

# **AUTOREFERAT**

*dr n. med. Lidia Sierpińska*

**Lublin, 2023**

## Spis treści

<b>1. Imię i nazwisko.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych.....</b>	<b>5</b>
<b>4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.).....</b>	<b>5</b>
4.1. Tytuł osiągnięcia naukowego.....	7
4.2. Lista publikacji stanowiących osiągnięcie naukowe.....	7
4.3. Omówienie celu naukowego ww. prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania.....	8
4.3.1. Wprowadzenie.....	8
4.3.2. Cel naukowy osiągnięcia.....	9
4.3.3. Omówienie wyników osiągnięcia.....	10
4.3.4. Podsumowanie osiągnięcia naukowego.....	26
4.3.5. Spis cytowanego piśmiennictwa.....	27
4.3.6. Inne osiągnięcia naukowe.....	29
<b>5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej.....</b>	<b>34</b>
5.1. Uczestnictwo w programie Erasmus + .....	34
5.1. Odbycie wizyt studyjnych w różnych podmiotach leczniczych za granicą.....	35
5.2. Współpraca z naukowcami Ukraińskiego Instytutu Badawczego Rehabilitacji Terapii Uzdrawiskowej Ministerstwa Zdrowia Ukrainy w Odessie, Narodowego Uniwersytetu Medycznego w Odessie (Ukraina).....	38
5.3. Podsumowanie dorobku naukowego na podstawie analizy bibliometrycznej...38	38
<b>6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę.....</b>	<b>40</b>
6.1. Prowadzenie szkoleń dla cywilnej i wojskowej kadry medycznej.....	40
6.2. Kierownik kursów specjalistycznych, kwalifikacyjnych.....	41
6.3. Wykładowca w trakcie specjalizacji.....	42

6.4. Wykładowca w liceum i studium medycznym na różnych kierunkach.....	42
<b>7. Inne informacje.....</b>	<b>43</b>
7.1. Doskonalenie podyplomowe zdobyte.....	43
7.2. Opinie.....	45
7.3. Promotor, recenzent prac dyplomowych.....	46
7.4. Praca w komisjach.....	46
7.5. Opracowanie programów.....	47
7.6. Nagroda za działalność naukową.....	48
7.7. Odznaczenia.....	48

## Autoreferat

**1. Imię i nazwisko:** Lidia Elżbieta Sierpińska

ORCID: 0000-0003-4837-3646

**2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.**

<b>2013</b>	<p>Dyplom specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego – nr dyplomu 22337/13.</p> <p>Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.</p>
<b>2008</b>	<p>Dyplom specjalisty w dziedzinie zdrowia publicznego – nr dyplomu 125/08</p> <p>Ministerstwo Zdrowia w Warszawie.</p>
<b>2001</b>	<p>Dyplom doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej.</p> <p>Wydział Lekarski, Akademia Medyczna w Lublinie.</p> <p>Tytuł rozprawy doktorskiej: <i>Praca zespołu terapeutycznego w opiece nad chorym w szpitalach z akredytacją i bez certyfikatu akredytacyjnego.</i></p> <p>Promotor: dr hab. n. med. Anna Ksykiewicz-Dorota</p> <p>Recenzenci: prof. dr hab. Leszek Wdowiak; prof. dr hab. Tadeusz Mosiniak</p>
<b>1996</b>	<p>Dyplom ukończenia Podyplomowych Studiów Ekonomicznych Kierunek Menedżerski dla Kierowniczej Kadry w Zakładach Opieki Zdrowotnej.</p> <p>Wydział Ekonomii UMCS w Lublinie. Wynik ukończenia – bardzo dobry</p> <p>Tytuł pracy dyplomowej: <i>Prawa pacjenta wobec zmian systemowych w ochronie zdrowia.</i></p>
<b>1994</b>	<p>Dyplom ukończenia studiów magisterskich.</p> <p>Wydział Pielęgniarski, Akademia Medyczna w Lublinie. Wynik ukończenia – bardzo dobry.</p> <p>Tytuł pracy magisterskiej: <i>Czynniki warunkujące adaptację społeczno-zawodową pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu</i></p>

### 3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych

<b>2021- obecnie</b>	Adiunkt, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Nauk Stosowanych im. Wincentego Pola w Lublinie – <i>na etacie</i>
<b>2014-2019</b>	Wydział Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Finansów i Bankowości w Ostrowcu Świętokrzyskim – umowy cywilnoprawne (wykłady, ćwiczenia, seminaria magisterskie)
<b>2008- obecnie</b>	Wydział Nauk o Zdrowiu, Lubelska Akademia WSEI w Lublinie – umowy cywilnoprawne (wykłady, ćwiczenia, zajęcia praktyczne, praktyki zawodowe, seminaria magisterskie)
<b>2007- obecnie</b>	Pełnienie funkcji Konsultanta Krajowego ds. Obronności w dziedzinie pielęgniarstwa. Szeroki zakres zadań Konsultanta Krajowego wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia i jest związany wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju – umowa cywilnoprawna
<b>2006- obecnie</b>	Adiunkt, Wydział Nauk o Zdrowiu, Radomska Szkoła Wyższa w Radomiu – <i>na etacie</i>
<b>1994- obecnie</b>	Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie – umowy cywilnoprawne (wykłady, ćwiczenia, zajęcia praktyczne, praktyki zawodowe)
<b>1978- obecnie</b>	1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Lublinie – <i>na etacie</i> : - 1995-obecnie – naczelną pielęgniarką szpitala - 1990-1995 – przełożoną pielęgniarek - 1978-1990 – pielęgniarką oddziału neurologii  (2007-2021 – nieetatowo Pełnomocnik Komendanta ds. Systemów Zarządzania Jakością)

### 4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.).

#### 4.1. Tytuł osiągnięcia naukowego

Uzyskane osiągnięcie naukowe, stanowiące podstawę ubiegania się o stopień naukowy doktora habilitowanego, zostało przedstawione w monotematycznym **cyklu 7 prac** oryginalnych opublikowanych w latach 2021-2023 objętych wspólnym tytułem:

**„Analiza sytuacji zdrowotnej i społecznej osób  
z rozpoznaniem wirusowym zapaleniem wątroby typu C (WZW typu C)”**

#### 4.2. Lista publikacji stanowiących osiągnięcie naukowe

Rozprawę habilitacyjną tworzy monotematyczny **cykl 7 prac**. Łączna wartość współczynnika **Impact factor** wynosi **10,300**, a suma punktów **MNiSW/MEiN** wynosi **490** punktów.

1. **Sierpińska L.:** Circumstances of infection with HCV in selected Polish provinces. Journal of Education, Health and Sport. 2021; 11(2): 41-52. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2021.11.02.005>

**Praca oryginalna  
IF = 0; MNiSW/MEiN = 40,00 punktów**

*Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na opracowaniu koncepcji badań i metodyki badań, interpretacji wyników badań, napisaniu manuskryptu, ostatecznej redakcji tekstu i wysłaniu do czasopisma. Mój udział szacuję na 100%.*

2. **Sierpińska L.:** Assessment of the degree of illness acceptance in patients diagnosed with hepatitis C. Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2022; 29(2): 224-231. <https://doi.org/10.26444/aaem/145375>

**Praca oryginalna  
IF = 1,700; MNiSW/MEiN = 100 punktów**

*Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na opracowaniu koncepcji badań i metodyki badań, interpretacji wyników badań, napisaniu manuskryptu, ostatecznej redakcji tekstu i wysłaniu do czasopisma, poprawieniu pracy po otrzymaniu recenzji. Mój udział szacuję na 100%.*

3. **Sierpińska L.E.:** Assessment of health behaviors of patients with Hepatitis C. American Journal of Health Behavior 2022; 46(5): 586-594. <https://doi.org/10.5993/AJHB.46.5.9>

**Praca oryginalna  
IF = 2,300; MNiSW/MEiN = 70,00 punktów**

4. **Sierpińska L.:** Expectations of patients with hepatitis C from family physicians – a Polish example. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2022; 29(4): 529-537. <https://doi.org/10.26444/aaem/157357>

**Praca oryginalna**  
**IF = 1,700; MNiSW/MEiN = 100,00 punktów**

*Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na opracowaniu koncepcji badań i metodyki badań, interpretacji wyników badań, napisaniu manuskryptu, ostatecznej redakcji tekstu i wysłaniu do czasopisma, poprawieniu pracy po otrzymaniu recenzji. Mój udział szacuję na 100%.*

5. **Sierpińska L.E.:** Concept of health in opinions of patients diagnosed with hepatitis C. *American Journal of Health Behavior* 2022; 46(6): 643-653. <https://doi.org/10.5993/AJHB.46.6.7>

**Praca oryginalna**  
**IF = 2,300; MNiSW/MEiN = 70,00 punktów**

*Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na opracowaniu koncepcji badań i metodyki badań, interpretacji wyników badań, napisaniu manuskryptu, ostatecznej redakcji tekstu i wysłaniu do czasopisma, poprawieniu pracy po otrzymaniu recenzji. Mój udział szacuję na 100%.*

6. **Sierpińska L.E.:** Assessment of coping with illness among patients with hepatitis C – on example of research in Poland. *Journal of Education, Health and Sport*. 2023; 22(1): 69-86. <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.22.01.007>

**Praca oryginalna**  
**IF = 0; MNiSW/MEiN = 40,00 punktów**

*Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na opracowaniu koncepcji badań i metodyki badań, interpretacji wyników badań, napisaniu manuskryptu, ostatecznej redakcji tekstu i wysłaniu do czasopisma, poprawieniu pracy po otrzymaniu recenzji. Mój udział szacuję na 100%.*

7. **Sierpińska L.E.:** Assessment of the level of life satisfaction and health behaviors among patients with chronic hepatitis C. *American Journal of Health Behavior* 2023; 47(3): 595-604. <https://doi.org/10.5993/AJHB.47.3.17>.

**Praca oryginalna**  
**IF = 2,300; MNiSW/MEiN = 70,00 punktów**

*Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na opracowaniu koncepcji badań i metodyki badań, interpretacji wyników badań, napisaniu manuskryptu, ostatecznej redakcji tekstu i wysłaniu do czasopisma, poprawieniu pracy po otrzymaniu recenzji. Mój udział szacuję na 100%.*

Badania naukowe, których efektem są wymienione wyżej publikacje, nie były finansowane z żadnych źródeł, poza własnymi.

### **4.3. Omówienie celu naukowego wymienionych wyżej prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania**

#### **4.3.1. Wprowadzenie**

Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW typu C) stanowi jeden z priorytetów zdrowia publicznego w kraju i na świecie w obszarze chorób zakaźnych. W opinii Światowej Organizacji Zdrowia wirusowe zapalenie wątroby typu C zostało uznane za jedno z największych światowych zagrożeń epidemiologicznych, o czym świadczy przyjęta Strategia dotycząca zwalczania WZW w latach 2016-2021 (*Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021*) [1].

Czynnikiem etiologicznym wirusowego zapalenia wątroby typu C jest wirus HCV (ang. *hepatitis C virus*). Wirus HCV jest przenoszony za pośrednictwem krwi, a namnaża się (replikuje) głównie w komórkach wątroby (hepatocytach), ale także i w innych narządach, tj.: śledzionie, trzustce, nadnerczach, mózgu, szpiku kostnym, tarczycy, węzłach chłonnych; komórkach jednojądrowych krwi obwodowej (limfocyty, monocyty, makrofagi) [2].

Najczęściej do zakażenia wirusem HCV dochodzi w związku z zabiegami medycznymi wykonanymi w podmiotach leczniczych [3]. Główne ryzyko zakażeń wiąże się z: przetaczaniem krwi i/lub preparatów krwiopochodnych, przeszczepem narządów (przed 1992 rokiem), zabiegami operacyjnymi i endoskopowymi, porodem, hemodializą, wstrzyknięciami dożylnymi, zabiegami stomatologicznymi [4]. Zakażenie wirusem HCV może nastąpić w związku z zabiegami medycyny estetycznej, w czasie zabiegów typu tatuaż, piercing oraz w czasie usług kosmetycznych w rodzaju manicure, pedicure.

Na podstawie badań epidemiologicznych przeprowadzonych w Polsce w latach 2009-2012 szacuje się, że zakażonych wirusem HCV w populacji osób dorosłych było około 730 tys. osób (2% ogółu populacji). Z danych szacunkowych wynika, że na świecie zakażonych jest około 170 milionów ludzi (3% światowej populacji) [5,6,7]. Należy zaznaczyć, że trudna jest do oszacowania grupa osób, która nie wie o zakażeniu wirusem HCV.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C jest chorobą przewlekłą, która nieleczona może prowadzić do raka wątrobowokomórkowego. Ważnym aspektem w profilaktyce wirusowego zapalenia wątroby typu C jest świadomość społeczeństwa na temat ryzyka zakażeń w podmiotach leczniczych, w sektorze usług o zwiększonym ryzyku transmisji zakażeń krwiopochodnych lub innych okolicznościach związanych z kontaktem.

#### **4.3.2. Cel naukowy osiągnięcia**

Cel naukowo-badawczy: *Rozpoznanie zdrowotnych i społecznych problemów występujących u osób z wirusowym zapaleniem wątroby typu C.*

Osiągnięciem powyższego celu naukowo-badawczego przedstawionego do postępowania habilitacyjnego jest cykl publikacji pod wspólnym tytułem:

*„Analiza sytuacji zdrowotnej i społecznej osób z rozpoznanym wirusowym zapaleniem wątroby typu C (WZW typu C)”*

W ciągu mojej kariery zawodowej, jako naczelną pielęgniarką szpitala i pełniąc okresowo funkcję pielęgniarki epidemiologicznej a także, jako wykładowca na studiach pierwszego i drugiego poziomu na kierunku pielęgniarstwo, wielokrotnie przekonywałam się jak ważna jest profilaktyka ekspozycji zawodowej, aby nie doszło do zakażenia wirusem HCV. Niejednokrotnie dostrzegałam, jak istotne jest szybkie i prawidłowe postępowanie poekspozycyjne, aby u podwładnych pracowników/studentów nie doszło do rozwoju przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C. Poza tym w trakcie wieloletniej praktyki zawodowej zauważyłam, że osoby zakażone wirusem HCV obawiały się lub doświadczały stygmatyzacji. Jednocześnie zwracałam uwagę na problemy opieki nad chorymi, u których było rozwinięte przewlekłe zapalenie wątroby typu C. Szczególnie zainteresowały mnie trudności w opiece nad pacjentami z powikłaniami – marskość wątroby i rak wątrobowokomórkowy. W trakcie pracy zawodowej, jako naczelną pielęgniarką oraz jako adiunkt starałam się przekazywać wiedzę i kształtować umiejętności fachowe u podwładnych pracowników/studentów, aby profesjonalnie opiekowali się pacjentami z WZW typu C, aby prezentowali holistyczne podejście do chorego, udzielali im wsparcia w sferze bio-psycho-społecznej.

Zainicjowanie niniejszych badań wynikało także z tego, że wirusowe zapalenie wątroby typu C jest ważnym problemem zdrowotnym i społecznym w kraju oraz jest istotnym elementem polityki zdrowotnej w Polsce. Na duży rozmiar problemu WZW

typu C w kraju, składa się szereg aspektów: zapadalność, niska wykrywalność, wysoki współczynnik zakażeń szpitalnych spowodowanych wirusem HCV (33,0%), brak badań przesiewowych, brak badań dotyczących medycznych i społecznych problemów pacjentów zakażonych WZW typu C. Poza tym, wśród społeczeństwa polskiego obserwuje się niski poziom wiedzy na temat: ryzyka zakażeń wirusem HCV i rozwoju przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C; ryzyka rozwoju raka wątrobowokomórkowego; możliwości leczenia farmakologicznego, dietetycznego, usprawniania i wsparcia psychicznego w przewlekłym WZW typu C.

