

Autoreferat

1. Imię i nazwisko.

Sylwia Anna KRZEMIŃSKA

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

1995	Liceum Medyczne w Głogowie (tytuł: pielęgniarki dyplomowanej)
1999	Dyplom ukończenia studiów na Wydziale Pielęgniarskim, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich (tytuł: mgr pielęgniarstwa) Tytuł pracy magisterskiej: Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia serca w wieku podeszłym. Promotor. Prof. dr hab. n. med. Krystyna Łoboz-Grudzień
2000	Dyplom ukończenia studiów podyplomowych Wyższa Szkoła Zarządzania i Finansów we Wrocławiu Studia Podyplomowe w zakresie: Zarządzanie i Finanse w Ochronie Zdrowia
2005	Dyplom doktora nauk medycznych z zakresu medycyny społecznej na podstawie rozprawy: Ocena zmian jakości życia u osób w wieku podeszłym po operacjach kardiologicznych. Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego, Akademia Medyczna we Wrocławiu, Promotor: prof. dr hab. n. med. Tomasz Hirnle
2012	Dyplom ukończenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie: Pielęgniarstwo kardiologiczne Multiservis, NZOZ PREV-MED w Bytomiu (tytuł specjalista pielęgniarstwa kardiologicznego)
2014	Dyplom ukończenia studiów podyplomowych Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu Studia Podyplomowe w zakresie: Menadżer Projektu Badawczo-Rozwojowego
2021	Ukończenie specjalizacji w dziedzinie Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki DOIPiP we Wrocławiu

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

2004-2009 rok Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego — Asystent od 2009 roku Adiunkt,

2009-2011 rok Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki – Adiunkt,

2011-2013 Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna we Wrocławiu, Wydział Profilaktyki i Zdrowia- Asystent.

Po uzyskaniu tytułu pielęgniarki dyplomowanej w roku 1995 dostałam się na studia na Kierunku Pielęgniarstwo (4 letnie dzienne) na Wydziale Pielęgniarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu. Po ukończeniu studiów w 1999 roku podjęłam pracę w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 we Wrocławiu, gdzie pracowałam na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (odcinek pooperacyjny kardiochirurgiczny).

W roku 2004 rozpoczęłam pracę na Wydziale Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej jako asystent w Zakładzie Pielęgniarstwa Internistycznego w Katedrze Pielęgniarstwa Klinicznego, pod kierownictwem prof. dr hab. Krystyny Łoboz-Grudzień, a od roku 2009 kontynuowałam zatrudnienie w nowo powstałym Zakładzie Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki pod kierownictwem dr n. med. Marty Arendarczyk. Po uzyskaniu tytułu doktora nauk medycznych w 2005 roku, w roku 2009 awansowałam na stanowisko adiunkta, na którym jestem zatrudniona do czasu obecnego. Od roku 2009 pełnię funkcję, adiunkta dydaktycznego w Zakładzie Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki. W trakcie swojej pracy na Uniwersytecie Medycznym kilkakrotnie byłam członkiem Wydziałowej Komisji Rekrutacyjnej na kierunku Pielęgniarstwo oraz 2015 roku Komisji Egzaminacyjnej do przeprowadzenia egzaminu dyplomowego na kierunku Pielęgniarstwo od na studiach I stopnia.. Od 2018 roku jestem członkiem, a od roku 2020 Przewodniczącą Wydziałowej Komisji Programowej na Kierunku Pielęgniarstwo. W roku 2020 zostałam powołana jako członek Uniwersyteckiej Komisji Dyscyplinarnej, Wydziałowej Komisji ds. Nagród oraz Wydziałowej Komisji do przeprowadzania postępowań konkursowych na stanowiska nauczycieli akademickich w grupie pracowników dydaktycznych. W latach 2011-2013 pracowałam jako asystent w Niepublicznej Wyższej Szkole Medycznej we Wrocławiu, Wydział Profilaktyki i Zdrowia na kierunku Pielęgniarstwo. Współpracuję również z ośrodkami kształcenia podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

gdzie jestem wykładowcą na kursach i szkoleniach specjalizacyjnych w dziedzinie pielęgniarstwa, kierownikiem specjalizacji w dziedzinie Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki dla Pielęgniarek. Przewodniczyłam również Komisji Egzaminacyjnej CKPPIP na egzaminie specjalizacyjnym w dziedzinie Pielęgniarstwa Kardiologicznego.

- 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 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.

Osiągnięcie naukowe obejmuje cykl 7 spójnych tematycznie publikacji, których łączna punktacja wynosi: **IF: 16,272; MNiSW: 480 pkt**

A) Tytuł osiągnięcia naukowego:

Determinanty jakości życia chorych na cukrzycę typu 2

B) Wykaz publikacji, które wchodzą w skład osiągnięcia naukowego:

1. Izabella Uchmanowicz, **Sylwia Krzemińska**, Davide Ausili, Michaela Luciani, Magdalena Lisiak: *Polish adaptation of the Self-Care of Diabetes Inventory (SCODI)*. Patient Prefer.Adherence 2020 Vol.14 s.1341-1350, DOI: 10.2147/PPA.S253444 (**IF 2,711; MNiSW 70 pkt**)

Jest to praca oryginalna. Mój udział w powstaniu pracy obejmował: koncepcję i plan pracy, dobór metodyki badań, opracowanie wyników, analizę piśmiennictwa i zatwierdzenie publikacji przed drukiem.

2. **Sylwia Krzemińska**, Edyta Czapor: *Ocena poziomu samoopieki u pacjentów z cukrzycą typu 2 z zastosowaniem kwestionariusza Self-Care of Diabetes Inventory (SCODI)*. Współcz.Pielęg.Ochr.Zdr. 2019 Vol.8 nr 4 s.109-114, (Publikacja w czasopiśmie spoza listy MNiSW. **5 pkt**)

Jest to praca oryginalna. Mój udział w powstaniu pracy obejmował: koncepcję i plan

pracy, dobór metodyki badań, opracowanie wyników, analizę piśmiennictwa, przygotowanie manuskryptu i ostateczne zatwierdzenie publikacji przed drukiem. Byłam również autorem korespondującym.

3. **Sylwia Krzemińska**, Katarzyna Lomper, Anna Chudiak, Davide Ausili, Izabella Uchmanowicz: *The association of the level of self-care on adherence to treatment in patients diagnosed with type 2 diabetes*. Acta Diabetol. 2021 Vol.58 no.4 s.437-445, DOI: 10.1007/s00592-020-01628-z (**IF 4,280***; **MNiSW 100 pkt**)

Jest to praca oryginalna. Mój udział w powstaniu pracy obejmował: koncepcję i plan badania, dobór metodyki badań, opracowanie wyników, interpretację danych, napisanie manuskryptu, analizę piśmiennictwa.

4. **Sylwia Krzemińska**, Anna Kostka: *Acceptance of illness and quality of life in patients with type 2 diabetes*. J.Educ.Health Sport 2021 Vol.11 no.5 s.86-100, (Publikacja w czasopiśmie spoza listy MNiSW; 5 pkt) DOI: 10.12775/JEHS.2021.11.05.009

Jest to praca oryginalna. Mój udział w powstaniu pracy obejmował: koncepcję badania, dobór metodyki badań, analizę i interpretację danych, opracowanie wyników, napisanie manuskryptu, analizę piśmiennictwa i ostateczne zatwierdzenie pracy przed wysłaniem. Byłam również autorem korespondującym.

5. **Sylwia Krzemińska**, Anna Kostka: *Influence of pain on the quality of life and disease acceptance in patients with complicated diabetic foot syndrome*. Diabetes Metab.Syndr.Obes.-Targets Ther. 2021 Vol.14 s.1295-1303, tab. bibliogr. 39 poz. summ. DOI: 10.2147/DMSO.S297887 (**IF 3,168***; **MNiSW 100 pkt**)

Jest to praca oryginalna. Mój udział w powstaniu pracy obejmował: koncepcję badania, dobór metodyki badań, analizę i interpretację danych, opracowanie wyników, napisanie manuskryptu, analizę piśmiennictwa i ostateczne zatwierdzenie pracy przed wysłaniem. Byłam również autorem korespondującym.

6. **Sylwia Krzemińska**, Ewelina Bąk, Lenka Satekova, Andrea Polanska, Katerina Hosova Milan Laurinc: *Comparison of diabetes-dependent quality of life (ADDQoL) in patients with T2DM in Poland, The Czech Republic, and Slovakia*. Diabetes Metab.Syndr.Obes.-Targets Ther. 2020 Vol.13 s.3773-3786,. DOI: 10.2147/DMSO.S273339 (**IF 3,168***; **MNiSW 100 pkt.**)

Jest to praca oryginalna. Mój udział w powstaniu pracy obejmował: koncepcję i projekt

badania, dobór metodyki badań, zbieranie danych, opracowanie wyników, analizę i interpretację danych, napisanie manuskryptu, analizę piśmiennictwa i ostateczne zatwierdzenie pracy przed wysłaniem. Byłam również autorem korespondującym.

7. **Sylwia Krzemińska, Ewelina Bąk,:** *Psychometric properties of the Polish version of the Diabetes Distress Scale (DDS)*, Psychology Research and Behavior Management, 2021. 2021;14:1149-1156, DOI: 10.2147/PRBM.S320675 (**IF 2,945***; **MNiSW 100 pkt.**)

Jest to praca oryginalna. Mój udział w powstaniu pracy obejmował: koncepcję i projekt badania, dobór metodyki badań, zbieranie danych, opracowanie wyników, analizę i interpretację danych, napisanie manuskryptu, analizę piśmiennictwa i ostateczne zatwierdzenie pracy przed wysłaniem. Byłam również autorem korespondującym.

*IF za rok 2020

Omówienie celu naukowego wyżej przedstawionych prac i wyników z omówieniem możliwości ewentualnego ich wykorzystania

Wprowadzenie teoretyczne

Moje zainteresowania naukowe od lat oscylują wokół zagadnień związanych z jakością życia ludzi chorych. Początkowo moje zainteresowania dotyczyły głównie jakości życia pacjentów z chorobami sercowo naczyniowymi, aby przez analizę przyczynowo skutkową dojść do tematyki związanej z cukrzycą jako podłożem wielu chorób, w tym również sercowo-naczyniowych.

Cukrzyca jako zespół o podłożu zaburzeń gospodarki i metabolizmu glukozy jest obecnie jednym z najpoważniejszych i największych zagrożeń zdrowotnych zarówno dla Polski jak i całego świata. Dotychczas uważano, że cukrzyca typu 2 występuje przede wszystkim w krajach wysoko rozwiniętych i jest to związane z dobrobytem ekonomicznym, jednak aktualnie obserwuje się również wzrost liczby zachorowań w krajach rozwijających się. Wskaźniki epidemiologiczne cukrzycy są wysokie i odnotowują stałą tendencję wzrostową. W skali świata prognoza WHO przewiduje zwiększenie się liczby osób z cukrzycą do 333 mln w roku 2025 i do 360 mln w roku 2030, a do roku 2045 szacuje się wzrost liczby chorych do 693 milionów.

Pomimo postępów terapii związanych z nowoczesnymi lekami, techniką stosowaną w medycynie, ze względu na globalny, utrzymujący się trend wzrostu zachorowań na cukrzycę w

Polsce oraz na całym świecie, choroba ta i jej powikłania stały się dużym wyzwaniem dla systemów opieki zdrowotnej większości krajów.

Tradycyjnie wpływ przewlekłych chorób mierzono poprzez zachorowalność lub śmiertelność. Jednak, naukowcy zaczęli interesować się jakością życia związaną ze zdrowiem (HRQoL) jako ważnym i wymiernym wynikiem stosowanej terapii. U pacjentów z cukrzycą poprzez pomiar jakości życia można przewidywać zdolność danej osoby do samodzielnego radzenia sobie z chorobą oraz utrzymania długoterminowego zdrowia i dobrego samopoczucia. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje Jakość Życia jako sposób postrzegania przez jednostkę swojej pozycji życiowej w kontekście kultury i systemów wartości, w których żyje oraz w odniesieniu do swoich celów, oczekiwań, standardów i obaw. Jest to wieloaspektowa koncepcja, na którą w wielostronny sposób wpływają zarówno stan fizyczny, stan psychiczny, osobiste przekonania jak i relacje społeczne i ich związek z istotnymi cechami otoczenia.

Jak powszechnie wiadomo, leczenie cukrzycy typu 2 wymaga od pacjenta dostosowania diety i stylu życia a także przestrzegania zaleceń terapeutycznych, co może wpływać na jakość życia (QoL). Gdy QoL i / lub zadowolenie z leczenia są zaburzone przez reżim terapeutyczny, może to działać niekorzystnie na postrzeganie jakości życia i powodować wzrost ryzyka powikłań. Stosowanie w terapii insuliny i dołączające się wraz z czasem trwania choroby powikłania są również związane z upośledzeniem jakości życia.

Dokonując przeglądu literatury stwierdziłam, że choroba jaką jest cukrzyca ma negatywny wpływ na stan fizyczny i psychiczny pacjenta oraz na jego funkcjonowanie społeczne, a zatem prowadzi do pogorszenia poziomu jakości życia (QoL).

