

Załącznik nr 4 do wniosku z dnia 25.08.2021  
o przeprowadzenie postępowania habilitacyjnego

# **Autoreferat**

Justyna Mazurek

## Spis treści

1. Imię i nazwisko .....	3
2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej; informacja o zatrudnieniu w jednostkach naukowych. ....	3
3. 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 2020 r. poz. 85 z późn. Zm.) .....	4
3.1. Główne osiągnięcie .....	4
Wstęp .....	6
Cykl publikacji.....	8
Zastosowanie praktyczne .....	17
3.2. Omówienie pozostałych zainteresowań badawczych.....	18
4. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej.....	23
5. Informacja o nagrodach naukowych.....	24
6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę .....	24
7. Oprócz kwestii wymienionych w pkt. 1-6, wnioskodawca może podać inne informacje, ważne z jego punktu widzenia, dotyczące jego kariery zawodowej.....	26

## 1. Imię i nazwisko.

Justyna Mazurek

**2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe** – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej; informacja o zatrudnieniu w jednostkach naukowych.

### Wykształcenie:

- 2008 – dyplom ukończenia jednolitych studiów magisterskich na Wydziale Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu (z wynikiem ponad dobrym)
- 2009-2011 – eksternistyczne studia doktoranckie na Wydziale Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu
- 2011 – dyplom doktora nauk o kulturze fizycznej nadany uchwałą Rady Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu (rozprawa doktorska pt. *Porównanie potrzeb osób starszych w ośrodkach rehabilitacyjnych we Wrocławiu i w Hamburgu*, promotor: prof. dr hab. n.med. Joanna Rymaszewska)
- 2017 – uzyskanie prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty
- 2011 – dyplom lekarza na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (z wynikiem ponad dobrym)
- 2018 – tytuł lekarza specjalisty w dziedzinie: rehabilitacja medyczna (z oceną dobrą)

### Praca naukowa i zawodowa:

- 2015-2016 – asystent w Zakładzie Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
- 2016-nadal – adiunkt w Katedrze i Zakładzie rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
- 2012-2015 – lekarz rezydent (specjalizacja: rehabilitacja medyczna) w I Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji „REPTY”
- 2015-2018 – lekarz rezydent (specjalizacja: rehabilitacja medyczna – kontynuacja) w Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej Szpitala w Szpitalu im. Św. Jadwigi Śląskich w Trzebnicy
- 2018-2020 – starszy asystent w Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej Szpitala im. Św. Jadwigi Śląskich w Trzebnicy
- 2020 – nadal – Zastępca Kierownika w Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej Szpitala im. Św. Jadwigi Śląskich w Trzebnicy
- ⊙ 2019-2021 – lekarz rehabilitacji medycznej w Dziennym Domu Opieki Medycznej (DDOM) w Szpitalu Vratislavia Medica im. Jana Pawła II we Wrocławiu

### **3. 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 2020 r. poz. 85 z późn. Zm.).

Omówienie to winno dotyczyć merytorycznego ujęcia przedmiotowych osiągnięć, jak i w sposób precyzyjny określać indywidualny wkład w ich powstanie, w przypadku, gdy dane osiągnięcie jest dziełem współautorskim, z uwzględnieniem możliwości wskazywania dorobku z okresu całej kariery zawodowej.

3.1. Na ww. osiągnięcie składa się cykl 6 artykułów naukowych pod wspólnym tytułem:

#### **„Potrzeby zdrowotne i społeczne osób starszych i żyjących z otępieniem korzystających z różnych form opieki”**

1. **The use of medical and non-medical services by the elderly during the SARS-CoV-2 pandemic differs between general and specialist practice: a one-center study in Poland.**

**Mazurek J**, Biernat K, Kuciel N, Hap K, Sutkowska E. *Healthcare* 2021;9(1):8, DOI: 10.3390/healthcare9010008.

**IF=2,645, MNiSW=40**

*Mój wkład pracy polegał na przygotowaniu koncepcji i projektu badania, pozyskiwaniu funduszy, interpretacji danych, tworzeniu tekstu, tworzeniu tabel i rycin, krytycznym zrecenzowaniu pracy, zebraniu piśmiennictwa, akceptacji ostatecznej wersji pracy oraz nadzorze nad projektem badawczym.*

2. **Needs of older people attending day care centres in Poland.**

**Mazurek J**, Szcześniak D, Trypka E, Lion KM, Wallner R, Rymaszewska J. *Healthcare* 2020;8(3):310, DOI: 10.3390/healthcare8030310.

**IF=2,645, MNiSW=40**

*Mój wkład pracy polegał na przygotowaniu koncepcji i projektu badania, gromadzeniu danych, analizie statystycznej i przygotowaniu wyników, interpretacji danych, tworzeniu tekstu, tworzeniu tabel i rycin, krytycznym zrecenzowaniu pracy, zebraniu piśmiennictwa, akceptacji ostatecznej wersji pracy oraz korespondencji z redakcją czasopisma.*

3. **Does the Meeting Centres Support Programme reduce unmet care needs of community-dwelling older people with dementia? A controlled, 6-month follow-up Polish study.**

**Mazurek J**, Szcześniak D, Lion KM, Dröes R-M, Karczewski M, Rymaszewska J. *Clin.Interv.Aging* 2019;14:113-122, DOI: 10.2147/CIA.S185683.

**IF=3,023, MNiSW=100**

*Mój wkład pracy polegał na przygotowaniu koncepcji i projektu badania, gromadzeniu danych, interpretacji danych tworzeniu tekstu, tworzeniu rycin i tabel, krytycznym zrecenzowaniu pracy, zebraniu piśmiennictwa, akceptacji ostatecznej wersji pracy, korespondencji z redakcją czasopisma oraz nadzorze nad projektem badawczym.*

**4. Met and unmet care needs of older people with dementia living at home: Personal and informal carers' perspectives.**

**Mazurek J, Szcześniak D, Urbańska K, Dröes R-M, Rymaszewska J. *Dementia* 2019;18(6):1963-1975, DOI: 10.1177/1471301217733233.**

**IF=1,874, MNiSW=70**

*Mój wkład pracy polegał na przygotowaniu koncepcji i projektu badania, gromadzeniu danych, interpretacji danych, tworzeniu tekstu, tworzeniu tabel i rycin, krytycznym zrecenzowaniu pracy, zebraniu piśmiennictwa, akceptacji ostatecznej wersji pracy, korespondencji z redakcją czasopisma oraz nadzorze nad projektem badawczym.*

**5. FIMA, the questionnaire for health-related resource use in the elderly population: validity, reliability, and usage of the Polish version in clinical practice.**

**Mazurek J, Sutkowska E, Szcześniak D, Urbańska KM, Rymaszewska J. *Clin.Interv.Aging* 2018;13:787-795, DOI: 10.2147/CIA.S158951.**

**IF=2,585, MNiSW=25**

*Mój wkład pracy polegał na przygotowaniu koncepcji i projektu badania, gromadzeniu danych, interpretacji danych, tworzeniu tekstu, tworzeniu tabel i rycin, krytycznym zrecenzowaniu pracy, zebraniu piśmiennictwa, akceptacji ostatecznej wersji pracy, korespondencji z redakcją oraz nadzorze nad projektem badawczym.*

**6. Needs assessment of people 75+ living in a nursing home or family home environment.**

**Szczepańska-Gieracha J, Mazurek J, Kropińska S, Wieczorowska-Tobis K, Rymaszewska J. *Eur.Geriatr.Med.* 2015;6(4):348-353, DOI: 10.1016/j.eurger.2015.03.001.**

**IF=1,326, MNiSW=15**

*Mój wkład pracy polegał na przygotowaniu koncepcji i projektu badania, interpretacji danych, tworzeniu tekstu, tworzeniu tabel i rycin, krytycznym zrecenzowaniu pracy, korespondencji z redakcją czasopisma oraz nadzorze nad projektem badawczym.*

łączna punktacja cyklu:

**IF=14,098**

**MNiSW=290**

## Wstęp

Spółeczeństwo starzeje się, a starszy wiek wiąże się ze zwiększonym ryzykiem współwystępowania chorób przewlekłych i niepełnosprawności. Wraz z wiekiem potrzeby zdrowotne i społeczne osób starszych stają się coraz bardziej złożone. Proces ten pogłębia również rosnąca zależność od osób drugich. Co więcej wiadomo, iż pojawiające się u seniorów problemy układają się w charakterystyczne ciągi przyczynowo-skutkowe, określane jako kaskady geriatryczne. Odnoszą się one do sytuacji, w których wraz z upływem czasu ograniczenie sprawności, początkowo niewielkiego stopnia, narasta i utrwala się.

