Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Poznan University of Medical Sciences

Wydział Nauk o Zdrowiu
Faculty of Health Sciences

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

KWARTALNIK / QUARTERLY

Nr 3 (81)
9/2021

Indeksowane w / Indexed in:
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego/
Ministry of Science and Higher Education – 5,0
Index Copernicus Value (ICV) – 71,74

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Skrót tytułu czasopisma/Abbreviated title:
Piel Pol.

© Autorzy, 2021. Produkcja i hosting Pielęgniarstwo Polskie.
Jest to czasopismo o otwartym dostępie, rozpowszechniane na warunkach licencji Creative Commons Attribution (CC BY)

ISSN 0860-8466
eISSN 2450-0755

Korekta/Proofreading:
Barbara Grabowska-Fudala
Grażyna Dromirecka

Korekta tekstów w j. ang./Language editor:
Agata Dolacińska-Śróda

Redaktor statystyczny/Statistical editor:
Krystyna Jaracz

Skład komputerowy/Desktop publishing:
Beata Łakomiak

Projekt okładki/Cover project:
Bartłomiej Wąsiel

Sprzedaż/Distribution and subscription:
Punkt Sprzedaży Wydawnictw Naukowych UMP
60-812 Poznań, ul. Bukowska 70
tel. (phone)/fax: +48 61 854 74 14
e-mail: sprzedazwydawnictw@ump.edu.pl

Redakcja deklaruje, że wersja papierowa
„Pielęgniarstwa Polskiego" jest wersją pierwotną (*referencyjną*)
Editorial Staff declares that printed version
of '*Polish Nursing*' *is the original version (reference)*

Zasady etyczne
„Pielęgniarstwo Polskie" stosuje zasady etyczne i procedury zalecane przez COPE (Committee on Publication Ethics), zawarte w Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors, Peer Reviewers, Authors dostępne na stronie internetowej COPE: https://publicationethics.org/resources/guidelines

Ethical guidelines
'*Polish Nursing*' *applies the ethical principles and procedures recommended by COPE (Committee on Conduct Ethics), contained in the Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors, Peer Reviewers and Authors available on the COPE website: https://publicationethics.org/resources/guidelines*

WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU

60-812 Poznań, ul. Bukowska 70
www.wydawnictwo.ump.edu.pl

Ark. wyd. 3,1. Ark. druk. 5,5.
Format A4. Zam. nr 106/21.
Druk ukończono we wrześniu 2021.

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

KOLEGIUM REDAKCYJNE

Redaktor Naczelny
prof. dr hab. Krystyna Jaracz

Sekretarz Naukowy
dr n. med. Barbara Grabowska-Fudala

Zastępcy Redaktora Naczelnego
prof. dr hab. Krystyna Górna
dr hab. Danuta Dyk
prof. dr hab. Małgorzata Kotwicka

Sekretarz Redakcji
dr n. med. Barbara Grabowska-Fudala

RADA NAUKOWA

prof. Vincenzo Antonelli	LUISS Guido Carli di Roma (Włochy)
dr hab. Grażyna Bączyk	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
prof. Merita Berisha	University of Prishtina (Kosowo)
mgr Regina Bisikiewicz	European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (EASPD)
prof. Antonio Cicchella	University of Bologna (Włochy)
prof. Susumu Eguchi	Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University (Japonia)
dr hab. Aleksandra Gaworska-Krzemińska	Gdański Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Barbara Grabowska-Fudala	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr hab. Elżbieta Grochans, prof. PUM	Pomorski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Aleksandra Gutysz-Wojnicka	Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie (Polska)
prof. Lotte Kaba-Schönstein	Hochschule Esslingen (Niemcy)
doc. Helena Kadučáková	Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)
mag. Karin Klas	Studiengangsleitung Gesundheits- und Krankenpflege, IMC FH Krems (Austria)
prof. Christina Koehlen	Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)
dr hab. Maria Kózka, prof. UJ	Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Polska)
dr Halyna Krytska	Państwowy Uniwersytet Medyczny im. I. Ya. Horbaczewskiego w Tarnopolu (Ukraina)
dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota	Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)
dr hab. Joanna Lewko	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)
prof. Mária Machalová	Prešovská Univerzita (Słowacja)
dr hab. Ludmiła Marcinowicz	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)
prof. dr hab. Ewa Mojs	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Jana Nemcová	Comenius University in Bratislava (Słowacja)
prof. dr hab. Grażyna Nowak-Starz	Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
dr hab. Beata Pięta prof. UM	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
prof. Hildebrand Ptak	Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)
prof. dr hab. Joanna Rosińczuk	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (Polska)
Silvia Scelsi	Vice president of Aniarti, Director of nursing and health professions department, Children's Hospital “G. Gaslini” Genoa (Włochy)
prof. dr hab. Maria T. Szewczyk	Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
prof. dr hab. Arkadii Shulhai	Państwowy Uniwersytet Medyczny im. I. Ya. Horbaczewskiego w Tarnopolu (Ukraina)
dr hab. Robert Ślusarz	Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
dr hab. Dorota Talarska	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr hab. Monika Urbaniak prof. UM	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Frans Vergeer	Fontys Hogescholen (Holandia)
dr hab. Ewa Wilczek-Rużyczka, prof. KAAFM	Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego (Polska)
dr Katarína Žiaková	Comenius University in Bratislava (Słowacja)

ADRES REDAKCJI

Pielęgniarstwo Polskie
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań
tel.: 61 861 22 67, fax: 61 861 22 66
e-mail: pielegniarstwopolskie@ump.edu.pl
www.pielegniarstwo.ump.edu.pl

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

REDAKTORZY TEMATYCZNI

dr Joanna Stanisławska	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Renata Wójcik	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Katarzyna Plagens-Rotman	

LISTA RECENZENTÓW

dr Agnieszka Bańkowska	Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu (Polska)
dr hab. Grażyna Bączyk	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Benedykt Bober	NZOZ Nadmorskie Centrum Rehabilitacji (Polska)
prof. Antonio Cicchella	University of Bologna (Włochy)
dr Justyna Cwajda-Białasik	Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu (Polska)
dr Józefa Czarnecka	Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Grażyna Czerwiak	Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
prof. Klaudia J. Ćwiękała-Lewis	Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)
prof. dr hab. Joanna Gotlib	Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr hab. Grażyna Iwanowicz-Palus	Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)
doc. Helena Kadučáková	Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)
Douglas Kemerer	Nursing Clinical Instructor at York County School of Technology (USA)
dr Ewa Kobos	Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Halina Król	Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
dr Urszula Kwapisz	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Włodzimierz Łojewski	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
prof. Mária Machalová	Prešovská Univerzita (Słowacja)
prof. Anders Møller Jensen	VIA University College Denmark (Dania)
prof. dr hab. Henryk Mruk	Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu (Polska)
dr Jana Nemcová	Comenius University in Bratislava (Słowacja)
dr inż. Iwona Nowakowska	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Jan Nowomiejski	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Piotr Pagórski	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
prof. dr hab. Mariola Pawlaczyk	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr hab. Beata Pięta prof. UM	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Wojciech Grzegorz Polak	University Medical Center Rotterdam (Holandia)
Ottilie Rung	The University of Arizona College of Nursing (USA)
dr Zofia Sienkiewicz	Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Beata Skokowska	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Ewa Szynkiewicz	Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu (Polska)
dr hab. Dorota Talarska	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr hab. Monika Urbaniak prof. UM	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Aleksandra Zielińska	Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Katarína Žiaková	Comenius University in Bratislava (Słowacja)

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief
Krystyna Jaracz

Vice Editor-in-Chief
Krystyna Górna
Danuta Dyk
Małgorzata Kotwicka

Scientific Secretary
Barbara Grabowska-Fudala

Editorial Secretary
Barbara Grabowska-Fudala

EDITORIAL ADVISORY BOARD

Vincenzo Antonelli	LUISS Guido Carli di Roma (Italy)
Grażyna Bączyk	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Merita Berisha	University of Prishtina (Kosowo)
Regina Bisikiewicz	European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (EASPD)
Antonio Cicchella	University of Bologna (Italy)
Susumu Eguchi	Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University (Japan)
Aleksandra Gaworska-Krzemińska	Medical University of Gdańsk (Poland)
Barbara Grabowska-Fudala	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Elżbieta Grochans	Pomeranian Medical University in Szczecin (Poland)
Aleksandra Gutysz-Wojnicka	University of Warmia and Mazury in Olsztyn (Poland)
Lotte Kaba-Schönstein	Hochschule Esslingen (Germany)
Helena Kadučáková	Katolícka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)
Karin Klas	Studiengangsleitung Gesundheits- und Krankenpflege, IMC FH Krems (Austria)
Christina Koehlen	Evangelische Hochschule Berlin (Germany)
Maria Kózka	Jagiellonian University Collegium Medicum (Poland)
Halyna Krytska	Ternopil State Medical University (Ukraine)
Anna Ksykiewicz-Dorota	Medical University of Lublin (Poland)
Joanna Lewko	Medical University of Bialystok (Poland)
Mária Machalová	Prešovská Univerzita (Slovakia)
Ludmiła Marcinowicz	Medical University of Bialystok (Poland)
Ewa Mojs	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Jana Nemcová	Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Grażyna Nowak-Starz	Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Beata Pięta	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Hildebrand Ptak	Evangelische Hochschule Berlin (Germany)
Joanna Rosińczuk	Wroclaw Medical University (Poland)
Silvia Scelsi	Vice president of Aniarti, Director of nursing and health professions department, Children's Hospital “G. Gaslini” Genoa (Italy)
Maria T. Szewczyk	Nicolaus Copernicus University Ludwik Rydygier Collegium Medicum (Poland)
Arkadii Shulhai	Ternopil State Medical University (Ukraine)
Robert Ślusarz	Nicolaus Copernicus University Ludwik Rydygier Collegium Medicum (Poland)
Dorota Talarska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Monika Urbaniak	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Frans Vergeer	Fontys Hogescholen (Holland)
Ewa Wilczek-Rużyczka	Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University (Poland)
Katarína Žiaková	Comenius University in Bratislava (Slovakia)

EDITOR'S ADDRESS

Polish Nursing
The Faculty of Health Sciences
Poznan University of Medical Sciences
11 Smoluchowskiego Str., 60-179 Poznań, Poland
phone: +48 61 861 22 67, fax: +48 61 861 22 66
e-mail: pielegniarstwopolskie@ump.edu.pl
www.pielegniarstwo.ump.edu.pl

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

THEMATIC EDITORS

Joanna Stanisławska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Renata Wójcik	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Katarzyna Plagens-Rotman	

THE LIST OF THE REVIEWERS

Agnieszka Bańkowska	Collegium Medicum in Bydgoszcz Nicolaus Copernicus University in Toruń (Poland)
Grażyna Bączyk	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Benedykt Bober	Seaside Rehabilitation Centre (Poland)
Antonio Cicchella	University of Bologna (Italy)
Justyna Cwajda-Białasik	Collegium Medicum in Bydgoszcz Nicolaus Copernicus University in Toruń (Poland)
Józefa Czarnecka	Medical University of Warsaw (Poland)
Grażyna Czerwiak	Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Klaudia J. Ćwiękała-Lewis	Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)
Joanna Gotlib	Medical University of Warsaw (Poland)
Grażyna Iwanowicz-Palus	Medical University of Lublin (Poland)
Helena Kadučáková	Katolícka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)
Douglas Kemerer	Nursing Clinical Instructor at York County School of Technology (USA)
Ewa Kobos	Medical University of Warsaw (Poland)
Halina Król	Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Urszula Kwapisz	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Włodzimierz Łojewski	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Mária Machalová	Prešovská Univerzita (Slovakia)
Anders Møller Jensen	VIA University College Denmark (Denmark)
Henryk Mruk	Poznan University of Economics (Poland)
Jana Nemcová	Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Iwona Nowakowska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Jan Nowomiejski	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Piotr Pagórski	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Mariola Pawlaczyk	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Beata Pięta	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Wojciech Grzegorz Polak	University Medical Center Rotterdam (Holland)
Ottilie Rung	The University of Arizona College of Nursing (USA)
Zofia Sienkiewicz	Medical University of Warsaw (Poland)
Beata Skokowska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Ewa Szynkiewicz	Collegium Medicum in Bydgoszcz Nicolaus Copernicus University in Toruń (Poland)
Dorota Talarska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Monika Urbaniak	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Aleksandra Zielińska	Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Katarína Žiaková	Comenius University in Bratislava (Slovakia)

SPIS TREŚCI

Od redaktora 107

PRACE ORYGINALNE

Dorota Prędkiewicz
Fenomen wczesnej imitacji. Badanie reakcji odzwierciedlania u noworodków jako kryterium diagnostyczne do identyfikacji dzieci zagrożonych autyzmem 109

Magdalena Zaus, Katarzyna Plagens-Rotman, Maria Połocka-Molińska
Zjawisko alkoholizmu w środowisku szkolnym 115

PRACE POGLĄDOWE

Jadwiga Surówka, Dorota Matuszyk
Wpływ łożyska obwałowanego na przebieg ciąży, porodu i wczesnego połogu – rola i zadania położnej . . . 121

Kamil Konrad Hozyasz
Literatura piękna na czas studiowania w pandemii. 125

PRACA KAZUISTYCZNA

Katarzyna Zofia Malewicz, Małgorzata Musialska
Opieka pielęgniarska nad pacjentem z zaćmą – studium przypadku 131

INFORMACJE

Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego" w roku 2020 137
Wskazówki dla autorów 138

CONTENTS

Editor's note 108

ORIGINAL PAPERS

Dorota Prędkiewicz
The phenomenon of early imitation. Research on the mirroring reaction in newborns as a diagnostic criterion for identifying children at risk of autism 109

Magdalena Zaus, Katarzyna Plagens-Rotman, Maria Połocka-Molińska
Alcoholism in the school environment. 115

REVIEW PAPERS

Jadwiga Surówka, Dorota Matuszyk
Influence od circumvallate placenta on the course of pregnancy, delivery, early postpartum – the role of midwife and tasks in midwifery care 121

Kamil Konrad Hozyasz
Fiction for students during the pandemic 125

CASE STUDY

Katarzyna Zofia Malewicz, Małgorzata Musialska
Nursing care for the patient with cataracts – case study 131

INFORMATION

Reviewers of 'Polish Nursing' in 2020. 137
Guidance for authors 138

OD REDAKTORA

Szanowni Czytelnicy,

mamy przyjemność zaprezentować Państwu trzeci numer Pielęgniarstwa Polskiego w 2021 r. Zawiera on dwie prace poglądowe, dwie prace oryginalne i jeden opis przypadku. W szczególności chciałybyśmy zwrócić Państwa uwagę na pracę przygotowaną przez Magdalenę Zaus i wsp., poświęconą zjawisku nadużywania alkoholu w szkołach. Jak bardzo rozpowszechniony jest ten problem i jakie mogą być jego konsekwencje. Na te pytania znajdą Państwo odpowiedzi we wspomnianym artykule.

Zachęcamy Państwa również do zapoznania się z wynikami badań Doroty Prędkiewicz na temat fenomenu wczesnej imitacji. Autorka prezentuje badania dotyczące reakcji odzwierciedlania u noworodków jako kryterium diagnostycznego do identyfikacji dzieci zagrożonych autyzmem.

Mamy nadzieję, że te i wszystkie pozostałe artykuły wzbudzą zainteresowanie wśród personelu medycznego, badaczy, studentów kierunków medycznych i przedstawicieli innych, pokrewnych dziedzin. Życzymy przyjemnej lektury.

Jednocześnie pragniemy serdecznie podziękować wszystkim Autorom i Recenzentom za ich pracę i wkład w rozwój naszego czasopisma.

Jak zawsze gorąco zachęcamy do nadsyłania prac oryginalnych, poglądowych i opisów przypadków w celu ich publikacji w Pielęgniarstwie Polskim. Serdecznie zachęcamy studentów pielęgniarstwa i innych kierunków medycznych do publikowania części własnych prac licencjackich i magisterskich.

Manuskrypty można przesyłać drogą elektroniczną poprzez panel redakcyjny dostępny na oficjalnej stronie internetowej czasopisma: http://www.pielegniarstwo.ump.edu.pl/.

Korzystając z okazji, pragnę Państwa zaprosić na czwartą edycję konferencji poświęconej aktualnym wyzwaniom w pielęgniarstwie neurologicznym i psychiatrycznym. Konferencja jest organizowana przez Zakłady Pielęgniarstwa Neurologicznego i Pielęgniarstwa Psychiatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Odbędzie się zdalnie, 10 września 2021 r. http://www.pielegniarki2021.bok-ump.pl/.

Prof. dr hab. Krystyna Jaracz
Redaktor Naczelna

Dr Barbara Grabowska-Fudala
Sekretarz Naukowy

EDITOR'S NOTE

Dear Readers,

we are pleased to present you the third issue of the "Polish Nursing" in the year 2021. It contains two reviews, two original studies and one case report. In particular, we would like to draw your attention to the paper by Magdalena Zaus et al. devoted to alcohol abuse in schools – how common this problem is, what the consequences are. You will find answers to these questions in the mentioned article.

We also encourage you to read the original paper by Dorota Prędkiewicz on the phenomenon of early imitation. It presents research on the mirroring reaction in newborns as a diagnostic criterion for identifying children at risk of autism.

We hope that all articles will find their readership among health professionals, researchers, students of medical universities, as well as representatives of other related fields. We wish you pleasant reading.

At the same time, we would like to thank all the Authors and Reviewers for their work and contributions to the development of our journal.

As always, we kindly encourage you to submit original articles, reviews and case reports for publication in the "Polish Nursing". We also invite students to publish parts of their licentiate or master theses.

Manuscripts can be submitted online, through the editorial system available at the official journal website http://www.pielegniarstwo.ump.edu.pl/

Taking advantage of this opportunity, I would like to invite you to the fourth edition of the conference devoted to the current challenges in neurological and psychiatric nursing. The conference is organized by Departments of Neurological Nursing and Psychiatric Nursing. It will be held on September 10, 2021 on-line: http://www.pielegniarki2021.bok-ump.pl/.

Professor Krystyna Jaracz
Editor in Chief

Barbara Grabowska-Fudala, PhD
Scientific Secretary

© Autor(rzy) 2021. Artykuł opublikowany na zasadach otwartego dostępu, rozpowszechniany na warunkach licencji Creative Commons Attribution (CC BY), wydany przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

FENOMEN WCZESNEJ IMITACJI. BADANIE REAKCJI ODZWIERCIEDLANIA U NOWORODKÓW JAKO KRYTERIUM DIAGNOSTYCZNE DO IDENTYFIKACJI DZIECI ZAGROŻONYCH AUTYZMEM

THE PHENOMENON OF EARLY IMITATION. RESEARCH ON THE MIRRORING REACTION IN NEWBORNS AS A DIAGNOSTIC CRITERION FOR IDENTIFYING CHILDREN AT RISK OF AUTISM

Dorota Prędkiewicz

Wydział Nauk Stosowanych, Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

https://orcid.org/0000-0001-5240-4929

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2021.11

STRESZCZENIE

Wstęp. Jednym z charakterystycznych zachowań dzieci z autyzmem jest brak rozwoju kontaktu wzrokowego i zainteresowania ludzką twarzą. Amerykański psycholog Andrew Meltzoff udowodnił, że noworodki wykazują prymitywną zdolność do imitowania ruchów twarzy swoich opiekunów. Ta umiejętność związana jest z wrodzoną aktywnością neuronów lustrzanych. Natomiast naturalna zdolność do imitacji odgrywa bardzo ważną rolę w dalszym rozwoju społecznym i poznawczym.

Cel. Sprawdzenie związku pomiędzy brakiem reakcji odzwierciedlania w okresie noworodkowym a zaburzeniami ze spektrum autyzmu w dalszym rozwoju dziecka.

Materiał i metody. Badaniem objęto losową grupę 350 noworodków. Spośród tej grupy wyłoniono 10 noworodków nieodzwierciedlających oraz utworzono grupę kontrolną z 20 losowo wybranymi noworodkami odzwierciedlającymi. Następnie porównano sytuację rodzinną i zdrowotną w obu grupach w celu wykrycia czynników mogących wpływać na reakcję odzwierciedlania. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny z techniką wywiadu ustrukturyzowanego, uzupełnionego analizą dokumentacji medycznej. Do sprawdzenia rozwoju dzieci w obu grupach w 18. miesiącu życia wykorzystano „Karty diagnozy – 10 etapów rozwoju dziecka od 4. do 36. miesiąca życia" J. Cieszyńskiej, M. Korendo. Analiza statystyczna: IBM SPSS Statistics, test niezależności chi-kwadrat ($p < 0,05$).

Wyniki i wnioski. Większość mierzonych związków jest nieistotna statystycznie. Związek pomiędzy reakcją odzwierciedlania a: wiekiem matek i ojców ($p = 0,939$); wykształceniem matek ($p < 0,05$) i ojców ($p = 0,797$); ciążą wysokiego ryzyka ($p = 0,784$); wcześniactwem ($p = 1,000$); rodzajem porodu ($p = 0,823$); stanem zdrowia noworodka ($p = 0,823$). Jednak badanie dzieci w 18. miesiącu życia potwierdziło istniejącą korelację pomiędzy brakiem reakcji odzwierciedlania w okresie noworodkowym a dalszym rozwojem w kierunku autyzmu.

SŁOWA KLUCZOWE: autyzm, imitacja, reakcja odzwierciedlania, neurony lustrzane, rozwój.

ABSTRACT

Introduction. One of the characteristic behaviors of children with autism is the lack of development of eye contact and interest in the human face. An American psychologist, A. Meltzoff, proved that newborns had a primitive ability to imitate the facial movements of their caregivers. This skill is associated with the innate activity of mirror neurons. However, the inborn ability to imitate plays a very important role in further social development.

Aim. The aim of the study was to check the relationship between the lack of mirroring in the neonatal period and autism spectrum disorders in the further development of the child.

Material and methods. The study covered a randomly selected group of 350 newborns. From this group, ten newborns that did not show mirroring reactions were selected and a control group was created from 20 randomly selected newborns that showed mirroring reactions. The family and health situation in both groups was then compared in order to detect the factors that might affect the mirroring reaction. The research method was a diagnostic survey with a structured interview technique supplemented by analysis of medical records. To check the development of children in both groups at 18 months of age, "Diagnosis cards of 10 stages of child development from 4 to 36 months of age" by J. Cieszynska, M. Korendo were used. Statistical analysis: IBM SPSS Statistics, chi-quadrant independence test ($p < 0.05$).

Results and conclusions. Most of the measured compounds are statistically insignificant. Relationship between the lack of mirroring reactions and: age of mothers and fathers ($p = 0,939$); education of mothers ($p < 0.05$) and fathers ($p = 0.797$); high-risk pregnancy ($p = 0,784$); prematurity ($p = 1.000$); type of birth ($p = 0.823$); state of health of the newborn ($p = 0,823$).

However, the study of children in the 18th month of life confirmed the existing correlation between the lack of mirroring reactions in the neonatal period and further development towards autism.

KEYWORDS: autism, imitation, mirroring reaction, mirror neurons, development.

