

ANALIZA POZIOMU KOMFORTU W OPIECE PIELĘGNIARSKIEJ NA PRZYKŁADZIE PACJENTÓW LECZONYCH Z POWODU OPARZEŃ

The level of comfort in nursing care on the example of patients treated for burns



Barbara J. Ślusarska¹, Alina Deluga¹, Paulina Kołodyńska², Danuta Zarzycka³, Katarzyna Szczekala⁴,
Katarzyna Kocka¹, Grzegorz J. Nowicki¹

¹Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Oddział Oparzeń, Wschodnie Centrum Leczenia Oparzeń i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w Łęcznej

³Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁴Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych, I Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2017; 11 (1): 32–36

Praca wpłynęła: 12.11.2016; przyjęto do druku: 25.01.2017

Adres do korespondencji:

Barbara J. Ślusarska, Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 6/10 20-081 Lublin, e-mail: basiaslusarska@gmail.com

Streszczenie

Wstęp: Zapewnienie komfortu w opiece pielęgniarstwie nad pacjentem z chorobą oparzeniową jest trudnym zadaniem. Opiekę pielęgniarstwą, w której komfort pacjenta stanowi fundamentalne znaczenie, wprowadziła Katharine Kolcaba.

Cel pracy: Ocena poziomu komfortu pacjentów leczonych z powodu oparzeń z uwzględnieniem wybranych uwarunkowań tego stanu.

Materiał i metody: Badaniem objęto 100 pacjentów hospitalizowanych na dwóch oddziałach szpitalnych we Wschodnim Centrum Leczenia Oparzeń w Łęcznej. Badania prowadzono w okresie od marca do czerwca 2015 r.

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i analizy dokumentacji medycznej. Badania przeprowadzono przy użyciu narzędzia badawczego *General Comfort Questionnaire* (GCQ), opracowanego przez Kolcabę. Dane o czynnikach społeczno-demograficznych, klinicznych oraz pielęgnacyjnych pozyskano z dokumentacji pacjenta.

Wyniki: Wyniki badań komfortu skalą GCQ w grupie pacjentów z oparzeniami pokazują, że najniżej został oceniony aspekt fizyczny – 2,58 pkt (64,4%), a najwyższy aspekt środowiskowy – 3,14 pkt (78,5%). Powierzchnia oparzenia ciała badanych koreluje istotnie statystycznie z trzema wymiarami komfortu GCQ: fizyczny ($p < 0,001$), psychoduchowy i społeczny ($p < 0,05$). Poszczególne kategorie opieki pielęgniarstwiej (I, II, III) pozostają w istotnym statystycznie związku z poczuciem komfortu w badanej grupie ($p < 0,001$).

Wnioski: Im wyższy procent oparzonej powierzchni ciała, tym mniejszy komfort odczuwali badani w trzech wymiarach wchodzących w skład narzędzia GCQ (psychoduchowy, społeczny i fizyczny). Pacjenci z II i III stopniem oparzeń istotnie różni się w zakresie odczuwania komfortu w wymiarze fizycznym.

Słowa kluczowe: opieka pielęgniarstwiej, oparzenia, poziom komfortu.

Summary

Introduction: The provision of comfort in nursing care for patients treated for burns is a difficult task. Nursing care in which patients' comfort is of fundamental significance was implemented by Katharine Kolcaba.

Aim of the study: To assess the level of comfort in patients treated for burns with regard to selected conditions.

Material and methods: The study included 100 patients treated in the hospital of the Eastern Centre of Burn Treatment in Łęczna, Poland. The study was conducted in the period from March to June in 2015.

The method of diagnostic survey and analysis of medical records. The research was conducted by means of a diagnostic tool – the General Comfort Questionnaire (GCQ) compiled by Kolcaba. The data on social, demographic, clinical and nursing factors were collected from the patients' records.

Results: The results of the research into comfort in a group of patients with burns carried out by means of the GCQ demonstrate that the physical aspect was rated the lowest – 2.58 points (64.4%) while the environmental one was the highest – 3.14 points (78.5%). The surface body burns examined correlates significantly with the three dimensions of comfort: physical ($p < 0.001$), the transcendental and social ($p < 0.05$).

Conclusions: The higher the percentage of the body affected by a burn, the lower the comfort experienced in three aspects of the GCQ, namely psychospiritual, social and physical ones. The patients with second and third degree burns differ considerably regarding comfort in the physical dimension.

Key words: nursing care, burns, level of comfort.