Dotychczas opublikowane badania naukowe dotyczące chorych na cukrzycę pozwoliły na oznaczenie 3 głównych grup czynników wpływających na jakość życia pacjentów, są to: czynniki medyczne (np. typ i czas trwania cukrzycy; intensywność i rodzaj leczenia; parametry kontroli glikemii: fruktozamina i hemoglobina glikowana (HbA1c)); czynniki demograficzne (wiek, płeć, poziom edukacji, status materialny, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa) oraz czynniki związane z postawą wobec choroby (samokontrola, przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, wsparcie społeczne i zaburzenia nastroju). Siła wpływu poszczególnych czynników jest jednak różna. Ważnym zatem determinantem jakości życia chorych z cukrzycą typu 2 jest samoopieka oraz przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, ale istotną kwestią w przypadku jakości życia u chorych na cukrzycę wydają się być również inne niż medyczne czynniki, przede wszystkim psychologiczne (na przykład stres cukrzycowy - Diabetes Distress).

Ocena jakości życia i czynników wpływających na tę jakość odgrywa niezaprzeczalną i coraz większą rolę w monitorowaniu przebiegu cukrzycy. Kiedy jakość życia pacjenta jest

niska, chory może być przytłoczony chorobą i przeciążony obowiązkami związanymi z terapią, a jego współpraca w procesie leczenia (adherence) nie będzie prawidłowa. W konsekwencji takiego stanu, dojdzie do zaniedbania samokontroli i w następstwie pogorszenie się parametrów metabolicznych cukrzycy, co z kolei może negatywnie wpływać na stan psychiczny chorego i jakość życia. Powstaje współzależność przyczyn i skutków, którą trudno jest przerwać. Dlatego coraz więcej badaczy interesuje się jakością życia i związanymi z nią determinantami jako ważnymi aspektami terapii pacjentów z cukrzycą.

W literaturze dostępne są dwa rodzaje skal diagnostycznych służących ocenie jakości życia – ogólne i specyficzne. Skale ogólne stworzono do oceny ogólnych aspektów jakości życia, pozwalają porównywać różne grupy pacjentów. Skale specyficzne stanowią narzędzie oceniające w sposób dokładny i szczegółowy oddziaływanie danej, konkretnej jednostki chorobowej na jakość życia pacjenta, którego tak jednostka chorobowa dotyczy. Z tego powodu mogą wykrywać niewielkie, ale istotne różnice w oddziaływaniu klinicznym w odniesieniu do pacjentów z konkretnym schorzeniem. Uwzględniają także specyficzne dla danej choroby problemy, emocje, powikłania, sposoby i metody leczenia czy odbioru społecznego i otrzymywanego wsparcia ze strony bliskich. Ze względu na dużą potrzebę badań dotyczących jakości życia u chorych na cukrzycę, opracowano wiele specyficznych dla cukrzycy skal do oceny jakości życia. Niewiele z nich jednak dostosowano do polskiej populacji, dlatego wraz z zespołem z Akademii Humanistyczno-Technicznej w Bielsku Białej oraz Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach zdecydowałam się prowadzić badania naukowe dotyczące oceny rzetelności i wiarygodności polskiej wersji językowej kwestionariusza ADDQoL użytego u chorych na cukrzycę typu 1 i 2.

W badaniach przedstawionych w cyklu prac, wykorzystywałam oba rodzaje skal zarówno ogólną: WHOQoL BREF jak i specyficzną dla pomiaru jakości życia z cukrzycą skalę ADDQoL dostosowaną wcześniej przez nasz zespół do polskiej populacji.

Ponieważ samoopieka wśród pacjentów z cukrzycą odgrywa istotną rolę zarówno w odniesieniu do terapii jak i zapobiegania powikłaniom, które istotnie wpływają na poziom jakości życia, bardzo ważna wydała się konieczność zbadania i oceny poziomu samoopieki u polskich pacjentów. Brak dostępu do standaryzowanych narzędzi służących ocenie poziomu samoopieki (Self-care) skłonił mnie do przeanalizowania literatury w tym kierunku i znalezienia narzędzia badawczego służącego do oceny tego zagadnienia. W związku z koniecznością adaptacji językowej oraz kulturowej wraz z Prof. Izabellą Uchamnowicz nawiązałam współpracę z autorem narzędzia Self-Care of Diabetes Inventory (SCODI) Dr Davidem Ausili i dokonałam przygotowania polskiej wersji narzędzia oraz rozpoczęłam proces oceny rzetelności

kwestionariusza. Nie było jak dotąd polskiego narzędzia służącego do oceny poziomu samoopieki u chorych na cukrzycę więc zdecydowano o wykorzystaniu narzędzia już istniejącego i dostosowaniu go do polskiej populacji.

Kolejnym determinantem mającym wpływ na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2 jest stres związany z chorobą przewlekłą, zdefiniowany w tym przypadku jako „diabetes distress” (stres cukrzycowy). Jest to stan doświadczany przez chorych kiedy niepokoją ich kwestie dotyczące terapii, wsparcia społecznego, obciążenia emocjonalnego czy dostępu do opieki oraz koszty leczenia. Dodatkowym obciążeniem są powikłania występujące w cukrzycy rzutujące na upośledzenie wykonywania pracy czy wręcz konieczność jej zaprzestania (np. w przebiegu powikłań). Stres cukrzycowy może być również wynikiem nieodpowiedniego zarządzania samokontrolą i samoopieką, co w konsekwencji będzie wiązało się z presją emocjonalną i behawioralną oraz lękiem przed powikłaniami cukrzycy. Może on wpływać również na stan emocjonalny poprzez nasilenie stanów lękowych oraz depresyjnych .

Brak dla polskiej populacji narzędzia do oceny stresu cukrzycowego (diabetes distress) spowodował moje zainteresowanie tematem, co poskutkowało nawiązaniem współpracy z Behavioral Diabetes Institute, gdzie uzyskałam pozwolenie na adaptację kulturową narzędzia do oceny stresu związanego z cukrzycą (Diabetes Distress Scale). Badania w celu oceny własności psychometrycznych narzędzia przeprowadzono w grupie polskich pacjentów z cukrzycą typu 2.

Celami głównymi prezentowanego cyklu publikacji było:

1. Wybór oraz ocena własności psychometrycznych narzędzia do oceny samoopieki u pacjentów z cukrzycą typu 2 dla populacji polskiej oraz stresu związanego z cukrzycą.
2. Ocena poziomu samoopieki wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 oraz zależności występujących między poziomem samoopieki a czynnikami społeczno-demograficznymi i medycznymi.
3. Ocena wpływu samoopieki na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych u pacjentów z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 oraz wpływ złożonych interakcji społecznych, stylu życia, ekonomicznych, środowiskowych i behawioralnych.
4. Ocena akceptacji choroby oraz wpływu akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z cukrzycą typu 2.
5. Analiza porównawcza wpływu cukrzycy typu 2 na poziom jakości życia, z uwzględnieniem poszczególnych domen ADDQoL oraz związków między

jakością życia a czynnikami demograficznymi i klinicznymi wśród dorosłych pacjentów z cukrzycą w Polsce, Czechach i Słowacji.

6. Ocena związku między występowaniem i nasileniem bólu a jakością życia, akceptacją choroby, lękiem i depresją w grupie pacjentów z zakończoną amputacją, powikłanym zespołem stopy cukrzycowej.

Syntetyczny opis wykonywanych prac:

Publikacja nr 1 cyklu:

Pierwszą część projektu dotyczącego jakości życia pacjentów z cukrzycą typu 2 stanowi publikacja pt.: *Polish adaptation of the Self-Care of Diabetes Inventory (SCODI)*, opublikowana w czasopiśmie Patient Preference and Adherence (2020 Vol.14 s.1341-1350, DOI: 10.2147/PPA.S253444). Celem tego badania była ocena wiarygodności polskiej wersji SCODI.

Nowoczesna terapia cukrzycy wykracza poza tradycyjne rozumienie leczenia chorób przewlekłych. Obejmuje ona wczesną profilaktykę, identyfikację i monitorowanie czynników ryzyka oraz edukację. Świadomy pacjent, który rozumie swoją rolę w procesie terapeutycznym, staje się aktywnym uczestnikiem walki z chorobą.

Samoopiekę chorego na cukrzycę można zdefiniować jako ciągły proces zdobywania wiedzy i umiejętności oparty na świadomej współpracy pacjenta z zespołem terapeutycznym, tak aby był on aktywnym i kompetentnym uczestnikiem procesu leczenia. Samoopieka w cukrzycy zakłada, że pacjent będzie zgodnie z wiedzą zachowywał się w sposób odpowiedni przestrzegając diety, unikając nadmiernego spożycia tłuszczu, dostosowując aktywność fizyczną, monitorując glikemię i regularnie oceniając stopy. Wysoki poziom gotowości pacjenta i / lub jego rodziny czy opiekuna do samoopieki i podejmowania decyzji jest korzystny w zmniejszeniu liczby hospitalizacji wynikających z powikłań zarówno wczesnych jak i późnych. Dobra samoopieka chorych na cukrzycę może poprawić również jakość ich życia. Edukacja diabetologiczna chorych i ich rodzin czy opiekunów w walce z chorobą, ma na celu przygotowanie ich do współpracy w procesie terapii, opieki i samoopieki. Prawidłowa edukacja zwiększa również odporność psychiczną pacjenta na stres, buduje jego niezależność, motywuje do podejmowania trudności związanych z terapią, eliminuje lęk przed przyszłością oraz zapobiega depresji.

Zgodnie z wytycznymi edukacja i samoopieka chorych na cukrzycę jest istotnym elementem procesu leczenia. Skuteczna ocena poziomu samoopieki umożliwia rozpoznanie potrzeb pacjenta oraz optymalizację edukacji oraz opieki.

Istotne jest posiadanie narzędzia do pomiaru zachowań związanych z samoopieką chorych na cukrzycę, ponieważ ocena samoopieki w tej grupie chorych jest niezbędna i konieczna. Dlatego wybraliśmy Self-care of Diabetes Inventory (SCODI), który został opracowany w oparciu o teorię Middle-range of Self-Care przewlekłej choroby, do adaptacji na język polski. Zdecydowaliśmy się skorzystać z tego narzędzia, ponieważ w oparciu o proces rozwoju, jest ono klinicznie aktualne, okazało się, że jest trafnym i niezawodnym narzędziem do pomiaru samoopieki u chorych na cukrzycę i może być przydatne zarówno dla klinicystów, jak i badaczy.

Dotychczas w Polsce nie było narzędzia specyficznego do oceny poziomu samoopieki u chorych z cukrzycą dlatego zdecydowano się na adaptację narzędzia, które w sposób wiarygodny mierzy to zagadnienie.

Do tłumaczenia i adaptacji kulturowej angielskiej wersji SCODI na język polski wykorzystano protokół tłumaczenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Badaniem objęto 276 polskich chorych na cukrzycę typu 2 (średni wiek $61,28 \pm 12,02$ lat). W badaniu wzięło udział 145 mężczyzn i 131 kobiet. Spójność wewnętrzną SCODI oceniano za pomocą metody Cronbacha. W badaniu potwierdzono oryginalną strukturę narzędzia dla czterech części. Średnie całkowite poziomy samoopieki w czterech skalach SCODI w badanej grupie to utrzymanie samoopieki (67,66 pkt; SD = 18,55), monitorowanie samoopieki (61,81 pkt; SD = 24,94), zarządzanie samoopieką (54,65 pkt. pkt; SD = 22,98) i pewności siebie (62,86 pkt; SD = 20,87). Korelacje pozycja-suma były dodatnie, więc nie ma potrzeby zmiany skali żadnego z pytań. Ogólna zgodność poszczególnych skal została oceniona za pomocą Alfa Cronbacha: utrzymanie samoopieki (0,759), monitorowanie samoopieki (0,741), zarządzanie samoopieką (0,695) i pewność siebie (0,932). Eksploracyjna analiza czynnikowa i ładunki czynnikowe poszczególnych pozycji wahały się od 0,137 do 0,886 i, z dwoma wyjątkami (pytania nr 23 i 32), były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Wyniki badań pozwoliły na wyciągnięcie wniosków w zakresie wiedzy i ich implikacji praktycznych i utwierdziły o szczególnym znaczeniu przeprowadzonych badań:

- Kwestionariusz SCODI ma akceptowalną wewnętrzną spójność i rzetelność w ocenie samoopieki wśród chorych na cukrzycę w populacji polskiej.
- To rzetelne narzędzie badawcze może być wykorzystywane w planowanych badaniach polskich chorych na cukrzycę zarówno w aspekcie poznawczym jak i klinicznym.

Publikacja nr 2 cyklu:

Równocześnie z publikacją dotyczącą oceny psychometrycznych polskiej wersji SCODI powstała druga publikacja zatytułowana: *Ocena poziomu samoopieki u pacjentów z cukrzycą typu 2 z zastosowaniem kwestionariusza Self-Care of Diabetes Inventory (SCODI)* opublikowana w czasopiśmie Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia (2019, Vol.8 nr 4 s.109-114), której celem była ocena poziomu samoopieki wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 oraz zależności występujących między SCODI a czynnikami społeczno-demograficznymi i medycznymi.