Wstęp

Autyzm jest zaburzeniem neurorozwojowym, które pomimo wspólnych cech charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem i dynamiką zmian. Szacuje się, że zaburzenia rozwojowe w kierunku autystycznego spektrum występują u jednego na sześćdziesiąt osiem dzieci, a średni wiek diagnozy autyzmu to 4 lata [1]. Klinicznie diagnoza stawiana jest na podstawie tzw. triady autystycznej: zaburzenia komunikacji werbalnej i niewerbalnej, zaburzenia interakcji społecznej oraz ograniczone, powtarzające się wzorce zachowania, aktywności i zainteresowań [2]. Dzieci z autyzmem manifestują brak lub ograniczony rozwój kontaktu wzrokowego z inną osobą, który warunkuje nie tylko uczenie się mowy, ale także kształtowanie wspólnego pola uwagi oraz wspólnej przestrzeni działania. Badacze G. Small, G. Vorgan [3] są zdania, że w początkowej fazie rozwoju kory mózgowej niemowlęcia istotne znaczenie ma obraz ludzkiej twarzy w procesie aktywowania neuronów lustrzanych (odkrytych przez Rizolattiego w latach 90. ubiegłego wieku) oraz formowania struktury ciała migdałowatego.

A. Meltzoff – amerykański psycholog z University of Washington, przeprowadził eksperyment, w którym pokazywał język swojemu synowi Ksawierowi (dwie godziny po narodzinach) i obserwował zachowanie dziecka. Okazało się, że noworodek po upływie kilku sekund odpowiedział tym samym (wystawił język). A. Meltzoff i K. Moor prowadzili dalsze badania (1977, 1983, 1989, 1994) [4–7], które potwierdziły, że noworodki wykazują prymitywną zdolność do imitowania ruchów twarzy swoich opiekunów. Natomiast wrodzona zdolność do imitacji odgrywa bardzo ważną rolę w dalszym rozwoju społecznym i poznawczym oraz stanowi swoisty fenomen ewolucyjny. Wczesna imitacja jest niepowtarzalnym, wrodzonym mechanizmem, który „programuje" matkę do miłości, do budowania więzi i odczytywania przez nią sygnałów wysyłanych przez dziecko. A. Meltzoff dowodzi, że imitacja u noworodków nie jest zachowaniem wyuczonym, ale mechanizmem wrodzonym. Naukowiec zaprojektował teoretyczny model AIM (Active Intermodal Mapping), który wyjaśnia to zjawisko. Noworodki nie widzą własnej twarzy, wobec tego nie mogą wykorzystać wzrokowego sprzężenia zwrotnego oraz mechanizmów korekty błędu, aby mogły nauczyć się takiej czynności. W takim razie w ich mózgach musi istnieć zaprogramowany mechanizm służący do odwzorowania wyglądu twarzy drugiej osoby i „przetłumaczenia" na neurony zarządzające ruchem [8]. Jednak około szóstego tygodnia życia te wrodzone zachowania stopniowo słabną [9]. W trzecim miesiącu życia niemowlę już nie imituje podstawowych ruchów twarzy, ale przechodzi na inne formy interakcji społecznych (naśladuje). Naśladowanie jako czynność świadoma i kontrolowana jest kluczową umiejętnością w rozwoju małego dziecka, dzięki której buduje ono kolejne umiejętności: język, interakcje społeczne, empatię, zabawę w udawanie. Wczesne naśladowanie jest związane z wrodzoną aktywnością neuronów lustrzanych [10]. W związku z tym, jeżeli w sieci neuronów lustrzanych wystąpi defekt, to należy sądzić, że noworodki nie będą odpowiadały w badaniu reakcji odzwierciedlania (A. Meltzoff nazwał swój eksperyment „Like me", przedstawione w artykule badanie nazwano „badaniem reakcji odzwierciedlania"). Natomiast brak imitacji może być pierwszym niepokojącym sygnałem autystycznego spektrum. Z kolei wczesna identyfikacja noworodków zagrożonych zaburzeniami autystycznymi umożliwi szybkie wdrożenie terapii i nakierowanie dziecka na prawidłowy tor rozwoju.

Cel pracy

Przedmiotem badań było sprawdzenie związku pomiędzy brakiem reakcji odzwierciedlania w okresie noworodkowym a zaburzeniami ze spektrum autyzmu w dalszym rozwoju dziecka.

Materiał i metody

Badania miały charakter dwuetapowy. W pierwszym etapie, który trwał od listopada 2016 r. do grudnia 2017 r. poddano nieinwazyjnemu badaniu reakcji odzwierciedlania losową grupę 350 noworodków, które w tym czasie przebywały na Oddziale Neonatologii z pododdziałem Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej. Badanie reakcji odzwierciedlania odbywało się zazwyczaj w drugiej dobie życia, w warunkach naturalnych (sale noworodkowe lub sala zabiegowa) w czasie wykonywanych czynności pielęgniarskich. Noworodki były spokojne, przebrane, nakarmione, ale nie bezpośrednio po karmieniu (istotne warunki badania, ponieważ noworodek, który krzyczy, nie patrzy na twarz osoby badającej lub noworodek, który jest nadmiernie najedzony, w charakterystyczny sposób wysuwa język). W przypadku wcześniaków brano pod uwagę wiek skorygowany. Ponadto nie badano reakcji odzwierciedlania u noworodków, wcześniaków, których stan zdrowia na to nie pozwalał (dzieci walczyły o życie, przebywały w inkubatorze, były podłączone do respiratora lub n-cepapu). Badanie odbywało się po ustabilizowaniu sytuacji zdrowotnej (dzieci wyjęte z inkubatorów, samodzielnie oddychały, ssały pokarm), najczęściej w drugiej dobie.

Podczas badania reakcji odzwierciedlania pokazywano język każdemu badanemu noworodkowi, czasami otwierano usta, (odległość ok. 30 cm) i oczekiwano na odpowiedź ok. 10 s. Badanie kończyło się, gdy dziecko

zareagowało pokazaniem języka lub nie pojawiła się reakcja odzwierciedlająca.

Utworzono grupę Ex (nazwaną „eksperymentalną") z 10 noworodków spośród 350, które nie odzwierciedlały oraz grupę Ek (nazwaną „porównawczą") z losowo wybranych 20 noworodków spośród pozostałych 340, które odzwierciedlały. Następnie dokonano porównania sytuacji rodzinnej i zdrowotnej noworodków w obu badanych grupach w celu wykrycia czynników, które mogą wpływać na reakcję odzwierciedlającą.

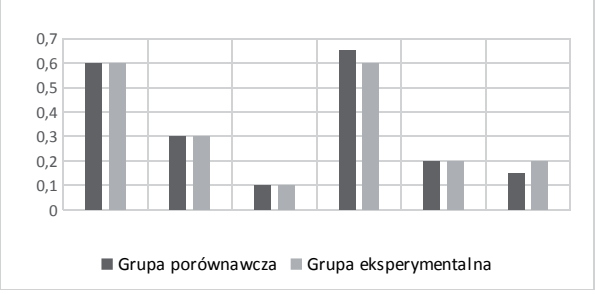
W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki wywiadu ustrukturyzowanego, uzupełnionego analizą dokumentacji medycznej. Pytania miały charakter zamknięty, były identyczne dla wszystkich matek, zadawane w tej samej kolejności. Wywiad składał się z pytań dotyczących, m.in.: wieku rodziców, wykształcenia rodziców, przebiegu ciąży, porodu (w którym tygodniu ciąży odbył się poród), punktacji w skali Apgar czy stanu zdrowia noworodka po porodzie. Następnie uzyskane dane zakodowano (utworzono tzw. zakodowaną bazę danych) i przeprowadzono analizę statystyczną przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics. Za jego pomocą wykonano test niezależności chi-kwadrat. W sytuacji, w której analizowany związek był statystycznie istotny, zbadano miarę siły związku Vc (V-Cramer). Za poziom istotności statystycznej uznano $p < 0,05$.

Drugi etap badań trwał od grudnia 2017 r. do lutego 2019 r. W tym okresie skontrolowano rozwój dzieci (Ex, Ek) w ich osiemnastym miesiącu życia (dla wcześniaków był to wiek skorygowany) i sprawdzono, czy istnieje ewentualna zależność pomiędzy brakiem reakcji odzwierciedlania w okresie noworodkowym a rozwojem dzieci w kierunku autystycznego spektrum. W badaniu posłużono się „Kartami diagnozy – 10 etapów rozwoju dziecka od 4. do 36. miesiąca życia" [11], które są znanym narzędziem diagnostycznym wśród terapeutów, logopedów i pediatrów. Karty diagnozy dokładnie opisują najważniejsze umiejętności i osiągnięcia dziecka w poszczególnych miesiącach życia, pomagają w ocenie rozwoju oraz w wykryciu wszelkich nieprawidłowości. Badanie przebiegało w obecności rodzica/rodziców w rodzinnym domu dziecka, w jego naturalnym środowisku.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę ordynatora Oddziału Neonatologii, pielęgniarki oddziałowej, matek/rodziców dzieci oraz pozytywną opinię Uczelnianej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych.

Wyniki

W celu zweryfikowania, czy zachodzi istotna statystycznie zależność pomiędzy odzwierciedlaniem a wiekiem matek i ojców, przeprowadzono test chi-kwadrat niezależności. W jego wyniku okazało się, że mierzone związki są nieistotne statystycznie – $\chi2(2) < 0,01$; $p = 1,000$ (matki); $\chi2(2) = 0,13$; $p = 0,939$, a co za tym idzie zarówno w grupie eksperymentalnej i porównawczej brak jest zróżnicowania odnośnie wieku matek i ojców (**Rycina 1**).



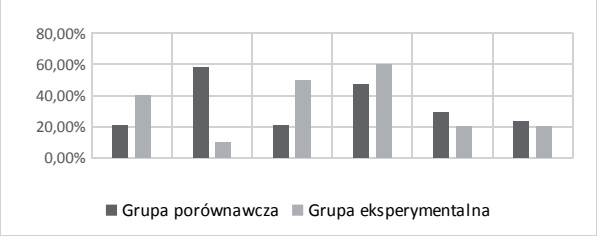
Rycina1. Rozkład procentowy związku pomiędzy odzwierciedlaniem a wiekiem matek i ojców

Figure 1. Analysis of the relationship between mirroring and mothers and fathers' age

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

W kolejnym kroku, również za pomocą testu chi-kwadrat niezależności zbadano współzależność pomiędzy odzwierciedlaniem a wykształceniem matek i ojców. Istotny statystycznie okazał się wyłącznie związek wśród matek – $\chi^2(2) = 6,25$; $p < 0,05$. Matki dzieci, które nie odzwierciedlały w większości mają wykształcenie podstawowe/zawodowe lub wyższe, zaś dzieci odzwierciedlających – średnie. Współczynnik VC dowodzi, że jest to dość silna zależność. Wśród ojców natomiast brak jest związku między wykształceniem a odzwierciedlaniem ich dzieci – $\chi^2(2) = 0,45$; $p = 0,797$ (**Rycina 2**).



Rycina 2. Rozkład procentowy związku pomiędzy odzwierciedlaniem a wykształceniem matek i ojców

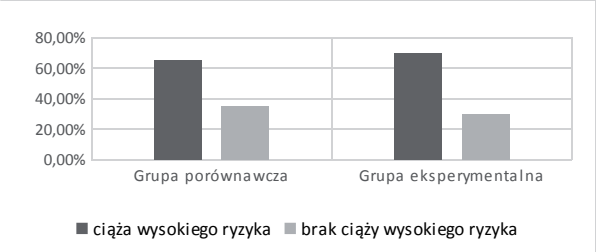
Figure 2. Analysis of the relationship between mirroring and mothers and fathers' education

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

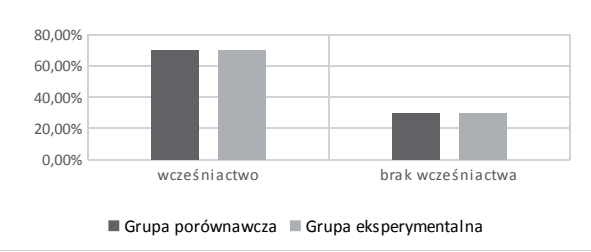
Następnie postanowiono zweryfikować, czy zachodzi istotna statystycznie zależność pomiędzy odzwierciedlaniem a wystąpieniem ciąży wysokiego ryzyka. Wynik wykonanego testu chi-kwadrat niezależności

jest nieistotny statystycznie – $\chi^2(1) = 0,08$; $p = 0,784$, a rozkłady procentowe dowodzą, że zarówno w grupie eksperymentalnej, jak i w grupie porównawczej w większości wystąpiły ciąże wysokiego ryzyka (**Rycina 3**).



Rycina 3. Rozkład procentowy związku pomiędzy odzwierciedlaniem a ciążą wysokiego ryzyka
Figure 3. Analysis of the relationship between mirroring and high-risk pregnancy
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

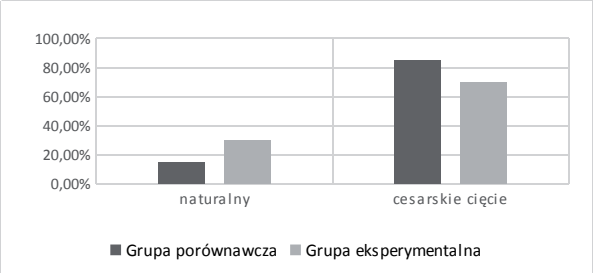
Nieistotny statystycznie okazał się być również związek pomiędzy odzwierciedlaniem a wcześniactwem – $\chi^2(1) < 0,01$; $p = 1,000$. Rozkłady procentowe wskazują na identyczną zależność występowania wcześniactwa zarówno w grupie dzieci nieodzwierciedlających, jak i odzwierciedlających (**Rycina 4**).



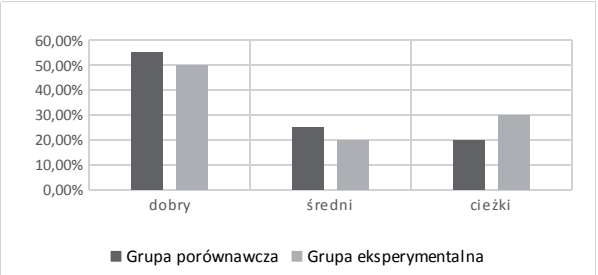
Rycina 4. Rozkład procentowy związku pomiędzy odzwierciedlaniem a wcześniactwem
Figure 4. Analysis of the relationship between mirroring and premature birth
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W następnym kroku, także przy użyciu testu chi-kwadrat niezależności, zbadano, czy odzwierciedlanie jest powiązane istotnie statystycznie z rodzajem porodu. Niemniej jednak i tym razem wynik okazał się być nieistotny statystycznie – $\chi^2(1) = 0,94$; $p = 0,333$. W większości matki dzieci odzwierciedlających, jak i nieodzwierciedlających miały cesarskie cięcie (**Rycina 5**).

W ostatnim kroku również został wykonany test chi-kwadrat w celu sprawdzenia współzależności pomiędzy odzwierciedlaniem a stanem zdrowia noworodka ocenionym na podstawie skali Apgar. Jednakże i tym razem wynik okazał się być nieistotny statystycznie – $\chi^2(1) = 0,39$; $p = 0,823$, a więc brak jest związku pomiędzy poddanymi analizie zmiennymi. Badane dzieci zgodnie i w większości miały dobry stan zdrowia (**Rycina 6**).



Rycina 5. Rozkład procentowy związku pomiędzy odzwierciedlaniem a rodzajem porodu
Figure 5. Analysis of the relationship between mirroring and delivery
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 6. Rozkład procentowy związku pomiędzy odzwierciedlaniem a stanem zdrowia noworodka
Figure 6. Analysis of the relationship between mirroring and health condition of the newborn
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W drugim etapie badań sprawdzono przebieg rozwoju dzieci (Ex, Ek) w ich 18. miesiącu życia. Okazało się, że na pięcioro dzieci z grupy Ex aż czworo wykazało niepokojące symptomy autyzmu. Z czwórki dzieci u dwójki z nich został zdiagnozowany i potwierdzony autyzm wczesnodziecięcy w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Tymczasem dwójka dzieci, pomimo iż wykazywała zachowania ze spektrum autyzmu, nie była poddana dalszej diagnozie. Pośród dzieci (Ex), które w okresie noworodkowym nie odzwierciedlały, tylko jedna dziewczynka nie manifestowała zachowań autystycznych. W grupie dzieci (Ek), które w okresie noworodkowym odzwierciedlały nie stwierdzono niepokojących symptomów wskazujących na autyzm, pomimo że u dwójki dzieci w okresie ciąży i w okresie okołoporodowym wystąpiły czynniki silnie uszkadzające OUN mające ogromny wpływ na dalszy rozwój i jakość życia. Jednak u tych dzieci wykazano inne deficyty, m.in.: opóźnienie rozwoju psychomotorycznego, zaburzenia integracji sensorycznej, zaburzenia zachowania,

trudność w skupieniu uwagi czy nadaktywność ruchową.

Dyskusja

W pierwszym etapie badań przeprowadzono nieinwazyjne badanie reakcji odzwierciedlania w losowej grupie 350 noworodków, które przebywały na Oddziale Neonatologii z pododdziałem Patologii i Intensywnej Terapii. Spośród tej grupy wyłoniono 10 dzieci nieodzwierciedlających (gr Ex) oraz utworzono grupę kontrolną (Ek). W kolejnym kroku dokonano analizy porównawczej sytuacji rodzinnej i zdrowotnej noworodków w obu badanych grupach w celu wykrycia czynników, które mogą wpływać na reakcję odzwierciedlającą. Z kolei w drugim etapie badań sprawdzono rozwój dzieci z grupy Ex (grupa Ex zmniejszyła się o połowę: dwójka dzieci zmarła na skutek powikłań związanych z chorobami współistniejącymi; rodzice dwójki dzieci zmienili dane adresowe; jedno dziecko zostało adoptowane. Wobec zaistniałej sytuacji nie sprawdzono, jak przebiega rozwój u tych dzieci i tym samym nie wiadomo, czy prezentowały/nie prezentowały one zachowania ze spektrum autyzmu) oraz dzieci z grupy Ek w ich osiemnastym miesiącu życia (dla wcześniaków był to wiek skorygowany) i sprawdzono, czy istnieje ewentualna zależność pomiędzy brakiem reakcji odzwierciedlania w okresie noworodkowym a rozwojem dzieci w kierunku autystycznego spektrum.

Badania własne nie wykazały czynnika/czynników, które mogą wpływać na reakcję odzwierciedlania u noworodków. Zatem odzwierciedlanie (imitacja, wg A. Meltzoffa) ma podłoże w neuronach lustrzanych, które działają niezależnie od naszej woli i jest umiejętnością wrodzoną. Na ten fakt wskazują polscy naukowcy J. Rostowski, T. Rostowska [12], którzy dowodzą, że zachowanie noworodka imitującego proste ruchy osoby dorosłej krótko po urodzeniu (wysuwa język, otwiera usta) wskazuje na wrodzone działanie neuronów lustrzanych. Tak więc, według innego badacza [13], jeżeli rozwój neuronów lustrzanych przebiega prawidłowo w życiu płodowym i niemowlęcym, to tym samym prawidłowo będzie przebiegał rozwój funkcji społecznych i emocjonalnych ważnych z punktu widzenia rozwoju komunikacji oraz nawiązywania relacji z innymi osobami. Twarz jest tą częścią ciała, której najczęściej używamy do wyrażania własnych emocji. Dzieci z autyzmem nie wykazują takiego zainteresowania. Noworodki, które nie odpowiadały w reakcji odzwierciedlania nie patrzyły, nie skupiały wzroku na twarzy badającego.

Badania prowadzone przez wielu naukowców, m.in.: Oberman, Ramachandran, Pineda, 2008; Wan, Demaine, Zipse, Norton, Schlaug, 2010; Meltzoff, Marschal, 2018 [14–16] pokazały, że deficyt w sieci neuronowej oznacza, iż noworodki nie będą imitowały (nie zareagują w reakcji odzwierciedlania). Z kolei brak wczesnej imitacji jest pierwszym alarmującym objawem zaburzeń ze spektrum autyzmu [17, 18]. Z tego względu zakłócenie zdolności do imitacji, następnie do naśladowania, u dzieci z autyzmem stanowi poważny problem w budowaniu przez nie wiedzy o świecie.

Badanie reakcji odzwierciedlania u noworodków może okazać się świetnym kryterium diagnostycznym do identyfikacji dzieci zagrożonych rozwojem w kierunku autystycznego spektrum. Natomiast tak wczesna eksploracja niepokojących zachowań pozwoli na bardzo szybkie wdrożenie terapii w ramach wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka.

Wnioski

1. Dziesięć na trzysta pięćdziesiąt noworodków nie odpowiedziało w odruchu odzwierciedlania.
2. Sytuacja rodzinna i zdrowotna w badanych grupach (Ex, Ek) nie miała wpływu na odpowiedź w badaniu reakcji odzwierciedlania. Prawdopodobnie to defekt w sieci neuronów lustrzanych (zwłaszcza) w obrębie połączeń synaptycznych jest przyczyną braku reakcji odzwierciedlania u noworodków.
3. Wyniki badań potwierdziły zachodzącą zależność pomiędzy brakiem reakcji odzwierciedlania w okresie noworodkowym a dalszym rozwojem dzieci (Ex) w kierunku autystycznego spektrum.
4. Badania były prowadzone na niewielkiej grupie badawczej i w przyszłości warto by było sprawdzić na nowej, większej populacji dzieci, czy wyniki są powtarzalne.

Piśmiennictwo

1. Sacrey L, Zwaigenbaum L, Bennett J. Early Infant Development and Intervention for Autism Spectrum Disorder. J Child Neurol. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/088307381560150 [dostęp: 31. 08.2015].
2. Grabińska M, Talar A, Kurylak A, Kaźmierczak M, Zreda-Pikies A, Wróbel-Bania A. Społeczne funkcjonowanie dziecka z autyzmem. Przegląd Naukowo-Metodyczny. Edukacja dla Bezpieczeństwa. 2013; 3: 158–169.
3. Small G, Vorgan G. Mózg. Jak przetrwać technologiczną przemianę współczesnej umysłowości. Poznań: Wydawnictwo Wesper; 2011.
4. Meltzoff A, Moore K. Neonatal Imitation. https://www.researchgate.net. [dostęp: 22.02.2012].
5. Meltzoff A, Moore K. Newborn Infants Imitate Adult Facial Gestures. Child Development. 1983; 54: 702–709.
6. Meltzoff A, Moore K. Imitation in Newborn Infants: Exploring the Range of Gestures Imitated and the Underlying Mechanisms. Dev Psychol. 1989; 6: 95.

