OCENA DZIAŁAŃ PIELĘGNACYJNYCH I LECZNICZYCH PROWADZONYCH PRZEZ RODZICÓW U DZIECKA Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY

EVALUATION OF TREATMENT AND MEDICAL CARE ACTIVITIES CARRIED OUT BY THE PARENTS OF A CHILD WITH ATOPIC DERMATITIS

Hanna Starosta[1], Dariusz Wawrzyniak[2], Michał Szarycz[3], Olga Wawrzyniak[4]

[1] Oddział Chirurgii Głowy i Szyi i Onkologii Laryngologicznej
Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu
[2] Zakład Epigenetyki
Instytut Chemii Bioorganicznej PAN
[3] Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[4] Oddział Okulistyki
Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.31

STRESZCZENIE

Wstęp. Atopowe zapalenie skóry jest procesem chorobowym obejmującym naskórek oraz skórę właściwą. Ma charakter nawrotowy. Cechą charakterystyczną jest typowe rozmieszczenie zmian, a także niezwykle nasilony świąd. Etiologia tego schorzenia nie jest do końca poznana. Atopowe zapalenie skóry jest chorobą, która poprzez nieprzyjemne i męczące objawy jest bardzo uciążliwa i stresująca, zarówno dla chorującego dziecka, jak i dla jego rodziców.
Cel. Celem pracy była ocena działań pielęgnacyjnych oraz leczniczych prowadzonych przez rodziców dzieci chorych na atopowe zapalenie skóry.
Materiał i metody. Materiałem wykorzystanym do badań były odpowiedzi na pytania zamknięte zawarte w autorskim kwestionariuszu ankiety. W badaniu wzięło udział 55 rodziców dzieci chorujących na atopowe zapalenie skóry.
Wyniki. Wykształcenie, miejsce zamieszkania, status materialny oraz wychowywanie dziecka samotnie bądź z małżonkiem mają statystycznie istotny wpływ na poziom wiedzy rodziców, natomiast wiek rodziców, przypadki atopii w rodzinie, liczba posiadanych dzieci oraz aktywność zawodowa rodziców nie mają statystycznie istotnego wpływu na poziom ich wiedzy.
Wnioski. Im wyższy jest poziom wiedzy rodziców chorego dziecka, tym lepiej potrafią oni zadbać o prawidłową pielęgnację skóry oraz uniknąć powikłań związanych z leczeniem lub złagodzić te powikłania.

SŁOWA KLUCZOWE: atopowe zapalenie skóry, domowa opieka pielęgnacyjna, wiedza o zdrowiu.

ABSTRACT

Introduction. Atopic dermatitis is a disease that affects the epidermis and dermis. It has a recurrent nature. A characteristic feature is the typical location of the changes, as well as extremely severe itching. The etiology of this disease is not fully understood. Atopic dermatitis is a disease that through unpleasant and annoying symptoms is very inconvenient and stressful, both for the ailing child and for his/her parents.
Aim. The aim of this study was to evaluate a level of knowledge and therapeutic activities carried out by the parents of children with atopic dermatitis.
Material and methods. Material used for the study were responses to closed questions contained in the author's survey interview. The study involved 55 parents of children suffering from atopic dermatitis.
Results. Education, place of residence, economic status, and raising a child alone or with a partner, have a statistically significant impact on the level of parents' knowledge. The age of parents, occurrence of atopy in the family, number of children and professional activity of parents do not have a statistically significant effect on the level of their knowledge.
Conclusions. Parents with higher level of medical knowledge pay more attention to proper skin care and alleviate complications associated with the sick child's treatment.

KEYWORDS: atopic dermatitis, home nursing, health knowledge.

Wprowadzenie

Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest procesem chorobowym o charakterze nawrotowym obejmującym naskórek oraz skórę właściwą. Cechą charakterystyczną jest typowe rozmieszczenie zmian, a także niezwykle nasilony świąd. Informacje na temat epidemiologii atopowego zapalenia skóry są zróżnicowane. Wpływ na to mogą mieć błędy diagnostyczne oraz różny obraz kliniczny.

Dane literaturowe wskazują, że na AZS cierpi od 5 do 20% populacji zamieszkującej północną oraz zachodnią część Europy, Stany Zjednoczone i Australię. Badania wykazują, że w krajach wysoko rozwiniętych obserwuje się tendencję wzrostową zachorowalności na tę jednostkę chorobową [1]. Pierwsze objawy pojawiają się u 80% dzieci w 1. roku ich życia, a przed ukończeniem 5. roku życia – u 95% [2–4]. W 75% u dzieci w wieku 10–14 lat następuje remisja choroby, natomiast u pozostałych dochodzi do rozwoju przewlekłej postaci choroby [5]. Atopowe zapalenie skóry często jest objawem początkującym „marszu atopowego". Aż 80% dzieci w późniejszym wieku zachoruje na astmę oskrzelową, a w następnej kolejności na alergiczny nieżyt nosa [2].

