

## **AUTOREFERAT**

Dr n. med. Halina Doroszkiewicz

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Klinika Geriatrii

Białystok 2019 r.

## **1. Dane osobowe**

### **Imię i nazwisko**

Halina Doroszkiewicz

### **Aktualne miejsce pracy:**

Klinika Geriatrii, Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

## **2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe**

- Tytuł magistra pielęgniarstwa. Temat pracy: *„Opieka pielęgniarstwa/położnicza nad kobietami ciężarnymi pracownicami małych zakładów pracy”*. Wydział Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Lublinie, 1992 r. *Promotor: Prof. dr hab. Leszek Wdowiak*
- Stopień doktora nauk medycznych. Tytuł rozprawy doktorskiej: *„Rola pielęgniarki środowiskowej w podstawowej opiece zdrowotnej wobec niesprawnych osób w zaawansowanej starości na przykładzie śródmiejskiej dzielnicy Białegostoku”*. *Promotor: Prof. dr hab. med. Barbara Bień*  
Stopień doktora został nadany uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Białymstoku z dnia 29 września 2004 r.

### **Wykształcenie podyplomowe:**

#### **Specjalizacja**

- Uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, CKPPIP, Warszawa 22.10.2013r.

## **3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych**

- 2002-2003r. - asystent w Zakładzie Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Akademii Medycznej w Białymstoku.
- 2003-2006r. - asystent w Klinice Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
- 2006-30.06.2018r. - adiunkt w Klinice Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
- od 01.07.2018r. - nadal – starszy wykładowca w Klinice Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

**4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. z 2018 r. poz. 1789).**

#### **4.1. Tytuł osiągnięcia naukowego**

Podstawą ubiegania się o stopień naukowy doktora habilitowanego jest cykl powiązanych tematycznie siedmiu publikacji naukowych opatrzonych tytułem:

***Obciążenie opiekunów rodzinnych osób starszych niesprawnych - identyfikacja problemów opiekuńczych jako wyzwanie dla profesjonalnej opieki pielęgniarskiej.***

Łączna wartość bibliometryczna publikacji składających się na osiągnięcie naukowe wynosi:  
**5.01 IF; 67 PK/MNiSW.**

#### **4.2. Publikacje wchodzące w skład osiągnięcia naukowego**

[1] Bień B., **Doroszkiwicz H.**: Opieka długoterminowa w geriatric: dom czy zakład opieki? Przewodnik Lekarza 2006, 10 (92):48-57.

Praca pogładowa  
**PK/MNiSW 2**

*Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na przeglądzie piśmiennictwa, przygotowaniu manuskryptu, wprowadzeniu korekty po recenzji. Mój udział procentowy szacuję na 70.0%.*

[2] Bień B., **Doroszkiwicz H.**, Wojszel B.: Poziom niesprawności osób starszych a korzystanie z usług medycznych i pozamedycznych w badaniu EUROFAMCARE. Gerontologia Polska, 2008: 16, 2, s. 101-110.

*Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na przeglądzie piśmiennictwa, analizie materiału badawczego, przygotowaniu manuskryptu, wprowadzeniu korekty po recenzji. Mój udział procentowy szacuję na 50.0%.*

Praca oryginalna  
**PK/MNiSW 9**

[3] **Doroszkiwicz H.**, Bień B., Jackowska A., Łukaszyk A.: Porównanie satysfakcji osób starszych z opieki szpitalnej w oddziale chorób wewnętrznych i geriatric. Problemy Higieny i Epidemiologii 2011, 92 (2): 226-231.

Praca oryginalna  
**PK/MNiSW 6**

*Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na opracowaniu koncepcji badań, przeglądzie piśmiennictwa, zaplanowaniu i wykonaniu badań, przeprowadzeniu analizy statystycznej i interpretacji wyników, przygotowaniu manuskryptu, autor korespondencyjny z redakcją czasopisma. Mój udział procentowy szacuję na 85.0%*

[4] **Doroszkiwicz H.**, Sierakowska M., Lewko J., Ostrowska A.: Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów geriatrycznych wyznacznikiem zakresu opieki pielęgniarskiej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014, 22 (3):258-264.

Praca oryginalna  
**PK/MNiSW 5**

*Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na opracowaniu koncepcji badań, przeglądzie piśmiennictwa, zaplanowaniu i wykonaniu badań, przeprowadzeniu analizy statystycznej i interpretacji wyników, przygotowaniu manuskryptu, autor korespondencyjny z redakcją czasopisma. Mój udział procentowy szacuję na 85.0%*

[5] **Doroszkiwicz H.** Rola POZ w opiece nad osobami starszymi. W: Pielęgowanie pacjentów w starszym wieku. Redakcja naukowa Marta Muszalik, Kornelia Kędziora-Kornatowska. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2018 s. 137-146.

Rozdział w podręczniku  
**PK/MNiSW 5**

*Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na opracowaniu koncepcji pracy, przeglądzie piśmiennictwa, przygotowaniu i napisaniu pracy, autor korespondencyjny z redakcją. Mój udział procentowy szacuję na 100.0%*

[6] Bień-Barkowska K., **Doroszkiwicz H.**, Bień B.: Silent strain of caregiving: exploring the best predictors of distress in family carers of geriatric patients. *Clinical Interventions in Aging* 2017, 12:263-274.

Praca oryginalna  
**IF 2.505; PK/MNiSW 20**

*Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na przeglądzie piśmiennictwa, opracowaniu koncepcji badań, przygotowaniu narzędzi badawczych, zebraniu materiału badawczego, opracowaniu manuskryptu, wprowadzeniu korekty po recenzji. Mój udział procentowy szacuję na 50.0%*

[7] **Doroszkiwicz H.**, Sierakowska M., Muszalik M.: Utility of the Care Dependency Scale in predicting care needs and health risks of elderly patients admitted to a geriatric unit: a cross-sectional study of 200 consecutive patients. *Clinical Interventions in Aging* 2018, 13:887-894.

Praca oryginalna  
**IF 2.505; PK/MNiSW 20**

*Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na przeglądzie piśmiennictwa, opracowaniu koncepcji badań, zebraniu materiału badawczego, przeprowadzeniu analiz statystycznych, interpretacji wyników, opracowaniu manuskryptu, autor korespondencyjny z redakcją czasopisma, wprowadzeniu korekty po recenzji. Mój udział procentowy szacuję na 90.0%*

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

##### **Wprowadzenie i cel naukowy**

Profesjonalizacja opieki pielęgniarskiej w ramach całościowego podejścia geriatrycznego nad osobami w starszym wieku stanowi nadal duże wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. W geriatricznym rozpoznawaniu i rozwiązywaniu złożonych potrzeb osoby starszej umożliwia wielowymiarowy, interdyscyplinarny i zintegrowany proces diagnostyczny Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG) [1]. Profesjonalizacja opieki oznacza rutynowe stosowanie standaryzowanych narzędzi do diagnostyki stanu zdrowia i funkcji seniora, jak i jego opiekuna rodzinnego w ramach współpracy interdyscyplinarnej zespołu geriatrycznego, tj. lekarza, pielęgniarki, psychologa i fizjoterapeuty oraz innych praktyków, o ile ich udział jest wskazany w określonych sytuacjach. Tylko dogłębna diagnoza umożliwia dostosowaną do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego opiekuna rodzinnego, interwencję i opiekę geriatryczną.

Zapotrzebowanie na opiekę rośnie wraz wydłużaniem się trwania życia i wzrostem udziału osób najstarszych w populacji. Prognozy GUS alarmują o przewidywanym do 2050 roku ogromnym wzroście udziału osób starszych w polskim społeczeństwie, a zwłaszcza wskazują na potrojenie się kategorii osób w późnej starości, co wynika ze starzenia się powojennej kohorty *baby boom* [2]. Należy zatem oczekiwać znacznego wzrostu odsetka osób starszych, które z powodu spadku zależnych od wieku rezerw funkcjonalnych i chorób wieku podeszłego, w tym otępienia, depresji i wielu innych, będą wymagały długotrwałej bądź stałej opieki [3].

Badania epidemiologiczne wskazują na pogarszający się z wiekiem stan zdrowia i sprawność osób starszych, które determinują szereg dolegliwości [4, 5]. Gorsza sprawność lokomocyjna wpływa nie tylko na ograniczenie funkcjonowania w zakresie złożonych i podstawowych czynności życia codziennego i coraz gorszą jakość życia, ale zwiększa ryzyko hospitalizacji i umieszczenia w zakładach opieki, a tym samym uzależnia od pomocy innych osób [3]. Potrzeba wsparcia w postaci usług opiekuńczych lub pomocy członków rodziny, zwiększa się wraz z zaawansowaniem wieku i pogorszeniem sprawności funkcjonalnej osób starszych [6, 7, 8]. Do najważniejszych przyczyn zwiększonego zapotrzebowania na opiekę należą uwarunkowania obiektywne, które wynikają ze współistnienia wielu schorzeń u osób starszych, przewlekłości ich przebiegu, skłonności do zaostrzeń i powikłań, wzrostu urazowości po upadkowej, samotności oraz trudności w komunikowaniu się z powodu demencji i niepełnosprawności sensorycznej (problemy z widzeniem, słyszeniem). Do

szczególnie trudnych sytuacji opiekuńczych z perspektywy opiekunów rodzinnych, należą wielkie zespoły geriatryczne (*geriatric giants*), jak otępienie, depresja, upośledzenie lokomocji, zaburzenia równowagi i upadki, nietrzymanie moczu i stolca, deficyty sensoryczne wzroku i/lub słuchu oraz polekowe zespoły jatrogenne [9]. Rosnący udział osób starszych dożywających zaawansowanej starości, z towarzyszącą tej fazie życia niesprawnością psychiczną i fizyczną, wymusza coraz częściej potrzebę przejmowania długoterminowej opieki nad niedołącznymi i starszymi osobami przez najbliższych członków rodziny [7]. Osoby starsze zazwyczaj wymagają pomocy rodzinnej lub innych nieformalnych form opieki, a także usług wspierających świadczonych przez instytucje opieki zdrowotnej i opieki społecznej [10]. Większość niepełnosprawnych starszych osób starszych pragnie być wspierana przez swoich bliskich, krewnych w domu. W Polsce jak i innych krajach Europy, opieka i wsparcie osobom starszym dostarczane są głównie przez członków rodziny, lub przyjaciół i bliskich znajomych w środowisku domowym. Rodzina w Polsce stanowi największą 'instytucję' opieki długoterminowej i podstawowy system wsparcia dla osób starszych, niesamodzielnych, ponieważ jest najpowszechniejszym i najbliższym człowiekowi starszemu dostawcą usług opiekuńczych [11]. Wyniki europejskiego projektu EUROFAMCARE wskazują, iż ponad 80% osób starych niesprawnych w Polsce pozostaje pod opieką członków rodzin, którzy codziennie, przez wiele miesięcy i lat świadczą usługi w zakresie czynności gospodarskich, osobistych, higienicznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, transportowych, zaspokajają potrzeby emocjonalne, towarzyskie udzielając im wsparcia psychicznego, czasami również finansowego [12]. Zapotrzebowanie ludzi starszych na wymienione rodzaje pomocy w ocenie opiekunów rodzinnych w Polsce jest bardzo wysokie [12]. To opiekun rodzinny niemal w całości zaspokaja te potrzeby (od 96% do 82% w zależności od obszaru potrzeb), głównie przy pomocy innych członków rodziny, sąsiadów i pomocy osób wynajętych do opieki (od 57% do 27%), przy marginalnym, bo kilkuprocentowym współdziałaniu instytucjonalnych form pomocy (od 10% w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych do 3% w zakresie prac domowych, usług transportowych, wsparcia psychicznego). Głównymi, a nierzadko jedynymi opiekunami są najczęściej dzieci (51,0%), a w dalszej kolejności małżonkowie (18%) i inni członkowie rodziny. Aż 40,0% opiekunów pozostaje w okresie aktywności zawodowej, co znacznie utrudnia im pełnienie opieki. Niezależnie od tego, czy są małżonkami, dziećmi lub dalszymi krewnymi, zazwyczaj są skłonni zwiększać zakres opieki, jeśli jest to wymagane [12]. Jakość i rozmiary udzielanych świadczeń opiekuńczych na rzecz osób starszych, zależą od sytuacji i kondycji opiekunów rodzinnych. Świadczenie opieki odbywa się czasem kosztem osobistych wyrzeczeń opiekuna.

