

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 2 (88)
6/2023**

Indeksowane w / Indexed in:
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego/
Ministry of Science and Higher Education – 5,0
Index Copernicus Value (ICV) – 100
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>



WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU

60-812 Poznań, ul. Bukowska 70

www.wydawnictwo.ump.edu.pl

Ark. wyd. 3,2. Ark. druk. 4,8.

Format A4. Zam. nr 104/23.

Przekazano do druku w czerwcu 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. Jolanta Ewa 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. UMP

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

tel.: +48 61 845 26 79

e-mail: pielęgniarstwopolskie@ump.edu.pl

www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl



PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

REDAKTORZY TEMATYCZNI

dr Joanna Stanisławska
dr Renata Wójcik
dr Katarzyna Plagens-Rotman

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

PIELEGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING



EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

Krystyna Jaracz

Vice Editor-in-Chief

Krystyna Górna

Danuta Dyk

Małgorzata Kotwicka

EDITORIAL ADVISORY BOARD

Vincenzo Antonelli

Grażyna Bączyk

Merita Berisha

Regina Bisikiewicz

Antonio Cicchella

Susumu Eguchi

Aleksandra Gaworska-Krzemińska

Barbara Grabowska-Fudala

Elżbieta Grochans

Aleksandra Gutysz-Wojnicka

Lotte Kaba-Schönstein

Helena Kadučáková

Karin Klas

Christina Koehlen

Maria Kózka

Halyna Krytska

Anna Ksykiewicz-Dorota

Jolanta Ewa Lewko

Mária Machalová

Ludmiła Marcinowicz

Ewa Mojs

Jana Nemcová

Grażyna Nowak-Starz

Beata Pięta

Hildebrand Ptak

Joanna Rosińczuk

Silvia Scelsi

Maria T. Szewczyk

Arkadii Shulhai

Robert Ślusarz

Dorota Talarska

Monika Urbaniak

Frans Vergeer

Ewa Wilczek-Rużyczka

Katarína Žiaková

Scientific Secretary

Barbara Grabowska-Fudala

Editorial Secretary

Barbara Grabowska-Fudala

LUISS Guido Carli di Roma (Italy)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

University of Prishtina (Kosowo)

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

University of Bologna (Italy)

Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University (Japan)

Medical University of Gdańsk (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Pomeranian Medical University in Szczecin (Poland)

University of Warmia and Mazury in Olsztyn (Poland)

Hochschule Esslingen (Germany)

Katolícka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)

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

Evangelische Hochschule Berlin (Germany)

Jagiellonian University Collegium Medicum (Poland)

Ternopil State Medical University (Ukraine)

Medical University of Lublin (Poland)

Medical University of Białystok (Poland)

Prešovská Univerzita (Slovakia)

Medical University of Białystok (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Comenius University in Bratislava (Slovakia)

Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Evangelische Hochschule Berlin (Germany)

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, Poland

phone: +48 61 845 26 79

e-mail: pielegniarstwopolskie@ump.edu.pl

www.pielegniarstwo.ump.edu.pl



PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

THEMATIC EDITORS

Joanna Stanisławska
Renata Wójcik
Katarzyna Plagens-Rotman

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

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 45

PRACE POGLĄDOWE

Piotr Wojda

Prawosławne i greckokatolickie postrzeganie opieki medycznej nad chorym 47

*Grażyna Jarząbek-Bielecka, Katarzyna Plagens-Rotman, Marek Bielecki, Antoni Jarząbek, Małgorzata Mizgier,
Emilia Warchoł*

Wybrane aspekty trwania w czasie pandemii 58

PRACA KAZUISTYCZNA

Gabriela Izabela Szulerowicz, Barbara Grabowska-Fudala

Opieka pielęgniarska nad chorym z mózgowym porażeniem dziecięcym – studium przypadku 63

INFORMACJE

Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego” w roku 2022 70

Wskazówki dla autorów 71

■ CONTENTS

| | |
|--|----|
| Editor's note | 46 |
| REVIEW PAPERS | |
| <i>Piotr Wojda</i> Orthodox and Greek Catholic perception of medical care for the sick | 47 |
| <i>Grażyna Jarząbek-Bielecka, Katarzyna Plagens-Rotman, Marek Bielecki, Antoni Jarząbek, Małgorzata Mizgier, Emilia Warchoł</i> Selected aspects of lasting during a pandemic | 58 |
| CASE STUDY | |
| <i>Gabriela Izabela Szulerowicz, Barbara Grabowska-Fudala</i> Nursing care for a patient with cerebral palsy – case study | 63 |
| INFORMATION | |
| Reviewers of 'Polish Nursing' in 2022. | 70 |
| Guidance for authors | 71 |

■ OD REDAKTORA

Szanowni Czytelnicy,

mamy przyjemność zaprezentować drugi numer Pielęgniarstwa Polskiego w 2023 r. Zawiera on dwie prace poglądowe i jedną kazuistyczną. Pierwszy z artykułów poglądowych, autorstwa Piotra Wojdy poświęcony jest rzadko prezentowanej w naukowej literaturze medycznej problematyce specyfiki postrzegania opieki medycznej w zależności od perspektywy religijnej. Przedstawianie tych samych zagadnień z różnych punktów widzenia ułatwia wzajemne rozumienie się, co jest bardzo istotne w procesie sprawowania opieki nad pacjentem. Drugi artykuł przygotowany przez Grażynę Jarząbek-Bielecką i wsp. nawiązuje do czasu pandemii. Szczęśliwie okres pandemii COVID-19 mamy już za sobą, jednak do doświadczeń z nim związanych będziemy z pewnością wracać jeszcze niejednokrotnie. Zachęcamy do zapoznania się z pełną treścią obu prac. Opis przypadku z kolei to artykuł przygotowany przez studentkę studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo i jej promotorkę. Prezentuje opiekę pielęgniarską nad chorym z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Mamy nadzieję, że wszystkie zamieszczone w niniejszym numerze prace wzbudzą zainteresowanie wśród pielęgniarek i innych grup personelu medycznego, badaczy, studentów kierunków medycznych oraz przedstawicieli innych, pokrewnych dziedzin. Życzymy Państwu przyjemnej lektury!

2 czerwca, zgodnie z zapowiedzią w poprzednim numerze, odbyła się konferencja „Nowe Trendy w Pielęgniarstwie” zorganizowana przez Pracownię Pielęgniarstwa Społecznego i Katedrę Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Zgromadziła wielu uczestników, którzy mieli okazję wysłuchania bardzo interesujących wykładów na temat nowych metod pielęgnowania i nowoczesnych procedur pielęgniarskich, jak również praktyki pielęgniarskiej opartej na dowodach naukowych. Wielkim zainteresowaniem cieszyły się też warsztaty dla pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa. Wydarzenie ma charakter cykliczny, organizatorzy mają nadzieję na kolejne spotkanie w przyszłym roku, na które już teraz zapraszają.

Jak zawsze, gorąco zachęcamy do nadsyłania prac oryginalnych, poglądowych 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/>

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

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 second issue of the "Polish Nursing" in 2023. It contains two review articles and one case study. The first article, by Piotr Wojda, is devoted to the specificity of perceiving medical care based on different religious perspectives, which is a topic rarely discussed in the scientific medical literature. Presenting the same issues from different points of view facilitates mutual understanding, which is crucial in nursing care for patients. The second article by Grażyna Jarząbek-Bielecka et al. refers to the time of the pandemic. Fortunately, the COVID-19 pandemic period is behind us, but we will undoubtedly return to the pandemic-related experience many more times. We encourage you to read the full content of both articles. The last paper is a case report prepared by a bachelor nursing student and her supervisor. It presents the nursing care of a patient with cerebral palsy.

We hope all the articles included in this issue will attract the interest of nurses and other medical personnel, researchers, students of medical disciplines, and representatives of other related fields. We wish you enjoyable reading!

As announced in the previous issue, on June 2nd, there was a conference, "The New Trends in Nursing", held by the Department of Social Nursing and the Department of Nursing at the Medical University of Poznan. It gathered many participants who had the opportunity to listen to several exciting lectures on new methods of care, modern nursing procedures, and evidence-based nursing practice. Also, there was great interest in the workshops for nurses and nursing students. As the conference is cyclical, the organisers hope to meet again next year.

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.

On behalf of the editorial board of the Polish Nursing

*Professor Krystyna Jaracz
Editor in Chief*

*Barbara Grabowska-Fudala, PhD
Scientific Secretary*



PRAWOSŁAWNE I GRECKOKATOLICKIE POSTRZEGANIE OPIEKI MEDYCZNEJ NAD CHORYM

ORTHODOX AND GREEK CATHOLIC PERCEPTION OF MEDICAL CARE FOR THE SICK

Piotr Wojda

Clinic of Psychiatry, Cologne, Germany
LVR-Klinik Köln Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität

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

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2023.4>

STRESZCZENIE

Wyznawcy prawosławia stanowią najliczniejszą mniejszość wyznaniową w Polsce. Natomiast wyznawcy greckokatolicy w Polsce liczą około 55 tysięcy wiernych. W wyniku ruchów migracyjnych spowodowanych kwestiami ekonomicznymi, jak i działaniami zbrojnymi należy spodziewać się znacznego wzrostu wyznawców prawosławia i kościoła greckokatolickiego. Konsekwencją napaści zbrojnej Rosjan na Ukrainę stały się masowe ruchy migracyjne Ukraińców. Obecnie ok. 3 milionów Ukraińców szuka schronienia w Polsce. Wielu z nich doświadczyło traumatycznych przeżyć i w związku z tym będzie potrzebowało profesjonalnej pomocy psychologicznej i psychiatrycznej. Sprawowanie opieki nad chorymi z odmiennego kręgu kulturowego stanowi wyzwanie dla pracowników opieki zdrowotnej. Poznanie kultury, z jakiej wywodzi się chory, jest kluczowym aspektem nawiązania kontaktu terapeutycznego, przyspieszenia procesu zdrowienia i ułatwienia pracy pielęgniarki. Istotnym elementem tożsamości narodowej dla mieszkańców Europy Środkowo- Wschodniej jest religia. To ona determinuje postawy społeczne wobec aktualnych problemów etyczno-zdrowotnych. Celem pracy jest przybliżenie pielęgniarkom odmienności kulturowo-religijnej wyznawców prawosławia i kościoła greckokatolickiego, co pozwoli im zapewnić opiekę zgodną z oczekiwaniami pacjenta.

SŁOWA KLUCZOWE: pielęgniarstwo transkulturowe, chory, prawosławie, greckokatolicyzm, Ukraińcy.

ABSTRACT

The Orthodox are the largest religious minority in Poland. On the other hand, the Greek Catholic faithful in Poland amounts to approx 55.000 faithful. As a result of migration movements caused by economic problems and military activities, a significant increase in the number of Orthodox and Greek Catholic believers should be expected. Due to Russia's armed attack on Ukraine, there was a massive migration of Ukrainians. Currently, about 3 million Ukrainians are looking for shelter in Poland. Because of traumatic experiences, many of them will need professional psychological and psychiatric help. Caring for patients from the different cultural background is a challenge for healthcare professionals. Getting to know the culture of the patient's origin is a key aspect of establishing therapeutic contact, accelerating the healing process and facilitating the work of a nurse. Religion is an important element of the national identity for the inhabitants of Central and Eastern Europe. It is what determines social attitudes towards current ethical and health problems. The aim of the study is to present the cultural and religious differences between the followers of the Orthodox Church and the Greek Catholic Church, which will allow a nurse to provide care in line with the expectations of a patient with mental disorders coming from the Eastern Church.

KEYWORDS: transcultural nursing, patient, Orthodoxy, Greek Catholicism, Ukrainians.

Wstęp

W Polsce prawosławni stanowią największą mniejszość wyznaniową (ok. 504 tys.) podzieloną na 6 diecezji [1]. Natomiast wyznawcy kościoła greckokatolickiego liczą około 55 tys. i skupiają się w 3 eparchiach [2]. W obecnej sytuacji polityczno-migracyjnej należy się spodziewać znacznego wzrostu wiernych z obydwu kościołów.

Historia narodzin prawosławia i kościoła greckokatolickiego jest zawiła politycznie i geograficznie. Za początek rozłamu w chrześcijaństwie można uznać rok 395, kiedy Teodozjusz I Wielki podzielił Imperium Rzymskie między

swoich dwóch synów z dwoma równorzędnymi stolicami: Rzym (stolica zachodnia) i Konstantynopol (stolica wschodnia, Bizancjum). Z czasem powstały dwa główne centra życia chrześcijańskiego – Rzym i Bizancjum. Na ich dalszy rozwój miały wpływ różne aspekty kulturowe. Doprowadziło to do coraz większych odmienności w kwestiach doktrynowo-liturgicznych. Do ostatecznego rozłamu chrześcijaństwa i podziału na Kościół prawosławny i Kościół katolicki doszło w 1054 roku, w wyniku konfliktu o pochodzenie Ducha Świętego, co skutkowało nalożeniem przez oba odłamy wzajemnej ekskomuniki [3].

Obecnie ważne jest, żeby pielęgniarka opiekując się chorym, uwzględniała jego potrzeby kulturowe, co pozwoli mu również łatwiej dostosować się do nowego otoczenia socjalno-kulturowego.

Celem pracy jest przybliżenie pielęgniarkom odmienności kulturowych wyznawców prawosławia i kościoła greckokatolickiego.

Tabela 1. Porównanie kościoła prawosławnego i rzymskokatolickiego [4–9]
Table 1. Comparison of the Orthodox Church and the Roman Catholic Church [4–9]

| Kościół prawosławny/ <i>Orthodox Church</i> | Kościół rzymskokatolicki/ <i>Roman Catholic Church</i> |
|---|---|
| Rok liturgiczny oparty jest na kalendarzu juliańskim/ <i>The liturgical year is based on the Julian calendar.</i> | Rok liturgiczny oparty jest na kalendarzu gregoriańskim/ <i>The liturgical year is based on the Gregorian calendar.</i> |
| Sakramenty: chrzest, bierzmowanie, eucharystia, spowiedź (Pokajanie), kapłaństwo, małżeństwo i namaszczenie św. olejem/ <i>Sacraments: Baptism, Confirmation, Eucharist, Confession, Priesthood, Marriage and Anointing of St. Oil.</i> | Sakramenty: chrzest, bierzmowanie, eucharystia, pokuta, namaszczenie chorych, kapłaństwo, małżeństwo/ <i>Sacraments: Baptism, Confirmation, Eucharist, Penance, Anointing of the Sick, Priesthood, Marriage.</i> |
| Sakramenty chrztu, bierzmowania, eucharystii są udzielane razem/ <i>The sacraments of Baptism, Confirmation and Eucharist are administered together.</i> | Sakramenty chrztu, bierzmowania, eucharystii są udzielane oddzielnie/ <i>The sacraments of Baptism, Confirmation and Eucharist are administered separately.</i> |
| Sakrament chrztu (trzykrotne zanurzenie w wodzie, w nagłych przypadkach – polanie głowy)/ <i>The sacrament of baptism (three times immersing in water, in urgent cases – pouring the head over).</i> | Sakrament chrztu udzielany przez trzykrotne polanie głowy (w nagłych sytuacjach może udzielić każdy wierzący, również spoza Kościoła rzymskokatolickiego)/ <i>The sacrament of baptism administered by pouring water on the head three times (in urgent situations, every believer, also from outside the Roman Catholic Church).</i> |
| Sakrament chrztu przyjęty w kościele katolickim uważany jest za ważny (Polskim Autokefalicznym Kościołem Prawosławnym)/ <i>The sacrament of baptism received in the Catholic Church is considered valid (Polish Autocephalous Orthodox Church).</i> | Sakrament chrztu udzielony przez kapłana prawosławnego jest ważny/ <i>The sacrament of baptism administered by an Orthodox priest is valid.</i> |
| Wierni prawosławni nie mogą przystępować do eucharystii w Kościele rzymskokatolickim/ <i>The Orthodox faithful cannot receive the Eucharist in the Roman Catholic Church.</i> | Wierni mogą przyjąć komunię św. tylko z rąk duchownych Kościoła rzymskokatolickiego i greckokatolickiego/ <i>The faithful can receive Holy Communion only at the hands of the clergy of the Roman Catholic and Greek Catholic Church.</i> |
| Komunia święta udzielana jest pod dwiema postaciami: chleba kwaszonego (prosfora) i wina/ <i>Holy Communion is administered in two forms: sourdough bread (prosfora) and wine.</i> | Komunia święta udzielana jest pod postacią chleba prażonego (opłatek)/ <i>Holy communion is given in the form of unleavened bread (wafer).</i> |
| Namaszczenie chorych przeprowadzone jest przez siedmiu kapłanów, w obecności tak wielu wiernych jak to jest możliwe. Obrzęd ten powinien być sprawowany w cerkwi. Jeśli chory nie może się poruszać, wówczas obrzęd jest sprawowany w domu lub w szpitalu. Oleje są poświęcane w czasie sakramentu przez kapłana i nie są przechowywane. Sakrament ten jest traktowany jako sakrament pokuty chorych pozwalający uzdrowić duszę i ciało. Nie udziela się sakramentu namaszczenia wiernym spoza kościoła/ <i>The anointing of the sick is performed by seven priests in the presence of as many of the faithful as possible. This rite should be performed in the church. If the patient is unable to move, the ritual is performed at home or in a hospital. Oils are blessed by the priest during the sacrament and are not stored. It is treated as a sacrament of penance for the sick that heals the body and soul. The anointing is not administered to the faithful outside the church.</i> | Sakramentu chorych udziela kapłan. Oleje są błogosławione przez biskupa w Wielki Czwartek i przechowywane. W sakramencie powinni uczestniczyć inni wierni (np. rodzina pacjenta). Pacjenci powinni przyjmować sakrament w kościele, jeśli pozwala na to ich stan zdrowia/ <i>The sacrament of the sick is administered by the priest. The oils are blessed by the bishop on Holy Thursday and stored. Other faithful (e.g. the patient's family) should participate in the sacrament. Patients should receive the sacrament in church if their state of health allows it.</i> |
| Sakrament pokuty odbywa się na stojąco (chory może leżeć) w każdej dogodnej części świątyni (w domu, szpitalu) w obecności ikony Chrystusa/ <i>The sacrament of penance takes place standing (the sick person can lie down) in every convenient part of the temple (at home, in the hospital) in the presence of the icon of Christ.</i> | Sakrament pokuty odbywa się na klęcząco (chorzy mogą leżeć), w konfesjonale (w przypadku choroby w domu lub w szpitalu)/ <i>The sacrament of penance takes place on the knees (the patient can lie down), in the confessional (in case of illness at home or in the hospital).</i> |
| Kapłani mogą być żonaci, ale małżeństwo musi być zawarte przed święceniami, kapłan nie może się powtórnie ożenić po śmierci żony. Mnisi muszą zachować celibat/ <i>Priests may be married, but marriage must be celebrated before ordination, the priest may not remarry after the wife's death. The monks must remain celibate.</i> | Kościół katolicki zezwala wiernym prawosławnym na przyjmowanie sakramentów pokuty, eucharystii i namaszczenia chorych w wyjątkowych okolicznościach (nieuchronna śmierć, wojna) na prośbę wiernych/ <i>The Catholic Church allows the Orthodox faithful to receive the sacraments of penance, the Eucharist and the anointing of the sick in exceptional circumstances (imminent death, war) at the request of the faithful.</i> |
| Nie uznaje zwierzchnictwa papieża i idei centralizacji władzy kościelnej (tzw. autokefalia, która zakłada, że Kościół prawosławny działający na terenie danego kraju jest niezależny od zagranicznej władzy duchownej) – zjednoczenie przez wiarę/ <i>It does not recognize the sovereignty of the pope and the idea of centralization of church authority (the so-called autocephaly, which assumes that the Orthodox Church operating in a given country is independent of foreign religious authority) – union by faith.</i> | Celibat duchownych/ <i>Celibacy of the clergy.</i> |
| Na czele każdego autokefalicznego (samodzielnego) Kościoła stoi patriarcha albo metropolita/ <i>Each autocephalous (independent) Church is headed by a patriarch or metropolitan.</i> | Zwierzchnictwo papieża nad całym Kościołem i możliwość jego wpływania na Kościoły na całym świecie/ <i>The sovereignty of the pope over the whole Church and the possibility of his influence over the churches all over the world.</i> |