W grupie osób starszych istotny problem stanowią choroby związane z wiekiem, do których zalicza się zaburzenia otępienne. Zarówno medyczne, jak i społeczne problemy związane z zaburzeniami funkcji poznawczych dotyczą nie tylko osób z otępieniem, ale dodatkowo, co najmniej takiej samej liczby, ich opiekunów nieformalnych (rodzinnych). Wobec braku profesjonalnych, instytucjonalnych placówek zarówno dziennego pobytu, jak i ośrodków stacjonarnych, najczęściej ciężar opieki nad osobą z otępieniem spada na najbliższą rodzinę, czyli współmałżonka w podobnym wieku lub dorosłe, pracujące dzieci. Zaangażowanie w opiekę ogranicza, a często nawet eliminuje opiekunów z różnych form życia zawodowego oraz społecznego. Sprawowanie opieki może powodować negatywne konsekwencje zdrowotne, w tym tzw. zespół opiekuna, określany także mianem „zespołu wypalania się sił” oraz konsekwencje finansowe. Szacuje się, że opiekunowie rodzinni osób starszych z otępieniem i zaburzeniami poznawczymi stanowią niemal 30% zbiorowości wszystkich opiekunów w Polsce (Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce*, Warszawa 2016).

Dlatego ważnym jest, aby potrzeby osób starszych, w tym tych żyjących z otępieniem, były poddawane regularnym ocenom w sposób kompleksowy. Nie budzi wątpliwości fakt, iż zorganizowane wsparcie w początkowym okresie niesprawności może zapobiec dodatkowym kosztom, jakie wynikają z organizowania opieki nad osobą w pełni zależną od otoczenia. Takie postępowanie sprzyja zatem poprawie jakości życia seniorów, jak również umożliwia im jak najdłuższe pozostanie w środowisku domowym, niezależnym od osób drugich w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego.

W związku z coraz większym zainteresowaniem efektywnością opieki sprawowanej nad osobami starszymi, w tym osobami z otępieniem, istotna jest wiedza na temat sposobów realnej oceny zapotrzebowania na tą opiekę. Dużą popularnością na świecie cieszy się planowanie opieki w oparciu o indywidualne rozpoznanie potrzeb, czyli zapotrzebowania na wsparcie. Takie podejście umożliwia bowiem świadczenie usług (pomocy) adekwatnie do zakresu samodzielności osoby starszej i możliwości udzielania opieki. Sugeruje się także, aby w planowaniu opieki uwzględnić zdrowotne i społeczne problemy osoby w podeszłym wieku, które dostrzegane są z jej perspektywy, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb, które w odczuciu seniora są istotne, a pozostają niezaspokojone.

Obecnie usługi opieki zdrowotnej i społecznej, finansowane ze środków publicznych w Polsce, w niewystarczający sposób zaspokajają szeroko rozumiane potrzeby osób starszych, u których współistnieją złożone schorzenia przewlekłe i wydaje się wręcz, iż nie nadążają za starzejącym się polskim społeczeństwem. W Polsce ocenę funkcjonalną przeprowadza się w sposób bardzo uproszczony, wykorzystując do tego celu Wskaźnik Barthel. Obejmuje ona jednak jedynie ocenę sprawności w zakresie 10 podstawowych czynności życiowych, ponadto nie uwzględnia funkcjonowania psychicznego i społecznego oraz warunków socjalno-bytowych. Niezaspokojone potrzeby w tych obszarach mogą indukować niesamodzielność w zakresie podstawowych funkcji życiowych, np. izolacja społeczna może prowadzić do depresji, a ta z kolei jest czynnikiem ryzyka upadków czy nietrzymania moczu. Wydaje się więc, że potrzebne jest narzędzie, które umożliwi szerszą ocenę funkcjonowania osób starszych, ukazujące te obszary, w których uzyskane wsparcie pozwoli na zwiększenie samodzielności i tym samym zmniejszenie kosztów opieki oraz poprawę ich jakości życia.

W 2017 roku Organizacja Narodów Zjednoczonych wydała odezwę do rządów (pt. *World Population Ageing 2017: Highlights*), w której m.in. wskazuje na konieczność opracowania innowacyjnych rozwiązań w zakresie usług zdrowotnych i społecznych, ukierunkowanych na holistycznie rozumiane i oceniane potrzeby osób starszych. Opieka zdrowotna i społeczna nad osobami w podeszłym wieku powinna być bowiem w istocie spełnianiem i zaspokajaniem ich indywidualnych potrzeb.

Od początku mojej aktywności naukowej i zawodowej głównym obszarem zainteresowania są szeroko rozumiane potrzeby osób starszych. Temat ten, w okrojonym zakresie, podjęłam już na etapie rozprawy doktorskiej, w której porównałam potrzeby seniorów poddanych rehabilitacji stacjonarnej w dwóch ośrodkach: we Wrocławiu

i w Hamburgu. Ponieważ już wówczas zauważyłam, iż problem potrzeb osób w podeszłym wieku – tych zaspokojonych i niezaspokojonych, jest wciąż zbyt mało poznany, postanowiłam w mojej dalszej pracy naukowej poszerzyć zakres tych badań ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb osób starszych korzystających z różnych form opieki, w tym poddanych rehabilitacji.

### **Cykl publikacji**

W trzech z wymienionych w cyklu habilitacyjnym pracach jako narzędzie badawcze wykorzystałam kwestionariusz CANE (Camberwell Assessment of Need for the Elderly), który ocenia szeroko rozumiane potrzeby pacjenta w podeszłym wieku. Poddaje się w nim analizie 24 dziedziny (obszary), które obejmują kolejno: mieszkanie, prace domowe, posiłki, dbanie o siebie, dbanie o innych, codzienne zajęcia, pamięć, wzrok/słuch/komunikację, mobilność/upadki, zachowanie czystości (nietrzymanie moczu/stolca), zdrowie fizyczne, leki, objawy psychotyczne, stres psychologiczny, informację na temat stanu zdrowia i leczenia, umyślnie samouszkodzenia, nieumyślnie samouszkodzenia, przemoc/wykorzystywanie, zachowanie, alkohol, towarzystwo/znajomi, związki osobiste, pieniądze/budżet oraz zasiłki i świadczenia. W przypadku każdego ocenianego obszaru ankietowany może udzielić jednej z czterech odpowiedzi: 1/ brak potrzeby, 2/ potrzeba zaspokojona (otrzymuje niezbędne wsparcie), 3/ potrzeba niezaspokojona (brak niezbędnego wsparcia) oraz 4/ brak możliwości dokonania oceny. W koncepcji kwestionariusza CANE indywidualna ocena zachodzących zmian, czy powstających ograniczeń w funkcjonowaniu psycho-fizycznym osób starszych wykonywana jest zarówno przez samych seniorów, jak i opiekuna nieformalnego (rodzinnego), pracownika sektora opieki zdrowotnej lub społecznej i badacza. Porównanie otrzymanych wyników umożliwia ukazanie różnicy w postrzeganiu zapotrzebowania na pomoc, co umożliwia weryfikację poziomu sprawowanej opieki. Istotną wartością CANE jest ponadto fakt, iż jego rutynowe stosowanie sprzyja wypracowaniu jednolitego języka, którym posługuje się zespół terapeutyczny, pracujący z osobą starszą. Z jednej strony znacznie ułatwia to komunikację pomiędzy profesjonalistami w trakcie planowania i sprawowania opieki. Z drugiej strony brak takiego narzędzia może prowadzić do dublowania wsparcia w jednych obszarach i/lub braku jego udzielania w innych.