Wyniki badania zostały opublikowane wcześniej niż polska adaptacja kwestionariusza SCODI z uwagi na dłuższy czas redakcyjny wcześniej przedstawianej pracy.

Jak wiadomo samoopieka w cukrzycy typu 2 wspomaga kontrolę prawidłowych zachowań zdrowotnych, które są niezbędne, aby utrzymać optymalny poziom glikemii i minimalizować ryzyko wystąpienia powikłań. W tej jednostce chorobowej to pacjent decyduje o swojej przyszłości, jego codzienne wybory, samoobserwacja i samokontrola wpływają bezpośrednio na stan jego zdrowia.

Badanie przeprowadzono w grupie 100 osób z diagnozowaną cukrzycą typu 2. Średnia wieku grupy badawczej wynosiła $57 \pm 15,23$ lat. Kryterium włączenia do badania było zdiagnozowana minimum przed 3 laty cukrzyca typu 2, wiek powyżej 18. roku życia oraz dobrowolne uczestnictwo. Dane pozyskano z analizy dokumentacji medycznej pacjentów oraz z wywiadu kwestionariuszowego z użyciem autorskiej ankiety charakteryzującej grupę pod względem socjodemograficznym: wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa, rodzaj wykonywanej pracy oraz klinicznym: czas trwania choroby, rodzaj stosowanego leczenia, współczynnik masy ciała BMI. Do oceny poziomu samoopieki w cukrzycy użyto standaryzowanego narzędzia: Inwentarz Samoopieki w cukrzycy – (SCODI – Self-Care of Diabetes Inventory) to narzędzie składające się z czterdziestu elementów SCODI (5-punktowa skala typu Likerta) pogrupowanych w czterech wymiarach: utrzymanie samoopieki – zachowania zdrowotne (12 pozycji), monitorowanie samoopieki – kontrola zdrowotna (9 pozycji), zarządzanie samoopieką – kontrola poziomu cukru (8 pozycji) i pewność siebie w zarządzaniu samoopieką (11 pozycji). Każda z czterech części skali jest oceniana oddzielnie i standaryzowana 0–100 z wyższymi wynikami wskazującymi na lepszą samoopiekę

W badanej grupie były 42 kobiety i 58 mężczyzn. Większość osób mieszkała w mieście (60%), dominowały osoby z wykształceniem zawodowym (41%) i średnim (36%) oraz samotne

(55%). Większość badanych pracowała zawodowo (45%), wykonując pracę fizyczną (61%). Większość respondentów charakteryzowała otyłość (46%), czas trwania cukrzycy typu 2 krótszy niż 10 lat (60%) i choroba podstawowa leczona za pomocą diety oraz doustnych leków hipoglikemizujących (34%).

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem Kwestionariusza Self-Care of Diabetes Inventory (SCODI) oraz autorskiej ankiety do zebrania danych socjodemograficznych i klinicznych.

W pracy wykazano, że badani pacjenci z cukrzycą typu 2 najlepiej radzą sobie z przestrzeganiem zaleceń dotyczących prawidłowych zachowań zdrowotnych ($43,69 \pm 7,55$ punktu), a najtrudniej przychodzi im samodzielna kontrola poziomu glukozy ($26,21 \pm 4,45$ punktu). Zachowania zdrowotne oraz pewność siebie w zakresie samoopieki były istotnie wyższe u kobiet, osób pozostających w związku oraz u osób pracujących umysłowo ($p < 0,05$). Wykazano istotny statystycznie związek czasu trwania choroby ze SCODI. Wraz z czasem trwania choroby rosła samodzielność w zakresie zachowań zdrowotnych, kontroli poziomu glukozy oraz pewności siebie wśród chorych poniżej 10 lat trwania choroby. U chorych powyżej 10 lat trwania choroby wraz z czasem rosła samodzielność w zachowaniach zdrowotnych, kontroli stanu zdrowia oraz pewności siebie.

Wykazano istotny statystycznie związek czasu trwania choroby ze SCODI. Wraz z czasem trwania choroby rosła samodzielność w zakresie zachowań zdrowotnych, kontroli poziomu glukozy oraz pewności siebie wśród chorych poniżej 10 lat trwania choroby. U chorych powyżej 10 lat trwania choroby wraz z czasem rosła samodzielność w zachowaniach zdrowotnych, kontroli stanu zdrowia oraz pewności siebie. Chorzy leczeni tylko dietą mają większą samodzielność w zakresie zachowań zdrowotnych ($p < 0,5$). Chorzy leczeni dietą i lekami doustnymi mają większą samodzielność w zakresie zachowań zdrowotnych oraz w zakresie kontroli poziomu glikemii i pewności siebie w zakresie samoopieki ($p < 0,5$). Pacjenci leczeni dietą i insuliną mają większą samodzielność w zakresie kontroli stanu zdrowia ($p < 0,5$). Zależność ta jest dodatnia i silna. Chorzy leczeni dietą, lekami doustnymi i insuliną mają większą samodzielność w zakresie kontroli stanu zdrowia i większą pewność siebie w zakresie samoopieki ($p < 0,5$).

Zbadano również korelacje występujące między poszczególnymi częściami SCODI. Występuje łącznie 6 zależności istotnych statystycznie ($p < 0,05$). Wszystkie one są dodatnie i średnie: wraz ze wzrostem w zakresie jednej części skali wzrastała punktacja w kolejnej części.

Wyniki badań pozwoliły na wyciągnięcie wniosków w zakresie wiedzy i ich implikacji praktycznych i utwierdziły o szczególnym znaczeniu przeprowadzonych badań:

- Pacjenci z cukrzycą typu 2 najlepiej radzą sobie z przestrzeganiem zaleceń dotyczących prawidłowych zachowań zdrowotnych, a najgorzej z samodzielną kontrolą poziomu glukozy.
- Czynniki socjodemograficzne jak płeć, stan cywilny i rodzaj pracy oraz kliniczne jak czas trwania choroby, rodzaj leczenia mają wpływ na poziom samoopieki u chorych z cukrzycą typu 2
- Wraz z czasem trwania choroby wzrasta samodzielność w zakresie prawidłowych zachowań zdrowotnych, kontroli stanu zdrowia i pewności siebie.

Publikacja nr 3 z cyklu

Równoległe z wcześniejszymi badaniami trwały inne dotyczące samoopieki i przestrzegania zaleceń terapeutycznych, których podsumowaniem jest publikacja pt.:

The association of the level of self-care on adherence to treatment in patients diagnosed with type 2 diabetes, opublikowana w czasopiśmie Acta Diabetologica (2021 Vol.58 no.4 s.437-445).

Celem badań była ocena wpływu samoopieki na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych u pacjentów z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 oraz wpływ złożonych interakcji społecznych, stylu życia, ekonomicznych, środowiskowych i behawioralnych.

Jednym z podstawowych elementów dobrej diagnozy i skutecznego leczenia jest współpraca między pacjentem a lekarzem. Termin medyczny adherence tłumaczony jest jako świadome i dobrowolne zaangażowanie pacjenta w akceptowalnym procesie terapeutycznym. Definicja adherence może być rozważana w dwóch obszarach, jako intensywność dostosowania do zaleceń, oraz jako wytrwałość w postępowaniu zgodnym z wytycznymi w czasie terapii. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych u pacjentów z cukrzycą typu 2 jest zagadnieniem dość szerokim. Ocena wpływu poziomu samoopieki na dostosowanie się do zaleceń terapeutycznych wśród chorych z rozpoznaną cukrzycą typu 2 jest ważnym zagadnieniem. Identyfikacja przyczyn niskiego lub braku self-care, a co za tym idzie zjawiska nonadherence wymaga podejmowania istotnych działań w kierunku poprawy samodzielności oraz wyników leczenia.

Badanie przeprowadzono wśród 324 pacjentów (162 kobiety, 162 mężczyzn) z cukrzycą typu 2. Ponad połowa respondentów była po 60 roku życia (54,01%). Największą grupę

pacjentów stanowiły osoby chorujące do 5 lat - 37,96% oraz ponad 10 lat - 37,04%. Do pomiaru poziomu samoopieki wykorzystano kwestionariusz Self-Care of Diabetes Inventory (SCODI). Przestrzeganie zasad leczenia oceniano za pomocą Skali Adherence in Chronic Diseases Scale (ACDS) autorstwa A. Kubicy, która dedykowana jest chorobom przewlekłym. Kwestionariusz zawiera 7 pytań. Pytania 1-5 odnoszą się do zachowań bezpośrednio determinujących dostosowanie się do zaleceń, natomiast pytania 6-7 do poglądów i sytuacji wpływających pośrednio na adherence. Wynik ACDS mieści się w zakresie 0-28 punktów, gdzie czym wyższa liczba punktów, tym lepsze dostosowanie się do zaleceń terapeutycznych.

Analizując wyniki kwestionariusza SCODI, badani chorzy najlepiej radzili sobie z przestrzeganiem zaleceń dotyczących prawidłowych zachowań zdrowotnych uzyskując średnio 68,37 pkt (SD=18,14, Me=68,75), a najtrudniej przychodzi im samodzielna kontrola poziomu glukozy uzyskując 56,05 pkt (SD=22,45, Me=55,56).

Dokonując oceny dostosowania się do zaleceń terapeutycznych u 52,47% respondentów wykazano niski jej poziom, u 39,20% średni a zaledwie u 8,33% wysoki poziom dostosowania się do zaleceń terapeutycznych. Wynik kwestionariusza ACDS korelował istotnie i dodatnio z każdą z podskal kwestionariusza SCODI ($p < 0,05$), a więc im wyższy poziom dostosowania się do zaleceń terapeutycznych, tym większa samodzielność w każdym z obszarów, zachowania zdrowotne (0,436), kontrola stanu zdrowia (0,413), kontrola poziomu cukru (0,384) i pewność siebie (0,453).

Następnie wykonano wieloczynnikową analizę niezależnego wpływu wielu zmiennych na zmienną ilościową metodą regresji liniowej. Wyniki przedstawiono w postaci wartości parametrów modelu regresji z 95-procentowym przedziałem ufności. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05.

Niezależnymi predyktorami wyniku na podskali zachowania zdrowotne są ($p < 0,05$): wynik ACDS: każdy dodatkowy punkt w kwestionariuszu ACDS podnosi go średnio o 1,476 punktu; płeć: w porównaniu z żeńską, płeć męska obniża go średnio o 8,869 punktu; wykształcenie: w porównaniu z podstawowym, wykształcenie wyższe podnosi go średnio o 9,241 punktu.

Dla podskali kontrola stanu zdrowia model regresji liniowej pokazał, że niezależnymi predyktorami wyniku na tej podskali są ($p < 0,05$): wynik ACDS: każdy dodatkowy punkt w kwestionariuszu ACDS podnosi go średnio o 1,797 punktu; płeć: w porównaniu z żeńską, płeć męska obniża go średnio o 5,3 punktu; wykształcenie: w porównaniu z podstawowym: wykształcenie zawodowe podnosi go średnio o 10,716 punktu; wykształcenie średnie podnosi go średnio o 10,399 punktu; wykształcenie wyższe podnosi go średnio o 16,554 punktu; źródło

utrzymania: w porównaniu z pracą zawodową: status bezrobotnego podnosi go średnio o 11,865 punktu; status rencisty obniża go średnio o 8,844 punktu.

W odniesieniu do podskali kontrola poziomu cukru niezależnymi predyktorami wyniku na tej podskali są ($p < 0,05$): wynik ACDS: każdy dodatkowy punkt w kwestionariuszu ACDS podnosi go średnio o 1,59 punktu; wykształcenie: w porównaniu z podstawowym: wykształcenie średnie podnosi go średnio o 11,02 punktu; wykształcenie wyższe podnosi go średnio o 14,347 punktu.

Model regresji liniowej pokazał również, że niezależnymi predyktorami wyniku na podskali pewność siebie są ($p < 0,05$): wynik ACDS: każdy dodatkowy punkt w kwestionariuszu ACDS podnosi go średnio o 1,834 punktu; wykształcenie: w porównaniu z podstawowym: wykształcenie zawodowe podnosi go średnio o 7,64 punktu; wykształcenie średnie podnosi go średnio o 9,962 punktu; wykształcenie wyższe podnosi go średnio o 16,901 punktu; źródło utrzymania: w porównaniu z pracą zawodową, status bezrobotnego podnosi go średnio o 7,902 punktu.