Dogmaty/Dogmas:

Duch Święty pochodzi tylko od Ojca (Boga)/*The Holy Spirit comes only from the Father (God),*

Wiara w niebo i piekło. Czyściec jest herezją, gdyż Bóg nie jest źródłem cierpienia. W Ewangeliu brak wzmianek o czyścisku/*Belief in Heaven and Hell. Purgatory is heresy when God is not the source of suffering. There is no mention of purgatory in the Gospel,*

Odrzucenie dogmatu o Niepokalanym Poczęciu Maryi (była obciążona grzechem pierwotnym, po Jej „zaśnięciu”, po 3 dniach na podobieństwo Chrystusa, zmartwychwstała i wraz z ciałem wstąpiła do nieba), gdyż tylko Chrystus mógł zmyć grzech pierwotny. Kult maryjny jest szeroko rozpowszechniony/*Rejection of the dogma of the Immaculate Conception of Mary (she was burdened with original sin, after her "falling asleep", after 3 days in the likeness of Christ, resurrected and ascended to Heaven with her body), as only Christ could wash away the original sin. The cult of Mary is widely spread.*

Symbole/Symbols:

Cerkiew (z grec. Dom Pana) powinna być wybudowana na najwyższym wzniesieniu w okolicy, kopuły cerkwi mają różną symbolikę w zależności od ich liczby. W cerkwi wyróżnia się przedsionek, nawę i prezbiterium (oltarz). Prezbiterium od nawy oddziela ikonostas z trzema drzwiami, za ikonostas mogą wejść tylko mężczyźni. Brak rzeźb. Brak konfesjonatu. Brak organów. W cerkwi kobiety nakrywają głowę chustami, ubranie nie może eksponować nagości (również mężczyźni nie mogą wejść do cerkwi w krótkich spodkach i odsłoniętych ramionach)/*The church (Greek: the House of the Lord) should be built on the highest hill in the area, the domes of the church have different meanings depending on the number. In the church, it is distinguished by a vestibule, nave and chancel (altar). The chancel is separated from the nave by the iconostasis with three doors, only men can enter the iconostasis. No sculptures. No confessional. No organs. In church, women cover their heads with scarves, clothes must cover the body (men are also not allowed to enter the church in shorts and bare shoulders),*

Ośmioramienny krzyż (dwie poziome poprzeczki, górna mniejsza i dolna większa). Na dolnej spoczywają przybite 2 gwoździemi stopy Jezusa. Prawy brzeg dolnej poprzeczki jest przechylony lekko do góry, co ma symbolizować, że zbawieni staną po stronie prawej Chrystusa, a potępieni po lewej. Na górnej poprzeczce znajduje się napis „Jezus z Nazaretu, król żydowski”/*Eight-pointed cross (two horizontal crossbars, the upper one is smaller and the lower one is larger). Jesus' feet are nailed to the lower part with two nails. The right edge of the lower crossbar is slightly tilted upwards to symbolize that the saved will be on the right side of Christ, and the damned will be on the left. On the upper crossbar there is an inscription "Jesus of Nazareth, the King of the Jews",*

Ikony, przed którymi modlą się wierzący, przedstawiają wizerunki świętych, Jezusa Chrystusa, Matki Boskiej. Ikony są napelnione Duchem Świętym. Ikona uświęca miejsce, w którym się znajduje, poprzez namacalną obecność Bożą (okno na Boga). Postacie przedstawione na ikonach odpowiadają stanowi ducha, są szczęśliwe, przepełnione radością (odmianą ikony jest Ikonostas)/*The icons before which believers pray represent the saints, Jesus Christ, the Mother of God. The icons are filled with the Holy Spirit. The icon sanctifies the place in which it is located through the tangible presence of God (window to God). The characters depicted in the icons correspond to the state of the spirit, they are happy, filled with joy (the type of icon is Ikonostasis),*

Znak krzyża wykonuje się przy odpowiednim ustawieniu palców (tj. przy złączeniu kciuka, palca wskazującego i środkowego); znak krzyża wykonuje się powoli w kolejności: czoło (1), brzuch (2), prawe ramię (3), lewe ramię (4). Znak krzyża kończy się uklonem/*We make the sign of the cross with the appropriate positioning of the fingers (i.e. by joining the thumb, index and middle finger); the sign of the cross should be made slowly as follows: forehead (1), on the stomach (2), right arm (3), left arm (4). The sign of the cross ends with a bow (the difference in the order of execution of the sign is due to language differences),*

Ręcznik obrzędowy/*The ritual towel.*

Czotka (sznur modlitewny), składająca się z 30, 50 lub 100 paciorków, trzymana jest w lewej ręce, podczas gdy prawą wykonuje się znak krzyża/Comboskini (prayer string) consisting of 30, 50 or 100 beads. It is held in the left hand, while the sign of the cross is made with the right hand.

Dogmaty/Dogmas:

Duch Święty pochodzi od Ojca i Syna/*The Holy Spirit comes from the Father and the Son,*

Wiara w niebo, piekło i czyściec (czyściec jest ogniem Bożej miłości, oczyszczeniem z grzechu przebywające tam dusze; dogmat czyściska został wprowadzony na Soborze trydenckim (XVI w.)/*Faith in Heaven, Hell and Purgatory (purgatory is the fire of God's love, cleansing of sins residing there souls; The dogma of Purgatory was introduced at the Council of Trent (16th century),*

Dogmat o Niepokalanym Poczęciu Maryi Panny (urodziła się bez grzechu pierwotnego; dogmat ogłoszony przez Piusa IX w XIX w.)/*Dogma in the Immaculate Conception of the Virgin Mary (born without original sin; dogma proclaimed by Pius IX in the nineteenth century).*

Symbole/Symbols:

W Kościele (z grec. zgromadzenie) wyróżnia się kruchtę (nad nią przeważnie znajdują się chór, nawę, prezbiterium i zakrystię, gdzie przebywają duchowni i służba liturgiczna. Często występują wieże (dzwonnice) oraz sygnaturki. Ubranie nie może eksponować nagości, kobiety nie muszą nosić nakrycia głowy. U mężczyzn wskazane jest zdjęcie nakrycia głowy/*In the church (Greek: assembly) there is a porch (usually a choir above it), a nave, a chancel and a sacristy, where the clergy and liturgical services are held. There are often towers (bell towers) and turrets. Clothes must not show nudity, women do not need a headgear. In men, it is advisable to remove the headgear,*

Krzyż czteroramienny, nogi Chrystusa przybite jednym gwoździem. Pionowa – dłuższa belka – symbolizuje łączność człowieka z Bogiem, przywróconą przez ofiarę Chrystusa. Krótsza – poprzeczna belka – symbolizuje powszechność odkupienia. Chrystus ramionami krzyża obejmuje cały świat. W Krzyżu dokonano się „poskładanie ze sobą” w całość tego wszystkiego, co zburzył grzech pierwszych ludzi. Nad figurą Chrystusa znajduje się tabliczka ze skrótem INRI (Jezus Nazarejczyk Król Żydowski)/*A 4 – pointed cross, Christ's legs nailed with one nail. The vertical – longer beam – symbolizes the union of man with God, restored by Christ's sacrifice. The shorter, crossbar – symbolizes the universality of redemption. Christ embraces the whole world with the arms of the cross. In the Cross everything that was destroyed by the sin of the first people was "put together". Above the statue of Christ there is a tablet with the abbreviation INRI (Jesus of Nazareth, King of the Jews),*

Figury Chrystusa przedstawiają Jego cielesne uniżenie, zmęczenie trudem walki ze złem. Figury Matki Boskiej i świętych są poważne, uniżone, współcierpiące z Chrystusem i upatrujące nadziei w Bogu/*The figures of Christ show his bodily humiliation, fatigue in the fight against evil. The statues of the Mother of God and the Saints are serious, humble, suffering with Christ and looking for hope in God,*

Wykonując znak krzyża, nie trzeba łączyć palców, dłoń jest wyprostowana. Znak krzyża wykonuje się, kierując dłoń na czoło (1), brzuch (2), lewe ramię (3) prawe ramię (4)/*When making the sign of the cross, it is not necessary to join the fingers, the palm is straightened. The sign of the cross is made by pointing the palm to the forehead (1), abdomen (2), left arm (3), right arm (4),*

Różaniec składa się z krzyżyka, 6 większych koralików (lub łączników) oraz 53 mniejszych koralików/*The rosary consists of a cross, 6 larger beads (or connectors) and 53 smaller beads.*

Językiem liturgicznym Cerkwi w Polsce jest język staro-cerkiewno-słowiański/*The liturgical language of the Church in Poland is Old Church Slavonic.* Msza odbywa się raz dziennie i trwa długo, a wierni stoją w czasie jej odprawiania (mogą siedzieć osoby chore)/*The mass is held once a day and lasts a long time, and the faithful stand while it is celebrating (the sick can sit).*

Święta/Holidays:

Zmartwychwstanie Jezusa Chrystusa jest najważniejszym ze świąt/*The Resurrection of Jesus Christ is the most important of the holidays,* 8 świąt poświęconych Chrystusowi i 4 święta poświęcone Matce Boskiej/*8 holidays dedicated to Christ and 4 holidays dedicated to the Mother of God,* 9 obchodzonych w stałych datach, 3 w datach zmiennych, zależnych od daty Wielkanocy/*9 on fixed dates, 3 on dates variables depending on the date of Easter.*

Msza odbywa się kilkakrotnie w ciągu dnia i trwa ok. 60 min, wierni stoją, siedzą lub klęczą w zależności od etapu mszy. Liturgia odbywa się w języku narodowym/*The liturgy is celebrated in the vernacular. The mass is held several times a day and lasts about 60 minutes, the faithful stand, sit or kneel depending on the stage of the Holy Mass.*

Święta tzw. nakazane/Holidays needed:

Świętej Bożej Rodzicielki Maryi – Nowy Rok (1 stycznia)/*Holy Mother of God, Mother Mary – New Year (January 1),* Objawienie Pańskie (6 stycznia)/*for the Epiphany (January 6),* Wniebowstąpienie Pańskie – w VII Niedzielę Wielkanocy/*for the Ascension of the Lord – on the 7th Sunday of Easter,* Najświętszego Ciała i Krwi Chrystusa – Boże Ciało/*for the Most Holy Body and Blood of Christ – Corpus Christi,* Wniebowzięcie Najświętszej Maryi Panny – Matki Boskiej Zielnej (15 sierpnia)/*for the Assumption of the Blessed Virgin Mary – Our Lady of Herbs (August 15),* Wszystkich Świętych (1 listopada)/*for All Saints (November 1),* Boże Narodzenie (25 grudnia)/*Christmas (25 December).*

Święta dodatkowe/Holidays additional:

Ofiarowanie Pańskie/Matki Boskiej Gromnicznej (2 lutego)/*Presentation of the Lord/Mother of God of Candlemas (February 2),* Uroczystość św. Józefa (19 marca)/*Feast of St. Joseph (March 19),* Poniedziałek Wielkanocny/*Easter Monday,* Najświętszej Maryi Panny, Matki Kościoła/*of the Blessed Virgin Mary, Mother of the Church,* Uroczystość św. Piotra i Pawła (29 czerwca)/*Feast of St. Peter and Paul (June 29),* Uroczystość Niepokalanego Poczęcia Najświętszej Maryi Panny (8 grudnia)/*for the Solemnity of the Immaculate Conception of the Blessed Virgin Mary (December 8),* Boże Narodzenie (drugi dzień) (26 grudnia)/*Christmas (second day) (December 26).*

Posty dzielą się na jednodniowe i wielodniowe/*Fasts are divided into one-day and multi-day fasts:*

Jednodniowe posty: środa (zdrada Judasza i wydanie Chrystusa na mękę), piątek (śmierć Chrystusa), ścięcie głowy Jana Chrzciciela/*One-day fasts: Wednesday (the betrayal of Judas and the torment of Christ), Friday (Christ's death), beheading of the Head of John the Baptist.*

Wielodniowe posty: przed świętem Bożego Narodzenia (40 dni), Wielki Post wraz z Wielkim Tygodniem (50 dni), post przed świętem Zaśnięcia Bogurodzicy (14 dni)/*Multi-day fasts: before Christmas (40 days), Lent together with Holy Week (50 days), fasting before the Feast of the Dormition of the Theotokos (14 days).*

Zakazane jest spożywanie mięsa, ryb, białego pieczywa i nabiału. Ryby można jeść tylko w święto Zwiastowania Pańskiego oraz w Niedzielę Palmową. Post obowiązuje również kobiety ciężarne, po porodzie i w okresie karmienia.

Zwolnieni z postu są: osoby chore, wyczerpane fizycznie/*It is forbidden to eat meat, fish, white bread and dairy products.*

Fasting also applies to pregnant women, after childbirth and during the lactation period.

Exempt from fasting: sick, physically exhausted people.

W prawosławiu jest tylko jeden zakon – Bazyliańskie i Bazyliański/*There is only one order in Orthodoxy – Basilian.*

Posty dzielą się na/*Fasts are divided into:*

Post jakościowy – zaniechanie jedzenia mięsa i jego przetworów (dozwolone są jaja, nabiał, tłuszcze zwierzęce)/*quality fasting – refraining from eating meat and meat products (eggs, dairy products, animal fats are allowed),*

Post ilościowy – można zjeść jeden syty posiłek dziennie i dwa małe (rano, wieczór, dozwolone jest mięso i ryby)/*quantitative fasting – you can eat one full meal a day and two small ones (in the morning, in the evening, meat and fish are allowed),*

Post ścisły – nie należy spożywać mięsa oraz ograniczyć się do jednego i 2 małych posiłków (dozwolone ryby, nabiał i owoce morza)/*strict fast – do not eat meat and limit yourself to one and 2 small meals (fish, dairy and seafood allowed),*

Post eucharystyczny – na godzinę przed przyjęciem Komunii świętej zabrania się przyjmowania pokarmów i napojów (z wyjątkiem wody i leków)/*Eucharistic fasting – one hour before receiving Holy Communion it is forbidden to take food and drink (except water and medicines).*

Post w kościele rzymskokatolickim obowiązuje wiernych pomiędzy 18. a 60. r.ż. a młodzież od 14. r.ż. wstrzemięźliwość w jedzeniu. Obecnie pości się w Środę Popielcową (40 dni do Wielkiego Czwartku) i w Wielki Piątek (post ścisły)/*Fasting in the Roman Catholic Church is obligatory for the faithful from 18 to 60 years of age, and for adolescents from the age of 14 in eating is advisable. Currently, you fast on Ash Wednesday (40 days until Holy Thursday) and Good Friday (strict fast).* Zwolnieni z postu: osoby powyżej 60. r.ż. i dzieci, osoby niemogące pozwolić sobie na wybór produktów (sytuacja ekonomiczna, przygotowanie posiłków przez innych; muszą odbyć inną formę postu, np. jałmużna postna, modlitwa), osoby chore, starsze i ich opiekunowie nie muszą przestrzegać postu eucharystycznego/*Exempted from fasting: people over 60 years of age and children, people who cannot afford to choose products (economic situation, preparation of meals by others; they must undergo a different form of fasting, e.g. fasting alms, prayer), sick and elderly people and their caregivers do not need to observe Eucharistic fasting.*

Wiele zakonów męskich i żeńskich/*Many male and female orders.*

Dzieje prawosławia na ziemiach polskich sięgają IX wieku i są związane z działalnością misyjną dwóch mnichów przybyłych na Morawy z Salonik (Grecja). Prawosławie rozwijało się na terenach południowo-wschodniej Polski. Po odzyskaniu niepodległości przez Polskę i ostatecznym ustaleniu granic wschodnich na terenie Rzeczypospolitej żyło ponad 3 miliony wyznawców prawosławia. Obecnie prawosławni zrzeszają się oficjalnie pod nazwą Polskiego Autokefalicznego Świętego Kościoła Prawosławnego, który nie podlega innym zagranicznym władzom, a jego głową jest metropolita warszawski (**Tabela 1**).

Kościół greckokatolicki (bizantyjsko-ukraiński, unicki) powstał w 1569 r. w wyniku unii brzeskiej pomiędzy kościołem katolickim i prawosławnym i jest następstwem podjęcia próby przewyciężenia rozłamu pomiędzy kościołami. Na mocy unii kościół greckokatolicki uznał zwierzchnictwo papieża i przyjął katolickie dogmaty, jednocześnie zachowując bizantyjską liturgię, dyscyplinę kościelną, język staro-cerkiewno-słowiański (w Polsce język polski) w nabożeństwach oraz kalendarz juliański (**Tabela 2**). Przeciwnikami unii były władze rosyjskie i kościół prawosławny w Rosji, co doprowadziło do wielowiekowych prześladowań i ostatecznego włączenia kościoła greckokatolickiego do prawosławnego (1946 r.). W Polsce w okresie międzywojennym było ok.

3,4 mln unitów. Władze komunistyczne dokonały przesiedleń unitów narodowości ukraińskiej w głąb ZSRR, a unitów z ziem południowo-wschodniej Polski przesiedlono na ziemie północno-zachodnie, gdzie obecnie znajdują się jej największe skupiska [10].

