

Beata Kowalewska^{1,2}, Elżbieta Krajewska-Kułak¹, Irena Wrońska³, Wiaczesław Niczyporuk², Anna Baranowska¹, Hanna Rolka¹, Krystyna Klimaszewska¹, Cecylia Łukaszuk¹, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz¹, Barbara Jankowiak^{1,2}, Krystyna Kowalczyk¹, Dorota Kondzior¹, Agnieszka Lankau¹

¹Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

²Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

³Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wiedza pielęgniarek i położnych na temat chorób skóry

Knowledge of nurses and midwives on the skin disorders

STRESZCZENIE

Wstęp. W piśmiennictwie istnieje niewiele doniesień na temat wiedzy pielęgniarek/położnych na temat chorób skóry.

Cel pracy. Celem pracy była samoocena wiedzy pielęgniarek i położnych na temat chorób skóry i ich oczekiwań w zakresie pogłębiania wiedzy w tym zakresie.

Materiał i metody. Badaniem objęto 1713 pielęgniarek i położnych i prowadzono je na podstawie anonimowego kwestionariusza ankietowego.

Wyniki. Najwięcej badanych było w wieku 31–40 lat (49,7%) i 41–50 lat (33,7%). Były to w większości absolwentki liceum medycznego (46,5%), ze stażem pracy 21–30 lat (29%). Prawie co 5. ankietowana osoba posiadała specjalizację, najczęściej z pielęgniarstwa zachowawczego (5,1%) i chirurgicznego (3,2%). Wśród ankietowanych dominowały pielęgniarki odcinkowe — 67,3% oraz zabiegowe — 13,8%. Badane osoby miały najczęściej kontakt z chorymi z problemami skórными kilka razy w miesiącu (29,6%). Swoją wiedzę na temat chorób skóry uznały w większości za dobrą (57,7%). Ponad połowa (50,4%) badanych twierdziła, że miała możliwość poszerzenia jej, głównie z pomocą literatury medycznej oraz wykładów i zajęć w szkole. Chęć poszerzenia swojej wiedzy w powyższym zakresie deklarowało 81,9% osób, w tym 97% pielęgniarek dermatologicznych, 80,9% pielęgniarek pracujących na innych oddziałach oraz 83,9% położnych. Preferowaną formą byłyby najczęściej szkolenia (51,3%) i kursy (15,9%). Aż 34,4% badanych nie było w stanie zaproponować tematyki poszerzającej ich wiedzę z zakresu dermatologii, a te, które ją wymieniały, sugerowały zagadnienia związane z: chorobami zakaźnymi skóry (17,1%), profilaktyką dermatoz, pielęgnacją skóry zdrowej i zmienionej chorobowo (16,9%) oraz profilaktyką grzybic (6,4%). W opinii 70,3% badanych poszerzenie wiedzy przyczyniłoby się do poprawy opieki nad chorymi.

Wnioski. Pielęgniarki pracujące na oddziałach dermatologicznych najczęściej oceniały swoją wiedzę na temat schorzeń skóry jako dobrą, zaś pozostałe jako słabą. Większość badanych deklarowała chęć poszerzenia swojej wiedzy w zakresie chorób skóry, zwłaszcza w poprawie opieki nad pacjentem, chorób zakaźnych skóry, profilaktyki dermatoz oraz pielęgnacji skóry zmienionej chorobowo. Najczęściej potrzebę ustawicznego szkolenia zgłaszały pielęgniarki dermatologiczne. Preferowanymi sposobami byłyby szkolenia, kursy oraz wykłady. W opinii większości respondentek poszerzenie wiedzy w zakresie chorób skóry skutkowałoby poprawą opieki w stosunku do pacjentów z tymi schorzeniami. Na podstawie przeprowadzonych badań uznano, że konieczne jest dążenie do wdrożenia w programach kształcenia pielęgniarek i położnych zagadnień z zakresu dermatologii oraz wprowadzenie systematycznych szkoleń dla pielęgniarek i położnych w zakresie dermatologii.

Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (3): 315–321

Słowa kluczowe: pielęgniarki, położne, wiedza, choroby skóry

Adres do korespondencji: dr n. med. Beata Kowalewska, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 7a, 15–096 Białystok, tel. (85) 748 55 28, e-mail: mocnakawa1@gmail.com

ABSTRACT

Introduction. In the literature there are a few reports on the knowledge of nurses and midwives on the skin disorders.

Aim of the study. The aim of the study was self-assessment of nurses and midwives knowledge on skin disorders and their expectations on acquire knowledge in this field.

Material and methods. The study comprised 1713 nurses and midwives using anonymous questionnaire.

