

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 4 (90)
12/2023

Indeksowane w / Indexed in:
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego/
Ministry of Science and Higher Education
Index Copernicus Value (ICV) – 90,59
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-Śróda

Redaktor statystyczny/Statistical editor:

Krystyna Jaracz

Skład komputerowy/Desktop publishing:

Beata Łakomiak

Projekt okładki/Cover project:

Bartłomiej Wąsiel

Sprzedaż/Distribution and subscription:

Punkt Sprzedaży Wydawnictw Naukowych UMP

60-812 Poznań, ul. Bukowska 70

tel. (phone)/fax: +48 61 854 74 14

e-mail: sprzedazwydawnictw@ump.edu.pl

Redakcja deklaruje, że wersja papierowa

„Pielęgniarstwa Polskiego” jest wersją pierwotną (referencyjną)

Editorial Staff declares that printed version

of ‘Polish Nursing’ is the original version (reference)

Zasady etyczne

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

Ethical guidelines

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



WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU

60-812 Poznań, ul. Bukowska 70

www.wydawnictwo.ump.edu.pl

Ark. wyd. 2,0. Ark. druk. 4,0.

Format A4. Zam. nr 191/23.

Przekazano do druku w grudniu 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



PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

REDAKTORZY TEMATYCZNI

dr Joanna Stanisławska
dr Renata Wójcik
dr Katarzyna Plagens-Rotman

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

LISTA RECENZENTÓW

dr Agnieszka Bańkowska

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

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

Douglas Kemerer

dr Ewa Kobos

dr Halina Król

dr Urszula Kwapisz

dr Włodzimierz Łojewski

prof. Mária Machalová

prof. Anders Møller Jensen

prof. dr hab. Henryk Mruk

dr Jana Nemcová

dr inż. Iwona Nowakowska

dr Jan Nowomiejski

dr Piotr Pagórski

prof. dr hab. Mariola Pawlaczyk

dr hab. Beata Pięta prof. UMP

dr Wojciech Grzegorz Polak

Ottillie 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)

Wroclaw Medical University (Poland)

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

Nicolaus Copernicus University Ludwik Rydygier Collegium Medicum (Poland)

Ternopil State Medical University (Ukraine)

Nicolaus Copernicus University Ludwik Rydygier Collegium Medicum (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Fontys Hogescholen (Holland)

Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University (Poland)

Comenius University in Bratislava (Slovakia)

EDITOR'S ADDRESS

Polish Nursing

The Faculty of Health Sciences

Poznan University of Medical Sciences, Poland

phone: +48 61 845 26 79

e-mail: pielęgniarstwopolskie@ump.edu.pl

www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl



PIEŁĘGNIARSTWO 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 127

PRACA ORYGINALNA

Iwona Włodek, Agata Sobczak, Grzegorz Cichowlas

Profil pacjentów z wprowadzonym cewnikiem pośrednim – jednoośrodkowa analiza retrospektywna 129

PRACA POGLĄDOWA

Patrycja Zofia Zurzycka, Katarzyna Czyżowicz, Zofia Musiał, Grażyna Puto

Moral distress w pielęgniarstwie psychiatrycznym 135

PRACA KAZUISTYCZNA

Kamila Martyna Janiszewska, Małgorzata Kurpios-Kosińska, Bogusława Rudnicka

Pemfigoid ciężarnych – studium przypadku 141

INFORMACJE

Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego” w roku 2022 146

Wskazówki dla autorów 147

■ CONTENTS

Editor's note 128

ORIGINAL PAPER

Iwona Włodek, Agata Sobczak, Grzegorz Cichowlas

Profile of patients with inserted midline catheter – a single-centre retrospective analysis 129

REVIEW PAPER

Patrycja Zofia Zurzycka, Katarzyna Czyżowicz, Zofia Musiał, Grażyna Puto

Moral distress in mental health nursing 135

CASE STUDY

Kamila Martyna Janiszewska, Małgorzata Kurpios-Kosińska, Bogusława Rudnicka

Pemphigoid gestationis – case study 141

INFORMATION

Reviewers of 'Polish Nursing' in 2022. 146

Guidance for authors 147

■ OD REDAKTORA

Szanowni Czytelnicy,

mamy przyjemność zaprezentować Państwu czwarty w 2023 r. numer Pielęgniarstwa Polskiego. Zawiera on jedną pracę oryginalną, jedną pogładową i jedną pracę kazuistyczną.

Szczególnie chcielibyśmy zarekomendować Państwu artykuł oryginalny, autorstwa Iwony Włodek i wsp., poświęcony profilowi pacjentów z wprowadzonym cewnikiem pośrednim (ang. midline), z uwagi na coraz powszechniejsze wykorzystanie tego typu cewników w praktyce pielęgniarskiej i rosnące nimi zainteresowanie wśród pielęgniarek. Powyższy artykuł dostarczy Państwu wiele cennych informacji na ten temat.

Zachęcamy również do zapoznania się z pracą pogładową, autorstwa Patrycji Z. Zurzyckiej i wsp., dotyczącą niepokoju moralnego w pielęgniarstwie psychiatrycznym. Tematyka dylematów etycznych jest stosunkowo rzadko poruszana na łamach naszego czasopisma, a że doświadczana w różnych sytuacjach klinicznych, tym bardziej godna zainteresowania.

Rekomendujemy też ciekawy artykuł kazuistyczny, autorstwa Kamili M. Janiszewskiej i wsp., poświęcony rzadkiej chorobie autoimmunologicznej z kręgu dermatoz pęcherzowych, dotyczącej kobiet ciężarnych.

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

Korzystając z okazji, pragnę serdecznie Państwa zaprosić na piątą konferencję naukowo-szkoleniową, poświęconą aktualnym wyzwaniom i postępom w pielęgniarstwie neurologicznym i psychiatrycznym, która odbędzie się 8 grudnia 2023 r. w formie on-line. Szczegóły konferencji oraz program dostępne są na stronie internetowej konferencji: <http://www.pielegniarki2023.bok-ump.pl/>. Zapraszamy do rejestracji.

Jak zawsze gorąco zachęcamy do nadsyłania prac oryginalnych, pogładowych i opisów przypadków w celu ich publikacji w Pielęgniarstwie Polskim. Szczególnie zachęcamy studentów pielęgniarstwa do publikowania swoich prac licencjackich i magisterskich. Nasze czasopismo jest doskonałym miejscem do podzielenia się wynikami swoich pierwszych badań z kolegami i koleżankami oraz całym środowiskiem pielęgniarskim. Manuskrypty można przesyłać drogą elektroniczną poprzez panel redakcyjny dostępny na oficjalnej stronie internetowej czasopisma: <http://www.pielegniarstwo.ump.edu.pl/>

Jak zawsze gorąco dziękujemy naszym recenzentom, bez pracy których wydawanie tego czasopisma nie byłoby możliwe.

Drodzy Czytelnicy, z okazji świąt Bożego Narodzenia oraz Nowego Roku, składamy Wam najserdeczniejsze życzenia zdrowia i spokoju oraz wszelkiej pomyślności w życiu osobistym i zawodowym.

W imieniu rady redakcyjnej Pielęgniarstwa Polskiego
Prof. dr hab. Krystyna Jaracz
Redaktor Naczelna

Dr Barbara Grabowska-Fudala
Sekretarz Naukowa

EDITOR'S NOTE

Dear Readers,

we are pleased to present the fourth issue of the Polish Nursing in 2023. It includes one original research paper, a review article, and a case study.

We would particularly like to recommend Iwona Włodek et al.'s original article on the profile of patients with an inserted midline catheter, given the increasingly common use of such catheters in nursing practice and growing interest in this subject among nurses. The article mentioned above will provide you with valuable information on this topic.

We also encourage you to read the review article by Patrycja Z. Zurzycka et al. on moral distress in psychiatric nursing. The ethical dilemmas in nursing are relatively rarely discussed in our journal, and taking into account their experience in various clinical situations, they are particularly worthy of interest.

We also recommend an interesting case study by Kamila M. Janiszewska et al. on a rare autoimmune disease within the spectrum of blistering dermatoses affecting pregnant women.

We hope that all the articles in this issue and those in previous editions will spark interest among nurses and other medical personnel, researchers, students of medical disciplines, and representatives of related fields. We wish you enjoyable reading!

Taking this opportunity, we cordially invite you to the fifth conference dedicated to current challenges and advances in neurological and psychiatric nursing, which will take place online on December 8, 2023. The conference and program details are available on the conference website: <http://www.pielegniarki2023.bok-ump.pl/>. We invite you to register now.

As always, we strongly encourage you to submit original research, review articles, and case studies for publication in the Polish Nursing. We particularly encourage nursing students to publish their bachelor's and master's theses. Our journal is an excellent platform to share the results of your first research with colleagues and the entire nursing community. Manuscripts can be submitted electronically through the editorial panel available on the official journal website: <http://www.pielegniarstwo.ump.edu.pl/>.

Dear Readers, on the occasion of the upcoming Christmas and the New Year we would like to extend our best wishes to You: health, peace, and all the prosperity in your personal and professional life.

On behalf of the Editorial Board of the Polish Nursing
Professor Krystyna Jaracz
Editor in Chief

Barbara Grabowska-Fudala, PhD
Scientific Secretary



PROFIL PACJENTÓW Z WPROWADZONYM CEWNIKIEM POŚREDNIM – JEDNOOŚRODKOWA ANALIZA RETROSPEKTYWNA

PROFILE OF PATIENTS WITH INSERTED MIDLINE CATHETER – A SINGLE-CENTRE RETROSPECTIVE ANALYSIS

Iwona Włodek^{1, a}, Agata Sobczak^{2, b}, Grzegorz Cichowlas^{3, c}

¹ Wydział Medyczny, Uczelnia Łazarskiego
Faculty of Medicine, Łazarski University

² Wydział Nauk o Zdrowiu, Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli,
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Akademia Wincentego Pola
Faculty of Health Sciences, Saint Jan of Dukla Oncology Centre of the Lublin Region,
Department of Anesthesiology and Intensive Care, Vincent Pol University

³ Zakład Nauczania Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Department of Anaesthesiology and Intensive Care at Medical University of Warsaw, Division of Teaching, Medical University of Warsaw

^a <https://orcid.org/0009-0004-9814-0374>

^b <https://orcid.org/0009-0006-8443-9628>

^c <https://orcid.org/0000-0001-6339-6135>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2023.10>

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Włknięcie pośrednie jest alternatywą dla krótkiego włknięcia dożylnego oraz włknięcia centralnego. Pozwala na bezpieczne prowadzenie terapii dożylnych. Mimo rosnącej popularności włknięć pośrednich brakuje polskich danych na temat ich wykorzystania. Trudno znaleźć też informacje o charakterystyce pacjentów, u których stosowane są te dostępy naczyniowe.

Cel. Celem pracy było określenie profilu pacjentów, u których zostało założone włknięcie pośrednie.

Materiał i metody. Materiał badawczy stanowiła dokumentacja pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Czerniakowskim sp. z o.o w Warszawie, u których w okresie od 01.10.2021 do 31.07.2022 zostało założone włknięcie pośrednie. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej w programie Microsoft Office Excel 2007.

Wyniki. Włknięcie pośrednie założono w 60,4% u kobiet, 39,6% u mężczyzn. Średnia wieku pacjentów wyniosła 74,85 lat. Najczęściej włknięcie pośrednie zakładano na oddziałach zachowawczych. Częściej kaniulowano kończynę górną prawą 56,6%. Żyła odłokciowa była kaniulowana częściej (61,3%) niż ramienna (27,4%) oraz odpromieniowa (11,3%). Średni czas utrzymania włknięcia wyniósł 13,82 dnia. W 81,1% nie zaobserwowano objawów zakażenia. Najczęstszą przyczyną usunięcia włknięcia było zakończenie hospitalizacji (31,1%) oraz zgon pacjenta (20,8%).

Wnioski. Włknięcia pośrednie są korzystnym rozwiązaniem dla pacjentów. Najczęściej są zakładane pacjentom oddziałów zachowawczych. Cewnik pośredni może być jedynym wymaganym włknięciem do poprowadzenia kompletnej terapii dożylnych pacjenta hospitalizowanego, dlatego warto wdrażać te włknięcia w szpitalach.