W publikacji pt. *Does the Meeting Centres Support Programme reduce unmet care needs of community-dwelling older people with dementia? A controlled, 6-month follow-up Polish study* (numer 3 w wykazie) oceniłam efektywność przeprowadzonych interwencji w zaspokajaniu potrzeb osób starszych żyjących z otępieniem w ramach projektu badawczego „MEETINGDEM: Wdrożenie i walidacja pozytywnie ocenianego programu Centrum Spotkań dla osób z otępieniem i ich opiekunów” (grant NCBiR; nr wewn. 1/NCBiR/JPND/2014 Joint Programme – Neurodegenerative Disease Research), z wykorzystaniem do tego celu kwestionariusza CANE. Projekt ten ma na celu adaptację, wdrożenie oraz ocenę innowacyjnego i integracyjnego podejścia opracowanego i rozwijanego w Holandii, by wspierać osoby z łagodnym i umiarkowanym otępieniem oraz ich opiekunów. Pierwsze na świecie „Centrum Spotkań” powstało w Amsterdamie w odpowiedzi na zgłaszane potrzeby osób z otępieniem i ich opiekunów, natomiast pierwsze polskie „Centrum” mieści się we Wrocławiu i działa na zasadzie opieki dziennej (jest placówką niemedyczną). W ramach „Centrum Spotkań”, po przeprowadzanej na początku diagnozie psychospołecznej, osoby z otępieniem i ich opiekunowie rodzinni otrzymują kompleksowe, specyficzne i zindywidualizowane wsparcie pod postacią m.in. aktywizacji, resocjalizacji, rehabilitacji ruchowej, zajęć rekreacyjnych, aktywności kreatywnych, radzenia sobie z własną niesprawnością, wsparcia w zakresie funkcjonowania emocjonalnego, czy zwiększenia sieci społecznej. W prezentowanym badaniu dokonałam oceny potrzeb w opinii osób z otępieniem i ich nieformalnych opiekunów przed przystąpieniem do projektu oraz po 6-cio miesięcznym uczęszczaniu do „Centrum Spotkań” (grupa badana), a wyniki tej oceny porównałam z grupą kontrolną, którą stanowiły osoby z otępieniem i ich opiekunowie rodzinni przebywający w środowisku domowym, korzystający ze wsparcia w ramach Poradni Zdrowia Psychicznego (łącznie 47 osób starszych z otępieniem w stopniu lekkim lub umiarkowanym oraz 42 opiekunów rodzinnych). Na podstawie przeprowadzonych analiz wykazałam, iż na początku interwencji do najczęściej zgłaszanych niezaspokojonych potrzeb, w opinii osoby żyjącej z otępieniem, należały: codzienne zajęcia (grupa badana 37,5% i kontrolna 30%), stres psychologiczny (grupa badana 29,2% i kontrolna 30,4%), towarzystwo/znajomi (grupa badana 25% i kontrolna 30,4%), i pamięć (grupa badana 20,8% i kontrolna 17,4%). Należy podkreślić, iż opiekunowie nieformalni istotnie częściej zgłaszali niezaspokojone potrzeby niż ich podopieczni, jednak obszary problemów były takie same: codzienne zajęcia (grupa badana 72,7% i kontrolna 55%), towarzystwo/znajomi (grupa badana 54,5% i kontrolna 55%), stres

psychologiczny (grupa badana 45,5% i kontrolna 45%) oraz pamięć (grupa badana 36,4% i kontrolna 30%). Dokonując ponownej oceny potrzeb udowodniłam, iż w grupie badanej wszystkie zgłaszane powyżej niezaspokojone potrzeby zostały zaspokojone po 6-cio miesięcznym korzystaniu ze wsparcia w ramach wrocławskiego „Centrum Spotkań” (redukcja pomiędzy 37.5%, a 20.8%). Natomiast w grupie kontrolnej stwierdziłam niewielki wzrost poziomu potrzeb niezaspokojonych. Pozostałe szczegółowe wyniki badania przedstawiam w artykule.

**Główny wniosek:** interwencje prowadzone w ramach pierwszego powstałego w Polsce „Centrum Spotkań” dla osób z otępieniem i ich opiekunów można uznać za dobry przykład kompleksowego, postdiagnostycznego wsparcia.

W pracy pt. *Met and unmet care needs of older people with dementia living at home: Personal and informal carers' perspectives (numer 4 w wykazie)* przeprowadziłam analizę potrzeb osób starszych z zaburzeniami poznawczymi przebywających w środowisku domowym, z uwzględnieniem poszczególnych obszarów, ujętą z dwóch perspektyw: opinii osób z otępieniem (47 osób z rozpoznaniem otępienia lekkiego i umiarkowanego) i ich opiekunów nieformalnych/rodzinnych (41 osób, sześćoro nie wyraziło zgody), zakwalifikowanych do uczestnictwa w opisanym powyżej projekcie MEETINGDEM (oceny dokonano przed rozpoczęciem interwencji). Ponadto oceniłam związek potrzeb z czynnikami socjodemograficznymi i klinicznymi. W badaniu wykorzystałam skale/kwestionariusze: CANE, MMSE, GDS, QoL-AD. Spośród czynników socjodemograficznych ocenie poddałam: wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie oraz relację z opiekunem (szczegółowe wyniki prezentuję w publikacji). Badanie to było pierwszym w Polsce oceniającym zaspokojone i niezaspokojone potrzeby osób starszych z zaburzeniami funkcji poznawczych, przebywających w środowisku domowym, pozostających pod opieką poradni zdrowia psychicznego. Na podstawie przeprowadzonych analiz wykazałam, że średnia liczba potrzeb wynosiła w grupie osób starszych z otępieniem 5.09 ( $\pm 2.74$ ), natomiast w opinii opiekunów – 6.94 ( $\pm 3.55$ ), z czego: potrzeby zaspokojone średnio oceniane były na poziomie 3.62 ( $\pm 1.98$ ) w grupie badanych oraz na poziomie 4.79 ( $\pm 2.76$ ) w grupie opiekunów, a niezaspokojone odpowiednio: badani = 1.47 ( $\pm 1.78$ ), opiekunowie = 2.15 ( $\pm 1.67$ ). Grupy różniły się istotnie w ocenie potrzeb całkowitych, zaspokojonych i niezaspokojonych – opiekunowie zgłaszali ich znacznie więcej w porównaniu z osobami z otępieniem. Ponadto wykazałam też istotne różnice pomiędzy dwoma badanymi

grupami w kwestii otrzymywanej pomocy: całkowity poziom pomocy, skierowanej do osób starszych, pochodzącej z nieformalnych źródeł (rodzina, przyjaciele, sąsiedzi itp.) był istotnie wyższy w opinii opiekuna i wynosił średnio 16.98 ( $\pm 10.36$ ), natomiast z punktu widzenia osoby z otępieniem średnia wartość wynosiła 10.36 ( $\pm 7.6$ ). W przypadku pomocy udzielonej ze źródeł formalnych (z lokalnej opieki zdrowotnej lub społecznej, w tym stacjonarnej i dziennej) także stwierdziłam istotnie statystycznie większy jej poziom w opinii opiekuna: 5.23 ( $\pm 4.41$ ) w porównaniu z badanym: 3.7 ( $\pm 2.87$ ). Co ciekawe, do najczęstszych potrzeb niezaspokojonych w opinii badanego należały: cierpienie psychiczne (31.91%), towarzystwo/znajomi (29.79%) oraz codzienne zajęcia (25.53%), podobnie jak z punktu widzenia ich opiekunów, choć w innej kolejności: codzienne zajęcia (57.45%), towarzystwo/znajomi (48.94%) i cierpienie psychiczne (44.68%).

**Główny wniosek:** opiekunowie nieformalni/rodzinni osób żyjących z otępieniem zgłaszają istotnie więcej potrzeb całkowitych, zaspokojonych i niezaspokojonych, niż ich podopieczni.

W artykule pt. *Needs assessment of people 75+ living in a nursing home or family home environment (numer 6 w wykazie)* dokonałam analizy potrzeb seniorów w najstarszej grupie wiekowej. Badaniami objęto osoby powyżej 75 roku życia, ponieważ ta grupa społeczna jest głównym odbiorcą świadczeń zdrowotnych skierowanych do osób niesamodzielnych. W ramach grantu o numerze N N404 520738 finansowanego z środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego badaniu poddano 800 osób (po 200 z każdego z 4 dużych miast Polski - Poznań, Wrocław, Białystok, Lublin). W założeniach projektu w każdym mieście 100 osób było mieszkańcami Domu Pomocy Społecznej, a kolejne 100 pochodziło ze środowiska domowego (ambulatorium). Wyniki, które prezentuję w omawianym artykule dotyczą tylko Wrocławia (n=170). W badaniu wykorzystałam następujące narzędzia badawcze: CANE, GDS, MMSE, BI, Up&Go oraz kwestionariusz socjodemograficzny i kliniczny. Analiza potrzeb przeprowadzona w obu środowiskach pokazuje, że z punktu widzenia osób badanych nie odnotowano istotnych różnic w ocenie potrzeb zaspokojonych, niezaspokojonych oraz w obszarze ich całkowitej liczby. Niemniej jednak punkt widzenia badacza odnotował istotne różnice w ocenie poszczególnych potrzeb w zależności od miejsca pobytu osoby badanej. W DPS odnotowano większą liczbę zarówno potrzeb zaspokojonych ( $p < 0.001$ ) jak i niezaspokojonych ( $p = 0.001$ ), co ostatecznie skutkowało większą całkowitą liczbą potrzeb ( $p < 0.001$ ). Ciekawe spostrzeżenia nasuwa porównanie oceny potrzeb przeprowadzonej przez badanego, badacza oraz personel

DPS. W ocenie potrzeb zaspokojonych opinia badacza i personelu była bardzo zbliżona (średni wynik wynosił odpowiednio  $9.33 \pm 2.09$  i  $9.09 \pm 2.31$ ,  $p=NS$ ). Najmniej zaspokojonych potrzeb sygnalizował sam badany – osoba starsza (średnia 4.45), ale jednocześnie rozrzut uzyskanych wyników był największy ( $\pm 3.91$ ). Opinia badanego istotnie różniła się zarówno od opinii badacza ( $p < 0.001$ ), jak i personelu DPS ( $p < 0.001$ ). Z kolei w ocenie potrzeb niezaspokojonych opinie badanego i badacza były zbliżone (odpowiednio  $0,92 \pm 1.42$  oraz  $1.07 \pm 1.33$ ,  $p=NS$ ), a istotnie odbiegała od nich ocena personelu, średni wynik to  $0.58 \pm 0.88$ , ( $p < 0.001$ ). W grupie ambulatoryjnej, w przeciwieństwie do DPS, nie zaobserwowałam różnic pomiędzy opinią samego badanego oraz badacza - zarówno w ocenie potrzeb zaspokojonych jak i nie zaspokojonych ( $p=NS$  w obu przypadkach). Ponadto wykazałam istnienie związku pomiędzy liczbą zgłaszanych potrzeb, a danymi socjodemograficznymi: największą liczbę zaspokojonych potrzeb zgłaszały bowiem osoby z wykształceniem podstawowym, a najmniejszą osoby z wykształceniem wyższym. Osoby samotne zaś charakteryzował wyższy poziom potrzeb niezaspokojonych w porównaniu do osób żyjących w związkach formalnych. Nie stwierdziłam natomiast zależności poziomu potrzeb od płci respondenta.