Dlatego też moje badanie dotyczyło rozpoznania wielu problemów zdrowotnych i społecznych u osób z rozpoznaniem wirusowym zapaleniem wątroby typu C, zamieszkałych w różnych obszarach (miejskich i wiejskich) na terenie kraju. W tym celu użyłam po raz pierwszy w Polsce standardowych narzędzi badawczych, które nie miały dotychczas zastosowania w badaniach wśród takiej grupy chorych z WZW typu C, borykających się z tą chorobą od 5 do ponad 20 lat.

Rodzaje zastosowanych narzędzi standardowych:

1. Skala Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale - AIS*).
2. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (*IZZ*).
3. Lista Kryteriów Zdrowia (*LKZ*).
4. Test Lista Oczekiwań Pacjenta (*Patient Request Form – PRF*).
5. Kwestionariusz - Krótka Metoda Oceny Radzenia Sobie z Chorobą (*KMORSZCH*).
6. Skala Satysfakcji z Życia (*Satisfaction With Life Scale – SWLS*).

W trakcie zbierania materiału badawczego zaobserwowałam, że były osoby zakażone wirusem HCV, które doświadczały stygmatyzacji. Z tego powodu wielu respondentów odmówiło udziału w badaniu z powodu obaw ich identyfikacji przez pracodawcę, rodzinę lub znajomych, mimo anonimowego charakteru badania.

#### **4.3.3. Omówienie wyników osiągnięcia**

Badaniem objęto grupę 220 osób zakażonych w różnym okresie czasu wirusem HCV. Wiek badanych wahał się od 18 do 87 lat. W badanej grupie niewiele większy udział miały kobiety (52,3% – 115 badanych) w stosunku do mężczyzn (47,7% – 105 badanych). Grupę badawczą stanowili pacjenci leczeni w 7 szpitalach zlokalizowanych w 4 województwach na terenie Polski. W strukturze tych szpitali były poradnie podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie badani byli objęci stałą opieką lekarzy

rodziny. Podstawowym kryterium zakwalifikowania osób do grupy badawczej było wirusowe zapalenie wątroby typu C, potwierdzone rozpoznaniem lekarskim. Poza tym badaniem objęto studentów Radomskiej Szkoły Wyższej w Radomiu, ich członków rodzin lub osób bliskich, którzy byli leczeni ambulatoryjnie przez lekarzy rodzinnych i wyrazili zgodę na udział w badaniu. Badanie przeprowadzono w okresie od sierpnia 2014 r. do maja 2018 r.

W **pierwszej publikacji cyklu** rozpoznano okoliczności zakażenia wirusem HCV w polskiej populacji osób dorosłych. W systematycznych przeglądach piśmiennictwa napotkano na doniesienia o różnych okolicznościach zakażenia wirusem HCV [8,9,10]. Wobec powyższego ten problem był motywem do podjęcia niniejszego badania w celu rozpoznania okoliczności zakażenia wirusem HCV wśród osób dorosłych polskiej populacji. Do zrealizowania badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był standaryzowany autorski kwestionariusz wywiadu, który zawierał, między innymi, pytania dotyczące danych socjodemograficznych, takich jak: płeć, wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, stan cywilny. Kwestionariusz wywiadu zawierał także pytania dotyczące: okoliczności zakażenia wirusem HCV, samooceny poziomu wiedzy na temat WZW typu C, samopoczucia osób zakażonych wirusem HCV pod kątem niepełnosprawności, panującej atmosfery w rodzinie zakażonych. Większość badanych (62,7%) podała, że nie znała okoliczności zakażenia wirusem HCV, a ponad  $\frac{1}{3}$  respondentów (37,3%) miała wiedzę na ten temat. Z analizy danych dotyczących okoliczności zakażenia wirusem HCV wynika, że podane przez badane osoby okoliczności zakażenia są dość zróżnicowane. Blisko czwarta część tej grupy badanych podała, że fakt zakażenia mógł wystąpić „w trakcie zabiegu operacyjnego” – 24,4%. Drugie miejsce zajęli respondenci, którzy wymienili odpowiedź „w związku z przetoczeniem krwi” – 15,9%. Pozostałe okoliczności, które mogły być przyczynami zakażeń, były to: „w trakcie leczenia stomatologicznego” – 8,5%; „w trakcie porodu”, „w związku z przeszczepem narządu” i „w trakcie dializoterapii” – po 6,1%; „podczas leczenia w oddziale zachowawczym” i „w związku z ekspozycją zawodową” – po 4,9%; „wstrzykiwanie narkotyku” i „w związku z tatuażem” – po 2,4%; „plazmafereza” – 1,2%. Najlicniejsza grupa badanych (39,1%) podała, że czas trwania ich choroby mieścił się w przedziale od 11-20 lat. Czwarta część badanych (25,9%) chorowała od 6-10 lat, natomiast dla piątej części (20,0%) był to okres czasu od 1 do 5 lat. Najmniej było osób, u których czas trwania choroby wynosił ponad 20 lat (15,0%). Ponad połowa respondentów leczyła się

z powodu WZW typu C (61,8%), a 38,2% badanych nie były leczone w związku z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C. W badaniu uwzględniono także samoocenę badanych osób w zakresie wiedzy dotyczącej wirusowego zapalenia wątroby typu C, przyjęto następujące kategorie oceny: bardzo wysoki, wysoki, średni, niski, bardzo niski. Najwyższy wskaźnik samooceny poziomu wiedzy na temat WZW typu C była na poziomie średnim - dotyczył 72,7% badanych – średnia wieku 54,3 lata. Najmłodsza osoba miała 18 lat, a najstarsza 87 lat, mediana – 56,0 lat. Drugie miejsce z wynikiem 12,3% przypadło osobom wyrażającym wysoki poziom wiedzy na temat WZW typu C, a trzeci wynik niski poziom – 11,4%. Nieliczne badane osoby prezentowały bardzo wysoki poziom wiedzy (2,3%) – najmłodsza osoba miała 31 lat, a najstarsza 65 lat. Bardzo niski poziom wiedzy na temat WZW typu C wyraziło 1,4% badanych – najmłodsza osoba miała 43 lata, a najstarsza 65 lat. Uzyskane zależności nie były istotne pod względem statystycznym ( $p > 0,05$ ), a korelacja lekko dodatnia ( $R = 0,03$ ). Każdy badany został zapytany, czy czuje się osobą niepełnosprawną z powodu zakażenia wirusem HCV. Najczęściej badani podali, że nie czuli się osobami niepełnosprawnymi z powodu zakażenia wirusem HCV (78,6%). Piąta część badanych (21,4%) czuła się osobami niepełnosprawnymi. Najczęściej ta grupa badanych przejawiała niechęć do ujawniania choroby. Najwięcej badanych z wirusowym zapaleniem wątroby typu C (45%) oceniło, że w ich rodzinie panowała „często” przyjazna atmosfera. Na drugim miejscu badani stwierdzili, że „zawsze” (36,4%), a „rzadko” 10,5% badanych.

Wyniki pierwszej publikacji dowodzą, że osoby z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C częściej nie miały wiedzy, w jakich okolicznościach doszło u nich do zakażenia wirusem HCV. Ponad  $\frac{1}{3}$  badanych podała okoliczności, w jakich mogło dojść do zakażenia wirusem HCV – głównie w szpitalu w związku z operacją, leczeniem zachowawczym, porodem, przeszczepem narządu, dializoterapią, przetoczeniem krwi, plazmaferezą. Inne okoliczności, które mogły być przyczyną zakażenia badanych, to: leczenie stomatologiczne, ekspozycja zawodowa, tatuaż, wstrzykiwanie narkotyku. Zakażeni wirusem HCV prezentowali częściej średni poziom wiedzy na temat WZW typu C. Więcej było osób, które nie czuły się osobami niepełnosprawnymi z powodu WZW typu C. Wyniki badania potwierdzają potrzebę edukacji populacji polskiej w zakresie ryzykownych okoliczności zakażenia wirusem HCV oraz istoty przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C.

W drugiej publikacji cyklu skupiono się na ocenie akceptacji choroby u osób z przewlekłym zapaleniem wątroby typu C. W systematycznych przeglądach piśmiennictwa napotkano na doniesienia z badań jakości życia osób zakażonych wirusem HCV [11,12,13], ale nie napotkano na wyniki badania poziomu akceptacji wirusowego zapalenia wątroby typu C, nie badano w jakim stopniu osoby z przewlekłym zapaleniem wątroby typu C akceptują swoją chorobę. Wirusowe zapalenie wątroby typu C jest chorobą przewlekłą, która nieleczona może prowadzić do marskości i/lub raka wątrobowokomórkowego [14,15,16,17,18,19]. Ważnym problemem w przebiegu przewlekłej choroby jest poziom jej akceptacji. Wysoki poziom akceptacji wiąże się między innymi z częstym wyborem zachowań prozdrowotnych, które skutkują lepszymi wynikami w leczeniu choroby, utrzymaniem właściwej diety i utrzymaniem lepszej kondycji psychicznej. Postawy zdrowotne w tych zakresach mogą odroczyć ryzyko rozwoju marskości wątroby i choroby nowotworowej lub nawet go wykluczyć. Na akceptację choroby składa się cały proces zmian, którego celem jest przywrócenie równowagi i poczucia kontroli nad własnym życiem. Do oceny poziomu akceptacji choroby, jaką było WZW typu C, w badanej grupie wykorzystano standardowe narzędzie - Skalę Akceptacji Choroby (AIS) [20]. Zakres skali AIS, zgodnie z kryteriami narzędzia standardowego, mieści się w granicy od 8 do 40 punktów – tabela 1.

Tab. 1. Stopień akceptacji choroby określony przez badane osoby według skali AIS

Poziom akceptacji choroby (wynik AIS)	n	%
brak akceptacji lub niska akceptacja choroby (<20 pkt.)	63	28,7
średnia akceptacja choroby (20-30 pkt.)	92	41,8
wysoka, pełna akceptacja choroby (>30 pkt.)	65	29,5
Ogółem	220	100,0

Z badania własnego wynika, że osoby dorosłe, zakażone wirusem HCV, najczęściej prezentowały średni poziom akceptacji swojej choroby (20-30 pkt.) – 41,8% badanych. Drugą grupę tworzyli respondenci, którzy wyrazili wysoki poziom akceptacji swojej choroby (>30 pkt.) – 29,5% badanych, a na trzecim miejscu byli badani zakażeni wirusem HCV, którzy na niskim poziomie lub w ogóle nie akceptowali swojej choroby (<20 pkt.) – 28,6% badanych. Otrzymane wyniki dowodzą, że do większości stwierdzeń płeć, wiek, wykształcenie i stan cywilny nie różnicowały częstości odpowiedzi

ankietowanych ( $p > 0,05$ ). Różnica istotna pod względem statystycznym dotyczyła akceptacji ( $> 30$  pkt.) przez badanych zamieszkałych w mieście w porównaniu do mieszkańców wsi ( $p < 0,05$ ). Natomiast niski poziom lub brak akceptacji wirusowego zapalenia wątroby typu C ( $< 20$  pkt.) dotyczył istotnie częściej badanych, którzy nie pracowali, a utrzymywali się z renty/emerytury lub mieli status osoby bezrobotnej ( $p < 0,05$ ). Wykazano także, że im badani wykazywali niższą samocenę stanu zdrowia, tym ich akceptacja choroby była na istotnie niższym poziomie ( $p < 0,05$ ;  $R = -0,36$ ). Poza tym udowodniono, że większość badanych (78,6%), którzy nie odczuwali niepełnosprawności, pomimo WZW typu C, przejawiali istotnie wyższy poziom akceptacji choroby w porównaniu do respondentów z poczuciem niepełnosprawności ( $p < 0,05$ ;  $Z = 4,18$ ). Stwierdzono, że najniższy poziom akceptacji choroby wyrażały osoby z najniższym poziomem wykształcenia ( $p > 0,05$ ). Kobiety częściej aniżeli mężczyźni wyrażały niski poziom akceptacji swojej choroby ( $p > 0,05$ ). Niski poziom akceptacji przewlekłego zapalenia wątroby typu C ( $< 20$  pkt.) najczęściej wyrażali badani w wieku 66-87 lat ( $p > 0,05$ ) oraz pacjenci, którzy chorowali od 11-20 lat i więcej niż 20 lat ( $p > 0,05$ ). Nieliczne osoby z WZW typu C wyrażające niski poziom akceptacji choroby zasygnalizowały problemy z dostępnością do lekarza (5,3%).

Wyniki drugiej publikacji dowodzą, że pomimo różnych dolegliwości wirusowego zapalenia wątroby typu C, osoby zakażone wirusem HCV głównie akceptowały fakt choroby w stopniu średnim, a 29,5% badanych na poziomie wysokim. Z uwagi na to, że około  $\frac{1}{3}$  badanych akceptowała swoją chorobę na niskim poziomie lub w ogóle nie akceptowała, wymagają one wsparcia w codziennym życiu ze strony specjalistów, najlepiej w programie długotrwałej indywidualnie planowanej rehabilitacji. Skuteczne wsparcie psychologa, który jest członkiem zespołu rehabilitacyjnego, jest dużą szansą na poprawienie jakości życia osób z wirusowym zapaleniem wątroby typu C w każdej sferze życia, tj. fizycznej, psychicznej i społecznej. Każdy poziom świadczonego wsparcia może, a często przekłada się na wyższy poziom akceptacji przewlekłej choroby, jaką jest WZW typu C.