Obecnie 57% ludności Europy Środkowo-Wschodniej wyznaje prawosławie. Najczęściej wyznaniem to deklarują obywatele Ukrainy (78%) oraz Rosji (71%). Ukraińcy w Polsce należą w większości do Kościoła Katolickiego Obrządku Bizantyjsko-Ukraińskiego i Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego.

W związku z obecną sytuacją polityczną należy spodziewać się napływu ludności z za wschodniej granicy. Wśród uchodźców będą osoby z różnymi problemami zdrowotnymi, którzy wymagają dalszego postępowania pielęgnacyjno-leczniczego, jak i osoby, u których w wyniku traumy wojennej mogą wystąpić problemy psychiczne. Osoby te będą musiały stawić czoło nie tylko swoim problemom zdrowotnym, ale i odmienności kulturowej panującej w Polsce. Zderzeniu z nową kulturą towarzyszy lęk, napięcie, poczucie bezradności (związane z brakiem możliwości stosowania wcześniej wypracowanych strategii radzenia sobie w sytuacjach problemowych), co zwiększa prawdopodobieństwo negatywnego wpływu na kondycję psychologiczną jednostki.

Tabela 2. Porównanie kościoła greckokatolickiego i kościoła rzymskokatolickiego [11–13]

Table 2. Comparison of the Greek Catholic Church and the Roman Catholic Church [11–13]

| Kościół greckokatolicki/The Greek Catholic Church | Kościół rzymskokatolicki/The Roman Catholic Church |
|--|---|
| Rok liturgiczny opiera się na kalendarzu juliańskim. Wszystkie święta są 13 dni później niż w kościele rzymskokatolickim. A zatem Boże Narodzenie obchodzone jest 6 stycznia i trwa 3 dni. Nowy Rok wypada 14 stycznia/The liturgical year is based on the Julian calendar. All feasts are 13 days later than in the Roman Catholic Church. Christmas is celebrated on January 6 and lasts for 3 days, and the New Year on January 14. | Rok liturgiczny oparty jest na kalendarzu gregoriańskim, który został wprowadzony w 1582 roku (do kalendarza juliańskiego doliczono lata przestępne)/The liturgical year is based on the Gregorian calendar, which was introduced in 1582 (leap years have been added to the Julian calendar). |
| Kapłani mogą być żonaci, ale małżeństwo musi być zawarte przed święceniami, kapłan nie może się powtórnie ożenić po śmierci żony. Mnisi muszą zachować celibat/Priests may be married, but marriage must be celebrated before ordination, the priest may not remarry after the wife's death. The monks must remain celibate. | Celibat duchownych/Celibacy of the clergy. |
| Symbole/Symbols: Cerkiew (z grec. Dom Pana) powinna być wybudowana na najwyższym wzniesieniu w okolicy, kopuły cerkwi mają różną symbolikę w zależności od ich liczby. W cerkwi wyróżnia się przedsionek, nawę i prezbiterium (ołtarz). Prezbiterium od nawy oddziela ikonostas z trzema drzwiami. Brak rzeźb. Brak konfesjonatu. Brak organów/The church (Greek: the House of the Lord) should be built on the highest hill in the area, the domes of the church have different meanings depending on the number. In the church, it is distinguished by a vestibule, nave and chancel (altar). The chancel is separated from the nave by the iconostasis with three doors. No sculptures. No organs. | Symbole/Symbols: W Kościele (z grec. zgromadzenie) wyróżnia się kruchtę (nad nią przeważnie znajduje się chór), nawę, prezbiterium i zakrystię, gdzie przebywają duchowni i służba liturgiczna. Często występują wieże (dzwonnice) oraz sygnaturki/In the church (Greek: assembly) there is a porch (usually a choir above it), a nave, a chancel and a sacristy, where the clergy and liturgical services are held. There are often towers (bell towers) and turrets. |
| W cerkwi kobiety nakrywają głowę chustami, ubranie nie może eksponować nagości (również mężczyźni nie mogą wejść do cerkwi w krótkich spodenkach i odstoniętych ramionach)/In church, women cover their heads with scarves, clothes must cover the body (men are also not allowed to enter the church in shorts and bare shoulders). | Ubranie nie może eksponować nagości, kobiety nie muszą nosić nakrycia głowy. U mężczyzn wskazane jest zdjęcie nakrycia głowy/Clothes must not show nudity, women do not need a headgear. In men, it is advisable to remove the headgear. |

Ośmioramienny krzyż (dwie poziome poprzeczki, górna mniejsza i dolna większa). Na dolnej spoczywają przybite 2 gwoździami stopy Jezusa. Prawy brzeg dolnej poprzeczki jest przechylony lekko do góry, co ma symbolizować, że zbawieni staną po stronie prawej Chrystusa, a potępieni po lewej. Na górnej poprzeczce znajduje się napis „Jezus z Nazaretu, król żydowski”/Eight-pointed cross (two horizontal crossbars, the upper one is smaller and the lower one is larger). Jesus' feet are nailed to the lower part with two nails. The right edge of the lower crossbar is slightly tilted upwards to symbolize that the saved will be on the right side of Christ, and the damned will be on the left. On the upper crossbar there is an inscription „Jesus of Nazareth, the King of the Jews“.

Ikony, przed którymi modlą się wierzący, przedstawiają wizerunki świętych, Jezusa Chrystusa, Matki Boskiej. Ikony są napełnione Duchem Świętym. Ikona uświęca miejsce, w którym się znajduje, poprzez namacalną obecność Bożą (okna na Boga). Postacie przedstawione na ikonach odpowiadają stanowi ducha, są szczęśliwe, przepętione radością (odmianą ikony jest Ikonostas)/The icons in front of which believers pray represent the saints, Jesus Christ, the Mother of God. The icons are filled with the Holy Spirit. The icon sanctifies the place in which it is located through the tangible presence of God (windows to God). The characters depicted in the icons correspond to the state of the spirit, they are happy, filled with joy (the type of icon is Ikonostasis).

Znak krzyża jest wykonywany trzykrotnie trzema złączonymi palcami (symbolizują Tróję Świętą), pozostałe dwa palce zgięte wskazują na dwoistość natury Jezusa: boską i ludzką. Znak krzyża wykonuje się powoli w następujący sposób: czoło (1), brzuch (2), prawe ramię (3), lewe ramię (4). Znak krzyża kończy się uklonem/The sign of the cross is performed three times with three fingers joined together (they symbolize the Holy Trinity), the other two fingers bent indicate the duality of Jesus' nature: divine and human). The sign of the cross should be made slowly as follows: forehead (1), on the stomach (2), right arm (3), left arm (4). The sign of the cross ends with a bow.

Ręcznik obrzędowy – kultywowany przez prawosławnych i grekokatolików. Jest to lniany skrawek materiału, ozdobiony haftem, jeden koniec symbolizuje narodziny, drugi śmierć człowieka. Towarzyszy człowiekowi podczas ważnych wydarzeń życia duchowego. Po śmierci wkładany jest do trumny. Spotykany jest jeszcze na Podlasiu, Ukrainie, Białorusi/Ritual towel – cultivated by Orthodox and Greek Catholics. It is a linen scrap of fabric, decorated with embroidery, one end symbolizes the birth and the other death. It accompanies a person during important events of the spiritual life. After death, he is put in a coffin. He is still found in Podlasie, Ukraine and Belarus.

Czotka, brojanica lub komboskini (sznur modlitewny) składająca się z 30, 50 lub 100 paciorków. Trzymana jest w lewej ręce, podczas gdy prawą wykonuje się znak krzyża/Comboskini (prayer string) consisting of 30, 50 or 100 beads. It is held in the left hand, while the sign of the cross is made with the right hand.

Uznaje zwierzchnictwo papieża i dogmaty Kościoła rzymskokatolickiego/Recognizes the supremacy of the pope and the dogmas of the Roman Catholic Church.

Sakramenty: chrzest, bierzmowanie, eucharystia, spowiedź (Pokajanie), kapłaństwo, małżeństwo i namaszczenie św. olejem/Sacraments: Baptism, Confirmation, Eucharist, Confession, Priesthood, Marriage and Anointing of St. Oil.

Sakramenty chrztu, bierzmowania, eucharystii są udzielane razem/The sacraments of Baptism, Confirmation and Eucharist are administered together.

Sakrament chrztu (trzykrotne zanurzenie w wodzie, w nagłych przypadkach – polanie głowy)/The sacrament of baptism (three times immersing in water, in urgent cases – pouring the head over).

Sakrament chrztu przyjęty w Kościele katolickim uważany jest za ważny/The sacrament of baptism received in the Catholic Church is considered valid.

Wierni Kościoła grekokatolickiego mogą przystępować do eucharystii w Kościele rzymskokatolickim/The faithful of the Greek Catholic Church can receive the Eucharist in the Roman Catholic Church.

Komunia święta udzielana jest pod dwiema postaciami: chleba kwaszonego (prosfora) i wina/Holy Communion is administered in two forms: sourdough bread (prosfora) and wine.

Krzyż czteroramienny, nogi Chrystusa przybite jednym gwoździem/A 4-pointed cross, Christ's legs nailed with one nail.

Pionowa – dłuższa belka – symbolizuje łączność człowieka z Bogiem, przywróconą przez ofiarę Chrystusa. Krótsza – poprzeczna belka – symbolizuje powszechność odkupienia. Chrystus ramionami krzyża obejmuje cały świat. W Krzyżu dokonano się „poskładanie ze sobą” w całość tego wszystkiego, co zburzył grzech pierwszych ludzi. Nad figurą Chrystusa znajduje się tabliczka ze skrótem INRI (Jezus Nazarejczyk Król Żydowski)/The vertical – longer beam – symbolizes the union of man with God, restored by Christ's sacrifice. The shorter, crossbar – symbolizes the universality of redemption. Christ embraces the whole world with the arms of the cross. In the Cross everything that was destroyed by the sin of the first people was „put together”. Above the statue of Christ there is a tablet with the abbreviation INRI (Jesus of Nazareth, King of the Jews).

Figury Chrystusa przedstawiają Jego cielesne uniznienie, zmęczenie trudem walki z złem/The statues of Christ show his bodily humiliation, fatigue in the fight against evil. Figury Matki Boskiej i świętych są poważne, uniznione, wspóciierpiące z Chrystusem i upatrujące nadziei w Bogu/The statues of the Mother of God and the Saints are serious, humble, suffering with Christ and looking for hope in God.

Wykonując znak krzyża nie trzeba łączyć palców, dłoń jest wyprostowana. Znak krzyża wykonuje się, kierując dłoń na czoło (1), brzuch (2), lewe ramię (3), prawe ramię (4)/When making the sign of the cross, it is not necessary to join the fingers, the palm is straightened. The sign of the cross is made by pointing the palm to the forehead (1), abdomen (2), left arm (3), right arm (4).

Różaniec składa się z krzyżyka, 6 większych koralików (lub łączników) oraz 53 mniejszych koralików/The rosary consists of a cross, 6 larger beads (or connectors) and 53 smaller beads.

Uznaje zwierzchnictwo papieża i dogmaty Kościoła rzymskokatolickiego/Recognizes the supremacy of the pope and the dogmas of the Roman Catholic Church.

Sakramenty: chrztu, bierzmowania, eucharystii, pokuty, namaszczenia chorych, kapłaństwa, małżeństwa/Sacraments: Baptism, Confirmation, Eucharist, Penance, Anointing of the Sick, Priesthood, Marriage.

Sakramenty chrztu, bierzmowania, eucharystii są udzielane oddzielnie/The sacraments of Baptism, Confirmation and Eucharist are administered separately.

Sakrament chrztu udzielany przez trzykrotne polanie głowy (w nagłych sytuacjach może udzielić każdy wierzący, również spoza Kościoła rzymskokatolickiego)/The sacrament of baptism administered by pouring water on the head three times (in urgent situations, every believer, also from outside the Roman Catholic Church).

Sakrament chrztu udzielony przez kapłana grekokatolickiego jest ważny/The sacrament of baptism administered by a Greek Catholic Church priest is valid.

Wierni mogą przyjąć Komunię św. tylko z rąk duchownych Kościoła rzymskokatolickiego i grekokatolickiego/The faithful can receive Holy Communion only at the hands of the clergy of the Roman Catholic and Greek Catholic Church.

Komunia święta udzielana jest pod postacią chleba przaśnego (opłatek)/Holy communion is given in the form of unleavened bread (wafer).

Namaszczenie chorych jest praktykowane jak w Kościele prawosławnym/*The anointing of the sick is practiced as in the Orthodox Church.*

Spowiedź wystuchiwana jest w konfesjonale. Zdarza się, że duchowny i spowiadający się stoją za małym parawanem lub też w cerkwi znajduje się specjalnie wydzielone na ten cel miejsce czy też pomieszczenie. Wierni Kościoła łacińskiego mogą przystępować do sakramentów w Kościele greckokatolickim i na odwrót/*Confession is heard in the confessional. It happens that the clergy and confessors stand behind a small screen, or in the church there is a specially dedicated place or room for this purpose. Latin Church believers may receive sacraments in the Greek Catholic Church and vice versa.*

Msza Święta odprawiana jest w języku ukraińskim, czasem w języku staro-cerkiewno-słowiańskim, rzadziej w języku polskim/*Holy Mass is celebrated in Ukrainian, sometimes in Old Church Slavonic, and less often in Polish.*

Wierni mogą uczestniczyć we mszach św. i przyjmować sakramenty w kościołach rzymskokatolickich/*The faithful can participate in masses and receive the sacraments in Roman Catholic churches.*

Post przebiega podobnie jak u wyznawców prawosławia i rzymskokatolików (w zależności od regionu)/*Fasting is similar to the followers of the Law and Roman Catholics (depending on the region).*

W pierwszy dzień Wielkiego Postu i Wielki Piątek obowiązuje ścisły post (powstrzymanie się od mięsa i nabiału)/*On the first day of Lent and Good Friday, strict fasting is obligatory (meat and dairy refraining).*

W środy i piątki wszystkich tygodni Wielkiego Postu i w Wielką Środę należy obowiązkowo powstrzymać się od spożywania produktów i potraw mięsnych (można jeść nabiał), w pozostałe dni tygodnia można jeść wszystko/*On Wednesdays and Fridays of all weeks of Lent and Holy Wednesday, it is obligatory to refrain from eating meat products (you can eat dairy), on the other days of the week you can eat everything.*

Z obowiązku postu zwolnieni są: dzieci do 14. roku życia i osoby powyżej 60. roku życia; ciężko chorzy, rekonwalescenci; podróżujący; ciężko pracujący; przebywający w gościnie, ubodzy, którzy żyją z jałmużny, ciężarne, matki w pociągach i karmiące piersią/*The following are exempt from the obligation to fast: children up to 14 years of age and people over 60 years of age; seriously ill, convalescent; travelers; hard working people; the poor, pregnant and postpartum women, nursing mothers.*

Zakony męskie i żeńskie/*Male and female orders.*

Sakramentu chorych udziela kapłan. Oleje są błogosławione przez biskupa w Wielki Czwartek i przechowywane. W sakramencie powinni uczestniczyć inni wierni (np. rodzina pacjenta). Pacjenci powinni przyjmować sakrament w kościele, jeśli pozwala na to ich stan zdrowia/*The sacrament of the sick is administered by the priest. The oils are blessed by the bishop on Holy Thursday and stored. Other faithful (e.g. the patient's family) should participate in the sacrament. Patients should receive the sacrament in church if their state of health allows it.*

Sakrament pokuty odbywa się w klęcząco (chorzy mogą leżeć), w konfesjonale (w przypadku choroby w domu lub w szpitalu)/*The sacrament of penance takes place on the knees (the patient can lie down), in the confessional (in case of illness at home or in the hospital).*

Msza Święta odprawiana jest w języku polskim/*Holy Mass is celebrated in Polish.*

Posty dzielą się na/*Fasts are divided into:*

Post jakościowy – zaniechanie jedzenia mięsa i jego przetworów (dozwolone są jaja, nabiał, tłuszcze zwierzęce)/*quality fasting – refraining from eating meat and meat products (eggs, dairy products, animal fats are allowed).*

Post ilościowy – można zjeść jeden syty posiłek dziennie i dwa małe (rano, wieczór, dozwolone jest mięso i ryby)/*quantitative fasting – you can eat one full meal a day and two small ones (in the morning, in the evening, meat and fish are allowed).*

Post ścisły – nie należy spożywać mięsa oraz ograniczyć się do jednego i 2 małych posiłków (dozwolone ryby, nabiał i owoce morza)/ *strict fast – do not eat meat and limit yourself to one and 2 small meals (fish, dairy and seafood allowed).*

Post eucharystyczny – na godzinę przed przyjęciem Komunii świętej zabrania się przyjmowania pokarmów i napojów (z wyjątkiem wody i leków)/*Eucharistic fasting – one hour before receiving Holy Communion it is forbidden to take food and drink (except water and medicines).*

Post w Kościele rzymskokatolickim obowiązuje wiernych pomiędzy 18. a 60. r.ż., a młodzież od 14. r.ż. wstrzeźliwość w jedzeniu. Obecnie pości się w Środę Popielcową (trwa 40 dni do Wielkiego Czwartku) i w Wielki Piątek (post ścisły)/*Fasting in the Roman Catholic Church is obligatory for the faithful from 18 to 60 years of age, and for adolescents from the age of 14 abstinence in eating is advisable. He is currently fasting on Ash Wednesday (40 days until Holy Thursday) and Good Friday (strict fast).*

Zwolnieni z postu: osoby powyżej 60. r.ż. i dzieci, osoby niemogące pozwolić sobie na wybór produktów (sytuacja ekonomiczna, przygotowanie posiłków przez innych; muszą odbyć inną formę postu, np. jałmużna postna, modlitwa), osoby chore, starsze i ich opiekunowie nie muszą przestrzegać postu eucharystycznego/*Exempted from fasting: people over 60 years of age and children, people who cannot afford to choose products (economic situation, preparation of meals by others; one must undergo a different form of fasting, e.g. fasting alms, prayer), sick and elderly people and their caregivers do not need to observe Eucharistic fasting.*

Wiele zakonów męskich i żeńskich/*Many male and female orders.*

Zdrowie

Wiara jest istotnym elementem umożliwiającym osobom bez wiedzy medycznej zachować poczucie kontroli nad zdarzeniami związanymi ze zdrowiem. Zdrowie w języku cerkiewnosłowiańskim znaczy „zharmonizowany, zjednoczony”. Zdrowie jest zatem harmonią pomiędzy wolą człowieka, a łaską Bożą. Człowiek zdrowy, to człowiek wypełniający wolę Boga, dążący do doskonałości (przebóstwienie) i połączenia się ze Stwórcą [14]. Choroba jest następstwem odłączenia się od Boga i odrzucenia możliwości zjednania się z Nim,

co prowadzi do dysharmonii ludzkiej natury (zaburzenie w sferze cielesnej, duchowej i psychicznej). Choroba jest nie tylko wynikiem zaburzeń w funkcjonowaniu ciała i umysłu, ale i grzechu. Proces uzdrowienia wymaga zaangażowania chorego, lekarza oraz duchownego, a uzdrowienie jest nie tylko przywróceniem cielesnego zdrowia, ale i duchową odnową prowadzącą do zbawienia człowieka. W kulturze wschodniej istotnym elementem wpływającym na zdrowie jest rozpowszechniona medycyna ludowa, korzystanie z usług szeptuch i znachorów. W Polsce, zwłaszcza na Podlasiu, nadal

spotykane są praktykujące szeptuchy. Postępują się one gwarą o korzeniach ukraińskich bądź białoruskich, wyznają prawosławie, niektóre regularnie uczęszczają na cerkiewne nabożeństwa. Istnienie instytucji szeptuchy na podlaskiej wsi można powiązać zarówno z lecznictwem ludowym, jak i praktykami magicznymi, które zachowały się na tych terenach wraz z bogatą obrzędowością wschodniego prawosławia. Działalność szeptuch i znachorów jest mocno zakorzeniona na Białorusi i Ukrainie. Współistnienie dawnych pogańskich wierzeń z religią chrześcijańską wynika z liberalnego podejścia Kościoła wschodniego do tradycji pogańskich (na tereny wschodniej Rzeczypospolitej i Rusi nie docierały traktaty demonologiczne będące podstawą procesów o czary) [15]. Jak pokazują badania, osoby przesądne są bardziej skłonne do korzystania z usług medycyny ludowej i nieprzestrzegania zaleceń pielęgniarsko-lekarskich, co ma następstwa zdrowotne [16].

