

# STUDIUM PRZYPADKU PACJENTA CHOREGO NA SCHIZOFRENIĘ

## The case study of a patient suffering from schizophrenia

Elżbieta Marzec <sup>1, A-F</sup>

1 SP ZOZ Szpital Psychiatryczny w Toszku;  
Dyrektor: dr n. med. Anna Rusek

**A-** przygotowanie projektu badania (study design), **B-** zbieranie danych (data collection), **C-** analiza statystyczna (statistical analysis), **D-** interpretacja danych (data interpretation), **E-** przygotowanie maszynopisu (manuscript preparation), **F-** opracowanie piśmiennictwa (literature search), **G-** pozyskanie funduszy (funds collection)

### Streszczenie

**Wstęp.** Schizofrenia jest dość częstą chorobą, występuje na całym świecie, we wszystkich kręgach kulturowych i jest najbardziej inwalidyzującą chorobą psychiczną człowieka. Główne objawy tej jednostki chorobowej to:

- niespójność w sferze myślenia, emocji, aktywności i czynności poznawczych (pamięć, uwaga, koncentracja);
- autyzm (oderwanie od rzeczywistości i życie w świecie własnych przeżyć);
- niedostosowanie i zaburzenia kontaktu (porozumienie staje się coraz trudniejsze, zachowanie bardziej nieczytelne, niezrozumiałe, nieprzewidywalne);
- objawy wytwórcze (urojenia – fałszywe sądy wpływające na zachowanie, dotyczące samej osoby i jej otoczenia, nie podlegające sprostowaniu oraz omamy – przeżycia zmysłowe powstałe przy braku bodźców zewnętrznych).

Ze względu na złożony obraz kliniczny schizofrenia jest dużym wyzwaniem terapeutycznym dla lekarzy psychiatrów. Leczenie ma charakter przewlekły a decyzja o wyborze odpowiedniego leku przeciwpsychotycznego powinna uwzględniać nie tylko jego skuteczność w czasie leczenia ostrych objawów choroby, ale skuteczność długoterminową i tolerancję.

**Cel pracy.** Przedstawienie problemów pacjenta w okresie zaostrzeń choroby i opisanie działań podejmowanych przez pielęgniarkę.

**Materiał i metody.** Oceny stanu psychicznego pacjenta dokonano na podstawie wnikliwej obserwacji, przeprowadzonego wywiadu (z chwilą poprawy stanu psychofizycznego) oraz danych z historii choroby i analizy dokumentacji medycznej.

**Opis przypadku.** Sześćdziesięcioletni pacjent od ponad 20 lat leczony z powodu schizofrenii. Do szpitala został przywieziony przez Pogotowie. Główną przyczyną hospitalizacji było złe samopoczucie i nasilone objawy choroby (wypowiedzi o charakterze urojeniowym). Dodatkowo zgłaszał utratę poczucia sensu życia i własnej wartości (nastrój smutku i przygnębienia), trudności z zasypianiem oraz zaburzenia łaknienia. Chory wycofywał się z życia oddziału (brak uczestnictwa w terapii zajęciowej i społeczności), przejawiał trudności w nawiązaniu kontaktu z otoczeniem, brak nawyków higienicznych.

**Wnioski.** Proces rehabilitacji uzyskano w stopniu zadawalającym. Rehabilitacja i mobilizacja odbywały się bardzo powoli a przyczyny wynikały z utrzymujących się objawów przewlekłego procesu schizofrenicznego. Poprawę funkcjonowania osiągnęto „małymi krokami”. Rokowania były zmienne. Ustępowanie objawów psychotycznych umożliwiło nawiązanie logicznego kontaktu i zachęcanie do uczestnictwa w społeczności na oddziale. Pacjent uświadomił sobie swoje deficyty, dostrzegł problemy i postanowił przezwyciężać trudności. Jego poczucie wartości wzrosło, nie bał się wypisu do domu. Po dwumiesięcznej hospitalizacji opuścił szpital.

**Słowa kluczowe:** schizofrenia, autyzm, urojenia, omamy, przewlekły proces schizofreniczny.

## Summary

**Introduction.** Schizophrenia is a relatively frequent disease occurring worldwide, in all cultures and is considered as the most individualizing mental disorder in humans. The most recognizable symptoms include:

- inconsistency in thinking processes, emotions, activity and cognitive abilities such as memory, attention and concentration,
- autism which is the state of avulsion from the reality and life in the world of internal feelings,
- maladjustment and contact disturbances in which the communication becomes difficult, the behavior less predictable and understandable.
- productive symptoms such as delusions, false judgments which influence the behavior concerning the patient and his/her environment and which cannot be corrected, and hallucinations which are some internal sensory experiences arisen without external factors.

As schizophrenia is a complex clinical disorder it is a therapeutic challenge for psychiatrists. The treatment is long-drawn and the decision on an appropriate antipsychotic medication ought to take into consideration not only its effectiveness during the treatment of the acute symptoms of the disease but also its long-lasting effectiveness and drug tolerance in the patient.

**Aim of the study.** The aim of the study was to present the problems of a patient during the exacerbation of the disease and to describe the actions undertaken by a nurse.

**Material and methods.** The assessment of the patient's state was made on the basis of observations, interviewing the patient after the improvement of his condition, patient's history and the analysis of medical records.