Celem **trzeciej publikacji cyklu** była ocena zachowań zdrowotnych pacjentów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C oraz określenie poziomu związku wybranych zmiennych społecznych i demograficznych. Do zrealizowania badania wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Zastosowano dwa narzędzia badawcze: standaryzowany autorski kwestionariusz wywiadu oraz standardowy Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Zygrydy Juczyńskiego [21]. Z badań nad

osobami zakażonymi wirusem HCV, przeprowadzonych w Polsce, w 2015 roku, z użyciem Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wynika, iż kobiety charakteryzowały się znamienne wyższym poziomem zachowań zdrowotnych niż mężczyźni [22]. Z badania własnego wynika, iż u respondentów stwierdzono najwyższą średnią wartość, świadczącą o prozdrowotnych zachowaniach, w przypadku trzech kategorii IZZ: zachowania profilaktyczne ( $3,4 \pm 0,7$ ), pozytywne nastawienie psychiczne ( $3,4 \pm 0,6$ ) oraz praktyki zdrowotne ( $3,4 \pm 0,7$ ). Najniższą wartością, świadczącą o najmniej prozdrowotnym zachowaniu respondentów, stwierdzono względem prawidłowych nawyków żywieniowych, była to wartość  $3,3 \pm 0,7$ . Udowodniono, że w zakresie zachowań zdrowotnych najwięcej zakażonych wirusem HCV (40,5%) uzyskało wyniki na przeciętnym poziomie (sten 5–6), na drugiej pozycji (30,9% badanych) niskie wyniki (sten 1-4). Najmniejszy był udział osób (28,6%), z wynikami na poziomie wysokim (sten 7-10). Kobiety częściej wyrażały zachowania zdrowotne w niższych kategoriach aniżeli mężczyźni. Na poziom niski (sten 1-4) wskazało 35,6% kobiet, mężczyźni stanowili tu 25,7%. Częściej poziom niski (sten 1-4) dotyczył 35,6% kobiet w porównaniu do mężczyzn (25,7%). Z kolei zachowania zdrowotne na poziomie przeciętnym (sten 5-6) nieco częściej dotyczył mężczyzn – 41,0% aniżeli kobiet – 40,0%. Wysoki poziom zachowań zdrowotnych (sten 7-8) częściej dotyczył mężczyzn (33,3%) aniżeli kobiet (24,4%). Wykazano istotne różnice w poziomie zachowań zdrowotnych zależnie od płci ( $p < 0,05$ ). Poziom zachowań zdrowotnych w niskiej kategorii (sten 1-4) prezentowały głównie osoby w najmłodszej kategorii wieku - 18-35 lat (46,6%). Drugie miejsce zajęli tu badani w grupie wieku 36-50 lat (41,2%), a kolejne trzecie, respondenci w wieku 51-65 lat (27,9%). W grupie osób najstarszych (66-87 lat) niski poziom zachowań zdrowotnych dotyczył 15,9% tej grupy. W subpopulacji osób, które uznały swoje zachowania zdrowotne na poziomie przeciętnym (sten 5-6) najwyższy odsetek dotyczył badanych w wieku 51-65 lat (44,1%), a następnie osób najstarszych (66-87 lat) – 43,2%. W grupie osób w wieku 36-50 lat taką ocenę wyraziło 36,8%. Najmniejszy udział miały tu osoby w najmłodszej grupie wieku (18-35 lat) – 26,7%. Wśród osób zakażonych wirusem HCV, które wyrażały wysoki poziom zachowań zdrowotnych (sten 7-10), najwyższy odsetek stanowili badani najstarsi (66-87 lat) – 40,9%. W grupie wieku 51-65 lat takich osób było 28,0%, a w najmłodszej (18-35 lat) – 26,7%, natomiast w wieku 36-50 lat – 22,0%. Wyniki dotyczące zachowań zdrowotnych, zależnie od wieku nie były istotne ( $p > 0,05$ ). Wyniki zachowań zdrowotnych badanych osób z WZW typu C, według kryteriów IZZ,

zależnie od wieku, były na istotnie wyższym poziomie ( $p < 0,05$ ) w trzech kategoriach. Wykazano, że im badani byli starsi (66-87 lat), tym ich postawy były częściej prozdrowotne w zakresie zachowań profilaktycznych ( $R=0,33$ ), pozytywnego nastawienia psychicznego ( $R=0,27$ ), praktyk zdrowotnych ( $R=0,20$ ). Poza tym wykazano, że im badani byli starsi (66-87 lat), tym częściej prezentowali prawidłowe nawyki żywieniowe ( $R=0,12$ ), ale zależność ta nie była istotna,  $p > 0,05$ . Osoby pracujące prezentowały istotnie niższy poziom zachowań zdrowotnych w czterech kategoriach IZZ ( $p < 0,05$ ). Najniższą wartością, świadczącą o antyzdrowotnym zachowaniu tej grupy respondentów, stwierdzono odnośnie prawidłowych zachowań profilaktycznych -  $3,1 \pm 0,8$  ( $Z=4,43$ ). Niski poziom zachowań zdrowotnych stwierdzono w przypadku pozostałych trzech kategorii IZZ, tj. praktyki zdrowotne ( $3,2 \pm 0,7$ ), pozytywne nastawienie psychiczne ( $3,2 \pm 0,7$ ) oraz prawidłowe nawyki żywieniowe ( $3,2 \pm 0,8$ ). Wykazano, że osoby zaliczone do kategorii stanu cywilnego – kawaler, panna i rozwiedzeni prezentowały istotnie niższy poziom zachowań zdrowotnych w dwóch kategoriach IZZ ( $p < 0,05$ ), tj. zachowań profilaktycznych i pozytywnego nastawienia psychicznego. Wykazano, że najrzadziej prozdrowotne zachowania tej grupy respondentów, dotyczyły zachowań profilaktycznych (osoby rozwiedzione -  $3,1 \pm 0,8$  i kawaler, panna -  $3,2 \pm 0,8$ ) -  $H=15,82$ ;  $p < 0,05$ . Na dalszej pozycji, na porównywalnym poziomie, niski poziom zachowań zdrowotnych stwierdzono w przypadku pozytywnego nastawienia psychicznego (osoby rozwiedzione -  $3,2 \pm 0,6$  i kawaler, panna -  $3,2 \pm 0,6$ ) -  $H=9,70$ ;  $p < 0,05$ . Według kryteriów IZZ, mimo zaleconej diety przez lekarza, stwierdzono niski poziom zachowań zdrowotnych w przypadku wszystkich czterech kategorii IZZ: prawidłowe nawyki żywieniowe ( $3,3 \pm 0,8$ ), zachowania profilaktyczne ( $3,3 \pm 0,8$ ), pozytywne nastawienie psychiczne ( $3,3 \pm 0,6$ ) oraz praktyki zdrowotne ( $3,3 \pm 0,7$ ). W przypadku badanych osób, które otrzymały od lekarza zalecenie przestrzegania diety, w związku z WZW typu C, częściej antyzdrowotne zachowania stwierdzono w zakresie praktyk zdrowotnych ( $3,3 \pm 0,7$ ;  $Z=2,34$ ;  $p < 0,05$ ).

Na podstawie trzeciej publikacji udowodniono, że około  $\frac{1}{2}$  badanych z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C prezentowała zachowania zdrowotne głównie na poziomie przeciętnym, a  $\frac{1}{3}$  badanych na poziomie niskim – osoby z WZW typu C wymagają edukacji zdrowotnej. Zalecenia prozdrowotne winny głównie dotyczyć prawidłowych nawyków żywieniowych, a także zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych. W edukacji zdrowotnej winni być zaangażowani wszyscy członkowie zespołu

terapeutycznego, co może przełożyć się na wyższy poziom jakości życia osób z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C.

W **czwartej publikacji cyklu** oceniono oczekiwania osób z WZW typu C wobec lekarzy rodzinnych. Według polskiej grupy ekspertów HCV ważnym aspektem w przebiegu WZW typu C jest zapewnienie osobom zakażonym wczesnej diagnostyki i leczenia farmakologicznego i dietetycznego. Pacjent, który dowiedział się o zakażeniu wirusem HCV, często przeżywa wiele obaw w związku z leczeniem, rokowaniem, dalszym funkcjonowaniem w życiu rodzinnym i zawodowym [23]. W przypadku późnego wykrycia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C, u 15-30% chorych uaktywnia się marskość wątroby z ryzykiem rozwoju pierwotnego raka wątroby. Pacjenci z WZW typu C są zmuszeni do korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej w środowisku lokalnym. Lekarze rodzinni pełnią kluczową rolę w opiece nad przewlekle chorym. Udzielają informacji o istocie choroby, nadają kierunek w diagnostyce i leczeniu oraz są ważnym ogniwem w udzielaniu wsparcia emocjonalnego. Jednocześnie pacjenci oczekują wysokiego poziomu udzielanych świadczeń. W literaturze przedmiotu napotkano na doniesienia z badań jakości życia osób zakażonych wirusem HCV, przeprowadzonych przez Cardoso et al. oraz Cossais et al [24,25], ale nie napotkano na wyniki badania oczekiwań pacjentów wobec lekarzy ogólnych rodzinnych opiekujących się chorymi z wirusowym zapaleniem wątroby typu C. Wobec powyższego osoby z WZW typu C muszą być pod stałą opieką lekarską w warunkach ambulatoryjnych. Lekarze rodzinni winni zapewnić chorym profesjonalną opiekę medyczną wraz z zapewnieniem poczucia bezpieczeństwa. Dlatego za istotne uznano rozpoznanie opinii osób z rozpoznaniem przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C na temat oczekiwań wobec lekarza rodzinnego w zakresie wyjaśnienia istoty choroby, uzyskania informacji na temat badań i leczenia, a także wsparcia emocjonalnego. W badaniu własnym wykorzystano metodę badawczą - sondaż diagnostyczny. Zastosowano dwa narzędzia badawcze. Pierwszym był standaryzowany autorski kwestionariusz wywiadu - opracowany do celów niniejszego badania. Zawierał między innymi pytania dotyczące danych demograficzno-społecznych. W kwestionariuszu ankiety ujęto także pytania dotyczące samooceny stanu zdrowia badanych, poczucia bycia osobą niepełnosprawną, zaleceń dietetycznych przez lekarza po zdiagnozowaniu WZW typu C. Drugim narzędziem był standardowy test - Lista Oczekiwań Pacjenta (*Patient Request Form – PRF*) autorstwa Petera Salmona i Johna Quine w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego [26]. Na test PRF składało się 18

stwierzeń dotyczących różnych powodów zgłoszenia się do lekarza rodzinnego po poradę. Pytania dotyczyły zaangażowaniem lekarza w wyjaśnienie choroby (istoty choroby, przebiegu choroby w przyszłości, przyczynie choroby, objawach chorobowych). Pytania także dotyczyły oczekiwań od lekarza rodzinnego pod kątem wsparcia emocjonalnego (porady na temat stanu nerwowego, rozmowy o odczuciach związanych z chorobą, źródłach przyczyn problemów emocjonalnych, otrzymania otuchy w trudnych chwilach). Kryteria odpowiedzi dotyczyły również oczekiwań od lekarza rodzinnego odnośnie uzyskania informacji na temat badań i leczenia (wyników badań diagnostycznych i ich omówienia, potwierdzenia diagnozy, skierowania do specjalisty, porady na temat przyjmowanych leków, ryzyka skutków ubocznych choroby, sposobu stosowania leków, wyjaśnienia stosowanego leczenia). Zakres każdej ze skal mieścił się od 0 do 12 pkt. Im wyższy wynik, tym większe były oczekiwania na dany rodzaj wsparcia/pomocy z strony osób z WZW typu C wobec lekarza ogólnego. Udowodniono, że większość badanych oczekiwało od lekarza rodzinnego wyjaśnienia choroby – średnia wartość punktów 9,67 pkt. (w skali PRF) oraz uzyskania informacji na temat badań i leczenia – średnia wartość punktów 9,65 pkt. (w skali PRF). Wykazano, że respondenci w niewielkim stopniu oczekiwali od lekarza rodzinnego wsparcia emocjonalnego – średnia wartość punktów 6,92 pkt. (w skali PRF). Stwierdzono, że im badani byli starsi, tym w większym stopniu oczekiwali uzyskania informacji na temat badań i leczenia ( $R=0,11$ ) oraz wsparcia emocjonalnego ( $R=0,06$ ) z powodu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C, ( $p>0,05$ ). Udowodniono, że mężczyźni oczekiwali wsparcia emocjonalnego na wyższym poziomie w porównaniu do kobiet – średnia wartość punktów 7,03 pkt. (w skali PRF). Także mężczyźni częściej oczekiwali informacji na temat badań i leczenia w WZW typu C – średnia wartość punktów 9,91 pkt. (w skali PRF), ( $p>0,05$ ). Mieszkańcy miast w większym stopniu niż mieszkańcy wsi oczekiwali wyjaśnienia choroby (9,83 pkt. vs 9,33 pkt.), wsparcia emocjonalnego (7,12 pkt. vs 6,51 pkt.) oraz pragnęli uzyskać informacje na temat badań i leczenia (9,77 pkt. vs 9,42 pkt.) – według skali PRF,  $p>0,05$ . Udowodniono, że żonaci mężczyźni i zamężne kobiety mieli wyższy poziom oczekiwań wobec lekarza rodzinnego odnośnie wyjaśnienia choroby i uzyskania informacji na temat choroby i leczenia – średnia wartość punktów 9,95 pkt.; 9,86. Osoby rozwiedzione na wyższym poziomie oczekiwali wsparcia emocjonalnego (7,40 pkt). Jednocześnie wykazano, że kawaler/panna w mniejszym stopniu oczekiwali od lekarza rodzinnego wyjaśnienia choroby (8,81 pkt.), wsparcia emocjonalnego (6,56

pkt.) i uzyskania informacji na temat badań i leczenia (6,80 pkt) niż badani żyjący w związku małżeńskim albo rozwiedzeni/owdowiali;  $p > 0,05$ . Wykazano, że im wyższe wykształcenie mieli badani, tym w istotnie większym stopniu mieli oczekiwania wobec lekarza ogólnego, co do wyjaśnienia choroby - 10,13 pkt. ( $R = 0,12$ ,  $p < 0,04$ ). Z kolei badani z podstawowym wykształceniem na wyższym poziomie oczekiwali wsparcia emocjonalnego (8,30 pkt), a respondenci ze średnim wykształceniem częściej oczekiwali uzyskania informacji na temat badań i leczenia WZW typu C (9,89 pkt.;  $p > 0,05$ ). Wykazano, że większość respondentów zakażonych wirusem C nie pracowała zawodowo (60,9%). Badani, którzy nie byli aktywni zawodowo w istotnie większym stopniu niż osoby pracujące oczekiwały wsparcia emocjonalnego (7,35 pkt. vs 6,25 pkt.;  $p < 0,02$ ) oraz uzyskania informacji na temat badań i leczenia (9,89 pkt. vs 9,27 pkt.;  $p < 0,03$ ). Z kolei osoby aktywne zawodowo w większym stopniu niż nieaktywne oczekiwały wyjaśnienia choroby (9,78 pkt. vs 9,60 pkt.;  $p > 0,05$ ). Udowodniono, że osoby, które na wskutek WZW typu C czuły się osobami niepełnosprawnymi, istotnie w większym stopniu niż osoby uważające się za sprawne poszukiwały wsparcia emocjonalnego (7,73 vs 6,70) oraz oczekiwały uzyskania informacji na temat badań i leczenia (10,62 vs 9,40;  $p < 0,001$ ). Częściej osoby uważające się za niepełnosprawne, w porównaniu do osób z poczuciem sprawności, oczekiwały wyjaśnienia choroby (10,29 pkt. vs 9,51 pkt.;  $p > 0,05$ ). Jednocześnie wykazano, że najwyższy poziom oczekiwań wobec lekarza rodzinnego mieli badani ze średnim (miernym) stanem zdrowia w trzech podskalach (w skali PRF): odnośnie wyjaśnienia choroby (9,79 pkt.); wsparcia emocjonalnego (7,11 pkt.); uzyskania informacji na temat badań i leczenia (9,86 pkt.). Stwierdzono, że im wyższa była samoocena stanu zdrowia badanych, tym był niższy poziom oczekiwań wsparcia emocjonalnego – średnia wartość punktów 6,75 pkt.;  $p > 0,05$ ). Stwierdzono, że pacjenci, którym lekarz zlecił specjalną dietę po rozpoznaniu WZW typu C w większym stopniu oczekiwali wsparcia emocjonalnego od lekarzy rodzinnych (7,23 pkt.) w porównaniu do chorych, którzy nie otrzymali zaleceń dietetycznych (6,39 pkt.;  $p > 0,05$ ).