**Główny wniosek:** z perspektywy osoby badanej nie odnotowałam istotnych różnic, jeśli chodzi o liczbę potrzeb zaspokojonych i niezaspokojonych pomiędzy mieszkańcami DPS oraz osobami zamieszkującymi środowisko domowe. Natomiast z perspektywy badacza środowisko DPS charakteryzowała istotnie większa liczba zarówno potrzeb zaspokojonych jak i niezaspokojonych.

W Polsce dzienne domy pomocy (DDP), których funkcjonowanie dostosowane byłoby do szeroko rozumianych potrzeb osób starszych, mogłyby stanowić istotną formę wsparcia zarówno dla samych uczestników, jak i ich opiekunów rodzinnych, umożliwiając tym samym uczestnikom DDP jak najdłuższe pozostanie we własnym środowisku domowym. Niestety, z raportu Najwyższej Izby Kontroli, przeprowadzonego w 2017 roku (*Raport Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli pt. Opieka nad osobami starszymi w dziennych domach pomocy, 2017*) wynika, że pod względem struktury zatrudnienia w dziennych domach pomocy w Polsce, zauważalna jest dominacja zespołu administracyjno-obsługowego nad zespołem terapeutyczno-opiekuńczym. Oznacza to, iż rodzaj zatrudnionego personelu nie jest dostosowany do oferowanych usług. Ponadto, w Polsce dzienne domy pomocy znacznie różnią się między sobą pod względem dostępności wykwalifikowanej kadry

oraz zakresu świadczonych usług. Nie posiadają sformalizowanego sposobu oceny funkcjonowania. Brakuje również jednolitych wytycznych dotyczących funkcjonowania dziennych domów pomocy, jak również spójnych standardów świadczonych usług wobec ich użytkowników. Na uwagę zasługuje fakt, iż tylko 2.36% DDP w Polsce ma w swojej ofercie zajęcia dla rodzin uczestników (grupy wsparcia). W artykule pt. ***Needs of older people attending day care centres in Poland (numer 2 w wykazie)*** przeprowadziłam pogłębioną analizę potrzeb uczestników dziennych domów pomocy w Polsce w ramach projektu „Domowa przystań” (POWR.04.03.00-IP.07-00-004/16, projekt finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego). Analiza ta stanowiła punkt wyjścia do opracowania rekomendacji dla planowanego do wdrożenia, nowego modelu usług w dziennych domach pomocy w Polsce. Nowy model wsparcia dotyczył rozszerzenia i poprawy jakości usług w oparciu o transfer rozwiązań stosowanych przez partnera zagranicznego (Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona Citta Di Bologna; ASP) w zakresie interdyscyplinarnej działalności w obszarach: pielęgnacji, opieki i profilaktyki schorzeń u osób starszych. W celu oceny potrzeb uczestników dziennych domów pomocy opracowałam anonimową ankietę pt. „Diagnoza potrzeb uczestników dziennych domów pomocy w Polsce”, która składała się ze strony tytułowej, danych socjodemograficznych i części właściwej zawierającej pytania otwarte, półotwarte i zamknięte. Pracownicy Miejskiego Centrum Usług Socjalnych we Wrocławiu wysłali ankietę do reprezentatywnej grupy osób starszych, korzystających z usług dziennych domów pomocy w Polsce: łącznie 1960 ankiet do miast: Wrocławia, Łodzi, Sochaczewa, Konina, Białegostoku i Bytomia, uzyskując zwrot 269 (14%) ankiet jedynie z trzech z nich: Wrocławia (155), Łodzi (54) i Bytomia (60). Wykazałam, że uczestnicy ogólnie bardzo dobrze lub dobrze ocenili świadczone usługi w dziennych domach pomocy. Do trzech najlepiej ocenianych usług (najwięcej osób określiło poziom udzielanych usług jako: bardzo dobry) należały: posiłki (56%; n=151), usługi wspomagające (spotkania towarzyskie, integracyjne, wyjścia rekreacyjne i kulturalne; 55%; n=150) i usługi opiekuńcze (różne formy terapii zajęciowej, muzykoterapia, arteterapia, trening pamięci; 55%; n=148). Statystycznie najgorzej (bardzo źle i źle, 3.7%; n=10) ankietowani oceniali inne usługi (zajęcia komputerowe, nauka języków obcych). W obszarze usług pielęgnacyjnych (korzystanie z prysznic, pralki, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, pomiaru masy ciała) – odpowiednio 33% (n=89) określiło brak tego rodzaju wsparcia. Najbardziej potrzebną usługą zgłaszaną przez uczestników okazała się być możliwość skorzystania z prysznic (22%; n=61). Kolejnymi istotnymi potrzebami były:

pielęgnacja (16%; n=45), pomiar ciśnienia tętniczego, oznaczanie poziomu glukozy, czy pomiar masy ciała (17%; n=46). Trening pamięci jako brakującą usługę wskazywało 14% (n=39) badanych. Warto podkreślić, iż prawie połowa ankietowanych osób starszych (49%; n=132) wskazała na potrzebę towarzystwa i kontaktu z innymi ludźmi jako powód uczestnictwa w dziennym domu pomocy.

**Główny wniosek:** diagnoza potrzeb uczestników DDP umożliwia identyfikację dalszych działań podejmowanych w celu opracowania oraz wdrożenia nowego modelu usług oferowanych w dziennych domach pomocy w Polsce.

W dwóch ostatnich pracach z cyklu habilitacyjnego pt. *FIMA, the questionnaire for health-related resource use in the elderly population: validity, reliability, and usage of the Polish version in clinical practice* oraz *The use of medical and non-medical services by the elderly during the SARS-CoV-2 pandemic differs between general and specialist practice: a one-center study in Poland (numer 5 w wykazie)* jako narzędzie badawcze wykorzystałam kwestionariusz FIMA (Kwestionariusz korzystania ze świadczeń medycznych i pozamedycznych przez osoby starsze). Przy pomocy tego narzędzia istnieje możliwość kompleksowej oceny indywidualnego zapotrzebowania osób 65+ na świadczenia medyczne i pozamedyczne w różnych obszarach opieki zdrowotnej w okresie ostatnich 3 lub 12 miesięcy (Tabela 1). FIMA obejmuje łącznie 28 pytań: pytania 1-18 dotyczą bezpośrednio korzystania ze świadczeń medycznych i pozamedycznych przez osoby starsze, natomiast pytania 19-28 traktują o charakterystyce socjo-demograficznej badanego, jak również ocenie trudności kwestionariusza i czasu poświęconego na jego wypełnienie. Badana osoba wskazuje ilość wszystkich odbytych wizyt u danego specjalisty, czy na danym oddziale (tych na NFZ i prywatnych).

Tabela 1. Opis obszarów kwestionariusza FIMA.