Rosnące obowiązki opiekuńcze nad najstarszymi i najbardziej niesprawnymi seniorami często przytłaczają opiekunów rodzinnych powodując pogorszenie stanu zdrowia fizycznego i psychicznego lub/i restrykcje zawodowe czy ekonomiczne [13]. Opieka nad osobami starszymi i/lub niepełnosprawnymi jest dla opiekuna źródłem stresu [14]. To na opiekuna rodzinnego spada bezpośredni ciężar opieki, zarówno w sferze emocjonalnej, wysiłku fizycznego, organizacji bądź nadzoru nad opieką, a często również pośrednictwa między świadczeniodawcami usług formalnych a starszym podopiecznym [14]. Negatywny wpływ opieki nie jest uznawany za chorobę lub dysfunkcję, czasami jest porównywany do cierpienia w samotności [13]. Po raz pierwszy pojęcie obciążenia opiekuna (*caregiver burden*) zostało wprowadzone w 1980 r. [16]. Termin ten odnosił się do negatywnych reakcji organizmu występujących w różnym stopniu nasilenia u opiekuna wobec trudności wynikających z opieki nad przewlekle chorymi i niesprawnymi pacjentami lub podopiecznymi. Chroniczny stres związany z opieką może prowadzić u opiekuna do wielu chorób i dysfunkcji, w tym do depresji. Zakres czynników ryzyka obciążenia opiekuna rodzinnego opieką może być szeroki. Wyniki metaanalizy Pinquarta i Sörensen [13] porównującej opiekunów z osobami nie pełniącymi tej roli wskazują na czynniki wyróżniające tę pierwszą kategorię, którymi są: płeć żeńską, niski poziom wykształcenia, wspólne zamieszkiwanie z odbiorcami opieki, depresja i izolacja społeczna, stres finansowy, większa liczbę godzin spędzonych na opiece i brak wyboru w pełnieniu roli opiekuna. Nadmierne i przewlekle obciążenie opiekuna rodzinnego mogłoby zostać złagodzone, o ile pielęgniarki i inni praktycy opieki zdrowotnej włączyliby się bardziej aktywnie i w sposób partnerski do procesu opieki, umieli rozpoznawać poziom obciążenia u opiekuna rodzinnego i interweniować w celu jego zmniejszenia. Inne badania, wymieniają również czynniki zależne od pacjenta i środowiska, które zwiększają negatywny wpływ opieki. Należą do nich: stan zdrowia podopiecznego, poziom niepełnosprawności, czas trwania opieki, miejsce zamieszkania, warunki życia, koszty opieki, ograniczenia i dostępność do usług wspomagających [14]. Badania dotyczące obciążenia wynikającego z konieczności zapewnienia opieki, zazwyczaj koncentrują się na pacjentach z otępieniem [17, 18] lub innych wyraźnie określonych grupach problemowych, jak pacjenci leczenia onkologicznego [19], po złamaniu szyjki kości udowej [20], zamieszkujących w środowisku lub zamieszkujących w domach opieki [21, 22, 23].

Opieka nad osobami starszymi, staje się szczególnym wyzwaniem i nabiera szczególnego znaczenia w kontekście zmian zachodzących w rodzinach. Obserwuje się niekorzystne tendencje spadkowe współczynnika potencjału opiekuńczego, tj. stosunku liczby kobiet w wieku 45-64 (typowy wiek córek osób sędziwych) do liczby osób w wieku 80+. W 2000 r.

proporcje wynosiły odpowiednio 5/1 w wieku 80+, zaś prognozy na 2030 r. wskazują, że będzie to 3,6/1, a w 2050r. jedynie 1,7/1 [24]. Będzie się to przekładać na dalsze trudności w zapewnieniu należytej opieki osobom starszym pozostających we własnym środowisku, zaś większe przestrzenne rozproszenie rodziny może przyczyniać się do częstszego występowania problemów związanych z organizacją opieki i odpowiedzialnością za nią.

Obok demograficznych, zdrowotnych i socjalnych zmian zachodzących w rodzinach niekorzystanie wpływających na sytuację opiekuńczą osób starszych, należy również odnotować zjawisko postępującego starzenia się pielęgniarek i pozostałej kadry medycznej w Polsce. Statystyki Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, wskazują, że zdecydowanie najwięcej pielęgniarek mieści się w przedziale wiekowym 41-55 lat, najniższy zaś odsetek stanowią osoby z grupy 21-35 lat. W praktyce oznacza to, że polskie pielęgniarki, to głównie osoby z co najmniej 20-to, a nawet 35-letnim stażem pracy [25]. W tym kontekście pojawia się pytanie o możliwości zapewnienia dostępu do opieki pielęgniarskiej przy niedostatecznych zasobach kadr i zmieniającym się profilu potrzeb zdrowotnych starzejącego się społeczeństwa. Wczesne rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych osób starszych w miejscu zamieszkania przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, stanowi nadal rzadką i niedocenianą metodę wykrywania problemów osób starszych i ich opiekunów rodzinnych. Odpowiedzią na rosnące potrzeby starzejącej się populacji jest stały rozwój różnorodnych form organizacyjnych opieki długoterminowej – coraz bogatszy w swojej ofercie i coraz bardziej wyspecjalizowany w swoich wskazaniach. Niestety nadal nie zaspakaja wszystkich potrzeb niedołączonych osób starszych. Różnorodność form opieki długoterminowej (domowej, instytucjonalnej) byłaby zaletą, gdyby pacjent i jego rodzina mieli wybór.

Opiekunowie rodzinni są naturalnymi sprzymierzeńcami i partnerami opiekunów formalnych, czyli osób i instytucji odpowiedzialnych za realizację opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Traktowanie opiekunów rodzinnych jako sprzymierzeńców i partnerów pociąga za sobą potrzebę otoczenia ich należyłą opieką. Często są oni nazywani niewidocznymi drugimi pacjentami, którzy odgrywają kluczową rolę w zapewnianiu jakości życia chorym lub osobom starszym w ich środowisku domowym. Niestety w praktyce problemy opiekunów rodzinnych są zwykle ignorowane, a uwagę poświęca się wyłącznie osobom starszym. Ciężar opieki, frustracje i lęki opiekunów pozostają zazwyczaj nierozpoznane lub niezauważane przez system opieki zdrowotnej i społecznej państwa. Negatywne skutki tych zaniedbań mogą prowadzić, nie tylko do pogorszenia jakości świadczonej opieki, relacji opiekuna z podopiecznym, wreszcie rezygnacji z opieki i naporu



na kosztowną opiekę instytucjonalną. Powyższe argumenty są przesłanką do prowadzenia nie tylko oceny osób starszych, ale również sytuacji opiekuna rodzinnego. Eksperti Carers of Older People in Europe, rekomendują COPE-Indeks jako instrument służący do oceny sytuacji opiekunów rodzinnych [26]. Kwestionariusz ten został zaprojektowany jako krótkie narzędzie przesiewowe, możliwe do zastosowania w praktyce klinicznej, które identyfikuje opiekunów obciążonych nadmiernym trudem opieki, wymagających wsparcia i interwencji w pierwszej kolejności. COPE Indeks pozwala określić kilka obszarów wpływu opieki na sytuację opiekuna - rozróżnia negatywne i pozytywne aspekty opieki oraz wielkość, rodzaj i jakość otrzymywanego wsparcia. Każda z tych trzech podskal mierzy określoną domenę w wartościach punktowych. Analiza wyników pozwala ocenić niezależne od siebie wymiary opieki, a ich wyniki pozwalają na zaplanowanie określonej pojedynczej lub złożonej interwencji. Indeks COPE został pozytywnie zwalidowany na dużej próbie opiekunów rodzinnych z sześciu krajów europejskich jako wewnętrznie spójny instrument [26]. Uznaje się, że rozpoznawanie sytuacji opiekunów rodzinnych mogłoby poprawić jakość życia ludzi starszych, a także ich własną.

Celem powiązanego tematycznie cyklu prac dotyczącego oceny sytuacji opiekunów rodzinnych i ich starszych podopiecznych w powiązaniu z kompetencjami pielęgniarek jest:

1. Przedstawienie sytuacji opiekuńczych w zależności od stopnia niepełnosprawności podopiecznego w starszym wieku.
2. Powiązanie niesprawności funkcjonalnej osób starszych z zaspokajaniem potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych w oparciu o Całościową Ocenę Geriatryczną (COG), pogłębianą o polską wersję kwestionariusza Care Dependency Scale (CDS).
3. Identyfikacja czynników prognozujących subiektywne obciążenie opiekuna rodzinnego w związku z pełnieniem opieki nad niesprawnymi osobami starszymi w środowisku zamieszkania.

### **Omówienie osiągniętych wyników z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania**

Moje zainteresowania naukowo - badawcze w dziedzinie gerontologii sięgają roku 2000, tj. jeszcze przed formalnym podjęciem zatrudnienia na Uczelni. Zostałam włączona do realizacji projektu badawczego Akademii Medycznej w Białymstoku nt.: „Sytuacji opiekunów niesprawnych osób starszych na przykładzie środowiska miasta Białystok i środowiska wiejskiego gminy Sokółka” finansowanego przez Komitet Badań Naukowych Nr 4 P05D 058. We wspomnianym okresie, powierzono mi przeprowadzanie wywiadów z

opiekunami rodzinnymi niesprawnych osób starszych w miejscu zamieszkania. Bezpośredni kontakt z opiekunami rodzinnymi umożliwił mi wgląd w sytuacje opiekuńcze i poznanie realnych problemów opiekunów. Zdobyte doświadczenie i nowe zainteresowania stały się impulsem do podjęcia się kolejnego etapu pracy naukowo- badawczej już jako nauczyciela akademickiego Zakładu Gerontologii Klinicznej i Społecznej. Ten etap zaowocował przygotowaniem i obroną rozprawy doktorskiej pt.:” *Rola pielęgniarki środowiskowej w podstawowej opiece zdrowotnej wobec niesprawnych osób w zaawansowanej starości na przykładzie śródmiejskiej dzielnicy Bialegostoku*” pod kierunkiem prof. dr hab. Barbary Bień. Uzyskane wyniki pozwoliły na sformułowanie wielu ciekawych wniosków, które mogą stanowić podstawę do zmian organizacyjnych i restrukturalizacji opieki środowiskowej pielęgniarek. W stosunkowo prosty sposób można byłoby poprawić jakość życia starszych podopiecznych i satysfakcję zawodową samych pielęgniarek. Podniesienie kwalifikacji gerontologicznych, szersze wykorzystywanie kompetencji zawodowych pielęgniarek, jak również prowadzenie profilaktycznego rozpoznawania potrzeb osób niesprawnych wpłynęłoby pozytywnie na zadowolenie z pracy zawodowej tego środowiska jak również na poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego podopiecznych. Rozpoznawanie problemów środowiskowych, metodą okresowych wizyt profilaktycznych, prowadzonych przez pielęgniarki środowiskowe w miejscu zamieszkania ich podopiecznych, stanowiło rzadką i niedocenianą metodę wykrywania problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych, służącą wczesnej interwencji.

