

AUTOREFERAT

dr n. med. Wioletta Anna Mędrzycka-Dąbrowska

Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa
i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej
Gdański Uniwersytet Medyczny

Gdańsk 2016

2008 **Dyplom uzyskania stopnia doktora nauk medycznych**, specjalność biologia medyczna; Akademia Medyczna w Gdańsku – Wydział Lekarski; rozprawa doktorska pt.: *Wybrane zaburzenia procesów poznawczych u pacjentów w wieku podeszłym po zabiegu operacyjnym*; promotor: prof. dr hab. Andrzej Basiński (24.04.2008).

2009-2011 **Dyplom ukończenia studiów podyplomowych** w zakresie - *Przygotowania do wykonywania zawodu nauczyciela z przedmiotów zawodowych*; Uniwersytet w Białymstoku – Wydział Pedagogiki i Psychologii.

2012 **Dyplom ukończenia kursu doskonalącego** - Wprowadzenie do badań klinicznych, badania naukowe w medycynie. *Intrroduction to Clinical Research and ICH GCP Training for Investigators*. Gdański Uniwersytet Medyczny (nr 2012-766-161).

2012 **Dyplom ukończenia seminarium** – Nowa Podstawa Programowa – *Tworzenie, wdrażanie i ewaluacja szkolnego zestawu programu nauczania*; Akademia Kształcenia Zawodowego – Placówka Doskonalenia Nauczycieli w Gdańsku (nr 5/49/2012).

2015 **Dyplom ukończenia warsztatów OSCE (Objective Structured Clinical Examination)** - *Nowoczesne formy weryfikacji efektów kształcenia praktycznego w oparciu o zaawansowane systemy symulatorów medycznych*. ProLongaVita – Instytut Rozwoju Nauk o Zdrowiu i Usług Medycznych.

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych:

2003 i nadal	Gdański Uniwersytet Medyczny - Wydział Nauk o Zdrowiu; Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego – Asystent (2003-2008) – Adiunkt (od 2008 i nadal).
2010 i nadal	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie – Oddział Pielęgniarstwa - starszy wykładowca.

4. Osiągnięcie naukowe wynikające 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. nr 65, poz. 595 ze póź. zm.):

A. Tytuł osiągnięcia naukowego

Podstawą ubiegania się o tytuł doktora habilitowanego jest jednotematyczny cykl 7 powiązanych tematycznie publikacji stanowiących ciągłość i ewaluacje zainteresowań badawczych autorki, opatrzony tytułem:

***Postrzeganie barier w efektywnej analgezji kontrolowanej przez pielęgniarkę
u pacjentów w wieku podeszłym po zabiegu operacyjnym***

Cykl zawiera 4 prace oryginalne i 3 przeglądowe. Prace te, publikowane w latach 2012-2016, są rezultatem interdyscyplinarnej współpracy z ośrodkami naukowymi w Polsce.

Łączna wartość współczynnika oddziaływania IF prac składających się na osiągnięcie wynosi **6.86**. Łączna liczba punktów MNiSW prac składających się na osiągnięcie wynosi **124**.

B. Publikacje wchodzące w skład osiągnięcia naukowego:

- [1] **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Dąbrowski S, Basiński A. *Problems and barriers in ensuring effective acute and postoperative pain management from an international perspective*. *Advances in Clinical and Experimental Medicine* 2015; 24: 905-910. DOI: 10.17219/acem/26394.
Punktacja IF: **1.127**
Punktacja MNiSW: **15**
Mój udział procentowy w pracy szacuje na 95%.
- [2] **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Ogrodniczuk M, Dąbrowski S, Basiński A. *Udział pielęgniarki w procesie terapii bólu pooperacyjnego - część I*. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2012; 6: 332-338.
Punktacja MNiSW: **5**
Mój udział procentowy w pracy szacuje na 90%.
- [3] **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Ogrodniczuk M, Dąbrowski S. *Udział pielęgniarki w procesie terapii bólu pooperacyjnego - część II*. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2014; 8: 475-480.
Punktacja MNiSW: **4**
Mój udział procentowy w pracy szacuje na 95%.
- [4] **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Dąbrowski S, Basiński A, Pilch D. *Perception of barriers to postoperative pain management in elderly patients in polish hospitals with and without a „Hospital Without Pain” Certificate – a multi – center study*. *Archives of Medical Science* 2016; 12: 808–818. DOI: 10.5114/aoms.2015.54768.
Punktacja IF: **1.812**
Punktacja MNiSW: **25**
Mój udział procentowy w pracy szacuje na 80%.
- [5] **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Dąbrowski S, Basiński A. *Perception of barriers to postoperative pain management in elderly patients in Polish hospitals - a multicenter*

study. Journal of Nursing Management 2016; 24: 1049-1059.
DOI:10.1111/jonm.12405.