Namaszczenie chorych olejem świętym jest szeroko praktykowane w Kościele prawosławnym i grekokatolickim. Poza tym w rytuale uzdrawiania stosuje się relikwie świętych, ikony czy odprawienie mszy z modlitwami za chorego. Najważniejszym świętem prawosławnych Greków jest święto Zaśnięcia Bogurodzicy. W czasie święta odbywają się procesje z udziałem ikony Matki Boskiej (Megalohari), której dotknięcie prowadzi do uzdrowienia ciała i umysłu [17].

Z powodu ograniczeń finansowych i sytuacji politycznej rządowi ukraińskiemu nie udało się zapewnić wszystkim obywatelom bezpłatnego dostępu do opieki zdrowotnej. Jak podaje Demchenko w 2016 r. za ponad 52% usług medycznych musieli zapłacić sami pacjenci [18], którzy np. otrzymywali listę leków i opatrunków do zakupienia, niezbędnych do wykonania danej procedury medycznej. Pacjenci są zobowiązani przynieść ze sobą pościel i naczynia. Powszechne jest obdarowywanie drobnymi sumami pieniędzy lub prezentami lekarzy i pielęgniarek. Brak jasnych rozwiązań finansowania opieki zdrowotnej skutkowało powstaniem dużego rozdźwięku pomiędzy opieką prywatną, świadczącą usługi o wysokim standardzie, a opieką państwową. Następstwem tego było ograniczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych i rozwoju nieformalnych grup samopomocowych (osoby chore lub mające chorego w rodzinie), które udzielały porad medycznych, wskazówek, a nawet oferowały sprzedaż niewykorzystanych leków na portalach [18–19]. Do niedawna w Ukrainie można było kupić leki w aptece bez recepty (np. antybiotyki), co wielu pacjentom pozwalało unikać płatnych wizyt u lekarza. Należy pamiętać, że migranci ukraińscy nie znają polskiego systemu zdrowotnego, co budzi obawy i brak zaufania.

Zdrowie psychiczne

Kościół prawosławny upatruje przyczyn chorób psychicznych w opętaniu przez siły nieczyste, w życiu sprzecznym z wiarą, jak i w zmianach organicznych mózgowia. Prawosławni nie odtrącają chorego z zaburzeniami psychicznymi, wręcz przeciwnie, uważają, że poprzez swoje cierpienie zbliża się on do Boga. Choroba psychiczna nie urąga człowiekowi, który nosi nadal w sobie podobieństwo Boże i dąży do Przebóstwienia. Kościół uważa, że ze względu na różną etiologię zaburzeń psychicznych opiekę nad chorym jednocześnie powinien sprawować kapłan (jeśli przyczyn choroby upatruje się w zaburzeniu relacji z Bogiem) i lekarz. Duchowni popierają obopólną współpracę na rzecz dobra chorego i są świadomi potrzeby posiadania przez kapłanów podstaw wiedzy psychologicznej [20]. Mimo akceptującej postawy Kościoła, choroba psychiczna jest nadal wysoce stygmatyzująca dla wierzących. Społeczeństwo ukraińskie przejawia niewielki poziom tolerancji wobec chorych psychicznie, niechętnie szuka pomocy u psychiatry czy psychologa, co skutkuje również późniejszym postawieniem diagnozy [18].

Światopogląd prawosławny nie uznaje za chorych psychicznie tzw. saloitów (Bożych szaleńców), których odmienne zachowanie jest wynikiem głębokiej wiary, a nie choroby psychicznej. Fenomen jurodiwy (saloioty) jest specyficzny dla kultury prawosławnej i jest interpretowany jako forma przejściowa pomiędzy sacrum i profanum. Szaleńcze zachowanie jest sprzeciwem saloitów wobec konwencji ziemskiego życia i uwidacznia się tylko w obecności innych. Saloiści stale prowadzą walkę z nieczystymi siłami, żeby umożliwić zbawienie ludzkich dusz. Cechami charakterystycznymi „Bożych szaleńców” jest nieprzywiązywanie wagi do wyglądu zewnętrznego, niekonwencjonalne zachowanie (krzyczenie, głośne krytykowanie innych), wyobcowanie i kontemplacja, nawiedzanie przez demony, udawane szaleństwo, postępowanie się niezrozumiałym językiem, asceza [21].

Prawosławie nie ingeruje w metody leczenia chorób psychicznych, pozostawiając ich wybór lekarzowi i pacjentowi. Kościół postrzega personel medyczny jako nadchnionych wolą Boga pośredników realizujących plan uzdrawiania. Wszelkie metody terapeutyczne pochodzą od Boga („Bóg jest jedynym lekarzem, bo w istocie wszelkie środki lecznicze pochodzą ze stworzonej natury, której źródłem jest jej Stwórca,” Syr 1,1; por. Syr 38,1–7). Dopuszczalne jest zatem stosowanie elektrowstrząsów i przymusu bezpośredniego wobec chorego, np. przymusowe podanie leków lub unieruchomienie, jeśli wymaga tego stan chorego, zawsze

pamiętając o poszanowaniu godności ludzkiej i wybieraniu najmniej uciążliwych metod dla chorego [20].

Kościół prawosławny sprzeciwia się nadużywaniu alkoholu, który prowadzi do oddalenia się człowieka od Boga, destrukcji rodziny i chorób psychosomatycznych. Swoją sprzeciw Cerkiew wyraziła na XIII Soborze w Moskwie (2009 r.), zwracając się z apelem do władz Rosji, Ukrainy, Białorusi, Kazachstanu i Mołdawii o podjęcie radykalnych działań wobec alkoholizmu [22].

Wiara w „złe oko” jest wśród wierzących katolików bardzo rozpowszechniona. Przesąd ten narodził się w Mezopotamii, następnie rozprzestrzeniając się na inne starożytne kultury, przetrwał aż do czasów współczesnych. „Złe oko” to przekonanie, że spojrzenie ludzi nieżyczliwych, zazdrosnych lub pełnych podziwu może wywołać nieszczęście lub chorobę. Angielski filozof F. Bacon uważał, że „zazdrość ma w sobie coś z czarów”. Działanie „złego oka” objawia się nagłą nerwowością, niepokojem, obniżoną kontrolą złości i agresji, zaburzeniami snu (koszmary, częste budzenie się), zmęczeniem, narastaniem konfliktów w pracy i rodzinie, poczuciem zagubienia, problemami z koncentracją, brakiem apetytu, apatią, aż po urojenia (wyższości lub bycia nikim, poczucie bycia obserwowanym przez duchowy byt, lęk przed zachorowaniem) i halucynacje [23]. Kościół prawosławny postrzega „złe oko” jak działanie sił nieczystych i zaleca modlić się do Chrystusa, Anioła Stróża lub czytać Psalm 90.

Wierzący Kościoła prawosławnego i greckokatolickiego w przypadku choroby psychicznej chętnie szukają ratunku w rytuałach. Znaną uzdrawiającą rytuały chorych z zaburzeniami psychicznymi to udział w pielgrzymce na wyspę Kefalinia i w procesji z relikwiami św. Gerasimos, które mają moc wypędzania z chorego złych duchów. Rytuał tańca po rozżarzonych węglach (Anastenaria) pozwala nawiązać relacje z duchami, które chronią przed złymi duchami i uwalniają chorych od choroby psychicznej [17].

Planowanie rodziny

Kościół naucza, że głową rodziny jest mężczyzna, ale to w niczym nie umniejsza kobiecie i nie jest podstawą do nierówności. Teologia prawosławna zachęca małżonków do prokreacji, gdyż pozwala to na „rozpowszechnienie Królestwa Bożego na ziemi”. Kościół prawosławny w niewielkim stopniu ingeruje w rodzinę i pozostawia jej planowanie partnerom (dopuszczane są wszelkie formy antykoncepcji). Stosowanie się do zaleceń względem planowania rodziny jest tym wyższe, im wyższy jest poziom religijności małżonków. Pary bardziej zaangażowane w kultywowanie wiary mają większą liczbę dzieci, lepsze relacje ze swoim potomstwem, a kobiety lepiej znoszą „niedogodności” związane z ciąży

żą (niższy poziom depresyjności i lęku w czasie ciąży i po porodzie) [24].

Kościół prawosławny nie zaleca, ale i nie potępia zapłodnienia pozaustrojowego, które jest często postrzegane jako uprzedmiotowienie człowieka. Według Cerkwi każde nowo powstałe życie jest zgodne z zamiarem Boga. Wspólnota prawosławna akceptuje zapłodnienie in vitro homologiczne, gdyż nie dochodzi do naruszenia jedności małżeństwa. Prawosławie kategorycznie sprzeciwia się namnażaniu zarodków ludzkich i ich uśmiercaniu, ponieważ zgodnie z wiarą poczęcie biologiczne człowieka zbiega się z jego poczęciem duchowym (zarodek jest człowiekiem) [25]. Niedopuszczalne jest macieżyństwo zastępcze (surogatki).

Aborcja (jak i stosowanie środków wczesnoporonnych) jest w prawosławiu uważana za grzech śmiertelny obciążający zarówno rodziców jak i lekarza. Jednak w przypadku zagrożenia życia ciężarnej Kościół pozostawia wybór o aborcji kobiecie, jednocześnie nie odrzuca jej ze wspólnoty, modląc się o odpuszczenie jej grzechu. Aktualne prawa ukraińskie, białoruskie i rosyjskie dopuszczają aborcję na życzenie do 12. tygodnia ciąży, a później tylko wówczas, jeśli są wskazania medyczne lub gdy ciąża jest wynikiem czynu zabronionego.

Homoseksualizm

Prawosławie uznaje homoseksualizm i związki partnerskie osób tej samej płci jako dewiację i grzech (są sprzeczne z naturą człowieka i niosą zagrożenie dla wspólnoty i instytucji małżeństwa), które „należy uzdrowić modlitwą, postem i czytaniem Biblii” [22]. Kościół nie odmawia nikomu prawa do życia, poszanowania godności i aktywnego współtworzenia wspólnoty, mimo to sprzeciwia się dopuszczeniu osób homoseksualnych do wykonywania zawodów związanych z nauczaniem dzieci i zajmowania kierowniczych stanowisk w służbach mundurowych. Zmiana płci człowieka postrzegana jest jako sprzeciw wobec woli Bożej.

Śmierć, eutanazja i samobójstwo

Śmierć jest pojmowana w prawosławiu jako faza przejściowa pomiędzy życiem doczesnym a wiecznym [26]. Śmierć mózgu jest niewystarczającym dowodem na oddzielenie się duszy od ciała, ponieważ możliwości współczesnej medycyny pozwalają na podtrzymanie czynności życiowych. Cerkiew nie popiera nieefektywnych, uciążliwych terapii mających przedłużyć życie człowieka, przysparzających mu cierpienia i uniemożliwiających godną śmierć [26]. Śmierć jest procesem rozłożonym w czasie, od momentu ustania procesów biologicznych do opuszczenia ciała przez duszę. Dlatego czynności pogrzebowe rozpoczynają się na trzeci dzień od śmierci biologicznej. Według wiary przez ten

okres dusza przebywa w ciele i świadomie odbiera otoczenie, przygotowując się na zjednanie z Bogiem. W tym okresie odmawia się specjalną modlitwę na rozłączenie duszy i ciała (kapłan), czyta się Pismo Święte i modli się za zmarłego (tzw. panichida, która ma pomóc duszy uzyskać zbawienie). Trzeciego dnia dokonuje się rytuału obmycia ciała z zachowaniem należytego szacunku (ciało zmarłego jest postrzegane jako relikwia), ubiera się zmarłego w nowe szaty, co ma symbolizować przejście do innego wymiaru życia. Zmarłych duchownych nie obmywa się, ubierani są w odzież w jakiej sprawowali posługę Bogu (np. szaty kapłańskie, liturgiczne, mnisze). W ręce zmarłego wkłada się ikonę z wizerunkiem Chrystusa, a w dłonie kapłanów Ewangelię. Następnie ciało zmarłego jest przenoszone do cerkwi, gdzie odprawia się ostatnie nabożeństwo z uczestnictwem zmarłego (otpiewanie). Miejsce pochówku kapłan uświęca znakiem krzyża i sypie popiołem (ewentualnie olejem świętym, który służył namaszczeniu chorego). Prawosławni czczą zmarłych wielokrotnie w ciągu roku. Najistotniejszą jest tzw. Radonica (wywodząca się jeszcze z czasów pogańskich, przypadająca na 9 dzień po Wielkanocy), czyli modlitwy na grobach zmarłych. Rodziny w ten dzień przynoszą na groby poświęcone jedzenie, alkohol i razem ze zmarłym świętują zmartwychwstanie Chrystusa. Groby są ozdabiane kolorowymi wstążkami (Polska) lub przykrywane białym płótnem (Białoruś) [27]. Dzień św. Dymitra (8.11) jest jednym z kilku w roku, kiedy wierni Kościoła greckokatolickiego wspominają zmarłych. Groby swoich bliskich odwiedzają przede wszystkim w czasie Wielkanocy, kiedy odbywają się również procesje na cmentarzu.

Eutanazja jest potępiana przez Kościół prawosławny, gdyż tylko Bóg ma prawo decydować o życiu i śmierci człowieka [25]. Według teologów prawosławnych jest ona świadectwem utraty miłości do Boga i bliźniego oraz aroganckiego uzurpowania sobie prawa do boskiego działania („Nikt zaś z nas nie żyje dla siebie i nikt nie umiera dla siebie: jeśli bowiem żyjemy, żyjemy dla Pana; jeśli zaś umieramy, umieramy dla Pana. I w życiu więc i w śmierci należymy do Pana”; Rz 14, 7–8).

Samobójstwo jest surowo zabronione, gdyż jest postrzegane jako sprzeciw wobec woli Boga, jego zamiarów wobec człowieka („Bóg nie dopuści do wypróbowania ponad wasze siły i nie dozwoli was kusić ponad to, co potraficie znieść, lecz zsyłając pokusę, równocześnie wskaże sposób jej pokonania, abyście mogli przetrwać”; 1 Kor. 10, 13). Samobójstwo jest wynikiem utraty miłości do Boga, swoich bliskich i zarazem nadmiernej koncentracji na sprawach doczesnych. Samobójca odbiera sobie możliwość pokuty za swoje wcześniejsze grzechy, skazując się na wieczne potępienie. W takiej sytuacji nie odmawia się modlitwy za duszę i otpiewa-

nija (wyjątkiem jest brak świadomego podjęcia decyzji o samobójstwie, choroba psychiczna). Samobójstwo ma charakter stygmatyzujący i wiąże się z odrzuceniem samobójcy przez wspólnotę prawosławną. Cerkiew nie modli się za zmarłego, nie odmawia się otpiewania, nie wnosi się trumny do cerkwi, a zgodę na pochówek musi wyrazić biskup [28].

Transplantacja narządów

Cerkiew grecka i rosyjska uważa, że donacja narządów jest najwyższym aktem miłosierdzia uświęcającym człowieka – dawcę [26]. Jednocześnie sprzeciwia się uprzedmiotowieniu samopoświęcenia i świętości ciała poprzez sprowadzenie ich do rangi procedury medycznej unormowanej prawnie. Procedura pobrania przeszczepu powinna być poprzedzona świadomą zgodą dawcy (domniemana zgoda jest oznakiem braku szacunku dla człowieka) i zachowaniem należytego szacunku do ciała. Niedopuszczalne jest również używanie tkanek i narządów pobranych od płodów poddanych aborcji w celu leczenia chorób i odmładzania ludzi. Aktualnie Cerkiew nie popiera argumentu o niekompletności istoty ludzkiej (po donacji narządów i tkanek) w kontekście zmartwychwstania i życia wiecznego. Jednak wśród wielu wierzących nadal takie przekonania są powszechne, co może skutkować odmową na oddawanie narządów, zwłaszcza serca, które jest miejscem duchowego spotkania się z Bogiem.

Pielęgnacja ciała chorych prawosławnych odbywa się na podobnych zasadach, jak w Kościele rzymskokatolickim. Osoba pielęgnująca może wykonać czynności pielęgnacyjne u chorego przeciwnej płci. Zdarzyć się może, że starsze osoby mogą odmówić wykonania czynności przez mężczyzn. Należy również umożliwić siostrom lub braciom zakonnym wykonywanie czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych nad współzakonnikami. Pacjent powinien mieć możliwość praktykowania i posiadania symboli wiary, np. ikony, ręcznika lub przyjęcia komunii świętej lub, jeśli jest wymagane, namaszczenia chorych. Obłożnie chorzy mogą się modlić w łóżku w pozycji leżącej. Chorzy są zwolnieni z postów, jeśli jednak chcą pościć, powinni uprzednio skonsultować się z lekarzem.