Zainteresowanie problematyką opieki nad osobami starszymi kontynuowałam w kolejnych latach mojej aktywności zawodowej. Początkowo koncentrowałam się na problemach organizacji, funkcjonowania i uwarunkowaniach świadczenia opieki nad osobami starszymi w środowisku zamieszkania z perspektywy świadczeniodawców - pielęgniarek i lekarzy w zmieniających się warunkach reformowanej Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ).

Moje bezpośrednie doświadczenia z opiekunami rodzinnymi i ich niesprawnymi starszymi podopiecznymi w środowisku zamieszkania stały się impulsem do pogłębiania wiedzy w obszarze opieki rodzinnej. Za pracę podsumowującą ten okres, a zarazem wprowadzającą w cykl publikacji na temat ‘osiągnięcia’ uważam publikację poglądową **Bień B., Doroszkiewicz H.: Opieka długoterminowa w geriatricii: dom czy zakład opieki? Przewodnik Lekarza, 2006: nr 10(92), s. 48-57.** Praca przedstawia organizację opieki długoterminowej nad ludźmi starszymi i niepełnosprawnymi w Polsce w kilka lat po rozdzieleniu resortu opieki zdrowotnej od opieki społecznej, a wcześniej zintegrowanymi w jednym

Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, ze szczególnym podkreśleniem udziału rodziny w roli opiekuna. Opiekunowie rodzinni najczęściej podejmują się trudu opieki nad swoim starszym krewnym z wyboru, a motywacją do opieki, są przede wszystkim więzy emocjonalne łączące ich z podopiecznymi. W publikacji podkreślono znaczenie kompleksowości i potrzeby integracji usług medycznych i społecznych wobec pacjentów w starszym wieku o złożonych potrzebach.

Dużym wyróżnieniem dla autorów pracy, było ujęcie publikacji w raporcie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej przygotowanym na potrzeby Organizacji Narodów Zjednoczonych. Dodatkowo chciałabym nadmienić, iż publikacja znalazła się w kategorii najczęściej czytanych artykułów w *Przewodniku Lekarza* w styczniu 2007 r.

Kolejnym etapem mojej aktywności naukowej była praca w interdyscyplinarnym zespole badawczym międzynarodowego projektu EUROFAMCARE pt. „Services for supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage” w okresie pogłębionej analizy danych wielośrodkowych. Projekt EUROFAMCARE finansowany był w ramach 5. Programu Ramowego Unii Europejskiej, *Key Action 6: The Ageing Population and Disabilities, 6.5: Health and Social Care Services to older People* (contract n. QLK6-CT-2002-02647; <http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/>). Jako pielęgniarka byłam odpowiedzialna za analizę usług pozamedycznych w zależności od poziomu sprawności osoby starszej zamieszkujących w środowisku. W publikacji **Bień B., Doroszkiewicz H., Wojszel B. Poziom niesprawności osób starszych a korzystanie z usług medycznych i pozamedycznych w badaniu EUROFAMCARE. Gerontologia Polska, 2008: 16, 2, s. 101-110**, podjęliśmy się zweryfikowania tezy, że korzystanie z różnego typu dostępnych usług jest dostosowane pod względem profilu i zakresu do poziomu niesprawności i potrzeb osób niesprawnych w podeszłym wieku. Badaniem objęto 1000 opiekunów rodzinnych, którzy świadczyli opiekę i pomoc swoim krewnym w wieku 65 lat lub starszym. Wyniki badań wykazały, iż zapotrzebowanie na pomoc we wszystkich obszarach opieki wzrastało wraz z pogorszeniem sprawności osoby starszej. Opieka lekarza rodzinnego stanowiła najczęstszą formę usług. Korzystało z niej ponad 80% podopiecznych, podobnie często w każdej z kategorii sprawności. Osoby o znacznie ograniczonej sprawności z pewnością częściej korzystały z domowych wizyt lekarza rodzinnego (69%) niż z porad ambulatoryjnych (34%). Ze świadczeń pielęgniarskich skorzystało 41% osób w podeszłym wieku — co istotne: ponad 2-krotnie więcej poważnie niesprawnych (58%) niż nieznacznie niesprawnych (21%). Niemal wszystkie osoby z poważniejszym upośledzeniem sprawności spośród kontaktujących się z pielęgniarką były odwiedzane przez nią w domu. Odsetek osób

starszych odwiedzanych przez pielęgniarkę w domu zmniejszał się proporcjonalnie do lepszej sprawności podopiecznych. Osoby w podeszłym wieku korzystały przede wszystkim z usług medycznych (94%), a jedynie niemal co 3. osoba dodatkowo z usług pozamedycznych. Struktura analizowanych typów usług wykazała znamioną statystycznie zależność od stopnia niesprawności. W grupie poważnie niesprawnych aż co 2. osoba korzystająca z usług medycznych korzystała również z usługi pozamedycznej (najczęściej z wizyty kapelana i/lub dochodzącego opiekuna). Z usług pozamedycznych korzystało tylko 1% osób, niezależnie od stopnia niesprawności.

W wyniku przeprowadzonych analiz sformułowano następujące wnioski:

- Usługi wspierające niesprawne osoby w podeszłym wieku w Polsce opierają się przede wszystkim na świadczeniach finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Struktura tych usług ogólnie odpowiada zapotrzebowaniu, chociaż wymaga dalszego profilowania w kierunku usług domowych, odpowiednio do potrzeb zdrowotnych podopiecznych.
- Istniejąca sieć usług pozamedycznych jest niedostosowana do potrzeb osób starszych, niedostępna i wykorzystywana w marginalnym stopniu, głównie przez osoby najmniej sprawne. Socjalna luka opiekuńcza wymaga systemowego rozwiązania. Powszechne ubezpieczenia pielęgnacyjne zintegrowane z usługami zdrowotnymi i opiekuńczo-socjalnymi mogą stanowić trafne rozwiązanie problemów niesprawnych osób w podeszłym wieku i ich opiekunów w Polsce.

Dalsza moja aktywność naukowa związana z problematyką wspierania opiekunów rodzinnych niesprawnych osób starszych, została ukierunkowana na analizę sytuacji opiekunów rodzinnych niesprawnych osób starszych w zależności od typu dysfunkcji i potrzeb podopiecznego. Z uwagi na interdyscyplinarny charakter badań, mój udział jako pielęgniarki w projekcie, obejmował analizę potrzeb opiekuńczych i usług pozamedycznych dedykowanych dla niesprawnych osób starszych w 6 krajach europejskich (Polska, Grecja, Niemcy, Szwecja, Wielka Brytania, Włochy) [7].

Wyższa subiektywna ocena pacjentów odnośnie poziomu satysfakcji z opieki w oddziale geriatry w porównaniu z analogiczną oceną pacjentów hospitalizowanych w oddziale chorób wewnętrznych, została wykazana w pracy podsumowującej projekt 'Satysfakcja z opieki medycznej wśród osób starszych hospitalizowanych' (Nr 3-01501 P 2009r.). Docenienie COG przez starszego pacjenta - realizowanej w podejściu geriatrycznym - ilustruje praca **Doroszkiwicz H., Bień B., Jackowska A., Łukaszyk A.: Porównanie satysfakcji osób starszych z opieki szpitalnej w oddziale chorób wewnętrznych i**

**geriatrii. Problemy Higieny i Epidemiologii 2011, 92 (2): 226-231.** Standardem w podejściu geriatrycznym jest holistyczna ocena geriatryczna, a zatem rozpoznawanie nie tylko problemów zdrowotnych, ale również pielęgnacyjnych i socjalnych, pozwala wytyczać zakres dalszych działań i zadań dla praktyków w POZ (lekarza, pielęgniarki) lub/i pracownika socjalnego.

Badaniem kwestionariuszowym objęto 200 kolejno przyjmowanych do oddziału chorób wewnętrznych i geriatrii pacjentów w wieku 60+ (po 100 osób w każdym) hospitalizowanych w tym samym szpitalu. Analiza skupień pozwoliła na wyłonienie grupy bardziej zadowolonych (N=162) i mniej zadowolonych (N=38). Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji (71 pytań) składający się z sekcji indagujących o: (1) dane społeczno-demograficzne; (2) samoocenę stanu zdrowia i sprawność w oparciu o pytania skali I-ADL wg Lawtona, (3) zakres opieki zdrowotnej w okresie ostatnich 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala; (4) kierowanie do szpitala i leczenie szpitalne w okresie ostatnich 12 miesięcy; (5) ocenę izby przyjęć; (6) ocenę kompetencji i podejścia pielęgniarek oddziału; (7) ocenę lekarzy oddziału; (8) ocenę rehabilitanta i skuteczności jego zabiegów; (9) ocenę oddziału pod względem organizacyjno-technicznym (czas oczekiwania na badania diagnostyczne, posiłki, odwiedziny, stan techniczny, czystość). Na zakończenie zadano dwa pytania, a mianowicie: „Czy sądzi Pan/i, że w naszym szpitalu dostrzegane są problemy ludzi starszych?” (opcje odpowiedzi: tak, w wystarczającym stopniu versus w stopniu niewystarczającym lub nie są dostrzegane) oraz „Czy w czasie tej hospitalizacji stan Pana/i zdrowia uległ?” (opcje odpowiedzi: poprawa versus brak poprawy lub pogorszenie). Wyniki badań wykazały, iż pacjenci obu oddziałów nie różnili się pod względem cech społeczno-demograficznych, poza niższym poziomem wykształcenia w oddziale geriatrii. Pacjenci geriatryczni wykazywali gorszą sprawność fizyczną, częściej przyjmowani byli w sposób planowy i przebywali w oddziale dłużej (średnio 8.6 dni), a internistyczni głównie w trybie ostrym i przebywali krócej (średnio 4.4 dni). 81% pacjentów obu oddziałów znalazło się w skupieniu bardziej zadowolonych, przy czym wśród chorych oddziału geriatrii aż 94%, zaś interny 67%. Pozytywna ocena skuteczności zabiegów rehabilitacyjnych okazała się kluczowym elementem różnicującym oba skupienia. Fizjoterapeuta był niedostępny dla pacjentów internistycznych, zaś standardowo obecny w zespole geriatrycznym. Do czynników powiązanych z wyższą satysfakcją należały: planowy tryb przyjęcia (53.0% v. 16.0% w obu skupieniach,  $p < 0,0001$ ) i przekonanie o dostrzeganiu problemów ludzi starych (92.0% v. 55.0% w obu skupieniach,  $p < 0,00001$ ). Podsumowując, w badaniu dowiodłam, że pacjenci w starszym wieku wysoko oceniają jakość szpitalnej opieki medycznej, szczególnie

wysoko cenią sobie wszechstronną i całościową opiekę w oddziale geriatry. Rozpoznawanie problemów środowiskowych, pielęgnacyjnych łącznie ze zdrowotnymi zostało odebrane jako pełniejsze dostrzeżenie problemów ludzi starszych.

