

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



Wydział Nauk o Zdrowiu
Faculty of Health Sciences



PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

KWARTALNIK / QUARTERLY

Nr 1 (91)
3/2024

Indeksowane w / Indexed in:
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego/
Ministry of Science and Higher Education – 5,0
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. 3,2. Ark. druk. 5,5.

Format A4. Zam. nr 63/24.

Przekazano do druku w marcu 2024.



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 Szynekiewicz

dr hab. Dorota Talarska

prof. dr hab. Monika Urbaniak

dr Aleksandra Zielińska

dr Katarína Žiaková

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

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

NZOZ Nadmorskie Centrum Rehabilitacji (Polska)

University of Bologna (Włochy)

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

Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)

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

Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)

Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)

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

Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)

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

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

Prešovská Univerzita (Słowacja)

VIA University College Denmark (Dania)

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu (Polska)

Comenius University in Bratislava (Słowacja)

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

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

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

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

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

University Medical Center Rotterdam (Holandia)

The University of Arizona College of Nursing (USA)

Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)

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

Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika

w Toruniu (Polska)

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

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

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

Comenius University in Bratislava (Słowacja)



EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

Krystyna Jaracz

Vice Editor-in-Chief

Krystyna Górna

Danuta Dyk

Małgorzata Kotwicka

EDITORIAL ADVISORY BOARD

Vincenzo Antonelli

Grażyna Bączyk

Merita Berisha

Regina Bisikiewicz

Antonio Cicchella

Susumu Eguchi

Aleksandra Gaworska-Krzemińska

Barbara Grabowska-Fudala

Elżbieta Grochans

Aleksandra Gutysz-Wojnicka

Lotte Kaba-Schönstein

Helena Kadučáková

Karin Klas

Christina Koehlen

Maria Kózka

Halyna Krytska

Anna Ksykiewicz-Dorota

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: pielegniarstwopolskie@ump.edu.pl

www.pielegniarstwo.ump.edu.pl



PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

THEMATIC EDITORS

Joanna Stanisławska
Renata Wójcik
Katarzyna Plagens-Rotman

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

THE LIST OF THE REVIEWERS

Agnieszka Bańkowska

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

Grażyna Bączyk
Benedykt Bober
Antonio Cicchella
Justyna Cwajda-Białasik

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

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

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

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

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

Dorota Talarska
Monika Urbaniak
Aleksandra Zielińska
Katarína Žiaková

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

■ SPIS TREŚCI

Od redaktora 9

PRACE ORYGINALNE

Krystyna Klimaszewska

Wpływ nietrzymania moczu przez pielęgniarki w okresie okołomenopauzalnym na ich funkcjonowanie w życiu codziennym 11

Anna Wiśniewska, Katarzyna Plagens-Rotman

Postrzeganie używek przez osoby uzależnione 21

PRACA POGLĄDOWA

Barbara Grabowska-Fudala, Anna Smelkowska, Krystyna Jaracz

Wykorzystanie symulacji wysokiej wierności w nauczaniu pielęgniarstwa neurologicznego – doświadczenia własne 29

PRACA KAZUISTYCZNA

Zuzanna Ruskowiak, Artur Chmielewski

Postępowanie i opieka pielęgniarska nad pacjentem z ostrym zapaleniem trzustki. Studium przypadku 35

INFORMACJE

Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego” w roku 2023 40

Wskazówki dla autorów 41

■ CONTENTS

Editor's note	10
ORIGINAL PAPERS	
<i>Krystyna Klimaszewska</i> The impact of urinary incontinence in perimenopausal nurses on functioning in everyday life	11
<i>Anna Wiśniewska, Katarzyna Plagens-Rotman</i> Addicts' perception of stimulants	21
REVIEW PAPER	
<i>Barbara Grabowska-Fudala, Anna Smelkowska, Krystyna Jaracz</i> The application of high-fidelity simulation in neurological nursing education: personal insights	29
CASE STUDY	
<i>Zuzanna Ruskowiak, Artur Chmielewski</i> Management and nursing care of a patient with acute pancreatitis. Case study	35
INFORMATION	
Reviewers of 'Polish Nursing' in 2023.	40
Guidance for authors	41

■ OD REDAKTORA

Szanowni Czytelnicy,

mamy przyjemność zaprezentować Państwu pierwszy w 2024 roku numer *Pielęgniarstwa Polskiego*. Zawiera on dwie prace oryginalne, jedną pogładową i jedną pracę kazuistyczną.

Szczególnie chcielibyśmy zarekomendować Państwu artykuł oryginalny, autorstwa Anny Wiśniewskiej i Katarzyny Plagens-Rotman pt.: *Postrzeganie używek przez osoby uzależnione oraz artykuł Krystyny Klimaszewskiej przedstawiający wyniki badań dotyczące nietrzymania moczu wśród pielęgniarek będących w okresie okołomenopauzalnym*. Pomimo iż inkontynencja jest istotnym problemem medycznym, psychologicznym i społecznym – w literaturze pielęgniarskiej jest poruszana stosunkowo rzadko, a zwłaszcza mało jest badań przeprowadzonych wśród pielęgniarek. Tym bardziej warto zapoznać się z jedną z nielicznych prac, jakie na ten temat powstały w Polsce.

Zachęcamy również Państwa do zapoznania się z pracą pogładową autorstwa Barbary Grabowskiej-Fudala i wsp. przybliżającą zagadnienie wykorzystania symulacji medycznej w przeddyplomowej edukacji pielęgniarskiej na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu.

Rekomendujemy też ciekawy artykuł kazuistyczny autorstwa Zuzanny Ruskowiak i Artura Chmielewskiego poświęcony opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z ostrym zapaleniem trzustki.

Mamy nadzieję, że wszystkie zamieszczone w niniejszym numerze prace, jak również 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!

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

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

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 you the first issue of Polish Nursing in 2024. This edition features two original papers, one review and one case study article.

We would like to specifically recommend two original papers: one by Anna Wiśniewska and Katarzyna Plagens-Rotman, titled "Addicts' perception of stimulants", and another by Krystyna Klimaszewska, presenting the findings of a study on incontinence among peri-menopausal nurses. Despite being a significant medical, psychological and social problem, incontinence is relatively rarely addressed in nursing literature, with particularly few studies conducted among nurses. This makes it even more valuable to read one of the few papers written on the subject in Poland.

We also encourage you to read the review article by Barbara Grabowska-Fudala et al. on the use of medical simulation in pre-graduate nursing education at Poznan University of Medical Sciences.

Furthermore, we recommend reading an interesting case study by Zuzanna Ruskowiak and Artur Chmielewski on nursing care for patients with acute pancreatitis.

We hope that all the papers included in this issue, as well as in previous ones, will pique the interest of nurses and other medical professionals, researchers, medical students, and representatives of related disciplines. We wish you an enjoyable reading experience!

As always, we warmly encourage you to submit original papers, review articles and case reports for publication in Polish Nursing. We especially encourage nursing students to publish their undergraduate and master's theses. Our journal provides an excellent platform to share the outcomes of your initial research with colleagues and the wider nursing community. Manuscripts can be submitted electronically via the editorial panel available on the official journal website: <http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/>

Once again, we extend our sincere gratitude to our reviewers, whose invaluable contributions make the publication of this journal possible.

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

Barbara Grabowska-Fudala, PhD
Scientific Secretary



WPŁYW NIETRZYMANIA MOCZU PRZEZ PIEŁĘGNIARKI W OKRESIE OKOŁOMENOPAUZALNYM NA ICH FUNKCJONOWANIE W ŻYCIU CODZIENNYM

THE IMPACT OF URINARY INCONTINENCE IN PERIMENOPAUSAL NURSES ON FUNCTIONING IN EVERYDAY LIFE

Krystyna Klimaszewska

Instytut Kultury Fizycznej i Zdrowia, Akademia Nauk Stosowanych w Raciborzu
Institute of Physical Culture and Health, Academy of Applied Sciences in Racibórz, Poland

<https://orcid.org/0000-0002-5283-7959>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2024.1>

STRESZCZENIE

Wstęp. Nietrzymanie moczu (NTM) jest częstą chorobą przewlekłą kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Skutkuje wycofywaniem się z życia zawodowego, towarzyskiego, społecznego, a także z kontaktów intymnych. Jest powszechnie występującym zaburzeniem dotykającym wiele kobiet, głównie w okresie okołomenopauzalnym. Częstość występowania tego problemu wzrasta w starszej grupie wiekowej. NTM stanowi poważny problem zdrowotny, społeczny, egzystencjonalny i ekonomiczny. Znacząco wpływa na wszystkie sfery życia, obniża jego jakość.

Cel. Ocena częstości występowania różnych typów NTM oraz określenie ich wpływu na funkcjonowanie w codziennym życiu pielęgniarek w wieku okołomenopauzalnym, w województwie śląskim.

Materiał i metody. Stosując kwestionariusze jakości życia kobiet z NTM, przebadano 253 czynne zawodowo pielęgniarki (45–60 lat). Oceniono częstość, czas trwania, NTM (UDI-6), wpływ NTM na komponenty życiowe pielęgniarek (IIQ-7).

Wyniki. Nietrzymanie moczu deklarowała ponad połowa ankietowanych kobiet (51%). Obserwowano je już we wczesnych latach okresu menopauzy (61%). Charakteryzowało się średnim stopniem nasilenia objawów ($38,3 \pm 22,8$). Najczęstszą postacią było wysiłkowe NTM (57%). Za negatywnym wpływem nietrzymania moczu na jakość życia w największym odsetku opowiadały się kobiety z mieszanym NTM (43,9%).

Wnioski. Ponad połowa pielęgniarek deklarowała nietrzymanie moczu. Postać wysiłkowa była najczęstszą, a mieszana najbardziej uciążliwą postacią NTM. Pielęgniarki z NTM cechowała gorsza jakość życia w sferze somatycznej i kontaktów społecznych.

SŁOWA KLUCZOWE: nietrzymanie moczu, pielęgniarki, okres okołomenopauzalny.

ABSTRACT

Introduction. Urinary incontinence (UI) is a common, chronic disease among women in the perimenopausal period. This disorder occurs widely, affecting many women, mainly in the perimenopausal age, and increases with age. It results in the withdrawal from professional and social life, as well as intimate contacts. UI is a serious health, social, existential and economic problem. It significantly affects all spheres of life and reduces its quality.

Aim. Assessment of the incidence of various types of NTM and determination of their impact on the functioning in everyday life of perimenopausal nurses from the Silesian Voivodship.

Material and methods. Two hundred fifty-three professionally active nurses (aged 45–60) were surveyed using quality of life questionnaires for women with NTM. Frequency, duration, NTM (UDI-6) and the impact of NTM on nurses' life components (IIQ-7) were assessed.

Results. UI episodes occurred among more than 51% surveyed nurses. It was observed in the early years of the menopause (61%). It was characterized by a moderate intensity of symptoms (38.3 ± 22.8). The most common form was stress UI (57%). Women with mixed UI (43,9%) reported that the impact of urinary incontinence is the highest once related to the quality of life.

Conclusions. Over half of nurses in the perimenopausal age reported urinary incontinence occurrence. The stress type was the most common, and the mixed type was the most disruptive and disturbing form of UI. Nurses with urinary incontinence were characterized by deterioration in the quality of life in the somatic sphere and social contacts.

KEYWORDS: urinary incontinence, nurses, perimenopausal period.

Wprowadzenie

Prawidłowa czynność dolnych dróg moczowych – lower urinary tract (LUT), które tworzą pęcherz moczowy i cewka moczowa wraz z aparatem zwieraczowym, pole-

ga na gromadzeniu moczu w pęcherzu moczowym oraz jego skutecznym, zależnym od woli i akceptowanym socjalnie, wydalaniu. Manifestacją kliniczną upośledzenia tej czynności jest zespół objawów określanych

mianem dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych – ang. lower urinary tract symptoms (LUTS). Objawy te mogą stanowić wynik upośledzenia zarówno gromadzenia moczu, jak i mikcji bądź występować bezpośrednio po niej. Nietrzymanie moczu (NTM), według definicji Międzynarodowego Towarzystwa ds. Kontynencji – International Continence Society (ICS), jest to każdy epizod niekontrolowanej utraty moczu [1]. NTM jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych u kobiet. Stanowi poważny problem zdrowotny, społeczny, egzystencjonalny i ekonomiczny. Nietrzymanie moczu często jest traktowane jako nieuchronny proces starzenia się. Może wystąpić w każdym wieku, jednakże szczyt zachorowań przypada na okres okołomenopauzalny. Wraz z wiekiem częstość występowania NTM wzrasta [1, 2]. NTM występuje częściej niż inne, bardziej „popularne”, choroby przewlekłe. I tak cukrzyca występuje u ok. 9%, depresja – ok. 20%, nadciśnienie tętnicze – ok. 21%, zaś nietrzymanie moczu jest problemem ok. 30% populacji. Wszystkie grupy wiekowe zarówno kobiet, jak i mężczyzn są zagrożone NTM. Większy nacisk kładzie się jednak na występowanie tego zjawiska u kobiet, w szczególności po urodzeniu dziecka lub w okresie okołomenopauzalnym [3]. Mając na uwadze temat niniejszej pracy, w dalszych rozważaniach skupiono się na nietrzymaniu moczu u kobiet, mimo iż nie wszędzie będzie to podkreślone. Obserwowane starzenie się społeczeństwa polskiego sprawia, że wzrasta zapadalność na to schorzenie. W ciągu najbliższej dekady liczba kobiet z NTM ulegnie podwojeniu [4]. Przypadłość ta dotyka kobiety w różnym wieku, najczęściej w okresie okołomenopauzalnym. Po 50. r.ż. u 1/3 kobiet występują objawy NM. Na szczęście 60% z nich prezentuje łagodną (lekką) postać choroby. Według statystyk może na nią cierpieć 2–3 mln kobiet w Polsce. W rzeczywistości liczba może być znacznie większa, ponieważ większość kobiet ukrywa schorzenie, traktując je jako wstydliwe. Stosowne jest nazywanie nietrzymania moczu chorobą społeczną. Spełnia bowiem kryteria Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), według których choroba, na którą cierpi minimum 5 procent społeczeństwa, ma status takiej choroby [5, 6]. Niepokojącym jest jednak fakt, że inkontynencję stwierdza się u młodszych kobiet [7].

Międzynarodowe Towarzystwo ds. Kontynencji rekomenduje podział NTM na cewkowe i pozacewkowe. Jednakże najbardziej użyteczny, z punktu widzenia klinicznego, jest podział w zależności od patomechanizmu inkontynencji. ICS w roku 2002 zaproponowało następujący podział nietrzymania moczu [8]: 1. Wysiłkowe nietrzymanie moczu (Stress Urinary Incontinence, SUI) – mimowolny wyciek moczu podczas kaszlu, kichania oraz wysiłku. 2. Naglące nietrzymanie moczu (Urgency

Urinary Incontinence, UUI) – mimowolny wyciek moczu, któremu towarzyszy lub poprzedza go uczucie nagłego parcia na mocz. 3. Mieszane nietrzymanie moczu (Mixed Urinary Incontinence, MUI) – mimowolny wyciek moczu z uczuciem parcia naglącego, jak i podczas kaszlu, kichania i wysiłku. Pozostałe, rzadziej występujące rodzaje nietrzymania moczu według ICS, to: 4. Moczenie – każdy mimowolny wyciek moczu. 5. Moczenie nocne – wyciek moczu podczas snu. 6. Ciągłe nietrzymanie moczu – stały wyciek moczu. 7. Inne typy nietrzymania moczu, np. o charakterze sytuacyjnym podczas śmiechu. 8. Pozacewkowe nietrzymanie moczu – ucieczka moczu np. przez przetoki. 9. Niesklasyfikowane nietrzymanie moczu [9, 10].

Pomimo iż w większości przypadków nietrzymanie moczu niezależnie od wieku poddaje się leczeniu, to jednak nieleczone odpowiednio wcześniej może prowadzić do progresji.

Nietrzymanie moczu u kobiet przybiera różne odmiany, zależnie od przyczyn i przebiegu danej choroby. Wiele polskich i światowych klasyfikacji dotyczących czynników ryzyka wystąpienia inkontynencji jako podłoże wskazują wpływy genetyczne, społeczne i kulturowe, w tym różnice w budowie anatomicznej. Powszechne występowanie inkontynencji oraz wpływ na codzienne funkcjonowanie osób z inkontynencją kwalifikuje tę dolegliwość jako problem społeczno-ekonomiczny [11]. W przypadku najczęstszej postaci klinicznej NTM u kobiet, jakim jest wysiłkowe NTM, prawdopodobieństwo postawienia prawidłowego rozpoznania sięga prawie 100%, czego konsekwencją jest zalecenie niewykonywania badania urodynamicznego u pacjentek z czystym wysiłkowym NTM przed planowanym zabiegiem operacyjnym (zalecenia NICE z 2013 r.).

Wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNTM) – występuje wtedy, gdy zawodzi normalny mechanizm zamykający wyjście pęcherza, np. podczas wzrostu ciśnienia śródbrzusznego czy śmiania się. Jest to związane często z opadnięciem przepony miednicy następującym po porodzie czy wskutek osłabienia tkanki łącznej, co z kolei uwarunkowane jest konstytucją ustrojową lub zmianami starczymi. Towarzyszy temu czasem wypadanie macicy i żylaki. Tę odmianę spotyka się najczęściej u kobiet będących w średnim i starszym wieku, które urodziły wiele dzieci. Częstość występowania wysiłkowego nietrzymania moczu wzrasta również u mężczyzn po pięćdziesiątym roku życia. Dolegliwość ta charakteryzuje się tym, że zwieracze pęcherza nie są w stanie powstrzymać wypływu moczu w chwili wzrostu ciśnienia w jamie otrzewnowej. Taki wzrost zdarza się przy kaszlu, kichnięciu, śmiechu, parciu (np. przy oddawaniu stolca) czy podnoszeniu ciężkich przedmiotów. Do moczenia mimowolnego dochodzi także przy dotkliwym zmarznięciu. Niekontrolo-

wanego oddania moczu nie poprzedza w tej odmianie parcie na mocz.

Nietrzymanie moczu połączone z parciem lub nagłace nietrzymanie moczu (NNTM) – polega na tym, że chory odczuwa parcie, ale wypływu nie może powstrzymać, gdyż zawodzi kontrola nad zwieraczem. Parcie nagłace jest odczuciem nagłej i trudnej do opanowania potrzeby oddania moczu [12]. W tej odmianie kobiety często skarżą się na kłopotliwą częstą potrzebę korzystania z toalety.

Nietrzymanie moczu o typie mieszanym (MNTM) charakteryzuje się mimowolnym wyciekaniem moczu, któremu towarzyszy uczucie nagłego parcia, a także wyciekaniem moczu podczas wysiłku fizycznego czy kaszlu lub kichania [13]. Inne rodzaje NTM dotyczą znikomego odsetka populacji. Niektóre typy nietrzymania moczu mogą mieć charakter sytuacyjny, związany z poszczególnymi zachowaniami pacjenta [14, 15].

Ocenia się, że około 2/3 wszystkich przypadków nietrzymania moczu jest zatajane z powodu wstydu i zażenowania oraz niedostatecznej informacji o możliwości leczenia. NTM powoduje, że kobiety wycofują się z życia zawodowego, towarzyskiego, społecznego. Osobny problem stanowią kontakty intymne. U około 1/4 chorych kobiet w trakcie współżycia płciowego pojawia się mimowolne oddawanie moczu, co powoduje unikanie współżycia w obawie przed brakiem akceptacji czy wręcz odrzuceniem przez partnera. Zaistniałe sytuacje zmuszają do częstszych wizyt w toalecie, używania podpasek lub pieluch, a i tak wrażenia zapachowe prowadzą do dyskomfortu psychicznego i depresji. U większości kobiet schorzenie to wymusza zmianę stylu życia, głównie poprzez ograniczenie kontaktów towarzyskich i izolację społeczną. Powszechna wstydliwość społeczeństwa polskiego oraz umniejszanie problemu ma bezpośredni wpływ na wydłużenie czasu, jaki upływa od momentu wystąpienia dolegliwości do poszukiwania profesjonalnej pomocy. Okres ten w większości przypadków wynosi ponad 5 lat.

