



**UNIwersYTET MEDYCZNY**  
**IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU**

Imię i nazwisko doktoranta: **Elżbieta Szlenk-Czyczerska**

Miejsce pracy i zajmowane stanowisko:

**Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu (PMWSZ)**  
**Wydział Nauk Medycznych**  
**Instruktor**

Tytuł pracy doktorskiej:

**Wskaźniki efektywnej opieki domowej nad pacjentami z przewlekłą  
chorobą układu krążenia**

Promotor: **dr hab. n. med. Donata Kurpas, prof. nadzw.**

Recenzenci:

**prof. dr hab. n. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska**  
Kierownik Katedry i Kliniki Geriatrii  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy  
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

**dr hab. n. zdr. Ludmiła Marcinowicz**  
Kierownik Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku  
Wydział Nauk o Zdrowiu

**Wrocław, 2018**

**Życiorys:** Elżbieta Szlenk-Czyczerska urodzona 26 czerwca w 1966 roku w Oławie.

**Wykształcenie:**

1981-1986 – Liceum Medyczne w Strzelinie. Uzyskanie tytułu zawodowego: pielęgniarka dyplomowana.

2003-2005 – Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu. Uzyskanie tytułu zawodowego: licencjat pielęgniarstwa.

2007-2009 – Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego. Uzyskanie tytułu zawodowego: specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego.

2010-2012 – Akademia Medyczna we Wrocławiu. Wydział Nauk o Zdrowiu. Uzyskanie tytułu zawodowego: magister pielęgniarstwa.

**Przebieg pracy zawodowej:**

1886-1989 – Państwowy Szpital Kliniczny nr.1 we Wrocławiu. Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Stanowisko: pielęgniarka dyplomowana.

1989-1990 – Wojewódzki Specjalistyczny ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Opolu. Dom Małego Dziecka w Tarnowie Opolskim. Stanowisko: starsza pielęgniarka.

1990-2014 – Zakład Opieki Zdrowotnej MSW i A w Opolu, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Stanowisko: starsza pielęgniarka anestezjologiczna. Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego.

2014- do chwili obecnej – Wydział Nauk Medycznych; Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu. Stanowisko: Instruktor.

01.05.2017-18.02.2018 – Prodziekan Wydziału Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

01.04.2018- do chwili obecnej – Prodziekan Wydziału Nauk Medycznych Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

**Dorobek Naukowy:**

Współautorka 5 wystąpień na konferencjach międzynarodowych.

Publikacje naukowe:

1. Relationship with peers of young school-aged children with type 1 diabetes. Ledwoń E., Szlenk-Czyczerska E., Gawlik M. Medical Science Pulse/ Higher School`s Pulse: 2018 (12)1; 6-8.

Pkt. MNiSW/KBN: 6.000

2. Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie. Tom IV. Red.: Uchmanowicz I. Rosińczuk J. Jankowska-Polańska B. Rozszerzenie uprawnień zawodowych pielęgniarek i położnych w zakresie samodzielnego ordynowania niektórych leków, wystawiania i przedłużania recept oraz kierowania na wybrane badania diagnostyczne – opinie studentów I roku kierunku Pielęgniarstwo i Położnictwo w PMWSZ w Opolu. Sochocka L., Kędra E., Gurowiec P., Szlenk-Czyczerska E. Wydawnictwo Continuo. Wrocław 2017; 433-446.

Pkt. MNiSW/KBN: 5.000

3. Opieka nad podopiecznym w praktyce pielęgniarki rodzinnej. Opisy indywidualnych przypadków. Red.: Marcinowicz L., Ślusarska B. Rola pielęgniarki rodzinnej w opiece nad pacjentką z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Tomczyszyn A., Szlenk-Czyczerska E. Wydawnictwo Continuo. Wrocław 2017; 161-175.

Pkt. MNiSW/KBN: 5.000

4. Zadania pielęgniarki rodzinnej w opiece nad chorym z przewlekłą chorobą układu krążenia / Elżbieta Szlenk-Czyczerska, Edyta Kędra //Puls Uczelni / Higher School`s Pulse – 2016; 11-16.

Pkt. MNiSW/KBN: 6.000

5. Niedożywienie szpitalne i jego następstwa / Elżbieta Szlenk-Czyczerska // Puls Uczelni / Higher School`s Pulse. – 2015; 32-35.