Patomechanizm AZS w dalszym ciągu pozostaje niewyjaśniony. Uznaje się jednak, że istotną rolę w rozwoju choroby odgrywają interakcje występujące między zaburzeniami adaptacyjnej i pierwotnej odpowiedzi immunologicznej i zapalnej, uwarunkowanymi genetycznie nieprawidłowościami struktury i funkcji bariery naskórkowej oraz czynnikami infekcyjnymi, a także elementami otaczającego środowiska, do których zaliczyć możemy alergeny pokarmowe i powietrznopochodne, substancje drażniące czy mikroorganizmy (*Staphylococcus aureus, Malassezia species*) [6, 7]. W przebiegu choroby najbardziej charakterystyczne są suchość skóry i jej zwiększona wrażliwość na działanie zewnętrznych czynników drażniących, co jest bezpośrednim wynikiem zaburzeń bariery naskórkowej spowodowanych nieprawidłowościami w metabolizmie nienasyconych kwasów tłuszczowych [2].

Terapia atopowego zapalenia skóry ze względu na wieloczynnikową patogenezę i przewlekły charakter jest bardzo trudna. Leczenie AZS obejmuje profilaktykę, leczenie miejscowe i ogólne oraz stosowanie fototerapii [8, 9]. Preparaty wykorzystywane w miejscowym leczeniu to glikokortykosteroidy, inhibitory kalcyneuryny (pimekrolimus, takrolimus), a także środki przeciwgrzybicze i przeciwbakteryjne [10–12]. W leczeniu ogólnym AZS stosuje się leki immunosupresyjne, przeciwhistaminowe, a w poszczególnych przypadkach także leki przeciwwirusowe i antybiotykoterapię [6, 13]. Ogromne nadzieje dotyczące leczenia AZS pokłada się w lekach biologicznych (omalizumab, efalizumab, interferon γ). Terapia biologiczna stwarza możliwość bardziej swoistego postępowania, a także, co istotne, mniej toksycznego w porównaniu z innymi grupami leków [14]. Niestety leki biologiczne nie zostały do tej pory zatwierdzone w terapii atopowego zapalenia skóry. Najważniejszym elementem w postępowaniu leczniczym i uzupełniającym AZS jest eliminowanie objawu suchości skóry. Do tego celu stosuje się emolienty i preparaty nawilżające. Oprócz preparatów natłuszczających i nawilżających niezwykle ważnym elementem profilaktyki są kąpiele lecznicze z dodatkiem środka natłuszczającego w postaci olejku, emulsji lub specjalnie przeznaczonych do tego celu płynów do kąpieli. Do pielęgnacji chorej skóry zalecane jest także stosowanie dermokosmetyków o pH 5,5 niezawierających alergizujących i drażniących substancji. Szczególne znaczenie w pielęgnacji mają preparaty zawierające w 5–10% mocznik [15]. Prawidłowa pielęgnacja skóry prowadzi do zmniejszenia zmian chorobowych oraz odtworzenia zaburzonego funkcjonowania bariery skórnej. Z kolei wzmacnianie funkcjonowania bariery skórnej może przyczynić się do zmniejszenia uciążliwych objawów [16].

AZS jest jednostką chorobową, która poprzez nieprzyjemne i męczące objawy jest bardzo uciążliwa i stresująca, zarówno dla chorującego dziecka, jak i dla jego rodziców. Wpływa na życie i funkcjonowanie całej rodziny. Może znacząco obniżyć jakość życia chorego dziecka i jego rodziców. Wiedza rodziców w zakresie pielęgnacji i leczenia dziecka z AZS może znacząco wpłynąć na poprawę stanu chorującego dziecka.

Cel pracy

Celem pracy była próba oceny działań pielęgnacyjnych oraz leczniczych prowadzonych przez rodziców dzieci chorych na atopowe zapalenie skóry zamieszkałych na terenie województwa lubuskiego, a także poszukiwanie związków między tymi działaniami a szeregiem zmiennych niezależnych od badanej grupy.

Materiał i metody

Badaniem objęto 55 rodziców dzieci z rozpoznanym atopowym zapaleniem skóry, zgłaszających się do poradni dermatologicznej w Gorzowie Wielkopolskim. Zostało ono przeprowadzone od kwietnia do czerwca 2014 roku. Metodą badań zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety zawierający 33 pytania zamknięte. Pierwsze 11 pytań dotyczyło danych na temat osoby badanej, niezbędnych do przeprowadzenia badania. Kolejne 22 pytania weryfikowały wiedzę badanego na temat pielęgnacji i leczenia dziecka z atopowym zapaleniem skóry. W części sprawdzającej wiedzę za każdą poprawną odpowiedź osoba badana otrzymywała punkty. Maksymalna ilość punktów wynosiła 23. Poziom wiedzy oceniany był według następującej skali:

- 23–20 pkt. – poziom wiedzy bardzo wysoki,
- 19–15 pkt. – poziom wiedzy wysoki,
- 14–10 pkt. – poziom wiedzy średni,
- 9–5 pkt. – poziom wiedzy niski,
- 4–0 pkt. – poziom wiedzy bardzo niski.