Na podstawie wyników czwartej publikacji udowodniono, że osoby z wirusowym zapaleniem wątroby typu C w największym stopniu oczekiwały od lekarza pierwszego kontaktu wyjaśnienia choroby oraz uzyskania informacji na temat badań i leczenia, natomiast mniejsza grupa badanych oczekiwała wsparcia emocjonalnego. Badani z wyższym wykształceniem w istotnie wyższym stopniu mieli oczekiwania wobec lekarza rodzinnego, co do wyjaśnienia choroby w porównaniu

z badanymi z innym poziomem wykształcenia. Badani, którzy nie byli aktywni zawodowo w istotnie większym stopniu niż osoby aktywne oczekiwały wsparcia emocjonalnego oraz uzyskania informacji na temat badań i leczenia. Osoby, które na wskutek WZW typu C czuły się osobami niepełnosprawnymi w istotnie większym stopniu niż osoby uważające się za sprawne, oczekiwały od lekarza rodzinnego wsparcia emocjonalnego oraz uzyskania informacji na temat badań i leczenia. Wyniki badania potwierdzają potrzebę doskonalenia jakości udzielania świadczeń medycznych pacjentom z WZW typu C przez lekarzy rodzinnych w zakresie wyjaśniania istoty choroby, przekazywania informacji na temat badań i dalszego leczenia, a także wsparcia emocjonalnego w czasie wizyty.

W **piątej publikacji cyklu** dokonano oceny wartości zdrowia w opinii pacjentów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C, z uwzględnieniem zmiennych społeczno-demograficznych. Do zrealizowania badania wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziami badawczymi był standaryzowany autorski kwestionariusz wywiadu oraz standardowa skala Lista kryteriów Zdrowia (LKZ) Juczyńskiego. Skala LKZ nawiązuje do holistycznego ujęcia zdrowia. Zawiera 24 stwierdzeń opisujących pozytywne elementy trzech wymiarów zdrowia: fizycznego, psychicznego i społecznego. We wstępnym etapie badani zaznaczali większą liczbę odpowiedzi, które uważali za ważne w subiektywnej ocenie zdrowia. W dalszej fazie wypełniania skali LKZ dokonywali wyboru pięciu najważniejszych kryteriów i uszeregowywali je od najważniejszego (5 punktów), do najmniej ważnego (1 punkt) [27]. W skali LKZ każde ze stwierdzeń było przypisane do jednej z pięciu kategorii: zdrowie, jako cel, zdrowie, jako proces, zdrowie, jako stan, zdrowie, jako właściwość oraz zdrowie, jako wynik. Pojęcie zdrowia zależy od wielu czynników demograficznych i społecznych [28]. W systematycznych przeglądach piśmiennictwa napotkano na doniesienia z badań jakości życia osób zakażonych wirusem HCV [29,30,31], ale nie napotkano na wyniki badania pojęcia zdrowia przez osoby z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C. Z przeprowadzonego badania wynika, że ponad połowa badanych osób, zakażonych wirusem HCV, oceniło swój stan zdrowia, jako średni (mierny) – 50,9%. Na dalszej pozycji badani ocenili swoją kondycję zdrowotną, jako bardzo dobrą (31,8%), a część respondentów, jako złą (12,3%). Nieliczni badani podali, że ich stan zdrowia był bardzo dobry (3,6%), a 3 osoby określiły, jako bardzo zły (1,4%). Wyniki badania własnego potwierdzają, że badani najczęściej zdrowie rozumieli, jako „Nie odczuwać żadnych dolegliwości

fizycznych” (55,45%), „Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność” (43,64%), „Dożyć późnej starości” (40,91%), „Mieć sprawne wszystkie części ciała” (39,09%), „Czuć się szczęśliwym przez większość czasu” (38,18%), „Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza” (31,82%), „Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa” (30,91%). Poza tym zbadano, że dla chorych z przewlekłym wirusowym zapaleniem typu C najwyższą rangę miały twierdzenia: „Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę” (4,23), „Dożyć późnej starości” (3,53), „Czuć się dobrze” (3,49), „Mieć sprawne wszystkie części ciała” (3,42), „Umieć się cieszyć z życia” (3,41), „Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki” (3,21). Mniej ważne okazały się kryteria oceniające zdrowie, jako: „Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa” i „Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” (po 2,60), „Być odpowiedzialnym” (2,44). Udowodniono, że im badani byli starsi, tym istotnie rzadziej „być zdrowym” oznaczało dla nich „Mieć pracę, różnorodne zainteresowania” ( $R=-0,58$ ;  $p=0,002$ ), także istotnie rzadziej oznaczało „Czuć się dobrze” ( $R=-0,43$ ;  $p=0,005$ ). Otrzymane wyniki dowodzą, że mężczyźni istotnie częściej niż kobiety „bycie zdrowym” utożsamiali z „Należytych odżywianiem się” (3,48 vs 2,50;  $p=0,043$ ), a istotnie rzadziej niż kobiety z „Nieodczuwaniem żadnych dolegliwości fizycznych” (2,28 vs 2,85;  $p=0,031$ ). Poza tym badano, że kryterium „bycia zdrowym”, „Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” było istotnie częściej rozumiane przez osoby żyjące w związkach małżeńskich, aniżeli stanu wolnego, po rozwodzie i żyjących w związkach partnerskich (odpowiednio: 2,89 vs 2,20 i 2,28 i 2,00,  $p=0,022$ ). Dla osób z wykształceniem wyższym istotnie rzadziej na liście kryteriów „bycia zdrowym” znajdowała się „Umiejętność rozwiązywania własnych problemów” ( $R=-0,39$ ;  $p=0,019$ ). Pozostałe kryteria „bycia zdrowym” nie były istotne względem wykształcenia osób zakażonych wirusem HCV,  $p>0,05$ . Udowodniono, że mieszkańcy miast w istotnie większym stopniu niż wsi uważali, że „być zdrowym” oznacza „Potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi” (3,73 vs 2,66;  $p=0,0230$ ). Pozostałe zależności nie były istotne,  $p>0,05$ . Poza tym wykazano, że chorzy powyżej 20. roku życia istotnie rzadziej zdrowie rozumieli, jako: „Czuć się dobrze” ( $R=-0,38$ ;  $p=0,013$ ) oraz „Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza” ( $R=-0,26$ ;  $p=0,028$ ).

Na podstawie piątej publikacji udowodniono, że ocena znaczenia i wartościowania zdrowia jest ważnym elementem oceny świadomości prozdrowotnej osób zakażonych wirusem HCV i jest zależna od wieku, płci, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, czasu trwania choroby. Według skali LKZ

trzema zdecydowanie najważniejszymi kryteriami w ocenie „bycia zdrowym” dla badanych osób zakażonych wirusem HCV, było „Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę”, „Dożyć późnej starości” oraz „Czuć się dobrze”. W opiece nad chorymi z przewlekłym wirusowym zapaleniem typu C należy uwzględnić, że im dłuższy jest okres choroby, to podopieczni pojęcie zdrowia istotnie wiążą z kryteriami: „Czuć się szczęśliwym przez większą część czasu”, „Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa”, „Nie chorować, najwyżej rzadko na grypę, niestrawność”, „Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami”.

W **szóstej publikacji cyklu** dokonano oceny radzenia sobie z chorobą u pacjentów z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz narzędzia badawcze: standardowy polski kwestionariusz - Krótka Metoda Oceny Radzenia Sobie z Chorobą (*KMORSZCH*) – wersja dla kobiet i mężczyzn autorstwa Kokoszki i współautorów, Skalę Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale - AIS*) oraz autorski kwestionariusz wywiadu w celu zebrania danych demograficznych i społecznych badanych osób z WZW typu C.

Przewlekłe zapalenie wątroby typu C wiąże się z ryzykiem obniżenia poziomu satysfakcji z życia, a także mieć wpływ na zaburzenie sfery emocjonalnej [32,33]. Z badania własnego wynika, że w grupie osób z WZW typu C najczęściej był wybierany styl skoncentrowany na emocjach i bierności (średnia wartość 1,20 pkt.  $\pm 1,08$  pkt.), a na drugiej pozycji badani preferowali styl skoncentrowany na rozwiązaniu problemu (średnia wartość 1,05 pkt.  $\pm 1,03$  pkt.). Styl skoncentrowany na unikaniu wybierali badani na trzecim miejscu (średnia wartość 0,98 pkt  $\pm 1,04$  pkt.), a najmniej badanych chorych z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C, wybierało styl skoncentrowany na poszukiwaniu najlepszego rozwiązania problemu (średnia wartość 0,77 pkt.  $\pm 0,81$  pkt). Udowodniono, że najwięcej badanych akceptowało WZW typu C w kategorii wartości średnich (20-30 pkt. - 41,8%). Jednocześnie wykazano, iż im badani byli bardziej skoncentrowani na stylu radzenia sobie z chorobą, obejmującym przeżywanie emocji i bierności, tym istotnie w mniejszym stopniu akceptowali swoją chorobę ( $p < 0,0001$ ). Natomiast pacjenci skoncentrowani na stylu skoncentrowanym na rozwiązaniu problemu oraz na stylu skoncentrowanym na poszukiwaniu najlepszego rozwiązania problemu przejawiali wyższy stopień akceptacji choroby, ale oceniane zależności nie były istotne,  $p > 0,05$ . Jednocześnie udowodniono, że czas trwania choroby (WZW typu C) nie wiązał się istotnie z żadnym przejawianym stylem radzenia

sobie z chorobą. Zaobserwowano tendencję, iż wraz z dłuższym czasem trwania choroby zmniejszało się nasilenie preferowanego stylu skoncentrowanego na rozwiązaniu problemu, a zwiększało się nasilenie odnośnie stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu najlepszego rozwiązania problemu. Z przeprowadzonego badania wynika, że płeć nie różnicowała istotnie podejmowanych przez badanych stylów radzenia sobie z WZW typu C. Zaobserwowano, że mężczyźni, częściej niż kobiety, przejawiali styl skoncentrowany na przeżywaniu emocji i bierności. Z badania własnego wynika, że wiek respondentów nie różnicował w sposób istotny podejmowanych przez badanych stylów radzenia sobie z chorobą. Obserwowano tendencję, iż wraz z wiekiem badani częściej koncentrowali się na stylu poszukiwania najlepszego rozwiązania problemu. Wyniki badania własnego potwierdzają, że styl skoncentrowany na poszukiwaniu najlepszego rozwiązania problemu istotnie częściej przejawiali badani legitymujący się wyższym statusem wykształcenia ( $p < 0,05$ ). Natomiast im badani mieli niższy status wykształcenia, tym istotnie częściej koncentrowali się na przeżywaniu emocji i bierności ( $p < 0,001$ ). Wykazano także, że mieszkańcy wsi istotnie częściej niż miast, podczas rozwiązywania problemów związanych z chorobą koncentrowali się na stylu przeżywania emocji i bierności ( $p < 0,002$ ). Miejsce zamieszkania nie różnicowało istotnie przejawiania innych stylów radzenia sobie z chorobą. Na podstawie badania własnego udowodniono, że stan cywilny badanych nie wiązał się istotnie z podejmowanymi przez badanych stylami radzenia sobie z chorobą. Zaobserwowano, iż osoby owdowiałe częściej preferowały styl skoncentrowany na rozwiązaniu problemu, natomiast osoby rozwiedzione styl skoncentrowany na przeżywaniu emocji i bierności. Na podstawie badania własnego udowodniono, że aktywność zawodowa osób z WZW typu C nie wiązała się istotnie z podejmowanymi przez badanych stylami radzenia sobie z chorobą. Jednocześnie zaobserwowano, że osoby pracujące częściej wybierały stylu skoncentrowany na unikaniu.

Na podstawie szóstej publikacji udowodniono, że według Kwestionariusza KMORSZCH, najczęściej badani z WZW typu C w radzeniu sobie z chorobą wybierali styl skoncentrowany na przeżywaniu emocji i bierności. Poza tym im badani częściej przejawiali styl skoncentrowany na przeżywaniu emocji i bierności, tym istotnie w mniejszym stopniu akceptowali swoją chorobę według Skali AIS. Wykazano, że mieszkańcy wsi oraz osoby z najniższym wykształceniem istotnie częściej podczas rozwiązywania problemów związanych z WZW typu C, wybierali styl skoncentrowany na przeżywaniu emocji i bierności. Jednocześnie ten styl częściej wybierali mężczyźni

i osoby rozwiedzione, ale nie wykazano tu istotnych zależności. Styl skoncentrowany na poszukiwaniu najlepszego rozwiązania problemu najczęściej przejawiały osoby z WZW typu C, które najdłużej chorowały, osoby najstarsze oraz osoby owdowiałe. Jednocześnie wykazano, że osoby z przewlekłym zapaleniem wątroby typu C, które pracowały, były najmłodsze, z wykształceniem podstawowym oraz kobiety najczęściej wybierały styl skoncentrowany na unikaniu. Wyniki badania potwierdzają potrzebę działań psychoterapeutycznych wobec pacjentów z WZW typu C w celu pomocy im w radzenia sobie z przewlekłą chorobą, a szczególnie tej grupie pacjentów, która ma trudności z akceptacją choroby.

W **siódmej publikacji cyklu** skoncentrowano się na ocenie satysfakcji z życia osób z WZW typu C. Pojęcie satysfakcji z życia jest szerokie i różnie definiowane z uwagi na jego subiektywny charakter [34]. Z uwagi na specyfikę przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C opieka nad chorym powinna cechować się holistycznym podejściem do człowieka w sferze bio-pycho-społecznej [35,36]. Wirusowe zapalenie wątroby typu C ma istotny wpływ na jakość życia pacjentów, na ich samopoczucie psychiczne i społeczne skutki, na co powinni zwracać uwagę pracownicy służby zdrowia [37]. Mimo wnikliwie przeprowadzonej analizy literatury przedmiotu udało się dotrzeć tylko do jednego artykułu bezpośrednio dotyczącego związku między poziomem satysfakcji z życia a przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C [38]. Dlatego w tym celu wykorzystano autorski kwestionariusz wywiadu i Skalę Satysfakcji z Życia (*Satisfaction with Life Scale - SWLS*), która pozwala ocenić życie, jako całość z uwzględnieniem indywidualnych różnic badanej osoby [27]. W przypadku chorych z WZW typu C jest ryzyko obniżenia poziomu satysfakcji z życia z uwagi na przewlekłe postępujący przebieg choroby i ryzyko wystąpienia marskości wątroby, a następnie raka wątrobowokomórkowego [39,40]. Z badania własnego wynika, że poziom satysfakcji z życia osób zakażonych wirusem HCV wynosił średnio 16,3 pkt. w skali SWLS (punktacja w granicach od 5 pkt. do 30 pkt). Udowodniono, że najwięcej badanych osób (62,7%) przejawiało poziom satysfakcji z życia na niskim poziomie (sten 1-4), a na drugiej pozycji badani (28,6%) wyrazili wyniki przeciętne (sten 5-6), Otrzymane wyniki dowodzą, że poziom satysfakcji z życia w niskiej kategorii (sten 1-4) prezentowały głównie kobiety (63,5%) w porównaniu do mężczyzn (61,9%). Satysfakcja z życia na poziomie przeciętnym (sten 5-6) najczęściej przejawiali mężczyźni (29,5%) w porównaniu do kobiet (27,8%), a poziom wysoki (sten 7-10) częściej wyrażały kobiety (11,7%) niż mężczyźni (8,7%).

