Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

1(5)/2020

Włocławek 2020

Rada naukowa
dr hab. n. o zdr. Mariusz Wysokiński (UM, Lublin, Polska)
prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (UM, Wrocław, Polska)
Assistant Professor, Ph.D. Helena Kadučáková, (Catholic University in Ruzomberok, Slovakia)
Assistant Professor, Ph.D. Zuzana Hudáková (Catholic University in Ruzomberok, Slovakia)
dr Ewa Barczykowska (Wyższa Szkoła Medyczna, Legnica, Polska)
dr Wiesław Fidecki (UM, Lublin, Polska)
dr Sefika Dilek Guven (Fundamentals of Nursing Department, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversity, Turkey)

Kolegium redakcyjne
Redaktor naczelny: dr n. med. Beata Haor (PUZ we Włocławku, CM UMK w Bydgoszczy)
Zastępca redaktora naczelnego: dr hab. n. o zdr. Robert Ślusarz
(PUZ we Włocławku; CM UMK w Bydgoszczy)
Zastępca redaktora naczelnego: dr hab. n. o zdr. Mariola Głowacka
(Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku)
Sekretarz redakcji: dr n. o zdr. Anna Antczak-Komoterska (PUZ we Włocławku)
Sekretarz redakcji: dr n. med. Dorota Kochman (PUZ we Włocławku)
Redaktor językowy (j. polski): dr Maciej Krzemiński (PUZ we Włocławku)
Redaktor językowy (j. angielski: mgr Marta Waszin (PUZ we Włocławku)

Lista recenzentów publikowana jest na stronie czasopisma:
wyd.edu.pl/index.php/zblizenia-cywilizacyjne-civilizations-rapprochements

Projekt okładki
Kamil Zgodziński

Czasopismo jest wydawane na zasadach licencji niewyłącznej Creative Commons.

ISSN 2451-1846

© Copyright by Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku
Włocławek 2020

Redakcja czasopisma:
Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu
Instytut Nauk o Zdrowiu
Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku
ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25, 87-800 Włocławek

http://www.wyd.edu.pl/index.php/innowacje-w-pielegniarstwie-i-naukach-i-zdrowiu

Wersją pierwotną czasopisma jest wersja elektroniczna. Wersja papierowa jest dostępna w druku na żądanie.

Spis treści

Od Redakcji/Editorial……8

Artykuły oryginalne/Original

MARIOLA RYBKA, AGNIESZKA RYMAR

Zawód pielęgniarki jako profesja szczególnie obciążona długotrwałym stresem i zagrożeniem wystąpienia depresji……9

BOŻENA WOJTYCKA, BEATA HAOR

Wiedza i opinie kobiet na temat wybranych aspektów nietrzymania moczu……29

BEATA PONIŃSKA, GRAŻYNA CHOJNACKA-KOWALEWSKA

Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta……48

DOROTA KOCHMAN, JOLANTA JAGIEŁA

Analiza wybranych czynników mających wpływ na postępowanie rodziców dzieci do 5 roku życia w przypadku wystąpienia gorączki ……72

Opis przypadku/Case Report

KAROLINA CIECHANOWSKA, KAROLINA KRAJEWSKA
Opieka pielęgniarska nad pacjentką w przebiegu anoreksji z wykorzystaniem ICNP®.....96

Artykuły poglądowe/Review

MAJA AMBROZIAK, MAŁGORZATA STANOWSKA, KALINA SIKORSKA-ZIMNY
Tymianek – roślina o wielu zastosowaniach ……..……115

ISSN: 2451-1846

Od Redakcji/Editorial

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością przekazujemy Państwu kolejny numer międzynarodowego kwartalnika naukowego *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu (Innovations in Nursing and Health Sciences).*

Zapraszamy do nadsyłania tekstów i zgłaszania sugestii dotyczących publikacji.

Z poważaniem
Redakcja

Zawód pielęgniarki jako profesja szczególnie obciążona długotrwałym stresem i zagrożeniem wystąpienia depresji

The profession of a nurse as a particularly burdened by long-term stress and the risk of depression

MARIOLA RYBKA [1] AGNIESZKA RYMAR [2]

[1] Instytut Nauk o Zdrowiu, PUZ we Włocławku, Szpital Lipno Sp. z o.o. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
[2] Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Rydygiera w Toruniu

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.001
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Odpowiedzialność wynikająca z wymagań stawianych w pielęgniarstwie sprawia, że wiele pielęgniarek i pielęgniarzy każdego dnia odczuwa presję i dyskomfort psychiczny. Mnogość, natężenie i częstotliwość czynników stresogennych doświadczanych każdego dnia pracy przez pielęgniarki i pielęgniarzy nieuchronnie prowadzą do wzrostu emocji negatywnych. W wielu badaniach udowodniono bezpośredni wpływ długotrwale doświadczanego przez pielęgniarki stresu na pogorszenie jakości życia na różnych jego płaszczyznach. Takie wielowymiarowe zaburzenie w pełnieniu ról życiowych prowadzi do wystąpienia objawów depresji, a tym samym do pogorszenia własnego dobrostanu zarówno psychicznego, jak i fizycznego.
Cel. Celem pracy było określenie stopnia obciążenia stresem osób wykonujących zawód pielęgniarki/pielęgniarza jak również uzyskanie odpowiedzi na pytanie czy pielęgniarstwo jako zawód szczególnie jest narażone na występowanie depresji.

Materiał i metody. Grupę respondentów stanowiło 100 pielęgniarek pracujących w zróżnicowanych formach zatrudnienia w Szpital Lipno Sp. Z o.o. Do przeprowadzenia badań wykorzystano kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej oraz test Becka BDI-II oraz psychologiczny pomiaru dyspozycyjnego radzenia sobie MINI COPE.
Wyniki. Uzyskane wyniki potwierdziły, że pielęgniarstwo jest zawodem szczególnie narażonym na długotrwały stres. 80% ankietowanych pielęgniarek/rzy wykazuje duże narażenie na stres, 16% badanych niezbyt duże, a 4% znikome. Oznacza to, iż osiem na dziesięć pielęgniarek/pielęgniarzy odczuwa duże obciążenie stresem w swoim miejscu pracy. Objawy depresji występują u ponad 1/3 badanych (34%).
Wnioski. Pielęgniarstwo jest zawodem szczególnie obciążone długotrwałym stresem, a co za tym idzie co trzecia pielęgniarka wskazuje na występowanie objawów depresji.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, obciążenie, czynniki wywołujące długotrwały stres, objawy depresyjne

Summary:
Introduction. The responsibility arising from the requirements of nursing is causing that many nurses feel pressure and discomfort every day. The multitude, intensity and frequency of stressors experienced every day by nurses inevitably lead to an increase in negative emotions. Many studies have proven the direct impact of stress experienced by nurses on the deterioration of the quality of life on its various areas. Such a multidimensional disorder in performing life roles leads to symptoms of depression, and thus to deterioration of both mental and physical well-being.
Aim. The aim of the presented research was to determine the degree of stress burden on people working as a nurse and to answer the question whether nursing as a profession is particularly prone to depression.
Material and methods. The group of respondents consisted of 100 nurses working in various forms of employment at Szpital Lipno Sp. z o.o. The study used a self-designed questionnaire, Beck's BDI-II test and the psychological measurement of disposable coping MINI COPE.

Results. The obtained results confirmed that nursing is a profession particularly exposed to long-term stress. 80% of the surveyed nurses show a high exposure to stress, 16% of the respondents not too much, and 4% negligible. This means that eight out of ten nurses experience a high stress load in their workplace. Symptoms of depression occur in over 1/3 of respondents (34%).
Conclusions. Nursing is a profession that is particularly burdened with long-term stress, and thus every third nurse indicates symptoms of depression.

Key words: nursing, burden, stress factors, long-term stress, depressive symptoms

Wstęp

Pielęgniarstwo jako profesja obarczone jest dużą odpowiedzialnością tak pod względem zdrowia jak i bezpieczeństwa, zarówno własnego jak i pacjenta. Odpowiedzialność ta dla wielu pielęgniarek jest źródłem presji, która bezpośrednio wpływa na rozwój stresu. W tej pracy ogromną rolę odgrywa nie tylko konieczność sprawowania kompleksowej i profesjonalnej opieki nad pacjentami w różnym stanie, ale także stałe ryzyko pogorszenia własnego dobrostanu zarówno psychicznego jak i fizycznego. Mnogość, natężenie i częstotliwość czynników stresogennych doświadczanych na co dzień przez pielęgniarki nieuchronnie prowadzą do wzrostu emocji negatywnych. Wiele dotychczasowych badań dowodzi, że niepokój, gniew czy agresja u osób wysoko uspołecznionych są najczęściej tłumione i kierowane do wewnątrz, co w połączeniu z lękiem staje się podłożem rozwoju depresji i somatyzacji [1].

Statystyki są alarmujące. Niezależne badania prowadzone na przestrzeni ostatniego dziesięciolecia w różnych zakątkach świata zgodnie wykazują częstość występowania objawów depresyjnych na poziomie 30% i więcej w porównaniu do łącznych przypadków

w danej populacji. Ponadto wyniki badań nad obciążeniem psychicznym w pielęgniarstwie ujawniają, że objawy lękowe pojawiały się z częstością występowania ponad 40%, co daje wynik ponad 4-krotnie przekraczający średnie wartości w stosunku do wyniku ogółu [2].

Pielęgniarki doświadczające piętna depresji i stresu mogą mieć trudności nie tylko z pełnieniem funkcji zawodowych, ale także z funkcjonowaniem na innych płaszczyznach życia. Artykuł niniejszy opisuje jedynie skromny wycinek złożonego problemu, jakim jest szczególne obciążenie stresem w pielęgniarstwie oraz jego możliwe negatywne konsekwencje, wśród których depresja stanowi jedną z najbardziej dotkliwych. Obszerność i mnogość zagadnień w tym temacie przekracza możliwości tej publikacji, niemniej otwiera pole do dalszych analiz i poszukiwań rozwiązań opisanego problemu.

Cel pracy

Celem pracy było określenie stopnia obciążenia stresem osób wykonujących zawód pielęgniarki/pielęgniarza, jak również uzyskanie odpowiedzi na pytanie czy pielęgniarstwo jako zawód szczególnie jest narażone na występowanie depresji.

Materiał i metody

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Technikami badawczymi, jakimi posłużono się dla potrzeb procesu badawczego były: ankietowanie oraz technika skali szacunkowej. Narzędzia użyte w pracy to: autorski kwestionariusz ankiety własnej, Formularz Badania Objawów Depresji Becka BDI-II oraz Test Psychologiczny Pomiaru Dyspozycyjnego Radzenia Sobie MINI COPE.

Badanie zostało przeprowadzone z zachowaniem całkowitej anonimowości w NZOZ Szpital Lipno Sp. z o.o. Sondaż diagnostyczny objął 100 pełnoletnich respondentów, którzy w różnej formie

i różnym wymiarze godzin pozostają zatrudnieni w charakterze pielęgniarki/pielęgniarza w wyżej wymienionej jednostce ochrony zdrowia oraz posiadają wykształcenie z zakresu pielęgniarstwa. Otrzymane kwestionariusze każda osoba badana wypełniała dobrowolnie, samodzielnie oraz bez narzuconych ograniczeń czasowych. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej testem χ^2 dla prób niezależnych. Przyjęto 5% ryzyko błędu wnioskowania. Wartość prawdopodobieństwa $p<0,05$ uznano za statystycznie istotną. Do zbadania zależności statystycznej pomiędzy analizowanymi cechami użyto testu Chi - kwadrat.

Wyniki

Prezentowane poniżej badania, miały na celu określenie szczególnego obciążenia stresem osób wykonujących zawód pielęgniarki/pielęgniarza jak również uzyskanie odpowiedzi na pytanie czy pielęgniarstwo jako zawód jest szczególnie obciążone występowaniem objawów depresyjnych. Ponadto podjęto próbę określenia wpływu długości stażu pracy pielęgniarek/pielęgniarzy na częstość występowania objawów depresji.

Tab. I. Miejsce pracy a narażenie na stres.

			NARAŻENIE NA STRES			Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	P
			duże	niezbyt duże	znikome			
MIEJSCE PRACY	Ośrodek Terapii Uzależnień/placówka oświaty	n	1	0	0	1	35,43	0,0001
		%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%		
	placówka oświaty	n	0	0	1	1		
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%		
	przychodnia POZ/specjalist.	n	7	3	0	10		
		%	70,0%	30,0%	0,0%	100,0%		
	szpital/klinika	n	58	7	2	67		
		%	86,6%	10,4%	3,0%	100,0%		
	uzdrowisko	n	4	4	1	9		
		%	44,4%	44,4%	11,1%	100,0%		
	Zakł. Opiekuńczo-Leczniczy/Dom Opieki Spol. Hospicjum	n	10	2	0	12		
		%	83,3%	16,7%	0,0%	100,0%		
Ogółem		**n***	**80**	**16**	**4**	**100**		
		%	**80,0%**	**16,0%**	**4,0%**	**100,0%**		

Uzyskane na podstawie ankiety własnej oraz formularza BDI-II rezultaty badań potwierdziły postawioną hipotezę, że pielęgniarstwo jest zawodem szczególnie obciążonym długotrwałym stresem. Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy miejscem pracy ankietowanych a ich opinią, jak bardzo są narażeni na stres w pracy. Ponad 86% badanych pracujących w szpitalu/klinice twierdzi, iż natężenie stresu w pracy jest duże. Natomiast ponad 44% badanych, których głównym miejscem zatrudnienia jest uzdrowisko twierdzi, że natężenie stresu jest niezbyt duże.

Tab. II. Częstość występowania sytuacji stresowych w miejscu pracy.

			CZĘSTOŚĆ SYTUACJI STRESOWYCH W PRACY			Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			często	prawie zawsze	rzadko			
MIEJSCE PRACY	Ośrodek Terapii Uzależnień/placówka oświaty	n	0	1	0	1	27,63	0,002
		%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%		
	placówka oświaty	n	0	0	1	1		
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%		
	przychodnia POZ/specjalist.	n	4	3	3	10		
		%	**40,0%**	**30,0%**	30,0%	100,0%		
	szpital/klinika	n	44	18	5	67		
		%	**65,7%**	**26,9%**	7,5%	100,0%		
	uzdrowisko	n	3	1	5	9		
		%	33,3%	11,1%	55,6%	100,0%		
	Zakł. Opiekuńczo-Leczniczy/Dom Opieki Spol. Hospicjum	n	9	0	3	12		
		%	**75,0%**	0,0%	25,0%	100,0%		
Ogółem		**n***	**60**	**23**	**17**	**100**		
		%	**60,0%**	**23,0%**	**17,0%**	**100,0%**		

Ponadto, kolejna analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy miejscem pracy ankietowanych a tym, jak często są narażeni na sytuacje stresujące w pracy. Ponad 65% badanych pracujących w szpitalu przyznaje, iż często spotyka się z sytuacjami stresowymi w pracy. Natomiast ponad 55% badanych zatrudnionych głównie w uzdrowisku przyznaje, że rzadko spotykają ich sytuację stresowe w pracy.

Kolejne wyniki wykazały istotną zależność pomiędzy stażem pracy ankietowanych a ich opinią jak bardzo są narażeni na stres w pracy. W każdej badanej grupie wiekowej ponad połowa ankietowanych klasyfikuje odczuwane narażenie na stres jako „duże".

Tab. III. Staż pracy a odczuwane narażenie na stres.

			ODCZUWANIE NARAŻENIA NA STRES			Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	P
			duże	niezbyt duże	znikome			
STAŻ PRACY W LATACH	11-20	n	9	7	0	16	17,12	0,009
		%	56,3%	43,8%	0,0%	100,0%		
	21-30	n	29	1	0	30		
		%	96,7%	3,3%	0,0%	100,0%		
	mniej niż 10	n	23	3	2	28		
		%	82,1%	10,7%	7,1%	100,0%		
	ponad 30	n	19	5	2	26		
		%	73,1%	19,2%	7,7%	100,0%		
Ogółem		**n***	**80**	**16**	**4**	**100**		
		%	**80,0%**	**16,0%**	**4,0%**	**100,0%**		

Dalsza analiza statystyczna wykazała związek pomiędzy występowaniem objawów depresji a narażeniem na stres w miejscu pracy, co potwierdza założenia drugiej hipotezy. U 21,3% ankietowanych, którzy wskazali duże narażenie na stres wystąpił epizod depresyjny o łagodnym nasileniu, u kolejnych 5% miał on nasilenie umiarkowane. Odpowiedzi 12,5% ankietowanych wykazały epizod depresyjny o głębokim nasileniu, natomiast 61,3% nie wykazało objawów depresji.

Tab. IV. Występowanie objawów depresyjnych a narażenie na stres.

			POZIOM DEPRESJI				Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	P
			brak depresji	epizod depresyjny o głębokim nasileniu	epizod depresyjny o łagodnym nasileniu	epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu			
NARAŻENIE NA STRES	duże	n	49	10	17	4	80	5,91	0,0433
		%	61,3%	12,5%	21,3%	5,0%	100,0%		
	niezbyt duże	n	13	0	3	0	16		
		%	81,3%	0,0%	18,8%	0,0%	100,0%		
	znikome	n	4	0	0	0	4		
		%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%		
Ogółem		**n**	**66**	**10**	**20**	**4**	**100**		
		%	**66,0%**	**10,0%**	**20,0%**	**4,0%**	**100,0%**		

Ponadto wykazano istotną zależność pomiędzy częstością występowania sytuacji stresowych w miejscu pracy a wystąpieniem objawów depresyjnych. U 26,7% ankietowanych, którzy wskazali odpowiedź „często” wystąpił epizod depresyjny o łagodnym nasileniu, u kolejnych 6,7% miał on nasilenie umiarkowane. Odpowiedzi 3,3% ankietowanych wykazały epizod depresyjny o głębokim nasileniu, natomiast 63,3% nie wykazało objawów depresji.

Tab. V. Częstość doświadczania sytuacji stresowych w pracy a występowanie objawów depresyjnych.

			POZIOM DEPRESJI				Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			brak depresji	epizod depresyjny o głębokim nasileniu	epizod depresyjny o łagodnym nasileniu	epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu			
CZĘSTOŚĆ SYTUACJI STRESOWYCH W PRACY	często	n	38	2	16	4	60	26,19	0,001
		%	63,3 %	3,3%	26,7%	6,7%	100,0 %		
	prawie zawsze	n	13	8	2	0	23		
		%	56,5 %	34,8%	8,7%	0,0%	100,0 %		
	rzadko	n	15	0	2	0	17		
		%	88,2 %	0,0%	11,8%	0,0%	100,0 %		
Ogółem		**n**	**66**	**10**	**20**	**4**	**100**		
		%	**66,0 %**	**10,0%**	**20,0%**	**4,0%**	**100,0 %**		

W tym miejscu należy zauważyć, iż u 40% ankietowanych, którzy bardzo często odczuwają negatywne emocje w czasie pracy wystąpił epizod depresyjny o głębokim nasileniu, natomiast 60% badanych nie wykazało objawów depresji. Nie da się jednakże nie zauważyć, że ogółem 32 % badanych odczuwających negatywne emocje w czasie pracy doświadczyło epizodu depresyjnego o różnym stopniu nasilenia.

Tab. VI. Odczuwanie negatywnych emocji w pracy a występowanie objawów depresyjnych.

			POZIOM DEPRESJI				Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	P
			brak depresji	epizod depresyjny o głębokim nasileniu	epizod depresyjny o łagodnym nasileniu	epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu			
ODCZUWANIE NEGATYWNYCH EMOCJI W CZASIE PRACY	bardzo często	n	3	2	0	0	5	18,25	0,108
		%	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100,0%		
	dość często	n	26	8	12	1	47		
		%	55,3%	17,0%	25,5%	2,1%	100,0%		
	nie dotyczy	n	8	0	2	0	10		
		%	80,0%	0,0%	20,0%	0,0%	100,0%		
	rzadko	n	28	0	6	3	37		
		%	75,7%	0,0%	16,2%	8,1%	100,0%		
	w ogóle	n	1	0	0	0	1		
		%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%		
Ogółem		**n**	**66**	**10**	**20**	**4**	**100**		
		%	**66,0%**	**10,0%**	**20,0%**	**4,0%**	**100,0%**		

Ostatnia przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy stażem pracy ankietowanych a ich poziomem depresji, co jednocześnie potwierdziło trzecią z postawionych hipotez; 50% badanych ze stażem pracy ponad 30 lat wykazuje brak depresji. Natomiast pozostałe 50% ankietowanych pracujących w zawodzie ponad 30 lat wykazuje epizody depresyjne o różnym stopniu nasilenia.

Tab. VII. Staż pracy a poziom depresji.

			POZIOM DEPRESJI				Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	P
			brak depresji	epizod depresyjny o głębokim nasileniu	epizod depresyjny o łagodnym nasileniu	epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu			
STAŻ PRACY (w latach)	11-20	n	11	4	1	0	16	20,15	0,017
		%	68,8%	25,0%	6,3%	0,0%	100,0%		
	21-30	n	23	1	6	0	30		
		%	76,7%	3,3%	20,0%	0,0%	100,0%		
	mniej niż 10	n	19	2	7	0	28		
		%	67,9%	7,1%	25,0%	0,0%	100,0%		
	ponad 30	n	13	3	6	4	26		
		%	50,0%	11,5%	23,1%	15,4%	100,0%		
Ogółem		**n**	**66**	**10**	**20**	**4**	**100**		
		%	**66,0%**	**10,0%**	**20,0%**	**4,0%**	**100,0%**		

Dyskusja

Uzyskane na podstawie ankiety własnej rezultaty badań potwierdziły pierwszą postawioną hipotezę, że pielęgniarstwo jest zawodem szczególnie długotrwałym obciążonym stresem. W badanej grupie respondentów 80% ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy wykazuje duże narażenie na stres, 16% badanych niezbyt duże, a 4% znikome. Oznacza to, iż osiem na dziesięć pielęgniarek/pielęgniarzy odczuwa duże obciążenie stresem w swoim miejscu pracy. 60%

badanych przyznaje, iż często spotykają się z sytuacją stresową w pracy. 23% badanych odpowiada, że spotyka się z taką sytuacją prawie zawsze, a 17% respondentów rzadko doświadcza sytuacji stresowych w pracy.

Nawiązując do powyżej opisanych aspektów i analizując zjawisko stresu w zawodzie pielęgniarki w kontekście pierwszej postawionej hipotezy, należy mocno zaznaczyć jego długoterminowe oddziaływanie, przez co staje się on szczególnie dotkliwym, powtarzalnym i w oczywisty sposób negatywnym składnikiem nie tylko środowiska pracy ale także innych obszarów codziennego funkcjonowania. Duża powtarzalność w skali 60% (często) oraz 23% (prawie zawsze), ogromne natężenie wielkości 80% oraz doświadczanie negatywnych emocji po zakończeniu pracy przez 61% ankietowanych dobitnie świadczą o przytłaczającej skali tego zjawiska oraz jego długoterminowości. Niemal identyczny wynik opisują w swojej pracy Roberts i wsp. przytoczone przez niego wyniki badań wskazują na szczególne narażenie wystąpienia skutków długotrwałego stresu, w tym somatyzacji u ponad 60% badanej grupy pielęgniarek [3].

Wyniki te korespondują z badaniami przeprowadzonymi przez Kędrę i Nowocień, w których potwierdziły one występowanie w pielęgniarstwie charakterystycznego stresu, którego czynniki są specyficzne dla tego zawodu - odpowiedzialność za życie i zdrowie oraz brak zrozumienia ze strony pacjentów i ich rodzin [4]. Podobne wyniki badań w swojej pracy nad stresem i wypaleniem zawodowym w pielęgniarstwie opisują Dąbrowska, Olejnik, Kułak – Bejda i Krajewska – Kułak, gdzie na podstawie przeanalizowanych badań i dostępnej literatury dowodzą, że personel pielęgniarski jest nieustannie narażony na przeżywanie stresu zawodowego [5].

Ponadto, analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy miejscem pracy ankietowanych a ich opinią jak bardzo są

narażeni na stres w pracy. Ponad 86% badanych pracujących w szpitalu/klinice twierdzi, iż natężenie stresu w pracy jest duże. Wynik wpisuje się w założenia koncepcji przedstawionej przez Maslach i Leiter, gdzie wskazują oni na organizację miejsca pracy oraz jej dysfunkcje jako główne źródła sytuacji stresowych wśród pracowników [6].