Results. Most responders (49.7%) were aged between 31–40 and 41–50 years (33.7%). In all, 46.5 % graduated medical schools with a long practice 21–30 years (29%). Nearly 1/5 of the surveyed had a speciality, more often in the preventive (5.1%) and surgery nursing (3.2%). Of the respondents 67.3% was licensed practice nurses and nurse practitioners 13.8%. Only 29.6% had seen patients with skin disorders several times a month. Almost (57.7%) of respondents had assessed their knowledge on the skin disorders as a good. They said that could acquire knowledge in this filed by medical literature, lectures and classes in school. Overall, 81.9% of the surveyed wanted to acquire their knowledge, 97% of the dermatologic nurses, 80.9% of nurses worked at another departments, and 83.9% of midwives. Almost half (51.3%) of respondents preferred training and 15.9% courses. Nearly, 34.4% could not to present topics on dermatology, 17.1% suggested the issues on skin infections, 16.9% preferred prophylaxis, care of health and sick skin, and 6.4% mycoses prophylaxis. In the opinion of 70.3% of respondents increased knowledge may have contributed to the improvement of patient care.

Conclusions. Dermatologic nurses assessed their knowledge on skin disorders as good, another nurses as a poor. Most the surveyed declared to acquire their knowledge on skin disorders, patients care, skin infections, prophylaxis, and care. Dermatologic nurses declared necessity of continuing education. They preferred training, courses, and lectures. Most the surveyed said that acquire of the knowledge on skin disorders improving care for patients with these disorders. The introduction of educational programs to nurses and midwives on dermatology. Introduction of continuing trainings for nurses and midwives on dermatology.

Nursing Topics 2011; 19 (3): 315–321

Key words: nurse, midwives, knowledge, skin disorders

Wstęp

Dermatologia (z greckiego słowa *derma* = skóra) jest nauką o chorobach skóry. W ostatnich 10–15 latach nastąpił niebywały rozwój tej dziedziny. Największy wpływ miał na to z pewnością postęp w dziedzinie biologii molekularnej. Do terapii dermatologicznej wprowadzono wiele nowych preparatów warunkujących postęp w leczeniu prawie wszystkich dermatoz. Dynamiczniej zaczęła się rozwijać chirurgia dermatologiczna, a dermatologia stała się w większym stopniu dziedziną interdyscyplinarną, wymagającą śledzenia na bieżąco wszelkich nowości i uzupełniania własnej wiedzy.

Skóra jest największą i jedną z najważniejszych części naszego organizmu. Choroby dermatologiczne stanowią problem nie tylko dla pacjenta i jego rodziny, ale także dla pielęgniarek pomagających pacjentom w codziennych czynnościach pielęgnacyjno-diagnostyczno-terapeutycznych. Pielęgniarki w większości oddziałów szpitalnych często unikają kontaktu z chorymi ze zmianami na skórze lub niechętnie wykonują u nich wszelkie zabiegi. Może to wynikać z jednej strony z obaw o stan własnego zdrowia, a z drugiej z braku odpowiedniej wiedzy na temat chorób skóry

Dane z piśmiennictwa wskazują, że liczba chorób skóry, zaliczanych w większości do chorób przewlekłych, nie zmniejsza się, o czym świadczą systematycznie prowadzone dane epidemiologiczne. W Polsce około 4–5 milionów ludzi cierpi na choroby skóry, a szacuje się, że w tej grupie blisko milion to osoby z najcięższymi schorzeniami dermatologicznymi, takie jak: łuszczyca zwykła, stawowa, zapalenie atopo-

we skóry, kolagenozy, nowotwory skóry, czerniak [1]. Miękoś-Zydek i wsp. [2] podają, że łuszczyca dotyczy około 1–3% społeczeństwa. Neneman i Adamski [3] sugerują, że częstość jej występowania różni się w zależności od szerokości geograficznej, przynależności rasowej czy etnicznej i dotyczy około 2% populacji ogólnej na świecie, 1–3% populacji Europy oraz Stanów Zjednoczonych. Dane epidemiologiczne potwierdzają, że w ciągu ostatnich lat ich liczba ciągle wzrasta [4]. Z badań przeprowadzonych wśród ludności zamieszkującej umiarkowane strefy klimatyczne wynika, że przewlekłe infekcje grzybicze występują u 10–20% populacji [5]. Grzybica paznokci stanowi około 50% wszystkich chorób paznokci i około 30% wszystkich grzybic skóry z przydatkami [6, 7]. Częstość występowania atopowego zapalenia skóry szacuje się na 1–5% całej populacji ludności białej [8]. Postać pokrzywki według Prystupy występuje u około 50% populacji [9]. Raki skóry są najczęstszymi nowotworami złośliwymi i stanowią około 1/3 wszystkich wykrywanych nowotworów [10]. W ostatnich dziesięcioleciach ogólna zachorowalność wzrasta o 10–15% rocznie [10].

Ze względu na to, że choroby skóry nie zagrażają życiu pacjentów w sposób bezpośredni, często są uważane za problem kosmetyczny, powodujący niewielkie konsekwencje zdrowotne dla chorych. Bywają więc bagatelizowane przez społeczeństwo, osoby odpowiedzialne za ochronę zdrowia, decydujące o finansowaniu opieki zdrowotnej, a nawet przez lekarzy i innych członków zespołu terapeutycznego.