Podsumowanie

W obecnych czasach ze względu na wzmożone ruchy migracyjne istnieje szczególna potrzeba kształcenia w zakresie opieki transkulturowej. Opieka pielęgniarska spełniająca oczekiwania chorego pod względem kulturowym stanowi wyzwanie dla personelu pielęgniarskiego. Pielęgniarka powinna świadczyć nie tylko opiekę medyczną odpowiadającą aktualnemu stanowi wiedzy medycznej, ale i potrzebom kulturowym chorego z in-

nego kręgu wyznaniowo-kulturowego. Działania pielęgniarskie muszą się charakteryzować akceptacją dla odmienności podopiecznego, wynikającej z różnic na tle religijnym, przewyciężaniem wewnętrznych uprzedzeń i stereotypów w celu osiągnięcia najwyższego poziomu opieki nad chorym. Okazywanie szacunku dla przyzwyczajzeń, upodobań i przekonań obowiązujących w kulturze, z której wywodzi się chory, stanowi podstawę do nawiązania kontaktu terapeutycznego, który przyspiesza proces powrotu do zdrowia i ułatwia pracę samej pielęgniarsce.

Piśmiennictwo

- Rozkrut D. Mały Rocznik Statystyczny Polski. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2021.
- Rozkrut D. Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2017. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2016. 78. 194–195.
- Wernerowna Rebelein A. Das Große Kirchenschema von 1054. München: GRIN Verlag; 2002. <https://www.grin.com/document/107677>. Data dostępu: 22.05.2022.
- Białkowska M. Co nas łączy, co nas dzieli. Przewodnik Katolicki. <https://www.przewodnik-katolicki.pl/Archiwum/2011/Przewodnik-Katolicki-3-2011/Wiara-i-Kosciol/Co-nas-laczy-co-nas-dzieli>. Data dostępu: 05.06.2022.
- Charkiewicz J. O ikonografii świętych w prawosławiu. *Elpis*. 2010; 12: 245–289.
- Informacje ogólne o Prawosławiu, <https://www.prawoslawie.pl/prawoslawie/o-prawoslawiu/informacje-ogolne/> Data dostępu: 05.06.2022.
- Froniewski J. Sakrament namaszczenia chorych w praktyce liturgicznej i teologii kościołów prawosławnych tradycji bizantyjskiej. *Teologia w Polsce*. 2013; 7: 25–41.
- Pruszyński JJ, Grabowska-Grzyba A. Potrzeby i oczekiwania prawosławnych chrześcijan w czasie choroby i schyłkowego okresu życia. *Gerontol Pol*. 2007; 15: 128–136.
- Bodys-Cupak I, Fąfara I, Ziarko E. Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi prawosławie. W: Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek-Tęcza B. (red.). *Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: PZWL; 2009: 44–54.
- Hołuszko M. Obywatele Polski wyznania prawosławnego. www.dibra.kul.pl/Content/27563/20_obywatele_polski.pdf . Data dostępu: 22.05.2022.
- Zwierzyńska E. Los wyhaftowany na płótnie, czyli historia ręcznika obrzędowego. krainabugu.pl/los-wyhaftowany-na-plotnie-czyli-historia-ręcznika-obrzedowego – Kraina Bugu. Data dostępu: 20.05.2022.
- Normy dotyczące postów dla wiernych Archieparchii Przemysko-Warszawskiej i Eparchii Wrocławsko-Gdańskiej Ukraińskiego Kościoła Greckokatolickiego, <https://wktorymkosciele.wordpress.com/posty-w-ukgk-w-polsce/>. Data dostępu: 23.05.2022.
- Musiał Z. Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi grekokatolicyzm. W: Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek-Tęcza B. (red.). *Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: PZWL; 2009: 55–61.
- Pietkiewicz P. Zdrowie człowieka i przyczyny jego utraty według antropologii prawosławnej. *Elpis*. 2018; 20: 253–257. DOI: 10.15290/elpis.2018.20.26.
- Sadanowicz E. Szeptuchy jako specyficzne zjawisko znachorskie pogranicza na Podlasiu. *Studia Społeczne*. 2018; 32: 190–207. DOI 10.15290/pss.2018.32.13.
- Taher M, Pashaeypoor S, Cheraghi A, Karimy M, Hoseini S. Superstition in health beliefs. Concept exploration and development. *J Family Med Prim Care*. 2020; 9: 1325–1330. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_871_19.
- Dallas T, Baroutsas NM, Dein S. The Power of the Divine: Religion, Rituals and Healing in Greece. *Ment Health Relig Cult*. 2020; 23: 718–732.
- Demchenko I. Reforma krajowego systemu opieki zdrowotnej Ukrainy: pierwsze wyniki i dalsze perspektywy. *Medyczna Wokanda*. 2018; 10: 169–184. DOI: 10.32055/mw.2018.10.14.
- Listopadska S. Różnice kulturowe polsko-ukraińskie z perspektywy pacjenta. [www.termedia.pl/Konferencja – Różnice kulturowe polsko-ukraińskie z perspektywy pacjenta – Intro | VOD – Termedia](http://www.termedia.pl/Konferencja-Różnice-kulturowe-polsko-ukraińskie-z-perspektywy-pacjenta-Intro-VOD-Termedia). Data dostępu: 05.08.2022.
- Sanecka A. Prawosławne spojrzenie na zagadnienia zdrowia psychicznego oraz związanej z nimi działalności medycznej i terapeutycznej. W: Płonki-Syroki B, Dąsala M. (red.). *Choroby i wybrane problemy medyczne w kontekście religijnym – teoria i praktyka*. Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich; 2020: 21–40.
- Boruszkowska I. Duchowość chrześcijańskiego Wschodu – Święci Jurodiwi – szaleni dla Chrystusa. *Figury chorych psychicznie w religii prawosławnej i kulturze wschodniej. Preteksty*; 2013: 5–14.
- Pawłowicz JJ. Implikacje moralne teologii wspólnoty małżeńsko-rodzinnej w nauczaniu Cerkwi prawosławnej i Kościoła rzymskokatolickiego. *Tuchów: Mata Poligrafia WSD Redemptorystów*; 2011: 363–384.
- Jakubik A. Kultura a zaburzenia psychiczne. *Studia Psychologiczne*. 2003; 4: 133–150.
- Komorowska-Pudło M. Rodzina i prokreacja w religiach monoteistycznych. Założenia doktrynalne a rzeczywistość empiryczna. *Studia Oecumenica*. 2016; 16: 421–439. DOI: <https://doi.org/10.25167/so.3291>.
- Aleksiejuk A. Antropologiczno-teologiczne wyznaczniki podejścia do zagadnień bioetycznych z prawosławnego punktu widzenia. *Studia Theologica Varsaviensia*. 2007; 45: 145–161.
- Sanecka A. Kościół prawosławny a medycyna transplantacyjna. W: Płonki-Syroki B, Dąsala M. (red.). *Choroby i wybrane problemy medyczne w kontekście religijnym – teoria i praktyka*. Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich; 2020: 81–97.
- Węgorowska K. Językowo-kulturowo-symboliczna zaduma nad północnokresowym kultem zmarłych utrwalonym w badaniach polskich uczonych różnych pokoleń. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis*. 2011; 6: 190–206.
- Fiedoruk P. Prawosławne spojrzenie na grzech samobójstwa. www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Kocvar8/subor/02_Fiedoruk.pdf. Data dostępu: 20.04.22.

Artykuł przyjęty do redakcji: 07.06.2022.

Artykuł przyjęty do publikacji: 31.01.2023.

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

LVR-Klinik Köln Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität



■ WYBRANE ASPEKTY TRWANIA W CZASIE PANDEMII

SELECTED ASPECTS OF LASTING DURING A PANDEMIC

Grażyna Jarząbek-Bielecka^{1, a}, Katarzyna Plagens-Rotman^{1, 2, b}, Marek Bielecki³, Antoni Jarząbek¹, Małgorzata Mizgier^{4, c}, Emilia Warchoń^{5, d}

¹ Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii, Klinika Ginekologii, Katedra Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Center for Sexology and Pediatric, Adolescent Gynecology, Division of Gynecology, Department Gynecology, Poznan University of Medical Sciences

² Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej, Wydział Medyczno-Społeczny w Jarocinie
University of Strategic Planning in Dąbrowa Górnicza, Social and Medical Faculty in Jarocin

³ Apteka „Medica”, Środa Wielkopolska, Nekla Wielkopolska
Pharmacy „Medica”, Środa Wielkopolska, Nekla Wielkopolska

⁴ Zakład Dietetyki Sportowej, Katedra Dietetyki, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu
Department of Sports Dietetics, Dietetic Division, Faculty of Health Sciences, Poznan University of Physical Education

⁵ Centrum Medyczne HCP w Poznaniu
HCP Medical Center in Poznań

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

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

^c <https://orcid.org/0000-0002-9533-2950>

^d <https://orcid.org/0009-0004-3642-4662>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2023.5>

STRESZCZENIE

W ciągu całego życia człowiek nabywa naturalnej świadomości pewnej etapowości, ale i przemijania. Pacjenci w różny sposób podchodzą do tych zagadnień i ma to szczególną specyfikę w okresie pandemii. Wskazane jest indywidualne podejście do każdego pacjenta, także i w tych kwestiach, co istotne jest także w promocji zdrowia w czasie pandemii. Warto promować zdrową dietę, aktywność fizyczną, unikanie sytuacji stresowych oraz konfliktów.

SŁOWA KLUCZOWE: medycyna, psychologia, COVID-19, pandemia.

ABSTRACT

Throughout life, a person acquires natural awareness of undergoing certain stages but also passing. Patients have different approaches to these issues, and this is of particular nature during the pandemic. It is advisable to approach each patient individually, also in these matters, which is important in health promotion during the pandemic as well. It is worth promoting a healthy diet, physical activity and avoiding stressful situations and conflicts.

KEYWORDS: medicine, psychology, COVID-19, pandemic.

Wstęp

Niezależnie od pandemii, zawsze jednym z najistotniejszych elementów mających wpływ na zdrowie jest promocja zdrowia, wiedza o zachowaniach prozdrowotnych, czynnikach ryzyka, profilaktyce oraz wiedza o czynnikach wpływających na uleczalność chorób. Zatem działania promujące zdrowie w okresie pandemii mają swoją specyfikę, a czas ten skłania do specyficznych refleksji.

Sytuacja stanu epidemii SARS-CoV-2 utrzymująca się praktycznie od początku roku 2020 wiele zmieniała w normalnym funkcjonowaniu całych społeczeństw. Nie tylko w kontekście samej choroby, ale pozbawienia kontaktu z rodziną oraz lęku przed zakażeniem. Niekie-

dy mówi się wręcz o zbiorowej traumie. Lęk taki potrafi przybierać formę tzw. „lęku panicznego”.

Pojawiły się też inne, złożone problemy rodzinne natury nie tylko psychologicznej, które rozpatrywać należy indywidualnie [1–7]. W następstwie tych sytuacji powstają napięcia i frustracje będące przyczyną konfliktów. Zdarzają się niestety problemy dotyczące relacji partnerskich, a także problemy w relacjach rodzinnych, pokoleniowych. W reakcji na stres bywa też, że podejmowane są różne nieprawidłowe wybory żywieniowe.

Okolo 40% osób próbuje poradzić sobie z negatywnymi emocjami, przyjmując zwiększone ilości pożywienia, a u kolejnych 40% stres powoduje dokładnie odwrotny efekt, czyli znaczne ograniczenie spożycia

energii/kalorii. Jedzenie w sytuacjach stresowych uspokaja i poprawia nastrój, ale niestety ma negatywne następstwa [1, 3–5].

Złe nawyki żywieniowe okresu pandemii powodują większe narażenie na stres oksydacyjny. Termin ten pojawił się w literaturze naukowej od połowy lat 80. XX wieku. Jednak procesy związane z tym stanem były od dawna przedmiotem zainteresowania naukowców [7, 8]. Stres oksydacyjny występuje w organizmie, gdy zaburzona zostaje równowaga między procesami pro- i antyoksydacyjnymi [8, 9]. Przewaga procesów prooksydacyjnych może być wywołana nadmierną produkcją reaktywnych form tlenu i azotu (RONS, reactive oxygen and nitrogen species), a także niewystarczającą ilością przeciwutleniaczy. Gdy taki stan występuje krótko, stymulowane są mechanizmy obronne organizmu i równowaga zostaje przywrócona. W przypadku długotrwałego stresu oksydacyjnego dochodzi do uszkodzenia komórki, przede wszystkim w wyniku utleniania lipidów, węglowodanów, białek i kwasów nukleinowych [7–10].

Stres związany z sytuacją pandemii, czasem brak aktywności fizycznej, izolacja mogą też spowodować eksplozję epidemii otyłości. Potrzebne są zatem działania, które będą nie tylko chronić przed wirusem, ale i zapewnią zdrowie psychiczne, seksualne oraz metaboliczne. Pacjentom warto przypominać, że niezwykle ważny dla utrzymania prawidłowej masy ciała jest optymalny bilans energetyczny, który uwarunkowany jest prawidłową podażą energii uwzględniającą odpowiednią dla wieku aktywność fizyczną, spoczynkową przemianą materii oraz warunkami termicznymi otoczenia.

Dodatni bilans energetyczny występuje, gdy ilość energii spożywanej jest wyższa od wydatkowanej. Nieprawidłowe nawyki żywieniowe prowadzą do nadwagi i otyłości, co często obserwuje się także u dzieci i nastolatków. Dojść może wtedy dalej do rozwoju chorób metabolicznych, w tym cukrzycy, insulinooporności, nadciśnienia tętniczego, hiperlipidemii, niealkoholowego stłuszczenia wątroby. Dowiedziono, że do otyłości i chorób będących często jej konsekwencją prowadzi w szczególności nadmierna podaż energii generowana spożyciem cukrów prostych i sacharozy, ale także innych cukrów złożonych (np. maltozy, polimerów glukozy) obecnych w słodyczach, wyrobach cukierniczych, napojach słodzonych, zwłaszcza syropami glukozowo-fruktozowymi [3].

W okresie pandemii, związanym z izolacją pisano, iż obserwuje się także obniżenie dobrostanu fizycznego i psychicznego pacjentów. Niestety czas spędzony przed ekranem w okresie zdalnego nauczania zasadniczo wzrasta [2]. Wśród uczniów, rodziców oraz nauczycieli widoczne są wyraźne symptomy nadużywania mediów cyfrowych. Przemęczenie, przeładunek infor-

macjami, niechęć do korzystania z komputera i internetu oraz rozdrażnienie z powodu ciągłego używania technologii informacyjno-komunikacyjnych to najczęściej występujące objawy zmęczenia cyfrowego i kolejny problem mający negatywny wpływ na zdrowie. Wydaje się, że z punktu widzenia zdrowia owo przemęczenie, a także wszelkie napięcia i frustracje związane z sytuacją pandemii warto byłoby rozładowywać na przykład poprzez gimnastykę, a na pewno nie jest wskazane zjadanie problemów czy prowokowanie konfliktów.

Aktywność fizyczna

Wśród zaleceń na czas pandemii Tedros Adhanom Ghebreyesus, dyrektor generalny WHO, zwrócił uwagę na znaczenie aktywności fizycznej. Badania wykazały, że ćwiczenia fizyczne mogą wpływać na układ odpornościowy organizmu. Odporność na wysiłek odnosi się zarówno do odpowiedzi ogólnoustrojowej (odpowiedź komórkowa całego ciała), jak i błony śluzowej (błony śluzowej dróg oddechowych) na czynnik zakaźny. Za stymulujące system odpornościowy uznaje się wysiłki o umiarkowanej intensywności, wykonywane codziennie przez co najmniej 40 minut, ale niedoprowadzające do przemęczenia. Należy pamiętać, że wykonywanie wysiłków o dużej intensywności, trwających dłużej niż 90 minut, zwiększa podatność organizmu na infekcje nawet do trzech dni po ich zakończeniu.

Warto przekazać wiedzę, że osoby podejmujące aktywność fizyczną o dużej intensywności powinny zadbać o odpowiednio długi czas odpoczynku, celem odzyskania sprawnego funkcjonowania układu immunologicznego, a dla wzmocnienia systemu odpornościowego warto dbać o prawidłowy sposób żywienia (a szczególnie właściwym zaopatrzeniu organizmu w witaminy i składniki mineralne), odpowiednią ilość snu oraz higienę osobistą i zmniejszenie narażenia na dodatkowe stresy, na przykład konflikty rodzinne.

Za optymalne uważa się 40 minut umiarkowanie intensywnej aktywności fizycznej każdego dnia dla osoby dorosłej, a w przypadku dzieci i młodzieży dzienna dawka ruchu powinna być zbliżona do godziny. Warto zadbać, jak podkreślono, o dietę. Dodatkowy czas spędzony w domu można przeznaczyć na gotowanie i przygotowywanie zbilansowanych, zdrowych posiłków.

Zmiana trybu życia w okresie pandemii związana też z pracą zdalną powoduje specyfikę nowych zadań nie tylko w praktyce lekarza i pielęgniarki rodzinnej. Promocja zdrowia w okresie pandemii to jedno z takich zadań [11–17]. Warto tu podkreślić, że promocja zdrowia to szereg działań prowadzących do zapewnienia odpowiednich warunków życia, pracy, kształcenia, kultury fizycznej oraz wypoczynku i rekreacji. Zdrowie uważa się za potencjał zdolności przystosowania się

organizmu do wymogów środowiska, a wg WHO jest to stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności. Zdrowie to również zdolność do pełnienia ról społecznych, adaptacji do zmian środowiska i radzenie sobie z tymi zmianami. Sytuacja stanu epidemii SARS-CoV-2 niesie za sobą specyficzny rodzaj zmian. Przekazywanie wiedzy związanej z promocją zdrowia jest ważne zarówno w praktyce lekarskiej, poradnictwie farmaceutycznym, jak i praktyce pielęgniarstwa [1, 2, 4, 11–14].

W praktyce lekarskiej i pielęgniarstwa jest ważne indywidualne, pełne empatii i profesjonalizmu podejście do pacjentów oraz znajomość problemów środowiska, w którym żyje pacjent, jego rodzina, i aktualnych problemów społecznych oraz kwestii kulturowych [18, 19].

Przez całe swoje życie człowiek nabywa naturalnej świadomości pewnej etapowości, ale i przemijania – każdy pacjent trochę inaczej podchodzi do tego typu zagadnień. Świadomość przemijania w dobie pandemii to refleksja, która pojawia się w wyznaniach pacjentów podczas wizyt lekarskich, nie tylko tych związanych bezpośrednio z zakażeniem COVID-19. Pacjenci w wywiadach mówią nie tylko o swoich dolegliwościach, ale i manifestują lęk przed śmiercią, przemijaniem. Wskazane jest indywidualne podejście do każdego pacjenta, także i w tych kwestiach, co istotne jest także w promocji zdrowia psychicznego [1, 2].