SŁOWA KLUCZOWE: włknięcie pośrednie, dostęp naczyniowy, infuzje dożylnie.

ABSTRACT

Aim. The aim of the study was to analyze the profile of patients with Midline Catheters (MC).

Material and Methods. The study material consisted of 106 Midline Catheters observation cards. Analyzed MC were implemented to the patients who were hospitalized in one of Warsaw's Hospital. The authors analyzed documentation from 01.10.2021 to 31.07.2022. The Microsoft Office Excel 2007 was used to analyze the data.

Results. 60.5% of patients with Midline Catheters were female. The average age was 74.85 years. Mostly, MC were inserted in the right hand. Nurses, in 61.3% cases, chose the basilic vein, and 27.4%, it was the brachial vein. The average time of Midline catheter maintenance was 13.82 days. In 81.1% of cases, no inflammation symptoms were observed. The most common reason for MC removal was discharging patients home or patient's death – 20.8%.

Conclusions. Midline Catheters are a beneficial solution for patients. They are most often applied to patients in conservative wards. An indirect catheter may be the only line required to conduct complete intravenous therapy in a hospitalized patient, so it is worth implementing these lines in hospitals.

KEYWORDS: Midline Catheter, vascular access, intravenous infusion.

Wprowadzenie

W trakcie przyjęcia do szpitala większość pacjentów wymaga uzyskania dostępu dożylnego w celu wykonania badań laboratoryjnych, wyrównania gospodarki wodno-elektrolitowej, podaży leków, wsparcia żywieniowego czy transfuzji krwi lub jej składników. Dobranie odpowiedniej kaniuli determinowane będzie poprzez plan leczenia chorego oraz cechy indywidualne pacjenta [1]. Najczęściej wykorzystywane są cewniki do żył obwodowych (PIVC – Peripheral Intravenous Catheter) oraz cewniki do żył centralnych (CVC – Central Venous Catheter). PIVC z reguły umożliwiają dostęp do naczynia pacjenta przez 72–96 h, co generuje konieczność wielokrotnych nakłuć żył celem kontynuacji leczenia. Należy pamiętać o dyskomforcie pacjentów i odczuciach bólowych podczas wykonywania procedury wkłucia. Decydując się na zastosowanie u pacjenta dostępu centralnego, należy liczyć się z możliwością wystąpienia poważnych powikłań, tj. zakażenia krwi, nakłucia tętnicy, odma opłucnowa, uszkodzenia nerwów, zaburzenia rytmu serca czy zator powietrzny. Alternatywnym postępowaniem jest wykorzystanie wkłuc pośrodkowych (MC – Midline Catheter) [2]. W celu zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa, zespół terapeutyczny powinien być kompetentny w zakresie dostosowania dostępu naczyniowego do potrzeb pacjenta. Określenie profilu pacjenta ma na celu przeanalizowanie zakresu prowadzonej terapii dożylnych, schematu leczenia, przewidywanego czasu hospitalizacji, wieku pacjenta, stanu ogólnego, mobilności chorego, określenie stanu naczyń pacjenta czy ocenę potencjalnego ryzyka powikłań związanego z konkretnym dostępem naczyniowym. Wybór odpowiedniego dostępu naczyniowego (VAD – Vascular Access Device) powinien opierać się na współpracy lekarza, zespołu pielęgniarskiego oraz pacjenta. Należy wybierać dostępy naczyniowe najmniej inwazyjne, o najmniejszej średnicy i najmniejszej liczbie światła potrzebnych do planowanej terapii [2, 3].

MC jest dostępem naczyniowym umieszczonym w żyłę obwodowej ramienia (najczęściej jest to żyła odpromieniowa, ramienna lub odtokciowa) ręki niedominującej, z końcówką umieszczoną w pobliżu żyły pachowej. Optymalnym miejscem wprowadzenia MC jest środkowa 1/3 część ramienia, w celu zabezpieczenia przed obciążeniem mechanicznym kończyny, a także zmniejszeniem ryzyka zakażenia. Cewniki pośrodkowe występują w rozmiarach od 2 Fr do 5 Fr, mają długość od 8 do 25 cm oraz jedno lub dwa światła. Zakładane są techniką Seldingera przy użyciu ultrasonografii, osobę wprowadzającą cewnik pośrodkowy podczas wykonywania tej procedury obowiązuje maksymalna bariera ochronna, czyli czepek, maska, jałowy fartuch chirurgiczny,

sterylne rękawiczki. MC stanowi dobrą alternatywę dla PIVC ze względu na wydłużony czas przebywania w naczyniu (w zależności od specyfikacji cewnika pośrodkowego do 30 dni) oraz niższe ryzyko infekcji niż w przypadku CVC [2–4]. Przez MC można prowadzić terapię preparatami tolerowanymi przez żyły obwodowe. Głównym wskazaniem do założenia MC jest trudny dostęp naczyniowy (dwie próby nieudanej kaniulacji, pacjenci z otyłością, z cukrzycą, ze schorzeniami przewlekłymi), a także przewidywany okres hospitalizacji powyżej 6 dni [5].

Wkłucia pośrodkowe stają się coraz bardziej powszechnym dostępem naczyniowym w polskich szpitalach. Stanowią dobrą alternatywę dla pacjentów, u których występuje trudność w prowadzeniu terapii przez krótką kaniulę dożylną i którzy nie mają wskazań do implantacji cewnika centralnego. Takie rozwiązanie pozwala uniknąć powikłań, które mogą się pojawić w trakcie leczenia dożylnego [6].

Dzięki możliwości użycia ultrasonografii zwiększa się skuteczność implantacji obwodowego wkłucia dożylnego, wg Michigan Appropriateness Guide for Intravenous Catheteres (MAGIC) nawet do 92–99%. Taka praktyka pozwala uniknąć założenia CVC, zmniejsza dolegliwości bólowe związane z kolejnymi próbami kaniulacji naczynia oraz zwiększa komfort chorego [5]. Jest to podkreślane także przez Infusion Nurses Society (Towarzystwo Pielęgniarek Infuzyjnych), które wskazuje na konieczność korzystania z USG w codziennej praktyce celem identyfikacji anomalii naczyniowych, niedrożności czy zakrzepicy. Ponadto USG pozwala na ocenę średnicy naczynia i dostosowanie wielkości cewnika dożylnego. Korzystnym wydaje się stosowanie ultrasonografii u pacjentów pediatrycznych [6]. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki (PTPAiO) jasno określa, że MC może być zakładany przez zespół pielęgniarski przy użyciu USG. Co więcej PTPAiO podkreśla, że zastosowanie USG zwiększa bezpieczeństwo pacjenta, zmniejsza liczbę kaniulacji oraz jatrogenne nakłucia tętnicy [7].

Mimo rosnącej popularności wkłuc pośrodkowych, brakuje polskich danych na temat ich wykorzystania. Trudno znaleźć też informacje o charakterystyce pacjentów, u których stosowane są te dostępy naczyniowe. Przeprowadzone badanie pozwala doprecyzować, kiedy wybrać wkłucie pośrodkowe jako dostęp dożylny. Wkłucia pośrodkowe wdrożono w Szpitalu Czerniakowskim Sp. z o.o. w Warszawie, ośrodku dysponującym 8 oddziałami i 225 łózkami. Pierwszy MC w badanej grupie został założony 05.10.2021 r. na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W listopadzie 2021 r. utworzono

w szpitalu zespół naczyniowy, w skład którego wchodził wyłącznie personel pielęgniarski. Głównym zadaniem zespołu było kwalifikowanie pacjentów do założenia wkłucia pośredniego, zakładanie MC, pielęgnacja i kontrola wkłucia pośredniego. Z uwagi na stworzony w szpitalu Zespół Naczyniowy kaniulacji znacznie częściej dokonywała grupa zawodowa pielęgniarek/pielęgniarzy.

Na podstawie analizy danych zawartych w niniejszej pracy można określić, dla których pacjentów będzie korzystne założenie MC. Dzięki publikacji takich informacji można wymieniać się doświadczeniami pomiędzy ośrodkami, w których stosowane są tego typu wkłucia i wyciągać wnioski związane z ich wykorzystaniem.

Cel pracy

Celem pracy było określenie profilu pacjentów, u których zostało założone wkłucie pośrednie.

Materiał i metody

Przedstawione badanie jest badaniem opisowym. Materiał badawczy stanowiła dokumentacja medyczna – „Karta obserwacji cewnika pośredniego typu Midline” pacjentów z założonym wkłuciem pośrednim hospitalizowanych w Szpitalu Czerniakowskim Sp. z o.o. w Warszawie w okresie od 01.10.2021 r. do 31.07.2022 r. W karcie dostępne były informacje: dane pacjenta, oddział, na którym przebywał pacjent, czas utrzymania cewnika pośredniego w naczyniu, metoda wprowadzenia MC, miejsce implantacji, tj. rodzaj żyły zidentyfikowanej w ultrasonografii, rodzaj cewnika pośredniego, dane osoby, która zakładała MC, daty obserwacji, objawy zakażenia (do wyboru: bez cech infekcji, zaczerwienienie, obrzęk, stwardnienie, zmiany ropne, ból), krwawienie z miejsca wprowadzenia cewnika pośredniego (obecne lub nieobecne), zmiana i rodzaj opatrunku (do wyboru: opatrunek chłonny, poliuretanowy, opatrunek z chlorheksydyną), wymiana – do wyboru: systemu bezigłowego i/lub kranika z przedłużką, ocena zasadności utrzymania MC, drożność światła wkłucia pośredniego (do wyboru: drożny, upośledzona drożność, niedrożny), aspiracja krwi (możliwa lub niemożliwa), uwagi (wpisywano tutaj informacje dotyczące pogorszenia stanu ogólnego, pobudzenia psychoruchowego, podaża amin katecholowych do MC) oraz przyczyna usunięcia cewnika pośredniego.

Analizy statystyczne

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej w formie analizy opisowej, przy użyciu programu Microsoft Office Excel 2007. Komisja Bioetyczna przy Warszawskim Uniwersytecie Medycznym przyjęła do wiadomości informację na temat powyższego badania, numer oświadczenia AKBE/225/2022.

Wyniki

Zgromadzono 106 kart obserwacji wkłucia pośredniego. Z analizy danych w nich zawartych wynika, że częściej zakładano MC u kobiet. Średnia wieku pacjentów poddawanych kaniulacji naczyń MC wyniosła 74,85 lat, mediana wieku wyniosła 76 lat, a odchylenie standardowe badanej grupy wyniosło SD = 15,75. Najmłodszy pacjent miał 22 lata, a najstarszy 98 lat.

Najczęściej zakładanym wkłuciem był MC w rozmiarze 3Fr 120 mm 44,3% (n = 47). Naczyniem żylnym, które najczęściej wybierano do założenia MC, była żyła odtokciowa (łac. *vena basilica*) 61,3% (n = 65). Oddziały, na których zakładano MC, to: Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Neurologii, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Otolaryngologii, Oddział Chirurgii Ogólnej i Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Charakterystyka badanej grupy zawarta jest w tabeli 1. Średni czas utrzymania cewnika wyniósł 13,82 dnia, SD = 11,28. Najdłuższy czas utrzymania MC w naczyniu wynosił 50 dni, a najkrótszy 1 dzień. Średni czas aspiracji wynosił 8,70 dnia, przy czym najdłuższy czas aspiracji wynosił 41 dni.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy pacjentów
Table 1. Characteristics of the study group of patients

Płeć pacjentów z cewnikiem pośrednim/ <i>Sex of patients with midline catheter</i>	%	n
Kobiety/ <i>Female</i>	60,4	64
Mężczyźni/ <i>Male</i>	39,6	42
Kaniulowana kończyna górna/ <i>Cannulated upper limb</i>		
Prawa/ <i>Right</i>	56,6	60
Lewa/ <i>Left</i>	43,4	46
Procentowa wartość założeń MC w poszczególnych oddziałach/ <i>Percentage value of MC assumptions in individual hospital departments</i>		
Oddział Chorób Wewnętrznych/ <i>Department of Internal Medicine</i>	44,3	47
Oddział Neurologii/ <i>Department of Neurology</i>	34,9	37
Oddział Chirurgii Ogólnej/ <i>Department of General Surgery</i>	8,5	9
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii/ <i>Department of Anesthesiology and Intensive Care</i>	8,5	9
Oddział Otolaryngologii/ <i>Department of Otolaryngology</i>	2,8	3
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej/ <i>Department of Trauma and Orthopedic Surgery</i>	0,9	1
Najczęściej stosowane rozmiary wkłuc pośrednich/ <i>The most commonly used sizes of midline catheter</i>		
3Fr 120 mm	44,3	47
2Fr 150 mm	19,8	21
3Fr 150 mm	18,9	20
Kaniulowane naczynie/ <i>Cannulated vessel</i>		
Żyła odtokciowa/ <i>Basilic vein</i>	61,3	65
Żyła ramienna/ <i>Brachial vein</i>	27,4	29
Żyła odpromieniowa/ <i>Cephalic vein</i>	11,3	12

Źródło: opracowanie własne
Source: own study

W 81,1% (n = 86) założonych MC nie zaobserwowano objawów zakażenia, tj. zaczerwienienia w miejscu implantacji wkłucia pośredniego, obrzęku miejsca wprowadzenia MC, stwardnienia w miejscu wprowadzenia MC i/lub wzdłuż cewnika pośredniego, zmian ropnych w miejscu wprowadzenia MC. Zaczerwienienie wokół miejsca kaniulacji żyły pojawiło się u 17% pacjentów (n = 18). Po zmianie opatrunków z poliuretanowych na opatrunki z chlorheksydyną zaczerwienienie ustąpiło u tych pacjentów. W analizowanej grupie zaobserwowano wystąpienie zmian ropnych w okolicy wprowadzenia MC u 1,8% (n = 2), które wystąpiły u tego samego pacjenta. Zdeterminowane było to stanem ogólnym pacjenta.