Główną przesłanką do przeprowadzenia kolejnych badań, wśród pacjentów w oddziale geriatry, było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu kwestionariuszowe metody oceny stanu funkcjonalnego osób starszych mogą pomóc w wytyczaniu zakresu zadań profesjonalnej opieki pielęgniarstwa. W koordynowanej przeze mnie pracy **Doroszkiewicz H., Sierakowska M., Lewko J., Ostrowska A.: Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów geriatrycznych wyznacznikiem zakresu opieki pielęgniarstwa. Problemy Pielęgniarstwa 2014, 22 (3):258-264** dokonaliśmy oceny sprawności funkcjonalnej pacjentów geriatrycznych i oceny problemów pielęgnacyjnych. Badania zostały przeprowadzone w grupie 100 osób w wieku 60 lat i więcej, kolejno przyjmowanych do oddziału geriatry w Białymstoku. Sprawność samoobsługową oceniano w oparciu o skalę Barthel, zdolność do wykonywania złożonych czynności życia codziennego w oparciu o pytania skali I-ADL (wg Lawtona), ryzyko rozwoju odleżyn z użyciem skali Norton, stan emocjonalny Geriatryczną Skalą Depresji (GDS) wg Yesavage'a. Ocenę stanu funkcji poznawczych przeprowadzono z wykorzystaniem testu sprawności umysłowej (AMTS- Abbreviated Mental Test Score), ryzyko upadków (test Tinetti). Badane osoby starsze prezentowały zaawansowany wiek, zły stan zdrowia i złożony charakter niesprawności. 71.0% badanych osób starszych wymagało pomocy ze strony pielęgniarki podczas spożywania posiłków, 45.0% badanych osób starszych wymagało pomocy w przemieszczaniu się z łóżka na fotel i z powrotem. Podobny odsetek (49.0%) wymagał pomocy pielęgniarki w wykonywaniu czynności higienicznych, m.in. myciu oraz kąpieli całego ciała. Aż 75.0% badanych wymagało asekuracji podczas korzystania z toalety. Ponad trzy czwarte (77.0%) badanych wymagało pomocy podczas wchodzenia i schodzenia po schodach oraz w czynnościach ubierania się i rozbierania. Badania wykazały, iż 60.0% badanych osób starszych wykazuje cechy depresji, zaś 42.0% zaburzenia funkcji poznawczych. Niemal dwie trzecie (64.0%) badanych osób starszych było zagrożonych ryzykiem rozwoju odleżyn, zaś u 45.0% istniało ryzyko upadku. W podsumowaniu można stwierdzić, że zaawansowany wiek, zły stan zdrowia, złożony charakter niesprawności osób starszych, istotnie zwiększają zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarstwa. Ocena stanu funkcjonalnego osób w starszym wieku dokonywana za pomocą standaryzowanych kwestionariuszy, służy profesjonalizacji opieki pielęgniarstwa, ale nie uwzględnia oceny potrzeb w aspekcie biopsychospołecznym.

Poszukiwanie narzędzi do oceny złożonych potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych

pacjentów geriatrycznych, które mogłyby zastosować pielęgniarki w swojej codziennej aktywności zawodowej, było impulsem do zaprojektowania kolejnych badań w ramach projektu pracy statutowej nt.: „Potrzeby zdrowotne i poziom zależności opiekuńczej wśród pacjentów w zaawansowanej starości hospitalizowanych w Oddziale Geriatrii” (N/ST/ZB/17/002/3301 2017r.). W ramach realizacji projektu, nawiązałam współpracę z Panią dr hab. Martą Muszalik (Katedra Geriatrii, Collegium Medicum w Bydgoszczy), która udostępniła mi polską wersję kwestionariusza Care Dependency Scale (CDS) do oceny potrzeb w zakresie opieki [27]. Kwestionariusz CDS obejmuje ocenę 15 potrzeb biopsychospołecznych: odżywianie, kontrola czynności fizjologicznych, postawa ciała, zdolność poruszania się, utrzymanie rytmu dnia, zdolność ubierania się i rozbierania, utrzymanie temperatury ciała, utrzymanie higieny osobistej, zdolność do unikania zagrożeń i niebezpieczeństw, komunikowanie się, zdolność do utrzymywania kontaktów społecznych, przestrzeganie zasad i wartości, wykonywanie codziennych czynności, podejmowanie aktywności rekreacyjnej i zdolność uczenia się. Skala CDS była walidowana i rozwijana od 1996 r., początkowo w Holandii przez prof. Ate Dijkstra, a następnie w innych krajach, w tym w Polsce [28, 29, 30]. Ocena pacjenta za pomocą skali CDS umożliwia określenie, w jakim stopniu potrzeby pacjenta nie są zaspokojone i w jakich obszarach potrzebuje on pomocy/wsparcia. Może być wykonywana we wstępnym etapie opieki, umożliwia także planowanie dalszej opieki i dyskusji w ramach interdyscyplinarnego zespołu. Ocena może być wielokrotnie powtarzana, dzięki czemu można monitorować stan pacjenta kontrolując stan opieki i skuteczność podjętych interwencji. Wyniki oceny mogą służyć współpracy pomiędzy pacjentem i jego opiekunem, a praktykami opieki zdrowotnej i społecznej, jak również planowaniu dalszych interwencji i usług.

Wyniki tego badania przedstawia publikacja **Doroszkiewicz H., Sierakowska M., Muszalik M. Utility of the Care Dependency Scale in predicting care needs and health risks of elderly patients admitted to a geriatric unit: a cross-sectional study of 200 consecutive patients. Clinical Interventions in Aging 2018, 13:887-894.** Celem pracy była ocena użyteczności polskiej wersji kwestionariusza Care Dependency Scale (CDS) w szacowaniu potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych pacjentów geriatrycznych i wyłanianiu pacjentów w grupie ryzyka zdrowotnego. Badaniem objęto 200 pacjentów w wieku > 60 lat kolejno przyjmowanych do oddziału geriatrii. Poszczególne potrzeby oceniane były pięciopunktową skalą Likerta, gdzie 1 oznaczało całkowitą zależność od opieki innych, 2 - wysoką zależność, 3 - częściową zależność, 4 - ograniczoną zależność, a 5 - pacjent jest prawie niezależny od opieki innych osób. Interpretacja skali pozwala na przypisanie chorego

do jednego z trzech poziomów zależności, gdzie zakres 15-44 oznaczał wysoki poziom zależności opiekuńczej, 45-59 - średni i 60-75 - niski. Łączną ocenę dopełniały wyniki rutynowo prowadzonej COG w zakresie sprawności samoobsługowej, lokomocyjnej, stanu emocjonalnego, funkcji poznawczych, oceny wzroku, słuchu, ryzyka rozwoju odleżyn i upadków, subiektywnej samooceny stanu zdrowia i poczucia osamotnienia. Fizyczny stan funkcjonalny został oceniony z użyciem kwestionariusza Barthel, uwzględniający: spożywanie posiłków, przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie i kąpiel całego ciała, poruszanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie po schodach ubieranie i rozbieranie, kontrola zwieraczy (moczu i stolca). Oceny w zakresie zdolności osób starszych do wykonywania złożonych czynności życia codziennego (I-ADL) obejmujących prace domowe, korzystanie z telefonu, przygotowywanie posiłków, posługiwanie się własnymi pieniędzmi, zakupy, przyjmowanie leków dokonano za pomocą Duke Older Americans Resources and Services Assessment. Oceny ryzyka rozwoju odleżyn dokonano za pomocą skali Norton. Stan emocjonalny osób starszych oceniano z użyciem Geriatrycznej Skali Depresji wg Yesavage'a. Stan funkcji poznawczych oceniano z wykorzystaniem skróconego testu sprawności umysłowej Abbreviated Mental Test Score, wg Hodgkinsona (AMTS). Równowaga i chód zostały ocenione z użyciem testu Performance Oriented Mobility Assessment (POMA).

Badania wykazały, iż średni wynik sumy wskaźnika CDS dla wszystkich badanych pacjentów geriatrycznych wynosił - 55.3 ( $\pm 15.1$ ), natomiast w poszczególnych poziomach zależności opiekuńczej, odpowiednio: wysoki poziom zależności - 33.2 ( $\pm 8.2$ ), średni poziom - 52.2 ( $\pm 6.0$ ) i niski poziom - 67.5 ( $\pm 4.6$ ). Średni wiek hospitalizowanych pacjentów geriatrycznych wynosił 81.8 ( $\pm 6.6$ ) lat. W kategorii wysoce zależnych od opieki obserwowano rosnącą częstość pacjentów, którzy gorzej oceniali swoje zdrowie i uzyskali wyższy średni wynik GDS w stosunku do osób z kategorii o niskim stopniu zależności. Wyższy stopień uzależnienia od opieki był istotnie powiązany z gorszymi wynikami oceny stanu funkcjonalnego we wszystkich ocenianych obszarach. Szczegółowa analiza potrzeb w poszczególnych poziomach wykazała, iż najwyższy poziom zależności opiekuńczej stwierdzono w zakresie realizacji następujących potrzeb: aktywność rekreacyjna (1.14), wykonywanie codziennych czynności (1.59), zdolność uczenia się (1.78), mobilność (1.85), ubieranie się i rozebranie (1.93), unikanie niebezpieczeństw (1.95), przestrzeganie zasad i wartości (2.14), zdolność do utrzymywania kontaktów społecznych (2.36), odżywianie (2.36), utrzymanie temperatury ciała (2.59), postawa ciała (2.59) i utrzymanie rytmu dnia (2.68). Poziom zależności opiekuńczej mierzony z użyciem skali CDS był ujemnie skorelowany z



lokomocją ( $r = -0.714, p < 0.001$ ), stanem emocjonalnym ( $r = -0.332, p < 0.001$ ), wiekiem pacjentów ( $r = -0.251, p = 0.001$ ), oceną wzroku ( $r = -0.280, p < 0.001$ ) i słuchu ( $r = -0.215, p = 0.002$ ).

Na podstawie przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski: Nieprawność lokomocyjna, zaawansowany wiek, nieprawidłowy wynik oceny stanu emocjonalnego, problemy ze wzrokiem, słuchem były istotnie powiązane ze wzrostem poziomu zależności opiekuńczej. Pacjenci w zaawansowanym wieku, z negatywną samooceną zdrowia, z niesprawnością fizyczną, lokomocyjną, poznawczą, zagrożeni odleżynami, upadkiem, depresją, problemami ze wzrokiem i słuchem stanowili grupę ryzyka zdrowotnego i wymagali wzmożonej opieki pielęgniarstwa. Ocena każdego przyjętego do oddziału pacjenta geriatrycznego z zastosowaniem kwestionariusza CDS pozwala indywidualnie ocenić potrzeby związane z opieką. Skala CDS jest szybkim i trafnym narzędziem oceny i rekomenduje się wdrażać ją do praktyki klinicznej i procesu opieki niezależnie od miejsca ich świadczenia. Zastosowaniu kwestionariusza CDS powinno towarzyszyć użycie dodatkowych instrumentów oceny sprawności samoobsługowej, ryzyka odleżyn, upadków, depresji, funkcji poznawczych.

