawie doktorskiej wszyscy pacjenci dostrzegli wpływ medycyny estetycznej na swój wygląd. Zdecydowana większość pacjentów, bo aż 94% dostrzegła poprawę swojego wyglądu po zastosowaniu zabiegów z dziedziny medycyny estetycznej. Stali się, więc wszyscy oni bardziej atrakcyjni dla otoczenia, co sprawiło, że aż 40% mężczyzn i 27% kobiet poznało nowego partnera. Ponad 40% pacjentów zauważyło poprawę nastawienia otoczenia do swojej osoby po skorzystaniu z takich zabiegów, co też miało pozytywny wpływ na poznanie nowego partnera. Pacjenci nie tylko niwelowali oznaki upływu czasu ale również poprawiali swoją fizyczność, np. powiększali okolice kości jarzmowych, wielkość ust, poprawiali symetrię twarzy przez co stawali się atrakcyjniejsi, gdyż takie cechy fizyczne np. u kobiet są uważane za bardziej pożądane (symetria lewej połowy ciała i twarzy w stosunku do prawej połowy jest cechą pożądaną u obu płci [2]). Również w tym wypadku symetryczność prawej części twarzy w stosunku do lewej wpływała na poznanie większej ilości osobników płci przeciwnej. Są to specjalne sygnały przyciągające osobniki przeciwnej płci do siebie, które jak twierdzi Andersson [104] są bardzo ważne przy doborze partnera i selekcji płci.

Dlaczego częściej wybieramy na swojego partnera/partnerkę osobę atrakcyjną? Nie do końca ma to związek z próżnością lub poczuciem estetyki danego osobnika, jak to wygląda na pierwszy rzut oka. Otóż osoby atrakcyjniejsze, ładniejsze sprawiają, że mamy większą pewność (podświadomie) na to, że nasze geny zostaną przekazane dalej. Teoria runway selection (teoria „seksownego syna”) mówi o tym, że atrakcyjni samce wyróżniają się cechami, które bezpośrednio nie są atrakcyjne dla danej samicy, jednak są korzystne dla ich męskich potomków. Mężczyźni z powodu swojego pięknego i atrakcyjnego ciała są wybierani przez daną kobietę, która rodzi atrakcyjnego potomka mającego w przyszłości powodzenie u kolejnych kobiet ze względu na swój wygląd i w ten sposób geny wędrują dalej [105].

Większe szanse na poznanie partnera/partnerki mają również osoby z odpowiednią budową ciała, która podświadomie wskazuje osobie płci przeciwnej, na to że jest płodna i zdrowa, dzięki czemu zwiększa swe możliwości na przekazanie własnych genów następnym pokoleniom. Kobiety z dużymi piersiami i odpowiednim WHR (Waist Hip Ratio – stosunek obwodu talii do bioder, gdzie za najbardziej atrakcyjny uważany jest wskaźnik w granicach 0,7 [106]) są najbardziej faworyzowane przez mężczyzn. Ma to związek z odpowiednim poziomem estrogenów. Podobnie jest z umięśnieniem u mężczyzn – dobrze rozbudowana muskulatura wskazuje na odpowiedni poziom testosteronu. Obie budowy ciała podświadomie mówią, że taki osobnik jest zdrowy i sprawny. Dodatkowo układ immunologiczny u kobiet funkcjonuje lepiej (wysoka odporność na infekcje bakteryjne, wirusowe oraz choroby pasożytnicze i grzybicze), bowiem estrogeny wykazują działanie immunostymulujące [107]).

Z atrakcyjnością często wiążą się wielkie pieniądze. Atrakcyjnie fizycznie kandydaci do pracy, z wykształceniem i kwalifikacjami takimi samymi jak osoby mniej atrakcyjne, mają od nich większą szansę na zatrudnienie [108]. Nawet doświadczeni kierownicy personalni nie są odporni na urodę osoby starającej się o etat, twierdzą, że osoba atrakcyjniejsza ma wyższe kwalifikacje i będzie lepszym pracownikiem przy czym zauważono, że kierownik personalny

przykłada odmienną wagę do urody zależnie od tego, czy rekrutowana osoba będzie z nim bezpośrednio pracowała, czy też nie. Jeżeli 'tak', wtedy wybór pada na osobę bardziej atrakcyjną, jeżeli 'nie' – na mniej atrakcyjną (menedżer baczniej przygląda się umiejętnościom starającego o pracę), jednak i tak zawsze atrakcyjność osoby otrzymującej etat jest wyższa niż tej, która nie otrzymała go, mimo takiego samego wykształcenia i umiejętności [109]. W powyższej rozprawie doktorskiej wykazałam, że awansowało 20% pacjentów korzystających z medycyny estetycznej. Odsetek ten nie jest wysoki, jednak jest to związane z tym, że aż 51% pacjentów medycyny estetycznej są przedstawicielami wolnych zawodów, posiadają własną działalność gospodarczą albo nie pracują z wyboru, w związku z czym ich ścieżka kariery nie jest związana ze zdobywaniem kolejnych awansów.

Atrakcyjność fizyczna ma także wpływ na wysokość zarobków. Zjawisko to jest bardziej zaznaczone w odniesieniu do mężczyzn niż kobiet. Pracownicy odznaczający się atrakcyjniejszą urodą zarabiają o 10–15% więcej w stosunku do osób brzydszych [110]. Wysokość premii za piękno w Stanach Zjednoczonych jest na rynku pracy ekonomicznie znacząca i porównywalna z różnicami w tym zakresie z powodów rasowych i w zależności od płci [2]. W powyższej rozprawie doktorskiej 44% pacjentów przyznała, że po skorzystaniu z zabiegów medycyny estetycznej ich sytuacja materialna uległa poprawie, w tym 20% że znacznej. Łącznie o 10 punktów procentowych więcej mężczyzn niż kobiet uznało, że po zabiegach medycyny estetycznej zaczęli zarabiać więcej.

Badania przeprowadzone przez psychologów wykazują, że osoby, które same uważają siebie za atrakcyjne wyżej oceniają swoją kondycję psychiczną i są bardziej ekstrawertyczne [111]. Jest to związane z tym, że osoby ładne od momentu urodzenia spotyka więcej uśmiechu, są łagodniej oceniani przez otoczenie oraz dostrzega się w nich większe zdolności. Taka osoba staje się bardziej pewna siebie i milej nastawiona do świata i otoczenia [2]. Również pacjenci korzystający z medycyny estetycznej są ludźmi zadowolonymi, praktycznie ze wszystkich dziedzin o jakie zostali zapytani (stosunki z najbliższymi w rodzinie, z przyjaciółmi, z dziećmi, z współmałżonkiem, praca, życie seksualne, sytuacja materialna, wykształcenie, perspektywy na przyszłość, osiągnięcia życiowe, sposób spędzania wolnego czasu). W największym jednak stopniu grupa ta jest zadowolona z własnego życia (85% badanych) i z samych siebie (79% pacjentów). 91% badanych, którzy skorzystali z medycyny estetycznej cieszy się życiem. Zdecydowana większość pacjentów medycyny estetycznej wskazuje na czynniki szczęścia, czyli są bardziej zadowoleni (89%), bardziej radośni (80%), bardziej śmiali (80%), są bardziej odprężeni (76%) i ogólnie częściej odczuwają, że jest im dobrze (76%). Pacjenci korzystający z takich zabiegów dużo rzadziej odczuwają, że są nieszczęśliwi (71%) i że brak im pewności siebie (69%). Zabiegi medycyny estetycznej znacznie poprawiają odczucia pacjentów, którzy im się poddają.

O tym jak ważny jest wygląd i jak wielkie znaczenie ma uroda świadczy chociażby sam fakt wzrostu zainteresowania medycyną estetyczną przez pacjentów. Oczywiście po pierwsze związane jest to ze wzrostem świadomości wśród pacjentów, po drugie też wynika to ze zwiększenia dostępności takich zabiegów w ostatnich kilkudziesięciu latach, jednak najważniejszą przyczyną jest wzrost niezadowolenia z własnego wyglądu. Garner w swoich badaniach przedstawił, że poziom niezadowolenia ze swojego wyglądu wzrosło o 124% u płci żeńskiej (z 25% badanych do 56%) oraz o 187% u płci męskiej (z 15% do 43% badanych) [112]. Nancy Etcoff w raporcie stworzonym na zamówienie firmy DOVE, badała postrzeganie własnego piękna przez kobiety oraz jego znaczenie w życiu codziennym. Tylko 2% kobiet

oceniło siebie jako piękne a 33% kobiet było usatysfakcjonowanych ze swojej urody. Kobiety te uważały też, że piękniejsze kobiety mają więcej możliwości w życiu oraz atrakcyjnie fizycznie kobiety są bardziej cenione przez mężczyzn [2].

W moich badaniach najczęstszym powodem podjęcia decyzji o poddaniu się zabiegom, z dziedziny medycyny estetycznej była chęć wyglądanania bardziej atrakcyjnie – jako ponadprzeciętny powód swojej decyzji wskazało go 86% badanych. Drugim powodem była chęć wyglądanania młodo – dla 70% badanych był to ponadprzeciętny powód skorzystania z zabiegów.

To niestety wszystkie doniesienia na ten temat. Nikt wcześniej nie zajmował się taką tematyką, czyli nie dokonywał oceny jakości życia pacjentów korzystających z zabiegów medycyny estetycznej, stąd niewielka ilość danych pochodzących z innych badań.

Indeksy

Indeks wykresów

Wykres 1. Rozkład płci osób korzystających z zabiegów medycyny estetycznej.	41
Wykres 2. Rozkład wieku osób korzystających z zabiegów medycyny estetycznej.....	41
Wykres 3. Rozkład wieku osób korzystających z zabiegów medycyny estetycznej w zależności od płci.	42
Wykres 4. Jak ocenia Pan/Pani materialny poziom swego obecnego życia.	42
Wykres 5. W jakim stopniu materialny poziom Pan/Pani obecnego życia odpowiada Pan/Pani aspiracjom, temu co by Pan/Pani chciała, pragnęła.	43
Wykres 6. Jak bardzo cieszysz się życiem?	43
Wykres 7. Zabiegi z zakresu medycyny estetycznej, z których korzystali pacjenci.	43
Wykres 8. Zabiegi z zakresu medycyny estetycznej, z których korzystali pacjenci w zależności od płci.	44
Wykres 9. Ilość rodzajów zabiegów medycyny estetycznej, z których korzystali pacjenci.....	44
Wykres 10. Okres stosowania zabiegów wchodzących w skład medycyny estetycznej.....	44
Wykres 11. Powód skorzystania z zabiegów wchodzących w skład medycyny estetycznej? Opis oznaczeń literowych w tekście powyżej.....	45
Wykres 12. Co uważa Pani/ Pan za najważniejszy warunek udanego, szczęśliwego życia?	46
Wykres 13. Rozkład odpowiedzi na pytanie: w minionym roku... ..	48
Wykres 14. Odsetek osób korzystających z zabiegów medycyny estetycznej w podziale na tych co mieli udany i nieudany poprzedni rok w znaczeniu zawodowym.....	48
Wykres 15. Porównanie stylu atrybucji przyczynowej „przeciętnego Polaka” i pacjenta medycyny estetycznej w rozdzieleniu na to czy miniony rok był udany, czy też nie.	50
Wykres 16. Wpływ medycyny estetycznej na zadowolenie pacjentów.	51
Wykres 17. Wpływ medycyny estetycznej na odczucia pacjentów.	52
Wykres 18. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/Pana podejście do życia, że mógł/a Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z poznaniem wymarzonego partnera?	53
Wykres 19. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/Pana podejście do życia, że mógł/a Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z poznaniem wymarzonego partnera? Po odrzuceniu respondentów mających już swoich partnerów.....	53
Wykres 20. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/Pana podejście do życia, że mógł/a Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z poznaniem wymarzonego partnera?	54
Wykres 21. Fakt poznania nowego partnera w zależności od zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej.	54
Wykres 22. Fakt poznania nowego partnera w zależności od zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej, wśród pacjentów potencjalnie tym zainteresowanych.	54
Wykres 23. Fakt poznania nowego partnera w zależności od ilości rodzajów zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej.....	55
Wykres 24. Fakt poznania nowego partnera w zależności od ilości rodzajów zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej, wśród pacjentów potencjalnie tym zainteresowanych.....	55
Wykres 25. Fakt poznania nowego partnera w zależności od długości stosowania zabiegów medycyny estetycznej.	56
Wykres 26. Fakt poznania nowego partnera w zależności od długości stosowania zabiegów medycyny estetycznej, wśród pacjentów potencjalnie tym zainteresowanych.	56
Wykres 27. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/Pana podejście do życia, że mogła Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z życiem osobistym?	57
Wykres 28. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/Pana podejście do życia, że mogła Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z życiem osobistym? Po odrzuceniu respondentów nie mających takich marzeń.....	57

Wykres 29. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/ Pana podejście do życia, że mogła Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z życiem osobistym?	58
Wykres 30. Realizacja marzeń związanych z życiem osobistym w zależności od zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej.....	58
Wykres 31. Realizacja marzeń związanych z życiem osobistym pod wpływem poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej, wśród pacjentów posiadających takie marzenia.	58
Wykres 32. Realizacja marzeń związanych z życiem osobistym w zależności od ilości rodzajów zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej.....	59
Wykres 33. Realizacja marzeń związanych z życiem osobistym pod wpływem poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej, wśród pacjentów posiadających takie marzenia.	59
Wykres 34. Realizacja marzeń związanych z życiem osobistym w zależności od długości stosowania zabiegów medycyny estetycznej.....	60
Wykres 35. Realizacja marzeń związanych z życiem osobistym w zależności od długości stosowania zabiegów medycyny estetycznej, wśród pacjentów posiadających takie marzenia.	60
Wykres 36. Czy po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej ocenia Pani/Pan swój obecny wygląd na atrakcyjniejszy niż przed zabiegami?	61
Wykres 37. Czy po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej ocenia Pani/Pan swój obecny wygląd na atrakcyjniejszy niż przed zabiegami?	61
Wykres 38. Wpływ poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej na ocenę swojego wyglądu przez pacjentów.....	61
Wykres 39. Wpływ ilości różnych zabiegów medycyny estetycznej na ocenę swojego wyglądu przez pacjentów.....	62
Wykres 40. Wpływ długości stosowania zabiegów medycyny estetycznej na ocenę swojego wyglądu przez pacjentów.	62
Wykres 41. Czy po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej, zmieniło się nastawienie otoczenia do Pani/Pana osoby?	62
Wykres 42. Zmiana nastawienia otoczenia do pacjentów, po wykonaniu zabiegów medycyny estetycznej.	63
Wykres 43. Zmiana nastawienia otoczenia do pacjentów, po wykonaniu zabiegów medycyny estetycznej.	63
Wykres 44. Zmiana nastawienia otoczenia do pacjentów, w zależności od ilości różnych zabiegów.....	63
Wykres 45. Zmiana nastawienia otoczenia do pacjentów, w zależności od długości kuracji.	64
Wykres 46. Czy dzięki temu, że zainwestowała Pani/Pan w swój wygląd (poprzez korzystanie z zabiegów z medycyny estetycznej) zdobył(a) Pani/Pan nowe kwalifikacje lub umiejętności z myślą o możliwości lepszych zarobków?	64
Wykres 47. Czy dzięki temu, że zainwestowała Pani/Pan w swój wygląd (poprzez korzystanie z zabiegów z medycyny estetycznej) zdobył (a) Pani/Pan nowe kwalifikacje lub umiejętności z myślą o możliwości lepszych zarobków?	65
Wykres 48. Wpływ poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej na zdobycie przez pacjentów nowych kwalifikacji lub umiejętności z myślą o możliwości lepszych zarobków.	65
Wykres 49. Wpływ ilości rodzajów zabiegów medycyny estetycznej na zdobycie przez pacjentów nowych kwalifikacji lub umiejętności z myślą o możliwości lepszych zarobków.	65
Wykres 50. Wpływ długości stosowania zabiegów medycyny estetycznej na zdobycie przez pacjentów nowych kwalifikacji lub umiejętności z myślą o możliwości lepszych zarobków.	66
Wykres 51. Czy dzięki temu, że zainwestował(a) Pan/Pani w swój wygląd (poprzez korzystanie z zabiegów z medycyny estetycznej) podjął(a) Pan/Pani lepiej płatną lub dodatkową pracę?	66
Wykres 52. Czy dzięki temu, że zainwestował(a) Pan/Pani w swój wygląd (poprzez korzystanie z zabiegów z medycyny estetycznej) podjął(a) Pan/Pani lepiej płatną lub dodatkową pracę?.....	66
Wykres 53. Wpływ poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej na podjęcie przez pacjentów lepiej płatnej lub dodatkowej pracy.	67
Wykres 54. Wpływ liczby różnych zabiegów medycyny estetycznej na podjęcie przez pacjentów lepiej płatnej lub dodatkowej pracy.	67
Wykres 55. Wpływ długości stosowania zabiegów medycyny estetycznej na podjęcie przez pacjentów lepiej płatnej lub dodatkowej pracy.	67

Wykres 56. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/ Pana podejście do życia, że mogła Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z wystąpieniami publicznymi?	68
Wykres 57. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/ Pana podejście do życia, że mogła Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z wystąpieniami publicznymi? Po odrzuceniu respondentów nie mających takich marzeń.	68
Wykres 58. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/ Pana podejście do życia, że mogła Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z wystąpieniami publicznymi?	68
Wykres 59. Fakt realizacji marzeń o wystąpieniach publicznych w zależności od zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej.....	69
Wykres 60. Fakt realizacji marzeń o wystąpieniach publicznych w zależności od zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej. Z wyłączonej częścią respondentów nie mającą takich marzeń.	69
Wykres 61. Fakt realizacji marzeń o wystąpieniach publicznych w zależności od ilości zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej.....	69
Wykres 62. Fakt realizacji marzeń o wystąpieniach publicznych w zależności od ilości zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej. Z wyłączonej częścią respondentów nie mającą takich marzeń.	70
Wykres 63. Fakt realizacji marzeń o wystąpieniach publicznych w zależności od ilości zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej. $n = 603$	70
Wykres 64. Fakt realizacji marzeń o wystąpieniach publicznych w zależności od ilości zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej. Z wyłączonej częścią respondentów nie mającą takich marzeń.	71
Wykres 65. Czy w Pani/Pana ocenie, po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej, poprawiła się Pani/Panu sytuacja materialna?	71
Wykres 66. Czy w Pani/Pana ocenie, po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej, poprawiła się Pani/Panu sytuacja materialna?	72
Wykres 67. Poprawa sytuacji materialnej po zastosowaniu poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej.	72
Wykres 68. Poprawa sytuacji materialnej w zależności od ilości rodzajów zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej.....	72
Wykres 69. Poprawa sytuacji materialnej w zależności okresu stosowania zabiegów medycyny estetycznej.	73
Wykres 70. Czy w Pani/Pana ocenie, po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej, poprawiła się Pani/Panu jakość życia (nie tylko w ujęciu materialnym)?	73
Wykres 71. Czy w Pani/Pana ocenie, po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej, poprawiła się Pani/Panu jakość życia (nie tylko w ujęciu materialnym)?	74
Wykres 72. Poprawa jakości życia po zastosowaniu poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej. ..	74
Wykres 73. Poprawa jakości życia w zależności od ilości rodzajów zastosowanych zabiegów medycyny estetycznej.	75
Wykres 74. Poprawa jakości życia w zależności okresu stosowania zabiegów medycyny estetycznej.....	75
Wykres 75. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia odczuwałeś/aś swędzenie, bolesność, pieczenie lub mrowienie skóry?	78
Wykres 76. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia byłeś/aś zakłopotany/a czy zażenowany/a stanem swojej skóry?	78
Wykres 77. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Tobie w robieniu zakupów, wykonywaniu prac domowych lub ogrodniczych?	79
Wykres 78. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Twój ubiór?	79
Wykres 79. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Twoje życie towarzyskie lub spędzanie wolnego czasu?.....	80
Wykres 80. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Ci w uprawianiu sportu?.....	80
Wykres 81. Czy w ostatnim tygodniu Twoje dolegliwości skórne uniemożliwiały Ci pracę lub naukę?...81	81

Wykres 82. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne stanowiły problem w kontakcie z partnerem lub partnerką, przyjaciółmi czy rodziną?.....	81
Wykres 83. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia stan Twojej skóry utrudniał Ci współżycie seksualne?.....	82
Wykres 84. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia leczenie dolegliwości skórnych stanowiło dla Ciebie problem, taki jak np. utrudnienie utrzymania porządku w domu czy nadmierne zaabsorbowanie czasu?.....	82
Wykres 85. Procentowy udział poszczególnych wielkości wskaźnika DLQI. Dla prezentacji mikro różnic na tym wykresie zwiększono ilość miejsc dziesiętnych.	83
Wykres 86. Zestawienie zmian mających wpływ na jakość życia po wykonaniu poszczególnych zabiegów medycyny estetycznej. Pytania ukazały wpływ medycyny na badane cechy.	90

Indeks tablic

Tablica 1. Klasyfikacja Fitzpatricka typów skóry pod względem jej wrażliwości na światło.....	21
Tablica 2. Pytania, dopuszczalne odpowiedzi i wagi, mające na celu odpowiedzieć, czy pod względem zawodowym miniony rok u pacjenta należał do udanych czy też nie.	47
Tablica 3. Od kogo lub od czego zależało to, że miniony rok należał do nieudanych lub do udanych? ..	49
Tablica 4. Podklasy DLQI.....	76

Piśmiennictwo

1. Langlois J.H., Roggman L.A., Rieser-Danner L.A.: Infants differential social responses to attractive and unattractive faces. *Develop. Psychol.* 1990, 153–59.
2. Cabrić. M., Pokrywka L.: Piękno ciała. Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2010.
3. Peters I.B. : Kosmetyka. Opracowanie merytoryczne wersji polskiej: Arct. J. Bytkowska K. Stam rea, Warszawa 2007.
4. Dylewska – Grzelakowska J.: Kosmetyka stosowana. WSiP, Warszawa 1999.
5. Gałęba A., Bajurna B.: Wpływ zabiegów z zakresu medycyny estetycznej na funkcjonowanie w społeczeństwie. Sprawne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej, pod redakcją M.D. Głowackiej i J. Galickiego, Poznań 2010, 257–268.
6. <http://krs.ms.gov.pl/Rejestr.aspx>; 27.01.2011.
7. Jeffrey S. Dover: Metody wypełniania tkanek miękkich stosowane w kosmetologii. Redakcja wydania I polskiego – A. Kaszuba. Urban & Partner, Wrocław, 2005.
8. Cunningham M.R.: Measuring the physical in physical attractiveness: Quasi-experiments on the sociobiology of female facial beauty. *J. Personal. Social. Psychol.* 1986, 925–35.
9. Johnson V.S., Franklin M.: Is beauty in the eye of the beholder? *Ethol. Sociobiol.* 1993, 183-199.
10. Jones D., Brace C.L., Jankowiak W., Laland K.N., Musselman L.E, Langlois J.H., Roggman L.A., Perusse D., Schweder B., Symons D.: Sexual selection, Physical Attractiveness and Facial Neoteny: Cross-cultural Evidence and Implications [and Comments and Reply]. *Curr. Anthropol.* 1995, 723–48.
11. Cunningham M.R., Roberts R., Barnbee A.P., Druen P.B., Wu C.: Their ideas of beauty are on the whole, the same as ours. Consistency and variability in the cross-cultural perception of female physical attractiveness. *J. Personal. Social. Psychol.* 1995, 261–79.
12. Baumann L.: Skin ageing and its treatment – *J. of Pathol.* 2007, 211, 241–251.
13. Wydro D.: Starzenie się skóry – aspekty genetyczne, fizjologiczne i patomorfologiczne. *AAAM* 2/2009; 52–62.
14. Wojas-Pelc, Sułowicz J, Nastalek M. Promieniowanie ultrafioletowe, dym tytoniowy i estrogeny ścieżek wpływ na starzenie się skóry; możliwości zapobiegania. *Przegl. Lek.* 2008, 862–6.
15. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2009. [Nobelprize.org](http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2009/). 3 May 2011
16. Raszeja – Kotelba B., Wilk M., Zakrzewska K., Adamski Z.: Starzenie skóry. *Dermatologia dla kosmetologów*. Pod redakcją Z. Adamskiego, A. Kaszuby. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2008, 228–233.
17. Passeron T., Ortonne JP.: Skin ageing and its prevention. *Presse Med.* 2003, 1474–82.
18. Chung J.H., Eun H.C.: Angiogenesis in skin aging and photoaging. *J. Dermatol.* 2007, 593-600.
19. Bartkowiak R., Kaszuba A., Halbina A. i inni: Metody fotoodmładzanie skóry. *Dermatologia dla kosmetologów*. Pod redakcją Z. Adamskiego, A. Kaszuby. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2008, 332–340.
20. Orentreich N., Selmanowitz V.J.: Levels of biological functions with aging; *Trans NY Acad Sci* 1969, 992.
21. Contet-Audonneau JL., Jeanmaire C., Pauly G. A.: Histological study of human wrinkle structures: comparison between sun-exposed areas of the face, with or without wrinkles, and sun-protected areas, *Br. J. Dermatol.* 1999, 1038–47.
22. Kligman A.M.: Perspectives and problems in cutaneous gerontology. *J. Invest. Dermatol.* 1979, 39–46.

23. Nakamura K., Izumiyama–Shimomura N., Sawabe M., Arai T., Noyagi Y., Fujiwara M., et al.: Comparative analysis of telomere lengths and erosion with age in human epidermis and lingual epithelium. *J. Invest. Dermatol.* 2002, 1014–19.
24. Gałęba A. Mezoterapia – jako jedna z metod biorewitalizacji skóry, *Dermatol. Estet.*, 1/2010, 34-40.
25. Derwich K., Pawelczyk L.: Klimakterium. Położnictwo i ginekologia pod red. T. Pisarskiego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001. Wydanie IV unowocześnione, 245–250.
26. Gałęba A., Bajurna B.: Przedwczesne starzenie się skóry – proces, któremu można zapobiec. *Pielęgn. Pol.* 2009, 55–57.
27. Makrantonaki E., Zouboulis C.C.: Niemiecka Centrala Genome Research Network 2. The skin as a mirror of the aging process in the human organism – state of the art and results of the aging research in the German National Genome Research Network 2 (NGFN–2). *Exp. Gerontol.* 2007, 879–86.
28. Calleja–Agius J., Muscat–Baron Y., Brincat M.P.: Skin ageing. *Menopauza Int.* 2007, 60–4.
29. Rabe J.H., Mamelak A.J., McElgunn P.J., Morison W.L., Sauder D.N.: Photoaging: mechanisms and repair. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2006, 1–19.
30. Schober–Ratea.: The sun's damaging effects. *Dermatol. Nurs.* 2001, 279–86.
31. Fitzpatrick T.B.: The validity and practicality of sun-reactive skin types I through VI. *Arch. Dermatol.* 1988, 869-71.
32. Gałęba A.: Zachowania zdrowotne u pacjentów dermatologicznych, mające na celu uchronić ich przed wystąpieniem schorzeń skóry, powstałych w wyniku ekspozycji na promienie słoneczne. Zarządzanie zdrowiem społecznym i edukacją menedżera ochrony zdrowia. Praca zbiorowa pod red. M.D. Głowackiej. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania w Poznaniu. Poznań 2007, 179–185.
33. Rubin M.G.: Chemical Peels. Redaktor Rebecca Tung. Elsevier - Health Sciences Division. 2005.
34. Glogau R.G.: Chemical peeling and aging skin. *J. of Geriatric Dermatol.*, 1994, 30–35.
35. Glogau R.G.: Aesthetic and anatomic analysis of the aging skin. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 1996, 134–138.
36. Sugimoto M., Yamashita R., Ueda M.: Telomere length of the skin in association with chronological aging and photoaging. *J. Dermatol. Sci.* 2006, 43–47.
37. Jonak C., Klosner G., Trautinger F.: Heat shock proteins in the skin. *Inter. J. of Cosmetic Sci.*, 2006, 233–241.
38. Bermann P.E.: Aging skin: causes, treatments, and prevention. *Nurs. Clin. North Am.* 2007, 485–500.
39. Yaar M., Gilchrist B.A.: Aging skin: causes, treatments, and prevention. *Br. J. Dermatol.*, 2007, 874–87.
40. Pessa J., Rochrich R.: *Plast. and Reconstr. Surg.*, 2007.
41. Miękoś – Zydek B., Czyż P., Graczyk A.: Mezoterapia w dermatologii i dermatologii estetycznej. *Dermatologia dla kosmetologów*. Pod redakcją Z. Adamskiego, A. Kaszuby. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2008, 270–4.
42. Mazur Ł.: Starość – dlaczego się jej boimy? *AAAM*, 2008, 63–4.
43. Jagielska A.: Forum praktyków: skuteczne odmładzanie rąk. *Dermatol. Estet.*
44. Cavallini M.: Ewolucja poszukiwań w biorewitalizacji polirybonukleotydów o wysokim stężeniu. *Med. Estet. i Przeciwwstarz.* 2005, 131–5.
45. Sieradzan – Skrzetuska R., Glinka R.: Zastosowanie polidezoksyrybonukleotydów (PDRN) w biorewitalizacji skóry twarzy, szyi i dekoltu metodą mezoterapii. *Pol. J. of Cosmetol.*, 2006, 146–50.
46. Cattarini G., Cavallini M.: Właściwości chemiczne i biologiczne oraz zastosowanie w leczeniu defektów estetycznych kompleksu PDRN. *Med. Estet. i Przeciwwstarz.*, 2005, 15–21.

47. Podgórska E.: Biorewitalizacja skóry twarzy i szyi – wybrane substancje i techniki. *Dermatol. Estet.*, 1/2007.
48. Broniarczyk–Dyła G., Prusińska – Braoś M., Wawrzycka – Kaflik A.: Wstępna ocena efektów zastosowania mezoterapii w leczeniu chorób skóry owłosionej głowy. *Dermatol. Estet.* 2/2005.
49. Harold J. Brody: *Peelingi i resurfacing skóry*. Wydanie polskie pod redakcją W. Placek. Czelej. Lublin 2001.
50. Trznadel – Budźko E., Kaszuba A.: Peelingi chemiczne – definicja, rodzaje, wskazania kliniczne, powikłania. *Dermatologia dla kosmetologów*, pod redakcją Z. Adamskiego, A. Kaszuby. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2008, 265–269.
51. Dainichi T., Amano S., Matsunaga Y., et al.: *J. Invest. Dermatol.* 2006, 416–21.
52. Sakai A., Yamamoto Y., Uede K., Furukawa F.: *Eur. J. Dermatol.* 2005, 239–42.
53. Mirella G.: *Mikrobiologia i choroby zakaźne*. Urban&Partner 2000, 135–136.
54. Coleman Moriarty K.: *Wydanie I pod red. A. Kaszuby; Zastosowanie toksyny botulinowej w zabiegach odmładzania skóry twarzy*. Urban&Partner. Wrocław, 2004.
55. Huang W., Foster J. A., Rogachefsky A. S.: *Pharmacology of botulinum toxin*. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2000, 249–59.
56. Ograczyk A., Kaszuba A., Michalak I.: Toksyna botulinowa w dermatologii estetycznej i kosmetologii. *Dermatologia dla kosmetologów*, pod redakcją Z. Adamskiego, A. Kaszuby. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2008, 304–10.
57. Naumann M., Flachenecker P., Brocker E.: Botulinum toxin for palmar hyperhidrosis. *Lancet* 1997, 252.
58. Gałęba A. i wsp.: Nadmierna potliwość – problem kosmetyczny czy choroba? *AAAAM*, 2/2007, 21-28.
59. Gałęba A.: Użycie toksyny botulinowej w leczeniu nadmiernej potliwości, *AAAAM*, 3/2009, 21-29.
60. Ambroziak M., Kwiek B., Langner A.: Leczenie nadmiernej potliwości. *Dermatol. Estet.* 2002, 56–64.
61. Gassia V.: Prevention and management of locoregional complications of botulinum A toxin injections in cosmetic treatment. *Ann. Dermatol. Venereol.* 2009, 146–51.
62. Schipper H., Clinch J., Powell V.: Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In: Spilker B., ed.: *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia, Lippincott–Raven, 1996: 11–24.
63. Levine N.M.: Incorporation of quality-of-life assessment into clinical trials. In: Osoba D., ed.: *Effect of cancer on quality of life*. Boston, CRC Press, 1991: 105–11.
64. Spilker B.: Introduction. In: Spilker B., ed.: *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia, Lippincott–Raven, 1996: 1–10.
65. Piwowarski W.: *Słownik Katolickiej Nauki Społecznej*. Instytut Wydawniczy PAX, Wydawnictwo Misjonarzy Klaretynów Palabre, Warszawa 1993, 73.
66. Bryan C. P.: *Ancient Egyptian medicine; the Papyrus Ebers (translation)*, Chicago, 1974, 158–161.
67. Ebbell B.: *Papyrus Ebers (translation)*. Copenhagen 1937.
68. Mackee G.M., Karp F.L.: The treatment of post acne scars with phenol, *Br. J. Dermatol.*, 1952, 456–9.
69. Fox G. H.: *Photographic atlas of the diseases of the skin*. Philadelphia 1905, 119–120.
70. Van Scott E.J., Yu R.J.: Control of keratinization with alpha-hydroksy acids and related compounds. *Arch. of Dermatol.*, 1974, 586–90.
71. Van Scott E.J., Yu R.J.: Alpha-hydroksy acids: procedure for use in clinical practice. *Cutis*, 1989, 22–229.
72. Van Scott E.J., Yu R.J.: Hyperkeratinization, corneocyte cohesion and alpha-hydroksy acids. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1984, 867–9.

73. <http://www.statsoft.pl/textbook/glosfra.html>, 31.08.2010.
74. Domański C., Parys D.: Statystyczne metody wnioskowania wielokrotnego. WUŁ 2007.
75. Sobczyk M.: Statystyka. Podstawy teoretyczne, przykłady, zadania, Wyd. Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej, 1998.
76. Gang X.Q.: Marketing Research Review, 1999.
77. Domański C.: Metody statystyczne teoria i zadania, WUŁ, 2001, 382.
78. „Świadome piękno”, <http://www.swiadomepiekno.pl/index.php/o-kampanii/badania-tns-obop> 18.05.10.
79. Diagnoza społeczna 2009, Warunki i jakość życia Polaków, red. J. Czapliński, T. Panek. Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2009r.
80. Czapiński J.: Niewdzięczne społeczeństwo. Charaktery, 1/2000, 28–29.
81. Czapiński J.: Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych, w: M. Kofta, T. Szustrowa (red.), Złudzenia, które pozwalają żyć. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2001, 266–306.
82. <http://www.dermatology.org.uk/quality/quality-dlqi-info.html>, 17.11.2010.
83. <http://www.dermatology.org.uk/quality/quality-dlqi-faqs.html>, 17.11.2010.
84. <http://www.dermatology.org.uk/quality/quality-dlqi-articles.html>, 17.11.2010.
85. <http://www.dermatology.org.uk/translationinfo/dlqipolishinfo.html>, 17.11.2010.
86. Szepietowski J., Adamski Z. i inni. Dermatology Life Quality Index: Polish version. Dermatol. Klin. 2004; 63–70.
87. Rocznik Demograficzny 2009, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2009.
88. Shim C., Achilleas T., Randi E. McCabe, Martin M.A.: Measuring Outcomes in Aesthetic Surgery: A Comprehensive Review of the Literature. A pilot study. 2001 American Medical Association. Reprinted Arch. Facial Plast. Surg., 2001, 198–201.
89. Sadick N.S.: The impact of cosmetic interventions on quality of life. 8J. Dermatol. Online, 2008, 2.
90. Glen T. Porter, Francis B. Quinn: Preoperative Evaluation of the Aesthetic Patient 2004, <http://www2.utmb.edu/otoref/Grnds/Preop-eval-2004-0421/Preop-eval-slides-2004-0421.pdf>, 20.08.2010.
91. Clifford M., Walster E.: The Effect of Physical Attractiveness on Teacher Expectations. Sociol. Edu. 1973, 248–58.
92. Riniolo T.C., Johnson T.R., Misso J.A.: Hot or Not: Do Professors Perceived as Physically Attractive Receive Higher Student Evaluations. J. General Psychol. 2006, 19–35.
93. Sigall H., Ostroje N.: Beautiful but dangerous: Effects of offender attractiveness and nature of the crime on juridic judgment. J. Pers. Soc. Psychol. 1975, 410–4.
94. Langlois J.H., Kalakanis L., Rubenstein A.J., Larson A., Hallam M., Smoot M.: Maxim or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. Psychol. Bull., 2000, 390–423.
95. Fagien S., Carruthers J.D.: A comprehensive review of patient-reported satisfaction with botulinum toxin type a for aesthetic procedures. Plast. Reconstr. Surg., 2008, 1915–25.
96. Sommer B., Zschocke I., Bergfeld D., Sattler G., Augustin M.: Satisfaction of patients after treatment with botulinum toxin for dynamic facial lines. Dermatol. Surg., 2003, 456–60.
97. Buss D.M.: Sex difference in human mate preferences: Evolutionary hypotheses tested in 37 cultures. Behav. Brain Sci. 1989, 1–49.
98. Buss D.M.: Ewolucja pożądania. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2003.
99. Fletcher G.J., Simpson J.A., Thomas G., Giles L.: Ideals in intimate relationship. J. Pers. Soc. Psychol., 1999, 72–89.
100. Rhodes G., Simmons B., Leigh W., Peters M.: Attractiveness and sexual behavior: Does attractiveness enhance mating success? Evol. Human. Behav., 2005, 186–201.
101. Markey C.N., Markey P.M.: Romantic Relationship and Body Satisfaction Among Yang Women. J. Youth Adoles. 2006, 256–64.
102. Thornhill R., Gangestad S.W., Corner R.: Human female orgasm and mate fluctuating asymmetry. Anim. Behav., 1995, 1601–15.

103. Rikowski A., Grammer K.: Human body odour, symmetry and attractiveness. *Proc. R. Soc. Lond.*, 1999, 869–74.
104. Andersson M.: *Sexual selection*. Princeton University Press, Princeton, 1994.
105. Fisher R.A.: *The Genetical Theory of Natural Selection*. Oxford University Press, 1930.
106. Singh D.: Adaptive significance of female physical attractiveness: role of waist-to-hip-ratio. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 293–307.
107. Hamilton W.D., Zuk M.: Heritable true fitness and bright birds: a role for parasites? *Science*, 1982, 384–87.
108. Marlowe C. M., Schneider S.L., Nielson C.E.: Gender and attractiveness biases in hiring decisions: Are more experienced managers less biased? *J. Appl. Psychol.*, 1996, 11–21.
109. Cash T.F., Dipboye R., Arvey R., Terpstra D.: Sex and physical attractiveness of raters and applicants as determinants of resume evaluations. *J. Appl. Psychol.*, 1977, 288–94.
110. Hamermes D.S., Biddle J.E.: Beauty and the Labor Market. *Am. Econ. Rev.*, 1994, 1174–94.
111. Feingold A.: Good-looking people are not what we think. *Psychol. Bull.* 1992, 304–341.
112. Garner D.M.: The 1997 body image survey results. *Psychol. Today* 1997, 30–46.

Załączniki

Ankieta (własnego autorstwa)

Ankieta

Ludzie nie są tacy sami, różnią się między sobą. Żyją w odmiennych warunkach i w różnorodny sposób odczuwają to, co spotyka ich na co dzień, różnie radzą sobie z tym, co niesie życie. Ta ankieta dotyczy tego, jak Pani/Pan widzi swoje życie. Jak zmieniło się ono w wyniku korzystania z zabiegów, z zakresu medycyny estetycznej. Większość pytań powinna Panią/Pana zainteresować, niektóre mogą być nudne a nawet męczące, wiele będzie łatwych — chodzi przecież o Pani/Pana życie, a nie o jakiś nieznan problem, jednak niektóre pytania mogą być trudne. Proszę udzielić na nie odpowiedzi tak, jak Pani/Pan najlepiej potrafi.

Niekiedy może Pani/Pan odnosić wrażenie, że już na jakiś temat Pani/Pan odpowiadał (a), a ja pytam o to samo ale w inny sposób. I będzie miał (a) Pani/Pan rację. Próbuję znaleźć najlepszy sposób zapytania. Proszę się też nie dziwić, że szybko zmieniam temat — pytania zostały ułożone przypadkowo.

Może być Pani/Pan pewna (y) mojej dyskrekcji. Wszystkie odpowiedzi wykorzystane będą wyłącznie do celów naukowych w zbiorczych analizach statystycznych. Przy pytaniach może pojawić się kilka różnych odpowiedzi. Proszę wybrać tę z nich, która najlepiej odpowiada Pani/Pana sytuacji. Przy niektórych pytaniach można zakreślić więcej niż jedną odpowiedź. Jeżeli przy jakimś pytaniu nie ma do wyboru gotowych odpowiedzi, proszę wpisać w miejscu do tego przeznaczonym właściwą notatkę.

Upieram się proszę Panią/Pana o indywidualne wypełnienie ankiety, bez pomocy osób trzecich. Chodzi tutaj bowiem o intymne oceny, odczucia i przekonania a nie o ustalone z innymi osobami opinie.

1. płeć:

- a) K
- b) M

2. Wiek: mam lat

3. Zabiegi z zakresu medycyny estetycznej, z których korzysta Pani/ Pan regularnie to:

(można zaznaczyć kilka możliwości)

- a) Peelingi chemiczne
- b) mezoterapia (igłowa)
- c) wypełniacze (kwas hialuronowy)
- d) toksyna botulinowa typu A (np.: Botox, Dysport, Vistabel)

4. Od jakiego czasu korzysta Pan/ Pani regularnie z zabiegów, z zakresu medycyny estetycznej?

- a) od kilku miesięcy
- b) od 1 roku do 2 lat
- c) od ponad 2 lat do 3 lat
- d) od ponad 3 lat do 5 lat
- e) od ponad 5 lat do 10 lat
- f) powyżej 10 lat

5. Co uważa Pani/ Pan za najważniejszy warunek udanego, szczęśliwego życia?

Proszę na skali znajdującej się obok zakreślić w kółko wartość, która Panią/Pana dotyczy.
1- najmniej dla mnie ważne 7 –najbardziej dla mnie ważne

a). PIENIĄDZE	1	2	3	4	5	6	7
b). DZIECI	1	2	3	4	5	6	7
c). UDANE MAŁŻENSTWO	1	2	3	4	5	6	7
d). PRACA	1	2	3	4	5	6	7
e). PRZYJACIELE	1	2	3	4	5	6	7
f). OPATRZNOŚĆ, BÓG	1	2	3	4	5	6	7
g). POGODA DUCHA, OPTYZMIZM	1	2	3	4	5	6	7
h). UCZCIWOŚĆ	1	2	3	4	5	6	7
i). ŻYCZLIWOŚĆ I SZACUNEK OTOCZENIA	1	2	3	4	5	6	7
j). WOLNOŚĆ, SWOBODA	1	2	3	4	5	6	7
k). ZDROWIE	1	2	3	4	5	6	7
l). WYKSZTAŁCENIE	1	2	3	4	5	6	7
l). SILNY CHARAKTER	1	2	3	4	5	6	7

6. Co skłoniło Panią/Pana do korzystania z zabiegów z zakresu medycyny estetycznej?

Proszę zakreślić w kółko na poniższej skali wartość, która Panią/Pana opisuje.
1- najmniej dla mnie ważne 7 –najbardziej dla mnie ważne

a) chciałam/chciałem wyglądać atrakcyjniej	1	2	3	4	5	6	7
b) chciałam/chciałem wyglądać młodziej	1	2	3	4	5	6	7
c) tego wymaga mój zawód – mój wygląd ważny jest w moim zawodzie	1	2	3	4	5	6	7
d) miałam/miałem dużo kompleksów związanych z moim wyglądem i postanowiłam / postanowiłem to zmienić dzięki zabiegom	1	2	3	4	5	6	7
e) zawsze byłam/byłem atrakcyjna (y) ale z biegiem lat moja fizyczność uległa pogorszeniu i chciałam/chciałem to „naprawić”	1	2	3	4	5	6	7
f) nie potrafię pogodzić się z tym, że się starzeję i dzięki zabiegom chcę opóźnić ten proces	1	2	3	4	5	6	7
g) chciałam/chciałem nabrać większej pewności siebie	1	2	3	4	5	6	7
h) chciałam/chciałem stać się bardziej śmiała w stosunku do innych osób	1	2	3	4	5	6	7
i) chciałam/chciałem stać się bardziej śmiała w stosunku do różnych wyzwań jakie niesie życie i praca	1	2	3	4	5	6	7

7. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/ Pana podejście do życia, że mogła Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z poznaniem wymarzonego partnera?

- a) tak
b) nie
c) zanim zaczęłam korzystać z zabiegów, z zakresu medycyny estetycznej, byłam już w związku, więc nie taki był mój cel

8. Czy dzięki temu, że zainwestowała Pani/Pan w swój wygląd (poprzez korzystanie z zabiegów z medycyny estetycznej) podjęła/podjął Pani/Pan atrakcyjniejszą pracę?

- a) tak
b) nie

9. Czy dzięki temu, że zainwestowała Pani/Pan w swój wygląd (poprzez korzystanie z zabiegów z medycyny estetycznej) podjęła Pani/Pan lepiej płatną lub dodatkową pracę?

- a) tak
b) nie

10. Czy dzięki temu, że zainwestowała Pani/Pan w swój wygląd (poprzez korzystanie z zabiegów z medycyny estetycznej) zdobył (a) Pani/ Pan nowe kwalifikacje lub umiejętności z myślą o możliwości lepszych zarobków?

- a) tak
- b) nie

11. Jak ocenia Pani/Pan materialny poziom swego obecnego życia:

- 1. DOBRY
- 2. DOSYĆ DOBRY
- 3. ANI DOBRY, ANI ZŁY
- 4. NIEZBYT DOBRY
- 5. ZŁY

12. Proszę powiedzieć, w jakim stopniu materialny poziom Pani/Pana obecnego życia odpowiada Pani/Pana aspiracjom, temu co by Pani/Pan chciał (a), pragnął (ęła):

- 1. zupełnie mi nie odpowiada
- 2. jest taki jak chcę
- 3. jest wyższy od tego, czego bym pragnęła/pragnął

13. Jak bardzo cieszysz się życiem?

- a) wcale
- b) trochę
- c) dość mocno
- d) bardzo mocno
- e) niezwykle mocno

14. Proszę ocenić poszczególne dziedziny swego życia i powiedzieć, w jakim stopniu zabiegi z zakresu medycyny estetycznej wpłynęły na Pani/Pana zadowolenie w każdej z tych dziedzin.

(Proszę w odpowiednim miejscu postawić znak „X”. Jeśli jakaś dziedzina Panią/Pana nie dotyczy, proszę zostawić puste miejsce)

NA ILE ZABIEGI Z ZAKRESU MEDYCYN Y ESTETYCZNEJ WPŁYNĘŁY NA PANI/PANA ZADOWOLENIE Z:					
Dziedzina życia	JESTEM BARDZO ZADOWO LONY	JESTEM ZADOWO LONY	JESTEM ANI ZADOWOLONY ANI NIEZADOWO LONY	JESTEM NIEZADOWO LONY	JESTEM BARDZO NIEZADOWO LONY
1. ze swoich stosunków z najbliższymi w rodzinie					
2. z sytuacji finansowej					
3. ze stosunków z kolegami (grupą przyjaciół)					
4. ze swoich osiągnięć życiowych					
5. z perspektyw na przyszłość					

Dziedzina życia	JESTEM BARDZO ZADOWOLONY	JESTEM ZADOWOLONY	JESTEM ANI ZADOWOLONY ANI NIEZADOWOLONY	JESTEM NIEZADOWOLONY	JESTEM BARDZO NIEZADOWOLONY
6. z życia seksualnego					
7. ze swego wykształcenia					
8. ze sposobu spędzania wolnego czasu					
9. z pracy					
10. z dzieci					
11. z małżeństwa					
12. jak mocno odczuwasz zadowolenie z własnego życia ?					
13. jak mocno odczuwasz zadowolenie z samego siebie ?					

15. Od czego lub od kogo zależało to, że miniony rok należał do udanych lub do nieudanych?

(Proszę uszeregować tę zależność wg kolejności od tego co najbardziej na to wpłynęło do tego co miało najmniejsze znaczenie; proszę zaznaczyć obok odpowiednią cyfrę od 1- największe znaczenie, 7 – najmniejsze znaczenie.

Przy każdym pytaniu proszę wpisać inną cyfrę od 1 do 7)

- a). od władz
- b). ode mnie samego
- c). od zabiegów z medycyny estetycznej
- d). od losu (opatrności)
- e). od przyjaciół
- f). od innych, obcych ludzi

W MINIONYM ROKU:

- 16. nie mogłem znaleźć pracy po ukończeniu szkoły 1. TAK 2. NIE 3. NIE DOTYCZY
- 17. zostałem przeniesiony na gorsze stanowisko 1. TAK 2. NIE 3. NIE DOTYCZY
- 18. ominął mnie awans zawodowy 1. TAK 2. NIE 3. NIE DOTYCZY
- 19. awansowałem 1. TAK 2. NIE 3. NIE DOTYCZY
- 20. miałem poważne problemy z szefem 1. TAK 2. NIE 3. NIE DOTYCZY
- 21. otworzyłem własny interes, założyłem firmę 1. TAK 2. NIE
- 22. na prowadzonych interesach straciłem dużo pieniędzy 1. TAK 2. NIE 3. NIE DOTYCZY
- 23. z konieczności podjąłem pracę niezgodną z kwalifikacjami 1. TAK 2. NIE 3. NIE DOTYCZY

24. Proszę ocenić poszczególne swoje odczucia i powiedzieć, w jakim stopniu zabiegi z zakresu medycyny estetycznej wpłynęły na nie.

(Proszę w odpowiednim miejscu postawić znak „X”)

DZIĘKI ZABIEGOM Z ZAKRESU MEDYCYNY ESTETYCZNEJ:					
	ZDECYDOWANIE CZEŚCIEJ	CZEŚCIEJ	ANI CZEŚTO ANI NIE CZEŚTO	RZADZIEJ	ZDECYDOWANIE RZADZIEJ (bardzo rzadko)
1. Odczuwam smutek					
2. Odczuwam lęk					
3. Odczuwam przygnębienie					
4. Jestem spokojny					
5. Czuję się bezpiecznie					
6. Czuję się swobodnie					
7. Czuję się wypoczęty					
8. Jestem napięty					
9. Jest mi dobrze					
10. Czuję, że brak mi pewności siebie					
11. Jestem zdenerwowany					
12. Jestem odprężony					
13. Jest mi przyjemnie					
14. Jestem zadowolony					
15. Jestem zmartwiony					
16. Jestem radosny					
17. Chce mi się płakać					
18. Jestem tak szczęśliwy jak inni					
19. Jestem opanowany					
20. Jestem nie-szczęśliwy					

	ZDECYDOWANIE CZEŚCIEJ	CZEŚCIEJ	ANI CZĘSTO ANI NIE CZĘSTO	RZADZIEJ	ZDECYDOWANIE RZADZIEJ (bardzo rzadko)
21. Jestem odważny					
22. Jestem śmiały					
23. Stoję za swoimi przekonaniami					

25. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/ Pana podejście do życia, że mogła Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z życiem osobistym?

- a) tak
- b) nie
- c) nie miałam/miałem takich marzeń

26. Czy dzięki zabiegom z zakresu medycyny estetycznej tak zmieniło się Pani/ Pana podejście do życia, że mogła Pani/Pan zrealizować swoje marzenia związane z wystąpieniami publicznymi?

- a) tak
- b) nie
- c) nie miałam/miałem takich marzeń

27. Czy po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej ocenia Pani/Pan swój obecny wygląd na atrakcyjniejszy niż przed zabiegami?

- a) tak – wyglądam atrakcyjniej
- b) nie – wyglądam mniej atrakcyjnie
- c) nie dostrzegam istotnych zmian

28. Czy w Pani/Pana ocenie, po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej, poprawiła się Pani/Pana sytuacja materialna?

- a) tak – znacznie
- b) tak – w nieznacznym stopniu
- c) nie – moja aktualna sytuacja jest taka jak przed zabiegami
- d) nie – nieznacznie się pogorszyła po zabiegach medycyny estetycznej
- e) nie – znacznie się pogorszyła po zabiegach medycyny estetycznej
- f) odmawiam odpowiedzi

29. Czy w Pani/Pana ocenie, po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej, poprawiła się Pani/Pana jakość życia (nie tylko w ujęciu materialnym)?

- a) tak – znacznie
- b) tak – w nieznacznym stopniu
- c) nie – moja aktualna sytuacja jest taka jak przed zabiegami
- d) nie – nieznacznie się pogorszyła po zabiegach medycyny estetycznej
- e) nie – znacznie się pogorszyła po zabiegach medycyny estetycznej
- f) odmawiam odpowiedzi

30. Czy po zabiegach z zakresu medycyny estetycznej, zmieniło się nastawienie otoczenia do Pani/Pana osoby?

- a) tak – uległo poprawie, ludzie są bardziej życzliwi
- b) nie zauważyłam (em) zmiany
- c) nie -uległo pogorszeniu

SERDECZNIE DZIĘKUJĘ PANI/PANU ZA POŚWIĘCONY CZAS. JESZCZE RAZ ZAPEWNIAM, ŻE WSZYSTKIE INFORMACJE, KTÓRYCH PANI/PAN UDZIELIŁA (-LIĘ), WYKORZYSTANE BĘDĄ TYLKO W ZBIORCZYCH STATYSTYCZNYCH OPRACOWANIACH NAUKOWYCH.

Ankieta – DLQI. Wskaźnik wpływu dolegliwości skórnych na jakość życia.

DLQI

Liczba punktów :

Celem tego kwestionariusza jest zbadanie w jakim stopniu dolegliwości skórne wpływały na Twoje życie w ostatnim tygodniu PRZED ROZPOCZĘCIEM KORZYSTANIA Z ZABIEGÓW MEDYCYNY ESTETYCZNEJ. Przy każdym pytaniu zakresi jedną kratkę.

- | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia odczuwałeś/aś swędzenie, bolesność, pieczenie lub mrowienie skóry ? | Bardzo mocno <input type="checkbox"/> | |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | |
| 2. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia byłeś/aś zakłopotany/a czy zażenowany/a stanem swojej skóry? | Bardzo mocno <input type="checkbox"/> | |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | |
| 3. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Tobie w robieniu zakupów, wykonywaniu prac domowych lub ogrodniczych ? | Bardzo mocno <input type="checkbox"/> | |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
| 4. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Twój ubiór ? | Bardzo mocno <input type="checkbox"/> | |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
| 5. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Twoje życie towarzyskie lub spędzanie wolnego czasu ? | Bardzo mocno <input type="checkbox"/> | |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
| 6. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Ci w uprawianiu sportu ? | Bardzo mocno <input type="checkbox"/> | |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
| 7. Czy w ostatnim tygodniu Twoje dolegliwości skórne uniemożliwiały Ci pracę lub naukę ?
Jeżeli odpowiedziałeś/łaś "Nie", to w jakim stopniu w ostatnim tygodniu Twoje dolegliwości skórne utrudniały Ci pracę zawodową lub naukę ? | Tak <input type="checkbox"/> | |
| | Nie <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | |
| 8. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne stanowiły problem w kontakcie z partnerem lub partnerką, przyjaciółmi czy rodziną ? | Bardzo mocno <input type="checkbox"/> | |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
| 9. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia stan Twojej skóry utrudniał Ci współżycie seksualne ? | Bardzo mocno <input type="checkbox"/> | |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
| 10. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia leczenie dolegliwości skórnych stanowiło dla Ciebie problem, taki jak np. utrudnienie utrzymania porządku w domu czy nadmierne zaabsorbowanie czasu ? | Bardzo mocno <input type="checkbox"/> | |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |

Proszę sprawdzić, czy odpowiedziałeś/łaś na WSZYSTKIE pytania. Dziękujemy.
©AY Finlay, GK Khan, April 1992, This must not be copied without the permission of the authors.

DLQI

Liczba punktów:

Celem tego kwestionariusza jest zbadanie w jakim stopniu dolegliwości skórne wpływały na Twoje życie W OSTATNIM TYGODNIU. Przy każdym pytaniu zakreśl jedną kratkę.

- | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia odczuwałeś/aś swędzenie, bolesność, pieczenie lub mrowienie skóry ? | Bardzo mocno <input type="checkbox"/> | |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | |
| 2. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia byłeś/aś zakłopotany/a czy zażenowany/a stanem swojej skóry? | Bardzo mocno <input type="checkbox"/> | |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | |
| 3. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Tobie w robieniu zakupów, wykonywaniu prac domowych lub ogrodniczych ? | Bardzo mocno <input type="checkbox"/> | |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
| 4. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Twój ubiór ? | Bardzo mocno <input type="checkbox"/> | |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
| 5. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Twoje życie towarzyskie lub spędzanie wolnego czasu ? | Bardzo mocno <input type="checkbox"/> | |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
| 6. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Ci w uprawianiu sportu ? | Bardzo mocno <input type="checkbox"/> | |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
| 7. Czy w ostatnim tygodniu Twoje dolegliwości skórne uniemożliwiały Ci pracę lub naukę ?
Jeżeli odpowiedziałeś/łaś "Nie", to w jakim stopniu w ostatnim tygodniu Twoje dolegliwości skórne utrudniały Ci pracę zawodową lub naukę ? | Tak <input type="checkbox"/> | |
| | Nie <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | |
| 8. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne stanowiły problem w kontakcie z partnerem lub partnerką, przyjaciółmi czy rodziną ? | Bardzo mocno <input type="checkbox"/> | |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
| 9. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia stan Twojej skóry utrudniał Ci współżycie seksualne ? | Bardzo mocno <input type="checkbox"/> | |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |
| 10. W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia leczenie dolegliwości skórnych stanowiło dla Ciebie problem, taki jak np. utrudnienie utrzymania porządku w domu czy nadmierne zaabsorbowanie czasu? | Bardzo mocno <input type="checkbox"/> | |
| | Bardzo <input type="checkbox"/> | |
| | Trochę <input type="checkbox"/> | |
| | Wcale <input type="checkbox"/> | Nie dotyczy <input type="checkbox"/> |

Proszę sprawdzić, czy odpowiedziałeś/łaś na WSZYSTKIE pytania. Dziękujemy.
©AY Finlay, GK Khan, April 1992, This must not be copied without the permission of the authors.

Streszczenie

Niniejsza praca przedstawia odmienne spojrzenie na medycynę estetyczną. Zainteresował mnie wpływ zabiegów zaliczanych do medycyny estetycznej na życie ludzi, którzy się jej poddają. Najważniejszą cechą ludzkiego życia jest subiektywne postrzeganie jego jakości, na co wpływ ma wiele czynników, do których zalicza się wygląd zewnętrzny.

Na wstępie tej pracy skoncentrowałam się na opisaniu samej istoty medycyny estetycznej, oraz wskazaniu możliwości jakie ona oferuje. W kolejnej części został opisany rys historyczny tej dziedziny nauki z ukierunkowaniem na stosowanie jej w naszym kraju.

Głównym celem pracy było przeprowadzenie badania i jego analizy na pacjentach korzystających z zabiegów medycyny estetycznej i ocena ich wpływu na szeroko pojmowaną jakość życia. Pozwoliło to na wykazanie, w sposób wiarygodny statystycznie, że zabiegi medycyny estetycznej mają znaczący statystycznie wpływ na dwa podstawowe elementy życia człowieka, którymi są: życie osobiste i zawodowe.

Rdzeniem tej rozprawy jest badanie ankietowe na grupie wynoszącej $n=603$ pacjentów korzystających z zabiegów medycyny estetycznej. Pozwoliło to zweryfikować hipotezy przyjęte na początku pracy i stwierdzić, że korzystanie z medycyny estetycznej między innymi ułatwia relacje międzyludzkie i relacje społeczne, szczególnie w ujęciu osobistym.

Praca ta składa się z 4-ech elementów: definicji, historii, założeń (hipotez) oraz matematycznego podejścia do ich weryfikacji.

Summary

This paper presents a different approach to aesthetic medicine. I'm interested in the impact of treatments included in aesthetic medicine on people who use it. The most important feature of human life is a subjective perception of its quality, which is influenced by many factors including the external appearance.

First of all, in this work I focused on describing the very essence of aesthetic medicine and the presentation of the possibilities it offers. In the next section concepts related to aesthetic medicine were discussed and historical overview of the field of science was presented.

The main objective of this study was to carry out the study and its analysis on patients using the aesthetic medicine treatments and evaluate their impact on quality of life in the broad sense. This allowed to show, in a statistically significant way, that the medical beauty treatments have statistically significant influence on the two basic elements of human life which are: personal and professional life.

The core of this dissertation is a survey on a group of $n=603$ patients in aesthetic medicine treatments. This allowed to verify the hypothesis taken at the start of work and concluded that the use of aesthetic medicine, inter alia, facilitates the interpersonal and social relations, particularly in terms of personal development.

This work consists of a four-four elements: the definition, history and objectives (hypotheses) and a mathematical approach to verification.