Zdarzają się stwierdzenia od pacjentów, że im więcej wiedzą z mediów o kolejnych falach zakażeń COVID-19, tym częściej pojawiają się myśli o śmierci i przemijaniu związane z lękiem o przyszłość swoją, rodziny, bliskich. Niektórzy pacjenci wręcz mówią: „co będzie z tym światem?”, „co czeka ludzkość?”. Według psychologów naturalna jest reakcja odruchowa na bezpośrednie zagrożenie życia. Zagadnienie podejścia człowieka do zjawiska przemijania warto analizować interdyscyplinarnie w kontekście nauk o zdrowiu, medycyny, ale i nauk humanistycznych, jak historia medycyny czy filozofia medycyny, a także literatury czy sztuki w ogóle. Nastawienie do tego typu zagadnień uwarunkowane jest wieloma czynnikami kulturowymi, w tym medycznymi i cywilizacyjnymi.

Świadomość przemijania i śmierci

Z badań dziejów kultury ludzkiej wynika, że już człowiek pierwotny miał świadomość przemijania i śmierci. Człowiek z jednej strony się lęka, ale z drugiej mobilizuje się do walki o przetrwanie mimo zagrożeń, czego przykładem jest pandemia. Odczuwany ciągły strach człowiek stara się nierzadko podświadomie zredukować, m.in. przez wyrażenie swych obaw podczas wizyty u lekarza, która wcale nie musi być związana z zakażeniem COVID-19. Wywiad lekarski wielu pacjentów traktuje

jako moment, kiedy wypowiadają swe obawy choćby dla owego zredukowania stresu związanego z życiem w czasie pandemii. Niestety psychologowie ostrzegają, że podwyższona świadomość własnej śmiertelności motywuje nierzadko predysponowane osoby do irracjonalnych, a nawet niebezpiecznych działań, których celem jest odsunięcie lęku przed śmiercią.

Świadomość przemijania może powodować stan, w którym lęk może być wręcz obezwładniający, co przeradza się następnie w konieczność jego wypierania. To zaś stanowi szansę do wykształcenia postawy otwartości wobec nowych doświadczeń, współczucia i stworzenia głębokich więzi z innymi [4].

Rozmawiając z pacjentami na tematy związane z ich lękami o przemijaniu czy śmierci, warto podkreślić, że tematyka ta jest naturalną składową człowieczeństwa i pojawia się ona w filozofii oraz literaturze [3, 5]. Można tu postawić się przykładem dzieł poetów wyklętych, jakim to mianem określano trójkę francuskich poetów tworzących pod koniec XIX wieku. Charles Baudelaire, Paul Verlaine i Arthur Rimbaud za cel swojej twórczości obrali zaskakiwanie i szokowanie odbiorcy, przez co byli określani takim tytułem. W swych utworach często poruszali tematy z jednej strony miłości, piękna, z drugiej samozatrącenia, śmierci, piękna i brzydoty, zestawiając te tematy z sobą [5]. Buntowali się wobec zastanej rzeczywistości, łamali normy społeczne, do sztuki podchodzili w sposób nowoczesny i niekonwencjonalny. Dobrym przykładem tekstu poruszającego te kwestie jest „Padlina” Charlesa Baudelaire’a, w którym podmiot liryczny wprowadza nastrój miłosnego spotkania kochanków w parku. Po takim wstępie opisuje widok padliny w fazie rozkładu, co mocno kontrastuje z tak przeciwnym wydarzeniem, schadzka ukochanych. Osoba wypowiadająca się przemawia do wyobraźni czytelnika dzięki zastosowaniu synestezji zmysłów. Przywołuje bodźce słuchowe (brzęczące muchy), dotykowe (gęsta ciecz), wzrokowe (kolory, kwiaty) i zapachowe (zapach zgnilizny), co przybliży odbiorcy ten obraz. Dokładny opis ciała rozkładanego przez słońce podkreśla potęgę natury, ponieważ jest to proces, którego nie można zatrzymać i dotyczy każdego. Wszystko to pokazuje ulotność i przemijanie ludzkiej egzystencji, nieuchronną śmierć. Według podmiotu lirycznego jedyną rzeczą wieczną jest poezja, która nawet po śmierci autora, będzie trwać.

Podobne nastawienie do życia i śmierci pokazuje Hans Baldung Grien na obrazie „Piękna z lustrem i śmiercią”. Ukazuje na nim trzy etapy życia ludzkiego na podstawie postaci kobiety: dzieciństwo, młodość oraz starość. Nad głową młodej i pięknej kobiety wychudzona postać trzyma klepsydę symbolizującą nieuchronne przemijanie życia.

Następnym przedstawicielem poetów wyklętych jest Paul Verlaine, którego utwór „Niemoc” jest uznany za manifest dekadentów. Również porusza w nim temat przemijania, a za jego przykład podaje Cesarstwo Rzymskie, które miało trwać po wsze czasy, lecz zostało zgubione przez rozpustę, nudę i pychę. Podmiot liryczny podkreśla wielkość tego mocarstwa, mówiąc o jego zgubie jako „wielkim konaniu”. Podobne nastroje, które zgubiły Rzym, ogarnęły również Europę pod koniec XIX wieku. Powtarzalność i znudzenie popchnęło artystów do szukania ukojenia w sztucznych rajach, na przykład alkoholu i narkotykach. Wszystko to wzmocniło poczucie melancholii i nihilizmu egzystencjalnego. Osoba wypowiadająca się mówi o tym, że wszystkiego już doświadczyła i jest na etapie końca życia. W tekście pojawiają się wykrzyknienia, które pokazują jej emocjonalność. Cały tekst obrazuje ludzką niemoc i bezsilność wobec aktualnej sytuacji.

Trzecim i ostatnim przedstawicielem poetów wyklętych jest Arthur Rimbaud, który we wczesnym wieku rozpoczął swoją przygodę z poezją, lecz równie szybko ją skończył. Tworzył między szesnastym a dwudziestym rokiem życia. Jako nastolatek nawiązał kontakt z Pauliem Verlainem, któremu wysyłał swoje dzieła. Starszy kolega przyjął go u siebie w Paryżu i wprowadził w wielkomięskie środowisko artystyczne. Młody pisarz w swym utworze pt.: „Moja bohema” łamię przyjęte zasady sonetu, mówiąc o modernistycznych tematach w klasycznej formie literackiej. Podmiot liryczny tekstu jest marzycielem i wędrowcem, co spełnia topos homo viator, czyli podróżnika. Postać opisana jest w momencie przechadzki po paryskich ulicach. Swoim ubiorem pokazuje wzdętą dla zastanej rzeczywistości i tłumy, o których wypowiada się z szyderstwem i wzdętą. Jako twórca natchnienie do tworzenia czerpie z marzeń o miłości oraz gwiazd i szelestu liści, przez co docenia naturę, którą dokładnie opisuje, używając epitetów (dobre wieczory wrześniowe, rosa kroplista). Jedyną wartością w jego życiu jest akt tworzenia i sama sztuka, która jest wieczna i dla której jest gotowy poświęcić swoje życie [5].

Sharma [21] wskazuje, że gdy życie wokół niego pogrążyło się w chaosie i zamieszaniu związanym z wybuchem pandemii COVID-19 zaczął szukać sensu w dostępnej literaturze, a DeVries i Sunden [21] odkryli znaczenie biblioterapii. Biblioterapia polega na wykorzystaniu tekstu (literackiego, fabularnego, poezji itp.) w celu umożliwienia czytelnikom zrozumienia, a jednocześnie wyrażenia swoich emocji i uczuć. „Biblioterapia jest wykorzystywana jako narzędzie i proces pozwalający jednostkom przemyśleć, zrozumieć i przepracować problemy społeczne i emocjonalne” [22].

Uznaje się biblioterapię za przydatne narzędzie interwencyjne. Dzięki biblioterapii następuje proces dostarczający odbiorcom technik rozumienia i radzenia sobie z ich uczuciami i emocjami w danej, często traumatycznej sytuacji. Biblioterapia dostarcza jednocześnie jakby mapy wyjścia z traumatycznych okoliczności poprzez zrozumienie stanu rzeczy, uświadomienie sobie możliwych alternatywnych rozwiązań i nauczenie się radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Biblioterapia działa także poprzez ułatwienie procesu doświadczania trudnych sytuacji i ich prawdopodobnych rozwiązań dzięki poznaniu losów i postaw bohaterów literackich [23–25].

Riordan i Wilson zdefiniowali biblioterapię jako ustrukturyzowane czytanie tekstu w celu zrozumienia sytuacji osobistej lub rozwiązania osobistego problemu w sensie terapeutycznym [26].

W zasadzie biblioterapia wykorzystuje literaturę jako metodę terapii w celu promowania dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego. Czernianin i wsp. [27] stwierdzają, że biblioterapia działa poprzez swoją treść literacką i doświadczenia estetyczne na życie duchowe czytelnika, aspekt emocjonalny, religijny, świadomościowy oraz stan psychiczny i cechy osobowości.

Warto tu wspomnieć, także w kontekście terapeutycznych poszukiwań nie tylko w okresie pandemii, że wobec stwierdzonego leczniczego oddziaływania sztuki wyłoniła się nawet samodzielna dyscyplina naukowa – arteterapia. Za prekursora terapii poprzez sztukę uznany został Adrian Hill – brytyjski artysta, który w 1942 roku jako pierwszy użył tego terminu art therapy [28]. Sztuka od początku była bowiem jednym ze sposobów wyrażania siebie.

W czasach pandemii takie odwołania do sztuki czy odwołania literaturowe mają szczególną wymowę. Wszystkie te przedstawione tu przykładowe odwołania charakteryzują się wspólnym pesymizmem, opowieścią o przemijaniu oraz miłością do sztuki. W ten sposób trójka poetów buntowała się wobec mieszczańskiej konwencji. Utwory poetów wyklętych zdają się jakby nawiązywać do myśli Hipokratesa „vita brevis, ars longa”, co oznacza „życie krótkie – sztuka długotrwała”.

Podsumowanie

Świadomość przemijania nie powinna jednak napawać pesymizmem, a raczej uzmysławiać wartość każdej chwili życia i wartość wiary, co jest silnie związane z kwestiami psychologicznymi i medycznymi. W tym kontekście należy podkreślić znaczenie współpracy lekarza i pielęgniarki z psychologiem [1, 4]. Warto w tym miejscu podkreślić, że sytuacja pandemii, jako wyjątkowa sytuacja kryzysowa, skutkowałą wieloma różnymi obciążeniami także dla samych lekarzy i pielęgniarek.

Piśmiennictwo

1. WHO: Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences. World Health Organization, Geneva, 2009.
2. Żołnierczyk-Zreda D. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy Epidemia z perspektywy pracownika – wybrane problemy psychologiczne i sposoby radzenia sobie z nimi. *Bezpieczeństwo Pracy. Nauka Prakt.* 2020; 6: 4–7.
3. <https://amu.edu.pl/dla-mediow/komunikaty-prasowe/naukowcy-donosza-samopoczucie-psychiczne-po-okresie-z-dalnej-edukacji-pogorszylo-sie-najbardziej-u-nauczycieli> (data dostępu: 02/11/2022).
4. Jarząbek-Bielecka G, Madziar K, Bojanowska K, Kędzia W, Plagens-Rotman K, Bielecki M, Jarząbek A. The outline of the problem of suffering and pain in GP practice. Selected medical and humanistic aspects – also in the context of the coronavirus pandemic. *Med Rodz.* 2020; 23, 1: 22–25.
5. Imieliński K. *Seksuologia. Mitologia, historia, kultura.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 1989: 9–553.
6. <https://web.swps.pl/strefa-psyche/blog/relacje/21745-trening-uwaznosci-zmniejszy-lek-przed-pandemia> (data dostępu: 02/11/2022).
7. <https://histmag.org/Trzech-poetow-wykletych> (data dostępu: 13/11/2022).
8. <https://izba-lekarska.pl/monitor-lekarski/odczuwasz-obciazenia-zwiazane-z-koronawirusem-izba-zapewnia-lekarzom-wsparcie-psychologiczne/> (data dostępu: 13/11/2022).
9. Ognik K, Cholewińska E. Biomarkery wykorzystywane w ocenie oksydacyjnych uszkodzeń białek. *Kosmos* 2018; 67(2): 347–359.
10. Karolkiewicz J. Wpływ stresu oksydacyjnego na strukturę i funkcje komórek oraz konsekwencje wynikające z uszkodzeń wolnorodnikowych – związek z procesami starzenia. *Gerontol Pol.* 2011; 19(2): 59–67.
11. Czajka A. Wolne rodniki tlenowe a mechanizmy obronne organizmu. *Now Lek.* 2006; 75(6): 582–586.
12. Jarząbek-Bielecka G, Buks J, Mizgier M, Bielecki M, Pisarska-Krawczyk M, Wilczak M, Potasińska-Sobkowska A, Kędzia W. The role of diet and physical activity in the prevention of sexual dysfunction associated with the problem of diabetes, metabolic syndrome, polycystic ovary syndrome. *Pol Prz Nauk Zdr.* 2016; 3: 263–268.
13. www.nature.com/articles/s41574-020-0387 (data dostępu: 05/06/2022).
14. Plagens-Rotman K, Merks P, Jarząbek-Bielecka B, Mizgier M. Does the consumption of pasta, rice and groats affect the risk of cancer of women's reproductive organs and breast? *Eur J Gynaecol Oncol.* 2021; 42, 4: 655–661.
15. Jarząbek-Bielecka G, Plagens-Rotman K, Mizgier M, Opydo-Szymaczek J, Jakubek E, Kędzia W. The importance of use of the FSFI questionnaire in gynecology and venerology: a pilot study. *Post Derm Alerg.* 2021; 38, 3: 480–485.
16. Jarząbek-Bielecka G, Plagens-Rotman K, Mizgier M, Merks P, Czarnecka-Operacz M, Kędzia W, Bielecki M. Medyczne i humanistyczne zagadnienia związane z psychodermatologią w praktyce lekarza rodzinnego, ginekologa i seksuologa. *Medical and humanistic issues related to psychodermatology in the practice of a family doctor, gynecologist and sexologist.* *Med Rodz.* 2020; 23, 3: 96–98.
17. Plagens-Rotman K, Jarząbek-Bielecka G, Bielecki M, Mizgier M, Kędzia W. Wybrane aspekty zdrowia seksualnego z uwzględnieniem medycyny rodzinnej i aspektów poradnictwa aptekarskiego także w kontekście okresu przekwitania. Selected aspects of sexual health, including family medicine and aspects of pharmacy counseling (antyinging too). *Med Rodz.* 2020; 23, 3: 87–90.
18. <http://www.csir.pk.edu.pl/aktywnosc-fizyczna-w-czasie-epidemii-koronawirusa/> (data dostępu: 05/06/2022).
19. Jarząbek-Bielecka G, Bielecki M. Znaczenie metod komunikacji w medycynie i aptekarstwie z uwzględnieniem wybranych aspektów z historii medycyny i arteterapii. *Maszynopis Med Rodz.* 2022.
20. Sharma D. Reading and rewriting poetry on life to survive the COVID-19 pandemic. *J Poetry Ther.* 2021; 34: 2: 95–108.
21. DeVries D, Sunden S. Bibliotherapy with children who have a sibling with a disability. *J Poetry Ther.* 2019; 32(3): 135–155.
22. McCulliss D, Chamberlain D. Bibliotherapy for youth and adolescents-school-based application and research. *J Poetry Ther.* 2013; 26(1): 13–40.
23. Goddard AT. Children's books for use in bibliotherapy. *J Pediatr Health Care.* 2011; 25(1): 57–61.
24. Kurrt SA, Gavigan KW. Understanding (dis)abilities through children's literature. *Education Libraries* 2017; 31(3): 23–31.
25. Lucas CV, Soares L. Bibliotherapy: A tool to promote children's psychological well-being. *J Poetry Ther.* 2013; 26(3): 137–147.
26. Riordan RJ, Wilson LS. Bibliotherapy: Does it work? *J Counseling Dev.* 1989; 67(9): 506–508.
27. Czernianin W, Czernianin H, Chatzipentidis K. Bibliotherapy: A review and perspective from Poland. *J Poetry Ther.* 2019; 32(2): 78–94.
28. Łoza B, Chmielnicka-Plaskota A. (red). *Arteterapia: część 1.* Warszawa: Difin; 2014. 25.

Artykuł przyjęty do redakcji: 23.06.2022.

Artykuł przyjęty do publikacji: 06.03.2023.

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@gmial.com



■ OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD CHORYM Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM – STUDIUM PRZYPADKU

NURSING CARE IN PATIENTS WITH CEREBRAL PALSY. CASE STUDY

Gabriela Izabela Szulerowicz¹, Barbara Grabowska-Fudala^{2, a}

¹ studentka III roku, studia pierwszego stopnia, kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
3rd year nursing undergraduate student, Department of Health Sciences, Poznan University of Medical Sciences

² Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Department of Neurological Nursing, Poznan University of Medical Sciences

^a <https://orcid.org/0000-0002-9378-7310>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2023.6>

STRESZCZENIE

Wstęp. Mózgowe porażenie dziecięce to zespół zaburzeń rozwoju układu ruchu oraz postawy spowodowany niepostępującym uszkodzeniem mózgu w okresie płodowym lub niemowlęcym, skutkujący ograniczeniem aktywności. Wyróżnia się jego 3 główne postacie: spastyczną, dyskinetyczną i ataktyczną.

Cel. Celem pracy jest przedstawienie planu opieki pielęgniarskiej nad nastoletnią osobą z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Materiał i metody. Na podstawie opisu przypadku przedstawiono plan opieki pielęgniarskiej nad chorą z czterokończynowym, spastycznym mózgowym porażeniem dziecięcym w trakcie hospitalizacji.

Wnioski. 1) Opieka pielęgniarska nad pacjentem z mózgowym porażeniem dziecięcym jest ukierunkowana na wspieranie i pogłębianie jego samodzielności i zdolności do samoopieki. 2) W trakcie sprawowania opieki pielęgniarskiej nad chorym z mózgowym porażeniem dziecięcym duże znaczenie ma świadomość zespołu pielęgniarskiego na temat odrębności zachowania chorego, jego reakcji oraz wrażliwości. 3) W opiece pielęgniarskiej nad chorym z mózgowym porażeniem dziecięcym ze względu na złożoność jego potrzeb, istotną jest współpraca pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego.

SŁOWA KLUCZOWE: mózgowe porażenie dziecięce, opieka pielęgniarska, spastyczność mięśni, przewlekłe ograniczenie aktywności, opis przypadku.

ABSTRACT

Introduction. Cerebral palsy is a group of musculoskeletal and posture-related developmental disorders caused by non-progressive brain damage in the fetal or infancy period, resulting in a limited activity. There are three main forms of it: spastic, dyskinetic and atactic.