Wstęp

Opieka pielęgniarska nad pacjentami z chorobą oparzeniową wymaga charakterystycznego specjalistycznego podejścia. Choroba oparzeniowa to poważne zaburzenia ogólnoustrojowe wywołane oparzeniem ponad 15% powierzchni ciała u dorosłego i ok. 10% u dzieci. Udział pielęgniarki w leczeniu i pielęgnowaniu pacjenta z oparzeniem jest zależny od głębokości i rozległości zmian oparzeniowych na skórze. Na ciężkość urazu oparzeniowego i samopoczucie pacjenta będą miały wpływ także wiek i lokalizacja oparzenia. Wśród licznych trudności związanych z terapią oparzeń i opieką nad pacjentem w tym okresie należy wymienić te, które najczęściej wskazywane są jako diagnozy pielęgniarskie tj.: ból wywołany raną oparzeniową, ryzyko zakażenia związanego z utratą skóry, zaburzenia snu z powodu konieczności przyjęcia przymusowej pozycji ciała wynikającej z lokalizacji oparzenia, zaburzenia termoregulacji z powodu znacznej utraty płynów, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej z powodu utraty płynów w wyniku uszkodzenia skóry, naczyń włosowatych oraz parowania, ograniczenie ruchomości części ciała [1, 2].

Zapewnienie komfortu w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z chorobą oparzeniową jest trudnym zadaniem, gdyż u pacjenta w jednym czasie kumuluje się wiele czynników, które zaburzają ten stan. Opiekę pielęgniarską, w której komfort pacjenta stanowi podstawowe zagadnienie, wprowadziła K. Kolcaba [3], chociaż już F. Nightingale, pisząc o celu obserwowania pacjenta, wskazywała na jego zdrowie i komfort. Komfort w ujęciu Kolcaby jest stanem, który wyraża się przez doświadczenie:

- ulgi adaptowanej z założeń I. Orlando (1961), określanej jako stan, w którym pacjent ma zaspokojone wszystkie odczuwane potrzeby,
- wygody i zadowolenia związanego z zaspokojeniem potrzeb wg V. Henderson (1966),
- transcendencji, której rozumienie pochodzi od założeń Paterson i Zderad (1975), zgodnie z którymi pacjenci dzięki opiece pielęgniarskiej mogą rozwijać swoje możliwości, mimo istniejących dolegliwości, np. bólu, dysfunkcji, przykurczy czy zmian wyglądu własnego ciała [4].

W naturze komfortu tkwi jego pozytywny charakter często osiągnąć poprzez zmianę lub utrzymanie stanu pacjenta określanego w kategorii potrzeb (fizycznych, psychoduchowych, społeczno-kulturowych i środowiskowych), które nie mogą być zaspokojone przez tradycyjne systemy wsparcia pacjenta. Na podstawie analizy literatury wyodrębniono wymiary całościowego ludzkiego doświadczenia komfortu, na które składają się: fizyczny (odnoszący się do doznań cielesnych), psychoduchowy (obejmujący wewnętrzną jaźń, szacunek do siebie, seksualność i jej znaczenie w życiu), społeczno-kulturowy (dotyczy relacji interpersonalnych z rodziną i innych relacji społecznych) i środowiskowy (wpływ otoczenia zewnętrznego, warunków) [3–7]. Rodzaje

i wymiary komfortu tworzą macierz terminologiczną stanowiącą podstawę do określenia diagnozy stanu pacjenta oraz konstrukcji narzędzi do badania tego zjawiska. Na postrzeganie całkowitego komfortu pacjentów i tym samym jakość świadczonej opieki mają wpływ doświadczenie życiowe, postawy, emocje, system wsparcia, rokowanie w chorobie, sytuacja finansowa, wykształcenie i pochodzenie kulturowe. Komfort postrzegany i dostarczany przez pielęgniarkę w opiece zwiększa zadowolenie z niej pacjentów oraz wzmacnia zaangażowanie się w dążenie do uzyskania zdrowia [4, 8].

Cel pracy

Celem pracy była ocena poziomu komfortu pacjentów leczonych z powodu oparzeń z uwzględnieniem wybranych uwarunkowań tego stanu.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono od marca do czerwca w 2015 r. w grupie 100 pacjentów leczonych w Wschodnim Centrum Leczenia Oparzeń i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w Łęcznej.