Punktacja IF: **1.721**

Punktacja MNiSW: **35**

Mój udział procentowy w pracy szacuje na 90%.

- [6] **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Dąbrowski S, Basiński A, Małecka-Dubiela A. *Identification and comparison of barriers to assessing and combating acute and postoperative pain in elderly patients in surgical wards Polish hospitals - multicenter study. Advances in Clinical and Experimental Medicine* 2016; 25: 135-144.

DOI: 10.17219/acem/34698.

Punktacja IF: **1.127**

Punktacja MNiSW: **15**

Mój udział procentowy w pracy szacuje na 85%.

- [7] **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Dąbrowski S, Basiński A, Aleksandra Gutysz-Wojnicka. *Polish nurses' perceived barriers in using evidence-based practice in pain management. International Nursing Review* 2016; 63: 316–327.

DOI: 10.1111/inr.12255.

Punktacja IF: **1.073**

Punktacja MNiSW:**25**

Mój udział procentowy w pracy szacuje na 80%.

C. Omówienie celu naukowego ww. prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

Wprowadzenie

Początki współczesnej, zorganizowanej terapii bólu - datowane na przełom lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku - wywodzą się ze Stanów Zjednoczonych, skąd niemal dekadę później rozprzestrzeniły się na Europę Zachodnią. Bramkowa teoria bólu, opublikowana w 1965 roku przez zespół badaczy – Ronalda Melzack'a i Patrica Wall'a, zrewolucjonizowała badania nad bólem oraz była impulsem dla jednych z najbardziej

owocnych prac badawczych w tej dziedzinie [1,2]. Od tamtego czasu minęło ponad pięć dekad. W międzyczasie w Stanach Zjednoczonych (*United States of America, USA*) nastąpiło upowszechnienie programów, które zdecydowanie definiują leczenie bólu, jako najwyższy priorytet w opiece nad pacjentem, szczególnie w takich obszarach jak medycyna paliatywna, interdyscyplinarne centra leczenia bólu, terapia bólu po zabiegach operacyjnych czy leczenie bólu porodowego. Terapia bólu przybrała formy zorganizowane. Już w 1978 roku powołano Amerykańskie Towarzystwo Bólu (*American Pain Society, APS*) oraz Narodową Organizację Hospicjów (*National Hospice Organization, NHO*). W 1986 roku powstała Międzynarodowa Fundacja Leczenia Bólu (*International Pain Foundation, IPF*), której celem jest wsparcie publicznej i zawodowej edukacji związanej z bólem i jego leczeniem [3]. Dodatkowo, nastąpił rozwój specjalistycznego czasopiśmiennictwa, które częściowo lub całkowicie skoncentrowało się na problematyce leczenia bólu. Problem ten zaczął zyskiwać na znaczeniu również w innych krajach, np. rząd Francji od roku 1994 zwraca uwagę na obowiązek lekarzy i pielęgniarek, a w szczególności anestezyjologów, do zapewnienia adekwatnego uśmierzania bólu pooperacyjnego. Podkreśla również prawo pacjenta do otrzymania informacji dotyczących bólu ostrego i jego skutecznego uśmierzania [4].

Amerykańskie Towarzystwo Bólu w roku 1995 roku uznało ból za piąty parametr życiowy [5]. W 2001 roku APS zainicjowało kampanię „Dekada kontroli bólu i badań nad bólem”, co zaowocowało licznymi publikacjami wytycznych i zaleceń, dotyczących leczenia bólu. Mimo tego, dziesięć lat później, Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu (*International Association for the Study of Pain, IASP*) ogłosiło rok 2011 jako „Światowy Rok Walki z Bólem Ostрым”, podkreślając nadal istniejący problem leczenia bólu ostrego oraz rozbieżność między badaniami naukowymi a praktyką [6].