Trzecim celem mojego osiągnięcia była identyfikacja czynników prognozujących negatywny wpływ opieki świadczonej na rzecz starszego i niesprawnego podopiecznego. Już badanie EUROFAMCARE wykazało, że liczba niezaspokojonych potrzeb podopiecznego w opinii opiekuna rośnie wraz ze zmniejszającą się dostępnością do oferty usług pozamedycznych (dostarczanie posiłków, usługi transportowe, usługi pracownika socjalnego, higiena) [7]. Wyniki te stały się impulsem do podjęcia się kolejnych badań na temat innych czynników wpływających na obciążenie opiekuna rodzinnego niesprawnego seniora. W tym celu przeprowadziłam przekrojowe badania kwestionariuszowe wśród 100 par (*dyads*) opiekunów i 100 ich podopiecznych w trakcie hospitalizacji w oddziale geriatry (czerwiec 2014 - wrzesień 2015). Wyniki prezentuje praca **Bień-Barkowska K., Doroszkiewicz H., Bień B. Silent strain of caregiving: exploring the best predictors of distress in family carers of geriatric patients. Clinical Interventions in Aging 2017, 12:263-274.** Narzędziem badawczym była 7-punktowa podskala indeksu COPE [26], która mierzy 'negatywny wpływ opieki' (im więcej punktów tym większe obciążenie opiekuna). Zdecydowaną większość opiekunów stanowiły kobiety (66,0%), osoby zamężne/zonaci (65,0%) i mieszkający w miastach (85,0%). Średni wiek opiekuna wynosił - 57.2 lat, a podopiecznego - 81,7. Subiektywnie wyższego obciążenia opieką doświadczało 46.0% opiekunów rodzinnych. Za pomocą analizy regresji logistycznej zidentyfikowano pięć czynników niezależnie

powiązanych z wyższym obciążeniem opieką u opiekuna. Wysokie obciążenie opiekunów rodzinnych niesprawnych i schorowanych osób starszych jest powiązane z gorszą samoceną zdrowia opiekuna, poczuciem braku jakiegokolwiek wsparcia oraz wyrażaną nieumiejętnością radzenia sobie z opieką. Stan ten dopełniły jedynie dwa czynniki zobiektywizowane, a mianowicie wyższa liczba godzin opieki w tygodniu oraz niesprawność fizyczna podopiecznego mierzona testem 'Wstań i Idź'.

Moje doświadczenie poparte wynikami prac naukowych, podsumowałam w rozdziale podręcznika akademickiego dla pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa: **Doroszkiwicz H.: Rola POZ w opiece nad osobami starszymi. W: Pielęgowanie pacjentów w starszym wieku. Redakcja naukowa Marta Muszalik, Kornelia Kędziora-Kornatowska. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2018 s. 137-146.** Podkreślam w nim kluczową rolę pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w ocenie potrzeb osób starszych w miejscu zamieszkania za pomocą standaryzowanych kwestionariuszy w ramach całościowej oceny geriatrycznej (COG). Posługiwanie się standaryzowanymi kwestionariuszami w aktywności zawodowej pielęgniarek, umożliwia szybkie i trafne rozpoznanie problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych ich starszych podopiecznych, zaplanowanie adekwatnej pomocy/wsparcia, a w efekcie poprawę jakości życia osób starszych i ich opiekunów.

### **Praktyczne implikacje z badań opiekunów i ich starszych niesprawnych podopiecznych**

W geriatrici z racji bliskiego kontaktu ze starszym pacjentem, praktycy opieki zdrowotnej najczęściej mają kontakt z opiekunem rodzinnym takiej osoby. To właśnie opiekun otrzymuje informacje o problemach zdrowotnych seniora, wskazówki i zalecenia dotyczące dalszego leczenia, pielęgnacji i potencjalnych form wsparcia w środowisku zamieszkania. Mimo, iż podejście geriatryczne uwzględnia rolę opiekuna rodzinnego w decyzjach zespołu geriatrycznego, to zazwyczaj systematyczna ocena subiektywnego obciążenia opiekunów rodzinnych pacjentów geriatrycznych określanych w terminologii medycznej jako najstarsi, najbardziej chorzy, najbardziej skomplikowani i słabi, w czasie hospitalizacji jest zaniedbywana, głównie z powodu niedoboru czasu i/lub braku krótkiego i prostego narzędzia. Z drugiej strony wiadomo, że przewlekły stres związany z opieką wynikający z ciągłego fizycznego i psychicznego obciążenia może prowadzić do szeregu chorób i dysfunkcji u opiekunów rodzinnych. Badania dostarczyły nowego wglądu w proces prostej i realnej identyfikacji tych opiekunów, którzy czują się zestresowani, pełniąc opiekę, a co za tym idzie, gwarantuje staranne rozważenie ich sytuacji opiekuńczej. Przeprowadzone

badania pozwoliły na wyłonienie 5 niezależnych czynników subiektywnego obciążenia opiekunów rodzinnych: niska samoocena zdrowia, brak poczucia wsparcia, subiektywnie wyrażana nieumiejętność radzenia sobie z opieką, wyższa liczba godzin opieki w tygodniu oraz niesprawność fizyczna podopiecznego mierzona testem 'Wstań i Idź'.

Wykazałam, że sprawowanie opieki wpływa negatywnie na stan zdrowia opiekunów, a interwencje pielęgniarki mogłyby znacznie zredukować ryzyko wyczerpania opiekuna w procesie pełnienia opieki nad swoim seniorem. Warto nadmienić, że inicjatywy edukacyjne mające na celu promocję odpowiednio dopasowanych ćwiczeń fizycznych dla osób starszych mogą być korzystne, ale także dla ich opiekunów. Praktyczne implikacje kliniczne z badań mają na celu zwiększenie mobilności hospitalizowanych starszych pacjentów poprzez leczenie kinezyterapeutyczne w ramach kompleksowego podejścia geriatrycznego. Jest to trudne, ale satysfakcjonujące zadanie, które może złagodzić 'ciche' cierpienie u opiekunów rodzinnych.

Wyniki przeprowadzonych badań wśród pacjentów geriatrycznych, wykazały zróżnicowany stan zdrowia, poziom sprawności funkcjonalnej oraz złożone problemy pielęgnacyjno- opiekuńcze. Zastosowanie kwestionariusza Care Dependency Scale (CDS), wykazało użyteczność w ocenie potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych i określaniu poziomu zależności opiekuńczej starszych pacjentów. Kategoryzacja pacjentów z użyciem skali CDS, dostarcza pielęgniarkom/opiekunom szerszych informacji na temat zróżnicowanych potrzeb biopsychospołecznych, umożliwia wnikliwszą ich ocenę, trafne planowanie opieki oraz dostarczanie pomocy/wsparcia. Wykorzystanie w ocenie przez pielęgniarki kwestionariusza CDS, umożliwia szybkie identyfikowanie pacjentów w grupie ryzyka zdrowotnego oraz zagrożonych pogłębianiem zależności w opiece. Ponadto może pomóc pielęgniarkom w lepszym planowaniu i wdrażaniu opieki w stosunku do tych chorych, którzy są zagrożeni odleżynami, upadkami czy depresją.

Należy podkreślić, że ocena potrzeb pacjentów geriatrycznych z użyciem kwestionariusza CDS w pielęgniarskiej praktyce klinicznej, może wspierać opiekunów w świadczeniu opieki nad chorym w domu, wskazując sfery potrzeb, w zakresie których wymagają oni rzeczywistej pomocy/wsparcia, może usprawnić organizację opieki, a jednocześnie przeciwdziałać zaniedbaniom czy pogłębianiu zależności opiekuńczej. Może poprawiać jakość życia, racjonalizować koszty opieki, wspomagać alokację i wspierać niezależność pacjentów tak długo, jak jest to możliwe. Kwestionariusz CDS powinien być rekomendowany do oceny potrzeb osób starszych, określania poziomu koniecznej opieki, nie tylko w klinicznej praktyce geriatrycznej, gdzie zazwyczaj pobyt pacjenta ma charakter

krótkoterminowy, ale przede wszystkim w opiece długoterminowej - domowej i instytucjonalnej w połączeniu z oceną stanu funkcjonalnego.

Piśmiennictwo:

- <sup>1</sup>. Rubenstein LZ. An overview of comprehensive geriatric assessment. In: Rubenstein LZ., Wieland D., Bernabei R. (eds). *Geriatric Assessment Technology. The State of the Art.* Milan, Editrice Kurtis, 1995; 1-9.
- <sup>2</sup>. GUS. *Prognoza ludności 2014-2050. Studia i analizy statystyczne.* Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, 2014.
- <sup>3</sup>. Bień B.: *Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności Polski (W): O sytuacji ludzi starych.* (red). Hryniewicz J. Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa 2012.
- <sup>4</sup>. Pędich W, Wilmańska J, Bień B, et al. *Niesprawność fizyczna, poznawcza i emocjonalna w populacji osób starszych a świadczenie opieki (w): Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce: aspekt medyczny i społeczno-demograficzny.* Łódź 2000, 149-156.
- <sup>5</sup>. Bień B., Wojszel B.Z., Wilmańska J., Polityńska B.: *Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki.* *Gerontologia Polska* 1999, 7 (2):42-47.
- <sup>6</sup>. Doroszkiewicz H, Bień B. *Środowiskowa opieka pielęgniarska nad osobami w późnej starości.* *Gerontologia Polska* 2003;2 (1):22-26.
- <sup>7</sup>. Bień B., McKee K., J., Döhner H., Triantafyllou J., Lamura G., Doroszkiewicz H., Krevers B., Kofahl CH. *Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries.* *European Journal of Public Health* 2013, 23 (6): s1032-1038.
- <sup>8</sup>. Bień B., Wojszel Z.B., Doroszkiewicz H.: *Poziom niesprawności osób w starszym wieku jako wskazanie do wspierania opiekunów rodzinnych.* *Gerontologia Polska* 2008, (16): 25–34.
- <sup>9</sup>. Wizner B, Skalska A, Klich-Rączka A, et al. *Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku (w): Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce.* Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P (red). *Polsenior Termedia, Poznań* 2012:81-94.
- <sup>10</sup>. Bień B., Doroszkiewicz H., Wojszel B.: *Poziom niesprawności osób starszych a korzystanie z usług medycznych i pozamedycznych w badaniu EUROFAMCARE.* *Gerontologia Polska*, 2008: 16, 2, s. 101-110.
- <sup>11</sup>. Bień B., Wojszel Z.B., Wilmańska J., Sienkiewicz J.: *Starość pod ochroną. Opiekunowie niesprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego.* Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2001.
- <sup>12</sup>. Bień B. (ed.): *Family caregiving for the elderly in Poland.* Wydawnictwo Trans Humana, Białystok 2006.
- <sup>13</sup>. Pinquart M., Sörensen S.: *Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis.* *Psychol Aging* 2003, 18(2):250-67.
- <sup>14</sup>. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. *Caregiver burden. A clinical review.* *JAMA*, 2014, 311 (10) 1052-59.
- <sup>15</sup>. Ory MG., Hoffman R., Yee JL., Et al. *Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers.* *Gerontologist* 1999, 39(2):177-85.
- <sup>16</sup>. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. *Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden.* *Gerontologist.* 1980, 20 (6):649-655.