Uczestnicy badania zostali poinformowani o celu badawczym oraz anonimowości badania. Do analizy

statystycznej wyników badania zastosowano metody statystyki opisowej, test U Manna-Whitneya oraz test Kruskala-Wallisa i test *post hoc* Dunna. Do analizy statystycznej wybrano zmienne: wykształcenie, miejsce zamieszkania, wiek, aktywność zawodowa, warunki materialne, liczba posiadanych dzieci, występowanie atopii u rodzeństwa chorego dziecka oraz liczba osób wychowujących dziecko. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Badanie przeprowadzono na grupie 55 osób: 45 kobiet (82%) oraz 10 mężczyzn (18%). Najliczniejszą grupę stanowili rodzice w przedziale wiekowym 20–30 lat (44%), najmniej liczną grupą były osoby w wieku 40–50 lat (16%) oraz w wieku powyżej 50 lat (9%). Przeważająca liczba ankietowanych – 26 (47%) – mieszka w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców, 18 osób (33%) zamieszkuje małe miasto do 100 tys. mieszkańców, a 11 osób (20%) mieszka na wsi. Wśród badanej grupy najwięcej osób – 29 (53%) – miało wykształcenie wyższe, wykształcenie średnie zadeklarowało 14 osób (25%), a zawodowe miały 4 osoby (7%). Liczba osób pracujących (56%) jest porównywalna do liczby osób niepracujących zawodowo (44%). Większość ankietowanych – 29 osób (53%) – określiła swoją sytuację materialną jako dobrą (42%) oraz bardzo dobrą (11%). Status średniej sytuacji materialnej podało 18 osób (33%), a złą deklarowało 8 osób (15%). Prawie połowa badanych (47%) posiada tylko jedno dziecko, 40% – dwoje lub troje dzieci, natomiast więcej niż troje dzieci posiadało zaledwie 13% spośród badanych. W 78% przypadków pozostałe dzieci nie chorowały na atopowe zapalenie skóry, natomiast w 22% u rodzeństwa także stwierdzono AZS. Spośród rodziców biorących udział w badaniu 82% wychowuje dziecko wraz z małżonkiem lub partnerem. Pozostałe 18% badanych samotnie wychowuje swoje dziecko. W badanej grupie w 73% rozpoznanie AZS u dziecka nastąpiło do 2. roku życia, natomiast w 27% – między 2. a 12. rokiem życia dziecka. W 55% przypadków na atopowe zapalenie skóry cierpieli inni członkowie rodziny, w pozostałych 45% choroba dziecka była pierwszym przypadkiem AZS w rodzinie.

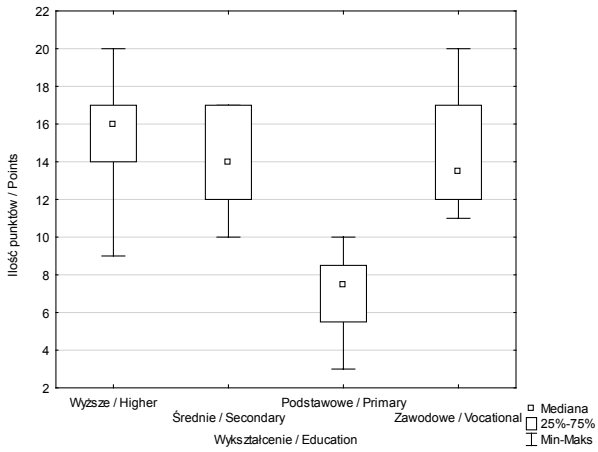
Tabela 1. Charakterystyka badanej populacji
Table 1. Characteristics of the study population

Liczebność/*Population*	55
Płeć/*Sex*	
kobiety/*women*	45 (82%)
mężczyźni/*males*	10 (18%)
Wiek/*Age*	
20–30 lat/*20–30 years*	24 (44%)
31–40 lat/*31–40 years*	17 (31%)
41–50 lat/*41–50 years*	9 (16%)
powyżej 50 lat/*over the age 50*	5 (9%)
Miejsce zamieszkania/*Place of residence*	
miasto powyżej 100 tys./*big city*	26 (47%)
miasto do 100 tys./*small city*	18 (33%)
wieś/*village*	11 (20%)
Wykształcenie/*Education*	
podstawowe/*primary*	8 (15%)
zawodowe/*vacational*	4 (7%)
średnie/*secondary*	14 (25%)
wyższe/*higher*	29 (53%)
Aktywność zawodowa/*Professional activity*	
pracuje/*yes*	31 (56%)
nie pracuje/*no*	24 (44%)
Warunki materialne/*Material conditions*	
złe/*bad*	8 (15%)
średnie/*average*	18 (33%)
dobre/*well*	23 (42%)
bardzo dobre/*very well*	6 (11%)
Liczba posiadanych dzieci/*Number of children*	
1 dziecko/*1 child*	26 (47%)
2–3 dzieci/*2–3 children*	22 (40%)
powyżej 3 dzieci/*more than 3 children*	7 (13%)
Występowanie AZS u rodzeństwa chorego dziecka/ *Prevalence of AD in siblings*	
AZS występuje/*AD occurs*	12 (22%)
AZS nie występuje/*AD doesn't occur*	43 (78%)
Liczba osób wychowujących dziecko/ *Number of people raising a child*	
1 rodzic/*1 parent*	10 (18%)
2 rodziców/*2 parents*	45(82%)
Wiek zdiagnozowania choroby/ *Age at diagnosis of AD disease*	
poniżej 2. r. ż./*under 2 years of age*	40 (73%)
między 2. a 12. r. ż./*between 2 and 12 years of age*	15 (27%)
Występowanie AZS w rodzinie/*Occurence of AD in family*	
tak/*yes*	30 (55%)
nie/*no*	25 (45%)

