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

WYBRANE PROBLEMY ZWIĄZANE Z ROZWOJEM SEKSUALNYM W GINEKOLOGII WIEKU ROZWOJOWEGO – ZNACZENIE WSPÓŁPRACY LEKARSKO-PIELĘGNIARSKIEJ

SELECTED PROBLEMS RELATED TO SEXUAL DEVELOPMENT IN DEVELOPMENT GYNECOLOGY – THE SIGNIFICANCE OF MEDICAL AND NURSING COOPERATION

Grażyna Jarząbek Bielecka[1, a], Katarzyna Plagens-Rotman[2, b], Małgorzata Mizgier[3, c], Emilia Warchoł[1], Katarzyna Warchoł-Biedermann[4, d], Ewa Jakubek[5, e], Piotr Merks[6, f], Witold Kędzia[1], Magdalena Pisarska-Krawczyk[7, g], Maciej Wilczak[8, h]

[1] Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii, Klinika Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Division of Developmental Gynecology and Sexology, Department of Perinatology and Gynecology, Poznan University of Medical Sciences, Poland
[2] Państwowa Szkoła Wyższa im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie
Hipolit Cegielski State University of Applied Sciences, Gniezno, Poland
[3] Zakład Dietetyki, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu, filia w Gorzowie Wielkopolskim
Department of Dietetics, Poznan University of Physical Education, Faculty of Physical Culture in Gorzów Wlkp., Poland
[4] Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Department of Clinical Psychology, Poznan University of Medical Sciences, Poland
[5] Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Kaliska im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego
Department of Public Health, Faculty of Health Sciences, Calisia University, Kalisz, Poland
[6] Zakład Farmakologii i Farmakologii Klinicznej, Collegium Medicum, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
Department of Pharmacology and Clinical Pharmacology, Faculty of Medicine, Collegium Medicum, Cardinal Stefan Wyszyński University in Warsaw, Poland
[7] Akademia Kaliska
Calisia University, Poland
[8] Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Department of Maternal and Child Health, Poznan University of Medical Sciences, Poland

[a] https://orcid.org/0000-0003-1385-5641
[b] https://orcid.org/0000-0001-7646-7430
[c] https://orcid.org/0000-0002-9533-2950
[d] https://orcid.org/0000-0002-9577-5380
[e] https://orcid.org/0000-0003-3348-2248
[f] https://orcid.org/0000-0001-8966-3799
[g] https://orcid.org/0000-0001-9050-6694
[h] https://orcid.org/0000-0002-0941-9970

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2022.17

STRESZCZENIE

W medycynie istnieje szereg zagadnień związanych z rozwojem psychoseksualnym wymagających podejścia interdyscyplinarnego. Między innymi są to problemy związane z wadami wrodzonymi żeńskich narządów płciowych czy zagadnienia związane z zachowaniami autoseksualnymi w okresie rozwoju. Zagadnienia te są przykładami problemów ginekologii wieku rozwojowego wymagającymi pracy zespołowej lekarzy rodzinnych, pediatrów, ginekologów, seksuologów oraz pielęgniarek.
Wrodzone wady rozwojowe żeńskich narządów płciowych wynikają z nieprawidłowości w embriogenezie jajowodów, macicy i pochwy. Wady te są spowodowane działaniem teratogennym

ABSTRACT

In family medicine and gynecology, and nursing too several issues related to psychosexual development requires an interdisciplinary approach. In this respect, the problems conected with congenital malformations of the genital tract and management of autosexual behaviors entails teamwork of family doctors, a pediatrician, a pediatric gynecologist , a nurs and a sexologist.
Congenital malformations of the female genital organs result from abnormalities in the embryogenesis of the fallopian tubes, uterus and vagina. These malformations are caused by teratogenic action at about 8-10 weeks of embriogenesis. The extent of the defects depends on the type of teratogens, the timing of

w około 8.–10. tygodniu embriogenezy. Zakres defektów zależy od rodzaju teratogenów, czasu działania teratogennego i stadium ciąży. Pacjentki z wadami wrodzonymi narządów płciowych powinny być leczone nie tylko przez ginekologów, ale także przez interdyscyplinarne zespoły psychologów i lekarzy, przy czym istotną rolę w procesie leczenia odgrywają lekarze rodzinni i pielęgniarki.