W kształceniu pielęgniarek nie ma przedmiotu „dermatologia”, który pozwalałby na pozyskanie niezbędnej wiedzy w zakresie chorób skóry i opieki nad pacjentami z takim problemami, a w piśmiennictwie fachowym istnieje niewiele doniesień na temat wiedzy pielęgniarek i położnych na temat chorób skóry.

Cel pracy

Celem pracy była samoocena wiedzy pielęgniarek i położnych na temat chorób skóry i ich oczekiwań w zakresie pogłębiania wiedzy w tym zakresie.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody R-I-003/323/2006 Komisji Bioetycznej Akademii Medycznej w Białymstoku (obecnie Uniwersytetu Medycznego). Ogółem rozprawdzono 1900 ankiet, zaś do badania wykorzystano 1713 kwestionariuszy wypełnionych przez pielęgniarki i położne zatrudnione w otwartej i zamkniętej opiece zdrowotnej, w tym 101 pielęgniarek zatrudnionych w pionie dermatologicznym.

W badaniach wykorzystano anonimowy kwestionariusz skonstruowany na potrzeby badań. Ankieta składała się z 7 pytań w części ogólnej oraz 25 pytań w części zasadniczej. Pytania części ogólnej dotyczyły wieku, stażu w zawodzie, wykształcenia, zajmowanego stanowiska oraz posiadanych specjalizacji, a pytania części szczegółowej — między innymi częstości kontaktów ankietowanych z chorymi dermatologicznie w pracy zawodowej, rodzaju chorób skóry, z jakimi najczęściej mają styczność, oraz samooceny wiedzy na temat chorób skóry i zapotrzebowania ankietowanych na podnoszenie kwalifikacji i poszerzanie wiedzy.

Podczas analizy danych, w celu opisu zgromadzonego materiału badawczego oraz określenia wiarygodności zależności zaobserwowanych w próbie i możliwości ich uogólnienia na całą populację, zastosowano wybrane narzędzia statystyczne, analizę wariancji (ANOVA) oraz test niezależności χ^2 . Wykorzystane testy statystyczne posłużyły do oceny, czy zależności zaobserwowane w próbie są efektem ogólniejszej prawidłowości panującej w całej populacji czy tylko przypadkowym rezultatem. Wynikiem testu statystycznego było tak zwane prawdopodobieństwo testowe (p), którego niskie wartości świadczą o istotności statystycznej rozważanej zależności. Przyjęto przy tym najczęściej następujące reguły: gdy $p < 0,05$, występowała statystycznie istotna zależność; $p < 0,01$ — wysoce istotna zależność i $p < 0,001$ — bardzo wysoka istotna statystycznie zależność.

Wyniki

Analiza dotyczyła opinii i wiedzy 1713-osobowej grupy pielęgniarek i położnych, w tym 101 pielęgniarek dermatologicznych, 32 położnych i 1580 pielęgniarek z oddziałów innych niż dermatologiczne, na

temat postrzegania chorych z problemami skórnymi oraz wybranych kwestii związanych z jakością życia tych pacjentów.

Wiek badanych pielęgniarek i położnych wynosił 20–60 lat. Najwięcej osób było w wieku 31–40 lat (49,7%) i 41–50 lat (33,7%). Pozostałe osoby miały 20–30 lat (10,2%) oraz 51–60 lat (6,4%).

Większość ankietowanych (73,8%) mieszkała w mieście i ukończyła liceum medyczne (46,5%). Inne pielęgniarki były absolwentkami studium medycznego (30,5%), miały wykształcenie licencjackie (16,8%) lub wyższe pielęgniarskie (1,9%).

Największą grupę (94,1%) stanowiły pielęgniarki i położne zatrudnione na innych niż dermatologiczne oddziałach i przychodniach. W większości (82%) respondenci pracowały w lecznictwie zamkniętym, z reguły na oddziałach zachowawczych (31,1%) lub zabiegowych (26,9%).

Prawie co 5. ankietowana osoba posiadała specjalizację, najczęściej z pielęgniarstwa zachowawczego (5,1%), chirurgicznego (3,2%), intensywnej terapii i anestezjologii (1,9%), pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego (1,8%), operacyjnego (1,4%), pediatricznego (1,3%), organizacji i zarządzania (0,7%), medycyny społecznej (0,6%), pielęgniarstwa psychiatrycznego (0,5%), opieki paliatywnej (0,3%), pielęgniarstwa ratowniczego (0,3%), a po 0,1% z pielęgniarstwa epidemiologicznego, opieki okołoporodowej, onkologii, pielęgniarstwa położniczo-ginekologicznego, edukacji zdrowotnej, neonatologii, diabetologii, mikrobiologii, medycyny pracy i pielęgniarstwa niepełnosprawnych. Specjalizacji nie posiadało 82% badanych.