OBSZAR PODDAWANY OCENIE	ZMIENNA	JEDNOSTKA	OKRES CZASU
ambulatoryjna opieka medyczna	lekarz rodzinny, internista, inni specjaliści (np. kardiolog, gastroenterolog, nefrolog, diabetolog), ginekolog, chirurg, ortopeda, neurolog, dermatology, okulista, urolog, stomatolog, psychoterapeuta, pobyty ambulatoryjne w szpitalu, inne	liczba wizyt (w tym po odbiór recept oraz wizyty domowe)	3 miesiące
środki lecznicze	fizjoterapia (kinezyterapia, masaż, fizykoterapia), ergoterapia, medyczny pedicure, osteopatia	liczba wizyt	3 miesiące
opieka pielęgnacyjna i opieka domowa	ambulatoryjna opieka środowiskowa, prywatna opieka pielęgnarska, opieka nieformalna (rodzina, znajomi, itp.), opieka krótkoterminowa	liczba dni w tygodniu/ liczba dni w miesiącu/ liczba godzin i minut dziennie	3 miesiące
leki	nazwa leku, wielkość opakowania	dawkowanie dobowe/ tygodniowe/ miesięczne/ roczne	7 dni
rehabilitacja	pobyty ambulatoryjne i stacjonarne	liczba dni	12 miesięcy
pobyty w szpitalu stacjonarne i dzienne	kliniki dzienne, pobyty stacjonarne (w tym w szpitalu psychiatrycznym)	liczba dni	12 miesięcy
środki pomocnicze	balkonik, okulary, aparat słuchowy, protezy zębowe, aparat tlenowy, wózek, wkładki higieniczne, krzesło wannowe, inne	posiadanie i wykorzystywanie	obecnie i w ciągu ostatnich 12 miesięcy
przeprowadzki	konieczność zmiany miejsca zamieszkania	tak lub nie	12 miesięcy
forma zamieszkania	prywatne gospodarstwo domowe, mieszkanie chronione, dom opieki, inne	tak lub nie	12 miesięcy

Ponieważ w Polsce korzystanie ze środków medycznych i pozamedycznych przez osoby starsze nie jest rutynowo oceniane na poziomie indywidualnym, podjęłam się zadania polskiej walidacji kwestionariusza FIMA z oryginalnej, niemieckojęzycznej wersji tego narzędzia (FIMA: Fragebogen zur Inanspruchnahme medizinischer und nicht-medizinischer Versorgungsleistungen im Alter). Badanie przeprowadziłam na grupie 61-osób starszych (65+), zgłaszających się kolejno na Oddział Rehabilitacji Szpitala im. św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy (pierwszy pomiar w ciągu 48 godzin od przyjęcia, kolejny pomiar po 2 tygodniach pobytu). Na podstawie przeprowadzonych analiz wykazałam, że odpowiedzi na poszczególne pytania FIMA cechuje bardzo dobra lub dobra powtarzalność (100% zgodności dla większości pytań). Oceny rzetelności dokonano także na podstawie analizy właściwości statystycznych pozycji testowych, która wykazała, że współczynniki: Lambda 6 Gutmanna, Omega i glb dla T1 wynosiły kolejno: 0.50, 0.55 i 0.64 natomiast dla T2 odpowiednio: 0.51, 0.54 i 0.66, wskazując na słabą rzetelność badanego narzędzia, co najpewniej miało związek z małą grupą badanych

osób oraz stosunkowo małą liczbą pytań zawartych w kwestionariuszu. Wykazałam bardzo dobrą trafność teoretyczną FIMA za pomocą analizy głównych składowych, a dla uzyskania przejrzystej struktury czynnikowej: rotacji Varimax. Badając korelację wyników FIMA z rezultatami oceny aspektu dobrostanu psychofizycznego (skala EQ-5D-3L) z wykorzystaniem współczynnika Q Yule'a dowiodłam bardzo dobrej trafności zewnętrznej badanego narzędzia. Korelację FIMA – EQ-5D-3L należało wykonać z uwagi na brak uznanych narzędzi polskojęzycznych z tego obszaru i brak możliwości odniesienia wyników do zewnętrznej wartości referencyjnej. Wykazałam ponadto, że badane osoby starsze najczęściej zgłaszały potrzebę korzystania ze świadczeń lekarza rodzinnego (90,2%) i ortopedy (54,1%). 93,4% seniorów przyjmowało leki, a ich średnia dzienna liczba wynosiła 6,2. 70,5% badanych od co najmniej roku korzystało ze sprzętu ortopedycznego. Pozostałe szczegółowe wyniki prezentuję w artykule.

Obecnie prowadzę prace dotyczące walidacji anglojęzycznej wersji kwestionariusza FIMA – przy współpracy z dr Kyle Pochcial z Gesserl Clinic, California, USA.

**Główny wniosek:** w Polsce, jak dotąd, nie funkcjonowało żadne narzędzie pozwalające na kompleksową ocenę korzystania ze świadczeń medycznych i pozamedycznych przez osoby starsze. Kwestionariusz FIMA z powodzeniem wypełnia tę lukę.

Walka ze skutkami pandemii SARS-CoV-2 przestroniła w pierwszym okresie potrzeby pacjentów geriatrycznych i przewartościowała działania medyczne, stawiając za główny priorytet odizolowanie pacjentów z COVID-19 i zagwarantowanie im odpowiedniej opieki. Ponieważ interesowało mnie, jak zmieniło się zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i pozamedyczne przez osoby starsze w okresie ścisłego lockdown'u w związku z pandemią SARS-CoV-2, przeprowadziłam ponowne badanie z wykorzystaniem kwestionariusza FIMA po 3 latach od okresu jego walidacji. Wyniki badania opublikowałam w artykule pt. ***The use of medical and non-medical services by the elderly during the SARS-CoV-2 pandemic differs between general and specialist practice: a one-center study in Poland (numer 1 w wykazie)***, w którym rezultaty oceny korzystania ze świadczeń medycznych i pozamedycznych przez osoby starsze w okresie pandemii SARS-CoV-2 (grupa badana w okresie lipiec-sierpień 2020 roku, n=61) zostały porównane do wyników badania przeprowadzonego podczas walidacji polskojęzycznej wersji FIMA (grupa kontrolna lipiec-sierpień 2017 roku, n=61), na tej samej



liczbie pacjentów w wieku 65+ oraz na tym samym Oddziale Rehabilitacji. Badane grupy nie różniły się istotnie pod względem danych socjo-demograficznych. Pod względem zapotrzebowania na świadczenia medyczne i pozamedyczne jedyna różnica, jaką zaobserwowałam, dotyczyła obszaru FIMA 1 ( $p < 0.001$ ; CI=0.09) – świadczenia udzielane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (wizyty, teleporady oraz wystawianie recept), z czego osoby starsze z grupy kontrolnej korzystały z tych usług istotnie częściej ( $p < 0.004$ ; CI=0.547), niż seniorzy w okresie pandemii. Warto również zwrócić uwagę na fakt, iż różnicę na granicy istotności pomiędzy dwoma badanymi grupami zaobserwowano również dla udzielanych świadczeń z zakresu fizjoterapii ( $p = 0.074$ ; CI=0.15), gdzie, podobnie jak w przypadku wizyt u lekarza rodzinnego, osoby z grupy badanej rzadziej korzystały z rehabilitacji ambulatoryjnej.

**Główny wniosek:** podczas 3-4 miesięcznego lockdownu badane osoby starsze doświadczyły ograniczonej możliwości korzystania z usług zdrowotnych głównie w obszarze świadczeń wykonywanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

## Zastosowanie praktyczne

Identyfikacja potrzeb niezaspokojonych sprzyja ukazaniu luk i niedoskonałości świadczonych usług i ułatwia wprowadzenie odpowiednich interwencji. Podobnie wykrycie obszarów potrzeb zaspokojonych wskazuje na dobrą jakość i efektywność opieki.

Wiedza na temat szeroko rozumianych potrzeb osób starszych, a co za tym idzie - zapotrzebowania na wsparcie, pozwala na opracowanie programów oraz stworzenie systemu opieki opartego o zapotrzebowanie na pomoc. Takie postępowanie zapewnia wyższą efektywność leczenia oraz umożliwia indywidualizację wsparcia. Wczesne dostrzeżenie potrzeb zdrowotnych i społecznych osób starszych i nasilającej się niesprawności pozwala na wprowadzenie działań wspierających i optymalizujących niezależność seniorów. Holistycznie prowadzona ocena potrzeb osób starszych stanowi zatem systematyczne podejście do identyfikacji problemów zdrowotnych i społecznych oraz umożliwia profesjonalistom z obszarów ochrony zdrowia i polityki społecznej wprowadzenie odpowiednich zmian w celu poprawy jakości świadczonych usług, a co za tym idzie – również jakości życia seniorów.

Wraz ze wzrostem kosztów opieki zdrowotnej, wykorzystanie szeroko rozumianej oceny potrzeb osób starszych powinno zyskiwać na znaczeniu, ponieważ może ona stanowić

istotny element przy podejmowaniu decyzji i planowaniu zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej, jak również umożliwić ocenę skuteczności opieki medycznej, interwencji psychospołecznych. Z uwagi na udowodnione przeze mnie oraz innych badaczy różnice w ocenie potrzeb badanego i opiekuna nieformalnego, personel może rozważyć omówienie problemów osoby starszej, w tym żyjącej z otępieniem, także z członkiem rodziny, włączając go w plan stosowanych interwencji. Ocena potrzeb z różnych perspektyw pozwala bowiem na zmianę podejścia do osób w podeszłym wieku i lepsze wykorzystania istniejących zasobów, w tym możliwości istniejącego wsparcia formalnego.

Na podkreślenie zasługuje fakt, iż zaspokajanie niezaspokojonych potrzeb osób starszych w jednym obszarze może mieć pozytywny wpływ na niezaspokojone potrzeby w innych obszarach jednostki. Ocena potrzeb na poziomie indywidualnym powinna być kompleksowa i dostosowana do aktualnych i przewidywanych problemów, z uwzględnieniem zarówno punktu widzenia osoby starszej, jak i jej formalnych bądź nieformalnych opiekunów. Kompleksowo przeprowadzana ocena obszarów, w których osoby starsze wymagają wsparcia, jest konieczna dla zoptymalizowania opieki i jest jej niezbędnym elementem.