Wyniki badań pozwoliły na wyciągnięcie wniosków w zakresie wiedzy i ich implikacji praktycznych i utwierdziły o szczególnym znaczeniu przeprowadzonych badań:

- Poziom samoopieki istotnie wpływa na dostosowanie się do zaleceń terapeutycznych u chorych z cukrzycą typu 2.
- Im większa samodzielność w każdym z obszarów funkcjonowania, tym wyższy poziom dostosowania się do zaleceń terapeutycznych.
- Wykazano, że płeć żeńska, wykształcenie wyższe oraz status osoby bezrobotnej podnoszą poziom samoopieki u chorych z cukrzycą typu 2.
- Wskazane jest dokonywanie rutynowej oceny poziomu samoopieki, w tym zjawiska adherence w grupie chorych z rozpoznaną cukrzycą typu 2.
- Wczesne rozpoznanie deficytów wiedzy w zakresie samoopieki ma istotne znaczenie dla wdrażania dostosowanej do potrzeb pacjentów edukacji zdrowotnej.
- Poprawa zjawiska adherence wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 może zapobiegać lub opóźnić wystąpienie powikłań choroby.

Publikacja nr 4 z cyklu

Acceptance of illness and quality of life in patients with type 2 diabetes. opublikowana w

czasopiśmie J.Educ.Health Sport 2021 Vol.11 no.5 s.86-100,

Celem badania była ocena akceptacji choroby i jakości życia oraz analiza związku między akceptacją choroby a jakością życia chorych na z cukrzycą typu 2.

Istotne znaczenie w samoocenie jakości życia u chorych z cukrzycą typu 2 mają takie czynniki, jak przekonania, postawa wobec choroby oraz akceptacja ograniczeń przez nią narzuconych, natomiast wśród czynników mających związek z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych istotna jest rola wiedzy i akceptacji choroby.

Akceptacja choroby jest czynnikiem odgrywającym kluczową rolę w procesie przystosowania do choroby przewlekłej i może zależeć zarówno od czynników klinicznych jak i zasobów wewnętrznych pacjenta. Akceptacja choroby stwarza poczucie bezpieczeństwa i zmniejsza intensywność negatywnych reakcji na chorobę i zastosowane leczenie. Im wyższy stopień akceptacji choroby tym mniejsze nasilenie negatywnych emocji i większe zaangażowanie pacjenta w proces terapeutyczny, lepsze dostosowanie do zaleceń farmakologicznych, wyższy poziom samoopieki a co za tym idzie lepsza jakość życia.

Ocena akceptacji choroby i jej wpływu na jakość życia pozwala na identyfikację rzeczywistych problemów i zastrzeżeń ze strony pacjentów oraz na rozpoznawanie ich potrzeb. Ułatwia to optymalizację, indywidualne dostosowanie prowadzonej terapii, a także intensyfikację działań prowadzących do eliminacji czynników ryzyka.

Grupę badaną stanowiły 194 osoby w wieku $61,64 \pm 7,89$ lat, w tym 46,91% kobiet i 53,09% mężczyzn. Badani zamieszkiwali w większości na wsi 66,49% i charakteryzowali się średnim 39,69% i zawodowym 29,38% wykształceniem. Większość badanych 66,49% pozostawała w związkach. Większość badanych nie była aktywna zawodowo, po 32,99% na rencie chorobowej i emeryturze oraz 5,15% bezrobotnych. Najwięcej badanych osób choruje na nadciśnienie tętnicze 79,38% oraz charakteryzuje się nadwagą i otyłością (55,18%). Większość badanych ma nieprawidłowy poziom HbA1C (69,59%) i cechuje się występowaniem powikłań cukrzycy.

Akceptację choroby mierzono za pomocą kwestionariusza AIS opracowanego przez Feltona i wsp. i przystosowanego do polskich warunków przez Z. Juczyńskiego. Skala składa się z ośmiu stwierdzeń, które dotyczą ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samodzielności z powodu choroby, poczucia zależności od innych oraz obniżonej samooceny. Uczestnicy wskazywali na 5-stopniowej skali, czy zgadzają się z tymi stwierdzeniami, gdzie 1 oznacza zdecydowanie się zgadzam; 2 - zgadzam się; 3 - niezdecydowany; 4 - nie zgadzam się; 5 - zdecydowanie się nie zgadzam. Łączny wynik skali waha się od 8 do 40; im wyższy

wynik, tym lepsza akceptacja choroby. Alfa Cronbacha dla AIS wyniosła 0,85, podobnie jak w skali oryginalnej (0,82).

Średni wynik AIS wynosił 24,21 pkt (SD=8,61), a więc był niemal dokładnie równy „punktowi środkowemu”. Można więc powiedzieć, że respondenci średnio akceptują cukrzycę. Najwięcej badanych uzyskało między 21-24 punkty (19,07%), czyli średni poziom akceptacji choroby, następnie między 29-32 (14,95%) i 33-36 (14,43%) punktów czyli wysoki poziom akceptacji choroby.

Jakość życia związaną ze stanem zdrowia oceniono za pomocą ogólnego kwestionariusza Oceny Jakości Życia WHO (WHOQOL-BREF). Kwestionariusz ten traktuje jakość życia jako koncepcję wielowymiarową. Zapewnia nieważone miary w czterech domenach: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowisku. Domena fizyczna obejmuje pytania dotyczące codziennych czynności, przestrzegania zaleceń terapeutycznych, bólu i dyskomfortu, snu i odpoczynku, energii i zmęczenia. Domena psychologiczna obejmuje pytania dotyczące pozytywnych i negatywnych uczuć, samooceny, obrazu ciała i wyglądu fizycznego, osobistych przekonań i uwagi. Domena relacji społecznych ocenia relacje osobiste, wsparcie społeczne i aktywność seksualną. Dziedzina środowiska bada fizyczną ochronę i bezpieczeństwo, zasoby finansowe, opiekę zdrowotną i społeczną oraz ich dostępność, możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności, a także uczestnictwo w rekreacji i transporcie oraz możliwości związane z nimi. Opiera się na skali Likerta i jest oceniany w skali od 1 do 5, przy czym wyższe wyniki wskazują na lepszą jakość życia. Wiarygodność polskiej wersji WHOQoL-BREF jest podobna do wersji oryginalnej. Uzyskano bardzo wysoki współczynnik α -Cronbacha, zarówno w odniesieniu do oceny poszczególnych wymiarów (wyniki od 0,69 do 0,81), jak i całej ankiety (0,90).

W badaniu własnym największa liczba pacjentów oceniła jakość życia jako ani dobrą ani złą 50,52%, oraz jako złą 25,77%. Bardzo źle jakość życia oceniły 5,15% badanej grupy. Średnia ocena jakości życia badanych chorych wynosi 2,84 punktu (SD=0,81), co oznacza, że oceniają oni swoją jakość życia pomiędzy złą a przeciętną (ani dobra ani złą).

Ponad 40% chorych oceniło swoje zdrowie jako ani zadowolające ani niezadowolające, 29,90% chorych nie było zadowolonych ze swojego zdrowia, a 5,15% było bardzo niezadowolonych. Średnia ocena własnego zdrowia dokonana przez ankietowanych wynosi 2,87 punktu (SD=0,89), co oznacza, że oceniają oni swoje zdrowie pomiędzy niezadowolającym a przeciętnym (ani zadowolającym ani niezadowolającym).

Pacjenci najlepiej oceniają swoją jakość życia w dziedzinie socjalnej (średnia 13,72±2,18), nieco gorzej jakość życia w dziedzinie środowiskowej (średnia 13,31±2,1), a najgorzej jakość życia w dziedzinach psychologicznej (średnia 12,82±2,78) i fizycznej (średnia 12,02±3,24).

W badaniu analizowano również związki występujące pomiędzy akceptacją choroby a postrzeganiem jakości życia, własnego zdrowia oraz dziedzinami jakości życia ocenianymi za pomocą kwestionariusza WHOQoL-BREF.

Wynik AIS koreluje istotnie i dodatnio z każdą z dziedzin jakości życia (wszystkie $p < 0,05$), a więc im wyższy wynik AIS (większa akceptacja choroby) tym lepsza jakość życia we wszystkich dziedzinach. W zakresie percepcji jakości życia i percepcji własnego zdrowia zależność ta jest średnia, w dziedzinach jakości życia zależności są silne.

Analizy wieloczynnikowe wykazały, że niezależnymi predyktorami jakości życia w zakresie percepcji jakości życia są: wynik AIS (każdy dodatkowy punkt w kwestionariuszu AIS podnosi jakość życia w tej dziedzinie średnio o 0,062 punktu) oraz retinopatia (podnosi ona jakość życia w tej dziedzinie średnio o 0,285 punktu).

Wyniki badań pozwoliły na wyciągnięcie wniosków w zakresie wiedzy i ich implikacji praktycznych i utwierdziły o szczególnym znaczeniu przeprowadzonych badań:

- Pacjenci z cukrzycą średnio akceptują własną chorobę, jak również nie są zadowoleni z jakości życia i własnego zdrowia. Najwyżej oceniają jakość życia w dziedzinie socjalnej nieco gorzej jakość życia w dziedzinie środowiskowej, a najgorzej jakość życia w dziedzinach psychologicznej i fizycznej.
- Akceptacja choroby jest niezależnym predyktorem jakości życia w zakresie percepcji własnego zdrowia, percepcji jakości życia ogólnie oraz wpływa na wszystkie dziedziny życia. Im większa akceptacja choroby, tym lepsza jakość życia we wszystkich dziedzinach.

Publikacja nr 5 z cyklu

Kolejna publikacja z cyklu powstała jako kontynuacja badań, których byłam współautorem, (omówione w dalszej części autoreferatu)

Comparison of diabetes-dependent quality of life (ADDQoL) in patients with T2DM in Poland, The Czech Republic, and Slovakia. Opublikowane w czasopiśmie Diabetes Metab.Syndr.Obes.-Targets Ther. 2020 Vol.13 s.3773-3786,.

Celem podjętych badań była kontynuacja oceny jakości życia chorych z cukrzycą typu 2, w rozszerzeniu grupy o pacjentów spoza Polski. Analiza porównawcza wpływu T2DM na jakość życia pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych specjalistycznie w trzech sąsiadujących ze sobą krajach: Polsce, Czechach i Słowacji, z uwzględnieniem poszczególnych domen ADDQoL oraz związków między jakością życia a wybranymi czynnikami społeczno-demograficznymi (m.in. płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, aktywność zawodowa) i parametrami klinicznymi (poziom HbA1c, stężenie glukozy na czczo, BMI, czas trwania cukrzycy, powikłania, zastosowane leczenie) u dorosłych chorych na cukrzycę.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje jakość życia (QoL) jako indywidualną percepcję swojej pozycji życiowej w kontekście kultury i systemów wartości, w których żyje dana jednostka, a także w odniesieniu do jej celów, oczekiwań, standardów i obaw. Jest to szeroka koncepcja, która obejmuje złożone relacje między zdrowiem fizycznym, stanem psychicznym, osobistymi przekonaniem, relacjami społecznymi i wieloma powiązanymi cechami otoczenia. U pacjentów z cukrzycą pomiar jakości życia pozwala przewidzieć zdolność danej osoby do radzenia sobie z chorobą oraz utrzymania długoterminowego zdrowia i dobrego samopoczucia.

Długotrwałe leczenie cukrzycy typu 2 zwykle wymaga zmiany stylu życia oraz ścisłego przestrzegania zaleceń terapeutycznych, z których wszystkie mogą wpływać na jakość życia. Kiedy terapia zaburza funkcjonowanie pacjenta, może to niekorzystnie wpływać na postrzeganie przez niego jakości życia i zwiększać ryzyko powikłań. Insulinoterapia i związane z nią komplikacje są również powiązane z gorszą jakością życia. Przegląd literatury wskazuje, że cukrzyca ma negatywny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne pacjentów, jak również ich funkcjonowanie społeczne i w ten sposób prowadzi do pogorszenia jakości życia.

Ponieważ istnieje niewiele prac porównujących QoL pomiędzy sąsiednimi krajami, autorzy postanowili zbadać ten problem w trzech sąsiadujących ze sobą krajach europejskich: Polsce, Czechach i Słowacji.

Kwestionariusz ADDQoL opracowany przez Clare Bradley w oryginalnej wersji składa się z 19 domen i jest narzędziem specyficznym dla cukrzycy, wykorzystywanym do badania jakości życia zarówno w cukrzycy typu 1 jak i cukrzycy typu 2. ADDQoL składa się z dwóch ogólnych pytań dotyczących jakości życia pacjenta: 1) aktualnego ogólnego poziomu jakości życia mierzonego w 7-stopniowej skali (doskonała, bardzo dobra, dobra, ani dobra, ani zła, zła, bardzo zła i skrajnie zła) ; 2) specyficzny wpływ DM na QoL mierzony na pięciostopniowej skali (dużo lepiej, dużo lepiej, trochę lepiej, to samo i gorzej). Pozostałe

komponenty odnoszą się do 19 domen jakości życia bez choroby oraz wpływu DM na te aspekty życia. Każda domena zawiera dwa komponenty: wpływ (od -3, maksymalny negatywny wpływ DM, do +1, pozytywny wpływ DM) i ważność (3 - bardzo ważne, 0 - wcale nie ważne). Iloczyn ocen wpływu i ważności określa ocenę wpływu ważnego (WI). Wartość ta może wynosić od -9 do +3 dla każdej domeny badanego ADDQoL. Im niższy wynik WI, gorszy aspekt życia w ramach danej dziedziny. Średnia wartość wyniku ważnego wpływu (AWI) jest również obliczana dla całej skali. Wynik AWI oblicza się, dzieląc sumę ocen ważonych przez liczbę odpowiednich domen, im wyższa liczba tym lepsza jakość życia.

