

## Ocena wiedzy na temat świerzbu wśród osób związanych ze służbą zdrowia

### Assessment of knowledge about scabies among people affiliated with health service

<sup>1</sup>Studenckie Dermatologiczne Koło Naukowe, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

#### KEY WORDS

scabies, knowledge, health service

#### SUMMARY

**Introduction.** Scabies is a common infectious skin disease. It is transmitted by direct skin-to-skin contact or through items. The risk of infection is particularly high among people who work for health service. Therefore, it is essential for them to have adequate knowledge about scabies. The main aim of the study was assessment of knowledge about scabies among people connected with health service.

**Materials and methods.** The research based on anonymous self-made survey among 310 workers and students of University Clinical Centre in Gdańsk and Medical University of Gdańsk. Results have been analysed in spreadsheet MS-Excel 2010.

**Results.** In analysed group 8.4% of doctors, 7.2% of nurses and 2.9% of students have come across with *S.scabiei* infection. 3% of doctors, 13% of nurses, 5% of students have been infected in the past. In questions related to symptoms, transmission of infection, typical pathological changes and treatment of scabies correct answers were chosen by 58% doctors, 52% nurses and 37% students. 89% of doctors, 85% of nurses and 76% of students think that infection is related to personal hygiene. 85% of students, 79% of nurses and 73% of doctors think, that this disease affects not only people with lower socio-economic status. Over 80% of respondents rightly think that members of patient's family should also be treated. 49% of doctors, 56% of nurses and 64% of students consider scabies as the embarrassing disease.

**Conclusions.** Due to insufficient knowledge about scabies among people affiliated with health service it is very important to promote knowledge about this skin disease.

#### WSTĘP

Świerzb jest jedną z najczęstszych chorób infekcyjnych skóry, wywołaną przez pasożyta – *Sarcoptes scabiei*. Choroba ta może wystąpić w każdej grupie wiekowej. Do zakażenia świerzbowcem dochodzi drogą kontaktu bezpośredniego z osobą chorą albo w sposób pośredni za pomocą przedmiotów (pościeli, ubrań, bielizny), na których znajdują się zapłodnione samice pasożyta. Objawy kliniczne świerzbu to nasilający się po rozgrzaniu ciała dokuczliwy świąd i obecność na skórze grudek, przeczosów, nadżerek, rzadziej nor świerzbowcowych, tj. dyskretnych korytarzy rytych przez samiczki w warstwie rogowej naskórka. Zmiany chorobowe zazwyczaj umiejscowione są głównie na palcach rąk, nadgarstkach, zgięciach i fałdach skórnych. U dzieci natomiast często dochodzi do zajęcia skóry dłoni i podeszew (ryc. 1). Świerzb nie zajmuje okolicy międzyopatkowej i twarzy,

z wyjątkiem ciężkiej, rzadkiej postaci występującej u osób immunoniekompetentnych. Ta postać choroby określana jest jako „świerzb norweski”. W piśmiennictwie opisano kazuistyczne przypadki wtórnych infekcji głównie paciorkowcami beta hemolizującymi grupy A, które mogą być czynnikiem przyczynowym kłębuszkowego zapalenia nerek czy gorączki reumatycznej (1, 2).

Szacuje się, że na świecie zakażonych świerzbowcem jest obecnie około 300 milionów ludzi. Ze względu na sposób rozprzestrzeniania się choroby, liczba ta stale wzrasta (1). Za zwiększoną liczbę infekcji świerzbem odpowiada, m.in. wzmożony ruch migracyjny ludności we współczesnych czasach, który stwarza dogodne warunki do szerzenia się zakażenia świerzbem. Tę niepokojącą tendencję notuje się również w Polsce (2). Narażenie na zakażenie jest szczególnie wysokie wśród osób pracujących w służbie zdrowia.



Ryc. 1. Typowe umiejscowienie zmian w świerzbie na podszewkach udzieci.

Właściwa profilaktyka może ustrzec przed rozprzestrzenieniem się infekcji świerzbem, zatem istotne jest, aby grupy ryzyka posiadały właściwą wiedzę na temat tej częstej pasożytniczej choroby.

### CEL PRACY

Celem niniejszej pracy była ocena wiedzy na temat świerzbu wśród osób związanych ze służbą zdrowia.

### MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od października 2012 r. do lutego 2013 r. wśród 310 pracowników i studentów (178 kobiet i 132 mężczyzn) w wieku od 18 r.ż. do 60 r.ż. (średni wiek: 32 lata) z Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku oraz Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Wśród badanych było 93 lekarzy różnych specjalności – z wyłączeniem lekarzy dermatologów, 94 pielęgniarki – z wyjątkiem pielęgniarek pracujących na oddziale dermatologicznym oraz 123 studentów kierunku lekarskiego, z wykluczeniem studentów, którzy odbyli zajęcia z dermatologii. Jako narzędzie badawcze zastosowano autorską, anonimową ankietę, składającą się z 10 pytań: 6 pytań jednokrotnego wyboru i 4 wielokrotnego wyboru. Pytania jednokrotnego wyboru dotyczyły informacji, czy ankietowany chorował na świerzb i czy zetknął się z problemem infekcji świerzbem, np. wśród pacjentów, znajomych, członków rodziny; opinii na temat związku choroby z higieną osobistą oraz statusem socjoekonomicznym; informacji, czy ankietowani uważają świerzb za chorobę wstydliwą oraz opinii o konieczności jednoczesnego leczenia członków rodziny i osób z najbliższego otoczenia chorego na świerzb. Pytania wielokrotnego wyboru dotyczyły objawów zakażenia świerzbem, umiejscowienia zmian chorobowych, sposobu zakażenia oraz metod leczenia świerzbu.

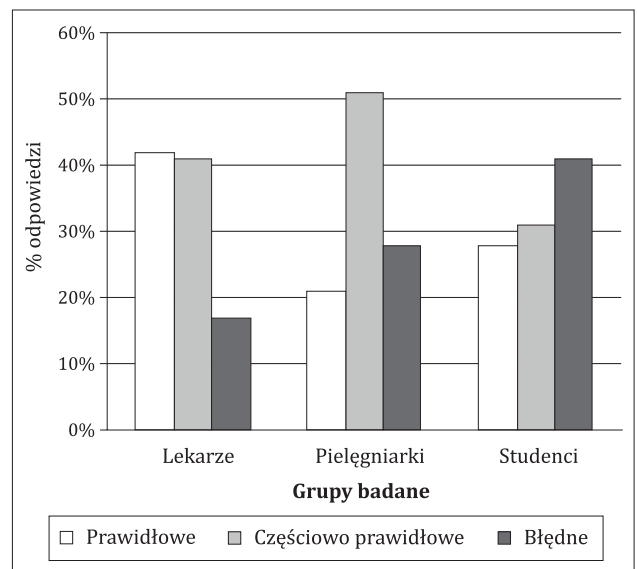
- Odpowiedzi badanych zostały zakwalifikowane do 3 grup:
- Prawidłowe – ankietowany bezbłędnie odpowiedział na pytanie.
  - Częściowo prawidłowe – badany zaznaczył tylko 1 odpowiedź z dwóch prawidłowych lub zaznaczył dodatkowo 1 błędną.

- Błędne – gdy ankietowany udzielił samych błędnych odpowiedzi, zaznaczył 1 odpowiedź z 3 lub więcej prawidłowych albo zaznaczył 2 lub więcej odpowiedzi błędnych.
- Materiał badawczy został opracowany za pomocą programu MS Excel 2010.

### WYNIKI

W badanej grupie 84% lekarzy, 72% pielęgniarek oraz 29% studentów zetknęło się z problemem infekcji świerzbem, np. wśród pacjentów, czy też znajomych. 3% lekarzy, 13% pielęgniarek, 5% studentów chorowało na świerzb, przy czym rozpoznanie świerzbu zostało u nich potwierdzone przez lekarza dermatologa.

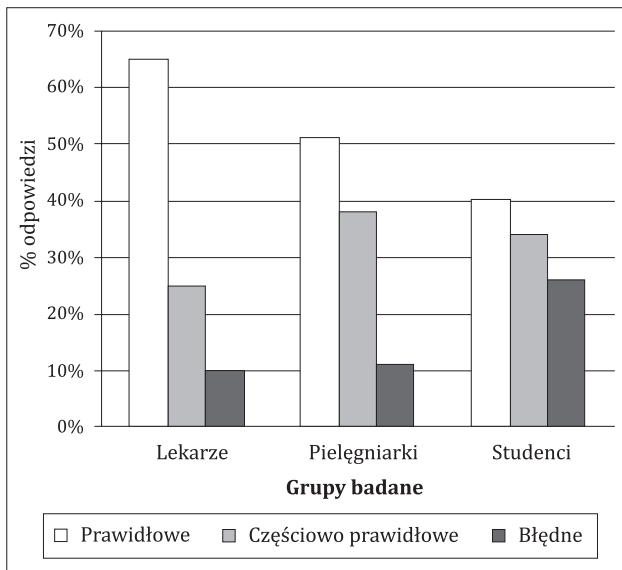
Wśród respondentów, lekarze wykazali się najlepszą znajomością objawów świerzbu – 42% odpowiedziało, że do głównych objawów świerzbu należy świąd nasilający się w nocy i po kąpieli oraz zadrapania na skórze, podobnie odpowiedziało 21% pielęgniarek i 28% studentów. Odpowiedzi częściowo prawidłowych udzieliło 41% lekarzy, 51% pielęgniarek oraz 31% studentów, zaś błędnych odpowiedzi udzieliło 17% lekarzy, 28% pielęgniarek, 41% studentów (ryc. 2).