U pacjentów w wieku podeszłym niewystarczająco kontrolowany ból pooperacyjny pozostaje nadal powszechnie występującym zjawiskiem [7,8]. Na świecie liczba osób powyżej 60 roku życia rośnie o 3% rocznie. Szacuje się, że do 2050 roku, co najmniej 25% populacji ludności w Europie i Ameryce Północnej będzie miało więcej niż 60 lat. Doprowadzi to do zwiększenia zapotrzebowania na usługi opieki zdrowotnej, takie jak opieka szpitalna czy interwencje chirurgiczne [9].

Cel

Głównym celem prowadzonych badań przedstawionych w cyklu powiązanych tematycznie prac, było zidentyfikowanie barier w efektywnej analgezji kontrolowanej przez

pielęgniarkę w terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów w wieku podeszłym w wybranych szpitalach w Polsce.

Syntetyczny opis wykonanych prac

Przedstawiony cykl publikacji jest kontynuacją moich dotychczasowych prac badawczych dotyczących opieki pooperacyjnej u pacjentów w wieku podeszłym. Prowadzone badania wpisują się w nurt działań, podjętych w celu zdobycia szerszej wiedzy, która może być następnie wykorzystana w praktyce klinicznej. W aspekcie poznawczym badania koncentrowały się na przeglądzie piśmiennictwa głównie obcojęzycznego, który ujawnił szereg czynników, ograniczających zdolność skutecznego leczenia bólu w okresie pooperacyjnym u pacjentów w wieku podeszłym na świecie.

Punktem wyjścia dla podjętych przeze mnie badań była pierwsza publikacja *„Problems and Barriers in Ensuring Effective Acute and Postoperative Pain Management from an International Perspective”*, która miała na celu zdefiniowanie występujących barier w zapewnieniu możliwości skutecznego leczenia bólu ostrego i pooperacyjnego w perspektywie międzynarodowej na podstawie najnowszych doniesień naukowych. W opracowaniu niezbędnym było ustalenie podziału przeszkód. Agencja do spraw Badań i Jakości w Opiece Zdrowotnej (*Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ*) w USA, dzieli przeszkody w zwalczaniu bólu na: związane z systemem opieki zdrowotnej, personelem medycznym oraz pacjentem [10,11].

W systemie opieki zdrowotnej istnieją fundamentalne bariery utrudniające skuteczną terapię bólu. Walka z bólem powinna stanowić integralną częśći procesu terapeutycznego. Statystyki wskazują, że pacjenci niejednokrotnie nie otrzymują leków przeciwbólowych w sytuacjach tego wymagających, a leczenie bywa opóźnione lub nieskuteczne. W piśmiennictwie podkreśla się, że ze względu na to, że ból ma charakter subiektywny, postawy i przekonania personelu medycznego mogą przyczynić się do jego niewystarczającego leczenia [12]. Badania naukowe udowadniają od końca lat 90 XX wieku, że większość pracowników służby zdrowia dysponuje wiedzą i umiejętnościami z zakresu leczenia bólu na poziomie niższym, niż przeciętny. Brak wiedzy i brak czasu na edukację własną stanowią najczęściej wymienianą przeszkodę w skutecznym zwalczaniu bólu przez pielęgniarki. W wyniku analizy podręczników pielęgniarstwa wydanych w Wielkiej Brytanii, stwierdzono, że

jedynie 0,5% całej ich treści poświęcone jest problemowi leczenia bólu. Pomimo dostępnych możliwości uśmierzania bólu po zabiegu operacyjnym, wciąż są one stosowane w zbyt małym zakresie. Zdecydowanie negatywny wpływ na leczenie ból ma niewystarczająca współpraca lekarzy z pielęgniarkami i nieodpowiednie ordynowanie analgetyków [13,14,15]. Publikacja „*Problems and Barriers in Ensuring Effective Acute and Postoperative Pain Management From an International Perspective*”, pomogła zaprojektować i dobrać narzędzia, które były niezbędne do wykorzystania w dalszej części badawczej.