ADDQoL obejmuje następujące dziedziny: zajęcia rekreacyjne, życie zawodowe, podróże, wakacje, zdrowie fizyczne, życie rodzinne, przyjaźń i życie towarzyskie, relacje osobiste, życie seksualne, wygląd fizyczny, pewność siebie, motywację, reakcje ludzi, uczucia o przyszłości, sytuację finansową, warunki życia, zależność od innych, swobodę jedzenia i swobodę picia.

Wersja polska została we wcześniejszym etapie badań dostosowana do populacji polskiej, a wersję czeską i słowacką otrzymano przetłumaczoną od autora narzędzia.

Grupa badana obejmowała 608 pacjentów z rozpoznaniem T2DM. Było 214 pacjentów z Polski, w tym 100 kobiet i 114 mężczyzn w wieku $61,53 \pm 7,76$ lat; 196 z Czech, w tym 82 kobiety i 114 mężczyzn w wieku $59,16 \pm 7$ lat; i 198 ze Słowacji, w tym 96 kobiet i 102 mężczyzn w wieku $58,8 \pm 7,02$ lat.

Ogólna średnia jakość życia była nieznacznie wyższa w grupie Słowaków 3.47 ± 0.98 od Polaków 3.41 ± 0.92 i od Czechów 3.38 ± 0.93 . Odpowiedź na pytanie: „If I did not have diabetes, my quality of life would be”, była średnio nieznacznie wyższa w grupie Polaków 2.65 ± 0.92 od Słowaków 2.6 ± 0.88 i Czechów 2.57 ± 0.93 . Ogólnie badani ze wszystkich trzech krajów określili swoją jakość życia jak dobrą i bardzo dobrą: Słowacy 59,19%, Polacy 58,41% i Czesi 57,57%. Tylko jedna osoba z Polski określiła swoją jakość życia jak doskonałą. Odpowiadając na pytanie: „If I did not have diabetes, my quality of life would be”, stwierdzili we wszystkich trzech krajach, że ulegnie poprawie - Słowacy 84,84%, Czesi 82,65% i Polacy 81,31%.

Jeżeli chodzi o AWI (średnia wartość wyniku ważnego wpływu) w badanej grupie, była ona najniższa dla Słowacji i wynosiła -2.38 ± 1.64 , -2.31 ± 1.6 dla grupy z Polski i -2.3 ± 1.63 dla grupy z Czech. Ogólnie respondenci ze wszystkich trzech krajów ocenili swoją jakość życia jako dobrą lub bardzo dobrą. Średnie wyniki dla pozycji „Gdybym nie chorował na cukrzycę, jakość mojego życia byłaby” była nieco wyższa dla Polaków niż dla Słowaków i Czechów. W wynikach ADDQoL ważne oceny wpływu były ujemne dla wszystkich domen. Najniższe wyniki we wszystkich trzech krajach uzyskano dla „swobody jedzenia” dla wszystkich pacjentów; najwyższy dla „warunków życia”. W przypadku polskich pacjentów model regresji

liniowej wykazał, że rodzaj wykształcenia (u chorych z wykształceniem średnim w stosunku do podstawowego i zawodowego obserwuje się wyższą jakość życia w badanej grupie) – oraz palenie w przeszłości (u chorych palących papierosy w przeszłości w stosunku do niepalących obserwuje się niższą jakość życia) są istotnymi predyktorami ważonego wyniku wpływu cukrzycy na jakość życia. W przypadku pacjentów z Czech model regresji liniowej wykazał, że żadna z analizowanych cech nie była istotnymi niezależnymi predyktorami AWI. W przypadku pacjentów ze Słowacji model regresji liniowej wykazał że rodzaj wykształcenia (u chorych z wykształceniem wyższym w stosunku do podstawowego i zawodowego obserwuje się wyższą jakość życia w badanej grupie) oraz niewydolność serca jako choroba współistniejąca (u chorych z niewydolnością serca w stosunku do chorych bez tego schorzenia obserwuje się niższą jakość życia) są istotnymi predyktorami ważonego wyniku wpływu cukrzycy na jakość życia.

Wyniki badań pozwoliły na wyciągnięcie wniosków w zakresie wiedzy i ich implikacji praktycznych i utwierdziły o szczególnym znaczeniu przeprowadzonych badań:

- Wyniki badań pokazały, że cukrzyca typu 2 ma negatywny wpływ na wszystkie aspekty jakości życia pacjentów, najsilniejszy na swobodę odżywiania się i nawyki żywieniowe, niezależnie od kraju.
- Poziom edukacji, wcześniejsze palenie tytoniu i współistniejąca niewydolność serca były jedynymi niezależnymi predyktorami jakości życia w naszym badaniu.
- Istnieje potrzeba dalszych badań, które obejmowałyby więcej zmiennych i większą liczbę pacjentów być może również inne kraje podobne kulturowo.

Publikacja nr 6 z cyklu

Influence of pain on the quality of life and disease acceptance in patients with complicated diabetic foot syndrome. Opublikowana w Diabetes Metab.Syndr.Obes.-Targets Ther. 2021 Vol.14 s.1295-1303, której celem była ocena występowania i nasilenia bólu oraz jego wpływu na jakość życia, akceptację choroby oraz występowanie zaburzeń lękowo-depresyjnych w grupie pacjentów z cukrzycą typu 2 powikłaną zespołem stopy cukrzycowej wymagającej amputacji kończyny dolnej.

Zespół stopy cukrzycowej (DFS) definiowany przez International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) jako zakażenie, owrzodzenie lub zniszczenie tkanek stopy u osoby z obecnie lub wcześniej rozpoznaną cukrzycą, któremu zwykle towarzyszy neuropatia i / lub PAD w kończynie dolnej. Z klinicznego punktu widzenia, zespół stopy cukrzycowej dzieli się na kategorie ze względu na dominujące czynniki patogenetyczne: neuropatię, niedokrwienie i neuro–niedokrwienie (mieszane). Chociaż większość pacjentów z obwodową neuropatią cukrzycową nie odczuwa bólu, około 11% pacjentów ma przewlekłe, bolesne objawy, które obniżają jakość ich życia, zakłócają sen i mogą prowadzić do zaburzeń depresyjnych. Bolesna neuropatia cukrzycowa może znacząco pogorszyć jakość życia pacjentów i wpływać na wiele dziedzin życia codziennego.

Cukrzyca jest głównym czynnikiem odpowiedzialnym za krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych, zwiększając ryzyko czterokrotnie. Objawy dodatkowo nasila palenie tytoniu, hiperlipidemia i wiek powyżej 65 lat. Zespół stopy cukrzycowej (DFS), który rozwija się na skutek uszkodzenia nerwów obwodowych, jest jednym z głównych powikłań cukrzycy prowadzących do amputacji. Neuropatia obwodowa skutkuje upośledzeniem lub utratą czucia, co z kolei prowadzi do rozwoju nie gojących się wrzodów. Ponad dwie trzecie wszystkich nieurazowych amputacji kończyn dolnych wykonuje się u chorych na cukrzycę.

Jakość życia (QoL) jest oceniana indywidualnie przez każdego pacjenta. Na jakość życia pacjentów z określonym schorzeniem wpływa wiele czynników. Chorzy na cukrzycę mają złożone problemy, a osoby po amputacji kończyny dolnej z powodu powikłań cukrzycy stanowią jeszcze węższą, odrębną grupę pacjentów wymagających specjalistycznej opieki. Amputacja kończyny dolnej niewątpliwie wiąże się z pogorszeniem jakości życia, co wynika z szeregu nowych ograniczeń, zmian w życiu osobistym i zawodowym pacjenta oraz zmian w wyglądzie. Wśród czynników wpływających na jakość życia jednym z najważniejszych jest ból.

W literaturze dostępne są badania dotyczące oceny nasilenia i wpływu bólu na jakość życia pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej (DFS), najczęściej dotyczą one pacjentów z bólem neuropatycznym i/lub współistniejącym owrzodzeniem stopy, jednak brak jest badań dotyczących wpływu bólu na jakość życia pacjentów z cukrzycą i po amputacji kończyny z powikłanym zespołem stopy cukrzycowej.

Założono, że obecność bólu w badanej grupie może mieć negatywny wpływ na jakość życia chorych na cukrzycę oraz akceptację choroby i ich stan emocjonalny.

Badanie obserwacyjno-korelacyjne przeprowadzono na grupie 117 pacjentów z Oddziału Chirurgii Naczyniowej i Angiologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we

Wrocławiu oraz Oddziału Chirurgicznego Strzelińskiego Centrum Medycznego. Pierwszy etap odbywał się w okresie od października 2016 do maja 2017, drugi - sześć miesięcy po zabiegu, a trzeci - 12 miesięcy po zabiegu. Początkowo zrekrutowano 117 pacjentów, ale wykluczono tych, którzy nie mogli kontynuować udziału w późniejszych etapach (zrezygnowali z udziału / zmarli). Grupa, która zakończyła badanie, liczyła 100 pacjentów.

Badanie przeprowadzono przy użyciu wystandaryzowanych narzędzi: skróconego kwestionariusza QoL Światowej Organizacji Zdrowia (WHOQOL-BREF), skali akceptacji choroby (AIS), szpitalnej skali lęku i depresji (HADS) oraz wizualnej skali analogowej (VAS-10 cm) do oceny natężenia bólu. Dane socjodemograficzne i kliniczne pacjentów uzyskano z ich dokumentacji medycznej. Za choroby współistniejące uznano tylko te potwierdzone przez specjalistę.

W pierwszym etapie badania 82% badanych odczuwało codziennie ból rany i / lub kikuta kończyny, a 16% badanych odczuwało ból nieustający przez całą dobę. W drugim etapie badania częstość występowania objawów bólowych zmieniła się istotnie po sześciu miesiącach w porównaniu ze stanem odnotowanym bezpośrednio po operacji. Większość pacjentów zgłaszała ból kilka razy w tygodniu lub kilka razy w miesiącu. Na trzecim etapie badania respondenci deklarowali ból kilka razy w miesiącu lub w ogóle go nie odczuwali. Subiektywnie odczuwane bóle fantomowe na pierwszym i drugim etapie badania zadeklarowało 98% badanych, a na trzecim etapie badania 96% badanych.

Nasilenie bólu rany pooperacyjnej i kikuta kończyny oceniano w 7. dobie po operacji. Średni wynik natężenia bólu w pierwszym etapie badania wyniósł 5,14 punktu (SD = 1,24) w skali 0–10, a wyniki zawierały się w przedziale od 0 do 9 punktów. Mediana wyników wyniosła 5 punktów, a 1 i 3 kwartył to odpowiednio 4 i 6 punktów. Natężenie bólu różniło się istotnie między pomiarami. Analiza post-hoc wykazała, że zmniejszyła się ona znacząco z każdym kolejnym pomiarem.

Na pierwszym etapie badania natężenie bólu było istotnie związane z gorszymi ogólnie postrzeganymi wynikami QoL i QoL w domenie fizycznej i psychologicznej ($p < 0,05$). Korelacje były ujemne: im silniejszy ból, tym niższa jakość życia w tych domenach. W drugim etapie - po 6 miesiącach obserwacji, nasilenie bólu było istotnie powiązane z ogólną odczuwaną jakością życia i zdrowia, a także z wynikami QoL w sferze fizycznej i psychologicznej ($p < 0,05$). Korelacje były ujemne: im silniejszy ból, tym niższa jakość życia w wyżej wymienionych domenach. W trzecim etapie, po 12 miesiącach obserwacji, natężenie bólu było istotnie związane tylko z QoL w domenie środowiskowej ($p < 0,05$). Korelacja była

ujemna: im silniejszy ból, tym niższa jakość życia w tej dziedzinie.

Współczynniki korelacji natężenia bólu i akceptacji choroby były istotne statystycznie na wszystkich trzech etapach ($p < 0,05$), tj. Obie cechy były istotnie powiązane. Korelacja była ujemna: im silniejszy ból, tym niższy poziom akceptacji.

W pierwszym i drugim etapie ból był istotnie nasilony i związany z nasileniem objawów lęku i depresji ($p < 0,05$). Korelacje były pozytywne: im silniejszy ból, tym cięższe zaburzenia afektywne. Na trzecim etapie badania współczynniki korelacji nie były istotne statystycznie ($p > 0,05$), tj. Nasilenie objawów lęku i depresji nie było istotnie związane z bólem

Wyniki badań pozwoliły na wyciągnięcie wniosków w zakresie wiedzy i ich implikacji praktycznych i utwierdziły o szczególnym znaczeniu przeprowadzonych badań:

- Ból i jego nasilenie są związane z jakością życia u pacjentów z powikłanym zespołem stopy cukrzycowej. Silniejszy ból wiązał się z niższą jakością życia w sferze fizycznej i psychicznej sześć miesięcy po amputacji oraz z niższą jakością życia w sferze środowiskowej 12 miesięcy po amputacji.
- Akceptacja choroby była niższa u pacjentów z silniejszym bólem na wszystkich etapach badania.
- Ból wpływa na częstość występowania lęku i depresji u osób po amputacji: większe nasilenie bólu wiązało się z cięższymi zaburzeniami afektywnymi po 6 miesiącach obserwacji.
- Pracownicy ochrony zdrowia powinni rozpoznawać i oceniać ból u pacjentów z cukrzycą typu 2, szczególnie powikłaną neuropatią cukrzycową i zespołem stopy cukrzycowej oraz uwzględniać ocenę bólu jako czynnik w ocenie jakości życia.