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

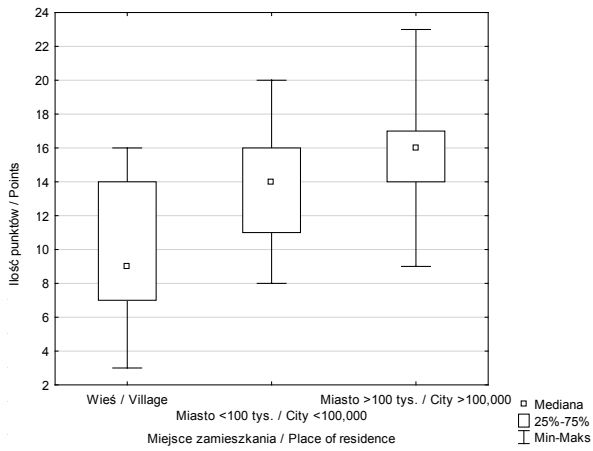
Przeanalizowano wpływ wykształcenia, jakie mają rodzice, na poziom wiedzy na temat działań pielęgnacyjnych i leczniczych prowadzonych w przebiegu AZS. Wykazano, że wykształcenie, jakie posiadają rodzice, istotnie wpływa na ich poziom wiedzy na temat działań prowadzonych w przebiegu AZS ($p = 0,001$). Zgodnie z przyjętą skalą rodzice z wyższym wykształceniem wykazali się wysokim poziomem wiedzy, średnio uzyskali 15,379 punktu, na 23 możliwe do zdobycia. Średni poziom wiedzy prezentowali rodzice z wykształceniem średnim i zawodowym – średnio 14 punktów i 14,5 punktu. Zdecydowanie słabiej wypadła grupa rodziców

z wykształceniem podstawowym, uzyskując zaledwie 7 punktów, co odpowiada niskiemu poziomowi wiedzy (**Rycina 1**).



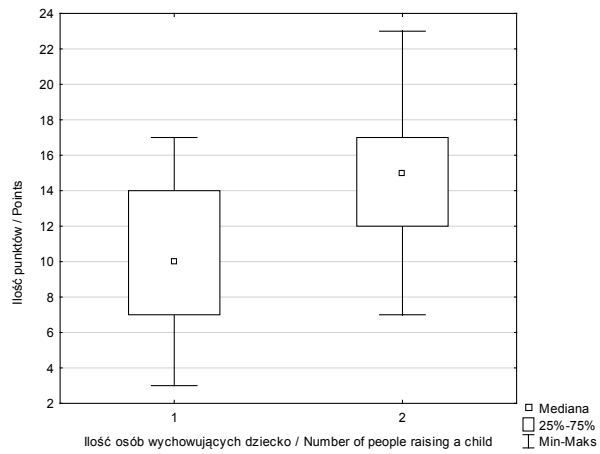
Rycina 1. Poziom wiedzy a wykształcenie rodziców
Figure 1. Knowledge and education of parents
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Istotnie statystycznie na działania pielęgnacyjne i lecznicze prowadzone u dzieci z atopowym zapaleniem skóry wpływa miejsce zamieszkania (p = 0,0009). Rodzice zamieszkujący miasta o liczbie mieszkańców powyżej 100 tys. uzyskiwali średnio 15,73 punktu, co zgodnie z przyjętą skalą wskazuje na wysoki poziom wiedzy. Niewiele mniej punktów otrzymywali rodzice mieszkający w małych miastach do 100 tys. mieszkańców – 14,11 punktu. Wynik ten odpowiada średniemu poziomowi wiedzy na temat działań leczniczych i pielęgnacyjnych. Zdecydowanie słabiej wypadli rodzice zamieszkujący na wsi. Uzyskali średnio 9,36 punktu. Wskazuje to na niski poziom wiedzy rodziców (**Rycina 2**).



