

CIĘŻARNA Z PADACZKĄ HOSPITALIZOWANA W III TRYMESTRZE Z POWODU URAZU – OPIS PRZYPADKU I ROLA POŁOŻNEJ W OPIECE INTERDYSCYPLINARNEJ

Pregnant woman with epilepsy hospitalized in the third trimester due to trauma – a case report and the midwife's role in interdisciplinary care

Dominika Wieczorek¹, Paulina Gródek²

¹ Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu (studentka)

² Zakład Podstaw Położnictwa, Katedra Położnictwa, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: paulina.grodek@umw.edu.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Epilepsja to choroba ośrodkowego układu nerwowego charakteryzująca się nawracającymi napadami drgawkowymi. Ciężarne chorujące na padaczkę są w grupie ciąży wysokiego ryzyka. Wymagają szczególnego przygotowania do ciąży w okresie przedkoncepcyjnym oraz w późniejszych etapach: ciąży, porodu i okresu laktacji.

Cel pracy. Przedstawienie specyfiki opieki położniczej nad ciężarną z epilepsją, hospitalizowaną w III trymestrze ciąży z powodu urazu.

Materiał i metody. Metodą badawczą była analiza indywidualnego przypadku z wykorzystaniem procesu pielęgnowania.

Wyniki. Analiza przypadku wykazała, że skuteczna opieka nad ciężarną z padaczką hospitalizowaną z powodu urazu wymaga współpracy interdyscyplinarnego zespołu. Podkreślono konieczność wczesnego planowania ciąży oraz edukacji przedkoncepcyjnej. Zidentyfikowano specyficzne problemy pielęgnacyjne, m.in. lęk o dobrostan płodu, stres związany hospitalizacją oraz ból pourazowy. Ich skuteczne rozpoznanie i redukcja były możliwe dzięki indywidualnemu podejściu położnej, wsparciu emocjonalnemu oraz edukacji pacjentki. Pomimo wdrożenia dobrych praktyk, niektóre obawy pacjentki utrzymywały się, co wskazuje na potrzebę kontynuowania opieki opartej na empatii oraz zaufaniu.

Słowa kluczowe: ciąża, epilepsja, opieka położnicza, położna, urazy i obrażenia.

SUMMARY

Background. Epilepsy is a central nervous system disorder characterized by recurrent seizures. Pregnant women with epilepsy are classified as high-risk pregnancies. They require special preparation during the preconception period, as well as during pregnancy, postpartum, and lactation.

Objectives. The aim of this study is to present the specifics of midwifery care for a pregnant woman with epilepsy who was hospitalized in the third trimester due to trauma.

Material and methods. The research method was a case study analysis using the nursing care process.

Conclusions. The case analysis showed that effective care for a pregnant woman with epilepsy hospitalized due to trauma requires the collaboration of an interdisciplinary team. The importance of early pregnancy planning and preconception education was emphasized. Specific nursing problems were identified, including anxiety about fetal well-being, stress related to hospitalization, and post-traumatic pain. Effective recognition and reduction of these issues were made possible through an individualized approach by the midwife, emotional support, and patient education. Despite the implementation of good practices, some of the patient's concerns persisted, highlighting the need for ongoing care based on empathy and trust.

Key words: pregnancy, epilepsy, midwifery care, midwife, wounds and injuries.

WSTĘP

Epilepsja według Międzynarodowego Stowarzyszenia Przeciw Padaczce (ILAE) definiuje się jako choroba ośrodkowego układu nerwowego. Jest jedną z najczęstszych chorób dotyczących społeczeństwo, ponieważ dotyczy 1% populacji. W Polsce ten wskaźnik oscyluje w granicy 400 tys. osób, natomiast około jedna trzecia z nich to kobiety w wieku rozrodczym. Statystyki wskazują, że około 0,3–0,5% porodów to porody dzieci, których matki chorują na epilepsję [1]. Z tego powodu powstały rekomendacje dla kobiet zmagających się z epilepsją. Dotyczą one nie tylko czasu ciąży oraz porodu, ale także uwzględniają okres przedkoncepcyjny i poporodowy. Jako choroba przewlekła charakteryzująca się nawracającymi napadami drgawkowymi epilepsja wymaga szczególnego podejścia w okresie przedkoncepcyjnym, w ciąży (zarówno ze względu na dobrostan matki, jak i rozwijającego się płodu) oraz w czasie porodu i laktacji [1].