Publikacja nr 7 z cyklu

Psychometric properties of the Polish version of the Diabetes Distress Scale (DDS), opublikowana w *Psychology Research and Behavior Management* 2021;14:1149-1156, której celem było dostosowanie językowe skali DDS do populacji polskiej oraz zbadanie własności psychometrycznych dla polskich pacjentów.

Narzędzie DDS składa się z 17 itemów i czterech wymiarów, które obejmują obciążenie emocjonalne EB (pięć pozycji), dystres związany z lekarzem PD (cztery pozycje), dystres związany ze schematem leczenia RB (pięć pozycji), oraz stres interpersonalny związany z

cukrzycą ID (trzy pozycje). Pozycje są oceniane na 6-stopniowej skali Likerta od 1 (brak problemów) do 6 (poważne problemy) w oparciu o stopień, w jakim każda pozycja jest obecnie problematyczna dla uczestnika. Wykazano, że oryginalna wersja DDS jest wiarygodna (alfa Cronbacha = 0,93). Średni wynik całkowitego dystresu cukrzycowego obliczono, dzieląc wynik całkowity przez 17, a każdą podskalę dla specyficznej domeny obliczono, dzieląc całkowity wynik podskali przez liczbę pytań dotyczących danej podskali. Z możliwym zakresem od 1 do 6, całkowity DDS i każdą część składową oceniano stosując następujące: średni wynik <2, wskazujący na brak dystresu; średni wynik między 2–2,9, wskazuje na umiarkowany stres; i średni wynik ≥ 3 , wskazujący na wysoki poziom dystresu.

Badanie przeprowadzono od stycznia do grudnia 2019 roku we Wrocławskim Szpitalu Uniwersyteckim. Grupa badana liczyła łącznie 336 osób, w tym 156 kobiet (46,43%) i 180 mężczyzn (53,57%) o średniej wieku $59,13 \pm 8,4$. Większość badanych charakteryzowała się wykształceniem zawodowym 157 (46,73%) lub średnim 106 (31,55%) i pozostawała w związku 283 (84,23%). Większość grupy badanej była czynna zawodowo 243 (72,32%) i mieszkała na wsi 243 (72,32%). Czas trwania choroby 5-10 lat dotyczył 294 osób (87,50%), powyżej 10 lat 42 osoby (12,50%). Leczenie doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi deklarowało 222 osób, (66,07%), insuliną 77 (22,92%), a leczenie skojarzone 37 (11,01%). Z chorób współistniejących 140 (41,67%) deklarowało nadciśnienie tętnicze, 84 (25,00%) choroby oczu, 55 (16,37%) chorobę niedokrwinną serca i 27 (8,04%) niewydolność nerek. Powikłania cukrzycy stwierdzone przez specjalistów to: retinopatia 90 (26,79%) neuropatia cukrzycowa 54 (16,07%), nefropatia 30 (8,93%) i zespół stopy cukrzycowej 12 (3,57%)

Kwestionariusz DDS pozwala ocenić poziom stresu cukrzycowego wraz z czterema jego komponentami. Wynik każdej ze skal jest średnią z pozycji wchodzących w skład danej skali, a więc liczbą od 1 do 6. Wyższe wyniki oznaczają większe nasilenie stresu cukrzycowego. Wyniki DDS zinterpretowano zgodnie z kluczem do tej skali, wg którego: wynik > 2 punktów oznacza stan prawidłowy, wynik > 2 do 2,9 punktów oznacza umiarkowany dystres, wynik > 3 do 6 punktów oznacza wysoki dystres (tj. Poziom dystresu zasługujący na uwagę kliniczną).

W Total diabetes-related distress 190 spośród 336 uczestników badania (56,55%) miało wysoki dystres, 128 badanych (38,10%) miało umiarkowany dystres, a 18 badanych (5,36%) miało stan prawidłowy. W podskali Emotional burden (EB) 177 spośród 336 uczestników badania (52,68%) miało wysoki dystres, 111 badanych (33,04%) miało umiarkowany dystres, a 48 badanych (14,29%) miało stan prawidłowy. W podskali Physician-related distress (PD) 248

spośród 336 uczestników badania (73,81%) miało wysoki dystres, 59 (17,56%) miało umiarkowany dystres, a 29 (8,63%) miało stan prawidłowy.

W podskali Regimen-related distress (RD) 157 spośród 336 uczestników badania (46,73%) miało umiarkowany dystres, 132 (39,29%) miało wysoki dystres, a 47 (13,99%) miało stan prawidłowy. W podskali Diabetes-related interpersonal distress (ID) 129 spośród 336 uczestników badania (38,39%) miało stan prawidłowy, 107 (31,85%) miało wysoki dystres, a 100 (29,76%) miało umiarkowany dystres.

Spójność wewnętrzną oceniano za pomocą współczynnika α Cronbacha w celu określenia, czy wszystkie pozycje w skali wielopunktowej mierzyły to samo pojęcie. Obliczono to dla całego instrumentu i dla każdej podskali. Łączny wynik DDS oraz 3 z 4 podskal uzyskały wynik $> 0,7$. Jedynie podskala Regimen-related distress RD uzyskała wynik $< 0,7$.

Analiza wykazała dobrą rzetelność całej skali oraz poszczególnych części. Skala DDS może być z powodzeniem stosowana w populacji polskiej do oceny dystresu związanego z cukrzycą typu 2.

Wyniki badań pozwoliły na wyciągnięcie wniosków w zakresie wiedzy i ich implikacji praktycznych i utwierdziły o szczególnym znaczeniu przeprowadzonych badań:

- Kwestionariusz DDS pozwala zidentyfikować problemy pacjenta w czterech obszarach: obciążenia emocjonalnego, stresu związanego z terapią, dystresu związanego z lekarzem, i dystresu interpersonalnego, dzięki temu po zidentyfikowaniu obszaru, w którym występuje dystres zespół terapeutyczny może zwrócić uwagę na to w kontakcie z pacjentem czy jego rodziną wypracowując schematy postępowania zmierzające do zmniejszenia dystresu ogólnego. Można to wypracować zmieniając schemat leczenia przy wysokim RD, przeprowadzić cykl rozmów motywacyjnych przy obniżonym EB, czy też poprawić relacje lekarz-pacjent przy obniżonym PD.
- Ogólnie kwestionariusz pomaga wykryć obszary wymagające wsparcia pacjenta z cukrzycą. Przeprowadzono na ten temat wcześniejsze badania i ustalono, że psychoedukacja u chorych z cukrzycą już na etapie leczenia początkowego w Podstawowej Opiece Zdrowotnej pozwala obniżyć ogólny poziom dystresu.
- Skala DDS może być z powodzeniem stosowana w populacji polskiej do oceny dystresu związanego z cukrzycą w praktyce klinicznej oraz jako instrument naukowy.

Podsumowanie:

Pacjenci z cukrzycą typu 2 stanowią specyficzną grupę chorych obciążonych

odpowiedzialnością za własne zdrowie. To na nich spoczywa ciężar związany z podejmowaniem właściwych samodzielnych decyzji terapeutycznych. Rozumienie czynników związanych z samoopieką jest zasadniczym elementem planowanego leczenia. Skuteczna identyfikacja pacjentów obciążonych ryzykiem zaburzonej samoopieki może być szczególnie pomocna w planowaniu działań edukacyjnych mających na celu zwiększenie kontroli choroby, zapobieganie powikłaniom, poprawa odległych wyników leczenia oraz ograniczenie działań niepożądanych w wyniku zastosowanego leczenia, a co ściśle z tym związane poprawę jakości życia chorych. Granice pomiędzy psychicznymi i fizycznymi aspektami cukrzycy są trudne do jednoznacznego ustalenia. W tym aspekcie najbardziej właściwą postawą jest holistyczne podejście do chorego, traktowanie go podmiotowo i umożliwienie współdecydowania o celach i metodach terapii. Implikacją takiego podejścia jest wysokie zaangażowanie pacjenta w proces terapeutyczny i zwiększenie jego motywacji do właściwej, skutecznej samokontroli oraz modyfikacja dotychczasowego stylu życia prowadząca do znacznej poprawy jakości życia.

Mój cykl publikacji zaliczony do dorobku habilitacyjnego składa się z 7 prac twórczych, z których w 6 jestem pierwszym, a w jednej drugim autorem. Wszystkie prace mają charakter oryginalny (łącznie IF: 16,272, MNiSW 480), z czego 5 prace zostało opublikowanych w czasopiśmie zagranicznych, a 2 prace w czasopiśmie polskich.

W pierwszej pracy udowodniono rzetelność i trafność kwestionariusza Self Care of Diabetes Inventoy (SCODI) dostosowanego do polskiej populacji. Kwestionariusz jest łatwy w zastosowaniu, nie wymagający zbyt dużo czasu w trakcie wypełniania.

Druga publikacja obejmowała grupę chorych z cukrzycą typu 2, w której oceniono za pomocą kwestionariusza Self Care of Diabetes Inventoy (SCODI) poziom ich samoopieki oraz czynniki wpływające na samoopiekę.

Trzecia praca była kontynuacją dwóch poprzednich i dotyczyła poziomu samoopieki, ale również innego ważnego czynnika wpływającego na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2 a mianowicie przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Kolejna czwarta praca z cyklu dotyczyła aspektu psychologicznego czyli akceptacji choroby i jej wpływu na jakość życia pacjentów z cukrzycą. Warto podkreślić, iż poziom akceptacji choroby zależy między innymi od różnych elementów zarówno medycznych jak i psychologicznych. Znajomość czynników może ukierunkować personel medyczny na szczególne grupy pacjentów, celem uświadomienia im znaczenia posiadania wiedzy i umiejętności, która pozwoli na ciągle monitorowanie stanu zdrowia i zwiększenie poziom akceptacji choroby.

Następna, piąta praca dotyczyła oceny jakości życia pacjentów z cukrzycą z trzech

podobnych kulturowo sąsiadujących ze sobą krajów. Badania prowadzono specyficznym dla cukrzycy narzędziem oceny jakości życia ADDQoL poprzednio dostosowanym do polskiej populacji. Narzędzie zawiera 19 domen dotyczących wpływu cukrzycy na stan fizyczny, psychiczny, społeczny i seksualny. Wyniki badań mogą przyczynić się do zwiększenia kontroli samych chorych jak i personelu medycznego celem uzyskania dobrych wyników terapeutycznych.

Szósta praca porusza zarówno aspekty psychologiczne bo akceptację choroby, lęk, depresję i jakość życia przez pryzmat występowania bólu przy powikłanej cukrzycy (amputacja z powodu ZSC).

Ostatnia siódma praca dotyczy sfery emocjonalnej pacjentów z cukrzycą. Udowodniono w niej rzetelność polskiej wersji kwestionariusza do oceny dystresu związanego z cukrzycą Diabetes Distress Scale dostosowanego do polskich pacjentów. Narzędzie jest łatwe do zastosowania i może zostać włączone zarówno do praktyki klinicznej jak i posłużyć do badań naukowych.

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

Oprócz sześciu prac stanowiących osiągnięcie naukowe będące przedmiotem ubiegania się o stopień doktora habilitowanego, na dodatkowy dorobek naukowy składają się publikacje, które można podzielić na cztery obszary badawcze:

A Jakość życia i sprawność funkcjonalna pacjentów z chorobami przewlekłymi

B Jakość życia i seksualność pacjentów a cukrzycą

C Opieka nad pacjentem i praca pielęgniarek w anestezjologii i intensywnej terapii

A Jakość życia i sprawność funkcjonalna pacjentów w wybranych chorobach przewlekłych

W początkowym okresie mojego rozwoju naukowego skupiłam się na badaniach jakości życia i sprawności funkcjonalnej w chorobach wewnętrznych oraz czynnikach, które są determinantami jakości życia.

Powszechnie wiadomo, że choroby sercowo-naczyniowe są przyczyną większości zgonów zarówno w populacji osób starszych jak i wieku średniego. Biorąc pod uwagę wieloczynnikowość chorób układu sercowo-naczyniowego oraz wpływ stylu życia na zachowanie zdrowia i jakość życia chorych, zasadne jest prowadzenie edukacji zdrowotnej w ramach profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Choroby układu krążenia jak każda inna wpływają również na psychikę człowieka. Dlatego bardzo ważnym elementem rehabilitacji kardiologicznej osób z chorobą niedokrwienną serca jest również oddziaływanie psychologiczne, przez które rozumiane są czynności o charakterze diagnostycznym, psychoterapię i psychoedukację.