7. Meltzoff A, Moore K. Imitation, memory, and the representation of persons. Infant Behav Dev. 1994; 17: 83–99.
8. Starczewski T. Neurony lustrzane – od akcji do empatii. Bona Vita. http://bonavita.pl/neurony-lustrzane-od-akcji-do-empatii [dodano: 03.05.2016].
9. Keven N, Akins K. Neonatal imitation in context: Sensorimotor development in the perinatal period. Behav Brain Sci. 2017; 40: 1–58.
10. GalleseV, Rizzolatti G, Fogassi L. Mirrors in the mind. Sci Am. 2006; 295, 5: 54–61.
11. Cieszyńska J, Korendo M. Karty diagnozy. 10 etapów rozwoju dziecka od 4. do 36. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne; 2008.
12. Rostowski J, Rostowska T. The Role of The Mirror Neuron System In Development of Language And Interpersonal Communication. Dev Psychol. 2014; 2: 51–65.
13. Iacoboni M. Imitation, Empathy, and Mirror Neurons. Annu Rev Psychol. 2009; 60: 653–70.
14. Oberman L, Ramachandran S, Pineda J. Modulation of mu suppression in children with autism spectrum disorders in response to familiar or unfamiliar stimuli: The mirror neuron hypothesis. Neuropsychology. 2008; 46: 1558–1565.
15. Wan C, Demaine K, Zipse L, Norton A, Schlaug G. From music making to speaking: engaging the mirror neuronsystem in autism. Brain Res Bull. 2010; 82, 3–4: 161–168.
16. Meltzoff A, Marschal P. Human infant imitation as a social survival circuit. Curr Opin Behav Sci. 2018; 24: 130–136.
17. Iacoboni M, Dapretto M. The mirror neuron system and the consequences of its dysfunction. Nat Rev Neurosci. 2006; 7, 12: 942–951.
18. Hamilton A. Reflecting on the mirror neuron system in autism: A systematic review of current theories. Developmental Cognitive Neuroscience. 2013; 3: 91–105. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245224 [dostęp: 13.10.2019].

Artykuł przyjęty do redakcji: 15.05.2020.
Artykuł przyjęty do publikacji: 20.05.2021.

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

Adres do korespondencji:
Dorota Prędkiewicz
ul. Strzegomska 55
53-611 Wrocław
e-mail: stado5predki@op.pl
Wydział Nauk Stosowanych,
Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

© Autor(rzy) 2021. Artykuł opublikowany na zasadach otwartego dostępu, rozpowszechniany na warunkach licencji Creative Commons Attribution (CC BY), wydany przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ZJAWISKO ALKOHOLIZMU W ŚRODOWISKU SZKOLNYM

ALCOHOLISM IN THE SCHOOL ENVIRONMENT

Magdalena Zaus[1], Katarzyna Plagens-Rotman[2, a], Maria Połocka-Molińska[2, b]

[1] Szpital Miejski im. J. Strusia w Poznaniu, Oddział Intensywnej Opieki Medycznej
[2] Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie

[a] https://orcid.org/0000-0001-7646-7430
[b] https://orcid.org/0000-0002-5479-8228

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2021.12

STRESZCZENIE

Wstęp. Alkoholizm może dotyczyć każdego człowieka, zarówno starszego, jak i młodszego. Z upływem lat obserwuje się wzrost ilości spożywanego alkoholu przez dzieci i młodzież, coraz łatwiejszy dostęp do niego, jak i obniżenie wieku osób go spożywających. Miejsce, czas, łatwy dostęp do napojów alkoholowych, brak kampanii dotyczącej szkodliwości nadmiernego spożywania alkoholu oraz podejście do tego problemu radia, prasy, telewizji i Internetu – nie pomagają w uświadomieniu młodego pokolenia o skutkach zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych. Brak uświadomienia dotyczy też wpływu picia alkoholu na zdrowie fizyczne i psychiczne, przyczyniającego się do przemocy fizycznej (bójki, agresje, napaści) i staje się ogromnym problemem XXI wieku.

Cel. Celem pracy było przybliżenie zjawiska alkoholizmu wśród młodzieży szkolnej.

Materiał i metody. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety składający się z 37 pytań. Badanymi osobami była młodzież ucząca się w wieku od 17 do 21 lat. Ankiety wypełniło w sumie 130 osób (93 dziewczęta i 37 chłopców).

Wyniki. Średnia wieku badanych wynosiła 18,2 ± 0,6 roku (średnia wieku dziewcząt 18,2 ± 0,5 roku, a chłopców – 18,4 ± 0,8 roku). Powyżej 500 tysięcy mieszkańców mieszkały 43 (33,1%) osoby, w mieście 100–500 tysięcy mieszkańców – 9 (6,9%) osób, w mieście 50–100 tysięcy mieszkańców – 18 (13,8%) osób, a w mieście do 50 tysięcy mieszkańców – 35 (26,9%) osób. Pozostali byli mieszkańcami wsi – 25 (19,2%) badanych. Młodzież spożywała alkohol najczęściej: podczas spotkania z grupą znajomych – 113 (86,9%) osób, przy ognisku, lub na dyskotece – 70 (53,8%) osób, w barze lub pubie – 62 (47,7%) osoby, na spotkaniach rodzinnych – 55 (42,3%) osób. Zdecydowana większość młodzieży uważała, że nałogowi alkoholicy powinni być poddani obowiązkowemu leczeniu odwykowemu – 108 (83,1%) osób. Przeciwnego zdania było 10 (7,7%) badanych.

Wnioski. Należy dążyć, aby wśród młodego społeczeństwa pomagać w kształtowaniu właściwej samooceny i postawy wobec tak wielkiego zagrożenia jakim jest alkoholizm, szczególnie gdy po alkohol sięga młodzież dla poprawy humoru. Zdecydowana większość badanej młodzieży uważa, że nałogowi alkoholicy powinni podlegać obowiązkowemu leczeniu odwykowemu.

SŁOWA KLUCZOWE: młodzież, szkoła, alkohol, uzależnienie.

ABSTRACT

Introduction. Alcoholism may affect every person, both young and old. Over the years, we have seen an increase in the amount of alcohol consumed by children and youths coupled with a lowering of the initiation age.

Place, time, easy access to alcoholic beverages, absence of campaigns showing the harm caused by excessive drinking and bad attitudes of radio, television and the Internet do not help making the young generation aware of the health, social and economic consequences. The lack of this awareness also extends to the effect alcohol has on physical and mental health, contributing to physical violence (fights, aggression, assaults) and is becoming a serious problem of the 21st century.

Aim. The aim of the paper was to present the phenomenon of alcoholism among school goers.

Materials and methods. The diagnostic survey method was used in the study. The research tool was a proprietary survey consisting of 37 questions. Respondents were school goers aged between 17 and 21. The surveys were filled in by a total of 130 persons (93 girls and 37 boys).

Results. The average age of the respondents was 18.2 ± 0.6 years (the average age of girls was 18.2 ± 0.5 years and boys 18.4 ± 0.8 years). Forty-three persons (33.1%) came from cities with a population exceeding 500,000 inhabitants, 9 (6.9%) from cities with between 100,000 and 500,000 inhabitants, 18 (13.8%) from towns with a population of 50,000–100,000 inhabitants and 35 (26.9%) from towns with up to 50,000 inhabitants. The remaining 25 (19.2) came from villages. Young people consumed alcohol most frequently during social meetings with friends – 113 (86.9%), at a bonfire or a discotheque – 70 (53.8%), in a bar or pub – 62 (47.7%), during family meetings – 55 (42.3%). A significant majority of the young people thought that alcoholics should be subjected to compulsory treatment – 108 respondents (83.1%). The opposite view was held by 10 (7.7%) respondents.

Conclusions. Efforts are needed to help develop the correct attitude of the young generation towards the threat posed by alcohol and self-assessment, especially in situations where young people use alcohol to improve their mood. A large majority of youth is of the opinion that alcoholics should be treated involuntarily.

KEYWORDS: youth, school, alcohol, addiction.

Wstęp

Słowo „alkohol" prawdopodobnie pochodzi od któregoś z dwóch słów arabskich: *al-kuhl* (antymon, delikatny, drobny proszek) lub *al-ghoul* (zły duch) [1].

Alkohol był znany człowiekowi od bardzo dawna, wtedy gdy ludzkość zaprzestała koczowniczego trybu życia i zajęła się uprawą ziemi i hodowlą zwierząt. Dlatego uważa się, że jest to najstarszy narkotyk. Pierwsze alkohole powstały przypadkowo na skutek niezamierzonej fermentacji owoców – winogron – oraz jęczmienia. Fermentacji, dodając drożdży, poddawano również ziemniaki. Na skutek działania drożdży dochodzi do zamiany cukru w alkohol. Kiedy poziom fermentacji dobiega końca, drożdże giną i proces produkcji alkoholu zostaje zatrzymany. Destylowany spirytus został odkryty w X wieku przez arabskiego lekarza Phazesa [2].

Na początku alkohole były wykorzystywane w celach medycznych, a ich picie wzrastało wraz z ich podażą. Alkohol był środkiem, który wpływał na procesy fizjologiczne organizmu, takie jak: trawienne, działał przeciwbólowo, pomagał na zmęczenie, a także redukował lęk, dodawał sił, energii, odwagi i pewności siebie. Ponadto ułatwiał kontakty między ludźmi. Z czasem zaczął pełnić również funkcje ekonomiczne (zapewniał równowagę rynkową będącą warunkiem stabilności dochodów państwa) [3].

W Polsce jak i w innych krajach europejskich alkoholizm jest sporym zagrożeniem dla społeczeństwa, zarówno starszego jak i młodszego pokolenia. Alkoholizm należy do patologii społecznych, tym bardziej, że picie alkoholu stymuluje nadużywanie narkotyków i innych używek. Obserwuje się ewolucję związaną z obniżającym się wiekiem osób spożywających alkohol. W związku z tym rośnie liczba wypadków komunikacyjnych, ponieważ coraz częściej ludzie młodzi, niedoświadczeni siadają za kierownicą pod wpływem alkoholu. Spożywanie alkoholu skutkuje u nich (u młodzieży szkolnej) relegowaniem ze szkół, wagarowaniem, trudnościami w nauce, problemami rodzinnymi, konfliktami z prawem oraz szkodami w zdrowiu psychicznym i fizycznym. To wszystko wpływa bardzo negatywnie na rozwój młodego pokolenia [4–9].

Cel pracy

Celem pracy było przybliżenie zjawiska alkoholizmu wśród młodzieży szkolnej.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone, za zgodą dyrektora placówki, wśród 130 uczniów jednej ze szkół ponadpodstawowych w Poznaniu w październiku 2019 roku. Respondentów poinformowano o anonimowości ankiety, o jej tematyce oraz jak należy ją wypełnić.

W niniejszej pracy wykorzystano kwestionariusz ankiety jednokrotnego oraz wielokrotnego wyboru. Chcąc odpowiedzieć na pytanie, jakie są rozmiary zjawiska alkoholizmu w środowisku szkolnym w Poznaniu, przygotowano kwestionariusz ankiety składający się z 37 pytań, w tym pytania określające sytuację społeczno-demograficzną badanego środowiska szkolnego. Pozostałe pytania dotyczyły zjawiska występowania problemu alkoholizmu.

Analizy statystyczne

Do analizy zależności między zmiennymi jakościowymi posłużono się testem niezależności chi-kwadrat Pearsona, a w przypadku gdy liczebności oczekiwane w tabelach kontyngencji były mniejsze od 5 według wskazań testu niezależności chi-kwadrat z poprawką Yatesa dla tabel o rozmiarze 2x2. Do sprawdzenia różnic dla motywów picia alkoholu między młodzieżą o różnej częstości spożycia alkoholu użyto testu Fp porównującego k częstości.

Za istotną statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$. Analizę statystyczną przeprowadzono, korzystając z pakietu statystycznego STATISTICA 10 PL.

Wyniki

Wiek młodzieży wahał się od 17 do 21 lat. Średnia wieku badanych wynosiła 18,2 ± 0,6 roku (średnia wieku dziewcząt wynosiła 18,2 ± 0,5 roku, a chłopców – 18,4 ± 0,8 roku). Pozostałe dane socjodemograficzne przedstawiono w **tabeli 1**.

Tabela 1. Dane socjodemograficzne badanej zbiorowości
Table 1. The socio-demographic population surveyed

Parametry/*Parameters*		n	%
Wiek w latach/ *Age in years*	17	9	6,9
	18	88	67,7
	19	30	23,8
	20	1	0,8
	21	1	0,8
Miejsce zamieszkania/ *Place of residence*	Wieś/*Village*	25	19,2
	Miasto do 50 tys. mieszkańców/*City up to 50,000 residents*	35	26,9
	Miasto 50–100 tys. mieszkańców/*City 50–100 thousand residents*	18	13,8
	Miasto 100–500 tys. *mieszkańców/City 100–500 thousand residents*	9	6.9
	Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców/ *City over 500,000 residents*	*43*	*33,1*
Płeć/*sex*	Męska/*Male*	37	28,5
	Żeńska/*Female*	93	71,5
Sytuacja materialna/ *Material situation*	Bardzo dobra/*very good*	32	24,6
	Dobra/*good*	61	46,9
	Zła/*Bad*	3	2,3
	Bardzo zła/*very bad*	3	2,3
	Trudno powiedzieć/It's hard to say	31	24

n – liczba/*number*, % – procent/*percentage*

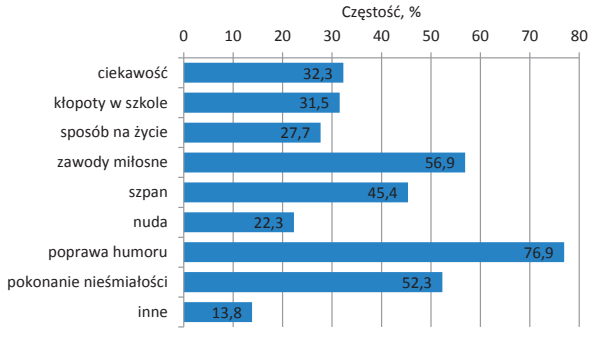
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Aż 98,5% badanych uczyło się w systemie dziennym, pozostali w systemie wieczorowym stanowiąc tylko 1,5% badanych. Na pytanie o motywację wyboru szkoły wskazali, że najczęściej podyktowany był on: własnymi zainteresowaniami – u 87 (66,9%) osób, zdobyciem zawodu – u 35 (26,9%) osób, uzyskaniem dobrze płatnej pracy – u 27 (20,8%) osób, zaspokojeniem ambicji rodziców – u 4 (3,1%) badanych.

Nieco ponad połowa młodzieży była na utrzymaniu rodziców – 66 (50,8%) osób. Częściowo zależnych finansowo było 56 (43,1%) badanych. Pozostali byli całkowicie niezależni finansowo – 8 (6,2%) osób. Na utrzymaniu rodziców było nieco połowa młodzieży – 66 osób stanowiąc 50,8% badanej społeczności.

Na pytanie „Dlaczego według Ciebie ludzie piją alkohol?" odpowiedzieli wszyscy badani. Podali oni w sumie 467 odpowiedzi, wskazując od 1 do 8 motywów sięgania po alkohol. Według młodzieży ludzie sięgali po alkohol najczęściej: dla poprawy humoru – uważało tak 100 (76,9%) osób, z powodu zawodów miłosnych – uważały tak 74 (56,9%) osoby, aby pokonać nieśmiałość – uważało tak 68 (52,3%) osób, dla szpanu – uważało tak 59 (45,4%) osób.

Jako inne motywy badani podawali między innymi: „dla towarzystwa", „rozluźnienie się", „forma zabawy", „kłopoty rodzinne, zawodowe, finansowe", „nieradzenie sobie z problemami". Szczegółowe dane przedstawiono na **rycinie 1.**

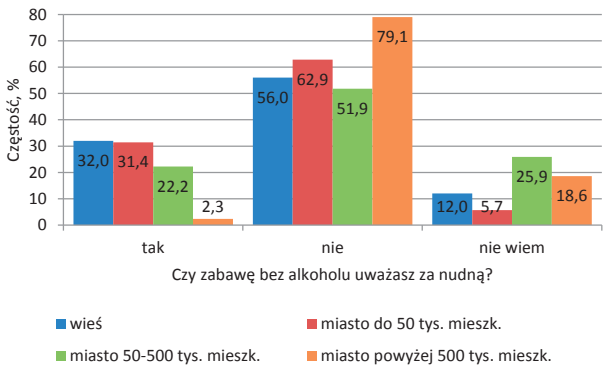


Rycina 1. „Dlaczego według Ciebie ludzie piją alkohol?"
Figure 1. "Why do you think people drink alcohol?"
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Zdecydowana większość młodzieży uważała, że nałogowi alkoholicy powinni być poddani obowiązkowemu leczeniu odwykowemu – 108 (83,1%) osób. Przeciwnego zdania było 10 (7,7%) badanych. Pozostali nie mieli zdania na ten temat – 12 (9,2%) osób.

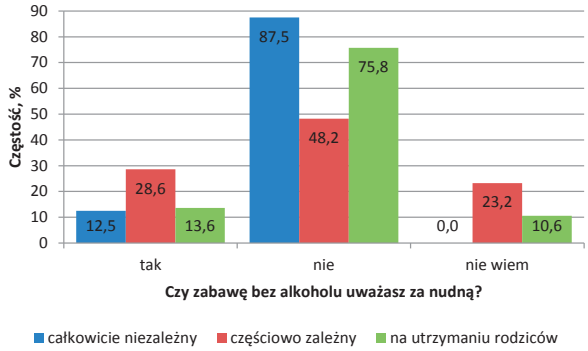
Zdecydowana większość młodzieży uważała, że środki masowego przekazu nie zapobiegają alkoholizmowi – 97 (74,6%) osób, 8,5% ankietowanych odpowiedziało, że tak, natomiast 16,9%, że nie ma zdania na ten temat.

Wśród młodzieży, która uważała zabawę bez alkoholu za nudną, największy był odsetek osób mieszkających na wsi (32% badanych) oraz mieszkających w mieście do 50 tysięcy mieszkańców (31,4% badanych), a najmniejszy był odsetek osób mieszkających w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców (2,3% badanych), p = 0,0014.



Rycina 2. „Czy zabawę bez alkoholu uważasz za nudną?" w kontekście miejsca zamieszania
Figure 2. "Do you find playing without alcohol boring?" in the context of the place of confusion
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

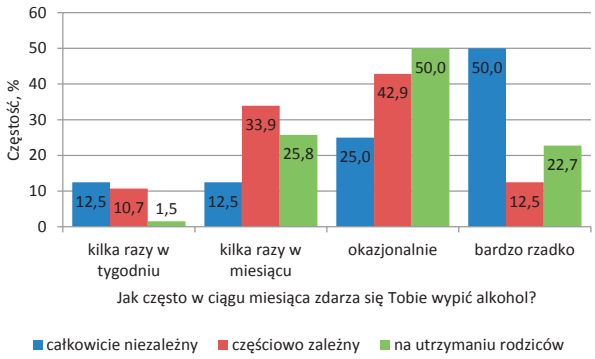
Wśród młodzieży, która uważała zabawę bez alkoholu za nudną, największy był odsetek osób częściowo zależnych od rodziców (28,6% badanych), a najmniejszy był odsetek osób całkowicie niezależnych finansowo od rodziców (12,5% badanych) oraz będących na utrzymaniu rodziców (13,6% badanych), p = 0,0094.



Rycina 3. „Czy zabawę bez alkoholu uważasz za nudną?" w kontekście różnej niezależności finansowej od rodziców
Figure 3. "Do you find playing without alcohol boring?" in the context of different financial independence from parents
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

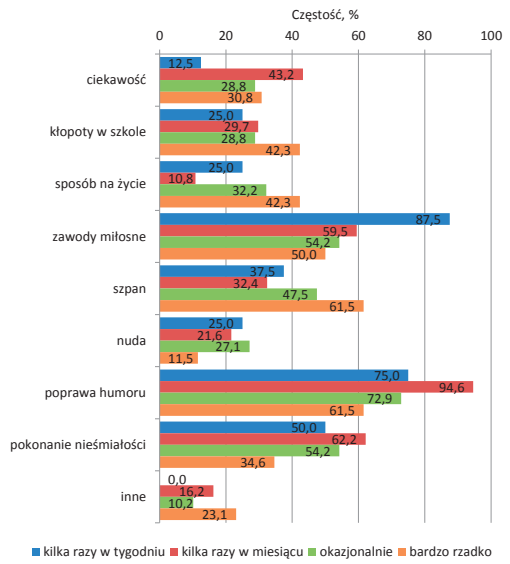
Wśród młodzieży, która spożywała alkohol kilka razy w tygodniu, największy był odsetek osób całkowicie niezależnych finansowo od rodziców (12,5% badanych), a najmniejszy osób będących na utrzymaniu rodziców

(1,5% badanych), p = 0,0472. Pozostałe dane przedstawiono na **rycinie 4**.



Rycina 4. „Jak często w ciągu miesiąca zdarza się Tobie wypić alkohol?" w kontekście różnej niezależności finansowej od rodziców
Figure 4. "How often do you drink alcohol during the month?" in the context of different financial independence from parents
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Między częstością spożywania alkoholu przez młodzież a motywami picia alkoholu istotne statystycznie różnice wystąpiły tylko dla motywu: *sposób na życie* (p = 0,0235). Na motyw „sposób na życie" najczęściej wskazywały osoby spożywające alkohol bardzo rzadko (42,3% badanych), a najrzadziej – osoby spożywające alkohol kilka razy w miesiącu (10,8% badanych); *poprawa humoru* (p = 0,0065). Na motyw „poprawa humoru" najczęściej wskazywały osoby spożywające alkohol kilka razy w miesiącu (94,6% badanych), a najrzadziej – osoby spożywające alkohol bardzo rzadko (61,5% badanych).



Rycina 5. „Dlaczego według Ciebie ludzie piją alkohol?"
Figure 5. "Why do you think people drink alcohol?"
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Zjawisko alkoholizmu wśród młodzieży szkolnej jest ciągle aktualne. Picie alkoholu wpływa negatywnie na różne sfery życia młodego, kształtującego się i dojrzewającego człowieka. Wpływa na jego stan fizyczny i psychiczny, zdrowie, kondycję i funkcjonowanie w społeczeństwie oraz w grupach rówieśników.

Grupa badanej młodzieży szkolnej była zróżnicowana pod wieloma względami, takimi jak: wiek, płeć, pochodzenie społeczne, miejsce zamieszkania, motywów wyboru szkoły, sytuacji mieszkaniowej, materialnej i finansowej. Badano zarówno dziewczęta jak i chłopców, ich wiek wahał się między siedemnastym a dwudziestym pierwszym rokiem życia. Większość to osiemnastolatkowie, a następnie dziewiętnastolatkowie i siedemnastolatkowie. Młodzież w wieku dwudziestu i dwudziestu jeden lat stanowiły pojedyncze osoby.