Najczęstszym powodem usunięcia MC było zakończenie hospitalizacji 31,1% (n = 34). Przyczyny usunięcia MC przedstawia **tabela 2**.

Tabela 2. Przyczyny usunięcia MC
Table 2. Reasons for MC removal

Przyczyna usunięcia wkłucia pośredniego/ <i>Reason for removing the midline catheter</i>	%	n
Zakończenie hospitalizacji/ <i>End of hospitalization</i>	31,1	33
Zgon pacjenta/ <i>Patient's death</i>	20,8	22
Niedrożność wkłucia/ <i>Catheter's occlusion</i>	12,3	13
Usunięcie przez pacjenta/ <i>Removal by the patient</i>	8,5	9
Wynaczynienie/ <i>Extravasation</i>	8,5	9
Niewiedza personelu/ <i>Staff ignorance</i>	7,5	8
Intensyfikacja leczenia/ <i>Intensification of treatment</i>	4,7	5
Zakażenie miejsca wkłucia/ <i>Injection site infection</i>	3,8	4
Usunięcie zgodnie z zaleceniami producenta/ <i>Disposal according to manufacturer's recommendations</i>	2,8	3

Źródło: opracowanie własne
Source: own study

Najczęściej obserwowane problemy przy zastoso-
waniu MC to obrzęki w miejscu wprowadzenia MC,
które zaobserwowano w 31,4% (n = 33) przypadków.
Pacjenci pobudzeni psychoruchowo stanowili 25,7%
(n = 27), u których istniało zwiększone ryzyko niezamierzonego usunięcia MC. Pogorszenie stanu zdrowia (niespowodowane przez MC) zaobserwowano u 19% (n = 20). Dodatkowo w grupie badanej miały miejsce zdarzenia, takie jak: zakażenie SARS-CoV-2 8,6% (n = 9); podaż żywienia pozajelitowego do MC 5,7% (n = 6); podaż amin katecholowych do MC 4,8% (n = 5).

Dyskusja

Zaprezentowane wyniki pokazują, iż MC jest stosowany głównie u pacjentów oddziałów zachowawczych. Jest to zbieżna informacja z badaniem przeprowadzonym przez Chopra i wsp. w grupie 1161 pacjentów, gdzie 70,8% MC było wprowadzanych na oddziałach zachowawczych.

Pacjenci takich oddziałów są dłużej hospitalizowani, co sprzyja częstej kaniulacji naczyń żylnych. Dodatkowo u takich chorych występują trudności w uzyskaniu dostępu naczyniowego ze względu na liczne próby założenia PIVC oraz stan ogólny chorych [3, 4]. Pokazuje to, iż korzystanie z wkłuc pośrednich powinno być bardziej powszechne na takich oddziałach. Wdrażając MC w szpitalach, warto rozpocząć przede wszystkim od oddziałów zachowawczych, ponieważ przyniesie to znaczącą korzyść dla przebywających tam pacjentów oraz ułatwi pracę zespołom pielęgniarskim.

Istotny jest także wiek pacjenta. Badania przeprowadzone przez Jeon i wsp. pokazują, iż średnia wieku 75 lat jest częsta w grupie pacjentów z MC [2]. Podobny wynik uzyskano także w badanej grupie. W literaturze nie znaleziono badań pokazujących związek wykorzystania wkłuc pośrednich i wieku pacjentów. Oczywisty wydaje się jednak fakt, iż osoby hospitalizowane to głównie populacja osób starszych. To właśnie u tych pacjentów występują problemy w kaniulacji naczyń żylnych. Dodatkowym aspektem, jaki należy wziąć pod uwagę, to to, że nieudane nakłucia powodują zmiany skórne, wybroczyny, obrzęki, infekcje, które w dalszej perspektywie stanowią utrudnienie przy wyborze miejsca wprowadzenia innego cewnika [8]. Uzyskanie dostępu naczyniowego u osób starszych staje się wyzwaniem ze względu na kruchość żył, odwodnienie, przypadkowe dekaniulacje, choroby otępienne. Leczenie dożylnie staje się obciążeniem dla pacjenta i wyzwaniem dla personelu, dlatego koniecznym jest zapewnienie wykwalifikowanej opieki z dostępem do narzędzi ułatwiających pracę zespołom pielęgniarskich, jak również poprawę komfortu pacjenta [6]. Planując terapię dożylną, nie należy zapominać o dyskomforcie i dolegliwościach bólowych pacjenta poddawanego kaniulacji obwodowych naczyń żylnych. W literaturze można odnaleźć dane, które określają wskaźnik niepowodzeń w przypadku MC na 12,5%, zaś dla PIVC około 50%, co należy przenieść na negatywne odczucia pacjenta [1].

Badania w porównywalnej grupie 95 pacjentów (z 117 cewnikami) wskazują, iż preferowanym naczyniem do wprowadzenia wkłucia pośredniego jest żyła odłokciowa 42% i ramienna 40,4% [2]. Z analizy dokumentacji wynika, że w Szpitalu Czerniakowskim częściej wprowadzano wkłucie przez żyłę odłokciową 61,3% oraz ramienną 27,4%. Ponad połowa założonych MC była umieszczona po stronie prawej, podobne wyniki otrzymali Chopra i wsp. [3]. Biorąc pod uwagę anatomie, żyła odłokciowa jest oddalona od tętnic, co zmniejsza ryzyko przypadkowego jej nakłucia, dlatego też jest to bezpieczny dostęp naczyniowy.

Średni czas przebywania MC w naczyniu w analizowanej grupie wyniósł 13,80 dnia. Podobny czas użytko-

wania MC uzyskiwali także autorzy Jeon i wsp. w grupie 117 pacjentów. Według MAGIC leczenie dożylnie od 6 do 14 dni jest wskazaniem do implementacji MC, co jak widać sprawdza się w prezentowanej ocenie dokumentacji [5]. Dodatkowo, analizując doniesienia z literatury, czas utrzymania w naczyniu MC wynosi od 7,69–16,4 dnia i jest on porównywalny z wkłuciem PICC (peripherally inserted central catheters) 7,3–16,6 dnia. Dla PIVC jest to wynik 2,9–4,1 dnia, co także w znacznym stopniu przekłada się na liczbę prób uzyskania dostępu żylnego oraz wpływa to na sumarycznie wydłużony czas personelu poświęcony na uzyskanie dostępu dożylnego za pomocą PIVC [9]. Jest to znacząca różnica, biorąc pod uwagę konieczność wymiany krótkich kaniul dożylnych średnio co 72 h, a także wynikającą z tego traumatyzację naczyń [1]. Wybór dostępu naczyniowego wymaga jasnego zrozumienia pacjenta, jego potrzeb, długości i charakteru planowanej terapii. Gwarantuje to zminimalizowanie ryzyka wielokrotnych nakłuć naczyń, zakażeń miejsca wkłucia oraz kosztów [9].

To, co zwraca uwagę w wielu publikacjach, to brak zakażeń krwi związanych z obecnością w naczyniu pacjenta wkłucia pośredniego. Podobne wnioski można wysnuć z powyższej analizy. Wynika to ze stosowania środków zapobiegających zakażeniom krwi związanych z dostępem naczyniowym. Zaczynają się one już w momencie implantacji wkłucia, kiedy to stosowana jest maksymalna bariera ochronna osoby zakładającej oraz zachowanie sterylności chirurgicznej przy procedurze założenia MC, a kończąc na edukacji z bezpiecznego użytkowania dostępu naczyniowego [10, 12].

Kolejnym istotnym elementem jest dobór opatrunku do potrzeb pacjenta, a także sposób jego wymiany. Zaleca się postępowanie zgodne z EBP (Evidence Based Practice – praktyka oparta na dowodach naukowych) oraz wytycznymi w celu minimalizacji ryzyka zakażeń miejsca wkłucia [9]. Warto wspomnieć, że stosowanie USG w pracy pielęgniarek/pielęgniarzy jest zalecaną praktyką nie tylko w celu poprawy skuteczności wkłucia, ale również zmniejszenie liczby infekcji o 11,7% na 1000 cewnikodni, co z kolei wynika ze zmniejszenia liczby nieudanych prób [8].

Badania pokazują, że wskaźniki infekcji dla MC są niższe niż dla dostępu centralnych [1]. Wskaźnik zakażeń dla MC wyniósł 0,2/1000 cewnikodni, dla PICC było to 1,83 zakażeń na 1000 cewnikodni [10]. Dzięki temu, iż ryzyko zakażenia związane z obecnością MC jest niewielkie, jego najczęstszą przyczyną usunięcia jest zakończenie terapii dożylnych w skutek zakończenia hospitalizacji lub zgonu pacjenta. Potwierdza się to też u innych badaczy [2]. Zator powietrzny jest mało prawdopodobny w przypadku MC ze względu na małą

średnicę i długość, dodatkowo urządzenie jest zwykle poniżej serca [11].

Wyniki ograniczają się do populacji dorosłych pacjentów, hospitalizowanych w różnych oddziałach szpitalnych z powodu innych jednostek chorobowych. Badania zostały przeprowadzone na niewielkiej grupie pacjentów, jednak zauważalne są korzyści, jakie niesie implantowanie wkłuc pośrednich. Dzięki stosowaniu MC pacjenci uzyskują dostęp do naczynia żylnego na dłuższy czas niż w przypadku PIVC, często jest to cały okres hospitalizacji pacjenta. Może to poprawić komfort pacjentów, gdyż unikną wielokrotnych kaniulacji. Brak możliwości założenia krótkiej kaniuli dożylnych często był wskazaniem do wprowadzenia wkłucia centralnego, co często jest związane z poważnymi komplikacjami dla zdrowia w przypadku nieprawidłowej implantacji lub pielęgnacji miejsca założenia CVC. Dobrym rozwiązaniem może być wykorzystanie wkłuc pośrednich, które obarczone są mniejszymi komplikacjami dla pacjenta. Rozpowszechnienie wkłuc pośrednich w codziennej praktyce pielęgniarskiej może być kolejnym krokiem do zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów.

Wnioski

1. Wkłucia pośrednie są korzystnym dostępem naczyniowym dla pacjentów, o czym świadczy niewielki odsetek zakażeń związanych z dostępem naczyniowym.
2. Cewniki pośrednie najczęściej są zakładane pacjentom oddziałów zachowawczych, dlatego też warto rozważyć ich wprowadzenie na początku hospitalizacji.
3. Wkłucie pośrednie najczęściej jest użytkowane średnio przez 14 dni, co daje przewagę nad krótkimi kaniulami dożylnymi.
4. Średnie utrzymanie cewnika pośredniego wynoszące 13,82 dnia może obejmować cały okres hospitalizacji, zapewniając tym samym dostęp naczyniowy do kompletnej terapii dożylnych.
5. W badanej grupie pacjentów z wkłuciem pośrednim przy stosowaniu pakietu zasad pielęgnacji nie zaobserwowano zakażeń krwi związanych z cewnikiem pośrednim. Dowodzi to, iż konieczne jest postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie prowadzenia terapii dożylnych w celu ograniczenia powikłań związanych z linią naczyniową.