Dzięki przeprowadzonej analizie statystycznej wykazano istotną zależność pomiędzy stażem pracy ankietowanych a ich opinią jak bardzo są narażeni na stres w pracy. Ponad 96% badanych ze stażem pracy 21-30 lat twierdzi iż natężenie stresu w pracy jest duże. Odpowiedzi te nie są zgodne ze stanowiskiem Kliszcz, która w swoim artykule wskazuje na badania pielęgniarek w grupie o średniej wieku 63 lata; osoby te były najbardziej podatne na podwyższony poziom stresu i związanego z nim lęku niezależnie od stażu pracy [7].

Niejako negatywnym podsumowaniem uzyskanych rezultatów w zakresie obciążenia stresem w pielęgniarstwie są odpowiedzi ankietowanych udzielone na pytanie o ponowny wybór zawodu; na 100 ankietowanych tylko 9 osób zdecydowanie wybrałoby ten zawód ponownie, 29 osób odpowiedziało „raczej tak", natomiast pozostałe 62 osoby albo nie są w stanie skłonić się w żadną stronę (tak lub nie), albo nie zdecydowałyby się na wybór zawodu pielęgniarki/pielęgniarza ponownie.

W celu zweryfikowania postawionej hipotezy dotyczącej obciążenia występowaniem objawów depresji wśród osób pracujących w pielęgniarstwie, przeprowadzono badanie zależności pomiędzy miejscem pracy a występowaniem objawów depresji - analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy miejscem pracy ankietowanych a ich poziomem depresji, niemniej należy zaznaczyć, że odpowiedzi 13 osób, których głównym miejscem zatrudnienia jest szpital lub klinika wskazują na epizod depresyjny

o łagodnym nasileniu, 3 odpowiedzi wskazują na epizod o umiarkowanym charakterze, a 6 udzielonych odpowiedzi wskazało na epizod depresyjny o głębokim nasileniu. Oznacza to, że u 22 z 67 badanych, czyli u prawie 33% osób zatrudnionych w szpitalu lub klinice wystąpiły objawy depresyjne.

Kolejną, badaną zależnością, był związek wieku ankietowanych i występowania u nich objawów depresji. Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych a ich poziomem depresji. Niemniej jednak nie można zlekceważyć faktu, iż odpowiedzi 34 osób, (łącznie ze wszystkich grup wiekowych), wykazały wystąpienie epizodu depresyjnego o różnym nasileniu. Biorąc pod uwagę, iż liczebność całej grupy ankietowanych wynosiła 100, uzyskany wynik stanowi aż 34% ogółu.

Również poddano analizie związek pomiędzy narażeniem na stres w miejscu pracy i występowaniem objawów depresji. Analiza statystyczna wykazała istnienie związku pomiędzy wymienionymi wyżej zmiennymi. U 21,3% ankietowanych, którzy wskazali duże narażenie na stres wystąpił epizod depresyjny o łagodnym nasileniu, u kolejnych 5% miał on nasilenie umiarkowane. Odpowiedzi 12,5% ankietowanych wykazały epizod depresyjny o głębokim nasileniu, natomiast 61,3% nie wykazało objawów depresji.

Następną badaną zależnością w zakresie weryfikacji drugiej hipotezy był związek występowania objawów depresyjnych a częstością narażenia na stres w miejscu pracy. Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy częstością występowania sytuacji stresowych w miejscu pracy a wystąpieniem objawów depresyjnych. W badanej grupie 100 osób, 34 odpowiedzi wskazują na wystąpienie epizodu depresyjnego (o różnym nasileniu).

Ostatni badany związek stanowiło odczuwanie negatywnych emocji a występowanie objawów depresyjnych. W tym przypadku

u 40% ankietowanych, którzy bardzo często odczuwają negatywne emocje w czasie pracy wystąpił epizod depresyjny o głębokim nasileniu, natomiast 60% badanych nie wykazało żadnych objawów depresji. Oznacza to, iż zależność tą cechuje największy odsetek obciążenia niż pozostałe badane na potrzeby drugiej hipotezy związki.

Wszystkie powyżej uzyskane wyniki wskazują, że nie mniej niż 30 % badanej zbiorowości doświadcza lub doświadczyło epizodu depresyjnego o różnym nasileniu, którego źródło stanowił stres w pracy. Uzyskany wynik jest zaskakująco zgodny z badaniami własnymi Maharaj, Lees i Lal, które w badaniu kohortowym przeprowadzonym wśród australijskich pielęgniarek w 2017 roku wykazały rozpowszechnienie objawów depresyjnych na poziomie 32,4% badanej zbiorowości. Ponadto wskazują wiek, lata pracy i doświadczanie negatywnych emocji w związku z wykonywaną pracą jako mające znaczący wpływ na rozwój depresji wśród pielęgniarek [2]. Zależności pomiędzy miejscem zatrudnienia a występowaniem objawów depresji została również sprawdzone w pracy Letvak, Ruhm i McCoy, gdzie autorzy wykazali najsilniejsze obciążenie depresją wśród osób zatrudnionych w szpitalu. Ponadto badania te ujawniły silny wpływ objawów depresyjnych na subiektywne odczucie dobrostanu zarówno fizycznego jak i umysłowego pielęgniarek [8].
Kolejny badany związek to zależność pomiędzy narażeniem na stres w miejscu pracy a natężeniem objawów depresji – odpowiedzi 34% badanych wykazały istnienie takiego związku, co częściowo koresponduje z wynikami uzyskanymi przez Da Silva Gherardi – Donato i współpracowników, którzy w swoich badaniach taką zależność wykazali u 20% ankietowanych, a na podstawie przeanalizowanej przez nich literatury przytaczają wartość 28,8% [9].

Jako ostatnią hipotezę w niniejszej pracy przyjęto wpływ stażu pracy na częstość występowania objawów depresji. Przeprowadzona

analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy stażem pracy ankietowanych a ich poziomem depresji. 50% badanych ze stażem pracy ponad 30 lat wykazuje brak depresji. Natomiast pozostałe 50% ankietowanych pracujących w zawodzie ponad 30 lat wykazuje epizody depresyjne o różnym stopniu nasilenia. Oznacza to, że połowa badanej zbiorowości pielęgniarek i pielęgniarzy zostaje dotknięta objawami depresji.

W zakresie badania powyższej zależności interesujące wyniki uzyskał zespół Haor, Głowackiej, Ślusarza i Piotrowskiej, który zauważył, że zadowolenie z życia wśród badanej grupy zmienia się w sposób odwrotnie proporcjonalny do stażu pracy; istotnie maleje wraz z rosnącą ilością przepracowanych lat i przybiera najniższe wartości wśród pielęgniarek, które przepracowały w zawodzie więcej niż 30 lat. Ponadto zauważają oni, że zwiększenie liczby czynników wywołujących stres wynikający z pełnienia funkcji zawodowych postępuje w miarę zaawansowania wieku i stażu pracy pielęgniarek. Równie ważną poczynioną obserwacją jest stwierdzenie, że im dłuższy staż pielęgniarek i pielęgniarzy tym większa skłonność do łatwego wycofywania się, godzenia z niepowodzeniami oraz rezygnacji z sukcesów [10].

Niejako uzupełniającym badaniem na potrzeby niniejszej pracy było wykorzystanie kwestionariusza MINI-COPE dla oceny radzenia sobie ze stresem i jego skutkami. Według udzielonych odpowiedzi badani wśród sposobów radzenia sobie ze stresem najczęściej wskazywali (wartości średnie): zajmowanie się czymś innym; średnio – 2,21, akceptację zaistniałego faktu; średnio – 2,02 oraz żartowanie na temat stresowej sytuacji – 1,99. W dalszej kolejności ankietowani wskazali obwinianie siebie – 1,94, aktywne radzenie sobie – 1,89 oraz poszukiwanie instrumentalnego wsparcia – 1,85. Najmniej odpowiedzi skłaniało się w stronę używania substancji psychoaktywnych i alkoholu – 0,28 oraz zaprzeczania – 0,05.

Tab. VIII. Wyniki badań uzyskane za pomocą formularza MINI-COPE.

Nazwa skali	Twierdzenia	Numery pytań	Średnia	SD
Aktywne radzenie sobie	podejmowanie działań zmierzających do poprawienia sytuacji	2,7	1,89	0,22
Planowanie	zastanawianie się i planowanie tego co należy zrobić	14,25	1,42	0,24
Pozytywne przewartościowanie	spostrzeganie sytuacji w bardziej pozytywnym świetle	12,17	1,22	0,22
Akceptacja	przyjęcie zaistniałej sytuacji i uczenie się jak z tym żyć	20,24	2,02	0,34
Poczucie humoru	żartowanie i traktowanie sytuacji jako zabawy	18,28	1,99	1,20
Zwrot ku religii	modlitwa. Medytowanie celem znalezienia ukojenia	22,27	1,15	0,52
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	szukanie otuchy, zrozumienia i wsparcia od innych	5,15	1,55	0,19
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	szukanie i otrzymywanie pomocy od innych	10,23	1,85	0,21
Zajmowanie się czymś innym	zajmowanie się innymi czynnościami, aby nie myśleć o zdarzeniu	1,19	2,21	0,56
Zaprzeczanie	odrzucanie faktu zaistnienia sytuacji	3,8	0,5	0,44
Wyładowanie	ujawnienie negatywnych emocji	9,21	0,35	0,97
Zażywanie substancji psychoaktywnych	zażywanie środków dla złagodzenia przykrych emocji	4,11	0,28	0,11
Zaprzestanie działań	rezygnacja z podejmowania wysiłków dla osiągnięcia celu	6,16	1,3	0,14
Obwinianie siebie	krytykowanie i obwinianie siebie	13,26	1,94	0,12

Wyniki te częściowo odpowiadają rezultatom uzyskanym przez Grabowskiego, Pollak i Czerw, którzy w swoich badaniach wskazują na grupowanie czynników w ramach stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem. W badaniach tego zespołu, jak i w badaniach własnych zauważono skłonność badanych osób do stosowania działań z zakresu strategii zarówno emocjonalnej oraz strategii aktywnego działania [11].

Wnioski

W wyniku przeprowadzonych badań i uzyskanych na ich podstawie danych sformułowano następujące wnioski;

1. Pielęgniarstwo jest zawodem szczególnie obciążonym długotrwałym stresem, który przede wszystkim zależy od miejsca pracy i częstotliwości sytuacji stresowych. Pielęgniarki i pielęgniarze szczególnie doświadczają stresu w wyniku wykonywanych obowiązków zawodowych.
2. Pielęgniarstwo jako zawód jest obciążone występowaniem objawów depresji, które występują u ponad 1/3 badanych (34%). Nasilenie tych objawów jest zależne od narażenia na stres w miejscu pracy i częstotliwości występowania stresorów.
3. Długość stażu pracy ma wpływ na częstość występowania objawów depresji. Największe nasilenie występowania epizodów depresyjnych o różnym nasileniu obserwuje się u połowy badanych pielęgniarek/pielęgniarzy o stażu pracy ponad 30 lat.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Pielęgniarki powinny systematycznie i długofalowo uczestniczyć w szkoleniach oraz kursach prowadzonych przez psychologów oraz terapeutów by doskonalić swoje umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i stresowych.

Bibliografia/Bibliography:

1. Gross P. Czynniki wyzwalające stres w pracy pielęgniarki. Evereth News 11/2018. Evereth Publishing. Warszawa 2018.

2. Maharaj S., Lees T., Lal S. Prevalence and Risk Factors of Depression, Anxiety and Stress in a Cohort of Australian Nurses. International Journal of Enviromental Research and Public Health. Wydawnictwo MDPI. Bazylea 2018.

3. Roberts RK, Grubb PL. The consequences of nursing stress and need for integrated solutions. Rehabilitation Nursing. The official journal of the Association of Rehabilitation Nurses 2014 nr 39. E-pub 2013:62-9.

4. Kędra E., Nowocień M. Czynniki stresogenne a ryzyko wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek. Pielęgniarstwo Polskie 2015;3(57):293-306.

5. Dąbrowska P., Olejnik B., Kułak - Bejda A., Krajewska-Kułak E. Narażenie na stres i wypalenie zawodowe w grupie pielęgniarek psychiatrycznych. Holistyczny wymiar medycyny. Wydawnictwo UM w Białymstoku. Białystok 2018. Tom IV: 530-536,557.

6. Maslach Ch., Leiter M. Prawda o wypaleniu zawodowym. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2011.

7. Kliszcz J. Depresja, lęk i pielęgniarskie życie. Magazyn pielęgniarki i położnej. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Warszawa 2017:4-7.

8. Letvak S., Ruhm Ch., McCoy T. Depression in Hospital-Employed Nurses. Clinical Nurse Specialist. The Journal for Advanced Nursing Practice 2012;26/3:177 – 182. dostęp on-line z dnia 12.04.2020.

9. Gherardi-Donato EC, Cardoso L, Teixeira CA, Pereira Sde S, Reisdorfer E Association between depression and work stress in nursing professionals with technical education level. Revisto Latino Americana de Enfermagem. 2015; dostęp on-line z dnia 23.12.2019.

10. Haor B., Głowacka M., Ślusarz R., Piotrowska A. Behaviors and experiences of nurses connected with professional work. Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa. Via Medica 2014:142-146.

11. Grabowski D., Pollak A., Czerw A. Wymiary etyki pracy jako predykatory strategii radzenia sobie ze stresem. Medycyna Pracy 2017;68(6):711-724 dostęp on-line z dnia 02.04.2020.

Wiedza i opinie kobiet na temat wybranych aspektów nietrzymania moczu

Women's knowledge and opinions on selected aspects of urinary incontinence

BOŻENA WOJTYCKA[1], BEATA HAOR[2]

[1]Centrum Diagnostyczno-Lecznicze Barska we Włocławku
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.002
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Terapia i profilaktyka nietrzymania moczu powinna być ukierunkowana na działania edukacyjne realizowane wobec członków zespołu terapeutycznego, chorych i ich rodzin oraz całego społeczeństwa.
Cel. Celem pracy jest analiza wiedzy i opinii kobiet na temat wybranych aspektów nietrzymania moczu.
Materiał i metody. Badanie dotyczyło 100 pacjentek z nietrzymaniem moczu. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankietowania.
Wyniki. W badaniach własnych respondentki potwierdziły, że epizody nietrzymania moczu obserwowane są częściej w starszych grupach wiekowych kobiet. Posiadały także zróżnicowaną wiedzę na temat przyczyn, czynników ryzyka, metod diagnostyki i terapii NTM. Większość badanych potwierdziła wpływ choroby na sferę życia seksualnego, aktywność zawodową oraz życie rodzinne. Najmniejszy odsetek respondentek podkreślił wpływ NTM na sferę życia społecznego. Ponad połowa kobiet wskazuje, że posiada znikomą wiedzę nt. profilaktyki nietrzymania moczu. Zdecydowana większość badanych deklaruje, że chciałaby zdecydowanie poszerzyć swoją wiedzę na ten temat. Kobiety zdecydowanie najczęściej

podawały, że powszechnym źródłem wiedzy na temat NTM jest informacja uzyskana od ginekologa, urologa, lekarza specjalisty oraz dane z Internetu.
Wnioski. 1. Kobiety z nietrzymaniem moczu wykazują zróżnicowany poziom wiedzy na temat wybranych aspektów schorzenia. 2. Kobiety potwierdzają niedostatek wiedzy na temat wybranych aspektów nietrzymania moczu a zarazem wykazują gotowość do jej uzupełniania.

Słowa kluczowe: nietrzymanie moczu, kobieta, wiedza

Abstract:
Introduction. The therapy and prevention of urinary incontinence NTM should be focused on educational activities carried out for members of the therapeutic team, patients and their families, and the entire society.
Aim. The aim of the study is to analyse women's knowledge and opinions on selected aspects of urinary incontinence.
Material and methods. The study involved 100 patients with urinary incontinence. A diagnostic survey method and a survey technique were used.
Results. In their own research, the respondents confirmed that urinary incontinence episodes are more often observed in older age groups of women. They also had a varied knowledge of the causes, risk factors, diagnostic methods and NTM therapy. Most of the respondents confirmed the impact of the disease on the sphere of sexual life, professional activity and family life. The smallest percentage of respondents emphasized the impact of NTM on the sphere of social life. More than half of the women indicate that they have little knowledge about the prevention of urinary incontinence. The vast majority of respondents declare that they would like to definitely expand their knowledge on this subject. Women most often stated that the common source of knowledge about NTM is information obtained from a gynecologist, urologist, specialist doctor and data from the Internet.
Conclusions. 1. Women with urinary incontinence show a different level of knowledge about selected aspects of the disease. 2. Women confirm insufficient knowledge about selected aspects of urinary incontinence and at the same time show readiness to supplement it.

Keywords: urinary incontinence, woman, knowledge

Wstęp

Nietrzymaniem moczu (NTM) wg Międzynarodowego Towarzystwa ds. Kontynencji (ang. International Continence Society – ICS) określa się każdy epizod niekontrolowanej utraty moczu. Zwraca się na niego uwagę niezależnie od tego, czy jest on przyczyną problemów higienicznych lub społecznych [1, 2,3]. NTM uznawane jest za chorobę społeczną z uwagi na powszechność występowania w społeczeństwie (>5%), podobnie jak choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory, alkoholizm, otyłość [4,5,6].

Terapia i profilaktyka NTM z uwagi na jego wieloaspektowe uwarunkowania i konsekwencje, powinna być ukierunkowana na działania edukacyjne adresowane do członków zespołu terapeutycznego, chorych i ich rodzin oraz całego społeczeństwa. Niedostatek programów profilaktycznych przekłada się niedostateczne przygotowanie przedstawicieli personelu medycznego do wdrażania odpowiednich działań profilaktycznych, adresowanych szczególnie wobec pacjentów z grupy ryzyka NTM. Z kolei wśród chorych nieodpowiedni zasób wiedzy prowadzi do utrwalania się przekonania, że jest to przykra dolegliwość towarzysząca fizjologii procesu starzenia, z którą należy się pogodzić [7,8].

Cel

Celem pracy jest analiza wiedzy i opinii kobiet na temat wybranych aspektów nietrzymania moczu.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 100 pacjentek Centrum Diagnostyczno-Leczniczego „Barska'' we Włocławku z potwierdzonym nietrzymaniem moczu. Były to kobiety bez zaburzeń poznawczych, z dobrą sprawnością funkcjonalną umożliwiającą samodzielne wypełnienie kwestionariusza.

Rozpiętość wieku respondentek mieściła się w granicach od 30 do 81 lat. Największą grupę stanowiły kobiety między 41 - 50 rokiem życia (44%- 44 osoby). Powyżej 61 roku życia było 26% badanych (26 osób) a w wieku 51-60 lat – 17% pacjentek (17 osób). Najmniejszą grupę stanowiły kobiety między 30-40 rokiem życia (13%-13 osób). Zdecydowana większość badanych (61%-61 osób) mieszka w mieście a 39% (39 osób) to mieszkanki wsi. Najwięcej respondentek posiadało wykształcenie wyższe (46%- 46 osób). Wykształceniem zawodowym legitymowało się 29% pacjentek (29 osób) a podstawowym 21% kobiet (21 osób). Tylko 4% badanych (4 osoby) posiadało wykształcenie średnie. Zdecydowaną większość respondentek stanowiły mężatki (68%- 68 osób). W badanej grupie było 18% wdów (18 osób), 13% panien (13 osób)a 1 osoba (1%) była rozwiedziona. Większość kobiet (81%-81 osób) mieszka wraz z rodziną, opiekunami a 19% (19 osób) samotnie prowadzi gospodarstwo domowe. Wśród przyczyn aktualnej wizyty w placówce większość respondentek

(45%- 45 osób) wskazało zgłoszenie się na badanie urodynamiczne a 30% badanych (30 osób) - przeprowadzenie badania ginekologicznego. Najmniej ankietowanych (25% -25 osób) przyjęto do oddziału w celu wykonania zabiegu operacyjnego.

W aktualnych badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania oraz kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Zebrany materiał wprowadzono do specjalnie opracowanej na potrzeby badań bazy danych programu Excel. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą pakietu statystycznego SPSS Statistics 21,0. Wyniki poddano je analizie opisowej, graficznej oraz statystycznej. Przedstawione w opracowaniu dane mają charakter wstępny prezentujący wybrane aspekty wiedzy respondentek na temat nietrzymania moczu w ujęciu liczbowym i procentowym.

Wyniki

W tabeli 1 zaprezentowano wiedzę badanych nt. liczby kobiet z nietrzymaniem moczu w zależności od przedziału wiekowego.

Tabela 1.Wiedza badanych nt. wieku kobiet, u których występuje nietrzymanie moczu

Największa liczba kobiet z nietrzymaniem moczu występuje w przedziale wiekowym:	n	%
Między 35-45 r.ż.	11	11
Między 45-55 r.ż.	47	47
Powyżej 55 r.ż.	30	30
Powyżej 70 r.ż.	12	12

Źródło: wyniki badań własnych.

W opinii zdecydowanej większości badanych (47% - 47 osób) najczęściej z problemem nietrzymania moczu zmagają się kobiety w przedziale wiekowym 45-55 lat. Natomiast 30% pacjentek (30 osób) uważa, że NTM dotyczy kobiet powyżej 55 roku życia. Zdaniem 11% badanych (11 osób) problem ten dotyczy osób między 35-45 rokiem życia. Natomiast 12% respondentek (12 osób) twierdzi, że NTM występuje po 70 roku życia.

W tabeli 2 zaprezentowano wiedzę pacjentek nt. czynników socjodemograficznych i genetycznych, które mogą wpływać na NTM.

Tabela 2.Wiedza badanych nt. czynników socjodemograficznych i genetycznych, które mogą wpływać na NTM.

Czy uważa Pani, że na nietrzymanie moczu wpływa:	n	%
Miejsce zamieszkania	23	13,00
Wykształcenie	21	11,90
Status związku, w którym pozostaje kobieta	26	14,70
Aktywność seksualna	63	35,60
Czynniki genetyczne	44	24,90

Źródło: wyniki badań własnych.

Zdecydowana większość kobiet (35,6%-63 osób) uważa, że wpływ na nietrzymanie moczu ma aktywność seksualna oraz czynniki genetyczne (24,9% - 44 osoby). Z kolei 14,7% respondentek (26 osób) wskazało na status związku, w którym

pozostaje kobieta a 13% (23 osoby) podało jako czynnik NTM miejsce zamieszkania. Najmniejsza grupa badanych (11,9% - 21 osób) wskazała na wpływ wykształcenia.

W tabeli 3. zaprezentowano wiedzę kobiet nt. czynników wynikających ze stylu życia, pracy, wywiadu położniczego, chorób współistniejących, wpływających na nietrzymanie moczu.

Tabela 3. Wiedza badanych nt. czynników wynikających ze stylu życia, pracy, wywiadu położniczego, chorób współistniejących, wpływających na nietrzymanie moczu.

Jakie czynniki wpływają na NTM?	n	%
Ilość porodów	70	17,90
Rodzaj porodów	64	16,40
Charakter wykonywanej pracy	55	14,10
Styl życia	54	13,80
Choroby towarzyszące	46	11,80
Występowanie infekcji układu moczowego	61	15,60
Otyłość	41	10,50

Źródło: wyniki badań własnych.

W grupie czynników, które najczęściej wskazywały kobiety jako przyczynę NTM były: ilość porodów (17,9% - 70 osób), ich charakter (16,4% - 64 osoby) oraz infekcje układu moczowego (15,6% - 61 osób). Wśród kolejnych czynników respondentki podawały charakter wykonywanej pracy (14,1% - 55 osób) oraz styl życia (13,8% - 54 osób). W najmniejszym zakresie upatrywały przyczyn NTM w obecności chorób

towarzyszących (11,8% - 46 osób) oraz otyłości (10,5% - 41 osób).
W tabeli 4. zaprezentowano wiedzę kobiet nt. badań diagnostycznych stosowanych w NTM.

Tabela 4. Wiedza badanych nt. badań diagnostycznych w nietrzymania moczu.

Jakie badania Pani zdaniem potwierdzają występowanie nietrzymania moczu oraz są pomocne w określeniu jego stopnia?	n	%
USG jamy brzusznej	36	16,70
Urografia	47	21,90
Badanie urodynamiczne	90	41,90
Badanie ogólne moczu	31	14,40
Badanie chemiczne krwi	11	5,10

Źródło: wyniki badań własnych.

Zdecydowana większość kobiet (41,9% - 90 osób) wskazało badanie urodynamiczne, jako najbardziej wiarygodne badanie w diagnostyce NTM. Ponadto respondentki wskazywały także na urografię (21,9% - 47 osób), USG jamy brzusznej (16,7% - 36 osób) oraz badanie ogólne moczu (14,4% - 31 osób). Najmniej wskazań dotyczyło badań chemicznych krwi (5,1% - 11 osób).

W tabeli 5 zaprezentowano wiedzę badanych nt. metod leczenia NTM.