Poziom satysfakcji z życia w niskiej kategorii (sten 1-4) prezentowały głównie osoby w wieku 51-65 lat (28,6% tej grupy) i 9,1% respondentów w wieku 65 lat. Poza tym udowodniono, że osoby z WZW typu C satysfakcję z życia na poziomie przeciętnym (sten 5-6) najczęściej przejawiały osoby w wieku 51-65 lat (10,5% tej grupy), a poziom wysoki (sten 7-10) najczęściej wyrażały osoby w wieku 51-65 lat (3,2%). Osoby, które oceniły swój poziom wiedzy, jako „zły” wyrażały najniższy poziom satysfakcji z życia – średnia wartość punktów 13,9 pkt. Jednocześnie udowodniono, że im badani wyrażali niższą samoocenę stanu zdrowia, tym istotnie zmniejszały się wartości satysfakcji z życia. Poza tym nieliczna grupa badanych (21,4%), która czuła się, jako osoby niepełnosprawne z powodu wirusowego zapalenia wątroby typu C, przejawiała nieznacznie niższy poziom satysfakcji z życia, w porównaniu do respondentów bez poczucia niepełnosprawności. Różnice nie były istotne. Udowodniono, że osoby, którym lekarz zalecił przestrzeganie diety po rozpoznaniu WZW typu C (62,3% badanych ogółu badanych), przejawiały niższy poziom satysfakcji z życia niż osoby bez zaleceń dietetycznych (15,9 pkt. vs 16,9 pkt.) – zależności nie były istotne. Otrzymane wyniki dowodzą, że 61,8% ogółu badanych osób leczyło się z powodu wirusowego zapalenia wątroby typu C. Jednocześnie leczone osoby przejawiały niższy poziom satysfakcji z życia w porównaniu do grupy badanych, które nie leczyły się (16,0 pkt. vs 16,7 pkt.) - w skali SWLS. Zależności nie były istotne.

Na podstawie siódmej publikacji udowodniono, że według Skali SWLS ponad połowa badanych z wirusowym zapaleniem wątroby typu C prezentowała niski poziom satysfakcji z życia, natomiast poziom przeciętny około  $\frac{1}{3}$  badanych, poziom wysoki występował u pozostałych badanych. Działania mające na celu podniesienie poziomu satysfakcji z życia powinny być skierowane głównie do kobiet oraz osób starszych, które najczęściej wyrażały niski i przeciętny poziom zadowolenia z życia. Na niższe wyniki poziomu satysfakcji z życia osób z WZW typu C miały wpływ: niska samoocena stanu zdrowia, konieczne przestrzeganie zasad dietetycznych, dolegliwości związane z farmakoterapią, poczucie bycia osobą niepełnosprawną oraz bardzo niski poziom wiedzy o chorobie. Wyniki badania potwierdzają potrzebę a nawet konieczność udzielania wsparcia psychicznego osobom z WZW typu C, a przede wszystkim udzielania informacji w zakresie żywienia dietetycznego, możliwości leczenia farmakologicznego, istoty choroby w celu skutecznego podniesienia poziomu satysfakcji z życia.

#### 4.3.4. Podsumowanie osiągnięcia naukowego

Na podstawie wyników z przeprowadzonych badań, zaprezentowanych w **cyklu 7 publikacji** stwierdzam, że:

- większość badanych osób nie wiedziała o okolicznościach zakażenia wirusem HCV i prezentowała średni poziom wiedzy o WZW typu C,
- udowodniłam, że osoby z WZW typu C głównie akceptowały fakt choroby w stopniu średnim, a około  $\frac{1}{3}$  badanych wyrażało brak akceptacji lub niską akceptację choroby,
- ustaliłam, że około połowa badanych z WZW typu C prezentowała zachowania zdrowotne głównie na poziomie przeciętnym, a  $\frac{1}{3}$  badanych na poziomie niskim, co potwierdza, że ta grupa chorych wymaga edukacji zdrowotnej,
- udowodniłam, że osoby z wirusowym zapaleniem wątroby typu C w największym stopniu oczekiwały od lekarza pierwszego kontaktu wyjaśnienia choroby oraz uzyskania informacji na temat badań i leczenia, natomiast mniejsza grupa badanych oczekiwała wsparcia emocjonalnego,
- rozpoznałam, że dla badanych osób z WZW typu C, najważniejszymi kryteriami w ocenie „Bycia zdrowym” było: „Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę”, „Dożyć późnej starości” oraz „Czuć się dobrze”,
- wykazałam, że najczęściej badani z WZW typu C w radzeniu sobie z chorobą wybierali styl skoncentrowany na przeżywaniu emocji i bierności i istotnie w mniejszym stopniu akceptowali swoją chorobę,
- rozpoznałam, że ponad połowa badanych z WZW typu C prezentowała niski poziom satysfakcji z życia, a około  $\frac{1}{3}$  badanych - poziom przeciętny.

#### 4.3.5. Spis cytowanego piśmiennictwa

1. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. World Health Organization 2016; 1-56.
2. Sierpińska L. Hepatitis C as a health problem in Poland. *Jacobs Journal of Nursing and Care* 2015; 1(1): 1-5.
3. Stępień M, Rosińska M. Ogniska wirusowego zapalenia wątroby typu C w Polsce w latach 2003-2013. Procedury medyczne najczęstszą drogą przenoszenia zakażeń HCV. *Przegląd Epidemiologiczny* 2015; 69(3): 585-590.
4. Tomaszewicz K, Kiciak S, Murias-Bryłowska E. Współczesne poglądy na zagadnienie możliwości transmisji wirusa zapalenia wątroby typu C w placówkach opieki medycznej. *HEPATOLOGIA* 2015; 15: 60-64.

5. Flisiak R, Holota W, Horban A. (et al.). Prevalence and riskfactors of HCV infection in Poland. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2011; 23(12): 1213-1217.
6. Godzik P, Kołakowska A, Madaliński K. (et al.). Rozpowszechnienie przeciwciał anty-HCV wśród osób dorosłych w Polsce – wyniki badania przekrojowego w populacji ogólnej. *Przegląd Epidemiologiczny* 2012; 66(4): 575-580.
7. Chen SL, Morgan TR. The natural history of hepatitis C virus (HCV) infection. *International Journal of Medical Sciences* 2006; 3(2): 47-52.
8. Zakrzewska K, Stępień M, Rosińska M. Wirusowe zapalenie wątroby typu C (wzw C) w Polsce w 2017 roku. *Przegląd Epidemiologiczny* 2019; 73(2): 167-178.
9. Sakem B, Madaliński K, Nydegger U. (et al.). Hepatitis C virus epidemiology and prevention in Polish and Swiss population – similar and contrasting experiences. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2016; 23(3): 425-431.
10. Goniewicz M, Włoszczak-Szubzda A, Niemcewicz M. (et al.). Injuries caused by sharp instruments among healthcare workers - international and Polish perspectives. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2012; 19(3): 523-527.
11. Alves GA, Baldessar MZ, Wrublewski Pereira G. (et al.). Quality of life of patients with hepatitis C infection. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2012; 45(5): 553-557.
12. Cossais S, Schwarzingler M, Pol S. (et al.). Quality of life in patients with chronic hepatitis C infection: Severe comorbidities and disease perception matter more than liver-disease stage. *PLoS One* 3 may 2019; 14 (5): e0215596,
13. Huang R, Rao H, Shang J. (et al.). A cross-sectional assessment of health-related quality of life in Chinese patients with chronic hepatitis c virus infection with EQ-5D. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2018; 16(1): 124.
14. Cooke GS, Andrieus-Meyer I, Applegate TL. (et al.). Accelerating the elimination of viral hepatitis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2019; 4: 135-184.
15. Axley P, Ahmed Z, Ravi S. (et al.). Hepatitis C Virus and Hepatocellular Carcinoma: A Narrative Review. *Clin. Tłum. Hepatol*. 2018; 6: 79-84,
16. Marinho RT, Barreira DP. Hepatitis C, stigma and cure. *World J Gastroenterol*. 2013; 19: 6703-6709.
17. Parkin DM, Bray F, Ferlay J. (et al.). Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. 2005; 55: 74-108.
18. Bosetti C, Turati F, La Vecchia C. Hepatocellular carcinoma epidemiology. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2014; 28(5): 753-770.
19. Bruix J, Sherman M. American Association for the Study of Liver Diseases. Management of hepatocellular carcinoma: an update. *Hepatology*. 2011; 53(3): 1020-1022.
20. Felton BJ, Revenson TA, Hionrichsen GA. Skala akceptacji choroby AIS. W: Z. Juczyński: Narzędzia pomiaru w promocji psychoonkologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009: 162-166.
21. Juczyński Z. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001, 112-122.
22. Kowalska ME. Demograficzno-społeczne uwarunkowania stylu życia i zachowań zdrowotnych populacji zakażonej HCV. Maszynopis rozprawy doktorskiej. Uniwersytet Medyczny, Lublin 2015.

23. Halota W, Flisiak R, Juszczak J. (et al.). Rekomendacje leczenia wirusowych zapaleń wątroby typu C w roku 2018 polskiej grupy ekspertów HCV. *Zakażenia XXI wieku* 2018;1(3): 105-13.
24. Cardoso H, Silva M. Health-Related Quality of Life in Chronic Hepatitis C. *GE Port* 2017; 24(2): 55-57.
25. Cossais S, Schwarzing M, Pol S. (et al.). Quality of life in patients with chronic hepatitis C infection: Severe comorbidities and disease perception matter more than liver-disease stage. *PLoS One* 3 May 2019; 14(5): 1-13.
26. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001, 143-148.
27. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009, 110-126.
28. Svalastog AL, Donev D, Kristoffersen NJ. (et al.). Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croat Med J.* 2017; 58(6): 431-35.
29. Cardoso H, Silva M. Health-Related Quality of Life in Chronic Hepatitis C. *GE Port.* 2017; 24(2): 55-57.
30. Cossais S, Schwarzing M, Pola S. (et al.). Quality of life in patients with chronic hepatitis C infection: Severe comorbidities and disease perception matter more than liver-disease stage. *PLoS One* 3 May 2019; 14(5): e0215596.
31. Huang R, Rao H, Shang J. (et al.). A cross-sectional assessment of health-related quality of life in Chinese patients with chronic hepatitis c virus infection with EQ-5D. *Health Qual Life Outcomes.* 2018; 16(1): 124.
32. Manns MP, Buti M, Gane E. (et al.). Hepatitis C virus infection. *Nat Rev Dis Primers.* 2017; 3:17006.
33. Pietschmann T, Brown RJP. Hepatitis C virus. *Trends Microbiol.* 2019; 27(4): 379-380.
34. Hofmann W, Luhmann M, Fisher RR. (et al.). Yes, but are they happy? Effects of trait self - control on affective wellbeing and life satisfaction, *Journal of Personality* 2014; 82(4): 265-277.
35. Grochans E, Sychta D, Szkup-Jabłońska M. (et al.). Quality of life assessment in patients with chronic hepatitis C virus. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19(2): 171-176.
36. Papadimitriou GN. The “Biopsychosocial Model”: 40 years of application in Psychiatry. *Psychiatriki* 2017; 28: 107-110.
37. Barreira DP, Marinho RT, Bicho M. (et al). Psychosocial and neurocognitive factors associated with hepatitis C - implications for future health and wellbeing. *Front Psychol.* 2018; 9(2666): 1-6.
38. Sandovici, A, Robu V, Pruteanu LM. (et al.). Testing brief index of subjective well-being in patients diagnosed with chronic illnesses. *Journal of Psychological and Educational Research JPER* 2017; 25(1): 26-48.
39. Manns MP, Buti M, Gane ED. (et al.). Hepatitis C virus infection. *Nat Rev Dis Primers.* 2017; 3: 17006.
40. Halota W, Flisiak R, Juszczak J. (et al.). Rekomendacje leczenia wirusowych zapaleń wątroby typu C w roku 2019 Polskiej Grupy Ekspertów. *Zakażenia XXI wieku* 2019; 2(2): 61-69.

#### 4.3.6. Inne osiągnięcia naukowe

Moja ścieżka kariery naukowej rozpoczęła się w 1994 roku, kiedy realizując pracę magisterską, poświęconą procesowi adaptacji społeczno-zawodowej nowo zatrudnionych pielęgniarek w szpitalu, zostałam zainspirowana przez promotora - prof. Leszka Wdowiaka do rozwiązywania problemów w organizacji ochrony zdrowia drogą badań naukowych, na podstawie wcześniej przygotowanego projektu badawczego. Wymieniony Profesor, ówczesny Kierownik Katedry i Zakładu Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia AM w Lublinie, zmotywował mnie do zaprezentowania otrzymanych wyników z badania na Konferencji Naukowej „Pielęgniarstwo – nowe obszary i nowe problemy”, która odbyła się 28 kwietnia 1995 roku w Lublinie (tytuł wystąpienia: Adaptacja, jako element zmian organizacyjnych) (**Zał.4.7. Tab.5**). Wnioski z przeprowadzonego badania były drogowskazem do efektywnego nadzoru procesu adaptacji społeczno-zawodowej pielęgniarek na stanowisku naczelnej pielęgniarki szpitala i do dalszych publikacji naukowych. Łącznie opublikowałam 4 prace w czasopiśmie fachowych (**Zał.4.4. Tab.3**). Poza tym wyniki z powyższego badania i wnioski z doświadczeń praktycznych na stanowisku kierowniczym, uwzględniłam w rozdziale podręcznika akademickiego (p.t.: Adaptacja społeczno-zawodowa) autorstwa A. Ksykiewicz-Dorota (**Zał.4.2. Tab.2**). Na podkreślenie powyższego osiągnięcia naukowego otrzymałam Nagrodę Ministra Zdrowia za współautorstwo w wymienionym podręczniku – 01.07.2006r.

W związku z planowanymi zmianami w systemie ochrony z zdrowia w Polsce, dotyczącymi wdrożenia rynkowego systemu w opiece zdrowotnej od 01.01.1999 roku oraz projektem wdrożenia po raz pierwszy w Polsce Karty Praw Pacjenta zdecydowałam się podwyższyć swoje kwalifikacje zawodowe na Podyplomowych Studiach Ekonomicznych na Kierunku Menedżerskim dla Kierowniczej Kadry w Zakładach Opieki Zdrowotnej - na Wydziale Ekonomii UMCS w Lublinie. Ukończenie studiów podyplomowych było motywem do kolejnych badań naukowych przed uzyskaniem stopnia doktora nauk medycznych. **Tytuł projektu badawczego: *Analiza oczekiwań pacjentów leczonych w szpitalu w kontekście praw pacjenta.*** Realizacja projektu badawczego w okresie od lipca do grudnia 1995 r, była zawiązana z napisaniem pracy dyplomowej, p.t.: *Prawa pacjenta wobec zmian systemowych w ochronie zdrowia.* W ramach badania udowodniłam, że hospitalizowani pacjenci (100 osób) w 1 Szpitalu Wojskowym w Lublinie (dawna nazwa) oczekiwali przestrzegania

prawa wyboru lekarza i podmiotu leczniczego (88,7%;  $p < 0,05$ ); prawa uzyskania informacji o kwalifikacja zawodowych osób leczących (80,7%;  $p < 0,05$ ); prawa kontaktu z osobami z zewnątrz (95,4%;  $p < 0,05$ ); prawa informowania chorego o przebiegu leczenia (98,8%;  $p < 0,05$ ); prawa wyrażania zgody na zabieg (94,3%;  $p < 0,05$ ). Otrzymane wyniki z niniejszego badania były inspiracją do zaprezentowania ich na III Kongresie Pielęgniarek Polskich „Informacja – Jakość – Nowoczesność”, który odbył się 14-15 maja 1996 w Busko-Zdroju (tytuł wystąpienia: Prawa pacjenta a zmiany w organizacji opieki pielęgniarskiej) - **Zał.4.7. Tab.5.**