NTM dla kobiet jest dolegliwością uciążliwą i kłopotliwą. Zwłaszcza dla osób czynnych zawodowo stanowi istotny problem, zmuszając do, kwestionowanych przez innych pracowników, przerw pracy, koniecznych do zachowania higieny intymnej. Nietrzymanie moczu w sposób oczywisty powoduje nie tylko cierpienia fizyczne, ale także psychiczne, pogarszając jakość życia chorego i jego rodziny, wymusza zmianę stylu życia, ograniczenie kontaktów towarzyskich i społecznych, także seksualnych. W tej chorobie, inaczej niż w innych, zrozumiałe jest łączenie problemu somatycznego z elementami psychicznymi i emocjonalnymi, co powoduje obniżenie poczucia godności i własnej wartości, spadek pozycji społecznej, pogorszenie nastroju objawiające się depresją i lękiem.

Na szczególną uwagę zasługują kobiety wykonujące zawód pielęgniarki. Z jednej strony wykonują ciężką pracę fizyczną, z drugiej zaś oczekuje się od nich „eleganckiego” wyglądu, otwartości, gotowości do wysiłku, nie bacząc na indywidualne problemy. Stres związany z możliwością pojawienia się wycieku moczu bez jakiegokolwiek uprzedzenia u kobiet wyczulonych na kwestie estetyczne ma istotne znaczenie.

Współcześnie wiele chorób przewlekłych można skutecznie leczyć. Wydłużanie życia powoduje zwiększenie świadomości u każdego człowieka co do jego stanu zdrowia oraz mobilizację systemu motywacyjnego do zachowania zdrowia fizycznego i psychicznego przez jak najdłuższy czas. Badanie jakości i satysfakcji z życia w przebiegu różnych chorób przewlekłych stanowi istotny element strategii postępowania nie tylko medycznego, ale również psychospołecznego. W ten tok myślenia wpisują się badania aspektów medycznych, socjalnych i społecznych pielęgniarek z NTM. Schorzenie to bowiem prowadzi do zmiany stylu życia, głównie ograniczenia kontaktów towarzyskich i izolacji społecznej, która znacząco wpływa na wszystkie sfery życia oraz obniża jego jakość [16, 17].

O ile wiedza na temat nietrzymania moczu od strony patofizjologicznej, leczniczej i rehabilitacji jest przedmiotem wielu prac badawczych, o tyle wiedza na temat jakości i satysfakcji z życia kobiet z tym problemem jest niewystarczająca. W szczególnym stopniu dotyczy to pielęgniarek. Nie znaleziono bowiem w piśmiennictwie publikacji dotyczącej tego zaburzenia w tej grupie zawodowej. Badanie takich aspektów życia jak jakość i satysfakcja z życia wymaga posługiwania się narzędziami umożliwiającymi gromadzenie danych pochodzących od osoby badanej/pacjenta (ang. Patient Reported Outcome), stąd dominują tu badania o charakterze samoopisowym, zwykle ankietowe. Taką też metodą posłużono się w niniejszym badaniu.

Czasem nie do oszacowania są trudności metodyczne. Wykonywanie badań naukowych dotyczących występowania problemów zdrowotnych w grupach wykonujących zawody medyczne, w tym pielęgniarek, stanowi odrębny problem. W przypadku nietrzymania moczu czynniki osobowe, socjalne, zawodowe i medyczne, które komplikują normalną egzystencję, dodatkowo ulegają modyfikacji. Przyczyn jest wiele, ale na pewno należą do nich kontakty ze współpracownikami, których wiedza, doświadczenie zawodowe – medyczne oraz wyczulenie na opisywany problem zdrowotny powinno skłaniać do refleksji. Z punktu widzenia osób obciążonych NTM, które nie chcą ujawniać swoich problemów wobec przynajmniej ww. grup, prowadzi do wycofania się oraz ograniczenia pełnej aktywności zawodowej i towarzyskiej. Jednakże współczesne po-

dejsie do chorób przewlekłych powinno uwzględniać stan fizyczny, psychiczny i społeczny pacjenta, a przy opracowywaniu skutecznej strategii leczenia brać pod uwagę satysfakcję z życia.

Cel pracy

Nietrzymanie moczu jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych u kobiet. Pomimo dużego rozpowszechnienia samej choroby, nie jest dokładnie określona skala tego zjawiska w naszym kraju. Jak zaznaczono we wstępie tej pracy, brakuje badań dotyczących jakości życia osób z nietrzymaniem moczu, w tym wśród pielęgniarek, u których omawiany problem zdrowotny może mieć wpływ na funkcjonowanie zawodowe.

Fakt ten stał się podstawą do podjęcia badań, których celem jest określenie częstości występowania nietrzymania moczu u kobiet w okresie okołomenopauzalnym wykonujących zawód pielęgniarki, jak również ocena wpływu NTM na różne komponenty jakości życia.

Materiał i metody

Do badań zakwalifikowano pielęgniarki w wieku 45–60 lat, mieszkanki województwa śląskiego, które posiadały aktualne prawo wykonywania zawodu, aktywne zawodowo. Nie podlegały rekrutacji pielęgniarki deklarujące występowanie choroby przewlekłej (choroby układowe, nowotworowe, przede wszystkim ze schorzeniami układu moczowego), będące na rencie inwalidzkiej, trwale niezdolne do wykonywania pracy w zawodzie, nie wyrażające zgody na wykonanie badania ankietowego.

W badaniu kobiet wykorzystano kwestionariusz składający się z trzech elementów składowych. Pierwszy: identyfikował informacje dotyczące nietrzymania moczu (jako nietrzymanie moczu, zgodnie z definicją, określono taki stan, w którym doszło do niekontrolowanego wycieku moczu), rodzaj NTM (rodzaj NTM pielęgniarki określały samodzielnie na podstawie objawów określonych w ankiecie). Drugi: pozwolił określić stopień zaawansowania nietrzymania moczu (wykorzystano w tym celu elementy wystandaryzowanego kwestionariusza oceniającego zaawansowanie nietrzymania moczu – Urogenital Distress Inventory UDI-6 [18]. Pytania dotyczyły warunków i okoliczności, w jakich dochodzi do epizodów popuszczania moczu określonych w skali: wcale, trochę, średnio, bardzo. I tak: częstotliwość oddawania moczu, popuszczanie moczu związane z uczuciem parcia na pęcherz moczowy, popuszczanie moczu związanego z fizyczną aktywnością, kaszlem lub kichaniem, popuszczaniem niewielkich ilości moczu, problemem z opróżnianiem pęcherza moczowego, odczuwaniem bólu w podbrzuszu lub w okolicy

sromu. Trzeci kwestionariusz – Incontinence Impact Questionnaire IIQ-7 w wersji skróconej zawierał pytania dotyczące stopnia utrudnienia wykonywania czynności (w skali bardzo, średnio, trochę, wcale, nie), takich jak: prace domowe, fizyczna rekreacja, korzystanie z rozrywek, możliwości podróżowania środkami lokomocji, udział w aktywnościach społecznych; pytania odnosiły się również do zdrowia psychicznego, emocjonalnego i frustracji.

Ankiety IIQ-7 i omówiona wcześniej UDI – 6 są zalecane przez Forum Konsultacyjne International Continence Society jako niezbędne narzędzia stosowane do oceny nasilenia objawów oraz oceny jakości życia osób z tym powikłaniem.

Analizy statystyczne

Analizę uzyskanych danych przeprowadzono, wykorzystując program Microsoft Excel 2013. Ze względu na jakościowy charakter większości zmiennych w badaniu ankietowym, podstawę analizy statystycznej stanowiła charakterystyka ilościowo-procentowa, przeprowadzona po importowaniu danych do programu Statistica for Windows 12 w oparciu o wygenerowane tabele rozdzielcze oraz Golden Software Grapher (jako pomocniczy w analizie i wykresach). Normalność rozkładów analizowanych zmiennych weryfikowano testem Shapiro-Wilka.

W celu oceny istotności statystycznej różnicy wartości średnich posłużono się testem t-Studenta dla zmiennych niezależnych (w przypadku danych spełniających kryteria rozkładu normalnego), bądź testem U Manna-Whitneya dla danych niespełniających kryterium rozkładu normalnego). Analiza powiązań pomiędzy zmiennymi ze względu na skrajne asymetrie analizowanych zmiennych została oparta na nieparametrycznym współczynniku korelacji rang Spearmana. Weryfikacja rozkładów analizowanych zmiennych zamieszczona została po analizach korelacji. Uzyskane wyniki opisywano za pomocą średniej i odchylenia standardowego (\pm SD), median oraz zakresu min. – max. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p \leq 0,05$.

Wyniki

Na zadane 253 pielęgniarkom pytanie o występowanie nietrzymania moczu, 128 z nich udzieliło odpowiedzi pozytywnej (51%), a 111 (44%) negatywnej. Pozostałe 14 respondentek nie udzieliło odpowiedzi albo były one niejednoznaczne. Deklarowaną częstość występowania nietrzymania moczu w poszczególnych przedziałach wiekowych przedstawiono w **tabeli 1**.

Tabela 1. Występowanie epizodów inkontynencji w grupie 239 ankietowanych pielęgniarek w poszczególnych przedziałach wiekowych, N – liczebność, % – odsetek

Table 1. Occurrence of incontinence episodes in a group of 239 surveyed nurses in particular age groups, N – number, % – interest

Przedziały wiekowe (lata)/ Age ranges (years)	Deklarowana inkontynencja/ Declared incontinence		Bez inkontynencji/ Without incontinence	
	N	%	N	%
45–50 [147 kobiet]/ 45–50 [147 women]	77	52,4	70	47,6
51–55 [53 kobiety]/ 51–55 [53 women]	27	51	26	49
56–60 [34 kobiety]/ 56–60 [34 women]	20	58,8	14	41,2
Brak danych o wieku [5 kobiet]/ No age given [5 women]	4	–	1	–
Ogółem/ Total	128	–	111	–

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Jak można zauważyć odsetek pielęgniarek, które deklarowały występowanie epizodów inkontynencji, przekraczał 50%. Był największy w najstarszym przedziale wiekowym, chociaż różnice w porównaniu z pozostałymi przedziałami nie nosiły cech znamienności statystycznej.

Tabela 2 prezentuje rodzaje nietrzymania moczu u badanych pielęgniarek. Wynika z niej, że wysiłkowe nietrzymanie moczu jest najczęściej deklarowanym rodzajem inkontynencji, stanowiło 57% wszystkich postaci NTM.

Tabela 2. Rodzaje nietrzymania moczu (NTM) u 128 kobiet deklarujących występowanie epizodów inkontynencji, N – liczebność, % – odsetek
Table 2. Types of urinary incontinence (Urinary Incontinence) in 128 women declaring the occurrence of incontinence episodes, N – number, % – percentage

NTM/UI	Wysiłkowe/ Stress		Nagła/ Urgency		Mieszane/ Mixed	
	N	%	N	%	N	%
	73	57	14	11	41	32

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Jak uwidoczniono w tabeli 3, w każdym z rodzajów nietrzymania moczu odsetek kobiet deklarujących epizody inkontynencji był największy w grupie najmłodszej, tj. 45–50 lat. Natomiast tabela 4 przedstawia częstość występowania poszczególnych rodzajów nietrzymania moczu u pielęgniarek deklarujących występowanie epizodów inkontynencji w poszczególnych przedziałach wiekowych.

Tabela 3. Rodzaje nietrzymania moczu (NTM) u 128 pielęgniarek deklarujących występowanie epizodów inkontynencji w poszczególnych przedziałach wiekowych, N – liczebność, % – odsetek, w nawiasie odsetek, jaki stanowią badani danej grupy wiekowej

Table 3. Types of urinary incontinence (UI) in 128 nurses declaring the occurrence of incontinence episodes in particular age groups, N – number, % – percentage, in brackets the percentage of respondents of a given age group

Przedziały wiekowe (lata)/ Age ranges (years)	Wysiłkowe NTM/ Stress UI		Nagła NTM/ Urgency UI		Mieszane NTM/ Mixed UI	
	N	%	N	%	N	%
45–50	48(66)	38	10(71)	8	19(46)	15
51–55	13(18)	10	2(14)	2	12(29)	9
56–60	9(12)	7	2(14)	2	9(22)	7
Brak danych o wieku/ No age given	3(4)	2	0	0	1(3)	1
Ogółem/ Total	73	57	14	11	41	32

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

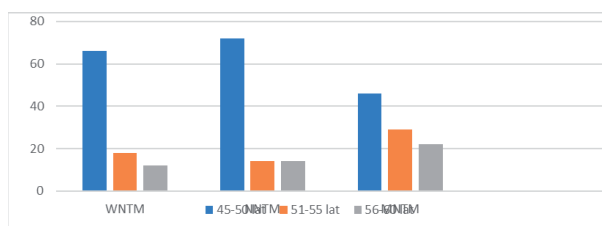
Tabela 4. Rodzaje nietrzymania moczu (NTM) u 128 pielęgniarek deklarujących występowanie epizodów inkontynencji w poszczególnych przedziałach wiekowych, N – liczebność, % – odsetek

Table 4. Types of urinary incontinence (UI) in 128 nurses declaring the occurrence of incontinence episodes in particular age groups, N – count, % – percentage

Przedziały wiekowe (lata) [NTM +]/ Age ranges (years) [UI +]	Wysiłkowe NTM Stress UI		Nagła NTM Urgency UI		Mieszane NTM Mixed UI		Bez inkontynencji (NTM -) No incontinence (UI -)		Razem i NTM - Total UI and UI-	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
45–50 [77 kobiet] 45–50 [77 women]	48	32,7	10	6,8	19	12,9	70	47,6	147	100
51–55 [27 kobiet] 51–55 [27 women]	13	24,5	2	3,8	12	22,6	26	49,1	53	100
56–60 [20 kobiet] 56–60 [20 women]	9	26,5	2	5,8	9	26,5	14	41,2	34	100
Brak danych o wieku [4 kobiety] No age given [4 women]	3		0		1		1		5	
Ogółem [128 kobiet] Total [128 women]	73		14		41		111		239	

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Zgodnie z danymi w **tabeli 4** odsetek osób z wysiłkowym i nagłym nietrzymaniem moczu spośród deklarujących epizody inkontynencji był największy w najniższym przedziale wieku, tj. 45–50 lat. Powiązanie częstości występowania poszczególnych rodzajów nietrzymania moczu z wiekiem (zależność ujemna) było istotne statystycznie w przypadku wysiłkowego i nagłego NTM, co uwidoczniło na **rycynie 1**.



Rycina 1. Odsetek kobiet deklarujących występowanie różnych rodzajów inkontynencji w poszczególnych przedziałach wiekowych. WNTM wysiłkowe, NNTM nagłe i MNTM mieszane nietrzymanie moczu* $p < 0,001$ vs 45–50 lat # $p < 0,0001$ vs 45–50 lat

Figure 1. Percentage of women declaring the occurrence of various types of incontinence in specific age groups. SU, UI, MUI* $p < 0.001$ vs 45–50 years # $p < 0.0001$ vs 45–50 years

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

W podsumowaniu należy stwierdzić, iż nietrzymanie moczu dotyczyło ponad połowy pielęgniarek w wieku okołomenopauzalnym. Występowało już w pierwszych latach okresu menopauzy. Najczęstszą postacią było wysiłkowe NTM.

W celu oceny nasilenia objawów inkontynencji (w skali od 0 do 100), co jest konieczne do oceny wpływu NTM na jakość życia, ankietowane pielęgniarki odpowiadały na pytania kwestionariusza UDI-6 (Urogenital Distress Inventory). Wyniki prezentuje **tabela 5**.

Tabela 5. Nasilenie objawów inkontynencji (wskaźnik UDI – 6) określony przez 128 pielęgniarek z nietrzymaniem moczu

Table 5. The severity of incontinence symptoms (UDI index – 6) determined by 128 nurses with urinary incontinence

UDI-6 u kobiet z epizodami inkontynencji/ UDI-6 in women with episodes of incontinence	Wartość wskaźnika UDI-6/ The value of the UDI-6 indicator		
	N	x ± SD	Me [min.–max.]
Kwestionariusze z kompletnymi odpowiedziami/ Questionnaires with complete answers	92	38,3 ± 22,8	35,4 [4,2–100]
Kwestionariusze z niekompletnymi odpowiedziami/ Questionnaires with incomplete answers	36	10,3 ± 6,2	12,5 [0–25]
Ogółem/ Total	128	30,4 ± 23,3	25 [0–100]

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

Jak uwidoczniło w **tabeli 5**, u kobiet, które w pełni udzieliły odpowiedzi na pytania ankietowe, średni wynik w skali UDI-6 wyniósł 38,3 tzn., że nietrzymanie moczu w stopniu średnim utrudniało codzienne funkcjonowanie.

Tabela 6. Nasilenie objawów inkontynencji (wskaźnik UDI-6) wśród 128 pielęgniarek z nietrzymaniem moczu w poszczególnych przedziałach wiekowych w zależności od wieku

Table 6. The severity of incontinence symptoms (UDI-index 6) determined by 128 nurses with urinary incontinence in specific age groups depending on age

Wiek (lata)/ Age (ears)	Wartość wskaźnika UDI-6 dla grupy z inkontynencją/ The value of the UDI-6 index for the incontinence group		
	N	x ± SD	Me [min.–max.]
45–50	51	36,6 ± 21,2	33,3 [8,3–100]
51–55	21	39,5 ± 24	37,5 [8,3–100]
56–60	17	40,7 ± 24,8	45,8 [4,2–83,3]
Brak wyliczeń/ No calculations	39		

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

Jak widać w **tabeli 6**, u kobiet w wieku 56–60 lat średni wynik UDI-6 był największy, to znaczy, że kobiety w tym przedziale wiekowym w największym stopniu odczuwały nasilenie objawów inkontynencji.

Tabela 7. Nasilenie objawów inkontynencji (wskaźnik UDI-6) określony przez 128 pielęgniarek z nietrzymaniem moczu w poszczególnych przedziałach czasu trwania choroby: X ± SD: średnia ± odchylenie standardowe; [min.–max.] – zakres wartości

Table 7. The severity of incontinence symptoms (UDI-6) determined by 128 nurses with urinary incontinence in specific intervals of the disease duration: X ± SD: mean ± standard deviation; [min. max.] – value range

Czas trwania schorzenia/ Duration of the disease	N	x ± SD	Me [min.–max.]
Poniżej 1 roku/Under 1 year	16	35,2 ± 23,2	33,3 [12,5–100]
Od 1 do 2 lat/From 1 to 2 years	12	27,4 ± 15,8	29,2 [4,2–50]
Od 2 do 4 lat/From 2 to 4 years	19	46,3 ± 23,2	45,8 [8,3–83,3]
Od 4 do 6 lat/From 4 to 6 years	11	38,3 ± 23,3	33,3 [12,5–83,3]
Powyżej 6 lat/Over 6 years old	29	43,1 ± 22,8	37,5 [8,3–100]
Brak wyliczeń/No calculations	41		

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

W **tabeli 7** uwidoczniło, że objawy są najbardziej dokuczliwe u pielęgniarek, u których czas trwania NTM mieścił się w przedziale 2–4 lata oraz powyżej 6 lat.

W celu określenia wpływu nietrzymania moczu na niektóre sfery życia pielęgniarek wykorzystano analizę ich samooceny. Głównie odpowiedzi dotyczyły sfery ro-

dziennej, społecznej, seksualnej, zawodowej oraz innej, nie wymienionej. Natomiast kwestionariusz II Q-7 pozwolił na uzyskanie odpowiedzi dotyczących wykonywania codziennych czynności z różnymi rodzajami nietrzymania moczu u badanej grupy pielęgniarek. Wyniki badań prezentują **tabele 8 i 9**.