Do badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem narzędzia badawczego *General Comfort Questionnaire* (GCQ), opracowanego przez K. Kolcabę [3]. Jest to standaryzowane narzędzie badawcze służące do oceny komfortu pacjentów hospitalizowanych. Kwestionariusz składa się z 48 twierdzeń, których prawdziwość była oceniana przez chorych przy użyciu 4-stopniowej skali Likerta. Składa się ona ze stwierdzeń ułożonych od stopnia całkowitej akceptacji do całkowitej negacji. W kwestionariuszu występują 24 stwierdzenia pozytywne i 24 negatywne. Wyższa liczba punktów świadczy o wzroście odczuwanego przez chorego komfortu.

Kwestionariusz GCQ ze względu na teoretyczną strukturę komfortu opisaną przez Kolcabę bada cztery aspekty: fizyczny (dotyczy doznań cielesnych), psychoruchowy (dotyczy wewnętrznej świadomości oraz samoakceptacji), środowiskowy (dotyczy otoczenia), a także społeczny (dotyczy związków interpersonalnych). Narzędzie badawcze zostało również poddane ocenie na podstawie współczynników α Cronbacha mierzących rzetelność poszczególnych podskal rozumianych jako ich spójność wewnętrzną. Dla poszczególnych podskal (aspekt fizyczny, psychoduchowy, środowiskowy, społeczny) wchodzących w skład narzędzia GCQ mierzącego ogólny poziom komfortu wynik α Cronbacha okazał się wysoki lub średni ($\alpha = 0,71$ vs $\alpha = 0,68$ vs $\alpha = 0,64$ vs $\alpha = 0,66$). Można zatem uznać, że rzetelność wszystkich badanych aspektów komfortu jest zadowalająca.

Dane o czynnikach społeczno-demograficznych, klinicznych oraz pielęgnacyjnych pozyskano z dokumen-

tacji pacjenta. Kategoryzacji chorych z chorobą oparzeniową dokonano wg wyznaczników: kategoria I (pacjent samodzielny, we wszystkich zakresach), kategoria II (pacjent wymagający niewielkiej pomocy w poszczególnych zakresach), kategoria III (pacjent wymagający całościowej pomocy we wszystkich zakresach) [9].

Analiza statystyczna

Analizy statystycznej dokonano przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics. Przeprowadzono analizę podstawowych statystyk opisowych, szeregu testów *t* Studenta dla prób niezależnych, analiz korelacji ze współczynnikiem *r* Pearsona, jak również analizę korelacji ze współczynnikiem *rho* Spearmana i jednoczynnikową analizę wariancji dla prób niezależnych. Za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$. Wyniki istotne na poziomie $0,05 < p < 0,09$ uznawano za istotne na poziomie tendencji statystycznej.

Wyliczone zostały podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa badającym normalność rozkładu wszystkich zmiennych ilościowych. W jego wyniku okazało się, że rozkład niemal wszystkich zmiennych jest zgodny z rozkładem normalnym.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (Nr KE-0254/90/2015). Ponadto pozyskano zgodę dyrekcji szpitala na prowadzenie badań, a także dobrowolną zgodę pacjentów na uczestnictwo w badaniach.

Wyniki badań

Charakterystyka grupy badanej

Badaniem objęto łącznie 100 pacjentów z dwóch oddziałów szpitalnych – Oddziału Leczenia Oparzeń ($n = 50$) oraz Oddziału Chirurgii Rekonstrukcyjnej ($n = 50$). Kobiety stanowiły łącznie 35% ogółu ankietowanych, a mężczyźni 65%. Największy odsetek pacjentów (46%) stanowiły osoby młode w wieku 18–39 lat. Pacjenci w wieku 40–59 lat stanowili 29% ogółu, natomiast osoby w wieku 60–79 lat – 19%. Najstarsi pacjenci, którzy ukończyli 80. rok życia, stanowili 6% wszyst-

kich badanych. Wśród badanych w mieście zamieszkuje 60%, natomiast na wsi 40%. Respondenci legitymowali się wykształceniem: podstawowym – 14%, zasadniczym – 29%, średnim – 19% oraz wyższym – 38%.

Wyniki kategoryzacji pacjentów z chorobą oparzeniową poddanych badaniu wskazują, że 48% respondentów zakwalifikowano do I kategorii opieki, 38% do II kategorii opieki, a 14%, do III kategorii opieki.