Od samego początku mojej pracy naukowej interesowały mnie problemy organizacji opieki pielęgniarskiej nad chorym, jakość udzielanych świadczeń medycznych, co wiązało się z zajmowanym stanowiskiem - naczelniej pielęgniarki szpitala a także z wieloletnią współpracą z Katedrą i Zakładem Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydziału Pielęgniarstwa AM w Lublinie. Wobec powyższych zainteresowań do obszaru mojej działalności naukowej, przed uzyskaniem stopnia doktora nauk medycznych, zaliczam kolejny **projekt badawczy, p.t.: Ocena funkcjonowania zespołów terapeutycznych w szpitalach z akredytacją i bez certyfikatu jakości.** Badania przeprowadziłam w latach 1999-2001 wśród 560 lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w 29 oddziałach 4 szpitalach z akredytacją (losowo wybranych) i 56 oddziałach w 17 zakładach opieki zdrowotnej bez certyfikatu (losowo wybranych). W wyniku przeprowadzonego badania udowodniłam, że 86,4% lekarzy i pielęgniarek pracowało zespołowo ( $p < 0,001$ ) w porównaniu do pracowników ze szpitali bez akredytacji. Na brak zespołów terapeutycznych w szpitalach bez certyfikatu opowiedziało się 17,2% badanych ( $p < 0,001$ ) w porównaniu do respondentów ze szpitali z certyfikatem (2,4%). Poza tym wykazałam, że lekarze i pielęgniarki ze szpitali z akredytacją ocenili wyżej efektywność kierowania zespołem terapeutycznym przez ordynatorów/kierowników klinik, gdyż wystawili istotnie więcej ( $p < 0,001$ ) ocen bardzo dobrych, dobrych i celujących w porównaniu do kierowniczej kadry lekarskiej ze szpitali bez akredytacji. Poza tym udowodniłam, że w szpitalach z akredytacją lekarze i pielęgniarki istotnie częściej (92,7%;  $p < 0,001$ ) mieli na piśmie jednoznaczny podział zakresu obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności w porównaniu do pracowników szpitali bez certyfikatu jakości. Wyniki z przeprowadzonego badania opublikowałam w 2 artykułach w czasopismach fachowych (**Zał.4.4. Tab.3**) i zaprezentowałam na dwóch konferencjach. W ramach wykładu inauguracyjnego na Piątej Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w opiece zdrowotnej”, która odbyła się 12-14 kwietnia 2000r.

w Krakowie (tytuł wystąpienia: Czynniki warunkujące efektywną pracę zespołu terapeutycznego). Drugie wystąpienie miało miejsce na Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Pielęgniarstwo na przełomie tysiącleci”, która odbyła się 16-18 listopada 2000r. w Lublinie (tytuł wystąpienia: Komunikowanie w zespole terapeutycznym jako element poprawy procesu zarządzania podsystemem pielęgniarstwa). Poza tym szczególne wyniki z niniejszego badania zawarłam w rozprawie doktorskiej, pt.: *Praca zespołu terapeutycznego w opiece nad chorym w szpitalach z akredytacją i bez certyfikatu jakości*. Promotorem pracy doktorskiej była dr hab. n. med. Anna Ksykiewicz-Dorota, która zmotywowała mnie do wykorzystania uzyskanych wyników z pracy doktorskiej i opublikowania kolejnych prac - 10 artykułów naukowych (**Załącznik 4.4. Tab.3**), 1 monografii (**Załącznik 4.2. Tab.2**) oraz do wystąpień na konferencjach. Szczególnie istotne było wystąpienie na VI Kongresie Pielęgniarek Polskich: Pielęgniarstwo w nowej erze, który odbył się 06-07 maja 2002r. w Busko-Zdroju (tytuł wystąpienia: Wpływ akredytacji na pracę w zespole terapeutycznym, jako kierunek zapewnienia jakości opieki nad chorym) - **Załącznik 4.7. Tab.5**. Wyniki z pracy doktorskiej zaprezentowałam również w sesji plakatowej na X Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Alergologów, Pneumologów i Immunologów Klinicznych. IV Międzynarodowej Konferencji Szkoleniowej Pielęgniarek, która odbyła się 27-29 września 2007 w Kazimierzu Dolnym (tytuły 2 plakatów: Kwalifikacje a efektywność pracy zespołu terapeutycznego. Certyfikat jakości a efektywność pracy zespołu terapeutycznego). Za sukces uważam opublikowanie wyników z pracy doktorskiej w ramach sesji plakatowej na Kongresie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (International Council of Nurses ICN 22ND Quadrennial Congress), który odbył się 10-15 czerwca 2001r. w Kopenhadze (tytuł plakatu: Partnership in patient care in the polish hospitals) - **Załącznik 4.7. Tab.6**.

Mój kolejny obszar badawczy, który zaliczam do moich innych osiągnięć naukowych, po otrzymaniu stopnia doktora nauk medycznych, to był **projekt badawczy, p.t.: Uwarunkowania pracy pielęgniarek podejmujących akcje reanimacyjne**. Przeprowadzone badanie naukowe na przełomie 2001 i 2002 roku wśród 105 pielęgniarek w 9 szpitalach na terenie województwa lubelskiego, podkarpackiego, mazowieckiego i dolnośląskiego, było związane z realizacją funkcji kierowniczych na stanowisku naczelniej pielęgniarki szpitala w latach 90-tych. Wówczas wielokrotnie obserwowałam zjawisko fluktuacji kadry pielęgniarskiej zatrudnionej w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, intensywnej opieki kardiologicznej i izbie przyjęć,

gdzie najczęściej pielęgniarki podejmowały akcję reanimacyjną w stanie zagrożenia zdrowia i życia chorego. Poza tym problemem, doświadczenia praktyczne dostarczały mi dowodów występowania trudności/barier w procesie adaptacji społeczno-zawodowej nowo zatrudnionych pielęgniarek w oddziale w anestezjologii i intensywnej terapii. Wobec powyższego zainteresowały mnie uwarunkowania pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, mogące mieć wpływ na destabilizację zespołu pielęgniarek. W wyniku realizacji projektu badawczego udowodniłam, że 41,9% badanych pielęgniarek uważało, że akcje reanimacyjne nie przebiegały zawsze sprawnie. Zdecydowana większość badanych (40%) podała przyczyny zakłóceń przebiegu akcji reanimacyjnej (brak sprawnej organizacji pracy, nerwową atmosferę, braki kadrowe, chaos, nieprawidłową komunikację, awarię sprzętu medycznego, braki leków, rotację pielęgniarek, niepewność pielęgniarek, ciężki stan pacjenta). Otrzymane wyniki z badania zawarłam w publikacji naukowej (**Załącznik 4.4. Tab.3**). Jednocześnie po zakończeniu realizacji projektu badawczego udowodniłam, że 76,2% badanych pielęgniarek odczuwało stres w czasie akcji reanimacyjnej ( $p < 0,05$ ). Zdecydowana większość tej grupy (83,3%) uzasadniła, co było przyczyną doświadczanego stresu. Poza tym 82,9% badanych z tej grupy wymieniło objawy stresu w związku z reanimacją ciężko chorego i ¼ badanych podało, jakie stosuje formy rozładowania stresu. Powyższe wyniki zaprezentowałam na VI Kongresie Pielęgniarek Polskich „Pielęgniarstwo w nowej erze”, który odbył się 06-07 maja 2002 w Busko-Zdroju (tytuł wystąpienia: Przyczyny stresu u pielęgniarek uczestniczących w akcji reanimacyjnej). **Załącznik 4.7. Tab.5**. Poza tym otrzymane wyniki dotyczące czynników warunkujących sprawny przebieg akcji reanimacyjnej w opinii pielęgniarek wykorzystałam do szkolenia kierowniczej kadry pielęgniarskiej wojskowych podmiotów leczniczych podległych MON, które odbyło się w dniach 28-31.03.2011r. w Warszawie. Tematyka cyklu szkoleń: „Czynniki warunkujące sprawny przebieg akcji reanimacyjnej w opinii pielęgniarek”; „Przyczyny stresu u pielęgniarek uczestniczących w akcji reanimacyjnej”; „Osobiste zasoby radzenia sobie ze stresem”; „Asertywność jako sposób na stres i dobre relacje w pracy”.

Po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych nadal podwyższałam swoje kwalifikacje zawodowe i przejawiałam działalność naukowo-badawczą. W związku z powierzeniem zadań nieetatowego Pełnomocnika Komendanta ds. Zarządzania Jakością w 1 Wojskowym Szpitalu Klinicznym SPZOZ w Lublinie od 2007 roku, postanowiłam poszerzyć swoją wiedzę w zakresie zarządzania jakością świadczeń

pielęgniarskich w oddziałach szpitalnych nadzorowanych przez kierowniczą kadre pielęgniarską. Wykazywałam aktywność w uczestniczeniu w licznych kursach/szkoleniach w zakresie zarządzania jakością w Zakładzie Systemów Zarządzania Jakością WAT w Warszawie oraz w Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia z siedzibą Krakowie (**Załącznik 3.7.1**). Poza tym, wraz z pełnieniem funkcji Pełnomocnika Komendanta ds. Zarządzania Jakością w 1 Wojskowym Szpitalu Klinicznym SPZOZ w Lublinie (2007-2021), stało przede mną wyzwanie przygotowania szpitala do otrzymania certyfikatu w zakresie zarządzania jakością wg PN-EN ISO 9001:2005 a następnie wg PN-EN ISO 9001:2015 (certyfikat otrzymany w 2007 i jest nadal utrzymany). Wraz z pełnieniem tej funkcji miałam jednocześnie za zadanie przygotować szpital do procesu akredytacji, zgodnie z „Programem Akredytacji Szpitali”, opublikowanym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia z siedzibą Krakowie (certyfikat przyznany na lata 2019-2022). Wobec powyższych zadań wytyczyłam sobie kolejny obszar badawczy. Był to **projekt badawczy, p.t.: Próba polskiej adaptacji narzędzi badawczych do oceny poziomu satysfakcji pacjentów z leczenia szpitalnego oraz oceny wymiaru przywództwa kierowniczej kadry pielęgniarskiej oddziałów szpitalnych**. W ramach niniejszego projektu podjęłam się próby polskiej adaptacji dwóch narzędzi standardowych w języku angielskim, opracowanych przez amerykańskich naukowców:

1. Kwestionariusz satysfakcji pacjenta z jakości opieki pielęgniarskiej (*Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire – PSNCQQ*) - autorstwa H.S. Laschinger, L. CMcGillis Hall, Ch. Pedersen, J. Almost (opracował mulidyscyplinarny zespół badawczy - Hospital Corporation of America).
2. Kwestionariusz autentycznego przywództwa (*Authentic Leadership Questionnaire –ALQ*) - opracowany przez naukowców B.J. Avolio, W.L. Gardner i F.O. Walumbwa - z Instytutu Gallupa w USA.

Badanie przeprowadziłam od września 2009r. do czerwca 2012r. w 143 oddziałach 45 szpitali na terenie kraju (w 24 szpitalach z certyfikatem jakości i w 21 szpitalach bez certyfikatu). Łącznie w badaniu wzięło udział 640 pacjentów oraz 143 pielęgniarek oddziałowych i 143 ich podwładnych. Przedmiotem badania był aspekt poziomu satysfakcji chorych z opieki pielęgniarskiej (subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarskiej). Poza tym w badaniu uwzględniono ocenę wymiaru autentycznego przywództwa kierowniczej kadry pielęgniarskiej. Badania były przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego w celu próby polskiej adaptacji 2 standardowych narzędzi.

Wyniki z próby adaptacji kwestionariusza satysfakcji pacjenta z jakości opieki pielęgniarskiej (*Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire – PSNCQQ*) potwierdzają, że polska wersja kwestionariusza PSNCQQ jest zadawalająca. Udowodniłam, że poziom satysfakcji pacjentów mierzony polską wersją PSNCQQ wyniósł 3,97 i nie różnił się istotnie od poziomu satysfakcji z opieki pielęgniarskiej pacjentów kanadyjskich (3,81). Zgodność wewnętrzną polskiej wersji była bardzo wysoka (alfa Cronbacha=0,96). Na podstawie szczegółowej analizy statystycznej zgromadzonego materiału wyciągnięto wniosek: Polska wersja kwestionariusza PSNCQQ spełnia kryteria psychometryczne w zakresie rzetelności i trafności i może być stosowana do oceny satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej wśród chorych leczonych w polskich oddziałach szpitalnych, Szczegółowe wyniki z badania zostały opublikowane w 2 artykułach oryginalnych (**Załącznik 4.4. Tab.3**). Na podstawie wyników próby polskiej adaptacji drugiego narzędzia - kwestionariusza autentycznego przywództwa (*Authentic Leadership Questionnaire –ALQ*) udowodniłam, że kwestionariusz ALQ zastosowany do oceny autentyczności przywództwa kierowniczej kadry pielęgniarskiej w krajowych oddziałach szpitalnych wykazuje się akceptowalną trafnością teoretyczną, kryterialną i rzetelnością. O rzetelności polskiej wersji narzędzia badawczego świadczą akceptowalne wartości współczynnika alfa Cronbacha dla wyodrębnionych współczynników. Współczynnik alfa Cronbacha dla całego narzędzia wyniósł 0,80, a współczynnik uzyskany w badaniach wersji oryginalnej kwestionariusza ALQ – 0,84. Wniosek z badania: Polska wersja kwestionariusza ALQ jest trafna, rzetelna i może być zastosowana w badaniach nad oceną autentycznego przywództwa kierowniczej kadry pielęgniarskiej w krajowych szpitalach. Wyniki z badania zawarto w 3 publikacjach (1 oryginalnej i 2 przeglądowych) - **Załącznik 4.4. Tab.3**).

## **5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej**

### **5.1. Uczestnictwo w programie Erasmus +**

#### ***Przed doktoratem***

Nie było

#### ***Po doktoracie***

**19-21.06.2023r.** – udział w programie „Erasmus +” w Kordobie, w Hiszpanii o charakterze szkoleniowym. W ramach pobytu odbyłam:

- Wizytę studyjną w Uniwersytecie Medycznym w Kordobie w Hiszpanii - „*Facultad de Medicina y Enfermeria Universidad de Cordoba*” - w ramach pobytu skonfrontowałam:
  - strukturę organizacyjną uniwersytetu z uwzględnieniem 3 kierunków (lekarski, pielęgniarstwa, fizjoterapii),
  - przystosowanie sal wykładowych do kształcenia zdalnego,
  - przystosowanie sal do prowadzenia zdalnych obron prac dyplomowych,
  - wyposażenie pracowni symulacji medycznej ze szczególnym zwróceniem uwagi na sale wysokiej wierności do kształcenia studentów z kierunku pielęgniarstwa i fizjoterapii,
  - zorganizowanie biblioteki i czytelni uniwersytetu,
  - możliwości współpracy uczelni z uczelniami wyższymi w Polsce w zakresie badań wśród studentów odnośnie ich problemów zdrowotnych oraz poziomu wiedzy w różnych obszarach zdrowia publicznego.