Kolejne dwie publikacje „*Udział pielęgniarki w procesie terapii bólu pooperacyjnego - część I i część II*”, wypełniają lukę w braku publikacji w języku polskim dotyczących roli pielęgniarki w terapii bólu pooperacyjnego na podstawie założeń *Evidence-Based Medicine – EBM* oraz *Evidence-Based Nursing Practice - EBNP*, czyli medycyny opartej na dowodach naukowych oraz praktyce pielęgniarskiej opartej na faktach. W 1986 roku Narodowy Instytut Zdrowia (*National Institute of Health, NIH*) Wielkiej Brytanii dostrzegł szczególne znaczenie roli pielęgniarki w procesie leczenia bólu. Dlatego też, w opublikowanych wytycznych do pracy pielęgniarek, NIH określił zalecany zakres obowiązków dla pielęgniarki funkcjonującej w środowisku szpitalnym i posiadającej przygotowanie w dziedzinie terapii bólu. W opublikowanych wytycznych, podkreślono znaczenie roli pielęgniarek, stwierdzając, że pełnią one kluczową rolę w ocenie bólu i jego terapii, a ich obecność i umiejętności będą coraz bardziej zyskiwać na znaczeniu [16]. W wyżej wymienionych publikacjach skupiłam się na omówieniu standardów leczenia bólu pooperacyjnego w Polsce, przygotowaniu pielęgniarek do udziału w terapii bólu pooperacyjnego zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, sposobów edukacji pacjentów w zakresie terapii bólu, rozpoznawania i oceny stanów bólowych u pacjenta przez pielęgniarki, metod obrazowania stanów bólowych pacjenta, dokumentowania leczenia bólu przez pielęgniarkę, uśmierzania bólu ostrego i pooperacyjnego przez pielęgniarkę oraz monitorowaniu działań niepożądanych. W krajach rozwijających się, gdzie zasoby opieki zdrowotnej są niewystarczające, ważne jest korzystanie z praktyk opartych na dowodach (*Evidence-based Practice, EBPs*). Implementacja EBPs w postępowaniu z bólem pooperacyjnym może zdecydowanie poprawić jakość świadczenia usług medycznych i opieki.

Leczenie bólu pooperacyjnego w Polsce wymaga znaczącej poprawy, dlatego Polskie Towarzystwo Badania Bólu - PTBB, podjęło działania zmierzające do wprowadzenia standardów leczenia bólu pooperacyjnego. Wytyczne zwracają szczególną uwagę na kwestie bezpieczeństwa podawanych leków przeciwbólowych oraz na konieczność regularnego

monitorowania bólu pooperacyjnego i edukacji personelu medycznego w zakresie jego uśmierzania. Zainicjowano również program „Szpital bez bólu”, który polega na nadawaniu certyfikatu „Szpital bez bólu” placówkom, które spełnią określone kryteria i przez to przyczynią się do podniesienia jakości uśmierzania bólu pooperacyjnego w polskich szpitalach [17].

W pracy *„Perception of Barriers to Postoperative Pain Management in Elderly Patients in Polish Hospitals With and Without a “Hospital Without Pain” Certificate – a Multi-Center Study”*, podjęłam próbę zidentyfikowania barier w terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów w wieku podeszłym w szpitalach z nadanym certyfikatem „Szpital bez bólu” i nie posiadających tego certyfikatu. Projekt badawczy miał charakter wielośrodkowy i trwał ponad rok, a badania miały charakter kwestionariuszowy. Do badań został wykorzystany kwestionariusz konstrukcji własnej gromadzący dane demograficzne oraz wykorzystano polską wersję kwestionariusza autorstwa Coker et al. Nurses’ Perceived Obstacles to Pain Assessment and Management Practices [18]. Originalne wersje narzędzi były analizowane pod kątem trafności czynnikowej, spójności wewnętrznej i mocy dyskryminacyjnej. Wnioskowanie o zgodności wewnętrznej skal kwestionariusza dokonano, obliczając współczynnik zgodności Alfa Cronbacha. W projekcie wzięło udział 676 pielęgniarek ze szpitali z nadanym certyfikatem „Szpital bez bólu” oraz 926 respondentów ze szpitali bez certyfikatu. Wśród barier zakłócających terapię bólu u pacjentów w wieku podeszłym, zliczając ogólny średni wynik w poszczególnych grupach, na pierwszym miejscu znalazły się problemy związane z systemem opieki zdrowotnej – przeszkodą zakłócającą terapię bólu dostrzeganą przez pielęgniarki był brak możliwości konsultacji z farmaceutą klinicznym. Problem ten zdecydowanie częściej był wymieniany przez pielęgniarki ze szpitali z nadanym certyfikatem. Bariera ta jest bardzo istotna, ponieważ niezmiernie ważna jest współpraca farmaceuty z lekarzami czy pielęgniarkami odnośnie zaopatrywania oddziałów w niezbędne leki przeciwbólowe, zamawiania leków zgodnych z rekomendacjami oraz wsparcia i konsultacji na temat niezgodności lekowych, sposobów podania czy występowania działań niepożądanych - w przypadku wprowadzenia przez zespół terapeutyczny nowych leków przeciwbólowych. Na drugim miejscu wykazano przeszkody ze strony samych pacjentów. Pielęgniarki uważają, że pacjenci w wieku podeszłym mają trudności w wypełnianiu skali oceny bólu. W przeprowadzonych badaniach nie stwierdzono, aby posiadanie przez placówkę certyfikatu „Szpital bez bólu” zmniejszało postrzeganie barier przez pielęgniarki w terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów w wieku podeszłym. Mając na uwadze pięcioletni okres