Sama epilepsja nie jest przeszkodą do zajścia w ciążę. Natomiast ciężarna z padaczką jest w grupie ciąży wysokiego ryzyka. Ryzyko to może dotyczyć przebiegu ciąży, choroby, jak również stanu noworodka.

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie specyfiki opieki położniczej nad ciężarną z epilepsją, hospitalizowaną w III trymestrze ciąży z powodu urazu. Szczególną uwagę poświęcono identyfikacji problemów pielęgnacyjnych, sposobom ich rozwiązania oraz ocenie roli położnej w interdyscyplinarnym zespole terapeutycznym. Praca ma na celu ukazanie znaczenia kompleksowego wsparcia – zarówno medycznego, jak i emocjonalnego – w sytuacji nagłej hospitalizacji ciężarnej z padaczką.

MATERIAŁ I METODY

Podczas pisania pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku z wykorzystaniem procesu pielęgnowania, który przyczynił się do osiągnięcia postawionych celów. Wykorzystano również dokumentację medyczną, dostępną literaturę oraz przeprowadzono niestandardowy wywiad z pacjentką. Kobieta podczas sprawowania opieki podlegała obserwacji dotyczącej reakcji w momencie przyjęcia do szpitala, hospitalizacji oraz wykonywanych procedur.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka P.H., 25 lat, grupa krwi A Rh + (dodatni), pierwsza ciąża, pierwszy poród, położenie podłużne główkowe. Termin porodu został wyznaczony na 16.10.2024 r. według reguły Nagelego dla cykli 28-dniowych, data ostatniej miesiączki to 10.01.2024 r. Pacjentka od 16. roku życia choruje na uogólnioną samoistną padaczkę i zespoły padaczkowe. Jest pod stałą opieką neurologiczną. Od początku diagnozy przyjmuje leki: Norweg 2 x (1000 mg + 250 mg) p.o. oraz Lamitrin 2 x (50 mg + 25 mg) p.o. zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Pacjentka po podjęciu decyzji o planowaniu ciąży zgłosiła się do lekarza neurologa prowadzącego jej leczenie. Lekarka dokładnie przeanalizowała przypadek i nie wyraziła przeciwwskazań, by kobieta mogła zająć się ciążą.

Przed planowaniem ciąży kobieta przyjmowała nieregularnie kwas foliowy w formie niezmetylowanej w dawce 0,4 mg. Po podjęciu decyzji o ciąży pacjentka przez 3 miesiące przed koncepcją zażywała 0,8 mg kwasu foliowego na dobę, na zlecenie swojego lekarza prowadzącego. Po potwierdzeniu ciąży dawka zmniejszona została do 0,4 mg. Pacjentka przyjmowała ją do końca 12. tygodnia ciąży. W związku z niedokrwistością spowodowaną niedoborem żelaza pacjentce został przepisany lek zawierający żelazo.

Lekarz ginekolog prowadzący ciążę oraz neurolog prowadzący leczenie nie zaobserwowali przeciwwskazań, aby poród odbył się drogami natury. Pacjentka również wyraziła wolę urodzenia dziecka siłami natury, jednak nie wykluczała zakończenia ciąży drogą cesarskiego cięcia, jeśli sytuacja wymagałaby takiego rozwiązania.

Pacjentka w ciąży kontynuowała leczenie epilepsji i przyjmowała leki według zaleceń. W 27. tygodniu ciąży wykonała badania określające poziom dawki leków w organizmie, na podstawie tego wyniku lekarz neurolog prowadzący wprowadził zmiany w dawkowaniu.

W 31 + 4 tygodniu ciąży pacjentka została przyjęta do oddziału patologii ciąży z powodu upadku ze schodów, w celu obserwacji dobrostanu płodu oraz stanu ogólnego ciężarnej.