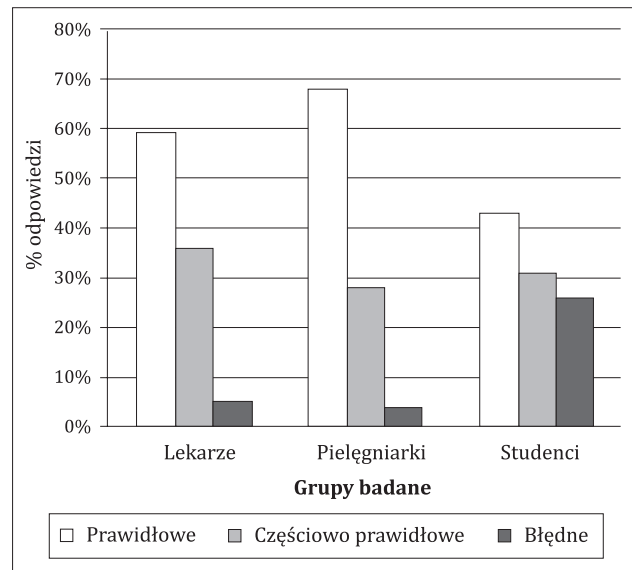
Ryc. 2. Ocena wiedzy badanych grup na temat objawów świerzbu.

Wśród badanych, 65% lekarzy zgodnie z prawdą uważa, że świerzbem można się zarazić od członków rodziny oraz za pośrednictwem przedmiotów (pościel, ręczniki, odzież), podobnie na to pytanie odpowiedziało 51% pielęgniarek i 40% studentów, zaś częściowo prawidłowo odpowiedziało 25% lekarzy, 38% pielęgniarek i 34% studentów. Błędnie na to pytanie odpowiedziało 10% lekarzy, 11% pielęgniarek, 26% studentów (ryc. 3).

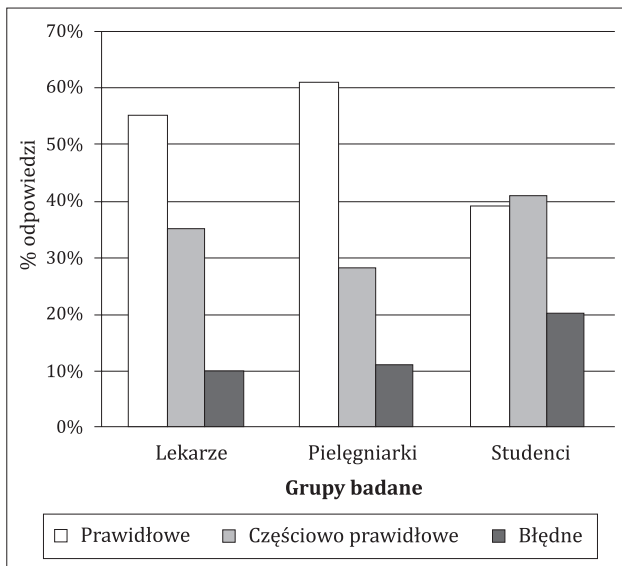
Palce rąk, nadgarstki, fałdy skórne jako najczęstsze umiejscowienie zmian skórnych w świerzbie wskazywało 55% lekarzy, 61% pielęgniarek, 39% studentów, częściowo prawidłowych odpowiedzi udzieliło 35% lekarzy, 28% pielęgniarek, 41% studentów. Natomiast nieprawidłowo na to pytanie odpowiedziało 10% lekarzy, 11% pielęgniarek, 20% studentów (ryc. 4).



Ryc. 3. Ocena wiedzy badanych grup na temat sposobów rozprzestrzeniania się świerzbu.



Ryc. 5. Ocena wiedzy badanych grup na temat metod leczenia świerzbu.



Ryc. 4. Ocena wiedzy badanych grup na temat umiejscowienia zmian chorobowych w świerzbie.