Piśmiennictwo

1. Sandeep T, Shruti K, Shubhi K. The Practise and Complications of Midline Catheters: A systemic Review. Crit Care Med. 2021; 49(2): 140–150.

2. Jeon MH, Kim CS, Han KD, Kim MJ. Efficacy and Safety of Midline Catheters with Integrated Wire Accelerated Seldinger Technique. *Vasc Specialist Int.* 2022; 38: 2.
3. Chopra V, Kaatz S, Swaminathan L, Boldenow T, Snyder A, Burris R, Bernstein SJ, Flanders S. Variation in use and outcomes related to midline catheters: results from a multi-centre pilot study. *BMJ Qual Saf.* 2019; 28(9): 714–720.
4. Xu T, Kingsley L, DiNucci S, Messer G, Jeong JH, Morgan B, Shutt K, Yassin MH. Safety and utilization of peripherally inserted central catheters versus midline catheters at a large academic medical center. *Am J Infect Control.* 2016; 44(12): 1458–1461.
5. Moureau N, Chopra V, Guiding Vascular Access Selection for Intensive Care. *ICU MANAGEMENT & PRACTICE.* 2016; 2: 12–14.
6. Gorski LA, Hadaway L, Hagle ME, Broadhurst D, Clare S, Kleidon T, Meyer BM, Nickel B, Rowley S, Sharpe E, Alexander M. Infusion Therapy Standards of Practice, 8th Edition. *J Infus Nurs.* 2021; 44(1S Suppl 1): S1–S224.
7. Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki. Stanowisko w sprawie wykorzystania przez personel pielęgniarski ultrasonografii do identyfikacji naczyń żylnych celem ich kaniulacji oraz do wprowadzenia obwodowego cewnika pośredniego do naczynia żylnego. *Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece.* 2021; 7(2): 45–47.
8. Cortés OL, Parra YM, Torres DA, Monroy P, Malpica JC, Pérez EP, Mojica C. Evaluation of Indicators of a Vascular Access Device Program led by Nursing Professionals in a High-complexity University Hospital in Colombia. *Invest Educ Enferm.* 2022; 40(1): e12.
9. Adams DZ, Little A, Vinsant C, Khandelwal S. The Midline Catheter: A Clinical Review. *J Emerg Med.* 2016; 51(3): 252–8.
10. DeVries M, Lee J, Hoffman L. Infection free midline catheter implementation at a community hospital (2 years). *Am J Infect Control.* 2019; 47(9): 1118–1121.
11. Griffiths V. Midline catheters: indications, complications and maintenance. *Nurs Stand.* 2007; 22(11): 48–57.
12. Buetti N, Marschall J, Drees M, Fakhri MG, Hadaway L, Maragakis LL, Monsees E, Novosad S, O'Grady NP, Rupp ME, Wolf J, Yokoe D, Mermel LA. Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2022; 43(5): 553–569.

Artykuł przyjęty do redakcji: 16.04.2023.

Artykuł przyjęty do publikacji: 10.11.2023.

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

Adres do korespondencji.

Iwona Włodek

e-mail: iwona.wlodek@lazarzski.pl



MORAL DISTRESS W PIELEŃNIARSTWIE PSYCHIATRYCZNYM

MORAL DISTRESS IN MENTAL HEALTH NURSING

Patrycja Zofia Zurzycka^a, Katarzyna Czyżowicz^b, Zofia Musiał^c, Grażyna Puto^d

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum
Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University, Medical College

^a <https://orcid.org/0000-0002-2048-3711>

^b <https://orcid.org/0000-0003-0397-5623>

^c <https://orcid.org/0000-0001-6954-3204>

^d <https://orcid.org/0000-0002-0829-327X>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2023.11>

STRESZCZENIE

W czasie pełnienia roli zawodowej pielęgniarki psychiatryczne mierzą się ze złożonymi kwestiami dotyczącymi tworzenia relacji terapeutycznych oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i ograniczenia stosowania przymusu. Mogą także zetknąć się z innymi barierami (zarówno zewnętrznymi, jak i wewnętrznymi), które utrudniają im działanie zgodne z ideałami praktyki zawodowej i stwarzają możliwość powstania niepokoju moralnego.

Niepokój moralny (ang. *moral distress*, MD) charakteryzowany jest jako negatywne odczucia pojawiające się w sytuacjach, gdy osoba wie, jak należy postąpić, ale istniejące ograniczenia uniemożliwiają jej podjęcie właściwego działania. Może on pojawić się również, gdy personel medyczny staje przed dylematami moralnymi lub doświadcza moralnych wątpliwości w związku z sytuacjami wynikającymi z praktyki klinicznej.

Celem pracy było przedstawienie wybranych zagadnień związanych z występowaniem moral distress w pielęgniarstwie psychiatrycznym.

SŁOWA KLUCZOWE: niepokój moralny, pielęgniarstwo psychiatryczne, psychiatria, pielęgniarstwo.

ABSTRACT

Nursing is based on relations with other people – interpersonal relations that are especially important in mental health nursing. In their professional practice, psychiatric nurses face complex challenges concerning the establishment of therapeutic relations, ensuring patient's safety and reducing means of coercion. In their everyday practice, they often face multi-dimensional dilemmas regarding care for persons with cognitive or behavioural disorders at various stages of the disease. Nurses can also encounter other constraints (both external and internal) that make it difficult for them to act in line with the ideals of professional practice and put them at risk of developing moral distress.

Moral distress (MD) is described as negative feelings in situations where one knows the correct actions to take but they are constrained from taking them. Moral distress can also occur when medical personnel faces moral dilemmas or experience moral doubts in the course of their clinical practice. Moral distress can occur in any medical discipline, but due to the prevalence of difficult situations, it is particularly important in mental health patient care.

The goal of the study was to present the selected issues related to moral distress in mental health nursing.

KEYWORDS: moral distress, mental health nursing, psychiatry, nursing.

Wprowadzenie

Pielęgniarstwo oparte jest na relacjach z drugim człowiekiem (relacje międzyludzkie, które są szczególnie istotne w pielęgniarstwie psychiatrycznym) [1, 2], polegające na otaczaniu opieką, okazaniu szacunku i współczucia [3–5]; wiąże się także z ponoszeniem moralnej odpowiedzialności spotkania z drugą osobą [3, 6]. Pielęgniarki odgrywają istotną rolę w sprawowaniu całościowej opieki nad osobami z zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz ich bliskimi, w swej pracy zobowiązane są do przestrzegania zasad etyki i obowiązujących norm prawnych oraz współpracy w zespołach

multidyscyplinarnych [2, 4, 7]. Niejednokrotnie mierzą się ze złożonymi kwestiami dotyczącymi tworzenia relacji terapeutycznych oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i ograniczenia stosowania przymusu bezpośredniego, mogą także mieć styczność z innymi ograniczeniami, które utrudniają im działanie zgodne z ideałami praktyki zawodowej [8].

Niepokój moralny (ang. *moral distress* – MD) charakteryzowany jest jako negatywne odczucia pojawiające się w sytuacjach, gdy osoba wie, jak należy postąpić, ale istniejące ograniczenia uniemożliwiają jej podjęcie właściwego działania [3, 9, 10]. Przeszkody te mogą

przybrać postać zarówno ograniczeń zewnętrznych (instytucjonalnych, organizacyjnych czy systemowych), jak i wewnętrznych dotyczących danej osoby [3, 8, 11, 12]. Niepokój moralny może również pojawić się, gdy personel medyczny staje przed dylematami moralnymi lub doświadcza moralnych wątpliwości w związku z sytuacjami wynikającymi z praktyki klinicznej [8, 13]. Moral distress stanowi połączenie doświadczeń wydarzenia moralnego i niepokoju psychicznego, pomiędzy którymi zachodzi związek przyczynowy [14, 15]; jest psychologiczną reakcją na sytuacje stanowiące wyzwania moralne [10, 16]. Przez wielu autorów niepokój moralny utożsamiany jest z cierpieniem moralnym, którego kluczowy element stanowi poczucie bezsilności wobec zaistniałych sytuacji [17].

Niepokój moralny jest zjawiskiem odmiennym od dylematu etycznego, w przypadku którego możliwe jest dokonanie wyboru spośród różnych alternatyw rozwiązania powstałego problemu (podjęcia działania), aczkolwiek nie zawsze możliwe będzie dokonanie w pełni satysfakcjonującego wyboru. Do wystąpienia niepokoju moralnego dochodzi natomiast wówczas, kiedy w obliczu problemu jednostka jest w stanie określić, jakie poprawne i właściwe etycznie działania należałoby podjąć, lecz nie jest zdolna – z różnych powodów – do ich podjęcia [18, 19].

Niepokój moralny może pojawić się w niemal każdej dyscyplinie medycznej, ale ze względu na zwiększoną częstotliwość występowania sytuacji trudnych, jest zagadnieniem szczególnie istotnym w opiece nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi [1, 5, 20–22].

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie wybranych zagadnień związanych z występowaniem moral distress w pielęgniarstwie psychiatrycznym. Artykuł powstał na podstawie analizy badań i opracowań naukowych, dostępnych w bazach danych Medline oraz PubMed.

Źródła moral distress w pielęgniarstwie psychiatrycznym

Pielęgniarki pracujące w obszarze opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi często znajdują się w obliczu wieloaspektowych sytuacji trudnych, dylematów moralnych oraz stawianych im sprzecznych oczekiwań. Może to powodować doświadczenie niepokoju moralnego, pojawiającego się w sytuacjach, gdy nie mogą zrobić tego, co uważają za słuszne lub kiedy muszą podjąć działanie, które uważają za niewłaściwe [2, 3, 8, 11, 18, 21].

Moral distress doznawany przez pielęgniarki opiekujące się pacjentami z zaburzeniami psychicznymi może mieć nieco odmiennie źródła, wynikające ze specyfiki opieki psychiatrycznej, od MD odczuwanego przez pie-

lęgniarki pracujące w innych obszarach opieki medycznej [2, 23]. Wyzwania dotyczące zdrowia psychicznego, psychiatrii oraz pielęgniarstwa psychiatrycznego są prawdopodobnie takie same na całym świecie [7], jednak wydaje się, że MD doświadczane przez pielęgniarki psychiatryczne może różnić się ze względu na kulturę, przekonania, wartości i obyczaje, a także przyjętą praktykę zawodową [11].

Pielęgniarki pracujące w opiece psychiatrycznej napotykają szereg problemów etycznych, jak i praktycznych, które mogą prowadzić do powstania niepokoju moralnego [11, 21, 23]. W swej codziennej praktyce często stają w obliczu złożonych wielowymiarowych dylematów dotyczących opieki nad osobami wykazującymi zaburzenia poznawcze czy zachowania, znajdującymi się w różnych fazach choroby. Ponadto mierzą się z wyzwaniami związanymi z otoczeniem chorych, opieką rodzin pacjentów oraz problemami wynikającymi ze społecznego postrzegania zaburzeń psychicznych i stygmatyzacją dotkniętych nimi osób [2, 3, 6–8, 11, 24].

U pacjentów objętych opieką psychiatryczną często występują zmiany psychopatologiczne, które mogą ograniczać ich zdolność do autonomicznego wyrażania świadomej zgody na proponowane im świadczenia medyczne. Istniejące zaburzenia mogą prowadzić do ograniczenia wglądu w swój stan i do utrudnień lub całkowitego braku współpracy w podejmowaniu decyzji klinicznych i w procesie terapeutycznym. Pacjenci mogą nie akceptować postawionej diagnozy i proponowanego leczenia lub nie rozumieć istoty swojego zaburzenia, co może powodować konieczność stosowania przymusu (obejmującego zarówno hospitalizację oraz leczenie bez zgody, jak i stosowanie środków przymusu bezpośredniego). Występujące u osób chorych psychicznie zaburzenia procesów myślenia czy postrzegania mogą prowadzić do narażenia ich na doznanie krzywdy oraz ryzyka skrzywdzenia innych osób [3, 6, 21, 24].