**Case description.** The 60-year old patient has been treated for schizophrenia for 20 years. He was brought to the hospital by the ambulance. The main reason for the hospitalization was malaise and aggravated symptoms of the disease such as the comments of delusional nature. Additionally, he complained of losing the sense of life and his self-esteem (sadness and depression), difficulties with falling asleep and loss of appetite. The patient withdrew from the hospital ward life (lack of participation in occupational therapy and the ward community). He was difficult to maintain the contact with and had no hygienic habits.

**Conclusions.** The rehabilitation process was completed at a satisfactory level. The rehabilitation and mobilization took a lot of time and were very slow as the acute symptoms kept bothering the patient quite long. The improvement of his state was achieved with very small steps. The prognosis were variable. The withdrawal of psychotic symptoms enabled logical communication and the encouragement to the participation in the hospital ward community. The patient has become aware of his deficits, recognized his problems and decided to overcome the difficulties. His self-esteem has increased and he was not afraid of being discharged from the hospital. He left the hospital after two-month treatment.

**Keywords:** schizophrenia, autism, delusions, the long-drawn schizophrenic process.

## Wstęp

Według Światowego Raportu Zdrowia w latach 2001-2020 zaburzenia psychiczne w rankingu obciążań chorobami na świecie będą zajmowały drugie miejsce. Zaburzenia te w ciągu życia dotyczą ponad 25 % społeczeństwa. Dlatego istnieje duże zainteresowanie Światowej Organizacji Zdrowia problemem chorych z zaburzeniami psychicznymi [1].

Schizofrenia jest dość częstą chorobą, rozpowszechnienie jej w ciągu życia wynosi około 0,5 – 1%, występuje na całym świecie, we wszystkich kręgach kulturowych. Szacuje się, że na świecie choruje około 24 miliony ludzi. Początek objawów psychotycznych następuje zazwyczaj w adolescencji lub we wczesnym wieku dorosłym. Jest chorobą ludzi młodych, rzadko rozpoczyna się w dzieciństwie lub po 45 roku życia. Jest najbardziej inwalidyzującą chorobą psychiczną człowieka [2,3].

Ważne jest patrzeć na pacjentów i dostrzeganie w nich ludzi, a nie traktowanie ich jak kolejnego przypadku klinicznego. Zjawisko zaburzeń psychicznych

zawsze budziło kontrowersje i wywoływało ambiwalentne odczucia. Przez wieki zmieniało się zarówno podejście społeczeństwa do chorego, jak i obraz samego chorego.

Termin „schizofrenia” pochodzi od słów (*schizo* – rozszczepiam i *phrenos* – umysł, wola) został wprowadzony w 1911 roku przez szwajcarskiego psychiatrę Eugena Bleulera, który podjął także próbę zestawienia kryteriów diagnostycznych. Bleuler twierdził, że zaburzenie to spowodowane jest „rozluźnieniem skojarzeń” pomiędzy czynnościami psychicznymi objawów, takich jak: zaburzenia myślenia, stępienia/niezdolności uczuć, autyzmu i ambiwalencji. Psychiatrzy europejscy, głównie w Niemczech, w dalszym ciągu uważają schizofrenię za „chorobę mózgu” [4].

Schizofrenia to grupa zaburzeń psychotycznych, których cechą charakterystyczną jest obecność objawów pozytywnych i negatywnych a towarzyszące im zaburzenia dotyczą istotnych obszarów funkcjonowania, takich jak: praca, nauka szkolna, relacje interpersonalne i dbanie o siebie [5].

Na zaburzenia czynności psychicznych ma wpływ wiele czynników etiologicznych. Należą do nich:

- endogenne – predyspozycje genetyczne związane z zaburzeniami czynności ośrodkowego układu nerwowego w różnych okresach życia;
- somatogenne – czynniki patogenne oraz procesy chorobowe, które doprowadzają do zaburzeń czynności ośrodkowego układu nerwowego;
- psychogenne – nieprawidłowy rozwój psychiczny, społeczny oraz sytuacje i wydarzenia powodujące stres psychiczny [6].

Z wielu teorii, które tłumaczą powstawanie schizofrenii należy wyodrębnić:

- model podatności (zachorowanie zależy od zmian budowy lub funkcjonowania mózgu);
- stresu środowiskowego (jako czynnika spustowego, uwalniającego chorobę).

W terapii zaburzeń schizofrenicznych stosowane są leki przeciwpsychotyczne, które dzielą się na:

- klasyczne - zwane lekami przeciwpsychotycznymi I generacji, np. (haloperidol, pernazyna);
- atypowe - leki przeciwpsychotyczne II generacji, np. (risperidon, olanzapina, aripiprazol).

Współcześnie w leczeniu schizofrenii preferowane są leki atypowe, które mają wpływ nie tylko na wytwórcze objawy schizofrenii, ale oddziałują również na negatywne objawy tej choroby („uaktywniają” chorego). Zaletą stosowania tych leków jest zmniejszone ryzyko występowania objawów pozapiramidowych i hiperprolaktynemii (mlekozotu) [7].

## Cel pracy

Przedstawienie problemów pacjenta w okresie zaostrzeń choroby i opisanie działań podejmowanych przez pielęgniarkę.