Pacjentce przy przyjęciu zmierzono parametry stanu ogólnego: temperatura 36,6°C, RR 118/70 mm Hg, tętno 90 uderzeń/minutę, błony śluzowe wilgotne, a liczba oddechów wynosiła 19/minutę. Na skórze widoczne były liczne otarcia oraz siniaki spowodowane upadkiem ze schodów. Twarz była zabrudzona krwią z rozciętego łuku brwiowego, który został opatrzony przez chirurga na szpitalnym oddziale ratunkowym. Pacjentka zgłaszała tępy ból głowy promieniujący z rany. Ciężarna nie pamięta momentu wypadku ani okoliczności, które do niego doprowadziły. Nie zgłaszała dolegliwości bólowych w obrębie brzucha i miednicy mniejszej, nie zauważono na nim siniaków ani otarć. Była jednak dezorientowana oraz zaniepokojona stanem płodu. Mimo wysłuchania akcji serca płodu, która wynosiła około 140 uderzeń/min oraz odczuwania ruchów płodu pacjentka dalej była zdenerwowana i niespokojna. Dopiero podczas badania USG wykonanego przez lekarza przyjmującego pacjentkę lęk kobiety zmniejszył się. Łóżysko umiejscowione było na tylnej ścianie mięśnia macicy, bez widocznych patologii. Nie zauważono objawów oddzielenia się łożyska ani krwawienia wewnątrzmacicznego. Szacowana masa płodu wynosiła 2000 g. Kobieta nie odczuwała także skurczów mięśnia macicy. Lekarz zapewnił pacjentkę, że stan płodu nie wskazuje na nieprawidłowości. Zalecił jednak, aby w razie jakichkolwiek niepokojących objawów zgłaszała je położnym lub lekarzom.

Zostało wykonane badanie we wzornikach oraz położnicze wewnętrzne. Wykazało ono, że szyjka macicy jest prawidłowej długości, twarda, skierowana w kierunku kości krzyżowej, rozwarcie określono na 2 cm. Pęcherz płodowy zachowany, wody płodowe czyste. Wydzielina z pochwy prawidłowa. Pacjentka nie krwawiła i nie płamiła.

Ze względu na upadek pacjentki oraz jej epilepsję, aby ocenić dobrostan płodu, zalecono obserwację ruchów płodu. Pacjent-

ka otrzymała kartę oceny ruchów płodu oraz instruktaż prowadzenia obserwacji. Codziennie był wykonywany zapis KTG. Ocenione parametry były prawidłowe.

PROBLEMY PIELEGNACYJNE

Diagnoza pielęgnarska 1. Lęk o dobrostan płodu spowodowany upadkiem.

Cel opieki. Zniwelowanie lęku o dobrostan płodu.

Plan działania:

- zapewnienie wsparcia emocjonalnego (rozmowa z pacjentką, informowanie o stanie jej oraz płodu – w granicach kompetencji położnej, okazywanie empatii),
- monitorowanie dobrostanu płodu (KTG, monitorowanie ruchów płodu).

Uzasadnienie: Jedną z metod oceny dobrostanu płodu jest kardiografia (KTG), czyli jednoczasowy zapis czynności serca płodu oraz skurczów macicy. Standardowe badanie trwa około 30 minut. Położna powinna zwrócić uwagę na wahania czynności serca płodu – akceleracje oraz ewentualne deceleracje [2]. Inną metodą określenia dobrostanu płodu jest monitorowanie ruchów płodu metodą Cardiff. Polega ona na liczeniu ruchów płodu 3 razy dziennie w czasie jednej godziny. Pacjentka na „karcie obserwacji ruchów płodu” powinna zapisać liczbę ruchów płodu zaobserwowanych w tym czasie. Obowiązkiem położnej jest wytłumaczenie ciężarnej istoty obserwacji oraz sposobu ich wykonywania [2]. Rola położnej w zmniejszeniu lęku pacjentki o dobrostan płodu rozszerza się także do wsparcia pacjentki oraz rozmowy o jej obawach [3].

Diagnoza pielęgnarska 2. Dezorientacja oraz niepokój związany z upadkiem ze schodów oraz hospitalizacją.