Wśród badanych najliczniejszą grupę (29%) stanowiły osoby ze stażem pracy w wieku 21–30 lat. Najmniej liczną grupę (5,1%) stanowiły osoby ze stażem 30 i więcej lat. Staż pozostałych badanych mieścił się w przedziałach: 1–5 lat (9,3%), 6–10 lat (11%), 11–15 lat (19,7%) oraz 16–20 lat (24,6%).

Wśród ankietowanych dominowały pielęgniarki odcinkowe — 67,3% oraz zabiegowe — 13,8%. Pozostałe pracowały jako pielęgniarka koordynująca (5,6%), oddziałowa (3,6%), środowiskowa (2,6%), instrumentariuszka (0,65%), pielęgniarka anestezjologiczna (0,5%), ratownik medyczny (0,4%), położna środowiskowa, położna, asystentka, pielęgniarka zespołu wyjazdowego (po 0,2%) lub jako pielęgniarka medycyny szkolnej, praktyki indywidualnej, zmianowa, operacyjna, naukowo-kliniczna, specjalistka do spraw epidemiologii, rejestratorka medyczna, szczenienna, ambulatoryjna lub przełożona (po 0,1%).

Badane osoby miały najczęściej kontakt z chorymi z problemami skórnymi kilka razy w miesiącu (29,6%), kilka razy w roku (27,5%) lub codziennie (22,2%). Pozostałe — kilka razy w tygodniu (18%) lub sporadycz-

nie (2%). Liczby kontaktów nie potrafiło sprecyzować 0,7% badanych.

Wśród schorzeń, z którymi pielęgniarki i położne najczęściej spotykały się w pracy zawodowej, dominowała łuszczyca (46,1%), grzybice (33,1%), zmiany alergiczne (28,3%), owrzodzenia podudzi (14,8%), świerzb (14,5%) i odleżyny (13,7%). Wśród innych wymienianych schorzeń znalazły się także atopowe zapalenie skóry (10,4%), odparzenia (9,2%), pokrzywka (6,5%), wyprysk (5,7%), półpasiec (5,4%), róża (3,5%), trądzik młodzieńczy (2,8%), stopa cukrzycowa (1,9%), pęcherzyca (1,6%), bielactwo (1,4%), łupież pstry lub zmiany nowotworowe (po 1,2%) oraz w pojedynczych przypadkach inne choroby. Zdania w powyższej kwestii nie wyraziło 3,4% badanych.

W kolejnym etapie pielęgniarki i położne oceniały swoją wiedzę na temat chorób skóry. Za dobrą uznała ją 57,7% badanych, za bardzo dobrą — 2,3%, a jako słabą lub bardzo słabą — 39,2% badanych. Poziomu swojej wiedzy nie potrafiło określić 0,8% respondentek. W badanej grupie znalazły się również takie osoby, które za choroby zakaźne uważały łuszczycę (0,4%), bielactwo (0,1%) i wyprysk (0,2%).

Wykazano znamienne statystycznie różnice w samoocenie wiedzy na temat chorób skóry między badanymi grupami pielęgniarek i położnych ($p < 0,001$). Wszystkie badane grupy najczęściej oceniały swoją wiedzę na temat schorzeń dermatologicznych jako dobrą (odpowiednio 80,2% pielęgniarek dermatologicznych, 64,5% położnych i 56,6% pielęgniarek z innych oddziałów). Za słabą uważały ją w znacznej większości pielęgniarki pracujące na oddziałach innych niż dermatologia (39,7%), położne (32,3%) i 4,95% pielęgniarek dermatologicznych. O tym, że ich wiedza jest bardzo dobra, było przekonanych 14,9% pielęgniarek dermatologicznych, 1,5% pielęgniarek z innych oddziałów i ani jedna położna.

Na pytanie, czy wszystkie choroby skóry są zakaźne, zdecydowana większość pielęgniarek (94%) odpowiedziała, że nie wszystkie. Przeciwnie zdanie wyraziło 2,2% badanych, a co 20. osoba nie miała dostatecznej wiedzy na ten temat.

Znalazło to także odzwierciedlenie w zestawieniu chorób skóry uznanych przez pielęgniarki za zakaźne. Ankietowane najczęściej wskazywały świerzb (38,5%) i grzybice (33,2%). Z innych chorób wymieniano różę (8,5%), półpaśca (8,5%), ospę (1,55), liszajec (0,4%), odrę (0,1%), brodawki (0,1%), opryszczkę (0,1%), ropnie (0,1%) i kłykciny (0,1%). Kłopoty z zakwalifikowaniem jednostek chorobowych jako zakaźne lub nie miało aż 14,8% badanych.

Ponad połowa pielęgniarek i położnych poddanych badaniu (50,4%) twierdziła, że miała możliwość poszerzenia swojej wiedzy na temat chorób skóry za pomocą literatury medycznej, wykładów i zajęć w szkole

lub na uczelni, internetu, informacji od lekarza dermatologa, telewizji oraz broszur popularnonaukowych. Sposobami poszerzenia wiedzy były też szkolenia, kursy, udział w konferencjach lub doświadczenia własne (choroba w rodzinie, własna choroba, opieka nad chorym z problemami skórnymi). Możliwości takiej nie miało 49,4% respondentek, a 0,2% nie wyraziło w tej kwestii swojej opinii.