trwania kampanii „Szpital bez bólu”, przeszkody związane z systemem opieki zdrowotnej stanowią główny powód do niepokoju. Pielęgniarki ze szpitali posiadających certyfikat „Szpital bez bólu” znacznie więcej czasu poświęcały na uśmierzaniu bólu metodami niefarmakologicznymi. W Polsce pielęgniarki ze względu na brak kompetencji, posiadanych kwalifikacji oraz brak porozumienia z zespołem lekarskim w zakresie uśmierzania bólu, podejmują częściej działania w kierunku uśmierzania bólu metodami niefarmakologicznymi (fizjoterapia, masaże, pozycjonowanie ciała, aktywność ruchowa, biofeedback). Przeprowadzone badania wskazują, że pielęgniarki prawidłowo definiują ideę programu „Szpital bez bólu”, natomiast z powodu braku współpracy z lekarzami usiłują, mimo znacznego obciążenia pracą, pomóc pacjentowi doświadczającemu ból, wykorzystując właśnie sposoby niefarmakologiczne.

Powyższa praca była prezentowana na 6th EfCCNa CONGRESS 2015 „*Expanding Horizons of Critical Care Nursing in Europe*” Valencia, Spain 29th – 31st January 2015.

Kolejna publikacja „*Perception of barriers to postoperative pain management in elderly patients in Polish hospitals - a multicenter study*”, miała na celu porównanie występowania barier w optymalnym leczeniu bólu pooperacyjnego u starszych pacjentów postrzeganych przez pielęgniarkę w szpitalu klinicznym, wojewódzkim i miejskim w Polsce. Do badań w dalszym ciągu wykorzystano polską wersję kwestionariusza autorstwa Coker et al. Nurses’ Perceived Obstacles to Pain Assessment and Management Practices [18]. W projekcie wzięło udział 308 pielęgniarek ze szpitala uniwersyteckiego, 909 pielęgniarek ze szpitala wojewódzkiego i 385 pielęgniarek ze szpitala miejskiego. W szpitalu uniwersyteckim istotnie statystycznie częściej występowały problemy organizacyjne niż w szpitalu wojewódzkim i miejskim. Głównym zaobserwowanym problemem w tym obszarze to trudności w kontakcie lub komunikacją z lekarzami celem omówienia terapii przeciwbólowej, jak i braku jednolitego sposobu każdorazowego mierzenia bólu u starszego pacjenta. Zaskakujący jest fakt, że wyżej opisane problemy częściej występują w szpitalach klinicznych, które przecież stanowią bazę naukowo-dydaktyczną dla uczelni medycznych oraz jednostkę badawczo-rozwojową, która powinna wyznaczać standardy dla pozostałych szpitali. Terapia bólu pooperacyjnego u pacjentów w wieku podeszłym pozostaje przedmiotem troski, pomimo ogromnych wysiłków na rzecz poprawy oceny bólu i zarządzania nim. Brak wdrażania i egzekwowania przez szpital opracowanych zaleceń przez towarzystwa naukowe powoduje, że terapia bólu w polskich szpitalach stanowi obszar w dalszym ciągu zaniedbany. Prawdopodobieństwo przyjęcia wytycznych praktyki klinicznej

przez klinicystów można by zwiększyć poprzez ustalenie w pierwszej kolejności, czy wdrażanie tych wytycznych jest traktowane priorytetowo, czy personel jest zmotywowany, czy istnieją braki w wiedzy, umiejętnościach albo w postawach personelu.