Według Chodkiewicza i Juczyńskiego [11] znaczny przyrost liczby pijących obserwuje się między 9. a 10. rokiem życia. Większość badanej młodzieży po raz pierwszy spróbowała alkoholu między 14. a 17. rokiem życia, a najliczniej w wieku 15 lat. Analiza badań własnych wykazała, że wiek badanej młodzieży mieścił się w przedziale od 17 do 21 lat i w tej grupie już obserwowano spożywanie alkoholu. W badanej grupie nie było osób młodszych, tak więc trudno jest odnieść wyniki badań do wcześniejszych publikacji. Biorąc pod uwagę płeć większość badanych to dziewczęta, natomiast analizując miejsce zamieszkania zdecydowana liczba zamieszkuje miasta, pozostali to mieszkańcy wsi.

Mając na uwadze kierunek szkoły, najwięcej osób – 98,5% uczyło się w systemie dziennym. Jeśli chodzi o motywację wyboru szkoły, to ankietowana młodzież wybierała według własnych zainteresowań – 66,9%; pozostali kierowali się zainteresowaniem dotyczącym wyboru zawodu – 26,9%, dobrze płatną pracą – 20,8%, a pozostali kierowali się chęcią zaspokojenia ambicji rodziców – 3,1%.

Zdecydowana większość badanych mieszkała razem z rodzicami – 87,7%, pozostałe to internat, wynajmowany pokój i inne.

Biorąc pod uwagę sytuację materialną badanej młodzieży, można stwierdzić, że grupa w większości miała dobrą sytuację materialną – 46,9% i bardzo dobrą – 24,6%. 23,8% badanych osób nie umiała się określić co do swojej sytuacji materialnej.

Charakteryzując badaną młodzież pod względem zależności finansowej, wykazano, że ponad połowa młodzieży była na utrzymaniu swoich rodziców – 50,8%. Pozostali byli częściowo albo całkowicie niezależni finansowo.

Na pytanie: „Jak często w ciągu miesiąca zdarza się Tobie wypić alkohol?" – mniej niż połowa respondentów odpowiedziała, że okazjonalnie – 45,4%. Natomiast 20%, że bardzo rzadko, a 6,2% kilka razy w tygo-

dniu. Żaden badany nie spożywał alkoholu „kilka razy w miesiącu". Podobne badania przeprowadzili Nazarko i Bielska [10], w których prawie ¼ pijących respondentów spożywała alkohol 2 lub 3 razy w miesiącu a 1–2% codziennie. Najrzadziej pijący (12,7%) to ci, którzy pili raz albo dwa razy w miesiącu.

Kolejnym badanym czynnikiem były motywy sięgania po alkohol w opinii młodzieży. W badaniach własnych na pytanie „Dlaczego według Ciebie ludzie piją alkohol?" odpowiedzi udzielili wszyscy badani. Najczęściej po alkohol sięgano dla poprawy humoru (76,9%), natomiast 56,9% z powodu zawodów miłosnych, aby pokonać nieśmiałość 52,3%, a dla „szpanu" 45,4%. Inne podawane motywy, to: dla towarzystwa, rozluźnienia się, z powodu kłopotów rodzinnych, zawodowych, finansowych oraz nieradzenia sobie z problemami.

Tematem motywu sięgania po alkohol zajęła się również w swoich badaniach Kosek-Nita [11], w których po alkohol sięgano dla ciekawości i dotyczy to 30% dziewcząt oraz 29% chłopców. Inne ważne czynniki wpływające na picie alkoholu przez młodzież to chęć zaimponowania, zachęcanie przez dorosłych, możliwość bycia „na luzie", udawanie bycia dorosłym, rozrywka oraz wzorce rodzinne.

Według badań Nazarko i Bielskiej [10] najpopularniejszym napojem alkoholowym było piwo, a najmniej popularnym wino. Wynika z tego, że piwo być może jest tańsze i dostępniejsze niż lepsze gatunkowo wino.

Innym badanym zagadnieniem mającym swoje miejsce w naukowych pracach są informacje dotyczące odmowy sprzedaży alkoholu osobom nieletnim i nietrzeźwym w opinii młodzieży. Według badań własnych większość młodzieży była świadkiem odmowy sprzedaży alkoholu 64,6%, pozostałe osoby nie zetknęły się z taką sytuacją. Z odmową sprzedaży alkoholu osobie nietrzeźwej spotkało się – 26,9% respondentów.

Według badań Nazarko i Bielskiej [10] nieletni mają łatwy dostęp do alkoholu, a 88,5% ankietowanych nie miało problemów z jego zakupem w sklepach; nieletni obecnie mogą kupić alkohol w punktach sprzedaży zarówno tych legalnych jak i nielegalnych.

Green i wsp. [12] „*wskazują, iż częste picie alkoholu więcej niż 20 razy przed szesnastym rokiem życia wiąże się ze zwiększonym ryzykiem stosowania przemocy fizycznej, a zwłaszcza napaści przez młodych na dorosłych.*"

W badaniach własnych zdecydowana większość młodzieży stwierdziła, że radio, prasa i telewizja nie zapobiegają piciu alkoholu – 76,4%. Taka opinia ze strony młodzieży może świadczyć o tym, że obecne działania, programy, kampanie o profilu edukacyjno-profilaktycznym są niezauważalne dla młodzieży lub wywołują niedostateczny efekt. To w konsekwencji może przyczynić się do nieświadomego zwiększenia szkodliwości alkoholu, na organizm młodego człowieka pod względem zdrowia fizycznego i psychicznego.

Wśród czynników, które wykazały istotny związek ze spożywaniem alkoholu w celu urozmaicenia/poprawy zabawy (spotkania towarzyskiego) było zamieszkanie na wsi i mniejszych miastach oraz wsparcie finansowe od rodziców. Być może brak innych rozrywek dla młodzieży i „nadmiar" gotówki stanowi pewne zagrożenie i należy zastanowić się – zwłaszcza opiekunowie osób nieletnich, nad właściwym rozsądnym planowaniem czasu i finansów dla młodego człowieka.

Istotną rolę w częstotliwości spożywania alkoholu miała motywacja: sposób na życie oraz poprawa humoru. Jednak najczęściej taką opcję zaznaczały osoby, które rzadziej spożywały alkohol. Można zatem stwierdzić, że osoby częściej pijące alkohol nie traktują go już jako rozwiązanie, poprawę pewnej sytuacji czy poprawę nastroju. Niepokojący jest również fakt, patrząc na wiek badanej grupy, że istnieje zjawisko spożywania alkoholu dla samego spożywania.

Warto podkreślić, że badania te przedstawiają małą grupę badanych i nie są reprezentatywne, a uzyskane wyniki są oparte na niestandaryzowanych narzędziach badawczych, co może mieć wpływ na ostateczną interpretację uzyskanych danych.

Wnioski

1. Młodzież sięga po alkohol najczęściej z chęci poprawy humoru.
2. Zdecydowana większość badanej młodzieży uważa, że nałogowi alkoholicy powinni podlegać obowiązkowemu leczeniu odwykowemu.
3. Wśród czynników, które wykazały istotny związek ze spożywaniem alkoholu w celu urozmaicenia/poprawy zabawy, było zamieszkanie na wsi i mniejszych miastach oraz wsparcie finansowe od rodziców.
4. W przypadku osób nieletnich nadużywających alkohol ważną rolę odgrywają rodzice/opiekunowie prawni.
5. Uczniowie uważają, że środki masowego przekazu nie zapobiegają alkoholizmowi.

Piśmiennictwo

1. Borowski M, Kłosowska E. Alkoholizm jako rodzaj patologii społecznej. Wyd. Naukowe Novum, Płock-Wyszków. 2010.
2. Kinney J, Lepton G. Zrozumieć alkoholizm. PARPA Warszawa 1994.
3. Falewicz JK. ABC problemów alkoholowych. PARPA Warszawa 1994.
4. Jedynak M. Alkoholizm jako zjawisko patologiczne i społecznie destruktywne. [w:] Uzależnienia oraz związane

z nimi zagrożenia społeczne. Pstrąg D (red). Wyd UR, Rzeszów 2014: 96–117.
5. Van Laere K. Zakłócający wpływ alkoholuna funkcjonowanie granic psychologicznych nastolatka. Remedium 2014, 3: 13.
6. Fudała J. Rozwiązywanie problemów alkoholowych w miejscu pracy. Świat Probl. 2009, 12: 31–33.
7. Foxcroft DR, Lowe G. Adolescent drinking behavior and family socialization factors: a meta-analysis. Journal of Adolescence. 1991; 14(3), 255–273.
8. Sadock BJ, Sadock VA. Concise textbook of child and adolescent psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, a Wolters Kluwer Business. 2009; 171–176.
9. Latendresse SJ, Rose RJ, Viken RJ, Pulkkinen L, Kaprio J, Dick DM. Parenting mechanisms in links between parents' and adolescents' alcohol use behaviors. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2008; 32(2): 322–330.
10. Nazarko K, Bielska DE. Picie alkoholu – częste zachowanie ryzykowne młodzieży szkół ponad gimnazjalnych Przegląd Lekarski. 2012; 10: 881.
11. Kosek-Nita B. Problem alkoholizmu wśród młodzieży szkolnej, a możliwości oddziaływań profilaktycznych. Wyd. Uniwersytetu Śląskiego Chowanna Katowice 2000.
12. Green KM, Doherty EE, Zebrak KA, Ensminger ME. Association between adolescent drinking and adult violence: evidence from a longitudinal study of urban African Americans. Journal of Studies of Alcohol and Drugs. 2011; 5: 701–710.

Artykuł przyjęty do redakcji: 08.08.2020.
Artykuł przyjęty do publikacji: 07.07.2021.

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

Adres do korespondencji:
Katarzyna Plagens-Rotman
ul. Ks. Kard. S. Wyszyńskiego 38
62-200 Gniezno
e-mail: plagens.rotman@gmail.com
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie

© Autor(rzy) 2021. Artykuł opublikowany na zasadach otwartego dostępu, rozpowszechniany na warunkach licencji Creative Commons Attribution (CC BY), wydany przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

WPŁYW ŁOŻYSKA OBWAŁOWANEGO NA PRZEBIEG CIĄŻY, PORODU I WCZESNEGO POŁOGU – ROLA I ZADANIA POŁOŻNEJ

INFLUENCE OD CIRCUMVALLATE PLACENTA ON THE COURSE OF PREGNANCY, DELIVERY, EARLY POSTPARTUM – THE ROLE OF MIDWIFE AND TASKS IN MIDWIFERY CARE

Jadwiga Surówka[1, a], Dorota Matuszyk[2, b]

[1] Studenckie Koło Naukowe Opieki Położniczej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków
[2] Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

[a] https://orcid.org/0000-0003-0170-8820
[b] https://orcid.org/0000-0002-3765-6869

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2021.13

STRESZCZENIE

Łożysko obwałowane występuje jedynie w przebiegu 1–2% ciąż. Panuje przekonanie, iż stanowi istotny klinicznie przypadek położniczy. Etiologia rozwoju łożyska obwałowanego nie została do końca poznana, jednak istnieje kilka teorii dotyczących przyczyn jej występowania. Łożysko obwałowane charakteryzuje się pozakosmówkowym rozwojem łożyska, powodującym powstanie obwałowania wzdłuż brzegów łożyska, co prowadzi do upośledzenia jego wydolności. W konsekwencji często staje się przyczyną wewnątrzmacicznej hipotrofii płodu. Ciąże przebiegające z patologią łożyska klasyfikowane są jako wysokiego ryzyka, wymagające intensywnego monitorowania rozwoju płodu i sprawowania opieki nad matką i płodem przez ośrodek o najwyższej referencyjności. Opieka nad pacjentką w przebiegu ciąży i porodu z patologią łożyska stanowi wyzwanie dla sprawującego opiekę personelu medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem roli opieki sprawowanej przez położne. Położna uczestniczy we wczesnym wykrywaniu niepokojących objawów mogących świadczyć o pogarszaniu się dobrostanu płodu, jak i poddaje ocenie stan ogólny oraz położniczy matki mogący sugerować zagrożenie życia obojga pacjentów. Celem pracy jest przedstawienie, na podstawie dostępnego piśmiennictwa, unikatowej patologii łożyska w kontekście przebiegu ciąży, porodu, połogu oraz konsekwencji dla rozwijającego się płodu, oraz ukazanie roli położnej.

SŁOWA KLUCZOWE: łożysko obwałowane, patologia łożyska, położna, opieka położnicza.

ABSTRACT

The Circumvallate Placenta is a rare pathology of the human placenta that occurs in 1-2% of pregnancies. It is a clinically significant obstetric case. The aetiology of the development of the Circumvallate Placenta is not fully understood, and there are several theories as to the causes of its occurrence. It characterizes extrachorial placental development, resulting in a ring formation along the edges of the placenta, which leads to its efficiency impairment. As a consequence, it causes intrauterine fetal hypotrophy. Pregnancies with placental pathology are classified as high-risk, requiring intensive monitoring of maternal and fetal care by the highest reference clinical centre. Caring for a woman during pregnancy and delivery with placental pathology is a challenge for the healthcare professional, with a particular focus on the role of midwifery care. The midwife early detects disturbing symptoms that may indicate a deterioration of the health condition of the fetus and assess the general and obstetric situation of the mother, which may suggest that both patients' lives are at risk. This study aims to present the extraordinary pathology of the placenta in the course of pregnancy, delivery, postpartum and the consequences for the developing fetus based on the available literature, and make a point of the role of the midwife.

KEYWORDS: circumvallate placenta, placental pathology, midwife, midwifery care.

Wstęp

Łożysko jest wysoce wyspecjalizowanym narządem matczyno-płodowym, który powstaje podczas trwania ciąży, by umożliwić wzrost i rozwój płodu. Pełni wiele istotnych funkcji, bez których wzrastanie płodu w łonie matki byłoby niemożliwe. Odpowiada między innymi za wymianę gazową między matką a płodem, dostarczanie substancji budulcowych, usuwanie produktów przemiany materii oraz pełni rolę gruczołu wydzielania wewnętrznego, uwalniając hormony zarówno do krążenia matki, jak i płodu. Hormony produkowane przez łożysko wpływają na procesy zachodzące w ciąży i przebieg porodu. Stanowi również pierwszą barierę immunologiczną chroniącą płód przed zakażeniem [1]. O rozwoju łożyska możemy mówić od 6–7 dnia po zapłodnieniu, kiedy następuje implantacja zarodka na eta-

pie blastocysty, w zmienionej ciążowo błonie śluzowej jamy macicy – doczesnej. W 14. tygodniu ciąży łożysko prezentuje swoją ostateczną budowę, a dalsze etapy przemian strukturalnych polegać będą na zmianach o podłożu czynnościowym, by sprostać wymaganiom metabolicznym rozwijającego się płodu na każdym etapie jego rozwoju [2].

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie unikatowej patologii łożyska w kontekście przebiegu ciąży, porodu, połogu oraz konsekwencji dla rozwijającego się płodu na podstawie dostępnego piśmiennictwa, a także wskazanie roli położnej.

Łożysko obwałowane

Łożysko obwałowane (ang. circumvallate placenta) jest rzadko występującą patologią łożyska wikłającą 1–2% ciąż [3].

Panuje przekonanie, iż stanowi istotny klinicznie przypadek położniczy, będący wyzwaniem dla personelu sprawującego opiekę nad kobietą ciężarną. Często wiąże się z wysoką częstością poważnych powikłań okołoporodowych. Do tej pory zostały opisane nieliczne przypadki łożyska obwałowanego w historii medycyny perinatalnej. Ustanowienie jednoznacznej diagnozy podczas trwania ciąży stanowi trudność dla wielu specjalistów z dziedziny ginekologii i położnictwa, często wykrycie patologii obwałowania łożyska następuje dopiero przy badaniu łożyska po porodzie [2].

Łożysko obwałowane jest rodzajem łożyska pozakosmówkowego, gdzie błona kosmówki mieści się w pewnej odległości od brzegu łożyska. Usytuowana jest wewnątrz powierzchni łożyskowej, przebiegając w kierunku pępowiny. W łożysku o budowie fizjologicznej kosmówka znajduje swój początek na skraju łożyska. Brzeg łożyska obwałowanego pokrywa pierścień zamykający powstały z włóknika nagromadzonej świeżej bądź skrzepniętej krwi. Obwałowanie zaliczane jest do patologii kształtu łożyska. Zmiany związane z odstępstwem od norm w kształcie łożyska prowadzą do mniejszej wydajności pracy łożyska, a co za tym idzie rzutują na utrudniony rozwój płodu w łonie matki. Pierścień tworzący obwałowanie łożyska znacząco ogranicza całkowitą powierzchnię kosmówki kosmatej [2].

Etiologia rozwoju łożyska obwałowanego nie została do końca poznana. Istnieje kilka teorii dotyczących przyczyn występowania wspomnianej patologii. Jedna z teorii wydaje się być szczególnie ważna i znajduje odzwierciedlenie w badaniach naukowych. Mówi ona o nadmiernej, zbyt głębokiej implantacji zapłodnionej komórki jajowej w ścianie endometrium. Łożysko na wczesnym etapie rozwoju obejmuje więcej niż połowę powierzchni płodowej, następnie wpukla się do jamy macicy, a w tym samym czasie dochodzi do rozciągania się błon płodowych otaczających zarodek. Błona owodniowa rozszerza się stopniowo, płód i płyn owodniowy przedostają się do rosnącego worka owodniowego, podczas gdy nadmiar tkanki łożyska na peryferiach zostaje wycofywany ze ściany macicy poprzez rozdzielenie doczesną podstawową. Oderwany brzeg łożyska powoli zanika i zostaje zepchnięty w kierunku środkowej powierzchni rozwijającego się łożyska, tworząc obwałowanie [2].

Łożysko obwałowane częściej występuje u pierworódek, kobiet > 35. roku życia, a także u kobiet, które przebyły leczenie bezpłodności i zapłodnienie pozaustrojowe in vitro [3].

Wyróżnia się dwie charakterystyczne odmiany łożyska obwałowanego. Uwzględniają one różnice w grubości pierścienia otaczającego łożysko oraz przestrzeni, jaką zajmują w stosunku do całkowitej powierzchni łożyska. Typowe łożysko obwałowane zawiera niewielką powierzchnię zachowanej kosmówki kosmatej i wyraźny, szeroki fibrynowy pierścień, o białawym zabarwieniu, zlokalizowany na obrzeżu łożyska. W pozostałych przypadkach pierścień okalający łożysko jest zauważalnie cieńszy, o niewielkim nagromadzeniu fibryny na obrzeżach, przez co wydaje się być przezroczysty [2].

Łożysko obwałowane można zdiagnozować, opierając się na badaniach ultrasonograficznych 2D, 3D oraz nowoczesnych technikach HDLive Ultrasound [4, 5]. W badaniu ultrasonograficznym uwidoczniony zostaje wzniesiony brzeg łożyska o nieregularnej budowie, dodatkowo występuje obręcz okalająca. Zauważyć można krwiaki podkosmówkowe oraz liczne wakuole [6].

Wpływ łożyska obwałowanego na przebieg ciąży

W I i II trymestrze ciąży występują nawracające krwawienia charakterystyczne dla przebiegu ciąży z łożyskiem obwałowanym. Krwawienia, jak również krwiaki łożyskowe mogą mieć swoje źródło ze strony matczynej, jak i płodowej. Często widoczne w obrazie ultrasonograficznym krwiaki podkosmówkowe są wynaczynieniem krwi, głównie pochodzenia matczynego, do przestrzeni między doczesną a błoną kosmówkową, co powoduje odklejanie się kosmówki – jest to stan zagrożenia ciąży [7]. Część przypadków krwawienia (z wyjątkiem I/II trymestru ciąży) oraz krwiaków podkosmówkowych łożyska staje się mechanizmem prowadzącym do anemii noworodkowej [8, 9] o objawach klinicznych w przebiegu ciąży mogących sugerować obecność łożyska obwałowanego z wystąpieniem: małowodzia, przedwczesnego odpływania płynu owodniowego (PROM; ang. Premature Rupture of Membranes), przedwczesnego odklejania

się łożyska, niewydolności łożyska, hipotrofii płodu, wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu (IUGR; ang. Intrauterine Growth Restriction). Zdiagnozowanie łożyska obwałowanego u ciężarnej jest podstawą do sklasyfikowania ciąży jako ciąży o wysokim ryzyku, zagrażającej porodem przedwczesnym, wiążącej się z ryzykiem powikłań wcześniaczych u dziecka. U dzieci urodzonych z ciąży wikłanej łożyskiem obwałowanym częściej występują zaburzenia oddychania oraz konieczność hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii noworodka [3].

Mając pod opieką kobietę będącą w ciąży wikłanej łożyskiem obwałowanym, położna powinna zwracać szczególną uwagę na ocenę stanu położniczego, ze względu na możliwość wystąpienia charakterystycznych krwawień z dróg rodnych. Położna zbiera informacje o ilości, charakterze i zabarwieniu krwawienia. Gromadzi informacje, czy krwawieniu towarzyszą ból podbrzusza lub skurcze macicy. Dokonuje oceny parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno). Obserwuje pacjentkę pod kątem zwiększonego ryzyka poronienia, objawów porodu przedwczesnego bądź przedwczesnego odklejania się łożyska. Jest to stan bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia zarówno dla ciężarnej jak i płodu [10].

Ograniczenie wydolności łożyska, z jakim mamy do czynienia przy zdiagnozowanym łożysku obwałowanym w przebiegu ciąży, wiąże się z niewykorzystaniem potencjału wzrostowego przez płód i prowadzi do hipotrofii [11, 12]. Rola położnej w opiece nad pacjentką z podejrzeniem lub rozpoznaniem wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu polega na skrupulatnej obserwacji objawów świadczących o zagrożeniu życia płodu. Położna, sprawując opiekę nad ciężarną jako członek zespołu terapeutycznego, jest jedną z pierwszych osób mających kontakt z pacjentką i mogących dostrzec pogarszający się stan płodu.

Wpływ łożyska obwałowanego na poród

Ciąża z patologicznym łożyskiem obwałowanym predysponuje do wystąpienia podczas porodu nasilonego krwawienia, krwotoku, przedwczesnego odklejania się łożyska będącego stanem bezpośredniego zagrożenia życia. Celem opieki położniczej jest wczesne wykrycie niepokojących objawów i przeciwdziałanie ich powikłaniom oraz podjęcie właściwej decyzji dotyczącej sposobu rozwiązania ciąży. Działania położnej powinny być ukierunkowane na prowadzenie wzmożonej obserwacji rodzącej. Częsta ocena stanu ogólnego poprzez pomiar parametrów życiowych i obserwację zachowania rodzącej stanowią główne źródło informacji dla położnej sprawującej opiekę. Następnie częsta ocena stanu położniczego ze szczególną obserwacją pod kątem możliwości wystąpienia krwawienia z dróg rodnych, ocena ilości, charakteru krwawienia stanowią kolejne kluczowe informacje. Położna powinna prowadzić obserwację pod kątem wystąpienia objawów świadczących o przedwczesnym odklejaniu się łożyska [13]. Objawy świadczące o przedwczesnym odklejaniu się łożyska prawidłowo usadowionego to między innymi krwawienie o gwałtownym początku, krwawienie ciemną krwią. Rozpoczynające się od krwawienia wewnętrznego – krwiak narastający pomiędzy ścianą macicy a odklejającym się łożyskiem, następnie krwawienie zewnętrzne. W trakcie skurczu macicy krwawienie zmniejsza się, utrzymuje się po pęknięciu pęcherza płodowego. Silny, kłujący ból w podbrzuszu w okolicy oddzielającego się łożyska [14, 15]. Podczas porodu kluczowa jest również ocena dobrostanu płodu, przeprowadzenie minimum jednego zapisu KTG trwającego nie mniej niż 30 minut [16]. Przy ablacji łożyska u płodu występują w zapisie KTG: bradykardia, cechy zawężenia, zapis sinusoidalny i możliwe deceleracje. Charakterystyczny obraz „zębów piły" – skurcze macicy częste i o niskiej amplitudzie. U rodzącej obserwuje się objawy narastającego wstrząsu [17, 18]. Nie należy zapominać o sprawowaniu holistycznej opieki nad rodzącą oraz osobą towarzyszącą podczas porodu.