17. Arai Y, Zarit SH, Sugiura M, Washio M. Patterns of outcome of caregiving for the impaired elderly: a longitudinal study in rural Japan. *Aging Ment Health*. 2002; 6:39–46.
18. Morris R.G., Morris L.W., Britton P.G. Factors affecting the emotional wellbeing of the caregivers of dementia sufferers. *Br. J. Psychiatry* 1988, 153: 147–156.
19. Kim, S. W., Kim, J. M., Stewart, R., Bae, K. L., Yang, S. J., Shin, I. S., Shin, H. Y., & Yoon, J. S. Correlates of caregiver burden for Korean elders according to cognitive and functional status. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2006, 21 (9), 853-861.
20. Shilling V, Matthews L, Jenkins V, Fallow field L. Patient-reported outcome measures for cancer caregivers: a systematic review. *Qual Life Res* 2016, 25(8):1859-76.
21. Lin, P. C., & Lu, C. M. Hip fracture: family caregivers' burden and related factors for older people in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 2005, 14 (6), 719-726.
22. Sakakibara K, Kabayama M, Ito I. Experiences of „endless” caregiving of impaired elderly at home by family caregivers: a qualitative study. *BMC Res Notes* 2015, 8:827.
23. Williams SW, Williams CS, Zimmerman S, Munn J, Dobbs D, Sloane PD. Emotional and physical health of informal caregivers of residents at the end of life: The role of social support. *J Gerontol Social Sciences* 2008, 63B:S171-S183.
24. Błędowski P.: Zaspokajanie potrzeb opiekuńczych ludzi starych. Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje. Warszawa, 2012.
25. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2017.
26. McKee K.J, Philp I, Lamura G. et. al; of the COPE Partnership. The COPE index – a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. *Aging Ment Health*. 2003;7(1):39–52.
27. Dijkstra A, Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K, et al. Care Dependency Scale - psychometric testing of the Polish version. *Scand J Car Sci* 2010; 24: 62-66.
28. Dijkstra A, Buist G, Brown L, et al. An international psychometric testing of the Nursing-Care Dependency (NCD) scale. *J Adv Nurs* 2000; 4: 944-952.
29. Dijkstra A, Coleman M, Tomas C, et al. Cross-cultural psychometric testing of the Care Dependency Scale with data gathered in three countries. *J Adv Nurs* 2003; 43 (2): 181-187.
30. Dijkstra A, Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K, et al. Care Dependency Scale - psychometric testing of the Polish version. *Scand J Car Sci* 2010; 24: 62-66.

## **5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych (artystycznych)**

### **5. A. Dane bibliometryczne:**

Jestem autorem lub współautorem **88** prac naukowych:

- prace oryginalne pełnotekstowe w piśmiennictwie z Impact Factor - **6**
- prace oryginalne pełnotekstowe w piśmiennictwie bez Impact Factor– **21**
- prace oryginalne pełnotekstowe w suplementach czasopism bez Impact Factor - **7**
- prace pogładowe w czasopismach bez Impact Factor- **8**
- prace pogładowe w suplementach czasopism bez Impact Factor -**2**
- rozdziały w podręcznikach/monografiach krajowych- **42**
- skrypty - **2**
- doniesienia zjazdowe krajowe -**51**
- doniesienia zagraniczne-**2**

Łączna punktacja wynosi **12.813 IF** i **487.5 PK/MNiSW**

Liczba cytowań wg Web of Science:

Core Collection - 26    h-index -2

All Databases - 29    h- index-2

## **5. B. Realizowane tematy badawcze:**

1. Uwarunkowania świadczenia opieki nad osobami starszymi w środowisku zamieszkania z perspektywy świadczeniodawców - pielęgniarek i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).
2. Potrzeby opiekuńcze osób starszych a korzystanie z usług zdrowotnych i socjalnych.
3. Aspekty zdrowia i satysfakcji zawodowej pielęgniarek.

Tematem badań, będących również wiodącym przedmiotem moich zainteresowań, są uwarunkowania świadczenia opieki nad osobami starszymi w środowisku zamieszkania z perspektywy świadczeniodawców.

Pierwszą publikacją wprowadzającą w powyższą problematykę jest praca: **Doroszkiewicz H., Bień B.: Uwarunkowania satysfakcji zawodowej pielęgniarek środowiskowych z opieki nad ludźmi starszymi. Gerontologia Polska. 2004, 12 nr 1: 37-43.** Celem pracy była ocena stopnia zadowolenia pielęgniarek środowiskowych z pracy w środowisku ludzi starszych wraz z określeniem jego uwarunkowań. Badania przeprowadzono na terenie Białegostoku wśród wszystkich 113 pielęgniarek środowiskowych. Wyniki badań wykazały, iż dużą satysfakcją zawodową z opieki nad starszymi podopiecznymi podawało 19% ankietowanych, 45% małą, zaś aż 36% nie odczuwało satysfakcji w ogóle. Największe znaczenie w wyjaśnieniu niskiego poziomu satysfakcji odegrało niezadowolenie ze współpracy interdyscyplinarnej ( $R^2=0.447$ ), potrzeba reorganizacji pracy ( $R^2=0.208$ ), bariery administracyjno-organizacyjne ( $R^2=0.196$ ). Satysfakcja zawodowa pielęgniarek z pracy ze starszymi podopiecznymi w środowisku jest bardzo niska. Poprawy zadowolenia zawodowego, a tym samym optymalizacji opieki geriatrycznej należy oczekiwać po poprawie jakości współpracy, zwłaszcza z lekarzem rodzinnym, reorganizacji pracy w kierunku zwiększenia autonomii i kompetencji pielęgniarek, nabycia specjalistycznej wiedzy gerontologicznej.

Celem kolejnych badań, które zostały opublikowane w pracy: **Doroszkiewicz H., Bień B.: Community nursing care of the elderly during transformation of the primary health care system. Advances in Medical Sciences 2005: Vol. 50 (1), s. 102-106** było poznanie specyfiki świadczeń udzielanych przez pielęgniarki na rzecz osób starszych. Badania przeprowadzono na terenie Białegostoku wśród pielęgniarek środowiskowych. Dane uzyskane od pielęgniarek wykazały dominację świadczeń o charakterze leczniczym (95%) i diagnostycznym (78%). Pomimo reorganizacji w podstawowej opiece zdrowotnej nie zostały wprowadzone nowoczesne standardy środowiskowej opieki pielęgniarskiej. Zadania pielęgniarek zdominowane są czynnościami instrumentalnymi, które utrudniają realizację

pełnego spektrum kompetencji pielęgniarek środowiskowych w podstawowej opiece zdrowotnej.

Uzasadnieniem kolejnych badań przeprowadzonych wśród lekarzy rodzinnych, były zachodzące zmiany systemowe w ochronie zdrowia i opiece społecznej, które doprowadziły do rozdzielenia kompetencji sektora medycznego (lekarz rodziny i pielęgniarka środowiskowa) od socjalnego (pracownik socjalny), a dalsza transformacja form środowiskowej opieki pielęgniarskiej wpłynęła negatywnie na zespołową współpracę między lekarzem a pielęgniarką w POZ. Celem pracy: **Doroszkiewicz H., Bień B.: Quality of teamwork of family doctors and community nurses in primary care for the elderly in two organizational settings - opinions of the family doctors. Advances in Medical Sciences, 2007: Vol. 52 (1) 85-88.** było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: „Czy sposób zatrudnienia pielęgniarek środowiskowych w POZ ma wpływ na jakość współpracy interdyscyplinarnej w opiece nad osobami starszymi?”. W badaniu wzięło udział 104 lekarzy rodzinnych. Wnioski: Bezpośrednie relacje między lekarzem a pielęgniarką, wynikające ze wspólnego miejsca zatrudnienia w POZ, sprzyjają poprawie współpracy interdyscyplinarnej, jakości opieki i poszerzeniu zakresu świadczeń na rzecz starszych wiekiem osób. Poprawy jakości opieki geriatrycznej należy upatrywać w dalszym wzmacnianiu partnerskiej i interdyscyplinarnej współpracy praktyków POZ, aby całościowo rozpoznawać i kompleksowo zaspokajać zdrowotne i środowiskowe potrzeby osób starych.

Tematem kolejnych badań, powiązanych spójnie z opieką środowiskową są potrzeby opiekuńcze osób starszych i korzystanie z usług zdrowotnych i socjalnych.

Na szczególną uwagę zasługuje publikacja: **Bień B., McKee K.J, Döhner H., Triantafyllou J., Lamura G., Doroszkiewicz H., Krevers B., Kofahl CH.: Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries. European Journal of Public Health, 2013: 23, 6:1032-1038,** w której dokonano analizy zakresu usług opieki zdrowotnej i socjalnej wykorzystywanych przez osoby starsze i ich niezaspokojonych potrzeb w zakresie opieki w sześciu krajach europejskich (Polska, Grecja, Niemcy, Szwecja, Wielka Brytania, Włochy).

Jako drugi autor z Polski, miałam za zadanie analizę usług pozamedycznych wykorzystywanych przez osoby starsze i ich niezaspokojonych potrzeb w zakresie opieki w 6 krajach europejskich. Wyniki wskazują, że niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki wśród osób starszych są szczególnie wysokie w takich krajach jak: Polska, Grecja, Włochy, w których korzystanie z usług socjalnych jest niskie, a także w przypadku braku równowagi w korzystaniu z usług opieki zdrowotnej i społecznej. Ekspansja usług opieki społecznej w tych



krajach może być najskuteczniejszą strategią zmniejszania niezaspokojonych potrzeb osób starszych z niepełnosprawnością.

Celem kolejnych badań opublikowanych w pracy: **Bień B., Wojszel B., Doroszkiewicz H. Poziom niesprawności osób w starszym wieku jako wskazanie do wspierania opiekunów rodzinnych. Gerontologia Polska, 2008: 16, 1, s. 25-34** było przedstawienie sytuacji opiekuńczych w zależności od stopnia niepełnosprawności podopiecznego w starszym wieku. Dodatkowym celem pracy było odniesienie wyników polskich (PL) do analogicznych, uśrednionych rezultatów z 5 krajów europejskich (EU) (Grecja, Niemcy, Szwecja, Wielka Brytania, Włochy), będących realizatorami projektu EUROFAMCARE. Badaniem objęto 5923 opiekunów rodzinnych, po około 1000 osób w każdym z 6 krajów. Wyniki badań wykazały, że pogorszenie sprawności wiąże się z zaawansowaniem wieku oraz niesprawnością w zakresie podstawowych i złożonych czynności życia codziennego. W Polsce, w porównaniu z innymi krajami Europy, niesprawne osoby starsze częściej zamieszkują z opiekunem we wspólnym gospodarstwie domowym. Godzinowy wymiar opieki realizowanej przez opiekuna w ciągu tygodnia, był wyższy w Polsce we wszystkich kategoriach sprawności w porównaniu z innymi krajami uczestniczącymi w projekcie. Kategoria poważnie niesprawnych osób starszych, może być rekomendowana jako potencjalny beneficjent usług wspierających.