Pkt. MNiSW/KBN: 6.000

6. Funkcje i zadania pielęgniarki w opiece nad chorym żywionym enteralnie w Oddziale Intensywnej Terapii / Elżbieta Szlenk-Czyczerska // Puls Uczelni / Higher School`s Pulse – 2014; 18-21.

7. Aktualne poglądy i zasady żywienia w intensywnej terapii/ Elżbieta Szlenk-Czyczerska // Wybrane aspekty leczenia i opieki pielęgniarskiej nad chorymi w różnych aspektach choroby / pod red. Andrzeja Steciwko i Marioli Wojtał; [aut. Andrzej Steciwko et al.] - Opole : Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, 2006; 57-63.

Pkt. MNiSW/KBN: 6.000



## Streszczenie pracy doktorskiej

**Wstęp:** Konsekwencją przemian epidemiologicznych ściśle związanych ze zmianami ekonomicznymi, socjalnymi oraz demograficznymi jest wzrost zachorowania na choroby układu krążenia, które ze względu na duże rozpowszechnienie są dominującym problemem zdrowotnym.

**Celem pracy** było określenie wskaźników determinujących efektywność opieki domowej równoznacznej z wysoką jakością życia, nasileniem zachowań zdrowotnych i wysokim poziomem potrzeb zaspokojonych u pacjentów z przewlekłą chorobą układu krążenia oraz wskazanie zmiennych określających efektywny system wsparcia dla ich opiekunów domowych.

**Materiał i metody:** Badaniem zostało objętych 193 pacjentów pozostających w środowisku domowym, pod opieką pielęgniarek rodzinnych podstawowej opieki zdrowotnej oraz w celu dookreślenia wskaźników specyficznych dla opieki domowej 157 pacjentów przychodzących na wizytę kontrolną do lekarza POZ. W badaniu uczestniczyło również 161 opiekunów (ankiety sparowane, dotyczące tego samego pacjenta) pacjentów pozostających pod opieką domową pielęgniarek rodzinnych podstawowej opieki zdrowotnej. Liczba ośrodków POZ biorących udział w badaniu wynosiła 8. Osobami kwalifikującymi pacjentów do badania były pielęgniarki i lekarze rodzinni/opieki podstawowej badanych pacjentów. W badaniach zastosowano: autorski kwestionariusz ustrukturalizowanego wywiadu, kwestionariusz wypełniany przez pielęgniarkę rodzinną i lekarza POZ, kwestionariusz oceny jakości życia WHOQOL-BREF, kwestionariusz inwentarza zachowań zdrowotnych – IZZ, kwestionariusz Zmodyfikowanej Krótkiej Oceny Potrzeb Camberwell, kwestionariusz HADS-M, zmodyfikowany kwestionariusz Maslach Burnout Inventory.