Tabela 5. Wiedza badanych nt. metod terapii nietrzymania moczu.

Leczenie nietrzymania moczu obejmuje:	n	%
Psychoterapię	23	7,40
Leczenie farmakologiczne	64	20,60
Leczenie operacyjne (chirurgiczne)	83	26,80
Trening pęcherza moczowego	63	20,30
Ćwiczenie mięśni Kegla	58	18,70
Stosowanie dopochwowych krążków	19	6,10

Źródło: wyniki badań własnych.

Większość kobiet za najskuteczniejszą metodę leczenia NTM uważa leczenie operacyjne (26,8% - 83 osoby), leczenie farmakologiczne (20,6% - 64 osób), trening pęcherza moczowego (20,3% - 63 osób) oraz ćwiczenia mięśni Kegla (18,7% - 58 osób). Psychoterapię jako metodę leczenia podało 7,4% respondentek (23 osoby) a 6,1% (19 osób) - stosowanie krążków dopochwowych.

W tabeli 6 zaprezentowano wiedzę kobiet nt. dostępnych źródeł wiedzy na temat NTM.

Tabela 6. Wiedza badanych nt. źródeł wiedzy na temat nietrzymania moczu.

Najbardziej powszechnym źródłem wiedzy na temat nietrzymania moczu jest:	n	%
Internet	67	20,50
Telewizja	29	8,90
Prasa	35	10,70
Lekarz rodzinny	48	14,70
Ginekolog, urolog, lekarz specjalista	74	22,60
Pielęgniarka, położna	54	16,50
Rodzina, przyjaciele	20	6,10

Źródło: wyniki badań własnych.

Respondentki zdecydowanie najczęściej (22,6% - 74 osoby) wskazują, że powszechnym źródłem wiedzy nt. NTM jest informacja uzyskana od ginekologa, urologa, lekarza specjalisty oraz dane z Internetu (20,5% - 67 osób). Następnie kobiety wskazywały na informacje otrzymane od pielęgniarki/położnej (16,5% - 54 osoby) i lekarza rodzinnego (14,7% - 48 osób). Jako źródło wiedzy nt. NTM badane podają także prasę (10,7% - 35 osób) i telewizję (8,9% - 29 osób). Natomiast w najmniejszym zakresie respondentki wskazywały na informacje uzyskane od rodziny, przyjaciół (6,1% - 20 osób).

W tabeli 7 zaprezentowano opinie badanych nt. sfery życia, na które wpływa NTM.

Tabela 7. Opinia badanych nt. sfer życia, na które ma wypływ nietrzymanie moczu.

Na jakie sfery życia Pani zdaniem wpływa nietrzymanie moczu?	n	%
Rodzinną	68	24,90
Społeczną	56	20,50
Seksualną	77	28,20
Zawodową	72	26,40

Źródło: wyniki badań własnych.

Zdaniem większości respondentek NTM zdecydowanie wpływa na sferę życia seksualnego (28,2% - 77 osób) i aktywność zawodową (26,4% - 72 osoby). Kolejne wskazanie dotyczyło życia rodzinnego (24,9% - 68 osób). Najmniejszy odsetek badanych podkreślił wpływ NTM na sferę życia społecznego (20,5% - 56 osób).

W tabeli 8 zaprezentowano opinię respondentek na temat swojej wiedzy w zakresie profilaktyki NTM.

Tabela 8. Samoocena badanych nt. wiedzy dotyczącej profilaktyki nietrzymania moczu.

Jak ocenia Pani swoją wiedzę na temat profilaktyki nietrzymania moczu?	n	%
Nie posiadam żadnej wiedzy	10	10
Posiadam znikomą wiedzę	55	55
Posiadam dostateczną wiedzę	30	30
Posiadam dużą wiedzę	5	5
Ogółem	100	100

Źródło: wyniki badań własnych.

Ponad połowa respondentek wskazuje, że posiada znikomą wiedzę nt. profilaktyki nietrzymania moczu (55% - 55 osób). Dostateczny zasób wiedzy w tym zakresie podało 30% kobiet (30 osób) a jego zupełny brak 10% badanych (10 osób). Tylko 5% respondentek (5 osób) deklaruje, że posiada dużą wiedzę nt. profilaktyki nietrzymania moczu.

W tabeli 9 zaprezentowano opinię kobiet nt. gotowości poszerzania wiedzy na temat profilaktyki NTM.

Tabela 9. Opinie badanych nt. gotowości poszerzania wiedzy na temat profilaktyki nietrzymania moczu.

Czy planuje Pani poszerzyć swoje wiadomości na temat profilaktyki nietrzymania moczu?	n	%
Zdecydowanie tak	48	48
Raczej tak	46	46
Raczej nie	6	6
Ogółem	100	100

Źródło: wyniki badań własnych.

Większość respondentek deklaruje, że chciałaby zdecydowanie poszerzyć swoją wiedzę nt. profilaktyki nietrzymania moczu (48% - 48 osób) lub raczej tak postąpić (46% - 46 osób). Tylko 6% kobiet (6 osób) podało, że raczej nie będzie podejmować takich działań.

Dyskusja

Jak wynika z przeprowadzonych badań własnych kobiety z NTM prezentują zróżnicowany poziom wiedzy na temat

wybranych aspektów schorzenia. Prezentowane przez nich opinie potwierdzają niedostatek wiedzy w tym zakresie a zarazem respondentki wykazują gotowość do jej uzupełniania.

Nietrzymanie moczu dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn niezależnie od wieku. Niemniej jednak kobiety chorują dwa razy częściej z uwagi na funkcje biologiczne i budowę anatomiczną. Powyższa sytuacja ulega nasileniu w miarę zaawansowania wieku bowiem pierwszy szczyt zachorowalności przypada na okres około menopauzalny. Natomiast po 65 roku życia obserwuje się systematyczny wzrost występowania nietrzymania moczu [3,4,9]. W badaniach własnych respondentki potwierdziły, że epizody nietrzymania moczu obserwowane są częściej w starszych grupach wiekowych kobiet.

W grupie przyczyn i czynników ryzyka NTM najczęściej wyróżnia się: płeć, wiek, rasę, przebyte ginekologiczne zabiegi operacyjne, nadwagę lub otyłość, porody siłami natury, masę urodzeniową dziecka, liczbę i charakter porodu, elementy stylu życia, uwarunkowania genetyczne, menopauzę oraz choroby przewlekłe takie jak np. cukrzyca, udar mózgu, POCHP [3,10,11,12,13]. Schorzenie częściej rozpoznaje się także u osób pracujących fizycznie, z niską lub bardzo wysoką aktywnością fizyczną, z nawracającymi infekcjami układu moczowego, z rodzinnym wywiadem NTM [6,14,15,16,17]. W badaniach własnych respondentki potwierdziły znajomość wybranych przyczyn i czynników ryzyka schorzenia.

W większości przypadków nietrzymanie moczu niezależnie od wieku chorych jest uleczalne. Z uwagi jednak

na progresję objawów, bez wczesnej diagnostyki, leczenia i profilaktyki dochodzi do pogłębienia zaburzeń. Najbardziej skuteczna jest terapia, która zostaje wdrożona w ciągu pierwszych czterech lat od wystąpienia pierwszych objawów [8,18]. W grupie metod terapii wymienia się farmakoterapię, leczenie operacyjne, metody fizjoterapeutyczne (trening mięśni dna miednicy, elektrostymulację, biofeedback, technikę ETS i magnetoterapię) [2,8]. W badaniach własnych respondentki potwierdziły zróżnicowaną wiedzę nt. metod diagnostyki i terapii NTM.

NTM z związku z uciążliwością i długotrwałością objawów istotnie przekłada się na obniżenie jakości życia kobiet. Potwierdzają to wyniki badań Bidzan, która wykazała, że choroba doprowadziła do zmian w sferze rodzinnego funkcjonowania kobiet tj. trybie i stylu życia rodziny, obniżeniu aktywności seksualnej, obciążeniu budżetu domowego dodatkowymi wydatkami. Kobiety podkreślały także zmiany w sferze funkcjonowania zawodowego w zakresie planów zawodowych czy nawet rezygnacji z pracy oraz w sferze społecznej, co wynikało z ograniczenia kontaktów społecznych [8,19]. Natomiast w badaniu Dutkiewicza i Kapusty wykazano poza alienacją w życiu społecznych, redukcję aktywności zawodowej oraz skłonność kobiet do zaburzeń emocjonalnych, wynikających z lęku i wstydu przed epizodami przemoczenia ubrań [8,20]. W badaniach własnych większość respondentek potwierdziło wpływ NTM na sferę życia seksualnego, aktywność zawodową oraz życie rodzinne. Najmniejszy odsetek badanych podkreślił wpływ choroby sferę życia społecznego.

Niedostatek wiedzy na temat NTM wpływa na to, że kobiety ignorują objawy i nie dążą do wczesnej diagnostyki, terapii i profilaktyki zaburzeń. W badaniach Połockiej-Molińskiej i wsp. respondentki najczęściej oceniały swoją wiedzę na temat profilaktyki nietrzymania moczu jako dobrą (39%) i bardzo dobrą (18%). Najmniejszy odsetek kobiet (13%) wskazywał na bardzo małą wiedzę [16]. Z kolei w badaniach Cichońskiej i wsp. stwierdzono, że tylko 18% kobiet posiada wysoką świadomość na temat nietrzymania moczu, 52% nie wie, jak można leczyć chorobę a 30% badanych wskazało na niewielką wiedzę na temat NTM [16,21]. W badaniach własnych ponad połowa respondentek wskazuje, że posiada znikomą wiedzę nt. profilaktyki nietrzymania moczu. Dostateczny zasób wiedzy w tym zakresie podało 30% kobiet a jego zupełny brak 10% badanych. Tylko 5% respondentek deklaruje, że posiada dużą wiedzę nt. profilaktyki nietrzymania moczu. Niemniej jednak zdecydowana większość badanych deklaruje, że chciałaby zdecydowanie poszerzyć swoją wiedzę na ten temat lub raczej tak postąpić. Tylko 6% podało, że raczej nie będzie podejmować takich działań.

Wiarygodne źródła informacji nt. NTM mają zazwyczaj charakter naukowy i są one mniej dostępne, w porównaniu do nieprofesjonalnych źródeł informacji. Z kolei uzyskiwanie danych w ramach konsultacji z profesjonalistami z systemu ochrony zdrowia bywa utrudnione, krępujące a czasami także niezrozumiałe [3]. W badaniach Dereweckiego i wsp. ponad połowa respondentów wskazała, że w Polsce dostęp do informacji o nietrzymaniu moczu jest utrudniony [3,22].

Natomiast w badaniach Gugały i wsp. tego zdania było 90% badanych [3,23]. W badaniach własnych respondentki zdecydowanie najczęściej podawały, że powszechnym źródłem wiedzy nt. NTM jest informacja uzyskana od ginekologa, urologa, lekarza specjalisty oraz dane z Internetu. W następnej kolejności kobiety wskazywały na dane otrzymane od pielęgniarki/położnej, lekarza rodzinnego. Źródłem wiedzy była także prasa i telewizja a w najmniejszym zakresie informacje uzyskane od rodziny, przyjaciół.

Wnioski

1. Kobiety z nietrzymaniem moczu prezentują zróżnicowany poziom wiedzy na temat wybranych aspektów schorzenia.
2. Kobiety potwierdzają niedostatek wiedzy na temat wybranych aspektów nietrzymania moczu a zarazem wykazują gotowość do jej uzupełniania.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Pielęgniarki sprawujące opiekę nad pacjentkami z nietrzymaniem moczu poza rozpoznaniem ich wieloaspektowych problemów, powinny systematycznie doskonalić zasób swojej wiedzy i kompetencji w zakresie prowadzenia skutecznej edukacji chorych w ramach ich przygotowania do samoopieki.

Bibliografia/Bibliography:

1. Abrams P., Cardozo L., Fall M., Griffiths D., Rosier P., Ulmsten U. et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report

from the standardization sub-committee of the International Continence Society. Urology. 2003;61(1):37–49.

2. Weber-Rajek M., Bułatowicz I., Radzimińska A., Strojek K., Goch A., Żukow W. Ocena skuteczności metod fizykalnych w leczeniu nietrzymania moczu u kobiet – przegląd badań. J Education Health Sport. 2015;5(3):11–34.

3. Bakalczuk G., Madej A., Lewczuk J., Makara-Studzińska M., Wdowiak E., Lewicka M. et al. Stan wiedzy kobiet na temat nietrzymania moczu. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2016;22(4):277–281.

4. Bujanowska-Fedak M., Steciwko A. Nietrzymanie moczu w praktyce lekarza rodzinnego. W: Rechberger T.(red.). Uroginekologia Praktyczna. BiFolium, Lublin 2007:139–147.

5. Adamczuk J., Kraczkowski J.J., Robak M.J., Żurawska vel Dziurawiec K. Czy nietrzymanie moczu to choroba cywilizacyjna? Probl Hig Epidemiol. 2011; 92(3):382-386.

6. Barnaś E., Barańska E., Gawlik B., Zych B. Czynniki najbardziej wpływające na jakość życia kobiet z nietrzymaniem moczu. Hygeia Public Health. 2015; 50(4):643-648.

7. Radziszewski P. Dostępność badań urodynamicznych w Polsce. Kwartalnik NTM. 2000; 3(30):15-16.

8. Klimaszewska K. Społeczny aspekt nietrzymania moczu Pielęgniarstwo XXI wieku. 2017; vol.16, 3(60):57-61.

9. Adamiak A, Jankiewicz K. Epidemiologia nietrzymania moczu. W: Rechberger T (red.), Nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki dna miednicy u kobiet. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2009; 19–25.

10. Dutkiewicz S., Kapusta K. Nietrzymanie moczu a czynniki ryzyka i jakość życia kobiet w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Kielcach. Prz Menopauzalny. 2011;6:493–499.

11. Miękoś E., Sosnowski M., Zydek C. Czynniki ryzyka występowania i zapobieganie nietrzymaniu moczu u kobiet. Prz Menopauzalny. 2004;5: 43–49.

12. Hart M.L., Izeta A., Herdera-Imbroda B., Amend B., Brinchmann J.E. Cell Therapy for Stress Urinary Incontinence. Tissue Eng Part B Rev 2015.

13. Rincón Ardila O. Prevalence and risk factors for urinary incontinence among young women consulting in primary care. Rev Med Chil. 2015; 143(2):203–212.

14. Wróbel R, Kremska A, Kołodziej B, Barnaś E. Ocena częstości występowania objawów nietrzymania moczu w populacji kobiet po 40. roku życia. Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków. 2013,1:40-49.

15. Iwanowicz-Palus G.J., Stadnicka G., Włoszczak-Szubzda A. Medical and psychosocial factors conditioning development of stress urinary incontinence (SUI). Ann Agric Environ Med. 2013, 20(1):135-139.

16. Połocka-Molińska M., Jakóbczak B., Plagens-Rotman K. Wpływ nietrzymania moczu na jakość życia kobiet. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu. 2017; 2 (51):161-167.

17. Piechota E, Baranowski W. Nietrzymanie moczu u kobiet. Pediatria i Medycyna Rodzinna. 2006; 2(3):163–175.

18. Koszla M. Fizjoterapia szansą dla pacjentek z NTM. Kwartalnik NTM. 2006;1:4.

19. Bidzan M. Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu. Impuls, Kraków 2008:33.

20. Dutkiewicz S., Kapusta K. Nietrzymanie moczu a czynniki ryzyka i jakość życia kobiet w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym w Kielcach. Prz. Menopauz. 2011;6:493-499.

21. Cichońska M., Maciąg D., Zboina B., Latawiec I., Krawczyk W. Ocena stanu wiedzy kobiet na temat nietrzymania moczu. Zdrowie Dobrostan. 2013;4:45–64.

22. Derewiecki T., Mroczek M., Majcher P., Chruściel P. Znaczenie problemu nietrzymania moczu wśród kobiet po 40. roku życia. Hygeia Public Health. 2015;50,1:219–225.

23. Gugała B., Głaz J., Drelich A. Zapotrzebowanie na edukację w zakresie profilaktyki nietrzymania moczu u kobiet. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie. 2011; 3: 340–347.

Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta

Nurses' attitude towards patient dying death

BEATA PONIŃSKA[1], GRAŻYNA CHOJNACKA-KOWALEWSKA[1, 2]

[1]Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku, Oddział Medycyny Paliatywnej
[2]Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.003
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Śmierć pacjentów jest nieuniknionym elementem w pracy pielęgniarek. Wiąże się z przeżywaniem różnorodnych emocji co wpływa na ich system wartości i życie osobiste.
Cel. Celem niniejszej pracy było badanie postaw pielęgniarek wobec pacjentów umierających, przedstawienie ich emocji, lęku i przeżyć związanych ze śmiercią pacjentów oraz ocena wpływu na życie osobiste badanych.
Metody i materiał. Wyniki badań własnych omówione są na podstawie ankiety przeprowadzonej w grupie 100 pielęgniarek oraz narzędzia wystandaryzowanego Mini-COPE.
Wyniki. Stan cywilny i wykształcenie nie różnicują postaw pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. Natomiast wiek oraz staż pracy okazał się czynnikiem istotnie różnicującym zmianę hierarchii wartości po śmierci pacjenta i wpływał dodatnio na poziom stresu.
Wnioski. Kontakt pielęgniarek z pacjentami umierającymi naraża na stres, negatywne emocje, duże obciążenie psychiczne. Zdolność współczucia, odpowiednie przygotowanie pielęgniarek ma duży wpływ na zapewnienie zmniejszenia cierpienia i godnego umierania pacjenta.

Słowa kluczowe: umieranie, śmierć, cierpienie, pacjent, postawy pielęgniarek, emocje pielęgniarek, wartości, hierarchia

Abstract:
Introduction. Patient death is an unavoidable element in the work of nurses. It is associated with experiencing various emotions which affects their value system and personal life.
The aim. To examine the attitudes of nurses towards dying patients, to present their emotions, anxiety and experiences related to patients' deaths and to assess the impact on the personal life of the respondents.
Methods and research material. The results of own research based on the questionnaire as well as the standardized Mini-COPE tool.
Results. Gender, marital status and education do not differentiate the attitudes of nurses towards the dying and death of the patient. On the other hand, age and seniority turned out to be a factor that significantly differentiated the change in the hierarchy of values after the patient's death and had a positive effect on the level of stress.
Conclusions. Summing up this work, it should be noted that the contact of nurses with dying patients exposes them to stress, negative emotions and high psychological burden. Their hierarchy of values changed after the patient's death. The ability to sympathize and proper preparation of nurses has a great impact on ensuring the reduction of suffering and the patient's dying.

Keywords: dying, death, suffering, patient, nurses' attitudes, emotions of nurses, values, hierarchy

Wstęp

Społeczno-kulturowy i religijny aspekt śmierci uznaje się powszechnie za przejście do innego wymiaru. Zarówno ci, którzy deklarują swoją przynależność do religii jak i ci, którzy określają siebie mianem niewierzących zgadzają się co do

poglądu, ze śmierć jest tylko etapem między życiem tu na Ziemi a życiem w innym wymiarze. Trudno jest zaakceptować definitywne i jednoznaczne odejście z tego świata i dlatego nadaje się śmierci znaczenie metafizyczne poprzez poszukiwanie uzasadnienia w różnych religiach i filozofiach [1].

Nie jest łatwo traktować ją jako naturalny i nieunikniony kres naszego życia, stąd z jednej strony staramy się do tego podchodzić racjonalnie, z drugiej, jeśli dotyka ona nas bezpośrednio szukamy wytłumaczenia i sposobu aby ją od siebie odsunąć.[2] Człowiek od zawsze starał się „oswoić" śmierć i emocje z nią związane i nadać odchodzeniu wyjątkowe znaczenie. Śmierć stanowiła zwieńczenie i dopełnienie życia, należała się jej więc odpowiednia celebracja [1].

Proces umierania jest doświadczeniem trudnym i bolesnym dla wszystkich, zarówno dla rodziny jak i chorego, ale również dla personelu medycznego. Każda z osób, która ma styczność z umierającym jest w innej sytuacji i wiążą ją inne relacje z pacjentem. Od pielęgniarek oczekuje się kompetencji, taktu i empatii, oczekuje tego zarówno chory jaki i osoby bliskie pacjenta. Obie strony wymagają wsparcia psychologicznego określanego jako „leczenie przez rozmowę". Osoby wspierające bliskich chorych umierających jak i samych chorych muszą nauczyć się postępować tak, aby wszyscy czuli ich życzliwość, wyrozumiałość, szacunek i zaufanie[3].

Umieranie chorego jest na ogół powolnym procesem, przechodzącym przez kolejne etapy. Zwykle w tak zwanych ostatnich miesiącach, dniach życia chorego przede wszystkim zmniejsza się zainteresowanie światem zewnętrznym. Chory

dokonuje swoistego bilansu, rozmyśla nad swoim życiem, wspomina i ocenia jak żył, czego żałuje, a z czego jest dumny. Stara się też doprowadzić do końca niepozałatwiane sprawy. Traci zainteresowanie sprawami codziennymi i pogrąża się w analizowaniu przeszłości. Poza zmianami osobowościowymi zachodzą również objawy fizjologiczne, takie jak zmniejszony apetyt, trudności w połykaniu, postępujące chudnięcie, zmęczenie i osłabienie oraz częstsze i dłuższe podsypianie, zaburzona orientacja w czasie. Chory może wtedy prosić o eutanazję, gdyż boi się bólu, ale może też obawiać się utraty godności, z czego nie zawsze zdają sobie sprawę najbliżsi [4].

Pielęgniarki są szczególnie narażone na kontakt z ciężko chorymi i związanym z tym zjawiskiem śmierci. Postawa jaką prezentują wynika nie tylko z profesjonalizmu będącego efektem szkolenia zawodowego i doświadczenia ale również cech charakterologicznych i wrażliwości. Jak powinna zachować się pielęgniarka, która na co dzień spotyka się z procesem umierania, lękiem przed odchodzeniem pacjenta i bólem najbliższych jest tematem wielu dyskusji i opracowań. Prawidłowe podejście do osób znajdujących się w tej trudnej sytuacji powinno polegać na normalizacji przeżyć i poradzeniu sobie z własnymi emocjami, zwłaszcza z lękiem związanym z utratą pacjenta oraz złością i poczuciem braku skuteczności podejmowanych działań mających na celu ratowanie życia chorego [5].

Wydawać się może, że wcale nie tak trudno zobojętnieć, gdy na każdym kroku spotykamy się z cierpieniem, śmiercią, gdy te zjawiska stają się ,,chlebem powszednim". Jak każdy człowiek,

pielęgniarka z całą pewnością odczuwa lęk, nie da się od tego tak po prostu odciąć ale też nie można śmierci pacjenta traktować jako porażki. Trzeba mieć „czyste sumienie" i zrobić wszystko co można.

Zetknięcie się pierwszy raz z czyjąś śmiercią odruchowo sprowadza myśli pracujących wokół chorego ludzi, w tym pielęgniarek, na tory egzystencjonalne: o sensie istnienia, o końcu życia, o tym co nas czeka po drugiej stronie. O ile jeszcze zmarły był człowiekiem starszym, schorowanym tłumaczy się tą śmierć „inaczej", że tak może dla chorego lepiej, że już przynajmniej się nie męczy. Szok emocjonalny jest wtedy mniejszy, niż w przypadku gdy umierającym pacjentem jest dziecko. Śmierć dziecka może wywołać wstrząs psychiczny szczególnie wtedy, gdy pielęgniarka je dobrze znała, opiekowała się i zżyła się z nim. W takich sytuacjach nabiera się szacunku do życia, szanuje się każdą chwilę i z każdej się cieszy [6].