Wpływ łożyska obwałowanego na połóg

We wczesnym połogu patologiczne łożysko obwałowane predysponuje do wystąpienia powikłań połogowych, w tym zwiększa ryzyko wystąpienia u położnicy krwotoku położniczego. Celem opieki jest wczesne wykrycie nieprawidłowości w przebiegu połogu oraz objawów mogących sugerować wystąpienie krwotoku położniczego. Działania położnej wiążą się z częstą i regularną oceną stanu położniczego – ocena ilości, charakteru, zabarwienia krwawienia oraz ocena wysokości dna macicy i stopnia obkurczania się mięśnia macicy [19, 20]. Monitorowanie parametrów życiowych położnicy, takich jak temperatura ciała, ciśnienie tętnicze krwi, tętno, zabarwienie powłok skórnych i śluzówek, jak również ocena samopoczucia położnicy.

Podsumowanie

Przebieg procesu terapeutycznego u ciężarnej, rodzącej i położnicy jest indywidualnie opracowany w zależności od sytuacji klinicznej, potrzeb pacjentki oraz jej otoczenia. W przebiegu ciąży wikłanej łożyskiem obwałowanym występują krwawienia w I i II trymestrze ciąży, krwiaki podkosmówkowe łożyska, mogą wystąpić również: małowodzie, przedwczesne odpływanie płynu owodniowego, przedwczesne odklejanie się łożyska, niewydolność łożyska, hipotrofia płodu, wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu płodu, noworodki urodzone za

małe w stosunku do wieku ciążowego. Zdiagnozowanie łożyska obwałowanego jest podstawą do przekazania ciężarnej pod opiekę ośrodka o najwyższej referencyjności wśród opieki perinatalnej, gdyż ciąża zagrożona jest porodem przedwczesnym, a dziecko obciążone jest ryzykiem powikłań wcześniaczych, wymagających intensywnej terapii neonatologicznej w ośrodku o równie wysokim stopniu referencyjności. Łożysko obwałowane nie stanowi przeciwwskazań do porodu siłami natury. W wyniku mogących wystąpić częściej komplikacji okołoporodowych, poród taki zostaje ukończony drogą cesarskiego cięcia. Jednakże szczególną uwagę zwraca się na umożliwienie ukończenia ciąży drogą porodu naturalnego, zapewnienie rodzącej wsparcia poprzez specjalistyczną opiekę medyczną. Łożysko obwałowane wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia krwotoków położniczych. Opieka nad położnicą ma na celu zachowanie niepowikłanego przebiegu połogu. Położna sprawuje holistyczną opiekę okołoporodową nad pacjentką ze zdiagnozowanym łożyskiem obwałowanym i powikłaniami współistniejącymi wynikającymi z wspomnianej patologii łożyska.

Piśmiennictwo

1. Khong TY, Mooney EE, Nikkels PGJ, Morgan TK, Gordjin SJ. Pathology of the Placenta. A Practical Guide. Springer International Publishing AG, 2019.
2. Benirschke K, Burton GJ, Baergen RN. Pathology of the Human Placenta. Springer-Verlag Berlin and Heidelberg GmbH & Co. KG, Berlin 2012.
3. Keski-Nisula E, Heiskanen P, Heinonen S. Extra-membranous pregnancy, prolonged ruptured membranes and circumvallate placenta. AOGS, 2011; 90(10): 1170–1.
4. Donnolley N, Halliday LE, Oyelese Y. Vasa Praevia: a descriptive review of existing literature and the evolving role of ultrasound in prenatal screening. Australas J Ultrasound Med. 2013; 16(2): 71–76.
5. AboEllail MA, Kanenishi K, Mori N, Kurobe A, Hata T. HDlive imaging of circumvallate placenta. UOG. 2015; 46(4): 513–514.
6. Bey M, Dott A, Miller JM. The Sonographic Diagnosis of Circumvallate Placenta. Obstet Gynecol. 1991; 78(3 Pt 2): 515–7.
7. Janowicz-Grelewska A, Sieroszewski P. Znaczenie prognostyczne ultrasonograficznego rozpoznania krwiaka podkosmówkowego dla przebiegu ciąży. Ginekol Pol. 2013; 84: 944–949.
8. Naert MN, Khadraoui H, Muniz Rodriguez A, Naqvi M, Fox NS. Association Between First-Trimester Subchorionic Hematomas and Pregnancy Loss in Singleton Pregnancies. Obstet Gynecol. 2019; 134(2): 276–281.
9. Heller HT, Asch EA, Durfee SM, Goldenson RP, Peters HE, Ginsburg ES et al. Subchorionic Hematoma: Correlation of Grading Techniques With First-Trimester Pregnancy Outcome. J Ultrasound Med. 2018; 37(7): 1725–1732.
10. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. Acta Obstet Gynecol Scand 2011; 90(2): 140–9.
11. Huras H, Radoń-Pokracka M. Wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrastania płodu – schemat diagnostyczny i postępowanie. Ginekol Perinatol Prakt. 2016; 1(3): 107–114.
12. Karowicz-Bilińska A. Wewnątrzmaciczne ograniczenie wzrastania płodu. Ginekol Perinatol Prakt. 2018; 3(3): 92–102.
13. Nkwabong E, Goula GT. Placenta Abruption Surface and Perinatal Outcome. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017; 30(12): 1456–1459.
14. Ananth CV, Lavery JA, Vintzileos AM, Skupski DW, Varner M, Saade G et al. Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications. Am J Obstet Gynecol. 2016; 214(2): 272.e1–272.e9.
15. Downes KL, Grantz KL, Shenassa ED. Maternal, Labor, Delivery, and Perinatal Outcomes Associated with Placental Abruption: A Systematic Review. Am J Perinatol. 2017; 34(10): 935–957.
16. Pinas A, Chandraharan E. Continuous cardiotocography during labour: Analysis, classification and management. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016; 30: 33–47.
17. Alison M, Ayadi EL, Nathan HL, Seed PT, Butrick EA, Hezelgrave NL et al. Vital Sign Prediction of Adverse Maternal Outcomes in Women with Hypovolemic Shock: The Role of Shock Index. PLoS One. 2016; 11(2): e0148729.
18. Jenkins PC, Stokes SM, Fakoyeho S, Bell TM, Zarzaur BL. Clinical indicators of hemorrhagic shock in pregnancy. Trauma Surg Acute Care Open. 2017; 2(1): e000112. Published online 2017 Nov 7.
19. Evensen A, Anderson JM, Fontaine P. Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment. Am Fam Physician. 2017. 1; 95(7): 442–449.
20. Lowe NK. Reconsidering Postpartum Care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2019; 48(1): 1–2.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.10.2020.
Artykuł przyjęty do publikacji: 31.12.2020.

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

Adres do korespondencji:
Jadwiga Surówka
e-mail: jadwiga.surowka@student.uj.edu.pl
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

© Autor(rzy) 2021. Artykuł opublikowany na zasadach otwartego dostępu, rozpowszechniany na warunkach licencji Creative Commons Attribution (CC BY), wydany przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

LITERATURA PIĘKNA NA CZAS STUDIOWANIA W PANDEMII

FICTION FOR STUDENTS DURING THE PANDEMIC

Kamil Konrad Hozyasz

Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

https://orcid.org/0000-0001-8606-2509

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2021.14

STRESZCZENIE

Pandemia COVID-19 powoduje bezprecedensowe cierpienia na całym świecie i stanowi wyzwanie dla gospodarki. Codzienne życie ludzi opiera się na interakcjach społecznych, co jest szczególnie łatwo dostrzegalne w społecznościach studenckich. Pandemia, wywołana przez wirusa SARS-CoV-2, stawia studentów pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego wobec nowych dodatkowych wyzwań. Z jednej strony na ich oczach nastąpiło społeczne dowartościowanie zawodów, które wkrótce będą wykonywali, a z drugiej strony obserwują nieprzygotowanie sektora ochrony zdrowia do walki z pandemią. Dotychczas tych studentów nauczano medycyny, pojmowanej przede wszystkim jako obszerny zasób niepodważalnej wiedzy do wykorzystania niż inkubator poszukiwań. Katastroficzne następstwa pandemii wynikają m.in. z jej nieprzewidywalności, co dobitnie uwidaczniają twórcy literatury pięknej. Celem artykułu było przedstawienie wybranych dzieł literackich z motywem plagi bakteryjnej lub wirusowej. „Szkarłatna dżuma" Londona jest warta przeczytania chociażby dla zyskania nowej perspektywy wobec COVID-19. Dyskusja o wybranych dziełach literatury pięknej może pomóc w przywracaniu równowagi zaburzonej przez pandemię oraz ubogacać zarówno akademików jak i ich studentów.

SŁOWA KLUCZOWE: studenci pielęgniarstwa, dzieła literackie, motyw katastroficznej epidemii, pandemia COVID-19.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has caused unprecedented suffering throughout the world, as well as economic challenges. The everyday life of humans is based on the social character of our species, which is especially evident in the student community. The COVID-19 pandemic has also created new challenges for nursing and medical rescue students. On the one hand, they observe the appreciation of the professions they will soon be doing, and on the other hand, they observe the unpreparedness of the health sector to fight the pandemic. So far, these groups of students have been presented with medicine as a vast resource of knowledge to be used rather than a search incubator. The catastrophic nature of the pandemic results, inter alia, from its unpredictability, which is perfectly illustrated by literary visions of a raging plague. The objective of this paper is to take a look at fictional stories with the motive of catastrophic bacterial or viral infections. London's "The Scarlet Plague" is worth reading again since COVID-19 can be considered our plague. Selected literature works for a guided discussion, in general, may help to restore balance, and make us all, academics and our students, wiser, better persons.

KEYWORDS: nursing students, literature works, catastrophic epidemic theme, COVID-19 pandemic.

Doświadczenie nieprzewidywalności i chaosu rekomendacji przeciwepidemicznych

Pandemia wywołana przez wirusa SARS-CoV-2 stanowi szczególne wyzwanie dla każdego człowieka indywidualnie, obejmując rozważania czy zachoruję ja, moi najbliżsi i jaki będzie przebieg choroby a w przypadku jej ciężkiego wariantu, czy przeżyję i z jakimi powikłaniami, oraz sektora ochrony zdrowia, przedsiębiorców i polityków [1]. Studenci kierunków medycznych, jak wszyscy inni uczący się, musieli odnaleźć się w nowej rzeczywistości ze zdalną edukacją. Frustrację budziły harce tzw. anty-COVID-owców i równoczasowo zmieniające się zalecenia odnośnie zapobiegania przenoszeniu się wirusa SARS-CoV-2. Maseczki zakrywające nos i usta na poszczególnych etapach pandemii w 2020 r. zabezpieczały, były zbędne i ponownie stanowiły obowiązkowy wymóg zwiększenia bezpieczeństwa przy wychodzeniu z domu. Skupisk ludzkich należało bezwzględnie unikać, potem nastał czas dopuszczalności planowych wielopokoleniowych i zarazem wielogodzinnych biesiad, a następnie jedynym rozwiązaniem przy katastroficznym trendzie wzrostu liczby chorych na COVID-19 wymagających tlenoterapii i wentylacji mechanicznej stał się częściowy lock-down. Autor jako nauczyciel akademicki był adresatem pytań studentów kierunków medycznych o osąd brytyjskiej koncepcji niewprowadzania ograniczeń dla społeczeństwa i liczenia na osiągnięcie odporności populacyjnej (mało empatycznie nazywanej stadną) wiosną 2020 r. Wśród młodych ludzi pojawiał się bezwarunkowy protest przeciwko kursowi brytyjskiego

premiera na przeciążenie sektora zdrowotnego i niejako przyzwolenie na śmierć ludzi, jak się wtedy wydawało prawie wyłącznie starych i schorowanych, którym nie będzie można pomóc z powodu braku wolnych miejsc w szpitalach. Apele polityków-medyków o powstrzymanie się obywateli od podróży w połączeniu z ujawnianymi w mass mediach ich prywatnymi zagranicznymi wojażami deprecjonują zarządzających kryzysem.

Studenci kierunków medycznych przeszukujący piśmiennictwo naukowe samodzielnie znajdowali publikacje o charakterze rekomendacyjnym (position statement) sprzed pandemii SARS-CoV-2 wskazujące na konieczność noszenia maseczek chirurgicznych w stanach zagrożenia epidemią wirusa atakującego układ oddechowy, wyposażenia profesjonalistów medycznych w środki ochrony osobistej jak gogle i przyłbice [2], na co zapotrzebowanie o charakterze powszechnym stanowiło „odkrycie" na przełomie lutego i marca 2020 r. w polskim systemie ochrony zdrowia. Zaskoczenie najwyższych państwowych decydentów epidemią wywołaną przez koronawirusa i brak zdecydowanych działań po pierwszych relacjach z Wuhan w styczniu 2020 r. studenci boleśnie konfrontowali z apelami o zapobieganie transmisji wirusów z nietoperzy na ludzi i nie-nowinkarskim podejściem do infekcyjnych chorób w modelu „One Health" Światowej Organizacji Zdrowia [3, 4]. Już w wieloośrodkowym badaniu amerykańsko-brytyjsko-chińskim, przeprowadzonym przez Li i wsp. [3] w latach 2015–2017, pytano mieszkańców prowincji Yunan nie tylko czy jedzą nietoperze, ale czy podejmują środki ostrożności jak założenie maseczek i rękawiczek (!) podczas zakupów na „wet markets", co deklarowało 7,1% respondentów. Słusznie kontestujący przygotowanie merytoryczne decydentów i ich doradców studenci, zamknięci w domach, są dodatkowo obciążeni przez własnych bliskich, którzy traktują ich przynajmniej po części jako osoby powiązane z krytycznie ocenianym sektorem ochrony zdrowia.

Nie ulega wątpliwości, że nierealne byłoby oczekiwanie niezawodnego przygotowania na taką pandemię jak obecna, ale na pewno część serwowanego chaosu przez zarządzających sytuacją kryzysową była do uniknięcia. Wcześniejsze doświadczenia pokonywania SARS nie zostały szeroko spopularyzowane [5]. Historycy są zgodni, że żniwo hiszpanki miało swe źródło w nieuzasadnionym optymizmie ówczesnych ekspertów zamiast skupieniu się na pozyskaniu stałej uwagi społeczeństwa celem modyfikacji zachowań według rekomendowanego modelu profilaktyki [6]. Wirus SARS-CoV-2 jest cały czas poznawany, jak i sposoby oddziaływania na społeczeństwo, by wielokierunkowo przezwyciężyć kryzys generowany przez masowe zachorowania na COVID-19 [7]. Wyścig w kierunku opracowania szczepionek i wykorzystania leków już istniejących oraz wynalezienia nowych to najbardziej oczywiste aktywności. Obarczone one będą i ślepymi zaułkami, na co jest ogólne przyzwolenie [7]. Nowoczesne społeczeństwa przełomu XX i XXI wieku koncentrowały się głównie na wzroście dobrobytu materialnego, a pandemia kształtuje nową „generację koronawirusową", silnie zauważającą własne potrzeby duchowe i znaczenie kontaktów międzyludzkich [8]. Ostatnio Olga Tokarczuk podsumowała „Rezultatów pandemii jest w końcu wiele i są one różnorodne. Najważniejszym jednak wydaje mi się złamanie głęboko uwewnętrznionej narracji, że kontrolujemy świat i jesteśmy panami stworzenia" [9].

Mówienie o pandemii językiem przyjaznym

Twórcy muzyki, m.in. reagge, pokazali jak w udany sposób oswajać problemy związane z egzystencją w czasie pandemii [10]. Na Dalekim Wschodzie szeroko pojęty sektor zdrowia publicznego w walce z pandemią wykorzystuje nowe sposoby przekazywania zaleceń, różniące się co do formy od oficjalnych nakazowych komunikatów. Ciekawe zjawisko stanowi wykorzystywanie tradycyjnej twórczości słowno-muzycznej mniejszości językowo-etnicznych [11]. Klasyczną chińską poezję uznaje się za ważne narzędzie w walce o dobrostan psychiczny społeczeństw Korei Południowej, Japonii i Chin, które wydają się odnosić sukcesy w walce z drugą jesienną falą światowej pandemii w 2020 r. [12]. Dążenie do spokoju wewnętrznego, pojednania z Bogiem dla wierzących, jest ważne w przypadku bardzo namacalnego zagrożenia życia człowieka wskutek choroby [13]. Co interesujące, na Dalekim Wschodzie wdraża się nowatorskie terapie medyczne i równoczasowo wspiera się psychikę chorych oraz daje nadzieję na powstrzymanie choroby za pomocą rozwiązań zaczerpniętych z tradycyjnej chińskiej medycyny, które dawały poczucie sprawstwa nawet na początku pandemii w Wuhan [11, 12, 14].

Wstępne raporty psychologów wskazują, że ze stresem w czasie pandemii lepiej radzą sobie czytelnicy horrorów i opisów zagłady ludzkości [15]. Poszukujący i wcielający nowe rozwiązania zazwyczaj mieli większe szanse przetrwania niż bierni bohaterowie utworów literackich, co po lekturze motywuje do aktywności w przypadku osobistego doświadczania katastrofy. Dla studentów kierunków medycznych, którzy osobiście zderzyli się z takimi wyzwaniami jak przebywanie w izolacji, nauczanie zdalne, duża płynność zaleceń związanych z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 i niejednokrotnie mocno nadwyrężone zaufanie do przedstawicieli medycznego świata nauki, podobnie jak i dla innych uczących się młodych ludzi, wydaje się celowe znalezienie bezpiecznego „laboratorium myślo-

wego" [16, 17]. Psychiatrzy dla zachowania dobrostanu zalecają świadome ustalanie rytmu dobowego, ale i poszukiwanie źródeł inspiracji oraz radości, pozostawanie uważnymi, czemu może służyć odpowiedni dobór lektur [1]. Pandemia COVID-19 jest traumatyczna, ale nie musi stanowić kulturowej traumy, co wnikliwie analizowano w krajach o różnym przebiegu pierwszej fali zakażeń i zamożności obywateli, jak Grecja i Szwecja [18].

Próba wskazania tematycznej prozy na czas pandemii

Izolacja może sprzyjać czytelnictwu literatury pięknej, która spełnia od dawna ważną rolę w edukacji medycznej i rozwijaniu kompetencji zawodowych [19, 20]. Lektura prozy poświęconej fikcyjnym epidemiom stanowi interesujące „laboratorium myślowe" dla studentów kierunków medycznych. Pokazuje kunszt i ograniczenia wyobraźni pisarzy, pośrednio dając zwiększony kredyt zaufania, z prawem do pomyłek, współczesnym ekspertom, którzy usiłują przewidywać kierunki rozwoju pandemii. Porównania epidemii z kart powieści i obecnej pandemii uwidaczniają różnorodność priorytetów ludzi w kryzysie. Burzliwy czas obnaża fałszywą stabilność wielu dotychczasowych fundamentów społeczeństw, na co wskazują przenikliwe autorytety moralne jak Papież Franciszek [8, 21]. Lektura „Dżumy" („La Peste") Alberta Camusa, „Króla Leara" („King Lear") i Księgi Hioba w czasie pandemii to ciekawe wyzwanie intelektualne dla osób z przygotowaniem filozoficznym, ale „laboratorium myślowego" dla przeciętnych studentów można upatrywać w łatwiejszej prozie i poezji [21, 22].

W 1842 r. Edgar Allan Poe (1809–1849) stworzył w „Masce śmierci szkarłatnej" („The Masque of the Red Death") ciekawą alegorię o próbach uniknięcia zarazy. W powieści historycznej „Narzeczeni" („Il promessi sposi") Alessandro Manzoni (1785–1873) opisał epidemię, która nawiedziła Lombardię w 1630 r., pod ówczesną okupacją hiszpańską, a obecnie region ten, wyróżniający się zamożnością i doskonałym systemem opieki medycznej, stanowi część Włoch paradoksalnie najbardziej dotkniętą przez COVID-19 [23]. Powieść Manzoniego przetłumaczyły na język polski: Maria Obrąpalska w 1882 r. i Barbara Sieroszewska w 1958 r. [24].

„Szkarłatna dżuma" („The Scarlet Plague") napisana w 1912 r. przez Jacka Londona (1876–1916) wydaje się idealną pozycją dla studentów sfrustrowanych i zawiedzionych brakiem szybkiego sukcesu medycyny w walce z pandemią. Przedwojenne polskie wydania noweli, w tym w ramach Biblioteki Powieściowej Towarzystwa Wydawniczego „Rój", są trudno dostępne, ale w PRL ukazała się ona w zbiorku opowiadań fantastyczno-naukowych wydawnictwa Czytelnik w nakładzie 50 tys. egzemplarzy i jako oddzielna pozycja w 1994 r. [25, 26]. London stworzył futurystyczną opowieść jeszcze przed zbudowaniem pierwszego mikroskopu elektronowego, umożliwiającego zobaczenie wirusów. Sprawcą epidemii uczynił bakterie („bakteria jest tak mała, że nie można jej zobaczyć"), po zarażeniu człowieka namnażające się skrycie i prowadzące do nieuniknionej śmierci („Twarz i całe ciało stawało się szkarłatne w przeciągu godziny"). Pojęcia dystansu społecznego wprost nie zdefiniował, ale stwierdzał „Im ciaśniej tłoczyli się ludzie – tem straszniejsze przychodziły choroby", „..jedyna rzecz, którą powinniśmy zrobić – to oddzielenie siebie i naszej rodziny w jakiemś bezpiecznem i ustronnem miejscu". Kilka lat przed napisaniem noweli London obserwował, jak niechęć kalifornijskiego gubernatora Henry'ego Gagea do utraty zysków z handlu uniemożliwiła wczesne powstrzymanie rozprzestrzeniania się dżumy w San Francisco [27]. Wymyślona przez Londona pandemia wybuchła w 2013 r., początkowo dotyczyła odosobnionej potężnej aglomeracji (San Francisco) i „nikt nie przejął się zbytnio ową wiadomością", a kilkadziesiąt lat później, w 2073 r. jeden z nielicznych ocalałych – akademik James Howard Smith, już jako starzec, opowiadał chłopcom, wiodącym neo-neolityczny żywot pasterzy kóz, o przebiegu katastrofy z eksplozją bandytyzmu po organizacyjnym upadku państwa. Kunszt wyobraźni Londona polega na wymyśleniu świata z początku XXI wieku m.in. jako globalnej wioski z powszechnie dostępną komunikacją lotniczą i telefoniczną („w owych czasach umieliśmy rozmawiać zarówno przez powietrze, jak przez druty") i wysokim zaufaniem do nauki [28]. W noweli doskwiera skurczenie się aparatu pojęciowego ludzi urodzonych już po katastrofie. W czasie, kiedy u chorych na COVID-19 jest częsta utrata smaku i węchu, emocjonujące skojarzenia budzi kładzenie nacisku przez pisarza na panujący przed klęską dobrobyt. „Myślę czasami, że najbardziej cudowną koroną naszej wspaniałej cywilizacji była właśnie żywność – niezmierna tej żywności obfitość, nieskończona rozmaitość, niewiarygodne wyszukanie." Warto zwrócić uwagę, że London, znany z lewicowych przekonań, najprawdopodobniej nieprzypadkowo wybrał rok 2073 na czas akcji swojej opowieści. W nieprzetłumaczonej na język polski, jednej z pierwszych apokaliptycznych nowel „The Last Man" (1826 r.), pierwotnie odrzuconej przez krytyków literackich, a admirowanej po II wojnie światowej [29], Brytyjka Mary Shelley (1797–1851), znana głównie jako autorka „Frankensteina", opisywała abdykację króla Anglii pod naciskiem społeczeństwa właśnie w 2073 r. Lektura noweli Londona mobilizuje do porzucenia postawy biernej kontestacji i walki z pandemią o zachowanie znanego nam świata. W przypadku przegranej, wygodnego i dostatniego sposobu życia, nam znanego, już nie będzie. Podobne przesłanie ma

powieść „Stacja jedenaście" („Station Eleven") z 2014 r. Kanadyjki Emily St.John Mandel (ur. 1979) [30]. Epidemia „grypy gruzińskiej" szybko rozprzestrzeniała się po świecie. Początkowo do szpitali trafiali pacjenci mający bardzo podobne objawy i często po podróży tym samym samolotem. Umierali pracownicy szpitali. Pisarka bezpośrednio odwołała się do SARS. Szkolący się na ratownika medycznego, Jeevan Chaudhary zdaje sobie sprawę, że ta choroba „…będzie wyznacznikiem życia przed i po. Będzie cienką linią dzielącą jego życie na pół." Przeżyli nieliczni, ludzkość nie cofnęła się drastycznie, ale realia życia zmieniły się. Poetycka wizja świata z pragnieniem sztuki i więzi międzyludzkich mocno zapada w pamięć.

Postać wykształconego we Francji dr. Juvenala Urbino de la Calle, który „zasłynął w kraju /tj. Kolumbii – przypis autora/, powstrzymując na czas, dzięki nowym i drastycznym metodom, ostatnią epidemię cholery…", z „Miłości w czasach zarazy" („El amor en los tiempos del cólera") Gabriela G. Márqueza (1927–2014) ma duży potencjał zaciekawiania czytelnika. Ojcem doktora Urbino był też lekarz „raczej ofiarny niż znamienity, zmarł podczas/wcześniejszej – przypis autora/epidemii cholery azjatyckiej". Można dyskutować o zasadności bycia przez dr. Urbiono „bezwzględnym krytykiem lekarzy, wykorzystujących swój zawodowy prestiż do kariery politycznej" i transponowania tej rekomendacji z XIX wieku do współczesnej Polski. Powieść Márqueza jest jednak przede wszystkim wielkim hołdem dla miłości bez odmawiania do niej prawa ludziom starym [31]. Ma to szczególny wymiar w pandemii COVID-19, kiedy niezrozumienie potrzeby ponoszenia wyrzeczeń przez jednostkę i całe społeczności celem ochrony ludzi w podeszłym wieku można by nazwać ich wykluczaniem z uniwersalnego prawa do miłości. Warto przytoczyć wnikliwą obserwację Tokarczuk „Coraz wyraźniej i głośniej werbalizowany staje się konflikt między starymi i młodymi, widać to szczególnie w przypadku pandemii, którą demonizują jeszcze różnice biologicznej odporności na wirusa… Wnuków i dziadków dzieli dziś więcej niż kiedyś mieszkańców Nowego Jorku i Sandomierza." [9]. Można doszukać się i wielu innych paraleli między powieścią kolumbijskiego noblisty, reprezentującą magiczny realizm, a obecną pandemią [32]. Sam tytuł dzieła jest niejednoznaczny, gdyż hiszpańskie słowo *cólera* oznacza, podobnie jak w języku polskim, chorobę zakaźną cholerę jak i gniew. W piśmiennictwie naukowym znajdują się ciekawe dowody twórczej inspiracji „Miłością w czasach zarazy" profesjonalistów medycznych [33, 34], a między nimi i pielęgniarek [35]. Niestety jakość tłumaczenia „Stacji jedenaście" i „Szkarłatnej dżumy" nie jest porywająca, co szczególnie kontrastuje z pięknymi przekładami Bolesława Leśmiana – „Maski śmierci szkarłatnej" i C. Marrodána Casasa – „Miłości w czasach zarazy", wielokrotnie wznawianej w naszym kraju po pierwszej edycji w 1994 r. [36].

Wątek wykorzystywania szczepionek w sposób destrukcyjny występuje m.in. w „Pielgrzymie" („I Am Pilgrim") Terry'ego Hayesa (ur. 1951) [37]. Główny bohater na ostatnich kartach wielowątkowej powieści demaskuje umieszczenie wirusa ospy w szczepionkach przeciwgrypowych tuż przed sezonem szczepień. Wielokrotnie śmiercionośny wirus pojawiał się także jako konceptualny rekwizyt w bestsellerach ostatnich lat jak „Inferno" Dana Browna (ur. 1964) czy dystopijna trylogia „Oryks i Derkacz/Rok potopu/MaddAddam" („Oryx and Crake/The Year of the Flood/MaddAddam") Kanadyjki Margaret Atwood (ur. 1939). Dla równowagi warto zwrócić uwagę jak zaskakująco mało jest nowel poświęconych hiszpance, napisanych przez świadków tamtej pandemii, co nazwano amnezją postpandemiczną [6]. Do nielicznych wyjątków należy „They Came Like Swallows" z 1937 r., autobiograficzna powieść o Środkowym Zachodzie USA w 1918 r., widzianym oczami ośmioletniego dziecka, Williama Maxwella (1908–2000) [6]. Za to w wielu krajach historycy medycyny interesująco analizowali niefarmakologiczne sposoby walki z hiszpanką, wzorując się na pionierskiej pracy Markela i wsp. [38, 39].

Epidemia przywleczonej z Azji ospy prawdziwej, wygaszonej w ciągu 25 dni, którą opłaciło śmiercią czworo lekarzy i pielęgniarek we Wrocławiu w 1963 r. [39, 40], była przyczynkiem zbeletryzowanej reporterskiej opowieści „Zaraza" Jerzego Ambroziewicza (1931–1995) [41], opublikowanej w 1965 r. i dokumentalnej książki „Ospa 1963. Alarm dla Wrocławia", będącej zwieńczeniem wieloletnich kwerend archiwów, uczestnika tamtych zdarzeń, lekarza zakaźnika, a zarazem poety i publicysty Jerzego B. Kosa (1931–2018) [42].

Epidemie często inspirowały filmowców i twórców gier komputerowych [43], co tematycznie wykracza poza zaplanowany zakres artykułu. Warto jednakże wspomnieć, że wiele anglojęzycznych apokaliptycznych powieści nieprzetłumaczonych na język polski, dla których inspiracją była m.in. „Szkarłatna dżuma", jak np. „Earth Abides" z 1949 r. Georga R. Stewarta (1895–1980) i „I Am Legend" z 1954 r. Richarda Mathesona (1926–2013), zekranizowano.

Spostrzeżenia końcowe

Na podstawie licznych, z założenia interdyscyplinarnych [44], dyskusji prowadzonych ze studentami kierunków medycznych za szczególnie inspirujące i stanowiące przyczynek do „laboratorium myślowego" można uznać trzy z przedstawionych utworów. „Szkarłatna dżuma" będzie odpowiednia dla osób lubiących dość surową narrację reporterską, „Stacja jedenaście" pochłonie po-

szukujących wizji świata z kończącym się biznesem telewizyjnym, Internetem i transportem lotniczym, a żelazną pozycję dla wielbicieli kunsztownej literatury z nurtu realizmu magicznego, z li tylko tematem epidemii jako pretekstem, stanowi „Miłość w czasach zarazy". Powieść Márqueza bywa także wskazywana w przewodnikach lektur, które mogą *stricte* służyć uwrażliwieniu estetycznemu studentów kierunków medycznych jak i ich akademików [45]. Trudne do okiełznania rozprzestrzenianie się wirusa zachęca do refleksji, kim jesteśmy jako społeczeństwo, i do nabywania umiejętności budowania relacji o charakterze profilaktycznym oraz terapeutycznym [1, 46, 47]. Obecna pandemia otwiera także nową płaszczyznę w dyskusji o płciowości człowieka [48]. Co interesujące, w dziełach literackich z wątkiem zarazy nie pojawiał się dotychczas trop zależności podatności na ciężki przebieg choroby od płci.

Wskazany jest wysiłek doboru literatury pięknej, i jego walidacji, zarówno celem wzmacniania umiejętności radzenia sobie czytelnika ze stresem w czasie pandemii jak i nabywania cech, które uznamy za pożądane podczas wykonywania zawodu po pandemii przez obecnych studentów kierunków medycznych [19, 46, 49, 50]. Uzasadniony głęboki krytycyzm wobec systemu ochrony zdrowia u kontestujących młodych ludzi nie powinien osłabiać ich fascynacji medycyną. Dezaprobata Londona wobec wysoce uprzywilejowanej kasty najzamożniejszych i jej niewrażliwości na problemy społeczeństwa jako całości w „Szkarłatnej dżumie" stanowi ciekawy pomost do obecnie toczącej się dyskusji o syndemii, czyli pandemii SARS-CoV-2 z szerokim uwzględnieniem pozamedycznych uwarunkowań [47].

Piśmiennictwo

1. Peteet JR. COVID-19 anxiety. J Religion Health 2020; 59: 2203–2204.
2. Park S, Park JY, Song Y, How SH et al. Emerging respiratory infections threatening public health in the Asia-Pacific region: A position paper of the Asian Pacific Society of Respirology. Respirology 2019; 24: 590–597.
3. Li H, Mendelsohn E, Zong C, Zhang W et al. Human-animal interactions and bat coronavirus spillover potential among rural residents in Southern China. Biosafety Health. 2019; 1: 84–90.
4. McCloskey B, Dar O, Zumla A, Heymann DL. Emerging infectious diseases and pandemic potential: status quo and reducing risk of global spread. Lancet Infect Dis 2014; 14: 1001–1010.
5. Hsin DH, Macer DR. Heroes of SARS: professional roles and ethics of health care workers. J Infect Dis 2004; 49: 210–215.
6. McKnight Nichols C, Bristow N, Ewing ET, et al. Reconsidering the 1918–19 influenza pandemic in the age of COVID-19. J Gilded Age Progressive Era 2020; 19: 642–672.
7. Charlier P, Donell S, Lippi D, bet al. Hydroxy-chloroquine to treat COVID-19 – infected patients: Some lessons from medical anthropology and history of medicine. Ethics Med Publ Health. 2020; 15: 100587.
8. Kowalczyk O, Roszkowski K, Montane X, et al. Religion and faith perception in a pandemic of COVID-10. J Religion Health. 2020; 59: 2671–2677.
9. Tokarczuk O. Człowiek na krańcach świata. Polityka (tygodnik) 2020, nr 40(3281): 24–30.
10. https://news.wbfo.org/post/new-study-coronavirus-songs-africa-looks-impact-music-message (dostęp 30.11.2020).
11. Bai GH. Fighting COVID-19 with Mongolian fiddle stories. Multilingua 2020; 39(5): 577–586.
12. Chen X. Fighting COVID-19 in East Asia: The role of classical Chinese poetry. Multilingua 2020; 39(5): 565–576.
13. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, et al. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. JAMA 2000; 284: 2476–2482.
14. Ni L, Zhou L, Zhou M, et al. Combination of western medicine and Chinese traditional patent medicine in treating a family case of COVID-19 in Wuhan. Front Med. 2020; 14(2): 210–214.
15. Scrivner C, Johnson JA, Kjeldgaard-Christiansen J, Clasen M. Pandemic practice: Horror fans and morbidly curious individuals are more psychologically resilient during the COVID-19 pandemic. Personality Individual Differences. 2020; 168: 110397.
16. Warzocha A. From exclusion to inclusion: Audiovisual identity literature of young students. Elem Edu Theory Pract. 2020; 57(3): 113–125.
17. Malikova DM. Reading and Internet networks during pandemic. Int Sci Rev. 2020; 72(12): 38–40.
18. Demertzis N, Eyerman R. Covid-19 as cultural trauma. Am J Cult Sociol 2020 doi: 10.1057/s41290-020-00112-z.
19. Kidd D, Castano E. Reading literary fiction improves theory of mind. Science 2013; 342(6156): 377–380.
20. Hozyasz KK. Rola literatury pięknej w edukacji medycznej. Piel Zdr Publ. 2020; 10(3): 171–177.
21. Susanto E. Reading the Book of Job and Camus's La Peste during COVID-19. Indonesian J Theology 2020; 8(1): 8–27.
22. Sinha A. King Lear under COVID-19 lockdown. JAMA 2020; 323(18): 1758–1759.
23. Castaldi S, Maffeo M, Rivieccio BA, et al. Monitoring emergency calls and social networks for COVID-19 surveillance. To learn for the future: The outbreak experience of the Lombardia region in Italy. Acta Biomed. 2020; 91(9S): 29–33.
24. Manzoni A. Narzeczeni. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1958.
25. London J. Szkarłatna dżuma. Opowiadania fantastyczno--naukowe. Czytelnik, Warszawa, 1978.
26. London J. Szkarłatna dżuma. Oficyna Wydawnicza SAWA, Warszawa, 1994.
27. Kalisch PA. The black death in Chinatown; plague and politics in San Francisco 1900-1904. Ariz West. 1972; 14(2): 113–136.
28. Riva MA, Benedetti M, Cesana G. Pandemic fear and the literature: observations from Jack London's The Scarlet Plague. Emerg Infect Dis. 2014; 20(10): 1753–1757.
29. Bennet BT. Radical imaginings: Mary Shelley's "The Last Man". Wordsworth Circle. 1995; 26(3): 147–152.
30. St. John E. Stacja jedenaście. Wydawnictwo Papierowy Księżyc, Słupsk, 2015.
31. Clarfield M. Novel medicine: Love in the Time of Cholera. J Royal Soc Med. 2007; 100: 107.

32. Muenke M. Love in the time of COVID-19. Am J Med Genet A. 2020; 182(6): 1299–1301.
33. Baños JE. El valor de la literatura en la formación de los estudiantes de medicina. Educ Medica. 2003; 6(2): 93–99.
34. Toledo-Pereyra LH. Medicine, Gabriel Garcia Márquez, and Love in the Time of Cholera. J Invest Surg. 2008; 21(1): 5–8.
35. Boruń T. Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej i hospicyjnej – opis przypadku Adama. Piel Zdr Publ. 2011; 1(3): 289–295.
36. Marquez GG. Miłość w czasach zarazy. Wydawnictwo Literackie „Muza", Warszawa, 1994.
37. Hayes T. Pielgrzym. Dom Wydawniczy REBIS, Poznań, 2014.
38. Markel H, Lipman HB, Navarro JA, et al. Nonpharmaceutical intervensions implemented by US cities during the 1918–1919 influenza pandemic. JAMA. 2007; 298(6): 644–654.
39. Brown J. Grypa. Sto lat walki. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2019.
40. Żuk P, Żuk P. One of the recent attacks of smallpox in Europe: A massive vaccination campaign during the epidemic in Wrocław in 1963.Vaccine 2019; 37(41): 6125–6131.
41. Kraska-Lewalski A. "Czarna Pani we Wrocławiu…" Epidemia ospy prawdziwej w 1963 r. w archiwum i obiektywie Józefa Bakalarskiego operatora Polskiej Kroniki Filmowej. Czasopismo Zakładu Narodowego im. Ossolińskich 2019; 30: 153–19.
42. Ambroziewicz J. Zaraza. Książka i Wiedza, Warszawa, 1965.
43. Kos JB. Ospa 1963. Alarm dla Wrocławia. Wydawnictwo Warstwy, Wrocław 2017.
44. Podomarof P. Krótko o obecności moru. Colloquia Anthropologica et Communicativa. 2012; 5: 513–524.
45. Sajdak A. Interdyscyplinarność dydaktyki akademickiej. Roczn Komisji Nauk Pedagog. 2016; 69: 5–16.
46. Alerm González A, González Pérez U. Apreciación estética y artistica en el proceso enseñanza-apredizaje de la medicina. Educ Med Super. 2014; 28(4): 766–780.
47. Oatley K. Fiction: simulation of social worlds. Trends in Cogn Sci. 2016; 20(8): 618–628.
48. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. Lancet. 2020; 396(10255): 874.
49. Jahme C, Kutschera U. Biological sex and Covid-19: Science versus ideology. J Behav Health. 2020; 9(2): 1–6.
50. Somerville D, Keeling J. A practical approach to promote reflective practice within nursing. Nursing Times. 2004; 100(12): 42–45.
51. Cox A, Brewster L. Library support for student mental health and well-being in the UK: Before and during the COVID-19 pandemic. J Acad Librarianship. 2020; 56(6): 102256.

Artykuł przyjęty do redakcji: 31.12.2020.
Artykuł przyjęty do publikacji: 25.06.2021.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Kamil Konrad Hozyasz
ul. Sidorska 95/97
21-500 Biała Podlaska
e-mail: khozyasz@gmail.com
Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

© Autor(rzy) 2021. Artykuł opublikowany na zasadach otwartego dostępu, rozpowszechniany na warunkach licencji Creative Commons Attribution (CC BY), wydany przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z ZAĆMĄ – STUDIUM PRZYPADKU

NURSING CARE FOR THE PATIENT WITH CATARACTS – CASE STUDY

Katarzyna Zofia Malewicz[1, a], Małgorzata Musialska[2, b]

[1] Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
[2] Absolwent, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

[a] https://orcid.org/0000-0002-8609-8285
[b] https://orcid.org/0000-0002-8733-2141

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2021.15

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Zaćma to choroba oczu powodująca zmętnienie soczewki oka, objawiająca się stopniowym pogorszeniem jakości widzenia. Jest to schorzenie, które najczęściej dotyczy osób starszych. Wśród czynników ryzyka zachorowania, obok wieku występują również takie czynniki jak: promieniowanie UV, promieniowanie jonizujące, palenie tytoniu czy cukrzyca. Głównym objawem opisywanej choroby jest stopniowa i postępująca utrata ostrości widzenia. Jedyną metodą leczenia jest chirurgiczne usunięcie zmętniałej soczewki oka.
Cel. Celem pracy jest przedstawienie problemów pielęgnacyjnych oraz zaprezentowanie opieki nad pacjentem z zaćmą z uwzględnieniem okresu przedoperacyjnego oraz pooperacyjnego.
Opis przypadku. Mężczyzna w wieku 71 lat z kataraktą niedojrzałą oka prawego, przyjęty na oddział okulistyki w celu leczenia chirurgicznego metodą fakoemulsyfikacji. Informacje o pacjencie zostały pozyskane poprzez wywiad z pacjentem i jego rodziną, badanie fizykalne, obserwację oraz analizę dokumentacji medycznej. Wyodrębnione w pracy problemy pielęgnacyjne dotyczyły sfery psychicznej, deficytu wiedzy i samoopieki oraz zapobiegania powikłaniom pooperacyjnym.
Wnioski. Problemy pielęgnacyjne pacjenta z zaćmą są związane z samą chorobą oraz zaplanowanym zabiegiem operacyjnym. Opieka pielęgniarska nad pacjentem ze zmętniałą soczewką wewnątrzgałkową, zarówno przed, jak i po zabiegu, powinna być kompleksowa i uwzględniać działanie we wszystkich sferach: biologicznej, psychicznej i społecznej. Pacjent skierowany do zabiegu usunięcia katarakty powinien czuć się bezpiecznie i uzyskać wszelkie informacje dotyczące jednostki chorobowej i jej leczenia. Konieczna jest edukacja pacjenta oraz rodziny odnośnie postępowania pooperacyjnego.

SŁOWA KLUCZOWE: zaćma, opieka pielęgniarska, fakoemulsyfikacja ultradźwiękami.

ABSTRACT

Introduction. A cataract is an eye disease causing eye lens turbidity, which appears through gradual deterioration in vision quality. A cataract is an affliction touching mostly older people. Next to age, there are such factors as UV radiation, ionizing radiation, smoking tobacco or diabetes among risk factors of cataract occurring. The main symptom of cataract is a gradual and progressive decrease in visual acuity. The only cure is turbid eye lens surgical removal.
Aim. The study aims to show nursing problems and identify care problems of a patient with cataract disease, including a preoperative and post-operative period.
Case study. A 71-year-old man with right eye immature cataract placed in the ophthalmic ward with the aim of surgical method of phacoemulsification treatment. Information about the patient was sourced through an interview with the patient and his family, physical examination, observation and medical records analysis. Care problems mentioned in the thesis involve mental sphere, knowledge and self-care deficit and prevention from post-operative complication.
Conclusions. The patient's care problems with cataract are related to the disease itself and planned cataract removing surgery. Nursing care of the patient with cataract, both before and after cataract removing surgery should be complex and provide for action in all spheres: biological, psychical and social. Patient directed to cataract removal procedures should feel safe and receive all the information about the disease entity and its treatment. Both patients and his family education about post-operative behaviour are essential.

KEYWORDS: cataract, nursing care, phacoemulsification with ultrasound.

Wstęp

Zaćma (łac. *cataracta*) to choroba oczu, która prowadzi do zmętnienia soczewki oka. Postępujący proces mętnienia soczewki powoduje zaburzenia widzenia, co w konsekwencji może skutkować utratą wzroku. Katarakta jest chorobą uleczalną, którą można wyleczyć jedynie operacyjnie. Szacuje się, że obecnie choruje na nią ponad 17 milionów ludzi [1, 2].

Czynniki wpływające na rozwój choroby to: wiek powyżej 40 lat, promieniowanie UVB, promieniowanie jonizujące, palenie papierosów, cukrzyca typu I i II, a także inne choroby m.in.: atopowe zapalenie skóry, ichtioza, dystrofia miotoniczna, zespół Wernera, zespół Alporta [3].

Głównym objawem zaćmy jest stopniowa i postępująca utrata ostrości widzenia. Inne objawy, które mogą się pojawić u chorych to: poprawa ostrości widzenia do bliży, pogorszenie wzroku w jasnym świetle oraz zmiany dotychczasowej wady refrakcji. U pacjentów z postacią dojrzałą choroby występuje prawie całkowita utrata widzenia, chorzy zachowują jedynie poczucie światła [1, 4].