Cel opieki. Zniwelowanie uczucia dezorientacji oraz niepokoju.

Plan działania:

- zapewnienie wsparcia emocjonalnego przez rozmowę, okazywanie empatii,
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

Uzasadnienie: Niepokój pacjentki związany z przyjęciem do szpitala ma negatywny wpływ na przebieg ciąży oraz stan zdrowia ciężarnej. Aby zminimalizować dezorientację pacjentki, położna powinna się przedstawić oraz nawiązać swobodną rozmowę z pacjentką, odpowiadając na zadawane przez nią pytania w sposób zrozumiały dla pacjentki. Położna powinna wykazać się empatią oraz cierpliwością. Pacjentka ze względu na dezorientację może nie rozumieć pewnych informacji i należy je powtórzyć nawet kilka razy [3]. Do obowiązków położnej należy również wytłumaczenie celu oraz istoty wykonywanych procedur medycznych i uzyskanie na nie świadomej zgody. Takie postępowanie zapewni pacjentce poczucie bezpieczeństwa oraz możliwość decydowania o sobie i sposobie leczenia [2].

Diagnoza pielęgnarska 3. Ból głowy spowodowany upadkiem oraz rozcięciem łuku brwiowego.

Cel opieki. Zminimalizowanie bólu głowy.

Plan działania:

- prowadzenie farmakoterapii przeciwbólowej,
- ocena bólu pacjentki,
- edukacja pacjentki w zakresie pielęgnowania rany.

Uzasadnienie: W celu oceny natężenia bólu wykorzystywane są różne skale. Skala VAS (skala wizualno-analogowa) polega na zaznaczeniu na poziomej lub pionowej linii przez pacjentkę punktu, który odpowiada natężeniu bólu, który obecnie odczuwa [4]. Farmakoterapią przeciwbólową z wyboru u kobiet ciężarnych jest leczenie paracetamolem. Mimo że paracetamol przenika przez barierę łożyskową, nie wykazano wpływu teratogennego lub toksycznego na płód. Nie zwiększa też ryzyka poronienia, porodu przedwczesnego lub śmierci płodu. Może

być stosowany przez cały okres trwania ciąży w dawkach 1–4 g/dobę [5]. Ważnym aspektem, by zminimalizować ból pochodzący z rozciętego łuku brwiowego jest pielęgnacja rany. Rolą położnej jest ocena oraz pielęgnacja rany w czasie hospitalizacji, a także edukacja pacjentki w tym zakresie, aby po wyjściu ze szpitala mogła samodzielnie lub z pomocą bliskich osób dbać o ranę.

Diagnoza pielęgniarska 4. Stres wywołany ciążą powikłaną epilepsją.

Cel opieki. Zniwelowanie stresu związanego z ciążą powikłaną epilepsją.

Plan działania:

- edukacja pacjentki w zakresie redukcji stresu za pomocą różnych technik, np. technik oddechowych, wizualizacji bezpiecznych miejsc,
- wsparcie emocjonalne pacjentki,
- edukacja pacjentki w zakresie ciąży powikłanej epilepsją (wpływ choroby na przebieg ciąży – ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju płodu oraz wpływu ciąży na epilepsję).

Uzasadnienie: Kobiety, które chorują na padaczkę, mają wiele obaw związanych z ciążą oraz macierzyństwem. Ważnym elementem opieki nad ciężarną z epilepsją jest wsparcie pacjentki przez położną, wyrażane w formie werbalnej – rozmowa, odpowiadanie na pytania zadawane przez pacjentkę w sposób dla niej zrozumiały. Położna powinna wykazywać się w stosunku do ciężarnej empatią, delikatnością oraz gotowością do towarzyszenia jej w każdym momencie ciąży [3]. Zadaniem położnej jest również edukacja pacjentki w zakresie ciąży powikłanej epilepsją. Należy wyjaśnić pacjentce, jak epilepsja może wpływać na ciążę oraz płód. Trzeba zwrócić uwagę na możliwość zwiększenia liczby napadów oraz ryzyko wystąpienia powikłań, takich jak: poronienie samoistne, krwotok przedporodowy lub poporodowy, zaburzenia związane z nadciśnieniem, poród przedwczesny, zahamowanie wzrastania płodu [1]. Położna powinna przeprowadzić rozmowę z pacjentką na temat negatywnego wpływu stresu na przebieg ciąży oraz jak zredukować stres. W jej gestii leży zaproponowanie ciężarnej technik relaksacyjnych, w szczególności technik oddechowych oraz wizualizacji bezpiecznego miejsca.