Moje zainteresowania naukowo-badawcze obejmują również aspekty zdrowia i satysfakcję zawodową pielęgniarek.

W 2015 r. aktywnie włączyłam się do pracy w programie, prowadzonym przez Oddział Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Białymstoku, we współpracy z Polskim Towarzystwem Medycyny Pracy i Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku. Na realizację zadania publicznego otrzymano dotację z budżetu województwa podlaskiego (ZD-II.PP.11.2015r.). Realizując program, podjęliśmy się nie tylko rozpoznania problemu dolegliwości bólowych ze strony układu kostno-stawowego w środowisku pielęgniarek, ale również zaproponowaliśmy działania profilaktyczne i naprawcze, realizując „Program profilaktyki zespołów bólowych kręgosłupa u personelu pielęgniarskiego”.

Po zakończeniu realizacji programu przygotowaliśmy publikację: **Sierakowska M., Doroszkiewicz H., Kondzior D., Klimaszewska K., Jemieljańczuk Z., Dolińska C.: Prevention of the musculoskeletal system's dysfunction based on the example of prevention program of spinal pain syndrome in nursing staff. Medycyna Pracy 2019, 70, 2, 22 pp. Nr. Doi. 10.13075/mp.5893.00801.** Celem pracy była analiza częstości rozpowszechnienia dolegliwości bólowych ze strony układu kostno-stawowego wśród

pielęgniarek, ocena wpływu wieku, stażu pracy, wskaźnika masy ciała BMI na występowanie dolegliwości bólowych, ocena zależności pomiędzy natężeniem i czasem trwania dolegliwości bólowych, a jakością życia pielęgniarek, ocena efektów podjętych działań kinezyterapeutycznych i edukacyjnych na poprawę samopoczucia pielęgniarek. W badaniu wzięło udział 125 pielęgniarek czynnych zawodowo. Wnioski: rozpowszechnienie dolegliwości bólowych u pielęgniarek związane jest z wiekiem, czasem trwania aktywności zawodowej oraz masą ciała. Wzrost natężenia i częstotliwości bólu u badanych pielęgniarek wpływa istotnie na obniżenie jakości życia we wszystkich domenach jakości życia. Efektem udziału pielęgniarek w zajęciach kinezyterapeutycznych było istotne obniżenie natężenia i częstości odczuwanych dolegliwości bólowych.

Zagadnienie satysfakcji zawodowej pielęgniarek w Polsce jest podejmowane przez wielu autorów, jednak dostępne badania skupiają się głównie na analizie poziomu zadowolenia w korelacji z miejscem świadczenia opieki, stażem pracy czy też wiekiem pielęgniarek. Pomimo wielu badań, jak dotąd istnieje deficyt wiedzy w zakresie satysfakcji powiązanej z poziomem wykształcenia. Celem pracy: **Brayer A., Foley M., Doroszkiewicz H., Jamiolkowski J., Marcinowicz M.: Job satisfaction among masters in nursing in Central and East Poland: a preliminary study. Family Medicine & Primary Care Review, 2017: 19, 1, s. 7-11** była identyfikacja czynników zadowolenia i niezadowolenia wśród magistrów pielęgniarstwa. Badania kwestionariuszowe przekrojowe przeprowadzono wśród 272 magistrów pielęgniarstwa. Narzędziem badawczym był standaryzowany kwestionariusz ankiety *Misener Nurse Practitioner Job Satisfaction Survey (MNPJSS)*. Wnioski: Relacje interpersonalne i poczucie pozycji zawodowej najbardziej przyczyniły się do zadowolenia wśród magistrów pielęgniarstwa. Natomiast ograniczone możliwości rozwoju zawodowego były głównymi źródłami niezadowolenia.

## **5. C. Kierowanie międzynarodowymi lub krajowymi projektami badawczymi lub udział w projektach**

### **Kierowanie i udział w projektach badawczych krajowych:**

1. Uwarunkowania satysfakcji zawodowej pielęgniarek środowiskowych z opieki nad ludźmi starszymi w Białymstoku (4-01750 P 2004r./Współwykonawca).
2. Zapotrzebowanie na środowiskowe świadczenia pielęgniarstwa wśród osób starszych niesprawnych ruchowo (4-01597 2004 r./Współwykonawca).
3. Rola pielęgniarki środowiskowej w podstawowej opiece geriatrycznej (3-01468 P 2005 r./ Kierownik projektu).
4. Rola pielęgniarki w środowiskowej opiece geriatrycznej w opinii lekarzy rodzinnych (3-01489 P 2006r./ Kierownik projektu).
5. Kierunki usprawnień środowiskowej opieki geriatrycznej w opinii lekarzy rodzinnych (3-01702 P 2007r./Kierownik projektu).
6. Sytuacja opiekunów rodzinnych niesprawnych osób starszych w zależności od typu dysfunkcji i potrzeb podopiecznego (4-01703 P 2007r./Współwykonawca).
7. Satysfakcja z opieki medycznej wśród osób starszych hospitalizowanych (Nr 3-01501 P 2009r./ Kierownik projektu).
8. Potrzeby opiekuńcze i poziom ich zaspokojenia wśród opiekunów rodzinnych pacjentów z otępieniem (133-016114 P 2013r./Kierownik projektu).
9. Zależne od płci zróżnicowanie chorobowości, sprawności i przeżywalności pacjentów geriatrycznych (2016r./Współwykonawca).
10. Potrzeby zdrowotne i poziom zależności opiekuńczej wśród pacjentów w zaawansowanej starości hospitalizowanych w Oddziale Geriatrii (N/ST/ZB/17/002/3301 2017r./Kierownik projektu).

### **Projekty naukowe pozauczelniane**

Współwykonawca z ramienia Podlaskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Białymstoku zadania publicznego pt.: „Działania edukacyjne mające na celu promocję zdrowia i rozpowszechnianie zdrowego stylu życia w różnych grupach wiekowych”. Pozyskano dotację z budżetu województwa podlaskiego na lata 2015-2016. Zadanie, określone w umowie nr ZD II.PP.11.2015, realizowano pod hasłem „Profilaktyka zespołów bólowych kręgosłupa u personelu pielęgniarstwa”.

## **Udział w projektach międzynarodowych**

1. Współwykonawca międzynarodowego projektu EUROFAMCARE pt. „Services for supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage” w okresie pogłębionej analizy danych wielośrodkowych, 2008.
2. Przygotowanie aplikacji programów finansowanych ze środków zewnętrznych:
  - Transnational Cultural Understanding of Person Centred Care for Elderly People” (Erasmus +KA2: Strategic partnership for higher education), 2015 r.
  - Safeguarding and Protection in the Care of Older People through European Cooperation” (Erasmus +KA2: Strategic partnership for higher education), 2016r.

## **5. D. Doświadczenia zawodowe zdobyte w kraju i za granicą**

### **Szkolenia zagraniczne:**

1. Wizyta studyjna w ramach programu Lifelong Learning Programme. The Older Care International Network (OCIN). Faculty of Nursing at University of Tromso, Campus Hammerfest, **Norway 2017r.**

#### **W ramach pobytu skonfrontowałam:**

- strukturę organizacyjną Uczelni, organizację procesu kształcenia, wyposażenie pracowni umiejętności i metodę symulacji w nauczaniu studentów pielęgniarstwa.
  - ofertę usług medycznych i pozamedycznych dedykowanych dla osób starszych (mobilna opieka domowa, instytucjonalna).
  - organizację i ideę działania wolontariatu w społeczności lokalnej (Centrum Wolontariatu Frivillighetsentralen, Hammerfest).
  - skonfrontowałam strukturę, organizację udzielania świadczeń opiekuńczych podopiecznym z demencją w domu i instytucji.
  - zapoznałam się z metodą badań jakościowych (*Life Story Project*) mających zastosowanie w planowaniu opieki nad osobami starszymi.
2. Wizyta studyjna zorganizowana przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Departament Polityki Senioralnej w ramach projektu strategia usług opieki długoterminowej nad osobami starszymi. **Berlin, 2015r.**

#### **Podczas pobytu skonfrontowałam:**

- organizację przestrzeni socjalnych w Niemczech, sieć wsparcia dla osób starszych, nowe koncepcje opieki stacjonarnej.
- kształcenie personelu opiekuńczego.

3. Wyjazd szkoleniowy, University of South Bohemia **Czeskie Budziejowice, Czech Republic, 2015r**
  - brałam udział w przygotowywaniu aplikacji projektu “*Safeguarding and Protection in the Care of Older People through European Cooperation*” (Erasmus +KA2: Strategic partnership for higher education) z udziałem przedstawicieli Uczelni Medycznych z 5 krajów (Finlandia, Norwegia, Wielka Brytania, Czechy, Polska). Nadrzędnym celem projektu była poprawa jakości kształcenia przy użyciu innowacyjnych metod nauczania, wymiana doświadczeń na poziomie europejskim w obszarze opieki nad ludźmi starszymi.
4. Wizyta studyjna w ramach programu Erasmus+. Training course on the Older Care International Network (OCIN). Lapland University of Applied Sciences. **Kemi, Finland, 2014r.**
  - brałam udział w przygotowaniu aplikacji projektu *Transnational Cultural Understanding of Person Centred Care for Elderly People*” (Erasmus +KA2: Strategic partnership for higher education) z udziałem przedstawicieli Uczelni Medycznych (Finlandia, Norwegia, Wielka Brytania, Polska).
  - uczestniczyłam w warsztatach szkoleniowych w obszarze opieki geriatrycznej.
  - skonfrontowałam wyposażenie pracowni symulacji, metody nauczania studentów na kierunku pielęgniarstwo.
5. Wizyta studyjna w **Health Care, Rovaniemi Campus, Finland, 2014r.**
  - skonfrontowałam organizację procesu dydaktycznego, wyposażenie pracowni nauczania praktycznego.
6. Wyjazd szkoleniowy, **Brno, Czech Republic, 2009r.**
  - brałam udział w warsztatach prowadzonych przez the European League Against Rheumatism EULAR 2009 AHP Teach – the – Teacher Course.
7. Wizyta studyjna w Instytucie Reumatologii. **Praga, Czech Republic, 2009r.**
  - brałam udział szkoleniu poświęconym wdrażaniu do praktyki pielęgniarstwa standardów opieki wg zaleceń EULAR w nowych krajach członkowskich UE.

#### **Szkolenia krajowe:**

1. Wizyta studyjna zorganizowana przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Departament Polityki Senioralnej w ramach projektu strategia usług opieki długoterminowej nad osobami starszymi. **Wrocław/Katowice/Dziegielów 6-8 września 2015r.**

**Podczas pobytu zapoznałam się:**

- z działalnością i udziałem Diakonii Polskiej w organizacji opieki socjalnej (Domy Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku, przewlekle somatycznie chorych, ekumeniczna stacja opieki, placówki opiekuńczo-wychowawcze).

**Udział w warsztatach naukowych:**

1. Stosowanie metod ilościowych i jakościowych w prowadzeniu badań naukowych. Instytut PWN. Warszawa, 2016r.
2. Badania fizykalne, Uniwersytet Medyczny. Gdańsk, 2014r.
3. Jak interpretować prawo autorskie na Uczelni. Białystok, 2014r.
4. Zasady publikowania prac w czasopismach naukowych. Ciechanów, 2010 r.