Rozległość i stopień oparzenia w badanej grupie

W ocenie rozległości oparzenia wyrażonej w procentowej jej powierzchni u 16% chorych powierzchnia ich oparzonego ciała wynosiła 5–10%, u 28% ogółu badanych mieściła się w granicach 11–20%. Od 21% do 30% oparzonego ciała miało aż 46% badanych, natomiast powyżej 30% powierzchni – 10% pacjentów.

U wszystkich badanych określono stopień oparzenia ciała. W dokonanej ocenie stwierdzono, że oparzeniu I stopnia uległo 2% badanych, oparzeniu II stopnia – 58%, III stopnia – 34%, a IV stopnia – 6% respondentów.

Deficyt komfortu pacjentów z chorobą oparzeniową

Analiza komfortu pacjentów z oparzeniami na podstawie GCQ wykazała, że chorzy najwyżej ocenili aspekt środowiskowy – 3,14 pkt (78,5%), a najniżej fizyczny – 2,58 pkt (64,4%), aspekt psychoduchowy otrzymał – 2,78 pkt (67,5%), a aspekt społeczny – 2,99 pkt (73,4%). Ogólna ocena poziomu komfortu chorych wyniosła – 2,86 pkt (73,1%) (tab. 1.).

Wpływ kategorii opieki pacjenta na odczuwany poziom komfortu

W wyniku przeprowadzonego testu okazało się, że zmienna kategoria opieki pacjenta ma istotny wpływ na wszystkie aspekty wchodzące w skład narzędzia GCQ badającego odczuwany poziom komfortu. W celu zbadania charakteru zróżnicowania między trzema porównywanymi grupami wykonano test *post hoc* NIR (bez poprawki). W przypadku aspektu psychoduchowego najwyższy wynik w jego skali uzyskali pacjenci z I kategorią opieki, istotnie niższy z II, a najniższy pacjenci z III kategorią opieki. Analogiczny wynik można zaobserwować w zakresie zmiennych aspekt fizyczny i aspekt społeczny. Pacjenci z I kategorią opieki uzyskali istotnie najwyższy średni wynik komfortu na skali aspektu zarówno fizycznego, jak i społecznego, drugi z kolei wynik cechuje osoby z grupy II kategorii, a najniższy pacjentów z III kategorii opieki na obu tych podskalach. W przypadku aspektu środowiskowego istotnie statystycznie najniższy jego poziom cechuje badanych z III kategorią opieki pacjenta. Średni wynik z tej grupy jest istotnie niższy od

Tabela 1. Ocena ogólnego komfortu badanych pacjentów

Cztery aspekty komfortu	Średnia liczba punktów dla danego pytania	Odsetek z maksymalnej liczby punktów (%)
fizyczny	2,58	64,4
psychoduchowy	2,78	67,5
środowiskowy	3,14	78,5
społeczny	2,99	73,4
ogółem	2,86	73,1

Tabela 2. Kategorie opieki pielęgniarskiej a poczucie komfortu w badanej grupie

Skala GCQ	I kategoria opieki		II kategoria opieki		III kategoria opieki		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
aspekt psychoduchowy	2,89 _a	0,24	2,77 _b	0,30	2,40 _c	0,28	17,72	< 0,001
aspekt fizyczny	2,85 _a	0,42	2,47 _b	0,45	1,91 _c	0,44	26,86	< 0,001
aspekt środowiskowy	3,24 _a	0,37	3,18 _a	0,38	2,71 _b	0,35	11,31	< 0,001
aspekt społeczny	3,16 _a	0,36	2,99 _b	0,30	2,43 _c	0,38	24,68	< 0,001

Uwaga: Średnie niepodzielające indeksu literowego różnią się między sobą na poziomie $p < 0,05$. Test NIR

wyników z grupy z I i II kategorią, które z kolei nie różnią się istotnie statystycznie między sobą (tab. 2.).

Związek pomiędzy powierzchnią oparzenia a odczuwanym poziomem komfortu

W wyniku przeprowadzonej analizy okazało się, że procent oparzonej powierzchni ciała koreluje istotnie statystycznie tylko z trzema wymiarami wchodzącymi w skład narzędzia GCQ mierzącego odczuwany poziom komfortu. Związek pomiędzy procentem oparzonej powierzchni a aspektem psychoduchowym i społecznym ma charakter ujemny oraz jest o umiarkowanej sile, co oznacza, że im wyższy procent poparzonej powierzchni, tym mniejszy komfort odczuwali badani w tych dwóch aspektach. Z kolei związek z aspektem fizycznym jest również ujemny, ale bardzo silny. Wiąże się to z tym, że wraz ze wzrostem procentu oparzonej powierzchni ciała badani deklarowali niższy odczuwany poziom komfortu w aspekcie fizycznym. Brak jest istotnych statystycznie związków pomiędzy pozostałymi zmiennymi. Oznacza to, że nie współwystępują one ze sobą w badanej próbie (tab. 3.).