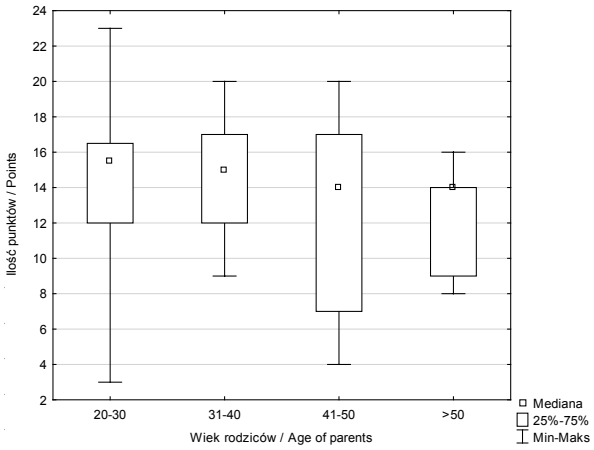
Rycina 2. Poziom wiedzy rodziców a miejsce zamieszkania
Figure 2. Knowledge of parents and place of residence
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wyniki badań wskazują, że wpływ na czynności podejmowane przez rodziców chorego dziecka ma także fakt wychowywania dziecka samotnie bądź przez oboje rodziców (p = 0,003096). Samotni rodzice wykazali się średnim poziomem wiedzy o pielęgnacji chorych dzieci. Uzyskiwali średnio 10 punktów w 23-puntowej skali. Lepiej wypadli rodzice, którzy opiekę nad chorym dzieckiem sprawują we dwoje. Ich wyniki średnio wyniosły 14,86 punktu, co według przyjętej skali odpowiadało górnej granicy średniego poziomu wiedzy na temat czynności pielęgnacyjnych i leczniczych (**Rycina 3**).



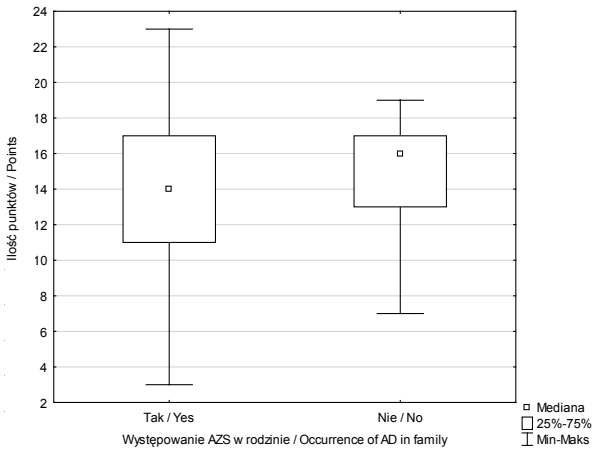
Rycina 3. Liczba osób wychowujących dziecko a poziom wiedzy
Figure 3. Knowledge and number of people raising a child
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Nie wykazano istotnych statycznie zależności między wiekiem rodziców a działaniami pielęgnacyjnymi i leczniczymi przez nich podejmowanymi (p = 0,4753). Wszystkie grupy wiekowe wykazały się średnim poziomem wiedzy według przyjętej skali. Rodzice po 50. roku życia uzyskali najmniej punktów, średnio 12,2 punktu. Osoby pomiędzy 40. a 50. rokiem życia zdobyli średnio 12,55 punktu. Najlepiej wypadła grupa 30–40 lat, otrzymała średnio 14,88 punktu i jest to wynik odpowiadający górnej granicy średniego poziomu wiedzy. Najmłodsza grupa wiekowa, czyli 20–30 lat, uzyskała średni wynik 14,25 punktu (**Rycina 4**).



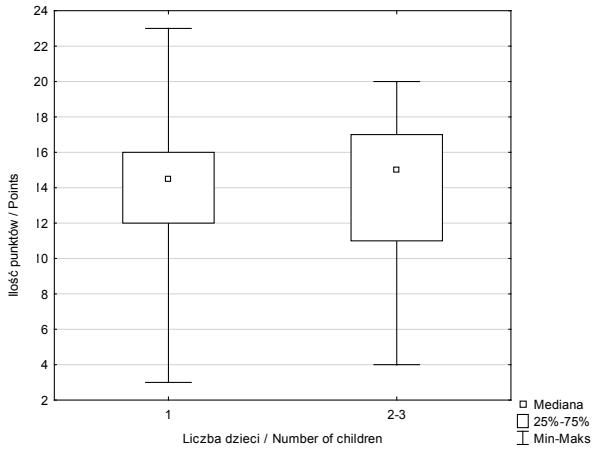
Rycina 4. Poziom wiedzy a wiek rodziców
Figure 4. Knowledge and age of parents
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Na podstawie wyników analizy stwierdzono, że występowanie przypadków atopii w rodzinie nie ma statystycznie istotnego wpływu na podejmowane przez rodziców czynności pielęgnacyjne i lecznicze (p = 0,304501). Zarówno rodzice deklarujący wystąpienie w rodzinie AZS, jak i osoby, w których rodzinach atopia nie występowała, uzyskali wyniki wskazujące na średni poziom wiedzy, przy czym w grupie osób, gdzie atopia występowała, był to wynik średnio wynoszący 13,46 punktu, natomiast w drugiej grupie – średnio 14,6 punktu (**Rycina 5**).