Podstawą diagnostyki katarakty są objawy, które zgłasza pacjent oraz wynik badania w lampie szczelinowej. Kolejnymi krokami diagnostycznymi są badanie refrakcji i ocena ostrości wzroku do dali i bliży, a także badanie wrażliwości na kontrast [4]. W Polsce obowiązują ścisłe wytyczne kwalifikacji do zabiegu usunięcia zaćmy określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia – najnowsze wytyczne zostały wprowadzone w lutym 2020 r. [5].

Obecnie większość zabiegów wykonywana jest w trybie jednodniowym, przez co opieka nad pacjentem wymaga obecności innych osób, często członków rodziny czy opiekunów, którzy przywożą i odbierają po operacji oraz towarzyszą pacjentowi na wizycie kontrolnej następnego dnia po zabiegu. Zakres postępowania przedoperacyjnego należy przekazać pacjentowi już na wizycie kwalifikacyjnej, aby mógł się odpowiednio przygotować i poprosić rodzinę o wsparcie. W dniu poprzedzającym zabieg chory wykonuje w domu toaletę całego ciała wraz z umyciem głowy i włosów. Do szpitala pacjent zgłasza się w wyznaczonym wcześniej dniu zabiegu, na czczo (powinno być to, co najmniej 8 h przerwy od ostatniego posiłku). Przed samą operacją pacjent powinien zdjąć biżuterię, usunąć protezę zębową, zmyć makijaż oraz lakier z paznokci. Kolejnym etapem przygotowań jest przebranie się w bieliznę operacyjną. Pielęgniarka asystuje choremu, w razie konieczności udziela pomocy w przygotowaniach, jak również udziela wsparcia psychicznego. Przed przekazaniem chorego na blok operacyjny wykonywane są pomiary podstawowych parametrów życiowych, takich jak: ciśnienie krwi, tętno, saturacja, temperatura ciała oraz zbierany jest wywiad, dotyczący aktualnego stanu zdrowia, samopoczucia chorego, aktualnie zażywanych leków. Kompletowana jest również dokumentacja medyczna pacjenta [6].

W postępowaniu przedoperacyjnym wszyscy pacjenci powinni zostać poddani całościowemu badaniu okulistycznemu. Jednym z najistotniejszych elementów działań przedoperacyjnych w chirurgii zaćmy jest dobór soczewki wewnątrzgałkowej, która ma zostać wszczepiona [5, 6].

Odpowiednie przygotowanie psychiczne, fizyczne oraz farmakologiczne do zabiegu usunięcia zmętniałej soczewki wewnątrzgałkowej jest istotnym elementem procesu leczniczo-terapeutycznego. Obecnie większość operacji przeprowadzana jest w znieczuleniu miejscowym – podanie kropli do worka spojówkowego (np. Alcaina, Pantacaina). W niektórych przypadkach wykorzystuje się znieczulenie pozagałkowe lub okołogałkowe (2% lignokaina + 0,5% bupiwokaina). Stosuje się również profilaktykę przeciwzapalną wnętrza gałki ocznej – w okresie przed- i pooperacyjnym prowadzona jest antybiotykoterapia z wykorzystaniem antybiotyków z grupy fluorochoinolów oraz farmakoterpaia NLPZ [1, 7, 8, 10, 17]. Wynikiem przeprowadzonej operacji zaćmy jest zauważalna poprawa jakości widzenia [1].

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z kataraktą oraz uwzględnienie okresu okołooperacyjnego. W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku opierającą się na procesie pielęgnowania. Informacje na temat stanu pacjenta pozyskano na podstawie wywiadu z pacjentem oraz rodziną podczas wizyt w szpitalu, badania fizykalnego, obserwacji oraz analizie dokumentacji medycznej.

Opis przypadku

Mężczyzna lat 71, przyjęty w trybie planowym na Oddział Okulistyczny Chirurgii Jednego Dnia z rozpoznaniem zaćmy niedojrzałej oka prawego, zakwalifikowany do zabiegu metodą fakoemulsyfikacji w znieczuleniu miejscowym.

Podczas przygotowania do zabiegu wykonano badanie przedmiotowe i podmiotowe chorego. Mężczyzna w stanie ogólnym dobrym, parametry życiowe w granicach normy: ciśnienie tętnicze 134/72 mmHg, tętno 68 ud/min, oddech 17 oddechów/min, temperatura 36,7ºC. Badanie fizykalne chorego bez odchyleń od normy. Dotychczas mężczyzna nie przebył żadnej operacji. Podczas rozmowy nie zgłasza żadnych dolegliwości. Wśród chorób współistniejących pacjent podaje astmę oskrzelową. Choroba jest ustabilizowana, dzięki przyjmowanym raz dziennie lekom: Budesonide Easyhaler 200 µg wziewnie, Euphyllin Long 300 mg p.o., Astmodil 10 mg p.o. Choremu towarzyszyła żona i córka, które zobowiązały się do jego odbioru po zabiegu.

Z wywiadu z pacjentem uzyskano informację, że problemy ze wzrokiem pojawiły się około 1–1,5 roku temu. Pacjent podaje, że zauważył pogorszenie się ostrości wzroku, nadwrażliwość na intensywne światło

i postrzeganie obrazu „za mgłą", a także sporadycznie obserwował podwójne widzenie. Objawy te skłoniły go do konsultacji okulistycznej, podczas której lekarz postawił diagnozę i zakwalifikował go do zabiegu usunięcia zaćmy.

Pacjent zgłosił się na oddział okulistyczny w wyznaczonym terminie i rozpoczęto procedurę przygotowania do zabiegu. U mężczyzny podjęto próbę oceny refrakcji za pomocą autorefraktometru – bezskutecznie oraz przeprowadzono keratometrię i USG gałki ocznej w celu doboru wielkości soczewki. Zgodnie z obowiązującą procedurą dokonano zaznaczenia miejsca operowanego poprzez napisanie niezmywalnym markerem na powiece znaku „X" oraz założono kaniulę dożylną w rozmiarze 20 G, w żyłę, w zgięciu łokciowym. Pacjent otrzymał premedykację – Relanium 5 mg *p.o.* oraz Cyclonamine 500 mg *p.o.* Następnie zakroplono oko operowane każdym z leków: Naclof oraz Monafox. Po podaniu wyżej wymienionych leków, pacjent został przekazany na blok operacyjny, gdzie kontynuowano podawanie kolejnych preparatów: Neosynephrin–POS 10% oraz Alcaine.

U mężczyzny wykonano zabieg usunięcia zaćmy metodą fakoemulsyfikacji i wszczepiono sztuczną soczewkę – POLYLENS A66* ØT = 13 mm, ØB = 6 mm o mocy 23,5D. Operacja zakończyła się po około 30 minutach, następnie pacjent został przekazany na oddział okulistyczny, gdzie poddano go dwugodzinnej obserwacji pod kątem wystąpienia wczesnych powikłań pooperacyjnych, takich jak: obrzęk spojówki, wylew podspojówkowy, obrzęk rogówki, nagły wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego oraz nieszczelność rany pooperacyjnej. Monitorowano również parametry życiowe chorego i jego ogólne samopoczucie. Podczas obserwacji nie zauważono niepokojących symptomów, świadczących o potrzebie przedłużenia pobytu pacjenta w szpitalu. Zgodnie z procedurą chory został wypisany do domu. Na operowane oko został założony opatrunek, który miał być utrzymany do wizyty kontrolnej, wyznaczonej na następny dzień. Pacjent otrzymał dokładne zalecenia dotyczące stosowania poszczególnych leków: Tropicamidum WZF 1% 3 razy dziennie OP przez 3 dni; Oflodinex 3 razy dziennie OP przez 2 tyg.; Dexamethason WZF 0,1% 4 razy dziennie OP przez 2 tyg.; Yellox 3 razy dziennie OP przez 4 tyg.

Problemy pielęgnacyjne

Problem pielęgnacyjny 1. Deficyt samoopieki w przygotowaniu się pacjenta do operacji na skutek niedowidzenia.

Cel: Kompensacja samoopieki pacjenta.

Działania pielęgniarskie: Zapewnienie odpowiednich warunków podczas przygotowywania się do operacji. Zadbanie o intymność. Zaoferowanie pomocy choremu w rozbieraniu się przed wykonaniem toalety. Przygotowanie pacjentowi niezbędnych przyborów do wykonania toalety całego ciała. Udzielenie pomocy podczas toalety. Pomoc pacjentowi przy zakładaniu odzieży przeznaczonej do operacji. Przypomnienie choremu o niemożności spożywania posiłków i napojów. Polecenie zdjęcia protez zębowych, biżuterii i ich przekazanie do depozytu lub rodzinie.

Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent chętnie podejmuje próby samodzielnej toalety ciała, jak również ubierania się. Cel został osiągnięty.

Problem pielęgnacyjny 2. Ryzyko wystąpienia ataku astmatycznego będącego skutkiem stresującej sytuacji, jaką jest zabieg usunięcia zaćmy.

Cel: Niedopuszczenie do wystąpienia ataku astmatycznego lub wczesne jego rozpoznanie.

Działania pielęgniarskie: Zapewnienie spokoju i bezpieczeństwa pacjentowi. Dokładne omówienie postępowania przedoperacyjnego, przebiegu zabiegu oraz udzielenie odpowiedzi na pytania chorego. Zaprezentowanie ćwiczeń oddechowych oraz relaksacyjnych i polecenie ich wykonywania do momentu przekazania na blok operacyjny. Podłączenie pacjentowi pulsoksymetru w celu monitorowania saturacji. Informowanie lekarza o stanie pacjenta. Przygotowanie leków, których podanie będzie konieczne w przypadku napadu – β–mimetyki wziewne krótkodziałające i glikokortykosteroidy. Przygotowanie zestawu do tlenoterapii w razie konieczności podłączenia. Poinformowanie pacjenta o konieczności zgłaszania wszelkich dolegliwości.

Ocena działań pielęgniarskich: Nie doszło do zaostrzenia astmy oskrzelowej. Cel został osiągnięty.

Problem pielęgnacyjny 3. Lęk i niepokój pacjenta spowodowany zaplanowaną operacją usunięcia zaćmy.

Cel: Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa i komfortu psychicznego, zmniejszenie niepokoju.

Działania pielęgniarskie: Wprowadzenie pacjenta i zapoznanie z topografią oddziału – wskazanie gabinetów lekarskich, pokoju zabiegowego oraz konsoli pielęgniarskiej. Przedstawienie pacjentowi lekarza prowadzącego, pielęgniarki sprawującej opiekę nad pacjentem oraz anestezjologa, który będzie obecny podczas zabiegu. Wskazanie sali wraz z łazienką chorego oraz zaznajomienie z innymi chorymi, przebywającymi na tej sali. Omówienie planu działania w związku z zaplanowaną operacją oraz omówienie czynności, które będą wykonywane w ciągu dnia. Przekazanie pacjentowi i jego rodzinie informacji, że mogą pozostać w sali chorego podczas całego okresu pobytu mężczyzny na oddziale.

Ocena działań pielęgniarskich: Zastosowanie powyższych czynności pielęgniarskich zapewniło osiągnięcie celu. Bezpieczeństwo pacjenta oraz jego komfort psychiczny uległy poprawie.

Problem pielęgnacyjny 4. Deficyt wiedzy chorego na temat planowanego zabiegu operacyjnego.

Cel: Podniesienie poziomu wiedzy pacjenta na temat zabiegu usunięcia zaćmy metodą fakoemulsyfikacji.

Działania pielęgniarskie: Edukacja pacjenta w zakresie zabiegu usunięcia zaćmy metodą fakoemulsyfikacji. Poinformowanie pacjenta o możliwości zadawania pytań w razie wątpliwości. Udzielanie odpowiedzi w przypadku pojawienia się niejasności. Informowanie pacjenta o każdej wykonywanej czynności pielęgniarskiej.

Ocena działań pielęgniarskich: Prowadzone działania pielęgniarskie pozwoliły osiągnąć cel i zwiększyć poziom wiedzy pacjenta.

Problem pielęgnacyjny 5. Ryzyko upadku pacjenta spowodowane niedowidzeniem oraz założonym opatrunkiem na operowanym oku.

Cel: Zminimalizowanie ryzyka upadku.

Działania pielęgniarskie: Stworzenie pacjentowi warunków do swobodnego poruszania się po sali. Usunięcie niepotrzebnych przedmiotów np. stojaków na kroplówki. Asekurowanie pacjenta podczas pierwszej próby wstania z łóżka. Asystowanie choremu przy pierwszej próbie poruszania się. Jeśli będzie taka konieczność zapewnienie pacjentowi sprzętu asystującego np. balkonika.

Ocena działań pielęgniarskich: Nie doszło do upadku. Cel został osiągnięty.

Problem pielęgnacyjny 6. Obawy chorego przed powrotem do domu wynikające z deficytu wiedzy na temat postępowania pooperacyjnego.

Cel: Edukacja pacjenta na temat postępowania pooperacyjnego.

Działania pielęgniarskie: Przekazanie pacjentowi informacji o planowanej godzinie wypisu. Polecenie, aby nie dotykać i nie zdejmować opatrunku (z wyjątkiem momentu, kiedy należy zaaplikować zalecone w postępowaniu pooperacyjnym krople) założonego na oku prawym, aż do wizyty kontrolnej zaplanowanej w następnym dniu. Szczegółowe wytłumaczenie zaleceń dotyczących stosowania kropli oraz rozwiązanie wątpliwości pacjenta. Poinformowanie mężczyzny o konieczności przybycia na wizytę kontrolną w następnym dniu. Zwrócenie uwagi pacjentowi na systematyczne kontrole w poradni okulistycznej według ustalonego harmonogramu.

Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent został wyedukowany. Cel został osiągnięty.

Problem pielęgnacyjny 7. Deficyt wiedzy rodziny pacjenta na temat postępowania pooperacyjnego po operacji usunięcia zaćmy.

Cel: Edukacja rodziny, zwiększenie poziomu wiedzy.

Działania pielęgniarskie: Poinformowanie rodziny o możliwości rozmowy z lekarzem operującym. Zwrócenie uwagi rodzinie na konieczność pozostawienia przez pacjenta opatrunku pooperacyjnego do momentu kontroli u lekarza okulisty. Przekazanie zaleceń oraz schematu aplikowania kropli do oka operowanego i rozwiązanie wszelkich wątpliwości z tym związanych. Wytłumaczenie konieczności mycia rąk przed każdym zakropieniem oka operowanego oraz przechowywania kropli w oryginalnych pojemnikach z zabezpieczoną końcówką do zakrapiania. Przekazanie broszury zawierającej informacje na temat postępowania po operacji usunięcia zaćmy. Omówienie z rodziną poszczególnych etapów rekonwalescencji po operacji zaćmy.

Ocena działań pielęgniarskich: Poziom wiedzy rodziny pacjenta jest wyższy. Cel został osiągnięty.

Problem pielęgnacyjny 8. Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej.

Cel: Zmniejszenie ryzyka zakażenia rany pooperacyjnej.

Działania pielęgniarskie: Dokładne umycie i zdezynfekowanie rąk przed pierwszym założeniem lub ponowną zmianą opatrunku. Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki. Staranne założenie opatrunku pooperacyjnego. Obserwacja założonego opatrunku i ewentualnych przesięków. Zmiana opatrunku tylko i wyłącznie w przypadku konieczności oraz konsultacja lekarska. Przekazanie pacjentowi polecenia, aby nie dotykał i nie zdejmował samodzielnie opatrunku.

Ocena działań pielęgniarskich: Należy kontynuować działania, aż do momentu zagojenia się rany pooperacyjnej i zdjęcia opatrunku. Cel nie został osiągnięty.

Dyskusja

Zaćma powoduje zmętnienie soczewki oka, jest chorobą postępującą i prowadzi do stopniowego obniżenia jakości widzenia, a nawet utraty wzroku. W pracy został opisany przypadek typowej katarakty starczej. Głównym i najbardziej charakterystycznym objawem tej choroby, który wystąpił również w opisanym przypadku, jest stopniowe pogorszenie się ostrości wzroku. Ponadto wyróżnia się takie objawy, jak: nadwrażliwość na jasne światło lub podwójne widzenie [4], które również zaobserwowano u opisywanego pacjenta.

Operacja chirurgicznego usunięcia zmętniałej soczewki oka to obecnie jedyna możliwa metoda leczenia. W opisanym przypadku zastosowano najpopularniejszy sposób usunięcia zmienionej chorobowo soczewki we-

wnątrzgałkowej – zewnątrztorebkowa metoda fakoemulsyfikacji. Zabieg z wykorzystaniem tej metody polega na emulsyfikacji jądra soczewki pod wpływem ultradźwięków i wyssania masy soczewkowej. W tej technice stosuje się niewielkie cięcie operacyjne – około 3,0 mm, umożliwia to wprowadzenie miękkiej soczewki wewnątrzgałkowej oraz stabilność i szybsze gojenie rany w okolicy rogówki [2].

Standardem przygotowawczym do operacji zaćmy jest farmakologiczne przygotowanie pacjenta. W omówionym przypadku zastosowano premedykację doustną w postaci Relanium w dawce 5 mg, ponadto pacjent otrzymał doustnie lek przeciwkrwotoczny – Cyclonamine 500 mg, co nie jest typowym postępowaniem. Bajurna i Nowakowska opisują w swoim artykule przypadek, u którego jako premedykację zastosowano Dormicum 3,75 mg *p.o.* [9].

Według wytycznych Polskiego Towarzystwa Okulistycznego w leczeniu operacyjnym katarakty podczas okresu przedoperacyjnego należy zastosować – tropikamid 1% i/lub fenylefryna 10% w celu rozszerzenia źrenic. W opisywanym przypadku została podana tylko Neosynephrin–POS 10%. U niektórych chorych zleca się podanie obu ww. leków. Odstępstwem w opisywanym przypadku było zastosowanie do znieczulenia powierzchniowego środka o nazwie Alcaine, gdyż zgodnie z zaleceniem stosuje się preparat o nazwie Mydrane. PTO w swoich wytycznych zwraca uwagę również na zastosowanie antybiotyku oraz NLPZ w postaci kropli w postępowaniu przedoperacyjnym, u operowanego pacjenta były to analogicznie Monafox oraz Naclof [10].

U chorych ze zdiagnozowaną zaćmą następuje pogorszenie się wzroku, co znacząco wpływa na jego jakość życia oraz może powodować różne urazy i upadki, a także ograniczenia np. uniemożliwiać wykonywanie ulubionych zajęć lub pracy zawodowej. Prowadzone przez Kurowską i Celmer-Ozdowską badania nie potwierdziły, że obniżona jakość życia wynikająca ze zdiagnozowanej zaćmy prowadziła do rozwoju depresji [11].

W badaniach przeprowadzonych przez Partykę-Mizercką i Słotę, których celem była subiektywna ocena pacjentów ich jakości życia po przebytej operacji zaćmy, wykazano, że zabieg ten znacząco poprawia jakość życia osób, u których rozpoznano tę chorobę. Analiza wyników wykazała, że ponad połowa badanych pacjentów po operacji uznaje swoją jakość życia za dobrą [12].

Zaćma najczęściej dotyczy pacjentów w wieku podeszłym, może ona prowadzić do utraty wzroku. Według danych statystycznych publikowanych przez NFZ w Polsce co roku przeprowadza się około 300 tysięcy zabiegów operacyjnych usunięcia zaćmy. Znaczący wzrost wykonywanych zabiegów usunięcia zaćmy nastąpił po 1 kwietnia 2018 roku, kiedy to Minister Zdrowia zniósł limity finansowania powyższego zabiegu. W pierwszej połowie 2019 roku w Polsce wykonano ponad 170 tysięcy zabiegów usunięcia katarakty [13].

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z zaćmą powinna być kompleksowa i zindywidualizowana, uwzględniać każdą ze sfer: biologiczną, psychologiczną i społeczną. Ważnym elementem takiej opieki jest edukacja pacjenta i jego rodziny, zapewnienie im poczucia bezpieczeństwa oraz przekazanie informacji odnośnie zalecanej pielęgnacji pooperacyjnej w domu. Pacjent powinien zminimalizować wysiłek fizyczny w dniu zabiegu i prowadzić oszczędzający tryb życia w kolejnych dobach. Zaleca się unikanie dotykania, pocierania, mycia i moczenia opatrunku, niewskazane jest podnoszenie przedmiotów ważących więcej niż 5 kg, obserwację operowanego oka pod kątem bólu, tkliwości uciskowej, nadmiernego zaczerwienienia czy też obrzęku oraz kontrolę temperatury ciała. Nie należy prowadzić pojazdów mechanicznych do momentu powrotu ostrego widzenia w oku operowanym, niewskazane jest pochylanie się i duży wysiłek fizyczny mogący nadmiernie podnieść ciśnienie wewnątrzgałkowe. Pacjent powinien wiedzieć, że dotychczas używane okulary korekcyjne, po operacji i wygojeniu oka operowanego, mogą nie spełniać swojej roli i konieczne będzie dobranie nowej korekcji okularowej. Pielęgniarka lub pielęgniarz opiekujący się pacjentem po zabiegu usunięcia zaćmy musi posiadać specjalistyczną wiedzę dotyczącą tej choroby i metod jej leczenia.

Piśmiennictwo

1. Grzybowski A. Okulistyka. Wrocław: Wydawnictwo Edra Urban & Partner; 2017. 147–156.
2. Wilczyńska J, Bogusławski S, Plisko R. Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa. Polskie Towarzystwo Okulistyczne; 2012.
3. Burduk-Seredyka M, Błoch W, Stępniewski P. Zaćma – problemy starzejącego się społeczeństwa cz. I. Optyka. 2019; 3(58): 70–73.
4. Burduk-Seredyka M, Błoch W, Stępniewski P. Zaćma – problemy starzejącego się społeczeństwa cz. II. Optyka. 2019; 4(59): 68–71.
5. Polskie Towarzystwo Okulistyczne: Standardy kwalifikacji do zabiegu usunięcia zaćmy – nie dotyczy dzieci, akt.: 2020.
6. Burduk-Seredyka M, Błoch W, Stępniewski P. Zaćma – problemy starzejącego się społeczeństwa, cz. III. Optyka. 2019; 5(60): 70–74.
7. Łukieńczuk T. Pielęgniarstwo operacyjne, wyd. 1 dodruk. Wydawnictwo Edra Urban & Partner. Wrocław. 2015; 671 – 675.
8. Wieczorek-Wojtaszek W, Dmitriew A. Leczenie przeciwzapalne po operacji usunięcia zaćmy. Świat Lekarza; 2019; 4(72): 50–52.
9. Bajurna B, Nowakowska I. Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem operowanym z powodu zaćmy metodą fakoemulsyfikacji. Pielęgniarstwo Polskie. 2010; 1(35): 59–64.