Wybrane prace:

Edukacja pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego. Agnieszka Strama, **Sylwia Krzemińska**, Izabella Uchmanowicz, Magdalena Milan, Jacek Piechocki: Ann.UMCS - Sectio D: Medicina 2006 Vol.60 [właśc.61] suppl.16 [właśc.17] no.7 s.277-280 poz.755, bibliogr. 4 poz. streszcz. summ.

Wpływ edukacji na jakość życia i ponowne hospitalizacje u chorych z niewydolnością serca. **Sylwia Krzemińska** Adriana Borodzicz-Cedro, Marta Arendarczyk. Pielęg.Zdr.Publ. 2011 Vol.1 nr 1 s.57-64,

Rehabilitacja pacjentów z chorobą wieńcową serca - udział pielęgniarki .Agnieszka Strama, **Sylwia Krzemińska**, Izabella Uchmanowicz, Magdalena Milan, Jacek Piechocki: Ann.UMCS - Sectio D: Medicina 2006 Vol.60 [właśc.61] suppl.16 [właśc.17] no.7 s.281-283

Znaczenie rehabilitacji kardiologicznej u pacjentów po zawale mięśnia sercowego. Izabella Uchmanowicz, **Sylwia Krzemińska**, Jacek Piechpek. Ann.UMCS - Sectio D: Medicina 2007 Vol.62 suppl.18 no.8 s.232-235 poz.827

The influence of a tilt training programme on the renin-angiotensin-aldosterone system activity in patients with vasovagal syncope. Jacek Gajek, Dorota Zyśko, **Sylwia Krzemińska**, Walentyna Mazurek Acta Cardiol. 2009 Vol.64 no.4 s.505-509,

A nursing care of patients after cardiac arrest in the course of myocardial infarction. Martyna Kamińska, **Sylwia Krzemińska** . J.Educ.Health Sport 2018 Vol.8 no.7 s.345-356,. DOI: 10.5281/zenodo.1319010

Impact of diabetes on quality of life results in patients with stable angina treated by coronary angioplasty. Izabella Uchmanowicz, Krystyna Łoboz-Grudzień, Leszek Sokalski, **Sylwia Krzemińska**. Pol.J.Environ.Stud. 2007 Vol.16 no.6D s.118-122

Socio-demographic and clinical predictors of health-related quality of life in patients after myocardial infarction. **Sylwia Krzemińska**, Ewelina Bąk, Ewa Król, Marta Arendarczyk, Adriana Borodzicz. J.Pre-Clin.Clin.Res. 2019 Vol.13 no.1 s.13-18, DOI: 10.26444/jpccr/102758

Nadwaga i otyłość, ich świadomość oraz wpływ na jakość życia dorosłych mieszkańców Zielonej Góry. Izabella Uchmanowicz, **Sylwia Krzemińska**, Aleksandra Górską, Jacek Piechocki. Ann.UMCS - Sectio D: Medicina 2007 Vol.62 suppl.18 no.8 s.236-239 poz.828,

Independent factors of changes of ankle-brachial index in peripheral arterial occlusive disease in elderly patients with or without diabetes., Ewelina Bąk, Czesław Marcisz, Monika Kadłubowska, Anna Michalik, Bożena Krawczyk, Dorota Dobrzyń-Matusiak, **Sylwia Krzemińska**, Tomasz Fijałkowski, Elżbieta Gładys, Agnieszka Droszól-Cop. Int.J.Environ.Res.Public Health 2016 Vol.13 no.11 art.1103 [11 s.], DOI: 10.3390/ijerph13111103

Zaburzenia psychiczne występujące u pacjentów po operacjach serca - przegląd literatury. **Sylwia Krzemińska**, Adriana Borodzicz, Marta Arendarczyk. Pielęg.Spec. 2016 nr 4(14) s.138-142,

Ocena jakości życia pacjentek po przeszczepie serca ze zwróceniem szczególnej uwagi na aspekt prorodzinny - badania wstępne . Maria Kuśnierz, **Sylwia Krzemińska**.

Pielęg.Zdr.Publ. 2013 Vol.3 nr 2 s.111-118,

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) stanowi ryzyko wystąpienia niepełnosprawności, a nawet przedwczesnego zgonu. W opublikowanych pracach sprawdzono wpływ leczenia biologicznego na codzienne funkcjonowanie chorych z RZS oraz jakości życia pacjentów z RZS z uwzględnieniem leczenia konwencjonalnego i kombinacji leczenia konwencjonalnego i biologicznego z uwzględnieniem aktywności choroby i nastroju.

Wybrane prace:

Effect of biological treatment on the daily functioning of patients with rheumatoid arthritis.

Miriam Miedziak, Ewelina Bąk, **Sylwia Krzemińska**. Journal of Education, Health and Sport 2017;7(7):614-628.

Comparison of health – related quality of life in patients with rheumatoid arthritis during conventional or conventional plus biological therapy in Poland.

Ewelina Bąk, Czesław Marcisz, Adriana Borodzicz, Danuta Sternal, **Sylwia Krzemińska**. Patient Preference and Adherence 2019;13: 223-231

W przedstawianym okresie zajmowałam się również zagadnieniami związanymi z jakością życia pacjentów z innymi jednostkami chorobowymi.

Wybrane prace:

Analysis and evaluation of subjective quality of life in a group of patients after ischemic stroke.

Sylwia Krzemińska, Agnieszka Bekus, Adriana Borodzicz, Marta Arendarczyk. Pielęg.Neurol.Neurochir. 2016 T.5 nr 2 s.58-68, DOI: 10.15225/PNN.2016.5.2.4

Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią(Evaluation of the level of acceptance of the disease and of satisfaction

with life in patients with colorectal cancer treated with chemotherapy). Ilona Kapela, Ewelina Bak, **Sylwia Krzemińska**, Agnieszka Foltyn. Pielęg.Zdr.Publ. 2017 Vol.7 nr 1 s.53-61, DOI: 10.17219/pzp/64689

Jakość życia pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy(The quality of life of the patients with gastroduodenal ulcer disease). Agnieszka Strama, Magdalena Milan, Anna Janczar, **Sylwia Krzemińska**, Aleksandra Lisowska, Jan Spodzieja, Izabella Uchamnowicz. Ann.UMCS - Sectio D: Medicina 2006 Vol.60 [właśc.61] suppl.16 [właśc.17] no.7 s.284-287 poz.757, ryc. bibliogr. 7 poz. streszcz. summ.

Wpływ implantacji dynamicznego stabilizatora między wyrostkowego na stan funkcjonalny oraz dolegliwości bólowe pacjentów z dyskopatią w odcinku lędźwiowym kręgosłupa(Influence of the implantation of a dynamic inter-spinous stabilizer for a functioning condition and pain ailments of patients with the discopathy of lumbar spine). Sylwia Spandel, Ewelina Bąk, Leszek Spandel, **Sylwia Krzemińska**. J.Educ.Health Sport 2017 Vol.7 no.8 s.280-295, DOI: 10.5281/zenodo.846931

Wybrane aspekty stylu życia i ich wpływ na masę ciała u osób po 60 roku życia(Selected aspects of lifestyle and its impact on weight loss in people over the age of 60). Anna Grzebień, **Sylwia Krzemińska**, Adriana Borodzicz. Pielęg.Spec. 2016 nr 3(13) s.111-114, tab. bibliogr. 12 poz. streszcz. summ.

B Jakość życia i seksualność pacjentów a cukrzycą

We współpracy z Akademią Humanistyczno-Techniczną w Bielsku Białej oraz Śląskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach prowadziłam badania naukowe dotyczące jakości życia i seksualności pacjentów z cukrzycą, których efektem było opublikowanie pracy naukowej, w której przedstawiono ocenę rzetelności i wiarygodności polskiej wersji językowej kwestionariusza ADDQoL użytego w Polsce u chorych na cukrzycę typu 1 i 2. Polska wersja językowa ADDQoL okazała się narzędziem przydatnym do oceny poziomu jakości życia dorosłych pacjentów z cukrzycą typu 1 lub z cukrzycą typu 2 w Polsce.

W kolejnej pracy wykorzystano wcześniej dostosowane do warunków polskich narzędzie w celu określenia wpływu cukrzycy typu 1 i 2 na poziom jakości życia z uwzględnieniem domen zawartych w ADDQoL oraz na badaniu zależności pomiędzy jakością życia a zaburzeniami nastroju, akceptacją choroby, powikłaniami cukrzycy oraz czynnikami demograficznymi i klinicznymi u dorosłych pacjentów z cukrzycą typu 1 i 2 w Polsce. Wyniki badań wykazały, że cukrzyca wpływa negatywnie na jakość życia najbardziej w domenach

takich jak: swoboda jedzenia, swoboda picia i życie seksualne (chorzy z cukrzycą typu 1) oraz: swoboda jedzenia, swoboda picia i uczucia o przyszłości u obu płci oraz życie zawodowe i życie seksualne u mężczyzn z cukrzycą typu 2. Czynnikiemami wpływającymi negatywnie na jakość życia jest występowanie powikłań cukrzycy u pacjentów z cukrzycą typu 1 oraz płęć męska i występowanie depresji u pacjentów z cukrzycą typu 2.

Powyższe wnioski zmotywowały do podjęcia bardziej szczegółowych badań dotyczących wpływu cukrzycy na seksualność pacjentów. Okazało się, że zaburzenia seksualne, występują u 68% kobiet i 81% mężczyzn z cukrzycą typu 2 i dotyczą w szczególności pacjentów starszych i z dłuższym czasem trwania choroby. U chorych z cukrzycę typu 1 występują u 35% kobiet i 50% mężczyzn. Zaburzenia seksualne wykazują dodatnią korelację z występowaniem depresji i są mniej nasilone u pacjentów, którzy akceptują swoją chorobę. Zaburzenia seksualne u chorych na cukrzycę częściej występują u mężczyzn, osób ze współistniejącymi powikłaniami cukrzycy oraz u osób ze stężeniem HbA1c powyżej 6,5%.

Wybrane prace:

Psychometric properties of the Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQoL) in a population-based sample of Polish adults with type 1 and 2 diabetes Ewelina Bąk, Czesław Marcisz, Zofia Nowak-Kapusta, Dorota Dobrzym-Matusiak, Ewa Marcisz, **Sylwia Krzemińska**. Health and Quality of Life Outcomes (2018;16:53 <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0878-y>).

An audit of diabetes-dependent quality of life (ADDQoL) in women and men with type 1 and type 2 diabetes in Poland. Ewelina Bąk, Zofia Nowak-Kapusta Z, Dorota Dobrzym-Matusiak, Ewa Marcisz-Dyla, Czesław Marcisz, **Sylwia Krzemińska**. Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2018 doi: 10.26444/aaem/99959.

Relationships of Sexual Dysfunction with Depression and Acceptance of Illness in Women and Men with Type 2 Diabetes Mellitus. Ewelina Bąk, Czesław Marcisz, **Sylwia Krzemińska**, Dorota Dobrzym-Matusiak, Agnieszka Foltyn, Agnieszka Droszol-Cop. International Journal of Environmental Research and Public Health 2017;14:1073; doi:10.3390/ijerph14091073.

Does Type 1 Diabetes Modify Sexuality and Mood of Women and Men? Ewelina Bak E,

C Opieka nad pacjentem leczonym na oddziale intensywnej terapii oraz praca pielęgniarek w anestezjologii i intensywnej terapii

W związku ze zmianą profilu dydaktycznego dodatkowo zainteresowałam się również tematyką dotyczącą opieki nad pacjentem leczonym na Oddziale Intensywnej Terapii oraz czynnikami wpływającymi na pracę pielęgniarek na Oddziale Intensywnej Terapii.

Opieka nad chorym wymagającym intensywnej opieki niesie ze sobą wiele wyzwań i wymaga zaangażowania w proces nie tylko personelu lekarskiego, ale także pielęgniarskiego. Świadomość zagrożeń występujących w danych jednostkach chorobowych niewątpliwie wpływa na proces leczenia i pielęgnacji oraz wzmacnia czujność podczas rutynowej obserwacji. Monitorowanie pacjenta niezależnie od diagnozy, stanu klinicznego pacjenta oraz podjętej terapii prowadzone jest w sposób ciągły, 24 godziny na dobę. Analiza monitorowanych parametrów ma na celu szybką diagnozę, wdrożenie skutecznej terapii i właściwą reakcję na stany zagrożenia życia. Jest jednym z elementów podstawowych czynności wykonywanych przez personel pielęgniarski. Bez względu na rozpoznanie pacjenta pielęgniarki muszą posiadać wiedzę i kompetencje do sprawowania opieki. Te zagadnienia zmotywowały mnie do podjęcia badań w wyniku których powstało kilkanaście opracowań przeglądowych oraz oryginalnych prac dotyczących różnych aspektów opieki i terapii chorych leczonych na Oddziałach Intensywnej Opieki oraz poddawanych procedurom anestezjologicznym.