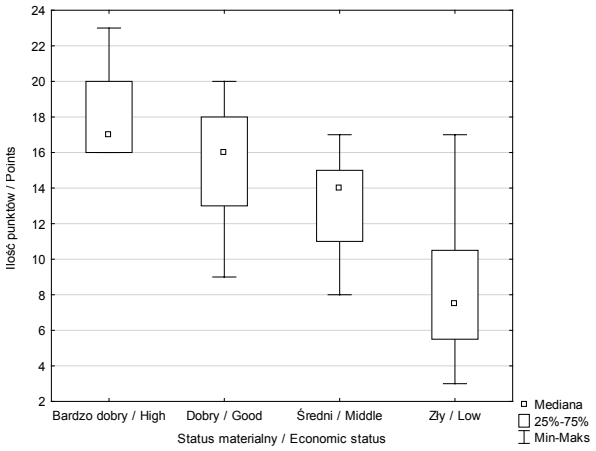
Rycina 5. Poziom wiedzy rodziców a wystąpienie AZS w rodzinie
Figure 5. Knowledge of parents and occurrence of AD in family
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Stwierdzono także, że na działania lecznicze i pielęgnacyjne, których podejmują się rodzice chorych na AZS dzieci, nie ma statystycznie istotnego wpływu liczba posiadanych przez nich dzieci (p = 0,773527). Rodzice posiadający jedno dziecko otrzymali średnio 14,03 punktu. Średni wynik uzyskany przez rodziców posiadających więcej niż jedno dziecko wynosił niewiele mniej, bo 13,93 punktu. Zarówno jeden, jak i drugi wynik odpowiadają średniemu poziomowi wiedzy o działaniach pielęgnacyjnych i leczniczych (**Rycina 6**).



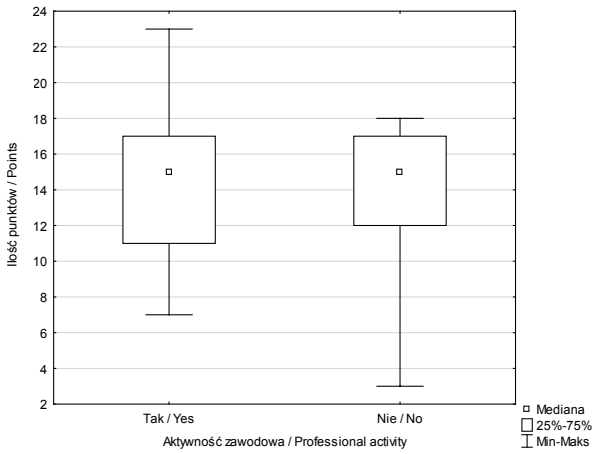
Rycina 6. Poziom wiedzy rodziców a liczba posiadanego potomstwa
Figure 6. Knowledge of parents and number of children
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Występowała statystycznie istotna zależność między statusem materialnym rodziców a podejmowanymi przez nich czynnościami (p = 0,002). Rodzice oceniający swoje warunki finansowe jako złe zdobyli najmniej punktów. Ich średni wynik wyniósł zaledwie 8,42 punktu i wskazuje na niski poziom wiedzy tych rodziców. Średni wynik otrzymany przez rodziców o średnim statusie materialnym to 13,56 punktu. Wynik ten wskazuje na średni poziom wiedzy. Wysokim poziomem wiedzy wykazali się rodzice o dobrym i bardzo dobrym statusie materialnym. Osoby, które swoje warunki finansowe określiły jako dobre, uzyskały średnio 15,34 punktu, natomiast rodzice o bardzo dobrym statusie materialnym otrzymali najwyższy wynik, średnio 18,16 punktu (**Rycina 7**).



Rycina 7. Poziom wiedzy a warunki materialne rodziców
Figure 7. Knowledge and economic status of parents
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Na działania pielęgnacyjne i lecznicze, których podejmują się rodzice dzieci z AZS, nie ma statystycznie istotnego wpływu aktywność zawodowa rodziców (p = 0,726838). Osoby, które pracowały w zawodzie, wykazały się średnim poziomem wiedzy, uzyskując średnio 13,45 punktu. Również pracujący rodzice prezentowali średni poziom wiedzy na temat czynności pielęgnacyjnych i leczniczych prowadzonych w AZS. Otrzymali oni średni wynik 14,38 punktu (**Rycina 8**).