Chęć poszerzenia swojej wiedzy w zakresie dermatologii deklarowało, mimo powyższych stwierdzeń, aż 81,9% respondentek, w tym 97% pielęgniarek dermatologicznych, 80,9% pielęgniarek pracujących na innych oddziałach oraz 83,9% położnych. Chęci dokształcania nie wyraziło 3% pielęgniarek dermatologicznych, 19,1% pielęgniarek niedermatologicznych i 16,1% położnych.

Preferowanymi sposobami zgłębienia tematyki dermatologicznej byłyby najczęściej: szkolenia (51,3%), kursy (15,9%) oraz wykłady (8,3%). Pozostałe badane wskazywały artykuły w czasopismach dla pielęgniarek (3,6%), konferencje tematyczne (3,4%), samokształcenie (1,9%), prezentacje (1,8%), ulotki lub broszury (1,8%), praktyczną naukę dermatologii (0,8%), specjalizacje (0,7%) lub staże na oddziałach dermatologicznych (0,5%). Około 1/5 badanych (21,1%) nie umiała sprecyzować, jakiej oczekuje formy poszerzenia wiedzy.

W zakresie problematyki, jaką były zainteresowane pielęgniarki i położne, które chciały poszerzyć swoją wiedzę, była duża rozbieżność. Najczęściej wskazywano na tematy z zakresu chorób zakaźnych skóry (17,1%), profilaktyki wszystkich chorób dermatologicznych oraz pielęgnacji skóry zdrowej i zmienionej chorobowo (16,9%), profilaktyki grzybic (6,4%) oraz kliniki łuszczycy (6,2%). Inne osoby preferowały zagadnienia związane z nowoczesnymi metodami leczenia (5,3%), alergią (5%), chorobami występującymi w warunkach szpitalnych, atopowym zapaleniem skóry (3,3%), epidemiologią dermatoz (2%), dermatozami wieku rozwojowego (2,0%) oraz nowotworami skóry (1,7%). Badane osoby wyrażały też zainteresowanie zagadnieniami związanymi z dermatologią estetyczną (0,9%), alergią i reakcjami skórnymi wśród pracowników służby (0,8%), chorobami wenerycznymi (0,7%), zakażeniami gronkowcem (0,2%), leczeniem żyłaków (0,2%), AIDS (0,1%), genetycznymi uwarunkowaniami dermatoz (0,21%), oparzeniami skóry (0,1%) lub dermatologią zabiegową (0,1%). Część osób chciałaby uzyskać wiedzę z zakresu metod wsparcia psychologicznego chorych (0,5%) lub poprawą jakości życia osób chorych (0,2%). Niezdecydowanych w tym względzie było aż 34,4% respondentek.

W opinii 70,3% badanych możliwość poszerzenia wiedzy w zakresie chorób skóry skutkowałaby poprawą opieki w stosunku do pacjentów obarczonych takimi

schorzeniami. Odminną opinię wyraziło 8,2% badanych, a 21,5% nie miało w tej kwestii zdania.

Dyskusja

Przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych, funkcjonujących w opiece zdrowotnej, pełnią podobne funkcje zawodowe (np. promowania zdrowia, rehabilitacyjna, edukacyjna, profilaktyczna, lecznicza), jednak w różnym zakresie, który wynika z uszczegółowienia i opisu czynności charakterystycznych dla danej profesji. Ich realizacja pozwala wypełnić zadania zawodowe zarówno w stosunku do odbiorcy usług, siebie samego, jak i własnej grupy zawodowej. Należy pamiętać, że wszystkie funkcje pełnione przez pielęgniarki i położne nie są oddzielnymi, samodzielnie funkcjonującymi elementami, a przenikają się wzajemnie i uzupełniają w czasie wykonywania pracy zawodowej. W praktyce, w czasie pełnienia na przykład funkcji terapeutycznej czy opiekuńczej, pielęgniarka lub położna może i powinna realizować inne funkcje, na przykład profilaktyczną czy promocji zdrowia. Jednak należy pamiętać, że pielęgniarka/położna przy podejmowaniu działań związanych z pełnieniem funkcji zawodowych nie może wykraczać poza swoje umiejętności i uprawnienia zawodowe [11, 12].

Aby właściwie realizować swoje funkcje zawodowe, pielęgniarki i położne powinny także wykazywać się odpowiednią wiedzą. Niestety, w literaturze znajduje się niewiele badań odnoszących się do poziomu wiedzy pielęgniarek i położnych dotyczących opieki nad chorym z problemami dermatologicznymi.