Aim. The aim of the work is to present a nursing care plan for a teenage person with cerebral palsy.

Material and methods. On the basis of a case study, a plan of nursing care for a patient with tetraplegia and spastic cerebral palsy during hospitalization was presented.

Conclusions. 1) Nursing care for a patient with cerebral palsy is aimed at supporting and enhancing his independence and self-care ability. 2) During the nursing care of a patient with cerebral palsy, the nursing team's awareness of the specifics in the patient's behaviour, reactions and sensitivity is of great importance. 3) In the nursing care of a patient with cerebral palsy, due to the complexity of his needs, cooperation between members of the therapeutic team is important.

KEYWORDS: cerebral palsy, nursing care, muscle spasticity, chronic limitation of activity, case study.

Wstęp

Według definicji, która została sformułowana w 2006 roku, mózgowe porażenie dziecięce (ang. cerebral palsy, MPD) to zespół zaburzeń rozwoju układu ruchu oraz postawy spowodowany przez niepostępujące uszkodzenia mózgu płodu lub niemowlęcia, które skutkują ograniczeniem aktywności [1]. Poza trudnościami motorycznymi w MPD występują także: padaczka (30–65%), zaburzenia wzroku

(50%), zaburzenia mowy (50%), zaburzenia słuchu (25%) oraz zaburzenia zachowania – drażliwość, agresja [2]. W krajach wysoko rozwiniętych występowanie MPD szacuje się na 2,11 na 1000 urodzonych dzieci, a w Polsce na 2–2,5 na 1000. Istnieją 3 główne postacie MPD (spastyczna, dyskinetyczna i ataktyczna). U niektórych dzieci występuje także postać hipotoniczna z powodu zajęcia obwodów mózdkowych lub pozapiramidowych [3].

Postacie spastyczne

Pacjenci z tym typem porażenia mają objawy zaburzeń funkcjonowania górnych neuronów ruchowych, w tym: spastyczność, hiperrefleksję oraz objaw podeszwowy. *Obustronne porażenie kurczowe (diplegia spastyczna)* dotyczy pacjentów z dużymi zaburzeniami motorycznymi, szczególnie w kończynach dolnych, zachowana jest zazwyczaj motoryka mała w kończynach górnych. Zwykle powiązana jest z występowaniem leukomalacji okołokomorowej i zawałem krwotocznym okołokomorowym. U części pacjentów z tej przyczyny mogą występować problemy ze wzrokiem. *Spastyczne porażenie cztero kończynowe (quadriplegia spastyczna)* – dzieci z tym rodzajem porażenia mają głębokie zaburzenia motoryczne. W niemal jednakowy sposób objęte są nim kończyny górne oraz dolne, znaczna część dzieci ma także ograniczenia mowy, rozwoju języka, zaburzenia wzroku, epilepsję oraz trudności w przyjmowaniu pokarmów. *Spastyczne porażenie połowicze (hemiplegia spastyczna)* – jest to typ porażenia, którym bardziej dotknięte są kończyny górne niż dolne. Występują w nim ruchy mimowolne (atetotyczne) połączone ze spastycznością. U znacznej części dzieci ze spastycznym porażeniem połowicznym występują również deficyty sensoryczne, objawiające się jako osłabienie mięśni po stronie dotkniętej chorobą, nie są one powiązane z zaburzeniami motorycznymi. Z tą postacią porażenia bywa również powiązane upośledzenie umysłowe, hemianopia (utrata połowy pola widzenia) i inne wady wzroku. Zauważalne w tej grupie pacjentów są również problemy natury behawioralnej, takie jak stany lękowe, zaburzenia opozycyjno-buntownicze i specyficzne fobie [3].

Postacie dyskinetyczne (pozapiramidowe)

U pacjentów z dyskinetycznym porażeniem mózgowym często występuje więcej niż jeden rodzaj ruchu mimowolnego oraz sztywnienie kończyn w trakcie próby ruchu lub pod wpływem emocji. Odruchy ścięgniste mogą być niezaburzone lub ich wywołanie może być utrudnione. Ruchy mimowolne mogą pojawić się również w spastycznym typie porażenia, jednak postać dyskinetyczną odróżnia brak przykurczów. *Choreoatetoidowe porażenie mózgowie* – typowe dla tego rodzaju porażenia są szybkie, nieskoordynowane i mimowolne skurcze mięśni lub grup mięśni twarzowych, opuszkowych, proksymalnych kończyn i palców. Charakterystyczne są także powolne, wijące się ruchy mięśni dystalnych kończyn. Często występuje także swoisty grymas twarzy, który może powodować dysfunkcje w obrębie jamy ustnej oraz gardła. *Dystoniczne porażenie mózgowie* – jego cechą charakterystyczną są równoczesne skurcze mięśni agonistycznych i antagonistycznych. Przeważnie są

one obserwowane razem z innymi objawami piramidowymi oraz dyzartią [3].

Postać ataktyczna (mózdkowa)

Ten typ porażenia występuje rzadko i w jego przypadku konieczne jest właściwe rozróżnienie go od zaburzeń neurodegeneracyjnych. U tych dzieci zazwyczaj opóźnione jest osiągnięcie kamieni milowych mowy oraz motoryki [4].

W piśmiennictwie naukowym, zwłaszcza polskim, nie ma zbyt wielu opisów przypadku pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym. Niewiele jest też prac opisujących opiekę pielęgniarską nad pacjentem z tym typem niepełnosprawności. Zazwyczaj podejmowanym tematem w pracach dotyczących MPD jest rola rehabilitacji w procesie usprawniania pacjenta. Skupiają się one przeważnie na pracy fizjoterapeuty, wpływie terapii oraz nowych rozwiązań technologicznych np. egzoszkieletu kończyn dolnych na stan funkcjonowania osób z MPD [5–7].

Celem pracy jest przedstawienie planu opieki pielęgniarskiej nad nastoletnią osobą z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Materiał i metody

Obserwacją objęto 14-letnią dziewczynę z rozpoznaniem cztero kończynowym, spastycznym MPD, podczas pobytu w szpitalu ortopedyczno-rehabilitacyjnym. Badanie przeprowadzono metodą analizy przypadku z wykorzystaniem: badania fizykalnego (podmiotowego i przedmiotowego), obserwacji pielęgniarskiej i analizy dokumentacji medycznej. Do oceny stanu chorej wykorzystano: skalę Barthel (do oceny samodzielności w czynnościach życia codziennego), skalę Norton (do oceny stopnia ryzyka powstania odleżyn). Badanie przeprowadzono za zgodą osoby chorej i jej opiekuna.

Opis przypadku

Historia choroby

Chora urodziła się w 32. tygodniu ciąży II zakończonej przez cięcie cesarskie. Cięża została zakończona przed wyznaczonym terminem porodu, ze względu na próbę ratowania życia matki i dziecka, z powodu występującej u matki sepsy w przebiegu zapalenia otrzewnej po usunięciu wyrostka robaczkowego. Po urodzeniu u dziecka stwierdzono: masę urodzeniową 1,4 kg, długość ciała 44 cm, obwód głowy 28 cm i obwód klatki piersiowej 25 cm. Punktacja w skali Apgar wynosiła 4 punkty. Z powodu zamartwicy urodzeniowej oraz niewydolności oddechowej dziecko po urodzeniu zostało przeniesione na oddział intensywnej opieki noworodkowej, gdzie umieszczono je w inkubatorze, zaintubowa-

no oraz stosowano oddech zastępczy z respiratora. Po urodzeniu stwierdzono także: zakażenie wewnątrzmaciczne ze zmianami zapalnymi w płucach, krwawienie śródczaszkowe 2. stopnia oraz niedokrwistość. MPD zdiagnozowano 4 miesiące po urodzeniu. W wieku 9 lat przeżyła śmierć mamy.

Pielęgniarska ocena stanu zdrowia chorej na podstawie badania fizykalnego

Układ oddechowy: oddech prawidłowy, przez nos.

Układ sercowo-naczyniowy: praca układu krążenia prawidłowa, tętno: 80–100, ciśnienie tętnicze w granicach od 90/60 mmHg do 115/80 mmHg.

Układ pokarmowy: taknienie prawidłowe; pragnienie w normie; wzrost: 160 cm; masa ciała: 42 kg; BMI: 16,4 (centyl 3.-10.); wydalanie: pojawiają się zaparcia; odżywianie doustne; krztuszenie, kaszel podczas posiłku, częściej przy spożywaniu produktów stałych niż płynów (czynniki rozpraszające: rozmowa lub śmiech); czas spożywania posiłku dłuższy niż u osoby w pełni sprawnej, ale jest zachowana samodzielność przy użyciu specjalnie wyprofilowanych sztućców; brak możliwości samodzielnego przygotowania posiłku, trudności w krojeniu, smarowaniu, nabieraniu sypkich produktów, ponieważ nie posługuje się nożem.

Układ mięśniowo-szkieletowy: pacjentka porusza się na wózku inwalidzkim; siedzi samodzielnie z oparciem lub przytrzymując się rękoma uchwytów; nie jest w stanie samodzielnie wstać z wózka, przesiąść się z wózka na łóżko lub toaletę, ustać w miejscu bez poręczy i asekuracji; we wszystkich stawach kończyn obecne są przykurcze ograniczające ich ruchomość; napięcie mięśni wzmożone; siła mięśniowa osłabiona, motoryka mała ograniczona przez przykurcze mięśni oraz zwyrodnienia stawów; skala Barthel: 35 pkt. – pacjentka wymaga stałej pomocy w czynnościach życia codziennego.

Układ moczowo-płciowy: korzysta z toalety w celu oddawania moczu i stolca, ale używa również pieluchomajtek z powodu nietrzymania moczu; menstruacja prawidłowa.

Narządy zmysłów: słuch, węch, czucie, smak: prawidłowe; wzrok: dalekowzorność; chora nosi okulary.

Skóra: skóra pacjentki jest czysta, delikatna i wrażliwa na podrażnienia; tkanka podskórna słabo rozwinięta; skala Norton: 15 punktów – brak ryzyka odleżyn.

Układ nerwowy: pełna przytomność oraz świadomość; sen prawidłowy; czas reakcji na bodźce wydłużony; czucie powierzchniowe prawidłowe, kontakt słowny nieznacznie utrudniony, komunikat spójny i logiczny, występują trudności z poprawną artykulacją, wypowiedzi zrozumiałe dla rodziny, dla osób nieznających chorej czasami konieczne jest kilkakrotne powtórzenie wypowiedzi, poprawnie buduje i wypowiada zdania złożone.

Stan psychiczny, emocjonalny oraz intelektualny: według opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej funkcjonowanie intelektualne dziewczynki kształtuje się w granicach normy, poniżej przeciętnej. Uczęszcza do szkoły podstawowej z oddziałami integracyjnymi (uzyskała promocję do 7. klasy). Interesuje się informatyką, grafiką komputerową oraz pisaniem opowiadań. Pacjentka jest pogodna, choć często bywa wycofana. Jest świadoma swojej choroby i ilości obowiązków, które mają jej opiekunowie. Stara się nie zwracać na siebie uwagi. Jest osobą ambitną, bardzo wrażliwą oraz emocjonalną, dlatego łatwo wybucha płaczem i często bywa z siebie niezadowolona.

Sytuacja społeczna: chora mieszka z ojcem, macochą oraz dwójką przybranego rodzeństwa. Mieszkają oni w trzypokojowym mieszkaniu komunalnym na parterze, do którego prowadzi kilka schodów, dlatego dziewczynka nie może sama wyjść na dwór. Jest znoszona ze schodów przez opiekuna. W domu porusza się samodzielnie na wózku. W mieszkaniu panuje nieład, co może utrudniać funkcjonowanie chorej. Pod względem architektonicznym jest ono przystosowane do osoby niepełnosprawnej – nie ma progów w drzwiach, w łazience są zamontowane barierki oraz prysznic. Chora ma także łóżko rehabilitacyjne. Ojciec dziewczynki ma stałą pracę, a finanse rodziny wspomaga renta rodzinna po zmarłej mamie. Gdy ojciec pracuje, opiekę nad chorą sprawują pozostali członkowie rodziny. Do chorej przychodzi również opiekunka. Odpowiedzialność za opiekę nad chorą ponosi jej ojciec. Jest przytłoczony ilością obowiązków, a przez to bywa przemęczony i rozdrażniony. Napięcie rozładowuje, paląc papierosy. Odczuwa presję otoczenia – rodziny, społeczeństwa, aby sprostać wymaganym standardom opieki nad osobą niepełnosprawną. Stara się zaspokoić wszystkie fizyczne potrzeby córki, ale nie ma wystarczającej wrażliwości i cierpliwości, aby dostrzec i prawidłowo reagować na jej psychiczne i emocjonalne problemy. Pozostali członkowie rodziny deklarują chęć pomocy w opiece nad chorą, ale nie są zdolni do wymaganego poświęcenia. Traktują tę sytuację jako ich obciążenie. Są zniechęceni i przytłoczeni koniecznością stałej opieki. Dziewczynka dostrzega nastawienie jej najbliższego otoczenia. Czuje się obciążeniem dla domowników i ma z tego powodu poczucie winy.

Farmakoterapia: nie przyjmuje żadnych leków na stałe, również podczas hospitalizacji.

Terapia podczas hospitalizacji: 1) Sesje terapii chodu z wykorzystaniem bieżni do treningu i analizy chodu, neuroformy, zrobotyzowanego systemu edukacji chodu (Lokomat), systemu do treningu i równowagi (Zero G), urządzeń do treningów ruchowych z wykorzystaniem wirtualnej rzeczywistości. 2) Zajęcia pedagogiczno-psychologiczne.

Plan opieki pielęgniarskiej nad chorym z mózgowym porażeniem dziecięcym

Poniżej przedstawiono propozycję planu opieki pielęgniarskiej dla przedstawionej wyżej pacjentki.

Problemy pielęgnacyjne aktualne

1. Problem pielęgnacyjny: trudności w samodzielnym przygotowaniu i przyjmowaniu posiłku spowodowane przykurczami mięśni oraz ograniczeniem ruchomości w stawach dłoni oraz nadgarstku, objawiające się rozsypaniem i rozlewaniem jedzenia, korzystaniem z pomocy w krojeniu, smarowaniu oraz brakiem umiejętności postugiwania się nożem.

Cel: zapewnienie największej możliwej samodzielności chorej w przygotowywaniu i przyjmowaniu posiłków.

Planowane działania: dostosowanie czasu trwania posiłku do potrzeb chorej, nie ponaganie; dostosowanie do potrzeb chorej wysokości stołu, zapewnienie stolika z regulowaną wysokością; powstrzymanie się od gwałtownych, negatywnych reakcji, zachowanie spokoju i atmosfery wsparcia, kiedy chorej zdarzy się rozsypać lub rozlać jedzenie i pobrudzić siebie lub otoczenie [8]; zabezpieczenie chorej i otoczenia przed pobrudzeniem; zastosowanie dostępnych udogodnień ułatwiających samodzielne jedzenie, np. odpowiednio wyprofilowane sztućce, talerz z wysokim rantem, kubek plastikowy z dzióbkiem.

2. Problem pielęgnacyjny: utrudniona samodzielność podczas zmiany pozycji ciała oraz wykonywania czynności higienicznych spowodowana przykurczami stawów ograniczającymi ruchomość kończyn, wzmożonym napięciem mięśni oraz osłabioną siłą mięśniową, objawiające się zależnością chorej od otoczenia, biernością w wykonywaniu codziennej toalety.

Cel: poprawa samodzielności chorej w czynnościach higienicznych.

Planowane działania: ocena możliwości chorej do samoopieki wg skali Barthel, rozmowa z chorą i ocena jej nastawienia do obecnego poziomu samodzielności; podczas wykonywania toalety ciała, zachęcanie chorej do wykonywania drobnych czynności samodzielnie, przy asekuracji pielęgniarki lub opiekuna [10]; chwalenie i wspieranie chorej w najdrobniejszych czynnościach; zachowanie zasad intymności w czasie wykonywania codziennej toalety; zachęcanie chorej do wykonywania ćwiczeń usprawniających i aktywnego udziału w fizjoterapii.

3. Problem pielęgnacyjny: zaparcia spowodowane ograniczeniami ruchu i małą aktywnością chorej oraz złymi nawykami żywieniowymi, objawiające się trudnościami w efektywnej defekacji.

Cel: zminimalizowanie zaparć i uregulowanie procesu defekacji.

Planowane działania: dokumentowanie częstotliwości oddawania stolca w karcie wypróżnień [8]; zachęcanie do przyjmowania 2–2,5 l płynów w ciągu doby [9, 10]; stosowanie diety bogatoresztkowej, zwiększenie ilości błonnika w diecie [9]; motywowanie chorej do aktywności – ruch w łóżku, na wózku według możliwości chorej [8–10]; częste pionizowanie chorej oraz automasaż brzucha [8, 10]; zapewnienie chorej warunków intymności, niepośpieszanie chorej podczas defekacji; podawanie leków zmiękczających stolec oraz ułatwiających wypróżnianie, zgodnie ze zleceniem lekarskim w przypadku zaostrzenia zaparć [8–10]; zachęcanie do aktywnego udziału w fizjoterapii.

4. Problem pielęgnacyjny: trudności w komunikacji spowodowane niewyraźną artykulacją wypowiedzi oraz cichym tonem głosu, objawiające się brakiem płynności w komunikacji z osobami nieznanymi chorej, koniecznością kilkukrotnego powtarzania przez chorą komunikatów.

Cel: poprawa możliwości komunikacyjnych.

Planowane działania: wykazywanie się cierpliwością i empatią w kontakcie z chorą – zapewnienie wystarczającego czasu na samodzielną wypowiedź, niewtrącanie odpowiedzi za chorą, kiedy chora się zastanawia; usuwanie czynników powodujących rozproszenie uwagi lub zaburzających odbiór komunikatów, np. hałas; niepoprawianie chorej w trakcie jej wypowiedzi, po zakończeniu wypowiedzi przez chorą zachęcanie pacjentki do powtarzania słów, które chora wymówiła niepoprawnie – w przypadku niewyraźnej wypowiedzi chorej, poproszenie o powtórzenie lub znalezienie innej formy przekazu informacji, np. piktogramy; wyrażanie zainteresowania poruszonymi przez chorą problemami, postawa zrozumienia, aktywne słuchanie; zauważanie każdej nawet drobnej poprawy w sposobie wypowiadania się chorej; częste nawiązywanie kontaktu z chorą [11]; zachęcanie chorej do czytania na głos; zgłoszenie potrzeby konsultacji logopedycznej w trakcie hospitalizacji lub po jej zakończeniu.