### 3.2. Omówienie pozostałych zainteresowań badawczych.

Dwie moje poniższe prace, choć tematycznie bardzo blisko związane z cyklem stanowiącym podstawę do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego, nie mogą być w nim uwzględnione z uwagi na wymagania Ustawy 2.0 (rozdział w monografii naukowej oraz artykuł spoza listy punktowanych czasopism naukowych).

1. **Needs of Older People in Long-Term Care Settings.** Mazurek J, Szcześniak D, Rymaszewska J. W: CANE Camberwell Assessment of Need for the Elderly, Second Edition, Hoe J, Orrell M (ed.), Cambridge University Press 2021, s. 86-90, ISBN 978-911-62336-6.

**MNISW=50**

**Główny wniosek:** występowanie objawów depresji oraz niska sprawność ruchowa osób starszych przebywających w ośrodkach opieki długoterminowej to czynniki mające wpływ na zgłaszaną większą liczbę potrzeb zaspokojonych i niezaspokojonych. Kompleksowe potrzeby osób w podeszłym wieku korzystających z tej formy opieki są wciąż nierozpoznawane i zaniedbywane. Seniorzy z otępieniem, którzy przebywają w ośrodkach opieki długoterminowej, zgłaszają istotnie mniej potrzeb, niż ich opiekunowie nieformalni i więcej potrzeb niezaspokojonych (w obszarach: codzienne zajęcia, stres psychologiczny, towarzystwo/znajomi i pamięć), niż osoby starsze bez tego rozpoznania.

2. **Needs assessment of elderly people living in Polish nursing homes.** Mazurek J, Szcześniak D, Talarska D, Wieczorowska-Tobis K, Kropińska S, Kachaniuk H, Rymaszewska J. *Geriatr.Ment.Health Care.* 2015;2(3-4):9-15, DOI: 10.1016/j.gmh.2014.12.001.  
MNiSW=0

**Główny wniosek:** osoby starsze 75+ (n=300), przebywające w zakładach opiekuńczo-leczniczych w Polsce, zgłaszają istotnie mniej potrzeb całkowitych, niż opiekunowie formalni – personel ZOL-u oraz badacz, natomiast znacznie więcej potrzeb niezaspokojonych, niż personel. W opinii pensjonariuszy, do najczęściej zgłaszanych potrzeb niezaspokojonych należą: towarzystwo/znajomi oraz stres psychologiczny. Im większe nasilenie objawów depresji i gorsze funkcjonowanie poznawcze, tym średnio więcej potrzeb niezaspokojonych.

Tematyka moich pozostałych zainteresowań naukowych obejmuje 4 główne obszary:

### 1. *Zastosowanie wirtualnej rzeczywistości w rehabilitacji.*

Publikacje:

1. **Immersive Virtual Reality Therapy As a Support for Cardiac Rehabilitation: A Pilot Randomized-Controlled Trial.** Szczepańska-Gieracha J, Józwik S, Cieślik B, Mazurek J, Gajda R. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2021 Feb 11, DOI: 10.1089/cyber.2020.0297. Epub ahead of print. PMID: 33577375.  
IF=4,157  
MNiSW=100
2. **Virtual reality in psychiatric disorders: a systematic review of reviews.** Cieślik B, Mazurek J, Rutkowski S, Kiper P, Turolla A, Szczepańska-Gieracha J. *Complement.Ther.Med.* 2020;5 art.102480, DOI: 10.1016/j.ctim.2020.102480.  
IF=2,446  
MNiSW=100
3. **Use of virtual reality-based training in different fields of rehabilitation: a systematic review and meta-analysis.** Rutkowski S, Kiper P, Cacciante L, Cieślik B, Mazurek J, Turolla A, Szczepańska-Gieracha J. *J.Rehabil.Med.* 2020;52(11) art.jrm00121, DOI: 10.2340/16501977-2755.  
IF=2,912  
MNiSW=100
4. **Virtual reality in medicine: a brief overview and future research directions.** Mazurek J, Kiper P, Cieślik B, Rutkowski S, Mehlich K, Turolla A, Szczepańska-Gieracha J. *Hum. Mov.* 2019;20(3):16-22, DOI: <https://doi.org/10.5114/hm.2019.83529>.  
MNiSW=20
5. **Zastosowanie technologii wirtualnej rzeczywistości w usprawnianiu kończyny górnej po udarze mózgu (Application of virtual reality technology for improving upper limb function after stroke).** Opara J, Mazurek J, Szczygieł J, Gałuszka G, Rycerski W. W: *Rehabilitacja 2016 Rzeszów 2017*, Bonus Liber Wydawnictwo i Drukarnia Diecezji Rzeszowskiej, s.164-173, ISBN 978-83-65441-62-1.  
MNiSW=20
6. **Innowacyjne zastosowanie wirtualnej rzeczywistości w unowocześnianiu terapii lustrzanej w niedowładzie kończyny górnej (Innovative application of virtual reality in the development of mirror therapy for upper limb paresis).** Opara J, Rycerski W, Szczygieł J, Mazurek J, Wardejń R, Kucińska A. *Rehabil.Prakt.* 2016;4:43-46.  
MNiSW=6

**Główny wniosek:** zastosowanie wirtualnej rzeczywistości stanowi skuteczne wsparcie dla pacjentów poddanych rehabilitacji w związku ze współistniejącymi schorzeniami psychicznymi, neurologicznymi i kardiologicznymi.

## **2. Podejście biopsychospołeczne w leczeniu osób starszych i akceptacja ich własnej choroby/ poczucie własnej skuteczności.**

Publikacje:

1. **The role of self-efficacy in the recovery process of stroke survivors.** Szczepańska-Gieracha J, Mazurek J. *Psychol.Res.Behav.Manag.* 2020;13:897-906, DOI: 10.2147/PRBM.S273009.  
IF=2,945  
MNiSW=100
2. **Analysis of the degree of acceptance of illness among older adults living in a nursing home undergoing rehabilitation - an observational study.** Kowalska J, Mazurek J, Rymaszewska J. *Clin.Interv.Aging.* 2019;14:925-933, DOI: 10.2147/CIA.S199975.  
IF=3,023  
MNiSW=100
3. **Effectiveness assessment of a therapeutic programme for women with overweight and obesity: a biopsychosocial perspective.** Szczepańska-Gieracha J, Mazurek J, Serweta A, Boroń-Krupińska K, Kowalska J, Skrzek A. *Fam.Med.Prim.Care Rev.* 2019;21(4):381-386, DOI: 10.5114/fmpcr.2019.90172.  
MNiSW=20
4. **The role of biopsychosocial factors in the rehabilitation process of individuals with a stroke.** Kobyłańska J, Kowalska J, Neustein J, Mazurek J, Wójcik B, Bełza M, Cichosz M, Szczepańska-Gieracha J. *Work.* 2018;61(4):523-535, DOI: 10.3233/WOR-162823.  
IF=1,009  
MNiSW=15
5. **Ujęcie biopsychospołeczne w leczeniu depresji u osób starszych (Biopsychosocial approach for the treatment of depression in the elderly).** Szczepańska-Gieracha J, Jaworska L, Mazurek J, Skrzek A. *Gerontol.Współcz.* 2017;5(3):108-112, Errata w: *Gerontol.Współcz.* 2017;5(4):136.  
MNiSW=4
6. **Skala Akceptacji Choroby i jej znaczenie w praktyce klinicznej (Acceptance of Illness Scale and its clinical impact).** Mazurek J, Lurbiecki J. *Pol.Merkur.Lek.* 2014;36(212):106-108.  
MNiSW=7

**Główny wniosek:** podejście wielopłaszczyznowe, czyli tzw. ujęcie „biopsychospołeczne” do problemów i potrzeb osób starszych, obejmujące zarówno pracę z ciałem, psychoterapię, psychoedukację i aktywizację społeczną, ma największą skuteczność w ujęciu długoterminowym.

### **3. Wpływ pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 na życie osób z otępieniem i ich opiekunów.**

Publikacje:

1. **Pandemia SARS-CoV-2 a populacja osób z otępieniem. Rekomendacje pod patronatem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego(SARS-CoV-2 pandemic and the population with dementia. Recommendations under the auspices of the Polish Psychiatric Association).** Łuc M, Szcześniak D, Trypka E, Mazurek J, Rymaszewska J. *Psychiatr.Pol.* 2020;54(3):421-436, DOI: 10.12740/PP/122780. IF=1,657  
MNiSW=40
2. **Mental health impact of SARS-COV-2 pandemic on long-term care facility personnel in Poland [research letter].** Senczszyn A, Lion KM, Szcześniak D, Trypka E, Mazurek J, Ciułkiewicz M, Maćkowiak M, Duda-Sikuła, Wallner R, Rymaszewska J. *J.Am.Med.Dir.Assoc.* 2020;21(11):1576-1577, DOI: 10.1016/j.jamda.2020.09.020. IF=4,669  
MNiSW=140
3. **The impact of COVID-19 on the lives of community-dwelling people with dementia and informal carers in the context of using the social and medical services – a qualitative study.** Maćkowiak M, Senczszyn A, Lion K, Trypka E, Małeczka M, Ciułkiewicz M, Mazurek J, Świdorska R, Giebel C, Gabbay M, Rymaszewska J, Szcześniak D – praca w recenzji w BMC Geriatrics.

**Główny wniosek:** wprowadzone w celu przecięcia łańcucha transmisji koronawirusa SARS-CoV-2 ograniczenia zwiększają natężenie objawów lękowych, depresyjnych, poczucie osamotnienia i postrzeganego zagrożenia u osób starszych żyjących z otępieniem. Przyjęte zalecenia oraz niezbędna fizyczna izolacja mogą mieć daleko idące negatywne konsekwencje związane z ograniczeniem kontynuacji dostosowanych do ich potrzeb opieki, wsparcia oraz leczenia. Niezbędne jest zatem zaplanowanie i wdrożenie nowych metod opieki umożliwiających zminimalizowanie tych negatywnych zjawisk. Potrzebny jest również dopasowany do grupy seniorów, w tym osób z otępieniem, plan postępowania w zakresie psychoedukacyjnym.

### **4. Propagowanie aktywności fizycznej wśród osób starszych.**

Publikacje:

1. **Aktywność fizyczna seniora : przykładowe ćwiczenia zalecane przy różnych rodzajach schorzeń i wiele innych porad.** Mazurek J. Bielsko-Biała 2020, Wydawnictwo Dragon Sp. z o.o, 111 s, ISBN 978-83-817-2409-8. MNiSW=0
2. **Senior w formie. Cz.1. Aktywność fizyczna.** Mazurek J. Bielsko-Biała 2020, Wydawnictwo Dragon Sp. z o.o, 112 s. ryc. tab. bibliogr, Dodatek do "Dziennika Gazety Prawnej" 2020 R.26 nr 12, ISBN 978-83-66316-38-6. MNiSW=0
3. **Bezpieczny senior: przewodnik dla pracowników oraz klientów i ich opiekunów dziennych domów pomocy.** Trypka E, Wallner R, Mazurek J. Wrocław 2020, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, 48 s. ISBN 978-83-7055-633-4. MNiSW=0

4. **Effectiveness of physiotherapy in elderly patients with dementia: a prospective, comparative analysis.** Kowalska J, Mazurek J, Kubasik N, Rymaszewska J. *Disabil.Rehabil.* 2019;41(7):815-819, DOI: 10.1080/09638288.2017.1410859.  
IF=2,222  
MNiSW=70
5. **Aktywność fizyczna w prewencji i terapii zespołu kruchości (Physical exercise as prevention and therapy for frailty syndrome).** Mazurek J, Kowalska J, Rymaszewska J. *Przegl.Lek.* 2018;75(2):91-93.  
MNiSW=10
6. **Aktualne zalecenia dotyczące aktywności fizycznej osób starszych.** Mazurek J. *Współcz.Diet.* 2017;9:69-72.  
MNiSW=0
7. **Encyklopedia seniora: profilaktyka, leczenie, aktywność, prawo.** Kerth M, Leszczyńska S, Matysiak M, Mazurek J, Słowińska A, Szkliniarz J. Warszawa 2014, Wydawnictwo SBM, 447 s. ISBN 978-83-7845-755-8.  
MNiSW=20
8. **Aktualne zalecenia dotyczące aktywności ruchowej osób w podeszłym wieku (Current recommendations for physical activity for older adults).** Mazurek J, Szczygieł J, Blaszkowska A, Zgajewska K, Richter W, Opara J. *Gerontol.Pol.* 2014;22(2):70-75.  
MNiSW=4
9. **Aktywność fizyczna w profilaktyce i leczeniu chorób wieku podeszłego.** Krysiak-Zielonka I, Mazurek J. W: Trzecia zmiana : androgogiczne rozważania na temat projektu @ktywny Senior Wrocław ; Radom 2012, Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej we Wrocławiu ; Wydawnictwo Naukowe Instytutu Technologii Eksploatacji - PIB, s.167-172, ISBN 978-83-62618-00-2.  
MNiSW=4
10. **Specyfika i czynniki warunkujące skuteczność fizjoterapii osób starszych w świetle najnowszych doniesień (Specificity and factors determining the effectiveness of physiotherapy of the elderly - the latest news).** Mazurek J, Rymaszewska J, Lurbiecki J. *Nowiny Lek.* 2012;81(1):70-74.  
MNiSW=4

**Główny wniosek:** na podstawie dostępnych danych wiadomo, że aktywność fizyczna, zdrowie oraz jakość życia są ze sobą ściśle powiązane. Ludzkie ciało zostało skonstruowane do ruchu, stąd wymaga regularnej aktywności fizycznej w celu optymalnego funkcjonowania i unikania chorób. Aktywność fizyczna to nie tylko ruch, ale także wzbogacanie wiadomości, umiejętności i zmiana niekorzystnych nawyków. Dodatkowo pozwala ona doskonalić takie zjawiska jak spostrzeganie, wrażenia, uczucia, procesy samodzielnego myślenia i działalności twórczej. Ponadto rozwija pamięć, koncentrację i uwagę. Jakakolwiek aktywność fizyczna podejmowana przez osoby starsze, po wykluczeniu przeciwwskazań, jest lepsza niż żadna.

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

Szczegółowe informacje dotyczące projektów naukowych przedstawione zostały w Wykazie osiągnięć naukowych – Załącznik nr 3.

- Jednolite studia magisterskie oraz eksternistyczne studia doktoranckie na Wydziale Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu.
- Asystent, a następnie adiunkt na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.
- W ramach trwającego projektu pt. „Wsparcie społeczne osób żyjących z otępieniem oraz ich opiekunów w czasie pandemii SARS-CoV-2” współpraca w trzema ośrodkami zagranicznymi z Wielkiej Brytanii (Department of Primary Care & Mental Health, University of Liverpool), Australii (Menzies Health Institute Queensland, Griffith University) oraz Włoch (Department of Psychology, University of Bologna). Pierwsza publikacja z tego tematu pt. ***The impact of COVID-19 on the lives of community-dwelling people with dementia and informal carers in the context of using the social and medical services – a qualitative study*** jest w recenzji w BMC Geriatrics.
- Współpraca z naukowcami z Association for Dementia Studies, University of Worcester, Henwick Grove, Worcester, UK, IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi, Milan, Italy, Department of Philosophy and Communication Studies, University of Bologna, Bologna, Italy, Department of Psychology, University of Bologna, Bologna, Italy, Department of Psychiatry, Amsterdam University Medical Centers, location VU University medical center, GGZ inGeest, Department of Research and Innovation, Amsterdam, the Netherlands w ramach projektu „MEETINGDEM”. Rezultatem tej współpracy są wspólne publikacje naukowe, m.in. ***Met and unmet care needs of the elderly with dementia living at home: Personal and informal carers' perspectives***, czy ***“Does the Meeting Centre Support Programme decrease the experience of stigmatisation among people with cognitive deficits?”***.
- Współpraca z naukowcami z Azienda ULSS 3 Serenissima, Physical Medicine and Rehabilitation unit, Venice, Italy, 3Laboratory of Neurorehabilitation Technologies, San Camillo IRCCS s.r.l., Venice, Italy, Zakładu Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, jak również Wydziału Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii Politechniki Opolskiej w ramach projektu pt. „VRTireOne. VR Tier One - gra VR wspierająca terapię i rehabilitację osób po udarach”. Rezultatem tej współpracy są wspólne prace naukowe, m.in. ***Use of virtual reality-based training in different fields of rehabilitation: A systematic review and meta-analysis***.
- Współpraca z ośrodkiem Gessler Clinic, California, USA w ramach projektu pt. “Walidacja anglojęzycznej wersji kwestionariusza FIMA”. Z uwagi na pandemię SARS-CoV-2 projekt jest wciąż w trakcie realizacji.