10. Polskie Towarzystwo Okulistyczne: Wytyczne leczenia operacyjnego zaćmy, akt.: 2016.
11. Kurowska K, Celmer-Ozdowska I. Depresyjność, a jakość życia u osób z rozpoznaną zaćmą. Hygei Public Health. 2014; 49(3): 554–559.
12. Partyka-Mizeracka A, Słota D. Jakość życia po przebytej operacji zaćmy – subiektywna ocena pacjentów. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2018; Vol 174(65): 22–25.
13. https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=2 [dostęp online 24. 05. 2020].

Artykuł przyjęty do redakcji: 23.06.2020.
Artykuł przyjęty do publikacji:14.01.2021.

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

Adres do korespondencji:
Katarzyna Malewicz
ul. Kazimierza Bartla 5
50-996 Wrocław
e-mail: katarzyna.malewicz@umed.wroc.pl
Zakład Onkologii i Opieki Paliatywnej, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego" w roku 2020
Reviewers of 'Polish Nursing' in 2020

dr Edyta Cudak, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr hab. Adam Czabański, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Beata Dziedzic, Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Joanna Hoffmann-Aulich, Uniwersytet Zielonogórski (Polska)
dr Anna Majda, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie (Polska)
dr Patrycja Marciniak-Stępak, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
prof. Mariola Pawlaczyk, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Krystyna Piskorz-Ogórek, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie (Polska)
dr Regina Sierżantowicz, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)
dr Beata Skokowska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Magdalena Strugała, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Sławomir Szymański, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie (Polska)
prof. Ewa Wilczek-Rużyczka, Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie (Polska)

WSKAZÓWKI DLA AUTORÓW

WSTĘP

Informacje dla autorów
„Pielęgniarstwo Polskie" jest kwartalnikiem. Zamieszcza recenzowane prace oryginalne, poglądowe i kazuistyczne oraz recenzje książek, sprawozdania ze zjazdów naukowych, notatki kronikarskie, wspomnienia pośmiertne itp. napisane w języku polskim oraz angielskim. Czasopismo ukazuje się w papierowej wersji pierwotnej oraz w wersji elektronicznej w systemie open-access na stronie internetowej http://www.pielegniarstwo.ump.edu.pl/. Siedziba redakcji czasopisma mieści się w Katedrze Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, ul. Mariana Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań.

Zgłoszenia prac
Prace należy przesyłać drogą elektroniczną poprzez internetowy system redakcyjny przetwarzania prac „Open Journal Systems" (OJS), dostępny w zakładce „zgłaszanie manuskryptów on-line". Pracę należy wprowadzić do systemu zgodnie z instrukcją, po uprzednim zalogowaniu się lub zarejestrowaniu – w przypadku braku swojego konta w systemie. W procesie zgłaszania pracy w systemie OJS należy pamiętać o wprowadzeniu danych:
– imię i nazwisko wszystkich autorów z afiliacją (skorzystać z opcji „dodać autora"),
– skan wypełnionego druku **Oświadczenia autorów** w pliku pomocniczym systemu edytorskiego. Wzór oświadczenia dostępny jest na: oswiadczenie.doc,
– adres autora, do którego będzie kierowana korespondencja. Adres należy wpisać wyłącznie w biogramie pod afiliacją wybranego autora. Należy podać: imię i nazwisko, pełny adres (ulica, kod, miejscowość), numer telefonu (służbowy), e-mail, afiliację autora.

Przygotowanie manuskryptu
Tekst powinien być napisany 12-punktową czcionką Times New Roman, z odstępem między wierszami 1,5 (półtora odstępu), 2,5 cm marginesem z każdej strony, bez sformatowania, tj. bez twardych spacji, znaków końca linii, przy użyciu tzw. miękkich enterów. Powinien być wyjustowany (wyrównany do lewego i prawego marginesu). Należy pisać zwykłą czcionką w kolorze jednolicie czarnym (dopuszcza się wytłuszczenie tytułów i podtytułów), bez wyróżnień dużymi literami, bez rozstrzelania, podkreśleń linią ciągłą itp. W liczbach miejsca dziesiętne należy oddzielać przecinkami (nie kropkami). Akapity należy rozpoczynać wcięciem przy użyciu odpowiedniego polecenia w edytorze tekstu (bez używania tzw. enterów). Przed zapisem z tekstu należy usunąć wszystkie zaznaczenia używane podczas redagowania tekstu w edytorze. Prace w języku angielskim powinny być napisane poprawną angielszczyzną. Plik należy zapisać w formacie: DOC lub DOCX. Kolejne strony należy ponumerować, zaczynając od strony tytułowej.
Praca powinna zawierać, w kolejności:
– stronę tytułową,
– streszczenie w języku polskim i angielskim,
– słowa kluczowe w języku polskim i angielskim,
– manuskrypt wraz z tabelami, rycinami, fotografiami,
– piśmiennictwo wg stylu Vancouver,
– informację o źródłach finansowania i konflikcie interesów.

Strona tytułowa
Zawiera tytuł pracy w języku polskim i angielskim. W tytule nie należy zamieszczać skrótów. Prosimy o niepodawanie danych dotyczących nazwisk autorów i ich afiliacji ze względu na anonimowość recenzji.

Strona druga
Zawiera streszczenie w języku polskim i angielskim. **Streszczenie** w pracach oryginalnych powinno mieć charakter struk-

GUIDANCE FOR AUTHORS

INTRODUCTION

Information for authors
'Pielęgniarstwo Polskie' ('Polish Nursing') is a quarterly. It prints reviewed original research, opinion articles and case studies, book reviews, conference reports, notes on events, obituaries, etc. in both Polish and English. 'Pielęgniarstwo Polskie' ('Polish Nursing') is published in the open-access on the following website: http://www.pielegniarstwo.ump.edu.pl/. The editorial office is located in the Chair of Nursing, Poznan University of Medical Sciences, Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznan.

Paper submission
Papers should be submitted electronically via the editorial journal processing system 'Open Journal Systems' (OJS), available in 'submission of manuscripts on-line'. The paper should be entered into the system in accordance with the instructions, after logging in or registering if you are new to the system. When submitting papers in the OJS be sure to enter the following data:
– all authors' first names and surnames with affiliation (use the option 'add the author'),
– the completed scanned form of **Authors' declarations** in the auxiliary file of the editorial system. The model declaration is available on: oswiadczenie.doc,
– the corresponding author's address. The address should be entered only in the biographical note under the affiliation of the author in question. Please provide: name, full address (street, post code, town), office telephone number, e-mail address, author's affiliation.

Manuscript preparation
The text should be written with 12 spot font Times New Roman, with the space between the lines 1.5 (one and a half space), 2.5 cm margin from every side, without editing, i.e. without hard spaces, end of the line signs (so-called soft enters). It should be justified (balanced to the left and right-hand margins). One should write with an ordinary font in black exclusively (greased titles and subtitles are possible), without upper case distinctions, spacing out or underlining with the solid line, etc. In numbers, decimals should be separated by commas (not dots). Paragraphs should begin indented using the appropriate commands in a text editor (without using the so-called breaks between). Before saving, one must remove all selections used when editing the text. Papers in English should be written in the correct English language. The file should be saved in the format: DOC or DOCX. Pages should be numbered, starting with the title page.
The paper should include, in order:
– title page,
– abstract in Polish and English,
– key words in Polish and English,
– manuscript with tables, figures and photographs,
– literature prepared in accordance with the Vancouver style,
– information on sources of funding and conflict of interest.

Title page
It includes the paper title in Polish and in English. The title should not contain abbreviations. Please, do not include authors' names and affiliations due to review anonymity.

Second page:
It contains abstracts in Polish and in English. **The abstract** of original papers should be structural – it should contain: **Intro-**

turalny – zawierać: **Wstęp**, **Cel**, **Materiał i metody**, **Wyniki**, **Wnioski**; w przypadku prac kazuistycznych – **Wprowadzenie**, **Cel**, **Opis przypadku**, **Wnioski**; w przypadku prac poglądowych – **Wstęp**, **Podsumowanie kolejnych rozdziałów**, **Podsumowanie/Wnioski**. Streszczenie (w języku polskim oraz angielskim) powinno zawierać nie więcej niż 250 słów.
Należy unikać skrótów, a w przypadku ich użycia podać wyjaśnienie przy pierwszym zastosowaniu.
Pod streszczeniem należy umieścić słowa kluczowe – nie więcej niż pięć w języku polskim i angielskim, spośród wymienionych w Medical Subject Headings (MeSH).

Strona trzecia i kolejne
Powinny zawierać zasadniczy tekst pracy.

PRACA ORYGINALNA

Praca w tej kategorii przedstawia wyniki oryginalnych badań przeprowadzonych w dziedzinach zgodnych z obszarem zainteresowań czasopisma (zob. Wstęp). Konstrukcja tekstu powinna być następująca:
Wprowadzenie powinno zawierać syntetycznie ujętą podstawę teoretyczną i empiryczną badania wraz z jego uzasadnieniem, bez szczegółowego, obszernego przeglądu literatury i wcześniejszych badań.
Cel pracy powinien być jasno określony i nawiązywać do informacji podanych we **Wprowadzeniu**.
Materiał – opis powinien być na tyle szczegółowy, aby możliwa była replikacja badania.
Metody – opis powinien być na tyle szczegółowy, aby możliwa była replikacja badania. W przypadku stosowania wcześniej opublikowanych metod i narzędzi badawczych należy podać stosowne przypisy bibliograficzne.
Wyniki powinny być przedstawione w sposób jasny i zwięzły, bez szczegółowego powtarzania informacji zawartych w tabelach i rycinach.
Dyskusja powinna podkreślać znacznie wyników badań własnych w kontekście literatury przedmiotu. Nie powinna powtarzać wyników ani zastępować przeglądu piśmiennictwa.
Wnioski powinny mieć uzasadnienie w przeprowadzonym badaniu.

Tekst pracy nie powinien przekraczać 6 tys. słów, tj. ok. 12–15 stron (łącznie z tabelami, rycinami i **Piśmiennictwem**). **Piśmiennictwo** nie powinno przekraczać 25 pozycji. Należy podać informację o zgodzie właściwej komisji bioetycznej na przeprowadzenie badania (w części **Materiał** lub **Metody**).

PRACA POGLĄDOWA

Prace w tej kategorii dotyczą przeglądu wiedzy na temat ważnych zagadnień, istotnych odkryć w zakresie pielęgniarstwa i dziedzinach pokrewnych. Układ publikacji poglądowej różni się od publikacji oryginalnej brakiem opisu przeprowadzonych badań, a zamiast dyskusji wyników zawiera kolejne rozdziały stanowiące główną część pracy (np. zestawione z sobą wnioski z innych publikacji). Zalecany jest podział tekstu na rozdziały opatrzone zwięzłymi tytułami i/lub śródtytułami. **Podsumowanie/Wnioski** zawierają własne przemyślenia wynikające z przeprowadzonego przeglądu piśmiennictwa opisanego w poszczególnych rozdziałach pracy. Objętość pracy nie może przekraczać 6 tys. słów, tj. ok. 12–15 stron (łącznie z **Piśmiennictwem**). **Piśmiennictwo** nie powinno przekraczać 40 pozycji.

PRACA KAZUISTYCZNA

Praca kazuistyczna opisuje jeden lub więcej interesujących, rzadkich przypadków. Praca powinna mieć następujący układ: **Wprowadzenie**, **Opis przypadku**, **Dyskusja**. Objętość nie może przekraczać 2,5 tys. słów, tj. ok. 3–4 stron (łącznie z **Piśmiennictwem**).

duction, **Aim**, **Material and methods**, **Results and conclusions**; in case studies – **Introduction**, **Aim**, **Case**, **Conclusions**; in review papers – **Introduction**, **Summary of each chapter**, **Summary/Conclusions**. The abstract (in Polish and English) should contain no more than 250 words.
Abbreviations should be avoided, and when used, the explanation of the first application should be given.
Under the abstract key words should be included – not more than 5 in Polish and English, from among those listed in the Medical Subject Headings (MeSH).

Third and next pages
They should contain the main text of the paper.

ORIGINAL PAPER

The original paper presents results of original investigations conducted in the field of nursery and medicine in general (see Introduction). The paper should be divided into:
Introduction – it should contain a synthetically recognized theoretical and empirical framework of the research along with its justification, without a detailed, comprehensive literature review and previous studies.
Aim – it should be clearly defined and should refer to the information included in the Introduction
Material – the description should be sufficiently detailed to allow for the study replication
Methods – the description should be sufficiently detailed to allow for the study replication. When using previously published methods and research tools, provide the appropriate bibliographical references.
Results – they should be presented in a clear and concise way, without a detailed repetition of the information contained in tables and figures.
Discussion – it should emphasize the importance of one's own research results in the context of literature. It should not repeat results or replace the literature review.
Conclusions – they should be justified in the research carried out.

The text should not exceed 6000 words, i.e. about 12–15 pages (including tables, figures and **References**). **References** should not exceed 25 items. Please provide information on the approval of conducting the research by the relevant bioethics committee (in Material or Methods).

OPINION ARTICLE

Opinion articles concern fundamental findings in the field of nursery and medicine in general. The opinion article structure is different from the original paper in the lack of the conducted study description and, instead of Discussion, it contains subsequent chapters constituting the main part of the paper (e.g. summarized conclusions from other publications). It is recommended to divide the text into chapters with concise titles and/or subtitles. **Summary/Conclusions** contain authors' own reflections resulting from the literature review, as described in separate chapters of the paper. The text should not exceed 6000 words, i.e. about 15–20 pages (including **References**).

CASE STUDY

The case study presents one or more interesting rare cases or clinical conditions. The paper should be divided into: **Introduction**, **Case description** and **Discussion**. The text should not exceed 2500 words, i.e. about 3–4 pages (including **References**).

PODSUMOWANIA ZJAZDÓW I INNE TEKSTY INFORMACYJNE (por. Wstęp)

Artykuły w tej kategorii nie powinny przekraczać 1–1,5 tys. słów (2 strony).

PIŚMIENNICTWO

Piśmiennictwo powinno być napisane na oddzielnej stronie, wg standardu Vancouver. Należy podawać tylko pozycje związane z tematem pracy i uwzględnione w tekście manuskryptu. Cytowania powinny być numerowane w kolejności ich występowania w tekście i powinny być oznaczane cyframi arabskimi w nawiasach kwadratowych. W spisie piśmiennictwa każda kolejna pozycja powinna być pisana od nowego wiersza i poprzedzona numerem. Należy przestrzegać jednolitej interpunkcji wg wzorów:

W przypadku źródeł z czasopisma należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, tytuł czasopisma z zastosowaniem obowiązujących skrótów wg bazy danych MedLine (zawsze zakończone kropką), rok publikacji, tom, numer strony pierwszej i ostatniej. Nie należy podawać źródeł: „w druku", „w przygotowaniu", „informacja ustna".
Przykład:
1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. J Med. 2007; 1: 12–27.

W przypadku cytatu z książki należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł książki, siedzibę i nazwę wydawnictwa, rok wydania, numer strony pierwszej i ostatniej.
Przykład:
2. Pawlak P. Życie i umieranie. Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

W przypadku cytowania rozdziału pochodzącego z książki należy podać: nazwisko/nazwiska i pierwsze litery imion autora/autorów tegoż rozdziału, tytuł rozdziału cytowanej książki, nazwisko i imię autora (redaktora) książki, tytuł książki, siedzibę i nazwę wydawnictwa, rok wydania, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego rozdziału.
Przykład:
3. Pawlak P. Życie i umieranie. W: Malinowski A (red.). Gerontologia. Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

W przypadku cytowania materiału elektronicznego (Internetu) należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, pełny adres strony internetowej oraz datę dostępu (datę wejścia).

TABELE

Tabele należy wykonać w programie Word dla Windows. Powinny być w formie edytowalnej, z ograniczeniem linii wertykalnych. Tabele powinny być oznaczone numerami arabskimi, z użyciem pełnego wyrazu **Tabela**, a nie skrótu tab. (np. Tabela 5). Tytuły w języku polskim i angielskim powinny znajdować się nad tabelami. Tekst w tabeli powinien być napisany czcionką Arial Narrow CE wielkości 10 pkt. Szerokość tabeli nie powinna przekraczać 8 cm lub 16 cm. Wnętrze tabeli powinno zawierać również wersję angielską. Liczba tabel powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.

RYCINY

Wykresy należy wykonać w programie Word dla Windows lub Excel. Ilustracje należy zapisać w formacie TIF lub JPG . Ryciny należy podpisywać w języku polskim i angielskim z użyciem numeracji arabskiej, bez używania skrótu ryc. (czyli np. Rycina 5). Tytuły w języku polskim i angielskim powinny być napisane w programie Word, edytowalne i powinny znajdować się pod rycinami. Liczba rycin powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.

CONFERENCE REPORTS AND OTHER INFORMATION TEXTS (compare Introduction)

The text should not exceed 1000–1500 words (2 pages).

REFERENCES

Literature should be presented on a separate sheet of paper using the Vancouver style. Only references related to the topic of the paper should be included in the text of the manuscript. Quotations should be numbered according to their appearance in the text and marked using Arabic numerals in square brackets. Each new item in the list of references should be written in a new line, preceded by a number. Homogeneous punctuation should be respected as follows:

The sequence for a journal article should be the following: authors' names and first names, paper title, journal title abbreviated as in the MedLine database (always ended up with a dot), year of publication, volume number, first and last page numbers. One should not include references: 'in print', 'to appear soon', 'oral information'.
Example:
1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. J Med. 2007; 1: 12–27.

The sequence for the book should be as follows: authors' names and first letters of their first names, book title, place and edition of publication, year of publication, first and last page numbers.
Example:
2. Pawlak P. Życie i umieranie. Warszawa: PWN; 2007.12–32.

The sequence for the book chapters should be as follows: chapter authors' names and first letters of their first names, chapter title, book title, book authors, place and edition of publication, year of publication, chapter first and last page numbers.
Example:
3. Pawlak P. Życie i umieranie. W: Malinowski A (red.). Gerontologia. Warszawa: PWN; 2007.12–32.

The sequence for the Internet should be as follows: authors' names and first letters of their first names, paper title, full address of the website, access date.

TABLES

Tables should be prepared in Word for Windows. They should be in the editable form, limiting vertical lines. All tables should be numbered using Arabic numerals and a full word 'TABLE', not an abbreviation 'tab.' (e.g. Table 5). The titles in both Polish and English should be placed above tables. The text in the table should be written in 10-point *Arial Narrow CE* font. The width of the table should not exceed 8 cm or 16 cm. The interior of the table should also include the English version. The number of tables should be limited to the necessary minimum.

FIGURES

Charts should be prepared in Word for Windows or Excel. Illustrations must be saved in JPG or TIF format. Figures should be provided with Polish and English captions and numbered using Arabic numerals, with no abbreviation 'fig.' (e.g. Figure 5). Titles in Polish and English should be written in Word, they should be editable and should be placed under figures. The number of figures should be limited to the necessary minimum.

OŚWIADCZENIE AUTORÓW

Do każdej pracy należy dołączyć oświadczenie autorów, że praca nie była drukowana wcześniej w innym czasopiśmie. Aby przeciwdziałać przypadkom *ghostwriting* oraz *ghost authorship*, redakcja prosi autorów nadsyłanych prac o podanie informacji, jaki jest ich wkład w przygotowanie pracy. Informacja powinna mieć charakter jakościowy, tzn. autorzy zobowiązani są podać, czy ich wkład w powstanie publikacji polegał na opracowaniu koncepcji, założeń, metod, protokołu itp. Autorzy są także proszeni o podanie źródeł finansowania badań, których wyniki są prezentowane w nadsyłanej pracy. Załączone do pracy oświadczenie powinno być podpisane przez wszystkich autorów zgłaszanej pracy. Nadesłane prace mogą być sprawdzane pod kątem oryginalności za pomocą programu antyplagiatowego.

SKRÓTY

Skróty należy objaśniać przy pierwszym wystąpieniu, umieszczając je w nawiasie po pełnym tekście. Należy sprawdzić poprawność użytych skrótów. W tytule i streszczeniu zaleca się unikania skrótów. W tabelach i rycinach użyte skróty powinny być wyjaśnione w podpisach znajdujących się poniżej.

PROCEDURA RECENZOWANIA

Wszystkie artykuły podlegają wstępnej ocenie Redaktora Naczelnego lub jednego z członków Rady Naukowej, którzy mogą odrzucić pracę lub przesłać ją do recenzji zewnętrznej. Podwójnie anonimowy system recenzowania przez przynajmniej dwóch ekspertów w danej dziedzinie jest stosowany dla artykułów zaakceptowanych do dalszej oceny. Po otrzymaniu recenzji Redaktor Naczelny podejmuje decyzję o akceptacji artykułu do druku, akceptacji po drobnej poprawie, akceptacji po zasadniczej poprawie lub odrzuceniu. Autorzy otrzymują uwagi do manuskryptu niezależnie od decyzji. W przypadku akceptacji pracy wymagającej poprawy **autorzy zobowiązują się ustosunkować się do recenzji w ciągu 30 dni**. Redakcja zastrzega sobie prawo poprawienia usterek dotyczących stylistyki, mianownictwa i skrótów oraz poprawek wersji w języku angielskim – bez uzgodnienia z autorem.

PRAWA AUTORSKIE

Prawa autorskie do przesłanej pracy należą do Autora, który udziela czasopismu Pielęgniarstwo Polskie niewyłącznej licencji na użytkowanie, reprodukcję i rozpowszechnianie pracy, w tym w celach komercyjnych.

AUTHORS' DECLARATIONS

Each manuscript should be accompanied by authors' declarations that the paper has never before been published in any other journal. To counteract the occurrence of 'ghostwriting' or 'ghost authorship' phenomena the Editorial Board asks all listed authors of submitted papers to provide information on their contribution to manuscript preparation. The information has to be qualitative in character, i.e. the authors should state whether their work included preparation of the conceptual framework, assumptions, methods, protocol, etc. Authors are also asked to state sources of funding for research, the results of which are presented in the submitted paper. The declaration, attached to the manuscript, should be signed by all authors of a submitted paper. Submitted manuscripts may be checked for originality using anti-plagiarism software.

ABBREVIATIONS

Abbreviations must be defined in full along with their first appearance in the text. They should be placed in brackets after a full text. Their correctness should be checked. Avoiding abbreviations in titles and abstracts is recommended. Abbreviations used in tables and figures should be defined in captions below.

REVIEWING PROCEDURE

All submitted papers are initially evaluated by the Chief Editor or a member of the Academic Council. The manuscripts may be turned down or reviewed further by two reviewers who do not know authors' names or the name of authors' institutions. On receiving the reviews, the Chief Editor decides whether the manuscript should be published, published after slight corrections, published after essential corrections or rejected. Authors receive remarks on the paper regardless of the decision made. If the manuscript is to be published after corrections, **authors are required to express their opinion on reviews within 30 days**.
The Editor reserves the right to make any adjustments of style, terminology and abbreviations as well as corrections of the English version without asking for the author's consent.

COPYRIGHTS

The copyright to the submitted manuscript is held by the Author, who grants the Polish Nursing a nonexclusive licence to use, reproduce, and distribute the work, including for commercial purposes.