Kontynuacja omawianego problemu znalazła odzwierciedlenie w kolejnej publikacji *„Identification and Comparison of Barriers to Assessing and Combating Acute and Postoperative Pain in Elderly Patients in Surgical Wards Polish Hospitals - multicenter study”*, która dotyczyła poznania i porównanie istniejących barier w efektywnej analgezji kontrolowanej przez pielęgniarkę w oddziałach zabiegowych szpitali w Polsce. W badaniu wzięło udział 1300 pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych. Najczęściej wskazywanymi przeszkodami przez respondentów były: dezorganizacja systemu opieki, brak zaufania lekarzy do oceny bólu przez personel pielęgniarski, trudność w kontaktowaniu lub komunikowaniu się z lekarzami w celu omówienia wyników oceny bólu u pacjentów oraz trudności starszych pacjentów w wypełnianiu skali oceny bólu. Bariery najczęściej zakłócające terapię bólu u pacjentów w wieku podeszłym związane były z systemem opieki zdrowotnej, częściej występowały w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii i w oddziale ratunkowym, a najrzadziej na oddziale chirurgicznym. Natomiast problemy od strony pacjenta częściej odnotowywano na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii niż na oddziale ratunkowym. Problemy ze strony lekarzy najczęściej występowały na oddziale ginekologicznym, natomiast przeszkody od strony pielęgniarek częściej na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Z analizy badań własnych można zauważyć niepokojący fakt, że problemy zakłócające terapię bólu u pacjentów w wieku podeszłym najczęściej występowały w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, a przecież to na tym właśnie oddziale leczenie bólu jest domeną anestezjologów, a monitorowanie działaniem pielęgniarek anestezjologicznych w okresie śród i poznieczuleniovym. Dzięki nastawionej na współpracę relacji między tymi dwoma grupami zawodowymi, przeszkody napotymane przez pielęgniarki mogłyby być wyeliminowane przez dobrze współdziałający zespół. W tym celu powinno się organizować spotkania tych grup zawodowych, na których omawiane byłyby problemy leczenia bólu oraz analizowane planowane metody postępowania. Niewystarczające leczenie bólu nie jest problemem niemożliwym do rozwiązania.

Kolejna praca *„Polish Nurses’ Perceived Barriers in Using Evidence-Based Practice in Pain Management”*, miała na celu przedstawić znajomość EBP związanej z terapią bólu kooperacyjnego u pacjentów w wieku podeszłym przez pielęgniarki. Postępy w badaniach nad bólem i metodach jego uśmierzania od końca lat 1980 doprowadziły do wzrostu roli

pielęgniarki w dziedzinie leczenia i monitorowania bólu. Zastosowanie EBPów związanych z ostrym bólem wzrasta na całym świecie [19-22]. Do badań został wykorzystany kwestionariusz konstrukcji własnej zbierający dane demograficzne oraz wykorzystano polską wersję kwestionariusza autorstwa Suwanraj Acute Pain Evidence-Based Practice Questionnaire for Gerontological Nursing (APEBPQ) [23]. Ze względów praktycznych kwestionariusz ankiety został podzielony na cztery części i dwie sekcje. Część pierwsza – odnosiła się do EBP i składała się z dwóch sekcji. Sekcja pierwsza oceniała znajomość, potrzeby, umiejętności wdrażania oraz kontekst EBP, pytania od 1-21; sekcja druga – oceniała źródła wiedzy z zakresu bólu i jego leczenia, pytania 22-39; część druga – dotyczyła oceny aktualnej praktyki w zakresie oceny i zwalczania bólu u pacjentów w wieku podeszłym, pytania 40-92; trzecia część – oceniała przeszkody dla praktyki opartej na faktach, pytania 93-107; czwarta część – oceniała, w jakim stopniu osoby z którymi współpracują pielęgniarki są pomocne we wdrażaniu praktyki opartej na faktach, pytania 108-111. Zaskakujący i pozytywny jest fakt, że polskie pielęgniarki mają wysoką świadomość znaczenia EBP i stosowania aktualnej praktyki w zakresie oceny i zwalczania bólu u pacjentów w wieku podeszłym, która rośnie wraz z ich wykształceniem. Większość badań innych autorów prowadzonych w kierunku znajomości EBPów przez pielęgniarki pokazuje sprzeczne wyniki.