- Współpraca z naukowcami z Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, Wydziału Fizjoterapii, w ramach badań realizowanych w Fundacji “Siwy Dym”. Efektem tej współpracy są wspólne publikacje, m.in. ***Effectiveness assessment of a therapeutic programme for women with overweight and obesity: a biopsychosocial perspective.***
- Współpraca z ośrodkiem Azienda pubblica di Servizi alla Persona Giorgio Gasparini Vignola (Modena, Włochy) w ramach projektu pt. “Każdego dnia bezpieczniej w dziennych domach pomocy” - projekt w trakcie realizacji.
- Współpraca z ośrodkiem Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona Citta Di Bologna (Bologna, Włochy) w ramach projektu pt. „Domowa Przystań”. Efektem tej współpracy oraz doświadczeń zdobytych podczas wizyty studyjnej w Bolonii jest monografia pt. ***Rekomendacje i instrukcje do wdrożenia Nowego Modelu Wsparcia w dziennych domach pomocy: przewodnik.***

## 5. Informacja o nagrodach naukowych.

- **Nagroda Rektora indywidualna za osiągnięcia naukowe II stopnia** za publikację w czasopiśmie umieszczonym w bazie Journal Citation Reports otrzymana w 2020 roku.
- **Nagroda Rektora zespołowa za osiągnięcia naukowe II stopnia** za publikację w czasopiśmie umieszczonym w bazie Journal Citation Reports otrzymana w 2019 roku.

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

- Od 2015 roku prowadzę **ćwiczenia** (rehabilitacja w ortopedii i reumoortopedii, rehabilitacja w kardiologii, rehabilitacja w neurologii) oraz **seminaria** (rehabilitacja w pulmonologii, fizykoterapia) w ramach przedmiotu: Rehabilitacja dla studentów polskojęzycznych i anglojęzycznych V-roku (Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu).
- Od 2019 roku regularnie prowadzę wykłady w ramach kursu obowiązkowego z listy CMPK pt. *Zdrowie Publiczne*, temat wykładu: *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia* dla lekarzy w trakcie specjalizacji (kurs obowiązkowy).
- Jestem autorką popularno-naukowej książki *Aktywność fizyczna seniora* (Bielsko-Biała 2020, Wydawnictwo Dragon, 112 s. ISBN 978-83-817-2409-8) w której przedstawiam korzyści płynące z regularnie podejmowanej aktywności fizycznej przez seniorów, aktualne zalecenia, jak również prezentuję przykłady ćwiczeń w konkretnych schorzeniach, m.in. chorobie zwyrodnieniowej kręgosłupa i stawów obwodowych, RZS, stopie cukrzycowej, osteoporozie, nietrzymaniu moczu, niewydolności żyłnej kończyn dolnych).



W dniu 20 stycznia 2020 roku pozycja ta pod nazwą: *Senior w formie. Cz.1. Aktywność fizyczna*. (Bielsko-Biała 2020, Wydawnictwo Dragon, 112 s. ISBN 978-83-66316-38-6) stanowiła Dodatek do "Dziennika Gazety Prawnej" 2020 R.26 nr 12 na terenie kraju.

- Jestem autorką popularno-naukowego *Atlasu anatomii* (Warszawa 2015, Wydawnictwo SBM, 191 s. ISBN 978-83-7845-997-2), przeznaczonego dla uczniów szkół licealnych oraz wszystkich, których na podstawowym poziomie interesuje budowa ludzkiego ciała.
- Jestem autorką dwóch rozdziałów w popularno-naukowej *Encyklopedii Seniora* (Wstęp oraz Aktywność Fizyczna seniorów, Warszawa 2014, Wydawnictwo SBM, 447 s. ISBN 978-83-7845-755-8).
- Jestem współautorką *Akcji rehabilitacji*, programu telewizyjnego transmitowanego przez TVP3 Wrocław (emisja czerwiec 2020 i powtórka programu listopad 2020), w ramach którego przygotowałam autorski program ćwiczeń ogólnousprawniających dla osób starszych, szczególnie narażonych na hipokinezę z powodu pandemii koronawirusa SARS-CoV-2. Cały program treningowy dostępny jest na stronie: <https://wroclaw.tvp.pl/48797833/cwiczenia-ogolnosprawnosciowe>
- W ramach projektu „Domowa Przystań”, realizowanego w latach 2017-2020 prowadziłam tygodniowe szkolenia dla pracowników Miejskiego Centrum Usług Socjalnych we Wrocławiu o tematyce: wielkie zespoły geriatryczne oraz aktywność fizyczna osób starszych. W ramach projektu powstał przewodnik skierowany do pracowników MOPS-u pt. „Rekomendacje i instrukcje do wdrożenia Nowego Modelu Wsparcia w dziennych domach pomocy”, którego jestem współautorką.
- W ramach projektu „Każdego dnia bezpieczniej w dziennych domach pomocy”, rozpoczętego w roku 2019, prowadziłam dwutygodniowe szkolenia dla pracowników Miejskiego Centrum Usług Socjalnych we Wrocławiu o tematyce: przyczyny upadków, zapobieganie upadkom u osób starszych, rola aktywności fizycznej oraz dwutygodniowe szkolenia dla klientów i ich rodzin w Dziennych Domach Pomocy we Wrocławiu o tej samej tematyce. W ramach projektu powstał przewodnik pt. „Bezpieczny senior”, skierowany do pracowników oraz klientów i ich opiekunów dziennych domów pomocy.
- Jako ekspert brałam udział w warsztatach innowacji w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Dolnośląskiego pt. „TITTAN – Sieć na rzecz technologii, innowacji i przemian w procesie starzenia się” (Wrocław 07.06.2017), podczas którego udzieliłam wykładu pt. *Physical activity in frailty*.
- Jestem autorką artykułu popularno-naukowego na łamach „Współczesnej Dietetyki”: *Aktualne zalecenia dotyczące aktywności fizycznej osób starszych*. *Współczesna Dietetyka* 2017; 9.
- Regularnie głoszę wykłady gościnne na Uniwersytetach Trzeciego Wieku:

**Trzebnica 25.01.2018.** Uniwersytet Trzeciego Wieku, *Demencja – rozpoznanie i możliwości leczenia*.

**Trzebnica 12.10.2017.** Uniwersytet Trzeciego Wieku, *Frailty – coś więcej niż starzenie się*.

**Trzebnica 25.05.2017.** Uniwersytet Trzeciego Wieku, *Udar mózgu – zapobiegaj*.

**Wrocław 7.04.2017.** Uniwersytet Trzeciego Wieku, *Ruch to zdrowie – kiedy i jak ćwiczyć?*

**Trzebnica 06.10.2016.** Uniwersytet Trzeciego Wieku, *Aktywność Fizyczna Seniorów – aktualne zalecenia.*

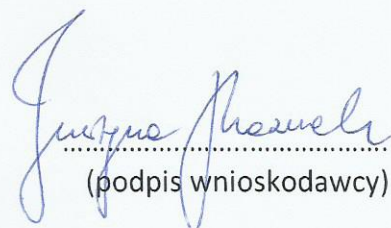
**Biała Rawska 10.03.2015.** Uniwersytet Trzeciego Wieku, *Aktywność Fizyczna Seniorów.*

- Od 2019 roku regularnie organizuję wizyty dla Uczniów Powiatowego Zespołu Szkół nr 1 w Trzebnicy na Oddziale Rehabilitacji z udziałem fizjoterapeutów i pacjentów – przygotowanie do przyszłego zawodu.

## **7. Oprócz kwestii wymienionych w pkt. 1-6, wnioskodawca może podać inne informacje, ważne z jego punktu widzenia, dotyczące jego kariery zawodowej.**

- Jestem **promotorem pomocniczym** rozprawy doktorskiej lek. Małgorzaty Stembalskiej pt. *Efektywność prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych u pacjentów kierowanych na rehabilitację po urazach* (UMW, 2020). Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych.
- Jestem autorką recenzji kilku książek niemieckojęzycznych o tematyce medycznej:
  1. Recenzja książki: *Aktiv gegen Demenz /Być aktywnym w walce z otępieniem/*, W.D. Oswald, HOGREFE, Gerontologia Polska 2014, 2:95-96.
  2. Recenzja książki: *Mythos Alzheimer /Mity choroby Alzheimera/*, P.J. Whitehouse, D. George, HUBER, Bern 2009, Fizjoterapia, tom 17, nr 3, s. 77.
  3. Recenzja książki: *Die Zukunft des Alterns. Die Antwort der Wissenschaft /Przyszłość starości. Odpowiedź nauki/*, P. Gruss, C.H.BECK, München 2007, „Gerontologia Polska” 2009, tom 17, nr 1, s. 52-53.
  4. Recenzja książki: *Probleme des Alterns /Problemy osób starszych/*, S. Forstmeier, A. Maercker, HOGREFE, Göttingen 2008, Fizjoterapia 2007, tom 15, nr 4, s. 78-79.
  5. Recenzja książki: *Medizin des Alterns und des alten Menschen /Medycyna starzenia się i ludzi starych/*, W. von Renteln-Kruse (red.), STEINKOPFF VERLAG, Heidelberg 2009, Psychogeriatrya Polska 2010, 7(1): 37-38.

Ponadto konsultowałam merytorycznie książkę *Cofnij Zegar*, aut. Miranda Esmondé-White, 2015, ss. 320, Wydawnictwo Pascal.

  
(podpis wnioskodawcy)