Na pytanie o sposób leczenia świerzbu prawidłowych odpowiedzi udzieliło 59% lekarzy, 68% pielęgniarek i 43% studentów wskazując jako metodę leczenia – środki do stosowania zewnętrznego. Odpowiedzi częściowo prawidłowych udzieliło 36% lekarzy, 28% pielęgniarek, 31% studentów. Błędne odpowiedzi wskazało 5% lekarzy, 4% pielęgniarek, 26% studentów (ryc. 5).

Wyniki ankiety wykazały, że 89% lekarzy, 85% pielęgniarek i 76% studentów uważa, że zakażenie świerzbem ma związek z higieną osobistą. Aż 85% studentów, 79% pielęgniarek, 73% lekarzy sądzi, że choroba dotyczy nie tylko osób o niższym statusie socjoekonomicznym. Ponad 80% badanych twierdzi, że należy jednocześnie leczyć członków rodziny i osoby z najbliższego otoczenia chorego. 49% lekarzy, 56% pielęgniarek, 64% studentów uznaje świerzba za chorobę wstydliwą.

## DYSKUSJA

Pracownicy służby zdrowia są grupą szczególnie narażoną na infekcję świerzbem, ponieważ mają bezpośredni kontakt z chorymi i przedmiotami stanowiącymi źródło zakażenia. Istotna jest zatem wśród tej grupy osób znajomość symptomów choroby, dróg przenoszenia infekcji oraz sposobów profilaktyki, aby móc uchronić zarówno siebie, jak i pacjentów przed zakażeniem.

Wyniki przeprowadzonej ankiety wykazały, że większość ankietowanych lekarzy i pielęgniarek zetknęła się z problemem infekcji świerzbem zarówno wśród swoich pacjentów, jak i osób z własnego otoczenia, np. wśród rodziny czy znajomych. Największą liczbę osób chorujących na świerzba wśród badanej populacji stanowiły pielęgniarki, co wiąże się z częstszym, niż w pozostałych badanych grupach, bezpośrednim kontakcie z chorym oraz przedmiotami w jego najbliższym otoczeniu, np. pościelą.

Analizując odpowiedzi ankietowanych można stwierdzić, że lekarze wykazali się najlepszą znajomością objawów klinicznych świerzbu. Wskazali oni grudki i nadżerki jako podstawowe zmiany skórne w świerzbie.

Najczęstsze umiejscowienie zmian chorobowych najlepiej określiły pielęgniarki, jednak oprócz takich okolic jak palce rąk, nadgarstki, fałdy skórne badane grupy błędnie wskazywały owłosioną skórę głowy jako miejsce predysponowane do infekcji świerzbem. Świerzba w tej lokalizacji może wystąpić wyjątkowo u niemowląt (1, 3). Nietypowy obraz kliniczny przebiegający z zajęciem owłosionej skóry głowy i innych okolic może być obserwowany u osób immunoniekompetentnych – HIV/HTLV-1(+), pacjentów w stanie immunosupresji, biorców przeszczepów, osób z wrodzonymi niedoborami odporności (1, 3).

Większość badanych słusznie twierdzi, że świerzbem można zarazić się od członków rodziny i za pośrednictwem przedmiotów. Powszechnie uważa się, że w ten sposób najłatwiej dochodzi do zakażenia. Niektórzy autorzy uważają jednak, że pośrednia droga przenoszenia świerzbu nie odgrywa tak istotnej roli, jak dotąd sądzono (1).

Ocena wiedzy na temat leczenia świerzbu wykazała, że znaczny odsetek pielęgniarek, lekarzy i studentów słusznie wskazał ośrodki do stosowania zewnętrznego w świerzbie jako główną metodę leczenia. Według europejskich wytycznych leczenia świerzbu podstawowymi lekami są benzoesan benzylu oraz permetryna (4). Ponadto w leczeniu świerzbu używana jest maść Wilkinsona (siarkowo-dziegiowa) i krotamiton. Wcześniej często zalecany lindan został wycofany z obrotu na terenie Unii Europejskiej z powodu doniesień o jego neurotoksycznym działaniu (4, 5). Co interesujące, aż 1/3 studentów medycyny zastosowałaby w leczeniu świerzbu antybiotyki doustne. Jedynym lekiem doustnym jest iwermektyna – związek z grupy makrocyklicznych laktamów, który w niektórych krajach jest coraz powszechniej stosowany w leczeniu świerzbu (6, 9). W Polsce iwermektyna nie jest dopuszczona do obrotu.