5. Problem pielęgnacyjny: zachowania nieadekwatne do sytuacji, przesadnie nacechowane emocjonalnie, spowodowane trudnościami w kontrolowaniu emocji, objawiające się nagłymi wybuchami płaczu lub śmiechu trudnymi do opanowania.

Cel: uwzględnienie w opiece nad chorą jej emocjonalnych reakcji.

Planowane działania: wyrozumiałość wobec przesadnych reakcji chorej; używanie spokojnego tonu głosu; okazywanie chorej cierpliwości i empatii; wyeliminowanie gwałtownych, negatywnych reakcji na zachowania chorej, nieuciszanie, nieocenianie; ograniczenie bodźców mogących wywołać niekontrolowane

reakcje chorej; odnalezienie wraz z chorą sposobów na rozładowanie emocji i uspokojenie; przyjmowanie przez zespół pielęgniarstwa „nietypowych zachowań” chorej ze spokojem i akceptacją; zaplanowanie czasu i przestrzeni do uspokojenia się chorej, następnie kontynuowanie rozmowy na inny temat lub przedstawienie zagadnienia, które wywołało daną reakcję w łagodniejszy, bardziej przystępny dla chorej sposób.

6. Problem pielęgnacyjny: niskie poczucie własnej wartości spowodowane nadmierną presją otoczenia, trudnościami w nauce oraz odrębnością w grupie rówieśniczej, objawiające się poczuciem niezadowolenia z siebie i swoich osiągnięć.

Cel: zwiększenie samooceny chorej.

Planowane działania: nawiązywanie kontaktu z chorą jako osobą sprawną intelektualnie, oferowanie rozmowy, spędzanie czasu z chorą; zauważanie mocnych stron chorej, chwalenie, zachęcanie chorej do ich dostrzeżenia i koncentrowania się na mocnych, a nie słabych stronach; zachęcanie chorej przez pielęgniarkę do wyrażania swoich emocji, aktywne słuchanie, postawa zrozumienia; zachęcanie do możliwej dla chorej aktywności, realizacji swoich zainteresowań, podjęcia możliwej samodzielności [12]; nieporównywanie chorej do rówieśników; zaproponowanie spotkania, rozmowy telefonicznej lub za pośrednictwem mediów społecznościowych z dobrymi znajomymi, przyjaciółmi; zaproponowanie konsultacji psychologicznej.

7. Problem pielęgnacyjny: niedostosowanie opieki sprawowanej przez rodzinę w domu do potrzeb chorej spowodowane deficytem wiedzy rodziny na temat prawidłowej opieki nad chorą.

Cel: poprawa stanu świadomości i wiedzy rodziny na temat potrzeb chorej.

Planowane działania: edukacja rodziny na temat aktywności fizycznej, pionizacji i diety w minimalizacji zapań [8, 9]; edukacja rodziny na temat dostępnych udogodnień ułatwiających samodzielne spożywanie posiłków (odpowiednio wyprofilowane sztućce, talerze z rantem, kubek plastikowy z dzióbkiem); edukacja rodziny na temat usprawniania chorej w czynnościach higienicznych, prawidłowej higieny osobistej i profilaktyki zmian skórnych w okolicy krocza [9]; edukacja rodziny w zakresie możliwego wsparcia chorej i jej rodziny przez instytucje, np. pomoc psychologa; edukacja rodziny na temat ograniczeń fizycznych oraz intelektualnych chorej i dostosowania wymagań wobec chorej.

Problemy pielęgnacyjne potencjalne

1. Problem pielęgnacyjny: ryzyko zakrztuszenia się w trakcie spożywania posiłku spowodowane rozproszeniem uwagi, rozmową i śmiechem podczas spożywania posiłku.

Cel: zachowanie bezpieczeństwa podczas spożywania posiłku.

Planowane działania: utrzymanie bezpiecznej pozycji ciała chorej podczas jedzenia: pozycja siedząca, plecy wyprostowane, zapobieganie odchyłaniu głowy do tyłu [8, 10]; zapewnienie spokoju i ciszy, zniwelowanie bodźców mogących powodować rozproszenie uwagi w czasie posiłku [8]; wykonywanie testu połykania, w przypadku wątpliwości co do możliwości bezpiecznego połykania płynu i pokarmu stałego [13], nieinicjowanie rozmowy podczas posiłku, niezadawanie pytań chorej w trakcie jedzenia; zapewnienie komfortowej ilości czasu na spożycie posiłku, niepospieszanie chorej; przypomnianie chorej o konieczności powolnego i dokładnego gryzienia i żucia pokarmu [8]; rozdrobnienie pokarmu na małe porcje produktów stałych, np. kanapka pokrojona na mniejsze części, aby połykanie nie stanowiło problemu [8, 10]; zadbanie o bezpieczną temperaturę posiłków – zupy minimum 75°C, drugie dania minimum 63°C [8].

2. Problem pielęgnacyjny: ryzyko zakażenia układu moczowego i powstania zmian skórnych w okolicach krocza spowodowane nietrzymaniem moczu.

Cel: zapobieganie zakażeniu układu moczowego oraz zmianom skórnych okolic krocza.

Planowane działania: zachęcanie chorej do regularnego przyjmowania płynów; stosowanie preparatów powodujących łagodne zakwaszenie moczu (np. witaminy C, środków na bazie żurawiny) [14]; systematyczna obserwacja skóry w kierunku pojawiających się zmian [15]; systematyczna dostosowana do potrzeb chorej toaleta całego ciała i dokładna higiena okolic krocza [14]; używanie delikatnych, niedrażniących środków odkażających, np. ziołowych oraz mydeł o pH neutralnym lub kwasowym; nawilżanie i natłuszczenie skóry w miejscu przylegania pieluchomajtek; dokładne osuszanie i nawilżanie skóry po kąpielach, zmiana pieluchomajtek 3–4 razy dziennie w zależności od potrzeb, przy każdej zmianie wykonanie toalety krocza [15]; przypomnianie chorej o potrzebie oddania moczu i zachęcanie do zgłoszenia tej potrzeby [14]; zaproponowanie systematycznej mikcji, np. co 3–4 godziny na toalecie [10]; zakładanie luźnej odzieży z naturalnych materiałów dostosowanej do temperatury otoczenia [14].

Podsumowanie

W zaprezentowanym opisie przypadku próbowano przybliżyć sytuację pacjentki z MPD. W czasie opieki pielęgniarstwa skoncentrowano się na najważniejszych problemach pielęgnacyjnych, które można podzielić na dwie grupy: aktualne i potencjalne.

Problemy pielęgnacyjne o charakterze aktualnym odnoszą się do stanu obecnego. U chorej obserwowano głównie problemy wynikające z braku samodzielności w czynnościach życia codziennego, tj. trudności w samodzielnym przygotowywaniu posiłków oraz jedzeniu, trudności w wykonywaniu czynności higienicznych i zmianie pozycji ciała.

W opiece pielęgniarstwie zaproponowano ważne rozwiązania mające na celu zmniejszenie zapań u chorej. Jak wskazują autorzy w tej sytuacji kluczowa jest dieta, w której powinny dominować produkty bogate w błonnik [10], znaczenie ma również szeroko rozumiana aktywność fizyczna. W przypadku pacjenta z MPD może to być utrudnienie, jednak w zakresie możliwym dla chorego warto spróbować wdrażać rozwiązania, do których sam może być pozytywnie nastawiany. Często pionizacja, zachęcanie do ruchu zgodnie z możliwościami pacjenta, automasaż brzucha, aktywny udział w fizjoterapii, nawodnienie organizmu poprzez przyjęcie od 2 do 2,5 litra płynów dziennie, stosowanie diety bogatoresztkowej, zapewnienie spokoju i warunków intymności podczas defekacji. Takie propozycje przedstawiają autorzy różnych publikacji, podręczników [8–10].

Innym problemem należącym do grupy aktualnych były trudności w komunikacji. To jest ważny problem, który chory z prawidłowym rozwojem intelektualnym może traktować jako barierę z otaczającymi go ludźmi. Należy pamiętać, że w przypadku gdy chory ma zachowaną zdolność rozumienia, myślenia – nieadekwatne odpowiedzi na jego pytania, ignorowanie go ze względu na niezrozumienie wynikające z zaburzeń mowy mogą nasilać zdenerwowanie chorego, poczucie braku zrozumienia jego sytuacji przez inne, często bliskie osoby. Tym bardziej profesjonalna opieka pielęgniarstwa powinna uwzględniać potrzeby chorego w tym zakresie. W planowanej opiece zaproponowano rozwiązania, takie jak eliminowanie czynników zakłócających komunikację, kierowanie się empatią i cierpliwością w kontakcie z chorą, nieprzerywanie i niepoprawianie w trakcie wypowiedzi chorej, zapewnienie czasu na swobodną, samodzielną wypowiedź, niewtrącanie słów za chorą, ćwiczenie poprawnej wymowy poprzez częsty kontakt z chorą, zachęcanie do czytania na głos, zaproponowanie konsultacji logopedycznej [11].

W opiece nad chorym z MPD ważna jest kontynuacja prawidłowych działań, zachowań w stosunku do chorego przez jego rodzinę. Brak wiedzy na temat prawidłowych rozwiązań w sprawowaniu opieki może spowodować długotrwałe skutki u opiekunów osób chorych, głównie pogorszenie ich stanu zdrowia oraz obciążenie opieką [16]. Dlatego w planowanej opiece pielęgniarstwie również odniesiono się do działań w kierunku rodziny pacjentki. Zaproponowano wdro-

żenie działań edukacyjnych, głównie dotyczących wspierania samodzielności chorej i pomocnych w tym zakresie udogodnień, profilaktyki zapań, prawidłowej higieny skóry, szczególnie w okolicach narażonych na odparzenia, oraz dbania o zdrowie psychiczne chorej i jej rodziny.

Problemy pielęgnacyjne o charakterze potencjalnym pomagają zobrazować ewentualne niebezpieczeństwo, głównie w zakresie dwóch kwestii: ryzyka zakrztuszenia podczas spożywania posiłku oraz ryzyka zakażenia układu moczowego i powstania zmian skórnych w okolicy krocza.

Aby przeciwdziałać zakrztuszeniu zastosowano profilaktykę obejmującą wykonanie testu połykania, utrzymywanie bezpiecznej pozycji ciała podczas jedzenia, zapewnienie spokoju oraz wymaganej ilości czasu na spożycie posiłku, minimalizowanie bodźców powodujących rozproszenie uwagi, unikanie rozmów z chorą w czasie posiłku, skupianie uwagi pacjentki na dokładnym gryzieniu i żuciu pokarmów, rozdrabnianie pokarmów dostosowane do ograniczeń połykania [8, 10, 13].

W odniesieniu do profilaktyki zakażeń układu moczowego oraz zmian skórnych okolic krocza zaproponowano działania, takie jak regularne przyjmowanie płynów, łagodne zakwaszanie moczu preparatami z witaminą C lub na bazie żurawiny. Ważna jest dostosowana do potrzeb chorego wymiana pieluchomajtek i toaleta krocza przy każdej zmianie, dokładne osuszenie, nawilżanie i natłuszczenie okolic narażonych na odparzenia, stosowanie luźnych ubrań z naturalnych materiałów, przypomnienie chorej o potrzebie oddawania moczu, zaproponowanie systematycznej mikcji na toalecie [15, 16].

Wnioski

1. Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem z MPD jest ukierunkowana na wspieranie i pogłębianie jego samodzielności i zdolności do samoopieki.
2. W trakcie sprawowania opieki pielęgniarstwie nad chorym z MPD duże znaczenie ma świadomość zespołu pielęgniarstwa na temat odrębności zachowania chorego, jego reakcji oraz wrażliwości.
3. W opiece pielęgniarstwie nad chorym z MPD, ze względu na złożoność jego potrzeb, istotna jest współpraca pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego.

Piśmiennictwo

1. Stecko MJ, Wawryków A, Korabiusz-Lewandowska K, Kordek A. Comprehensive care of a child suffering from cerebral palsy. *J Educ Health Sport*. 2020; 10: 212–215.
2. Schwabe AL. Comprehensive Care in Cerebral Palsy. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2020; 31: 1–13.

3. Eliks M, Gajewska E. Wczesna diagnostyka mózgowego porażenia dziecięcego. Czy jest możliwa już w pierwszym półroczu życia? *Neurol Dziec.* 2019; 28, 57: 29–33.
4. Gulati S, Sondhi V. Cerebral Palsy: An Overview. *Indian J Pediatr.* 2018; 85(11): 1006–1016.
5. Muñoz-Blanco E, Merino-Andrés J, Aguilar-Soto B, García YC, Puente-Villalba M, Pérez-Corrales J, Güeita-Rodríguez J. Influence of Aquatic Therapy in Children and Youth with Cerebral Palsy: A Qualitative Case Study in a Special Education School. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 23; 17(10): 3690.
6. Falisse A, Pitto L, Kainz H, Hoang H, Wesseling M, Van Rossum S. et al. Physics-Based Simulations to Predict the Differential Effects of Motor Control and Musculoskeletal Deficits on Gait Dysfunction in Cerebral Palsy: A Retrospective Case Study. *Front Hum Neurosci.* 2020; 18; 14: 40.
7. Diot CM, Thomas RL, Raess L, Wrightson JG, Condliffe EG. Robotic lower extremity exoskeleton use in a non-ambulatory child with cerebral palsy: a case study. *Disabil Rehabil Assist Technol.* 2021; 4: 1–5.
8. Ratajczyk M, Mendyka L, Bajurna B. Dom pomocy społecznej jako miejsce pobytu pacjenta z mózgowym porażeniem dziecięcym – opis przypadku. *Piel Pol.* 2014; 3(53): 250–257.
9. Sierżantowicz R. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z zespołem jelita drażliwego. W: Jurkowska G, Łagoda K. *Pielęgniarstwo internistyczne.* Warszawa: PZWL; 2015. 248.
10. Wilkiewicz M, Jaracz K. Diagnoza pielęgniarska i plan opieki nad chorym ze stwardnieniem rozsianym. W: Jaracz K, Domitz I. *Pielęgniarstwo Neurologiczne.* Warszawa: PZWL; 2019. 294–305.
11. Adamczyk K, Grabowska-Fudala B, Smelkowska A. Diagnoza pielęgniarska i plan opieki nad chorym po udarze mózgu. W: Jaracz K, Domitz I. *Pielęgniarstwo Neurologiczne.* Warszawa: PZWL; 2019. 257–275.
12. Górna K, Jaracz K, Rybakowski J. *Pielęgniarstwo psychiatryczne.* Warszawa: PZWL; 2012. 242.
13. Lorencowicz R. Diagnoza pielęgniarska i plan opieki nad pacjentem z chorobą Parkinsona. W: Jaracz K, Domitz I. *Pielęgniarstwo Neurologiczne.* Warszawa: PZWL; 2019. 321–341.
14. Muscari EM. *Pediatrics i pielęgniarstwo pediatryczne.* Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2005.
15. Pawlaczyk B. *Pielęgniarstwo pediatryczne.* Warszawa: PZWL; 2007. 214.
16. Glac I. Opieka wytchnieniowa jako odpowiedź na potrzeby rodzin dzieci z niepełnosprawnościami. *Pedagogika Społeczna.* 2021; 1–2(79–80): 167–185.

Artykuł przyjęty do redakcji: 04.02.2023.

Artykuł przyjęty do publikacji: 18.05.2023.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Gabriela Izabela Szulerowicz,

e-mail: gszulerowicz@wp.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 Białka Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej (Polska)

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

dr Dorota Mocarska, 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 wyjustowany (wyrównany do lewego i prawego marginesu). Należy pisać zwykłą czcionką w kolorze jednolicie czarnym (dopuszcza się wytłuszczenie tytułów i podtytułów), bez wyróżnień dużymi literami, bez rozstrzelania, podkreśleń linią ciągłą itp. W liczbach miejsca dziesiętne należy oddzielać przecinkami (nie kropkami). Akapity należy rozpoczynać wcięciem przy użyciu odpowiedniego polecenia w edytorze tekstu (bez używania tzw. enterów). Przed zapisem z tekstu należy usunąć wszystkie zaznaczenia używane podczas redagowania tekstu w edytorze. Prace w języku angielskim powinny być napisane poprawną angielszczyzną. Plik należy zapisać w formacie: DOC lub DOCX. Kolejne strony należy ponumerować, zaczynając od strony tytułowej.

Praca powinna zawierać, w kolejności:

- stronę tytułową,
- streszczenie w języku polskim i angielskim,
- słowa kluczowe w języku polskim i angielskim,
- manuskrypt wraz z tabelami, rycinami, fotografiami,
- piśmiennictwo wg stylu Vancouver,
- informację o źródłach finansowania i konflikcie interesów.

Strona tytułowa

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

Strona druga

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

GUIDANCE FOR AUTHORS

INTRODUCTION

Information for authors

‘Pielęgniarstwo Polskie’ (‘Polish Nursing’) is a quarterly. It prints reviewed original research, opinion articles and case studies, book reviews, conference reports, notes on events, obituaries, etc. in both Polish and English. ‘Pielęgniarstwo Polskie’ (‘Polish Nursing’) is published in the open-access on the following website: <http://www.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 POGLĄDOWA

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

PRACA KAZUISTYCZNA

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

duction, Aim, Material and methods, Results and conclusions; in case studies – **Introduction, Aim, Case, Conclusions**; in review papers – **Introduction, Summary of each chapter, Summary/Conclusions**. The abstract (in Polish and English) should contain no more than 250 words.

Abbreviations should be avoided, and when used, the explanation of the first application should be given.

Under the abstract key words should be included – not more than 5 in Polish and English, from among those listed in the Medical Subject Headings (MeSH).

Third and next pages

They should contain the main text of the paper.

ORIGINAL PAPER

The original paper presents results of original investigations conducted in the field of nursery and medicine in general (see Introduction). The paper should be divided into:

Introduction – it should contain a synthetically recognized theoretical and empirical framework of the research along with its justification, without a detailed, comprehensive literature review and previous studies.

Aim – it should be clearly defined and should refer to the information included in the Introduction

Material – the description should be sufficiently detailed to allow for the study replication

Methods – the description should be sufficiently detailed to allow for the study replication. When using previously published methods and research tools, provide the appropriate bibliographical references.

Results – they should be presented in a clear and concise way, without a detailed repetition of the information contained in tables and figures.

Discussion – it should emphasize the importance of one's own research results in the context of literature. It should not repeat results or replace the literature review.

Conclusions – they should be justified in the research carried out.

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

OPINION ARTICLE

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

CASE STUDY

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

PODSUMOWANIA ZJAZDÓW I INNE TEKSTY INFORMACYJNE (por. Wstęp)

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

PIŚMIENICTWO

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.