## Materiał i metody

Oceny stanu psychicznego pacjenta dokonano na podstawie wnikliwej obserwacji, przeprowadzonego wywiadu (z chwilą poprawy stanu psychofizycznego) oraz danych z historii choroby i analizy dokumentacji medycznej.

Obserwacja pielęgniarska to świadome i systematyczne gromadzenie danych o pacjencie i środowisku, w którym żyje poprzez spostrzeganie tego, co robi, jakie jest jego zachowanie w określonych sytuacjach oraz jakie są jego reakcje na innych ludzi czy zdarzenia, których nie można uzyskać za pomocą wywiadu, analizy dokumentacji czy pomiaru.

Wobec pacjenta zastosowano obserwację bezpośrednią w czasie pracy na dyżurze podczas wykonywania czynności pielęgniarskich, takich jak: pomiar podstawowych parametrów życiowych (RR i tętna), podczas posiłków w jadalni, które chory spożywał pod nadzorem personelu, a także w trakcie wykonywania czynności higienicznych (gdyż stan psychiczny chorego wymagał takiej kontroli). Kolejną formą była obserwacja pośrednia (z dyżurki pielęgniarskiej).

Możliwa, dzięki temu, że oddział szpitalny jest objęty systemem monitoringu.

Obserwację charakteryzowały: celowość, systematyczność (regularność), obiektywność (bezsstronność) oraz selektywność. Przeprowadzono ją dyskretnie, sporządzając jednocześnie notatki, a informacje uzyskane na jej podstawie odnotowano w dokumentacji medycznej (raporcie pielęgniarskim).

Kolejną metodą pozyskiwania danych jest wywiad pielęgniarski, który jest ukierunkowaną rozmową pielęgniarki z pacjentem (bardzo ważny element w procesie pielęgnowania pacjenta). Powinien on pośrednio doprowadzić do nawiązania dobrego kontaktu z podopiecznym i otoczeniem. Zawiera on istotne informacje dotyczące pacjenta i jego środowiska, hospitalizacji i stanu zdrowia, stanu psychicznego (reakcji na chorobę i hospitalizację, a także aktualnego stosunku do choroby). Nie należy pomijać osobowości pacjenta i jego procesów psychicznych w okresie dzieciństwa i młodości oraz dojrzałości. I wreszcie określenie stanu psychicznego pacjenta w chwili przyjęcia na oddział.

Wywiad w sposób bezpośredni przeprowadzono z pacjentem. Zakres pytań dotyczył funkcjonowania człowieka w wymiarze biologicznym, psychicznym i społecznym. Pytania miały na celu uzyskanie informacji o powód przyjęcia do szpitala (bezpośrednia przyczyna hospitalizacji, diagnoza lekarska, który pobyt w szpitalu psychiatrycznym, średni okres remisji, uregulowania prawne - przyjęcie za zgodą czy brak zgody na hospitalizację).

Pytania sformułowano w sposób jasny i prosty (unikano słownictwa zawodowego), a ich treść dotyczyła konkretnej informacji. Dostosowano je do poziomu wiedzy pacjenta. Każde pytanie obejmowało jedno zagadnienie. Przechodzono od pytań ogólnych do szczegółowych, a te bardziej kłopotliwe i trudne zadawano w końcowej części wywiadu. Liczba pytań i czas trwania wywiadu dostosowano do stanu pacjenta. Informacje uzyskane z wywiadu odnotowano w dokumentacji.

### **Analiza dokumentacji medycznej**

Każdy dokument, z jakim człowiek wchodzi w system opieki zdrowotnej jest przedmiotem zainteresowania zawodowego pielęgniarki. Wykorzystuje ona tylko te dane, które będą jej pomocne w procesie pielęgnowania podopiecznego. Oznacza to, iż pielęgniarka posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie zawodowe, dlatego potrafi decydować o charakterze danych pozyskiwanych z dokumentacji pacjenta. Dokumentacja chorego obejmuje historię choroby, która składa się z karty obserwacyjnej, karty gorączkowej, wyników badań diagnostycznych, karty zleceń lekarskich oraz wyników konsultacji. Dokumentacja ma ogromne znaczenie dla pielęgniarki, ponieważ jest źródłem informacji o pacjencie i jego rodzinie, o podejmowanych wobec niego metodach i środkach terapeutycznych oraz stanowi główne narzędzie do przekazywania informacji o pacjencie i jego rodzinie wśród członków zespołu opiekuńczego.

Wymienione i opisane metody gromadzenia danych najczęściej wykorzystuje się łącznie. Dane pozostające do dyspozycji pielęgniarki powinny być pełne, spójne oraz komplementarne względem siebie [8].