DYSKUSJA

W czasie pobytu w szpitalu opiekę pielęgniarską nad ciężarną z epilepsją sprawuje położna. To ona ma za zadanie rozpoznawać problemy i trudności, z jakimi zmaga się pacjentka oraz wdrażać postępowania, które skutecznie je zniwelują. Autorzy jednogłośnie wskazują, że pomimo stosowania leków przeciwpadaczkowych nowej generacji ciąża powikłana epilepsją jest ciążą wysokiego ryzyka [1, 6, 7]. Z tego powodu u ciężarnych występuje szereg obaw związanych z ciążą oraz macierzyństwem [8]. Według Rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w sprawie postępowania z kobietą z padaczką w okresie rozrodczym stosowanie lamotryginy oraz lewetyracetamu ma najniższe ryzyko malformacji u płodu [1].

Powyższe rekomendacje zalecają informowanie pacjentek chorych na epilepsję o istocie planowania ciąży. Badania wykazują, że czynnik teratogeny zawarty w lekach przeciwpadaczkowych działa już w pierwszych dniach po zapłodnieniu [1, 6].

Ważnym aspektem w planowaniu ciąży u kobiet chorujących na epilepsję jest przyjmowanie kwasu foliowego. Zmniejsza on ryzyko powstawania wad cewy nerwowej oraz – jak wykazały badania – przyczynia się do ograniczenia powstawania wad serca, układu moczowego, defektów kończyn, rozszczepu wargi i podniebienia oraz stanu przedrzucawkowego [1]. Autorzy

podkreślają, jak ważną rolę odgrywa suplementacja kwasu foliowego u ciężarnych z padaczką. Ze względu na przyjmowanie leków przeciwpadaczkowych, które są jednym z czynników obniżających stężenie folianów w organizmie, kobiety chorujące na epilepsję powinny przyjmować zwiększoną dawkę kwasu foliowego, czyli 0,8 mg aktywnej formy folianów [1, 9]. Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników zarówno w swoich rekomendacjach postępowania z ciężarnymi chorymi na padaczkę, jak i suplementowania folianów w ciąży, zaznacza, że dawka 5 mg powinna być przyjmowana tylko w przypadku, kiedy u matki, jej partnera lub ich potomstwa występowały wady cewy nerwowej. Natomiast dawkowanie folianów powyżej 5 mg jest nieuzasadnione, a ponadto może prowadzić do obniżenia progu drgawkowego [1].

W opiece nad ciężarną z epilepsją dużą rolę odgrywa jej stan emocjonalny. Ciąża jest wyjątkowym etapem w życiu każdej kobiety. Kiedy jednak nie przebiega ona prawidłowo, pojawiają się u ciężarnych negatywne emocje dotyczące okresu ciąży, które zwykle nie objawiają się u kobiet, których ciąża przebiega prawidłowo. Dotyczy to stałego lęku o dobrostan płodu, wpływ choroby oraz leków na przebieg ciąży [3, 8]. Włoszek podkreśla, jak ważne jest dbanie o komfort psychiczny pacjentki. Nie ma wątpliwości, że w kontakcie z ciężarną należy wykazywać się empatią oraz cierpliwością i zrozumieniem [3]. Również wsparcie emocjonalne przyczynia się do zminimalizowania stresu towarzyszącego pacjentce. Coraz więcej publikacji zwraca uwagę na potrzebę edukowania pacjentek, które chorują na epilepsję. Autorzy są zdania, że obawy kobiet narastają przez ich niewiedzę na temat tego, jak wygląda ciąża powikłana padaczką [3, 8].