SŁOWA KLUCZOWE: interdyscyplinarność, zespół MRKH, rozwój psychoseksualny.

teratogenic action and the stage of pregnancy. Patients with congenital malformations of genital organs should be too treated by interdisciplinary teams of psychologists and medical doctors, with family doctors and nurs playing a significant role in the treatment process.

KEYWORDS: interdisciplinarity, Mayera-Rokitansky'ego-Küstera-Hausera Syndrome, psychosexual development.

Wprowadzenie

Po 1968 roku w amerykańskich i zachodnioeuropejskich projektach reformy edukacji akademickiej interdyscyplinarność określano jako współpracę naukową, w której naukowcy, stosując typowe dla swoich dyscyplin metody badawcze, starali się doprecyzować wstępnie sformułowany problem.

Interdyscyplinarność stanowi rodzaj współpracy naukowej stwarzającej nową perspektywą badawczą, a jednocześnie strategię poznawania zagadnień. Interdyscyplinarność odgrywa ogromną rolę w poznawaniu świata, stanowiąc rodzaj metody, procesu, sposobu myślenia. Jest również pewną syntezą, integracją nauki oraz koniecznością, szansą i wyzwaniem, a także ucieczką z ram i przekraczaniem barier poznania. Prace interdyscyplinarne korzystają z dorobku kilku dziedzin naukowych, łącząc zgromadzoną przez nie wiedzę i doświadczenie. To pozwala rozwiązywać wiele problemów i nie chodzi tu o prostą sumę wiedzy, lecz o wzajemne inspirowanie się. Interdyscyplinarne podejście do zagadnień naukowych, także tych medycznych, jest konieczne, gdy złożoność problemu badawczego wymaga różnych odniesień, a także wtedy, gdy problem leży na pograniczu kilku dyscyplin [1]. Ten rodzaj współpracy naukowej dotyczy wielu zagadnień medycznych.

Przykładami takich interdyscyplinarnych zagadnień są problemy związane z rozwojem psychoseksualnym, jakie zdarzają się w praktyce ginekologa wieku rozwojowego. Dotyczy to m.in. problemu zachowań autoseksualnych czy też innego w swym charakterze istotnego problemu, jakim są wrodzone wady rozwojowe żeńskich narządów płciowych [2, 3].

Do analizy wybrano odmienne przykłady, by wskazać na złożoność procesów istotnych w funkcjonowaniu w sferze seksualnej i znaczenie okresu rozwoju dla funkcjonowania w życiu dojrzałym. Przywołane przykłady, inne w swym charakterze, łączy to, że wymagają uwzględnienia opieki nie tylko ginekologicznej, ale bardzo ważnej współpracy lekarsko-pielęgniarskiej i specjalistycznej opieki psychoseksuologa. Rola opieki pielęgniarskiej w ginekologii wieku rozwojowego i seksuologii wieku rozwojowego jest nie do przecenienia w kontekście także sztuki poradnictwa seksualnego. Personel pielęgniarski powinien być przygotowany na to, by być bardziej wrażliwy na potrzeby emocjonalne młodocianych pacjentek. Taka wrażliwość może stanowić motywację dla pacjentki do „otwarcia się" i omówienia z pielęgniarką jej problemów związanych z rozwojem seksualnym. Podkreślać tu należy, że pielęgniarka nie musi mieć przygotowania seksuologicznego w ścisłym tego słowa znaczeniu po to, aby bezpośrednio pomagać młodocianej pacjentce w zrozumieniu jej problemów związanych z rozwojem seksualnym. Nierzadko zasadniczym zadaniem personelu pielęgniarskiego, poza innymi działaniami wynikającymi ze współpracy z lekarzem, jest udzielenie wsparcia psychicznego i porady. Często właśnie pielęgniarka wyjaśnia błędne pojęcia na temat seksualizmu i rozprasza obiegowe błędne poglądy na temat rozwoju seksualnego, których młodociana pacjentka nie wyjawiła w wywiadach lekarskich ani w rozmowach z rodzicami, opiekunami, a powierza je właśnie pielęgniarce. Tak oto w pewnych przypadkach pielęgniarka może być jedyną kobietą w zespole terapeutycznym, przez co może pomóc młodocianej pacjentce w przezwyciężeniu wstydu i zakłopotania. Może ona zaoferować swoją pomoc i wsparcie w momencie, gdy pacjentka zaczyna rozważać swój problem. Te problemy związane są z ginekologią wieku rozwojowego i z nauką o płci, czyli seksuologią [1–8].

Wrodzone wady rozwojowe żeńskich narządów płciowych choć rzutują na rozwój psychoseksualny, to jednak pierwotnie problem dotyczy somatyki. Do wad tych dochodzi w wyniku nieprawidłowości embriogenezy jajowodów, macicy i pochwy. Malformacje te stanowią konsekwencję działania czynników teratogennych w okresie około 8.–10. tygodnia embriogenezy. Rozległość powstałych wad zależy od rodzaju czynnika teratogennego, czasu jego działania oraz okresu ciąży, w którym zadziałały czynniki teratogenne.

Biorąc pod uwagę fakt, że w tym samym okresie embriogenezy kształtują się różne układy i narządy, to nie możemy wykluczyć, że wadom w obrębie narządów płciowych mogą towarzyszyć wady w obrębie układu

moczowego, krążenia, kośćca, które są następstwem owych czynników teratogennych w czasie embriogenezy.

W przypadku pacjentek z wrodzonymi wadami rozwojowymi narządów płciowych konieczna jest szeroka współpraca specjalistów.

Najogólniej, wśród tych wrodzonych wad rozwojowych można wyróżnić:

- wady obstrukcyjne,
- zdwojenia i przegrody podłużne narządów płciowych,
- narządy szczątkowe i agenezje (aplazje).

Wady obstrukcyjne

Wykrywane są one zazwyczaj jako przyczyna pierwotnego braku miesiączki wskutek niemożności odpływania krwi miesiączkowej. Zalegająca krew miesiączkowa, w przypadku tych wad, jest przyczyną tworzenia się krwiaka pochwy, macicy, jajowodów. W wyniku tego pacjentka odczuwa nasilający się ból podbrzusza. Wady te najlepiej rokują spośród innych, niżej opisanych.

Istotne jest, aby jak najwcześniej rozpoznany był ten rodzaj wady i podjęte leczenie, do czego nierzadko przyczynia się właśnie opieka pielęgniarska nad młodocianą pacjentką. Leczenie polega na wycięciu fragmentu błony dziewiczej, tak by umożliwić ewakuację zalegającej krwi miesiączkowej i miesiączkowanie w przyszłości.

W przypadku krwiaków wynikających z obecności przegrody poprzecznej konieczne jest usuwanie przegrody i ewakuacja krwiaka [1–7].

Zdwojenia i przegrody podłużne

Ten rodzaj malformacji powstaje wskutek częściowego lub całkowitego nieprawidłowego scalenia przewodów okołośródnerczowych w odcinkach, które prawidłowo przekształcają się w macicę i w pochwę.

Narządy szczątkowe

Narządy szczątkowe inaczej niedorozwinięte narządy płciowe powstają jako następstwo niepełnego rozwoju przewodów okołośródnerczowych Müllera.

Brak narządów płciowych (aplazja, agenezja)

Brak narządów płciowych (aplazja, agenezja) jest wynikiem braku przewodów Müllera i struktur zatoki moczowo-płciowej (w zespole MRKH niżej opisanym) [1–3, 8–12].

Zespół Mayera-Rokitansky'ego-Küstera--Hausera (MRKH)

Powstaje on wskutek aplazji lub hipoplazji struktur związanych z embriogenezą macicy i pochwy, co skutkuje brakiem macicy i pochwy. Tak jak w przypadku innych wrodzonych wad rozwojowych kobiety te mają kariotyp 46,XX i prawidłowo rozwinięte jajniki. Występująca w tym zespole (też w różnych wariantach) agenezja pochwy i macicy diagnozowana jest zazwyczaj u nastolatek z prawidłowo rozwiniętymi drugorzędowymi cechami płciowymi.

Przyczyną wizyty u lekarza ginekologia w okresie późno pokwitaniowym jest pierwotny brak miesiączki lub rzadziej bolesna próba współżycia płciowego. Często bywa tak, że problemy te ujawniane są na początku tylko zaufanej pielęgniarce.

Wynik badania ginekologicznego wskazuje na brak macicy i brak pochwy lub jej krótki ślepy zachyłek. Dla oceny stanu wewnętrznego narządów płciowych wykonuje się badanie USG oraz badania laparoskopowe. W leczeniu tego zespołu wad istotne jest wytworzenie pochwy, co tym samym umożliwia odbywanie normalnych stosunków płciowych.

W okresie pooperacyjnym ważne są specjalistyczne działania pielęgniarskie pod kierunkiem lekarza, np. płukanie nowo wytworzonej pochwy. Szczególną rolę w terapii odgrywa również partner pacjentki. Dąży się też do tworzenia grup wzajemnego wsparcia dla kobiet na różnych etapach diagnostyki i terapii. Podkreśla się tu znaczenie współpracy zespołów lekarsko-pielęgniarskich z psychoseksuologami.

Postęp medycyny także w kontekście tego zespołu wrodzonych wad rozwojowych (przeszczepy macicy, techniki wspomaganego rozrodu, uzyskanie komórek jajowych od pacjentek z tym zespołem oraz pozaustrojowe zapłodnienie i rozwój w „matce zastępczej") niesie ze sobą szereg pytań natury etycznej [1, 2, 13, 14].

Aspekty psychologiczne

Aspekty psychologiczne dotyczące pacjentek z wadami rozwojowymi narządów płciowych stanowią bardzo ważne zagadnienie praktyki nie tylko ginekologa wieku rozwojowego.

Do rozpoznania wad żeńskich narządów płciowych dochodzi podczas przeprowadzania badania przedmiotowego, jak i obrazowego pacjentki zgłaszającej się najczęściej z powodu pierwotnego braku miesiączki lub rzadziej z powodu bolesności podczas próby inicjacji seksualnej. Bardziej wnikliwa analiza wykazuje zazwyczaj, że zmianom klinicznym towarzyszą zmiany w rozwoju psychoseksualnym – świadomość wrodzonej wady rozwojowej stanowi rodzaj traumy, której nasilenie zależy od rodzaju wady.

Zdiagnozowanie występujących zmian anatomicznych prowadzi często do pogorszenia się stanu zdrowia psychicznego pacjentek. Może pojawić się u nich depresja, myśli i próby samobójcze. Jest to ważne z punktu widzenia postępowania lekarskiego wymaga-

jącego odpowiedniego postępowania interdyscyplinarnego. Nierzadko konieczne jest skierowanie pacjentek do poradni zdrowia psychicznego. Warto zwrócić uwagę, aby w trakcie przekazywania rozpoznania umiejętnie informować pacjentkę o rokowaniu i koniecznym leczeniu [15, 16].

Choć problem wad nie jest częsty, to jednak ze względu na wagę problemu jest on istotny dla lekarzy i pielęgniarek pracujących z pacjentkami z nieprawidłowościami w obrębie narządów płciowych. Pacjentki te wymagają bezwzględnie skierowania do specjalistów ginekologów, szczególnie w przypadku pacjentek z zespołem MRKH.

Innym przykładem wymagającym specyficznej współpracy zespołów lekarsko-pielęgniarskich z psychoseksuologami jest problem zachowań autoseksualnych. Interdyscyplinarne spojrzenie na zagadnienia seksuologiczne w różnych kręgach kulturowych na przestrzeni dziejów pozwala stwierdzić, że na zachowania seksualne lub ich zatajanie zasadniczy wpływ miały wierzenia i związane z nimi nakazy i zakazy. Szczególne zaś zakazy nakładano na zachowania autoseksualne. Jest to charakterystyczne dla niemal wszystkich największych systemów religijnych w dziejach.

Można jednak zaobserwować przemiany, jakie nastąpiły w nauce o płci, czyli seksuologii. Ewolucja ta przebiegała od próby poznania przez starożytnych filozofów przyczyn aktywności seksualnej, po dążenie do zapomnienia, jakby wypierania naturalnych zachowań ludzkich. Jak wiemy dochodziło nawet do karania za niektóre zachowania seksualne, formułowane były określone doktryny (a specyficzne zagadnienie i w tej kwestii stanowią zachowania autoseksualne). Należą do nich masturbacja (inaczej: onanizm, ipsacja, samogwałt) to zachowanie polegające na pobudzaniu narządów płciowych do osiągnięcia satysfakcji seksualnej (orgazmu). Zachowaniami seksualnymi w ogóle, w tym masturbacją, zajmuje się nauka o płci, czyli seksuologia. Warto podkreślić, że z punktu widzenia psychologii i seksuologii wieku rozwojowego w okresie dzieciństwa wyodrębnia się masturbację rozwojową, eksperymentalną i instrumentalną. W ginekologii wieku rozwojowego obserwuje się tendencje do procesów zapalnych u dziewczynek w okresie fizjologicznego hypoestrogenizmu, co utrwala odruch drapania i odkrywania nowych doznań u dziewczynki, a to może inicjować zachowania autoseksualne.

Zagadnienie to wskazuje na znaczenie działań edukacyjnych ze strony lekarzy, pielęgniarek, jak i psychologów i pedagogów. Taka prozdrowotna edukacja seksualna powinna obejmować nie tylko dzieci i młodzież, ale i całe rodziny czy opiekunów. Zachowania autoseksualne, jak i wspomniane wcześniej wrodzone wady rozwojowe wymagają interdyscyplinarnej, wielopoziomowej współpracy [17, 18].

Podsumowanie

Ginekologia wieku rozwojowego wymaga współpracy pomiędzy ginekologami, pediatrami, psychologami, urologami, chirurgami, lekarzami rodzinnymi oraz pielęgniarkami. Powinni oni ściśle ze sobą współpracować w interesie młodych i dorastających dziewcząt [2, 3, 18, 21].

Zaprezentowane dwa odmienne przykłady dotyczące zagadnień seksuologicznych w ginekologii wieku rozwojowego wskazują na znaczenie edukacji seksuologicznej, prozdrowotnej oraz promocji zdrowia. Proces edukacji w tym wymiarze stanowi wyzwanie również dla personelu pielęgniarskiego. Należy podkreślić, że zindywidualizowana opieka pielęgniarska nad pacjentem powinna być sprawnie, prawidłowo zaplanowana i zrealizowana. Jest to możliwe poprzez wspólne decyzje zespołu interdyscyplinarnego. Zespół ten jest rozumiany jako grupa osób zobowiązana do świadczenia usług na rzecz tej samej osoby lub grupy osób poprzez wykorzystywanie indywidualnych, profesjonalnych kompetencji członków zespołu. Prawidłowa współpraca interdyscyplinarna odnosi się przede wszystkim do zachowania poprawnej komunikacji, mającej na celu wymianę wiedzy i doświadczeń [22].

Piśmiennictwo

1. https://prenumeruj.forumakademickie.pl/fa/2018/12/era-interdyscyplinarnosci/ (data wejścia 30.11.2021).
2. Jarząbek-Bielecka G. Development of gonadophoric sex as a problem in sexual medicin. Polish Sexology. 2012; 10(2): 70–75.
3. http://www.certyfikat2.pl/rola-pielegniarki-w-poradnictwie-seksualny.html (data wejścia 13.03.2022).
4. Verrastro V, Saladino V, Petruccelli F, Eleuteri S. Medical and Health Care Professionals' Sexuality Education: State of the Art and Recommendations. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(7): 2186.
5. Wang J, Xu K, Lin J, et al. Hysteroscopic septum resection of complete septate uterus withcervical duplication, sparing the double cervix In patients with recurrent spontaneous abortion or infertility. Fertil Steril. 2009; 91: 2643–2649.
6. Astbury-Ward E. A questionnaire survey of the provision of training in human sexuality in schools of nursing in the UK. Sexual Relatsh. Ther. 2011; 26: 254–270, doi: 10.1080/14681994.2011.618180.
7. Heinonen P. Complete septate uterus with longitudinal vaginal septum. Fertil Steril. 2006; 85: 700–705.
8. Kingsberg SA, Schaffir J, Faught BM, i wsp. Female Sexual Health: Barriers to Optimal Outcomes and a Roadmap for Improved Patient–Clinician Communications. J Womens Health (Larchmt). 2019; 28(4): 432–443.
9. Cameron M, Moore Paddy, Grover S. Uterus didelphys with obstructed hemivagina: a case series. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2007; 20: 137.