Ograniczenia czy całkowity brak możliwości uzyskania świadomej zgody, a także konieczność stosowania działań paternalistycznych, podejmowanych w imię troski o dobrostan pacjentów, mogą powodować liczne dylematy i dyskomfort odczuwany przez klinicystów. Wiąże się on z ryzykiem naruszenia podstawowych zasad etycznych w opiece medycznej – autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości [21, 25] oraz kwestii związanych z zachowaniem prywatności, poufności, wolności i relacji terapeutycznej [4, 7, 22, 24, 26, 27].

Głównymi specyficznymi źródłami moral distress w pielęgniarstwie psychiatrycznym są kwestie związane z zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentom oraz radzeniem sobie z zachowaniami agresywnymi [1, 2]. Związane są również z niszczeniem mienia placówki, ucieczkami, niestosownymi zachowaniami o charakte-

rze seksualnym [1], dokonywanymi samookaleczeniami, wykazywanymi tendencjami autodestrukcyjnymi czy próbami samobójczymi [3, 22], odmową przyjmowania zleconej farmakoterapii, udziału w terapii grupowej czy wyrażaniem zgody na terapię elektrowstrząsami [7]. MD w opiece psychiatrycznej może być także spowodowany koniecznością stosowania przymusu, udziałem pacjentów w procesie terapeutycznym, ustalaniem priorytetów w opiece oraz powstawaniem sprzecznych interesów pacjenta i jego bliskich [2–4, 6, 28], jak również zachowaniami prezentowanymi przez bliskich pacjenta – agresją słowną, wrogim nastawieniem, grożeniem personelowi czy brakiem współpracy [1]. Źródłem moral distress może być także nadmierne skupienie się na terapii farmakologicznej (podawanie i nadzorowanie przyjmowania leków, monitorowanie efektów leczenia i skutków ubocznych) i jednocześnie marginalizowanie kluczowej roli rozmowy terapeutycznej i innych form terapii [28].

Kolejnym obszarem, który może mieć wpływ na powstanie niepokoju moralnego są oczekiwania społeczne dotyczące opieki psychiatrycznej, w tym równowagę potrzeb społeczeństwa i dobrostanu indywidualnego pacjentów chorujących psychicznie (populacji wrażliwej na skrzywdzenie) [25, 26, 29]. Pacjenci objęci opieką psychiatryczną są narażeni na ograniczenie lub pozbawienie wielu praw przysługujących innym obywatelom [11, 30]. Ponadto odnotować należy występujący brak akceptacji i stygmatyzację osób wykazujących zaburzenia psychiczne przez ich bliskich, jak i społeczność [2]. Doświadczenie MD w pielęgniarstwie psychiatrycznym może być również związane z oceną podejmowanych decyzji klinicznych i uważaniem ich za niewłaściwe, na przykład w sytuacjach interwencji w zachowanie pacjenta, które związane jest raczej z kwestią stylu życia, a nie bezpieczeństwem czy stanem zdrowia psychicznego [5]. Ponadto pielęgniarki, które mają najczęstszy i najbliższy kontakt z pacjentami, realizując w praktyce koncepcję adwokatury, często mimowolnie przyjmują rolę łącznika (negocjatora) pomiędzy pacjentami a lekarzami i pozostałym personelem, co także może stanowić źródło MD [6, 18].

Pielęgniarki psychiatryczne doświadczają moral distress w sytuacjach, gdy nie są w stanie reagować na potrzeby pacjenta w taki sposób i w takim zakresie, w jakim uważają to za słuszne [21, 30] i realizować opiekę wysokiej jakości [5, 29, 31, 32]. Jednak MD może być także spowodowane czynnikami niezwiązanymi bezpośrednio z pacjentem – aspektami organizacyjnymi środowiska pracy personelu medycznego. Jako przyczyny moral distress wskazywane są również: zbyt mała liczba personelu w stosunku do potrzeb pacjentów, nadmierne przeciążenie obowiązkami zawodowymi, brak czasu i zasobów [1, 7, 22, 30, 32]. Do powstania MD przyczynić

się może konieczność współpracy z personelem, który nie posiada wystarczających umiejętności potrzebnych do pracy z pacjentami wykazującymi zaburzenia psychiczne, częsta rotacja pracowników [1, 2, 7, 29] oraz nadmierne obciążenie obowiązkami administracyjnymi (np. wymogi wypełniania rozbudowanej dokumentacji medycznej) [1, 7]. W badaniach dotyczących występowania MD w pielęgniarstwie psychiatrycznym zwracano także uwagę na pojawianie się tego zjawiska w związku ze standardami jakości opieki oferowanej przez daną instytucję czy system opieki. Zgłaszano problemy związane z niedofinansowaniem i ograniczeniem stosowania innych metod postępowania poza terapią farmakologiczną [5, 28].

Istotnym elementem wpływającym na powstawanie moral distress jest brak wsparcia ze strony przełożonych w rozwiązywaniu pojawiających się problemów [22, 30] oraz naciski na podejmowanie niewłaściwego, zdaniem pielęgniarek, postępowania terapeutycznego i opiekuńczego [1, 7]. MD może być także spowodowany interakcjami ze współpracownikami, ich nieodpowiednim zachowaniem (np. brakiem współpracy, wykluczeniem z udziału w dyskusji, a nawet zawstydzaniem, poniżaniem czy zastraszaniem) [1] oraz innymi, szeroko pojętymi, relacjami powodującymi obciążenie, poczucie osamotnienia i braku wpływu [6, 21, 24]. Do moral distress przyczynia się również niski standard opieki realizowany przez innych pracowników i konieczność współpracy z nimi w procesie sprawowania opieki połączonej z obawą przed izolacją w zespole terapeutycznym [5, 29, 31].

Wpływ na powstawanie moral distress ma także poszanowanie autonomii zawodowej pielęgniarek, która nie zawsze jest uwzględniana przy podejmowaniu decyzji klinicznych w zespołach multidyscyplinarnych. Innym zawodom medycznym (głównie lekarzom) często przypisywana jest większa władza decyzyjna. Z kolei pielęgniarki zgłaszają, że ich obserwacje i opinie dotyczące pacjentów często są marginalizowane czy ignorowane w procesie terapeutycznym [5, 7, 28]. Może to prowadzić do sytuacji, w których pielęgniarki będą obawiały się (lub nie będą widziały potrzeby) wyrażania swojego zdania (w tym także dotyczącego problemów etycznych związanych z opieką) [30]. Do prowadzenia opieki psychiatrycznej wysokiej jakości kluczowe są natomiast zaufanie, partnerstwo i prawidłowa komunikacja w zespołach terapeutycznych oraz wzajemne okazywanie szacunku i wsparcia [3, 32].

Konsekwencje moral distress w pielęgniarstwie psychiatrycznym

Moral distress wpływa wieloaspektowo na funkcjonowanie pielęgniarek psychiatrycznych, wywołując sze-

reg negatywnych zjawisk [20]. Szkodliwe jest zarówno dla funkcjonowania osobistego, jak i zawodowego pielęgniarek [30], może mieć negatywny wpływ również na funkcjonowanie fizyczne, jak i psychiczne doznających go jednostek [21, 33]. Osoby cierpiące na niepokój moralny opisują doznawanie frustracji, złości i poczucia winy [3, 21], a także bezsilności, wstydu, przygnębienia, niepokoju i doświadczenia porażki [3, 29]. Pojawiające się objawy somatyczne moral distress są niecharakterystyczne i obejmują najczęściej: zmęczenie, wyczerpanie, bóle głowy, bóle brzucha, bezsenność, zmiany masy ciała i kołatanie serca [3, 8, 29, 34, 35]. Warto podkreślić, że zarówno objawy somatyczne, jak i doznania psychiczne mogą być na tyle nasilone, że stanowiąc będą przyczynę nieobecności w pracy osoby dotkniętej MD [8].

Pielęgniarki, które doświadczają niepokoju moralnego, mogą dystansować się od osób, którymi się opiekują i traktować je przedmiotowo, co obniża jakość praktyki zawodowej i jest szkodliwe dla pacjentów [3, 8, 17, 29, 32, 34]. Ponadto MD przyczynia się do powstawania wypalenia zawodowego czy rezygnacji z wykonywania zawodu [3, 8, 17, 18, 29, 36].

Radzenie sobie z moral distress w praktyce pielęgniarstwa

Postrzeganie problemu moralnego i właściwego w odniesieniu do niego działania, stanowi kluczowy element moral distress i często jest zjawiskiem subiektywnym – zdarzenia, które u jednej osoby wywołują MD przez innego profesjonalistę będą oceniane neutralnie [27]. Istotnym elementem jest wrażliwość etyczna definiowana jako świadomość etycznych implikacji podejmowanych w praktyce klinicznej działań. Niedostatek wrażliwości etycznej powodujący brak dostrzegania problemów moralnych i umiejętności radzenia sobie z nimi może powodować powstanie MD. Osoby, które mają większe doświadczenie kliniczne i przeszły szkolenie z zakresu etyki, zazwyczaj cechuje wysoka świadomość dotycząca pojawiania się problemów etycznych oraz większa zdolność do ich rozwiązywania, w porównaniu z osobami, które takiej wiedzy i doświadczenia nie posiadają [7, 8, 22, 29, 35].

Znajomość istoty moral distress i świadomość istnienia tego zjawiska wpływa na zapobieganie jego powstaniu [2]. Wykrycie przyczyn występowania MD i panujących między nimi interakcji jest kluczowe dla podjęcia skutecznych interwencji zaradczych [31].

Pielęgniarki pracujące z pacjentami wykazującymi zaburzenia psychiczne stosują różnorodne strategie radzenia sobie z problemem, jakim jest MD [2]. Jednym ze sposobów radzenia sobie z moral distress jest szukanie wsparcia u współpracowników, prowadzenie z nimi rozmów na temat zaistniałej sytuacji oraz jej ponowna oce-

na [5, 8, 24]. Inne stosowane strategie radzenia sobie z MD obejmują próby nieprzenoszenia problemów powstałych na gruncie zawodowym do życia prywatnego („nie zabieranie problemów z pracy do domu”) oraz próby dystansowania się od osobistej odpowiedzialności (traktowanie sytuacji powodującej MD jako nieodczuwanego elementu realizowania opieki) na rzecz wierności i lojalności wobec systemu opieki zdrowotnej czy danej placówki ochrony zdrowia [5, 8].

Chociaż cierpienie moralne jest odczuwane na poziomie osobistym, należy postrzegać je także jako problem organizacyjny. Dlatego skuteczne interwencje muszą odnosić się do źródeł niepokoju moralnego w kontekście społecznym i organizacyjnym miejsca pracy [8, 21]. Jeśli w miejscu pracy przyjęte jest dyskusowanie o kwestiach trudnych i problemowych, również etycznych, i ich rozwiązywanie (istnieje tzw. pozytywny klimat etyczny), to tym mniej prawdopodobne jest pojawienie się MD. Wskazuje to na istotną rolę wspierania pozytywnych relacji pozwalających na analizowanie problematycznych kwestii oraz ważnej roli osób zajmujących stanowiska kierownicze w kształtowaniu tychże relacji [8, 24, 34].

Istotnym elementem zapobiegającym pojawianiu się MD wśród personelu pielęgniarstwa oraz przeciwdziałaniu jego negatywnym skutkom może być tworzenie grup wsparcia i wykorzystanie różnorodnych metod pomocy. Mogą one obejmować wsparcie edukacyjne, związane z prawidłową komunikacją w zespole terapeutycznym [1, 12, 31, 32, 37], wykorzystanie profesjonalnego wsparcia etycznego (konsultanci, doradcy etyczni, komitety etyczne) [38] oraz wsparcie nieformalne, oferowane zazwyczaj przez współpracowników [39]. Ważną rolę odgrywa także możliwość przedyskutowania przez pielęgniarki zdarzeń i okoliczności, które wywołują u nich MD oraz rozmowa o jego konsekwencjach [37, 39, 40, 41]. Ponadto również istotne jest zapewnienie wspierającego i nieoceniającego klimatu do omówienia i szukania możliwości rozwiązania sytuacji problemowych [38, 40]. W zapobieganiu MD i jego skutkom wykorzystany może zostać także mentoring i superwizja [41, 42], a także debriefing [37] czy uczestnictwo w grupach Balinta, które umożliwiają pogłębienie rozumienia istoty relacji z pacjentem [43].