Rycina 8. Poziom wiedzy rodziców a aktywność zawodowa
Figure 8. Knowledge of parents and professional activity
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Atopowe zapalenie skóry jest jedną z najczęstszych chorób skóry wieku dziecięcego. Charakteryzuje się przewlekłym i nawrotowym przebiegiem, znacznie nasilonym świądem oraz typową dla wieku morfologią i lokalizacją zmian skórnych. W ostatnich latach zachorowalność na tę chorobę znacznie wzrosła, co jest w dużej mierze wynikiem narastającej ekspozycji na alergeny [17]. Leczenie AZS zależy od wieku pacjenta, rozległości i nasilenia zmian skórnych. Jeśli zostały ustalone czynniki uczulające, należy w miarę możliwości ich unikać, ale podstawową rolę leczniczą odgrywa prawidłowa pielęgnacja skóry dziecka [15]. Z tego powodu duży nacisk kładzie się na edukację chorych i ich rodzin, gdyż poznanie własnej choroby pozwala unikać zaostrzeń, zapobiegać rozwojowi powikłań i podnieść komfort życia pacjentów. Pielęgnacja skóry atopowej polega na stosowaniu preparatów na bazie emulsji zawierających składniki odnawiające uszkodzony płaszcz lipidowy, co zapobiega nadmiernemu przesuszeniu [18]. Z kolei właściwe postępowanie lecznicze ma na celu uniknięcie „marszu alergicznego", czyli zatrzymanie rozwoju kolejnych schorzeń atopowych, takich jak alergiczny nieżyt nosa lub astma oskrzelowa. Dotychczas publikowane badania skupiają się głównie na wybranych aspektach jakości życia osób dorosłych z AZS bądź traktują o wpływie jednostki chorobowej na jakość życia chorych dzieci i ich opiekunów [19, 20]. Podejmowane były również badania dotyczące wpływu AZS na życie rodzinne [21]. Jednak w dostępnej literaturze nie badano wpływu edukacji rodziców na czynności pielęgnacyjne przeprowadzane u dziecka z AZS oraz interakcji pomiędzy czynnikami niezależnymi, takimi jak wiek rodziców, status materialny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, aktywność zawodowa, liczba posiadanego potomstwa, występowanie atopii w rodzinie, a działaniami pielęgnacyjnymi prowadzonymi przez rodziców chorego dziecka.

Atopowe zapalenie skóry jest chorobą dokuczliwą i wyczerpującą – zarówno dla chorującego dziecka, jak i dla jego opiekunów. Prawidłowa pielęgnacja prowadzona przez rodziców przyczynia się do wzmacniania bariery skórnej, co z kolei wpływa na zmniejszenie uciążliwych objawów. W związku z tym niezwykle istotna w przebiegu choroby jest rola rodziców. Ich wiedza o tym, jak należy pielęgnować skórę chorego dziecka oraz na czym polega stosowane leczenie, a także jakie niesie ze sobą powikłania, przekłada się na czynności pielęgnacyjne i lecznicze, których się podejmują. Im wyższy jest poziom wiedzy rodziców chorego dziecka, tym lepiej potrafią oni zadbać o prawidłową pielęgnację skóry oraz uniknąć powikłań związanych z leczeniem bądź złagodzić te powikłania.

Wnioski

1. Istnieje statystycznie istotna różnica w poziomie wiedzy na temat działań pielęgnacyjnych

oraz leczniczych przeprowadzanych u dzieci z AZS między rodzicami bardziej wykształconymi a rodzicami z niższym wykształceniem. Rodzice z wyższym wykształceniem wykazują się zdecydowanie wyższym poziomem wiedzy niż rodzice posiadający wykształcenie podstawowe.

2. Miejsce zamieszkania istotnie wpływa na działania pielęgnacyjne i lecznicze podejmowane przez rodziców. Osoby pochodzące z dużych miast wykazały się wyższym poziomem wiedzy niż osoby mieszkające na wsi.
3. Istnieje statystycznie istotna różnica w poziomie wiedzy na temat działań pielęgnacyjnych i leczniczych między rodzicem samotnie wychowującym dziecko a rodzicem wychowującym dziecko z małżonkiem/partnerem. Opiekunowie, którzy wychowują dziecko wspólnie, wykazują wyższy poziom wiedzy o pielęgnacji i leczeniu dziecka z AZS niż rodzice samotnie wychowujący chore dziecko.
4. Status materialny istotnie statystycznie wpływa na poziom wiedzy na temat działań pielęgnacyjnych i leczniczych podejmowanych przez rodziców chorego dziecka. Osoby deklarujące bardzo dobre warunki finansowe wykazują się znacznie wyższym poziomem wiedzy w porównaniu z rodzicami, których warunki materialne są złe.
5. Wiek rodziców, obecność przypadków atopii w rodzinie, liczba potomstwa i aktywność zawodowa rodziców nie mają statystycznie istotnego wpływu na ich poziom wiedzy.