W badaniach Krajewskiej-Kułał i wsp. [13] obejmujących 314 pielęgniarek ze stażem pracy od roku do 30 lat wykazano, że większość pielęgniarek wiedziała, że pacjenci z grzybicą nie zdają sobie sprawy ze swego schorzenia. Żadnej charakterystycznej dla grzybiczy lokalizacji nie potrafiło wymienić 6,8% ankietowanych, ale już 98,4% badanych uważało, że zna drogi zakażenia grzybicą oraz sposoby jej zapobiegania. Do głównych metod profilaktyki przeciwgrzybiczej zaliczały one właściwą higienę osobistą (62,4%), unikanie kontaktu z rzeczami pacjentów (50,4%) oraz z osobami chorymi (31,2%). Niewłaściwe sposoby zapobiegania grzybicom podawało 4,8% ankietowanych. Badane pielęgniarki uważały, że najważniejsze tematy edukacyjne powinny dotyczyć sposobów zapobiegania grzybicom (68,8%) oraz ich leczenia (24,8%), a poszerzanie wiedzy powinno się odbywać za pomocą szkoleń (70,4%). Jedynie 1,6% ankietowanych oceniło swoje przygotowanie do edukacji jako bardzo wysokie [13].

Badania Jankowiak i wsp. [14, 15] przeprowadzone w grupie 530 pielęgniarek wykazały, że nie mają one wystarczającej wiedzy na temat łuszczycy, by właściwie rozpoznawać problemy pielęgnacyjne pacjentów oraz prowadzić ich edukację. Ponad połowa (53,2%) z nich

nie znała przyczyn powstawania łuszczycy, a 25% nie potrafiło podać żadnego zalecenia wpływającego na poprawę zdrowia chorego [14, 15].

Zegarska i wsp. [16] wykazali, że wiedza 125 respondentów na temat przyczyn powstawania suchości skóry i możliwości jej zapobiegania jest zdecydowanie niezadowalająca. Nie znali oni zasad i możliwości pielęgnacyjnych suchej skóry.

Pielęgniarki i położne, które wzięły udział w badaniu opisanym w niniejszej pracy, uważały swoją wiedzę na temat schorzeń dermatologicznych za gorszą niż położne (32,3%) i pielęgniarki pracujące na innych oddziałach niż dermatologiczne (39,7%). Chęć poszerzenia wiedzy deklarowało aż 81,9% badanych. Preferowanymi sposobami były między innymi szkolenia (51,3%), kursy (15,9%) oraz wykłady (8,3%).

Każda choroba somatyczna, szczególnie długotrwała, jest trudna dla chorego oraz jego rodziny. Może ona wywoływać wiele reakcji u podopiecznych i ich rodzin, które kolejno mogą wpływać na możliwość lub poziom realizacji funkcji zawodowych przez pielęgniarki i położne. Szczególną grupę stanowią tu pacjenci z chorobami skóry, u których obraz samego siebie oraz choroby, przy świadomości „widoczności” zmian chorobowych dla otoczenia, wywiera głęboki wpływ na zachowanie pacjenta, reakcje na otoczenie, obniżenie nastroju, zaburzenia w odżywianiu, unikanie współpracy z członkami zespołu terapeutycznego oraz nadinterpretację zachowań innych osób [17].

Bardzo niepokojącym zjawiskiem jest fakt, że aż 34,3% pielęgniarek i położnych nie umiało sprecyzować zagadnień, które umożliwiłyby im pogłębienie wiedzy na temat dermatoz. W zakresie problematyki, jaką byłyby zainteresowane pielęgniarki i położne, panowała duża rozbieżność. Najczęściej wskazywano na tematy z zakresu chorób zakaźnych skóry (17,1%), profilaktyki wszystkich chorób dermatologicznych oraz pielęgnacji skóry zdrowej i zmienionej chorobowo (16,9%). Niewielki odsetek badanych wymienił problematykę z zakresu metod wsparcia psychologicznego chorych (0,5%) lub poprawy jakości życia osób chorych (0,2%).

Mimo wszystko pielęgniarki i położne zaczynają zauważać, że wygląd skóry i jej przydatków jest nie tylko źródłem informacji o stanie zdrowia organizmu, ale wpływa na samoocenę oraz postrzeganie danej osoby przez otoczenie. W związku z tym pacjent z problemami skórными często wymaga nie tylko opieki dermatologa, ale także psychologa, a nawet psychiatry. Osoby z chorobą dermatologiczną w szczególności sposób odbierają bowiem swój wizerunek oraz nisko oceniają jakość swojego życia [18, 19]. Czują się oszpecceni, napiętnowani, szczególnie w sytuacjach, kiedy zmiany chorobowe obejmują znaczną część skóry, w tym genitalia i miejsca widoczne (np. twarz, dłonie). Tego typu odczucia negatywnie wpływają na stan psychiczny chorych,

zaburzają ich funkcjonowanie rodzinne, społeczne i zawodowe oraz decydują o znacznym obniżeniu jakości życia [2, 20].