Proces umierania i śmierci jest bardzo trudny tak dla pacjenta, jego rodziny, a także personelu medycznego. Jednym ze sposobów radzenia sobie z tym problemem jest przyjmowanie różnych postaw. W poglądach psychologów można znaleźć różne podejścia do problematyki postaw w zależności od przyjmowanej myśli teoretycznej. Dlatego też jedni zwracają uwagę na aspekt intelektualny, inni dostrzegają płaszczyznę życia emocjonalnego, a jeszcze inni definiują postawy uwypuklając aspekt działania. Wagę temu problemowi nadaje fakt, że coraz częściej większość ludzi umiera samotnie w szpitalu, bez obecności osób bliskich, dlatego też znaczącą rolę może odgrywać personel medyczny. Jego ranga jest bardzo

ważna zarówno z punktu widzenia przedłużenia życia w sensie biologicznym, jak również podniesienia jakości życia pacjenta, tak aby było one jak najbardziej zbliżone do tego, jakie charakterystyczne jest dla osób zdrowych. Większość pacjentów nie spodziewa się cudu wyleczenia lecz doznaje potrzeby bezpieczeństwa, troski, życzliwości, opieki do końca swoich chwil. Niezbędna więc staje się pomoc z zewnątrz. Cierpienie i śmierć pacjentów jest jednym z największych problemów z jakimi spotykają się pielęgniarki w swojej pracy zawodowej. Podstawową rolą wobec umierających powinno być takie działanie, które pozwoli godnie przejść przez ten proces zarówno choremu jak i osobom sprawującym nad nim opiekę. Ważnym elementem postępowania wobec chorego jest jego poznanie i podejmowanie czynności zindywidualizowanych, wynikających z potrzeb. Chodzi tu nie tylko o rozpoznanie czysto medyczne, ale także poznanie chorego jako człowieka [7].Kontakt z umierającym pacjentem jest źródłem wielu doświadczeń mających wpływ na postrzeganie zarówno życia jak i śmierci przez osoby sprawujące opiekę. W naszej kulturze przeważają negatywne postawy wobec śmierci, a pielęgniarki w związku z wykonywanym zawodem częściej niż inni obcują ze śmiercią i dlatego częściej narażone są na ich oddziaływanie.

Cel

Celem badań przeprowadzonych na potrzeby niniejszej pracy była ocena postaw pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta.

Materiał i metody

W badaniach na temat postaw pielęgniarki/pielęgniarza wobec umierania i śmierci pacjenta udział wzięło 100 osób. Były to osoby na co dzień zajmujące się osobami w stanie ciężkim lub umierającymi.

W badaniu większość stanowiły kobiety - pielęgniarki (91%), a pozostałe 9% to mężczyźni - pielęgniarze.

Analizując grupę pod względem wieku zauważa się, że największy odsetek to osoby w wieku od 41 do 50 lat (38%), 26% stanowili badani w wieku od 51 do 60 lat, a o 1 p.p mniej to osoby od 31 do 40 roku życia. Co dziesiąty ankietowany miał poniżej 30 lat, a 1% powyżej 60 lat.

W badanej grupie połowa badanych była w związku małżeńskim, a 19% to osoby stanu wolnego. Ponadto 16% reprezentowały osoby rozwiedzione, a 8% osoby w wolnym związku partnerskim. W grupie znalazło się także 6% wdów/wdowców.

Z danych wynika, że większość badanych legitymowała się wykształceniem na poziomie licencjata - 55%, a stopień magistra miało 29% respondentów. Pozostałe 16% miało wykształcenie zawodowe pielęgniarskie.

Z badan wynika, że największy odsetek badanych to osoby doświadczone mające powyżej 25 lat stażu pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza - 36%. Druga pod względem liczebności grupa pracowała w zawodzie od 21 do 25 lat (17%), a trzecia od 16 do 20 lat (14%). 11% respondentów miało staż pracy od6 do 10 lat, a o 2 p.p. mniej od 11 do 15 lat. Pozostali pracowali w zawodzie od 1 do 5 lat lub poniżej 1 roku.

W celu obliczania różnic międzygrupowych badanych w dalszej analizie podzielono na trzy grupy różniące się stażem pracy: do 5 lat, od 6 do 25 lat oraz powyżej 25 lat. Badanych podzielono umownie na trzy grupy ze względu na posiadany staż. W grupie pierwszej znalazło się 13% badanych i były to osoby najkrócej związane z zawodem; w grupie drugiej osoby od 6 do 25 lat pracy stanowiące 51% grupy, a w grupie trzeciej badani o najdłuższym stażu pracy, tj. powyżej 25 lat 36%.

W związku z wybraną metodą, na potrzeby badań wykorzystano technikę ankiety, której narzędziem jest kwestionariusz ankiety oraz narzędzie wystandaryzowane Mini-COPE.

Do opracowania wyników badań przeprowadzonych badań w sposób statystyczny oraz zweryfikowania postawionych wcześniej hipotez zastosowane zostały wykorzystany rozkład liczbowy, rozkład procentowy, test t dla prób niezależnych, test chi^2, test jednoczynnikowej ANOVA oraz korelacja r-Pearsona.

Wyniki

Pierwszym celem badań było poznanie najważniejszych wartości badanych pielęgniarek i pielęgniarzy. Rozkład liczbowy i procentowy odpowiedzi zawiera tabela 1.

Tab. 1. Najważniejsze wartości badanych.

		n	%
Ważne	zdrowie	60	60,0
	rodzina	31	31,0
	przyjaźń	7	7,0
	pomoc innym	2	2,0

	Ogółem	100	100,0

Z uzyskanych danych statystycznych wynika, że badani najbardziej cenią zdrowie (60%) oraz rodzinę (31%). Wśród pozostałych najważniejszych wartości znalazła się przyjaźń wskazana przez 7% badanych i pomoc innym, która wybrana została przez 2% respondentów.

W dalszej części sprawdzono czy dane socjodemograficzne różnicują najważniejsze wartości badanych. Wyniki częstości i testu chi^2 różnic w hierarchii wartości ze względu na płeć przedstawia tabela 2.

Tab. 2. Najważniejsze wartości a płeć.

			Płeć		Ogółem
			kobieta	mężczyzna	
Wartości	zdrowie	Liczebność	57	3	60
		% z Płeć	62,6%	33,3%	60,0%
	rodzina	Liczebność	28	3	31
		% z Płeć	30,8%	33,3%	31,0%
	przyjaźń	Liczebność	4	3	7
		% z Płeć	4,4%	33,3%	7,0%
	pomoc innym	Liczebność	2	0	2
		% z Płeć	2,2%	,0%	2,0%
Ogółem		Liczebność	91	9	100
		% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%
Test chi^2=11,185; p=0,011					

Z danych statystycznych wynika, że kobiety częściej niż mężczyźni cenili sobie zdrowie (62,2% do 33,3%), a u mężczyźni częściej niż kobiety wskazywali na wartość przyjaźń jako ważną w ich życiu (33,3% do 4,4%). Różnice były istotne statystycznie (p=0,011).

Wyniki częstości i testu chi² badającego różnice między zmianą hierarchii wartości po śmierci pacjenta a płcią badanych przedstawia tabela 3.

Tab. 3. Zmiana hierarchii wartości po śmierci pacjenta a płeć.

			Płeć		Ogółem
			kobieta	mężczyzna	
Zmiana hierarchii wartości	tak	N	37	2	39
		%	40,7%	22,2%	39,0%
	nie	N	27	5	32
		%	29,7%	55,6%	32,0%
	nie wiem	N	27	2	29
		%	29,7%	22,2%	29,0%
Ogółem		N	91	9	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Test chi²=2,585; p=0,275					

Nie wykazano istotnych różnic w zmianie hierarchii wartości po śmierci pacjenta a płcią pielęgniarek/pielęgniarzy (p>0,05). Wyniki częstości i testu chi² różnic w hierarchii wartości ze względu na wiek przedstawia tabela 4.

Tab. 4. Najważniejsze wartości a wiek

			Wiek					Ogółem
			poniżej 30 lat	od 31 do 40 lat	od 41 do 50 lat	od 51 do 60 lat	powyżej 60 lat	
Wartości	zdrowie	n	5	16	25	13	1	60
		%	50,0%	64,0%	65,8%	50,0%	100,0%	60,0 %
	rodzina	n	3	5	11	12	0	31
		%	30,0%	20,0%	28,9%	46,2%	,0%	31,0 %
	przyjaźń	n	2	2	2	1	0	7
		%	20,0%	8,0%	5,3%	3,8%	,0%	7,0%
	pomoc innym	n	0	2	0	0	0	2
		%	,0%	8,0%	,0%	,0%	,0%	2,0%
Ogółem		n	10	25	38	26	1	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0

							%
Test chi²=13,466; p=0,336							
Test związku liniowego=1,845; p=0,174							

Wiek badanych nie różnicował znaczenia wartości w życiu (p>0.,05).

Wyniki częstości i testu chi² badającego różnice między zmianą hierarchii wartości po śmierci pacjenta a wiekiem badanych przedstawia tabela 5.

Tab. 5. Zmiana hierarchii wartości po śmierci pacjenta a wiek.

			Wiek					Ogółem
			poniżej 30 lat	od 31 do 40 lat	od 41 do 50 lat	od 51 do 60 lat	powyżej 60 lat	
Zmiana hierarchii wartości	tak	n	1	9	17	12	0	39
		%	10,0%	36,0%	44,7%	46,2%	,0%	39,0%
	nie	n	8	8	8	8	0	32
		%	80,0%	32,0%	21,1%	30,8%	,0%	32,0%
	nie wiem	n	1	8	13	6	1	29
		%	10,0%	32,0%	34,2%	23,1%	100,0%	29,0%
Ogółem		n	10	25	38	26	1	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Test chi²=15,952; p=0,043 Test związku liniowego=0,354; p=0,552								

Test chi² wykazał istotne różnice w zmianie hierarchii wartości po śmierci pacjenta a wiekiem badanych (p=0,043). Z danych wynika, że zmiana hierarchii wartości nastąpiła głównie wśród badanych starszych, tj. od 41 do 60 roku życia, a nie miała miejsca wśród najmłodszych ankieterów (80%). Najbardziej podzielone

opinie w tej kwestii miały pielęgniarki i pielęgniarze w wieku od 31 do 40 roku życia.

Wyniki częstości i testu chi² różnic w poziomie odczuwanego stresu związanego ze śmiercią pacjenta a wiekiem przedstawia tabela 6. Tab. 6. Subiektywny poziom stresu badanych po śmierci pacjenta a wiek.

			Wiek					Ogółem
			poniżej 30 lat	od 31 do 40 lat	od 41 do 50 lat	od 51 do 60 lat	powyżej 60 lat	
Poziom stresu	niski	N	2	4	4	0	1	11
		%	20,0%	16,0%	10,5%	,0%	100,0%	11,0%
	średni	N	7	15	20	15	0	57
		%	70,0%	60,0%	52,6%	57,7%	,0%	57,0%
	wysoki	N	1	6	14	11	0	32
		%	10,0%	24,0%	36,8%	42,3%	,0%	32,0%
Ogółem		N	10	25	38	26	1	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Test chi²=15,833; p=0,044 Test związku liniowego=4,401; p=0,036								

Wiek badanych różnicował subiektywne odczuwanie stresu po śmierci pacjentów (p=0,044). Badani najmłodsi wskazywali najczęściej, że stres jest średni lub niski; badani od 31 do 40 roku życia określili go jako średni lub wysoki; podobnie osoby do 50 roku życia

i 60 roku życia. U najstarszych wiekiem stres był niski. Wynik testu związku liniowego ukazuje, że poziom stresu wraz z wiekiem rośnie poziom odczuwanego stresu i odwrotnie (p=0,036).

Wyniki częstości i testu chi² różnic międzygrupowych między zadaniami i obowiązkami sprawiającymi największy problem w zawodzie pielęgniarki a wiekiem przedstawia tabela 7.

Tab. 7. Zadania i obowiązki stanowiące największy problem w zawodzie pielęgniarki a wiek.

			Wiek					Ogółem
			poniżej 30 lat	od 31 do 40 lat	od 41 do 50 lat	od 51 do 60 lat	powyżej 60 lat	
Zadania i obowiązki	opieka nad umierającym pacjentem	n	4	6	10	7	0	27
		%	40,0%	24,0%	26,3%	26,9%	,0%	27,0%
	ciągła gotowość do pomocy pacjentom	n	2	4	4	5	0	15
		%	20,0%	16,0%	10,5%	19,2%	,0%	15,0%
	Odpowiedzialność	n	2	3	7	4	0	16
		%	20,0%	12,0%	18,4%	15,4%	,0%	16,0%
	konieczność informowania bliskich pacjentów o jego śmierci	n	2	11	16	10	0	39
		%	20,0%	44,0%	42,1%	38,5%	,0%	39,0%
	Inne	n	0	1	1	0	1	3
		%	,0%	4,0%	2,6%	,0%	100,0%	3,0%
Ogółem		n	10	25	38	26	1	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Test chi^2=36,908; p=0,002 Test związku liniowego=0,629; p=0,428								

Wiek różnicował odpowiedzi dotyczące zadań i obowiązków stanowiących największy problem zawodowy (p=0,002). Wśród osób najmłodszych najczęściej wskazywanym problemem była opieka nad umierającym pacjentem (40%); badani w wieku od 31 do 40 lat wskazywali na konieczność informowania o śmierci (44%), podobnie osoby od 41 do 60 lat. U osób najstarszych wiekiem wskazano na odpowiedź inne.

Wyniki częstości i testu chi² różnic w hierarchii wartości ze względu na stan cywilny przedstawia tabela 8.

Tab. 8. Najważniejsze wartości a stan cywilny.

			Stan cywilny					Ogółem
			mężatka	panna	Rozwiedziona	wdowa	wolny związek partnerski	
Wartości	zdrowie	n	31	13	12	3	1	60
		%	60,8%	68,4%	75,0%	50,0%	12,5%	60,0%
	rodzina	n	19	3	4	3	2	31
		%	37,3%	15,8%	25,0%	50,0%	25,0%	31,0%
	przyjaźń	n	1	2	0	0	4	7
		%	2,0%	10,5%	,0%	,0%	50,0%	7,0%
	pomoc innym	n	0	1	0	0	1	2
		%	,0%	5,3%	,0%	,0%	12,5%	2,0%
Ogółem		n	51	19	16	6	8	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Test chi²=38,718 ; p=0,000								

Z danych statystycznych wynika, że stan cywilny różnicował najważniejszą wartość wśród badanych. W przypadku mężatek, osób wolnych i rozwiedzionych najważniejsze było zdrowie; wdowy wskazały na zdrowie oraz rodzinę a osoby w wolnym związku partnerskim najczęściej cenił sobie przyjaźń. Różnice były istotne statystycznie (p=0,000).

Wyniki częstości i testu chi² badającego różnice między zmianą hierarchii wartości po śmierci pacjenta a stanem cywilnym badanych przedstawia tabela 9.

Tab. 9 Zmiana hierarchii wartości po śmierci pacjenta a stan cywilny.

			Stan cywilny					Ogółem
			mężatka	panna	Rozwiedziona	wdowa	wolny związek partnerski	
Zmiana hierarchii wartości	tak	n	21	6	8	3	1	39
		%	41,2%	31,6%	50,0%	50,0%	12,5%	39,0%
	nie	n	15	8	5	2	2	32
		%	29,4%	42,1%	31,3%	33,3%	25,0%	32,0%
	nie wiem	n	15	5	3	1	5	29
		%	29,4%	26,3%	18,8%	16,7%	62,5%	29,0%
Ogółem		n	51	19	16	6	8	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Test chi^2=7,335; p=0,501								

Nie wykazano istotnych różnic w zmianie hierarchii wartości po śmierci pacjenta a stanem cywilnym pielęgniarek/pielęgniarzy (p>0,05).

Wyniki częstości i testu chi^2 różnic w hierarchii wartości ze względu na wykształcenie przedstawia tabela 10.

Tab. 10. Najważniejsze wartości a wykształcenie.

			Wykształcenie			Ogółem
			wyższe zawodowe	licencjat	Zawodowe	
Wartości	zdrowie	n	16	37	7	60
		%	55,2%	67,3%	43,8%	60,0%
	rodzina	n	9	14	8	31
		%	31,0%	25,5%	50,0%	31,0%
	przyjaźń	n	3	3	1	7
		%	10,3%	5,5%	6,3%	7,0%
	pomoc innym	n	1	1	0	2
		%	3,4%	1,8%	,0%	2,0%
Ogółem		n	29	55	16	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Test chi²=5,008; p=0,543 Test związku liniowego= 0,366; p=0,562						

Wykształcenie respondentów nie różnicowały najważniejszej wartości w życiu (p>0,05).

Wyniki częstości i testu chi² badającego różnice między zmianą hierarchii wartości po śmierci pacjenta a wykształceniem badanych przedstawia tabela 11.

Tab. 11. Zmiana hierarchii wartości po śmierci pacjenta a wykształcenie.

			Wykształcenie			Ogółem
			wyższe zawodowe – magister	licencjat	Zawodowe	
Zmiana hierarchii wartości	tak	n	8	25	6	39
		%	27,6%	45,5%	37,5%	39,0%
	nie	n	10	19	3	32
		%	34,5%	34,5%	18,8%	32,0%
	nie wiem	n	11	11	7	29
		%	37,9%	20,0%	43,8%	29,0%
Ogółem		n	29	55	16	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Test chi²=6,145; p=0,189 Test związku liniowego=0,372; p=0,542						

Nie wykazano istotnych różnic w zmianie hierarchii wartości po śmierci pacjenta a wykształceniem pielęgniarek/pielęgniarzy (p>0,05).

Wyniki częstości i testu chi² różnic w hierarchii wartości ze względu na staż pracy przedstawia tabela 12.

Tab. 12. Najważniejsze wartości a staż pracy.

			Staż grupy			Ogółem
			poniżej 5 lat	od 6 do 25 lat	powyżej 25 lat	
Wartości	zdrowie	n	9	32	19	60
		%	69,2%	62,7%	52,8%	60,0%
	rodzina	n	3	12	16	31
		%	23,1%	23,5%	44,4%	31,0%
	przyjaźń	n	1	5	1	7
		%	7,7%	9,8%	2,8%	7,0%
	pomoc innym	n	0	2	0	2
		%	,0%	3,9%	,0%	2,0%
Ogółem		n	13	51	36	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Test chi²=7,262; p=0,297 Test związku liniowego=0,034; p=0,854						

Staż pracy w zawodzie nie różnicowało najważniejszej wartości badanych (p>0,05).

Wyniki częstości i testu chi² badającego różnice między zmianą hierarchii wartości po śmierci pacjenta a stażem pracy badanych przedstawia tabela 13.

Tab. 13. Zmiana hierarchii wartości po śmierci pacjenta a staż pracy.

			Staż. grupy			Ogółem
			poniżej 5 lat	od 6 do 25 lat	powyżej 25 lat	
Zmiana hierarchii wartości	tak	n	3	22	14	39
		%	23,1%	43,1%	38,9%	39,0%
	nie	n	10	12	10	32
		%	76,9%	23,5%	27,8%	32,0%
	nie wiem	n	0	17	12	29
		%	,0%	33,3%	33,3%	29,0%
Ogółem		n	13	51	36	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Test chi²=14,945; p=0,005 Test związku liniowego=0,368; p=0,544						

Wykazano istotną różnice w zmianie hierarchii wartości po śmierci pacjenta a stażem pracy (p=0,005). Z analizy wynika, że najmłodsi stażem nie zauważyli zmian w hierarchii wartości po takim wydarzeniu, a zmiana taka następowała u większego odsetka badanych o stażu pracy od 6 do ponad 25 lat.

Dyskusja

Śmierć zawsze łączy się z negatywnymi i nieprzyjemnymi uczuciami, to ból, strach, poczucie straty. Dziś ludzie coraz częściej „odchodzą" w szpitalu, gdzie obecna jest pielęgniarka i jej opieka. Śmierć pacjenta jest stałym elementem pracy w tej grupie zawodowej i jest dużym czynnikiem stresogennym. Warto wskazać, że pielęgniarki należą do grupy pracowników, którzy najczęściej w praktyce zawodowej stykają się ze śmiercią w porównaniu z resztą społeczeństwa [8]. W badaniach własnych postawiono sobie za cel analizę modelu postaw pielęgniarek wobec umierania i śmierci.

Badania własne ukazały, że opieka nad umierającym pacjentem dla 27% ankietowanych stanowi problem, ale największą

trudnością jest konieczność informowania bliskich pacjentów o ich śmierci (39%). Z badań Gołębiak wynika, że 17,4% badanych pielęgniarek odczuwa strach przed rozmową z osobą umierającą, a 13,9% obawia się śmierci pacjenta. Zdarzają się także przypadki, w których pielęgniarka unika rozmów i kontaktów z umierającym pacjentem (10,4%) [9]. W badaniach własnych płeć ankietowanych nie różnicowała największych problemów w zawodzie. Brak wpływu płci na postawy wobec umierania i śmierci pacjenta wykazały także badania Gołębiak [9]. Wykazano jednak, że istotną zmienną różnicują trudności zawodowe w postaci opieki nad umierającymi pacjentami był wiek (p=0,002). Im osoby młodsze tym opieka ta stanowiła dla nich większą trudność (40%), zaś u osób w wieku od 31 do 60 lat największą trudność stanowiło informowanie bliskich o śmierci pacjenta (od 38,5% do 44%). Badania nie wykazały różnic w trudnościach zawodowych a stanem cywilnym, stażem pracy i wykształceniem ankietowanych (p>0,05). Inaczej w badaniach Gołębiak, w których wykazano, że istnieje zależność między wykształceniem a gotowością do towarzyszenia umiejącemu pacjentowi. Im wykształcenie wyższe, tym większa gotowość do niesienia pomocy [9].

W badaniach Nyklewicz częsty kontakt pielęgniarek z pacjentami umierającymi i ich rodzinami sprawia, że są one narażone na przeżywanie stresu oraz destrukcyjne działanie negatywnych emocji [10]. Natomiast na występowanie stresu w pracy zawodowej związanej z umieraniem pacjentów wskazało 80% ankietowanych w badaniach Zawiślak [11]. W badaniach własnych pielęgniarki oceniły swój stres związany ze śmiercią pacjenta jako średni (57%) lub wysoki (32%). W badaniach Gołębiak umieranie i śmierć pacjentów powodują problemy ze snem (33%), zmęczenie (17,4%), niechęć do pracy (17,4%) i napięcie emocjonalne (14,8%) [9].

W badaniach własnych poziom odczuwanego stresu po śmierci pacjenta różnicował wiek pielęgniarek (p=0,036). Wykazano także dodatni związek między wiekiem a poziomem stresu (p=0,036). Oznacza to, że wraz ze wzrostem wieku badanych rósł poziom stresu odczuwanego po śmierci pacjenta. Wykazano, że poziom stresu pielęgniarek po śmierci pacjenta zwiększa się wraz ze stażem pracy (p=0,026). Stan cywilny, płeć, wykształcenie ankietowanych nie różnicował poziomu odczuwanego stresu po śmierci pacjenta (p>0,05).

Ankietowanym pielęgniarkom po śmierci pacjenta towarzyszy najczęściej smutek (65%), rzadziej niechęć do pracy (16%) czy apatia (14%). Podobnie było w badaniach Zawiślak, gdzie do najczęstszych emocji należał smutek (39,3%), a w dalszej kolejności złość (21,4%). Nieliczni wskazywali także na pojawiającą się w badaniach własnych niechęć do wykonywanego zawodu, strach oraz przygnębienie. Większość pielęgniarek po śmierci pacjenta odczuwa negatywne emocje, jak smutek, żal i współczucie [11]. Niedojad w swoich badaniach wskazał, że emocjom towarzyszącym pielęgniarkom po stracie pacjenta jest współczucie i smutek (91%), żal i przygnębienie (70%).[12]. W badaniach Gołębiak wykazano, że reakcją na obcowanie ze śmiercią pacjenta jest lęk (24,3%) i współczucie (17,4%). Pojawiają się także takie emocje negatywne, jak żal (13,9%), bezsilność (6,1%). Z kolei najczęstszą reakcją emocjonalną po śmierci pacjenta jest lęk przed stratą bliskiej osoby (35,7%), a u 11,8% lęk przed śmiercią w ogóle.[9]. Analizy Gaworskiej- Krzemińskiej i wspólników wskazały zaś, że emocjami towarzyszącymi pielęgniarkom po śmierci pacjenta była najczęściej bezsilność (67%) i współczucie (33%) [13].

Stres i obciążenia fizyczne powodują zmianę podejścia pielęgniarek do podstawowych spraw egzystencjalnych, często powodują uczucie lęku o własne życie czy życie osób najbliższych

[14]. Podobnie w badaniach własnych, w których wykazano, że śmierć pacjenta u 39% badanych powoduje zmiany w dotychczasowej hierarchii wartości. Stwierdzono, że zmienną różnicują zmianę hierarchii wartości po stracie pacjenta jest wiek pielęgniarek. Zmiana ta następowała częściej u badanych w wieku od 31 do 60 roku życia, a najrzadziej u najmłodszych wiekiem (poniżej 30 lat). Zmienną różnicującą był także staż pracy, wykazano bowiem, że im staż pracy dłuższy tym więcej badanych o stażu pracy od 6 do 25 lat (43,1%) i powyżej 25 lat (38.9%) zmieniało swoją hierarchię wartości. Stan cywilny, płeć i wykształcenie nie różnicowały zmiany hierarchii wartości po śmierci pacjenta. Fakt, że śmierć pacjenta to zjawisko ważne i niezapomniane potwierdzają także wyniki badań Śleziony i Krzyżanowskiego w których większość respondentów (64 osoby– 53%) stwierdziło, że pamięta swoje pierwsze zetknięcie się ze śmiercią pacjenta, a śmierć pacjenta, była ważnym i niezapomnianym przeżyciem dla 58% ankietowanych (70 osób). [7]. Pielęgniarkom w takiej sytuacji towarzyszy także obawa przed śmiercią według badań De Walden-Gałuszko i Ciałkowskiej-Rysz[15]. Badani Gołębiak wskazują, że śmierć pacjenta powoduje, że badani sami przygotowują się do śmierci własnej (24,3%) i skłania ich do refleksji nad życiem (17,4%).[9].