Wybrane prace:

Leczenie żywieniowe chorych w oddziale intensywnej terapii - rola pielęgniarki. Adela

Bartczuk, **Sylwia Krzemińska**, Izabella Uchmanowicz, Ann.UMCS - Sectio D: Medicina 2006
Vol.60 no.1 s.99-102

Zadania pielęgniarki w żywieniu pacjentów w stanie zagrożenia życia Anna Kostka, Karolina Pracuk, Szymon Czerniawski, Malwina Janas, **Sylwia Krzemińska**, Adriana Borodzicz., J.Educ.Health Sport 2017 Vol.7 no.5 s.129-142, DOI: 10.5281/zenodo.573053

Pielęgnacja pacjenta po przeszczepie nerki. Adela Bartczuk, Izabella Uchmanowicz, **Sylwia Krzemińska**. Ann.UMCS - Sectio D: Medicina 2006 Vol.60 no.1 s.93-95

Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem po transplantacji wątroby z powodu choroby Wilsona(Nursing tasks in care of a liver transplant patient as a result of wilson disease). Anna Kostka, **Sylwia Krzemińska**, Adriana Borodzicz, Weronika Jakacka, Justyna Kiwacka, Kinga Kłeczek, Marta Arendarczyk. Pielęg.Spec. 2017 nr 2(16) s.56-58,

Rehabilitacja po przeszczepie nerki. Adela Bartczuk, Izabella Uchmanowicz, **Sylwia Krzemińska**. Marta Arendarczyk. Ann.UMCS - Sectio D: Medicina 2006 Vol.60 no.1 s.96-98

Problemy etyczne pielęgniarki w opiece nad krytycznie chorym (Ethical issues in nursing care of critically ill patients). [AUT.] Izabella Uchmanowicz, **Sylwia Krzemińska**, Jacek Piechocki, Krzysztof Maksymowicz, Adriana Borodzicz-Cedro. Ann.UMCS - Sectio D: Medicina 2007 Vol.62 suppl.18 no.8 s.240-243 poz.829,

Zatrucie oparami rtęci - wyzwaniem dla zespołu terapeutycznego (Mercury vapour poisoning - a challenge for a therapeutic team). Adriana Borodzicz, Szymon Czerniawski, Marta Arendarczyk, **Sylwia Krzemińska**. Pielęg.Stan.Nagł. 2017 nr 3 s.33-36,

Czynniki wewnętrzne i zewnętrzne wpływające na powstawanie odleżyn u pacjentów leczonych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (Internal and external factors affecting the occurrence of pressure ulcers in patients treated in the Department of Anesthesiology and Intensive Care). [AUT.] Karolina Jakiela, **Sylwia Krzemińska**, Adriana Borodzicz-Cedro, Marta Arendarczyk. Pielęg.Zdr.Publ. 2014 Vol.4 nr 2 s.135-142,

Profilaktyka przeciwoodleżynowa i metody prognozowania ryzyka rozwoju odleżyn w oddziałach intensywnej terapii(Anti-decubitus prevention and methods of forecasting the risk of developing decubitus in intensive care units). **Sylwia Krzemińska**, Adriana Borodzicz. Pielęg.Anestezjol.Intens.Opiece 2016 T.2 nr 4 s.117-124, DOI: 10.15374/PwAiIO2016016

Niezamierzona hipotermia pooperacyjna - uwarunkowanie występowania(Inadvertent hypothermia after surgery - the condition of the prevalence). **Sylwia Krzemińska**, Magdalena Kotala, Adriana Borodzicz, Marta Arendarczyk. Pielęg.Spec. 2016 nr 4(14) s.133-137, ryc. bibliogr. 16 poz. streszcz. summ.

Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej nad chorym w pierwszej dobie hipotermii terapeutycznej po nagłym zatrzymaniu krążenia (Selected aspects of the nursing care of the sick in the first 24 hours of therapeutic hypothermia after cardiac arrest). Tomasz Ramuś, **Sylwia Krzemińska**, Marta Arendarczyk, Adriana Borodzicz. Współcz.Pielęg.Ochr.Zdr. 2016 Vol.5 nr 3 s.94-98,

Analiza problematyki uporczywej terapii w intensywnej opiece pediatrycznej na przykładzie wybranych przypadków klinicznych (An analysis of the problems of persistent therapy in the pediatric intensive care based on selected clinical cases). Aneta Kubisa, **Sylwia Krzemińska** . Pielęg.Zdr.Publ. 2016 Vol.6 nr 1 s.77-80, DOI: 10.17219/pzp/62552

Opieka nad noworodkiem z kontrolowaną hipotermią głowy(Nursing care of newborns with controlled head hypothermia). **Sylwia Krzemińska**, Agnieszka Magiera, Adriana Borodzicz, Marta Arendarczyk. Pielęg.Anestezjol.Intens.Opiece 2017 T.3 nr 2 s.83-92. DOI: 10.15374/PwAiIO2017012

Pielęgowanie pacjenta po urazie czaszkowo-mózgowym w oddziale intensywnej terapii(Nursing care of patients after craniocerebral trauma in the intensive care unit). Tomasz Auron, **Sylwia Krzemińska**, Adriana Borodzicz, Marta Arendarczyk. Pielęg.Anestezjol.Intens.Opiece 2017 T.3 nr 1 s.15-21. DOI: 10.15374/PwAiIO2017001

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze wstrząsem krwotocznym (Nursing role in patient care with hemorrhagic shock). Sylwia Durlej –Kot, Karolina Sadłowska, **Sylwia Krzemińska**, Adriana Borodzicz. Pielęg.Spec. 2017 nr 2(16) s.68-72,

Czynniki zapalne odrespiratorowego zapalenia płuc u chorych wentylowanych mechanicznie na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (Inflammatory factor analysis based on a case of an icu patients with ventilator-associated pneumonia). **Sylwia Krzemińska**, Adriana

Borodnicz, Marta Arendarczyk. *Pielęg.Anestezjol.Intens.Opiece* 2018 T.4 nr 1 s.25-33, r DOI: 10.15374/PwAiIO2017036

Ponieważ coraz częściej mamy do czynienia z pacjentami różnej narodowości i różnego wyznania, postanowiono również przyjrzeć się zagadnieniom związanym z pacjentami różnych kultur.

Wybrane prace:

Opieka pielęgniarska nad pacjentem Wyznania Żydowskiego (Nursing care of Jewish patients).

Anna Kostka, **Sylwia Krzemińska**, Sylwia Durlej-Kot, Adriana Borodnicz, Mariusz Chabowski, Dariusz Janczak. *J.Educ.Health Sport* 2017 Vol.7 no.7 s.986-997, DOI: 10.5281/zenodo.979787

Pielęgniarstwo transkulturowe w okołoperacyjnej opiece nad pacjentem (Transcultural

nursing in perioperative patient care). Anna Kostka, **Sylwia Krzemińska**, Adriana Borodnicz, Sylwia Durlej-Kot, Mariusz Chabowski, Dariusz Janczak. *J.Educ.Health Sport* 2017 Vol.7 no.6 s.145-154, DOI: 10.5281/zenodo.804332

Wielokulturowość w pielęgniarstwie - różnice w opiece nad wyznawcą Islamu (Multicultural in

Nursing - differences in caring for a Muslim). Anna Kostka, **Sylwia Krzemińska**, Adriana Borodnicz, *J.Educ.Health Sport* 2017 Vol.7 no.5 s.67-75, DOI: 10.5281/zenodo.569900

Bazując na współpracy z zespołem Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Oddziału Chirurgii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu przeprowadzono badania dotyczące obciążenia pracą pielęgniarek anestezjologicznych i intensywnej opieki oraz innych problemów związanych z pracą zawodową pielęgniarek:

Wybrane prace:

Assessment of mental workload of nurses anesthesia - preliminary study. **Sylwia**

Krzemińska, Natalia Guzik, Adriana Borodnicz, Marta Arendarczyk. *J.Educ.Health Sport* 2017 Vol.7 no.7 s.517-530,. DOI: 10.5281/zenodo.1123536

Ocena obciążenia pracą anestezjologicznego personelu pielęgniarskiego bloku operacyjnego o specjalności kardiochirurgicznej (Evaluation of the workload of nurse anesthetists working in the cardiac surgery specialty). **Sylwia Krzemińska**, Magdalena Szetelnicka, Adriana Borodzicz, Marta Arendarczyk, Ewelina Bąk. *Pielęg.Anestezjol.Intens.Opiece* 2017 T.3 nr 4 s.181-186, DOI: 10.15374/PwAiIO2017031

Assessing fatigue among ICU nurses using the Yoshitake fatigue questionnaire - a pilot study. **Sylwia Krzemińska**, Natalia Guzik, Adriana Borodzicz, Marta Arendarczyk, Ewelina Bąk. *J.Educ.Health Sport* 2018 Vol.8 no.6 s.103-112, DOI: 10.5281/zenodo.1252500

Problemy emocjonalne pielęgniarek pracujących w oddziale Chirurgii Dziecięcej(Emotional problems Nurses working in the department of Pediatric Surgery). Maria Godlewska, Marta Arendarczyk, **Sylwia Krzemińska**, Adriana Borodzicz. *Pielęg.Spec.* 2016 nr 2(12) s.61-67,

Feelings and emotions of nurses related to dying and death of patients - a pilot study. Anna Kostka Adriana Borodzicz, **Sylwia Krzemińska**. *Psychol.Res.Behav.Manag.* 2021 Vol.14 s.705-717, DOI: 10.2147/PRBM.S311996

5. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę.

W latach 2005-2021 byłam na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu koordynatorem przedmiotów: Kliniczne podstawy intensywnej terapii dla kierunku Fizjoterapia, Anestezjologia i pielęgniarstwo w stanach zagrożenia życia dla kierunku Pielęgniarstwo I stopnia, Intensywna Terapija i pielęgniarstwo w intensywnej opiece medycznej oraz Tlenoterapia ciągła i wentylacja mechaniczna dla kierunku Pielęgniarstwo II stopień.

W swojej dotychczasowej pracy, byłam promotorem ponad 120 prac magisterskich oraz około 140 prac licencjackich na kierunkach Pielęgniarstwo, Zdrowie Publiczne oraz Dietetyka Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Napisałam również ponad 80 recenzji prac dyplomowych.

Byłam również promotorem i recenzentem prac licencjackich na kierunku Pielęgniarstwo w Niepublicznej Wyższej Szkole Medycznej we Wrocławiu.

Reprezentując Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich we Wrocławiu wzięłam czynny udział w 52 konferencjach naukowych, a w 10 przypadkach byłam członkiem komitetów naukowych konferencji o zasięgu ogólnokrajowym i międzynarodowym. Brałam również dwukrotnie udział jako wykładowca w Dolnośląskim Festiwalu Nauki.

Jestem członkiem *Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki* oraz *Przewodniczącą oddziału Dolnośląskiego*, członkiem European Federation of Critical Care Nursing Associations (EfCCNa) oraz członkiem World Federation of Critical Care Nursing (WFCCN).

Pełnię też funkcję recenzenta w czasopismach polskich (Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece, Pielęgniarstwo XXI Wieku) i międzynarodowych (m.in. Clinical Interventions in Aging, Professional Journal of Nursing and Midwifery).

Jestem członkiem rady naukowej czasopisma Professional Journal of Nursing and Midwifery.

Jestem członkiem Komisji Dyscyplinarnej ds. Nauczycieli Akademickich Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu na kadencję 2020-2024 oraz członkiem Komisji do przeprowadzania postępowań konkursowych na stanowiska nauczycieli akademickich w grupie pracowników dydaktycznych. Pracuję również jako członek Komisji Egzaminacyjnej do przeprowadzania egzaminu dyplomowego na studiach I stopnia kierunku Pielęgniarstwo.

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

W roku 2016 otrzymałam „List z podziękowaniami” za nadzwyczajne zasługi w rozwoju Profesní a Odborová Unie Zdravotnických Pracovníků POUZP (Czeska Republika) i wzorową współpracę zawodową i naukową w dziedzinie Pielęgniarstwa.

W roku 2017 otrzymałam wyróżnienie za długoletnią współpracę przy osiągnięciu celów, zadań i misji Slovenskej Komory Sestier a Pôrodných Asistentiek (SKSaPA) Słowacja, sekcji Pielęgniarek Anestezjologicznych.

W roku 2019 otrzymałam

-Nagrodę Indywidualną Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu Za Ważne i Twórcze Osiągnięcia w Pracy Naukowej (cykl 3 publikacji umieszczonych w bazie Journal Citation Reports)

- Nagrodę Indywidualną Stopnia I Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu Za Ważne i Twórcze Osiągnięcia w Pracy Naukowej za publikację w czasopiśmie umieszczonym w bazie Journal Citation Reports pt.” *Psychometric properties of the Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQoL) in a population-based sample of Polish adults with type 1 and 2 diabetes* “

W roku 2020 otrzymałam

-Nagrodę Indywidualną Stopnia II Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu Za Ważne i Twórcze Osiągnięcia w Pracy Naukowej za publikację w czasopiśmie umieszczonym w bazie Journal Citation Reports pt.” *Comparison of health – related quality of life in patients with rheumatoid arthritis during conventional or conventional plus biological therapy in Poland*”.

.....