Piśmiennictwo

1. Narbutt J, Kapała W. Etiopatogeneza, objawy, przebieg choroby i leczenie pacjentów z atopowym zapaleniem skóry. Problemy pielęgnacyjne i plan działań pielęgnacyjnych u pacjentów z atopowym zapaleniem skóry. W: Adamski Z, Kapała W (red.). Pielęgniarstwo w chorobach skóry. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki pielęgniarstwa dermatologicznego. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UMP; 2010. 147–151, 153–166.
2. Krauze A, Lange J. Atopowe zapalenie skóry. W: Kawalec W, Grenda R, Ziółkowska H (red.). Pediatria. T. 2. Warszawa: PZWL; 2013. 1101–1105.
3. Samoliński B, Hałat Z, Samolińska-Zawisza U, Raciborski F, Tomaszewska, Jakubik N, Marszałkowska J, Krzych-Fałta E, Samel-Kowalik P, Walkiewicz A, Borowicz J, Lusawa A, Trzpil L, Gutowska J, Życińska K. Epidemiologia nieżytów nosa, astmy i AZS na podstawie badań ECRHS i ISAAC w Polsce. Alergia. 2007; 3: 10–12.
4. Hawro T, Sysa-Jędrzejowska A, Narbutt J. Rola mutacji w genie filagryny w etiopatogenezie atopowego zapalenia skóry. Przegląd piśmiennictwa. Post Dermatol Alergol. 2008; 25(1): 12–15.
5. Zitelli BJ, McIntire SC, Nowalk AJ. Dermatologia. W: Dobrzańska A (red.). Atlas i podręcznik. Badania kliniczne w pediatrii. T. 1. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2014. 341–343, 347–351.
6. Silny W, Czarnecka-Operacz M, Gliński W, Samochocki Z, Jenerowicz D. Atopowe zapalenie skóry – współczesne poglądy na patomechanizm oraz metody postępowania diagnostyczno-leczniczego. Stanowisko grupy specjalistów Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Post Dermatol Alergol. 2010; 27(5): 365–383.
7. Rosińska A, Stajkowska I, Cichy W. Rola alergenów pokarmowych w etiopatogenezie atopowego zapalenia skóry. Post Dermatol Alergol. 2007; 24(5): 224–232.
8. Woldan-Tambor A, Zawilska JB. Atopowe zapalenie skóry (AZS) – problem XXI wieku. Farm Pol. 2009; 65(11): 804–811.
9. Krutmann J. Phototherapy for atopic dermatitis. Clin Exp Dermatol. 2000; 25(7): 552–558.
10. Żaba R, Mikołajczyk K. Miejscowe preparaty glikokortykosteroidowe – zasady racjonalnego stosowania. Przew Lek. 2004; 6: 61–69.
11. Silny W. Zastosowanie inhibitorów kalcyneuryny w lecznictwie dermatologicznym. Przew Lek. 2006; 7: 54–60.
12. Nowicki R. Miejscowe zastosowanie takrolimusu w leczeniu chorób skóry. Przew Lek. 2005; 10: 70–75.
13. Silny W, Czarnecka-Operacz M. Miejsce leków przeciwhistaminowych w terapii alergicznych chorób skóry. Przew Lek. 2003; 6: 101–107.
14. Jenerowicz D. Terapia biologiczna w wybranych chorobach skóry. Przew Lek. 2006; 7: 92–99.
15. Gliński R, Kruszewski J, Silny W, Kurzawa R, Czarnecka-Operacz M, Baran E, Szepietowski J. Postępowanie diagnostyczno-profilaktyczno-lecznicze w atopowym zapaleniu skóry. Post Dermatol Alergol. 2004; 21(6): 265–277.
16. Teresiak E, Czarnecka-Operacz M, Jenerowicz D. Wpływ nasilenia stanu zapalnego skóry na jakość życia rodzinnego chorych na atopowe zapalenie skóry. Post Dermatol Alergol. 2006; 23(6): 249–257.
17. Duczmal E, Bręborowicz A, Duczmal T. Wpływ wybranych czynników na wystąpienie chorób alergicznych w badaniu kohorty urodzeniowej. Alerg Astma Immun. 2011; 16(2): 96–104.
18. Małaczyńska T. Atopowe zapalenie skóry (AZS) u dzieci – wskazówki praktyczne. Stand Med Pediatr. 2011; 8(6): 911–919.
19. Kasznia-Kocot J, Reichmann K, Wypych-Ślusarska A. Wybrane aspekty jakości życia w atopowym zapaleniu skóry. Med Środow. 2014; 17(2): 42–51.
20. Lewis-Jones S. Quality of life and childhood atopic dermatitis: the misery of living with childhood eczema. Int J Clin Pract. 2006; 60: 984–992.
21. Kłudkowska J, Nowicki R. Wpływ atopowego zapalenia skóry na jakość życia pacjentów i ich rodzin. Alerg Astma Immun. 2013; 18(1): 21–24.

Artykuł przyjęty do redakcji: 07.01.2016
Artykuł przyjęty do publikacji: 25.03.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Olga Wawrzyniak
ul. Królewska 21/2
60-685 Poznań
tel. kom.: 609 793 179
e-mail: olga.wawrzyniak@skpp.edu.pl
Oddział Okulistyki
Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu