

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 1 (87)  
3/2023**

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, 2023. 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-Środa

*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>*



60-812 Poznań, ul. Bukowska 70

[www.wydawnictwo.ump.edu.pl](http://www.wydawnictwo.ump.edu.pl)

Ark. wyd. 2,8. Ark. druk. 4,5.

Format A4. Zam. nr 39/23.

Przekazano do druku w marcu 2023.



### 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

prof. dr hab. Elżbieta Grochans

dr Aleksandra Gutysz-Wojnicka

prof. Lotte Kaba-Schönstein

doc. Helena Kadučáková

mag. Karin Klas

prof. Christina Koehlen

prof. dr hab. Maria Kózka

dr Halyna Krytska

dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota

dr hab. Joanna Lewko

prof. Mária Machalová

prof. dr hab. Ludmiła Marcinowicz

prof. dr hab. Ewa Mojs

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

prof. dr hab. Robert Ślusarz

dr hab. Dorota Talarska

prof. dr hab. Monika Urbaniak

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](mailto:pielęgniarstwopolskie@ump.edu.pl)

[www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl](http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl)



# PIEŁĘGNIARSTWO 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)  
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. UMP  
dr Wojciech Grzegorz Polak  
Otilie Rung  
dr Zofia Sienkiewicz  
dr Beata Skokowska  
dr Ewa Szykiewicz

dr hab. Dorota Talarska  
prof. dr hab. Monika Urbaniak  
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)



### **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 Krams (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)

Wrocław 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](mailto:pielegniarstwopolskie@ump.edu.pl)

[www.pielegniarstwo.ump.edu.pl](http://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)  
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-Biafasik

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 . . . . .	9
<b>PRACE ORYGINALNE</b>	
<i>Piotr Wojda</i>	
Ocena czynników ryzyka samobójstwa wśród polskich pielęgniarek psychiatrycznych. Badanie pilotażowe* . . . . .	11
<b>PRACE POGLĄDOWE</b>	
<i>Grażyna Jarząbek Bielecka, Katarzyna Plagens-Rotman</i>	
Rozważania o filozofii medycyny z uwzględnieniem aspektów pielęgniarstwa w świetle dzieła Pellegrino i Thomasmy . . . . .	19
<i>Edyta Nosiadek, Elżbieta Kania, Aleksandra Wysz</i>	
Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem po krwawieniu podpajęczynówkowym . . . . .	26
<b>INFORMACJE</b>	
Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego” w roku 2022 . . . . .	32
Wskazówki dla autorów . . . . .	33

\* artykuł w języku angielskim

## ■ CONTENTS

Editor's note . . . . .	10
<b>ORIGINAL PAPERS</b>	
<i>Piotr Wojda</i>	
Assessment of suicide risk factors among polish psychiatric nurses. A pilot study . . . . .	11
<b>REVIEW PAPERS</b>	
<i>Grażyna Jarząbek Bielecka, Katarzyna Plagens-Rotman</i>	
Considerations on the philosophy of medicine with regard to the aspects of nursing in light of the work of Pellegrino and Thomasma . . . . .	19
<i>Edyta Nosiadek, Elżbieta Kania, Aleksandra Wysz</i>	
The role of a nurse in caring for a patient after subarachnoid bleeding . . . . .	26
<b>INFORMATION</b>	
Reviewers of 'Polish Nursing' in 2022. . . . .	32
Guidance for authors . . . . .	33



## ■ OD REDAKTORA

Szanowni Czytelnicy,

mamy przyjemność zaprezentować pierwszy numer *Pielęgniarstwa Polskiego* w 2023 r. Zawiera on jedną pracę oryginalną i dwie prace pogładowe. W szczególności chcielibyśmy zwrócić Państwa uwagę na pracę oryginalną Piotra Wojdy „Ocena czynników ryzyka samobójstwa wśród polskich pielęgniarek psychiatrycznych”. Niedawno opublikowane badania międzynarodowe donoszą, że wyzwania i stres związany z pracą zawodową naraża pielęgniarki i pielęgniarzy na podwyższone ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego i samobójstw. Dlatego ww. praca jest szczególnie istotna, zwłaszcza że do tej pory nie ma danych dotyczących pielęgniarek polskich. Kolejną pracą, którą rekomendujemy to artykuł pogładowy Grażyny Jarząbek Bieleckiej i Katarzyny Plagens-Rotman, w którym autorki omawiają problemy etyczne w praktyce pielęgniarskiej w świetle dzieła dwóch amerykańskich bioetyków E. Pellegrino i D.C. Thomasa.

Mamy nadzieję, że wszystkie artykuły, zarówno w bieżącym jak i poprzednich numerach *Pielęgniarstwa Polskiego* wzbudzą zainteresowanie wśród pielęgniarek i innych grup personelu medycznego, badaczy, studentów kierunków medycznych oraz przedstawicieli innych, pokrewnych dziedzin. Życzymy Państwu 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 przesyłać drogą elektroniczną poprzez panel redakcyjny, dostępny na oficjalnej stronie internetowej czasopisma: <http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/>

Korzystając z okazji, chcielibyśmy zaprosić Państwa na ogólnopolską konferencję „Nowe trendy w pielęgniarstwie”, która odbędzie się 2 czerwca 2023 r. Konferencja jest organizowana przez Pracownię Pielęgniarstwa Społecznego i Katedrę Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Miejsce konferencji: Centrum Biologii Medycznej UMP, ul. Rokietnicka 8. Będzie możliwość publikacji wystąpień konferencyjnych w *Pielęgniarstwie Polskim*.

W imieniu 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 first "Polish Nursing" issue in 2023. It contains one original article and two reviews. In particular, we would like to draw your attention to the original paper by Piotr Wojda, "Assessment of suicide risk factors among Polish psychiatric nurses. A pilot study". Recent international studies have reported that the job demands and stress associated with nursing expose nurses to an increased risk of mental health morbidities and suicide. The problem is more serious than it seems to be. Therefore, the above paper is of importance, especially since there is no data on Polish nurses. The next article we encourage you to read is the review paper by Grażyna Jarząbek Bielecka and Katarzyna Plagens-Rotman, who consider ethical issues in nursing practice in light of the work of two American bioethicists, E. Pellegrino and D.C. Thomasma.

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

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.pielegniarstwo.ump.edu.pl/>

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

Taking this opportunity, we would like to invite you to the conference "New trends in nursing" which will be held on June 2nd, 2023. The conference is organized by the Department of Social Nursing and the Department of Nursing of Poznan University of Medical Sciences. Conference venue: the Medical Biology Center, PUMS, Rokietnicka 8. There will be a possibility to publish the conference papers in the Polish Nursing.

On behalf of the editorial board of the Polish Nursing

*Professor Krystyna Jaracz  
Editor in Chief*

*Barbara Grabowska-Fudala, PhD  
Scientific Secretary*



# ASSESSMENT OF SUICIDE RISK FACTORS AMONG POLISH PSYCHIATRIC NURSES. A PILOT STUDY

## OCENA CZYNNIKÓW RYZYKA SAMOBÓJSTWA WŚRÓD POLSKICH PIELEŃNIAREK PSYCHIATRYCZNYCH. BADANIE PILOTAŻOWE

Piotr Wojda

LVR-Klinik Köln Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

<https://orcid.org/0000-0003-1266-486X>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2023.1>

### ABSTRACT

**Introduction.** Nurses have a higher risk of suicide than people in the general population. However, no studies have been conducted in Poland to assess the risk of suicide among nurses. Psychiatric nurses seem to be at higher risk of suicide due to the nature of their work.

**Aim.** The aim of this study was to investigate the prevalence of suicidal ideation and the extent to which personal and professional factors were related to suicidal ideation. The study assessed the presence of factors that increase and decrease the risk of suicide among psychiatric nurses.

**Material and methods.** The study design was carried out in accordance with the STROBE guidelines, which used an original questionnaire consisting of 20 questions. The questionnaire was sent electronically to randomly selected psychiatric institutions in Poland. Participation in the survey was completely voluntary and anonymous. The survey was completed by 195 nurses between January and May 2021. The data were then analyzed using descriptive and multivariate statistics. If participants did not answer more than three questions in the survey, they were removed from further analysis. 190 completed forms were allowed for analysis.

**Results.** A group of 190 people took part in the study. Most of the participants were women (166; 87%), and only 24 (13%) were men. Over 80% of respondents believed that working with mentally ill people has a negative impact on their health. Suicidal thoughts were most often declared by nurses with suicidal intentions (94%), then nurses taking sedatives (63%), struggling with depression (58%) and addicted to psychoactive substances (50%), drinking alcohol (41%) and not receiving support in the workplace (28%), and in whom work caused anxiety (28%). The respondents who declared that work had no effect on their health did not have suicidal thoughts at all. The occurrence of psychological disorders significantly correlated with the intensification of suicidal thoughts. All respondents who had schizophrenia had frequent suicidal thoughts, while the vast majority of people without mental disorders had no such thoughts (92%). Male nurses (33%) considered taking their own lives more often than female nurses (13%). The way of coping with stress at work had a significant impact on the occurrence of suicidal thoughts. Nurses who used relaxation techniques told their

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** W zawodzie pielęgniarki występuje wyższe ryzyko samobójstwa niż u ludzi w populacji ogólnej. W Polsce nie przeprowadzono jednak badań oceniających ryzyko samobójstwa wśród pielęgniarek. Wydaje się, że pielęgniarki psychiatryczne są bardziej narażone na samobójstwo ze względu na charakter ich pracy.

**Cel.** Celem tego badania było zbadanie rozpowszechnienia myśli samobójczych oraz stopnia, w jakim czynniki osobiste i zawodowe były powiązane z myślami samobójczymi. W badaniu oceniono występowanie czynników zwiększających i zmniejszających ryzyko samobójstwa wśród pielęgniarek psychiatrycznych.

**Materiał i metody.** Projekt badania zrealizowano zgodnie z wytycznymi STROBE, w którym wykorzystano autorski kwestionariusz składający się z 20 pytań. Ankieta została rozestana drogą elektroniczną do losowo wybranych placówek psychiatrycznych w Polsce. Udział w badaniu był całkowicie dobrowolny i anonimowy. Ankietę wypełniło 195 pielęgniarek w okresie od stycznia do maja 2021 r. Następnie dane zostały przeanalizowane za pomocą statystyki opisowej i wielowymiarowej. Jeżeli uczestnicy nie odpowiedzieli w ankiecie na więcej niż 3 pytania, byli wyłączeni z dalszej analizy. Do analizy włączono 190 wypełnionych formularzy.

**Wyniki.** W badaniu wzięło udział 190 osób. Większość uczestników stanowiły kobiety (166; 87%), a tylko 24 (13%) mężczyźni. Ponad 80% badanych uznało, że praca z osobami chorymi psychicznie ma negatywny wpływ na ich zdrowie. Myśli samobójcze najczęściej deklarowały pielęgniarki z intencjami samobójczymi (94%), następnie pielęgniarki przyjmujące leki uspokajające (63%), zmagające się z depresją (58%) i uzależnieniami od substancji psychoaktywnych (50%), pijące alkohol (41%) oraz nieotrzymujące wsparcia w miejscu pracy (28%) i u których praca wywoływała lęk lub niepokój (28%). Respondenci, którzy deklarowali, że praca nie ma wpływu na ich zdrowie, w ogóle nie mieli myśli samobójczych. Występowanie zaburzeń psychicznych istotnie korelowało z nasileniem myśli samobójczych. Wszyscy respondenci ze schizofrenią mieli częste myśli samobójcze, podczas gdy zdecydowana większość osób bez zaburzeń psychicznych nie miała takich myśli (92%). Pielęgniarki (33%) częściej rozważali odebranie sobie życia niż pielęgniarki (13%). Sposób

friends and family about their problems, and over 90% of them did not have suicidal thoughts. On the other hand, nurses coping with stress through the use of sedatives (37%), drinking alcohol (59%) or smoking (73%) did not report suicidal thoughts. More than 92% of the respondents, who received support at work from a psychologist or their supervisor, had no suicidal thoughts.

**Conclusions.** Working in psychiatry had a significant impact on the mental health of the respondents. It has been shown that male psychiatric nurses reported suicidal thoughts more often than nurses, the presence of mental problems and behaviours increasing the risk of a suicide attempt. Respondents, who received support from their supervisor, a psychologist or friends, experienced the lowest percentage of suicidal thoughts. Psychiatry work experience, place of employment, level of education, age and marital status of the respondents had no influence on the severity of suicidal thoughts.

**KEYWORDS:** risk factors, suicide, male nurses, psychiatric nurses.

radzenia sobie ze stresem zawodowym miał znaczący wpływ na występowanie myśli samobójczych. Pielęgniarki, które stosowały techniki relaksacyjne, rozmawiały o swoich problemach z przyjaciółmi, rodziną, w ponad 90% nie miały myśli samobójczych. Natomiast pielęgniarki radzące sobie ze stresem poprzez stosowanie leków uspokajających (37%), picie alkoholu (59%) lub palenie papierosów (73%) nie zgłaszały myśli samobójczych. Ponad 92% badanych, którzy otrzymali wsparcie w miejscu zatrudnienia od psychologa lub swojego przełożonego, nie miało myśli samobójczych.

**Wnioski.** Praca w psychiatrii miała istotny wpływ na zdrowie psychiczne badanych. Wykazano, że pielęgniarki psychiatryczne częściej niż pielęgniarki psychiatryczne zgłaszały myśli samobójcze, występowanie problemów psychicznych i zachowań zwiększających ryzyko próby samobójczej. Najmniejszy odsetek myśli samobójczych doświadczali respondenci, którzy otrzymali wsparcie przełożonego, psychologa lub znajomych. Doświadczenie zawodowe w psychiatrii, miejsce zatrudnienia, poziom wykształcenia, wiek i stan cywilny badanych nie miały wpływu na nasilenie myśli samobójczych.

**SŁOWA KLUCZOWE:** czynniki ryzyka, samobójstwa, pielęgniarki, pielęgniarki psychiatryczne.

## Introduction

The issues associated with suicide are complex and remain poorly understood. Generally, suicide is a multi-stage and long-term process. Occupational factors considerably influence the development of self-destructive behaviours. It is estimated that in France, 11,000 people die by suicide each year due to work factors, while in the USA, the number of suicides among the working-age population has increased by 40% in less than 20 years [1]. Low job satisfaction, low-status work, lack of support, poor development and career opportunities, interpersonal conflicts with colleagues, as well as aggression in the workplace considerably increase the risk of suicidal thoughts [2]. The high suicide rate among nurses is alarming. According to a report by the Office for National Statistics, compared to an average woman in England, nurses are exposed to a 23% higher risk of suicide [3]. Long-term observation of suicidal behaviour conducted in the United States indicates that nurses are clearly exposed to a higher risk of suicide than an average American [4].

Despite the numerous burdens faced by nurses in Poland, no studies have been undertaken to assess the occurrence of risk factors for suicide among nurses. Due to the specificity of their work (working with an aggressive patient, conscience stress, and lower prestige compared to other specializations), psychiatric nurses seem to be particularly vulnerable to self-destructive behaviour.

## Aim

The aim of the study is to assess the suicide risk among nurses employed in psychiatric care. The following research problems were formulated: 1) Does work experience in psychiatric care affect the risk of suicide among nurses in the studied group?; 2) Is there a link between work and the mental health of the studied group?; 3) Is there a link between the gender of the nursing staff and suicide risk?; 4) Are there factors that reduce the risk of suicide among nurses with suicidal ideation?

## Material and methods

The study followed the STROBE guidelines. The focus of the research was nurses who worked in psychiatric care (psychiatric hospitals, community care, and social care homes). The questionnaire was sent by e-mail to the directors of nursing in psychiatric care facilities in the largest Polish cities (Warszawa, Gdańsk, Poznań, Kraków, Szczecin, Wrocław, Rzeszów, Katowice, Białystok, Gorzów Wielkopolski, Lublin), who sent them to nurses. Community care institutions and nursing homes for mentally ill people were searched in Google search, entering the phrase: 'community psychiatry' and the 'list of social welfare homes' in individual provinces in Poland. About 1,550 nursing homes with contact details were found, 602 of which looked after the mentally ill. Among these facilities, those with over 70 patients were distinguished, which constituted 406 facilities throughout Poland. Community psychiatric care units were most

often located next to psychiatric hospitals. In total, we were able to search 134 objects together with contact details. The survey was also available on the website of the Polish Association of Psychiatric Nurses, the Digital Nurses Association and on the website of District Chambers of Nurses and Midwives. Participation in the survey was anonymous and voluntary. The participants were not asked to provide any personal information such as their name, address, place of employment (region, city), date of birth, telephone number, email address and position in the work place to ensure their anonymity. The nurses had no contact with the researcher, which minimized the risk of 'influencing' the respondents' answers. The risk of duplicate responses was minimized by giving each participant a unique number that was associated with the IP address of the electronic equipment from which the completed questionnaires were sent. In the case of re-filling the questionnaire with the same device, the *interankiety.pl* system did not register the answers.

The group was divided by place of employment. As it seems nurses working in closed hospital wards are more exposed to occupational stress (working with patients in the acute phase of the disease) than nurses from other sectors of psychiatric care (social care home, community care). However, these groups were not compared due to the quantitative disproportions of the study participants. The study did not differentiate closed psychiatric wards into wards for children and adolescents, wards for men, and wards for women. The study participants were grouped by gender, level of education, professional experience in psychiatry and suicidal ideation, as these are well-known factors in suicidal behaviour.

The study used an original questionnaire, which consisted of personal data and the main part (20 questions in total). Single- and multiple-choice closed questions were used. The personal data included questions about gender, age, education and marital status. Additionally, the respondents were asked to present their professional experience in psychiatry and the workplace. Most of the questions concerned the impact of professional activity on various aspects of the respondents' lives, including private life, health, and interpersonal relations. Additional questions allowed to identify non-professional factors that burdened the respondents, including family problems, and financial problems. The survey also included questions that allowed us to determine the way of coping with work stress or the possibility of receiving

support during a crisis. Respondents were asked directly about the frequency of suicidal thoughts (How often do you have suicidal thoughts?). The answers to these questions were correlated with demographic data,

seniority in psychiatric care, professional and non-professional problems, the way of coping with stress and the type of support received. This allowed to determine which factors had the greatest influence on the severity of suicidal thoughts.

The survey was completed by 195 nurses between January and May 2021. If participants did not answer more than three questions in the survey, they were removed from further analysis, which allowed the selection of 190 correctly filled forms. The statistical package Statistica v.13.1 PL by StatSoft as well as Microsoft Excel (sum variables) were used for data analysis, calculations and chart generation. The verification of statistical hypotheses was performed using the chi-squared test. The results of the questionnaire were given in cross tables and on this basis, the statistics of the Pearson chi-square test, NW chi-square test and p-value (probability of not rejecting H<sub>0</sub>) were calculated. The study assumes a significance level of 0.05; thus, if one of the two p values (for Pearson's chi-square or NW chi-square) is less than this level, it is tantamount to reject H<sub>0</sub> in favour of the alternative H<sub>1</sub> hypothesis. The H<sub>0</sub> hypothesis in each study states that the variables are independent, and the H<sub>1</sub> alternative - that there is a statistically significant relationship between the variables. Subsequently, the level of dependence between the two studied variables was determined using Cramér's V.

The study was carried out in accordance with the Declaration of Helsinki guidance of the World Medical Association and Good Clinical Practice recommendations. The study was approved by the Bioethics Committee of the Academic Clinical Hospital of the University of Cologne, Germany. The study participants were provided with emails that included information about the study, ensuring the voluntary nature of participation. Completing and returning the questionnaires was considered as consent to participate, and data privacy was respected. The survey did not contain any data identifying the participants. Responses were collected on a specially prepared account of '*interankiety.pl*', secured with a password, to which only the researcher had access.

## Results

A group of 190 people participated in the study. Most of the participants were female (166 people, 87%), while 24 (13%) were male. The largest group were nurses in the age range between 51 and 60 (68 people, 36%) as well as between 41 and 50 (67 people, 35%). The fewest number of respondents were above 60 (11 people, 6%). Most nurses were married (120 people, 64%), and the fewest respondents were widows (10 people, 5%). Singles were (33 people, 17%), while 27 people (14%)



were divorced. In the study group, the largest number of respondents had a master's degree (82 people, 44%) or a bachelor's degree (54 people, 28%) in nursing. There were 40 people (21%) who completed secondary education in nursing. Most respondents declared 11 to 20 years of work experience in psychiatry (55 people, 29%), followed by nurses who reported 21 to 30 years of experience (37 people, 19%) and those with over 30 years of work experience in psychiatry (33 people, 17%). The smallest group were people with up to 1 year of experience (5 people, 3%).

The respondents were employed in psychiatric hospitals (170 people, 90%), social care homes (12 people, 6%), as well as in community psychiatric care (8 people, 4%).

The vast majority of respondents (80.48%) considered that working with mentally ill people had an adverse effect on their own health. The respondents predominantly complained about frequent stress (57.89%), sleep problems (42.10%), somatic disorders (26.84%), anxiety and fear (26.31%), and suicidal intentions (6.84%). A statistically significant correlation was found between the adverse effects of work on the health of the respondents and the intensity of suicidal thoughts (Cramér's  $V = 0.326$ ;  $p = 0.000$ ). Suicidal thoughts were most declared by nurses with suicidal intentions (92.31%, including 61.54% of those with frequent suicidal thoughts), followed by nurses, whose work caused anxiety or fear (28.00%, including 8.00% of those with frequent suicidal thoughts), somatic disorders (24.49%, including 8.16% of those with frequent suicidal thoughts), sleep problems (22.79%, including 6.33% of those with frequent suicidal thoughts). People under frequent stress were the least likely to have suicidal thoughts (17.76%, including 5.61% of those who had such thoughts frequently). Respondents, who declared that work did not affect them, had no suicidal thoughts at all.

Every fifth respondent (20.48%) was diagnosed with mental disorders. A group of 24 people (12.63%) of them suffered from depression, while 5.26% had anxiety disorders. Just over 1.05% of the respondents struggled with addiction, while 0.52% of people suffered from schizophrenia. The occurrence of psychological disorders significantly correlated with the intensification of suicidal thoughts (Cramér's  $V = 0.449$ ,  $p = 0.000$ ). All respondents who had schizophrenia had frequent suicidal thoughts, while the vast majority of people without mental disorders had no such thoughts (92.5%). As many as 50.00% of people who regularly used psychoactive substances and 58.30% of nurses suffering from depression had suicidal thoughts (including 12.51% of respondents who had frequent suicidal thoughts). Every fifth respondent (20.00%) with anxiety disorders had suicidal thoughts from time to time.

The most burdensome work-related factors were aggression from patients (57.89%), duty overload (47.89%) and low salary (46.31%). To a lesser extent, the employees felt burdened with the relationships with their co-workers (23.15%) and the need to take actions against their conscience, e.g. violation of the patient's rights (the so-called stress of conscience) – 14.73%.

Non-professional factors, which additionally burdened the respondents, included health (29.47%), financial (27.89%), family (24.73%) and relationship (8.42%) problems. Only 9.47% of the respondents indicated no problems.

The nursing staff felt burdened enough to consider changing their place of work (43.15%), going on sick leave (40.00%) and taking their own life (3.15%). The respondents had problems with distancing themselves from work. Almost half (45.78%) of the respondents often thought about work in their free time, 25.26% had no time for themselves, while 19.47% had to abandon their plans. In the case of 22.63% of the respondents, work did not affect their private life. Fewer than a third of nurses (31.25%) who did not have time for themselves, 27.02% of nurses who had to change their plans and 17.44% of respondents who often thought of working in their spare time reported suicidal thoughts. No statistically significant correlation was determined between the variables.

A group of 29 nurses (15.26%) declared suicidal thoughts. A statistically significant correlation was found between the gender of the respondents and the severity of their suicidal thoughts (Cramér's  $V = 0.133$ ;  $p = 0.035$ ). Male nurses considered taking their own lives more often than female nurses. The study showed that 8.33% of male nurses had suicidal thoughts frequently, while 25% had such thoughts occasionally. Thus, it can be generally stated that as many as one in three men had suicidal thoughts. Women reported suicidal thoughts significantly less often. Only 3.31% of female nurses suffered from such thoughts frequently, while 9.06% had them from time to time. It is alarming that nurses with the least professional experience in psychiatry most often declared suicidal thoughts. 40.12% of nurses with up to 1 year of professional experience reported having suicidal thoughts. In contrast, 20.62% of nurses with 1–5 years of experience declared having such thoughts. There was no statistically significant correlation between professional experience in psychiatry and the intensity of suicidal thoughts.

The surveyed nurses most often coped with stress by talking to family or friends (59.47%), using relaxation techniques or having hobbies (57.89%). More than twenty percent of the respondents (23.68%) smoked cigarettes, while 11.57% drank alcohol or took sedatives

(10.57%). Only 4.73% were under psychological care. There was a correlation between the way of coping with stress and the intensity of suicidal thoughts (Cramér's  $V = 0.323$ ;  $p = 0.000$ ). Nurses taking sedatives reported frequent (15.82%) or occasional (47.41%) suicidal thoughts most often. This group was followed by those who drank alcohol to calm down (27.27% reported occasional suicidal thoughts, while 13.64% declared frequent thoughts of this type). It is interesting that 55.56% of people who consulted a psychologist had occasional suicidal thoughts. Respondents who used relaxation techniques and often talked to friends and relatives had almost no suicidal thoughts (90.91% of the surveyed nurses). Over half of the nurses (57.89%) declared that they could count on the support of their colleagues, supervisor (29.47%) and a psychologist (7.36%) at work, while 30.52% of the respondents did not receive support in the workplace (including 28.07% of those who had suicidal thoughts). The type of support significantly correlated with suicidal thoughts (Cramér's  $V = 0.169$ ;  $p = 0.0380$ ). More than 92% of the respondents, who received support from a psychologist or their supervisor, had no suicidal thoughts.

The respondents felt appreciated by the patients (41.05%) and their supervisor (23.15%). They also felt that they were an important part of the therapeutic team (24.73%). However, 37.89% of the respondents did not feel appreciated in the workplace. Data analysis revealed a statistically significant relationship between the sense of being appreciated at work and the intensity of suicidal thoughts (Cramér's  $V=0.166$ ;  $p = 0.041$ ). Respondents who felt underappreciated suffered from suicidal thoughts (18.57%, including 10% of those with frequent thoughts of this type). Nurses, who were appreciated by their supervisors (93.18%) or felt an important part of the therapeutic team (91.18%), declared no suicidal thoughts most often.

Nurses employed in community care reported suicidal thoughts most often (25.00%), followed by those employed in a hospital (15.41%). No suicidal thoughts were declared by nurses employed in nursing homes for the mentally ill. There was found no statistically significant correlation between the type of workplace and the intensity of suicidal thoughts.

Nurses with a university degree reported suicidal thoughts more often (34.31%, including 19.50% of those with a master's degree) than nurses who completed secondary education (10.00%). Nonetheless, no statistically significant correlation was determined between the level of education and the intensity of suicidal thoughts.

The factors considered to influence the risk of suicide were distributed between the two genders as follows:

Male nurses were more often affected by the following suicide risk factors: sleep problems (50%), lack of support in the workplace (45.83%), drinking alcohol (37.50%), fear and anxiety (33.33%), suicidal intentions (16.66%), depressive disorders (16.66%), taking sedatives (16.66%) and schizophrenia (4.16%). In addition, they more often declared being burdened with aggression from patients (66.66%), excessive work duties (54.16%), low remuneration (54.16%), financial difficulties (33.33%) and the need to take actions against their conscience (16.66%) .

The most common risk factors among female nurses included: frequent stress (58.43%), stress-related somatic disorders (27.71%), smoking (24.09%), and anxiety disorders (5.42%). Additionally, they felt burdened with health issues (31.30%), family problems (25.30%) and relationships with colleagues (24.09%).

## Discussion

More than half of the respondents (57.89%) complained about the frequent stress related to an aggressive patient, and 17.76% of them declared suicidal thoughts. Aggression by patients with mental disorders is the most common stressor among psychiatric care workers, which was confirmed by an Israeli study, in which 88.6% of nurses experienced verbal aggression and 56.1% – physical aggression in the last year [5]. Our own results were confirmed in Taiwanese research, which showed that excessive work stress in suicidal thoughts among 10.5% of nurses [6]. Constant stress can lead to the development of mental disorders, taking up stress-reducing risky behaviours (smoking, drinking alcohol) or insomnia. Author's own research showed that nurses often complained of sleep disorders (42.10%), and 22.79% of them had suicidal thoughts. These results are similar to the observations of Zdanowicz et al. [7], according to which 47.8% of the surveyed nurses suffered from sleep disorders. In addition, according to An et al.[8], as many as 69.7% of psychiatric nurses suffered from sleep disorders. Sleep disorders lead to an increase in the intensity of suicidal thoughts and intentions among nurses [9], increasing the risk of suicide even 5-fold [10]. The type of sleep disorder and their exact work-related causes were not included in the study because all sleep disorders, regardless of the cause, had a negative impact on the well-being of the subjects.

More than 12% of the surveyed nurses suffered from depression. Among them, as many as 58.30% had suicidal thoughts. These results indicate that depression is a significant risk factor for suicide, which was also noticed by Australian researchers who proved that 48% patients suffering from depression reported suicidal



thoughts throughout their lives. Moreover, 16% of them reported a suicide attempt [11].

Most of the surveyed nurses who used sedatives had suicidal thoughts (62.23%). This is alarming, since research shows that nurses are at a significantly higher risk of drug overdose than representatives of other paramedical professions [12]. According to American researchers, 36.2% of nurses who committed suicide did so by overdosing on drugs [4]. The same was reported for 42% of English female nurses [3]. This was linked to the easy availability of drugs.

A group of 22 respondents (11.57%) drank alcohol in order to de-stress, and 40.91% of them had suicidal thoughts. Many scientific studies show that regular alcohol consumption increases the risk of depression, suicidal thoughts and fatal suicide attempts [13]. In Great Britain, more than 40% of nurses who committed suicide had a drinking problem, over fifty percent of all suicides are associated with alcohol [14]. A study conducted on a group of 1080 Polish nurses revealed that people with a reduced ability to adapt to difficult situations (resistance) were more prone to engaging in harmful behaviours, such as drinking alcohol and smoking cigarettes [15].

Among smoking nurses, 26.67% had suicidal thoughts. Smoking is an important factor in the development of depression, schizophrenia and neurological diseases. A worrying trend of increasing nicotine use is observed among health care workers. According to Mexican researchers, almost 30% of nurses smoke cigarettes [16]. In Poland, 33.6% of nurses working in surgical wards smoke cigarettes [17]. The risk of depression among smoking women is three times higher than among non-smoking women. In addition, among men smoking a pack of cigarettes a day, the risk of depression increases by 500% [16]. Notably, smoking 15 or more cigarettes a day increases the risk of suicide four times [18].

Talking to family or friends and having a hobby were the most effective methods of relieving stress and reducing the frequency of suicidal thoughts (more than 91% of people declared no suicidal thoughts). These observations are confirmed by data, according to which 80% of people at risk of suicide received effective help from 'non-professionals' [19].

More than half (55.56%) of nurses who occasionally manifested suicidal thoughts seek help from a psychologist, and 44.44% of respondents without such thoughts seek support from a psychologist. A disturbing finding is that no nurse with frequent suicidal thoughts seeks professional support. The surveyed nurses seek professional help less frequently than American nurses who manifested suicidal thoughts (72.6%) [20]. This seems all the more surprising as psychiatric nurses sho-

uld be more aware of the importance of professional help in crisis.

Male nurses declared suicidal thoughts much more often than female nurses. Although within the general population, a greater risk of suicide is observed among men than women, women dominate the medical professions [21]. The results of the author's own research suggest that male nurses are burdened with a higher risk of suicide than female nurses. Previous studies on nurses' suicides have focused on the analysis of this problem in relation to the entire professional group. Our own results indicate that male nurses are burdened with a higher risk of suicide than nurses, which sheds a new perspective on the problem of suicide in this group. The study showed a higher incidence of mental illness, frequent undertaking of risky behaviours that positively correlate with suicide attempts, and a greater severity of suicidal thoughts among male nurses than among nurses. A significant percentage of suicidal thoughts among the surveyed male nurses might be associated with excessive professional expectations, e.g. higher prestige, greater professional autonomy, salary, and promotion opportunities [22]. In Poland, nurses have low salaries, few opportunities for promotion and little autonomy despite improving their qualifications, which negatively affects the level of satisfaction, particularly among male nurses [23, 24]. This was confirmed by the author's own research, which showed that 54.16% of male nurses felt psychological discomfort related to low pay, and 37.50% felt unappreciated at work. These results are similar to the research conducted by Kociuba-Adamczuk [24], in which 44% of nurses were dissatisfied with their earnings, and 34% were very dissatisfied. Although nurses in Poland are more appreciated by the society than doctors and academics [25], they do not actually experience this in their daily practice [24]. In Canadian studies, male nurses felt more unappreciated and discriminated against than female nurses, which was associated with lower job satisfaction and a higher probability of quitting their profession [26]. Male nurses more often had to perform duties that put more strain on the body than their colleagues – nurses.

Receiving support in the workplace increases job satisfaction and reduces stress [27]. Conflicts and lack of support from supervisors lead to emotional exhaustion in 30% of employees [28] and to excessive stress in 34.89% of employees [29]. The supportive attitude of the supervisor significantly influences the balance between work, personal life and mental health of a nurse [30]. This is confirmed by the author's own research, which showed that 92.58% of people who received support from their superior had no suicidal thoughts. In comparison, only 71.93% of people without such

support had no self-destructive thoughts. Hence, the supervisor plays an important role in the prevention of suicide in the workplace by creating appropriate conditions and an atmosphere conducive to the mental and physical wellbeing of the employees. The supervisor plays an important role in satisfying the need for recognition among employees [27]. An appreciated employee does their job better, has a lower absence rate, feels happier and exhibits a positive life attitude. The respondents, who were appreciated for their work, had a lower level of suicidal thoughts than nurses who did not feel appreciated.

It is crucial for the comfort of working nurses to maintain a balance between their private life and work. Shift work, night work, overtime and sudden changes to the work schedule are all factors which make it difficult to build social relationships. They also lead to family conflicts and lower the quality of life. Long-term disturbance of this balance results in stress, mental disorders, abuse of psychoactive substances and frequent consumption of unhealthy food [31–33]. More than 45% of the surveyed psychiatric nurses often thought about work in their free time, and over 31% of those who did not have free time as a result of their work displayed suicidal thoughts. This is related to the fact that instead of regenerating in their free time, nurses use up energy to reflect on work, which leads to sleep disorders and the development of depression and anxiety. Additionally, it promotes burnout [34].

## Conclusions

The results of the current research confirmed that nurses belong to professions associated with an increased risk of suicide.

1. In the study group, the most common risk factors for suicide, which positively correlated with the occurrence of suicidal thoughts, were: suicidal intentions (92.31%), taking sedatives (63.16%), depression (58, 30%), addiction to psychoactive substances (50%), alcohol consumption (40.91%), lack of workplace support (28.07%), anxiety and restlessness caused by work (28.00%).
2. In the study group, male psychiatric nurses experienced more suicidal thoughts than female nurses (one in three surveyed male nurses). Due to the small number of male nurses, the obtained results are not sufficient to draw any final conclusions.
3. Male nurses were more likely to be burdened with suicide risk factors (suicidal intentions, depression, sleep problems, taking sedatives, alcohol consumption, and lack of support at work).
4. Psychiatry work experience, place of employment, level of education, age and marital status of the re-

spondents had no influence on the severity of suicidal thoughts.

5. Respondents, who received support from their supervisor, a psychologist or friends, experienced the lowest percentage of suicidal thoughts.
6. Working in psychiatry had a significant impact on the mental health of the respondents. The lack of suicidal thoughts was declared by people who said that work had no effect on their health.

The present study has several disadvantages. Relatively few respondents took part in the study; therefore, the study group was not representative of the population of psychiatric nurses employed in Poland. It is not known whether the reason for the low return of the questionnaires was a fear of admitting to suicidal thoughts and further alleged repercussions. It is possible that the management of the branches did not provide the questionnaire to its employees. Larger-scale studies are needed to confirm preliminary results.

## Reference

1. Peterson C, Sussell A, Li J, et al. Suicide Rates by Industry and Occupation – National Violent Death Reporting System, 32 States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020; 69: 57–62. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6903a1>.
2. Niedhammer I, Bèque M, Chastang JF, et al. Psychosocial work exposures and suicide ideation: a study of multiple exposures using the French national working conditions survey. *BMC Public Health.* 2020; 20: 1–10. DOI: 10.1186/s12889-020-09019-3.
3. The National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health (NCISH). Suicide by female nurses: a brief report, University of Manchester, UK, June 2020.
4. Davidson EJ, Proudfoot J, Lee K, A Longitudinal Analysis of Nurse Suicide in the United States (2005–2016) With Recommendations for Action. *Worldviews Evid.-Based Nurs.* 2020; 17(1): 6–15. DOI: 10.1111/wvn.12419.
5. Itzhaki M, Bluvstein I, Peles Bortz A, et al. Mental Health Nurse's Exposure to Workplace Violence Leads to Job Stress, Which Leads to Reduced Professional Quality of Life. *Front Psychiatry.* 2018; 9: 1–6. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00059. eCollection 2018.
6. Shan Chin W, Chuan Chen Y, Jye Ho J, et al. Psychological Work Environment and Suicidal Ideation Among Nurses in Taiwan. *J Nurs Scholarsh.* 2019; 51(1): 106–113. DOI: 10.1111/jnu.12441.
7. Zdanowicz T, Turowski K, Celej-Szuster J, et al. Insomnia, Sleepiness, and Fatigue Among Polish Nurses. *Workplace Health Saf.* 2020; 68(6): 272–278. DOI: 10.1177/2165079920901534.
8. An FR, Qi YK, Zeng JY, et al. The prevalence of insomnia, its demographic correlates, and treatment in Nurses Working in Chinese Psychiatric and General Hospitals. *Perspect Psychiatr Care.* 2016; 52(2): 88–94. DOI: 10.1111/ppc.12103.
9. Wang J, Zhang X, Yang B, et al. Suicidal ideation among nurses: Unique and cumulative effects of different subtypes of sleep problems, *J Affect Disord.* 2020; 276: 600–607. DOI: 10.1016/j.jad.2020.07.095.
10. Norra C, Richter N. Schlafstörungen und Suizidalität: Zusammenhänge und klinische Bedeutung. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2013; 81: 561–569.

11. Handley T, Rich J, Davies K, et al. The Challenges of Predicting Suicidal Thoughts and Behaviours in a Sample of Rural Australians with Depression. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15: 1–9. DOI: 10.3390/ijerph15050928.
12. Ke YT, Feng IJ, Hsu CC, et al. Nurses have a four-fold risk for overdose of sedatives, hypnotics, and antipsychotics than other healthcare providers in Taiwan. *PLoS ONE*. 2018; 13(8): 1–12. DOI: 10.1371/journal.pone.0202004.
13. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, et al. Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2015; 10(5): 1–14. DOI: 10.1371/journal.pone.0126870.
14. Kosiba B, Przybyszewska W, Sołtyszewski, I. Wybrane aspekty zachowań samobójczych. *JoMS*. 2017; 1(32): 83–111.
15. Gieniusz-Wojczyk L, Dąbek J, Kulik H. Risky Behaviour among Nurses in Poland: An Analysis of Nurses' Physical Condition, Mental Health, and Resilience. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(4): 1–12. DOI:10.3390/ijerph18041807.
16. Moreno A, Ruiz S, Medina-Mora ME. Association between smoking and minimal mild depressive symptomatology in heavy smokers. *Salud Mental*. 2009; 32: 199–204.
17. Gańczak M, Szych Z, Karakiewicz B. Palenie tytoniu wśród lekarzy i pielęgniarek oddziałów zabiegowych. *Hygeia Public Health*. 2012; 47(1): 72–76.
18. Miller M, Hemenway R, Rimm E. Cigarettes and suicide: A prospective study of 50,000 men. *Am J Public Health*. 2000; 90(5): 768–773. DOI: 10.2105/ajph.90.5.768.
19. Klutz M. Rola rodziny, kościoła i społeczeństwa wobec problemu samobójstwa. *Resovia Sacra*. 2017; 24: 169–186.
20. Kelsey E, West PC, Cipriano P, et al. Suicidal Ideation and Attitudes Toward Help Seeking in U.S. Nurses Relative to the General Working Population. *Am J Nurs*. 2021; 121(11): 24–36. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000798056.73563.f.a.
21. Cano-Langreo M, Cicirello-Salas S, López-López A, et al. Current framework of suicide and suicidal ideation in health professionals. *Med Segur Trab*. 2014; 60(234): 219–238. DOI: 10.4321/S0465-546X2014000100015.
22. Harpula K, Nowak A, Bartosiewicz A. The nursing challenges in Poland and in the world. *Med Rodz*. 2019; 22(4): 166–172. DOI: 10.25121/MR.2019.22.4.166.
23. Kupcewicz E, Szczypiński W, Kędzia A. Satysfakcja z życia w kontekście życia zawodowego pielęgniarek. *Piel Zdr Publ*. 2018; 8(1): 27–32. DOI: 10.17219/pzp/75494.
24. Kociuba-Adamczuk K. Satysfakcja pielęgniarek/pielęgniarczy z pracy zawodowej. In: Dybińska A, Szpringer M and Asienkiewicz R. (eds). *Profilaktyka i Edukacja Zdrowotna*. Lublin: Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum. 2017, pp. 123–140.
25. Omyła-Rudzka M. Które zawody uważamy? Report. Centrum Badania Opinii Społecznej, Poland, 2019.
26. Rajacich D, Kane D, Lafreniere K, et al. Male RNs: Work Factors Influencing Job Satisfaction and Intention to Stay in the Profession. *Can J Nurs Res*. 2014; 46(3): 94–109.
27. Wnuk M. Perceived supervisor support as a relevant factor for subordinates' job satisfaction—model verification. *Med Pr*. 2019; 70(4): 475–486. DOI: 10.13075/mp.5893.00837.
28. Gregersen S, Vincent-Höper S, Nienhaus, A. Führung und Gesundheit-Welchen Einfluss haben Führungskräfte auf die Gesundheit der Mitarbeiter? *Osterreichisches Forum Arbeitsmedizin*. 2013; 1: 28–39.
29. Pietraszek A, Charzyńska-Gula M, Łuczyk M, et al. Analiza przyczyn stresu zawodowego w opinii pielęgniarek. *J Educ Health Sport*. 2016; 6(9): 643–652. DOI: 10.5281/zenodo.158951.
30. Prabhshani RMB, Rathnayaka RM. Determinants of Work Life Balance among Nurses: Empirical Evidence from Monaragala District General Hospital, Sri Lanka, Proceedings of the 6th International Conference on Management and Economics. 2017, pp. 283–298.
31. Jordan RT, Khubchandani J, Wiblishauser, M. The Impact of Perceived Stress and Coping Adequacy on the Health of Nurses: A Pilot Investigation. *Nurs Res Pract*. 2016; 1–11. DOI: 10.1155/2016/5843256.
32. Mensah A, Adjei NK. Work-life balance and self-reported health among working adults in Europe: a gender and welfare state regime comparative analysis. *BMC Public Health*. 2020; 20(1052): 1–14. DOI:10.1186/s12889-020-09139-w.
33. Nurumal MS, Makabe S, Jamaludin FI, et al. Work-Life Balance among Teaching Hospital Nurses in Malaysia. *Glob J Health Sci*. 2017; 9(8): 81–89. DOI: 10.5539/gjhs.v9n9p81.
34. Querstret D, Cropley M. Why nurses need to unwind from work. *Nursing Times*. 2011; 107(10): 14–17.

Artykuł przyjęty do redakcji: 24.06.2022.

Artykuł przyjęty do publikacji: 18.12.2022.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

**Adres do korespondencji:**

Piotr Wojda

e-mail: askot8@wp.pl



# ROZWAŻANIA O FILOZOFII MEDYCyny Z UWZGLĘDNIENIEM ASPEKTÓW PIELĘGNIARSTWA W ŚWIETLE DZIEŁA PELLEGRINO I THOMASMY

## CONSIDERATIONS ON THE PHILOSOPHY OF MEDICINE WITH REGARD TO THE ASPECTS OF NURSING IN LIGHT OF THE WORK OF PELLEGRINO AND THOMASMA

Grażyna Jarząbek Bielecka<sup>1, a</sup>, Katarzyna Plagens-Rotman<sup>2, b</sup>

<sup>1</sup> Klinika Ginekologii, Katedra Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
*Department of Gynecology, Chair of Gynecology, Poznan University of Medical Sciences, Poland*

<sup>2</sup> Państwowa Szkoła Wyższa im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie  
*Hipolit Cegielski State University of Applied Sciences in Gniezno, Poland*

<sup>a</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1385-5641>

<sup>b</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7646-7430>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2023.2>

### STRESZCZENIE

Filozofia medycyny zakłada, że medycyna jest integralną dyscypliną, co oznacza, iż twierdzenia dotyczące unikatowości medycyny, mogą być zastosowane ogólnie w stosunku do wszystkich jej gałęzi i są ściśle związane także z pielęgniarstwem. Celem nadrzędnym w medycynie i pielęgniarstwie jest utrzymanie dobrego stanu zdrowia. Każda gałąź medycyny odgrywa pewną rolę w osiągnięciu tego holistycznego celu i jest to także ważny cel pielęgniarstwa.

SŁOWA KLUCZOWE: filozofia medycyny, pielęgniarstwo, etyka.

### ABSTRACT

The philosophy of medicine assumes that medicine is an integral discipline, which means that claims about the uniqueness of medicine can generally be applied to all its branches and are closely related to nursing as well. The main goal in medicine and nursing is to maintain good health. Each branch of medicine plays a role in achieving this holistic goal, and it is also an important goal of nursing.

KEYWORDS: philosophy of medicine, nursing, ethics.

### Wstęp

Początki medycyny jako dyscypliny miały miejsce w okresie dominacji religii i zabobonów. W zachodnim świecie uwolniła się ona spod tego wpływu, poprzez stanie się częścią jońskie filozofii przedsokratejskiej, z której zaczerpnęła fascynację w wyjaśnianiu świata przez intelekt, jak również zainteresowanie kwestiami przyczyny, skutku oraz zmiany. W tym okresie lekarze i filozofowie, jak również medycyna, nauka i filozofia nie odróżniały się zbyt od siebie.

Medycyna stała się niezależnym zawodem w piątym wieku przed Chrystusem, po pojawieniu się szkoły Hipokratesa. Edelstein, wg Pellegrino i Thomasmy, podkreśla, że medycyna przybrała wówczas dwie wyróżniające ją cechy: opieranie swojego kunsztu na obserwacji pacjentów oraz bazowanie na zasadach etycznych. Medycyna i filozofia stały się niezależnymi i wpływowymi dyscyplinami. Z tego względu medycyna hipokratejska i filozofia attycka tworzyły bardzo owocny związek, jakiemu nic od

tamtej pory nie dorównało. Galen uważał, że najlepszym lekarzem jest filozof.

Niewiele podręczników medycznych porusza temat rozumienia tego, czym jest medycyna. Zazwyczaj omawiane są w nich kwestie oceny klinicznej stanu pacjenta lub relacje lekarz – pacjent, po czym następuje szczegółowy opis konkretnych jednostek chorobowych. Zaniedbanie to prowadzi do powstawania raczej luźnych interpretacji medycyny: medycyna jest tym, co robią lekarze; medycyna to nauka praktykowana dla dobra ludzkości; lub medycyna to sztuka, obejmująca wszystkie zainteresowania ludzkości [1].

Definicja medycyny jest niezbędna do jakiegokolwiek krytycznej refleksji na temat funkcji i celów zawodów związanych z praktyką medyczną (także w ginekologii), sposobu kształcenia lekarzy, kwestii oczekiwań, jakie mamy wobec lekarzy oraz tego, w jaki sposób medycyna jest powiązana z innymi kulturowymi przejawami współczesnego człowieka [1].



Wyobrażenie na temat tego, czym jest medycyna w wyraźny i silny sposób kształtuje każdy aspekt przedsięwzięcia medycznego – edukacyjny, praktyczny, medyczno-prawny, etyczny oraz społeczny i ekonomiczny. Leży ono również u podstawy klinicznych decyzji, postaw lekarzy i pielęgniarek oraz spostrzeżeń, jakie mają oni na temat samych siebie [2–6].

W całym procesie opieki nad pacjentem, diagnostyki i leczenia należy podkreślić ogromne znaczenie pracy pielęgniarki/pielęgniarskiej. Istotną jest tu także stawiana diagnoza pielęgniarska jako dopełnienie diagnozy lekarskiej. Jest to szczególnie ważne wobec współczesnego trendu rozszerzania kompetencji pielęgniarskich. Podkreślić należy znaczenie pracy zespołowej – cały zespół terapeutyczny ma wkład w efekt końcowy, jakim jest poprawa stanu zdrowia pacjenta czy jego wyleczenie.

Według Pellegrino i Thomasmy konieczne jest, aby pierwszym krokiem dla filozofii medycyny było stwierdzenie tego, czym jest medycyna. Za każdym zachowaniem medycznym stoi przynajmniej pośrednia koncepcja medycyny, która musi być wytłumaczona i wyjaśniona, jeżeli mamy logicznie wypowiadać się na temat tego zachowania [2, 4].

Twierdzą oni, że medycyna nie jest ani jedynie sztuką, ani nauką we współczesnym sensie tych terminów. Uważamy, że medycyna jest odrębną, pośrednią dziedziną, *tertium quid* (trzecią, pośrednią możliwością), pomiędzy sztuką i nauką i jest odmienna od obydwu tych dziedzin. W sensie arystotelesowskim jest to nawyk praktycznego rozumienia, doskonalony przez doświadczenie w zajmowaniu się pacjentami.

Cech wyróżniających medycynę, a w tym i ginekologię, należy poszukiwać w jej modelach i formie, której sedno znajduje się w wydarzeniu klinicznym. To szczególny charakter relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem (np. ginekologiem a pacjentką). Cele tej relacji oraz sposoby, jakimi wpływa ona na obie strony biorące w niej udział w momencie decyzji klinicznej, odróżniają medycynę od innych, powiązanych aktywności, szczególnie pozostałych zawodów, których celem jest niesienie pomocy.

Wielu myślicieli, wśród których byli też filozofowie praktykujący jednocześnie zawód lekarza, podjęło próbę opisanie medycyny w bardziej szczegółowy sposób. Historia, wg Pellegrino i Thomasmy, odnotowuje fakt podjęcia próby filozofowania na temat medycyny przez takich myślicieli, jak: Empedokles, autorzy podejścia hipokratesowego, Sokrates, Platon, Arystoteles, Galen, Awicenna, Majmonides, św. Albert Wielki, Hume, Harvey, Bernard, William Osler, E.B. Straus, Scott Buchanan i wielu innych [1].

Podejście hipokratesowe koncentruje się na leczeniu i prognozie, poświęcając mniej uwagi umiejętnościom diagnostycznym. Są one uważane za umiejęt-

ności wyływające z leczenia i prognozy oraz przez nie ukształtowane. Są dwie przyczyny skupiania się medycyny starożytnej Grecji na sztuce leczenia. Po pierwsze, medycyna starożytnej Grecji, podobnie jak jej filozofia moralności, przesiąknięta była pojęciem dobrostanu. Celem wszystkich dziedzin, w tym medycyny, było doprowadzenie do stanu dobrego samopoczucia (eukrasia) lub szczęścia (sophrosyne). Po drugie, szczęście było postrzegane jako równowaga pomiędzy naturą i samym sobą lub życie ze sobą i z naturą w harmonii. Lekarze mieli się więc na baczności, aby nie wykroczyć poza granice swojego zadania poprzez zbyt rozległą interwencję, co postawiłoby ich w pozycji winnych aroganckiej dumy. Człowiek zawdzięcza swoje twórcze umiejętności imitacji natury. W procesie leczenia, powinien on działać w zgodzie z *vis medicatrix naturae*, leczniczą mocą natury. Dlatego też Demokryt mógł powiedzieć, że poprzez wykorzystywanie zasady harmonii lub równowagi możemy uzyskać spokój ciała – zdrowie – i spokój duszy – szczęście.

Dzięki dobrze rozwiniętej naturze medycyny starożytnych Greków, Sokrates, Platon, a następnie Arystoteles (którego ojciec był lekarzem) często powoływali się na medycynę jako na przykład sztuki. Jeden z pierwszych dialogów platońskich, *Charmides*, przedstawia Sokratesa przytaczającego argumenty na temat lekarstwa, medycyny i umiaru. Arystoteles powołuje się na medycynę w *Poetyce* jako dziedzinę będącą odpowiednikiem *Catharsis* w poetyckiej argumentacji. Wcześniej sofista Gorgias przyrównywał efekty tragedii do tych, które otrzymujemy w wyniku zażycia środków przeczyszczających, wykorzystywanych w medycynie. Medycyna była wyraźnie widziana jako sztuka, a leczenie było analogią do niektórych rezultatów tragedii [7].

Do czasów średniowiecza medycyna na tyle się rozwinęła, aby być uznawana za naukę praktyczną lub sztukę mechaniczną, podobną do rolnictwa [1]. Już Awicenna napisał traktat, który zgłębiał w niezwykle jasny sposób podział pomiędzy teorią i praktyką w medycynie. Niemniej jednak przed powstaniem współczesnej nauki oraz okresem fascynacji pozytywizmem uważano za wystarczający opis lekarza jako *vir bonus mendendi peritus* – eksperta w kwestii dobrego leczenia [1].

Biorąc pod uwagę zdecydowanie bardziej skomplikowaną naturę współczesnej medycyny, w tym ginekologii, uważać należy najnowsze próby opisanie medycyny jako sztuki leczenia lub nauki badającej pojedyncze osoby jako niewystarczające. Medycyna, w tym ginekologia, nie może być ograniczana do fizyki, chemii czy biologii, choć jednak częściowo czerpie z tych dziedzin. Z drugiej strony, pomimo tego, że medycyna nie przypomina żadnej ze sztuk pięknych pod kątem jej produktów, łączy ją jednak ze sztukami pięk-

nymi charakterystyczna cecha rozumowania produktywnego, służącego praktycznym celom. Z tego powodu odnieść się należy do medycyny jako najbardziej naukowej dziedziny spośród nauk humanistycznych, a także najbardziej humanistycznej wśród nauk ścisłych. Nie jest to ani czysta nauka, ani prawdziwy przykład sztuk pięknych. Konieczne będzie dalsze uściślenie tej opinii.

Jeśli rozumieć pojęcie zawodu jako konstrukcję, zajęcie lub dziedzinę, która stosuje umiejętność posługiwania się symbolami, poprzez które myślimy, wówczas, wg Pellegrino i Thomasmy, medycyna jest zawodem. Podobnie jak na innych zawodach, tak i na medycynie spoczywają podwójne zobowiązania: posiadania dostatecznych umiejętności i poświęcenia się dla dobra człowieka. Umiejętności wymagane przez medycynę obejmują teoretyczną wiedzę z zakresu nauk ścisłych oraz kreatywną umiejętność operowania symbolami, takimi jak koncepcje choroby i doświadczenia w odniesieniu do pojedynczej osoby. Medycyna (w tym ginekologia) wymaga odpowiedniej wiedzy biologicznej wykorzystywanej do postawienia diagnozy i terapii, a jej celem jest przywrócenie pacjenta do stanu zdrowia. Nie przypomina ona sztuk pięknych, w których zachodzi proces tworzenia nowych dzieł. Można więc wywnioskować, że medycyna jest dyscypliną pochodną, trzecim rodzajem działalności człowieka, który łączy w sobie teorię i praktykę w unikatowy sposób. Do tego rodzaju aktywności będzie należeć też dziedzina prawa i edukacji [8].

Filozofia medycyny zakłada, że medycyna jest integralną dyscypliną, oznacza to, że twierdzenia dotyczące unikatowości medycyny mogą być zastosowane ogólnie w stosunku do wszystkich jej gałęzi (...). Charakterystycznym wydarzeniem stanowiącym medycynę jako dyscyplinę wydaje się być proces powrotu do dobrego stanu zdrowia. Można to uargumentować opisując medycynę poprzez powołanie się na jej cel. Celem tym jest powrót do dobrego stanu zdrowia, czyli wydarzenie medyczne. Każda gałąź medycyny odgrywa pewną rolę w osiągnięciu tego holistycznego celu. Ginekologia odgrywa szczególną rolę w osiągnięciu celu, jakim jest zdrowie kobiety.

W działaniu lekarskim, według Pellegrino i Thomasmy, istotne są formy, które służą odróżnieniu medycyny od innych dyscyplin.

Poniżej następuje wykaz tych form, ważnych cech oceny stanu klinicznego pacjenta:

1. Ocena ta łączy, za pomocą słów i idei, rzeczywiste obiekty, postrzegane jako oddzielne za pomocą nowych hipotez na temat tego, jak owe przedmioty są powiązane. Co więcej, ocena stanu klinicznego pacjenta może odnosić wiedzę naukową do pojedynczego pacjenta lub grupy pacjentów. Ocena ta usta-

nawia takie połączenia, które są konieczne dla medycyny. Nazywamy to *zindywidualizowaną wiedzą*.

2. Ocena stanu klinicznego pacjenta jest odkryciem nieprzewidzianej relacji. Claude Bernard oznajmił, że odkrycie jest nieprzewidzianą relacją, niepotwierdzoną w teorii; w innym razie byłaby ona przewidziana. Koncepcja tragicznego katharsis, przedstawiona przez Arystotelesa, okazuje się pomocna w zrozumieniu natury odkrycia medycznego. Opisywaną w tym punkcie formą jest *diagnoza*.
3. Ocena stanu klinicznego pacjenta jest antycypacyjna, oparta na organizacji ciała, otoczenia, wcześniejszych doświadczeń klinicznych, wartości pacjenta i wiedzy naukowej. Tą formą jest *prognoza* (rokowania). Podkreślaliśmy już ważność prognozy dla medycyny starożytnych Greków. Jest ona równie ważna we współczesnej medycynie, jednakże z innych przyczyn kulturowych. Prognoza determinuje głównie zakres interwencji, bazując na wiedzy na temat choroby lub potrzebach pacjenta, a czasem na obydwóch tych czynnikach. W tym sensie Gracian oświadcza: „Nadzieja jest ogromnym fałszerzem prawdy; sprawmy, by umiejętności stały na straży prawdy, poprzez upewnianie się, że spełnienie będzie istotniejsze niż pragnienie”.
4. Ocena stanu klinicznego pacjenta kierowana jest przez terapeutyczną konieczność. Ta forma to *terapia*. Spośród tych trzech form: diagnozy, prognozy i terapii, ostatnia jest najważniejsza. Po pierwsze, forma ta jest najbliższa motywowi i zamiarowi leczenia, przyświecającą interakcji klinicznej. Dla pacjenta stanowi ona epistemologiczny przewodnik po wszystkich aspektach wydarzenia medycznego. Po drugie, pomoc w odzyskaniu dobrego samopoczucia może z pewnością być nazwana jedną z trzech podstawowych potrzeb człowieka (pozostałe to dobrostan ekonomiczny i moralny). Zanurzona głęboko w wartościach, konieczność terapeutyczna ustanawia również zachwianą relację, która jest źródłem modeli: odpowiedzialności, zaufania oraz zorientowania na podejmowanie decyzji. Innymi słowy terapia jest medyczną formą wszystkich czterech modeli medycyny. Po trzecie, jest to ocena tworzona zarówno w aspekcie osobistym, w znaczeniu przedstawianym przez Polany'ego; racjonalnym, w znaczeniu naukowym, dyskursywnym; oraz intuicyjnie, w znaczeniu artystycznym.

Od czasów starożytnych medycyna i filozofia jako dziedziny pozostawały w dobrej relacji, jednak istniały pewne punkty niezgody. Traktat *O Medycynie Antycznej* z jednej strony podkreśla analogie pomiędzy filozofią i medycyną, czego przykład znajdujemy w dziele

*Protagoras*. Z drugiej jednak strony, ten sam traktat wyraźnie przestrzega przed spekulacjami, niepopartymi bezpośrednimi obserwacjami pacjentów. Sama medycyna hipokratejska rozwinęła nawet pewne atrybuty filozofii. Dlatego właśnie, nawet w momencie najbardziej pomyślnego połączenia, napięcia, których echa odnajdujemy w Platońskim *Symposium*, były wyraźnie dostrzegalne (...).

W światach helleńskim i greckim całe systemy medyczne były tworzone ze skrawków filozofii Arystotelesa, Platona, Pitagorasa i in. jako licznych i odnoszących sukcesy szkół dogmatyzmu, metodyzmu lub eklektyzmu. W średniowieczu scholastyka i teologia chrześcijańska objęły swoim wpływem myśl i praktykę medyczną. Następnie potężny wpływ wywarła i do dziś wywiera na medycynę mechanistyczna biologia Descartesa, rozpoczynając od jatromechaników, jatrochemików (alchemików lekarskich) oraz jatrofizyków siedemnastego i osiemnastego wieku, aż do biologicznych redukcjonistów naszych czasów [1].

Jednym z mniej odległych wpływów filozofii na medycynę jest wpływ idealizmu niemieckiego XVIII i XIX wieku, reprezentowanego przez Hoffmana, Stahla, Johna Browna i Williama Cullena. Risse i Galdston udowodniali, że pojęcia, takie jak eter, animizm lub witalizm, mogą wyphywać z błędnych lub właściwych interpretacji dzieł Hegla, Kanta, Schelling czy Fichte'a. W okresie romantyzmu nastąpił rozkwit systemu diagnozy i leczenia nieograniczonego przez obserwacje empiryczne i naukowe i przez pewien czas zahamował on rozwój medycyny naukowej.

W odpowiedzi na przyswajanie przez medycynę źle rozumianych modeli filozoficznych, współczesna medycyna stała się nieufna w stosunku do filozofii i jej wpływów. Według Pellegrino i Thomasmy filozoficznym zagrożeniem dla medycyny w obecnych czasach nie jest nadmierne i nieograniczone budowanie systemu, a zbyt wiara w redukcjonistyczne i pozytywistyczne modele myśli i wyjaśniania. Medycyna jest ponownie, podobnie jak w starożytnej Grecji, wystarczająco silna, aby dopuścić do połączenia z filozofią, jak równy z równym i jednocześnie jest w stanie postawić opór próbom dominacji (...).

Potrzeba autentycznej dialektyki jest coraz bardziej oczywista. Filozof nie może tak naprawdę wyjaśnić ontologicznego statusu człowieka bez polegania na najbardziej precyzyjnym twierdzeniu, jakie może osiągnąć w kwestii ludzkiej egzystencji. Wiele informacji na ten temat można znaleźć w danych, którymi dzieli się z nami medycyna. Lekarz z kolei potrzebuje ontologicznej koncepcji człowieka, która nada porządek i logiczną formę jego poszukiwaniom – a tym właśnie zajmuje się filozofia. Modelowe spotkanie ontologiczne pomiędzy

nauką i filozofią, które, jak twierdzi Waelhens, jest tak istotne dla zrozumienia każdej z tych dziedzin, może wydarzyć się w spotkaniu medycyny i filozofii [1, 2].

Nieodłącznie związane z tym spotkaniem możliwości obrazowane są przez rosnącą liczbę filozofów, którzy w ostatnich latach badają kwestie będące w dużej mierze związane z medycyną lub kontekstem medycznym. W dziełach wielu autorów wg Pellegrino i Thomasmy obecne jest poszukiwanie formalnego procesu podejmowania decyzji leżącego u podstaw praktyki medycznej.

Poszukiwania te świadczą dobitnie o głęboko filozoficznej naturze wielu kwestii medycznych. Kładą one nacisk na potrzebę uporządkowanego i szczegółowego zbadania zagadnień medycyny, zaczynając od ich założeń, a kończąc na metodach, modelach myśli i ich zastosowaniach dla człowieka i społeczeństwa. Poważni filozofowie badają obecnie te zagadnienia przy użyciu różnorodnych narzędzi filozoficznych. Wzrastająca częstotliwość i głębia owych badań zwiększa nadzieję na utworzenie w przyszłości filozofii medycyny jako dyscypliny formalnej, odróżniającej się od innych gałęzi filozofii. Jednak obecnie utworzenie takiej dyscypliny znajduje się wciąż na bliżej niesprecyzowanym etapie (...).

Historyczna nieufność tych dwóch dyscyplin względem siebie jest obecnie przełamywana, a teren pomiędzy nimi aktywnie uprawiany. Wchodzimy obecnie w nową erę dialogu – być może również obiecującego, jak ten, który miał miejsce pomiędzy grecką medycyną i filozofią. Biorąc pod uwagę tło historyczne, relacja ta będzie jednakże bardzo krucha.

Dwuznaczności i napięcia nieodłączne dla połączenia pomiędzy medycyną i filozofią wyrażane były zarówno w starożytności, jak i współcześnie (...). Nie wystarczy jednak opisać wydarzenie medyczne w kategorii jego celu, którym jest odzyskanie przez pacjenta dobrego stanu zdrowia. Konieczne jest dodanie do tego opisu innych cech. Kolejny argument jest bardziej szczegółowy. Bazuje on na założeniu, że celem medycyny jest wzmocnienie pacjenta, które może mieć jedynie charakter asymptotyczny w stosunku do odczuwanego przez nas przed chorobą stanu dobrego samopoczucia. Ponieważ „dobre samopoczucie” jest wyobrażeniem kulturowym, a nawet indywidualnym, wydarzenie medyczne jest ustanowione z konieczności, przez zindywidualizowaną formę wiedzy posiadanej przez pojedynczą osobę, a zawierającą koncepcyjne narzędzia wyniesione z danej kultury. W tym kontekście cechą wyróżniającą medycynę od innych przedsięwzięć jest jej cel pokrzepienia pacjenta, a także zindywidualizowane podejście, charakteryzujące się rozwiniętą intuicją kliniczną oraz język, jakiego używany do opisu stanu dobrego samopoczucia, tworzonego w kulturowym aspekcie życia



w przeszłości oraz obecnie. Ten aspekt działalności medycznej ma szczególne znaczenie w ginekologii.

Osoby, które próbują opisać medycynę jako naukę, muszą zmodyfikować swój pogląd w taki sposób, aby zawierał on interakcję kliniczną. *Idee directrice*, koncepcją przewodnią medycyny, jak określa to Bernard, według Pellegrino i Thomasmy, jest odpowiednia, naukowa interpretacja rzeczywistości naszego życia, bazująca na założeniach wzmocnienia i pokrzepienia. Dlatego też podstawowe koncepcje medycyny, takie jak zdrowie czy choroba, powinny być nieodzownie związane z epistemologicznymi cechami interakcji klinicznej, z której czerpią one swoje znaczenie. Zarówno zdrowie, jak i choroba są zasadniczymi koncepcjami medycyny jako dyscypliny [2–6].

Odpierając zarzut, że zdrowie i choroba są członami definiującymi jedynie układy składające się z organów, należy przedstawić ogromną liczbę dowodów potwierdzających, że obie te koncepcje (zdrowia i choroby) są wartościujące. Oznacza to, że obejmują one swoim znaczeniem wartości pacjentów, społeczeństw i kultur.

Jeżeli interakcja kliniczna jest modelem stanowiącym konkretne wydarzenie medyczne, wówczas medycyna jako dyscyplina wpisuje się w filozoficzną kategorię relacji, którą możemy zidentyfikować. Interakcja kliniczna jest źródłem integralności medycyny jako dyscypliny, co dotyczy też ginekologii.

Umiejętności oraz poświęcenie się będące cechami charakterystycznymi medycyny mają na celu wzmocnienie i pokrzepienie istot ludzkich; koncepcje zdrowia i choroby są zarówno pojęciami biologicznymi, jak i służącymi ocenie. Stąd medycyna nie może być rozumiana bez przywiązywania uwagi do relacji klinicznej. Co więcej, moralna siła medycyny wyływa z konieczności opieki nad pacjentem (w ginekologii nad pacjentką) i w niej znajduje swoje zastosowanie. Z tego powodu Otto Gutentag, wg Pellegrino i Thomasmy [1] potępia rozwój technologiczny, ostrzegając, że „zatrącające są aksjomatyczne fundamenty medycyny: człowiek nie może być rozumiany jedynie z punktu widzenia mechaniki”. Poza tym moralna natura przedsięwzięcia medycznego nie wynika z podążania za zasadami i wskazówkami dotyczącymi jedynie zachowania. Wynika ona raczej z faktu, że zarówno pacjent, jak i lekarz wspólnie wchodzi w relację składającą się na proces leczenia. Relacja ta jest źródłem podziału pracy, z którego lekarze i pacjenci (pacjentki) czerpią prawa, obowiązki, przywileje oraz inne formy aprobaty społeczeństwa. Osoby zajmujące się czystą nauką nie posiadają takich obowiązków i praw.

Czynniki, takie jak: wewnętrzna organizacja medycyny – jej specjalizacje, różne poziomy opieki nad pacjentem, charakterystyczne koncepcje oraz połączenia pomiędzy teorią a praktyką, uzależnione są od interakcji klinicznej, która jest dla nich punktem odniesienia.

Interakcja kliniczna jest apriorycznym elementem medycyny jako dyscypliny. Oznacza to, że, jak zauważył Arystoteles, medycyna i retoryka są bardzo podobne. Obie są narzędziami służącymi perswazji. Zauważa to również Platon w dziele zatytułowanym *Phaedrus* [1, 2]. Z tego powodu nauka będzie piękna, kiedy jej forma i treść będą właściwie dostosowane do szczególnej natury i sytuacji pacjenta. Interakcja kliniczna jest wówczas przekonująca jak retoryka, zindywidualizowana i zaczyna stanowić przyjacielską relację, jak określa to Platon w *Lysis*: „Człowiek chory jest przyjacielem lekarza” [9].

Interakcja kliniczna ustanawia medycynę jako jednolitą dyscyplinę – taką, w której całość ma większą siłę niż którakolwiek z części składowych. Jej motywem jest współczucie lub przyjaźń, celem jest osiągnięcie zindywidualizowanego, satysfakcjonującego stanu dobrego samopoczucia, a jej struktura zalicza się do kategorii relacji.

W świetle powyższych refleksji konieczne jest opisanie ważnych cech tej relacji w medycynie (w tym w ginekologii). Wybór tego, co jest ważne (niżej opisane modele wg Pellegrino i Thomasmy) nie powinien być opacznie rozumiany jako obszerny katalog wszystkich cech medycyny. W miarę wzrostu zainteresowania relacją kliniczną pojawiają się w tle coraz bardziej specjalistyczne i odległe aspekty medycyny, w tym ginekologii. Modele wg Pellegrino i Thomasmy to: odpowiedzialność, zaufanie, zorientowanie na podejmowanie decyzji i etiologia.

## Odpowiedzialność

Interakcja kliniczna jest wydarzeniem, w którym umiescawiona jest wzajemna odpowiedzialność lekarza i pacjenta, co jest istotne także w aspekcie pielęgniarstwa. W interakcji klinicznej musi występować wzajemne przenikanie się intelektów oraz kontaktu fizycznego, ponieważ, jak argumentował to Kant, umysł ludzki zajmuje się doświadczeniem opartym na koncepcjach. Zarówno lekarz, jak i pacjent „uczają się” siebie nawzajem w tym dialogu. Jednakże, w interakcji klinicznej obserwuje się zaburzoną równowagę wiedzy naukowej, co umieszcza zwiększony ciężar odpowiedzialności na lekarzu [2, 4].

Z tego powodu interakcja kliniczna uczestniczy w społecznym i epistemologicznym podziale pracy, który jest konieczny w każdym cywilizowanym społeczeństwie. Żadna osoba nie przetrwa w tej relacji bez polegania na umiejętnościach i wiedzy innych. Dlatego też obowiązki, nieodłączne dla tej doświadczającej braku równowagi relacji, wyływają z etyki przetrwania w złożonym i wyspecjalizowanym społeczeństwie. Potrzeba profesjonalnych umiejętności wiedzy i do-

świadczenia odzwierciedla szersze połączenia kulturowe pomiędzy jednostką a społeczeństwem; obyczajami jednostki a zasadami społecznymi; pragnieniami a bodźcami; wiedzą a przekonaniem.

Podczas gdy na lekarzu, w tej zachwianej relacji, spoczywa obowiązek posiadania umiejętności, na pacjencie spoczywa odpowiedzialność wynikająca ze zobowiązania się lekarza. Seneka podsumował źródło tej odpowiedzialności pacjenta w następujący sposób:

*Dlaczego zatem, mamy taki dług wobec tych ludzi [lekarzy i nauczycieli]? Nie dlatego, że to, co nam oni sprzedali, warte jest więcej, niż my im za to zapłaciliśmy, a dlatego, że wnieśli oni swój wkład w naszą osobę. ... Sprawia to, że jestem zobowiązany wobec tego człowieka, nie jako lekarza, ale jako przyjaciela.*

Ważne w kontekście także pielęgniarstwa jest to, iż wzajemna odpowiedzialność jest podstawowym modelem relacji klinicznej, ponieważ wymaga ona głębszego ludzkiego i moralnego zobowiązania niż przywiązanie do zasad, wskazówek lub kodeksów. W zamian odzwierciedla ona jedną z bardziej podstawowych potrzeb cywilizacji w celu przetrwania. Potrzeba umiejętności i poświęcenia się, które są drogowskazami dla profesji medycznych, wywodzi się z relacji charakteryzującej się zaburzeniem równowagi. Taki rodzaj relacji wymaga również zaufania [2, 4–6].

## Zaufanie

Zaufanie jest modelem interakcji klinicznej, ponieważ cementuje ono zachwiane relacje w społeczeństwie. Zaufanie jest również konieczne z powodu leczniczych intencji lekarza. Intencje te są socjologiczne, osobiste i obiektywne. Motywem działania lekarza, ale i zespołu pielęgniarskiego i całego zespołu terapeutycznego, jest chęć udzielenia pomocy pacjentowi, aby ten stał się ponownie społecznie użyteczny, wyleczony i obiektywnie uwolniony od związanych z chorobą nieprawidłowości. Każdy z tych motywów angażuje lekarza w obiektywne fakty i subiektywne interpretacje. Każdy z nich zanurza również pacjenta, lekarza, zespół terapeutyczny we wzajemnej więzi. Należy podkreślić ogromną rolę personelu pielęgniarskiego także w pomocy redukcji emocji przerażenia, strachu, niepokoju, rezygnacji. Ważna jest okazywana pacjentom cierpliwość. Innymi słowy pacjenci i zespół terapeutyczny znajdują się w wyjątkowej i rzadko spotykanej w codziennym życiu relacji międzyludzkiej.

Zaufanie jest do tego stopnia istotne, że w naszym języku słowo to zarezerwowane jest do symbolizowania wrażliwości stanu nierówności, nieodłącznie związanej z chorobą.

## Zorientowanie na podejmowanie decyzji

Napięcie pomiędzy medycyną jako wsparciem oraz medycyną jako objaśnieniem łączone jest dzięki ocenie empirycznej. Innymi słowy, teoria w medycynie odnosi się zawsze do presji podjęcia decyzji, która stanowi kolejny, ważny model interakcji klinicznej. Model ten jest często pomijany przez obserwatorów, którzy podejmują się krytycznego zrozumienia oceny medycznej, nie mając doświadczenia w sferze klinicznej. Medycyna zorientowana jest na podejmowanie decyzji. W odniesieniu do tego stwierdzenia należy poruszyć dwie kwestie [2].

Po pierwsze, pomocna dłoń, wyciągnięta w kierunku pacjenta, jest dłonią osoby, która poświęciła się sprawie odzyskania przez pacjenta dobrego samopoczucia (jest to też kluczowe w działalności pielęgniarskiej). Dlatego też podjęte muszą być w końcu pewne decyzje, zazwyczaj są one podejmowane tak szybko, jak to tylko możliwe. Problematyczny aspekt tych decyzji polega na tym, że przy ich pomocy interpretujemy rzeczywistość, w której żyjemy, której nie da się w łatwy sposób uchwycić za pomocą koncepcji. Dlatego też bardzo często muzyczne analogie okazują się użyteczne w porównaniach z medycyną. Obie zaangażowane są w chwilową interpretację, a przecież czas, bardziej niż przestrzeń, jest podstawową kategorią choroby. Pomimo że umiejscowienie choroby w ciele jest ważne, nie można porównywać go z ważnością przeżywania historii choroby w danym czasie [2, 4–6].

Drugą kwestią jest fakt, że ocena empiryczna jest empiryczno-indukcyjnym rodzajem rozumowania zdominowanym przez unikatowy styl lekarza oraz wartości pacjenta. Proces ten nigdy nie jest dokładnie taki sam w przypadku dwóch innych pacjentów z taką samą diagnozą [2].

## Etiologia

Te cztery modele – odpowiedzialność, zaufanie, zorientowanie na podejmowanie decyzji oraz etiologia – są podstawowymi częściami składającymi się na wydarzenie medyczne. Wszystkie są powiązane ze sobą i przedstawiają istotne dla relacji klinicznej kategorie.

Wykorzystując te cztery modele, możliwe jest opisanie medycyny w bardziej szczegółowy sposób. Medycyna jest kognitywną sztuką zastosowania nauki i perswazji przez złożoną interakcję międzyludzką, w której poszukiwany jest satysfakcjonujący obie strony stan dobrego samopoczucia i w której unikatowość wartości i choroby oraz rodzaj instytucji, w której udzielana jest opieka medyczna, determinują naturę dokonywanego osądu.

Przynajmniej dwie osobiste intencje są potrzebne, aby stworzyć interakcję kliniczną. Celem ich obu jest

zamiar wyleczenia. Jedną z nich jest poszukiwanie pomocy, a drugą zaoferowanie jej. Połączenie pomiędzy tymi intencjami stanowi szczególny charakter wydarzenia. Ponieważ jest ona kognitywna (diagnoza), opierająca się na przewidywaniu (prognoza), operatywna (terapia), afektywna (przyjaźń lub zaufanie) i kulturowa (przekonania na temat człowieka, natury i społeczeństwa), interakcja kliniczna sprawia, że medycyna staje się *tekne iatrike*, techniką leczenia. *Tekne* oznacza tutaj wiedzę na temat tego, jak działać w zależności od przypadku i jego przyczyn. Interakcja kliniczna jako relacja posiada model mający wiele etiologii, innymi słowy, jako działalność człowieka, może być ona analizowana pod względem wielu przyczyn, które wywierają na nią wpływ. Ta grupa przyczyn jest źródłem złożoności interakcji klinicznej.

Na interakcję kliniczną oddziałuje również natura dolegliwości. Dzieje się to niezależnie od motywu, który doprowadził do zapoczątkowania tej interakcji. Historia pacjenta, pacjentki relacjonowanie tej historii przy użyciu symboli, jakość pytań zadawanych przez lekarza, poziom uwagi, której poświęcenia wymaga dana dolegliwość, oraz zdiagnozowana choroba, są ważnymi czynnikami odróżniającymi od siebie różne rodzaje interakcji klinicznej.

Autorzy, lekarze, humaniści, podkreślają, że wydarzenie medyczne, którego celem nadrzędnym jest utrzymanie dobrego stanu zdrowia, musi być powiązane z etyką i stanowi to też ważny aspekt pielęgniarstwa [1–5, 6].

## Podsumowanie

Reasumując, znaczenie całego zespołu terapeutycznego w procesie opieki nad pacjentem, w tym rola pielęgniarki/pielęgniarskiej i stawianej przez nich diagnozy pielęgniarskiej, stanowi dopełnienie diagnozy lekarskiej. Jest to szczególnie istotne w obecnym trendzie rozszerzania kompetencji pielęgniarskich oraz wobec holistycznego podejścia do pacjenta.

## Piśmiennictwo

1. Jarzabek-Bielecka G, Boroch J, Bielecki M, Kędzia W. Wybrane aspekty z historii i filozofii medycyny z uwzględnieniem zagadnień medycyny rodzinnej i aptekarstwa. *Med Rodz.* 2019; 22(2): 106–109.
2. Pellegrino ED, Thomasma DC. *Philosophical basis of medical practice.* Oxford University Press, New York, Oxford 1981.
3. Jarzabek-Bielecka G. Health promotion, ethics and legal aspects in adolescents gynecology and sexology. *Arch Perinat Med.* 2016; 22(1): 39–42.
4. Jarzabek-Bielecka G. Podstawy etyki i filozofii w medycynie w świetle rozważań Edmunda D. Pellegrino i Davida C. Thomasmy – zagadnienia wybrane; Wydawnictwo UMP 2019.
5. Jarzabek-Bielecka G, Mizgier M, Stachewicz K, Borowczyk M, Chmielarz-Czarnocińska A, Jarzabek M, Kędzia W. The specific ethical problems in gynecology and sexology of not only young adults. *Pielęg Pol.* 2019; 1(71): 70–73.
6. Jarzabek-Bielecka G, Stachewicz K, Jarzabek M, Jakubek E, Mizgier M. Towards philosophy in medicine and nursing - anthropological and ethical aspects of sexology. *Pielęg Pol.* 2019; 4(74): 403–406.
7. Jarzabek-Bielecka G, Boroch J, Bielecki M, Kędzia W. Wybrane aspekty z historii i filozofii medycyny z uwzględnieniem zagadnień medycyny rodzinnej i aptekarstwa. *Medycyna Rodzinna.* 2019; 22(2): 110–112.
8. Pellegrino ED, Engelhardt HT, & Jotterand F. (2008). *The philosophy of medicine reborn: A Pellegrino reader.* Notre Dame studies in medical ethics. Notre Dame, Ind.: University of Notre Dame Press.
9. Platon, "Lizys. O przyjaźni" w przekładzie Joanny Sowry. *Collectanea Philologica.* 2007; 10: 3–87.

Artykuł przyjęty do redakcji: 20.12.2022.

Artykuł przyjęty do publikacji: 15.09.2022.

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



# ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM PO KRWAWIENIU PODPAJĘCZYNÓWKOWYM

## THE ROLE OF A NURSE IN CARING FOR A PATIENT AFTER SUBARACHNOID BLEEDING

Edyta Nosiadek<sup>a</sup>, Elżbieta Kania<sup>b</sup>, Aleksandra Wysz<sup>c</sup>

Instytut Kultury Fizycznej i Zdrowia, Akademia Nauk Stosowanych, Racibórz  
Institute of Physical Education and Health, Academy of Applied Sciences, Racibórz

<sup>a</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1496-8875>

<sup>b</sup> <https://orcid.org/0000-0002-0650-0976>

<sup>c</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6096-3488>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2023.3>

### STRESZCZENIE

Krwawienie podpajęczynówkowe to stan zagrożenia życia najczęściej występujący w przebiegu pęknięcia tętniaka mózgu. Zważywszy na trudności diagnostyczne i intensywność krwawienia śmiertelność pacjentów jest nadal wysoka. Niewątpliwie taki stan wymaga wprowadzenia specjalistycznego leczenia i objęcia pacjenta holistyczną opieką całego zespołu interdyscyplinarnego. Wdrożenie odpowiednich czynności oraz rozpoznanie problemów, z jakimi mierzy się pacjent, stanowi wyzwanie dla pielęgniarki pełniącej ważną rolę w opiece nad pacjentem.

Celem pracy było przedstawienie roli opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po krwawieniu podpajęczynówkowym.

Szybka diagnostyka i wdrożenie odpowiedniej jakości usług medycznych przyczynia się do szybszego powrotu do zdrowia pacjenta. Niezbędna w tym wypadku jest współpraca całego zespołu terapeutycznego. Ogromna odpowiedzialność w tym procesie spoczywa na działaniach sprawowanych przez pielęgniarkę. Uczestnicząc w usprawnianiu chorego, pełni ona rolę edukatora i motywatora, zachęcając go do rozwijania umiejętności w zakresie samoopieki, samopielęgnacji, a także wdrażania zachowań prozdrowotnych.

**SŁOWA KLUCZOWE:** krwawienie podpajęczynówkowe, tętniak mózgu, udar krwotoczny, opieka pielęgniarska.

### ABSTRACT

Subarachnoid haemorrhage is a life-threatening condition most frequently occurring in the course of rupture of a brain aneurysm. Due to the diagnostic difficulties and the intensity of bleeding, the mortality rate is still high. Undoubtedly, the condition requires the introduction of specialist treatment and the patient's holistic care of the entire interdisciplinary team. The implementation of appropriate activities and recognition of the problems faced by the patient is a challenge for the nurse, who plays an important role in patient care.

The aim of the study was to present the role of a nursing midwife and patient after a subarachnoid haemorrhage.

Rapid diagnosis and implementation of appropriate quality medical services contribute to more efficient recovery of the patient. In this case, the cooperation of the entire therapeutic team is essential. A great responsibility in this process lies with the activities performed by the nurse. By participating in the improvement of the patient, it acts as an educator and motivator, encouraging the patient to develop skills in the field of self-care and implementation of pro-health behaviors.

**KEYWORDS:** subarachnoid bleeding, brain aneurysm, hemorrhagic stroke, nursing care.

### Wstęp

Wystąpienie krwawienia podpajęczynówkowego każdorazowo stanowi stan zagrożenia życia. Najczęstszą przyczyną wynaczynienia pewnej objętości krwi jest pęknięcie tętniaka mózgu. Pierwszym pojawiającym się objawem krwotoku jest silny, przeszywający ból głowy, nieustający po podaniu leków przeciwbólowych [1, 2].

W przypadku wystąpienia krwawienia często występują powikłania, które stanowią wyzwanie dla pielęgniarki. Zaprojektowanie i wdrożenie odpowiedniej, specjalistycznej opieki pielęgniarskiej jest niezbędne

w celu przywrócenia możliwie dobrej kondycji zdrowotnej pacjenta [3].

Celem pracy było przedstawienie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem po krwawieniu podpajęczynówkowym.

### Tętniak mózgu

Tętniak mózgu to powstające na rozgałęzieniach dużych naczyń patologiczne poszerzenie naczynia tętniczego [4, 5]. Około 80% wszystkich tętniaków to tzw. tętniki workowate – uznawane za wrodzone, występujące



w obrębie koła tętniczego mózgu. Niespełna 20% przypadków tętniaków to tętniaki nabyte, wrzecionowate, których główną przyczyną powstania jest towarzysząca miażdżyca [2, 6, 7].

Początkowo występowanie tętniaka mózgu jest bezobjawowe, co znacznie utrudnia rozpoznanie schorzenia. Do niecharakterystycznych, okresowych objawów zalicza się bóle głowy, często bagatelizowane [6].

W przypadku rozległych zmian w obrębie ściany tętnicy tętniak może sygnalizować swoją obecność poprzez występowanie uciążliwego, częstego bólu głowy, anizokorii, występowania podwójnego widzenia czy też opadania powieki [6].

Główną metodą diagnostyczną jest wykonanie badania obrazowego z podaniem środka kontrastowego angio-TK czy angio-MR [6, 8]. Najbardziej precyzyjną metodą jest tradycyjna angiografia subtrakcyjna (DSA). Stosuje się ją dopiero w przypadku braku możliwości określenia schorzenia w badaniach tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego [6].

Do czynników ryzyka powstania tętniaka mózgu zaliczamy: modyfikowalne czynniki ryzyka (palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, stosowanie używek) [9, 10] oraz niemodyfikowalne: wiek pacjenta (między 30. a 70. rokiem życia); wcześniejsze wystąpienie krwawienia podpajęczynówkowego; choroby współistniejące, jak np. choroby przewlekłe, zespoły specyficznie związane ze zwiększonym ryzykiem tętniaka (torbielowatość nerek, zespół Marfana, zespół Ehlersa i Danlosa) [5, 6, 7, 9].

Dobranie odpowiedniej metody leczenia jest zależne od licznych czynników, np. umiejscowienia, wymiarów i typu morfotycznego tętniaka, ale także od stanu ogólnego pacjenta czy też dostępności technologicznej [9, 10].

Leczenie neurochirurgiczne tętniaka mózgu możliwe jest dzięki zastosowaniu wewnątrznacyniowej embolizacji – gdzie wyłączenie tętniaka uzyskuje się za pomocą wypełnienia tętniaka specjalnymi sprężynkami [6, 7].

Inną metodą leczenia inwazyjnego jest wyłączenie tętniaka z układu krążenia za pomocą m.in. klipsa naczyniowego. Zabieg polega na otwarciu jamy czaszki, wykonując kraniotomię, a następnie wypreparowanie i zaopatrzenie tętniaka poprzez założenie tytanowego klipsa. Zabieg trwa do kilku godzin i jest bardzo obciążający dla pacjenta [6, 7, 10].

W przypadku późnego rozpoznania i zabezpieczenia neurochirurgicznego może dojść do pęknięcia tętniaka mózgu.

### **Krwawienie podpajęczynówkowe**

Krwawienie podpajęczynówkowe polega na wynaczynieniu krwi z pękniętego naczynia i przedostaniu się do przestrzeni pomiędzy oponą miękką a pajęczą [5, 11].

Krwotoki podpajęczynówkowe nie należą do częstych, rocznie występują u 9/100 tys. ludzi. Główną przyczyną krwawienia podpajęczynówkowego wg M. Karwackiej i wsp., stanowiącą około 80–85%, są pęknięte tętniaki, zlokalizowane na rozgałęzieniach naczyń, w których błona sprężysta jest najściślej rozwinięta [12]. Krwawienie podpajęczynówkowe pojawia się znacznie częściej u kobiet. Ryzyko wystąpienia krwawienia wzrasta wraz z wiekiem. Najwyższe ryzyko zgonu pacjenta utrzymuje się w ciągu pierwszego roku po wystąpieniu krwawienia. Śmiertelność z powodu krwawienia podpajęczynówkowego w ciągu roku po wystąpieniu SAH wynosi 60% [1, 3, 13, 14].

Pęknięcie i wynaczynienie tętniaka mózgu najczęściej jest spowodowane nagłym wzrostem ciśnienia tętniczego krwi, któremu często towarzyszy wysięk fizyczny [2, 15, 16]. Do innych, rzadziej występujących przyczyn pęknięcia tętniaka należą: zmiana tętniczylina, zmiany nowotworowe w obrębie tkanki mózgowej czy zapalenie naczyń [4, 10].

Istnieją choroby współistniejące, których rozwój skutkuje osłabieniem naczyń, co w konsekwencji predysponuje do wystąpienia krwawienia podpajęczynówkowego. Przykładem takich chorób są: przebyty w przeszłości krwotok podpajęczynówkowy, duży tętniak mózgu, zespół Marfana czy Ehlersa-Danlosa [13].

W przypadku wystąpienia krwawienia podpajęczynówkowego głównym objawem jest nagły i bardzo silny ból głowy, określane przez pacjenta jako „nie do zniesienia” [4, 11, 17, 18]. Do innych objawów należą: nudności i wymioty, światłowstręt, dodatnie objawy oponowe (np. sztywność karku, objaw Kerniga) czy też rzadziej wystąpienie napadów padaczkowych. W ciężkich przypadkach może objawiać się zaburzeniami przytomności, w tym śpiączką [3, 13, 15, 19].

Objawy oponowe mogą pojawić się po 3–12 godzinach po wynaczynieniu krwi do przestrzeni podpajęczynówkowej. Dopiero po 3–5 dniach mogą pojawić się objawy ogniskowe ośrodkowego układu nerwowego [5, 20].

Do oceny wstępnej stanu pacjenta wykorzystywana jest skala Boterella w modyfikacji Hunta i Hessa, określająca stopień nasilenia krwotoku podpajęczynówkowego [3].

Do podstawowych metod diagnostycznych w rozpoznawaniu krwawienia podpajęczynówkowego należy tomografia komputerowa. Za jej pomocą diagnosta jest w stanie, na podstawie skali Fischera, określić wielkość krwawienia [18, 19].

Badania angio-TK precyzyjnie określa nam lokalizację tętniaka w stosunku do innych naczyń. Znacznie ułatwia to ujawnienie źródła krwawienia [19]. W przypadku niejednoznacznego obrazu uzyskanego w badaniu to-

mografii komputerowej oraz utrzymywania się objawów sugerujących krwawienie podpajęczynówkowe w celu potwierdzenia rozpoznania SAH wykonuje się badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Badanie jest wskazane tylko w przypadku niemożności postawienia jednoznacznej diagnozy. Gdy pobrany materiał jest podbarwiony krwią, jest wysoce prawdopodobne, że obecne jest aktywne krwawienie [3, 5].

Badanie DSA wykorzystywane jest do planowania i wykonania zabiegów wewnątrznacyniowych na tętniakach mózgu. Za pomocą DSA można wykryć małe tętniaki [13].

W przypadku pękniętego tętniaka i wystąpienia aktywnego krwawienia wyróżniamy kilka znaczących klinicznie przebiegów choroby, zależnych od różnych czynników, m.in. od rozległości i intensywności krwawienia [3, 4].

Krwawienie podpajęczynówkowe może przebiegać w sposób:

- **piorunujący** – chory umiera natychmiast po wystąpieniu krwawienia, krwawienie jest bardzo obfite;
- **śmiertelny** – ciężki stan chorego się nie poprawia i chory umiera po kilku dniach lub tygodniach, chory ma tendencje do nawrotów krwawienia;
- **ciężki** – objawy są nasilone, ale stopniowo cofają się;
- **łagodny** – objawy mało nasilone, często chory funkcjonuje prawidłowo, nie manifestując objawów [4].

Krwawienie podpajęczynówkowe jest stanem zagrożenia życia. Zbyt późna diagnoza i zaopatrzenie pacjenta, ale także intensywność krwawienia może doprowadzić do wystąpienia licznych powikłań [3, 13].

Najbardziej niebezpiecznym powikłaniem występującym u pacjentów z niezabezpieczonym tętniakiem, którzy przeżyli krwawienie, jest ryzyko ponownego krwawienia. Ryzyko śmierci w tym przypadku to ok. 25–30% pacjentów w ciągu pierwszej doby po wystąpieniu ponownego krwawienia [12, 21].

Do innych powikłań można zaliczyć skurcz nacyniowy, narastający obrzęk mózgu czy występujące u 15% chorych wodogłowie ostre lub wodogłowie późne występujące u 20% pacjentów. U 3–5% pacjentów mogą także wystąpić napady padaczkowe pojawiające się bezpośrednio po krwawieniu podpajęczynówkowym, a u 10% chorych pojawiające się do 2 lat od epizodu krwawienia [3, 13, 21].

Zdaniem wielu specjalistów odpowiednio wczesne leczenie operacyjne znacznie zmniejsza ryzyko zgonu pacjenta [4, 13].

Głównym celem leczenia jest szybkie i efektywne zaopatrzenie krwawienia oraz profilaktyka ponownego wystąpienia krwawienia i zapobieganie możliwym powikłaniom [4, 5].

Postępowaniem zachowawczym i zapobiegającym skurczowi nacyniowemu jest podaż nimodypiny, siarczanu magnezu czy też leków antyoksydacyjnych. Po ustabilizowaniu stanu pacjenta konieczne jest utrzymanie ścisłego reżimu łóżkowego. W przypadku krwawienia dochodzi do zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, tak więc odpowiednie nawodnienie i uzupełnienie elektrolitów będzie znacząco wpływać na czynniki rokownicze [20, 21]. Nie zaleca się jednak wprowadzenia intensywnej płynoterapii z powodu możliwości podniesienia ciśnienia tętniczego krwi. Nie należy zbyt intensywnie obniżać ciśnienia tętniczego krwi [5, 13]. Należy kontrolować ciśnienie śródczaszkowe. W przypadku pojawienia się wodogłowie należy rozważyć założenia drenażu lub wszczęcia układu zastawkowego [11, 12].

### Opieka pielęgniarska

Intensywna opieka nad pacjentem z SAH powinna obejmować trzy zasadnicze elementy – postępowanie natychmiastowe, mające na celu zachowanie podstawowych funkcji życiowych (stosując zasadę ABC) połączone ze standardowymi, ogólnymi postępowaniami medycznymi czy też wykorzystanie zabiegu nacyniowego, oraz wczesne leczenie i profilaktykę powikłań neurologicznych (obrzęk mózgu, napady padaczkowe czy wtórne krwotoki, infekcje, żylne choroby zakrzepowo-zatorowe, arytmie) [2, 21, 22].

Jedną z podstawowych metod, za pomocą której dokonujemy oceny stanu zdrowia pacjenta, jest badanie fizykalne, które powinno obejmować ocenę podstawowych parametrów życiowych, w tym rytmu serca oraz ciśnienia tętniczego krwi, oceny układu oddechowego, a także temperatury ciała pacjenta. Kolejną powinna zostać dokonana ocena stanu świadomości, objawów neurologicznych oraz deficytu neurologicznego, określanego za pomocą skali udarowej. Do zadań pielęgniarki należy wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych. Standardowo pobierany jest materiał do badania morfologii, określenia poziomu elektrolitów, glikemii, parametrów wydolności nerek oraz poziomu czynników krzepnięcia [12, 21, 32].

Bardzo ważnym elementem terapii, mającym znaczący wpływ na proces rekonwalescencji pacjenta, jest odpowiednio zaplanowana opieka pielęgniarska, która zależna jest od występujących symptomów związanych z chorobą podstawową, schorzeniami współistniejącymi, niepełnosprawnością i podejściem pacjenta do procesu terapeutycznego.

Pacjent po SAH wymaga wnikliwej obserwacji stanu zdrowia oraz kontroli stanu neurologicznego. Ważny jest systematyczny pomiar ciśnienia tętniczego krwi – ze względu na zagrożenie wystąpienia skrajnego wzrostu

bądź spadku wartości parametru. Pojawienie się skrajnych wartości parametru grozi spadkiem perfuzji mózgowej i wystąpieniem niedotlenienia mózgu. Niezbędne jest także badanie EKG, dzięki któremu monitorowana jest wydolność pracy serca. W celu regulacji ciśnienia tętniczego, którego wartość pomiaru ciśnienia skurczowego powinna mieścić się w granicach 120–180 mmHg, pielęgniarka na zlecenie lekarza podaje nimodypinę, a w przypadku braku jej skuteczności urapidil. Podaż nimodypiny spełnia także rolę profilaktyki wystąpienia skurczu naczyniowego, a także poprawia rokowanie pacjenta. Uważa się, że nimodypina działa również cytotropecznie [23]. W przypadku wystąpienia skurczu naczyniowego leczenie polega na podwyższaniu ciśnienia perfuzji mózgowej. Jest to możliwe poprzez zwiększanie objętości osocza, a także podaż leków wazopresyjnych, takich jak np. dopaminy. Nie należy zapominać jednak, że podwyższanie ciśnienia tętniczego wiąże się ze znacznym ryzykiem wystąpienia ponownego krwawienia. W niektórych przypadkach wystąpienia skurczu naczyń lekarz może zlecić podaż roztworu koloidowego. Pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem musi dokonywać regularnej oceny stanu zdrowia pacjenta, a także pomiaru parametrów życiowych i przeprowadzać regularne badania fizykalne pacjenta. W przypadku pojawienia się zwiększonego ciśnienia śródczaszkowego stosuje się umiarkowaną hiperwentylację, a także dożylną podaż mannitolu. W przypadku pogłębiającej się niewydolności oddechowej rozważa się także sedację pacjenta oraz jego zaintubowanie. Z powodu ryzyka wystąpienia hiponatremii oraz hipomagnezemu ocenie poddaje się gospodarkę wodno-elektrolitową oraz kwasowo-zasadową. Pacjent w ostrej fazie choroby musi bezwzględnie przestrzegać reżimu łóżkowego. Pielęgniarka powinna zadbać o wyeliminowanie bodźców zewnętrznych wpływających na pacjenta, tak by możliwe było zapewnienie mu ciszy i spokoju. Koniecznym jest także zapewnienie odpowiedniej pozycji ułożeniowej. Prawidłowe pozycjonowanie pacjenta polega na wysokim ułożeniu głowy pod kątem 30°. Niezbędne jest bezwzględne ograniczenie aktywności fizycznej [24]. Ważnym aspektem, którym zajmuje się pielęgniarka, jest także odpowiednia podaż leków przeciwbólowych i dostosowanie ich do poziomu dolegliwości pacjenta [22, 25]. Obserwując pacjenta, pielęgniarka dokonuje oceny pobudzenia psychoruchowego. W przypadku wskazania do podaży leków uspokajających informuje lekarza i przygotowuje medykamenty (np. benzodiazepiny czy mieszanki lityczne) [3, 12, 21, 22]. Musi mieć jednak na uwadze, że może to znacznie utrudnić rzeczywistą ocenę stanu zdrowia pacjenta.

W trakcie hospitalizacji może dochodzić do zaburzeń perystaltycznych, dlatego pielęgniarka monitoruje

rytm wypróżnień pacjenta, obserwując ryzyko pojawienia się zaparć. W przypadku ich wystąpienia wdrażana jest farmakoterapia – poprzez podaż laktulozy na zlecenie lekarza. Od drugiego dnia włączana jest profilaktyka przeciwzakrzepowa. Pacjenci z SAH są podatni na infekcje, dlatego zadaniem pielęgniarki jest monitorowanie objawów stanu zapalnego, w tym pojawiającej się gorączki. Ponadto dokonuje się pomiaru glikemii. Zarówno występowanie hipo- jak i hiperglikemii wiąże się z gorszym rokowaniem pacjenta. Celem opieki sprawowanej nad pacjentem z SAH, niezabezpieczonym chirurgicznie, jest także zmniejszenie ryzyka wystąpienia napadów padaczkowych zwiększających możliwość wystąpienia ponownego krwawienia. Konieczna jest stała obserwacja i wdrożenie czynników zapobiegawczych [4, 5, 16, 22].

Często występujący brak chęci pacjenta do współpracy, związany z brakiem akceptacji choroby, utrudnia działania i prawidłową rekonwalescencję [13, 21]. Rolą personelu pielęgniarskiego jest udzielenie wsparcia, empatia i profesjonalizm na najwyższym poziomie.

Pielęgniarka w trakcie swojej pracy nad pacjentem z krwawieniem podpajęczynówkowym korzysta z wielu narzędzi umożliwiających sprawne i precyzyjne określenie stanu pacjenta. W tym celu konieczne jest zastosowanie odpowiednich skali, by w sposób precyzyjny określić czynniki, które wpływają na ograniczenia funkcjonowania pacjenta, np. skala Barthel czy skala pacjentów geriatrycznych – ADL [10, 21, 26].

W przypadku stanu zagrożenia życia pielęgniarka powinna obserwować pacjenta i szukać objawów sugerujących wystąpienie powikłań czy wtórnego krwawienia [13, 15]. W tym celu do momentu wyrównania się stanu pacjenta zostaje on podpięty do kardiomonitora. Za jego pomocą prowadzony jest stały pomiar podstawowych parametrów życiowych, takich jak: ciśnienie tętnicze krwi, tętno, saturacja czy temperatura ciała pacjenta. Natomiast w przypadku występowania zaburzeń świadomości, konieczna jest ich ocena przy użyciu skali Glasgow [3, 21, 26].

Pielęgniarka staje się również główną osobą motywującą do stosowania aktywnego trybu życia i uczestnictwa w samodzielnym wykonywaniu codziennych czynności [3, 11, 21]. Instruuje pacjenta o zakresie bezpiecznej aktywności fizycznej, którą pacjent może wykonać. Informuje pacjenta o konieczności zachowania reżimu łóżkowego. Zapobiega wystąpieniu powikłań oddechowym, odleżynom i odparzeniom w związku z unieruchomieniem pacjenta w łóżku [2, 15]. Zapewnia pacjentowi bezpieczeństwo, obniżając ryzyko powstania powikłań wtórnych. Do występujących powikłań należą między innymi:

- ponowne pęknięcie tętniaka,



- wystąpienie wodogłowia ostrego, objawiające się występowaniem stuporu i śpiączki,
- skurcz naczyń, dotyczący naczyń tętniczych,
- przejściowe niedokrwienie,
- utrwalone zawały niedokrwienne występujące w dorzeczy tętnic objętych skurczem,
- napady padaczkowe,
- niedokrwienie mięśnia sercowego,
- gorączka,
- nadciśnienie lub niedociśnienie tętnicze,
- hiperglikemia,
- hiper- i hiponatremia,
- niewydolność serca,
- arytmie,
- neurogeny obrzęk płuc,
- pneumonia,
- zaburzenia kognitywne i psychospołeczne oraz labilność emocjonalna [3, 13, 21].

Wzmacnia silną wolę oraz samoocenę pacjenta, motywując i zachęcając pacjenta do wdrożenia ćwiczeń wzmacniających masę mięśniową i znaczenia rehabilitacji [15, 27].

Ważnym elementem jest także ukierunkowanie pacjenta na zachowania prozdrowotne w celu zapobiegania wystąpienia ponownego udaru. Do istotnych czynników prozdrowotnych należą: stosowanie zbilansowanej diety, kontrola nadciśnienia tętniczego, zaprzestanie palenia tytoniu, zaprzestanie nadużywania alkoholu, wzmożenie aktywności fizycznej [3, 15, 21].

Problemy pielęgnacyjne, które rozpoznawane są przez pielęgniarkę, dotyczą zagadnień holistycznej opieki nad pacjentami będącymi w stanie zagrożenia życia. Wymaga to od personelu specjalistycznej wiedzy, umiejętności wnikliwej obserwacji, a także dokonania właściwej kompleksowej oceny stanu świadomości i przytomności. Opieka pielęgniarska obejmuje postępowanie z chorym nieprzytomnym, niewydolnym oddechowo, z towarzyszącymi zaburzeniami neurologicznymi i psychicznymi [22].

W przypadku braku kwalifikacji pacjenta do pilnego zabiegu neurochirurgicznego pacjent powinien przebywać na oddziale intensywnej opieki neurologicznej lub oddziale intensywnej opieki medycznej.

## Podsumowanie

Według Lidii Dopierały pęknięcie tętniaka mózgu to najczęstszy czynnik doprowadzający do wystąpienia krwawienia podpajęczynówkowego [27, 28]. Najczęściej tętniaki mózgu przebiegają w sposób bezobjawowy lub dają objawy niecharakterystyczne do czasu pęknięcia tętniaka i wystąpienia krwotoku podpajęczynówkowego [28, 29]. Objaw wskazujący na pęknięcie tętniaka mózgu to piorunujący, bardzo silny ból głowy [30, 31].

Badaniem diagnostycznym pierwszego wyboru jest tomografia komputerowa oraz ocena stopnia krwawienia na podstawie skali Fishera. Rokowanie, a także wybór leczenia oraz stan pacjenta są zależne od stopnia intensywności krwawienia i jest oceniany na podstawie skali Boterella w modyfikacji Hunta i Hessa [4, 5, 9]. Według Roberta Ślusarza i wsp. większość lekarzy wybiera tę skalę do oceny pacjentów po krwawieniu podpajęczynówkowym, co pozwala na porównanie badań i przekazanie informacji o stanie pacjenta innemu lekarzowi [25, 32]. Zdaniem Agnieszki Urygi i wsp. śmiertelność po wystąpieniu krwawienia podpajęczynówkowego z pękniętego tętniaka mózgu jest wysoka. Wynika z aktywnego krwawienia, ale także z ryzyka wystąpienia powikłań neurologicznych [23, 31]. Według Andrzeja Marchela z powodu wysokiego ryzyka zgonu powinno się dążyć do jak najszybszego zaopatrzenia źródła krwawienia [26, 29]. Występowanie powikłań jest w tym przypadku bardzo częste. Zdaniem Magdaleny Karwackiej jednym z częstszych powikłań jest pojawienie się skurczu naczyń mózgowych, który występuje między 40% a 70% chorych z SAH. Uważa się, że częstotliwość pojawienia się tego powikłania zależy od objętości wynaczynionej krwi oraz takich czynników, jak np. palenie tytoniu czy cukrzyca [5]. Liczne badania potwierdzają znaczenie stosowania nimodypiny w celu zniwelowania ryzyka wystąpienia skurczu naczyń mózgowych [23, 31]. Istnieje też możliwość wystąpienia wodogłowia, które według przeprowadzonych badań przez Bartosza Sokoła i wsp. jest związane z ilością i rozległością wynaczynionej krwi do przestrzeni podpajęczynówkowej oraz szybkością zaopatrzenia krwawienia [29, 33]. Według Ryszarda Podemskiego powikłanie to rozwija się u około 15% chorych w pierwszych dniach od pojawienia się krwotoku podpajęczynówkowego [13, 23]. Do możliwych powikłań należy także obrzęk mózgu, do którego może dojść w wyniku niedotlenienia mózgu [11, 33].

Opieka pielęgniarska sprawowana nad pacjentami po krwawieniu podpajęczynówkowym powinna być kompleksowa i dobrze zorganizowana. Praca pielęgniarki jako członka zespołu interdyscyplinarnego istotnie wpływa na proces rekonwalescencji pacjentów po SAH. Przeprowadzenie badania fizykalnego, w tym dokonanie dokładnej oceny stanu neurologicznego chorego, znacznie poprawia jakość życia pacjenta oraz pomaga trafnie i szybko zidentyfikować pojawiające się problemy pielęgnacyjne. Personel pielęgniarski posiada wiedzę i umiejętności dotyczące dokonywania systematycznego pomiaru i interpretacji parametrów życiowych pacjenta. Obserwuje chorego, mając na uwadze możliwość wystąpienia powikłań wczesnych i późnych SAH [15].

Opieka połączona jest z pracą całego zespołu interdyscyplinarnego, który kompleksowo dostarcza pacjentowi odpowiedni poziom wsparcia.

### Piśmiennictwo

1. Broła W. Nieurazowe krwawienie podpajęczynówkowe. Stany Nagłe po Dyplomie. 2021; 4.
2. Stępień A. Neurologia, tom 2. Warszawa: Medical Tribune Polska. 2014; 1: 234–260.
3. Jaracz K, Kozubski W. Pielęgniarstwo Neurologiczne. Warszawa: PZWL. 2008; 1: 232–247.
4. Prusiński A. Neurologia praktyczna. Warszawa: PZWL. 2011; 3: 225–228.
5. Adamou A, Alexandrou M, Roth C, Chatziioannou A, Papanagiotou P. Endovascular Treatment of Intracranial Aneurysms. Life. 2021; 11: 335.
6. Stępień A. Neurologia. Warszawa: Medical Tribune Polska; 2020.
7. Campos J, Lien B, Wang A, Lin L. Advances in endovascular aneurysm management: Coiling and adjunctive devices. Stroke Vasc Neurol. 2020; 5: 14–21.
8. Knap D, Partyka R, Zbrozczyk M i wsp. Tętniaki mózgu – współczesne metody leczenia wewnątrznaczyniowego. Pol Prz Neurol. 2010; 6(1): 22–26.
9. Piętkowska B, Snarska K, Dziekońska M. Ocena stanu zdrowia pacjentów z niepękniętymi tętniakami mózgu po zastosowaniu terapii interwencyjnej. J Neurol Neurosurg Nurs. 2014; 3(1): 15–24.
10. Mine B, Bonnet T, Vazquez-Suarez JC, Iosif C, Lubicz B. Comparison of stents used for endovascular treatment of intracranial aneurysms. Expert Rev Med Devices. 2018; 15: 793–805.
11. Podemski R. Kompendium neurologii. Gdańsk: ViaMedica. 2019; 6: 276–283.
12. Karwacka M, Siemiński M, Nyka WM. Krwawienie podpajęczynówkowe. Forum Med Rodz. 2007; 1(4): 348–354.
13. Ząbek M. Zarys neurochirurgii. Warszawa: PZWL. 1999; 1: 259–274.
14. Ślusarz R, Szewczyk M. Pielęgniarstwo w neurochirurgii. Warszawa: Borgis Wydawnictwo Medyczne. 2006; 1: 43–50.
15. Wrześlewicz E. Standardy opieki nad chorym z krwotokiem podpajęczynówkowym leczonym zachowawczo. Stany zagrożenia życia – wybrane standardy opieki i procedury postępowania pielęgniarskiego. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001; 130–139.
16. Hellmann M, Rychlik P, Siemiński M. Piorunujący ból głowy – etiologia, diagnostyka, leczenie. Warszawa; Pol Prz Neurol. 2019; 15(2): 71–87.
17. Greenberg M. Handbook of Neurosurgery, IX New York-Stuttgart-Delhi-Rio de Janeiro: Thieme, 2020.
18. Bartoszewicz J, Gorajek A, Kudan M, Osiejewska A, Grądzik A. Comparison of intravascular and surgical treatment of ruptured intracranial aneurysms. J Educ Health Sport. 2022; 12(9): 551–557.
19. Yagarajah M. Crash Course Neurologia. Wrocław: Edera Urban & Partner. 2016; 4: 230–23.
20. Jaracz K, Domitrz I. Pielęgniarstwo neurologiczne. Warszawa: PZWL. 2019; 2: 250–273.
21. Luchowski P, Rejda K. Acute stroke treatment. Lekarz POZ. 2020; 6(3):199–205.
22. Ślusarz R, Jabłońska R, Beuth W. Postępowanie wobec pacjenta z tętniakiem śródczaszkowym. W: Pielęgniarstwo w neurochirurgii, Ślusarz R, Szewczyk MT (red.). Borgis, Warszawa 2006; 43–51.
23. Mijailovic M, Lukic S, Laudanovic D i wsp. Wpływ Nimodypiny na skurcz naczyń mózgowych u chorych z krwotokiem podpajęczynówkowym z pękniętego tętniaka leczonych przez embolizację wewnątrznaczyniową. Adv Clin Exp Med. 2013; 22(1): 101–109.
24. Connolly ES, Jr, Rabinstein AA, Carhuapoma JR, et al. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2012; 43: 1711–37.
25. Wypyszewska J, Kopański Z, Kulesa-Mrowiecka M i wsp. Kliniczna ocena bólu. J Clin Healthcare. 2018; 6–11.
26. Jabłońska R, Dybciak G, Królikowska A i wsp. Wykorzystanie skal w ocenie chorych z tętniakiem mózgu – doniesienia wstępne. Probl Pielęg. 2015; 23(2): 183–189.
27. Błażejewska-Hyżorek B, Czernuszenko A, Członkowska A i wsp. Wytyczne postępowania w udarze mózgu. Pol Prz Neurol. 2019; 15: Suplement A.
28. Czekajto A. Role about diet-related factors in cerebral aneurysm formation and rupture. Rocznik Państw Zakł Hig. 2019; 70(2): 119–126.
29. Marchel A. Krwotok podpajęczynówkowy. Diagnostyka i postępowanie w okresie okołoperacyjnym. Wybrane zagadnienia diagnostyki i leczenia malformacji naczyniowych ośrodkowego układu nerwowego. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. 2007; 21–23.
30. Świątnicki W, Radomiak-Zaluska A, Heleniak M i wsp. Czynniki wpływające na wybór strony dostępu chirurgicznego w leczeniu operacyjnym tętniaków kompleksu tętnicy łączącej przedniej (ACoM) – szczególne znaczenie rotacji kompleksu w płaszczyźnie osiowej. Pol Prz Chir. 2019; 91(6): 6–10.
31. Uryga A, Burzyńska M, Kasprowicz M i wsp. Monitorowanie utlenowania mózgu za pomocą spektroskopii w bliskiej podczerwieni u chorych po krwotoku podpajęczynówkowym z pękniętego tętniaka mózgu. Pol Prz Neurol. 2018; 14(1): 22–27.
32. Ślusarz R, Beuth W, Książkiewicz B. Ocena klinimetryczna chorego z krwotokiem podpajęczynówkowym wywołanym tętniakiem śródczaszkowym – przegląd skal klinicznych. Adv Clin Exp Med. 2006; 15(3): 543–547.
33. Dykowska G, Jaszczynska M, Augustynowicz A, Leńczuk-Gruba A, Gołębiak I. Availability of rehabilitation services in stationary care as an element nursing geriatric care. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej/Long-Term Care Nursing. 2019; 4(2): 25–41.

Artykuł przyjęty do redakcji: 16.09.2022.

Artykuł przyjęty do publikacji: 21.02.2023.

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

### Adres do korespondencji:

Elżbieta Kania

e-mail: elzbieta.kania@pwsz.raciborz.edu.pl

## **Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego” w roku 2022**

### **Reviewers of ‘Polish Nursing’ in 2022**

dr Katarzyna Gołębiewska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

dr Joanna Hoffmann-Aulich, Uniwersytet Zielonogórski (Polska)

prof. Kamil Konrad Hozyasz, Akademia Bialska Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej (Polska)

dr Anna Majda, prof. UJ, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie (Polska)

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

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

dr Katarzyna Plagens-Rotman, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

dr Anna Smelkowska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

dr Katarzyna Szymoniak, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie (Polska)

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

dr Renata Wójcik, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

## WSKAZÓWKI DLA AUTORÓW

### WSTĘP

#### Informacje dla autorów

„Pielęgniarstwo Polskie” jest kwartalnikiem. Zamieszcza recenzowane prace oryginalne, pogładowe 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 przesyłać drogą elektroniczną poprzez internetowy system redakcyjny przetwarzania prac „Open Journal Systems” (OJS), dostępny w zakładce „zgłaszanie manuskryptów on-line”. Pracę należy wprowadzić do systemu zgodnie z instrukcją, po uprzednim zalogowaniu się lub zarejestrowaniu – w przypadku braku swojego konta w systemie. W procesie zgłaszania pracy w systemie OJS należy pamiętać o wprowadzeniu danych:

- imię i nazwisko wszystkich autorów z afiliacją (skorzystać z opcji „dodać autora”),
- skan wypełnionego druku **Oświadczenia autorów** w pliku pomocniczym systemu edytorskiego. Wzór oświadczenia dostępny jest na: [oswiadczenie.doc](#),
- adres autora, do którego będzie kierowana korespondencja. Adres należy wpisać wyłącznie w biogramie pod afiliacją wybranego autora. Należy podać: imię i nazwisko, pełny adres (ulica, kod, miejscowość), numer telefonu (służbowy), e-mail, afiliację autora.

#### Przygotowanie manuskryptu

Tekst powinien być napisany 12-punktową czcionką Times New Roman, z odstępem między wierszami 1,5 (półtora odstępu), 2,5 cm marginesem z każdej strony, bez sformatowania, tj. bez twardej spacji, znaków końca linii, przy użyciu tzw. miękkich enterów. Powinien być 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, założeniach, 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 antyplagiatoowego.

## 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 przelać 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 poprawiania 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.