

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



Wydział Nauk o Zdrowiu
Faculty of Health Sciences



PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

KWARTALNIK / QUARTERLY

**Nr 3 (85)
9/2022**

Indeksowane w / Indexed in:
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego/
Ministry of Science and Higher Education – 5,0
Index Copernicus Value (ICV) – 90,13
CiteIndex 2020 = 0,2381



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-Śróża

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. 3,2. Ark. druk. 6,3.

Format A4. Zam. nr 106/22.

Przekazano do druku we wrześniu 2022.



KOLEGIUM REDAKCYJNE

Redaktor Naczelny

prof. dr hab. Krystyna Jaracz

Zastępcy Redaktora Naczelnego

prof. dr hab. Krystyna Górna

dr hab. Danuta Dyk

prof. dr hab. Małgorzata Kotwicka

RADA NAUKOWA

prof. Vincenzo Antonelli

dr hab. Grażyna Bączyk

prof. Merita Berisha

mgr Regina Bisikiewicz

prof. Antonio Cicchella

prof. Susumu Eguchi

dr hab. Aleksandra Gaworska-Krzemińska

dr Barbara Grabowska-Fudala

dr hab. Elżbieta Grochans, prof. PUM

dr Aleksandra Gutysz-Wojnicka

prof. Lotte Kaba-Schönstein

doc. Helena Kadučáková

mag. Karin Klas

prof. Christina Koehlen

dr hab. Maria Kózka, prof. UJ

dr Halyna Krytska

dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota

dr hab. Joanna Lewko

prof. Mária Machalová

dr hab. Ludmiła Marcinowicz

prof. dr hab. Ewa Nemcová

dr Jana Nemcová

prof. dr hab. Grażyna Nowak-Starz

dr hab. Beata Pięta prof. UM

prof. Hildebrand Ptak

prof. dr hab. Joanna Rosińczuk

Silvia Scelsi

prof. dr hab. Maria T. Szewczyk

prof. dr hab. Arkadii Shulhai

dr hab. Robert Ślusarz

dr hab. Dorota Talarska

dr hab. Monika Urbaniak prof. UM

dr Frans Vergeer

dr hab. Ewa Wilczek-Rużyczka, prof. KAAF

dr Katarína Žiaková

Sekretarz Naukowy

dr n. med. Barbara Grabowska-Fudala

Sekretarz Redakcji

dr n. med. Barbara Grabowska-Fudala

LUISS Guido Carli di Roma (Włochy)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

University of Prishtina (Kosowo)

European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (EASPD)

University of Bologna (Włochy)

Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University (Japonia)

Gdański Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Pomorski Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie (Polska)

Hochschule Esslingen (Niemcy)

Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)

Studiengangsleitung Gesundheits- und Krankenpflege, IMC FH Krems (Austria)

Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Polska)

Państwowy Uniwersytet Medyczny im. I. Ya. Horbaczewskiego w Tarnopolu (Ukraina)

Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)

Prešovská Univerzita (Słowacja)

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Comenius University in Bratislava (Słowacja)

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (Polska)

Vice president of Aniasi, Director of nursing and health professions department, Children's Hospital "G. Gaslini" Genoa (Włochy)

Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)

Państwowy Uniwersytet Medyczny im. I. Ya. Horbaczewskiego w Tarnopolu (Ukraina)

Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Fontys Hogescholen (Holandia)

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego (Polska)

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: pielęgniarstwopolskie@ump.edu.pl

www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl



PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

REDAKTORZY TEMATYCZNI

dr Joanna Stanisławska
dr Renata Wójcik
dr Katarzyna Plagens-Rotman

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

LISTA RECENZENTÓW

dr Agnieszka Bańkowska

dr hab. Grażyna Bączyk
dr Benedykt Bober
prof. Antonio Cicchella
dr Justyna Cwajda-Białasiak

dr Józefa Czarnecka
dr Grażyna Czerwiak
prof. Klaudia J. Cwiękała-Lewis
prof. dr hab. Joanna Gotlib
dr hab. Grażyna Iwanowicz-Palus
doc. Helena Kadučáková

Douglas Kemerer

dr Ewa Kobos

dr Halina Król

dr Urszula Kwapisz

dr Włodzimierz Łojewski

prof. Mária Machalová

prof. Anders Møller Jensen

prof. dr hab. Henryk Mruk

dr Jana Nemcová

dr inż. Iwona Nowakowska

dr Jan Nowomiejski

dr Piotr Pagórski

prof. dr hab. Mariola Pawlaczyk

dr hab. Beata Pięta prof. UM

dr Wojciech Grzegorz Polak

Ottillie Rung

dr Zofia Sienkiewicz

dr Beata Skokowska

dr Ewa Szykiewicz

dr hab. Dorota Talarska

dr hab. Monika Urbaniak prof. UM

dr Aleksandra Zielińska

dr Katarína Žiaková

Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

NZOZ Nadmorskie Centrum Rehabilitacji (Polska)

University of Bologna (Włochy)

Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu (Polska)

Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)

Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)

Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)

Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)

Nursing Clinical Instructor at York County School of Technology (USA)

Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Prešovská Univerzita (Słowacja)

VIA University College Denmark (Dania)

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu (Polska)

Comenius University in Bratislava (Słowacja)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

University Medical Center Rotterdam (Holandia)

The University of Arizona College of Nursing (USA)

Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika

w Toruniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Comenius University in Bratislava (Słowacja)

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING



EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

Krystyna Jaracz

Vice Editor-in-Chief

Krystyna Górna

Danuta Dyk

Małgorzata Kotwicka

EDITORIAL ADVISORY BOARD

Vincenzo Antonelli

Grażyna Bączyk

Merita Berisha

Regina Bisikiewicz

Antonio Cicchella

Susumu Eguchi

Aleksandra Gaworska-Krzemińska

Barbara Grabowska-Fudala

Elżbieta Grochans

Aleksandra Gutysz-Wojnicka

Lotte Kaba-Schönstein

Helena Kadučáková

Karin Klas

Christina Koehlen

Maria Kózka

Halyna Krytska

Anna Ksykiewicz-Dorota

Joanna Lewko

Mária Machalová

Ludmiła Marcinowicz

Ewa Mojs

Jana Nemcová

Grażyna Nowak-Starz

Beata Pięta

Hildebrand Ptak

Joanna Rosińczuk

Silvia Scelsi

Maria T. Szewczyk

Arkadii Shulhai

Robert Ślusarz

Dorota Talarska

Monika Urbaniak

Frans Vergeer

Ewa Wilczek-Rużyczka

Katarína Žiaková

Scientific Secretary

Barbara Grabowska-Fudala

Editorial Secretary

Barbara Grabowska-Fudala

LUISS Guido Carli di Roma (Italy)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

University of Prishtina (Kosowo)

European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (EASPD)

University of Bologna (Italy)

Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University (Japan)

Medical University of Gdańsk (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Pomeranian Medical University in Szczecin (Poland)

University of Warmia and Mazury in Olsztyn (Poland)

Hochschule Esslingen (Germany)

Katolícka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)

Studiengangsleitung Gesundheits- und Krankenpflege, IMC FH Krens (Austria)

Evangelische Hochschule Berlin (Germany)

Jagiellonian University Collegium Medicum (Poland)

Ternopil State Medical University (Ukraine)

Medical University of Lublin (Poland)

Medical University of Białystok (Poland)

Prešovská Univerzita (Slovakia)

Medical University of Białystok (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Comenius University in Bratislava (Slovakia)

Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Evangelische Hochschule Berlin (Germany)

Wroclaw Medical University (Poland)

Vice president of Aniasi, Director of nursing and health professions department, Children's Hospital "G. Gaslini" Genoa (Italy)

Nicolaus Copernicus University Ludwik Rydygier Collegium Medicum (Poland)

Ternopil State Medical University (Ukraine)

Nicolaus Copernicus University Ludwik Rydygier Collegium Medicum (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Fontys Hogescholen (Holland)

Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University (Poland)

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
Renata Wójcik
Katarzyna Plagens-Rotman

Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)

THE LIST OF THE REVIEWERS

Agnieszka Bańkowska

Collegium Medicum in Bydgoszcz Nicolaus Copernicus University
in Toruń (Poland)

Grażyna Bączyk
Benedykt Bober
Antonio Cicchella
Justyna Cwajda-Biaśnik

Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Seaside Rehabilitation Centre (Poland)
University of Bologna (Italy)
Collegium Medicum in Bydgoszcz Nicolaus Copernicus University
in Toruń (Poland)

Józefa Czarnecka
Grażyna Czerwiak
Klaudia J. Cwiękała-Lewis
Joanna Gotlib
Grażyna Iwanowicz-Palus
Helena Kadučáková

Medical University of Warsaw (Poland)
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)
Medical University of Warsaw (Poland)
Medical University of Lublin (Poland)
Katólická Univerzita v Ružomberku (Slovakia)
Nursing Clinical Instructor at York County School of Technology (USA)

Ewa Kobos
Halina Król
Urszula Kwapisz
Włodzimierz Łojewski
Mária Machalová
Anders Møller Jensen
Henryk Mruk
Jana Nemcová
Iwona Nowakowska
Jan Nowomiejski
Piotr Pagórski
Mariola Pawlaczyk
Beata Pięta
Wojciech Grzegorz Polak
Otilie Rung
Zofia Sienkiewicz
Beata Skokowska
Ewa Szykiewicz

Medical University of Warsaw (Poland)
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Prešovská Univerzita (Slovakia)
VIA University College Denmark (Denmark)
Poznan University of Economics (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
University Medical Center Rotterdam (Holland)
The University of Arizona College of Nursing (USA)
Medical University of Warsaw (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Collegium Medicum in Bydgoszcz Nicolaus Copernicus University
in Toruń (Poland)

Dorota Talarska
Monika Urbaniak
Aleksandra Zielińska
Katarína Žiaková

Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)

■ SPIS TREŚCI

Od redaktora	123
PRACE ORYGINALNE	
<i>Damian Durlak</i> Stan psychiczny pielęgniarek i pielęgniarzy w dobie pandemii COVID-19	125
<i>Elżbieta Gargoła, Kamil Konrad Hozyasz</i> Charakterystyka piśmiennictwa naukowego w czasopismach ogólnopielęgniarskich w Polsce.	130
PRACE POGLĄDOWE	
<i>Marta Wiśniewska-Duszyńska, Wioletta Wojciechowska, Agnieszka Garstecka</i> Rehabilitacja schorzeń narządu głosu – wpływ edukacji zdrowotnej na efekty terapeutyczne	144
PRACE KAZUISTYCZNE	
<i>Anna Cis</i> Zespół Guillaina-Barrégo w związku z infekcją wirusem SARS-COV-2 i wpływ rehabilitacji na sprawność funkcjonalną pacjentów z uwzględnieniem wybranych aspektów opieki pielęgniarskiej	151
INFORMACJE	
Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego” w roku 2021	159
Wskazówki dla autorów	160

■ CONTENTS

Editor's note	124
ORIGINAL PAPERS	
<i>Damian Durlak</i> Nurses' psychological state during COVID-19 pandemic	125
<i>Elżbieta Gargota, Kamil Konrad Hozyasz</i> Descriptive characteristics of scientific literature in general nursing journals in Poland	130
REVIEW PAPERS	
<i>Marta Wiśniewska-Duszyńska, Wioletta Wojciechowska, Agnieszka Garstecka</i> The rehabilitation of vocal organs diseases – the influence of health education on the therapeutic effects	144
CASE STUDY	
<i>Anna Cis</i> Guillain-Barré Syndrome in relation to SARS-COV-2 virus infection and the impact of rehabilitation on the functional capacity of patients, taking into account selected aspects of nursing care	151
INFORMATION	
Reviewers of 'Polish Nursing' in 2021	159
Guidance for authors	160

■ OD REDAKTORA

Szanowni Czytelnicy,

mamy przyjemność zaprezentować Państwu trzeci numer Pielęgniarstwa Polskiego w 2022 r. Zawiera on dwie prace oryginalne, jedną pogładową i jeden opis przypadku. W szczególności chcielibyśmy zwrócić Państwa uwagę na pracę oryginalną Elżbiety Gargoły i Kamila K. Hozyasza zatytułowaną „Charakterystyka piśmiennictwa naukowego w czasopismach ogólnopielęgniarskich w Polsce”. Artykuł szczegółowo analizuje i podsumowuje większość prac opublikowanych w polskich niespecjalistycznych czasopismach naukowych w Polsce w ostatnich latach. Tym samym wskazuje aktualne priorytety i główne kierunki badań w pielęgniarstwie polskim. Tylko dwa podobne artykuły ukazały się w naszym kraju do tej pory, dlatego praca wymieniona wyżej zasługuje na szczególną uwagę.

Zachęcamy również do zapoznania się z pracą dotyczącą stanu psychicznego pielęgniarek i pielęgniarzy w okresie pandemii COVID-19 autorstwa Damiana Durlaka. Wiele publikacji na ten temat ukazało się na świecie, ale jedynie kilka jest dostępnych w języku polskim.

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, pogładowych i opisów przypadków w celu ich publikacji w Pielęgniarstwie Polskim. Szczególnie zachęcamy studentów pielęgniarstwa do publikowania swoich prac licencjackich i magisterskich. Nasze czasopismo jest doskonałym miejscem do podzielenia się wynikami swoich pierwszych badań z kolegami i koleżankami oraz całym środowiskiem pielęgniarskim.

Manuskrypty można przysyłać drogą elektroniczną poprzez panel redakcyjny dostępny na oficjalnej stronie internetowej czasopisma: <http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/>

W imieniu całej rady redakcyjnej Pielęgniarstwa Polskiego

Prof. dr hab. Krystyna Jaracz
Redaktor Naczelna

Dr Barbara Grabowska-Fudala
Sekretarz Naukowy

■ EDITOR'S NOTE

Dear Readers,

We are pleased to present the third issue of the "Polish Nursing" in 2022. It contains two original articles, one review and one case report. In particular, we would like to draw your attention to the original paper by Elżbieta Gargoła and Kamil K. Hozyasz entitled "Descriptive characteristics of scientific literature in general nursing journals in Poland". This article scrutinizes and summarises the majority of works published in Polish non-specialized nursing journals in recent years. Thus, it indicates the priorities and leading directions of nursing research in Poland nowadays. Due to the fact that only two similar papers have appeared in our country thus far, the article mentioned above deserves special attention.

We also encourage you to read the article dealing with the psychological state of nurses during the COVID-19 pandemic authored by Damian Durlak. Many articles on that topic have been published worldwide, but only a few are available in Polish.

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

At the same time, we want 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. In particular, we invite nursing students to publish their bachelor's and master's theses. Our journal is a great place to share the results of your first research with your colleagues and the entire nursing community.

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

On behalf of the editorial board of Polish Nursing

*Professor Krystyna Jaracz
Editor in Chief*

*Barbara Grabowska-Fudala, PhD
Scientific Secretary*



STAN PSYCHICZNY PIELEŃNIAREK I PIELEŃNIARZY W DOBIE PANDEMII COVID-19

NURSES' PSYCHOLOGICAL STATE DURING COVID-19 PANDEMIC

Damian Durlak

Radomska Szkoła Wyższa
Faculty of Health Sciences, Radom College, Poland

^a <https://orcid.org/0000-0001-8978-1162>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2022.12>

STRESZCZENIE

Wstęp. Epidemia COVID-19 wpłynęła na sytuację zawodową wielu pracowników w Polsce i na świecie. Niepewność dotycząca przyszłości, możliwości utrzymania pracy i stałej pensji sprawia, że także pracownikom medycznym zaczyna towarzyszyć stres i niepokój.

Cel. Celem badania była ocena stanu psychicznego pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w szpitalu podczas trwania pandemii COVID-19.

Materiał i metody. Badanie ankietowe przeprowadzono w grupie 101 pielęgniarek i pielęgniarzy. W badaniu wykorzystano autorski formularz ankiety zawierający pytania dotyczące obecnego stanu psychicznego badanych.

Wyniki. Większość personelu pielęgniarskiego była przytłoczona obecną sytuacją pandemiczną, głównie ze względu na konieczność wykonywania bardziej wyczerpującej pracy. Badane pielęgniarki oraz pielęgniarze obawiali się zachorowania, chcieliby uzyskać dodatkowy płatny urlop na odpoczynek. Uważali, że pandemia może negatywnie wpłynąć na organizację pracy na oddziałach szpitalnych. Na tamten moment nie byli również zadowoleni z warunków pracy.

Wnioski. Pracodawcy mimo trudnej sytuacji powinni zadbać o lepsze samopoczucie psychiczne swoich pracowników. Bez wsparcia wśród medyków szybko może pojawić się wypalenie zawodowe i przypadki rezygnacji z pracy.

SŁOWA KLUCZOWE: pielęgniarki, stan psychiczny, pandemia COVID-19.

ABSTRACT

Introduction. The COVID-19 pandemic impacted the professional situation of many employees in Poland and the world. Uncertainty about the future, being able to keep the job, and a stable salary brings a lot of stress and anxiety to employees.

Aim. This research was focused on the assessment of nurses' and physiotherapists' physical states during the COVID-19 pandemic.

Material and Methods. The survey was conducted on a group of 101 nurses. The author's custom survey form was used, consisting of questions about respondents' current psychological state.

Results. The majority of the respondents were overwhelmed by the pandemic situation, mostly due to a need to do more strenuous work. Nurses questioned worried about getting sick, and they would like to receive additional paid leave for rest. They believed that the pandemic will negatively affect hospital wards. At that moment, they were unsatisfied with their working conditions.

Conclusions. Employers, despite the difficult situation, should care about their employees' better psychical state. Without support, medical staff might show symptoms of burnout and resign from work.

KEYWORDS: nurses, psychical state, COVID-19 pandemic.

Wprowadzenie

Pandemia COVID-19 w sposób nagły wpłynęła na sytuację ekonomiczną większości krajów na świecie. Zwolnienia i obniżki wynagrodzenia dotknęły wiele zawodów, co doprowadziło do stresu i niepokoju o przyszłość wśród wciąż pracujących osób [1]. Obywatele starali się radzić sobie z niepewnością, szykując się na najgorsze możliwe scenariusze i zgadując, kiedy sytuacja zacznie się poprawiać [2]. Badania wskazują, że prawie 30% badanych osób odczuwało stres, prawie

32% niepokój, a nieco mniej niż 34% zauważyło u siebie objawy depresji z powodu sytuacji wywołanej przez pandemię [3]. Obawy te skorelowane były z poziomem wykształcenia i sytuacją zdrowotną najbliższych. Głównie niepokój związany był z możliwością zachorowania i zarażenia najbliższych, niezależnie od wykonywania zawodu medycznego czy pozamedycznego [4]. Nie można zapominać, że pandemia stała się globalnym problemem i także na sytuację psychiczną obywateli należy patrzeć z szerszej perspektywy [5]. Konieczne

jest zadbanie o pomoc psychologiczną dla pacjentów, jak również pracowników, którzy na co dzień spotykają się z cierpieniem chorych osób. Ciągła niepewność o przyszłość silnie wpływa na psychikę pracownika i może wpływać na jakość wykonywanych zadań i wypalenie zawodowe [6]. Brak dbałości o poziom stresu wśród pracowników skutkować może ich brakiem satysfakcji z pracy i zmianą miejsca pracy, co z kolei wpływa na możliwość wykonania celów organizacyjnych i zwiększa koszty pracownicze [7]. Odpowiednia pomoc, chociażby w wypracowaniu schematów radzenia sobie ze stresem, może wesprzeć pracowników medycznych w tej trudnej sytuacji [8].

Ze względu na wpływ stanu psychicznego na jakość pracy pracownika, zwłaszcza pracownika medycznego, takiego jak pielęgniarka lub pielęgniarz, istotne jest zapewnienie przez pracodawcę spokoju psychicznego. W niniejszym badaniu dokonano oceny obecnego stanu psychicznego pielęgniarek i pielęgniarzy w trakcie trwania pandemii COVID-19.

Cel pracy

Celem pracy była ocena stanu psychicznego pielęgniarek i pielęgniarzy w okresie pandemii COVID-19.

Materiał i metoda

W celu zbadania stanu psychicznego pielęgniarek i pielęgniarzy w dobie pandemii COVID-19 wykorzystano autorski formularz ankiety. Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w terminie 16.08.–30.08.2021 w grupie 101 pielęgniarek i pielęgniarzy czynnych zawodowo. Badana grupa składała się z pielęgniarek pracujących na oddziałach Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach. Oddziały te nie pełniły funkcji tzw. oddziałów covidowych.

Wśród przebadanych osób przeważały kobiety (95%), osoby w wieku 46–55 lat (53%), respondenci mieszkający w mieście (83%), osoby o wykształceniu wyższym (79%), stażu pracy wynoszącym 0–10 lat (37%), a także osoby posiadające od 1 do 4 kursów specjalistycznych (63%) i nieposiadające specjalizacji (46%). **Tabela 1** przedstawia zestawienie częstotliwości występowania wybranych cech socjodemograficznych w badanej grupie.

Tabela 1. Zestawienie cech socjodemograficznych respondentów
Table 1. List of sociodemographic characteristics of the respondents

Cecha socjodemograficzna <i>Sociodemographic characteristic</i>	N	%	
Płeć/ <i>Gender</i>	Kobieta/ <i>Woman</i>	96	95
	Mężczyzna/ <i>Man</i>	5	5

Wiek/ <i>Age</i>	18–25	6	6
	26–35	10	10
	36–45	21	21
	46–55	54	53
	56–65	10	10
Miejsce zamieszkania/ <i>Place of residence</i>	Miasto/ <i>City</i>	84	83
	Wieś/ <i>Village</i>	17	17
Poziom wykształcenia/ <i>Education level</i>	Średnie/ <i>Secondary</i>	11	11
	Wyższe/ <i>Higher</i>	80	79
	Podyplomowe/ <i>Postgraduate</i>	10	10
Staż pracy/ <i>Job seniority</i>	0–10	37	37
	11–20	31	31
	21–30	12	12
	31–40	18	18
	>40	3	3
Liczba posiadanych kursów/ <i>Number of courses completed</i>	0	4	4
	1–4	64	63
	4–8	14	14
	>8	19	19
Liczba posiadanych specja- lizacji/ <i>Number of specializations obtained</i>	0	46	46
	1	38	38
	2	17	17

Źródło: opracowanie własne

Source: own study

Wykorzystany formularz ankiety zawierał 10 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru dotyczących samopoczucia respondentów w czasie pandemii COVID-19. Dodatkowo w formularzu zawarto 8 pytań dotyczących cech socjodemograficznych respondentów. W badaniu wykorzystano następujące pytania:

1. Jak ocenia Pan/i swój obecny stan psychiczny?
2. Czy obawia się Pan/i zachorowania na COVID-19?
3. Czy obawia się Pan/i utraty pracy ze względu na pandemię COVID-19?
4. Czy korzystał/a Pan/i z pomocy psychologicznej w przeciągu ostatniego roku?
5. Czy jest Pan/i zadowolony/zadowolona z Pana/Pani obecnych warunków pracy?
6. W jaki sposób stara się Pan/i radzić ze stresem w dobie pandemii COVID-19?
7. Czy ze względu na pandemię COVID-19 jest Pan/i zmuszony/zmuszona do bardziej wyczerpującej pracy?
8. W przypadku przedłużenia pandemii COVID-19, jak wg Pan/i wpłynie to na oddziały szpitalne?
9. Czy w związku z pandemią COVID-19 chciałby/chciałaby Pan/i otrzymać dodatkowy płatny urlop wypoczynkowy?

10. W przypadku przedłużenia pandemii COVID-19, jak wg Pana/Pani wpłynie to na bezrobocie wśród pielęgniarek?

Wyniki

Uzyskane w badaniu ankietowym wyniki zebrano w **Tabeli 2**, uwzględniając zarówno liczbę, jak i odsetek uzyskanych odpowiedzi na dane pytanie.

Tabela 2. Wyniki badania ankietowego
Table 2. Results of the survey

Pytanie/Question	Odpowiedź/Answer	N	%
Jak ocenia Pan/i swój obecny stan psychiczny?/ <i>How do you assess your current mental state?</i>	Czuję dużo optymizmu/ <i>I feel a lot of optimism</i>	10	10
	Czuję się przeciętnie/ <i>I feel average</i>	60	59
	Często odczuwam smutek/ <i>I often feel sad</i>	17	17
	Czuję niepokój i brak motywacji/ <i>I feel anxious and unmotivated</i>	14	14
Czy obawia się Pan/i zachorowania na COVID-19?/ <i>Are you concerned about getting COVID-19?</i>	Tak/ <i>Yes</i>	85	84
	Nie/ <i>No</i>	16	16
Czy obawia się Pan/i utraty pracy ze względu na pandemię COVID-19?/ <i>Are you concerned about losing your job due to the COVID-19 pandemic?</i>	Tak/ <i>Yes</i>	11	11
	Nie/ <i>No</i>	90	89
Czy korzystał/a Pan/i z pomocy psychologicznej w przeciągu ostatniego roku?/ <i>Have you received psychological help in the last year?</i>	Tak/ <i>Yes</i>	21	21
	Nie/ <i>No</i>	80	79
Czy jest Pan/i zadowolony/zadowolona z Pana/Pani obecnych warunków pracy?/ <i>Are you satisfied with your current working conditions?</i>	Tak/ <i>Yes</i>	19	19
	Nie/ <i>No</i>	82	81
W jaki sposób stara się Pan/i radzić ze stresem w dobie pandemii COVID-19?/ <i>How are you dealing with stress during COVID-19 pandemic?</i>	Spaceruj/ <i>Walks</i>	60	59
	Rozmowa z bliskimi/ <i>Conversation with loved ones</i>	10	10
	Uprawianie hobby/ <i>Practicing a hobby</i>	17	17
	Czytanie książek, słuchanie muzyki, oglądanie filmów/ <i>Reading books, listening to music, watching movies</i>	14	14

Czy ze względu na pandemię COVID-19 jest Pan/i zmuszony/zmuszona do bardziej wyczerpującej pracy?/ <i>Are you forced to work more exhaustively due to the COVID-19 pandemic?</i>	Tak/ <i>Yes</i>	86	85
	Nie/ <i>No</i>	15	15

W przypadku przedłużenia pandemii COVID-19, jak wg Pan/i wpłynie to na oddziały szpitalne?/ <i>If the COVID-19 pandemic is prolonged, how do you think it will affect hospital wards?</i>	Pozytywnie/ <i>Positively</i>	9	8
	Bez zmian/ <i>No change</i>	11	11
	Negatywnie/ <i>Negatively</i>	81	80
Czy w związku z pandemią COVID-19 chciałby/chciałaby Pan/i otrzymać dodatkowy płatny urlop wypoczynkowy?/ <i>Would you like to receive additional paid annual leave due to COVID-19 pandemic?</i>	Tak/ <i>Yes</i>	90	89
	Nie/ <i>No</i>	11	11
W przypadku przedłużenia pandemii COVID-19, jak wg Pana/Pani wpłynie to na bezrobocie wśród pielęgniarek?/ <i>If the COVID-19 pandemic is prolonged, how do you think it will affect the unemployment among nurses?</i>	Wzrośnie/ <i>It will increase</i>	9	9
	Pozostanie bez zmian/ <i>It will remain the same</i>	81	80
	Zmaleje/ <i>It will decrease</i>	11	11

Źródło: opracowanie własne
Source: own study

Z przedstawionych badań wynika, że badane pielęgniarki i pielęgniarze w czasie trwania pandemii COVID-19 najczęściej czuły się przeciętnie (59%) lub odczuwały smutek (17%). Większość (84%) badanych obawiała się zachorowania na COVID-19. Na podstawie udzielonych odpowiedzi stwierdzono, że przeważająca większość (89%) pielęgniarek i pielęgniarzy nie obawiała się utraty pracy ze względu na pandemię COVID-19. Badany personel pielęgniarski w większości (79%) nie korzystał z pomocy psychologicznej w czasie trwania pandemii. Badane pielęgniarki i pielęgniarze radzili sobie ze stresem, wybierając spaceruj (59%) lub uprawianie hobby (17%). Badani zgłaszali swoje niezadowolenie z ówczesnych warunków pracy (81%). Ze względu na pandemię COVID-19 badani czuli się zmuszani do bardziej wyczerpującej pracy (85%). Uważali, że przedłużenie pandemii COVID-19 wpłynie negatywnie na oddziały szpitalne (80%). Przeważająca większość (89%) osób chciała uzyskać dodatkowy płatny urlop wypoczynkowy w związku z pandemią COVID-19. Wśród badanych przeważało przekonanie (80%), że przedłużenie pandemii nie wpłynie na bezrobocie wśród pielęgniarek.

Dyskusja

Niepokojąco duży odsetek badanych pielęgniarek i pielęgniarzy odczuwał smutek lub niepokój (31%), a ponad połowa badanych czuła się przeciętnie, co może być związane z trudną sytuacją pracowników medycznych, obciążonych przez pandemię COVID-19 dodatkowymi zadaniami.

Pracując na co dzień na różnych oddziałach, badane pielęgniarki i pielęgniarze podobnie obawiali się zachorowania. Gdy tylko pojawiły się szczepionki przeciwko COVID-19, pracownicy placówek medycznych jako jedni z pierwszych zostali poddani szczepieniom. Prawdopodobnie część z badanych osób także skorzystała z tej możliwości (na ten temat nie zbierano dokładnych informacji w czasie badania). Być może początkowy okres stosowania tych działań mógł tłumaczyć obawy pielęgniarek i pielęgniarzy przed zachorowaniem.

Liczba zachorowań na COVID-19 oraz liczba pacjentów w szpitalach sprawiła, że jeszcze bardziej były odczuwane braki w personelu pielęgniarskim. Znaczny odsetek badanych pielęgniarek i pielęgniarzy nie odczuwał obawy przed utratą pracy. To może nie dziwić, ze względu na duże zapotrzebowanie na usługi medyczne w czasach pandemii. Niedobór pielęgniarek oraz pielęgniarzy, a także zwiększona liczba pacjentów sprawiła, że zdecydowana większość badanych osób była zmuszona do dużo cięższej pracy. Prawdopodobnie ta sytuacja, pośród innych, sprawiła, że pielęgniarki i pielęgniarze nie byli zadowoleni ze swoich ówczesnych warunków pracy.

Co piąta przebadana osoba korzystała z pomocy psychologicznej na przestrzeni ostatniego roku. Wskazuje to, że sytuacja w służbie zdrowia miała wpływ na psychikę personelu. Dodatkowo pielęgniarki i pielęgniarze wybierali spokojne sposoby na radzenie sobie ze stresem i na odpoczynek psychiczny – spacerowanie oraz uprawianie hobby. Wybór czynnego wypoczynku, mimo zmęczenia po wyczerpującej pracy, jest dosyć zaskakujący, ponieważ bardziej spodziewać by się można wyboru wyciszenia i odpoczynku fizycznego.

Z odpowiedzi badanych pielęgniarek i pielęgniarzy można wyciągnąć pesymistyczne wnioski – uważali oni, że pandemia COVID-19 wpłynie negatywnie na sytuację na oddziałach szpitalnych. Zauważyć można również przepracowanie medyków, ponieważ większość respondentów chciałaby uzyskać dodatkowy płatny urlop wypoczynkowy. Mimo dużego zapotrzebowania na pracę medyków w czasach pandemii, większość respondentów uważa, że pandemia COVID-19 nie zmieni stopy bezrobocia wśród pielęgniarek.

Pandemia COVID-19 wpłynęła na sytuację ekonomiczną większości państw na świecie [9]. Pracow-

nicy wielu zawodów zaczęli obawiać się o warunki zatrudnienia i stałość wynagrodzenia. Ciągły stres i niepewność negatywnie oddziałują na stan psychiczny pracowników. To z kolei wpływa na jakość wykonywanych obowiązków. Nowa sytuacja wpłynęła na podejście pielęgniarek i pielęgniarzy do wykonywanego zawodu, wymusiła zdobywanie nowych kwalifikacji i kompetencji, nauczenia się wykonywania obowiązków w nowy sposób, przy zmienionych zasadach panujących w miejscu pracy. Zadania pozostały podobne – niesienie pomocy medycznej chorym pacjentom. Zmieniło się jednak całkowicie otoczenie pracownika medycznego [10]. Dodatkowo pojawiają się inne aspekty, jak problem wypalenia zawodowego oraz ogólnego przemęczenia, co podkreślają inni autorzy [11], a które w tym badaniu nie były szczegółowo analizowane. Trudna sytuacja w systemie ochrony zdrowia, związana z wciąż rosnącymi oczekiwaniami społeczeństwa i pracodawców, przy niezmiennym niedofinansowaniu pogłębia problemy. Badane pielęgniarki i pielęgniarze nie byli zadowoleni z ówczesnych warunków pracy. Sytuacja ta niepokoi, ponieważ badania wskazują na ryzyko wypalenia zawodowego ze względu na konflikty oraz niesprawiedliwość organizacyjną w miejscu pracy pielęgniarek i pielęgniarzy [12]. Odpowiednie programy wsparcia dla medyków mogą pomóc im poradzić sobie psychicznie z obecną sytuacją. Wśród pracowników medycznych pojawiają się negatywne skutki stresu wynikającego z pandemii. Coraz więcej medyków obserwuje u siebie objawy depresji i syndrom stresu pourazowego [13]. W niniejszym badaniu respondenci wskazywali na potrzebę zapewnienia większego odpoczynku oraz poprawy warunków pracy. Pielęgniarki i pielęgniarze potrzebują również sposobu by radzić sobie z negatywnymi emocjami i przeżyciami. Respondenci niniejszego badania korzystali z pomocy psychologa, ale również odpoczywali poprzez spacerowanie oraz uprawianie hobby. Inne badania wskazywały, że pielęgniarki i pielęgniarze radzili sobie ze stresem dzięki metodom opartym na planowaniu oraz działaniu, podczas gdy studenci pielęgniarstwa woleli bardziej emocjonalne wsparcie [14]. Z tego względu tak istotne jest poznanie obecnego stanu psychicznego pielęgniarek i pielęgniarzy oraz odpowiednia, szybka reakcja ze strony kierownictwa. Wsparcie psychiczne pielęgniarek oraz pielęgniarzy przynieść może lepsze efekty.

Wnioski

1. W czasie pandemii COVID-19 1/3 badanych zgłaszała smutek lub niepokój i brak motywacji.
2. W drugim roku trwania pandemii w Polsce przeważająca większość (84%) personelu pielęgniarskiego obawiała się zachorowania na COVID-19.

- Większość (89%) badanych chciałaby otrzymać dodatkowy urlop wypoczynkowy, co może wskazywać na przemęczenie pracą.

Piśmiennictwo

- Adamowicz E, Dudek S, Konat G, Majchrzak K, Ratuszny E, Walczyk K. Koniunktura gospodarcza w Europie Środkowo-Wschodniej w dobie epidemii COVID-19, Raport SGH i Forum Ekonomicznego, 2020.
- Chandra C. Understanding COVID-19 to increase preparedness for the worst possible situation, *Experimental Findings* 2020.
- Salari N, Hosseinian-Far A, Jalali R, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis, *Glob Health*. 2020; 16(57): 1–11.
- Barzilay R, Moore T, Greenberg D, et al. Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers, *Trans Psychiatry*. 2020; 10(291): 1–8.
- Horesh D, Brown A. Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities, *Psychol Trauma*. 2020; 12(4): 331–335.
- Nowak-Starz G, Kozak B, Zdziebło K. Wpływ stresu związanego z pracą zawodową na występowanie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych i zachowawczych, *Stud Med*. 2013; 29(1): 7–13.
- Imtiaz S, Ahmad M. Impact of Stress on Employee Productivity, Performance and Turnover An Important Managerial Issue, *Int Rev Bus Res Pap*. 2009; 5(4): 468–477.
- Sun N, Wei L, Shi S, et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients, *Am J Infect Control*. 2020; 48(6): 592–598.
- Fernandes N. Economic Effects of Coronavirus Outbreak (COVID-19) on the World Economy, SSRN 2020.
- Haines K, Berney S. Physiotherapists during COVID-19: usual business, in unusual times, *J Physiother*. 2020; 66(2): 67–69.
- Pniak B, Leszczak J, Adamczyk M, Rusek W, Matłosz P, Guzik A. Occupational burnout among active physiotherapists working in clinical hospitals during the COVID-19 pandemic in south-eastern Poland, *Work*. 2021; 68: 285–295.
- Soto-Rubio A, del Carmen Gimenez-Espert M, Prado-Gasco V. Effect of Emotional Intelligence and Psychosocial Risks on Burnout, Job Satisfaction, and Nurses' Health during the COVID-19 Pandemic, *Int J Environ Res*. 2020; 17(21): 1–14.
- Chatzittofis A, Karanikola M, Michailidou K, Constantinidou A. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Healthcare Workers, *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(4): 1435.
- Huang L, Lei W, Xu F, Liu H, Yu L. Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study, *PLOS ONE*. 2020; 15(8): 1–12.

Artykuł przyjęty do redakcji: 04.09.2021.

Artykuł przyjęty do publikacji: 18.02.2022.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Damian Durlak

e-mail: dam.durlak@gmail.com



CHARAKTERYSTYKA PIŚMIENNICTWA NAUKOWEGO W CZASOPISMACH OGÓLNOPIELĘGNIARSKICH W POLSCE

DESCRIPTIVE CHARACTERISTICS OF SCIENTIFIC LITERATURE IN GENERAL NURSING JOURNALS IN POLAND

Elżbieta Gargoła^{1, a}, Kamil Konrad Hozyasz^{2, b}

¹ Studentka II roku SUM, kierunek pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Bialska Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
Nursing student, Faculty of Health Sciences, John Paul II University of Applied Sciences in Biała Podlaska, Poland

² Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Bialska Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
Faculty of Health Sciences, John Paul II University of Applied Sciences in Biała Podlaska, Poland

^a <https://orcid.org/0000-0002-3179-7978>

^b <https://orcid.org/0000-0001-8606-2509>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2022.13>

STRESZCZENIE

Wstęp. Czasopisma naukowe są medium, w którym czyta się badania naukowe, a artykuły naukowe tworzą podstawy profesjonalnego pielęgniarstwa opartego na dowodach naukowych.

Cel. Celem pracy była krytyczna analiza publikacji naukowych w czasopismach pielęgniarstkich.

Materiał i metody. Badaniem objęto 4 polskie wolno dostępne czasopisma ogólnopielęgniarskie. Analizowano wszystkie artykuły, zamieszczone w latach 2015–2019, w *Pielęgniarstwie Polskim*, *Pielęgniarstwie i Zdrowiu Publicznym*, *Pielęgniarstwie XXI wieku* i *Problemach Pielęgniarstwa*, uwzględniając m.in. rodzaj publikacji, liczbę autorów i tematykę badawczą.

Wyniki. W badanym okresie ukazało się 658 prac oryginalnych, 294 artykuły poglądowe, 38 sprawozdań i komunikatów oraz 51 opisów przypadków. Najwięcej prac miało dwóch autorów ($n = 260$), a tylko 18 ośmiu lub więcej autorów. Współautorem co szóstego artykułu był student pielęgniarstwa. Najwięcej badań dotyczyło różnych aspektów jakości i stylu życia oraz zagadnień położniczo-ginekologicznych, internistycznych i chirurgicznych. Tylko 21 prac poświęcono chorobom zakaźnym. Najczęstszą metodą zbierania danych był autorski kwestionariusz ankiety, a pacjenci uczestnikami badania. W ponad połowie projektów grupa badana liczyła ponad 100 uczestników.

Wnioski. Blisko 2/3 publikacji stanowiły prace oryginalne, co świadczy o tym, że polityka redakcji ogólnopielęgniarskich czasopism w Polsce sprzyja ich kształtowaniu jako miejsc aktywnego upowszechniania najnowszych osiągnięć naukowych w pielęgniarstwie. Zwraca uwagę znikoma liczba pielęgniarstkich opisów przypadków, które stanowią przypuszczalnie publikacje pierwszego wyboru dla pielęgniarek pracujących przy łóżku chorego i mają potencjał pobudzania do dalszego zapoznawania się ze specjalistycznym piśmiennictwem naukowym.

SŁOWA KLUCZOWE: pielęgniarstwo, badania naukowe, piśmiennictwo naukowe, czasopisma ogólnopielęgniarskie.

ABSTRACT

Introduction. Journals play an important role in enabling scientific studies to be read. Published articles are of vital importance in developing evidence-based practice in nursing and strengthening professional nursing.

Aim. The aim of this analysis was to describe the publication profile of Polish nursing research.

Material and methods. The top four Polish general nursing journals with open-access were included in the study. All published papers in *Polish Nursing*, *Nursing and Public Health*, *Nursing in 21st Century* and *Nursing Problems for the years 2015–2019* were analysed regarding the types of publication, number of authors and issues of the study.

Results. The sample consisted of 658 research papers, 294 review articles, 38 professional communications and statements, and only 51 case reports. The most common authorship was with the two authors ($n=260$). Only 18 studies were co-authored by 8 or more authors. The co-author of every sixth article was a nursing student. Lifestyle and quality of life variables, clinical issues of gynecology and obstetrics, internal medicine and surgery continued to be studied mainly. Papers focusing on infectious diseases remained low ($n=21$). The most popular method for collecting data was an author's questionnaire. Patients were the most frequent subjects. Over half (54%) of the studies contained a sample size 100 or more.

Conclusions. Editors of Polish general nursing journals were allocating nearly two thirds of their space to original research papers which means that the journals serve as important vehicles to research disseminating in nursing. However, nursing journals need also to increase and encourage the publication of case reports authored by nurses because they are more likely to be read by bed-nurses and stimulate interest in specialist literature.

KEYWORDS: nursing, nursing research, scientific literature, general nursing journals.

Wstęp

Spółeczeństwo stawia coraz wyższe wymagania pielęgniarcom i oczekuje profesjonalizmu i kompetencji. By temu sprostać coraz częściej uczestniczą one w badaniach naukowych, przez co poprawiają jakość opieki nad pacjentami, wzbogacają swoją wiedzę i podnoszą prestiż swego zawodu [1]. Zapewnianie pacjentom bezpiecznej, efektywnej i spełniającej najwyższe standardy jakości opieki wymaga wykorzystania przez pracowników ochrony zdrowia aktualnych wyników badań naukowych [2]. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (International Council of Nurses, ICN) oraz pielęgniarstwo towarzystwa naukowe podkreślają rolę badań naukowych w rozwoju współczesnego pielęgniarstwa. Obecnie badania naukowe są konieczne dla profesjonalnego wykonywania zawodu [3]. Wiarygodne i aktualne wyniki badań naukowych, analizy ekonomiczne i praktyczne doświadczenia pielęgniarek umożliwiają podejmowanie optymalnych decyzji klinicznych. Praktyka pielęgniarstwa oparta na dowodach naukowych (Evidence-based Nursing Practice, EBNP) korzystnie wpływa na rozwój zawodu i zwiększenie jego autonomii [4].

Czasopisma naukowe są cennym źródłem pozyskiwania aktualnej wiedzy fachowej. Artykuły naukowe, w tym także prace poglądowe, wcześniej informują o najświeższych osiągnięciach w danej specjalności niż zwarte opracowania podręcznikowe. Czasopisma naukowe odgrywają ważną rolę w rozwoju każdej dziedziny nauk medycznych. Ich celem jest m.in. poszerzenie podstaw wiedzy medycznej i zwiększanie umiejętności zawodowych personelu medycznego, jak również upowszechnianie założeń polityki zdrowotnej. Naukowe czasopisma pielęgniarstwa są miejscem wymiany sprofilowanych naukowo informacji przez pielęgniarki i szybkim źródłem pozyskania najnowszych informacji z dziedziny pielęgniarstwa. Ponadto zachęcają czytelników do ciągłego uaktualniania wiedzy, inspirować do rozwoju zawodowego, a także do prowadzenia badań naukowych [5].

W latach 2015–2019 na rynku polskim ukazywały się cztery czasopisma pielęgniarstwa z zakresu pielęgniarstwa ogólnego. „Pielęgniarstwo Polskie” jest kwartalnikiem o charakterze interdyscyplinarnym, wydawanym od 1987 r. Publikuje prace oryginalne, poglądowe oraz kazuistyczne, jak również recenzje książek, sprawozdania ze zjazdów i konferencji. Artykuły przedstawiają wyniki badań z dziedziny pielęgniarstwa, położnictwa, zdrowia publicznego, aspektów organizacyjnych i prawnych oraz innych dyscyplin naukowych związanych z pielęgniarstwem. Kwartalnikowi patronuje Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Indeksowane jest

przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego i ma przyznane 5 punktów [6]. Za 2019 r. uzyskało w Index Copernicus 71.74 punktów [7].

Kwartalnik „Problemy Pielęgniarstwa” („Nursing Problems”) wydawany jest od 1993 r. Publikuje recenzowane artykuły poglądowe i oryginalne prace badawcze z zakresu pielęgniarstwa oraz dziedzin pokrewnych. Ponadto zamieszcza opisy przypadków, komentarze, sprawozdania, recenzje i oficjalne stanowiska międzynarodowych stowarzyszeń zawodowych. Czasopismo to jest kierowane do środowiska pielęgniarstwa, promując edukację i rozwój zawodowy. Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa, będące członkiem ICN, objęło je patronatem. Indeksowane jest w: Index Copernicus, Polskiej Bibliografii Lekarskiej, Arianta, Bielefeld Academic Search Engine, Free Medical Journals, Genamics/JournalSeek, Swiss University Library Network i WorldCat [8]. Zdobyło 96.49 punktów w Index Copernicus w 2019 r., a 5 punktów w bazie Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego [7].

Kwartalnik „Pielęgniarstwo XXI wieku” publikuje regularnie od 2002 r. oryginalne prace badawcze, artykuły poglądowe i prace kazuistyczne z problematyki pielęgniarstwa i dziedzin pokrewnych oraz recenzje, omówienia i komentarze. Obecnie patronuje mu Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Czasopismo indeksowane jest w Index Copernicus Master List, Pol-Index, Polskiej Bibliografii Lekarskiej, CEJSH, DOAJ oraz Google Scholar. Na liście czasopism naukowych, przygotowanej przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego w grudniu 2019 r., „Pielęgniarstwo XXI wieku” uzyskało 20 punktów. Od 2019 r. zostało włączone do baz naukowych Scopus i ERIH PLUS [9]. Wartość w Index Copernicus za 2019 r. wynosiła 100 punktów [7].

Kwartalnik „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” publikował prace oryginalne, poglądowe i kazuistyczne, które dotyczyły zarówno pielęgniarstwa, jak i zdrowia publicznego. Dodatkowo zamieszczano artykuły redakcyjne, materiały i sprawozdania ze zjazdów naukowych, recenzje książek, listy do redakcji oraz komunikaty. Czasopismo to było wydawane od 2011 r. do 2020 r. przez Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, a indeksowane w: Google Scholar, Arianta, POL-index, Polskiej Bibliografii Lekarskiej, Index Copernicus, Cambridge Scientific Abstracts [10]. Zdobyło 68.16 punktów w Index Copernicus za 2019 r. [7]. Wszystkie polskie czasopisma ogólnopielęgniarstwa oferują otwarty dostęp do publikowanych artykułów („Open Access”) [6, 8–10].

Cel pracy

Celem pracy była analiza ilościowa i jakościowa publikacji w polskich czasopismach ogólnopielęgniarstwa.

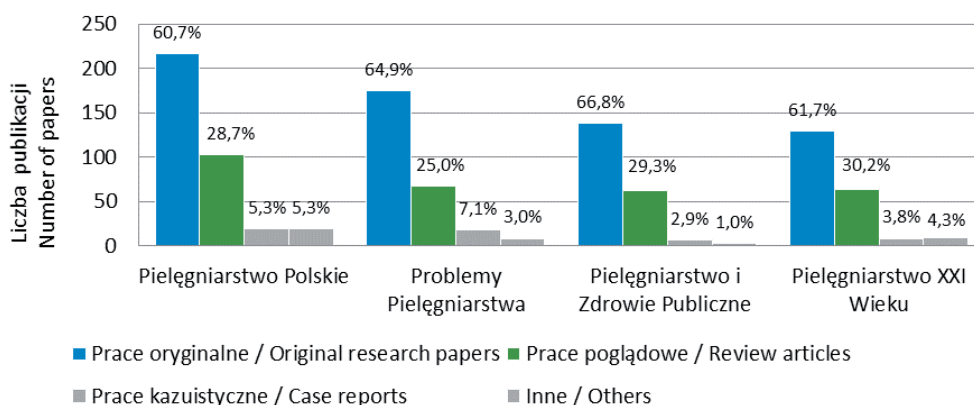
Materiał i metody

Głównym kryterium włączenia poszczególnych czasopism do przeglądu był otwarty dostęp do publikowanych artykułów w elektronicznej wersji oraz tematyka czasopisma. Przedstawiony przegląd publikacji obejmuje okres pięcioletni od stycznia 2015 r. do grudnia 2019 r. czterech ogólnopielęgniarskich kwartalników: „Pielęgniarstwo Polskie”, „Problemy Pielęgniarstwa”, „Pielęgniarstwo XXI wieku” oraz „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”. W badaniu wykorzystano technikę analizy.

Wyniki

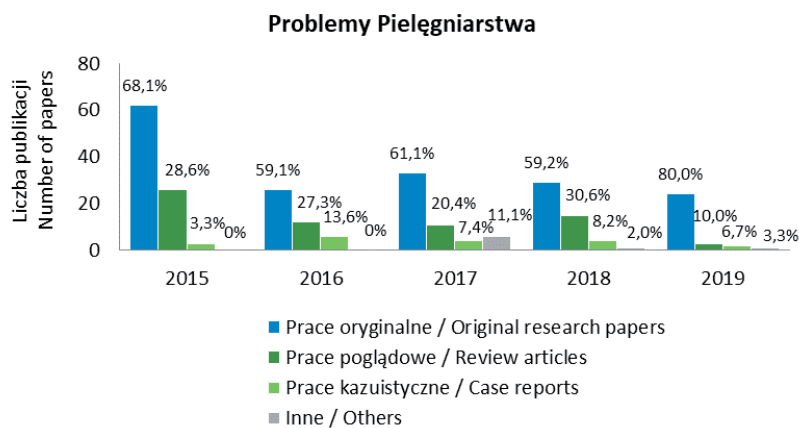
W latach 2015–2019 w 20 zeszytach każdego z czasopism zamieszczono łącznie 658 prac oryginalnych, 294 prace pogładowe oraz 51 prac kazuistycznych. Najmniej opublikowano informacji, sprawozdań, recenzji i komunikatów ($n = 38$). Najwięcej prac oryginalnych zawarto w „Pielęgniarstwo Polskie” ($n = 216$), a najmniej w „Pielęgniarstwo XXI wieku” ($n = 129$), **rycina 1**. W 2015 r. wydano największą liczbę prac oryginalnych w czasopismach „Problemy Pielęgniarstwa” ($n = 62$, **rycina 2**), „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” ($n = 34$, **rycina 3**) oraz „Pielęgniarstwo XXI wieku” ($n = 45$, **rycina 4**). „Pielęgniarstwo Polskie” najwięcej prac oryginalnych opublikowało w 2016 i 2017 r. (każdorazowo $n = 57$, **rycina 5**). Prace oryginalne miały największy procentowy udział wśród wszystkich publikacji w „Problemach Pielęgniarstwa w 2019 r. (80%), natomiast najmniejszy w 2018 r. w „Pielęgniarstwo XXI wieku” (46%). Średni procentowy udział prac oryginalnych w okresie pięcioletnim był bardzo wyrównany: od 60,7% w „Pielęgniarstwo Polskie” do 66,8% w „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”. Prace oryginalne stanowiły ponad 3/4 wszystkich prac tylko w dwóch kwartalnikach: „Proble-

my Pielęgniarstwa” w 2019 r. i „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” w 2018 r. Prace pogładowe miały największy procentowy udział wśród wszystkich publikacji w „Pielęgniarstwo XXI wieku” w 2018 r. (43,2%), natomiast najmniejszy w „Problemach Pielęgniarstwa” w 2019 r. (10%). Średni procentowy udział prac pogładowych w okresie pięcioletnim był bardzo wyrównany: od 25% w „Problemach Pielęgniarstwa” do 30,2% w „Pielęgniarstwo XXI wieku”. Tylko w „Problemach Pielęgniarstwa” w żadnym z analizowanych roczników prace pogładowe nigdy nie stanowiły ponad 1/3 wszystkich publikacji. Prace kazuistyczne miały największy procentowy udział wśród wszystkich publikacji w „Problemach Pielęgniarstwa” w 2016 r. (13,6%), natomiast w „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” w 2015 r. oraz „Pielęgniarstwo XXI wieku” w 2015 r. i 2017 r. nie zamieszczono prac z tej kategorii. Średni procentowy udział prac kazuistycznych w okresie pięcioletnim wykazywał duże zróżnicowanie: od 2,9% w „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” do 7,1% w „Problemach Pielęgniarstwa”. W wyrównanym co do udziału prac oryginalnych 2016 r. (od 58,2% w „Pielęgniarstwo Polskie” do 60,5% w „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”), odsetek prac kazuistycznych zawierał się w bardzo szerokich ramach: od 1% w „Pielęgniarstwo Polskie” do 13,6% w „Problemach Pielęgniarstwa”. Sprawozdania, recenzje i komunikaty były nieobecne w niektórych rocznikach „Pielęgniarstwo Polskie”, „Problemach Pielęgniarstwa” i „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”. Największy procentowy udział sprawozdań, recenzji i komunikatów sięgał 4,8% w „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” w 2017 r., 8,8% w „Pielęgniarstwo XXI wieku” w 2019 r., 11,1% w „Problemach Pielęgniarstwa” w 2017 r. i 14,3% w „Pielęgniarstwo Polskie” w 2016 r.



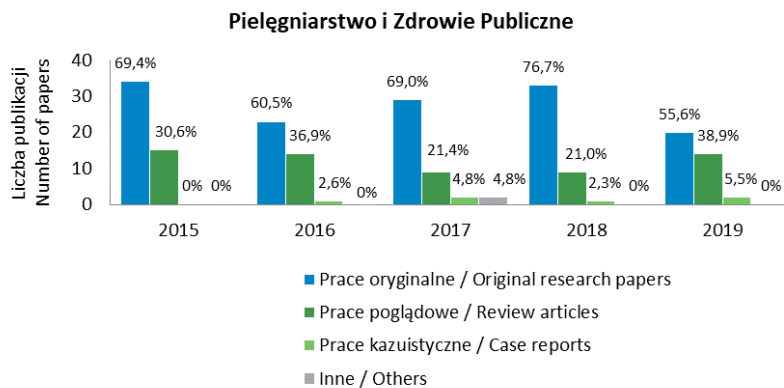
Rycina 1. Liczba publikacji w czasopismach ogólnopielęgniarskich w latach 2015–2019 z podziałem na rodzaj publikacji
Figure 1. Number of papers in Polish general nursing journals in 2015–2019, divided by the type of publication

Źródło: opracowanie własne.
Source: author's own analysis.



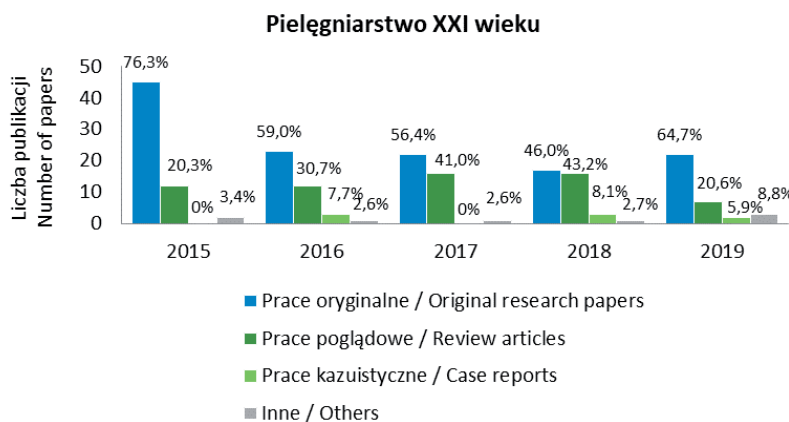
Rycina 2. Liczba publikacji w „Problemach Pielęgniarstwa” w latach 2015–2019 z podziałem na rodzaj publikacji
Figure 2. Number of papers in "Nursing Problems" in 2015–2019, depending on the type of the article

Źródło: opracowanie własne.
Source: author's own analysis.



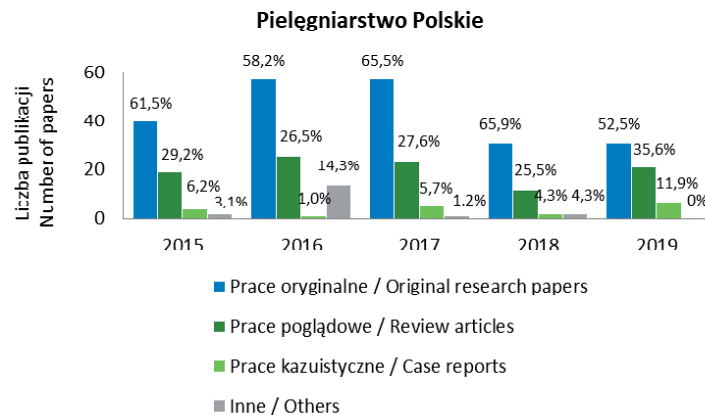
Rycina 3. Liczba publikacji w „Pielęgniarstwie i Zdrowiu Publicznym” w latach 2015–2019 z podziałem na rodzaj publikacji
Figure 3. Number of papers in "Nursing and Public Health" in 2015–2019, depending on the type of the article

Źródło: opracowanie własne.
Source: author's own analysis.



Rycina 4. Liczba publikacji w „Pielęgniarstwie XXI wieku” w latach 2015–2019 z podziałem na rodzaj publikacji
Figure 4. Number of papers in "Nursing in the 21st Century" in 2015–2019, depending on the type of the article

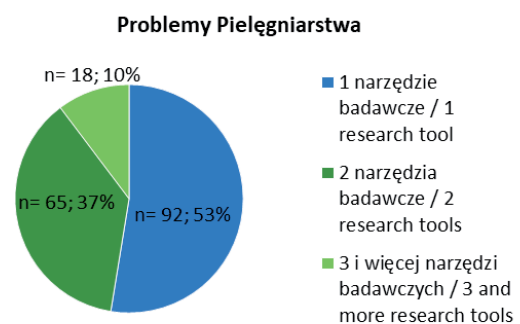
Źródło: opracowanie własne.
Source: author's own analysis.



Rycina 5. Liczba publikacji w „Pielęgniarstwo Polskim” w latach 2015–2019 z podziałem na rodzaj publikacji
Figure 5. Number of papers in „Polish Nursing” in 2015–2019, depending on the type of the article

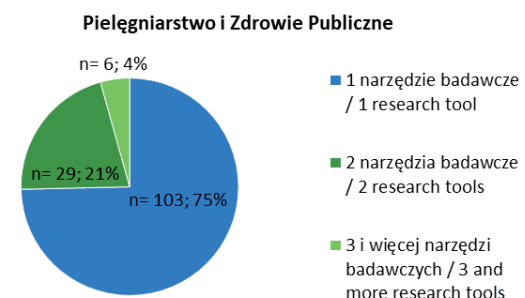
Źródło: opracowanie własne.
 Source: author's own analysis.

Aż w 71% prac oryginalnych wykorzystano tylko jedno narzędzie badawcze, w 24% użyto dwóch narzędzi badawczych, natomiast tylko w 5% omawianych prac autorzy skorzystali z trzech i więcej narzędzi badawczych (ryciny 6, 7, 8, 9). Trzy lub więcej narzędzi badawczych najczęściej zastosowano podczas przygotowywania publikacji oryginalnych w „Problemach Pielęgniarstwa”. Autorski kwestionariusz ankiety był narzędziem najchętniej wykorzystywanym we wszystkich czasopismach. W „Pielęgniarstwo Polskim” również często posługiwano się kwestionariuszem standaryzowanym i skalą standaryzowaną, w „Pielęgniarstwo XXI wieku” i „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” częściej stosowano kwestionariusz standaryzowany niż skalę standaryzowaną w przeciwieństwie do „Problemów Pielęgniarstwa”. Badacze najczęściej używali autorskiego kwestionariusza ankiety (67% prac oryginalnych), kwestionariusza standaryzowanego (ponad 23% prac oryginalnych) i skali standaryzowanej (ponad 22% prac oryginalnych). W 22% prac autorzy wykorzystali inne narzędzia badawcze, takie jak np. kwestionariusz wywiadu, dziennik obserwacji, test, dziennik pomiarów, systematyczna ocena dokumentacji medycznej, notatki etc. (ryciny 10, 11, 12, 13).



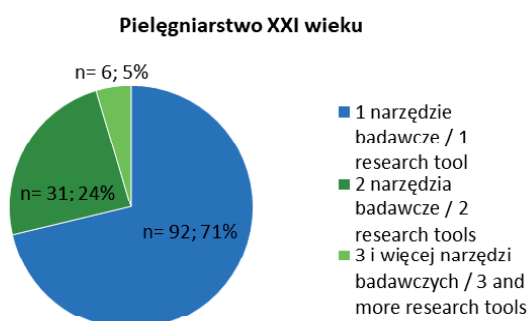
Rycina 6. Liczba narzędzi badawczych wykorzystanych w pracach oryginalnych w „Problemach Pielęgniarstwa”
Figure 6. The number of research tools used in the original research papers in „Nursing Problems”

Źródło: opracowanie własne.
 Source: author's own analysis.



Rycina 7. Liczba narzędzi badawczych wykorzystanych w „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”
Figure 7. The number of research tools used in the original research papers in „Nursing and Public Health”

Źródło: opracowanie własne.
 Source: author's own analysis.

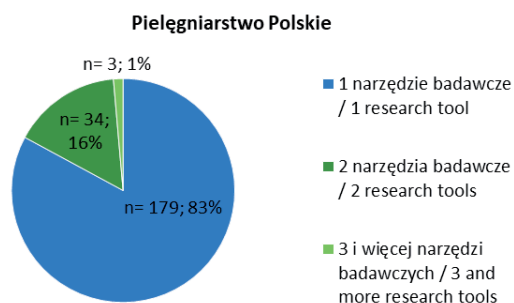


Rycina 8. Liczba narzędzi badawczych wykorzystanych w „Pielęgniarstwie XXI wieku”

Figure 8. The number of research tools used in the original research papers in "Nursing in the 21st Century"

Źródło: opracowanie własne.

Source: author's own analysis.

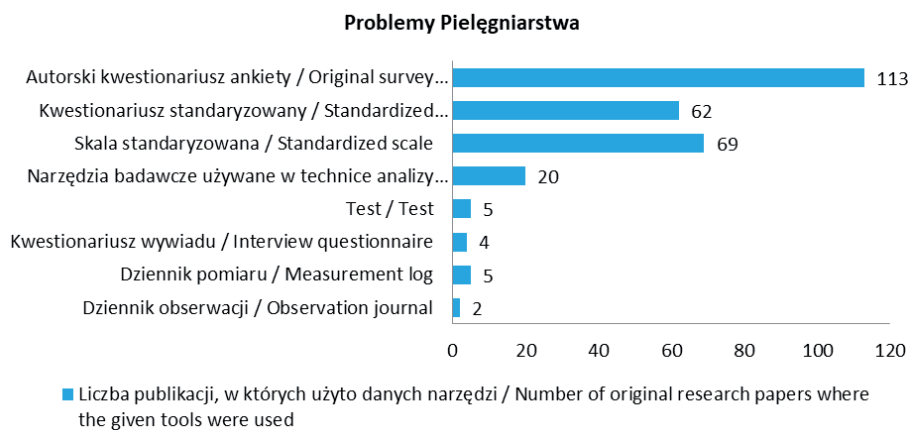


Rycina 9. Liczba narzędzi badawczych wykorzystanych w „Pielęgniarstwie Polskim”

Figure 9. The number of research tools used in the original research papers in "Polish Nursing"

Źródło: opracowanie własne.

Source: author's own analysis.



Rycina 10. Narzędzia badawcze wykorzystane w pracach oryginalnych w „Problemach Pielęgniarstwa” w latach 2015–2019

Figure 10. Research tools used in original research papers in "Nursing Problems" in 2015–2019

Źródło: opracowanie własne.

Source: author's own analysis.

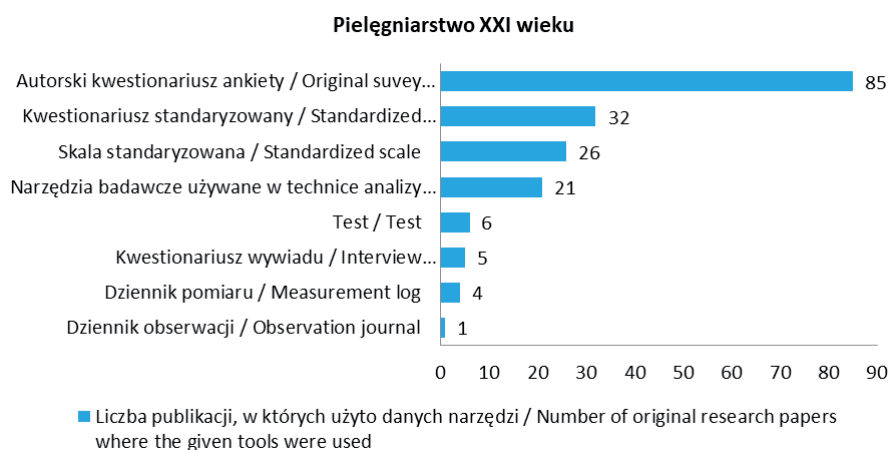


Rycina 11. Narzędzia badawcze wykorzystane w pracach oryginalnych w „Pielęgniarstwie i Zdrowiu Publicznym” w latach 2015–2019

Figure 11. Research tools used in original research papers in "Nursing and Public Health" in 2015–2019

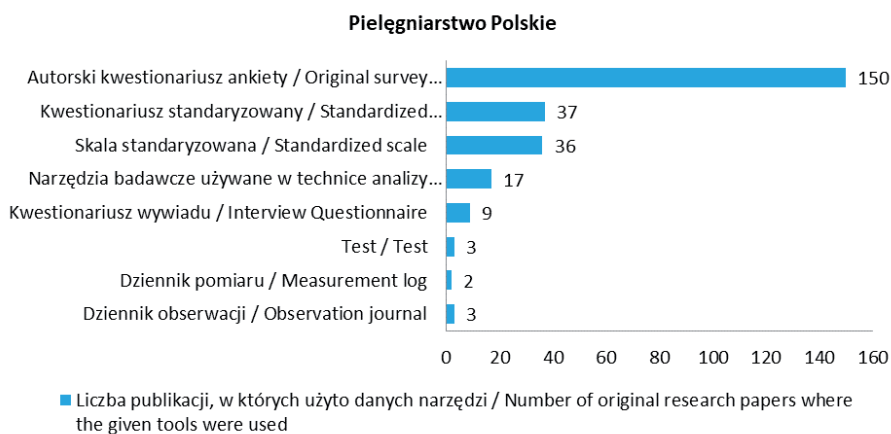
Źródło: opracowanie własne.

Source: author's own analysis.



Rycina 12. Narzędzia badawcze wykorzystane w pracach oryginalnych w „Pielęgniarstwie XXI wieku” w latach 2015–2019
Figure 12. Research tools used in original research papers in "Nursing in the 21st Century" in 2015–2019

Źródło: opracowanie własne.
 Source: author's own analysis.

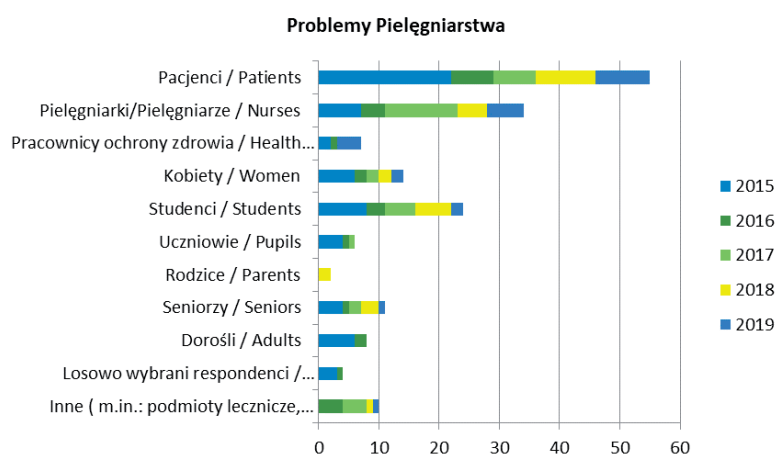


Rycina 13. Narzędzia badawcze wykorzystane w pracach oryginalnych w „Pielęgniarstwie Polskim” w latach 2015–2019
Figure 13. Research tools used in original research papers in "Polish Nursing" in 2015–2019

Źródło: opracowanie własne.
 Source: author's own analysis.

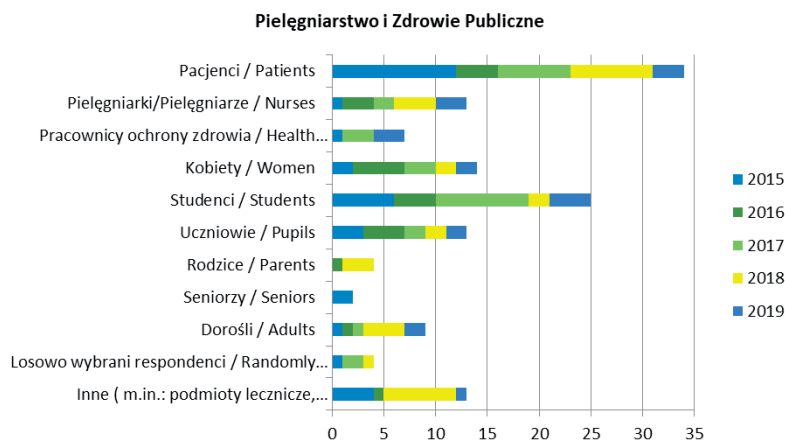
Pacjenci stanowili najczęściej badaną grupę w pracach oryginalnych opublikowanych w „Pielęgniarstwie Polskim” (n = 44), „Problemach Pielęgniarstwa” (n = 55) i „Pielęgniarstwie i Zdrowiu Publicznym” (n = 34). W „Pielęgniarstwie XXI wieku” najczęściej badana była grupa pielęgniarek i pielęgniarzy (n = 31), co stanowi 24% wszystkich prac oryginalnych. Pielęgniarki i pielęgniarze stanowili grupę badaną w odpowiednio 40, 13 i 34 pracach oryginalnych w „Pielęgniarstwie Polskim”, „Pielęgniarstwie i Zdrowiu Publicznym” i „Problemach Pielęgniarstwa”. Tylko w „Pielęgniarstwie Polskim” za-

mieszczono prace, w których grupa badana obejmowała wyłącznie położne i położnych (n = 4). Najwięcej prac oryginalnych poświęconych studentom opublikowano w „Pielęgniarstwie Polskim” (n = 29), a najmniej w „Pielęgniarstwie XXI wieku” (n = 19). Ponad połowa prac oryginalnych w analizowanych czasopismach (n = 355, 54%) opierała się na grupie badanych liczącej powyżej 100 osób, a tylko niecałe 2% prac (n = 13) opierało się na grupie powyżej 1000 osób. Najliczniejsza grupa badana (studenci) występowała w publikacji „Problemów Pielęgniarstwa” z 2015 r. (n = 10027).



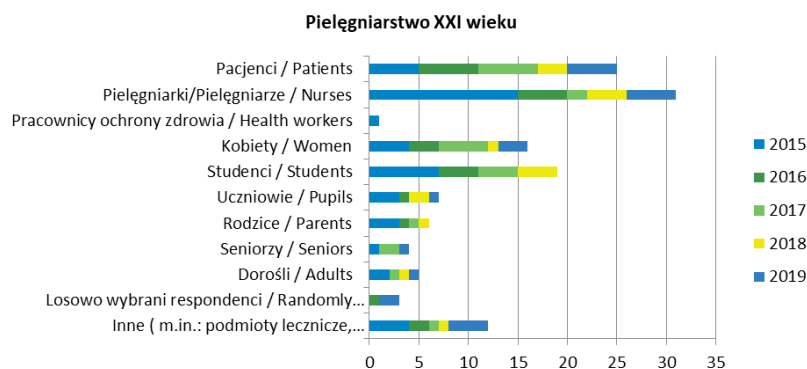
Rycina 14. Grupy badane w pracach oryginalnych w „Problemach Pielęgniarstwa” w latach 2015–2019
Figure 14. Groups studied in the original research papers in "Nursing Problems" in 2015–2019

Źródło: opracowanie własne.
 Source: author's own analysis.



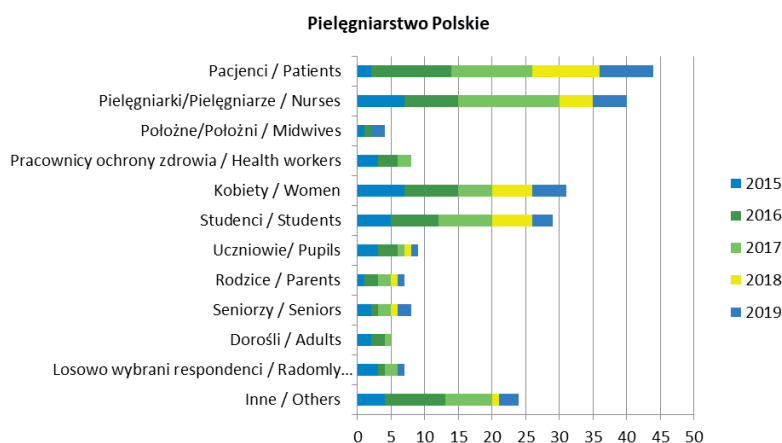
Rycina 15. Grupy badane w pracach oryginalnych w „Pielęgniarstwie i Zdrowiu Publicznym” w latach 2015–2019
Figure 15. Groups studied in the original research papers in "Nursing and Public Health" in 2015–2019

Źródło: opracowanie własne.
 Source: author's own analysis.



Rycina 16. Grupy badane w pracach oryginalnych w „Pielęgniarstwie XXI wieku” w latach 2015–2019
Figure 16. Groups studied in the original research papers in "Nursing in the 21st Century" in 2015–2019

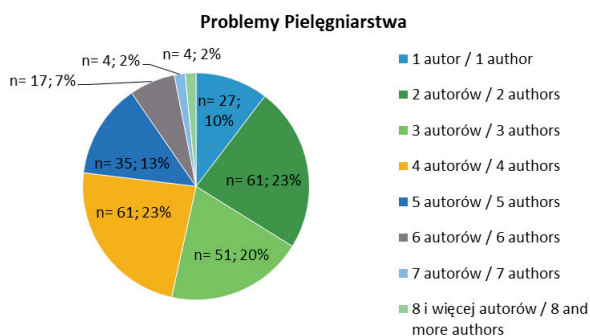
Źródło: opracowanie własne.
 Source: author's own analysis.



Rycina 17. Grupy badane w pracach oryginalnych w „Pielęgniarstwie Polskim” w latach 2015–2019
Figure 17. Groups studied in the original research papers in "Polish Nursing" in 2015–2019

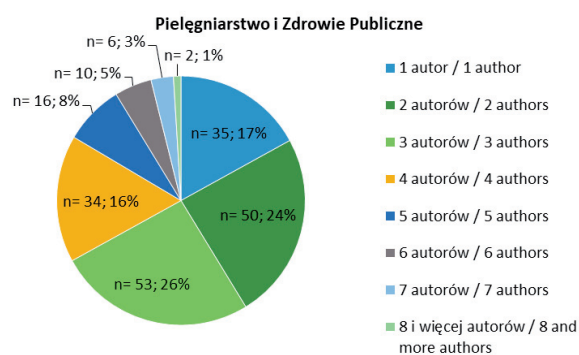
Źródło: opracowanie własne.
 Source: author's own analysis.

Najwięcej publikacji w analizowanych czasopismach ogólnopielęgniarskich miało 2 autorów ($n = 260$), następnie 3 autorów ($n = 210$) oraz 4 autorów ($n = 203$). Osiem i więcej osób było autorami tylko 18 publikacji (rycyna 18, 19, 20, 21). W niemal co 6 publikacji współautorem był student studiów licencjackich lub magisterskich. Najczęściej współtworzyli oni prace oryginalne ($n = 112$, rycina 22). Prace oryginalne, których współautorami byli studenci, stanowią odpowiednio 11,6%, 16,5%, 18,8%, i 19,4% prac oryginalnych w „Pielęgniarstwie XXI wieku”, „Problemach Pielęgniarstwa”, „Pielęgniarstwie i Zdrowiu Publicznym” i „Pielęgniarstwie Polskim”.



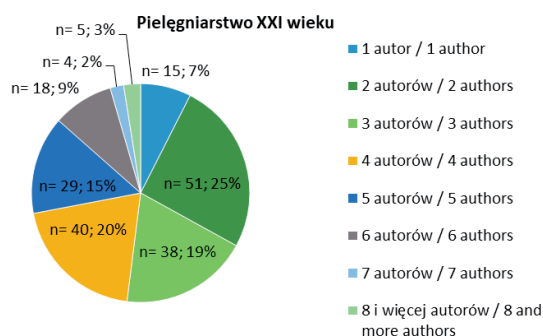
Rycina 18. Liczba autorów publikacji w „Problemach Pielęgniarstwa”
Figure 18. Number of authors of publications in "Nursing Problems"

Źródło: opracowanie własne.
 Source: author's own analysis.



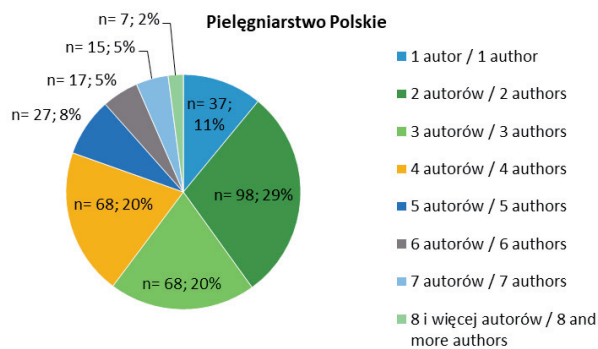
Rycina 19. Liczba autorów publikacji w „Pielęgniarstwie i Zdrowiu Publicznym”
Figure 19. Number of authors of publications in "Nursing and Public Health"

Źródło: opracowanie własne.
 Source: author's own analysis.



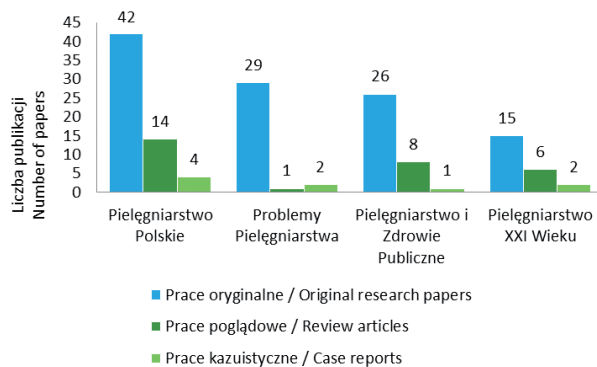
Rycina 20. Liczba autorów publikacji w „Pielęgniarstwie XXI wieku”
Figure 20. Number of authors of publications in "Nursing in the 21st Century"

Źródło: opracowanie własne.
 Source: author's own analysis.



Rycina 21. Liczba autorów publikacji w „Pielęgniarstwie Polskim”
Figure 21. Number of authors of publications in " Polish Nursing"

Źródło: opracowanie własne.
 Source: author's own analysis.



Rycina 22. Liczba publikacji w czterech wybranych czasopismach pielęgniarskich w latach 2015–2019, których współautorami byli studenci studiów licencjackich lub magisterskich z podziałem na rodzaj publikacji

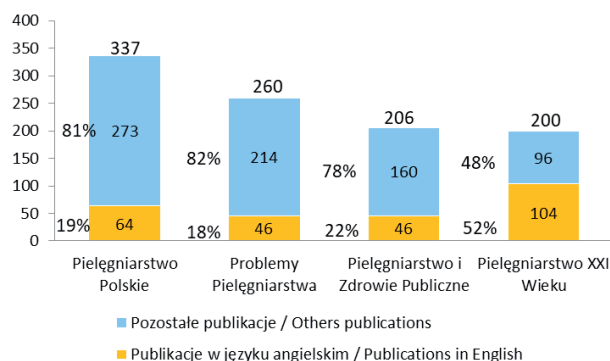
Figure 22. Number of publications of four selected nursing journals in 2015–2019, co-authored by undergraduate or graduate students, divided by the type of the publication

Źródło: opracowanie własne.
 Source: author's own analysis.

W artykułach najczęściej analizowano wiedzę i postawy społeczeństwa ($n = 209$) oraz personelu medycznego ($n = 113$), rzadziej zagadnienia stylu życia i postaw ($n = 101$) oraz jakości życia pacjentów ($n = 83$), (tabela 1). Z zagadnień klinicznych najczęściej poruszano zagadnienia z zakresu ginekologii i położnictwa

($n=48$), interny ($n = 42$), pediatrii ($n = 35$) i chirurgii ($n = 32$, tabela 1). Tematyką chorób zakaźnych zajmowano się w 21 publikacjach (tabela 1). Jakości opieki personelu nad pacjentami poświęcono 68 prac (tabela 1). Tematykę pielęgniarstwa/położnictwa opartego na dowodach naukowych (EBNP) poruszono tylko w 10 pracach, a publikacji związanych z klasyfikacją ICNP było 36.

Ponad połowę artykułów w „Pielęgniarstwie XXI wieku” ($n = 104$) opublikowano w języku angielskim (rycina 23). W czasopiśmie „Pielęgniarstwo Polskie”, „Problemy Pielęgniarstwa” i „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” w języku angielskim przygotowano około 20% artykułów (rycina 23). Zarówno w „Problemach Pielęgniarstwa” jak i w „Pielęgniarstwie i Zdrowiu Publicznym” w 2019 r. publikowano częściej prace w języku angielskim niż w latach poprzednich. W „Problemach Pielęgniarstwa” w 2019 r. ukazało się 28 artykułów w języku angielskim i 1 w języku polskim, natomiast w „Pielęgniarstwie i Zdrowiu Publicznym”, mimo że angielski był oryginalnym językiem 5 artykułów, a 31 język polski, to jednak 26 z tych ostatnich udostępniono również w wersji angielskiej.



Rycina 23. Publikacje w języku angielskim w odniesieniu do wszystkich publikacji w czasopiśmie „Pielęgniarstwo Polskie”, „Problemy Pielęgniarstwa”, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” i „Pielęgniarstwo XXI wieku”

Figure 23. Publications in English in relation to all publications in the periodicals "Polish Nursing", "Nursing Problems", "Nursing and Public Health", and "Nursing in the 21st Century"

Źródło: opracowanie własne.
 Source: author's own analysis.

Tabela 1. Podejmowana tematyka w czasopismach „Pielęgniarstwo Polskie”, „Problemy Pielęgniarstwa”, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” oraz „Pielęgniarstwo XXI Wieku” w latach 2015–2019

Table 1. Topics discussed in the journals in "Polish Nursing", "Nursing Problems", "Nursing and Public Health", and "Nursing in the 21st Century" in 2015–2019

Tematyka/Topics	Pielęgniarstwo Polskie	Problemy Pielęgniarstwa	Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne	Pielęgniarstwo XXI Wieku	Razem/Total
	Liczba publikacji/ Number of papers	Liczba publikacji/ Number of papers	Liczba publikacji/ Number of papers	Liczba publikacji/ Number of papers	
Ginekologia i Położnictwo/ Gynecology and obstetrics	19	7	8	14	48
Interna/Internal medicine	13	10	13	6	42
Pediatrya/Pediatrics	5	10	12	8	35
Chirurgia/Surgery	16	8	3	5	32
Onkologia/Oncology	9	8	8	4	29
Psychiatria/Psychiatry	9	5	11	0	25
Choroby zakaźne/ Infectious diseases	10	3	2	6	21
Zagadnienia kliniczne/ Clinical issues	9	8	2	2	21
Geriatrya/Geriatrics	9	8	2	2	21
Intensywna terapia/ Intensive care	4	7	4	4	19
Kardiologia/Cardiology	5	7	2	1	15
Neurologia/Neurology	4	5	4	1	14
Neonatologia/Neonatology	2	6	3	2	13
Farmakologia/ Pharmacology	2	2	4	1	9
Ortopedia/Orthopedics	3	1	2	2	8
Endokrynologia/Endocrinology	1	0	3	0	4
Stomatologia/Dentistry	1	0	0	1	2
Kształcenie/ Education	27	18	8	21	74
Przeddyplomowe/ Undergraduate	27	18	8	21	74
Podyplomowe/ Postgraduate	8	15	2	6	31
Jakość życia/ Quality of life	19	32	16	16	83
Pacjenci/ Patients	34	37	14	16	101
Postawy i styl życia/ Attitudes and lifestyle	34	37	14	16	101
Edukacja i wiedza/ Education and knowledge	16	4	7	4	31
Bezpieczeństwo/Safety	3	6	10	3	22
Jakość opieki/ Quality of care	14	34	9	11	68
Wiedza i postawy/ Knowledge and attitudes	37	36	12	28	113
Personel/ Staff	10	5	6	12	33
Organizacja pracy/ Management	10	5	6	12	33
Bezpieczeństwo i higiena pracy/ Occupational Health and Safety	25	15	3	5	48
Styl życia/Lifestyle	5	4	0	5	14
Wiedza i postawy/ Knowledge and attitudes	58	51	59	41	209
Społeczeństwo/Society	23	13	20	15	71
Styl życia/Lifestyle	23	13	20	15	71
Jakość życia/Quality of life	3	4	2	6	15
Pielęgniarstwo/Położnictwo Transkulturowe/ Nursing/Midwifery transcultural	3	0	2	2	7
Koncepcje w pielęgniarstwie/ Concepts in nursing	6	5	3	2	16
Klasyfikacja ICNP/ ICNP classification	7	23	0	6	36
Pielęgniarstwo/Położnictwo oparte na dowodach nauko- wych/EBNP/EBMP	3	6	0	1	10
Historia zawodu/ History of the profession	3	7	1	0	11
Ratownictwo medyczne/ Emergency medical services	5	2	3	5	15
Prawo/Law	12	12	4	4	32
Marketing/Marketing	3	0	2	0	5
Inne/Others	11	6	17	14	48

Dyskusja

ICN (ang. International Council of Nurses) wskazuje na istotną rolę badań naukowych w rozwoju współczesnego pielęgniarstwa oraz w prawidłowym wykonywaniu zawodu. Projekty powinny wynikać z naturalnej ciekawości badawczej pielęgniarek i opierać się na solidnej podstawie metodologicznej, zdobytej podczas kształcenia zawodowego. Kwartalniki „Problemy Pielęgniarstwa”, „Pielęgniarstwo XXI wieku” i „Pielęgniarstwo Polskie” są wiodącymi ogólnopielęgniarskimi czasopismami naukowymi w Polsce. Z tego powodu oczekiwania środowiska pielęgniarskiego względem publikacji ukazujących się na łamach tych czasopism są wysokie.

Prace oryginalne stanowiły największy odsetek publikacji w analizowanych czasopismach, co zasługuje na uznanie. Zauważono jednak spadek ilości publikowanych prac oryginalnych w kolejnych latach badanego okresu. Można przypuszczać, że powodem braku napływu oryginalnych manuskryptów jest brak intensywnych badań naukowych w polskim pielęgniarstwie. Choć zauważono, że ponad połowa prac oryginalnych opierała się na grupie większej niż 100 uczestników, to wciąż bardzo niewielki odsetek prac zawierał grupę badaną o liczebności ponad 1000. Reprezentatywność uzyskanych wyników ograniczała zazwyczaj mała liczba uczestników. Ponadto badania w większości przypadków były jednoosobowe, co pozostaje w zgodzie z wynikami badania Belowskiej et al. [11]. Najczęściej wykorzystywanym narzędziem w prezentowanych badaniach pozostaje autorski kwestionariusz ankiety. Co pozytywne, odnosząc się do wyników badań Belowskiej et al. [11, 12] dotyczących „Problemów Pielęgniarstwa” w latach 2007–2015 i „Pielęgniarstwa XXI wieku” w latach 2010–2015, zaobserwowano wzrost liczby publikacji przygotowanych z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi.

Niewielki odsetek prac publikowano w języku angielskim, co wpływa na liczbę cytowań publikacji polskich autorów. Su et al. [13] udokumentowali, mimo znacznego wzrostu pielęgniarskich publikacji naukowych w językach narodowych w Brazylii, Chinach, Korei Południowej, Tajwanie, Turcji i Japonii, niewielką ich cytawalność w piśmiennictwie światowym. Mała liczba cytowań nie musi być związana tylko z językiem publikacji, ale również może stanowić następstwo nieprowadzenia wieloosobowych międzynarodowych badań. Adams i Gurney [14] wykazali, że publikacje współautorów z różnych krajów są częściej cytowane niż prace autorów z jednego kraju. Polskie akademickie placówki medyczne nie mają wysokiej pozycji na świecie pod względem działalności naukowej, co znajduje potwierdzenie w badaniach Su et al. [15] oraz Kokol i Blažun Vošner

[16], w których Polski nie wymieniono w żadnym z rankingów najbardziej produktywnych autorów, instytucji i krajów pod względem badań naukowych w pielęgniarstwie. Niezadowolająca pozycja polskich placówek akademickich kształcących pielęgniarki w światowych rankingach może mieć związek z niewielką intensywnością badań naukowych w pielęgniarstwie polskim oraz brakiem odpowiedniego wsparcia finansowego. Negatywny wpływ może mieć również brak odpowiednio wykwalifikowanych specjalistów do prowadzenia pracy naukowej, jak również ograniczona współpraca między polskimi placówkami akademickimi.

Nie marginalną liczbę publikacji stanowiły te przygotowane z autorskim udziałem studentów. Jest to pozytywna obserwacja i może świadczyć o coraz większej aktywności studentów w zakresie prowadzenia badań naukowych, jak również tego, że w toku studiów studentów przygotowuje się do takiej działalności. Dzięki wprowadzeniu zmian na wyższych uczelniach medycznych pod kątem nabywania umiejętności krytycznego czytania tekstów naukowych oraz kładzenia większego nacisku na kształcenie z zakresu metodologii badań naukowych, mogą one być prawidłowo prowadzone z następnym wprowadzeniem wyników do praktyki klinicznej [2]. Niezbędne są modyfikacje programów nauczania służące intensywnemu zaangażowaniu studentów pielęgniarstwa w działalność naukową, publikowanie prac badawczych w pielęgniarskich czasopismach naukowych [17], co długofalowo będzie korzystne dla społeczności pielęgniarskiej, jej aktywności naukowej i rangi zawodu.

Zaobserwowano, że najwięcej publikacji ma od 2 do 4 autorów, co jest dobrym prognostykiem i podobny trend obserwuje się w innych krajach [17, 18]. Przejście z prac jednego autora do publikacji z większą liczbą autorów sprawia, że zwiększa się efektywność, a badacze uczą się współpracy między sobą. W skład zespołów mogą wchodzić zarówno pielęgniarki kliniczne, jak również pielęgniarki zajmujące się dydaktyką akademicką, co może budować solidny fundament dla badań naukowych w pielęgniarstwie i zwiększać liczbę pielęgniarskich prac wieloosobowych i międzynarodowych [3].

Zauważono, że w latach 2015–2019 w analizowanych polskich czasopismach ogólnopielęgniarskich najczęściej podejmowaną tematyką była wiedza i postawy społeczeństwa oraz personelu, a także postawy i styl życia pacjentów. Z publikacji poruszających zagadnienia kliniczne, najwięcej z nich dotyczyło czterech podstawowych dziedzin medycyny i onkologii. Stwierdzono też zainteresowanie tematyką kształcenia pielęgniarek, zwłaszcza przeddyplomowego. Porównując z analizami Belowskiej et al., dotyczącymi jakości i ilości publikacji pielęgniarskich w Polsce w latach 2007–2015 [11]

i w latach 2010–2015 [12] zauważono, że trendy były podobne, natomiast wcześniej więcej publikacji dotyczyło świadczonej opieki i jakości życia pacjentów. Istotną różnicę stwierdzono odnośnie publikacji poruszających historię zawodu, których było mniej w latach 2015–2019. W piśmiennictwie zagranicznym najgorętszymi tematami ostatnich lat w badaniach pielęgniarskich są: bezpieczeństwo pacjenta, zarządzanie w pielęgniarstwie, kształcenie, organizacja, bezpieczeństwo i higiena pracy pielęgniarek oraz zagadnienia z obszaru geriatrici, onkologii i kardiologii [13, 15–16]. Wcześniej skupiano się na interwencjach pielęgniarskich, promocji i ochronie zdrowia oraz edukacji zawodowej [19–20].

Zauważono, że podczas pięciu analizowanych lat mała liczba publikacji dotyczyła tematyki chorób zakaźnych, co można obecnie odczytywać jako wynik przeświadczenia, że epidemie chorób zakaźnych nie stanowią zagrożenia w XXI wieku. Wybuch pandemii SARS-CoV-2 spowodował chaos i niewydolność sektora ochrony zdrowia, za którym stało m.in. nieprzygotowanie organizacyjne i kadrowe. Brak większego zainteresowania zagadnieniami klinicznymi i epidemiologicznymi chorób zakaźnych w latach przed wybuchem pandemii COVID-19, przekładający się na bardzo małą liczbę lekarzy zakaźników i pielęgniarek ze specjalizacją z dziedziny pielęgniarstwa epidemiologicznego w Polsce, obiektywnie odzwierciedla przedstawiony stan piśmiennictwa.

Zaobserwowano, że liczba prac kazuistycznych, w których w procesie pielęgnowania użyto klasyfikacji ICNP jest wciąż niezadowolająca. Wprowadzenie klasyfikacji ICNP ujednocila terminy, które wykorzystują pielęgniarki w procesach pielęgnowania, co przyczynia się do poprawy jakości świadczonych usług przy jednoczesnym zapewnieniu odpowiedniego stopnia bezpieczeństwa pacjentów. Umożliwia to również ocenę wpływu jakości opieki na efekty leczenia z uwzględnieniem kosztów. Niezadowolający stan wykorzystywania klasyfikacji ICNP jest przypuszczalnie spowodowany niepełną aprobatą środowiska pielęgniarskiego do przyjęcia tej klasyfikacji oraz brakiem środków na wprowadzenie tego systemu w Polsce [21].

Zauważono, że nadal niewiele prac odnosi się bezpośrednio do tematyki pielęgniarstwa/położnictwa opartego na EBNP. Może to wpływać na stan badań naukowych w pielęgniarstwie. Według Gotlib et al. [22] należy promować tę tematykę w polskim piśmiennictwie naukowym, gdyż dzięki wprowadzeniu zasad EBNP możliwe jest prowadzenie efektywnej, bezpiecznej i nowoczesnej praktyki zawodowej, zwiększa się pozycję i profesjonalizację zawodu oraz wpływa pozytywnie na stosunki i współpracę pracowników ochrony zdrowia. W ostatnich latach zagadnienie EBNP włączono w tok nauczania studiów pielęgniarskich w Polsce, co będzie

pozytywnie wpływać na rozwój pielęgniarskich badań naukowych.

W czasopiśmie ogólnopielęgniarskich w Polsce w latach 2015–2019 stwierdzono przewagę prac oryginalnych nad poglądowymi, co jest korzystną proporcją. Niepokojąca jest niewielka liczba, a nawet brak prac kazuistycznych w części zeszytów. Zapewnienie pielęgniarkom możliwości prezentacji przypadków w czasopiśmie naukowym zachęca do przygotowywania tej formy publikacji. Przygotowanie opisu przypadku stanowi wartościową lekcję pisania prac naukowych, uczy krytycznego myślenia podczas lektury artykułu, a może też stanowić przyczynę do pojawiania się zainteresowania działalnością naukową.

Wnioski

1. Najczęstszym rodzajem publikacji w analizowanych czasopiśmie były prace oryginalne, dwuautorskie, dotyczące zagadnień klinicznych i prowadzone za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety.
2. Pielęgniarki powinny być bardziej zachęcane do tworzenia solidnych prac kazuistycznych.
3. W polskim pielęgniarstwie brakuje badań prowadzonych na większą skalę oraz badań opartych na reprezentatywnych grupach badanych.
4. Pielęgniarki, a także studenci pielęgniarstwa powinni czerpać motywację ze studiowania publikacji polskich czasopiśmie pielęgniarskich do prowadzenia bardziej jakościowych badań naukowych.

Piśmiennictwo

1. Graf L, Ślężiona M, Mroczkowska R. Badania naukowe w pielęgniarstwie. *Master of Nursing*. 2016; 15(1): 57–62.
2. Gotlib J, Belowska J, Panczyk M, Sienkiewicz Z, Wójcik G. Wiedza i postawy pielęgniarek wobec wykorzystywania wyników badań naukowych w codziennej praktyce klinicznej. *doniesienia wstępne. Probl Pielęg.* 2014; 22(2): 281–287.
3. Kunecka D. Aspekty etyczne badań naukowych w polskim pielęgniarstwie. *Annales. Etyka w życiu gospodarczym*. 2015; 18(3): 109–118.
4. Wąsowska I, Kózka M. Opinie pielęgniarek na temat wykorzystywania dowodów naukowych w praktyce zawodowej. *Probl Pielęg.* 2015; 23(3): 392–397.
5. Cisińska A. Polskie czasopiśmiennictwo medyczne jako instrument doskonalenia zawodowego pielęgniarek rodzinnych. *Med. Ogólna Nauki Zdr.* 2013; 19(2): 110–115.
6. *Pielęgniarstwo Polskie*: <http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl>; data dostępu: 10.05.2021.
7. *Index Copernicus*: <https://journals.indexcopernicus.com>; data dostępu: 10.05.2021.
8. *Problemy Pielęgniarstwa*: https://www.termedia.pl/Czasopismo/Problemy_Pielęgniarstwa-134/Info; data dostępu: 10.05.2021.
9. *Pielęgniarstwo XXI wieku*: <http://www.piel21w.umlib.pl>; data dostępu: 10.05.2021.

10. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne: <https://www.pzp.umed.wroc.pl>; data dostępu: 10.05.2021.
11. Belowska J, Zarzeka A, Samoliński Ł, Panczyk M, Gotlib J. Przegląd piśmiennictwa pielęgniarskiego na przykładzie czasopisma „Problemy Pielęgniarstwa”. *Probl Pielęg.* 2016; 24(2): 106–111.
12. Belowska J, Zarzeka A, Samoliński Ł, Panczyk M, Iwanow L, Gotlib J. Przegląd piśmiennictwa pielęgniarskiego na podstawie czasopisma „Pielęgniarstwo XXI wieku”. *Pielęg XXI w.* 2016; 55(2): 41–44.
13. Su Y, Liu H, Liu Ch, Wang F, Duan Z. The state of nursing research from 2000 to 2019: A global Analysis. *J Adv Nurs.* 2021; 77: 162–175.
14. Adams J, Gurney KA. Bilateral and multilateral coauthorship and citation impact: Patterns in UK and US International Collaboration. *Front Res Metr Anal.* 2018; 3: 1–10.
15. Su Y, Zhu R, Wang Ch, Han S, Liu H, Duan Z. Bibliometric analysis of Journal of Nursing Management from 1993 to 2018. *J Nurs Manag.* 2020; 28: 317–331.
16. Kokol P, Blažun Vošner H. Historical, descriptive and exploratory analysis of application of bibliometrics in nursing research. *Nurs Outlook.* 2019; 67(6): 680–695.
17. Nisha RJ, Senthil PK, Ashir JS, Eva Ch. Estimation of Existing Research: A Quantitative Exploratory Evidence Synthesis of Analyses of Nursing Journals. *IJMHS.* 2016; 3(1): 31–36.
18. Güler N, Karagözoğlu S, Güler G, Kocataş S, Akgül-Gündoğdu N. Assessment of Articles Published in Nursing Journals Between 2006 and 2010 in Turkey. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2017; 19(1): 48–59.
19. Mantzoukas S. (2009) The research evidence published in high impact nursing journals between 2000–2006: A quantitative content analysis. *Int J Nurs Stud.* 2009; 46: 479–489.
20. Vehvilainen-Julkunen K. The Publication Culture of Nursing Science in Finland: analysis of Research Articles Published in the Journal of Nursing Science from 1989 to 2008, *Int J Caring Sci.* 2012; 5(2): 105–111.
21. Kilańska D. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP) – aktualny stan na świecie i etap prac przygotowawczych do wdrożenia w Polsce. *Probl Pielęg.* 2009; 17(3): 235–245.
22. Gotlib J, Belowska J, Panczyk M, Dykowska G, Wójcik G. Evidence-based Medicine i Evidence-based Nursing Practice – przegląd polskiego piśmiennictwa naukowego. *Probl Pielęg.* 2014; 22(2): 1–5.

Artykuł przyjęty do redakcji: 17.12.2021.

Artykuł przyjęty do publikacji: 29.05.2022.

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

Adres do korespondencji:

Kamil Konrad Hozyasz

e- mail: k.hozyasz@dyd.akademiabialska.pl



REHABILITACJA SCHORZEŃ NARZĄDU GŁOSU – WPŁYW EDUKACJI ZDROWOTNEJ NA EFEKTY TERAPEUTYCZNE

THE REHABILITATION OF VOCAL ORGANS DISEASES – THE INFLUENCE OF HEALTH EDUCATION ON THE THERAPEUTIC EFFECTS

Marta Wiśniewska-Duszyńska¹, Wioletta Wojciechowska^{1,2,a}, Agnieszka Garstecka¹

¹ Kolejowy Szpital Uzdrawiskowy sp. z o.o. w Ciechocinku
Railway Health Resort Hospital in Ciechocinek, Poland

² Instytut Nauk o Zdrowiu, Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku
Institute of Medical Sciences/Cuiavian University in Włocławek, Poland

^a <https://orcid.org/0000-0003-2938-758X>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2022.14>

STRESZCZENIE

Liczba zawodów narażonych na znaczne obciążenie narządu głosu stale wzrasta. Zjawisko to zauważalne jest między innymi dzięki zwiększonej świadomości pacjentów zgłaszających się do poradni foniatrycznych, laryngologicznych czy logopedycznych. Niewątpliwie u podłoża wielu zaburzeń głosu utrudniających codzienne funkcjonowanie pacjenta, oprócz zaburzeń organicznych, leży nieprawidłowa higiena i emisja głosu. To właśnie edukacja zdrowotna, obejmująca higienę i emisję głosu, jest integralną częścią procesu terapeutycznego w ramach rehabilitacji schorzeń narządu głosu.

SŁOWA KLUCZOWE: głos, higiena, emisja, zaburzenia, rehabilitacja, edukacja.

ABSTRACT

The number of jobs exposed to the occupation of vocal organs is increasing all the time. This phenomenon can be seen mainly because of the increased number of patients aware of the need to visit phoniatic, laryngological or logopedic clinics. Undoubtedly, the roots of many vocal diseases, which disturb daily functioning, can be found in poor hygiene and incorrect voice emission, not only in the organic disorders. Health education, which includes correct hygiene and voice emission, is an integral part of the therapeutic process in order to rehabilitate vocal organs diseases.

KEYWORDS: voice, hygiene, emission, disorders, rehabilitation, education.

Wstęp

Jednym z największych przywilejów człowieka jako gatunku jest możliwość tworzenia głosu w celu komunikacji za pomocą mowy. Powstanie komunikatu werbalnego uzależnione jest od zsynchronizowanej pracy współpracujących ze sobą narządów i mechanizmów. Na proces dźwiękowej realizacji wypowiedzi wpływ ma działanie narządu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego. Istotne znaczenie mają także drogi i ośrodki nerwowe, które w procesie tym odpowiadają za przekazanie bodźca, a w konsekwencji wykonanie zaplanowanej w wyższych strukturach mózgu czynności. Samo tworzenie głosu stało się przedmiotem zainteresowania wielu dziedzin, wśród których wymienia się między innymi foniatrię, laryngologię, psychologię i logopedię. Badacze podejmują się problemu przede wszystkim od strony podstawowej – biologicznej, analizując anatomię, fizjologię i patologię narządu głosu. Zwraca się jednak także uwagę na podłoże psychologiczne, opi-

sując wpływ emocji na głos i jego zaburzenia oraz na higienę głosu i jego cechy jakościowe [1]. Ludzki głos narażony jest na wiele niebezpieczeństw, które bardzo często wynikają z braku wiedzy i doświadczenia w procesie emitowania dźwięku. Na kłopoty, wpływające istotnie na komunikację, narażone są szczególnie osoby zawodowo postugujące się głosem, wśród których wymienia się najczęściej piosenkarzy, aktorów, spikerów radiowych i telewizyjnych, polityków, a od pewnego czasu przede wszystkim nauczycieli, pracujących zarówno w edukacji przedszkolnej, wczesnoszkolnej, jak i klasach późniejszych, a nawet na uczelniach wyższych [2]. Według danych opublikowanych przez ekspertów Unii Europejskich Foniatorów pedagogzy i nauczyciele są grupą zawodową, w której wymogi stawiane narządowi głosowemu są znaczne [3].

Niewątpliwie podstawowymi elementami rehabilitacji schorzeń narządu głosu są edukacja i profilaktyka tychże zaburzeń. To właśnie od zmiany nieprawidłowe-

go modelu życia w dużym stopniu uzależnione są efekty uzyskane w procesie terapeutycznym. Prewencyjna edukacja zdrowotna powinna zostać rozpoczęta jak najwcześniej, nawet w okresie przedszkolnym [4].

Schorzenia narządu głosu

Od kilkudziesięciu lat w Polsce na liście najczęściej występujących chorób zawodowych znajdują się schorzenia narządu głosu. Według danych z 2019 roku zajmują one trzecie miejsce w klasyfikacji [5]. W 2003 roku rozpoznano 1100 nowych przypadków tych chorób. Świadczy to niewątpliwie o niekorzystnej sytuacji zdrowotnej osób posługujących się głosem zawodowo. Według danych Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi największą grupą zawodową wymagającą dużego wysiłku głosowego są nauczyciele. To wśród nich najczęściej odnotowywane są schorzenia tego narządu. Z kolei u śpiewaków zaburzenia głosu występują sporadycznie. Wiązać to można z możliwościami głosowymi oraz wieloletnim szkoleniem i doskonaleniem technik emisji głosu [6]. Najczęściej niepokojące dolegliwości zgłaszają nauczyciele wychowania przedszkolnego i młodszych klas szkoły podstawowej, zwracając szczególną uwagę na pojawianie się chrypki, kaszlu czy okresowego bezgłosu [7].

Do najczęstszych przyczyn schorzeń głosu wśród osób posługujących się nim zawodowo zalicza się między innymi nieprzestrzeganie zasad higieny głosu i nieprawidłową technikę jego tworzenia [8]. Oprócz powyższych do przyczyn zaburzeń autorzy zaliczają także nadmierny wysiłek głosowy, obciążenia psychospołeczne i psychofizyczne oraz nieprawidłowe warunki pracy [9]. Do czynników ryzyka mających istotny wpływ na pojawienie się nieprawidłowości w procesie tworzenia głosu zalicza się:

- czynniki wewnętrzne, takie jak: zmiany w układzie nerwowym [10]; wiek – wpływający na obniżenie głosu, spowolnienie mówienia, zmniejszenie ekspresji wypowiedzi i siły głosu [11]; płeć (u kobiet zazwyczaj zauważa się większą częstotliwość głosu mówionego) [12]; słuch, od którego w dużej mierze zależy umiejętność tworzenia głosu i sprawne się nim posługiwanie; oddech, fonacja i artykulacja, stan endokrynologiczny, pobudliwość nerwowa, nawiązywanie kontaktów, schorzenia dróg oddechowych i alergię [13], utrudniające prawidłową emisję głosu i tworzenie dobrego podparcia oddechowego podczas wzmożonego wysiłku głosowego;
- czynniki zewnętrzne, a wśród nich: przygotowanie głosu do pracy (jego brak wpływa na nieprawidłowy sposób tworzenia głosu, nadmierne jego wytężanie); warunki pracy (nieod-

powiednia temperatura i wilgotność powietrza, zapylenie środowiska) [14]; staż pracy (powyżej 15 lat prowadzący do schorzeń narządu głosu, takich jak np. guzki głosowe czy zmiany przerostowe łańdów głosowych); hałas, skutkujący uszkodzeniami narządu słuchu [15]; używki, wysuszające i podrażniające błonę śluzową jamy ustnej, gardła i krtani (np. papierosy, kofeina, alkohol wysokoprocentowy); poważne schorzenia ogólne i stres, w znacznym stopniu wpływający na powstawanie wzmożonego napięcia w okolicy żuchwy, gardła, barków, brzucha i mięśni karku [16].

Brak koordynacji poszczególnych funkcji narządu głosu (oddychania, fonacji, artykulacji) powoduje jego przeciążenia, a w konsekwencji wzmożenie napięcia mięśniowego w okolicy traktu głosowego, obrzęk i przekrwienie błony śluzowej. Długotrwałe i nawracające napięcie mięśni doprowadza do ich zwiotczenia, co predysponuje do wystąpienia niewydolności głośni, guzków głosowych i zmian przerostowych łańdów głosowych. Podobne skutki mogą przynieść nawracające infekcje o podłożu wirusowym, bakteryjnym i grzybiczym i zapalenia spowodowane czynnikami biologicznymi, chemicznymi lub fizycznym [2].

Wymienione czynniki w większym lub mniejszym stopniu, w zależności od nasilenia, wpływają destrukcyjnie na proces tworzenia głosu, predysponując do powstawania schorzeń w tym obszarze. Duże znaczenie ma wcześniej rozpoczęta edukacja zdrowotna i rehabilitacja, która jest niewątpliwie istotnym elementem terapii zaburzeń głosu, a w wielu przypadkach podstawowym sposobem ich leczenia. Samą rehabilitację głosu możemy określić jako próbę przywrócenia głosu do stanu, który spełni potrzeby chorego, zarówno te o podłożu zawodowym, socjalnym, jak i emocjonalnym [6].

Edukacja zdrowotna

Autorzy publikacji traktujących o tematyce medycznej stosunkowo często podejmują się próby ujednoczenia definicji zdrowia. Zazwyczaj jest ono ujmowane jako bezpieczne, aktywne i świadome korzystanie z szeroko pojętego poradnictwa zdrowotnego. Poradnictwo natomiast definiuje się jako przekazywanie informacji i wiedzy o budowaniu zdrowego stylu życia i wspieraniu zdrowia. To także profilaktyka i umiejętność radzenia sobie w stanach zagrażających sprawności psychicznej i fizycznej jednostki. Pojęcie zdrowia sprowadza się również do zdolności organizmu do wszechstronnego rozwoju i stawiania czoła aktualnym wymaganiom otoczenia. Z kolei choroba jest przeciwieństwem wyżej opisywanego zdrowia i wyraża się poprzez niezdolność

do realizacji tej dyspozycji, zarówno w stopniu całkowitym, jak i częściowym. Wielowymiarowe pojęcie zdrowia mierzone jest zakresem kontaktów i interakcji społecznych oraz rodzajem pełnionych w społeczeństwie ról i więzi, jakie zostały w nim nawiązane. Zarówno dobrostan psychiczny, jak i umiejętność panowania nad stanami i zachowaniami nacechowanymi emocjonalnie wpływają na stan umysłowy jednostki. Odnosząc się do pojęcia zdrowia, należy zatem brać pod uwagę, że najważniejsze jest zachowanie równowagi w zakresie wszystkich możliwości organizmu człowieka – psychicznych, fizycznych i społecznych [17]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podaje, że „zdrowie jest stanem pełnego/całkowitego dobrego samopoczucia/dobrostanu (ang. wellbeing) fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko jej brakiem – obiektywnie istniejącej – choroby (ang. disease) czy niepełnosprawności (ang. infirmity). Zdrowie wiąże się z poszukiwaniem i utrzymywaniem równowagi w obliczu wszelkich obciążeń, jakie są nakładane przez otoczenie na organizm człowieka. Jest to proces dynamiczny, zmieniający się w zależności od zaistniałych wymagań wewnętrznych i zewnętrznych. Niewydolność tego procesu prowadzi do jego załamania, a w konsekwencji do choroby [18].

Dostępna literatura ujmuje wiele definicji promocji zdrowia – edukacji zdrowotnej. Jedną z nich jest proces, dzięki któremu ludzie edukują się w kwestii dbania o własne zdrowie oraz zdrowie innych i dokonują wyborów sprzyjających zdrowiu. Międzynarodowa Konferencja w Ottawie w 1986 roku jako pierwsza została zakończona podpisaniem Karty Ottawskiej, a jej głównym celem było podkreślenie promocji zdrowia i wskazanie na edukację jako jej podstawowego narzędzia. Komisja Edukacji Zdrowotnej i Terminologii Promocyjnej (ang. Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology) określiła edukację zdrowotną jako istotę działań edukacyjnych, która ma na celu zdobywanie przez społeczeństwo informacji oraz umiejętności umożliwiających podejmowanie właściwych decyzji zdrowotnych [18].

Edukacja zdrowotna w każdej dziedzinie stała się nieodzownym elementem postępowania terapeutycznego. Musi być ona nakierowana na daną jednostkę oraz prowadzona przez zespół profesjonalistów pozostających w regularnym i stałym kontakcie z chorym. Zakres tej edukacji musi być ściśle związany ze zdrowiem, polegającym na wspieraniu i motywacji do zmiany zachowań oraz wytrwania w podejmowanych działaniach [19].

Wyróżniamy trzy kategorie edukacji zdrowotnej:

1. motywujące: polegają na wytworzeniu związków pomiędzy istotnymi życiowymi potrzebami a możliwościami ich zaspokojenia. Stosowane

są w terapiach grupowych oraz indywidualnych. Cechą ich jest wspomaganie poprzez materiały w postaci plakatów, broszur, filmów. Celem tej metody jest wywołanie u odbiorcy skojarzeń emocjonalnych, zaś efektem zmiana zachowania oraz zastosowanie się do terapeutycznych zaleceń [20];

2. behawioralne: wpływ na relacje: bodziec – reakcja, zaś koncentracja skupia się na zachowaniu jednostki. Ich zasadniczym celem jest utrwalenie oraz wytworzenie pożądanych reakcji w formie poprawnych zachowań zdrowotnych. Doradztwo (ang. counselling) w ujęciu kategorii behawioralnej to proces pomocny w nabywaniu umiejętności radzenia sobie z problemami emocjonalnymi, interpersonalnymi oraz decyzyjnymi. Metoda ta polega na nauce chorego umiejętności indywidualnego radzenia sobie z problemem. W promocji zdrowia counselling odnosi się do pracy z pacjentem znajdującym się w innej rzeczywistości, polegającej na dostosowaniu się do funkcjonowania w codziennym życiu [21];
3. informacyjne: sprowadzają się do nauki pacjentów o zachowaniach zdrowotnych, samoopieki oraz samokontroli w zdrowiu i w chorobie. W metodzie tej wykorzystuje się pisemną i ustną formę przekazywania informacji. Do wykorzystywanych narzędzi należą: książki, broszury, plakaty. Stosując broszury, musimy odpowiednio zmotywować chorego, aby po nie sięgnął. Ustne formy interwencji edukacyjnych, wykorzystywane przed większym audytorium, jak i podczas indywidualnej interwencji, to dyskusje, wykłady, pogadanki, porady itp. [21].

Podjmując próbę ustalenia wpływu edukacji zdrowotnej na efekty terapeutyczne w rehabilitacji schorzeń narządu głosu, warto zwrócić uwagę na pojęcie zachowania zdrowotnego i prozdrowotnego. Analizując literaturę przedmiotu, odnaleźć można wiele definicji i opisów zachowań zdrowotnych, m.in. taką, która ujmuje je jako aktywność prozdrowotną, podejmowaną przez jednostkę w celu utrzymania, rozwoju i ochrony zdrowia [22]. Szersze ujęcia biorą również pod uwagę oczekiwania, spostrzeżenia i przekonania człowieka, a także stany emocjonalne, poznawcze i uczuciowe oraz nawyki, mające wpływ na utrzymanie, odzyskiwanie i polepszanie stanu zdrowia [23]. Zachowania zdrowotne, wpływające na dobrostan psychofizyczny jednostki, mogą wywierać zarówno korzystny, jak i niekorzystny wpływ na jej rozwój. W związku z powyższym zostały wyodrębnione dwie klasy zachowań zdrowotnych, do

których zalicza się zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne [24]. Wśród zachowań prozdrowotnych wymienić można:

- racjonalne żywienie,
- aktywność fizyczną,
- utrzymywanie czystości ciała i otoczenia,
- radzenie sobie ze stresem,
- utrzymywanie dobrych relacji z innymi.

Uogólniając, zachowania te odnoszą się do szeroko rozumianego zdrowia człowieka i obejmują powiązane ze sobą obszary funkcjonowania jednostki [25]. Są to więc takie aktywności człowieka, które na gruncie obiektywnej wiedzy o zdrowiu i subiektywnego przekonania pozostają w istotnym, wzajemnym związku ze zdrowiem [26].

Najlepsze rezultaty wprowadzenia edukacji zdrowotnej zauważyć można w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości, ponieważ to właśnie początkowy okres rozwoju człowieka jako jednostki jest najbardziej podatny na kształtowanie się zachowań zdrowotnych [27].

Autorzy publikacji dotyczących wpływu edukacji na zdrowie człowieka podkreślają istotne znaczenie tzw. kompetencji zdrowotnych. M. Kisilowska, opierając się na raporcie Healthy People 2010 opracowanym przez amerykański Departament Zdrowia i Opieki Społecznej, przytoczyła definicję kompetencji zdrowotnych, opisywanych jako „stopień, w jakim osoby są w stanie uzyskiwać, przetwarzać i rozumieć podstawowe informacje i usługi zdrowotne konieczne do podejmowania właściwych decyzji dotyczących zdrowia” [28]. Wspomniane wyżej kompetencje odnoszą się do umiejętności i potrzeb człowieka, zarówno w zakresie przestrzegania zasad zdrowego stylu życia, jak i zdolności wyboru oraz podejmowania decyzji dotyczących zdrowia. Autorzy podkreślają istotne znaczenie kompetencji zdrowotnych w odniesieniu do podnoszenia świadomości zdrowotnej i sposobów dbania o zdrowie [29, 30].

Edukacja zdrowotna pacjentów ze schorzeniami narządu głosu stanowi istotny element postępowania terapeutycznego. Proces edukacji powinien odbywać się więc na każdym etapie trwania rehabilitacji leczniczej. Składnikami edukacji prowadzącej do zmian nawyków są wiedza o zdrowiu, a w długofalowym oddziaływaniu, kształtowanie zdobytej wiedzy w praktyce. Poza oddziaływaniem wychowawczym oraz kształceniowym równie ważna jest motywacja edukowanego, gdyż zwiększa ona poczucie własnej skuteczności.

Obszar edukacji w schorzeniach narządu głosu obejmuje następującą tematykę:

- edukacja w zakresie procesu tworzenia głosu, świadomości tworzenia i kontroli własnego głosu;
- choroby krtani jako następstwa nieprawidłowego sposobu tworzenia głosu;

- czynniki ryzyka w chorobach cywilizacyjnych;
- zasady tworzenia głosu w warunkach nadmiernego narażenia na wysiłek głosowy;
- zasady higieny głosu;
- znajomość mechanizmów prawidłowej emisji głosu (w zakresie postawy, czynności oddechowej, fonacyjnej i artykulacyjnej);
- czynniki zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy;
- podstawowe informacje o prawach i obowiązkach pracodawcy i pracownika;
- zasady prawidłowego żywienia [31].

Najsukuteczniejszą formą profilaktyki rozwoju chorób zawodowych głosu jest przestrzeganie higieny oraz kształcenie głosu w celu opanowania prawidłowej emisji głosu. Każdy nauczyciel powinien zostać poddany procesowi szkolenia głosu w celu uzyskania jak najlepszego stopnia technicznego opanowania swego narzędzia pracy. Docelowym wynikiem nauki posługiwania się własnym głosem powinno być umiejętne wykorzystanie pracy całego narządu głosotwórczego w celu uzyskania najlepszego efektu głosowego. Z tego powodu ważne jest podejmowanie działań profilaktycznych, mających na celu edukację nauczycieli na temat higieny głosu, prawidłowych nawyków głosowych oraz potrzeby poprawy jakości i wydolności głosu poprzez doskonalenia jego emisji [31].

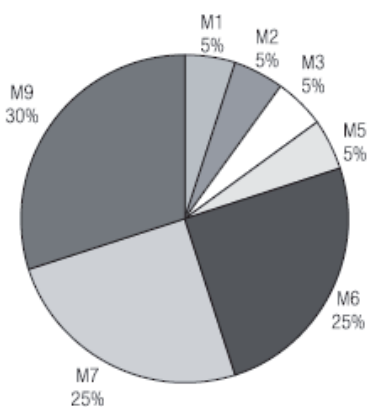
Higiena i emisja głosu

Zawodowa praca głosem nierozzerwalnie wiąże się z jego nadmierną eksploatacją, która często okazuje się bodźcem do pojawienia się schorzeń tego narządu. Ostatnie lata w Polsce to niewątpliwie wzrost zainteresowania tematyką higieny i emisji głosu w zawodach związanych z większymi wymaganiami dotyczącymi narządu głosu.

Proces rehabilitacji głosu to nauka poprawnej fonacji u osób, u których w następstwie nieprawidłowej emisji stwierdzono już zmiany z zakresu funkcjonowania narządu głosu. Brak technicznego przygotowania do pracy głosem szybko skutkuje wyczerpaniem możliwości kompensacyjnych aparatu głosotwórczego, a w konsekwencji pojawieniem się dolegliwości w dużym stopniu utrudniających pracę zawodową. Uznaje się, że profilaktyka chorób zawodowych narządu głosu powinna być wprowadzana jeszcze przed rozpoczęciem pracy w zawodzie wymagającym jego obciążenia w oparciu o obowiązkową naukę technik emisji głosu. W przypadku powstawania zmian chorobowych w obrębie krtani rehabilitacja foniatryczna i logopedyczna powinna być rozpoczęta w najwcześniejszym okresie od ich zdiagnozowania [32].

Działaniem prowadzącym do korekty techniki emisji głosu jest szeroko rozumiana rehabilitacja głosu. Mo-

duży, które powinny wchodzić w jej skład, przedstawił Dejonckere na Europejskim Kongresie Głosu w 2007 roku. Według Dejonckere'a podstawowe elementy rehabilitacji głosu to: ocena głosu, poinformowanie pacjenta, edukacja higieny głosu, psychoterapia, zmiana nawyków głosowych oraz stylu życia, ćwiczenia relaksacyjne i oddechowe, ćwiczenia emisji głosu, ćwiczenia kompensacyjne oraz integracja i habituacja. Autor koncepcji uważa, że wszystkie te moduły są niezbędne, niezależnie od metod rehabilitacji stosowanych w poszczególnych ośrodkach europejskich [33, 34]. **Rycina 1.** ukazuje przykładowy schemat zawierający moduły rehabilitacji narządu głosu.



- M – moduł/moduł
M1 – diagnoza/diagnosis
M2 – informacja/information
M3 – edukacja o higienie/vocal hygiene education
M5 – zmiana nawyków głosowych/change of vocal behaviors
M6 – ćwiczenia oddechowe i relaksacyjne/breathing and relaxation exercises
M7 – ćwiczenia fonacyjne/phonation exercises
M9 – ćwiczenia integracyjne/integration exercises

Rycina 1. Schemat rehabilitacji głosu (wg Dejonckere'a P.) z odsetkami czasu przeznaczonymi na poszczególne moduły (%)
Figure 1. Scheme of voice rehabilitation (according to Dejonckere P.) with the percentage of time allocated to individual modules (%) [33]

Głównym warunkiem, który pozwala na utrzymanie głosu eufonicznego, jest przestrzeganie podstawowych zasad higieny pracy. Jedną z nich jest niewątpliwie prawidłowe posługiwanie się głosem, a także prowadzenie zdrowego trybu życia, utrzymywanie dobrej kondycji fizycznej i psychicznej całego organizmu (z uwzględnieniem racjonalnego żywienia, aktywności fizycznej, przyjmowania wystarczającej ilości płynów, odpowiedniej ilości snu oraz relaksacji i wypoczynku) [35]. Wśród elementów składających się na higienę głosu autorzy zazwyczaj wymieniają odpowiednie środowisko pracy, prozdrowotny styl życia związany z dietą, spożywaniem odpowiedniej ilości wody, aktywnością fizyczną i odpowiednią długością snu. Wpływ wymienionych wyżej

czynników na stan głosu został potwierdzony w badaniu naukowym podejmującym tę tematykę [3].

Do podstawowych zasad higieny wpływających na proces tworzenia głosu autorzy publikacji medycznych zaliczają:

- regularne wykonywanie kontrolnych badań lekarskich (foniatrycznych lub laryngologicznych) w celu wczesnego wykrycia ewentualnych chorób i zapobiegania infekcjom gardła, krtani i górnych dróg oddechowych;
- odżywianie – ograniczenie spożycia cukru, czekolady, kawy i herbaty, pikantnych, bardzo ciepłych i bardzo zimnych potraw; picie wody w ilości około dwóch litrów na dobę. Ostatni posiłek zjadany nie później niż trzy godziny przed snem;
- unikanie używek – szczególnie papierosów i alkoholu wysokoprocentowego, które prowadzą do podrażnienia błony śluzowej jamy ustnej, przełyku i żołądka, zatruwają układ oddechowy i inne narządy wewnętrzne oraz prowadzą do kancerogenezy. Wyżej wspomniane używki nasilają także objawy choroby refluksowej, co skutkuje zaczerwienieniem, obrzękiem, owrzodzeniami i ziarniakami fałdów głosowych;
- czynniki zewnętrzne środowiska, a wśród nich temperaturę powietrza (najlepiej w przedziale 15–26°C) i wilgotność powietrza (około 40–70%), zapylenie, ruch powietrza oraz hałas;
- unikanie wysiłku głosowego w czasie trwania infekcji i w sytuacji złego stanu emocjonalnego [1, 36];
- unikanie stresu, który zwiększa napięcie mięśni w okolicy głowy i szyi, a tym samym prowadzi do niefizjologicznego sposobu tworzenia głosu, dysfonii i powstania nieprawidłowego toru oddechowego [37].

Oprócz higieny głosu bardzo istotnym czynnikiem wpływającym na jakość fonacji jest technika jego emisji. Autorzy definiują emisję głosu jako „zespół czynności fonacyjnych, artykulacyjnych i oddechowych w połączeniu z funkcją rezonansową komór rezonansowych części twarzowej czaszki, krtani i klatki piersiowej. Rozróżniamy emisję mówionego i śpiewanego głosu, a istniejące różnice między nimi są ilościowe, a nie jakościowe”.

Prawidłowa emisja głosu zależy między innymi od czynników związanych z poprawnym funkcjonowaniem narządu głosu i słuchu, współdziałania narządu oddechowego, fonacyjnego, artykulacyjnego i rezonansowego oraz kondycji psychofizycznej jednostki [36]. Szczególnie istotnym elementem jest prawidłowy wzorzec postawy ciała (np. sphycon lordoza szyjna z wysunięciem głowy do przodu skutkuje wzmocnionymi napięciami w okolicy traktu głosowego). Prawidłowa

postawa warunkuje synchronizację i koordynację procesu oddychania, uczynnia rezonatory i ułatwia rozpoczęcie fonacji [35]. Kluczową rolę odgrywa oddychanie. Wśród trzech podstawowych typów oddychania, do których zaliczamy: tor oddychania brzuszny, piersiowy oraz mieszany (piersiowo-brzuszny), najbardziej fizjologicznym typem oddychania jest tor piersiowo-brzuszny, w którym dochodzi do obniżenia przepony i zwiększenia obwodu klatki piersiowej. Wyróżnia się także szczególną formę oddychania dynamicznego, nazywaną podparciem oddechowym (appoggio), która polega na świadomym wydłużaniu i pogłębieniu fazy wydechu dzięki kontrolowanemu, jednoczasowemu napięciu dwóch antagonistycznych grup mięśni – wdechowych i wydechowych [38].

Zawodowa praca głosem stawia przed jednostką szczególne wymagania. To one sprawiają, że proces doskonalenia głosu powinien być nieodłącznym elementem szeroko rozumianej rehabilitacji, której elementarną częścią jest edukacja zdrowotna, uwzględniająca czynniki wpływające na prawidłową higienę i emisję głosu mówionego i śpiewanego.

Podsumowanie

Liczba zawodów związanych ze znacznym obciążeniem narządu głosu stale wzrasta. Obserwowana tendencja staje się niejako wyzwaniem dla foniatorów, laryngologów i logopedów, których zadaniem jest zapewnienie pacjentom kompleksowej opieki i możliwości powrotu do pełnej sprawności głosowej. Występowanie dolegliwości ściśle związanych z oddechem, fonacją i artykulacją w dużej mierze uzależnione jest od destrukcyjnego wpływu czynników pochodzenia zewnętrznego i wewnętrznego na jednostkę. W przypadku pojawienia się schorzeń narządu głosu niezbędna jest skuteczna i jak najszybciej podjęta rehabilitacja w pełnym zakresie. Jej elementarną częścią jest szeroko rozumiana edukacja zdrowotna, uwzględniająca profilaktykę nierozzerwalnie związaną z higieną i emisją głosu. Przeprowadzone dotychczas badania dostarczają wielu dowodów na to, że to właśnie edukacja zdrowotna z zakresu prawidłowego tworzenia głosu jest dla pacjentów źródłem sukcesów terapeutycznych, dlatego z roku na rok temat edukacji i profilaktyki staje się coraz bardziej doceniany i popularny.

Piśmiennictwo

1. Haniszewska K, Kaźmierczak M. Higiena głosu artystów scenicznych. *Doniesienia z badań, LogopedicaLodziansia*. 2019; 3: 93.
2. Majkowska A. Podstawowe zagadnienia emisji i higieny głosu, *Prace naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie*. 2004; 5: 93.
3. Roślaniec A, Sielska-Badurek E, Niemczyk K. Ocena przestrzegania zasad higieny i emisji głosu przez nauczycieli, *Polski Przegląd Otorinolaryngologiczny*. 2019; Tom 8, 2: 18–24.
4. Obrębowski A. *Narząd głosu i jego znaczenie w komunikacji społecznej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2008.
5. Świątkowska B, Hanke W, Szeszenia-Dąbrowska N. Choroby zawodowe w Polsce w 2019 roku. Instytut Medycyny Pracy, Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2020 Adres: <https://www.gov.pl/attachment/c8221de6-e7b2-4ff7-911d-de2240bfd3d2>.
6. Gębska M, Wojciechowska A, Żyżniewska-Banaszak E. Zasady i metody rehabilitacji chorych z zawodowymi zaburzeniami głosu, *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*. 2011; 2: 78–84.
7. Jałowska M. Ocena realizacji postępowania profilaktycznego i diagnostyczno-leczniczego u nauczycieli w ramach programu „Chroń swój głos” w materiale Wielkopolskiego Centrum Medycyny Pracy w latach 2007–2011, praca doktorska, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, 2012.
8. Lee SY, Lao XQ, Yu IT. A cross sectional survey of voice disorders among primary school teachers In Hong Kong, *J Occup Health*. 2011; 52: 344–352.
9. Smith E, Gray SD, Dove H, Kirchner L, Heras H. Frequency and effects of teachers voice problems, *J Voice*. 1997; 11: 81–87.
10. Obrębowski A. Postępowanie foniatryczne w zawodowo uwarunkowanych zaburzeniach głosu, *Otolaryngologia*. 2002; 1: 161–166.
11. Ackermann R, Pfau W. Gerontologische Untersuchungen zur Störungsunfalligkeit der Sprechstimme bei Berufssprechern, *Folia Phoniater*. 1974; 2: 26–95.
12. Smith E, Kirchner HL, Taylor M, Hoffman H, Lemke JH. Voice problems among teachers: differences by gender and teaching characteristics, *J Voice*. 1998; 3: 328–334.
13. Pruszczyk A. *Foniatria kliniczna*, PZWL, Warszawa 1992.
14. Vinturi J, Alku P, Lauri ER, Sala E, Sihvo M, Vilkmann E. The effects of post-loading rest on acoustic parameters with special reference to gender and ergonomic factors, *Folia PhoniaterLogop*. 2001; 6: 338–350.
15. Vilkmann E. Occupational safety and health aspects of voice and speech professions, *Folia Logop*. 2004; 4: 220–253.
16. Śliwińska-Kowalska M, Pyżalski J, Niebudek-Bogusz E, Mercz D. Obciążenia psychofizyczne w zawodzie nauczyciela i ich wpływ na zdrowie, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera. Łódź, 2004.
17. Woynarowska B. *Edukacja zdrowotna*. Podręcznik akademicki, Warszawa 2007, PWN. 17–75, 126–139.
18. Michalski P, Kosobudzka A, Nowik M, Pietrzykowski Ł, Andrzejewicz A, Kubica A. Edukacja zdrowotna pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego, *Folia Cardiologica*. 2016; 11(6): 520–523.
19. Sierakowska M, Wrońska I. *Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarskiej*, PZWL, Warszawa 2015.
20. Hellwing D. Skuteczność wybranych środków edukacji zdrowotnej, *Medycyna Ogólna*. 1995; 1: 324–334.
21. Osieńska H. Nowe wyzwania dla edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, *Medycyna Rodzinna*. 2012; 2: 29–35.
22. Harris D, Guten S. Health-Protective Behavior: an Exploratory Study, *Journal of Health and Social Behavior*. 1979; 20: 17–29.
23. Gochman D. *Health Behavior. Plural Perspectives*, Plenum Press. 1988; 3–18.

24. Sygit-Kowalkowska E. Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka – perspektywa psychologiczna, *Hygeia Public Health*. 2014; 49: 202–208.
25. Lipowski M, Szczepańska-Klunder Ź. Zachowania zdrowotne nauczycieli wychowania fizycznego, w: *Teoria i praktyka wychowania fizycznego i sportu*, red. Z. Jastrzębski, Łódź. 2012; 9–26.
26. Sęk H. Zdrowie behawioralne, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, red. J. Strelau, Gdańsk. 2000; 533–552.
27. Kulik TB. *Edukacja zdrowotna w rodzinie i w szkole*, Oficyna Wydaw. Fundacji Uniwersyteckiej, Stalowa Wola 1997.
28. Kisilowska M. *Health information literacy. Biblioteki na zdrowie!*, Publikacje Instytutu INiB UJ. Red. <http://eprints.rcslis.org/14302/1/kisilowska-n.pdf> [dostęp: 18.01.2021].
29. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International*. 2000; 3: 259–267.
30. Kubińska Z, Pańczuk A. Zachowania zdrowotne nauczycieli wychowania fizycznego jako element kompetencji zdrowotnych, *Rozprawy Społeczne*. 2016; 3: 78–85.
31. Śliwińska-Kowalska M, Niebudek-Bogusz E. *Rehabilitacja zawodowych zaburzeń głosu*, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2009.
32. Sznurowska-Przygocka B, Śliwińska-Kowalska M. Ocena skuteczności rehabilitacji foniatrycznej głosu u nauczycieli z przewlekłą dysfonią, *Otorynolaryngologia*. 2012; 2: 60–70.
33. Niebudek-Bogusz E. Postępowanie w dysfoniach zawodowych w krajach Unii Europejskiej i na świecie, *Medycyna Pracy*. 2009; 2: 151–158.
34. Dejonckere PH. *Occupational voice – care and cure*, Kugler Publications, Haga 2001.
35. Sielska-Badurek E, Kazanecka E, Osuch-Wójcikiewicz E, Domeracka-Kołodziej A. Rola foniatri w multidyscyplinarnej opiece nad wokalistami, *Otorynolaryngologia*. 2012; 3: 87–94.
36. Majzner R. Odżywianie a emisja głosu mówionego i śpiewanego nauczycieli wczesnej edukacji, *Edukacja elementarna w Teorii i Praktyce*. 2020; 4: 39–51.
37. Cielecka A, Sielska-Badurek E, Niemczyk K. Poczucie stresu i niepełnosprawności głosu u pacjentów z dysfonią, *Otorynolaryngologia*. 2017; 1: 26–32.
38. Sielska Badurek E, Domeracka-Kołodziej A. Rola podparcia oddechowego w śpiewie operowym, *Otorynolaryngologia*. 2009; 3: 109–114.

Artykuł przyjęty do redakcji: 06.09.2021.

Artykuł przyjęty do publikacji: 30.05.2022.

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

Adres do korespondencji:

Agnieszka Garstecka
e-mail: agnieszka@laryngolog.org



ZESPÓŁ GUILLAINA-BARRÉGO W ZWIĄZKU Z INFEKcją WIRUSEM SARS-COV-2 I WPŁYW REHABILITACJI NA SPRAWNOŚĆ FUNKCJONALNĄ PACJENTÓW Z UWZGLĘDNIENIEM WYBRANYCH ASPEKTÓW OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME IN RELATION TO SARS-COV-2 VIRUS INFECTION AND THE IMPACT OF REHABILITATION ON THE FUNCTIONAL CAPACITY OF PATIENTS, TAKING INTO ACCOUNT SELECTED ASPECTS OF NURSING CARE

Anna Cis

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu
Masovian Specialist Hospital in Radom, Poland

Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu
Faculty of Medical Sciences and Health Sciences, Kazimierz Pulaski University of Technology and Humanities in Radom, Poland

<https://orcid.org/0000-0002-8709-0437>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2022.15>

STRESZCZENIE

Wstęp. Najnowsze obserwacje dowodzą, że wirus SARS-CoV-2 jest jedną z przyczyn zespołu Guillaina-Barrégo, czyli ostrej poliradikuloneuropatii demielinizacyjnej o podłożu autoimmunologicznym. Przebieg choroby może być bardzo różny, od ciężkich postaci zagrażających życiu pacjenta, do niewielkiego stopnia wyrażonych objawów.

Cel. Celem pracy jest przedstawienie obrazu klinicznego chorych z zespołem GBS występującego w związku z infekcją wirusem SARS-CoV-2 oraz określenie znaczenia rehabilitacji medycznej, z wybranymi aspektami interwencji pielęgniarskiej, w odzyskiwaniu sprawności funkcjonalnej pacjentów.

Materiał i metody. Posłużono się opisem dwóch indywidualnych przypadków. Pacjentka lat 52 i pacjent lat 64 hospitalizowani na Oddziale Neurologii, następnie Rehabilitacji Neurologicznej z powodu deficytów neurologicznych, które wystąpiły po zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, gdzie głównym objawem był niedowład wiotki kończyny dolnych. Chorzy zostali objęci leczeniem usprawniającym. Badanie przeprowadzono dwuetapowo – pierwszy etap obejmował okres hospitalizacji pacjentów, drugi miał miejsce kilka miesięcy po wypisie ze szpitala.

Wnioski. 1) Przebyta infekcja wirusem SARS-CoV-2 zwiększa ryzyko wystąpienia zespołu Guillaina-Barrégo; 2) Wczesna i kompleksowa rehabilitacja wpływa na poprawę sprawności funkcjonalnej pacjentów z GBS; 3) Pielęgniarka jest ważnym członkiem zespołu rehabilitacyjnego, który aktywnie uczestniczy w procesie usprawniania; 4) Następstwa i powikłania infekcji wirusem SARS-CoV-2 wiążą się ze wzrostem zapotrzebowania na kompleksową rehabilitację, co narzuca konieczność tworzenia nowych ośrodków rehabilitacyjnych.

SŁOWA KLUCZOWE: zespół Guillaina-Barrégo, wirus SARS-CoV-2, rehabilitacja, sprawność funkcjonalna, opieka pielęgniarska.

ABSTRACT

Introduction. Recent observations demonstrate that the SARS-CoV-2 virus is one of the causes of Guillain-Barré syndrome, acute autoimmune demyelinating polyradiculoneuropathy. The course of the disease can vary widely, from severe life-threatening forms to mildly expressed symptoms.

Aim. The aim of this study is to present the clinical picture of patients with GBS syndrome occurring in association with SARS-CoV-2 virus infection and to determine the importance of medical rehabilitation, with selected aspects of nursing intervention, in the recovery of patients' functional capacity.

Material and methods. A description of two individual cases was used. A female patient aged 52 and a male patient aged 64 hospitalized in the Department of Neurology, then Neurological Rehabilitation due to neurological deficits that occurred after SARS-CoV-2 virus infection, where the main symptom was flaccid paresis of the lower limbs. The patients were included in the improvement treatment. The study was conducted in two stages – the first stage covered the period of hospitalisation of the patients and the second stage took place several months after hospital discharge.

Conclusions. 1) A previous infection with the SARS-CoV-2 virus increases the risk of Guillain-Barré syndrome; 2) Early and comprehensive rehabilitation improves the functional capacity of patients with GBS; 3) The nurse is an important member of the rehabilitation team who actively participates in the improvement process; 4) Sequelae and complications of SARS-CoV-2 infection are associated with an increased need for comprehensive rehabilitation, which imposes the necessity of creating new rehabilitation centres.

KEYWORDS: Guillain-Barré syndrome, SARS-CoV-2 virus, rehabilitation, functional ability, nursing care.

Wprowadzenie

W obecnej dobie, kiedy wysiłki naukowców z całego świata skupiają się wokół pandemii wirusa SARS-CoV-2, potrzebne jest dzielenie się doświadczeniem, przemyśleniami i wnioskami z własnej działalności praktycznej dotyczącej wyżej wspomnianej tematyki. Wiedza na temat wirusa i jego wpływu na ludzki organizm poszerza się, nadal jednak wiele pytań pozostaje bez odpowiedzi. Jednym z zagadnień interesujących naukowców jest nietypowy przebieg, powikłania i następstwa infekcji SARS-CoV-2, bowiem zakres danych jest niepełny i na bieżąco aktualizowany.

SARS-CoV-2 wywołujący COVID-19 jest wirusem neurotropowym, a punktem docelowym jego tropizmu może być każda składowa układu nerwowego. Jednym z możliwych poinfekcyjnych następstw może być zespół Guillaina-Barrégo (GBS), będący ostrą nabytą polineuropatią autoimmunologiczną. Wirus wywołujący COVID-19 to koronawirus beta podobny do SARS (koronawirus zespołu ostrej niewydolności oddechowej) i MERS (bliskowschodni zespół oddechowy). O ile opisywano wcześniej przypadki GBS po zakażeniu SARS i MERS [1], to GBS po infekcji SARS-CoV-2 po raz pierwszy zgłoszono w kwietniu 2020 roku [2, 3]. Po prawie rocznej obserwacji skali tej korelacji i kolejnych doniesieniach naukowych [4, 5] można stwierdzić, że istnieje zależność między infekcją wirusem SARS-CoV-2 a zespołem Guillaina-Barrégo, jednak mechanizm powstawania GBS u pacjentów zakażonych COVID-19 nie został jeszcze w pełni zbadany. Dotychczas głównymi przyczynami GBS były infekcje wywołane przez *Campylobacter jejuni*, wirus Epsteina-Barr (EBV), cytomegalowirus (MCV), *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae* i wirus Zika, które poprzedzały wystąpienie objawów neurologicznych o kilka tygodni [6–8].

GBS jest ostrą chorobą nerwów obwodowych i korzeni nerwowych o podłożu immunologicznym (poliradikuloneuropatia). Morfologicznym wykładnikiem objawów klinicznych jest stan zapalny i demielinizacja, rzadziej zwyrodnienie aksonalne, włókien nerwowych spowodowana przez przeciwciała i krążące kompleksy immunologiczne, które skierowane są przeciwko składnikom mieliny i błon komórkowych. Podstawą rozpoznania jest obraz kliniczny – ostry początek i szybki rozwój objawów choroby. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (CSF) wykazuje wzmożone stężenie białka i prawidłową cytozę (rozszczerzenie białkowo-komórkowe). Zmiany w badaniu elektromiograficznym (EMG) obejmują znaczne zwolnienie szybkości przewodzenia we włóknach nerwowych czuciowych i ruchowych [7].

Obraz kliniczny choroby jest różnorodny, od wystąpienia niewielkiego stopnia objawów i samoistnej ich

remisji, po niewydolność oddechową (zajęcie nerwów przeponowych i międzyżebrowych) i zaburzenia wegetatywne (burza wegetatywna wynikająca z zajęcia włókien autonomicznych), co może prowadzić do zgonu. Zazwyczaj GBS przebiega jednofazowo, ale u ok. 10% chorych może przejść w postać nawrotową lub przewlekłą [7].

Klasycznym objawem klinicznym GBS jest postępujący i symetryczny niedowład wiotki kończyn, wraz z arefleksją lub hiporefleksją odruchów ścięgniastych oraz zajęciem nerwów czaszkowych (twarzowe, opuszkowe, gałkoruchowe) lub bez, które mogą postępować w ciągu kilku dni lub tygodni od początku choroby. Zwykle zajęte są włókna ruchowe, czuciowe i autonomiczne w różnym stopniu. Objawy ruchowe (niedowład kończyn) i czuciowe (parestezje, czucie opaczne, niedoczulica, ból) mogą wystąpić jednocześnie w kończynach dolnych i górnych, niekiedy występują wcześniej w kończynach dolnych i znacznie rzadziej w kończynach górnych. Zaburzenia postępują w kierunku dosiebnym i niedowład ksobny może przeważać nad odsiebnym. Niekiedy dotaczają się zaburzenia czynności zwieraczy. W początkach choroby, jeszcze przed wystąpieniem objawów ze strony kończyn, chorzy często skarżą się na bóle w okolicy lędźwiowej i międzyopatkowej (nasilenie zmian w obrębie korzeni rdzeniowych). Leczenie GBS opiera się na dożylnym stosowaniu immunoglobuliny ludzkiej przez 5–7 dni lub wykonaniu plazmaferezy (plasma exchange, PE) [7, 9–11].

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie obrazu klinicznego chorych z zespołem GBS występującego w związku z infekcją wirusem SARS-CoV-2 oraz określenie znaczenia rehabilitacji medycznej z wybranymi aspektami interwencji pielęgniarskiej w odzyskiwaniu sprawności funkcjonalnej pacjentów.

Metody i narzędzia badawcze

W niniejszej pracy wykorzystano opis dwóch indywidualnych przypadków (studium dwóch przypadków). Narzędzia badawcze, które znalazły zastosowanie w przygotowaniu pracy to: analiza dokumentacji medycznej, obserwacja i wywiad. Badanie przeprowadzono dwuetapowo – pierwszy etap obejmował okres hospitalizacji pacjentów, drugi miał miejsce kilka miesięcy po wypisie ze szpitala, kiedy nawiązano z chorymi ponowny kontakt. W obydwu przypadkach uzyskano świadomą pisemną zgodę pacjentów na udział w badaniu i publikację danych medycznych.

Charakterystyka pacjentów

Opis przypadku nr 1

Pacjentka lat 52 została przyjęta w trybie pilnym na Oddział Neurologii z powodu pojawienia się kilka dni wcześniej zaburzeń mowy, niedomykania prawej powieki, trudności lokomocyjnych, uczucia parcia na mocz, drętwienia ciała, języka i okolic odbytu. Dolegliwości narastały bez związku z porą dnia. Powyższe objawy były poprzedzone bólem kręgosłupa w odcinku L-S. Wynik badania RT-PCR (Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction) w kierunku SARS-CoV-2 sprzed 13 dni dodatni (początkowym objawem była jedynie wysoka temperatura ciała), natomiast w dzień przed przyjęciem do szpitala ujemny. Do tej pory pacjentka była leczona z powodu jaskry, bez innych chorób. Chora negowała używki i uczulenia. W badaniu neurologicznym stwierdzono obwodowe uszkodzenie prawego nerwu twarzowego, cztero kończynowy niedowład wiotki, bardziej wyrażony w kończynach dolnych. W kończynach górnych siła mięśni była osłabiona dystalnie, odruchy ścięgniste również osłabione. W kończynach dolnych siła mięśni była osłabiona w zakresie grupy dosiebnej – 3/5 w skali MRC (Medical Research Council) i odsiebnej (2/5 w skali MRC), brak odruchu kolanowego i ze ścięgna Achillesa. Objawy oponowe i odruchy patologiczne były ujemne. Stwierdzono zaburzenia mowy o charakterze dyzartrii, bez zaburzeń świadomości. Nastrój pacjentki był wyrównany. Podstawowe parametry życiowe mieściły się w granicach normy. Duszność nie występowała. W badaniu EMG stwierdzono radikuloneuropatię, głównie demielinizacyjną, bardziej wyrażoną w nerwach kończyn dolnych. Na tym tle widoczne było demielinizacyjno-aksonalne uszkodzenie o wybitnym nasileniu zmian elektrofizjologicznych. W badaniu CSF stwierdzono rozszczepienie białkowo-komórkowe, ponadto wykryto prążki oligoklonalne w klasie IgG typu 4 według standardów Charcot Foundation (zapalenie ogólnoustrojowe, bierna dyfuzja IgG z krwi do płynu). Na podstawie oznaczenia we krwi i CSF przeciwciał *Borrelia burgdorferi* klasy IgG i IgM, wykluczono boreliozę. Rozpoznanie GBS oparto na podstawie standardowych kryteriów klinicznych, elektrofizjologicznych i badania PMR (płyn mózgowo-rdzeniowy). Chora była leczona immunoglobulinami dożylnie w dawce 25 g/dobę przez okres 5 dni, galantaminą domięśniowo w dawce 0,005 g/dobę, heparyną drobnocząsteczkową (enoxaparinum natrium) podskórną w dawce 0,06 g/dobę i witaminami z grupy B (MilgammaN) domięśniowo w dawce 0,1 g+0,1 g+0,001 g/dobę oraz rozpoczęto proces rehabilitacji.

W 6. dobie hospitalizacji pacjentka została przeniesiona na Oddział Rehabilitacji Neurologicznej tego

samego szpitala celem dalszego usprawniania. W badaniu chora była w pełni zorientowana autopsychicznie i allopsychicznie. Pacjentka zgłaszała utrzymujące się parestezje rąk i kończyn dolnych. W badaniu przedmiotowym stwierdzono niedowład kończyn dolnych (prawa – 3 pkt w skali Lovetta, lewa – 2 pkt w skali Lovetta), ruchy bierne w pełnym zakresie, bez zaników mięśniowych i deformacji. Fonacja u pacjentki uległa znacznej poprawie, natomiast drętwienie języka pozostało nadal obecne, co utrudniało chorej spożywanie posiłków. W obrębie kończyn górnych nadal utrzymywał się niewielki stopień niedowład wiotki, ruchy bierne w kończynach górnych pozostały zachowane w pełnym zakresie. Chora była osobą leżącą, niezdolną do samodzielnej zmiany pozycji w łóżku, z założonym do pęcherza moczowego cewnikiem Foley'a. Ryzyko powstania odleżyn było duże – 9 punktów zgodnie ze skalą Norton. Według międzynarodowej skali Barthel [12] służącej do oceny sprawności ruchowej i zapotrzebowania na opiekę chora otrzymała 30 punktów, co wskazywało, że pacjentka nie była osobą wydolną samoopiekuńczo. Dokonano również oceny podstawowych czynności dnia codziennego przy użyciu skali Katza ADL (Activities of Daily Living Index) – pacjentka otrzymała 1 punkt, co było równoznaczne z ciężkim upośledzeniem czynnościowym.

Opis przypadku nr 2

Pacjent lat 64 został przyjęty w trybie pilnym na Oddział Neurologii z Oddziału Chirurgii Naczyniowej szpitala jednoimiennego, gdzie był leczony przez 15 dni z powodu zakrzepowego zapalenia żył w przebiegu infekcji COVID-19, potwierdzonej pozytywnym wynikiem badania RT-PCR w kierunku wirusa SARS-CoV-2. Dominującym objawem była gorączka. W terapii zastosowano osocze ozdrowieńców, lopinawir, heparynę drobnocząsteczkową. Chory kilka lat wcześniej był leczony z powodu zakrzepicy podudzia prawego i nadciśnienia tętniczego, jednak obecnie nie przyjmował żadnych leków. Wymagał konsultacji neurologicznej ze względu na pojawienie się niedowładów kończyn dolnych o charakterze postępującym. W dniu przyjęcia na Oddział Neurologii, w badaniu neurologicznym stwierdzono niedowład wiotki obu kończyn dolnych (prawa – 1 pkt w skali Lovetta, lewa – 2 pkt w skali Lovetta) ze zniesionymi odruchami kolanowymi i skokowymi, bez zaburzeń czucia. Przeprowadzona diagnostyka potwierdziła zespół Guillaina-Barrégo, najprawdopodobniej w przebiegu COVID-19. W badaniu EMG stwierdzono głęboką demielinizacyjną radikuloneuropatię z całkowitym uszkodzeniem nerwów kończyn dolnych, w badaniu CSF wykazano podwyższone stężenie białka i prawidłową cytozę. Przeprowadzone badanie płynu mózgowo-rdzeniowego w kie-

runku syntezy globulin wykazało obecność prązków oligoklonalnych w klasie IgG typu 4 według standardów Charcot Foundation. Nie stwierdzono zaburzeń ze strony nerwów czaszkowych. Na podstawie oznaczenia we krwi i CSF przeciwciał *Borrelia burgdorferi* klasy IgG i IgM wykluczono boreliozę. W panelu wykonanych badań laboratoryjnych stwierdzono podwyższone stężenie przeciwciał przeciw peroksydazie tarczycowej anty-TPO. Rozpoznano chorobę autoimmunologiczną tarczycy. W terapii zastosowano immunoglobuliny dożylnie w dawce 50 g/dobę przez 5 dni, ponadto galantaminę domięśniowo w dawce 0,005 g/dobę, witaminy z grupy B (MilgammaN) domięśniowo w dawce 0,1 g+0,1 g+0,001 g/dobę, eteksylan dabigatranu doustnie w dawce 0,3 g/dobę. Na Oddziale Neurologii rozpoczęto proces usprawniania ruchowego pacjenta. W 25. dobie hospitalizacji z powodu zakażenia COVID-19 pacjent został przyjęty na Oddział Rehabilitacji Neurologicznej celem kontynuacji usprawniania ruchowego. Chory był w pełnym kontakcie słowno-logicznym. Zaadoptowały do pozycji siedzącej w łóżku, z niedowładem wiotkim kończyn dolnych (prawa – 3 pkt w skali Lovetta, lewa – 3 pkt w skali Lovetta), ze zniesionymi odruchami w kończynach dolnych i osłabionymi w kończynach górnych. Ruchy bierne we wszystkich kończynach były zachowane w pełnym zakresie, nie stwierdzono zaników mięśniowych i deformacji. Samodzielna zmiana pozycji w łóżku przez chorego była utrudniona. Do pęcherza moczowego założony był cewnik Foley'a. Istniało ryzyko powstania odleżyn, w skali Norton chory otrzymał 12 punktów. Według skali Barthel pacjent został oceniony na 35 punktów, a według skali Katza ADL na 2 punkty, co było równoznaczne ze znacznym upośledzeniem sprawności ruchowej i samodzielności.

Plan i przebieg procesu usprawniania pacjentów

Proces rehabilitacji w obydwu opisanych przypadkach rozpoczął się już w momencie pobytu pacjentów na Oddziale Neurologii i kontynuowany był na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej, gdzie ustalono program rehabilitacji i natychmiast rozpoczęto leczenie usprawniające. Z uwagi na wyraźny deficyt ruchowy pacjentów w obydwu opisanych przypadkach, ich niezdolność lokomocji i przemieszczania się, brak zdolności do samoopieki i istniejące ryzyko odleżyn, autor przedstawia elementy procesu usprawniania wspólne dla obydwójga chorych, z zaznaczeniem problemów różnicujących obydwą przypadki.

Proces usprawniania przebiegał etapowo. W pierwszym okresie, który trwał najkrócej i obejmował dwa pierwsze dni pobytu na oddziale, objęto chorych usprawnianiem w obrębie łóżka, na które składały się

skoordynowane czynności różnych specjalistów zespołu rehabilitacyjnego. W celu zachowania pełnego zakresu ruchu w stawach kończyn dolnych i górnych, wzmocnienia siły mięśniowej i zapobiegania zanikom mięśni, prowadzono ćwiczenia bierne, czynno-bierne, prowadzone i czynne. Realizowano czynne ćwiczenia oddechowe, masaż klasyczny kończyn dolnych, ćwiczenia samoobsługi oraz profilaktykę przeciwoleżynową i przeciwzakrzepową. Już na tym etapie usunięto cewnik Foley'a u obydwójga chorych i z uwagi na brak pełnej kontroli nad czynnością wydalania moczu, rozpoczęto trening pęcherza moczowego. Pacjenci zostali objęci opieką psychologiczną, a chora również logopedyczną. Kolejny etap usprawniania obejmował czynną pionizację pacjentów i zaadoptowanie do siedzenia na wózku. Ostatni, trwający najdłużej, etap rehabilitacji leczniczej skupiał się na przygotowaniu do chodzenia, nauce czynności lokomocyjnych i treningu chodu z wykorzystaniem sprzętu pomocniczego – poprzez wysoki i niski balkonik, kule łokciowe, aż do chodu samodzielnego po bieżni, po schodach i nierównym terenie oraz na dłuższych dystansach. W trakcie wszystkich etapów usprawniania ruchowego chorzy korzystali z pomocy psychologicznej i terapii zajęciowej.

Rola pielęgniarki w procesie usprawniania

W pierwszym etapie pobytu na Oddziale Rehabilitacji opieka pielęgniarska skupiała się na profilaktyce powikłań spowodowanych unieruchomieniem i aktywizacji tych funkcji ruchowych, które choć upośledzone, zostały zachowane. W profilaktyce przeciwoleżynowej, poza standardowymi czynnościami z zakresu utrzymania higieny ciała, położono duży nacisk na aktywność własną pacjentów. W tym celu ułożono chorych na łóżkach ortopedycznych sterowanych elektrycznie i zrezygnowano z założenia materaca przeciwoleżynowego, który mógłby utrudniać i ograniczać mobilność własną pacjentów w łóżku. Nie prowadzono również biernej zmiany pozycji ułożeniowej, ale aktywizowano chorych i uczono technik samodzielnej zmiany pozycji w łóżku z wykorzystaniem sprzętu pomocniczego, jak drabinki, bariery i podciąg. Aktywność pielęgniarki skupiała się na asekurowaniu chorych podczas tej czynności i zachęcaniu do układania się w mniej popularnych pozycjach, jak ułożenie na brzuchu. Dbano o fizjologiczne ułożenie kończyn, zwłaszcza dolnych, objętych niedowładem wiotkim, których celem było utrzymanie funkcjonalnej pozycji w stawach i ich ergonomię. Aby zapobiec opadaniu stopy i rotacji zewnętrznej, stosowano jej podparcie pod kątem prostym z użyciem klina, co zapewniło ochronę stawu skokowego. Pod kolano nie podkładano żadnych wypełnień, aby nie stymulować przykurczu zgięciowego w stawie kolanowym. Celem

powyższych działań było przygotowanie chorych do pionizacji i nauki chodu.

Prowadzono ćwiczenia bierne, czynno-bierne oraz nadzorowano wykonywanie ćwiczeń czynnych, których umiejętność chorzy nabyli dzięki zajęciom z fizjoterapeutą. Szczególną uwagę poświęcono ćwiczeniom manipulacyjnym i samoobsługowym w kończynach górnych. Motywowano chorych do samodzielnego posługiwania się przybarami codziennego użytku, nie wyręczano w czasie mycia, czesania, jedzenia, ale pomagano i nadzorowano samodzielne wykonywanie tych czynności, poprzez podanie potrzebnego sprzętu, dobór sztuczków o grubszych rękojeściach czy prowadzenie ręki chorego. Kompensowane były tylko te czynności, których chorzy nie byli w stanie wykonać samodzielnie. Powyższe ćwiczenia miały na celu nie tylko trening samoopieki, ale również wzmocnienie siły mięśniowej i przygotowanie do nauki chodu z użyciem sprzętu pomocniczego.

W czasie wszystkich czynności pielęgnacyjnych przy chorych uwzględniano zastosowanie elementów masażu, oklepywania ciała i uciskania, których celem była poprawa krążenia krwi i profilaktyka przeciwzakrzepowa, ale również stymulacja zakończeń nerwów obwodowych, neuromobilizacja i zmniejszanie przykrych dla pacjentów odczuć, jak mrowienie w obrębie kończyn. Zabiegi te wykonywano od dystalnych części kończyn dolnych i górnych w kierunku dosiebnym. Jednocześnie wykonywano ćwiczenia, których celem było uruchomienie pompy mięśniowej w kończynach, jak zgięcia podszwowe i grzbietowe stóp, ruchy rotacyjne w stawach skokowych i analogiczne ćwiczenia w obrębie nadgarstków.

Prowadzono ćwiczenia oddechowe oparte o naukę efektywnego oddychania, gdzie wdech przez nos był zawsze krótszy niż wydech ustami, z jednoczesnym zaangażowaniem kończyn górnych (w czasie wdechu unoszone do góry lub na bok, przy wydechu opuszczane). Zachęcano do oddychania obydwoma torami – zarówno żebrowym, jak i brzuszny.

Usunięcie cewnika moczowego wiązało się z bezpośrednim treningiem pęcherza moczowego i stymulowaniem jego automatyzmu. Zachęcano chorych do systematycznego, regularnego oddawania moczu co 4 godziny, nawet wtedy, kiedy chorzy nie zgłaszali parcia. W obrębie łóżka podawano potrzebne przybory (kaczka, basen), zapewniano warunki intymności, a w późniejszych etapach wywożono chorych do toalety. Jednocześnie zwiększono podaż płynów doustnych.

Zastosowane w obrębie łóżka zabiegi kinezyterapeutyczne miały na celu zapobieganie powikłaniom unieruchomienia, stymulowanie nerwów i zaburzonych funkcji ruchowych, ale również przygotowanie do pionizacji i chodu.

Przystosowanie do pozycji pionowej i lokomocji odbywało się etapowo, przez siedzenie w łóżku z podparciem, następnie ze spuszczonej nogami, siedzenie na wózku, pozycję stojącą, aż do nauki chodu, w tym chodu z pokonywaniem barier architektonicznych. Opieka pielęgniarska skupiała się na zapobieganiu zapadłości ortostatycznej, do której mogłoby dojść podczas gwałtownej pionizacji, ponadto na zapewnieniu chorym bezpieczeństwa i ochronie przed upadkami. Asekuracja, początkowo bezpośrednia, z podtrzymaniem chorych, mogła zostać zastąpiona asekuracją pośrednią, czyli towarzyszeniem pacjentom podczas chodzenia i gotowością do przytrzymania w razie ryzyka upadku. Takie postępowanie, oprócz wsparcia fizycznego, zapewniało chorym poczucie bezpieczeństwa i umożliwiała aktywizację.

Na etapie przystosowania chorych do siedzenia na wózku nadal istniało ryzyko powstania odleżyn, zwłaszcza w obrębie pośladków i tylnych części ud. Profilaktyka polegała na przesadzaniu pacjentów do łóżka po około 2 godzinach siedzenia na wózku, a po odpoczynku i odciążeniu tkanek chorej ponownie opuszczali łóżko. Wyposażenie wózka w poduszkę przeciwoodleżynową było tylko dodatkowym elementem zapobiegania odleżynom.

Okres hospitalizacji pacjentów przypadła na czas pandemii koronawirusa i związanych z tym ograniczeń epidemiologicznych, co było dodatkowym obciążeniem psychicznym w związku z brakiem bezpośredniego kontaktu z rodziną i bliskimi. Rola pielęgniarki polegała na udzieleniu elementarnego wsparcia psychicznego poprzez rozmowę, poświęcenie uwagi na aktywne słuchanie i częstsze przebywanie z chorymi. Nawet proste czynności, jak obsługa telefonu komórkowego, wymagały w początkowym okresie pomocy personelu, ale umożliwiały chorym kontakt z rodziną, co przekładało się na poprawę ich dobrostanu psychicznego i motywację do usprawniania ruchowego.

Występujące u pacjentki zaburzenia czucia w obrębie języka wymagały zastosowania specjalnej diety i ćwiczeń aktywizujących wszystkie mięśnie zaopatrywane przez nerw twarzowy. Chora otrzymywała posiłki o miękkiej konsystencji, ale niezbyt rozdrobnione, co miało za zadanie stymulować aparat żucia. Do picia wykorzystywano słomkę. Zachęcano chorą do prostych ćwiczeń, jak marszczenie czoła, zaciskanie powiek, szczyrzenie zębów, uśmiechanie się, pogwizdywanie, mlaskanie, cmokanie, najlepiej pod kontrolą lustra.

Okres hospitalizacji na Oddziale Rehabilitacji wykorzystano na edukację pacjentów odnośnie prozdrowotnego stylu życia, co jest szczególnie ważne w schorzeniach autoimmunologicznych. Elementem tego stylu jest racjonalna dieta oparta na żywności nieprzetworzo-

nej, bogatej w witaminy i składniki mineralne. Zalecono unikanie cukrów prostych i tłuszczów zwierzęcych.

Wyniki wdrożonych działań usprawniających

Hospitalizacja na Oddziale Rehabilitacji trwała 27 dni w przypadku pacjentki i 48 dni w przypadku pacjenta. U obydwójga chorych uzyskano znaczną poprawę ogólnej sprawności ruchowej. Zarówno u chorej, jak i u chorego globalną siłę mięśniową obydwu kończyn dolnych oceniono przy wypisie na 4 pkt w skali Lovetta. Kończyny górne były funkcjonalne. Pacjenci poruszali się samodzielnie. Uzyskano pełną kontrolę funkcji zwieraczy. Wydolność krążeniowo-oddechowa obydwójga pacjentów była dobra. W zakresie samoobsługi chorzy byli w dużym stopniu samodzielni, według skali Barthel obydwójgo zostali ocenieni na 90 punktów, a według skali ADL na 5 punktów. Pacjenci otrzymali zalecenia obejmujące uregulowany i oszczędzający tryb życia, stałe godziny snu i odpoczynku, unikanie sytuacji stresujących, codzienną aktywność ruchową i wykonywanie ćwiczeń wyuczonych na oddziale, zapobieganie upadkom i urazom oraz stosowanie diety prozdrowotnej opartej na naturalnych, nieprzetworzonych składnikach pokarmowych. Ponadto zostali skierowani do Poradni Neurologicznej i Rehabilitacyjnej celem dalszego leczenia.

Po 3 miesiącach od zakończenia hospitalizacji nawiązano z pacjentami kontakt i zebrano wywiad, z którego wynikało, że bardzo wysoko oceniają wpływ zastosowanego leczenia usprawniającego na poprawę ogólnej sprawności ruchowej, dobrze funkcjonują w środowisku domowym i powrócili do aktywności zawodowej. Dolegliwości, które zgłaszali, to głównie okresowe parestezje w obrębie kończyn dolnych i szybka męczliwość mięśni kończyn podczas aktywności ruchowej. Jednocześnie obydwójgo chorzy zgodnie deklarowali, że są zainteresowani dalszym leczeniem rehabilitacyjnym i stosują się do zaleceń, które otrzymali przy wypisie.

Dyskusja i podsumowanie

Infekcja wirusem SARS-CoV-2 jest jedną z przyczyn zaburzeń neurologicznych i może predysponować do wystąpienia zespołu Guillaina-Barrégo. Przedstawione w pracy przypadki pokowidowego GBS wydają się mieć klasyczny przebieg choroby o średnio nasilonych objawach. Na uwagę zasługuje fakt, że u obydwójga chorych współistniała inna choroba o tle immunologicznym (jaskra u pacjentki i choroba autoimmunologiczna tarczycy u chorego). Choć przebieg lżejszych postaci GBS w większości przypadków jest pomyślny i objawy często cofają się samoistnie, nie należy wnioskować, że stanie się tak w każdym przypadku. U części pacjentów pozostają trwałe ubytki neurologiczne. Chorzy wymagają

szybkiej diagnostyki i intensywnie prowadzonej terapii, w tym leczenia usprawniającego. Rehabilitacja powinna być wdrożona już w pierwszych dniach choroby. Warunkuje to poprawę lub przywrócenie sprawności funkcjonalnej pacjentów. Ruch w usprawnianiu pacjentów z GBS jest nieoceniony. Żaden zabieg fizyioterapeutyczny i środek farmakologiczny nie jest w stanie go zastąpić. Dzięki niemu możliwe jest stałe utrzymywanie koordynacji nerwowo-mięśniowej, poprawa wydolności układu oddechowego i krążenia [13], co przekłada się na lepsze ukrwienie i odżywienie włókien nerwowych i mięśni oraz odzyskiwanie funkcji czuciowych. Ponadto zapobiec można wielu powikłaniom unieruchomienia, jak powikłaniom zakrzepowym czy przykurczom stawowym. Dzięki ruchowi chory ma lepsze samopoczucie, co ułatwia powrót do sprawności funkcjonalnej.

Rehabilitacja powinna być kompleksowa. Pielęgniarka jest jednym z członków zespołu rehabilitacyjnego, a zakres realizowanych przez nią zadań zawodowych wynika między innymi z funkcji rehabilitacyjnej, co przekłada się na współudział w kompleksowym usprawnianiu leczniczym. Mając na uwadze ciągłość rehabilitacji medycznej, czyli kontynuację w warunkach domowych, po zakończonej hospitalizacji, należy pamiętać o znaczeniu edukacji pacjentów jako przejawu troski o ich dalsze życie w aspekcie zdrowia i sprawności funkcjonalnej. Rehabilitacja i edukacja to pojęcia ściśle ze sobą powiązane, co nakazuje konieczność włączania działań edukacyjnych w procesie usprawniania. Z uwagi na odmienny charakter pracy pielęgniarki rehabilitacyjnej, gdzie oprócz współudziału w przywracaniu utraconej sprawności ruchowej, staje się ona głównym edukatorem pacjenta, autor skupił się w niniejszej pracy na wybranych zadaniach pielęgniarki w aspekcie usprawniania i edukacji.

Zakażenie wirusem SARS-CoV-2 pociąga za sobą różne skutki. W dobie pandemii koronawirusa wzrasta liczba pacjentów, którzy wymagają rehabilitacji z powodu następstw zakażenia i powikłań choroby COVID-19. Dotyczy to nie tylko rehabilitacji pulmonologicznej, ale również kardiologicznej i neurologicznej. Narzuca to konieczność tworzenia nowych ośrodków specjalizujących się w takiej terapii i przekształcania już istniejących jednostek. Dotyczy to zarówno placówek świadczących opiekę całodobowo, jak też rehabilitacji ambulatoryjnej.

Wnioski

1. Przebyta infekcja wirusem SARS-CoV-2 zwiększa ryzyko wystąpienia zespołu Guillaina-Barrégo.
2. Wczesna i kompleksowa rehabilitacja wpływa na poprawę sprawności funkcjonalnej pacjentów z GBS.

3. Pielęgniarka jest ważnym członkiem zespołu rehabilitacyjnego, który aktywnie uczestniczy w procesie usprawniania chorego.
4. Następstwa i powikłania infekcji wirusem SARS-CoV-2 wiążą się ze wzrostem zapotrzebowania na kompleksową rehabilitację, co narzuca konieczność tworzenia nowych ośrodków rehabilitacyjnych.

Piśmiennictwo

1. Kim JE, Heo JH, Kim HO et al. Neurological complications during treatment of middle east respiratory syndrome. *J Clin Neurosci.* 2017; 13(3): 227–233.
2. Sedaght Z, Karimi N. Guillain Barré syndrome associated with COVID-19 infection: A case report. *J Clin Neurosci.* 2020; 76: 33–235. [online]: W: DOI: <https://doi.org/1016/j.jocn.2020.04.062>. Dostęp: 24.06.2021.
3. Zhao H, Shen D, Zhou H et al. *Lancet Neurol.* 2020; 19 (5): 383–384. [online]: W: DOI: [https://doi.org/10.16/S1474-4422\(20\)30109-5](https://doi.org/10.16/S1474-4422(20)30109-5). Dostęp: 26.06.2021.
4. Miró O, Ilorens P, Jimènez S et al. Frequency of five unusual presentations in patients with COVID-19: results of the UMC-19-S1. *Epidemiol Infect.* 2020; 26; 148: e 189. [online] W: DOI: <https://doi.org/10.1017/S0950268820001910>. Dostęp: 24.06.2021.
5. Carres JB, Castoro RJ, Simmons Z. COVID-19 – associated Guillain-Barré syndrome: The early pandemic experience. *Muscle Nerve.* 2020; 62(4): 485–491. [online]: W: DOI: <https://doi.org/101002/mus.27024>. Dostęp: 26.06.2021.
6. Sharma K, Tengsupakul S, Sanchez O et al. Guillain-Barré syndrome with unilateral peripheral facial and bulbar palsy in a child: A case report. *SAGE Open Med Case Rep.* 2019; 7: 20503X19838750. [online]: W: DOI: <https://doi.org/10.1177/2050313X19838750>. Dostęp: 24.06.2021.
7. Drac H. Neuropatie obwodowe i wybrane choroby nerwów czaszkowych. Podstawy kliniczne. W: Jaracz K, Domitrz I. (Red.), *Pielęgniarstwo neurologiczne.* PZWL, Warszawa 2019; 391–398.
8. Drac H. Ostra zapalna polineuropatia demielinizacyjna i aksonalna – zespół Guillaina-Barrégo. *Pol Prz Neurol.* 2009; 5: 61–67.
9. Prusiński A. *Neurologia praktyczna.* PZWL, Warszawa 2011.
10. Willison HJ, Jacobs BC, von Doorn PA Guillain-Barré syndrome. *Lancet.* 2016; 388: 717–727.
11. Wilkiewicz M, Jaracz K. Neuropatie obwodowe i wybrane choroby nerwów czaszkowych. Diagnostyka pielęgniarska i plan opieki nad pacjentem z zespołem Guillaina-Barrégo. W: Jaracz K, Domitrz I. (Red.), *Pielęgniarstwo neurologiczne.* PZWL, Warszawa 2019; 398–404.
12. Mahoney FI, Barthel D. Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel. *Maryland State Med. Journal.* 1965; 14: 56–61.
13. Szewczyk MT, Sopata M, Jawień A. et al. Zalecenia profilaktyki i leczenia odleżyn. *Leczenie Ran.* 2010; 7: 79–106.

Artykuł przyjęty do redakcji: 14.02.2022.

Artykuł przyjęty do publikacji: 25.07.2022.

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

Adres do korespondencji:

Anna Cis

e-mail: a.cis@uthrad.pl



I KOMUNIKAT

Szanowni Państwo,

Z wielką przyjemnością zapraszamy Państwa do udziału w **XXV Jubileuszowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych**, która odbędzie się w Częstochowie w dniach **19–21 stycznia 2023 roku**. Z wielką przyjemnością będziemy gościć znakomitych prelegentów, specjalistów i przyjaciół Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej.

Tematem przewodnim konferencji będą słowa M. Gandhi:

„Gdzie jest miłość, tam jest życie”

Mahatma Gandhi pragnął wzajemnego szacunku i poszanowania odmienności innych, godnego życia, poczucia bezpieczeństwa. Odczuwał potrzebę, aby ludzie sobie wzajemnie pomagali, rozwijali w sobie ducha braterstwa i miłości. Miłość jest pierwszą wśród nieśmiertelnych rzeczy. Jest darem, nie osiągnięciem, który możemy pomnażać i obdarzać innych, ale również ją przyjmować. Kocha się za nic – nie istnieje żaden powód miłości. Mówiąc o sprawach i problemach osób, które na co dzień pochylają się nad nieuleczalnie chorymi, chcemy uczyć się miłości bezinteresownej, miłości ofiarnej i wymagającej.

Przewodnictwem naukowym nad Konferencją objęła prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gałuszko. Podczas Konferencji odbędzie się również **Walne Zebranie Sprawozdawcze Członków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej** oraz **Pielgrzymka Hospicjów Polskich na Jasną Górę**.

Nadchodzącą konferencję ponownie organizujemy dla Państwa w nowoczesnym i komfortowym **Hotelu Arche******, przy ul. Oleńki 20 www.hotelczestochowa.com, w bliskiej lokalizacji **Jasnej Góry**.

Zapraszamy na **XXV Jubileuszową Konferencję Naukowo-Szkoleniową Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych**, połączoną z obchodami **30-lecia Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej**, która będzie wspaniałą okazją na spotkanie i wymianę doświadczeń w grupie osób zaangażowanych w realizację i rozwój opieki paliatywnej i ruchu hospicyjnego.

Szczegółowe informacje publikowane będą na stronie internetowej: www.hospicjum-konferencja.pl

tel./fax (34) 360-54-91, wew. 34
kom. 514 600 220
(34)360-55-37
42-202 Częstochowa
ul. Krakowska 45a

Biuro Komitetu Organizacyjnego:
STOWARZYSZENIE OPIEKI HOSPICYJNEJ ZIEMI CZĘSTOCHOWSKIEJ



Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego” w roku 2021

Reviewers of ‘Polish Nursing’ in 2021

dr hab. Grażyna Bączyk, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

dr Barbara Fogt, Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny w Śremie (Polska)

dr hab. Sławomir Graczyk, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu (Polska)

dr Joanna Hoffmann-Aulich, Uniwersytet Zielonogórski (Polska)

dr Anna Majda, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie (Polska)

dr Małgorzata Mizgier, Poradnia dietetyczna Diaeteticus (Polska)

dr Jarosław Pasek, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie (Polska)

dr Beata Skokowska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

dr Anna Stefanowicz-Bielska, Gdański Uniwersytet Medyczny (Polska)

dr Bogusław Stelcer, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

dr Dorota Talarska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

dr Joanna Zalewska-Puchała, Uniwersytet Jagielloński 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.pielęgniarstwo.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 przysyłać 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 wyrównany (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.pielęgniarstwo.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 POGŁĄDOWA

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 przesać 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.