## Studium przypadku

Pan M.J., sześćdziesięcioletni pacjent od 1983 r. leczony psychiatrycznie z rozpoznaniem: schizofrenia. To kolejny, ósmy pobyt w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku (okres remisji średnio co 2,5 roku). Przywieziony do szpitala przez Pogotowie, które sam wezwał z powodu osłabienia, bezsenności. Przyjęty na oddział 17.10 o godz. 22.35 wyraził zgodę na hospitalizację. Podczas przyjęcia spokojny, zaniedbany higienicznie (ubranie brudne, w nieładzie), zorientowany prawidłowo, kontakt słowny zachowany, rzeczowy nieco utrudniony, spontanicznie wypowiadał treści urojeniowe. Twierdził, że ktoś jakimś urządzeniem lub tabletką kontroluje jego ciało, powoduje przyspieszenie oddechu, trzęsienie głowy i rąk. Pacjent twierdził, że objawy zdarzają się zwykle jesienią. Deklarował osłabienie, problemy ze wstawaniem z łóżka, prosił o przydzielenie wózka lub wystawienie zezwolenia na przebywanie cały czas w łóżku. Pacjent podaje, że od 8 dni nie sypiał. W ostatnim okresie bardzo mało jadł. Pacjent wychudzony, wyniszczony, widoczne cechy odwodnienia (wiotkość i bladość powłok skórnych, i śluzówek). Chory wydolny krążeniowo (RR 105/70mmHg, tętno 90/min., brak obrzęków i sinicy) i oddechowo (szmer płucny zachowany). Diagnoza lekarska: schizofrenia rezydualna.

Z przeprowadzonego wywiadu z pacjentem oraz z obserwacji wynikało, że nastrój chorego był nieco obniżony, napęd psychoruchowy spowolniał. Sporadycznie nawiązywał kontakt z otoczeniem, w wypowiedziach nieco drobiazgowy, lubił raczej samotność, niechętnie wychodził z sali. Wypowiedzi o podbarwieniu urojeniowym (urojenia oddziaływania, wpływu, sterowania) z niedostosowanym, obojętnym afektem. Omamom przeczył, nie sprawiał wrażenia halucynującego. Potwierdzał, że ktoś steruje jego nogami i głową. Mówił to bez emocji lub z drażliwością. Skarżył się na osłabienie i bezsenność. Na oddziale beczynny, zalegał w łóżku, skarżył się na zaniki mięśniowe. Niepodatny na argumentację, nie chciał wstawać, mimo tłumaczenia, że ciągłe leżenie będzie powodować jeszcze większe osłabienie. Pacjent był mało aktywny, utrzymywały się objawy przewlekłego procesu schizofrenicznego. Mobilizowano chorego „na siłę”, stale nakłaniając go do podejmowania aktywności fizycznej, takiej jak wstawanie z łóżka i spacerowanie po oddziale. Niechętnie ulegał namowom; cały dzień spędzał w pozycji leżącej, skarżył się na osłabienie, chudnięcie (waga w pomiarach niezmienna). Niechętnie uczestniczył w społeczności i terapii zajęciowej, wycofywał się z życia oddziału.

## Problemy pacjenta – działania podejmowane przez pielęgniarkę

1. Trudności w nawiązaniu kontaktu z otoczeniem:
  - częste rozmowy z pacjentem;
  - dodawanie wiary we własne siły;
  - zachęcanie do udziału w terapii zajęciowej, oglądaniu TV;
  - branie udziału w społeczności.
2. Trudności w utrzymaniu higieny osobistej i otoczenia:
  - pomoc choremu w dopilnowaniu higieny;
  - stosowanie pochwał, nawet w przypadku niewielkich wysiłków ze strony pacjenta;
  - uświadomienie znaczenia utrzymania ciała w czystości;
  - trening higieniczny.
3. Trudności z zasypianiem:
  - stworzenie optymalnych warunków snu;
  - przewietrzenie sali;
  - spokojna rozmowa;
  - zwrócenie uwagi na unikanie drzemek w ciągu dnia;
  - zwrócenie uwagi na znaczenie lekkostrawnego posiłku przed snem;
  - udział w sesjach relaksacyjnych i gimnastyce;
  - udział pielęgniarki w farmakoterapii.
4. Zaburzenia łaknienia:
  - dobór diety do możliwości chorego (brak użębienia – zlecona dieta papkowata) i kontrola przyjmowania posiłków;
  - podkreślenie znaczenia regularnego przyjmowania posiłków ze względu na ogólne samopoczucie i kondycję psychofizyczną;
  - kontrola wagi ciała.
5. Utrata poczucia sensu życia, nastrój smutku, przygnębienia:
  - przyjęcie postawy nacechowanej akceptacją i cierpliwością;
  - udział pielęgniarki w psychofarmakoterapii;
  - zapewnienie poczucia bezpieczeństwa;
  - wysłuchanie bez osądzania;
  - obserwacja w celu ochrony życia.
6. Brak wiary w wyleczenie i we własne siły:
  - dyskretne upewnienie się czy pacjent połyka leki [9];
  - wytłumaczenie konieczności ich przyjmowania;
  - zachęcanie do udziału w zajęciach psychoterapeutycznych;
  - pomoc w zaadoptowaniu się do życia ze swoją chorobą;
  - wskazanie na postępy w leczeniu innych pacjentów (wskazując pacjentów przygotowujących się do wypisu).
7. Utrata poczucia własnej wartości:
  - wzmocnienie pozytywne zachowań pacjenta, motywowanie do powrotu dawnych zainteresowań, pasji;
  - podtrzymywanie poczucia godności osobistej, autonomii i pozytywnej samooceny;
  - zwracanie uwagi na korzystne cechy osobowości, a nie na deficyty sprawności;



- akceptacja pacjenta jako osoby;
- skłonienie i pomoc w różnych formach terapii;
- poszanowanie praw i indywidualności chorego.

## Podsumowanie

Uwzględniając wszystkie elementy składowe, które obejmują ocenę stanu psychicznego, somatycznego jego obecnego i przedchorobowego funkcjonowania społecznego, postaw wobec siebie i własnego zdrowia, a także jego sytuacji rodzinnej proces rehabilitacji uzyskano w stopniu zadawalającym. Pacjent rozpoznał swoje deficyty, coraz łatwiej nawiązywał kontakt, stał się bardziej towarzyski, zaczął dostrzegać potrzebę utrzymywania czystości. Jego poczucie wartości wzrosło, nabrał przekonania, że podoła, nie bał się wypisu do domu, przygotował sobie plan na wyjście (sprzątanie mieszkania, zakupy produktów spożywczych) oraz uregulowanie spraw związanych z pobraniem zaległej renty. Po dwumiesięcznym pobycie w szpitalu pacjent został wypisany do domu. Inwalidztwo pacjenta przedstawiało bardzo złożony obraz nakładających się na siebie defektów klinicznych i wtórnych niesprawności psychicznych. Rehabilitacja i mobilizacja odbywała się bardzo powoli ze względu na czynniki, które utrudniały aktywność a wynikały z utrzymujących się objawów przewlekłego procesu schizofrenicznego. Postępowanie rehabilitacyjne oparte było na elastycznym, długotrwałym programie działania a formy pomocy dostosowane były do zmieniających się możliwości pacjenta. Poprawę funkcjonowania osiągnano „małymi kroczkami”, raz było lepiej, raz gorzej. Rokowania były zmienne. Obecność pielęgniarki konieczna była w dzień i w nocy. Chory wymagał dopilnowania przy spożywaniu posiłków, konieczna była obecność personelu w utrzymaniu higieny osobistej i otoczenia. Pacjent miał trudności w nawiązaniu kontaktu. Dużym problemem w usprawnianiu były: zły stan psychiczny, przybłądły afekt, wycofanie społeczne, brak zainteresowania, izolacja, zamknięcie w swoim świecie, obojętność na wszystko, co się wokół działo. Dużą rolę odegrało dodawanie wiary we własne siły, zdobycie zaufania i zachęcanie do aktywniejszej współpracy. Ustępowanie objawów psychotycznych umożliwiło nawiązanie logicznego kontaktu i zachęcanie do uczestnictwa w społeczności na oddziale, aby pacjent mógł sam ocenić własne samopoczucie.

## Piśmiennictwo

1. Kurpas D., Miturska H., Kaczmarek M. *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2009: 23.
2. Krzystanek M. Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe. W: Krupka – Matuszczyk I., Matuszczyk M. red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Katowice: Wydawnictwo Śląski Uniwersytet Medyczny; 2007:36.
3. Krzystanek M., Krupka – Matuszczyk I. Pięciomiesięczna obserwacja skuteczności olanzapiny w leczeniu

- schizofrenii. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny*. 2011; 3: 93 – 94.
4. Grzywa A. *Oksfordzki podręcznik psychiatrii*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007: 200.
5. Shahrokh N.C., Hales R. E. *Amerykański słownik psychiatryczny*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2009.
6. Rybakowski J. Etiologia i patogeneza zaburzeń psychicznych. W: Bilikiewicz A. red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wyd 3. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006: 49
7. Krzystanek M., Bednarska-Pótorak K. Nasilenie objawów psychotycznych u pacjentki leczonej aripiprazolem – opis przypadku. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*. 2008; 2: 93 – 96.
8. Zahradniczek K. *Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Podręcznik dla szkół medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1995: 101 – 104.
9. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. *Podstawy pielęgniarstwa*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2004: 593.

Adres do korespondencji:  
Elżbieta Marzec  
ul. Ludowa 11/5  
44 – 180 Toszek  
Tel. 604 838 853  
E- mail: elam.1976@o2.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 20.06.2012r.  
Po recenzji: 04.08.2012r.  
Zaakceptowana do druku: 05.08.2012r.

## Regulamin ogłaszania prac w Kwartalniku PULS UCZELNI

**Kwartalnik PULS UCZELNI** jest recenzowanym czasopiśmie naukowo-informacyjnym, adresowanym do studentów, absolwentów oraz pracowników wyższych szkół medycznych.

Naszą **misją** jest stworzenie międzynarodowej platformy współpracy oraz wymiany informacji, myśli i doświadczeń z zakresu pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii, kosmetologii i zdrowia publicznego.

**Redakcja przyjmuje do druku** prace w języku polskim i/lub angielskim (*UK English*). Publikowane są one

w następujących działach kwartalnika:

- **Artykuły redakcyjne (Editorials)**
- **Prace poglądowe (Reviews)**
- **Prace oryginalne (Original papers)**
- **Prace kazuistyczne (Case reports/studies)**
- **Sprawozdania (Reports)** – ze zjazdów, kongresów, stażów krajowych i zagranicznych itp.
- **Komunikaty (Announcements)**

**Priorytet w druku** mają prace oryginalne oraz publikacje w języku angielskim. Artykuły powinny spełniać **standardy i wymagania** określone przez International Committee of Medical Journal Editors, znane jako „Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication” (zob. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals [editorial]. *N Engl J Med* 1997; 336: 309–915; uaktualniona wersja z października 2004 roku dostępna jest na stronie WWW – <http://www.icmje.org/icmje.pdf>). Obowiązują również zasady Dobrej Praktyki Edytorskiej („Consensus Statement on Good Editorial Practice 2004”), sformułowane przez Index Copernicus International Scientific Committee.

**Każda praca jest recenzowana** przez członków Kolegium Redakcyjnego oraz dwóch niezależnych Recenzentów, wytypowanych przez Redakcję – najczęściej z grona samodzielnych pracowników naukowych. Redakcja zapoznaje Autorów z tekstem recenzji, bez ujawniania nazwisk recenzentów.

Recenzent może uznać pracę za:

- nadającą się do druku bez dokonywania poprawek,
- nadającą się do druku po dokonaniu poprawek według wskazówek Recenzenta, bez konieczności ponownej recenzji,
- nadającą się do druku po jej preredagowaniu zgodnie z uwagami Recenzenta i po ponownej recenzji pracy,
- nie nadającą się do druku.

Praca może być również odesłana Autorom z prośbą o dostosowanie do wymogów redakcyjnych. Redakcja zastrzega sobie prawo do dokonywania koniecznych poprawek i skrótów bez porozumienia z Autorami.

**Prawa autorskie (copyright).** Praca zakwalifikowana do druku w kwartalniku staje się własnością PULSU UCZELNI. Praca nie może więc być m.in. publikowana (w całości lub w częściach) w innych wydawnictwach w kraju ani za granicą bez uzyskania pisemnej zgody Zespołu Redakcyjnego.

**Zasady etyki.** Publikowane prace nie mogą ujawniać danych osobowych pacjentów, chyba że wyrazili oni na to pisemną zgodę (wówczas należy dołączyć ją do manuskryptu). Prace dotyczące badań, których przedmiotem jest człowiek i które mogą nieść w sobie element ryzyka, muszą zawierać oświadczenie, że uzyskano akceptację odpowiedniej komisji bioetycznej. Również publikacje dotyczące badań doświadczalnych na zwierzętach muszą zawierać oświadczenie, że badania były zaakceptowane przez taką komisję. Fakt akceptacji powinien być zaznaczony w pracy w opisie metodyki badań.

**Autor ma obowiązek** wykazania (w ramach Piśmiennictwa przesyłanej pracy), że zna dorobek czasopisma, do którego kieruje swój artykuł. Ma także obowiązek cytowania przyjętej do druku pracy w innych czasopiśmie, zgodnie z podejmowaną tematyką. Artykuły Autorów, którzy nie dostosują się do tych wymagań, nie będą przyjmowane do postępowania redakcyjnego.

**Źródła finansowania pracy i sprzeczność interesów.** Autor lub autorzy powinni podać źródła wsparcia finansowego – nazwę sponsora/institucji i numer grantu – jeśli z takiego korzystali. Możliwe jest użycie następujących sformułowań: „Praca wykonana w ramach projektu badawczego (grantu itp.) nr ..., finansowanego przez ... w latach ..., „Praca zrealizowana ze środków uczelnianych (badania własne, działalność statutowa itp.)” lub „Praca sfinansowana ze środków własnych autora(ów)”. Autor lub autorzy muszą również ujawnić swoje związki ze sponsorem, wymienionym w pracy podmiotem (osobą, instytucją, firmą) lub produktem, które mogą wywołać sprzeczność interesów.

Prosimy o przygotowanie tekstu w Wordzie, czcionka 12 pkt. według następujących wskazówek:

1. Tytuł pracy w języku polskim i angielskim, imię i nazwisko Autora (-ów), miejsce zatrudnienia oraz kierownik placówki – do 600 znaków (ze spacjami). Należy ustalić rolę i udział każdego współautora w przygotowaniu pracy według załączonego klucza:
  - A** - przygotowanie projektu badania (study design)
  - B** - zbieranie danych (data collection)

- C** - analiza statystyczna (statistical analysis)
- D** - interpretacja danych (data interpretation)
- E** - przygotowanie maszynopisu (manuscript preparation)
- F** - opracowanie piśmiennictwa (literature search)
- G** - pozyskanie funduszy (funds collection)

2. Streszczenia w języku polskim i angielskim wraz ze słowami kluczowymi w języku polskim i angielskim (3–6) – **do 2000 znaków** (ze spacjami). **Struktura streszczeń powinna pokrywać się ze strukturą tekstu głównego** (z wyjątkiem dyskusji). W streszczeniu (*Summary*) należy więc wyodrębnić cztery części (dotyczy również opisów przypadków): Wstęp (*Background*), Materiał i metody (*Material and methods*), Wyniki (*Results*) i Wnioski (*Conclusions*).
3. Tekst pracy bez streszczeń wraz z Piśmiennictwem i podanym na końcu adresem do korespondencji, telefonem, adresem e-mail – **do 6600 znaków** (ze spacjami).

**Ryciny, fotografie, wykresy** do wmontowania w tekst należy nadsyłać oddzielnie, poza tekstem, w którym muszą być zacytowane. Wszystkie powinny być ponumerowane i opisane, zgodnie z kolejnością występowania w pracy, sygnowane nazwiskiem i tytułem pracy.

**Piśmiennictwo** powinno zawierać wyłącznie pozycje cytowane w tekście pracy, w którym oznacza się je kolejnymi liczbami w nawiasach klamrowych, np. [1], [6,13]. To samo dotyczy cytowań umieszczanych w tabelach lub opisach rycin – nadaje się im kolejne numery, zachowując ciągłość z numeracją w tekście pracy.

Piśmiennictwo należy ograniczyć do niezbędnego minimum. Należy unikać cytowania abstraktów zjazdowych, a informacje niepublikowane (tzw. informacje własne, doniesienia ustne itp.) nie mogą służyć jako źródło cytatu. Spis piśmiennictwa umieszcza się na końcu pracy w kolejności zgodnej z pojawianiem się cytowanych prac w tekście. Jeśli liczba autorów publikacji nie przekracza 6, podaje się wszystkie nazwiska oraz inicjały (bez kropek). Jeśli autorów jest 7 lub więcej, wymienia się nazwiska pierwszych trzech, a po nich zamieszcza skrót, i wsp. „i wsp.” lub, et al. Skrót tytułów czasopisma muszą odpowiadać skrótom podawanym w Index Medicus; pisze się je kursywą, bez kropek. Po podaniu roku wydania stawiamy średnik, po podaniu tomu – dwukropek, po podaniu stron (od-do) – kropkę. W przypadku wydawnictw zwartych podaje się: nazwisko redaktora (-ów), inicjały imienia lub imion, tytuł publikacji pisany kursywą, miejsce wydania, nazwę wydawnictwa, rok wydania, ewentualnie numery stron.

Poniżej znajdują się przykłady, które **należy** naśladować:

- a) artykuł w czasopiśmie
  - Stroup DF, Berlin JA, Morton S.C., et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. *JAMA* 2000; 283: 2008-2012.
- b) artykuł bez podanych autorów lub organizacja występująca jako autor
  - Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
  - 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ* 2002; 325 (7357):184.
  - Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40(5): 679-686.
- c) artykuł z Internetu (np. z czasopisma w wersji elektronicznej online)
  - Thomas S. A comparative study of the properties of twelve hydrocolloid dressings. *World Wide Wounds* [serial online] 1997 Jul [cyt. 3.07.1998]. Dostępny na URL: <http://www.smtl.co.uk/World-Wide-Wounds/>
- d) książka/podręcznik autorstwa jednej lub kilku osób
  - Juszczyk J, Gładysz A. *Diagnostyka różnicowa chorób zakaźnych*. Wyd 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1996: strona od - do.
  - Milner AD, Hull D. *Hospital paediatrics*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.
- e) rozdział w książce/podręczniku
  - Krotochwil-Skrzypkowska M. Odczyn i powikłania poszczepienne. W: Dębic B, Magdził W, red. *Szczepienia ochronne*. Wyd 2. Warszawa: PZWL; 1991:76-81.
  - Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA jun, Sodeman WA, editors. *Pathologic Physiology: Mechanisms of Disease*. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457-472.
- f) praca w materiałach konferencyjnych/zjazdowych
  - Hamden P, Joffe JK, Jones WG, editors. *Germ cell tumours V*. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.
  - Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. *Genetic programming*. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002: 182-191.

**Do pracy** przesyłanej do Redakcji należy dołączyć pisemną zgodę kierownika jednostki (Instytutu/Zakładu) na druk oraz oświadczenie Autora, że praca nie była uprzednio publikowana i nie została złożona do druku w innym czasopiśmie.

**Autorzy otrzymują** bezpłatnie jeden egzemplarz czasopisma z wydrukowanym artykułem, nie otrzymują natomiast honorariów autorskich.

Prace należy przysyłać **WYŁĄCZNIE** drogą internetową na adres e-mail: [dkurpas@hotmail.com](mailto:dkurpas@hotmail.com)

## The instruction for the Authors submitting papers to the quarterly HIGHER SCHOOL'S PULSE

The quarterly journal **HIGHER SCHOOL'S PULSE** is a peer-reviewed scientific and informational journal, addressed to the students, graduates and staff of medical high schools.

Our **mission** is to lay the foundations for the international cooperation and the exchange of ideas, information and experience in nursing, midwifery, physiotherapy, cosmetology and public health.

The Editorial Board accepts **manuscripts written in Polish and/or English** (preferably *UK English*). They may be considered for publication in the following sections of the quarterly:

- Editorials
- Reviews
- Original papers
- Case reports/studies
- Reports
- Announcements

The **priority will be given to the** original papers and/or articles written in English. The manuscripts submitted should meet the general **standards and requirements** agreed upon by the International Committee of Medical Journal Editors, known as *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication* (see Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals [editorial]. *N Engl J Med* 1997; 336:309-915; an updated version from October 2004 is available online: <http://www.icmje.org/icmje.pdf>). They should also conform to the high quality editorial procedures and practice (formulated by the Index Copernicus International Scientific Committee as *Consensus Statement on Good Editorial Practice 2004*).

**Submitted manuscripts** are first examined by the Editorial Board members, and then, if generally accepted, **sent to two independent experts** for the scientific evaluation. The authors will receive the reviews within several weeks after submission of the manuscript. The reviewers, whose names are undisclosed to the author, may qualify the paper for:

- immediate publication,
- returning to the authors with suggestions for modification and improvement, and then publishing without a necessity for a repeated review,
- returning to the authors for rewriting (according to the reviewer's instructions or requests), and then for publishing after a repeated review,
- rejection as unsuitable for publication.

The Editorial Board reserves the right to adjust the format of the article or to shorten the text, if necessary. The authors of the accepted papers will be notified in writing. The manuscripts requiring modification and improvement or rewriting will be returned to the authors.

**The copyright transfer.** After the acceptance of the paper to be printed, the authors transfer the copyright to the **HIGHER SCHOOL'S PULSE**, and all published manuscripts become the permanent property of the Publisher.

Thus no part of these documents may be reproduced or transmitted in any form or by any means and for any purpose in other publishing agencies locally or abroad, without a written permission expressed by the Editorial Board.

**The ethical issues.** The authors are obliged to respect patients' confidentiality. Do not publish patients' names, initials, or hospital numbers unless the patients have expressed their agreement to. A written permission to use patients' pictures and their informed consent must accompany such materials. In the reports on the experiments performed on the human subjects, it should be clearly indicated whether the procedures were approved by a local ethical committee. The information on this approval should be provided in the "Material and methods" section of the manuscript.

The author is obliged to prove (in References section) that he is acknowledged with the achievements of the journal, which he submitted his manuscript to. The author ought to accept the obligation to quote the approved paper in other journals in accordance with their subject. The manuscripts of the authors who do not adapt to these requirements will not be accepted for the editorial proceedings.

**The sources of financial support and the conflict of interests.** The authors should give the name of the supporting institution(s) and a grant number, if applicable. They should also disclose any relationships (especially financial arrangements) they may have with the sponsor, other subjects, institutions, commercial companies, or a product-understudy that could be construed as causing a conflict of interest with regard to the manuscript under review.

We would be pleased to receive the materials prepared in Microsoft Word, 12 points, according to the following guidelines:

1. The title in Polish and English, first names and family names of all the authors, the institutional affiliation of each author with names of the departments heads – **till 600 characters** (with spaces). The role and the

participation of every co-author in preparing the manuscript should be established according to the enclosed key:

- A** – study design,
- B** – data collection,
- C** – statistical analysis,
- D** – data interpretation,
- E** – manuscript preparation,
- F** – literature search,
- G** – funds collection.

2. The summary in Polish and English and key words in Polish and English (3-6) – **till 2000 characters** (with spaces).  
The **structure of the** summary should follow the main text structure (excepting Discussion). In the summary four parts should be distinguished (also in case reports): *Background, Material and methods, Results and Conclusions*.
3. The main text without summaries but with references and the full name and address (including telephone, fax and e-mail) of the corresponding author – **till 6600 characters** (with spaces).

**Drawings, photographs, charts** in a traditional format (e.g. professionally drawn figures, colour or B&W photographic prints, etc.) to be included into the text should be sent separately. Ensure that each illustration is properly labelled and numbered consecutively in order of citation in the text.

**References** should be indicated in the text by Arabic numerals in square brackets (e.g. [1], [6,13]), numbered consecutively, including references first cited in tables or figure legends. Only the most essential publications should be cited. Avoid using abstracts as references. Unpublished observations or personal communications cannot be used. The list of references should appear at the end of the text in numerical order. Titles of journals should be abbreviated according to the format used in Index Medicus, and written in italics, without punctuation marks.

The style of references should strictly follow the one established by the Vancouver System of Bibliographic referencing.

Please note the examples for the format and punctuation which **should be** followed:

- a) Journal article (list all authors; if more than 6 authors, list the first three, followed by et al.)
  - Stroup DF, Berlin JA, Morton S.C., et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. *JAMA* 2000; 283: 2008–2012.
- b) No author
  - Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
  - 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ* 2002; 325(7357): 184.
  - Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002; 40(5): 679–686.
- c) Electronic journal/WWW page
  - Thomas S. A comparative study of the properties of twelve hydrocolloid dressings. *World Wide Wounds* [serial online] 1997 Jul [cited 3.07.1998]. Available from URL: <http://www.smtl.co.uk/World-Wide-Wounds/>
- d) Books/Monographs/Dissertations
  - Milner AD, Hull D. Hospital paediatrics. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.
  - Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.
  - NHS Management Executive. Purchasing intelligence. London: NHS Management Executive; 1991.
  - Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.
- e) Chapter within a book
  - Weinstein L, Swartz MN. *Pathogenic properties of invading microorganisms*. In: Sodeman WA jun, Sodeman WA, editors. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457–472.
- f) Conference proceedings
  - Hamden P, Joffe JK, Jones WG, editors. *Germ cell tumours V*. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13–15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.
  - Christensen S, Oppacher F. *An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming*. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3–5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002: 182–191.

**Each submitted manuscript** must be accompanied with the consent for the printing of the manuscript from the head of the unit (Institute/Department) and a covering letter signed by all the authors confirming that they consent for the publication, and that the paper has not been published before in any form, and is not under the consideration for publication elsewhere.

**Offprints.** Each author will receive one copy of the journal issue free of charge; however, the authors are not paid any royalties.

The papers should be sent **ONLY** via e-mail: [dkurpas@hotmail.com](mailto:dkurpas@hotmail.com)