Wnioski

1. Płeć nie różnicuje postaw pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta.
2. Wiek różnicuje postawy wobec umierania i śmierci pacjenta. Im osoby młodsze tym większą trudność stanowi dla nich opieka nad umierającym pacjentem, im osoby starsze, tym częściej deklarują, że nie stanowi to dla nich problemu. Jest on także istotną zmienną różnicują poziom odczuwanego stresu przez

pielęgniarki po śmierci pacjenta. Im osoby starsze tym lepiej radzą sobie ze stratą. Ponadto wiek okazał się czynnikiem istotnie różnicującym zmianę hierarchii wartości po śmierci pacjenta wśród personelu medycznego. Zmiana taka następowała częściej wraz ze wzrostem wieku ankietowanych.

3. Stan cywilny nie różnicował trudności pracy pielęgniarek w postaci opieki nad osobą umierającą i informowania bliskich o śmierci pacjenta.
4. Wykształcenie nie różnicowało trudności pracy pielęgniarek w postaci opieki nad osobą umierającą i informowania bliskich o śmierci pacjenta.
5. Staż pracy nie różnicował trudności pracy pielęgniarek w postaci opieki nad osobą umierającą i informowania bliskich o śmierci pacjenta. Wpływał on jednak dodatnio na poziom stresu pielęgniarek po śmierci pacjenta. Im osoby starsze stażem tym większy odczuwały poziom stresu. Ponadto staż pracy różnicował zmianę hierarchii wartości po śmierci pacjenta. Im staż pracy dłuższy tym częściej strata pacjenta powodowała zmiany
w wartościach ankietowanych.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Podsumowując niniejszą pracę należy zaznaczyć, że kontakt pielęgniarek z pacjentami umierającymi naraża na stres, negatywne emocje, duże obciążenie psychiczne. Zdolność współczucia, odpowiednie przygotowanie pielęgniarek ma duży wpływ na zapewnienie zmniejszenia cierpienia i godnego umierania pacjenta.

Bibliografia / Bibliography:

1. Arendt-Dziurdzikowska R. Możesz odejść bo cię kocham O śmierci, pożegnaniach i nowym życiu, Wydawnictwo Zwierciadło Sp. z o.o. Warszawa 2012:3-5, 8-9, 34-36.

2. Becler R. Ewolucja operacyjnej definicji śmierci człowieka, Prawo i Medycyna 2015, nr 2: 3-7.

3. Orzechowska A., Gałęcki P. Zaburzenia psychosomatyczne w ujęciu w ujęciu terapeutycznym, Wydawnictwo Contino, Wrocław 2014: 7-10.

4. De Walden-Gałuszko K., Kartacz A. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej, PZWL, Warszawa 2010: 77-79.

5. Baranowska M. To jest wasze życie. Być sobą w chorobie przewlekłej, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2011: 3-5.

6. Rozwadowska E. Samoocena postaw pielęgniarek wobec śmierci, Pielęgniarstwo XXI wieku, 2010:1-2,43-49.

7. Śleziona, M. Krzyżanowski D. Postawy pielęgniarek wobec śmierci i umierania. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, nr 3, 2011: 217-223

8. Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W. W drodze do brzegu życia, A.M., Białystok 2016: 5-7, 9-10.

9. Gołębiak I., Szczepaniak R., Łazowa A., Dykowska G. Postawy pielęgniarek wobec śmierci pacjenta. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej, 2019, vol. 4: 34-44.

10. Nyklewicz W., Krajewska-Kułak E. Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienia wstępne. Problemy Pielęgniarstwa. 2008, nr 3 (16): 248–254.

11. Zawiślak A. Postawy pielęgniarek hospicyjnych wobec śmierci własnej i bliskich osób. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2016, nr 3: 197-203.

12. Niedojad K., Rybka M., Rezmerska L., Slusarz R. Śmierci umieranie w opinii personelu pielęgniarskiego. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej, 2016 nr 3: 12-

13. Gaworska-Krzemińska A. Postawy i emocje towarzyszące pielęgniarkom w opiece nad pacjentem umierającym. [W:] E. Krajewska-Kułak, M. Szczepański, C. Łukaszuk, J. Lewko (red.), Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom II. Wydawnictwo Akademii Medycznej w Białymstoku, Białystok 2017: 12-15.

14. Dębska G., Merklinger-Soma M., Cepuch G. Emocje jako element postawy towarzyszący pielęgniarce w kontakcie z pacjentem umierającym, Pielęgniarstwo XXI wieku 2010, nr 1–2: 65–70.

15. De Walden-Gałuszko K., Ciałkowska- Rysz A. Medycyna Paliatywna. Redakcja naukowa, Wydawnictwo PZWL 2015: 123–128.

Analiza wybranych czynników mających wpływ na postępowanie rodziców dzieci do 5 roku życia w przypadku wystąpienia gorączki

Analysis of chosen factors affecting proceedings of parents of five years old children in case of fever

DOROTA KOCHMAN[1], JOLANTA JAGIEŁA[2]

[1] Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu
[2] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.004
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Pojawienie się gorączki u dziecka jest w ocenie rodziców bardzo niepokojącym stanem klinicznym. Występuje on dość powszechnie w populacji pediatrycznej a wiedza dotycząca postępowania przeciwgorączkowego jest ciągle popularyzowana wśród rodziców przez personel medyczny.
Cel. Celem niniejszej pracy jest zwrócenie uwagi na istniejący niewątpliwie problem braku podejmowania odważnych decyzji przez rodziców w stosunku do własnego, chorego dziecka.
Materiał i metody. W niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego przy zastosowaniu techniki ankietowania. Jako narzędzie badawcze do przeprowadzenia badań ankietowych służyła ankieta własnej konstrukcji. W części badania wykorzystano sumaryczną skalę oceny wiedzy rodziców według własnej konstrukcji. Ankietowaną grupę stanowiło 105 osób, rodzice dzieci do 5 roku życia, które były hospitalizowane

w Oddziałach Dziecięcych z powodu gorączki lub diagnozowane z tego powodu.
Wyniki. Uzyskane wyniki badań własnych potwierdzają modyfikujący wpływ czynników demograficznych na postępowanie przeciwgorączkowe rodziców dzieci do 5 roku życia. Rodzice posiadają niewystarczającą wiedzę na temat gorączki, interpretacji jej parametrów i sposobów jej obniżenia. Jednocześnie posiadają wiedzę na temat zagrożeń wynikających z niebezpieczeństwa wysokiej gorączki. Ponad 50% rodziców czerpie wiedzę na analizowany temat z innych źródeł jakimi są rodzina, znajomi, fora internetowe i nieprofesjonalne media. Fachowy personel medyczny jest źródłem wiedzy w 48,57% wszystkich ankietowanych. Rodzice i opiekunowie doceniają informacje na temat gorączki przekazywane przez lekarzy i pielęgniarki. Wysoko oceniają poziom i jakość tej wiedzy.
Wnioski. Rola pielęgniarki w edukacji rodziców o gorączce i postępowaniu w przypadku jej pojawienia się jest znacząca. Pielęgniarki są źródłem informacji, ale w różnym stopniu wg rodziców przekazują niezbędną wiedzę. Personel medyczny jest współodpowiedzialny za pogłębianie wiedzy rodziców.

Słowa kluczowe: dziecko, gorączka, rodzice, wiedza, drgawki gorączkowe, postępowanie

Summary:
Introduction. Children's fever occurring is in parents' opinion a very worrying clinical state. Its appearance is quite common in paediatric population and the knowledge about dealing with the anti-fever issues is still popularised among parents by medical staff.
Aim. The thesis aims to pay attention to the present problem of not taking brave decisions by parents when it concerns their sick child.
Material and methods. In this thesis, a way of diagnostics survey with a technique of polling was applied. A self-made questionnaire was used as the research tool. In the part related to the research, the aggregate scale of parents' knowledge evaluation according to the very own structure. The group consisted of 105 people, the parents of children up to five years old.

Results. The results confirm the influence of demographic factors on the treatments by the parents when it comes to their children up to five years old. The parents do not have enough knowledge about fever, understanding its parameters and ways of reducing it. At once, they do have knowledge about the risks arising from the hazard of a high fever. More than 50% of parents get information about the subject from numerous sources such as family, friends, the Internet and unprofessional media. Professional medical staff is the source of knowledge for 48,57% of people. The parents and caretakers recognise information about fever forwarded by doctors and nurses. They rate the level and the quality of that knowledge very high.
Conclusion. The role of a nurse in parents' education about fever and dealing with it when it appears is significant. Nurses are the source of information, but they forward their knowledge in different degrees, according to parents. Medical staff is co-responsible for deepening parents' knowledge.

Keywords: child, fever, parents, knowledge, febrile convulsions, proceedings

Wstęp

Gorączka u dziecka jest stanem klinicznym, którego przyczyny zmieniają się w zależności od okresu życia dziecka. U najmłodszych dzieci dominują czynniki infekcyjne układu oddechowego, pokarmowego, dróg moczowych i ośrodkowego układu nerwowego. Dzieci starsze gorączkują najczęściej z przyczyn tzw. nieinfekcyjnych, do których należą choroby immunologiczny, nowotwory, nieswoiste zapalenia jelit czy choroby tkanki łącznej.

Wystąpienie gorączki u małego dziecka jest jednym z najczęściej występujących problemów zdrowotnych z jakimi spotykają się rodzice w codziennej opiece nad dzieckiem. Szczególnie niebezpieczna jest ona u małych dzieci do 5 roku życia, które z powodu charakterystycznej dla tego wieku niedojrzałości układu nerwowego, są najbardziej narażone na pojawienie się drgawek gorączkowych przy wysokiej i nieprawidłowo obniżanej gorączce.

Drgawki gorączkowe mogą też być zagrożeniem dla zdrowia i życia małego dziecka, szczególnie z obniżoną odpornością i przebywających w dużych skupiskach dzieci, którymi są np. żłobki i przedszkola. Są one bardzo częstym zaburzeniem, które obserwuje się w populacji pediatrycznej.

Pojawienie się gorączki u dziecka jest najczęściej zwiastunem rozwijającej się infekcji, głównie w jej początkowym okresie. Wywołuje u rodziców i opiekunów znaczny niepokój, który przekłada się na ich zbyt pochopne poszukiwanie porady i konsultacji lekarskiej. Bardzo istotne jest, aby rodzice potrafili prawidłowo interpretować parametry gorączki, dokonali odpowiedniego doboru miejsca pomiaru i rodzaju termometru.

Cel

Celem niniejszej pracy jest przeanalizowanie czynników, które wpływają modyfikująco na sposób postępowania rodziców dzieci do 5 roku życia w przypadku wystąpienia gorączki oraz ocena ich wiedzy na ten temat.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród grupy rodziców dzieci do 5 roku życia, którą tworzyło 105 osób. W większość badanych stanowiły dzieci w wieku 1 – 5 lat (71,43% - 75 osób) w porównaniu do niemowląt (28,57% - 30 osób). Chłopcy stanowili 50,48% - 53 dzieci w porównaniu do dziewczynek 49,52% - 52 dzieci.
Większość ankietowanych rodziców stanowiły matki dzieci – 89,52% tj. 94 osoby to kobiety, a ojcowie to 10,48% badanych tj. 10 mężczyzn. Najliczniejsza grupa rodziców była w przedziale 31 - 40 lat (57,16% - 60 osób). Rodzice w wieku 21 – 30 lat stanowili 22,86% tj. 24 osoby. Rodziców powyżej 40 lat było 20 osób co stanowi 19,05%. Jeden rodzic miał poniżej 20 lat. Największą grupę stanowili rodzice

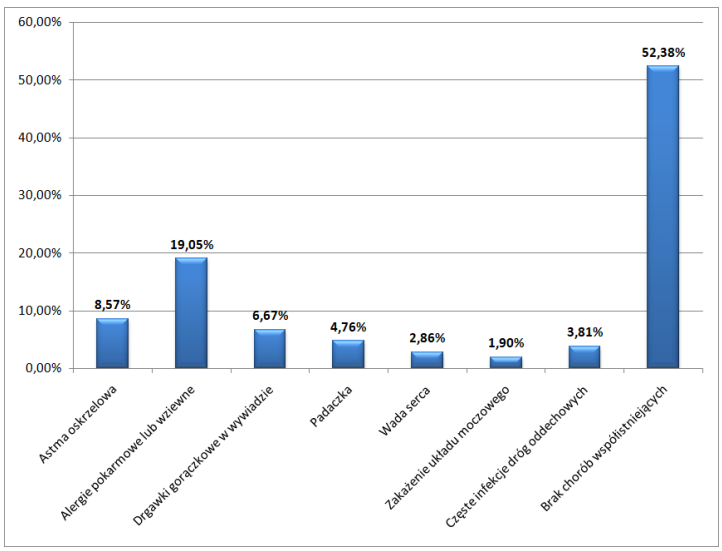
ze średnim wykształceniem – 52,38% (55 osób), następnie w kolejności osoby z wyższym wykształceniem – 24,76% tj. 26 rodziców. 22 osoby miały wykształcenie zawodowe – 20,95%, tylko 2 osoby oceniły swoje wykształcenie na podstawowe. Największa liczba rodziców - 87 osób, oceniła swoją sytuację materialną jako dobrą (82,86%), a 12 osób jako bardzo dobrą (11,43%). Tylko 6 osób uważa, że ich sytuacja materialna jest przeciętna (5,71%). Nikt nie ocenił jej jako złą. Najwięcej rodzin ankietowanych dzieci mieszka w aglomeracji miejskiej – 68,57%, a w aglomeracji wiejskiej – 33 rodziny, co stanowi 31,43% badanych. Najwięcej ankietowanych rodzin – 51, posiada dwoje dzieci (48,57%), rodzin jedynaków jest 29 – 27,62%, a 22 rodziny posiadają troje dzieci (20,95%). Troje rodziców posiada więcej niż troje dzieci tj. 2,86%.

W niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego przy zastosowaniu techniki ankietowania. Jako narzędzie badawcze do przeprowadzenia badań ankietowych służyła ankieta własnej konstrukcji. W części badania wykorzystano sumaryczną skalę oceny wiedzy rodziców według własnej konstrukcji. Metody statystyczne - Zmienne jakościowe scharakteryzowano poprzez rozkłady częstości. Założenie o normalności rozkładu sprawdzano testem Shapiro-Wilka, a jednorodność wariancji badano testem Levene'a. Ponieważ zostały spełnione założenia dotyczące wykorzystania metod parametrycznych hipotezy statystyczne weryfikowano testem tStudenta dla zmiennych niezależnych oraz jednoczynnikową analizą wariancji (wraz z testem post-hoc RiRTukeya). Za istotne statystycznie uznawano wyniki, gdy wartość wyliczonego prawdopodobieństwa testowego spełniała nierówność $p<0,05$.

Wyniki badań własnych

W największej grupie dzieci gorączka trwała więcej niż 2 doby (43,81% - 46 osób), dzieci gorączkujące dłużej niż dobę stanowiły 28,57% - 30 osób, 15 dzieci tj. 14,29% gorączkowało krócej niż 8 godzin, a zbliżoną liczbę stanowiły dzieci gorączkujące od 8-24 godzin (15 osób co stanowi 13,33%).

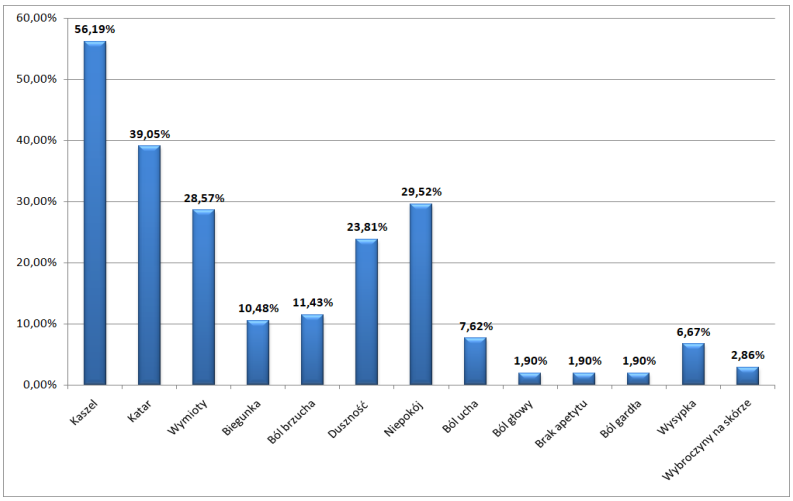
Wśród badanej grupy najwięcej gorączkujących (95,24%) stanowiły dzieci, u których ciepłota mieściła się w granicach 38 – 39 stopni C, tylko 3,81% - 4 dzieci miało temperaturę ciała powyżej 39 stopni C, a jedno dziecko nie osiągnęło ciepłoty 38 stopni C w momencie wizyty u lekarza.



Rycina 1. Charakterystyka badanej grupy ze względu na choroby współistniejące badanych.

Większość dzieci nie miała chorób współistniejących (55,38% - 55 osób), kolejno pojawiały się u dzieci inne schorzenia tj. alergie – 20 dzieci, astma oskrzelowa – 9 dzieci, drgawki gorączkowe

w przeszłości – 7 dzieci, padaczka – 5 dzieci, częste infekcje górnych dróg oddechowych – 4 dzieci, wada serca – 3 dzieci i zakażenia układu moczowego w przeszłości – 2 dzieci.

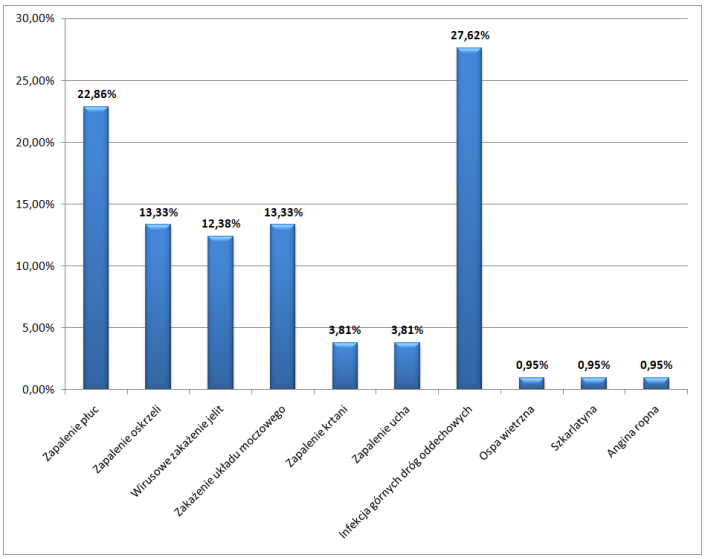


Rycina 2. Charakterystyka badanej grupy ze względu na objawy współistniejące.

Najczęściej u badanych dzieci gorączce towarzyszył kaszel (56,19% tj. 59 dzieci), kolejnymi objawami były: katar, niepokój, wymioty, duszność, ból brzucha i biegunka. Mniej niż 10% wszystkich dzieci stanowiły dzieci, u których rodzice zgłaszali ból ucha, wysypkę, wybroczyny na skórze, ból głowy, ból gardła i brak apetytu.

U większości dzieci stwierdzono czynnik bakteryjny infekcji (58,10% - 51 dzieci), a czynnik wirusowy był prawdopodobną przyczyną choroby u 44 dzieci, co stanowi 41,90% badanej grupy.

Najczęściej u dzieci zastosowano leki przeciwgorączkowe (74,29% - 78 dzieci), równocześnie u 63 dzieci (60%) leczeniem z wyboru była antybiotykoterapia i płynoterapia, 33 dzieci (31,43%) miało wykonane inhalacje.



Rycina 3. Charakterystyka badanej grupy ze względu na ostateczne rozpoznanie lekarskie.

Najczęściej u badanych dzieci rozpoznano infekcję górnych dróg oddechowych (27,62% - 29 dzieci), odpowiednio kolejno zdiagnozowano: zapalenie płuc (22,86%), zapalenie oskrzeli (13,33%), zakażenie układu moczowego (13,33%), wirusowe zakażenie jelit (12,38%), zapalenie ucha (3,81%) i zapalenie krtani (3,81%). Pojedynczo u trojga dzieci rozpoznano ospę wietrzną, szkarlatynę i anginę ropną.

Informacje zaczerpnięte od rodziców

Największa grupa rodziców uważa za gorączkę wartości temperatury w przedziale 38,1-39 stopni C (6,81% - 67 osób). Wartości w przedziale 37,1-38 stopni C za gorączkę uważa 36 osób tj. 34,29%. Jedna osoba za gorączkę uważa ciepłotę do 37 stopni C, a również jedna temperaturę ponad 39 stopni C.

Za wysoką gorączkę 59,05% rodziców (62 osoby) uważa temperaturę w przedziale 39,1 – 40 stopni C a 27,62% (29 osób) temperaturę w granicach 38 – 39 stopni C. Aż 7 osób uważa, że wysoka gorączka ma wartość poniżej 38 stopni C i również 7 osób, że jest to wartość ponad 40 stopni.

Największa ilość rodziców deklaruje pomiar ciepłoty w okolicy czołowej (50,48% - 53 osoby), równocześnie 48,57% rodziców (51 osób) mierzy ją pod pachą. Jedna osoba stwierdziła, że mierzy ciepłotę w pachwinie. Nikt z rodziców nie dokonuje pomiaru w jamie ustnej
i odbycie.

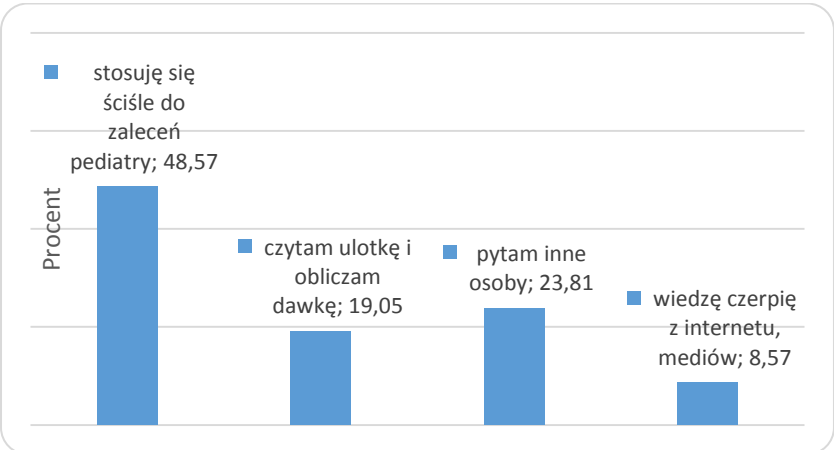
Najczęściej rodzice rozpoczynają podawanie leków obniżających gorączkę, gdy osiąga ona wartości 38,1 – 39 stopni C (56,19% tj. 59 osób), a w przedziale 37,6 – 38 stopni C rozpoczyna leczenie przeciwgorączkowe 36,19% rodziców (38 osób). Aż sześcioro opiekunów (5,71%) podaje leki dziecku, by obniżyć ciepłotę już przy temperaturze ciała 37 – 37,5 stopni C. Dwóch rodziców podaje, że wartością początkową dla obniżenia gorączki jest temperatura ciała powyżej 40 stopni C.

Największa liczba rodziców uważa, że zagrożeniem dla ich dziecka jest gorączka powyżej 40 stopni C (60% - 63 osoby). Dla 28,57% ankietowanych zagrożeniem jest ciepłota ponad 39 stopni (30 osób), a ciepłotę już powyżej 38 stopni C za zagrożenie podaje 8 osób tj. 7,62%. Najmniejsza ilość rodziców podała wartość ponad 41 stopni C (3,81%) za niebezpieczne.

Najwięcej rodziców podaje, że kontroluje ciepłotę w czasie choroby co godzinę (39,05% - 41 osób). Rzadziej niż co godzinę robi to 21,90% badanych (23 osoby). Pozostali rodzice mierzą ciepłotę co 30 min. (18 osób – 17,14%), a co 45 min. 14 osób co stanowi 13,33%. Najmniejszą wartość stanowią opiekunowie kontrolujący ciepłotę najczęściej co 15 min. (9 osób -8,57%).