Poza wprowadzeniem zmian organizacyjnych i wzmacnianiem roli pielęgniarek psychiatrycznych w zespołach interdyscyplinarnych konieczne jest uwzględnienie tematyki dotyczącej moral distress w programach kształcenia, ze szczególnym naciskiem na działania prewencyjne, wykrywanie MD i radzenie sobie z nim [21].

Podsumowanie

Sprawowanie opieki nad pacjentami wykazującymi zaburzenia psychiczne wymaga od personelu szerokiej

wiedzy, wysokich kompetencji i umiejętności oraz niezbędnej współpracy w zespole terapeutycznym. Proces ten nie zawsze jednak przebiega w sposób tak idealny, jak życzyłby sobie tego personel medyczny. Złożone i trudne etycznie sytuacje kliniczne, oczekiwania i postawy chorych i ich bliskich, niewystarczająca liczba personelu i środków, nieprawidłowa organizacja pracy oraz błędy w komunikowaniu się sprawiają, że zaspokojenie potrzeb pacjentów i ich rodzin może stać się dla pielęgniarek psychiatrycznych problematyczne. Niepokój moralny jest powszechnie występującym w opiece zdrowotnej zjawiskiem, które zazwyczaj negatywnie wpływa na doświadczający go personel oraz w konsekwencji oddziałuje również na opiekę nad pacjentami. Występuje on we wszystkich obszarach opieki medycznej, jednak opieka nad osobami wykazującymi zaburzenia psychiczne wiąże się z licznymi dodatkowymi wyzwaniem i trudnościami, które potęgują możliwość wystąpienia MD.

Warto zauważyć, że cierpienie moralne może być postrzegane jako pozytywne zjawisko, powoduje bowiem wywołanie refleksji etycznej oraz uwrażliwia na moralne powinności związane z praktyką zawodową i pojawiające się w związku z nią dylematy, pomaga tym samym utrzymać wysokie standardy opieki. Całkowity brak MD w sytuacjach stanowiących wyzwanie moralne może być postrzegany jako problematyczny, ponieważ zazwyczaj oznacza realizowanie praktyki medycznej w oderwaniu od zasad, refleksji i wrażliwości etycznej.

Niepokój moralny wydaje się być nieodłącznym elementem realizowania opieki medycznej, w tym opieki psychiatrycznej świadczonej przez pielęgniarki. Jednak ze względu na jego niekorzystne skutki dotyczące zarówno pielęgniarki, jak i pacjentów, konieczne jest podejmowanie działań zmierzających do minimalizowania występowania MD i łagodzenia jego negatywnych konsekwencji. Pomocne mogą być zarówno działania systemowe, organizacyjne, edukacyjne, jak i inne metody wsparcia.

Piśmiennictwo

1. Cranage K, Foster K. Mental health nurses' experience of challenging workplace situations: A qualitative descriptive study. *Int J Ment Health Nurs*. 2022; 31(3): 665–676.
2. Upasen R, Saengpanya W. Experiencing Moral Distress in Mental Health Nursing in Thailand. *WJST* 2021; 18(8): 1–11.
3. Jansen T, Hem M, Dambolt L, Hanssen I. Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. *Nurs Ethics*. 2020; 27(5): 1315–1326.
4. Eren N. Nurses' attitudes toward ethical issues in psychiatric inpatient settings. *Nurs Ethics*. 2014; 21(3): 359–373.
5. Deady R, McCarthy J. A study of the situations, features, and coping mechanisms experienced by Irish psychiatric nurses experiencing moral distress. *Perspect Psychiatr Care*. 2010; 46(3): 209–220.
6. Jansen T, Hanssen I. Patient participation: causing moral stress in psychiatric nursing? *Scand J Caring Sci*. 2017; 31(2): 388–394.
7. Kertchok R. Ethical issues and moral distress in psychiatric and mental health nursing: a literature review. *J Health Res*. 2015; 29(3): 227–234.
8. Jansen T, Hem M, Dambolt L, Hanssen I. Coping with moral distress on acute psychiatric wards: A qualitative study. *Nurs Ethics*. 2022; 29(1): 171–180.
9. Jameton A. What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. *AMA J Ethics*. 2017; 19(6): 617–628.
10. McCarthy J, Monteverde S. The Standard Account of Moral Distress and Why We Should Keep It. *HEC Forum*. 2018; 30(4): 319–328.
11. Ohnishi K, Kitaoka K, Nakahara J, Välimäki M, Kontio R, Anttila M. Impact of moral sensitivity on moral distress among psychiatric nurses. *Nurs Ethics*. 2019; 26(5): 1473–1483.
12. Ahokas F, Hemberg J. Moral distress experienced by care leaders' in older adult care: A qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2022; 10.1111/scs.13069.
13. Barlem E, Ramos F. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nurs Ethics*. 2015; 22(5): 608–615.
14. Morley G, Bradbury-Jones C, Ives J. What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study. *Nurs Ethics*. 2020; 27(5): 1297–1314.
15. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics*. 2019; 26(3): 646–662.
16. Fourie C. Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics*. 2015; 29(2): 91–97.
17. McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nurs Ethics*. 2015; 22(1): 131–152.
18. Corley M. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics*. 2002; 9(6): 636–650.
19. Jameton A. A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *J Biotech Inq*. 2013; 10(3): 297–308.
20. Ando M, Kawano M. Relationships among moral distress, sense of coherence, and job satisfaction. *Nurs Ethics*. 2018; 25(5): 571–579.
21. Christodoulou-Fella M, Middleton N, Papatheanassoglou E, Karanikola M. Exploration of the Association between Nurses' Moral Distress and Secondary Traumatic Stress Syndrome: Implications for Patient Safety in Mental Health Services. *Biomed Res Int*. 2017; 2017: 1908712.
22. Montreuil M, Séguin M, Gros C, Racine E. Everyday ethics of suicide care: Survey of mental health care providers' perspectives and support needs. *PLoS One*. 2021 22; 16(4): e0249048.
23. Hamaideh S. Moral distress and its correlates among mental health nurses in Jordan. *Int J Ment Health Nurs*. 2014; 23(1): 33–41.
24. Musto L, Schreiber R. Doing the best I can do: moral distress in adolescent mental health nursing. *Issues Ment Health Nurs*. 2012; 33(3): 137–144.
25. Norvoll R, Hem M, Pedersen R. The Role of Ethics in Reducing and Improving the Quality of Coercion in Mental Health Care. *HEC Forum*. 2017; 29(1): 59–74.
26. Herschkopf M. Moral Distress or Countertransference? Addressing Emotional Reactions of Psychiatry Trainees. *Acad Psychiatry*. 2021; 45(4): 476–480.

27. Austin W, Kagan L, Rankel M, Bergum V. The balancing act: psychiatrists' experience of moral distress. *Med Health Care Philos.* 2008; 11(1): 89–97.
28. Wojtowicz B, Hagen B. A guest in the house: nursing instructors' experiences of the moral distress felt by students during inpatient psychiatric clinical rotations. *Int J Nurs Educ Scholarsh.* 2014; 11: 2013–0086.
29. Jansen T, Danbolt L, Hanssen I, Hem M. How may cultural and political ideals cause moral distress in acute psychiatry? A qualitative study. *BMC Psychiatry.* 2022; 22(1): 212.
30. Ohnishi K, Stone T, Yoshiike T, Kitaoka K. The role of online ethics consultation on mental health. *Nurs Ethics.* 2020; 27(5): 1261–1269.
31. Musto L, Schreiber R, Rodney P. Risking vulnerability: Enacting moral agency in the is/ought gap in mental health care. *J Adv Nurs.* 2021; 77(5): 2458–2471.
32. Söderberg A, Ejneborn Looi G, Gabrielsson S. Constrained nursing: Nurses' and assistant nurses' experiences working in a child and adolescent psychiatric ward. *Int J Ment Health Nurs.* 2022; 31(1): 189–198.
33. Austin C, Saylor R, Finley P. Moral distress in physicians and nurses: Impact on professional quality of life and turnover. *Psychol Trauma.* 2017; 9(4): 399–406.
34. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nurs Ethics* 2015; 22(1): 15–31.
35. Delfrate F, Ferrara P, Spotti D, Terzoni S, Lamiani G, Canciani E, Bonetti L. Moral Distress (MD) and burnout in mental health nurses: a multicenter survey. *La Medicina Del Lavoro.* 2018; 109(2): 97–109.
36. Corley M, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics.* 2005; 12(4): 381–390.
37. Hertelendy AJ, Gutberg J, Mitchell C, Gustavsson M, Rapp D, Mayo M, von Schreeb J. Mitigating Moral Distress in Leaders of Healthcare Organizations: A Scoping Review. *J Healthc Manag.* 2022; 67(5): 380–402.
38. Salari N, Shohaimi S, Khaledi-Paveh B, Kazemian M, Bazrafshan MR, Mohammadi M. The severity of moral distress in nurses: a systematic review and meta-analysis. *Philos Ethics Humanit Med.* 2022; 17(1): 13.
39. Vargas-Celis I, Concha-Mendez C. Moral Distress, Sign of Ethical Issues in the Practice of Oncology Nursing: Literature Review. *Aquichan.* 2019; 19(1): 11–15.
40. Koonce M, Hyrkas K. Moral distress and spiritual/religious orientation: Moral agency, norms and resilience. *Nurs Ethics.* 2023; 30(2): 288–301.
41. Midtbust M, Gjengedal E, Alnes R. Moral distress – a threat to dementia care? A qualitative study of nursing staff members' experiences in long-term care facilities. *BMC Health Serv Res.* 2022; 22(1): 290.
42. Maffoni M, Sommovigo V, Giardini A, Paolucci S, Setti I. Dealing with ethical issues in rehabilitation medicine: The relationship between managerial support and emotional exhaustion is mediated by moral distress and enhanced by positive affectivity and resilience. *J Nurs Manag.* 2020; 28(5): 1114–1125.
43. Kaleta K. Rola poziomu stresu w doświadczaniu kryzysu w wartościowaniu przez pielęgniarki. *Hygeia Public Health.* 2015; 50(4): 630–636.

Artykuł przyjęty do redakcji: 20.03.2023.

Artykuł przyjęty do publikacji: 23.08.2023.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Patrycja Zofia Zurzycka

e-mail: patrycja.zurzycka@uj.edu.pl



PEMFIGOID CIĘŻARNYCH – STUDIUM PRZYPADKU

PEMFIGOID GESTATIONIS – CASE STUDY

Kamila Martyna Janiszewska^a, Małgorzata Kurpios-Kosińska^b, Bogusława Rudnicka^c

Zakład Położnictwa Praktycznego, II Katedra Ginekologii i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa
Department of Practical Obstetrics, II Department of Gynecology and Obstetrics, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lodz, Department of Nursing and Obstetrics

^a <https://orcid.org/0000-0003-4819-8020>

^b <https://orcid.org/0000-0002-2623-4740>

^c <https://orcid.org/0000-0002-3152-8209>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2023.12>

STRESZCZENIE

Wstęp. W okresie ciąży dochodzi do wielu fizjologicznych zmian w organizmie kobiety. Duży wpływ na ich pojawienie się mają zmiany hormonalne. Mogą one również odpowiadać za występowanie różnego rodzaju zaburzeń w okresie prenatalnym. Jednym z nich jest pemfigoid ciężarnych. Choroba ta charakteryzuje się występowaniem grudkowo-pęcherzowych zmian zlokalizowanych na skórze całego ciała z towarzyszącym im świądem. Pemfigoid ciężarnych występuje rzadko, jak podają niektóre źródła 1/50000. Choroba często ma przebieg łagodny i mija samoistnie, bez stosowania leczenia. Zdarza się, że schorzenie przyjmuje przebieg zaostrzony. W takiej sytuacji należy wdrożyć odpowiednie leczenie ambulatoryjne bądź szpitalne.

Cel. Celem pracy było przybliżenie studium indywidualnego przypadku kobiety z rozpoznaniem pemfigoidem ciężarnych.