WNIOSKI

1. W zapewnieniu opieki ciężarnej z padaczką niezbędna jest współpraca zespołu interdyscyplinarnego – neurologa, ginekologa-położnika oraz położnej – w celu zminimalizowania ryzyka powikłań dla matki i płodu.
2. U kobiet chorujących na epilepsję niezwykle ważne jest wcześniejsze zaplanowanie oraz przygotowanie się do ciąży. Istotnym jest, aby zalecić pacjentce zgłoszenie się na wizytę do położnej POZ, najlepiej na minimum 3 miesiące przed rozpoczęciem starań o dziecko.
3. Epilepsja znacząco wpływa na postrzeganie przebiegu ciąży i codzienne funkcjonowanie kobiety ciężarnej, powodując obawy o zdrowie dziecka. Dlatego pacjentki te wymagają wsparcia emocjonalnego ze strony położnych oraz społeczeństwa z powodu silnego niepokoju o dobrostan płodu.
4. U ciężarnych, które chorują na epilepsję, zwiększone jest ryzyko urazów, co stanowi bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia kobiety oraz płodu. Dlatego położna powinna dokonać oceny otoczenia pacjentki oraz przeprowadzić edukację związaną z zapobieganiem upadkom.
5. Problemy pielęgnacyjne występujące u ciężarnych chorujących na epilepsję są indywidualne dla tej grupy pacjentek oraz znacząco różnią się od problemów kobiet, u których ciąża przebiega fizjologicznie. Problemy pielęgnacyjne w znacznym stopniu uległy zniwelowaniu lub zmniejszeniu.
6. Mimo zastosowania najlepszych praktyk położniczych nie wszystkie obawy zostały zniwelowane, dlatego ważnym aspektem pracy położnych jest indywidualne podejście do problemów pacjentek, otwartość oraz komunikatywność i budowanie relacji opartej na zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.
Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Jędrzejczak J, Bomba-Opoń D, Jakiel G, i wsp. Postępowanie z kobietą z padaczką w okresie rozrodczym Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Epileptologii i Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. *Ginekol Perinatol Prakt* 2017; 2(3): 108–119.
2. Pieczykolan A, Sadowska M. Monitorowanie dobrostanu płodu – zadania położnej. *EJMT* 2015; 3(8): 24–28.
3. Włoszek K. *Identyfikowanie czynników mogących mieć wpływ na stan emocjonalny położnic* [Rozprawa Doktorska]. Poznań: Uniwersytet Medyczny; 2014.
4. Wypyszewska J, Kopański Z, Kulesa-Mrowiecka M, i wsp. Kliniczna ocena bólu. *J Clin Healthcare* 2018; 2: 6–11.
5. Patro-Małysza J, Marciniak B, Kimber-Trojnar Ż, i wsp. Choroby układu ruchu u kobiet w ciąży. *Ginekol Perinatol Prakt* 2016; 1(2): 56–65.
6. Gołyszny M, Korzonek O, Durańska M. Leki przeciwpadaczkowe i bezpieczeństwo ich stosowania w okresie ciąży i karmienia pierśią – przegląd aktualnych danych. *Pol Przegl Neurol* 2020; 16(2): 88–104.
7. Owecki MK, Kozubski W. *Choroby neurologiczne*. W: Bręborowicz GH, red. *Położnictwo i ginekologia*. Tom I. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2022: 427–429.
8. Zasępa E, Gałkowski T, red. *Oblicza psychologii klinicznej*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne (GWP); 2014.
9. Gierszewska M, Wilkowska J, Mieczkowska E. *Opieka nad kobietą ciężarną z epilepsją*. W: Klimaszewska K, Kułak W, red. *Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami z chorobami neurologicznymi*. Tom III. Białystok: Uniwersytet Medyczny; 2023: 86–96.

Adres do korespondencji:

Paulina Gródek
Zakład Podstaw Położnictwa
Katedra Położnictwa
Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. K. Bartla 5
51-618 Wrocław
E-mail: paulina.grodek@umw.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 09.11.2024 r.

Po recenzji: 24.11.2024 r.

Zaakceptowano do druku: 27.11.2024 r.