Rodzice najczęściej deklarują posiadanie termometrów elektronicznych (56,19% - 59 osób), a termometry rtęciowe są w posiadaniu 33,33% badanych (35 osób). 10 ankietowanych podaje, że posiada inny typ termometru (9,52%), a jedna osoba stwierdziła, że nie posiada żadnego termometru.

Aż 97,14% wszystkich rodziców preferuję drogę doustną (102 osoby), a tylko trzy osoby podały, że droga doodbytnicza jest dla nich odpowiednia dla podania choremu dziecku leku przeciwgorączkowego (2,86%).



Rycina 4. Rozkład posiadanej wiedzy na temat obliczania dawki leku przeciwgorączkowego.

Rodzice w ilości 51 osób (48,57%) podają, że ich dziecko otrzymuje lek przeciwgorączkowy w dawce zleconej przez lekarza. Pozostała grupa ankietowanych czerpie wiedzę z innych źródeł, tj. 23,81% -25 osób – pyta inne osoby, 19,05% - 20 osób czyta ulotkę i weryfikuje obliczenia, a 9 osób (8,57%) czerpie informacje z mediów i Internetu.

Najczęściej rodzice uznają, że trzeba znać wagę i wiek dziecka, żeby obliczyć dawkę podanego leku (86 osób – 81,90%). Za konieczne parametry 12 rodziców uznało wagę i wzrost (11,43%), cztery osoby wzrost i płeć (3,81%), a według trojga opiekunów (2,86%) do obliczenia dawki niezbędne jest podanie płci i wagi dziecka.

Rodzice w 54,29% twierdzą, że podają lek doodbytniczo, gdy dziecko wymiotuje (57 osób), a 35 osób stwierdziło, że akceptują tę formę, gdy dziecko nie chce wypić leku (33,33%). Z powodu niepokoju dziecka 5 osób wybrało taką drogę podania syropu (4,76%), a osiem osób oceniło, że podaje czopek, bo nie ma leku w innej niż ta postaci (7,62%).

Największa liczba rodziców odmierza konieczną dawkę leku za pomocą strzykawki (44,76%) i specjalnej miarki do leku (40,95%). Rodzice stosują też to tego celu łyżeczki (13,33% - 14 osób), a jedna osoba używała miarki z innego leku (0,95%).

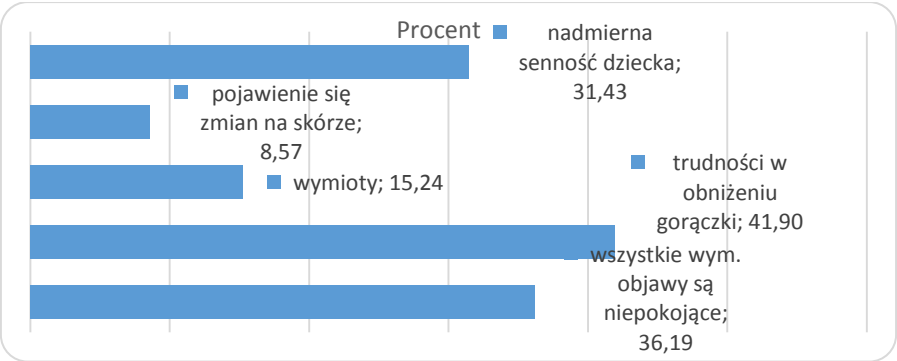
Według większości rodziców (103 osoby tj. 98,10%) maksymalna dawka leku przeciwgorączkowego jest skuteczna, a dwie osoby (1,90%) uważają, że jest ona niebezpieczna dla dziecka.

Twierdząco na temat postępowania przeciwgorączkowego odpowiedziało 39,05% badanych tj. 41 osób, a 15 osób stwierdziło, że nie ma posiada wystarczającej wiedzy na ten temat (14,29%). Aż 46,67% tj. 49 ankietowanych nie potrafi określić stopnia swojej wiedzy.

Zdecydowana większość rodziców zna podstawowe leki stosowane w gorączce, 99,05% - 104 osoby podało, że zna paracetamol, a 97,14% - 102 osoby zna ibuprofen. 43 osoby (40,95%) podały pyralginę, a 17 osób (16,19%) aspirynę, jako znane im leki. Trzy osoby (2,86%) podały, że znają inne leki, które mają takie działanie.

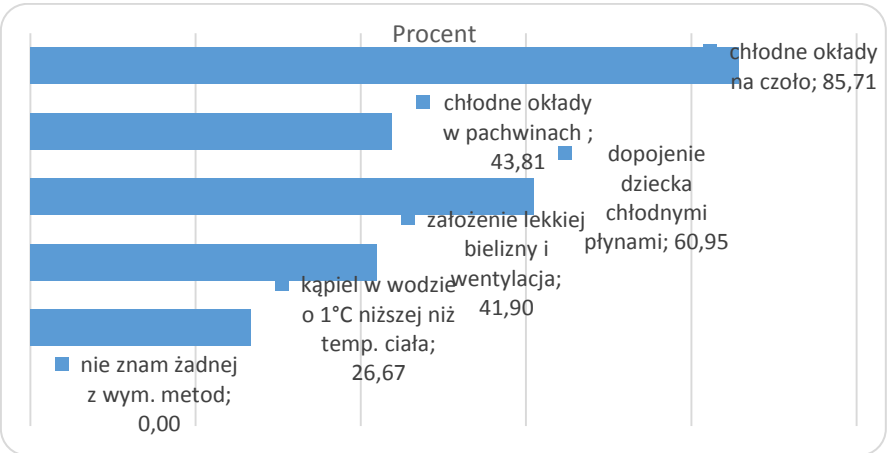
Za niebezpieczne dla dziecka z gorączką w 96,19% rodzice uznali drgawki gorączkowe (101 osób). Inne niepokojące skutki

gorączki to utrata przytomności (36 osób – 34,29%) i odwodnienie (31 osób – 29,52%). Nikt z ankietowanych nie podał, że nie zna żadnego niebezpieczeństwa.



Rycina 5. Rozkład innych niepokojących objawów w czasie gorączki według rodziców.

Rodzice za najbardziej niepokojące uznają trudności w obniżeniu gorączki (41,90% tj. 44 osoby). Również nadmierna senność dziecka (31,43%) i wymioty (15,24%) są dla nich powodem do niepokoju. Dziewięć osób podało, że niepokojące zmiany na skórze są niebezpieczne (8,57%). Wszystkie z podanych objawów są niepokojące dla 38 osób (36,19%).



Rycina 6. Rozkład posiadanej wiedzy na temat innych metod obniżenia gorączki.

Rodzice najczęściej wśród niefarmakologicznych metod znają stosowanie chłodnych okładów na czoło (85,71%) i dopajanie dziecka chłodnymi płynami (60,95%). Inne metody to chłodne okłady w pachwinach (43,81%) i założenie dziecku lekkiej bielizny (41,90%). 28 osób (26,67%) podało, że wie, iż jedną z metod jest kąpiel dziecka w wodzie niższej o 1 stopień C niższej niż temperatura ciała. Nikt z rodziców nie podał, że nie zna żadnej z metod.

Według rodziców pielęgniarka w największym stopniu naucza ich, jak postępować w razie gorączki (62 osoby – 59,05%). Również lekarz jest źródłem informacji co podało 39 osób (37,14%). Nikt nie podał położnej jako źródła informacji. Dla czterech osób inne osoby edukowały je w tym zakresie (3,81%), nie podały one, kto konkretnie był tą osobą.

Rodzice w większości (60 osób tj. 57,14%) ocenili, że wiedza pielęgniarek w zakresie edukacji postępowania przeciwgorączkowego była najbardziej wyczerpująca. Na lekarza wskazało 39 osób (37,14%). Cztery ankietowane osoby (3,81%) oceniły, że najbardziej

wyczerpujące informacje uzyskują z innych źródeł, nie podając jakich. Dwie osoby (1,90%) stwierdziły, że od nikogo z personelu nie uzyskały wyczerpujących informacji.

Rodzice dzieci w zdecydowanej większości ocenili pozytywnie poziom działań edukacyjnych personelu medycznego. 41,90% badanych wskazało na poziom dostateczny, 40,95% na dobry poziom edukacji, a 2,86% na bardzo dobry poziom. Łącznie dało to ponad 85,00% pozytywnych ocen. 15 ankietowanych rodziców (2,86%) wskazało na niezadowalający poziom edukacji i oceniło go niedostatecznie.

Średnia M=3,32, odchylenie standardowe SD=0,75

Stan wiedzy i sposoby postępowania rodziców

W użytym kwestionariuszu znalazło się 17 pytań o zróżnicowanym poziomie trudności. W przypadku pytań łatwych prawidłową odpowiedź punktowano wartością 0,5 pkt, w przypadku najtrudniejszych, mających postać wielokrotnego wyboru, maksymalna przydzielana liczba punktów wyniosła 2,5 pkt. Łączna liczba punktów do zdobycia wyniosła 17 pkt. Badana grupa uzyskała średnią punktową M=11,14 przy odchyleniu standardowym SD=2,81. Najniższa zanotowana sumaryczna wartość punktowa wyniosła 5 pkt, najwyższa to komplet 17 punktów. Całościowo należałoby ocenić grupę nieco lepiej niż przeciętnie, odwołując się do szkolnego systemu ocen można byłoby wystawić ocenę „3+".

Analiza przeprowadzona testem Shapiro-Wilka nie wykazała istotnego odbiegania zmiennej od rozkładu normalnego (p=0,243). Podobne rezultaty dały testy normalności przeprowadzane we wszystkich stosowanych konfiguracjach względem zmiennej niezależnej. Ponadto analiza jednorodności wariancji (test Levene'a) również wskazywała na spełnienie założeń dotyczących wykorzystania testów parametrycznych.

Tabela 1. Uzyskane oceny w odniesieniu do badanej próby.

Zakres punktowy	Ilość osób	Procent
0 -5 bardzo niski poziom	**1**	**0,95**
6 - 8 niski poziom	**22**	**20,95**
9 - 11 przeciętny poziom	**39**	**37,14**
12 - 14 wysoki poziom	**30**	**38,57**
15 - 17 bardzo wysoki poziom	**13**	**13,28**
Razem	**105**	**100**

W kolejnym kroku dokonano analizy wpływu zmiennych niezależnych takich jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuacja materialna oraz liczba dzieci na zmienną zależną, czyli utworzoną sumaryczną skalę punktową.

Płeć a wiedza i postępowanie rodziców

W celu zweryfikowania hipotezy o istotnym wpływie płci na sumaryczną skalę punktową użyto testu t (Studenta) dla zmiennych niezależnych. Metoda ta służy do oceny istotności różnic pomiędzy średnimi w dwóch porównywanych grupach.

Przeprowadzona analiza nie wykazała istnienia różnic pomiędzy porównywanymi średnimi, wynik testu okazał się nieistotny statystycznie (p=0,306). Oznacza to, iż nie dowiedziono by płeć istotnie statystycznie wpływała na wiedzę i postępowanie przeciwgorączkowe rodziców. Warto jednak zaznaczyć, iż w badaniu wystąpiła znaczna dominacja kobiet, dlatego do wniosków należy podchodzić
z ostrożnością.

Wiek a wiedza i postępowanie rodziców

Analizę wpływu podziału na trzy kategorie wiekowe na poziom wiedzy i postępowanie rodziców przeprowadzono przy wykorzystaniu jednoczynnikowej analizy wariancji. Metoda ta służy do porównywania średnich w więcej niż dwóch grupach. Analizę

porównań wielokrotnych wykonano używając testu RiRTukeya w wersji dla nierównych liczebności.

Wynik zastosowanego testu analizy wariancji jest istotny statystycznie (p=0,033) co oznacza, iż są podstawy do przyjęcia hipotezy o tym, że podział na trzy kategorie wiekowe jest czynnikiem różnicującym poziom mierzonej zmiennej zależnej. Wyliczone wartości średnich arytmetycznych wskazują, iż najlepszą wiedzą i postawą charakteryzują się rodzice w wieku powyżej 40 lat (średnia M=12,33) a najniższe wyniki uzyskują rodzice najmłodsi, z grupy do 30 lat (średnia M=10,14). Przeprowadzona analiza post-hoc wykazała, iż istotne różnice zachodzą jedynie pomiędzy najmłodszą i najstarszą grupą respondentów (p=0,033).

Wykształcenie a wiedza i postępowanie rodziców

Przeprowadzone obliczenia dają podstawy do odrzucenia hipotezy zerowej i przyjęcia alternatywnej. Oznacza to, iż dowiedziono istnienia istotnego statystycznie (p=0,003) wpływu wykształcenia rodziców na poziom ich wiedzy i jakość postępowania przeciwgorączkowego. Najniższymi średnimi wartościami zmiennej zależnej cechowali się badani z wykształceniem podstawowym lub zawodowym (M=9,77), a najwyższymi wynikami charakteryzowali się respondenci z wykształceniem wyższym (M=12,40). Analiza porównań wielokrotnych wykazała, iż istotna różnica występuje pomiędzy osobami najsłabiej i najlepiej wykształconymi (p=0,003).

Sytuacja materialna a wiedza i postępowanie rodziców

Przeprowadzone obliczenia nie dają podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej. Nie wykazano istotnego statystycznie wpływu sytuacji materialnej na poziom mierzonej zmiennej zależnej (p=0,340).

Miejsce zamieszkania a wiedza i postępowanie rodziców

Nie wykazano istotnego statystycznie wpływu miejsca zamieszkania na poziom zmiennej zależnej. Warto jednak zaznaczyć,

iż w toku obliczeń otrzymano wynik bardzo bliski przyjętej granicy istotności statystycznej, co oznacza rezultat na poziomie tendencji do istotności (p=0,083). Porównując średnie można zauważyć, iż mieszkańcy miast uzyskują nieco lepsze rezultaty w przeprowadzonym teście.

Liczba dzieci w rodzinie a wiedza i postępowanie rodziców

Uzyskano wynik istotny statystycznie (p=0,039), co oznacza, iż liczba dzieci w rodzinie jest czynnikiem wpływającym na poziom wiedzy i postępowanie przeciwgorączkowe rodziców. Porównując uzyskane średnie punktowe można zauważyć, iż rodzice trójki lub więcej dzieci cechują się wyższym poziomem zmiennej zależnej niż rodzice jedynaków lub dwójki dzieci (obie te grupy mają bardzo zbliżone wyniki). Zaobserwowane różnice okazały się jednak zbyt małe, by szczegółowa analiza post-hoc dała rezultat istotny statystycznie.

Dyskusja

W wyniku przeprowadzonej oceny poziomu wiedzy opiekunów, według sumarycznej skali punktowej własnej konstrukcji, dowiedziono, że jej poziom można porównać do oceny dostatecznej plus według skali ocen szkolnych. Jest to więc wiedza niewystarczająca i należy dążyć do jej pogłębiania. Ankietowani znają częściowo metody obniżania gorączki. Rodzice dzieci znają natomiast w stopniu odpowiednim zagrożenia wynikające z pojawienia się gorączki
u dziecka. Są świadomi, że dużym zagrożeniem dla dziecka do 5 roku życia są drgawki gorączkowe, a u dzieci, u których występowały już epizody drgawek gorączkowych wcześniej, są niebezpieczne szczególnie i zagrażają ich życiu. Aż 96,19% rodziców potwierdziło swoją wiedzę w tym temacie.

W literatura potwierdza, że rodzice nie posiadają dostatecznej wiedzy na tematy dotyczące np. stosowania niefarmakologicznych metod obniżenia gorączki, jak i nie rozumieją mechanizmu działania tych metod. Nie potrafią prawidłowo rozpoznać gorączki, nieprawidłowo interpretują zależność wysokości ciepłoty ciała od miejsca jej pomiaru [1,2]. Według Jackowskiej i wsp. szeroko rozpowszechnione jest zjawisko tzw. „fobii gorączkowej", a wiedza rodziców na temat gorączki jest niezadowalająca [3]. Czerwionka–Szaflarska i wsp. określa stan wiedzy rodziców o gorączce jako niewystarczający. Dotyczy to ich znajomości przebiegu gorączki, interpretacji pomiaru, doboru leków, a głównie ich dawkowania [4]. Łoś–Rycharska i wsp. oceniają niedostatecznie wiedzę rodziców w zakresie podawania nieprawidłowych dawek leków przeciwgorączkowych w niewłaściwych odstępach czasu [5]. W innych badaniach zaobserwowano brak wiedzy rodziców na temat niefarmakologicznych metod obniżania gorączki, co może być niebezpieczne i narażać dziecko na pojawienie się niepożądanych objawów [6].

Analiza wieku rodziców dowodzi, że rodzice mający ponad 40 lat wykazują się najwyższą wiedzą, a najmłodsi poniżej 30 roku życia uzyskują najniższe wyniki. Płeć rodzica nie miała statystycznie istotnego znaczenia dla badanego problemu, ale większość respondentów to matki, gdyż to one najczęściej były obecne przy dzieciach w czasie prowadzenia badań($p>0,05$). Istotne znaczenie miało natomiast wykształcenie rodziców. Opiekunowie ze średnim i wyższym wykształceniem posiadają większą wiedzę o gorączce i radzeniu sobie z nią niż rodzice z wykształceniem podstawowym lub zawodowym($p<0,05$). Sytuacja materialna rodziny dziecka według przeprowadzonych badań nie wpływa znacząco na wiedzę o gorączce. Nie wykazano istotnego statystycznie znaczenia, aby miejsce zamieszkania rodziców, będące aglomeracją wiejską lub miejską, było

czynnikiem modyfikującym(p>0,05). W rodzinach wielodzietnych natomiast wiedza rodziców o postępowaniu przeciwgorączkowym jest większa niż w rodzinach z mniejszą ilością potomstwa.

Według Łoś–Rycharskiej i wsp. prawidłowa ocena gorączki i postępowanie w przypadku jej wystąpienia u małych dzieci, jest znacznie większa u rodziców posiadających liczniejsze potomstwo i wzrasta z ich ilością. Również doświadczenie własne rodziców, ich wiek, płeć i wykształcenie mają istotne znaczenie. Matki lepiej radzą sobie z obniżeniem gorączki i lepiej interpretują zależność temperatury od miejsca jej pomiaru. W badaniach tych jednak nie wykazano istotnego wpływu wykształcenia rodziców na ocenę gorączki u dziecka [1]. Według Czerwionki – Szaflarskiej rodzice starsi w sytuacji gorączki u swojego dziecka mają mnie zachowań lękowych, lepszą wiedzę i reagują spokojem w sytuacji stresowej [4]. Rodzice jedynaków i mający niższy poziom wykształcenia szybciej też szukają pomocy lekarza w sytuacji pojawienia się gorączki, co potwierdza w swoich badaniach Sterkowicz i wsp. [7,1]. Uzyskane wyniki badań własnych oraz wyniki innych autorów potwierdzają modyfikujący wpływ wyżej wymienionych czynników demograficznych w postępowaniu przeciwgorączkowym u dzieci do 5 roku życia.

Aż 51,43% opiekunów wskazywało, że obliczając dawkę leku przeciwgorączkowego sugeruje się informacjami pochodzącymi od koleżanek, innych matek poznanych na forach internetowych czy dziadków, sami czytają ulotki leku i próbują obliczyć dawkę leku, często zaniżając ją do wartości minimalnych, aby „nie zaszkodzić swojemu dziecku". Personel medyczny jest źródłem wiedzy dla 48,57% rodziców, głównie dopiero w czasie wizyty w gabinecie lekarskim. Własne doświadczenie poparte wieloletnią pracą badaczy w oddziale pediatrycznym wskazuje, że wiedza rodziców o gorączce i metodach postępowania w przypadku jej wystąpienia jest zdobywana wybiórczo, zbyt płytko i niedbale. Nagminnie spotyka się

sytuacje,
w których rodzice nie próbują zrozumieć przekazywanych im informacji i spokojnie ich wysłuchać, reagują niekiedy niegrzecznie, a nawet agresywnie. Niestety nie wszystkie sytuacje można wytłumaczyć obawą o zdrowie i życie dziecka i stresem z tym związanym. Wybiórcze i niepełne czerpanie wiedzy przez rodziców o radzeniu sobie z gorączką i w chorobie jest też dość często wynikiem zmniejszonych możliwości jej przyswojenia. Niski poziom wykształcenia niektórych rodziców często towarzyszy ich niższej sprawności intelektualnej, co sprawia, że matka czy ojciec nie są w stanie w pełni przyswoić i zrozumieć przekazanych informacji i zastosować w opiece nad chorym dzieckiem.

Literatura również podaje, że rodzice jednak najczęściej informacje o wyborze leku przeciwgorączkowego i sposobach jego dawkowania uzyskują w czasie wizyty u pediatry. Rzadziej źródłem wiedzy jest farmaceuta, informacje z Internetu czy własne doświadczenie [8,2].

Według Łoś–Rycharskiej i wsp. w środowisku wiejskim i w rodzinach wielodzietnych, gdzie dostęp do pediatry jest często ograniczony i utrudniony źródłem wiedzy o gorączce jest najczęściej własne doświadczenie, a postępowanie tych rodziców racjonalne i przemyślane [2].

Aż 59,05% rodziców potwierdziło, że to właśnie pielęgniarka najczęściej edukowała ich w tym zakresie, a 37,14% wskazało na lekarza. Większość respondentów (57,14%) oceniła poziom tej edukacji jako wyczerpujący. Oceniając jakość przekazywanych informacji na ocenę dobrą wskazało 40,95% opiekunów, a dostateczną 41,90%.

Według opracowań dostępnych w literaturze wskazuje się na konieczność edukowania rodziców przez personel medyczny. Łoś – Rycharska i wsp. uważa, że to lekarze pierwszego kontaktu powinni

położyć większy nacisk na informowanie rodziców o postępowaniu przeciwgorączkowym [5]. Dodatkowo wskazuje na konieczność prowadzenia edukacji rodziców na temat różnic w pojęciach gorączka a hipertermia, ponieważ wpływa to na różnice w postępowaniu w tych sytuacjach [9]. Jackowska i wsp. uważają za niezbędne zastosowanie programów edukacyjnych dla rodziców i opiekunów dzieci w zakresie wiedzy o gorączce [3]. Smoleń i Ksykiewicz – Dorota dowodzą, że rodzice oceniają profesjonalizm pielęgniarek przede wszystkim na podstawie ich empatii, życzliwości oraz sprawności w wykonywaniu czynności pielęgniarskich w stosunku do ich dziecka. Oznaczać to może, że pielęgniarki zbyt małą wagę przykładają do swojej funkcji edukacyjnej, jaką niewątpliwie powinny wypełniać [10].

Wnioski

1. Na wiedzę rodziców i ich postępowanie w przypadku wystąpienia gorączki u dziecka do 5 roku życia wpływają określone czynniki demograficzne i społeczno – ekonomiczne. Rodzice wykształceni, starsi i posiadający liczniejsze potomstwo lepiej radzą sobie z gorączką, a ich wiedza jest wystarczająca. Płeć rodzica, jego sytuacja ekonomiczna i miejsce zamieszkania w mniejszym stopniu jest wyznacznikiem ich wiedzy.
2. Wiedza rodziców w zakresie gorączki i metod jej obniżenia jest niewystarczająca. Odpowiedzialność za zdrowie dziecka wymaga od nich, aby zdobywali ją i odpowiednio wykorzystywali. Rodzice znają niebezpieczeństwa związane z wysoką gorączką, mają świadomość zagrożeń z powodu wystąpienia drgawek gorączkowych.
3. Sposoby zdobywania przez opiekunów wiedzy o postępowaniu przeciwgorączkowym są niepełne i wybiórcze. Głównym źródłem

wiedzy powinien być fachowy personel medyczny. Poziom przekazywanej wiedzy musi być dostosowany do możliwości intelektualnych rodzica.

4. Rola pielęgniarki w edukacji rodziców o gorączce i postępowaniu w przypadku jej pojawienia się jest znacząca.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Należy edukować rodziców dzieci z wysoką temperaturą, zagrożonych wystąpieniem drgawek gorączkowych o konieczności utrzymywania stałej wartości temperatury, zabezpieczyć dziecko przed urazem podczas incydentu drgawkowego i przed nawrotem drgawek. Podawanie leków obniżających temperaturę i stosowanie działań pielęgnacyjnych jest niezwykle istotne, a podawanie leków przeciwdrgawkowych jest konieczne wśród dzieci spełniających pewne kryteria. Profilaktyka nie zmniejsza ryzyka kolejnych napadów drgawek gorączkowych

Bibliografia/Bibliography:

1. Łoś – Rycharska E., Sterkowicz A. i wsp. Wpływ doświadczeń własnych, czynników demograficznych oraz wykształcenia rodziców na prawidłowość interpretacji temperatury ciała u dziecka. Pediatria Polska, 2015;9:32-38.