10. Smith N, Laufer R. Obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly (OHVIRA) syndrome: management and follow-up. Fertil Steril. 2007; 87: 918–922.
11. Kapczuk K, Friebe Z. Morphology of the neovagina and sexual functioning of patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome who underwent modified Wharton vaginoplasty. Ginekol Pol. 2012; 83: 255–259.
12. Reichmann D, Laufer M, Robinson B. Pregnancy outcomes in unicornuate uterus: a review. Fertil Steril. 2009; 91: 1886–1894.
13. Jarząbek-Bielecka G. Health promotion, ethics and legal aspects in adolescents gynecology and sexology. Arch Perinat Med. 2016; 1: 39–42.
14. Plagens-Rotman K, Jarząbek-Bielecka G, Kapczuk K, Kędzia W, Friebe Z. Outline of the problem of birth developments of female gender organs in gynecology and in the family doctor's practice. Med Rodz. 2020; 1: 30–33.
15. Rechberger T, Kulik-Rechberger B. Anomalie rozwojowe narządu rodnego – etiopatogeneza, diagnostyka i leczenie. Forum Medycyny Rodzinnej. 2011; 2: 130–136.
16. Stadnicka G, Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak AB, Pawłowska-Muc AK, Bałanda-Bałdyga A. Opieka nad pacjentkami z zespołem Mayera-Rokitansky'ego-Küstera-Hausera (MRKH). J Educ Health Sport. 2017; 7(3): 361–370.
17. Jakubek E, Jarząbek-Bielecka G, Boroch J, Mizgier M, Plagens-Rotman K, Kędzia W. Autosexual behavior as a topic for inclusion in gynecological practice. Clin Exp Obstet Gynecol. 2021; 2: 212–215.
18. Jarząbek-Bielecka G, Mizgier M, Mojs E, Rutz A, Jarząbek M, Jarząbek Z, Sowińska-Przepiera E, Niedzielska M, Kędzia W. Ausgewählte psychologische-etische und sexualprobleme in der kinder – und jugendgynäkologie. J Med Sci. 2018; 3: 154–157.
19. Jarząbek-Bielecka G, Warchoł-Biedermann K. O rozwoju psychoseksualnym – aspekty medyczne, psychologiczne i etyczne. W: Seksuologia. Aspekty humanistyczne. Red. G. Jarząbek-Bielecka. Poznań, 2011.
20. Boroch J, Jarząbek-Bielecka G, Jarząbek Z, Mizgier M, Sowińska-Przepiera E, i wsp. Aspects of medical opinion in the case of sexual violence towards children. Med Rodz. 2018; 4: 339–343.
21. Jarząbek-Bielecka G, Mizgier M, Opydo-Szymaczek J, Lorkiewicz-Muszyńska D, Bielecka-Gąszcz A, i wsp. Przemoc seksualna wobec dziecka jako problem interdyscyplinarny. W: IV Międzynarodowy Kongres Psychiatrii Sądowej organizowany przez Klinikę Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi przy współpracy z Sekcją MHID Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Łódź, 6–7 kwietnia 2018. Program Konferencji.
22. Bielawska J. Interdyscyplinarny charakter pielęgniarstwa. Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona 2014; 11(2): 9–12.

Artykuł przyjęty do redakcji: 02.10.2021.
Artykuł przyjęty do publikacji: 24.08.2022.

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

Adres do korespondencji:
Katarzyna Plagens-Rotman
e-mail: Plagens.rotman@gmail.com