Tabela 8. Wpływ nietrzymania moczu (NTM) na wybrane sfery życia dnia codziennego, określony przez 128 pielęgniarek z NTM, z różnymi rodzajami inkontynencji: wysiłkowe (WNTM), naglące (NNTM), mieszane (MMNT). N – liczba, % – odsetek

Table 8. The impact of urinary incontinence (UI) on selected areas of everyday life, determined by 128 nurses with various types of incontinence: stress (SUI), urgent (UUI), mixed (MUI). N – number, % percentage

Sfery życia/ Spheres of life	WNTM/SUI		NNTM/UUI		MNTM/MUI	
	N	%	N	%	N	%
Rodzinna/ Family	5	5,7	0	0	4	7
Społeczna/ Social	30	33,7	2	14,3	24	41,4
Seksualna/ Sexual	10	11,2	1	7,1	6	10,3
Zawodowa/ Professional	18	20,3	2	14,3	13	22,4
Inna, żadna z powyższych/ Other, none of the above	19	21,3	9	64,3	10	17,2
Inne/ Other	1	1,1	0	0	0	0
Nie podaje/ Does not give	6	6,7	0	0	1	1,7
Ogółem/ Total	89	100	14	100	58	100

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Jak wynika z **tabeli 8**, badane pielęgniarki z NTM wskazują społeczną i zawodową sferę życia jako najbardziej upośledzone przez to powikłanie. Jednakże najbardziej upośledzoną społeczną sferę życia prezentują pielęgniarki z WNTM.

Wpływ NTM na jakość życia z wyszczególnieniem istotnych komponentów życiowych u 128 kobiet z różnymi rodzajami inkontynencji przedstawia **tabela 9**.

W ocenie kobiet deklarujących występowanie nietrzymania moczu najbardziej upośledzone przez tę dolegliwość były sfery społeczna i zawodowa, jednakże w każdym obszarze czynności dnia codziennego mieszane NTM w porównaniu z pozostałymi rodzajami, dominowały jako najbardziej uciążliwe i przeszkadzające dolegliwości.

Tabela 9. Wpływ nietrzymania moczu (NTM) na jakość życia badanych 128 pielęgniarek z inkontynencją z wyszczególnieniem istotnych komponentów życiowych

Table 9. The impact of urinary incontinence (UI) on the quality of life of 128 incontinent nurses, detailing important life components

Wpływ NTM na wykonywanie czynności/ The influence of UI on the performance of activities	Przeszkadza w życiu/ It interferes with life	Grupa z WNTM/ Group from SUI		Grupa z NNTM/ Group from UUI		Grupa z MNTM/ Group from MUI	
		N	%	N	%	N	%
Domowych (gotowanie, sprząatanie, pranie)/ Household (cooking, cleaning, laundry)	nie/no	32	44	9	64	20	49
	wcale/at all	0	0	0	0	4	10
	trochę/a bit	1	1	2	14	5	12
	średnio/on average	2	3	1	7	3	7
	bardzo/very	2	3	0	0	6	15
Fizyczną rekreację np. spacer, pływanie/ Physical recreation, e.g. walking, swimming	nie/no	23	32	8	57	16	39
	wcale/at all	0	0	0	0	3	7
	trochę/a bit	7	10	3	21	3	7
	średnio/on average	4	5	1	7	6	15
	bardzo/very	3	4	0	0	10	24
Rozrywkę, np. pójście do kina lub na koncert/ Entertainment, e.g. going to the cinema or a concert	nie/no	30	41	7	50	18	44
	wcale/at all	0	0	1	7	3	7
	trochę/a bit	3	4	1	7	2	5
	średnio/on average	3	4	2	14	11	27
	bardzo/very	1	1	1	7	4	10
Możliwość podróży samochodem lub autobusem na dystansie dłuższym niż 30 min/ Possibility to travel by car or bus for a distance longer than 30 minutes	nie/no	29	40	6	43	14	34
	wcale/at all	0	0	1	7	2	5
	trochę/a bit	1	1	3	21	5	12
	średnio/on average	2	3	1	7	8	20
	bardzo/very	5	7	1	7	9	22
Udział w społecznych aktywnościach poza domem/ Participating in social activities outside home	nie/no	30	41	7	50	11	32
	wcale/at all	0	0	1	7	3	7
	trochę/a bit	3	4	2	14	6	15
	średnio/on average	1	1	2	14	9	22
	bardzo/very	3	4	0	0	9	22
Zdrowie psychiczne, emocjonalne/ Mental, emotional health	nie/no	26	36	7	50	13	32
	wcale/at all	0	0	1	7	4	10
	trochę/a bit	3	4	2	14	6	15
	średnio/on average	4	5	1	7	7	17
	bardzo/very	4	5	1	7	8	20
Uczucie frustracji/ Feeling frustrated	nie/no	22	30	8	57	11	27
	wcale/at all	1	1	2	14	3	7
	trochę/a bit	6	8	1	7	6	15
	średnio/on average	3	4	1	7	8	20
	bardzo/very	5	7	0	0	10	24
Brak odpowiedzi/No answer		36	49	2	14	3	7

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Dyskusja

Przed przystąpieniem do analizy uzyskanych wyników należy przedstawić argumenty przemawiające za ostrożnością w ich interpretacji. Po pierwsze, jak zaznaczono we wstępie: grupą badaną były kobiety wykonujące zawód pielęgniarki, a więc zawód medyczny, stąd możliwość, że niektóre odpowiedzi nie były szczerze. Prawdopodobieństwo tych barier starano się zniwelować poprzez osobistą rozmowę i zachęcenie do szczerości. Intymny charakter schorzenia, jak również nie zawsze pełny wywiad dotyczący bieżących chorób, mogły być czynnikami wpływającymi na wiarygodność uzyskanych odpowiedzi, starano się je zniwelować poprzez zaostrożenie kryteriów rekrutacji – kryteria wykluczenia. Wyniki badania pilotażowego skutkowały zmianą charakteru niektórych pytań ankietowych, np. proszono o podanie przedziałów wartości, a nie konkretnych danych numerycznych, np. dotyczących wieku, czasu trwania, dobowej częstości mikcji i innych. Tak skorygowana ankieta była zaakceptowana przez znaczącą liczbę respondentek. Wreszcie fakt, że w piśmiennictwie nie znaleziono podobnego opracowania, które dotyczyłoby pielęgniarek z nietrzymaniem moczu, ankieta zastosowana w badaniu ma w dużej mierze charakter autorski. Objęcie badaniami jedynie mieszkanek Śląska, w większości Górnego Śląska, obszaru wysoce zurbanizowanego, nakazuje ostrożność w uogólnianiu wyników na inne regiony kraju, w których sytuacja dotycząca analizowanego problemu może być odmienna.

Metodą sondażu diagnostycznego z użyciem ankiety oraz zestawu wystandaryzowanych kwestionariuszy dotyczących jakości życia kobiet z nietrzymaniem moczu zbadano dogodnie dobraną grupę 253 czynnych zawodowo pielęgniarek w wieku okołomenopauzalnym. Nietrzymanie moczu występowało u ponad połowy z nich: występowało już we wczesnych latach okresu menopauzy, charakteryzowało się średnim stopniem nasilenia objawów, a najczęstszą postacią było wysiłkowe NTM. Zaburzenie to najbardziej wpływało na funkcjonowanie w sferze społecznej i zawodowej. W każdym z obszarów czynności codziennych mieszane NTM w porównaniu z pozostałymi rodzajami dominowało jako najbardziej uciążliwa i przeszkadzająca dolegliwość.

Przedmiotem badania była, może niezbyt liczna, ale dość jednorodna grupa 239 kobiet czynnych zawodowo pielęgniarek, w wieku 45–60 lat, pracujących w placówkach ochrony zdrowia województwa śląskiego, z których 128 zadeklarowało występowanie epizodów nietrzymania moczu. Analizując powszechnie znane wyniki sugerujące powiązanie NTM z wiekiem, mając do czynienia z bardzo konkretną grupą wiekową, można było oczekiwać znaczącego odsetka pielęgniarek z NTM w najwyższym przedziale wiekowym.

Uzyskane wyniki (57%) potwierdziły zatem wcześniejsze doniesienia, wskazujące, że odsetek NTM u kobiet w wieku okołomenopauzalnym wynosi ponad 50% [19]. Badacze twierdzą, że NTM w tym przedziale wiekowym jest nieuchronnym, ale fizjologicznym zjawiskiem. Brown [20] uważa, że w okresie menopauzy nietrzymanie moczu staje się typową dolegliwością. Wg autorów NTM nie stanowi poważnej choroby fizycznej ani nie powoduje zagrożenie życia, jednak znacznie obniża jakość życia związaną ze zdrowiem psychicznym, co objawia się poczuciem wstydu, zakłopotaniem, zaburzeniami samooceny chorego, a także przejawia się w postaci zaburzeń depresyjnych i lękowych [4, 15, 18, 21]. Jak stwierdzono w badaniu odsetek pielęgniarek deklarujących epizody inkontynencji był największy w najwyższym przedziale wiekowym, tj. 56–60 lat, i wynosił prawie 60%. To, że w tej grupie odsetek jest największy, nie zaskakuje w kontekście wiedzy o zależności NTM od wieku. Wpływają na to liczne przyczyny, także te związane z okresem okołomenopauzalnym (w tej grupie powikłania okołomenopauzalne większość kobiet ma już za sobą), gdzie wpływ hormonów, zaburzenia budowy kolagenu, czynniki anatomiczne powodujące zwiótnienie dna miednicy i słaby cewkowy mechanizm skurczowy mogą sprzyjać inkontynencji głównie wysiłkowej.

Z kolei analizując częstość występowania poszczególnych rodzajów nietrzymania moczu, w pracy wykazano, że odsetek kobiet deklarujących epizody inkontynencji był największy w najniższym przedziale wieku, tj. 45–50 lat. Powiązanie częstości występowania poszczególnych rodzajów nietrzymania moczu z wiekiem (zależność ujemna) było istotne statystycznie w przypadku wysiłkowego i naglącego NTM. Tę wydawałoby się przeciwstawność uzyskanych wyników można wytłumaczyć tym, że młodsze kobiety, jako bardziej zorientowane co do charakteru niedomogi, z większą łatwością potrafiły zdefiniować chorobę. Stwierdzono, że wraz z wiekiem u osób z nagłą i wysiłkową postacią NTM może dojść do ich przejścia w postać mieszaną, za czym przemawiałby większy odsetek tej postaci w najstarszym przedziale wiekowym. W opinii wielu badaczy to wiek kobiet jest tym czynnikiem (który w powiązaniu z rodnością) ma największy wpływ na wystąpienie NTM. I to nie tylko menopauza jest czynnikiem stymulującym NTM. Są jednak i inne poglądy. Na przykład w badaniach populacyjnych, pod kierunkiem Melville, którymi objęto 6000 kobiet w wieku 30–90 lat, NTM stwierdzono u 28% kobiet w wieku 30–39 lat i u 55% kobiet w wieku 80–90 lat [22]. Ponadto predyspozycje do tego schorzenia mają kobiety z otyłością, zakażeniem układu moczowego, depresją, okresową dysfunkcją narządu ruchu [23, 24]. Również badacze

zajmujący się chorobami wieku geriatrycznego twierdzą, że osoby w starszym wieku mają często znacznie więcej niż trzy schorzenia, które wymagają leczenia i często systematycznej rehabilitacji [15]. Tendencje do ukrywania, a przynajmniej mniejsza skłonność do dzielenia się z leczącymi swoimi intymnymi problemami, a do tych należy NTM, jest wykazywana przez licznych badaczy. Między innymi prof. Bidzan uważa, że „...nie-
trzymanie moczu z uwagi na intymny charakter objawów oraz ich uciążliwość w codziennym funkcjonowaniu wywiera ogromny wpływ na psychikę pacjenta...”. Najczęstszą postacią jest wysiłkowe NTM, co dodatkowo sugeruje, że przyczyna nie tkwi w menopauzie, lecz na to rozpoznanie pielęgniarki „zapracowują sobie wcześniej” ciężką pracą fizyczną i/lub innymi wspomnianymi elementami, z którymi ujawniono koincydencje NTM [24]. Pod tym względem populacja pielęgniarek uczestnicząca w niniejszym badaniu nie różni się od innych grup kobiet w wieku okołomenopauzalnym.

Jak to już wcześniej wspomniano NTM stanowi poważny problem zdrowotny, społeczny, egzystencjonalny i ekonomiczny. Znacząco wpływa na wszystkie sfery życia, obniża jego jakość. Bez względu na to, czy NTM występuje jako oddzielna jednostka chorobowa, czy jako objaw schorzenia, tak samo jest uciążliwy i kłopotliwy, zwłaszcza dla osób czynnych zawodowo, co potwierdziły analizy wyników dotyczące jakości życia badanych pielęgniarek wg kwestionariusza UDI-6. W całej badanej grupie nietrzymanie moczu przeszkadzało w codziennym funkcjonowaniu w stopniu średnim. Nasilenie objawów inkontynencji w największym stopniu było odczuwane wśród kobiet w najstarszym przedziale wiekowym, tj. 56–60 lat, a biorąc pod uwagę czas trwania NTM – w przedziale 2–4 lata oraz powyżej 6 lat [25].

Wyniki te również należy potraktować jako oczekiwane, zgodne z piśmiennictwem dotyczącym populacji kobiet niewykonyjących zawodu pielęgniarki. Ta postać często traktowana jest jak finalna postać innych postaci NTM.

Wnioski

1. Nietrzymanie moczu w okresie okołomenopauzalnym występuje u co drugiej kobiety wykonującej zawód pielęgniarki, mieszkanki województwa śląskiego.
2. Najczęstszą postacią inkontynencji jest wysiłkowe nietrzymanie moczu.
3. Najbardziej uciążliwą i przeszkadzającą dolegliwością w każdym z obszarów czynności codziennych jest postać mieszana nietrzymania moczu.
4. Najbardziej upośledzone przez nietrzymanie moczu są takie sfery życia codziennego, jak społeczna i zawodowa.

Piśmiennictwo

1. Spławska-Matuszczak K, Szymanowski K, Kądziołka P, i wsp. Nietrzymanie moczu u kobiet – krótki rys historyczny oraz najnowsze badania i osiągnięcia w zakresie ww. problematyki, ze szczególnym uwzględnieniem czynników położniczych i sposobu porodu. *Pol Prz Nauk Zdr.* 2016; 46(1): 81–87.
2. Bakalczuk G, Madej A, Lewczuk J, i wsp. Stan wiedzy kobiet na temat nietrzymania moczu. *Med Og Nauk Zdr.* 2016; 22(4): 277–281.
3. Derewiecki T, Mroczek M, Majcher P, i wsp. Znaczenie problemu nietrzymania moczu wśród kobiet po 40 roku życia. *Hygeia Public Health.* 2015; 50(1): 219–225.
4. Kwolek A, Rzucidło S, Zwolińska J, i wsp. Leczenie zachowawcze wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. *Przeгляд Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.* 2006; 3: 227–233.
5. Purc D, Rasała A. Metody leczenia nietrzymania moczu. *Europ J Med Technol.* 2015; 3(8): 29–38.
6. Irzyniec T, Kapusta Z, Franek G, i wsp. Osoby starsze objęte pielęgniarską domową opieką długoterminową. *Gerontol Pol.* 2016; 24: 207–213.
7. Ogórek-Tęcza B, Pulit A. Nietrzymanie moczu u kobiet a zaburzenia depresyjne. *Pielęg XXI w.* 2012; 1(38): 25–29.
8. Villet R, Salet-Lizee D, Zafiropulo M. Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet. Warszawa: PZWL. 2003; 1–152.
9. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK), Urinary Incontinence The Management of Urinary Incontinence in Women, NICE Clinical Guidelines, wyd. Krajowe Centrum Współpracy na rzecz Zdrowia Kobiet i Dzieci. Londyn. 2013; 1–58.
10. Dębiński P, Niezgoda T. Klasyfikacja nietrzymania moczu i sposoby leczenia, *Prz Urol.* 2014; 5(87): 42–48.
11. Standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla pacjentów dorosłych z dolegliwościami dolnych dróg moczowych. Raport przygotowany przez Polskie Towarzystwo Urologiczne, Fundację Ekspertów dla Zdrowia Warszawa, 2019; 11.URL: [https://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/338_20190528_2/\\$file/338_20190528_2.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/338_20190528_2/$file/338_20190528_2.pdf) (data dostępu: 28.12.2023).
12. RAPORT – Pacjent z NTM w systemie ochrony zdrowia 2012. Raport powstał pod auspicjami World Federation of Incontinent Patients (WFIP) przy współpracy ze Stowarzyszeniem Osób z NTM „UroConti” oraz przy wykorzystaniu materiałów powstałych w latach 2002–2014 w ramach Programu NTM. URL: <http://www.ntm.pl/upload/file/...> (data dostępu: 2021.02.15).
13. Radziszewski P, Dybowski B, Borkowski A. Klasyfikacja i rodzaje nietrzymania moczu. [W:] Steciwko A. Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego. Wrocław. 2006; 12–20.
14. Cichońska M, Maciąg D, Zboina B, i wsp. Ocena stanu wiedzy kobiet na temat nietrzymania moczu. *Zdrowie i dobrostan. Dobrostan i społeczeństwo.* NeuroCentrum. 2013; 4: 45–64.
15. Skrzypulec V, Piel B, Droszdzol A. Życie seksualne kobiet po operacjach uroginologicznych. *Seksuol Pol.* 2006; 4(1): 16–20.
16. Pizzol D, Demurtas J, Celotto S, Maggi S, Smith L, Angioletti G, Trott M, Yang L, Veronese N. Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Ag-ing Clin Exp Res.* 2021; 33(1): 25–35. Doi: 10.1007/s40520-020-01712-y.
17. Kwon BE, Kim GY, Son YJ, Roh YS, You MA. Quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literatu-

- re review. *Int Neurourol J.* 2010; 14(3): 133–8. Doi: 10.5213/inj.2010.14.3.133.
18. Skorupska KA, Miotla P, Kubik-Komar A, Skorupski P, Rechberger T. Development and validation of the Polish version of the Urogenital Distress Inventory short form and the Incontinence Impact Questionnaire short form. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017; 215: 171–174. Doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.06.024.
 19. Kołodyńska G, Zalewski M, Rożek-Piechura K. Urinary incontinence in postmenopausal women – causes, symptoms, treatment. *Prz Menopauzalny.* 2019; 18(1): 46–50. Doi: 10.5114/pm.2019.84157.
 20. Villet R, Salet-Lizee D, Zafiropulo M. Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet. Warszawa. PZWL. 2003; 1–152.
 21. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK), Urinary Incontinence The Management of Urinary Incontinence in Women, NICE Clinical Guidelines, wyd. Krajowe Centrum Współpracy na rzecz Zdrowia Kobiet i Dzieci. Londyn. 2013; 1–58.
 22. Gołąbek T, Chłosta P. Infekcje dróg moczowych oraz nietrzymanie moczu. *Vademecum geriatrici.* 2016; 63–67.
 23. Dębiński P, Niezgodna T. Klasyfikacja nietrzymania moczu i sposoby leczenia, *Prz Urol.* 2014; 5(87): 42–48.
 24. Debus G, Kästner R. Psychosomatic aspects of urinary incontinence in women. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2015; 75(2): 165–169.
 25. Maciejewska-Paszek I, Brzozowska-Gajda D, Słowik M, i wsp. Nietrzymanie moczu wśród kobiet zamieszkałych na terenach wiejskich – ocena stanu wiedzy pacjentek. *Nauka, Badania i Doniesienia Naukowe. Nauki przyrodnicze i medyczne. Świebodzice: Wydawnictwo Idea Knowledge Future.* 2020; 194–206.

Artykuł przyjęty do redakcji: 18.08.2023.

Artykuł przyjęty do publikacji: 17.02.2024.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Source of funding: The work is not financed from any source.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.
Conflict of interest: Authors declare that there is no conflict of interest.

Adres do korespondencji:

Krystyna Klimaszewska
e-mail: kklimaszewska60@gmail.com



■ POSTRZEGANIE UŻYWEK PRZEZ OSOBY UZALEŻNIONE

ADDICTS' PERCEPTION OF STIMULANTS

Anna Wiśniewska¹, Katarzyna Plagens-Rotman^{2, 3, a}

¹ Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Gnieźnie
Provincial Hospital for the Nervous and Mentally Ill in Gniezno, Poland

² Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej
Higher School of Strategic Planning in Dąbrowa Górnicza, Poland

³ Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii, Katedra Ginekologii, Klinika Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Center for Pediatric, Adolescent Gynecology and Sexology Division of Gynecology, Department of Perinatology and Gynecology, Poznan University of Medical Sciences, Poland

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

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2024.2>

STRESZCZENIE

Wstęp. Na przestrzeni ostatnich lat miało miejsce szereg procesów oraz inicjatyw stawiających sobie za cel poprawę sytuacji życiowej osób uzależnionych. Aby odnieść sukces w tym zakresie, należy poznać istniejące postawy osób uzależnionych wobec dotykającego ich problemu.

Cel. Celem pracy była próba odpowiedzi na pytanie, jak osoby uzależnione postrzegają używki.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Posłużono się kwestionariuszem anonimowej ankiety przeprowadzonej pośród pacjentów oddziałów odwykowych oraz oddziałów psychiatrycznych Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Gnieźnie. Badaniem objęto 104 osoby w okresie od 5.07.2022 do 20.09.2022.

Wyniki. Zdecydowana większość badanych w prawidłowy sposób postrzegala uzależnienie – jako chorobę psychiczną bądź zaburzenie psychiczne (45,2%). Zaobserwowano zależność od wieku w określeniu siebie jako osobą uzależnioną ($p = 0,0109$). W tym przypadku zdecydowanie łatwiej przychodziło to pacjentom starszym. Wśród ankietowanych zaledwie 3 osoby w wieku 18–25 lat przyznały się do problemu z uzależnieniem. Największą grupę przyznających się do problemu stanowią osoby w wieku 36–48 lat i to w tej grupie odpowiedź twierdzącą wskazały 33 osoby. Kontakt z osobą uzależnioną po wygranej walce z nałogiem u większości ankietowanych (61,5%) jest bardzo pożądanym krokiem, gdyż działa motywująco. Swoją chęć uczestnictwa w grupach wsparcia wyraziła zdecydowana większość (63,5%). Większość respondentów potrafiła funkcjonować w życiu na trzeźwo. Zaledwie 12 (11,5%) osób zgłosiło problem z funkcjonowaniem na trzeźwo.

Wnioski. Osoby uzależnione są świadome zagrożeń wynikających z uzależnień. Potrafią doskonale wskazać osobę uzależnioną, przypisując jej dany problem. Dostrzegają trudności w życiu oraz bardzo chętnie korzystają z różnych form pomocy.

ŚŁOWA KLUCZOWE: uzależnienie, używka, leczenie odwykowe.

ABSTRACT

Introduction. In recent years, there have been a number of processes and initiatives aimed at improving the life situation of addicts. However, in order to be successful in this matter, it is necessary to know the existing attitudes of addicts towards the problem affecting them.

Aim. The aim of the study was to try to answer the question of how addicted people perceive stimulants.

Material and methods. The research was carried out using the diagnostic survey method. An anonymous questionnaire was conducted among patients of psychiatric and addiction treatment wards in the Provincial Hospital for Nervous and Mental Patients in Gniezno. The voluntary survey was conducted among 104 people from July 5, 2022 to September 20, 2022.

Results. The vast majority of respondents correctly perceived their addiction as a mental illness or mental disorder (45.2%). There is a certain relationship between age and people who perceive themselves as being addicted ($p = 0.0109$). In this case, it was definitely easier for older patients. Among all the respondents, only 3 people aged 18-25 admitted to having problems with addiction. The largest group of people admitting to the problem were at the age of 36-48. Therefore, 33 people indicated an affirmative answer. Contact with an addict after winning the fight against addiction is a desirable step for most respondents (61.5%) because it has a motivating effect. Therefore, there is a great interest in participation in recovery meetings or addiction support groups. The vast majority of respondents showed (63.5%) their willingness to participate in such groups. The most respondents were able to function soberly in life. Only 12 (11.5%) people reported problems with being sober.

Conclusions. Addicts are aware of the dangers of addiction and its harmful consequences. They can perfectly identify an addicted person by assigning them a given problem. They see difficulties in life and are very willing to use various forms of help. There are many ways to support their recovery and addicts are able to make use of them.

KEYWORDS: addiction, stimulant, addiction treatment.

Wprowadzenie

Zażywanie substancji psychoaktywnych w Polsce ulega rozpowszechnieniu na coraz większą skalę. Problem ten w społeczeństwie rozwija się lawinowo, doprowadzając do zjawiska psychodegradacji, zwłaszcza wśród ludzi młodych.

Sposób podania substancji psychoaktywnych może być różnorodny w zależności od celu, postaci narkotyku czy też szkodliwości podania daną drogą. Obecnie spada odsetek osób wprowadzających narkotyki drogą dożylną – wynika to między innymi ze strachu przed chorobami zakaźnymi typu WZW typu B lub C [1]. Obecnie narkotyki przyjmowane są głównie w postaci proszku, tabletek lub suszu. Powszechnie nadal dominuje przekonanie o dożylnym sposobie zażywania substancji przez narkomanów.

Współcześnie uzależnienia dotyczą nie tylko środków psychoaktywnych; mnogość substancji obecnych w otoczeniu uległa znacznemu rozszerzeniu i spotkać możemy się z wieloma typami oraz podziałami tej choroby [2], jednak w każdym z tych typów dochodzi do ograniczenia wolności oraz utraty kontroli nad własnym życiem. Zmianie ulega sposób myślenia, co wpływa na to, że osoby uzależnione nie dostrzegają trapiącego ich problemu [3]. Powszechność i łatwa dostępność do środków stanowią olbrzymi problem natury psychologicznej, pedagogicznej, społecznej oraz kryminalnej [4]. Dłuższe zażywanie danych substancji powoduje poważne i na ogół nieodwracalne zmiany w psychice człowieka, prowadzące do nasilenia zachowań patologicznych. Nadużywanie określonych używek może prowadzić między innymi do nasilenia agresji, bezrobocia, bezdomności, a finalnie także do zgonów. Zgony te wynikać mogą z przedawkowania czy też pojawiających się w wyniku depresji samobójstw [4].

Depresja jest zjawiskiem często towarzyszącym osobom uzależnionym [5], a jej leczenie w ich kontekście jest zadaniem jeszcze trudniejszym. Po zażyciu środków niewiadomego pochodzenia, takich jak dopalacze czy też syntetyczne narkotyki nowej generacji często dochodzi do niebezpiecznych zatruć stanowiących problem natury medycznej, jak i diagnostycznej.

Dynamika pojawiania się nowych specyfików i szybkie tempo ich produkcji stanowią poważny problem dla specjalistów. Po narkotyki czy dopalacze coraz częściej sięgają nastolatki oraz dzieci, a osoby zajmujące się dystrybucją doskonale wykorzystują ich ufność oraz ciekawość.

Cel pracy

Celem pracy była próba odpowiedzi na pytanie, jak osoby uzależnione postrzegają używki.

Materiał i metody

Badaniem objęto łącznie 104 osoby uzależnione, w różnych grupach wiekowych, przebywające na oddziałach odwykowych i psychiatrycznych w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Gnieźnie. Badanie przeprowadzono w okresie od 20.07.2022 roku do 05.09.2022 roku. Kryteriami doboru próby badanej były: pełnoletność osób badanych, wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu oraz pobyt na oddziałach leczenia uzależnień.

Przed podjęciem badań respondenci uzyskali niezbędne informacje dotyczące celu przeprowadzenia badania. Zostały wyjaśnione wątpliwości co do postawionych w badaniu pytań oraz zapewniono badanym anonimowość.

Dla realizacji założonego celu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. W ramach tej metody wykorzystano technikę badań ankietowych, a narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Pytania zawarte w kwestionariuszu miały charakter zamknięty z możliwością wskazania tylko jednej odpowiedzi.

Analizy statystyczne

W przypadku analizy częstości wybranych przez badanych odpowiedzi istotność statystyczną różnic oceniano za pomocą testu niezależności chi-kwadrat. Testy statystyczne weryfikowano na poziomie istotności $p < 0,05$. Analizy statystyczne przeprowadzono przy pomocy arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel oraz programu Statistica 13.3.

Wyniki

Najliczniejszą grupą badanych były osoby pomiędzy 36. a 48. rokiem życia. Ponad 3/4 stanowili mężczyźni. Szczegółowe dane liczbowe i procentowe przedstawiono w **tabeli 1**.

Na pytanie o postrzeganie uzależnienia niecała połowa (45,2%) badanych uważała, iż jest to choroba psychiczna. Nieco mniej (39,4%) osób było zdania, że to tylko stan przejściowy. Tylko 15,4% respondentów interpretowała uzależnienie jako obniżenie sprawności umysłowej, a 38,5% badanych nie potwierdziło, iż jest osobą uzależnioną.

Tabela 1. Dane socjodemograficzne respondentów
Table 1. Sociodemographic data of respondents

Dane socjodemograficzne/ Sociodemographic data		n	%
Wiek/ Age	18–25	14	13,5
	26–35	30	28,8
	36–48	45	43,3
	49–59	10	9,6
	Powyżej 60 lat/Over 60 years old	5	4,8
Płeć/ Sex	Kobieta/Woman	24	23,1
	Mężczyzna/Man	80	76,9
Wykształcenie/ Education	Podstawowe/Primary	18	17,3
	Zawodowe/Vocational	40	38,5
	Średnie/Secondary	32	30,8
	Wyższe/Higher	14	13,5
Miejsce zamieszkania/ Place of residence	Wieś/Village	43	41,3
	Małe miasto/Small town	22	21,2
	Duże miasto/Big city	39	37,5
Sytuacja zawodowa/ Professional situation	Pracuje zawodowo/ He works professionally	49	47,1
	Bezrobotny/Unemployed	55	52,9

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Istotną kwestią było uzyskanie informacji, z jakiego powodu ankietowany znalazł się na oddziale odwykowym. Ponad połowa grupy badanej (51,9%) skarżyła się na złe samopoczucie, natomiast 32,7% „spadło na dno i chciało się od niego odbić”. Wyniki zaprezentowano w **tabeli 2**.

Tabela 2. Powód znalezienia się na oddziale odwykowym
Table 2. The reason for finding yourself in a drug rehabilitation ward

	n = 104	%
Za namową męża/żony/ At the suggestion of one's husband/wife	14	13,5%
Moje złe samopoczucie/ My malaise	54	51,9%
Sąd mnie tu skierował/ The court sent me here	2	1,9%
Spadłem\spadłam na dno i chcę się od niego odbić/ I fell/I fell to the bottom and I want to bounce off of it	34	32,7%

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Zapytano również osoby badane o to, jak postrzegają swojego znajomego z problemem alkoholowym. Aż 53,8% badanych była zdania, iż jest to człowiek potrzebujący pomocy, natomiast nieco ponad 1/4 grupy badanej (28,8%) zadeklarowała wsparcie i dobre słowo dla uzależnionego kolegi, **rycina 1**.

Następnie ankietowani musieli się odnieść do stwierdzenia „Mając problem z nadużywaniem alkoholu, problem z innymi używkami uważam za trudniejszy”. Nieco ponad połowa (51%) zgodziła się z ww. zdaniem.

Wśród grupy badanej, 51% osób zadeklarowało, iż przyjmowanie używek wprawia w wesoły nastrój, dzięki którym zapomina się o codziennych problemach, **rycina 2**.



Rycina 1. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Mając kolegę/koleżankę z problemem alkoholowym, jak się do tego odniosę?”
Figure 1. Structure of responses to the question: „Having a friend with an alcohol problem, how will I deal with it?”

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.



Rycina 2. Wpływ używek na samopoczucie
Figure 2. Effect of stimulants on well-being

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Kolejne pytanie ankietowe poruszyło kwestię odczuć następnego dnia po upojeniu alkoholowym. Najliczniejsza grupa (42,3%) ankietowanych doznała smutku, gdyż zawiodła, spożywając alkohol, natomiast niecała 1/5 grupy (17,3%) stwierdziła, że był to tylko jednorazowy wybryk. Wyniki zaprezentowano w **tabeli 3**.

Tabela 3. Uczucia następnego dnia po upojeniu alkoholowym
Table 3. Feelings the day after intoxication

	n = 104	%
Smutek, że zawiodłem/ <i>Sadness that I failed</i>	44	42,3
To był tylko jednorazowy wybryk/ <i>It was just a one time prank</i>	18	17,3
Nie widzę żadnego problemu, żyję dalej/ <i>I don't see any problem, I live on</i>	21	20,2
Chcę się znowu napić/ <i>I want to drink again</i>	21	20,2

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Podczas badania ankietowego zadano pytanie „Którą osobę uznasz za uzależnioną?”. Zdecydowana większość respondentów (76%) odpowiedziała, iż są to osoby spożywające alkohol/ narkotyki/ dopalacze/ nadużywające leki/ spędzające większość dnia w kasynie. Dane liczbowe i procentowe przedstawiono w **tabeli 4**.

Tabela 4. Osoby uważane za uzależnione według grupy badanej
Table 4. People considered addicted by the study group

	n = 104	%
Osoba spożywająca alkohol/ <i>A person who consumes alcohol</i>	8	7,7
Osoba spożywająca narkotyki, dopalacze/ <i>A person who consumes drugs, boosters</i>	9	8,7
Osoba nadużywająca leków/ <i>Drug abuser</i>	5	4,8
Osoba spędzająca większość dnia w kasynie/ <i>A person who spends most of the day in a casino</i>	3	2,9
Wszystkie osoby wyżej wymienione/ <i>All persons mentioned above</i>	79	76,0

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Największy odsetek ankietowanych (60,6%) oczekuje, że po leczeniu na oddziale odwykowym wróci do normalności. Niecała 1/5 grupy badanej (18,3%) wierzy, iż walka z nałogiem zostanie ostatecznie zakończona i nigdy do niego nie wróci. Nieco ponad 1/10 ankietowanych (10,6%) chce uzyskać kontrolę nad piciem, **tabela 5**.

Tabela 5. Oczekiwania po leczeniu na oddziale odwykowym
Table 5. Expectations after treatment in a drug addiction ward

	n = 104	%
Powrotu do normalności/ <i>Back to normal</i>	63	60,6
Wierzę, iż uda mi się odbudować więzi rodzinne/ <i>I believe that I will be able to rebuild family ties</i>	6	5,8
Uda mi się znaleźć pracę i utrzymać się w niej/ <i>I can find a job and keep it</i>	5	4,8
Walka z nałogiem zostanie ostatecznie zakończona i nigdy do niego nie wrócę/ <i>The battle with addiction will be finally over and I will never go back to it</i>	19	18,3
Będę mieć kontrolę nad piciem/ <i>I will control my drinking</i>	11	10,6

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Niecałe 3/5 grupy badanej (58,7%) przyznało się do zerwania wszystkich kontaktów i braku znajomych. 24% ankietowanych lubi przebywać w gronie pijących lub palących marihuanę; natomiast 17,3% zadeklarowało, że nie potrafi rozmawiać z ludźmi trzeźwymi. Rozkład odpowiedzi ujęto w **tabeli 6**.

Tabela 6. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W jakim kręgu znajomych najlepiej się czuję i odnajduję?”
Table 6. Structure of answers to the question: „In what circle of friends do I feel best and find myself?”

	n = 104	%
Nie mam znajomych, zerwałem/zerwałam wszystkie kontakty/ <i>I have no friends, I have cut off all contacts</i>	61	58,7
Lubię przebywać w gronie pijących lub palących marihuanę/ <i>I like being around people who drink or smoke marijuana</i>	25	24
Nie potrafię rozmawiać z ludźmi trzeźwymi/ <i>I can't talk to sober people</i>	18	17,3

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Kolejne pytanie wykazało, iż 58,7% grupy badanej współczuło innym uzależnionym, gdy dzielili się z nimi swoją historią. Nieco ponad 1/5 (20,2%) w takich sytuacjach czuło obawy, 10,6% – litość oraz taki sam odsetek (10,6%) – lęk.

Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy wykształceniem grupy badanej a świadomością zagrożeń wynikających z nadużywania alkoholu bądź narkotyków ($p > 0,05$), (**tabela 7**) oraz pomiędzy wiekiem grupy badanej a oczekiwaniami po leczeniu na oddziale odwykowym, $p = 0,3916$ (**tabela 8**).

Tabela 7. Zależność pomiędzy wykształceniem grupy badanej a świadomością zagrożeń wynikających z nadużywania alkoholu bądź narkotyków

Table 9. Relationship between the education of the study group and the awareness of the risks of alcohol or drug abuse

Świadomość zagrożeń wynikających z nadużywania alkoholu bądź narkotyków/ <i>Awareness of the risks of alcohol or drug abuse</i>					
Wykształcenie/ <i>Education</i>	Tak/Yes		Nie/No		p
	n	%	n	%	
Podstawowe/ <i>Primary</i>	16	15,38	2	1,92	p = 0,9563
Zawodowe/ <i>Vocational</i>	36	34,62	4	3,84	
Średnie/ <i>Secondary</i>	28	26,92	4	3,84	
Wyższe/ <i>Higher</i>	13	12,5	1	0,96	

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy podejmowaniem pracy zawodowej a poczuciem winy z powodu swoich zachowań po wypiciu, $p = 0,8015$ (tabela 9), natomiast istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy wiekiem a tym, czy dana osoba przyznaje się do swojego uzależnienia (tabela 10).

Tabela 9. Zależność między podejmowaniem pracy zawodowej a poczuciem winy z powodu swoich zachowań po wypiciu

Table 9. Relationship between taking up a job and feeling guilty about one's behaviour after drinking

Wyrzuty sumienia, poczucie winy czy wstyd a podejmowanie pracy przez respondentów/ <i>Remorse, guilt or shame and taking up work by respondents</i>					
Podejmowanie pracy/ <i>Taking a job</i>	Tak/Yes		Nie/No		p
	n	%	n	%	
Tak/Yes	41	39,42	8	7,69	0,8015
Nie/No	47	45,19	8	7,69	

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Tabela 10. Zależność między wiekiem a uważaniem się za uzależnionego

Czy uważasz się za osobę uzależnioną? <i>Do you consider yourself addicted?</i>					
Wiek/Age	Tak/Yes		Nie/No		p
	n	%	n	%	
18–25	3	2,88	11	10,57	p = 0,0109
26–35	20	19,23	10	9,61	
36–48	33	31,73	12	11,53	
49–59	5	4,8	5	4,8	
Powyżej 60 lat/ <i>Over 60 years old</i>	3	2,88	2	1,92	

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Tabela 8. Zależność pomiędzy wiekiem grupy badanej a oczekiwaniami po leczeniu na oddziale odwykowym

Table 8. Relationship between the age of the study group and expectations after treatment in a drug addiction ward

Wiek/Age	Czego oczekujesz po leczeniu na oddziale odwykowym? <i>What do you expect from treatment in a drug addiction ward?</i>									
	Powrotu do normalności/ <i>Back to normal</i>		Wierzę, iż uda mi się odbudować więzi rodzinne/ <i>I will be able to rebuild family ties</i>		Uda mi się znaleźć pracę i utrzymać się w niej/ <i>I can find a job and keep it</i>		Walka z nałogiem zostanie ostatecznie zakończona i nigdy do niego nie wrócę/ <i>The battle with addiction will be finally over and I will never go back to it</i>		Będę mieć kontrolę nad piciem/ <i>I will control my drinking</i>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18–25	7	6,73	0	0,0	0	0,0	4	3,84	3	2,88
26–35	18	17,3	2	1,92	1	0,96	8	7,69	1	0,96
36–48	29	27,88	2	1,92	3	2,88	7	6,73	4	3,84
49–59	5	4,8	2	1,92	1	0,96	0	0,0	2	1,92
Powyżej 60 lat/ <i>Over 60 years old</i>	4	3,84	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,96
p = 0,3916										

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Nie odnotowano statystycznie istotnej zależności pomiędzy wiekiem respondentów a decyzją dotyczącą skorzystania z grupy wsparcia, $p = 0,3916$, **tabela 11**.

Tabela 11. Zależność między wiekiem a decyzją dotyczącą skorzystania z grupy wsparcia

Table 11. Relationship between age and the decision to use a support group

Wiek/Age	Tak/Yes		Nie/No		p
	n	%	n	%	
18–25	5	4,8	9	8,65	0,3916
26–35	18	17,3	12	11,53	
36–48	33	31,73	12	11,53	
49–59	7	6,73	3	2,88	
Powyżej 60 lat/ Over 60 years old	3	2,88	2	1,92	

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

Dyskusja

W literaturze spotykamy się z różnymi definicjami uzależnienia [6–10]. Światowa Organizacja Zdrowia określiła uzależnienie jako „Stan psychiczny, a czasem także fizyczny wynikający z interakcji między żyjącym organizmem a środkiem uzależniającym (ang. *drug*), charakteryzujący się zmianami zachowania lub innymi reakcjami, które zawsze zawierają przymus brania tych środków w sposób ciągły lub okresowy w celu doświadczenia ich psychicznych efektów, a czasami w celu uniknięcia złego samopoczucia związanego z ich brakiem. Tolerancja może wystąpić lub też nie występować. Jednostka może być uzależniona od więcej niż jednego środka” [11].

Wybór takiego tematu pracy jest uzasadniony i celowy. Wpływa na aktualność i wagę poruszanych w nim zagadnień. Pracując na oddziale psychiatrycznym, autorka niniejszej pracy ma możliwość rozmowy i poznania sposobu myślenia osób uzależnionych. Są to osoby, które niejednokrotnie wracają na oddział z tego samego powodu. To pokazuje, jak długa i trudna jest walka z uzależnieniem. Największy problem dostrzega się wśród młodzieży i młodych ludzi. Nie mają w sobie ducha walki, gdyż właśnie nie dostrzegają problemu. Bardzo często wychodząc z jednego uzależnienia, popadają w kolejne, wypierając istnienie problemu. Trzeba pamiętać, iż brak świadomości powoduje brak szans na pokonanie tej długiej i trudnej walki. Dojście do etapu zaakceptowania problemu to kwestia indywidualna i najważniejsza. To pierwszy krok w stronę trzeźwości, który otwiera furtkę do normalnego życia.

Grupa ludzi młodych uzależnionych dostrzega problem destygmatyzacji ze względu na swoje zachowania

po zażyciu środków. W tym momencie skupiono się na tej grupie wiekowej, ponieważ, jak wynika z badań, to właśnie ludzie młodzi mają największy problem z nazwaniem swojego problemu. Spośród 104 ankietowanych, gdzie 14 (13,46%) z nich było osobami w przedziale wiekowym 18–25, aż 11 vs 14 osób (78,57%) nie uznaje siebie za osobę uzależnioną pomimo kilku pobytów na oddziale. Również w tej grupie wiekowej obserwuje się największy procent osób zażywających środki psychoaktywne. Z raportu badań kondycji psychicznej Polaków EZOP II wynika, że zażywanie nielegalnych substancji psychoaktywnych (narkotyków) występuje najczęściej w przedziale wiekowym 18–29 lat, natomiast badania European School Survey Project on Alcohol and Drugs (ESPAD) wskazują na rozpowszechnienie używania różnych substancji już wśród polskich 17–18-latków. Substancje te zażywane są: pod postacią marihuany i haszyszu (29,6%), ekstazy (3,6%), amfetaminy (3,1%), kokainy (2,9%), metamfetaminy i substancji wziewnych (po około 2%) oraz heroiny (1%), częściej zażywane przez chłopców [12]. Porównywalne wyniki badań uzyskali również Malczewski [13] i Ostaszewski [14]. Przyczynami sięgania po substancje psychoaktywne były przede wszystkim motywy społeczne, fizyczne, zmiany nastroju oraz ułatwienie wykonywania czynności.

Każdy z tych młodych ludzi spotkał się z negatywnym odbiorem swoich zachowań – aż 54% ankietowanych uważa postawy społeczeństwa wobec uzależnionych za negatywne. Społeczeństwo odbiera takie zachowania jako aspołeczne i zaczyna piętnować taką osobę, jednocześnie karząc ją w ten sposób. Ważną rolę w tej kwestii odrywa otoczenie i osoby najbliższe. Nie można cały czas krytycznie podchodzić do takich zachowań, ponieważ zachowania dewiacyjne będą się potęgować, a reakcja obronna wystąpi w postaci agresji czy złości. Może pojawić się kolejny problem, jakim jest izolacja, a stąd krok już tylko do depresji, a nawet myśli czy tendencji samobójczych. Kotański podkreśla, że „Narkoman jest w gruncie rzeczy bezbronny człowiekiem, pełnym sprzeczości i lęków, pozbawionym naturalnej odporności na stres codziennej egzystencji, pogardzanym przez bliskich i społeczeństwo, zagubionym i bezwolnym. Narkotyk jest dla niego jedyną, znaną mu i dostępną formą obrony przed bólem istnienia, paradoksalnym schronem, w którym przyjdzie mu kiedyś zginąć” [15].

Bardzo krzywdzącym postępowaniem jest podtrzymywanie negatywnej postawy wobec osób, które zdecydowały się na podjęcie leczenia odwykowego. Pomimo trudu, jakiego się podjęli, nadal postrzegani są jako alkoholicy i kojarzeni ze swoimi wcześniejszymi zachowaniami. Zdaniem terapeutów oraz samych uzależnionych etykieta alkoholika czy narkomana utrzymuje się

nawet po zakończeniu leczenia. Wykazały to badania Wieczorka [16], w których zjawisko to obserwuje się zarówno w mniejszych, jak i większych miejscowościach. Takie zachowania mają niekorzystny wpływ na samych uzależnionych, a samo przyznanie się do leczenia z kolei niesie za sobą nazewnictwo typu: jesteś chory lub psychiczny. Dlatego pacjenci uzależnieni dość często wybierają ośrodki poza miejscem swojego zamieszkania, chcąc uniknąć stygmatyzacji. Czasami zdarza się również, iż wybór pada na ośrodki prywatne, gdzie można zachować większą anonimowość, nie pozostawiając po sobie śladu i tym samym uniknąć stygmatyzacji swoich najbliższych. O sile stygmatyzacji świadczy fakt, iż chorzy, aby utrzymać w tajemnicy swoje leczenie korzystali z urlopów wypoczynkowych, aby nie brać zwolnień lekarskich [16].

Pośród ankietowanych opinia na temat postrzegania uzależnienia jest zróżnicowana. Nawet połowa ankietowanych nie uznaje uzależnienia jako choroby. Zaledwie 45,1% opowiedziało się za takim określeniem, 39,4% uważa, że jest to stan przejściowy, a zaledwie 15,38% twierdzi, iż jest to obniżenie sprawności umysłowej. Motywujące jest to, że jednak najwięcej odpowiedzi wskazywało na chorobę.

Zarówno w grupie młodych ludzi, jak i tych nieco starszych jednym z powodów zgłoszenia się po pomoc do placówek ochrony zdrowia było złe samopoczucie, które zapewne wynika z narastających konfliktów z otoczeniem, a zwłaszcza z rodziną. Taką odpowiedź uzyskano pośród 54% ankietowanych. Wśród badanych istniała grupa osób, zwłaszcza młodych mężczyzn, którzy pojawili się w szpitalu bez wyrażenia zgody. W początkowym okresie bezkrytyczni do sytuacji i faktu przyjęcia na oddział. Podczas ich pobytu na oddziale dało się zaobserwować zmianę postawy. Być może rozmowy z personelem, psychologiem czy z samymi pacjentami miały na to wpływ. Po kilkudniowym pobycie ci młodzi ludzie wyrażali chęć leczenia na oddziale uzależnień. Takie zjawisko było zauważalne wśród pacjentów, którzy już wcześniej bywali na oddziałach detoksykacyjnych lub psychiatrycznych. Niejednokrotnie w tle obecna była sytuacja traumatyczna, o czym świadczą wyrzuty sumienia, pojawiające się u większości, bo aż u 88% ankietowanych. Powyższe zjawisko świadczy o tym, iż młodzi ludzie potrzebują znacznie więcej czasu na racjonalne podejście do problemu. W tym momencie ponownie należy zwrócić uwagę na cierpliwość, wyrozumiałość oraz duże wsparcie zespołu terapeutycznego i rodziny.

Na zwrócenie szczególnej uwagi zasługuje fakt, iż młodzi ludzie czują niechęć do udziału w zajęciach grup wsparcia po zakończonym leczeniu odwykowym. Zdecydowana większość ankietowanych jest przekonana,

iż poradzi sobie w życiu po opuszczeniu szpitala. Tak uważa 67,3% ankietowanych, z czego 9 (8,65%) osób młodych nie skorzysta z takiej możliwości na 15 młodych osób ankietowanych. Decydujący wpływ na zmianę stanowiska ludzi młodych, na podstawie przeprowadzonych badań, w zdecydowanej większości mają rodzice. Tak uważało 85,2% ankietowanych Polaków w wieku 15–64 lat. Zaraz na drugim miejscu respondenci wskazują placówki ochrony zdrowia na równi z placówkami oświaty. Idąc tą drogą, to rolą rodziców jest podejmowanie rozmów z dziećmi na temat problemu uzależnień i wskazanie właściwego kierunku w przypadku pojawienia się problemu. Ukrywanie problemu nie jest właściwym krokiem i nie daje motywacji do walki. Dlatego ważna rola rodziców, aby być zarówno na początku, jak i na końcu tej drogi.

Najwyższa Izba Kontroli w 2019 roku [17] przeprowadziła kontrolę w 23 gminach i 8 podmiotach samorządowych w 6 województwach. W latach 2016–2018 nastąpił wzrost rekomendowanych programów profilaktycznych. Uwagę zwraca fakt zastosowania powyższych programów, które nie potwierdziły swojej skuteczności, a bez fachowego nadzoru mogą wręcz wywierać niekorzystny wpływ na dzieci i młodzież. To samo badanie ukazuje, iż liczba osób objętych niesprawdzonymi działaniami była dziesięciokrotnie większa niż w przypadku posłużenia się programami rekomendowanymi. Co oznacza, że na programy rekomendowane przeznaczone są bardzo niewielkie środki.

Pracując na oddziale psychiatrycznym, autorka ma możliwość obserwacji i wyciągania pewnych wniosków dotyczących uzależnień. Jak wcześniej wspomniano, największy problem mają młodzi pacjenci. Autorka jest świadkiem kolejnych terapii tych samych chorych, gdzie bardzo często oprócz problemu z uzależnieniem pojawia się depresja, myśli samobójcze oraz niejednokrotnie podjęte próby targnięcia się na swoje życie. To pokazuje, w jakim zniewoleniu muszą żyć, pozbawieni wolności. Takie sytuacje wiążą się z cierpieniem osoby uzależnionej oraz jego najbliższych. Z pacjentami starszymi sytuacja jest nieco lepsza, aczkolwiek ich droga do trzeźwości również jest trudna i bardzo długa. Często są osobami samotnymi, a jedyną ich rodziną są grupy AA oraz inne grupy wsparcia.

Wnioski

W wyniku analizy wyników badań empirycznych uzyskano następujące wnioski:

1. Zdecydowana większość (88,5%) osób uzależnionych deklaruje, że potrafi funkcjonować w życiu codziennym na trzeźwo.
2. Samoocena uzależnionego na temat problemu z uzależnieniem jest istotnie związana z wiekiem.

3. Nie odnotowano istotnego związku pomiędzy wiekiem uzależnionego a decyzją dotyczącą korzystania z grupy wsparcia.
4. Ponad połowa uzależnionych, po długim i trudnym leczeniu na oddziale odwykowym, pragnie wrócić do normalnego życia.

Piśmiennictwo

1. Malczewski A. Wyzwania dotyczące problemu narkotyków i narkomanii stojące przed Europą. *Uzależnienia*. 2022; 2(98): 2–5.
2. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. *Psychopatologia*. Poznań. Zysk I S-Ka. 2017; 616–686.
3. Baran-Furga H, Steinbarth-Chmielewska K. Zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych. [w:] P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. 2012; 51–86.
4. Greń J, Ostaszewski K, Stefaniuk J. Narkotyki, zdrowie psychiczne i redukcja szkód. *Uzależnienia*. 2022; 2(98): 28–33.
5. Klimkiewicz A, Serafin P, Wojnar M. Risk factors of suicidal behavior in alcohol-dependent individuals. *Psychiatri*. 2011; 8, 1: 7–17.
6. Reber AS, Rebler ES. *Słownik Psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar 2005.
7. Kapler L. Nawyk regulowania uczuć. *Świat Problemów*. 1996; 8–9(43–44): 6.
8. Zimbardo PG. *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. 1999.
9. Wojdyło K. *Uzależnienie od pracy. Teoria. Diagnoza. Psychoterapia*. Stowarzyszenie Natanaelum Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii. Lublin 2016.
10. Habrat B. *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii 2016.
11. World Health Organization [WHO]. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genewa: WHO 1992.
12. <https://ezop.edu.pl/wyniki-badania/> (data wejścia: 19/06/2023, godzina 8.54).
13. Malczewski A. Młodzież a substancje psychoaktywne. W: Grabowska M, Gwiazda M. (red.). *Młodzież 2018* (234–249). Warszawa: Centrum Badań Opini Społecznej.
14. Ostaszewski K. Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii 2014.
15. Kotański M. *Ty zaraziłeś ich narkomanią*. Warszawa. PZWL 1994.
16. Wieczorek Ł. Stigmatisation of alcohol dependent persons and alcohol treatment system in Warsaw and local community. *Alcoholism and Drug Addiction*. 2015; 28(2): 103–117.
17. Najwyższa Izba Kontroli. *Wystąpienie pokontrolne 2019*. file:///C:/Users/Kasia/Downloads/P-19-094-LWA-04-01.pdf (18/06/2023 godz. 14.21).

Artykuł przyjęty do redakcji: 21.06.2023.

Artykuł przyjęty do publikacji: 03.02.2024.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Source of funding: The work is not financed from any source.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.
Conflict of interest: Authors declare that there is no conflict of interest.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Plagens-Rotman
e-mail: plagens.rotman@gmail.com



WYKORZYSTANIE SYMULACJI WYSOKIEJ WIERNOŚCI W NAUCZANIU PIEŁĘGNIARSTWA NEUROLOGICZNEGO – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

THE APPLICATION OF HIGH-FIDELITY SIMULATION IN NEUROLOGICAL NURSING EDUCATION: PERSONAL INSIGHTS

Barbara Grabowska-Fudala^a, Anna Smelkowska^b, Krystyna Jaracz^c

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

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

^b <https://orcid.org/0000-0003-0319-4130>

^c <https://orcid.org/0000-0002-0595-6891>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2024.3>

STRESZCZENIE

Symulacje medyczne powstały na przełomie XVIII i XIX wieku. Początkowo stosowano różne modele anatomiczne i prymitywne fantomy. Obecnie istnieje kilka rodzajów symulacji medycznej. Należą do nich symulacje pacjenta (SP), symulacje proceduralne, symulacje scenariuszy, symulacje wirtualne (AR), symulacje całego środowiska, symulacje symulatorów i symulacje telemedyczne. Obecnie symulacje medyczne są istotną formą zajęć w pielęgniarstwie. Są one niezbędne w doskonaleniu praktycznych umiejętności opieki pielęgniarskiej na poziomie przeddyplomowym.

Celem pracy jest przedstawienie doświadczeń własnych związanych z realizacją zajęć opartych na symulacji medycznej wysokiej wierności, zastosowanej w kształceniu studentów pielęgniarstwa, na przykładzie zajęć z neurologii i pielęgniarstwa neurologicznego.

SŁOWA KLUCZOWE: kształcenie przeddyplomowe pielęgniarek, pielęgniarstwo neurologiczne, symulacja medyczna, symulacja wysokiej wierności.

ABSTRACT

Medical simulations have their roots dating back to the 18th and 19th centuries. Initially, anatomical models and rudimentary phantoms were employed. Presently, various types of medical simulation techniques exist, encompassing Patient Simulations (SP), Procedural Simulations, Scenario Simulations, Virtual Simulations (AR), Whole Environment Simulations, Simulator Simulations, and Telemedicine Simulations. Today, medical simulations play a crucial role in nursing education, particularly in enhancing practical nursing care skills at the undergraduate level.

This study aims to elucidate the author's firsthand experiences related to the integration of high-fidelity medical simulation into neurology and neurological nursing courses for nursing students.

KEYWORDS: undergraduate nursing education, neurological nursing, medical simulation, high-fidelity simulation.

Wprowadzenie

Kształcenie studentów na kierunku pielęgniarstwo, podobnie jak na innych kierunkach medycznych (kierunek: lekarza, lekarza denty, farmaceuty, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego), oparte jest na standardzie kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu. Jest on regulowany przez rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego [1]. To obliuguje uczelnie kształcące studentów na tych kierunkach do przestrzegania zasad związanych z liczbą planowanych zajęć z poszczególnych przedmiotów. Również formy zajęć są istotne. Efekty kształcenia realizowane w ramach poszczególnych przedmiotów zawierają trzy podstawowe

we obszary: wiedza, umiejętności i kompetencje społeczne. Obszary te umożliwiają studentom nabywanie oraz kształtowanie podstawowych i specjalistycznych efektów uczenia się poprzez wykorzystanie najbardziej odpowiednich metod uczenia studentów.

W kształceniu studentów kierunków medycznych, w tym kierunku pielęgniarstwo, od kilku dekad obserwuje się wzrost zainteresowania poprawą jakości kształcenia, głównie w zakresie umiejętności i kompetencji społecznych [2]. Zgodnie z przyjętymi wytycznymi *Accreditation Council for Graduate Medical Education Outcomes Project* istotny jest właściwy sposób oceny osiągnięć studentów w zakresie wyżej wymienionych kompetencji, w tym szczególnie umiejętności [3]. Jednocześnie

z *Simulation-based Teaching* rozwijane są metody i techniki symulacyjne, które mają zastosowanie w pomiarze dydaktycznym (*educational measurement*), czyli tzw. *Simulation-based Assessment* (SBA) [4].

Wyróżnia się trzy podstawowe rodzaje symulacji: symulacja niskiej wierności, symulacja pośredniej wierności i symulacja wysokiej wierności.

Symulacja niskiej wierności umożliwia studentowi wielokrotne przećwiczenie czynności, aż do perfekcji. Bazuje ona na prostych тренаżerach, manekinach części ciała, np. ramię do iniekcji dożylnych, тренаżer do nauki cewnikowania lub zaawansowane тренаżery, np. тренаżer do wykonywania iniekcji domięśniowych sygnalizujący nieprawidłowe miejsce wykonania wkłucia.

Symulacja pośredniej wierności jest etapem przejściowym między niską a wysoką wiernością. Umożliwia trenowanie algorytmów postępowania oraz ćwiczenie umiejętności podejmowania decyzji i krytycznego myślenia.

Symulacja wysokiej wierności umożliwia wysokie odwzorowanie środowiska /rzeczywistości klinicznej przy użyciu zaawansowanych manekinów, czyli symulatorów wraz z oprogramowaniem (Human Patient Simulator, HPS). Możliwy jest też udział pacjentów standaryzowanych (Simulation Patient, SP), czyli osób specjalnie przeszkolonych do uczestniczenia w zajęciach ze studentami poprzez odgrywanie roli pacjenta zgodnie z opracowanym scenariuszem. Standaryzowany pacjent występuje głównie podczas egzaminów, gdzie scenariusz odgrywany jest identycznie [5]. Należy również wspomnieć o możliwości korzystania z symulacji hybrydowej, czyli przy użyciu тренаżerów, które nakłada się na pacjentów symulowanych/standaryzowanych [6]. Ważnym elementem tego rodzaju symulacji są sale wyposażone w system kamer, sprzęt audiowizualny i specjalne oprogramowanie. Warunki te umożliwiają przeanalizowanie przebiegu scenariusza przez ich uczestników [7].

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie doświadczeń własnych związanych z realizacją zajęć opartych na symulacji medycznej wysokiej wierności, zastosowanej w kształceniu studentów pielęgniarstwa, na przykładzie zajęć z neurologii i pielęgniarstwa neurologicznego w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (UMP).

Symulacja wysokiej wierności na przykładzie neurologii i pielęgniarstwa neurologicznego

Zajęcia z przedmiotu neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne są kierowane do studentów 3 roku kierunku pielęgniarstwo, studia pierwszego stopnia (SPS). Przedmiot ten składa się z wykładów, seminariów, zajęć praktycznych i praktyk zawodowych. Różne formy

zajęć mają ułatwić przygotowanie studentów do pracy na oddziale neurologicznym.

Symulacja medyczna z udziałem symulatorów wysokiej wierności oraz pacjentów symulowanych prowadzona jest w ramach zajęć praktycznych. Od kilku lat każda grupa kliniczna (grupa 6 studentów) realizuje dwa spotkania w warunkach (Centrum Symulacji Medycznej, CSM). Zajęcia są realizowane na podstawie przygotowanych różnych scenariuszy autorskich osób prowadzących przedmiot.

Ten rodzaj symulacji ma na celu trening pracy zespołowej w kontrolowanym środowisku i gwarantuje, że studentka/student zobaczy i podejmie postępowanie wobec wszystkich sytuacji objętych programem kształcenia, zanim uzyska tytuł licencjata pielęgniarstwa [7].

Scenariusze

Zadania w scenariuszu proponowane w trakcie zajęć w CSM związane są z efektami uczenia się dotyczącymi umiejętności i kompetencji społecznych, ale oparte na wiedzy, którą na etapie zajęć praktycznych studenci powinni już posiadać (sylabus do przedmiotu). Kolejność realizowanych zajęć ma zatem znaczenie w procesie uczenia się. Plan zajęć powinien rozpoczynać się w pierwszej kolejności od zajęć teoretycznych (wykłady, e-learnig), a następnie zajęć seminaryjnych, umożliwiających uzupełnienie wiedzy prezentowanej na wykładach, w mniejszych grupach studentów. To daje możliwość lepszego zrozumienia omawianych treści, również zaangażowania bezpośredniego studentów. W dalszej części prowadzone są wybrane zajęcia praktyczne, realizowane w CSM, które pozwalają na wykorzystanie już istniejących zasobów wiedzy studentów. Scenariusze symulacji medycznej umożliwiają doskonalenie umiejętności praktycznych oraz ocenę poziomu poprawności i samodzielności ich wykonania przez studentów w obszarze: elementów pielęgniarstwa oceny stanu neurologicznego chorego, postępowania w różnych ostrych stanach neurologicznych, elementów związanych z edukacją pacjenta oraz zdolności komunikacyjnych w zespole [6]. Osoby realizujące zajęcia zwracają szczególną uwagę, aby czas spotkań w CSM był maksymalnie skoncentrowany na efektach uczenia się często trudnych do zrealizowania lub oceny w czasie zajęć odbywających się w szpitalu. Powodem takich sytuacji może być rzadki stan (sytuacja) kliniczny, brak chęci lub zgody ze strony pacjentów hospitalizowanych na współpracę ze studentem w celu wykonania inwazyjnych procedur, brak dostępu do chorego w danej sytuacji klinicznej, zmęczeniem pacjentów dużą liczbą studentów proszących o rozmowę czy badanie chorego.

Zajęcia oparte na symulacji wysokiej wierności wymagają zaangażowania dwóch stron.

Pierwsza strona to student – uczący się, prezentujący zaangażowanie, które obejmuje autentyczną chęć jego udziału w proponowanych zajęciach, otwarcie się na nowe możliwości, sprawdzenia swoich kompetencji w zakresie wiedzy i umiejętności (co już potrafię i czego jeszcze nie), świadome zaangażowanie w proces uczenia się i przyswajania wiedzy, szybkiego wykorzystywania jej w konkretnej sytuacji czy środowisku klinicznym [8]. Zajęcia w CSM budzą w studentach różne emocje. Często jest to radość czy zainteresowanie, lecz w pewnym momencie edukacji pojawia się poczucie niepewności i buntu, wynikającego z niechęci do pracy z „manekinem” i chęci pracy już tylko z „prawdziwym pacjentem”.

Jednak student, który świadomie uczestniczy w procesie uczenia się, może doświadczać niepewności, odczuwać pewnego rodzaju nieprzygotowanie do podjęcia czynności przy pacjencie hospitalizowanym. Oczekiwania człowieka chorego, który liczy na pomoc i szybkie sprawne interwencje w procesie leczenia sprawiają, że student świadomy tych sytuacji może mieć poczucie niepewności, zwątpienia, wahań związanych z wykonaniem procedury we właściwy sposób. Mimo nadzoru osoby odpowiedzialnej za studenta w trakcie zajęć, zwłaszcza w warunkach szpitalnych, to student jest osobą, która stara się bezpośrednio realizować plan opieki. To może wywołać niepewność, lęk, strach, obawy o stan pacjenta, jego reakcję, że „coś pójdzie nie tak”. W związku z tym u niektórych studentów mogą wystąpić objawy somatyczne, zwłaszcza w sytuacjach przeprowadzania procedur inwazyjnych, do których student nie czuje się jeszcze przygotowany na odpowiednim poziomie, a do których powinien podejść, realizując zajęcia na danym roku studiów.

Zajęcia w CSM pozwalają na indywidualną refleksję studenta na temat: Czy rzeczywiście jestem przygotowana/y do pracy z pacjentem w szpitalu? Czy potrafię się odnaleźć w trudnych sytuacjach? Czy umiem sobie poradzić z porażką i jak na nią reaguję? Ten ważny moment występuje zwłaszcza w sytuacjach bezpośredniego kontaktu tylko z pacjentem, w konkretnej sytuacji klinicznej – zaproponowanej w scenariuszu zajęć – bez obecności kolegów i koleżanek z grupy.

Druga strona to nauczyciel – edukujący, facyli-tator pełniący rolę przewodnika, wspierający i kształtujący warunki, które powinny sprzyjać efektywnemu uczeniu się (*facilitation oznacza pomagać osiągać cele*) [8]. Zaangażowanie nauczyciela wymaga, by był on dobrze przygotowany do swojej roli. Jest to możliwe, gdy ma on dobrą orientację z zakresu aktualnej rzeczywistości klinicznej, jak również dydaktycznej i metodycznej. Istotne jest, by osoba ta знаła moment, w którym znajduje się student na swojej ścieżce edukacyjnej. Co

powinien on wiedzieć, umieć wykonać, czego może oczekiwać. Ponadto powinien umieć wesprzeć studenta w trudnych sytuacjach, które mogą wystąpić, a wobec których studenci reagują emocjonalnie (reakcja na efekty swoich działań).

Równie ważne jest stworzenie dobrej atmosfery, wzajemnego szacunku, zaufania, kultury słowa, szczerości w spostrzeżeniach (obserwacjach) swoich i grupy studentów, przy zachowaniu właściwego poziomu merytorycznego.

Przebieg zajęć

Osoba prowadząca zajęcia poprzez symulację wysokiej wierności zwraca szczególną uwagę na przebieg spotkania, które powinno zostać wcześniej zaplanowane i przebiegać według zasad w odpowiednim układzie.

Realizacja zajęć obejmuje: prebriefing, sesję symulacyjną i debriefing.

Prebriefing ma na celu wprowadzenie grupy studentów do zajęć przed ich faktycznym działaniem symulacyjnym. A zatem przed rozpoczęciem zajęć prowadzący zapoznaje grupę studentów z salą symulacji oraz sprzętem i jego możliwościami. Ważne jest, by w trakcie realizacji zadań student wiedział, czego może się spodziewać ze strony fantomów wysokiej wierności oraz jakie są zasady korzystania z wyposażenia sali [9, 10].

W drugim etapie następuje wybranie studenta/studentów, którzy będą aktywnie realizować zadania w trakcie scenariusza. Prowadzący przedstawia studentom cel scenariusza oraz sytuację kliniczną, z którą studenci realizujący scenariusz próbują się zmierzyć wraz z zadaniem lub zadaniami do realizacji. Ważnym elementem w trakcie zadania jest wyłonienie lidera, który zaczyna koordynować działania [11].

Sesja symulacyjna polega na realizacji przedstawionego przez nauczyciela scenariusza w osobnym pomieszczeniu, które swoim wyglądem i wyposażeniem przypomina typową salę szpitalną. Dodatkowo jest w nim zainstalowany system kamer i mikrofonów oraz lustro weneckie, dzięki czemu nauczyciel i pozostali studenci w sposób bezpośredni obserwują przebieg scenariusza. Warto dodać, że podczas trwania scenariusza nauczyciel pozostaje w osobnym pomieszczeniu (tzw. sterówka), gdyż nie tylko obserwuje sytuację, ale także steruje symulatorem. Studenci, którzy obserwują wydarzenia, mają za zadanie obserwować sytuację z uwzględnieniem działań, które ich zdaniem zostały wykonane prawidłowo oraz zastanowić się nad tymi, które w ich opinii należało zrobić inaczej.

Debriefing, czyli omówienie zrealizowanego scenariusza, ze szczególnym zwróceniem uwagi na to „co zostało zrobione dobrze” oraz „co należałoby zrobić inaczej”. W omówieniu biorą udział wszyscy studenci –

bezpośrednio realizujący scenariusz jak osoby pełniące rolę obserwatora. Debriefing jest najważniejszym momentem w symulacji pozwalającym na dokładne „przyjrzenie się” zrealizowanej sytuacji z różnych perspektyw, jej omówienie wraz z refleksją studentów. Osoba prowadząca zajęcia (nauczyciel) stara się pokierować autorefleksją studentów i przekazać im informację zwrotną (tzw. feedback) dotyczącą zarówno działań poprawnych, jak i tych wymagających poprawy. Moment ten umożliwia również odtworzenie sytuacji za pomocą nagrania (obraz i dźwięk), które umożliwia przemyślane wskazanie przez nauczyciela najważniejszych momentów podczas realizowanego zadania – zarówno tych stanowiących podstawę do pochwały, jak i wskazania nieprawidłowości [12]. Często ten moment staje się początkiem ważnej i kluczowej dyskusji wyjaśniającej studentom ich wątpliwości, z których wcześniej nie zdawali sobie sprawy. Czas ten może okazać się niekomfortowy, kłopotliwy lub trudny, gdyż w obiektywny sposób należy wskazać obszary wymagające poprawy bez jednostronnego osądzania, wskazywania czy ośmieszania, zwłaszcza wtedy, gdy student zaprezentował nieprawidłowe zachowania, brak wiedzy lub umiejętności [13].

Symulacja wysokiej wierności na przykładzie zajęć z pielęgniarstwa neurologicznego

Zajęcia nastawione są przede wszystkim na kształtowanie umiejętności samodzielnego podejmowania różnych decyzji pielęgniarzkich w odniesieniu do pacjenta neurologicznego. W ramach przedmiotu pielęgniarstwo neurologiczne sytuacje kliniczne (jednostki kliniczne oraz zagadnienia z nimi związane), z którymi spotykają się studenci w trakcie symulacji medycznej zostały już wcześniej omówione na zajęciach seminaryjnych oraz wykładach. Studenci, przychodząc na zajęcia do Centrum Symulacji Medycznej, wiedzą, iż tematyka zajęć będzie związana z tymi zagadnieniami, a ich obowiązkiem jest powtórzyć materiał przed zajęciami w symulacji medycznej.

Poniżej opisano przykład scenariusza realizowanego w ramach zajęć z przedmiotu pielęgniarstwo neurologiczne w warunkach symulacji medycznej wysokiej wierności wraz z krótkim omówieniem przebiegu zajęć na jego przykładzie.

W bezpośrednią realizację scenariusza zaangażowanych jest dwóch studentów, pozostała czwórka pełni rolę obserwatorów w pomieszczeniu do debriefingu. Cel tego scenariusza to postępowanie w napadzie padaczkowym toniczno-klonicznym. Opis pacjenta, który otrzymują studenci na etapie wprowadzenia do scenariusza, zawiera imię i nazwisko pacjenta, jego wiek oraz krótki opis sytuacji poprzedzającej przyjęcie chorego do szpitala wraz z powodem hospitalizacji na oddziale neurologicznym (u chorego podczas pobytu

na imprezie wystąpił napad toniczno-kloniczny. Zawierają też informacje, że osoby towarzyszące wezwały pogotowie ratunkowe, że chory został przewieziony na szpitalny oddział ratunkowy, a następnie zbadany przez lekarza neurologa i przyjęty na oddział neurologiczny). Według scenariusza chory ma rozpoznaną cukrzycę typu 1 oraz padaczkę. Zadaniem studentów jest zebrać wywiad z pacjentem przy przyjęciu na oddział oraz dokonać pomiaru podstawowych parametrów życiowych. W trakcie wykonywanych zadań, zgodnie ze scenariuszem, u pacjenta dochodzi do napadu toniczno-klonicznego. Nauczyciel sam decyduje o momencie wystąpienia tego napadu. Najczęściej, gdy ma poczucie, że studenci zrealizowali przedstawione im zadanie (zebrali wywiad oraz dokonali pomiarów parametrów życiowych) w symulatorze zostaje włączona funkcja napadu padaczkowego. Wówczas zadaniem studentów jest zaprezentowanie postępowania w tej sytuacji. Dodatkowe elementy wprowadzone w scenariuszu to: opuszczone bariery boczne łóżka, założone okulary u pacjenta, brak założonego wkłucia obwodowego. O zakończeniu scenariusza również decyduje nauczyciel. Najczęściej ma to miejsce w chwili, gdy studenci wdrożyli postępowanie związane z napadem padaczkowym oraz poinformowali telefonicznie lekarza dyżurnego o zaistniałej sytuacji. Po zakończonym scenariuszu następuje kolejna część, czyli debriefing. Zgodnie z zasadą debriefingu przebieg całej sytuacji, w której uczestniczyli studenci, omawiany jest z perspektywy różnych osób – uczestników scenariusza, obserwatorów oraz nauczyciela, który pełni rolę osoby prowadzącej dyskusję – „moderatora”. Główne kwestie poruszane podczas debriefingu to: poprawność zebrania wywiadu z chorym, postępowanie w napadzie padaczkowym, przekazywanie informacji medycznej zgodnie ze schematem ESBAR. W trakcie debriefingu studenci uczestniczący bezpośrednio w scenariuszu mają możliwość zobaczenia swojego działania, zarejestrowanego na nagraniu (nauczyciel odtwarza fragment nagranych scenariusza), co stanowi dla nich możliwość zaobserwowania siebie i swojego postępowania w danej sytuacji. Z doświadczeń własnych zauważyliśmy, że jest to bardzo istotny element zajęć i często stanowi dla studentów ważny moment refleksji i uświadomienia sobie swoich mocnych i słabych stron. Podczas debriefingu wykorzystywana jest także tablica, na której nauczyciel wraz ze studentami tworzy ostatecznie schemat prawidłowego postępowania w trakcie napadu padaczkowego. Ułatwia to studentom uporządkowanie wiedzy i zapamiętanie schematu.

Podsumowanie

Podsumowując doświadczenia własne związane z realizacją zajęć praktycznych, w ramach realizacji zajęć

z neurologii i pielęgniarstwa neurologicznego, opartych na symulacji wysokiej wierności, należy zaznaczyć, że obserwuje się zarówno pozytywne, jak i negatywne aspekty tej metody.

Do pozytywnych aspektów symulacji wysokiej wierności można zaliczyć: możliwość realizacji zajęć w kontrolowanych i bezpiecznych dla studenta oraz „pacjenta” warunkach. Metoda ta daje możliwości uczenia się poprzez popełnianie błędów oraz powtarzalność działań zarówno dla pojedynczego studenta, jak i dla grupy studentów, którzy ćwiczą ten sam scenariusz w swoich grupach. Ważnym elementem jest dyspozycyjność „pacjenta”, który nie odmówi współpracy – w przeciwieństwie do pacjenta prawdziwego. To obecnie stanowi komfort realizacji zajęć dydaktycznych. Symulacja medyczna umożliwia planowanie edukacji skoncentrowanej na potrzebach, a nie na dostępności pacjentów. Jest to szczególnie ważne z perspektywy zajęć opartych na efektach uczenia się studenta w ramach konkretnych zajęć. Poprzez debriefing student może zobaczyć siebie w danej sytuacji i uzyskać dokładną analizę podjętych działań w oparciu o zrealizowany scenariusz. Ważnym elementem jest też wskazanie poprzez grupę studentów kwestii wymagających poprawy. Ta sytuacja umożliwia aktywizowanie całej grupy studentów, którzy poprzez krytyczne myślenie wskazują popełnione błędy, ale również mogą wyrazić zadowolenie, podziw w stosunku do aktywnych kolegów/koleżanek. A zatem ocena nie wypływa wyłącznie z analizy nauczyciela, co stanowi różnicę w odbiorze krytyki.

Do negatywnych aspektów symulacji wysokiej wierności zgłaszanych przez studentów można zaliczyć kilka elementów. Studenci zgłaszają trudności wynikające z „wczucia się w sytuację” podczas pracy z fantomem, który imituje prawdziwego pacjenta. Ta sytuacja wymaga od studentów pewnej dojrzałości, zrozumienia procesu uczenia i otwartości na propozycje, jakie oferuje współczesna edukacja medyczna.

Drugim ważnym dla studentów problemem jest poczucie „bycia obserwowanym”. Nagrywany podczas zajęć „film” uświadamia studentowi powagę sytuacji, brak możliwości cofnięcia działań. Uświadamia, że sposób realizacji czynności oraz podejmowane decyzje (ich tempo, kolejność, technika) są konsekwencją stopnia przygotowania do realizacji specjalistycznych procedur medycznych w prawdziwych warunkach klinicznych. Jednym z bardziej odczuwalnych problemów podczas realizacji zajęć jest brak tzw. „koła ratunkowego”. Podczas trzyletniej edukacji studenci często realizują kolejne zajęcia we wskazanych od pierwszego roku grupach. Często wykonują czynności podczas zajęć praktycznych czy praktyk zawodowych w tych samych zespołach dwuosobowych, wzajemnie uzupełniają

swoje wypowiedzi, tworząc poprawną całość. W warunkach symulacji medycznej podczas wykonywanego zadania student jest pozbawiony wsparcia koleżanek/kolegów z grupy. To może być moment uświadomienia sobie, na ile tak naprawdę jest gotowy do samodzielnej pracy w zawodzie.

Ważnym i trudnym dla studenta momentem może być również konfrontacja z otrzymanym feedbackiem, czyli informacją zwrotną. Jest to czas, w którym można zaobserwować dojrzałość studenta i jego otwartość na przyjmowanie sugestii, uwag, chęci korygowania przez niego przyszłych błędów. Gotowość na przyjęcie konstruktywnej krytyki może stanowić ważną wskazówkę dla nauczyciela, który podejmuje próbę oceny nie tylko efektów związanych z umiejętnościami, ale również kompetencjami społecznymi studenta.

Obiektywnie podsumowując, dodatkowym niekorzystnym elementem metody symulacji wysokiej wierności są ograniczenia i trudności wynikające z realizacji zajęć tego typu. Należą do nich: sprzęt i jego zużywalność, wysokie koszty kształcenia oraz czasochłonne przygotowanie się do zajęć osób prowadzących.

Korzyści wynikające z omawianej metody zdecydowanie przeważają nad wspomnianymi problemami i barierami. Dlatego warto korzystać z tej cennej metody uczenia studentów kierunku pielęgniarstwo.

Piśmiennictwo

1. <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/standardy-ksztalcenia-przygotowujacego-do-wykonywania-zawodu-lekarza-18884048> (7.01.2024).
2. Kamińska A, Majda A, Ogórek-Tęcza B, Radwańska J. Nowe metody oceny umiejętności praktycznych studentów pielęgniarstwa. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2014; 2(47): 5–9.
3. Patrício MF, Juliao M, Fareleira F, Carneiro AV. Is the OSCE a feasible tool to assess competencies in undergraduate medical education? *Med Teach*. 2013; 35(6): 503–514. DOI: 10.3109/0142159X.2013.774330.
4. Girzadas DV, Clay L, Caris J, Rzechula K, Harwood R. High fidelity simulation can discriminate between novice and experienced residents when assessing competency in patient care. *Med Teach*. 2007; 29(5): 472–476. DOI: 10.1080/01421590701513698.
5. Skrzypek A, Kocurek A, Stalmach-Przygoda A, Matecki Ł, Górski S, Kowalska B, Szeliga M, Jabłoński K, Małtók M, Cebula G, Nowakowski M. Rola profesjonalnych pacjentów symulowanych w nauczaniu komunikacji klinicznej. *General and Professional Education*. 2017; 4: 29–35. DOI: 10.26325/genpr.2017.4.5.
6. Gurowiec PJ, Sejboth J, Uchmanowicz I. (red.). *Przewodnik do nauczania zasad pracy w warunkach symulacji medycznej na kierunku pielęgniarstwo*. 2020. Studio Impreso, Opole.
7. Wrońska I, Fidecki W. *Edukacja z wykorzystaniem symulacji w naukach o zdrowiu [w:] K. Torres, A. Kański (red.). Symulacja w edukacji medycznej*. Lublin. 2018.
8. Torres K, Kański A. (red.). *Symulacja w edukacji medycznej*. Lublin. 2018.

9. Czekirda M. (red.). Symulacja medyczna w pielęgniarstwie. 2019. Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji, Lublin.
10. Perlak M, Ubych A, Barglik K, Benesz M, Stawicka K, Krol S, Stasiowski M, Lukas W. Practical aspects of the use of medical simulation in the teaching of medical and communication skills. *Postępy Nauk Medycznych*. 2018; XXXI(4): 217–220. DOI: 10.25121/PNM.2018.31.4.217.
11. Czekajko M. Wprowadzenie do dobrych praktyk symulacji edukacyjnej. W: K. Torres, A. Kański (red.). *Symulacja w edukacji medycznej*. Lublin. 2018.
12. Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, Grant V, Cheng A. More than one way to debrief: A critical review of healthcare simulation debriefing methods. *Simulation in Healthcare*. 2016; 11(3): 209–217.
13. Hunter LA. Debriefing and feedback in the current healthcare environment. *Journal of Perinatal Neonatal Nursing*. 2016; 30(3): 174–178. DOI: 10.1097/JPN.000000000000173.

Artykuł przyjęty do redakcji: 06.11.2023.
Artykuł przyjęty do publikacji: 01.03.2024.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Source of funding: The work is not financed from any source.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.
Conflict of interest: Authors declare that there is no conflict of interest.

Adres do korespondencji:

Anna Smelkowska
e-mail: asmelk@ump.edu.pl



POSTĘPOWANIE I OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD PACJENTEM Z OSTRYM ZAPALENIEM TRZUSTKI. STUDIUM PRZYPADKU

MANAGEMENT AND NURSING CARE OF A PATIENT WITH ACUTE PANCREATITIS. CASE STUDY

Zuzanna Ruskowiak^{1, a}, Artur Chmielewski^{2, b}

¹ studentka studiów stacjonarnych I stopnia 3 roku, kierunek pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
3rd year nursing undergraduate student, Department of Health Sciences, Poznan University of Medical Sciences, Poland

² Zakład Symulacji Medycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Department of Medical Simulation, Poznan University of Medical Sciences, Poland

^a <https://orcid.org/0009-0005-4311-802X>

^b <https://orcid.org/0009-0003-7229-495X>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2024.4>

STRESZCZENIE

Wstęp. Ostre zapalenie trzustki charakteryzuje się przedwczesną aktywacją proenzymów trzustkowych. Schorzenie ma szerokie spektrum zmian, które różnią się stopniem ciężkości. Metodą z wyboru leczenia ostrego zapalenia trzustki jest leczenie zachowawcze. Warunkiem rozpoczęcia terapii jest potwierdzenie zmian narządowych w badaniu ultrasonograficznym oraz tomografii komputerowej.

Cel. Celem pracy było przedstawienie postępowania oraz opieki pielęgniarstwa nad pacjentem hospitalizowanym z powodu ostrego zapalenia trzustki.

Materiał i metody. W pracy przedstawiono opis przypadku 10-letniego pacjenta z ostrym, martwiczym zapaleniem trzustki z niewydolnością wielonarządową, otyłością oraz ze stwierdzonym spektrum autyzmu. Z uwagi na prowadzoną farmakoterapię oraz żywienie parenteralne, monitorowanie obejmowało bilans płynów, obserwację stolca oraz podaż diuretyków.

Wnioski. 1) W opiece pielęgniarstwa nad dzieckiem z ostrym zapaleniem trzustki kluczowe jest monitorowanie stanu zdrowia, udział w diagnostyce oraz zapobieganie powikłaniom, 2) W okresie wyrównania stanu klinicznego istotne jest rozpoczęcie edukacji rodziców/opiekunów dziecka w zakresie dalszego kontrolowania glikemii, pielęgnacji rurki tracheostomijnej oraz diety pacjenta, która będzie kontynuowana po zakończeniu hospitalizacji, 3) W przypadku dziecka ze spektrum autyzmu szczególnie ważna jest obecność i dobra współpraca rodziców z dzieckiem oraz zespołem terapeutycznym, 4) Brak lub niedostateczna wiedza rodziców/opiekunów na temat opieki nad dzieckiem z autyzmem może przyczynić się do powstania poważnych zaburzeń stanu zdrowia dziecka.

SŁOWA KLUCZOWE: ostre zapalenie trzustki, etiopatogeneza, diagnostyka, wytyczne dotyczące praktyki klinicznej, opieka pielęgniarstwa.

ABSTRACT

Introduction. Acute pancreatitis is characterized by the premature activation of pancreatic proenzymes. The condition encompasses a wide spectrum of changes, which vary in severity. The method of choice for the treatment of acute pancreatitis is conservative treatment. Initiation of treatment requires confirmation of organ changes through ultrasound and computed tomography examinations.

Aim. The aim of the study was to present the management and nursing care of a patient hospitalized due to acute pancreatitis.

Material and methods. This study describes a case of a 10 year old patient with acute necrotizing pancreatitis, multi-organ failure, obesity, and an identified spectrum of autism. Due to the ongoing pharmacotherapy and parenteral nutrition, monitoring included fluid balance, stool observations and the supply of diuretics.

Conclusions. 1) In nursing care of a child with acute pancreatitis, it is crucial to monitor the health condition, participate in diagnostics and prevent complications, 2). During clinical stabilization, it is important to start educating the child's parents/guardians on further glycemic control, care of the tracheostomy tube and the patient's diet, which will be continued after hospitalization, 3) In the case of a child with autism spectrum disorder, the presence and good cooperation of parents with the child and the therapeutic team are particularly important. 4) Lack or insufficient knowledge of parents/guardians about caring for a child with autism may contribute to the development of serious health disorders in the child.

KEYWORDS: acute pancreatitis, etiopathogenesis, diagnosis, clinical practice guidelines, nursing study.

Wprowadzenie

Ostre zapalenie trzustki (acute pancreatitis, OZT) charakteryzuje się zaburzeniami mechanizmów stabilizujących bądź hamujących aktywność enzymów trzustkowych. Postępuje z samotrąwieniem trzustki oraz uszkodzeniem sąsiadujących i/lub odległych narządów. Wyróżnia się dwie postacie schorzenia: śródmiąższowe obrzękowe lub martwicze zapalenie trzustki [1–4]. Ostre zapalenie trzustki oceniane jest zgodnie z klasyfikacją kliniczną z Atlanty (2012), wskazujące na istotę stopnia ciężkości OZT oraz rokowanie pacjentów. Nie wydolność narządowa oceniana jest według skali Marshalla [5, 6]. Wśród przyczyn ostrego zapalenia trzustki są choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych oraz nadmierne spożywanie alkoholu. Trzecią z kolei przyczyną schorzenia jest ciężka hipertriglicerydemia [7]. Innymi czynnikami ryzyka są: przeprowadzenie badania wstecznej cholangiopankreatografii (ECPW), nadczynność przytarczyc, wady wrodzone, choroby autoimmunologiczne, zakażenie wirusowe, uwarunkowania genetyczne [8]. Etiologia ostrego zapalenia trzustki u dzieci wskazuje, iż głównymi przyczynami są: obecność kamieni żółciowych, leki, takie jak glikokortykosteroidy, tiazidy oraz azatiopryna, nieprawidłowości anatomiczne, mutacje genetyczne, infekcje lub urazy [9, 10].

Potwierdzenie diagnozy ostrego zapalenia trzustki jest równoznaczne ze spełnieniem dwóch z trzech kryteriów: ból nadbrzusza, podwyższona aktywność enzymów trzustkowych – amylazy i lipazy oraz zwiększone stężenie markera zapalnego białka C-reaktywnego (CRP) [11]. Podstawową interwencją diagnostyczną jest wykonanie badań obrazowych, w szczególności tomografii komputerowej z podaniem środka kontrastowego oraz badania ultrasonograficznego [12, 13]. Ostre zapalenie trzustki należy różnicować między innymi z perforacją przewodu pokarmowego, kolką żółciową, kolką nerkową i ostrym niedokrwieniem jelit.

Kluczową interwencją w leczeniu OZT jest wprowadzenie płynoterapii w pierwszych 12–24h trwania schorzenia [14]. Jednocześnie stosuje się leczenie przeciwbólowe, natomiast antybiotykoterapia jest zalecana tylko w leczeniu ciężkiego zakażonego OZT [15]. W przypadku leczenia ostrego zapalenia trzustki o ciężkim przebiegu zalecana jest wczesna interwencja żywieniowa w ciągu 24h–48h od zachorowania, która polega na podaniu składników odżywczych drogą dojelitową. Po ustabilizowaniu stanu hemodynamicznego chorego, w razie konieczności, należy wprowadzić żywienie pozajelitowe. Konieczne jest monitorowanie zaburzeń metabolicznych: hipoglikemii i hiperglikemii, hipokalcemii, hipokaliemii i hiperkaliemii, hipofosfatemii, hipomagnezemia i zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej [16].

Metody inwazyjne leczenia ostrego zapalenia trzustki obejmują ECPW ze sfinkterotomią oraz cholecystektomii. Leczenie zabiegowe w martwiczym OZT należy podjąć do 4–6 tygodni od wystąpienia schorzenia, gdy martwica jest odpowiednio ograniczona z uwzględnieniem indywidualnych wskazań klinicznych [17, 18].

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie postępowania oraz opieki pielęgniarskiej nad pacjentem hospitalizowanym z powodu ostrego zapalenia trzustki.

Analiza przypadku

Pacjent lat 10 przyjęty na oddział Gastroenterologii Dziecięcej i Chorób Metabolicznych z powodu pierwszego epizodu ostrego zapalenia trzustki.

W wywiadzie autyzm atypowy, otyłość oraz padaczka. Pacjent na stałe przyjmuje Depakine 850 mg oraz Frisium 2 × 5 mg. Matka dziecka wskazuje na skłonność syna do autoagresji, która jest hamowana przez niekontrolowane spożywanie posiłków przez dziecko. Dzień przed zgłoszeniem do szpitala dziecko manifestowało dolegliwości bólowe jamy brzusznej, osłabiony apetyt oraz trudności z oddychaniem. Pacjent początkowo leczony zachowawczo w warunkach szpitalnych, zastosowano płynoterapię, antybiotykoterapię oraz leczenie przeciwbólowe. W 2 dobie hospitalizacji podano pacjentowi dożylnie 10 mg Nalpainy, po której zaobserwowano ilościowe zaburzenia stanu świadomości, przejawiające się zwężeniem stopnia odbioru rzeczywistości oraz sennością. Zaobserwowano u chorego brak reakcji na bodźce bólowe, tachykardię, narastający wysięk oddechowy, SpO₂ 56%, mimo tlenoterapii biernej. Z tego powodu pacjent został przekazany na Oddział Intensywnej Terapii, początkowo mocno podsypiający, względnie wydolny krążeniowo i oddechowo. W trakcie hospitalizacji nie wystąpiły napady padaczki.

Diagnostyka chorego w trakcie hospitalizacji

W badaniach wykazano zaburzenia koagulologiczne (Fibrynogen 161 mg/dl, D-dimery 21,37 mg/l, antytrombina 66%), wzrost stężenia mocznika (63 mg/dl) oraz kreatyniny (1,09 mg/dl), cechy kwasicy ketonowej w gazometrii. Podjęto decyzję o podłączeniu pacjentowi insuliny w celu wyrównania poziomu glikemii we krwi. Założono cewnik Foleya do pęcherza moczowego w celu kontroli diurezy. Wprowadzono sondę do żołądka, aby usunąć potencjalne zalegania. Chłopiec żywiony parenteralnie. Diureza wymuszana farmakologicznie poprzez wlew ciągły 40 mg Furosemidu w 25 ml NaCl 0,9%. Obecne znaczne obrzęki w obrębie jamy brzusznej, trudne do identyfikacji z uwagi na otyłość dziec-

ka. Brzuch pacjenta bardzo napięty, wzdęty oraz tkliwy przy palpacji.

W wynikach tomografii komputerowej zidentyfikowano martwicze zapalenie trzustki i zakrzepicę żyły śledzionowej. Stwierdzono obecność wolnego płynu w jamie otrzewnej i obu jamach opłucnowych. Zaobserwowano zmiany niedodmowe w dolnym płacie lewego płuca i przypadkowej części tylnych partii.

Obraz ultrasonograficzny potwierdził obserwowane zmiany. Potwierdzono u pacjenta niewydolność narządową. Wystąpiła niska saturacja spowodowana zaburzeniami oddychania i zapaleniem płuc. Zaintubowano chłopcę przez usta, zastosowano wentylację mechaniczną oraz włączono analgesję. Założono wkłucie tętnicze w celu ciągłego pomiaru inwazyjnego ciśnienia tętniczego krwi i wykonywania badań gazometrycznych co 8 godzin. Z uwagi na tendencję do hipotensji oraz anurii włączono Levonor oraz eskalację diuretyków.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem w kolejnych dobach hospitalizacji

Analiza przypadku obejmowała okres od momentu przyjęcia chorego na oddział Intensywnej Terapii do dnia przeniesienia pacjenta na oddział Gastroenterologii – łącznie obserwacja trwała 22 doby.

W pierwszych dobach hospitalizacji opieka pielęgniarska nad chorym obejmowała monitorowanie podstawowych funkcji życiowych, jak ciśnienie tętnicze, tętno, oddech, ocenę temperatury ciała pacjenta. Prowadzono bilans płynów co 6 godzin i kontrolowano wydalanie stolca. W 3 dobie hospitalizacji u pacjenta zaobserwowano utrzymującą się hipotensję w granicach 72/48 mmHg oraz anurię. Zdecydowano (na zlecenie lekarza) o podłączeniu wlewu ciągłego Levonoru.

Postępowanie pielęgniacyjne oraz obserwacja dziecka w kierunku wystąpienia zaburzeń i powikłań związanych z ostrym zapaleniem trzustki uwzględniała kontrolę glikemii co 2–3 godziny, normowana wlewem ciągłym insuliny według Indywidualnej Karty Zleceń Lekarskich. Wyniki oscyływały w przedziale od 103 mg/dl do 144 mg/dl.

Z uwagi na unieruchomienie pacjenta prowadzono profilaktykę przeciwodleżynową. Oceniono ryzyko powstania odleżyn w skali Norton na 5. Zastosowano nawilżenie oraz natłuszczenie szpary pośladkowej oraz zmianę pozycji pacjenta co 2 godziny. Interwencje udokumentowano w karcie profilaktyki przeciwodleżynowej.

U pacjenta okresowo występowała podwyższona temperatura ciała. W działaniach pielęgniarskich zastosowano postępowanie przeciwgorączkowe zgodnie z Indywidualną Kartą Zleceń Lekarskich oraz materace do chłodzenia zewnętrznego powietrzem. Temperatura ciała pacjenta została unormowana w tej samej dobie. Założono cewnik Foley'a do pęcherza moczowego

w celu kontroli diurezy. Wykonywano toaletę kroczą chorego przynajmniej raz dziennie i w razie potrzeby. Wprowadzono sondę do żołądka, z uwagi na to prowadzono obserwację skóry nosa oraz kontrolę mocowania sondy.

Ze względu na to, iż dziecko przez cztery doby nie oddało stolca, wykonano wlew przeczyszczający, po którym pacjent dokonał wypróżnienia. Personel pielęgniarski ocenił stolec według skali Bristolskiej na typ 5.

W 7 dobie pobytu ze względu na narastające obrzęki ogólne, wzrost parametrów nerkowych i odczynów zapalnych podjęto decyzję o założeniu cewnika Sheldona i rozpoczęciu hemodiafiltracji. Opieka pielęgniarska obejmowała kontrolę miejsca wkłucia oraz zmianę opatrunku w razie potrzeby. Prowadzono kartę obserwacji miejsca wkłucia. Zabieg prowadzony całą dobę ze współczynnikiem ultrafiltracji w granicach 100 ml/h z widocznym zmniejszeniem obrzęków całego ciała.

W 13 dobie pobytu odbyto konsultację chirurgiczną, po której wydano postanowienie o założeniu drenu do jamy otrzewnej. Zaobserwowano płyn bursztynowy i mętny, świadczący o obecności infekcji w organizmie. Działania pielęgniarskie dotyczące pielęgnacji drenu obejmowały obserwację skóry wokół drenu pod kątem wystąpienia stanu zapalnego, zmianę opatrunku przynajmniej raz na dobę oraz kontrolę położenia drenu. Przeprowadzono nieudaną próbę ekstubacji.

W następnej dobie pobytu w wyniku narastającej niewydolności oddechowej założono tracheostomię. Obie procedury odbyły się bez obecności rodzica. Opieka pielęgniarska obejmowała monitorowanie podstawowych parametrów życiowych oraz kontrolę wydzieliny z drzewa tchawiczo-oskrzelowego. W zaplanowanych działaniach pielęgniacyjnych uwzględniono toaletę jamy ustnej przynajmniej raz na dyżur, wykorzystując preparat Eludril oraz toaletę drzewa tchawiczo-oskrzelowego przeprowadzoną zgodnie z procedurą.

W 15 dobie hospitalizacji, gdy stan glikemii pacjenta został wyrównany – podjęto decyzję o próbie żywienia enteralnego poprzez sondę do żołądka. Stosowano dietę płynną, przemysłową, początkowo w ilości 50 ml z bolusa przez 15 min. Przed wykonaniem procedury personel pielęgniarski sprawdzał obecność zalegań w żołądku oraz przepłukiwał sondę ok. 10 ml przegotowaną wodą. W kolejnych dobach ilość żywienia sukcesywnie wzrastała. Przerwa nocna w karmieniu przez sondę odbywała się w godzinach od 24–5.

W 17 dobie pobytu możliwy był kontakt niewerbalny z dzieckiem, które nie zgłaszało dolegliwości bólowych. Ból oceniono w skali NRS na 3 punkty. Pacjent rozumiał polecenia, lecz manifestował niechęć do współpracy poprzez brak wykonywania poleceń czynnościowo pielęgniacyjnych. Rodzic nie był obecny podczas procesu

wybudzenia dziecka. Zaobserwowano zmniejszenie obrzęków w obrębie jamy brzusznej oraz odczynów zapalnych (CRP 7,97 mg/dl, D-dimery 2,45 mg/l).

W 20 dobie usunięto cewnik dializacyjny. Personel pielęgniarski rozpoczął edukację rodzica na temat opieki pacjenta z rurką tracheostomijną oraz odsysania z niej wydzieliny. Wprowadzono również edukację na temat kontroli glikemii i prawidłowego żywienia dziecka. Rodzice przyjmowali wskazówki, lecz nie zadawali dodatkowych pytań.

W 21 dobie pobytu chłopiec przejawiał znaczne napięcie nerwowe oraz okresowy niepokój, a nawiązanie kontaktu było trudne z uwagi na zidentyfikowane spektrum autyzmu oraz ciężki stan zdrowia.

W 22 dobie hospitalizacji pacjent został przeniesiony na Oddział Gastroenterologii w celu dalszego leczenia i pogłębienia wiedzy rodziców dziecka na temat żywienia, kontroli glikemii oraz pielęgnacji dziecka z rurką tracheostomijną.

Omówienie

Działania pielęgniarskie obejmowały stałe monitorowanie stanu zdrowia pacjenta, uwzględniające kontrolę parametrów życiowych, intensyfikację obrzęków oraz oddawanie stolca przez chorego. Obowiązkową interwencją pielęgnacyjną było stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej. Personel pielęgniarski kontrolował poziom glikemii, by zredukować ryzyko wystąpienia epizodu hiperglikemii oraz infekcji [19]. Istotnym działaniem pielęgniarskim była również edukacja rodzica, która miała na celu zapewnienie pełnej opieki i wsparcia w procesie rekonwalescencji dziecka. Dziecko ze spektrum autyzmu wymagało szczególnej opieki, dlatego sugerowana byłaby obecność rodzica podczas procesu ekstubacji oraz wybudzania. Opiekun dziecka z autyzmem powinien umiejętnie interpretować jego komunikaty, co znacząco usprawniłoby pracę całego zespołu terapeutycznego [20]. Z uwagi na brak zaangażowania opiekuna w proces leczenia dziecka podczas hospitalizacji można wnioskować o niedostateczną opiekę rodziców nad synem. Napady autoagresji chłopca były hamowane przez podaż nadmiernej ilości jedzenia, co mogło przyczynić się do rozwoju ostrego zapalenia trzustki. Taka sytuacja mogła wskazywać na potrzebę edukacji rodziców w zakresie opieki nad dzieckiem ze spektrum autyzmu i potrzebę wsparcia rodziny w ich środowisku domowym.

Wnioski

1. W opiece pielęgniarskiej nad dzieckiem z ostrym zapaleniem trzustki kluczowe jest monitorowanie stanu zdrowia (kontrola parametrów życiowych,

obręzków, oddawanie stolca), udział w diagnostyce (ocena fizykalna stanu pacjenta, kontrola gazometrii, morfologii, poziomu glikemii) oraz zapobieganie powikłaniom (odleżyny, infekcje).

2. W okresie wyrównania stanu klinicznego istotne jest rozpoczęcie edukacji rodziców/opiekunów dziecka w zakresie dalszego kontrolowania glikemii, pielęgnacji rurki tracheostomijnej oraz diety pacjenta, która będzie kontynuowana po zakończeniu hospitalizacji.
3. W przypadku dziecka ze spektrum autyzmu szczególnie ważna jest obecność i dobra współpraca rodziców z dzieckiem oraz zespołem terapeutycznym.
4. Brak lub niedostateczna wiedza rodziców/opiekunów na temat opieki nad dzieckiem z autyzmem może przyczynić się do powstania poważnych zaburzeń stanu zdrowia dziecka.

Piśmiennictwo

1. Abu-El-Hajja M, Lin TK, Nathan JD. Management of acute pancreatitis in children. *Curr Opin Pediatr.* 2017; 29(5): 592–597. Doi: 10.1097/MOP.0000000000000528.
2. Gliem N, Ammer-Herrmenau C, Ellenrieder V, Neesse A. Management of Severe Acute Pancreatitis: An Update. *Digestion.* 2021; 102(4): 503–507. Doi: 10.1159/000506830.
3. Siregar GA, Siregar GP. Management of Severe Acute Pancreatitis. *Open Access Maced J Med Sci.* 2019; 7(19): 3319–3323. Doi: 10.3889/oamjms.2019.720.
4. Dąbrowski A, Jurkowska G, Wereszczyńska-Sięmiątkowska U. Ostre zapalenie trzustki. Gajewski P (red.). *Mała interna Szczeklika 2022/2023.* Kraków: Medycyna Praktyczna. 2022; nr: XVI: 719–728.
5. Jiang X, Zheng YW, Bao S, et al. Drug discovery and formulation development for acute pancreatitis. *Drug Deliv.* 2020; 27(1): 1562–1580. Doi: 10.1080/10717544.2020.1840665.
6. Portelli M, Jones CD. Severe acute pancreatitis: pathogenesis, diagnosis and surgical management. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2017; 16(2): 155–159. Doi: 10.1016/s1499-3872(16)60163-7.
7. Yang AL, McNabb-Baltar J. Hypertriglyceridemia and acute pancreatitis. *Pancreatology.* 2020; 20(5): 795–800. Doi: 10.1016/j.pan.2020.06.005.
8. Szatmary P, Grammatikopoulos T, Cai W, et al. Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment. *Drugs* 82. 2022; 1251–1276, <https://doi.org/10.1007/s40265-022-01766-4>.
9. Saeed SA. Acute pancreatitis in children: Updates in epidemiology, diagnosis and management. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care.* 2020; 50(8): 100839. Doi: 10.1016/j.cppeds.2020.100839 10.1016/j.cppeds.2020.100839 downloaded on 2020-10-08.
10. Lowe ME, Morinville VD. Acute Pancreatitis in Children. In: *The Pancreas.* eds HG. Beger, AL. Warshaw, RH. Hruban, MW. Büchler, MM. Lerch, JP. Neoptolemos, T. Shimosagawa, DC. Whitcomb and C. Groß. 2018, <https://doi.org/10.1002/9781119188421.ch23>.
11. Burrowes DP, Choi HH, Rodgers SK, et al. Utility of ultrasound in acute pancreatitis. *Abdominal Radiology.* 2020; 45: 1253–1264. Doi: 10.1007/s00261-019-02364-x.

12. Kinoshita H, Zhang J, Ponthisarn A. et al. Clinical practice guidelines in the diagnosis and management of acute pancreatitis. *Medical Studies/Studia Medyczne*. 2019; 35(4): 304–311, <https://doi.org/10.5114/ms.2019.91248>.
13. Brizi MG, Perillo F, Cannone F, et al. The role of imaging in acute pancreatitis. *Radiol Med*. 2021; 126(8): 1017–1029. Doi: 10.1007/s11547-021-01359-3.
14. Garg PK, Singh VP. Organ Failure Due to Systemic Injury in Acute Pancreatitis. *Gastroenterology*. 2019; 156(7): 2008–2023. Doi: 10.1053/j.gastro.2018.12.041.
15. Dąbrowski A. Choroby trzustki – postępy 2021/2022. *Med Prakt*. 2022; 5: 71–78.
16. Jabłońska B, Mrowiec S. Nutritional Support in Patients with Severe Acute Pancreatitis-Current Standards. *Nutrients*. 2021; 13(5): 1498. Doi: 10.3390/nu13051498.
17. Mandalia A, Wamsteker EJ, DiMagno MJ. Recent advances in understanding and managing acute pancreatitis. *F1000Res*. 2018; 7: F1000 Faculty Rev-959. Doi: 10.12688/f1000research.14244.2.
18. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A. et al. WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg*. 2019; 14: 27, <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0247-0>.
19. Jin Y, Tao S, Yu G. et al. Predictive value of hyperglycemia on infection in critically ill patients with acute pancreatitis. *Sci Rep*. 2023; 13: 4106, <https://doi.org/10.1038/s41598-023-30608-w>.
20. Winczura B. Od wczesnych zwiastunów autyzmu po przywiązanie – rozwój relacji społecznych dzieci ze spektrum autyzmu w kontaktach z bliskimi. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*. 2018; 19: 65–90.

Artykuł przyjęty do redakcji: 18.10.2023.

Artykuł przyjęty do publikacji: 13.02.2024.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Source of funding: The work is not financed from any source.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.
Conflict of interest: Authors declare that there is no conflict of interest.

Adres do korespondencji:

Artur Chmielewski

e-mail: arturchmielewski@ump.edu.pl

Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego” w roku 2023

Reviewers of ‘Polish Nursing’ in 2023

dr Joanna Hoffmann-Aulich, Uniwersytet Zielonogórski (Polska)
dr Aleksandra Zielińska-Czajko, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Natalia Sak-Dankosky, Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Barbara Fogt, Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny w Śremie (Polska)
dr Hanna Grabowska, Gdański Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Edyta Cudak-Kasprzak, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Edyta Kędra, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie (Polska)
mgr Małgorzata Katarzyna Kurpios-Kosińska, Uniwersytet Medyczny w Łodzi (Polska)
dr Katarzyna Kozłowska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr hab. Małgorzata Mizgier, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu (Polska)
dr Agnieszka Czerwińska-Osipiak, Gdański Uniwersytet Medyczny (Polska)
dr Amelia Patrzala, Akademia Nauk Stosowanych w Gnieźnie (Polska)
dr Piotr Przymuszała, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Beata Skokowska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr hab. Dorota Talarska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Marta Wleklík, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (Polska)
dr Renata Wójcik, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
dr Katarzyna Wszółek, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

WSKAZÓWKI DLA AUTORÓW

WSTĘP

Informacje dla autorów

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

Zgłoszenia prac

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

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

Przygotowanie manuskryptu

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

Praca powinna zawierać, w kolejności:

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

Strona tytułowa

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

Strona druga

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

GUIDANCE FOR AUTHORS

INTRODUCTION

Information for authors

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

Paper submission

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

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

Manuscript preparation

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

The paper should include, in order:

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

Title page

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

Second page:

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

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

Strona trzecia i kolejne

Powinny zawierać zasadniczy tekst pracy.

PRACA ORYGINALNA

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

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

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

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

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

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

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

Wnioski powinny mieć uzasadnienie w przeprowadzonym badaniu.

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

PRACA POGLĄDOWA

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

PRACA KAZUISTYCZNA

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

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

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

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

Third and next pages

They should contain the main text of the paper.

ORIGINAL PAPER

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OPINION ARTICLE

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

CASE STUDY

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

PODSUMOWANIA ZJAZDÓW I INNE TEKSTY INFORMACYJNE (por. Wstęp)

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

PIŚMIENICTWO

Piśmiennictwo powinno być napisane na oddzielnej stronie, wg standardu Vancouver. Należy podawać tylko pozycje związane z tematem pracy i uwzględnione w tekście manuskryptu. Cytowania powinny być numerowane w kolejności ich występowania w tekście i powinny być oznaczane cyframi arabskimi w nawiasach kwadratowych. W spisie piśmiennictwa każda kolejna pozycja powinna być pisana od nowego wiersza i poprzedzona numerem. Należy przestrzegać jednolitej interpunkcji wg wzorów:

W przypadku źródeł z czasopisma należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, tytuł czasopisma z zastosowaniem obowiązujących skrótów wg bazy danych MedLine (zawsze zakończone kropką), rok publikacji, tom, numer strony pierwszej i ostatniej. Nie należy podawać źródeł: „w druku”, „w przygotowaniu”, „informacja ustna”.

Przykład:

1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. *J Med.* 2007; 1: 12–27.

W przypadku cytatu z książki należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł książki, siedzibę i nazwę wydawnictwa, rok wydania, numer strony pierwszej i ostatniej.

Przykład:

2. Pawlak P. *Życie i umieranie.* Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

W przypadku cytowania rozdziału pochodzącego z książki należy podać: nazwisko/nazwiska i pierwsze litery imion autora/autorów tegoż rozdziału, tytuł rozdziału cytowanej książki, nazwisko i imię autora (redaktora) książki, tytuł książki, siedzibę i nazwę wydawnictwa, rok wydania, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego rozdziału.

Przykład:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie.* W: Malinowski A (red.). *Gerontologia.* Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

W przypadku cytowania materiału elektronicznego (Internetu) należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, pełny adres strony internetowej oraz datę dostępu (datę wejścia).

TABELE

Tabele należy wykonać w programie Word dla Windows. Powinny być w formie edytowalnej, z ograniczeniem linii wertykalnych. Tabele powinny być oznaczone numerami arabskimi, z użyciem pełnego wyrazu **Tabela**, a nie skrótu *tab.* (np. Tabela 5). Tytuły w języku polskim i angielskim powinny znajdować się nad tabelami. Tekst w tabeli powinien być napisany czcionką *Arial Narrow CE* wielkości 10 pkt. Szerokość tabeli nie powinna przekraczać 8 cm lub 16 cm. Wnętrze tabeli powinno zawierać również wersję angielską. Liczba tabel powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.

RYCINY

Wykresy należy wykonać w programie Word dla Windows lub Excel. Ilustracje należy zapisać w formacie TIF lub JPG. Ryciny należy podpisywać w języku polskim i angielskim z użyciem numeracji arabskiej, bez używania skrótu *ryc.* (czyli np. Rycina 5). Tytuły w języku polskim i angielskim powinny być napisane w programie Word, edytowalne i powinny znajdować się pod rycinami. Liczba rycin powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.

CONFERENCE REPORTS AND OTHER INFORMATION TEXTS (compare Introduction)

The text should not exceed 1000–1500 words (2 pages).

REFERENCES

Literature should be presented on a separate sheet of paper using the Vancouver style. Only references related to the topic of the paper should be included in the text of the manuscript. Quotations should be numbered according to their appearance in the text and marked using Arabic numerals in square brackets. Each new item in the list of references should be written in a new line, preceded by a number. Homogeneous punctuation should be respected as follows:

The sequence for a journal article should be the following: authors' names and first names, paper title, journal title abbreviated as in the MedLine database (always ended up with a dot), year of publication, volume number, first and last page numbers. One should not include references: 'in print', 'to appear soon', 'oral information'.

Example:

1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. *J Med.* 2007; 1: 12–27.

The sequence for the book should be as follows: authors' names and first letters of their first names, book title, place and edition of publication, year of publication, first and last page numbers.

Example:

2. Pawlak P. *Życie i umieranie.* Warszawa: PWN; 2007.12–32.

The sequence for the book chapters should be as follows: chapter authors' names and first letters of their first names, chapter title, book title, book authors, place and edition of publication, year of publication, chapter first and last page numbers.

Example:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie.* W: Malinowski A (red.). *Gerontologia.* Warszawa: PWN; 2007.12–32.

The sequence for the Internet should be as follows: authors' names and first letters of their first names, paper title, full address of the website, access date.

TABLES

Tables should be prepared in Word for Windows. They should be in the editable form, limiting vertical lines. All tables should be numbered using Arabic numerals and a full word 'TABLE', not an abbreviation 'tab.' (e.g. Table 5). The titles in both Polish and English should be placed above tables. The text in the table should be written in 10-point *Arial Narrow CE* font. The width of the table should not exceed 8 cm or 16 cm. The interior of the table should also include the English version. The number of tables should be limited to the necessary minimum.

FIGURES

Charts should be prepared in Word for Windows or Excel. Illustrations must be saved in JPG or TIF format. Figures should be provided with Polish and English captions and numbered using Arabic numerals, with no abbreviation 'fig.' (e.g. Figure 5). Titles in Polish and English should be written in Word, they should be editable and should be placed under figures. The number of figures should be limited to the necessary minimum.

OŚWIADCZENIE AUTORÓW

Do każdej pracy należy dołączyć oświadczenie autorów, że praca nie była drukowana wcześniej w innym czasopiśmie. Aby przeciwdziałać przypadkom *ghostwriting* oraz *ghost authorship*, redakcja prosi autorów nadsyłanych prac o podanie informacji, jaki jest ich wkład w przygotowanie pracy. Informacja powinna mieć charakter jakościowy, tzn. autorzy zobowiązani są podać, czy ich wkład w powstanie publikacji polegał na opracowaniu koncepcji, założeniach, metod, protokołu itp. Autorzy są także proszeni o podanie źródeł finansowania badań, których wyniki są prezentowane w nadsyłanej pracy. Załączone do pracy oświadczenie powinno być podpisane przez wszystkich autorów zgłaszanej pracy. Nadesłane prace mogą być sprawdzane pod kątem oryginalności za pomocą programu antyplagiatoowego.

SKRÓTY

Skróty należy objaśniać przy pierwszym wystąpieniu, umieszczając je w nawiasie po pełnym tekście. Należy sprawdzić poprawność użytych skrótów. W tytule i streszczeniu zaleca się unikania skrótów. W tabelach i rycinach użyte skróty powinny być wyjaśnione w podpisach znajdujących się poniżej.

PROCEDURA RECENZOWANIA

Wszystkie artykuły podlegają wstępnej ocenie Redaktora Naczelnego lub jednego z członków Rady Naukowej, którzy mogą odrzucić pracę lub przelać ją do recenzji zewnętrznej. Podwójnie anonimowy system recenzowania przez przynajmniej dwóch ekspertów w danej dziedzinie jest stosowany dla artykułów zaakceptowanych do dalszej oceny. Po otrzymaniu recenzji Redaktor Naczelny podejmuje decyzję o akceptacji artykułu do druku, akceptacji po drobnej poprawie, akceptacji po zasadniczej poprawie lub odrzuceniu. Autorzy otrzymują uwagi do manuskryptu niezależnie od decyzji. W przypadku akceptacji pracy wymagającej poprawy **autorzy zobowiązują się ustosunkować się do recenzji w ciągu 30 dni**. Redakcja zastrzega sobie prawo poprawiania usterek dotyczących stylistyki, mianownictwa i skrótów oraz poprawek wersji w języku angielskim – bez uzgodnienia z autorem.

PRAWA AUTORSKIE

Prawa autorskie do przesłanej pracy należą do Autora, który udziela czasopismu Pielęgniarstwo Polskie niewyłącznej licencji na użytkowanie, reprodukcję i rozpowszechnianie pracy, w tym w celach komercyjnych.

AUTHORS' DECLARATIONS

Each manuscript should be accompanied by authors' declarations that the paper has never before been published in any other journal. To counteract the occurrence of 'ghostwriting' or 'ghost authorship' phenomena the Editorial Board asks all listed authors of submitted papers to provide information on their contribution to manuscript preparation. The information has to be qualitative in character, i.e. the authors should state whether their work included preparation of the conceptual framework, assumptions, methods, protocol, etc. Authors are also asked to state sources of funding for research, the results of which are presented in the submitted paper. The declaration, attached to the manuscript, should be signed by all authors of a submitted paper. Submitted manuscripts may be checked for originality using anti-plagiarism software.

ABBREVIATIONS

Abbreviations must be defined in full along with their first appearance in the text. They should be placed in brackets after a full text. Their correctness should be checked. Avoiding abbreviations in titles and abstracts is recommended. Abbreviations used in tables and figures should be defined in captions below.

REVIEWING PROCEDURE

All submitted papers are initially evaluated by the Chief Editor or a member of the Academic Council. The manuscripts may be turned down or reviewed further by two reviewers who do not know authors' names or the name of authors' institutions. On receiving the reviews, the Chief Editor decides whether the manuscript should be published, published after slight corrections, published after essential corrections or rejected. Authors receive remarks on the paper regardless of the decision made. If the manuscript is to be published after corrections, **authors are required to express their opinion on reviews within 30 days**.

The Editor reserves the right to make any adjustments of style, terminology and abbreviations as well as corrections of the English version without asking for the author's consent.

COPYRIGHTS

The copyright to the submitted manuscript is held by the Author, who grants the Polish Nursing a nonexclusive licence to use, reproduce, and distribute the work, including for commercial purposes.