**Udział w warsztatach szkoleniowych:**

- Pomoc a nie przemoc! Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie wobec osób starszych schorowanych i niepełnosprawnych. Białystok, 2017r.
- Wprowadzenie do symulacji medycznej. Białystok, 2017r.
- Bezpieczne procedury obsługi linii naczyniowej. Białystok, 2017r.
- Trening Balinta. Polskie Stowarzyszenie Balintowskie. Białystok, 2017r.
- W trosce o zdrowie kobiety. Białystok, 2016r.
- Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej. Uniwersytet Medyczny, Białystok 2016r.
- Wprowadzenie do zdrowia populacji-przeciwdziałanie nierównościom w zdrowiu na poziomie regionalnym. Praca z adresatami. Białystok, 2016r.
- Przenoszenie i obsługa pacjentów, bezpieczeństwo pacjenta i pielęgniarki. Warszawa, 2016r.
- Człowiek starszy-medyczne i społeczne aspekty opieki. Ciechanów 2016r.
- Komunikowanie interpersonalne z osobą starszą. Ciechanów, 2016r.
- Leczenie i pielęgnacja odleżyn. Białystok, 2016r.
- Zarządzanie Dydaktyką. Uniwersytet Medyczny, Białystok, 2015r.
- Warsztaty szkoleniowe w zakresie rehabilitacji przyłóżkowej. Białystok, 2015r.
- Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej – ICNP. Białystok, 2014r.
- Kaniulacja naczyń obwodowych i centralnych. Białystok, 2014r.
- Symulacja Medyczna – wykorzystanie różnorodnych technik w pielęgniarstwie geriatrycznym, ratunkowym oraz położnictwie”. Warszawa, 2011r.

- W trosce o sprawną starość-problemy rehabilitacji osób starszych. Sokółka 2011r.
- Pielęgniarki jako liderzy opieki długoterminowej. Suwałki, 2010r.
- Opieka nad pacjentem przebywającym w domu –współpraca różnych sektorów. Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego. Białystok, 2010 r.
- Akademia skutecznej samokontroli w cukrzycy. Białystok, 2009 r.
- Interdyscyplinarna opieka nad chorym w chirurgii i angiologii. Bydgoszcz, 2008 r.
- Opieka pielęgniarska nad ludźmi przewlekle chorymi, niezdolnymi do samoopieki – założenia, cele, zasady organizacji opieki. Toruń, 2006r.
- Psychogeriatryczne warsztaty szkoleniowe. Otępienie-czynniki wpływające na podjęcie decyzji terapeutycznej. Kiedy citalopram jest lekiem pierwszego wyboru w leczeniu depresji. Białystok, 2006r.

### **5.E. Działalność dydaktyczna**

Jestem głównym koordynatorem i wykonawcą dydaktyki na kierunku Pielęgniarstwo:

- studia I<sup>0</sup> - przedmiot: Pielęgniarstwo geriatryczne (wykłady i zajęcia praktyczne w oddziale geriatry).
- studia II<sup>0</sup> - przedmiot: Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej (wykłady, seminaria, ćwiczenia).

Zdobytą wiedzę i nabyte umiejętności w ramach szkoleń zagranicznych i krajowych stale wdrażam w procesie nauczania studentów, jak również w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i lekarzy.

### **Udział w pracach Komisji Uczelnianych**

Jestem powołana do prac w następujących Komisjach Uczelnianych:

- V-ce przewodnicząca Komisji Programowej na kierunku pielęgniarstwo (w latach 2004-2016r.).
- Członek Komisji Dyplomowej na kierunku pielęgniarstwo.
- Członek Uczelnianej Komisji Nostryfikacyjnej.
- Członek Komisji ds. Zapewnienia i Doskonalenia Jakości Kształcenia na studiach doktoranckich.

### **Opieka naukowa nad studentami i doktorantami**

W toku swojej pracy dydaktycznej byłam promotorem prac magisterskich i licencjackich na kierunku pielęgniarstwo: 18 prac licencjackich i 17 prac magisterskich.

Pełnię funkcję promotora pomocniczego 2 prac doktorskich:

1. mgr Dorota Domańska nt.: *Ocena stanu zdrowia psychicznego pacjentów geriatrycznych SP ZOZ w Radzynie Podlaskim*. Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
2. mgr Rafał Milewski nt.: *Analiza przypadków nagłego zatrzymania krążenia w warunkach pozaszpitalnych oraz zaplanowanie optymalnego rozmieszczenia automatycznych defibrylatorów zewnętrznych na terenie miasta Białegostoku*. Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

### **Udział w podyplomowym kształceniu pielęgniarek**

- Przewodnicząca Państwowej Komisji Egzaminacyjnej powołana przez Ministra Zdrowia do przeprowadzania egzaminu państwowego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego CKPPIP, **Warszawa 2007-2016 r.**
- Kierownik i wykładowca I edycji w województwie podlaskim specjalizacji dla pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, **Białystok 2014-2016 r.**
- Kierownik naukowy i koordynator kursu „Opieka nad osobami starszymi” dla słuchaczy Uniwersytetu III wieku w zakresie opieki nad ludźmi starszymi. Wolontariacki Projekt AFIS (ZA) nr 2013-1-LT1-GRU14-09553 2). **Białystok, 2015r.**
- Kierownik i wykładowca kursu specjalistycznego dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki geriatrycznej w ramach projektu systemowego "Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej" współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. **Białystok, 2013 r.**

### **Udział w podyplomowym kształceniu lekarzy:**

- Wykładowca kursu specjalizacyjnego CMKP z geriatry "Problemy socjo-demograficzne, ocena geriatryczna oraz możliwości profilaktyczne w wieku podeszłym", **Białystok, 2004-2018 r.**



- Wykładowca kursu doskonalącego dla lekarzy z medycyny rodzinnej Białystok, **2005-2016 r.**
- Wykładowca kursu dla lekarzy specjalizujących się w zakresie medycyny rodzinnej. Opieka nad szczególnymi grupami pacjentów. Opieka nad osobami w wieku podeszłym. Białystok, **2018-2019 r.**
- Wykładowca na kursie dla lekarzy POZ w ramach projektu systemowego "Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej". **Białystok, 2015 r.**

### **Popularyzacja nauki**

- Wykładowca w ramach projektu Stowarzyszenie Dobrze być Razem i Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. "Opieka nad osobami ze schorzeniami układu oddechowego w województwie podlaskim - jaka jest?", Białystok, 2016 r.
- Wykładowca w Uniwersytecie III wieku w Białymstoku.
- Wykładowca na szkoleniu specjalizacyjnym pielęgniarek.

## **5.F. Nagrody za działalność naukową i dydaktyczną**

### **Nagrody naukowe Rektora Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku**

- Zespołowa nagroda naukowa III stopnia za osiągnięcia naukowe w roku akademickim 2013/2014
- Zespołowa nagroda naukowa III stopnia za osiągnięcia naukowe w roku akademickim 2017/2018

### **Nagrody dydaktyczne Rektora Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku**

- Indywidualna nagroda dydaktyczna III stopnia w roku akademickim 2004/2005
- Indywidualna nagroda dydaktyczna III stopnia w roku akademickim 2006/2007
- Indywidualna nagroda dydaktyczna III stopnia w roku akademickim 2007/2008
- Indywidualna nagroda dydaktyczna III stopnia w roku akademickim 2013/2014
- Indywidualna nagroda dydaktyczna III stopnia w roku akademickim 2014/2015
- Zespołowa nagroda dydaktyczna III stopnia w roku akademickim 2017/2018

### **Inne wyróżnienia:**

- **Gratulacje Ministra Zdrowia** z okazji złożenia egzaminu państwowego z najlepszym wynikiem i uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego. **Warszawa, 22.10.2013r.**
- **Wyróżnienie** za wystąpienie plakatowe: **Doroszkiwicz H.**, Bień-Barkowska K., Bień B.: Jakże czynniki prognozują subiektywne obciążenie opiekunów rodzinnych najstarszych seniorów? W:3. Międzynarodowy Kongres Medyczny "Kobieta i Mężczyzna 65+" Jak leczyć i pomagać?", Hotel Holiday INN **Warszawa Józefów, 21-22.10.2016r.**
- **Wyróżnienie** za zajęcie II miejsca w prezentacji pracy Sierakowska M., **Doroszkiwicz H.**, Jankowiak B., Van Damme-Ostapowicz K., Krajewska –Kułak E.: Identyfikacja potrzeb i oczekiwań edukacyjnych pacjentów z wybranymi chorobami reumatycznymi w oparciu o polską wersję kwestionariusza ENAT (Pol-ENAT). VII Podlaska Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa: "15 lat Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej **Białystok, 23-26.04.2015 r.**
- **Wyróżnienie** za prezentację doniesienia zjazdowego **Doroszkiwicz H.**, Bień B.: Jakość współpracy lekarza z pielęgniarką w POZ nad ludźmi starymi w zależności od formy zatrudnienia pielęgniarek – opinie lekarzy. V Podlaska Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa **Białowieża, 23-27.05.2007 r.**

### **Odznaczenia:**

Medal 60-lecia Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

### **5.G. Recenzowanie publikacji dla czasopism międzynarodowych i krajowych**

Recenzowałam pracę do następujących czasopism:

Problemy Pielęgniarstwa

Pielęgniarstwo XXI wieku

Pogranicze. Studia Społeczne.

### **5.H. Udział w komitetach organizacyjnych międzynarodowych i krajowych konferencji naukowych**

- Współorganizator Posiedzeń Naukowo-Szkoleniowych Oddziału Podlaskiego PTG, Białystok, Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (w latach 2009-2018r.).

- Członek Komitetu Organizacyjnego I Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej. Niepełnosprawność i starość w wymiarze poznawania, przeżywania i percepcji społecznej”, Supraśl 2015r.
- Współorganizator Konferencji Naukowo-Szkoleniowej z okazji Dnia Pielęgniarki. Pielęgniarki są siłą sprawczą zmian-poprzez zwiększenie elastyczności i odporności systemów opieki zdrowotnej. Koło PTP, Białystok 2016r.

#### **Członkostwo w międzynarodowych i krajowych organizacjach oraz towarzystwach naukowych**

- Członek międzynarodowej grupy OCIN (Older Care International Network).
- Członek Komisji Rewizyjnej Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego (w latach 2005-2009).
- Sekretarz Zarządu Oddziału Podlaskiego Towarzystwa Gerontologicznego (w dwóch kadencjach 2009-2018 r.).
- Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w kadencji 2017-2021 r.
- V-ce Przewodnicząca Podlaskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego 2017-2021 r.

#### **Wykonanie ekspertyzy lub inne opracowania na zamówienie**

- Recenzja programu kształcenia kursu specjalistycznego: Opieka nad pacjentem z Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc (POCHP) na zlecenie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, 2015r.

#### **Udział w zespołach eksperckich i konkursowych**

1. Powołana przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, do zespołu autorów w sprawie opracowania:
  - Programu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwa Geriatrycznego dla pielęgniarek, Warszawa 2015 r.
  - Programu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla pielęgniarek, Warszawa 2015 r.
2. Zaproszenie przez Fundację Hospicyjną w Gdańsku do udziału jako Ekspert XIII Kampanii „Opiekun rodzinny- samotny bohater” Warszawa, 2016 r.

*Dorota Kuciniak Kocińska*