Poza doborem odpowiednich leków niezbędne jest jednocześnie leczenie osób z najbliższego otoczenia chorego. Okres wylegania świerzbu może wynosić nawet 3 tygodnie (8), w tym czasie zakażone osoby mogą nie mieć objawów klinicznych, a mimo to stanowią źródło infekcji dla innych. Większość ankietowanych przez nas osób jest świadoma tego zagrożenia.

W niniejszym badaniu wykazano również, że opinie na temat związku higieny z ryzykiem zachorowania na świerzbu są różne. Zdecydowana większość ankietowanych uważa, że zakażenie świerzbem ma istotny związek z higieną osobistą. Wśród osób żyjących w złych warunkach higienicznych choroba rzeczywiście stanowi problem zdrowotny i epidemiologiczny. Z drugiej strony, świerzbu obecnie coraz częściej występuje u osób o właściwych standardach higienicznych, określane jest jako tzw. świerzbu czystych (2). U osób tych

objawy mogą być słabo uchwytnie, a w związku z tym rozpoznanie choroby trudne.

Powszechną opinią jest przekonanie, że świerzbu występuje tylko u osób o niższym statusie socjoekonomicznym. Zależność między statusem, higieną a infekcją świerzbem jest złożona. Badania polskie wykazują częstsze występowanie świerzbu w środowiskach wiejskich, o niższych standardach sanitarnych w porównaniu do miast (9). Z kolei amerykańskie badania wykazały, że wśród analizowanej dużej populacji zakażonych osób, 54% pochodziło ze środowisk o przeciętnym standardzie życia, aż 33,3% charakteryzowało się wysokim standardem (10). Ankietowani przez nas pracownicy służby zdrowia w większości nie wskazują na związek między zakażeniem świerzbowcem a statusem socjoekonomicznym.

Badanie wykazało ponadto, że świerzbu kojarzony jest z chorobą wywołującą poczucie wstydu oraz obawy przed stygmatyzacją.

Podsumowując uzyskane wyniki można stwierdzić, że największa liczba błędnych odpowiedzi została udzielona przez studentów, co można wytłumaczyć wczesnym, przedklinicznym etapem ich edukacji (studenci pierwszych lat studiów medycznych). Wiedza tej grupy oparta jest na ogólnych informacjach zdobytych podczas wcześniejszego kształcenia, danych pochodzących ze źródeł popularnonaukowych lub własnych doświadczeniach.

## WNIOSKI

Przeprowadzone badanie ankietowe wśród osób związanych ze służbą zdrowia wykazało, że ich wiedza na temat infekcji świerzbem nie jest wystarczająca, dlatego też istnieje konieczność stałego jej propagowania.

Adres do korespondencji:

Aneta Szczerkowska-Dobosz  
Katedra i Klinika Dermatologii,  
Wenerologii i Alergologii,  
Gdański Uniwersytet Medyczny  
ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk  
tel. +48 (58) 349-25-86  
adobosz@gumed.edu.pl

## PIŚMIENNICTWO

1. Hengge UR, Currie BJ, Jäger G et al.: Scabies: ubiquitous neglected skin disease. *Lancet Infect Dis* 2006; 6: 769-779.
2. Żelazny I, Nowicki R, Sobjanek M: Świerzbu – częsta dermatoza, niełatwe rozpoznanie. *Przew Lek* 2007; 8: 68-73.
3. McCarthy JS, Kemp DJ, Walton SF, Currie BJ: Scabies: more than just an irritation. *Postgrad Med J* 2004; 80: 382-387.
4. Scott GR, Chosidow O: European guidelines for the management of scabies, 2010. *Int J STD AIDS* 2011; 22: 301-303.
5. Nolan K, Kamrath J, Levitt J: Lindane toxicity: a comprehensive review of the medical literature. *Pediatr Dermatol* 2012; 2: 141-146.
6. Zalewska A, Janusz J: Zastosowanie doustne iwermektyny w leczeniu świerzbu. *Przeegl Dermatol* 2003; 2: 121-123.
7. Strong M, Johnstone P: Interventions for treating scabies. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 18(3). Review.
8. Jabłońska S, Majewski S: Świerzbu. [W:] Jabłońska S, Majewski S: Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. 1st ed. Warszawa, PZWL 2008; 99-102.
9. Buczek A, Pabis B, Bartosik K et al.: Epidemiological study of scabies in different environmental conditions in central Poland. *Ann Epidemiol* 2006; 16: 423-428.
10. Larry G. Arlian: Biology, host epidemiology scabiei relations, and of Sarcopites. *Ann Rev Entomol* 1989; 34: 139-161.

nadesłano: 13.01.2014  
zaakceptowano do druku: 27.02.2014