Spółeczeństwo oczekuje od pielęgniarki profesjonalnego podejmowania decyzji w zakresie pielęgnowania oraz podjęcia odpowiedzialności za zorganizowanie opieki opartej na usługach o wysokiej jakości. Powinna to być działalność kompetentna i skierowana na wspieranie podopiecznych w chwilach, gdy mają kłopoty ze zdrowiem lub chorobą. Obecnie pielęgniarka samodzielnie stawia diagnozę, wyznacza cele działania, planuje, realizuje i ocenia końcowe efekty. W opinii Rudnickiej-Drożak [21] przejęcie przez pielęgniarkę indywidualnej odpowiedzialności za rezultaty opieki wymaga od niej wykonywania przy chorym więcej niż jedynie wybiórczych czynności. Troskliwość, dbałość o podopiecznego powinna wynikać z wrażliwości na ból i cierpienie. W opinii Osińskiej [22] pielęgniarka/położna ciągle powinna poszukiwać i odkrywać nowe, lepsze rozwiązania dla osób oczekujących od niej pomocy. W związku z tym powinna także nieustannie pogłębiać swoją wiedzę.

W niniejszej pracy wykazano, że chęć poszerzenia swojej wiedzy w powyższym zakresie deklarowało 81,9% osób, w tym 97% pielęgniarek dermatologicznych, 80,9% pielęgniarek pracujących na innych oddziałach oraz 83,9% położnych. Zaskakująca jest szczególnie duża grupa pielęgniarek dermatologicznych wyrażających chęć doszkalania się, ponieważ mogłoby się wydawać, że ta grupa powinna mieć większą wiedzę niż ich koleżanki z innych oddziałów. Budujący jest jednak fakt, że w opinii 70,3% badanych poszerzenie wiedzy przyczyniłoby się do poprawy opieki nad chorymi.

Należy podkreślić, że pacjenci cierpiący z powodu różnorodnych dermatoz w szczególny sposób odbierają stan swojej skóry i nisko oceniają jakość swojego życia. Przewlekłość tych schorzeń prowadzi do niskiej samooceny, jak również niekorzystnego odbioru przez otoczenie. Są więc to choroby wysoko stygmatyzujące, widoczne dla otoczenia. W przypadku opieki nad pacjentami z chorobą skóry pielęgniarka/położna musi podjąć wiele działań, wykorzystując własną wiedzę, umiejętności oraz informacje, jakie uzyska o pacjencie.

Należy pamiętać, że pielęgniarka/położna spotyka pacjentów z chorobą skóry nie tylko na oddziałach dermatologicznych. Osoby z tymi schorzeniami mogą się stać ich podopiecznymi również na innych oddziałach, w innych niż szpitale placówkach medycznych (przychodnie, placówki dziennego pobytu), placówkach opieki społecznej, w miejscu zamieszkania, na przykład w czasie wizyt patronażowych czy środowiskowych. Pielęgniarka/położna traktowana przez podopiecznych jako fachowiec pełni wówczas rolę powiernika, konsultanta czy też osoby udziela-

jącej wskazówek do rozwiązania zaistniałych problemów zdrowotnych [23, 24]. Może także w umiejętny sposób wpłynąć na stan emocjonalny, psychikę i subiektywne poczucie zdrowia pacjentów z chorobami dermatologicznymi przez oszacowanie ich potrzeb psychicznych, a następnie właściwie przeprowadzoną, ukierunkowaną psychoedukację [25, 26]. Akceptację choroby ułatwi pacjentowi cierpliwość, dokładność i sumienność pielęgniarki/położnej, która w swoich działaniach wykorzysta elementy psychoterapeutyczne oraz będzie posiadała odpowiedni zakres wiedzy w tym zakresie.

Wnioski

1. Pielęgniarki pracujące na oddziałach dermatologicznych najczęściej oceniały swoją wiedzę na temat schorzeń skóry jako dobrą, natomiast pozostałe badane pielęgniarki i położne jako słabą.
2. Większość badanych deklaruowała chęć poszerzenia swojej wiedzy na temat chorób skóry, zwłaszcza w zakresie poprawy opieki nad pacjentem, chorób zakaźnych skóry, profilaktyki dermatoz oraz pielęgnacji skóry zmienionej chorobowo.
3. Najczęściej potrzebę ustawicznego szkolenia zawodowego z zakresu dermatologii zgłaszały pielęgniarki dermatologiczne.
4. Preferowanymi sposobami poszerzenia wiedzy dermatologicznej przez pielęgniarki i położne były przede wszystkim szkolenia, kursy oraz wykłady.
5. W opinii większości respondentek poszerzenie wiedzy w zakresie chorób skóry skutkowało poprawą opieki w stosunku do pacjentów z takimi schorzeniami.
6. Powinno się dążyć do wdrożenia programów kształcenia pielęgniarek i położnych z zakresu dermatologii i wprowadzić systematyczne szkolenia.

Piśmiennictwo

1. Dermatologia jest marginalizowana. Wirtualny Magazyn Pielęgniarki i Położnej: [marginhttp://www.nursing.com.pl/Aktualnosci_Dermatologia_jest_marginalizowana_578.html](http://www.nursing.com.pl/Aktualnosci_Dermatologia_jest_marginalizowana_578.html), data pobrania 30.04.2010.
2. Miękoś-Zydek B., Rygińska-Cho A., Lassota-Falczeńska M., Czyż P., Kaszuba A. Jakość życia pacjentów z łuszczycą. *Post. Dermatol. Alergol.* 2006; 6: 273–277.
3. Neneman A., Adamski Z. Aspekty kliniczne i epidemiologiczne zaburzeń ogólnoustrojowych u chorych na łuszczycę. *Forum Med. Rodz.* 2009; 3: 447–453.
4. DeDoncker P. Itraconazole and terbinafine in perspective: from petri dish to patient. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 1999; 12: 10–16.
5. Zaias N., Glick B., Rebell G. Diagnosing and treating onychomycosis. *J. Fam. Pract.* 1996; 42: 513–518.
6. Drake L.A., Patrick D.L., Fleckman Ph. The impact of onychomycosis on quality of life. Development of an international onychomycosis — specific questionnaire to measure patient quality of life. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1999; 41: 189–196.
7. Seukeran D.C., Cunliffe W.J., Islam J., Behbod B. The psychological impact of acne scarring. *Br. J. Dermatol.* 1999; 141, 54.

8. Wrzyszc M., Mazur K. Epidemiologia chorób alergicznych: alergiczne choroby skóry, alergja na leki, alergja pokarmowa, alergja na jad owadów żądliących. *Alerg. Astma Immun.* 1997; 2: 129–135.
9. Prystupa K. Pokrzywka — różnice kliniczne, etiopatogenetyczne i terapeutyczne. *Pol. Tyg. Lek.* 1992; 42: 823–827.
10. Chmiel A., Skowronek J. Współczesne leczenie raka skóry — dermatologia, chirurgia czy radioterapia? *Współcz. Onkol.* 2005; 9: 429–435.
11. Ciechaniewicz W. Funkcje zawodowe pielęgniarek. *Pielęgniarstwo* 2000; 1997; 31: 6–7.
12. Ciechaniewicz W. Funkcje zawodowe pielęgniarek. *Pielęgniarstwo* 2000; 1997; 33: 14–16.
13. Krajewska-Kułak E., Lewko J., Łukaszuk C. i wsp. Rola pielęgniarki w edukacji pacjenta z grzybicą. *Mikol. Lek.* 2001; 8: 41–45.
14. Jankowiak B., Krajewska-Kułak E., Bartoszewicz A. i wsp. Ocena poziomu wiedzy pielęgniarek na temat łuszczycy. *Przegl. Dermatol.*, 2003; 90: 365–370.
15. Jankowiak B., Krajewska-Kułak E., Bartoszewicz A. i wsp. Wiedza pielęgniarek na temat pielęgnacji pacjenta z łuszczycą. *Dermatol. Klin.* 2003; 5: 167–167.
16. Zegarska B., Woźniak M., Grupka M. i wsp. Ocena stanu wiedzy i świadomości społeczeństwa na temat przyczyn suchości skóry, jej profilaktyki i możliwości pielęgnacyjnych. *Post. Derm. Alergol.* 2008; 3: 100–106.
17. Matecka M., Głowacka D.M., Mojs E. Problemy psychologiczne jako element doświadczenia chorych somatycznie. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2005; 3: 173–178.
18. Gupta M.A., Gupta A.K. Psychiatric and psychological comorbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *An. J. Clin. Dermatol.* 2003; 4: 833–842.
19. Rapp D.A., Brenes G.A., Felman S.R. Anger and acne: implications for quality of life, patient satisfaction and clinical care. *Br. J. Dermatol.* 2004; 151: 183–189.
20. Żelazny I., Nowicki R., Majkiewicz M., Samet A. Jakość życia w chorobach skóry. *Przew. Lek.* 2004; 9: 60–65.
21. Rudnicka-Drożak E. Psychologiczne problemy różnych dziedzin medycyny i wybrane aspekty ryzyka chorób somatycznych. *Med. Ogólna* 1996; 2: 1–11.
22. Osińska K. Twórcza obecność chorych. WAW, Warszawa 1980.
23. Gradwell C., Thomas K.S., English J.S., Williams H.C. A randomized controlled trial of nurse follow-up clinics: do they help patients and do they free up consultants time? *Br. J. Dermatol.* 2002; 3: 513–517.
24. Penzer R. Improving psoriasis care through a nurse-led service. *Comm. Nurse* 2000; 2: 19–21.
25. Ginsburg I.H. Psychological and psychophysiological aspects of psoriasis. *Derm. Clin.* 1995; 4: 793–804.
26. Penzer R. Improving psoriasis care through a nurse-led service. *Comm. Nurse* 2000; 2: 19–21.