2. Łoś – Rycharska E., Sterkowicz A. i wsp. Źródła wiedzy o postępowaniu przeciwgorączkowym u rodziców. Pediatria Polska. 2015;90:113-118.

3. Jackowska T., Sapała – Smoczyńska A. i wsp. Wiedza rodziców o gorączce i o zasadach postępowania w przypadku jej wystąpienia u dzieci do 12 roku życia. Postępy Nauk Medycznych. 2014;9:633-341.

4. Czerwionka – Szaflarska M., Łoś – Rycharska E. Gorączka u dzieci: codzienna praktyka a zalecenia, z uwzględnieniem postępowania

w sytuacjach nagłych i szczególnych. Standardy Medyczne/Pediatria. 2015, t.12.

5. Łoś – Rycharska E., Sterkowicz A. i wsp. Farmakoterapia gorączki u dzieci, postępowanie rodziców przed uzyskaniem porady lekarskiej. Pediatria Polska. 2015;90:39-47.

6. Łoś – Rycharska E., Sterkowicz A. i wsp. Niefarmakologiczne metody obniżenia ciepłoty ciała u dzieci gorączkujących – analiza postępowania rodziców na podstawie badania ankietowego. Pediatria Polska. 2016;91:122-127.

7. Łoś – Rycharska E., Sterkowicz A. i wsp. Sposoby oceny przez rodziców ciepłoty ciała dzieci. Pediatria Polska. 2014;89:415-422.

8. Łoś – Rycharska E., Sterkowicz A. i wsp. Gorączka u dzieci – decyzje rodziców dotyczące farmakoterapii. Pediatria Polska. 2015;90:402-407.

9. Łoś – Rycharska E., Sterkowicz A. i wsp. Przekonania rodziców dotyczące stosowania antybiotyków w przebiegu gorączki u dziecka oraz pozainfekcyjnych przyczyn gorączki. Pediatria Polska. 2015;90:302-307.

10. Smoleń E., Ksykiewicz – Dorota A. Profesjonalizm pielęgniarek jako element oceny satysfakcji rodziców/opiekunów z opieki pielęgniarskiej. Medycyna Pracy. 2015; 66:549-556.

Opis przypadku/Case report

Opieka pielęgniarska nad pacjentką w przebiegu anoreksji z wykorzystaniem ICNP®

Nursing care of patient in the course of anorexia with the ICNP ® application

KAROLINA CIECHANOWSKA[1], KAROLINA KRAJEWSKA[1]

[1] Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu[1], Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowej Uczelni Zawodowej we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.005
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Anoreksja jest chorobą, na którą cierpi coraz więcej osób, dotyka ona znacznie więcej kobiet i dziewczynek niż mężczyzn oraz chłopców. Chorobę w większości przypadków stwierdza się między 14 a 18 rokiem życia. Osoby chorujące na jadłowstręt psychiczny nagle, nadmiernie rozpoczynają odchudzanie poprzez spożywanie posiłków w niewielkich porcjach o niskiej kaloryczności. Poza nadmierną utratą masy ciała może dojść do niebezpiecznych zaburzeń hormonalnych w organizmie. Poprzez prowadzenie działań mających na celu kreowanie prawidłowego zdrowia psychospołecznego możliwe jest uniknięcie wzrostu zachorowań na anoreksję.
Cel pracy. Celem pracy jest zastosowanie odpowiednich działań pielęgniarskich wobec pacjentki z anoreksją, przebywającą w oddziale psychiatrycznym.
Prezentacja przypadku. Pacjentka, lat 20, przebywająca w oddziale psychiatrycznym, uskarża się na odczuwanie silnego lęku spowodowanego obawą przed zwiększeniem masy ciała. Unika obserwowania siebie

w lustrze. Poprzez długotrwałe zażywanie środków przeczyszczających doszło do znacznego odwodnienia organizmu. Chora wymaga edukacji dotyczącej choroby oraz pomocy w czynnościach samoopielęgnacyjnych. Według przeprowadzonego wywiadu pacjentkę pierwszy raz dotknęły tego typu objawy.
Wnioski. Całościowa opieka zapewniona ze strony personelu medycznego znacznie poprawiła samopoczucie pacjentki, jednak wszystkie działania należy kontynuować, by pacjentka mogła w pełni wyzdrowieć.

Słowa kluczowe: anoreksja, proces pielęgnowania, ICNP®

Abstract:
Introduction. Anorexia is a disease that affects more and more people, it ffects many more women and girls than men and boys. In most cases, the disease is diagnosed between 14 and 18 years of age. People with anorexia nervosa suddenly and excessively start losing weight by eating meals in mall, low-calorie portions. In addition to excessive weight loss, there may be dangerous hormonal disorders in the body. By conducting activities aimed at creating proper psychosocial health, it is possible to avoid an increase in the incidence of anorexia.
Aim of the study. The purpose of the work is to apply appropriate nursing activities to a patient with anorexia in a psychiatric ward.
Case study. A 20-year-old patient in a psychiatric ward complains of feeling strong anxiety due to fear of weight gain. He avoids watching himself in the mirror. Significant dehydration of the body occurred through prolonged use of laxatives. The patient requires education regarding the disease and help in self-care activities. According to the interview, the patient was affected by this type of symptoms for the first time.
Conclusions. The comprehensive care provided by medical staff has significantly improved the patient's well-being, but all activities should be continued so that the patient can recover fully.
Keywords: anorexia, nursing process, ICNP®

Wstęp

Według tłumaczenia z języka greckiego wyraz anoreksja oznacza brak apetytu albo odczuwanie obrzydzenia do pokarmu. Zdaniem Arthura H. Crisp'a najgorszym faktem w anoreksji jest strach przed przyjęciem posiłku, pomimo odczuwania głodu. Jadłowstręt psychiczny według klasyfikacji ICD-10 nosi miano anorexia nervosa [1]. Problemy z odżywianiem mają negatywne skutki, przypisuje im się jeden z najwyższych wskaźników śmiertelności pośród innych chorób psychicznych. Z roku na rok wzrasta liczba osób cierpiących z powodu anoreksji, w związku tym niebezpieczeństwo śmierci także wzrasta. Wskaźnik DALY (disability adjusted life-years) dotyczący nieprawidłowości w odżywianiu, na świecie wynosi około 30 na sto tysięcy populacji. Natomiast według statystyk dla Europy Zachodniej ten wskaźnik wynosi powyżej 70 na sto tysięcy osób. Szacuje się, że w Polsce według DALY na problemy z odżywianiem cierpi około 26 na sto tysięcy ludzi [2]. Anoreksja występuje około 10 razy częściej u kobiet niż u płci przeciwnej, zwykle u osób młodych w przedziale wiekowym między 14 a 18 r.ż.

Anoreksję można stwierdzić na podstawie obserwacji danej osoby. Do jej charakterystycznych cech należą przede wszystkim:
- nagłe, nadmierne odchudzanie,
- spożywanie małej ilości posiłków i brak apetytu,
- ograniczenie produktów wysokokalorycznych,
- dalsze odchudzanie, pomimo spadku kilogramów,
- ubieranie bardzo przylegających ubrań lub za dużych,
- unikanie rozmów o swoich uczuciach [1].

Okazuje się, że im wcześniej wykryje się anoreksję, tym szybciej zatrzymamy przebieg choroby wraz z jej niezwykle niebezpiecznymi skutkami dla organizmu. Spośród wszystkich stwierdzonych przypadków anoreksji lub bulimii u około 30%

cierpiących z ich powodu stwierdza się dodatkowe choroby przewlekłe [2]. U kobiet najczęściej dochodzi do zaniku miesiączki, natomiast
u mężczyzn do zmniejszenia się libido. Zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn mogą wystąpić niepoprawne wartości hormonów tarczycy, hormonu wzrostu oraz insuliny. Poza nieprawidłowymi wartościami stężenia hormonów obserwuje się także m. in.: niższą temperaturę ciała, zawroty głowy, zaparcia, wzdęcia, niedokrwistość, wypadanie włosów, omdlenia, niedokrwistość, zaburzenia rytmu serca[3].

Poprzez kreowanie prawidłowego postrzegania swojej osoby możliwe jest zachowanie zdrowia psychospołecznego. Często jednak nie jest to możliwe, ponieważ człowiek w niepoprawny sposób postrzega siebie w społeczeństwie oraz nieumiejętnie ocenia swoje wartości, co w późniejszym czasie może skutkować zaburzeniem psychicznym, dotyczy to także anoreksji [4]. Z tego właśnie powodu bardzo ważne jest, by pielęgniarka posiadała odpowiednie kwalifikacje i kompetencje. Dzięki realizacji przez nią świadczeń, takich jak.: rozumienie warunków i potrzeb zdrowotnych, dostrzeżenie problemów pielęgnacyjnych, udzielanie opieki pielęgniarskiej czy wykonywanie zleceń lekarskich możliwa jest poprawa jakości życia pacjentów cierpiących z powodu anoreksji oraz przyczynianie się do pełnego powrotu do zdrowia [5].

Cel

Celem pracy jest utworzenie opieki pielęgniarskiej nad pacjentką cierpiącą na anoreksję za pomocą zastosowania odpowiednich interwencji i diagnoz pielęgniarskich. W poniższym proponowanym planie opieki oparto się na standardowym modelu procesu pielęgnowania, który został uzupełniony o Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®.

Materiał i metody

W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku. Techniki zbierania danych wykorzystane w pracy to: obserwacja chorego, wywiad bezpośredni, analiza dokumentacji medycznej (historii choroby, wyników badań, karty gorączkowej, karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej), pomiar podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, częstość oddechów, temperatura ciała). Pacjentka wyraziła zgodę na badanie, które przeprowadzono w styczniu 2020r. Bazując na zebranych informacjach postawiono poniżej określone diagnozy pielęgniarskie oraz przygotowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej z zastosowaniem klasyfikacji ICNP®.

Prezentacja przypadku

Pacjentka lat 20, urodzona w Toruniu. Mieszka z mamą i tatą. Tata pracuje za granicą od 10-ciu lat. W 2015r. przyjęta była na oddział psychiatryczny z powodu niedożywienia. Przy przyjęciu oceniono ryzyko upadku według skali Tinetti. Liczba punktów wynosiła 13, co oznaczało zwiększone ryzyko upadku.

Kobieta aktualnie jest w pierwszej dobie pobytu w oddziale psychiatrycznym. Kontakt z pacjentką prawidłowy. Od miesiąca pogarsza się stan zdrowotny pacjentki. Schudła 10kg w ciągu 2 miesięcy. Niechętnie opuszcza łóżko i zaniedbuje czynności higieniczne. W wywiadzie chora zgłasza lęk przed wzrostem masy ciała. Nie chce patrzeć na swoje ciało w lustrze. Odwodnienie spowodowane jest zażywaniem środków przeczyszczających od kilku tygodni. Na chwilę obecną ryzyko upadku według skali Tinetti wynosi 12. Ciśnienie tętnicze wynosi 100/60 mmHg. Temperatura ciała w normie - 36,4 °C. Chora wykazuje deficyt wiedzy na temat choroby i samoopieki.

W Tabeli 1. zaprezentowano szczegółowe informacje o chorej oraz wyniki badania podmiotowego.

Dane socjodemograficzne	
Rok urodzenia: 02.01.2000r.	*Płeć: Kobieta*
Stan cywilny: Panna	*Wykonywany zawód: Fryzjerka*

Tabela 1. Arkusz indywidualnego opisu przypadku opracowanie na podstawie Lesińska-Sawicka M (2009).

STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)
Temperatura: 36,4 °C
Tętno:(liczba / napięcie / rytm) 74/min, dobrze napięte, miarowe
Oddechy: 16odd./min.
Ciśnienie tętnicze: 100/60 mmHg
Masa ciała: 44kg
Wzrost: 159 cm
BMI: 17,4 – niedowaga

WYWIAD RODZINNY
Członkowie rodziny: Mama (45lat), tata [46lat) *Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata: brak danych* *Choroby występujące w rodzinie: Alzheimer, nadciśnienie tętnicze krwi* *Hobby/ zainteresowania: czytanie książek* *Formy spędzania czasu wolnego: oglądanie filmów* *Nałogi w rodzinie: palenie tytoniu* *Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe: spożywanie produktów z dużą zawartością soli* *Ograniczenia/przeciążenia psychicznego/fizyczne: anoreksja* *Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego: brak danych*

Tabela 2. Badanie fizykalne - opracowanie na podstawie Lesińska--Sawicka M (2009).

SKÓRA						
napięcie	temperatura	zabarwienie	wilgotność	stan higieniczny	inne objawy	stan rany pooperacyjnej
prawidłowe	36,4 °C	nieprawidłowe/skóra blada	Skóra sucha	średni	brak	nie dotyczy

UKŁAD ODDECHOWY				
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy	wyroby medyczne
16/min	prawidłowy	brak	brak	nie dotyczy

UKŁAD KRĄŻENIA						
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy	saturacja
100/60 mmHg	74/min	brak	brak	brak	brak	98% SO2

UKŁAD POKARMOWY					
uzębienie	łaknienie	Stolec	dieta	inne objawy	sposób odżywiania
Wszystkie zęby stałe	zaburzone	Biegunki	lekkostrawna	brak	doustnie

UKŁAD MOCZOWY			
objętość	Jakość	inne objawy	wyroby medyczne
1,0l	Słomkowy	brak	nie dotyczy

UKŁAD PŁCIOWY		
cykl płciowy	inne objawy	inne cechy (u dzieci)
prawidłowy	brak	nie dotyczy

UKŁAD NERWOWY			
świadomość wg skali Glasgow	niedowłady / drżenia	mowa	inne objawy
15	brak	brak zaburzeń	brak

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

sen	nastrój	inne objawy	ocena wg skali GDS (seniorzy)
prawidłowy	obniżony	niepokój przed wzrostem wagi ciała, niechęć do dbałości o higienę osobistą, stosowanie środków przeczyszczających	nie dotyczy

Diagnozy i interwencje pielęgniarskie

Po przeprowadzonym badaniu podmiotowym i przedmiotowym wyróżnia się następujące problemy: osłabienie na skutek nieprawidłowej wagi ciała, odwodnienie organizmu spowodowane stosowaniem środków przeczyszczających, częste zawroty głowy prowadzące do upadku, lęk przed wzrostem wagi ciała, zaniedbywanie czynności higienicznych, brak wiedzy na temat choroby i samoopieki.

Poniżej przedstawiono plan opieki pielęgniarskiej nad pacjentką w odniesieniu do zdiagnozowanych problemów pielęgnacyjnych z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® (Tabela 3.)
Opieka została zaplanowana i zrealizowana w oparciu o modele D. Orem częściowo-kompensacyjny i wspierająco-edukacyjny oraz B. Neuman.

Poniżej, w Tabeli 3., zaprezentowano najważniejsze problemy pielęgnacyjne opisywanego chorego w sposób tradycyjny oraz z wykorzystaniem ICNP®.

Tabela 3. Proces pielęgnowania pacjentki z anoreksją z wykorzystaniem ICNP®.

Problem pielęgnacyjny I	Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)
Osłabienie pacjentki spowodowane niedowagą	Osłabienie [10022880]
Cel planowanych działań pielęgniarskich:	Przywrócenie prawidłowej masy ciała
Planowane interwencje pielęgniarskie:	Interwencje pielęgniarskie ICNP®:
- codzienna kontrola masy ciała; - kontrola przyjmowanych posiłków; - regularne przyjmowanie posiłków; - zastosowanie diety wysokokalorycznej; - rozmowa z dietetykiem;	- monitorowanie wagi ciała [10032121] - termin z osi D: kontrolowanie [10005142] + termin z osi Ś: posiłek [10011809] - doskonalenie reżimu diety [10036447] - zapewnienie wsparcia społecznego [10027046]
Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Zwiększono	Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®:

masę ciała	Poprawa statusu odżywienia [10035569]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:	
Osłabienie powoduje ograniczenie do wykonywania codziennych aktywności. Interwencje pozwolą osiągnąć odpowiednią masę ciała do prawidłowego funkcjonowania organizmu [5,6].	
Problem pielęgnacyjny II	Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)
Odwodnienie organizmu z powodu stosowania środków przeczyszczających	Odwodnienie [10041882]
Cel planowanych działań pielęgniarskich:	Przywrócenie prawidłowej gospodarki wodno-elektrolitowej
Planowane interwencje pielęgniarskie:	Interwencje pielęgniarskie ICNP®:
- ocena stanu nawodnienia (diureza, stan skóry i błon śluzowych, pomiar masy ciała); - prowadzenie bilansu wodno-elektrolitowego; - zachęcenie pacjentki do picia 1,5-2 l wody dziennie; - ocena stanu ogólnego pacjentki (temperatura, RR, tętno, ilość oddechów); - rozmowa z psychologiem; - wytłumaczenie konsekwencji stosowania środków przeczyszczających; - utrzymanie mikroklimatu (60% wilgotności 19°C);	- ocenianie równowagi płynów [10037881] - monitorowanie przyjmowania płynów [10035303] - monitorowanie wydalanych płynów [10035319] - zarządzanie nawodnieniem[10046317] - monitorowanie statusu fizjologicznego [10012183] - monitorowanie wagi ciała [10032121] - zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051] - promowanie zachowań prozdrowotnych [10032465] - zarządzanie bezpieczeństwem

	środowiska [10042507] + powietrze [10002061]
Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Gospodarka wodno-elektrolitowa w normie.	Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: Efektywna równowaga elektrolitowa [10033709]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:	
Odwodnienie izotoniczne na skutek stosowania środków przeczyszczających oznacza zmniejszenie ilości wody i sodu w organizmie. Kontrola zaburzeń wodno-elektrolitowych pozwoli na zastosowanie odpowiedniego postępowania i jego oceny. Częste nawadnianie drogą doustną uzupełni utracone płyny [5].	
Problem pielęgnacyjny III	Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)
Ryzyko upadku spowodowane zawrotami głowy	Ryzyko upadku [10015122]
Cel planowanych działań pielęgniarskich:	Wyeliminowanie ryzyka upadku
Planowane interwencje pielęgniarskie:	Interwencje pielęgniarskie ICNP®:
- towarzyszenie chorej przy dłuższych spacerach; - stosowanie podkładów antypoślizgowych, dodatkowych uchwytów; - zadbanie o to, by pacjentka nie nosiła luźnego obuwia; - zachęcenie pacjentki do korzystania z kul, wózka; - nauka pacjentki i rodziny w ramach postępowania przy zawrotach głowy;	- używanie (wykorzystywanie) wsparcia do pozycjonowania [10035467] - promowanie przestrzegania reżimu [10032449] - promowanie efektywnego radzenia sobie [10035936] - promowanie chodzenia z wykorzystaniem urządzenia [10037636] - nauczanie o chorobie [10024116] - nauczanie rodziny o chorobie

	[10021719]
Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Nie doszło do upadku	Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: Bez upadku [10034704]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:	
Stosowanie udogodnień zmniejszy ryzyko upadku. Edukacja rodziny i pacjentki na temat postępowania podczas upadku pozwoli zachować bezpieczeństwo. Podjęte działania zapobiegają występowaniu powikłań [5,6].	
Problem pielęgnacyjny IV	Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)
Niepokój przed wzrostem wagi ciała	Niepokój [10000477]
Cel planowanych działań pielęgniarskich:	Wyeliminowanie niepokoju
Planowane interwencje pielęgniarskie:	Interwencje pielęgniarskie ICNP®:
- ocena stanu ogólnego pacjenta (RR, tętno, temperatura, saturacja, liczba oddechów); - podaż leków uspokajających na pisemne zlecenie lekarskie; - przekonanie do rozmów z psychologiem; - zapewnienie odpowiednich warunków na spożycie posiłku, np. przewietrzenie sali; - zapewnienie choremu odpowiedniego komfortu oraz bezpieczeństwa poprzez: miłą	- monitorowanie statusu fizjologicznego [10012183] - administrowanie lekiem [10025444] - zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051] - zarządzanie bezpieczeństwem środowiska [10042507] - Zarządzanie nastrojem [10036256] - zachowanie interaktywne [10010463] - promowanie wsparcia rodziny [10036078]

atmosferę, życzliwe rozmowy; - okazanie zrozumienia; - aktywne słuchanie; - zapewnienie obecności rodziny przy pacjencie;	
Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Niepokój zmniejszył się	Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: Zredukowany niepokój [10027858]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:	
Podczas niepokoju mogą pojawić się objawy takie jak: rozdrażnienie, płacz, trudności w koncentracji, biegunki. Osoby chore na anoreksję często unikają kontaktów z ludźmi. Planowane interwencje mają na celu zapewnić wsparcie psychiczne, ułatwić rozwiązanie problemu związanego ze stresem i lękiem oraz polepszyć komunikacje z rodziną [5,6].	
Problem pielęgnacyjny V	Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)
Zaniedbywanie czynności higienicznych	zaburzona zdolność wykonywania higieny [10000987]
Cel planowanych działań pielęgniarskich:	Zapewnienie odpowiedniego poziomu higieny
Planowane interwencje pielęgniarskie:	Interwencje pielęgniarskie ICNP®:
– regularne sprawdzanie stanu czystości skóry; – codzienna zmiana bielizny pościelowej i osobistej; – pomoc w czynnościach higienicznych; – zachęcanie do dbania o swój wygląd zewnętrzny i higienę jamy ustnej (ubieranie się,	- ocenianie wzorca higieny [10037909] - asystowanie w samoopiece [10035763] - promowanie higieny [10032477] - zapewnienie prywatności [10026399] - wzmacnianie tożsamości osobowej [10026443]

czesanie, usuwanie resztek jedzenia, mycie zębów); – zapewnienie warunków intymności w trakcie toalety; - dostrzeganie wysiłków pacjenta i stosowanie pochwał słownych	
Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Pacjentka chętniej dbała o swój wygląd	Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: zdolny/a do wykonywania higieny [10028708]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:	
Zachowanie czystości skóry poprawia komfort życia i potrzebne jest do zwiększenia poczucia własnej wartości. Działania mają na celu zachęcenie pacjentki do większej aktywności w czynnościach samopielęgnacyjnych. Wdrożenie pacjentki do planu opieki zwiększy zaangażowanie do dbania o higienę ciała [5].	
Problem pielęgnacyjny VI	Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)
Deficyt wiedzy na temat choroby i samoopieki	Brak wiedzy o chorobie [10021994]
Cel planowanych działań pielęgniarskich:	Uzupełnienie deficytu wiedzy
Planowane interwencje pielęgniarskie:	Interwencje pielęgniarskie ICNP®:
- ocena zdolności samoopiekuńczych i wiedzy na temat choroby za pomocą kwestionariusza EASY-Care; - udzielanie chorej informacji dotyczących występujących dolegliwości oraz	- Ocenianie samoopieki [10021844] - Ocenianie wiedzy [10033882] - Nauczanie o chorobie [10024116] - Promowanie samoopieki [10026347] - Nauczanie o samoopiece

sposobów ich zmniejszania; - podanie broszur, książek, ulotek, stron internetowych; - edukacja w zakresie przyczyn, objawów i następstw anoreksji; - przedstawienie pacjentce propozycji zmiany stylu życia: regularne posiłki, zrównoważona dieta, umiejętne radzenie sobie z problemami; - edukacja rodziny o konieczności pomocy w czynnościach, które sprawiają chorej trudność;	[10045014] - Wzmacnianie pozytywnych zachowań [10036176] - Nauczanie rodziny o chorobie [10021719]
Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Pacjenta wzbogaciła wiedzę na temat choroby.	Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: Wiedza adekwatna [10014885]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:	
Działania mają na celu uświadomienie pacjentce jakie zagrożenie niesie choroba. Edukacja na temat anoreksji i samoopieki pozwoli na wyeliminowanie niepożądanych następstw oraz zapobiec nawrotowi choroby [3,5].	

Dyskusja

Jest wiele przyczyn jadłowstrętu psychicznego. Predysponuje do tego osobowość, biologia oraz kontakty międzyludzkie. Z powodu wysokiego współczynnika zgonów spowodowanych anoreksją po ukończeniu 24 r.ż. należy jak najszybciej podjąć interwencję

u specjalisty. Błędem podejmowanym przez osoby chore i ich bliskich jest decyzja o leczeniu domowym, najczęściej nie daje ona odpowiednich rezultatów, takich jak przyrost około kilograma na tydzień. Jeśli po okresie miesiąca masa ciała osoby chorej nie wzrosła, a BMI (Body Mass Index) daje wartość poniżej 15, należy bezwzględnie daną osobę hospitalizować. Leczenie anoreksji to długotrwały i powolny proces, osoba chora wymaga holistycznej opieki. Podstawowymi i najważniejszymi etapami leczenia są przede wszystkim: powolny przyrost masy ciała (początkowo spożywana żywność nie powinna przekraczać więcej niż 50 kcal na kilogram masy ciała), leczenie powikłań ogólnoustrojowych, zachęcanie do walki z chorobą, szeroko rozumiane edukowanie dotyczące odżywiania, poprawa postrzegania swojej osoby, poprawa relacji rodzinnych, jeśli są zaburzone oraz niedopuszczenie do nawrotów choroby. Leczenie farmakologiczne jest dopuszczone w przypadku obecności przejawów depresyjnych lub obsesyjno-kompulsywnych [8].