**Wyniki:** Większość badanych pozostających w opiece domowej (PD) stanowiły kobiety (68,2%, n = 131), mediana wieku wynosiła 74, nieco ponad połowa pozostawała w związkach (52,7%, n = 98), w większości były to osoby z wykształceniem podstawowym (31,2%, n = 59), zawodowym (25,4%, n = 48) i średnim (25,5%, n = 48), zamieszkałe w miastach od 20 do 100 tys mieszkańców (25,4%, n = 48) i na wsi (40,2%, n = 76). Mediana wieku pacjentów niepozostających pod opieką domową (PP) wynosiła 65, większość stanowiły kobiety (62,4%, n = 98), w większości były to osoby pozostające w związkach (60,3%, n = 88) z wykształceniem podstawowym (31%, n = 48), zawodowym (23,9%, n = 37), średnim (20,6%, n = 32) i wyższym (14,2%, n = 22), zamieszkałe w miastach od 20 do 100 tys mieszkańców (30%, n = 45) i na wsi (23,5%, n = 38). Czas trwania choroby w obu grupach wynosił według mediany 10 lat. U większości pacjentów stwierdzono nadwagę i otyłość (odpowiednio: 71%, n = 135 i 80,7%, n = 123, p = 0,406). 53,9% (n = 104) pacjentów pozostających pod opieką domową miało nadciśnienie tętnicze, w grupie porównywanej osoby te stanowiły 67,5% badanych (n = 106). Pacjenci pozostający pod opieką domową częściej nieprzestrzegali zaleceń dotyczących zmiany trybu życia oraz nieprzyjmowali systematycznie zaleconych leków. Stwierdzono statystycznie istotne różnice w porównywanych grupach dotyczące ogólnej percepcji jakości życia (Me = 2,00 PD vs Me = 1,00 PP, p = 0,001), poziomu QoL w domenie fizycznej (Me = 14,29 PD vs Me = 12,00 PP, p < 0,001), relacje społeczne (Me = 13,33 PD vs Me = 10,67 PP, p < 0,001) i środowisko (Me = 13,50 PD vs Me = 14,50 PP, p = 0,001). Wysoki poziom nasilenia zachowań zdrowotnych obserwowano u 36,3% (n = 61) pacjentów pozostających pod opieką domową i 40% (n = 52) pacjentów w grupie porównywanej. Częściej notowano niższy poziom potrzeb zaspokojonych u pacjentów pozostających pod opieką domową (Me = 0,69 PD vs Me = 0,79 PP, p < 0,001) niż u pacjentów przychodzących na wizytę kontrolną do lekarza POZ. U pacjentów w obu grupach stwierdzono występowanie zaburzeń lękowych i depresyjnych. Większość opiekunów pacjentów pozostających pod opieką domową stanowiły kobiety, w większości były to osoby < 55 r.ż., zamężne i żonate, zamieszkujące wieś (41,6%, n = 67) i średnie miasta (28,6%, n = 44). Opiekunowie to przeważnie osoby blisko spokrewnione (rodzice pacjentów, ich małżonkowie). Okres sprawowanej opieki wynosił według mediany – 4 lata. Badanie wykazało u 70,3% (n = 109) opiekunów występowanie zespołu lękowego, a u 83,4% (n = 121) zaburzeń depresyjnych. U opiekunów obserwowano wyższe wyniki w podskali wyczerpanie emocjonalne i depersonalizacja. Analiza regresji logistycznej dla efektywności opieki zdrowotnej w grupie pacjentów pozostających pod opieką domową i ich opiekunów pozwoliła na wyłonienie modeli, które umożliwiły obliczenie ilorazu szans. Wyniki ilorazu szans w modelu regresji logistycznej dla efektywnej opieki zdrowotnej pacjentów i ich opiekunów domowych wykazały, że: pacjenci, których opiekunowie wykazywali wysoki poziom QoL w domenie psychologicznej, mają szansę na lepszą efektywną opiekę zdrowotną 89,55 razy większą niż ci, u których ten poziom był niski; pacjenci, których opiekunowie wykazywali wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych, mają szansę na lepszą efektywną opiekę zdrowotną 68,94 razy większą niż ci, u których to nasilenie było niskie; pacjenci, którzy otrzymywali 15 razy świadczenia zdrowotne w ciągu ostatnich 12 miesięcy, mają szansę na lepszą efektywną opiekę zdrowotną 29,60 razy większą w porównaniu z pacjentami, którzy nie otrzymywali żadnego świadczenia w tym czasie.



**Wnioski:** Pacjenci w wieku podeszłym, mieszkający w większych miejscowościach, z wyższym wykształceniem, pozostający w stanie wolnym i z lepszą sytuacją materialną znajdują się w grupie ryzyka gorszej efektywności opieki domowej. Wśród pacjentów przychodzących na wizytę kontrolną do lekarza POZ w grupie ryzyka gorszej efektywności opieki znajdują się osoby w wieku podeszłym, z niższym wykształceniem, mieszkające na wsi, pozostające w stanie wolnym, z gorszą sytuacją materialną i nie otrzymujące świadczeń socjalnych. Należy kompleksowo dookreślić potrzeby pacjentów pozostających w opiece domowej oraz określić realne możliwości ich zaspokajania. W ramach efektywnej opieki domowej pacjenci z przewlekłą chorobą układu krążenia powinni zostać objęci szeroko pojętym wsparciem psychologicznym, ponieważ u większości występują zaburzenia lękowe i depresyjne, dodatkowo, lepsze samopoczucie psychiczne u pacjentów pozostaje w zależności z wyższymi wartościami jakości życia w domenie psychologicznej i środowisko oraz z wyższym nasileniem zachowań zdrowotnych w kategorii pozytywne nastawienie psychiczne. Należy objąć programem prewencji wypalenia opiekunów w wieku podeszłym, owdowiałych lub rozwiedzionych, niepracujących i mieszkających w większych skupiskach ludności. Tworzenie zintegrowanych programów z zakresu działań medyczno-społecznych pozwoli zachować optymalny stan zdrowia i poprawić jakość życia pacjentów z przewlekłą chorobą układu krążenia oraz ich opiekunów domowych.