## **5.2. Odbycie wizyt studyjnych w różnych podmiotach leczniczych za granicą**

### ***Przed doktoratem***

**22.06-04.07.2000r.** – szkolenie w zakresie organizacji ochrony zdrowia w Holandii, organizowane przez Międzynarodową Fundację Wymiany Młodzieży pod nazwą „*Werkgroep InterloCare*”, w ramach, którego odbyłam:

- Wizytę w Urzędzie Miejskiej Służby Zdrowia w Arnheim – „*Municipal Health Services includ, Arnheim,*”, w ramach prelekcji skonfrontowałam:
  - system ubezpieczeniowy oparty na wpływach z dwóch źródeł: prywatnych i państwowych,
  - funkcjonowanie lekarza rodzinnego, jako przewodnika chorego po systemie ochrony zdrowia i koordynatorem leczenia (usprawnienie przebiegu leczenia i obniżenie kosztów),
  - zakres opieki domowej,
  - zakres opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi,

- funkcjonowanie organizacji reagowania kryzysowego – „*Gelderland-Midden*”, a szczególnie zasady współpracy jednostek systemu medycyny ratunkowej (ratownictwo medyczne i straż pożarna).
- Wizytę studyjną w Szpitalu Ogólnym w Arnhem - „*Rijnstate Arnhem Hospital*” - 4 dni – w ramach pobytu skonfrontowałam:
  - strukturę organizacyjną szpitala,
  - organizację pracy pielęgniarek,
  - metody badania poziomu satysfakcji pacjentów,
  - organizację żywienia chorych w szpitalu - centralny system dystrybucji posiłków (system tackowy),
  - organizację i ideę wolontariatu w udzielaniu świadczeń medycznych w warunkach stacjonarnych i ambulatoryjnych,
- Wizytę studyjną w Uniwersytecie Medycznym Nijmegen – „*Radboud Universiteit Nijmegen*” – w ramach pobytu skonfrontowałam:
  - strukturę organizacyjną uczelni,
  - organizację procesu kształcenia pielęgniarek,
  - wyposażenie pracowni umiejętności i metodę symulacji w kształceniu studentów z kierunku: pielęgniarstwo.
- Wizytę studyjną w Szkole rodzenia w Arnhem – „*Arnhem Bevallingschool*”
  - w ramach pobytu skonfrontowałam:
    - zakres przygotowania kobiety do porodu i macierzyństwa.
- Wizytę studyjną w Domu Opieki w Arnhem - „*Arnhem Regina Pacis*” – w ramach pobytu skonfrontowałam:
  - zakres udzielania świadczeń opiekuńczych podopiecznym z demencją, osobom samotnym i niesprawnym w podeszłym wieku, osobom przewlekle somatycznie chorym.
- Wizytę studyjną w Domu Opieki Stacjonarnej w Arnhem - „*Arnhem Vredenhof*” – w ramach pobytu skonfrontowałam:
  - specyfikę opieki nad osobami z problemami somatycznymi, psychogeriatrycznymi lub psychiatrycznymi,
  - rodzaje terapii zajęciowej stosowanej wobec osób starszych i niepełnosprawnych,
  - organizację i ideę wolontariatu, a w tym charakter pracy wolontariuszy-

zadania opiekuńcze i w sferze rekreacyjnej wobec osób starszych.

- Wizytę studyjną w Ośrodku Rehabilitacyjnym w Arnheim – „*Revalidatiecentrum in Arnheim*” – w ramach pobytu skonfrontowałam:
  - ofertę usług rehabilitacyjnych dedykowanych dla osób starszych i niepełnosprawnych,
  - rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego.

**25.06-01.07.1999r.** – udział w obchodach 100-lecia Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w Londynie w Anglii, jako członek delegacji Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. W ramach ww. obchodów odbyłam:

- Wizytę studyjną w Szpitalu Św. Tomasza w Londynie – „*St Thomas' Hospital in London*”- w ramach wizyty skonfrontowałam:
  - organizację opieki geriatrycznej w warunkach stacjonarnych,
  - rodzaje sprzętu medycznego do przenoszenia i obsługi pacjentów niepełnosprawnych,
- Wizytę studyjną w Królewskim Szpitalu Onkologicznym w Londynie – „*The Royal Marsden NHS Foundation Trust in London*” – w ramach wizyty skonfrontowałam:
  - organizację stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki onkologicznej.
- Wizytę studyjną w Oxfordzkiej Szkole Pielęgniarstwa i Położnictwa w Oxfordzie - „*Oxford School of Nursing and Midwifery in Oxford*” – w ramach wizyty skonfrontowałam:
  - strukturę organizacyjną uczelni,
  - organizację procesu kształcenia pielęgniarek i położnych,
  - wyposażenie pracowni symulacji medycznej w celu kształceniu studentów z kierunku: pielęgniarstwo i położnictwo,
  - treści kształcenia odnośnie zasad praktyki pielęgniarskiej opartej na dowodach naukowych.

### ***Po doktoracie***

**09-16.06.2001r.** – czynny udział w Kongresie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w Kopenhadze, w Danii, jako członek Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Referat, pt.: *Partnership in patient care in the polish hospitals*, został zaprezentowany w sesji plakatowej w dniu 12.06.2001. Poza tym w ramach pobytu odbyłam:

- Wizytę studyjną w Szpitalu Uniwersyteckim w Kopenhadze „*Copenhagen University Hospital*” - w ramach pobytu skonfrontowałam:
  - strukturę organizacyjną publicznego szpitala klinicznego,
  - monitorowanie kosztów leczenia chorych,
  - prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej z uwzględnieniem procesu pielęgnowania.
- Wizytę studyjną w Hospicjum Fundacji Diakonisi w Kopenhadze - „*Diakonissestiftelsens Hospice*” - w ramach pobytu skonfrontowałam
  - organizację stacjonarnej opieki hospicyjnej dla osób starszych i dzieci,
  - organizację opieki paliatywnej w domu chorego z udziałem wyjazdowego zespołu hospicyjnego.

### **5.3. Współpraca z naukowcami Ukraińskiego Instytutu Badawczego Rehabilitacji Terapii Uzdrowiskowej Ministerstwa Zdrowia Ukrainy w Odessie, Narodowego Uniwersytetu Medycznego w Odessie (Ukraina)**

#### ***Przed doktoratem***

Nie było

#### ***Po doktoracie***

*Efekty współpracy, publikacje:*

1. Dragomiretska N, Zabolotna I, Gushcha S, Sierpińska L, Izha G, Plakida A, Bezverhnyuk T. The advantages of drinking mineral water in the rehabilitation of patients with viral hepatitis C with accompanying non-alcoholic fatty liver disease after suffering from COVID-19. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2023; 30(2): 266-27
2. Izha A, Dragomiretska N, Gushcha S, Sierpińska LE, Plakida A. Features of clinical, biochemical, and sonographic parameters in patients with chronic viral hepatitis C with concomitant non-alcoholic fatty liver disease. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2023; 29(1): 49-54.

### **5.4. Podsumowanie dorobku naukowego na podstawie analizy bibliometrycznej**

Moją aktywność naukową potwierdzają publikacje, doniesienia konferencyjne, które zostały zawarte w analizie bibliometrycznej, sporządzonej przez pracownika Działu Informacji Naukowej i Dydaktyki Bibliotecznej, Biblioteki Głównej UM

w Lublinie - zał. 4. Zgodnie z załączoną analizą bibliometryczną mój dorobek naukowy, jako autora lub współautora łącznie obejmuje **122** pełnych publikacji (**47** prace oryginalne, **67** prac przeglądowych oraz **5** prac innych, **3** prace popularno-naukowe). W tym **7** prac oryginalnych, które weszły w skład cykl prac powiązanych tematycznie, stanowiących podstaw postępowania habilitacyjnego.

Poza tym wyrazem mojej aktywności naukowej był czynny udział w **31** konferencjach naukowych (krajowych i międzynarodowych), które były uwieńczone doniesieniami pokonferencyjnymi.

***Prace opublikowane przed uzyskaniem stopnia doktora nauk medycznych (IF=0,000; MNiSW/MEiN=1,00):***

- 4 rozdziały w monografiach naukowych (1 z pierwszym autorstwem).
- 3 artykuły opublikowane w czasopismach naukowych (2 z pierwszym autorstwem).

***Udział w konferencjach przed uzyskaniem stopnia doktora:***

- 7 krajowych
- 1 międzynarodowej

***Prace opublikowane po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych (IF=21,554; MNiSW/MEiN=1611,00):***

- 25 rozdziały w monografiach naukowych (22 z pierwszym autorstwem).
- 90 artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych (85 z pierwszym autorstwem).

***Udział w konferencjach po uzyskaniem stopnia doktora:***

- 13 krajowych
- 10 międzynarodowych

Sumaryczna punktacja osiągnięcia naukowego (cykl publikacji):

**IF=10,300**

**MNiSW/MEiN=490,00**

Sumaryczna punktacja całkowitego dorobku łącznie (przed i po doktoracie):

**IF=21,554**

**MNiSW/MEiN=1 612,00**

**Liczba cytowań według bazy Scopus:**

- bez autocytowań: 21

- z autocytowaniami: 22

**h-indeks** według bazy Scopus:

- bez autocytowań: 3
- z autocytowaniami: 3

## **6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę**

### **6.1. Prowadzenie szkoleń dla cywilnej i wojskowej kadry medycznej**

#### ***Przed doktoratem***

Nie prowadziłam

#### ***Po doktoracie:***

*Szkolenia kierowniczej kadry pielęgniarskiej wojskowych podmiotów leczniczych podległych MON, jako Konsultant Krajowy ds. Obronności w dziedzinie pielęgniarstwa:*

1. W dniu 18 września 2023r. w Warszawie przeprowadziłam szkolenie „*Style zarządzania jako kompendium wiedzy dla zastępców komendanta ds. pielęgniarstwa*”.
2. W dniu 5 października 2022r. we Wrocławiu przeprowadzałam szkolenie „*Asertywność jako wymagane kompetencje społeczne na stanowiskach kierowniczej kadry pielęgniarskiej*”.
3. W dniu 8 września 2021r. w Bydgoszczy przeprowadziłam szkolenie „*Racjonalne gospodarowanie czasem jako determinant efektywnego zarządzania kierowniczej kadry pielęgniarskiej*”.
4. W dniu 17 maja 2019r. w Ełku przeprowadziłam szkolenie „*Program WSPARCIE ABSOLWENTA, jako instrument stabilizacji kadry pielęgniarskiej – doświadczenia praktyczne*”.
5. W dniu 16 maja 2019r. w Ełku przeprowadziłam szkolenie „*Praktyczne doświadczenie kierowniczej kadry pielęgniarskiej i stosowane rozwiązania w zakresie efektywnego zarządzania opieką pielęgniarską w podmiocie leczniczym*”.
6. W dniu 15 marca 2019r. w Warszawie – przeprowadziłam szkolenie pod tytułem „*Inteligencja emocjonalna, jako determinant wysokich kompetencji kadry kierowniczej*”.
7. W dniu 18 kwietnia 2018r. w Bydgoszczy – przeprowadziłam szkolenie pod tytułem „*Praktyczne doświadczenia kierowniczej kadry pielęgniarskiej z zakresu wdrażania i funkcjonowania systemów zarządzania jakością w podmiocie leczniczym*”.
8. W dniu 27 lutego 2018r. w Warszawie – przeprowadziłam szkolenie pod tytułem „*Motywowanie jako funkcja zawodowa kierowniczej kadry pielęgniarskiej*”.
9. W dniu 24 maja 2017r. w Juracie – przeprowadziłam szkolenie (dla pielęgniarek epidemiologicznych wojskowych podmiotów leczniczych, pod tytułem „*Zakażenia szpitalne – nowe wyzwania*”.
10. W dniu 21 marca 2017 w Warszawie – przeprowadziłam szkolenie pod tytułem „*Szpital jako organizacja ucząca się i miejsce pracy pielęgniarek.*”

11. W dniu 02 grudnia 2016r. w Ciechocinku – przeprowadziłam szkolenie pod tytułem „*Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych jako dążenie do profesjonalizmu zawodowego a stan prawny*”.
12. W dniu 02 grudnia 2016r. w Ciechocinku przeprowadziłam szkolenie „*Zasady przyjmowania, realizacji i dokumentowania zleceń lekarskich przez pielęgniarki i położne*”.
13. W dniu 03 marca 2016r. w Warszawie – przeprowadziłam szkolenie pod tytułem „*Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, jako dążenie do profesjonalizmu zawodowego a stan prawny*”.
14. W dniu 21 lutego 2015r. w Warszawie - przeprowadziłam szkolenie pod tytułem „*Zarządzanie jakością opieki pielęgniarskiej a zapewnienie bezpieczeństwa chorym w oddziałach szpitalnych*”.
15. W dniu 20 lutego 2014r. w Warszawie – przeprowadziłam szkolenie pod tytułem „*Delegowanie jako doskonalenie organizacji pracy kierowniczej kadry pielęgniarskiej*”.
16. W dniu 15 lutego 2013r. w Warszawie – przeprowadziłam szkolenie pod tytułem „*Ochrona pacjenta przed zakażeniem jako wymiar jakości opieki*”.
17. 29 listopada 2012r. w Warszawie – przeprowadziłam szkolenie pod tytułem „*Holistyczna koncepcja opieki długoterminowej wobec kombatanów i weteranów i główne funkcje pielęgniarki*”.
18. W dniach 28-31.03.2011r. w Warszawie przeprowadziłam cykl szkoleń pod tytułem:  
 - „*Czynniki warunkujące sprawny przebieg akcji reanimacyjnej w opinii pielęgniarek*”;  
 - „*Przyczyny stresu u pielęgniarek uczestniczących w akcji reanimacyjnej*”;  
 - „*Osobiste zasoby radzenia sobie ze stresem*”;  
 - „*Asertywność jako sposób na stres i dobre relacje w pracy*”.
19. W dniu 23 kwietnia 2010r. przeprowadziłam szkolenie pod tytułem „*Wprowadzenie systemu zarządzania jakością – doświadczenia własne*”.

*Szkolenia żołnierzy zawodowych, pełniący służbę w różnego rodzaju jednostkach medycznych podległych Dowództwu Wojsk Lądowych, jako Konsultant Krajowy ds. Obronności w dziedzinie pielęgniarstwa:*

1. W dniu 22 lutego 2013r. – przeprowadziłam szkolenie kadry pielęgniarskiej, jako żołnierzy zawodowych, pod tytułem „*Ochrona pacjenta przed zakażeniem jako wymiar jakości opieki*”.
2. W dniach 17-20 maja 2010r. na terenie 1 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Lublinie zorganizowałam w ramach środków unijnych kurs dla kadry pielęgniarskiej, jako żołnierzy zawodowych, pod tytułem „*Program prozdrowotny dla pracujących w zakresie zapobiegania chorobom odstresowym*”.
3. W dniach 13-15 października 2009r. na terenie 1 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Lublinie zorganizowałam w ramach środków unijnych kurs dla kadry pielęgniarskiej, jako żołnierzy zawodowych, pod tytułem „*Program prozdrowotny dla pracujących w zakresie zapobiegania chorobom odstresowym*”.

## **6.2. Kierownik kursów specjalistycznych, kwalifikacyjnych**

### ***Przed doktoratem***

Nie byłam

**Po doktoracie:**

1. Kurs specjalistyczny „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych” – kilkadziesiąt razy w dwóch ośrodkach szkoleniowych (Stowarzyszenie „NOVUM” w Lublinie, Lubelska Akademia WSEI w Lublinie).
2. Kurs specjalistyczny „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych” – kilkadziesiąt razy w trzech ośrodkach szkoleniowych (Stowarzyszenie „NOVUM” w Lublinie, Lubelska Akademia WSEI w Lublinie, Ośrodek Kształcenia Podyplomowego UM w Lublinie).
3. Kurs specjalistyczny „Dializoterapia dla pielęgniarek” – 1 raz w jednym ośrodku szkoleniowym („Ośrodek Szkoleniowy „STASIAK Medical Team” w Lublinie).
4. Kurs kwalifikacyjny dla „Sanitariuszy szpitalnych” - kilkadziesiąt razy w jednym ośrodku szkoleniowym (Stowarzyszenie Młodych Naukowców w Lublinie).