Opis przypadku. W pracy przedstawiono przypadek kobiety ciężarnej, przyjętej na oddział patologii ciąży z podejrzeniem rozpoczynającej się czynności skurczowej. W trakcie pobytu w szpitalu zaobserwowano pojawienie się u pacjentki zmian na skórze. W pierwszej kolejności zmiany obejmowały okolice brzucha, a następnie większą część ciała. Zmiany miały charakter grudek i towarzyszył im uporczywy świąd. Została zalecona konsultacja dermatologiczna. Zdiagnozowano pemfigoid ciężarnych. W szpitalu podjęto działania leczenia objawowego świądu. Dalsze leczenie prowadzone było w poradni dermatologicznej.

Wnioski. Pemfigoid ciężarnych jest rzadką chorobą i jego diagnozowanie należy różnicować z innymi dermatozami oraz cholestazą ciężarnych. Konieczne jest objęcie, przez zespół terapeutyczny, holistyczną opieką pacjentki, u której występuje pemfigoid. Choroba może mieć przebieg łagodny lub zaostrzony. Często ustępuje samoistnie, czasami wystarczy leczenie ambulatoryjne, a w nasilonych przypadkach konieczne jest leczenie szpitalne.

SŁOWA KLUCZOWE: pemfigoid ciężarnych, choroby skóry, świąd skóry, zmiany skórne.

ABSTRACT

Introduction. There are many physiological changes in a woman's body during pregnancy. Hormonal changes have a big impact on their appearance. They can also respond to the occurrence of various types of disorders in the prenatal period. One of them is pemphigoid gestationis. This disease is characterized by the occurrence of papulobullous lesions located on the skin of the whole body with accompanying itching. Gestational pemphigoid is rare, with some sources reporting 1/50,000. The disease is often mild and resolves spontaneously without treatment. Sometimes the disease takes an exacerbated course. In such a situation, appropriate outpatient or hospital treatment should be implemented.

Aim. The aim of the study is to present the case of a patient diagnosed with pemphigoid of pregnancy and the procedure in this case.

Case description. The paper presents a case of a pregnant woman admitted to the pregnancy pathology ward with suspected onset of labor. During her stay in hospital, the patient's skin changes were observed. First, the changes covered the abdominal area and then the greater part of the body. The lesions were lumpy and accompanied by persistent itching. A dermatological consultation was recommended. A disease entity was diagnosed: pemphigoid of pregnancy. Symptomatic treatment of pruritus was undertaken in the hospital. Further treatment was conducted in a dermatological clinic.

Conclusions. Pemphigoid of gestation is a rare disease and its diagnosis should be differentiated from other dermatoses and cholestasis of pregnancy. It is necessary to provide holistic care to a patient with pemphigoid by a therapeutic team. The disease may be mild or severe. It often resolves spontaneously, sometimes outpatient treatment is sufficient, in severe cases hospital treatment is necessary.

KEYWORDS: Pemphigoid gestationis, skin diseases, skin itching, skin changes during pregnancy.

Wprowadzenie

Ciąża jest okresem, podczas którego dochodzi do wielu zmian w organizmie kobiety. Należą do nich m.in. fizjo-

logiczna zmiana wielkości i położenia serca, fizjologiczne zwiększenie objętości krwi, powiększenie macicy, zmiana środka ciężkości ciała, powiększenie i zmiana

pigmentacji sutka oraz zmiany hormonalne [1, 2]. Te ostatnie w dużej mierze wpływają na rozwój fizjologicznych ewolucji w organizmie ciężarnej, jednakże mogą przyczynić się do powstania patologicznych dolegliwości, np. zmian skórnych, a szczególnym ich rodzajem jest pemfigoid ciężarnych [3, 4]. Opryszczka ciążowa, bo tak inaczej nazywane bywa to schorzenie, jest chorobą skóry z występującymi zmianami o charakterze pęcherzowym, pęcherzowo-rumieniowym, z towarzyszącym często obrzękiem oraz świądem i bolesnym pieczeniem. Nie jest związana z zatruciem ciążowym, lecz ze zmianami hormonalnymi zachodzącymi podczas ciąży, a etiologicznie przyjmuje charakter choroby autoimmunologicznej. Najczęściej objawy prezentowane są pod koniec drugiego trymestru bądź w trzecim, a czasami tuż przed terminem porodu [3–5].

Pemfigoid ciężarnych jest chorobą występującą stosunkowo rzadko, jak podają wybrane źródła pojawia się 1/50000 przypadków [4]. Może przyczynić się do patologicznego przebiegu ciąży, w tym porodu przedwczesnego czy niskiej masy urodzeniowej noworodka. W związku z obecnością przeciwciał przeciw antygenom błony podstawnej w surowicy krwi ciężarnej istnieje możliwość przeniesienia przeciwciał na płód, a co za tym idzie noworodek po porodzie może prezentować podobne zmiany skórne jak kobieta rodząca, które cofają się z biegiem upływu czasu [3, 4, 6].

Pemphigoid gestationis należy różnicować z innymi dermatozami okresu ciąży, m.in. wysypką występującą podczas pojawienia się cholestazy ciężarnych czy też alergicznymi zmianami skórnymi [4, 7]. Charakterystyczną cechą zmian pęcherzowych będących objawem opryszczki ciążowej jest ich lokalizacja oraz początek pojawiania się wykwitów. Pierwsze zmiany tworzą się na skórze brzucha w okolicy pępka, a następnie w czasie rozwoju choroby pojawiają się na tułowiu, kończynach, czasem podszewkach stóp. Początkowo zmiany przybierają formę pokrzywki z towarzyszeniem grudek/blaszek, a następnie przekształcają się w wysypkę pęcherzową, natomiast w zaostzonych przypadkach w duże pęcherze. Pemfigoid ciężarnych w większości przypadków mija samoistnie po ok. 2 miesiącach od porodu lub po zaprzestaniu karmienia piersią, w cięższych przypadkach konieczne jest leczenie ambulatoryjne lub szpitalne. Czynnikiem mogącym nasilać pojawienie się objawów choroby są: miesiączka, stosowanie antykoncepcji hormonalnej z wykorzystaniem gestagenów. Pemfigoid ma predyspozycje do nawrotów, dlatego podczas kolejnej ciąży u kobiety cierpiącej wcześniej na opryszczkę ciążową może dojść do nawrotu objawów choroby. Zaobserwowano zależność występowania pemfigoidu ciążowego z chorobami tarczycy, w tym choroby Gravesa-Basedowa z obecnymi przeciwciałami przeciwtarczycowymi [4, 6].

Cel pracy

Celem pracy było przybliżenie studium indywidualnego przypadku kobiety z rozpoznaniem pemfigoidem ciężarnych.

Opis przypadku

Pacjentka ciężarna, CIPI 39,6 Hbd, przyjęta na oddział patologii ciąży z powodu czynności skurczowej macicy pojawiającej się w zapisie kardiokograficznym. Stan ogólny dobry. Parametry życiowe w granicach normy: ciśnienie tętnicze 125/78 mmHg, tętno 78 ud/min, temperatura ciała 36,8°C. Po przybyciu na oddział wykonano ponowne KTG, w którym zaobserwowano wyciszenie czynności skurczowej. Pacjentkę pozostawiono na obserwację na oddziale patologii ciąży. W wywiadzie ciężarna skarżyła się na świąd skóry brzucha z nasileniem w okolicy pępka. Po dokładnym obejrzeniu skóry całego ciała ciężarnej, zaobserwowano liczne zmiany o charakterze grudkowym na skórze brzucha, pozostały obszar ciała był wolny od powyższych zmian. Zlecono badania na obecność cholestazy ciążowej, które dały wynik negatywny. Zalecono stosowanie kremu nawilżająco-łagodzącego. W drugiej i następnej dobie sytuacja nie uległa zmianie. W trzeciej dobie pobytu w szpitalu u ciężarnej rozpoczęła się akcja porodowa. O godzinie 18.30 zaobserwowano regularną czynność skurczową macicy. Około godziny 11.00 dnia następnego podjęto decyzję o rozwiązaniu ciąży drogą cięcia cesarskiego ze względu na zmęczenie rodzącej i brak postępu porodu mimo zastosowanych działań, m.in. amniocentezy, wlewu dożylnego z oksycyną. Noworodek płci męskiej w stanie dobrym, urodzony drogą operacyjną o godzinie 11.44, otrzymał 10 punktów w skali Apgar, masa ciała 3800 g. Nie zaobserwowano u niego żadnych zmian patologicznych w obrębie skóry. Rodzącą po zakończeniu cięcia cesarskiego przewieziono na salę obserwacji, gdzie spędziła dwie godziny, a następnie została przetransportowana wraz z noworodkiem na oddział położniczy. Podczas karmienia piersią położnica zgłaszała nasilenie się świądu skóry w okolicy tułowia. W piątej dobie pobytu w szpitalu u położnicy pojawiła się wysypka grudkowo-rumieniowa obejmująca zasięgiem tułów oraz wewnętrzną stronę ud, a także pośladki. Wysypce towarzyszyło uporczywe swędzenie. Zalecono konsultację dermatologiczną. Po przeprowadzeniu konsultacji oraz pobraniu krwi do badań laboratoryjnych, tj.: morfologia krwi, OB, CRP oraz oznaczenie poziomu przeciwciał pemphigus, lekarz dermatolog zdiagnozował pemfigoid ciężarnych. Ze względu na chęć i potrzebę dalszego karmienia piersią noworodka przez pacjentkę zalecono stosowanie kremów chłodzących w celu złagodzenia świądu, a w przypadku bardziej nasilających się objawów zastosowanie miejscowych leków przeciwalergicznych.

scowe kremu z dodatkiem glikokortykosteroidu w niewielkiej dawce. W szóstej dobie u położnicy nastąpiło nasilenie się objawów. Zmiany grudkowo-pokrzywkowe objęły już całe ciało poza skórą twarzy oraz wewnętrzną stroną dłoni, a także niezmiennie chorobowo pozostały podeszwy stóp. Świąd skóry nadal się utrzymywał. Ze względu na drapanie przez położnicę powstających zmian, przekształciły się one w przeczosy oraz nieduże rany. Ze względu na nasilenie się choroby zaproponowano położnicy przeniesienie na oddział dermatologiczny. Ta jednak odmówiła z obawy przed koniecznością zaprzestania karmienia piersią dziecka. Zastosowano wcześniej zlecony przez lekarza dermatologa krem sterydowy. W kolejnej dobie, po otrzymaniu pilnego skierowania do poradni dermatologicznej w celu dalszego leczenia, pacjentka została wypisana do domu. Zmiany nie nasiliły się oraz nie uległy poprawie. Po upływie 2 tygodni pacjentka została przyjęta do poradni dermatologicznej, gdzie potwierdzono wcześniejszą diagnozę – pemfigoid ciąży. Zaproponowano leczenie szpitalne z koniecznością odstawienia noworodka od piersi i zaprzestania karmienia piersią. Pacjentka odmówiła i otrzymała maść recepturową z dodatkiem glikokortykosteroidów, bezpiecznych do stosowania w czasie karmienia piersią oraz zaproponowano kąpiele w krochmalu w celu łagodzenia świądu. Po upływie 3 miesięcy zmiany zaczęły stopniowo i powoli ustępować w odwrotnej kolejności, w której się pojawiały. Po 8 miesiącach od porodu, a 2 miesiącach od zaprzestania karmienia naturalnego zmiany w większości podległy remisji. Pozostała niewielka zmiana na skórze w okolicy łydki. Kolejna ciąża po upływie 11 miesięcy od porodu przyniosła podobne objawy. Jednakże po wykonaniu badań tarczycy, w tym USG oraz badań poziomu hormonów tarczycowych (TSH, FT3, FT4), zaobserwowano znaczne powiększenie tarczycy z towarzyszącymi wolami wieloguzkowymi. Po drugim porodzie, również zakończonym cięciem cesarskim z powodu braku postępu porodu, objawy pemfigoid ograniczyły się do wystąpienia świądu i wysypki grudkowatej, zlokalizowanej na skórze brzucha oraz nóg. Całkowita remisja zmian towarzyszących opryszczce ciąży dokonała się po wykonaniu strumektomii, czyli operacji całkowitego usunięcia tarczycy (w opisywanym przypadku ze względu na wole wieloguzkowe zamostkowe) oraz zaprzestaniu karmienia piersią drugiego dziecka. Od czasu pojawienia się pierwszych zmian do ustąpienia ich w całości minęły około 3 lata z występowaniem momentów remisji i zaostrzeń.