Z analizy dotyczącej źródeł wiedzy wykorzystywanych w praktyce przez pielęgniarki, ważny problem stanowi brak korzystania z fachowego piśmiennictwa naukowego w języku polskim. W badaniach innych autorów wykazano, że w polskim piśmiennictwie naukowym liczba artykułów poświęconych tematyce EBM oraz EBP jest wciąż niewystarczająca. W dostępnym piśmiennictwie krajowym dominują publikacje dotyczące zastosowania wyników wiarygodnych badań naukowych w praktyce klinicznej lekarzy różnych specjalności. Zauważalna jest natomiast niewystarczająca liczba publikacji o tematyce terapii bólu [24]. Pielęgniarki mają trudności z doбором narzędzia oceniającego dolegliwości bólowe u pacjentów w wieku podeszłym głównie z zaburzeniami procesów poznawczych. Na skutek zaburzeń sensorycznych i percepcyjnych pacjenci w wieku podeszłym mogą mieć problem z wypełnianiem numerycznych skal oceny bólu od 0-10, u tych pacjentów zaleca się korzystanie z wizualno - analogowej skali do oceny bólu (*Visual Analog Scale, VAS*) [25]. Inne badania wykazały, że u pacjentów z zaburzeniami procesów poznawczych, u których wcześniej przeprowadzono Krótką Skalę Oceny Stanu Psychicznego (*test - Mini Mental State Examination, MMSE*) [26], który wykazał obniżenie funkcji poznawczych, u mniej niż 15% z

nich można było zdiagnozować dolegliwości bólowe za pomocą skali VAS. W Polsce w standardzie opieki nad pacjentem w oddziałach zabiegowych nie wykorzystuje się skali MMSE, jest ona wyłącznie wykorzystywana w oddziałach psychiatrycznych, neurologicznych i domach opieki. W odróżnieniu od specjalistycznych testów neuropsychologicznych, test ten może być wykonany zarówno przez lekarzy jak i pielęgniarki. Dlatego właściwe wydaje się, aby u pacjentów w wieku podeszłym, którzy mogą mieć upośledzone procesy poznawcze, najpierw przeprowadzić test MMSE, którego wynik poniżej 24/30 wskazuje na zaburzenia poznawcze. Wykluczenie obecności zaburzeń otępiennych, pozwoliłoby pielęgniarkom dokonać oceny bólu za pomocą odpowiednich skal werbalnych lub niewerbalnych. Jedną z największych przeszkód w realizacji EBP dla polskich pielęgniarek jest to, że większość badań naukowych, artykułów jest publikowanych w języku angielskim. W Polsce nauczanie języka angielskiego w średnich szkołach medycznych rozpoczęto w latach 90, dwudziestego wieku. Dopiero zmiany w systemie kształcenia pielęgniarek na poziomie uniwersyteckim doprowadziły, że nauczanie języka angielskiego obecnie jest na poziomie B2 in The Common European Framework of Reference for Languages. Zdecydowanej poprawy znajomości języka angielskiego przez pielęgniarki oczekuje się w następnej dekadzie. Z badań wynika, że najmniejsze wsparcie pielęgniarki otrzymują ze strony ordynatora oddziału. Brak współpracy pomiędzy pielęgniarkami a lekarzami dezorganizuje terapię bólu, która w naszym kraju w dalszym ciągu nie jest uznawana za priorytet.

Praca również została zaprezentowana na 6th EfCCNa CONGRESS 2015 „*Expanding Horizons of Critical Care Nursing in Europe*” Valencia, Spain 29th – 31st January 2015.

Leczenie bólu w Polsce nadal nie spełnia oczekiwanych standardów. Brakuje rzetelnej wiedzy oraz szerszego zainteresowania tym tematem. Z tego powodu Polska znalazła się w grupie 12 europejskich państw o zidentyfikowanych barierach w tym względzie, wskazanych w projekcie Access to Opioid Medication in Europe (ATOME) wspieranym przez Komisję Europejską. Kraje te zostały wezwane do podjęcia pilnych działań na rzecz poprawy w obszarze terapii bólu. Realizacja projektu ATOME była zaplanowana na lata 2009 - 2014.