Stopień oparzenia a odczuwany poziom komfortu badanych

W wyniku przeprowadzonej analizy uzyskano wynik istotny statystycznie jedynie w zakresie różnic badanych grup pod względem aspektu fizycznego. Pacjentów z oparzeniem II stopnia cechuje wyższy wynik na skali aspektu fizycznego niż pacjentów z oparzeniem III stopnia. Brak jest istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami pod kątem pozostałych zmiennych. Oznacza to, że pacjenci z II i III stopniem oparzeń nie różnią się między sobą w odczuwanym poziomie komfortu w aspekcie psychoduchowym, środowiskowym oraz społecznym (tab. 4.).

Dyskusja

Potrzeba komfortu w codziennej egzystencji człowieka jest fundamentalną wartością życiową. Adaptacja potrzeby komfortu do walorów opieki pielęgniarskiej została dokonana przez Kolcabę [5]. Stworzona i opisana

przez nią teoria komfortu znajduje wielu zwolenników we współczesnym pielęgniarstwie. Teoria komfortu opiera się na dowodach empirycznych badań prowadzonych w grupie pacjentów w stanie terminalnym w zakresie ich odczuć w wyodrębnionych obszarach komfortu. Badania te zostały przeprowadzone w dwóch ośrodkach hospicyjnych w dwóch etapach: w grupach 103 pacjentów oraz 90 opiekunów. W badaniach wykorzystano Generalny kwestionariusz komfortu, który został przekształcony na potrzeby badań [10].

Przedstawione w pracy wyniki dotyczą oceny komfortu pacjentów z chorobą oparzeniową leczonych w centrum oparzeń. Proces terapii i odczucia chorych z poparzeniami nie należą do łatwych ani dla zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, ani dla samych pacjentów, stąd badania w tym obszarze stają się ważne. Wyniki badań komfortu przy użyciu skali GCQ w grupie 100 pacjentów z oparzeniami pokazują, że najniżej został oceniony aspekt fizyczny – 2,58 pkt (64,4%). Poczucie komfortu determinowane było takimi czynnikami klinicznymi, jak rozległość oparzonej powierzchni oraz stopień oparzenia. Miało to także ścisły związek z kategorią opieki pielęgniarskiej – im wyższa kategoria opieki pielęgniarskiej, tym niższy komfort pacjenta.

W dokonanym przeglądzie piśmiennictwa polskiego brakuje wyników badań w podobnym obszarze. Inną grupą badaną kwestionariuszem GCQ byli pacjenci dializowani – 95 chorych dializowanych w szczecińskich ośrodkach dializ. Zadowolający poziom komfortu w badaniach uzyskano w aspekcie środowiskowym

Tabela 3. Korelacja pomiędzy procentem oparzonej powierzchni ciała a odczuwanym poziomem komfortu

	Skala GCQ	Procent powierzchni oparzenia
aspekt psychoduchowy	r Pearsona	-0,300
	istotność	0,034
aspekt fizyczny	r Pearsona	-0,677
	istotność	< 0,001
aspekt środowiskowy	r Pearsona	-0,237
	istotność	0,097
aspekt społeczny	r Pearsona	-0,329
	istotność	0,019

Tabela 4. Różnice między pacjentami z II i III stopniem oparzeń pod względem odczuwanego poziomu komfortu

Skala GCQ	II stopień (n = 32)		III stopień (n = 15)		95% CI				
	M	SD	M	SD	t*	p	LL	UL	d Cohena
aspekt psychoduchowy	2,64	0,31	2,49	0,29	1,563	0,125	-0,043	0,339	0,489
aspekt fizyczny	2,34	0,49	2,01	0,39	2,247	0,030	0,033	0,611	0,703
aspekt środowiskowy	2,94	0,42	2,85	0,36	0,757	0,453	-0,157	0,345	0,237
aspekt społeczny	2,86	0,46	2,68	0,32	1,341	0,187	-0,088	0,441	0,420

*test t Studenta

(68,2%), najniższy komfort chorzy uzyskali w aspekcie fizycznym (54%), natomiast w aspekcie psychoduchowym odnotowano 66,08%, a w aspekcie społecznym – 54,96% [11].