Pielęgniarka przyjmująca na oddział osobę cierpiącą z powodu anoreksji powinna: bezwzględnie nawiązać kontakt i wzbudzić zaufanie zarówno pacjenta jak i rodziny, zapoznać ich z obowiązującymi zasadami i planem leczenia, przejrzeć rzeczy osobiste pod kątem posiadania leków na przeczyszczenie, zmierzyć podstawowe parametry życiowe oraz zważyć pacjenta w jego bieliźnie osobistej, prowadzić szczegółową dokumentację oraz wspólnie z resztą zespołu terapeutycznego ustalić odpowiednią dietę uwzględniającą stan chorego. Istotne w leczeniu anoreksji jest angażowanie się rodziny, co wzbudzi u pacjenta większe poczucie bezpieczeństwa. Jadłowstręt psychiczny sprawia wiele trudności całemu personelowi medycznemu, przyczyną tego jest głównie odmowa współpracy i brak motywacji ze strony pacjenta. Z tego powodu każdy chorujący na anoreksję wymaga zapewnienia

indywidualnej opieki – całkowite wyleczenie jest możliwe, jednakże wymaga ciężkiej pracy z obu stron [9].

Wnioski

1. Holistyczne podejście do pacjentki ze strony personelu medycznego pozwoliło na poprawę samopoczucia chorej, natomiast w celu osiągnięcia całkowitej równowagi psychicznej i fizycznej pacjentki działania pielęgniarskie powinny być kontynuowane.
2. Poprzez zastosowanie w procesie pielęgnowania diagnoz i interwencji pielęgniarskich ICNP® możliwe jest zapewnienie pacjentce z anoreksją udoskonalonej opieki.
3. Zachęcanie do dbania o higienę osobistą pacjentki i pomoc jej w tym zwiększyło u niej poczucie własnej wartości.
4. Poprzez uzupełnienie wiedzy dotyczącej choroby i samoopieki w niej unikniemy niechcianych konsekwencji przebiegu choroby, a co najważniejsze możliwy będzie całkowity powrót do zdrowia.

Bibliografia/Bibliography:

1. Starzomska M. Anoreksja. Oficyna Wydawnicza IMPULS. Kraków 2006: 13-15.

2. Kotwas A. i wsp. Występowanie zaburzeń odżywiania wśród uczennic szkół ponadgimnazjalnych. Psychiatria Polska nr 127. Szczecin 2017:2.

3. https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/75618,zaburzenia-odzywiania, dostęp dnia 8.04.2020r.

4. Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M. Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Tom 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2010:160-161.

5. Kózka M., Płaszewska-Żywko L. Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2015:91,118-119,170-171,253,264-265.

6. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2017:175,178,313-314.

7. Ciechaniewicz W. Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych. TOM 1 i 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2010: 888.

8. Pawlaczyk B. Zarys pediatrii. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005:120-124.

9. Gawlowski K. Udział pielęgniarki w kompleksowym leczeniu jadłowstrętu psychicznego pacjenta hospitalizowanego. Puls Uczelni. Opole 2012;(4):17-21.

Artykuły poglądowe/Review

Tymianek – roślina o wielu zastosowaniach

Thyme – multiple use plant

MAJA AMBROZIAK[1], MAŁGORZATA STANOWSKA[1], KALINA SIKORSKA-ZIMNY[2,3]

[1] Studenci specjalizacji Zioła i żywność funkcjonalna w profilaktyce i terapii, na kierunku Dietetyka, Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Uczelnia im. Stefana Batorego. Koło Dietetyków PUSB.
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Uczelnia im. Stefana Batorego, Skierniewice.
[3] Pracownia Przechowalnictwa i Fizjologii Pozbiorczej Owoców i Warzyw. Instytut Ogrodnictwa, Skierniewice.

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.006
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Tymianek jest znany w Polsce od stuleci, początkowo sprowadzany, później uprawiany i ceniony za walory kulinarne, jak i lecznicze. Obecnie jest rośliną powszechnie występującą na terenie Polski. Najczęściej jest stosowany w kuchni, należy jednak pamiętać, iż występuje w składzie wielu preparatów leczniczych. Spotykany w kosmetykach, stosowany w aromaterapii jak i kompozycjach kwiatowych, roślinnych.
Przegląd. Tymianek z uwagi na obfitość związków o działaniu przeciwdrobnoustrojowym, antyoksydacyjnym, był stosowany przy chorobach dróg oddechowych, działając przeciwzapalnie i wykrztuśnie. Wspomaga funkcjonowanie układu trawiennego (przy problemach żołądkowych, jelitowych, wątrobowych). Intensywny zapach tymianku znalazł zastosowanie w aromaterapii, jak i wielu kosmetykach jak pasty, kremy czy płyny i sole do kąpieli.
Podsumowanie. Z uwagi na cenne walory tymianek jest coraz częściej postrzegany jako składnik nie tylko nadający zapach, ale i korzystnie działający na produkt. Jego szerokie spektrum właściwości znajduje coraz

szersze zastosowane w naturalnych preparatach i nowoczesnych produktach spożywczych i kosmetycznych.

Słowa kluczowe: tymianek, właściwości lecznicze i kulinarne, zastosowanie

Summary:
Introduction. Thyme has been known in Poland for centuries, initially imported, later cultivated and appreciated for its culinary and medicinal values. Currently, it is a common plant in polish region. It is most often used in the kitchen, but it should be remembered that it is included in many medicinal preparations. Found in cosmetics, used in aromatherapy as well as in floral compositions.
Overview. Thyme, due to the abundance of compounds with antimicrobial and antioxidant activity, was used in respiratory diseases, anti-inflammatory and expectorant. It is supporting the functioning of the digestive system (for stomach, intestinal and liver problems). The intense aroma of thyme has been used in aromatherapy and in many cosmetics, such as pastes, creams, lotions and bath salts.
Conclusions. Due to its valuable qualities, thyme is more and more often perceived as an ingredient that not only gives flavor, but also has a beneficial effect on the product. Its wide spectrum of properties causes its increasingly used in natural and modern food and cosmetic products.

Key words: thyme, medicinal and culinary properties, usage

Wstęp

Tymianek właściwy (*Thymus vulgaris* L.) znany również jako: tymianek, tymianek pospolity, ogrodowy, prawdziwy, macierzanka tymianek lub tymian należy do rodziny jasnotowatych. Jest to gałęzisty, ciemnozielony półkrzew, wyrastającym do wysokości 25-40 cm. Prawdopodobnie wywodzi się z rejonów Morza Śródziemnego, rośnie dziko w Maroku, Grecji, Turcji, Włoszech i Hiszpanii

Ryc. 1. Tymianek pospolity (autor dr A. Stępowska).

Omówienie

Pierwsze opisy tymianku i jego wykorzystania w lecznictwie można znaleźć w „papirusie Ebersa" liczącym ponad 3500 lat. Również na terenie Mezopotamii, w odkopanych glinianych tabliczkach widnieją informacje o leczniczym wykorzystaniu tymianku [1].

W starożytnym Egipcie tymianek był rośliną wykorzystywaną w rytuałach religijnych - do kadzideł i przy mumifikacji zwłok. W starożytnej Grecji Pedanios Dioskorides z Anazarbos (lekarz, farmakolog i botanik), polecał miodowe odwary z tymianku na choroby płuc [2]. Ziele było polecane również dla kobiet ciężarnych jako środek „ułatwiające zejście łożyska" [1]. Z kolei okłady tymiankowe leczyły choroby weneryczne i „bolączki twarde" (prawdopodobnie chodziło o choroby nowotworowe) [3]. Spożywanie rośliny miało natomiast korzystnie wpływać na wzrok. W starożytnym Rzymie tymiankowi były przypisywane właściwości leczenia: padaczki, rwy kulszowej, kaszlu, a Pliniusz (pisarz rzymski)

zalecał stosowanie tymianku na szkorbut. Należy jednak dodać, iż starożytni Rzymianie widzieli w tymianku przede wszystkim roślinę kulinarną. W pracy Apiciusa Caeliusa „*Decem libri cui dicuntur de re coquinaria*...", znajduje się ponad 20 przepisów wykorzystania tymianku w kuchni [1, 4].

W starożytnej Grecji tymianek właściwy, zaraz po mięcie czy kwiecie róży wchodził w skład napojów chłodzących. Z kolei miód tymiankowy był uznawany za jeden z najcenniejszych [5].

W XVI wieku we Francji, wino tymiankowe uznawano za uniwersalny lek na choroby głowy, piersi, płuc, żołądka, wątroby, przewodu pokarmowego, śledziony i nerek [1].

Dzięki swoim walorom półkrzew tymianku został spopularyzowany i uprawiany w całej Europie. Do Ameryki przypłynął wraz z nowymi osadnikami [6].

Na świecie pod względem wielkości powierzchni upraw dominują Chiny, Indie i Egipt. Polska jest największym producentem ziół w Unii Europejskiej. Nasze zioła są jednak cenione z uwagi na wysoką jakość surowca [7]. Ogólnie około 80% polskiego surowca zielarskiego trafia na rynek europejski [8].

Pozyskiwanie ziela

Do celów technologicznych prowadzi się dwukrotny zbiór w sezonie wegetacyjnym, zbierając górne części pędów zielnych w pełni kwitnienia. Zbiór powinien obywać się w czasie słonecznej i bezdeszczowej pogody, co pozwala zebrać rośliny obfitujące w największą ilość olejków eterycznych [9].

Z uwagi na różnice klimatyczne na terenie Polski (częstsze i chłodniejsze dni na wschodzie kraju w stosunku do zachodniej części), we wschodnich rejonach plantacje tymianku są zakładane corocznie. W pozostałych częściach Polski zakładane są na 2-3 lata.

W pierwszym roku po założeniu plantacji zbiór następuje w sierpniu. W kolejnych latach: pierwszy zbiór - przed kwitnieniem, a ostatni nie później niż na początku września [10]. Od czerwca do września, do celów leczniczych zbiera się zakwitające, szczytowe, niezdrewniałe części pędów tymianku. Pierwszy pokos wykonuje się na wysokość 5 cm, kolejne 10 cm od ziemi (powyżej zdrewniałych pędów) [11].

Zebrane rośliny, luźno ułożone, suszy się w temperaturze 35°C (w warunkach domowych często zawieszone w pęczki). Tymianek suszony w tej temperaturze dobrze zachowuje zieloną barwę [12]. Stopień zachowania barwy produktu uzależniony jest od metody oraz parametrów suszenia. Obniżenie temperatury lub skrócenie czasu procesu ogranicza straty barwników chlorofilowych wywołanych uszkodzeniami termicznymi, podczas których dochodzi do rozerwania kompleksu chlorofili z białkami [13].

Zastosowanie

Tymianek swoje zastosowanie znalazł przede wszystkim w kuchni i lecznictwie, ale również w kosmetologii i dekoratorstwie. W kuchni zioło to jest stosowane z uwagi na mocny, wyrazisty zapach oraz gorycz, która harmonizuje z daniami mięsnymi [14].

W XVIII w., w Polskiej kuchni tymianek szczególnie był polecany w połączeniu z innymi ziołami jak lebiodka, goździki, gałka muszkatołowa oraz liście laurowe. Takie zastosowanie tymianku opisuje w książce „Kucharz doskonały" (z roku 1786) Wielądko [15]. W dzisiejszej gastronomii tymianku używa się do przyprawiania ryb, gulaszy i paprykarzy, dań z grilla [16]. Stosuje się go w wielu marynatach oraz w potrawach z roślin strączkowych [17]. Młode liście wraz z pędami mogą być dodatkiem do sałat, surówek, zup oraz

sosów [18]. Przyprawa jest najczęściej używana w kuchni francuskiej, hiszpańskiej oraz włoskiej [19].

W medycynie tymianek jest uznawana za roślinę „dobrą dla ducha", ponieważ działa uspokajająco. Wpływa na poprawę pracy układu pokarmowego, dlatego często włącza się go do diet dla osób z problemami żołądkowymi, dolegliwościami wątrobowymi, czy podrażnionymi jelitami [20]. Napar z tymianku jest stosowany przy uporczywych biegunkach. Wspiera prawidłową perystaltykę jelit, stąd dodawany do dań ciężkostrawnych. Tymianek wykorzystuje się również jako główny składnik syropów na kaszel (tymianek ma działanie rozkurczowe) [21]. Dodatkowo służy jako środek przeciwbakteryjny, więc dobrze sprawdza się w przypadku infekcji gardła lub stanów zapalnych jamy ustnej [22]. Tymianek wykazuje również właściwości antyoksydacyjne, jest to powiązane z dużą zawartością polifenoli w roślinie [23].

W kosmetyce tymianek wykazując działanie łagodzące zajmuje jedno z głównych miejsc na listach składników maści, kremów, szczególnie polecanych dla osób o cerze wrażliwej. Jest on stosowany przy produkcji BIO-past do zębów, też z dodatkiem aloesu i anyżu [24]. Zioło to jest również składnikiem mydeł oraz mieszanek ziołowych do kąpieli [25].

Ziele tymianku, używane jest także w celach dekoracyjnych, przy tworzeniu bukietów ziołowych czy saszetek zapachowych a świeże bądź susze rośliny działają odstraszająco na owady [26].

Obecnie wiele badań koncentruje się na możliwości zastosowania olejków i ekstraktów z tymianku jako substancji wpływających hamująco na procesy degradacyjne produktów spożywczych i kosmetyków [2, 27]. Kozłowska i Ścibisz (2012) badając antyoksydacyjne właściwości ekstraktów różnych ziół oceniły, iż ekstrakt z tymianku charakteryzował się najwyższą zawartością polifenoli [23]. Badania Zaborowskiej i wsp. (2011) wykazały,

że ekstrakty tymianku skutecznie limitowały zmiany oksydacyjne oleju słonecznikowego [28]. Adaszyńska i Swarcewicz (2012) w swojej pracy podkreślają potencjał możliwości wykorzystania tymianku (olejek, ekstrakt) w kosmetykach jako naturalnego antyoksydantu [29].

Właściwości prozdrowotne

Biologicznie czynne substancje zapachowe pochodzące z olejków eterycznych tymianku mają szerokie zastosowanie w aromaterapii. Dzięki inhalacjom bądź podawaniu na skórę (masaże, kąpiele lub kompresy) mogą wspierać terapie antybiotykowe [30].

Z ziela tymianku pospolitego pozyskuje się do 2,6% olejku eterycznego, w tym: tymol (do 45%), karwakol (25-60%), borneol (8-5%), p-cymen (7-20%), beta-kariofilen (1-3%), linalol (ok.8%). Ekstrakty z tymianku są składnikami licznych tabletek do ssania, kropli, syropów wykrztuśnych i przeciwkaszlowych. Tymol dzięki tym właściwościom skutecznie usprawnia pracę rzęsek oskrzeli, co jest przydatne przy infekcjach bakteryjnych gardła. Bardzo ważnymi i użytecznymi składnikami czynnymi tymianku obok olejku eterycznego (3,5%-5,4% zawartości) są kwasy fenolowe (kwas kawowy, chlorogenowy, kwasy rozmarynowe), triterpeny (kwas oleanolowy, ursolowy), garbniki (zawiera ich ok 10 %) oraz flawonoidy, które nadają roślinie właściwości żółciopędnych, przeciwzapalnych, hepatoprotekcyjnych i moczopędnych. Tymol i karwakol po podaniu doustnym stymulują system tkanki limfatycznej układu pokarmowego, pobudzają w nim krążenie krwi oraz generują nabłonek. Fenole i flawonoidy mają działanie rozkurczowe a co ważniejsze - ograniczają powstawanie toksycznych amin biogennych w jelicie grubym [17, 31].

Poza tym tymianek zawiera witaminy z grupy B (głównie ryboflawinę) wpływające pozytywnie na układ nerwowy oraz

witaminę A, C, E i K. Tymianek oprócz witamin posiada również kompleks składników mineralnych takich jak mangan, selen, żelazo, wapń, potas czy magnez. Mangan wraz z magnezem są odpowiedzialne za prawidłową pracę układu mięśniowego i nerwowego, a dodatkowo hamują krzepnięcie krwi. Selen wspomaga układ odpornościowy oraz normuje pracę tarczycy. Wapń wzmacnia kości oraz zęby, zaś potas zachowuje równowagi kwasowo-zasadowej organizmu [6, 32].

Podsumowanie

Tymianek jest cenioną rośliną, powszechnie uprawianą w Polsce. Jej walory smakowe, lecznicze jak i ozdobne są szeroko cenione. Obecny kierunek rozwoju branży spożywczej i kosmetycznej koncentruje się na opracowywaniu produktów chrakteryzujących się najprostszym składem (przy zachowaniu pożądanego smaku/zapachu i naturalnie bezpieczeństwa produktu). To powoduje zwrócenie się producentów żywności, jak i kosmetyków w stronę intensywniejszego wykorzystania ziół. Obecnie trwają badania nad możliwością zastosowania tymianku w produkcji spożywczej (stabilizatory), jak i kosmetycznej (antyoksydanty).

Bibliografia/Bibliography:

1. Kawałko M.J. Historie ziołowe. Krajowa Agencja Wydawnicza, Lublin 1986.

2. Dudek-Makuch, M., Knoska, K., Chanaj-Kaczmarek, J. Naturalne przedłużanie trwałości produktów spożywczych. Post Fitoter 2019;20(3):208-215.

3. Skotnicka M., Golan M., Szmukała N. Rola naturalnych przeciwutleniaczy pochodzenia roślinnego w profilaktyce nowotworowej. Ann. Acad. Med. Gedan. 2017; 47:119-127.

4. Kalemba-Drożdż M., Witamina C w leczeniu nowotworów i profilaktyce chorób niezakaźnych. Oficyna Wydawnicza KA AFM. Retrieved April 16 2020, from: https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=738303.

5. Kędzia A., Dera-Tomaszewska B., Ziółkowska-Klinkosz M., Kędzia A.W., Kochańska B., Gębska A. Aktywność olejku tymiankowego (*Oleum Thymi*) wobec bakterii tlenowych .Postępy Fitoterapii 2012;2:7-71.

6. Tymianek. Artykuł popularno- Naukowy, Retrieved April 16, 2020, from: https://natur- sklep.pl/kategoria/index/tymianek/.

7. Sieroń R. Uprawa ziół - dobry pomysł na biznes. Retrieved April 16, 2020, from: https://www.sodr.pl/swietokrzyski-portal-rolny/aktualnosci/Uprawa-ziol-dobry-pomysl-na-biznes/idn:543#top.

8. Kostyra M., Albera-Łojek A., Łojek J. Zioła w terapii i profilaktyce schorzeń u koni. Wiadomości Zootechniczne, 2018;(56),1:90–107.

9. Mazik M. Tymianek – uprawa w ogródku ziołowym. Jak uprawiać tymianek i jak zbierać ziele tymianku, Retrieved April 16, 2020, from: https://muratordom.pl/ogrod/rosliny/tymianek-uprawa-w-ogrodku-ziolowym-jak-uprawiac-tymianek-i-jak-zbierac-ziele-tymianku-aa-y1vU-2jtx-Gz9M.html.

10. Sadowski A. Uprawa ziół i możliwość ich wykorzystania, Uniwersytet w Białymstoku, Białystok 2013, Retrieved April 16, 2020, from: http://podlaskie.ksow.pl/fileadmin/user_upload/ podlaskie/pliki/publikacje_2012/Publikacje_2013/uprawa_ziol_23-11-2013.pdf.

11. Pitek J. Tymianek właściwy (*Thymus vulgaris* L.). Retrieved April 16, 2020
from: http://www.blog.ziolowo.pl/2013/04/06/tymianek-wlasciwy-thymus-vulgaris-l/.

12. Król B., Kiełtyka-Dadasiewicz A. Wpływ metody suszenia na cechy sensoryczne oraz skład olejku eterycznego tymianku właściwego (*Thymus vulgarius* L.), Żywność. Nauka. Technologia. Jakość. 2015;4(101):162–175.

13. Tys J., Sujak A., Rybacki R. Wpływ temperatury suszenia na zawartość barwników w nasionach rzepaku ozimego. Rośliny Oleiste, 2002;(23):95-102.

14. Radziewicz J. Tymianek – w kuchni i medycynie. Rolniczy magazyn elektroniczny. Retrieved April 16, 2020, from: https://rme.cbr.net.pl/index.php/archiwum-rme/545-rolniczy-magazyn-elektronicynz-marzec-kwiecie-nr-66/zioowy-zaktek2/736-tymianek-w-kuchni-i-medycynie.

15. Wielądko W. Kucharz doskonały. Muzeum Pałac w Wilanowie, 2012.

16. Gumowska I. Ziółka i my. PTTK „Kraj" 1983.

17. Skarżyński A. Zioła czynią cuda. Agencja Wydawnicza COMES, Warszawa 1994.

18. Kałużny K., Koźmińska A. Zagadnienia aktualnie poruszane przez młodych naukowców 2, Tom 1, Rodzaj macierzanka (Thymus) w przestrzeni miejskiej, CREATIVETIME, Kraków 2015:94-97.

19. Bogucki G. Macierzanka tymianek. Retrieved April 16, 2020, from: https://budujesz.info/artykul/macierzanka-tymianek--tymianek-pospolity-tymianek-wlasciwy-macierzanka-zwyczajna,199.html.

20. William A. Medical medium: secrets behind chronic and mystery illness and how to finally heal. Hay House Uk Ltd., 2015.

21. Grochowska U. Poradnik żywieniowy dla chorych na chorobę Leśniowskiego-Crohna lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego, Towarzystwo „J-elita", Warszawa 2016
Retrieved April 16, 2020, from: https://j-elita.org.pl/wp-content/uploads/2016/07/poradnik-zywieniowy-2016.pdf.

22. Nowak G., Nawrot J. Surowce roślinne i związki naturalne stosowane w chorobach układu oddechowego. Herba Polonica, 2009;55(4):178-213.

23. Kozłowska M., Ścibisz I., Badanie zawartości polifenoli i aktywności przeciwutleniającej ekstraktów z roślin przyprawowych podczas ich przechowywania, Bromat. Chem. Toksykol. 2012;(45),3:358–363.

24. Ożarowski A., Jaroniewski W., Rośliny lecznicze i ich praktyczne zastosowanie, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1987. Retrieved April 16, 2020,
from: https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/apteczka /tymianek-wlasciwosci-prozdrowotne-tymianku-aa-ha1d-GBKh-ke3S.html#tymianek-zastosowanie-w-kosmetyce.

25. Wierucka-Rybak M. Kosmetyczne i lecznicze mieszanki ziołowe do kąpieli, Retrieved April 16, 2020
from: https://www.doz.pl/czytelnia/a12060-Ziola_do_kapieli_-_jak_dzialaja.

26. Przyprawowy, Zioła odstraszające komary, muchy i inne owady. Retrieved April 16, 2020,
from: http://www.przyprawowy.pl/historia-przypraw/14-artykul/164-ziola-odstrzaszajace-komary-muchy-i-inne-owady.html.

27. Adaszyńska, M. Swarcewicz, M. Olejki eteryczne jako substancje aktywne lub konserwanty w kosmetykach. Wiadomości Chemiczne 2012:139-158.

28. Zaborowska Z., Przygoński K., Dziarska B., Wojtowicz E., Kupka, A. Wpływ ekstraktów tymianku i rozmarynu na stabilność oksydatywną oleju słonecznikowego. Bromat. Chem. Toksykol. 2011;(44),3:877–882.

29. Adaszyńska M., Swarcewicz M., Olejki eteryczne jako substancje aktywne lub konserwanty w kosmetykach, Wiadomości chemiczne, 2012;66:1-2.

30. Zdrojewicz Z., Minczakowska K., Klepacki K. Rola aromaterapii w medycynie., Family Medicine & Primary Care Review 2014;16,4: 387–391.

31. Kazimierczak R., Przyprawy ziołowe, Warszawa 2017, Retrieved April 16, 2020,
from: http://www.wszechnica-zywieniowa.sggw.pl/
Prezentacje/2017/Slajdy1_marzec_2017.pdf

32. Pawłowski A., Szeląg D. Wygraj zdrowie z naturą. PWH Arti, Ożarów Mazowiecki 2019:288-290.