Dyskusja

W czasie ciąży ze względu na zmiany hormonalne mogą pojawiać się u ciężarnych różnego rodzaju zmiany skór-

ne. Mogą mieć one charakter fizjologiczny bądź, jak w opisanym powyżej studium przypadku, patologiczny. Pemfigoid ciąży jest trudną do zdiagnozowania jednostką chorobową, ze względu na niski stopień występowania wśród ciężarnych oraz objawy, które powinny być różnicowane z innymi dermatozami, takimi jak: liszajec, rumień wielopostaciowy, alergiczne kontaktowe zapalenie skóry bądź cholestaza ciążowa w związku z podobnym czasem pojawiania się zmian skórnych. Jak w przypadku wielu schorzeń, jednej patologii mogą towarzyszyć symptomy, które często są nieodłącznym elementem danej choroby. Dla przykładu: cholestaza ciążowa, poza pojawieniem się w czasie jej występowania charakterystycznej wysypki skórnej, cechuje się również takimi objawami, jak: świąd, zażółcenie powłok skórnych oraz błon śluzowych i.in. Pemfigoid ciąży, mimo podobnej charakterystyki pewnych objawów, tj. zmiany skórne oraz świąd, nie powoduje zażółcenia skóry, ale za to można wykryć w surowicy krwi specyficzne przeciwciała. Doświadczony zespół terapeutyczny jest w stanie w łatwy sposób zdiagnozować opryszczkę ciążową [4, 7]. Na **rycynie 1**. zaprezentowano rozdrapane zmiany pęcherzowe na nodze kilka tygodni po porodzie.



Rycina 1. Zmiany na skórze kończyny dolnej
Figure 1. Changes in the skin of the lower limb

Źródło: archiwum własne
Source: own archive

W opisanym powyżej przypadku kobiety konieczna była konsultacja z lekarzem dermatologiem, który również stał się częścią zespołu terapeutycznego. Dzięki dokładnej obserwacji zmian oraz wykonaniu badań laboratoryjnych możliwe było zdiagnozowanie jednostki

chorobowej, jaką jest pemfigoid ciąży. Pacjentka ze względu na silną potrzebę karmienia dziecka piersią bardzo długo opierała się przed zastosowaniem zaproponowanych metod leczenia oraz nie wyraziła zgody na zalecane leczenie szpitalne.

W wielu przypadkach pemfigoid ma przebieg dość łagodny i mija samoistnie w przeciągu kilku tygodni od porodu. Jednakże ze względu na hormonalną etiologię zmian skórnych jego przebieg i nasilenie może być bardziej intensywne i cofanie się zmian trwać zdecydowanie dłużej. Sytuacja taka ma miejsce w momencie karmienia piersią noworodka/niemowlaka i może przedłużyć objawy choroby do momentu zaprzestania karmienia naturalnego, a tym samym zmian na poziomie hormonalnym [4, 8]. Tak jak w przypadku opisanym powyżej, symptomy zanikły w momencie całkowitego zaprzestania karmienia piersią. Istnieje również ryzyko wystąpienia regresu zmian. Taka sytuacja może nastąpić w przypadku stosowania antykoncepcji hormonalnej przez kobietę, u której wcześniej zdiagnozowano pemfigoid gestationis [4]. W studium przypadku zaobserwowano sytuację ponownego pojawienia się zmian w okresie drugiej ciąży, które, adekwatnie do przebiegu objawów po porodzie pierwszym, prezentowały się do momentu odstawienia dziecka od piersi. **Rycina 2.** przedstawia obecny wygląd skóry kończyny dolnej, która wcześniej prezentowała zmiany.



Rycina 2. Obecny wygląd kończyny dolnej, wcześniej zmienionej chorobowo

Figure 2. The current appearance of the lower limb, previously affected by the disease

Źródło: archiwum własne

Source: own archive

Kluczowe może okazać się też to, że pacjentka cierpiała na chorobę tarczycy, co mogło mieć związek z intensywnością nasilenia zmian. Jak podają źródła,

niektóre choroby tarczycy mogą współwystępować z pemfigoidem ciężarnych, a czasem inicjować jego występowanie. Mimo że choroba ta może wpłynąć negatywnie na stan urodzeniowy noworodka, w tym powodować IUGR czy pojawienie się zmian skórnych o podobnym wyglądzie do opryszczki ciąży, w przypadku przedstawionym powyżej taka sytuacja nie miała miejsca [4].

Ogólne leczenie nasilonego pemfigoidu ciążyowego opiera się na podawaniu dużych dawek glikokortykosteroidów, w początkowej fazie w formie maści i kremów miejscowo na skórę, a w przypadku braku poprawy dożylnie. Zastosowanie znajduje również leczenie cyklosporynami oraz lekami antyhistaminowymi, również jeśli zmiany pojawiły się w ciąży. Stosowanie niektórych leków w czasie połogu często wymusza konieczność zaprzestania karmienia piersią, ze względu na szkodliwe działanie substancji zawartych w podawanych lekach na organizm noworodka [4, 8]. W przedstawionym studium przypadku leczenie ograniczało się głównie do podawania kremów z glikokortykosteroidami miejscowo na skórę chorobowo zmienioną, ze względu na odmowę leczenia szpitalnego przez pacjentkę.

Wnioski

1. Pemfigoid ciężarnych jest rzadką chorobą i jego diagnozowanie należy różnicować z innymi dermatozami oraz cholestazą ciężarnych.
2. Konieczne jest objęcie, przez zespół terapeutyczny, holistyczną opieką pacjentki, u której występuje pemfigoid.
3. Pemfigoid ciężarnych może mieć przebieg łagodny lub zaostrzony. Często ustępuje samoistnie, czasami wystarczy leczenie ambulatoryjne, w nasilonych przypadkach konieczne jest leczenie szpitalne.

Piśmiennictwo

1. Bręborowicz G, i.in. Położnictwo i ginekologia. Położnictwo. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2019; 45–59.
2. Pschyrembel W, Dudenhausen J. Położnictwo praktyczne i operacje położnicze. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2022; 14–15.
3. Papanagioutou IK, Tsagouri S, Liakou CG, Besharat A, Vogiatis N, Ntzeros K, Petrakis E, Koutroumanis P, Thomakos N, Loutradis D. Pemphigoid gestationis. Clin Case Rep. 2018; 6(7): 1364–1365.
4. Skutil M, Roztoczyński R. Pemfigoid ciężarnych – rzadka dermatoza okresu prenatalnego. Opis przypadku. Przegl Dermatol. 2016; 103: 209–213.
5. Daniel BS, Murrell DF. Review of autoimmune blistering diseases: the Pemphigoid diseases. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019; 33(9): 1685–1694.
6. Kukkamalla RM, Bayless P. Pemphigoid Gestationis. Clin Pract Cases Emerg Med. 2019; 3(1): 79–80.

7. Maglie R, Quintarelli L, Verdelli A, Fabbri P, Antiga E, Caproni M. Specific dermatoses of pregnancy other than pemphigoid gestationis. *G Ital Dermatol Venereol.* 2019; 154(3): 286–298.
8. Męczekalski B, Podfigurna-Stopa A, Czyżyk A, Katulski K. Endokrynologiczne zaburzenia czynności jajników a ciąża. W: B. Męczekalski (red.). *Endokrynologia ciąży.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2012; 241.

Artykuł przyjęty do redakcji: 22.03.2023.

Artykuł przyjęty do publikacji: 16.10. 2023

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Kamila Martyna Janiszewska

e-mail: kamila9422@o2.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 Mocarcka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

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

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

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

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

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

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

WSKAZÓWKI DLA AUTORÓW

WSTĘP

Informacje dla autorów

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

Zgłoszenia prac

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

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

Przygotowanie manuskryptu

Tekst powinien być napisany 12-punktową czcionką Times New Roman, z odstępem między wierszami 1,5 (półtora odstępu), 2,5 cm marginesem z każdej strony, bez sformatowania, tj. bez twardej spacji, znaków końca linii, przy użyciu tzw. miękkich enterów. Powinien być wyrównany do lewego i prawego marginesu). Należy pisać zwykłą czcionką w kolorze jednolicie czarnym (dopuszcza się wytłuszczenie tytułów i podtytułów), bez wyróżnień dużymi literami, bez rozstrzelania, podkreśleń linią ciągłą itp. W liczbach miejsca dziesiętne należy oddzielać przecinkami (nie kropkami). Akapity należy rozpoczynać wcięciem przy użyciu odpowiedniego polecenia w edytorze tekstu (bez używania tzw. enterów). Przed zapisem z tekstu należy usunąć wszystkie zaznaczenia używane podczas redagowania tekstu w edytorze. Prace w języku angielskim powinny być napisane poprawną angielszczyzną. Plik należy zapisać w formacie: DOC lub DOCX. Kolejne strony należy ponumerować, zaczynając od strony tytułowej.

Praca powinna zawierać, w kolejności:

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

Strona tytułowa

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

Strona druga

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

GUIDANCE FOR AUTHORS

INTRODUCTION

Information for authors

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

Paper submission

Papers should be submitted electronically via the editorial journal processing system ‘Open Journal Systems’ (OJS), available in ‘submission of manuscripts on-line’. The paper should be entered into the system in accordance with the instructions, after logging in or registering if you are new to the system. When submitting papers in the OJS be sure to enter the following data:

- all authors’ first names and surnames with affiliation (use the option ‘add the author’),
- the completed scanned form of **Authors’ declarations** in the auxiliary file of the editorial system. The model declaration is available on: [oswiadczenie.doc](#),
- the corresponding author’s address. The address should be entered only in the biographical note under the affiliation of the author in question. Please provide: name, full address (street, post code, town), office telephone number, e-mail address, author’s affiliation.

Manuscript preparation

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

The paper should include, in order:

- title page,
- abstract in Polish and English,
- key words in Polish and English,
- manuscript with tables, figures and photographs,
- literature prepared in accordance with the Vancouver style,
- information on sources of funding and conflict of interest.

Title page

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

Second page:

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

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

Strona trzecia i kolejne

Powinny zawierać zasadniczy tekst pracy.

PRACA ORYGINALNA

Praca w tej kategorii przedstawia wyniki oryginalnych badań przeprowadzonych w dziedzinach zgodnych z obszarem zainteresowań czasopisma (zob. Wstęp). Konstrukcja tekstu powinna być następująca:

Wprowadzenie powinno zawierać syntetycznie ujętą podstawę teoretyczną i empiryczną badania wraz z jego uzasadnieniem, bez szczegółowego, obszernego przeglądu literatury i wcześniejszych badań.

Cel pracy powinien być jasno określony i nawiązywać do informacji podanych we **Wprowadzeniu**.

Materiał – opis powinien być na tyle szczegółowy, aby możliwa była replikacja badania.

Metody – opis powinien być na tyle szczegółowy, aby możliwa była replikacja badania. W przypadku stosowania wcześniej opublikowanych metod i narzędzi badawczych należy podać stosowne przypisy bibliograficzne.

Wyniki powinny być przedstawione w sposób jasny i zwięzły, bez szczegółowego powtarzania informacji zawartych w tabelach i rycinach.

Dyskusja powinna podkreślać znacznie wyników badań własnych w kontekście literatury przedmiotu. Nie powinna powtarzać wyników ani zastępować przeglądu piśmiennictwa.

Wnioski powinny mieć uzasadnienie w przeprowadzonym badaniu.

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

PRACA 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 nadsyłających 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 przesłać ją do recenzji zewnętrznej. Podwójnie anonimowy system recenzowania przez przynajmniej dwóch ekspertów w danej dziedzinie jest stosowany dla artykułów zaakceptowanych do dalszej oceny. Po otrzymaniu recenzji Redaktor Naczelny podejmuje decyzję o akceptacji artykułu do druku, akceptacji po drobnej poprawie, akceptacji po zasadniczej poprawie lub odrzuceniu. Autorzy otrzymują uwagi do manuskryptu niezależnie od decyzji. W przypadku akceptacji pracy wymagającej poprawy **autorzy zobowiązują się ustosunkować się do recenzji w ciągu 30 dni**. Redakcja zastrzega sobie prawo 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.