Przegląd literatury anglojęzycznej potwierdza słuszność zastosowania tej teorii w różnych obszarach opieki pielęgniarskiej. Wyniki wzmocnienia rezultatów opieki pediatrycznej satysfakcjonującej dla dzieci i rodzin pacjentów oraz samych pielęgniarek i korzyści dla instytucji, w których praktyka zapewniania komfortu była realizowana, prezentują wyniki analizy Kolcaby i DiMarco [12]. Sprawdzenie skuteczności masażu ręcznego jako interwencji, która wpływa na komfort i zadowolenie mieszkańców domu opieki w grupach seniorów, potwierdzają wygodę i satysfakcję w określonych przedziałach czasu u tych pacjentów [13].

Pielęgniarstwo jest zarówno sztuką, jak i nauką; obejmuje ono zawodowe i osobiste wartości, wiedzę i kompetencje. Odnosi się do aktualnej praktyki opartej na dowodach naukowych i poprawy wyników leczenia pacjentów. Jest to istotne dla pielęgniarek w celu zapewnienia całościowej opieki i komfortu dla pacjenta, który odzyskuje swoje zdrowie poprzez proces regeneracji i adaptacji za sprawą interwencji pielęgniarskich uwzględniających potrzebę komfortu człowieka [14].

Wnioski

Pacjenci w wyższej kategorii opieki istotnie częściej mają niższe poczucie komfortu we wszystkich aspektach w skali GCQ (aspekty fizyczny, psychoduchowy, środowiskowy i społeczny).

Im wyższy procent oparzonej powierzchni ciała, tym mniejszy komfort odczuwali badani w trzech wymiarach wchodzących w skład narzędzia GCQ (w aspektach psychoduchowym, społecznym i fizycznym).

Pacjenci z II i III stopniem oparzeń istotnie różnią się w zakresie odczuwania komfortu w wymiarze fizycznym, natomiast nie różnią się między sobą w zakresie odczuwania poziomu komfortu w aspektach psychoduchowym, środowiskowym i społecznym.

Piśmiennictwo

1. Markowska A, Szewczyk M. Opieka pielęgniarska nad dzieckiem oparzone. *Pielęg Chir Angiol* 2009; 1: 14-19.
2. Grenfield E. The pivotal role of nursing personnel in burn care. *Indian J Plast Surg* 2010; 43: 94-100.
3. Kolcaba K. Holistic Comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Adv Nurs Since* 2000; 15: 1-10.
4. Dowd T, Kathrine Kolcaba: Theory of Comfort. In: Alligood MR (eds.). *Nursing Theorists and Their Work*. Mosby-Elsevier 2014; 657-671.
5. Kolcaba K. *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company, New York 2003; 9-17, 34-35, 59-68.
6. Kolcaba K. Comfort (including definition, theory of comfort, relevance to nursing, review of comfort studies, and future directions.) In: Fitzpatrick J (ed.). *The encyclopedia of nursing research*. 2nd ed. Springer, New York 2006.
7. Kolcaba K, Katharine Kolcaba's Comfort Theory. In: Parker M, Smith M (eds.). *Nursing Theories and Nursing Practice*. F.A. Davis, Philadelphia 2010; 389-401.
8. Kolcaba K. Zmniejszony komfort. W: *Podręcznik diagnoz pielęgniarskich. Przewodnik planowania opieki opartej na dowodach naukowych*. Ackley BJ, Ladwig GB (red.) Wyd. GC Media House, Warszawa 2011; 254-256.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. (Dz.U. z 2012 r. poz. 1545). Załącznik nr 1. Klasyfikacja pacjentów do kategorii opieki dla oddz. o profilu zabiegowym i zachowawczym.
10. Novak B, Kolcaba K, Steiner R, Dowd T. Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *Am J Hos Pall Care* 2001; 18: 170-180.
11. Grochans E, Schneider D, Szkup-Jabłońska M i wsp. Ocena czynników wpływających na odczuwanie komfortu i dyskomfortu chorych dializowanych z wykorzystaniem teorii Katharine Kolcaby. *Probl Pielęg* 2012; 20: 1-7.
12. Kolcaba K, DiMarco MA. Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatr Nurs* 2005; 31: 187-194.
13. Kolcaba K, Schirm V, Steiner R. Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. *Geriatr Nurs* 2006; 27: 85-91.
14. McEwen M, Wills EM. *Theoretical basis for nursing*. 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2011.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.