**6.3. Wykładowca w trakcie specjalizacji w różnych dziedzinach pielęgniarstwa**

**Przed doktoratem**

Nie prowadziłam

**Po doktoracie:**

1. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i ingresywnej terapii. Wykłady z przedmiotu: Organizacja i zarządzanie – kilka razy w dwóch ośrodkach szkoleniowych (Ośrodek Kształcenia Podyplomowego UM w Lublinie, Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie).
2. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego. Wykłady z przedmiotu: Organizacja i zarządzanie w – dwa razy w jednym ośrodku szkoleniowym (Ośrodek Kształcenia Podyplomowego UM w Lublinie).
3. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego. Wykłady z przedmiotu: Organizacja i zarządzanie w – jeden raz (Ośrodek Kształcenia Podyplomowego UM w Lublinie).

**6.4. Wykładowca w liceum i studium medycznym na różnych kierunkach**

**Przed doktoratem**

Nie prowadziłam

**Po doktoracie**

Studium Medyczne TWP w Lublinie – prowadzenie wykładów od 2004 r. do 2018 r. (*kierunki i nazwy wykładanych przedmiotów*):

1. Ratownik medyczny
  - Podstawy prawa i ekonomiki
  - Psychologia z elementami socjologii i etyki

- Podstawy przedsiębiorczości
2. Technik masażysta
- Zdrowie publiczne
  - Podstawy psychologii
  - Podstawy prawa i ekonomiki
  - Podstawy przedsiębiorczości
3. Opiekun medyczny
- Zdrowie publiczne
  - Podstawy psychologii
  - Podstawy prawa i ekonomiki
  - Podstawy przedsiębiorczości
4. Asystent osoby niepełnosprawnej
- Polityka społeczna
  - Metody i techniki pracy socjalnej
  - Podstawy psychologii
  - Podstawy prawa i ekonomiki
  - Podstawy przedsiębiorczości
  - Opieka i pielęgnacja człowieka
  - Organizacja wsparcia osoby niepełnosprawnej
5. Technik farmaceutyczny
- Podstawy psychologii
  - Podstawy prawa i ekonomiki
  - Zdrowie publiczne

Liceum Farmaceutyczne w Lublinie – prowadzenie wykładów od 2011 r. do 2014 r. (*kierunek i nazwy wykładanych przedmiotów*):

1. Technik farmaceutyczny
- Anatomia, fizjologia i patofizjologia
  - Zdrowie publiczne
  - Pierwsza pomoc w zagrożeniach życia i zdrowia
  - Propedeutyka zdrowia
  - Podstawy prawa i ekonomiki
  - Organizacja ochrony zdrowia
  - Podstawy przedsiębiorczości

## **7. Inne informacje**

### **7.1. Doskonalenie podyplomowe zdobyte w kraju**

#### ***Przed doktoratem***

1. 15-17 maja 2000 r. w Krakowie - szkolenie „Badanie satysfakcji pacjenta – metody, narzędzia, praktyka”.

2. 31.01-04.02.2000 r. w Krakowie - szkolenie „Koordynator jakości”.
3. 10-12.01.2000 r. w Krakowie - szkolenie „Jakość świadczeń – rola decydentów”.
4. 26.11.1998 r. w Warszawie - szkolenie „Metody opracowywania standardów”.
5. 25.11.1998 r. w Warszawie - szkolenie „Standardy w pielęgniarstwie”.
6. 29.10.1998 r. w Warszawie - szkolenie „Pierwsze ogólnopolskie szkolenie w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych”.
7. 09-10 i 23-25.10.1998 r. w Warszawie - kurs „Zarządzanie publicznym sektorem służby zdrowia”.
8. 26-30.01.1998 r. w Warszawie - szkolenie menedżerskie „Zarządzanie w ochronie zdrowia”.
9. 23.06-27.06.1997 r. w Warszawie - kurs „Organizacja i zarządzanie pracą pielęgniarską”.
10. 03-07.08.1998 r. w Huwnikach - międzynarodowe warsztaty „Metodologia pracy naukowej w pielęgniarstwie”.
11. 21-24.03.1998 r. w Warszawie - kurs „Zarządzanie i ekonomika zakładu opieki zdrowotnej – zmiany systemowe”.
12. 10.03-04.04.1997 r. w Lublinie - kurs „Przygotowanie do zmian systemowych w pielęgniarstwie”.
13. 01.06.1994-30.06.1994 r. w Warszawie - kurs menedżerski „Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej – systemy, strategie, metody”.
14. 01.02-08.06.1990 r. w Lublinie - kurs „Kwalifikacyjny dla kierowniczej kadry pielęgniarskiej”.

### ***Po doktoracie***

1. 29-30.11.2022 r. w Warszawie - szkolenie „Kwalifikacje pielęgniarek i położnych a bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów”.
2. 08.06-12.07.2021 r. w Lublinie - kurs specjalistyczny „Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych”.
3. 02.10.2020 r. w Lublinie - szkolenie „Elektroniczna dokumentacja medyczna – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 i przepisy ustaw”
4. 16-18.09.2019 r. w Juracie - szkolenie „Jakość w ochronie zdrowia. Akredytacja, zarządzanie ryzykiem klinicznym, wdrażanie”.
5. 15-18.09.2019 r. w Juracie - szkolenie „Bilansowanie podmiotów leczniczych w praktyce. Strategie restrukturyzacji, inwestycji i rozwoju”.
6. 25-26.02.2019 r w Łąncucie - szkolenie „Bezpieczeństwo pacjenta w Programie Akredytacji Szpitali”.
7. 19-20.04.2018 r. w Bydgoszczy - szkolenie „Praktyczne doświadczenia kierowniczej kadry pielęgniarskiej w zakresie wdrażania i funkcjonowania systemów zarządzania jakością w podmiocie leczniczym”.
8. 18-19.12.2017 r. w Lublinie - szkolenie „Wdrażanie standardów akredytacyjnych”.
9. 26-27.10.2017 r. w Warszawie - szkolenie „Bezpieczeństwo opieki zdrowotnej i monitorowanie zdarzeń niepożądanych”.
10. 27.06 2017 r. w Warszawie - szkolenie dla kadry zarządzającej szpitalami „Akredytacja w ochronie zdrowia”.
11. 23.06-02.09.2016 r. w Lublinie - kurs specjalistyczny „Edukator w cukrzycy”
12. 30.09-19.11.2015r. w Lublinie - kurs specjalistyczny „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego”.

13. 10.04.2015 r. w Warszawie - szkolenie „System zarządzania jakością zgodnie z ISO 9001 z uwzględnieniem nowego podejścia 2001/2015”.
14. 23.03 – 15.05.2015 w Lublinie - kurs specjalistyczny „Kompleksowa opieka pielęgniarska nad pacjentami z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego”.
15. 16.03-11.09. 2015r. w Lublinie - kurs kwalifikacyjny „W dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego”.
16. 10.04.2015 r. w Warszawie - szkolenie „System zarządzania jakością zgodnie z ISO 9001:2015 – planowane zmiany”.
17. 23 i 30.01.2013 r. w Lublinie - szkolenie „Mój pacjent – mój partner, budowanie relacji i doskonalenie umiejętności komunikacyjnych”.
18. 21.12.2011 r. w Lublinie - kurs w zakresie „Prowadzenie badań klinicznych zgodnie z zasadami dobrej praktyki klinicznej”.
19. 30.05-12.07.2011 r. w Lublinie - kurs specjalistyczny „Resuscytacja krążeniowo – oddechowa”.
20. 01.01.2011 – 31.03.2012 r. w Lublinie - szkolenie „samodzielne i profesjonalne kadry medyczne XXI wieku”.
21. 19-19.10.2010 r. w Warszawie - szkolenie „Umowa czy kontrakt”.
22. 10.02.2010 r. w Lublinie - szkolenie „Nowoczesny model leczenia ran przewlekłych – teoretyczne i praktyczne zastosowanie specjalistycznych opatrunków firmy „Convatec”.
23. 12.01-24.01.2009 r. w Lublinie - „Kurs pedagogiczny dla instruktorów praktycznej nauki zawodu”.
24. 22.10.2008 r. w Lublinie - szkolenie „Wykroczenia zawodowe pielęgniarek i położnych. Etyka w praktyce zawodowej pielęgniarki i położnej”.
25. 25-27.07.2007 r. w Lublinie - szkolenie „Program prozdrowotny dla pracujących w zakresie zapobiegania chorobom od stresowym”.
26. 13-14.11.2007 r. w Warszawie - szkolenie „System zarządzania jakością w służbie zdrowia”.
27. 03-04.07.2006 r. w Warszawie - szkolenie „Auditor wewnętrzny systemu zarządzania jakością PN-EN ISO 9001:2001”
28. 09.06. 2003 r. w Warszawie - szkolenie „Prewencja zakażeń szpitalnych – mity i dowody, w drodze do Unii Europejskiej”.
29. 08-10.07.2002 r. w Zakopanym – szkolenie „Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Podstawy prawne organizacji ZOZ. Rachunek kosztów ZOZ.

## **7.2. Opinie**

### ***Przed doktoratem***

Nie było

### ***Po doktoracie***

Opinie projektów/programów

1. Opinia programu i planu kształcenia dla kierunku pielęgniarstwo I i II UM w Lublinie – 2021 rok
2. Opinia programu i planu kształcenia dla kierunku położnictwo I i II UM w Lublinie – 2021 rok
3. Opinia jako interesariusza zewnętrznego w sprawie programu kształcenia opracowanego z wykorzystaniem efektów kształcenia dla studiów pierwszego

i drugiego stopnia, kierunek pielęgniarstwo – opinia z pozycji naczelnej pielęgniarki 1 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Lublinie na potrzeby Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie – 2012 rok.

- Opinia projektu modernizacji zestawów medycznych Poziomu 1 – opinia z pozycji Konsultanta Krajowego ds. Obronności w dziedzinie pielęgniarstwa na potrzeby Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia WP – 2011 rok.

### 7.3. Promotor, recenzent prac dyplomowych

#### *Przed doktoratem*

Nie było

#### *Po doktoracie*

Tab. 1. Zestawienie liczbowe prac dyplomowych, których byłam promotorem/recenzentem

<b>Rodzaj pracy</b>	<b>magisterska</b> (II stopień pielęgniarstwa)	<b>licencjacka</b> (I stopień pielęgniarstwa)	<b>dyplomowa</b> (studia podyplomowe – Organizacja i Zarządzanie w Ochronie Zdrowia)
<b>Rola</b>			
Promotor	227	458	11
Recenzent	88	350	-

### 7.4. Praca w komisjach

#### *Przed doktoratem*

Nie było

#### *Po doktoracie*

- Członek Rady Programowej Radomskiej Szkoły Wyższej w Radomiu na kierunku: pielęgniarstwo – od 31 sierpnia 2023 r i nadal.
- Udział w komisji egzaminacyjnej (przewodniczący, członek) w części praktycznej dla studentów z kierunku pielęgniarstwo I stopnia w latach:
  - 2022-2023 – Akademia Nauk Stosowanych w Lublinie
  - 2016-2023 – Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie
- Członek w Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Specyfika pracy dotyczy, m.in. opiniowania projektów badawczych studentów studiów magisterskich, doktoranckich, habilitacyjnych bądź projektów badań klinicznych pod względem etycznym i naukowym – od 14 grudnia 2017 roku do 30.04.2023 r.
- Członek Wydziałowej Komisji ds. Programów Nauczania i Zapewnienia Jakości Kształcenia Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji Wydziału Nauk o Człowieku w Lublinie – od października 2019 roku i nadal

5. Członek w Komisji Bioetycznej przy Wyższej Szkole Ekonomii i Innowacji w Lublinie. Specyfika pracy dotyczy, m.in. opiniowania projektów badawczych studentów studiów magisterskich, doktoranckich, habilitacyjnych bądź projektów badań klinicznych pod względem etycznym i naukowym – od kwietnia 2016 roku i nadal.

## **7.5. Opracowanie programów**

### ***Przed doktoratem***

Nie było

### ***Po doktoracie***

*Opracowanie programu dla podmiotów leczniczych podległych MON:*

1. Opracowanie programu „Wsparcie Absolwenta” w celu ułatwienia rozpoczęcia pierwszej pracy absolwentom studiów licencjackich lub magisterskich na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, zatrudnionych w 1 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ w Lublinie na podstawie stosunku pracy. Niniejszy program stał się podstawą do wydania Decyzji Ministra Obrony Narodowej z dnia 8 sierpnia 2019 r. w sprawie programu poprawy sytuacji w zasobach personelu pielęgniarstwa oraz podnoszenia kwalifikacji pielęgniarek rozpoczynających pracę w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej pod nazwą „Wsparcie Absolwenta” – 2018 rok

*Opracowanie programów kursów specjalistycznych:*

1. PROGRAM SZKOLENIA z zakresu EKG realizowanego w ramach Projektu „Recepta na sukces zawodowy – wykwalifikowane kadry medyczne dla Lubelszczyzny” nr RPLU.12.04.00-06-0012/17 dla Nauczycieli uczących na kierunku: Technik elektroradiolog – 2020 rok.
2. Programu kursu specjalistycznego dla pielęgniarek i położnych, pt.: Technika wykonania EKG i interpretacja zapisu” – decyzja CKPPIp nr 334/12 – na potrzeby Ośrodka Szkoleniowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie – 2012 rok.
3. Program kursu specjalistycznego dla pielęgniarek i położnych, pt.: „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa” - decyzja CKPPIp nr 28/11 – na potrzeby Ośrodka Szkoleniowego „STASIAK Medical Team” w Lublinie – 2011 rok.
4. Program kursu specjalistycznego dla pielęgniarek, pt.: „Podstawy dializoterapii” – decyzja CKPPIp nr 371/10 – na potrzeby Ośrodka Szkoleniowego „STASIAK Medical Team” w Lublinie – 2010 rok
5. Programu kursu specjalistycznego dla pielęgniarek i położnych, pt.: Technika wykonania EKG i interpretacja zapisu” – decyzja CKPPIp nr 227/07 – na potrzeby Ośrodka Szkoleniowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie – 2007
6. Programu kursu specjalistycznego dla pielęgniarek i położnych, pt.: Technika wykonania EKG i interpretacja zapisu” – decyzja CKPPIp nr 28/04 – na

potrzeby Ośrodka Szkoleniowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie – 2004 rok

## 7.6. Nagrody za działalność naukową

### *Przed doktoratem*

Nie było

### *Po doktoracie*

*Nagroda Ministra Zdrowia za współautorstwo 2 podręczników akademickich –  
- 1 lipca 2006 rok:*

1. Sierpińska L.: Outsourcing jako element poprawy jakości pracy. W: Ksykiewicz – Dorota A. (red.): Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów studiów licencjackich wydziałów pielęgniarstwa oraz wydziałów nauk o zdrowiu. Czelej, Lublin 2004, s. 180 – 183.
2. Sierpińska L.: Adaptacja społeczno-zawodowa. W: Ksykiewicz-Dorota A. (red.): Zarządzanie w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów studiów magisterskich wydziałów pielęgniarstwa oraz wydziałów nauk o zdrowiu. Czelej. Lublin 2005, s. 221 – 236.

## 7.7. Odznaczenia

- Srebrny Medal „Za Zasługi dla Obronności Kraju (2021)
- Złoty Medal za Długoletnią Służbę (2019)
- Złoty Krzyż Zasługi (2012)
- Srebrna odznaka honorowa „Zasłużony dla Towarzystwa Wiedzy Powszechnej” (2007)
- Srebrny Krzyż Zasługi (2004)
- Odznaka honorowa „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia” (1998)
- Medal 40-lecia Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (1997)
- Brązowy Krzyż Zasługi (1996)
- Brązowy Medal „Za Zasługi dla Obronności Kraju” (1990)

.....  
(podpis wnioskodawcy)