Możliwość praktycznego wykorzystania wyników, zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

- Prace nr 2 i 3 przyczyniły się do opracowania zaleceń dotyczących „*Monitorowania i terapii bólu pooperacyjnego przez pielęgniarki*”. Zalecenia zostały opracowane przy

współpracy z grupą roboczą Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych, których jestem głównym autorem.

- Prace **nr 2 i 3** przyczyniły się do opracowania *Procedury Leczenia Bólu Ostrego i Pooperacyjnego* dla Centrum Medycyny Inwazyjnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku.
- Wyniki prac **nr 4, 5 i 6** mogą wpłynąć na poprawę jakości leczenia bólu, poprzez wspieranie i opracowanie praktycznych wskazówek lub algorytmów postępowania ułatwiających skuteczną realizację nowych praktyk leczenia bólu dla pielęgniarek. Słuszne wydaje się, aby dyrektorzy medyczni szpitali bardziej angażowali się w zwalczanie barier, egzekwowanie przestrzegania procedur poprzez zwiększenie nacisku na przeprowadzanie audytów szpitalnych, jak również powinni dbać o lepszą współpracę pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami. Polskie Centrum Akredytacji, przeprowadzając kontrole w większym stopniu powinno kłaść nacisk na przestrzeganie zaleceń zgodnych z PTBB. Należałoby również oczekiwać, aby PTBB zaostrzyło wymagania dotyczące szkolenia personelu medycznego w placówkach medycznych.
- Prace **nr 5 i 7** mogą wpłynąć na poprawę jakości leczenia bólu, poprzez opracowanie strategii ułatwiających skuteczną realizację nowych praktyk leczenia bólu dla pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa tak, aby zastosowano w praktyce EBP w terapii bólu ostrego u osób w wieku podeszłym.
- Praca **nr 7** zwraca uwagę na znajomość Evidence Based Practice, która jest konieczna dla bezpiecznej, nowoczesnej i efektywnej praktyki zawodowej pielęgniarek, wpływa na podniesienie poziomu ich profesjonalizmu i zwiększa ich pozycję zawodową w zespole terapeutycznym. Dlatego istnieje potrzeba wprowadzania innowacyjnych strategii nauczania na poziomie zarówno akademickim jak i na kursach specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych i specjalistycznych dla pielęgniarek.

Piśmiennictwo

- [1] Melzack R, Wall PD. *Pain mechanisms: a new theory*. Science 1965; 150: 975.
- [2] Moayedi M, Davis KD. *A history of pain theories*. J Neurophysiol 2013; 109: 5-12.
- [3] McCaffery M, Beebe A. *Pain: Clinical Manual for Nursing Practice*. Mosby 1989.
- [4] Nagi H. *Acute pain services in the United Kingdom*. Acute Pain 2004; 5: 89–107.
- [5] Campbell J. *Pain: the fifth vital sign: Advocacy and Policy*. American Pain Society 1995.
- [6] Benzon HT, Rathmell JP, Wu CL, Turk DC, Argoff CE, Hurley RW. *Practical Management of Pain*. Fifth Ed. Mosby 2014.
- [7] Aubrun F, Marmion F. *The elderly patient and postoperative pain treatment*. Best Pract Res Clin Anaesthesiol 2007; 21: 109-27.
- [8] Cavalieri TA. *Management of pain in older adults*. J Am Osteopath Assoc 2002; 102: 481-5.
- [9] Savvas SM, Gibson SJ. *Overview of pain management in older adults*. Clin Geriatr Med. 2016; 32: 635-650.
- [10] Elcigil A, Maltepe H, Esrefgil G, Mutafoğlu K: *Nurses' perceived barriers to assessment and management of pain in a university hospital*. J Pediatr Hematol Oncol 2011; 33: 33–38.
- [11] Motov SM, Khan AN: *Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better?* J Pain Res 2009; 2: 5–11.
- [12] Taylor AL, Gostin LO, Pagonis KA: *Ensuring Effective Pain Treatment. A National and Global Perspective*. JAMA 2008; 299: 89–91.
- [13] Egan M, Cornally N: *Identifying barriers to pain management in long-term care*. Nurs Older People 2013; 25: 25–31.
- [14] Coulling S: *Nurses' and doctors' knowledge of pain after surgery*. Nurs Stand 2005; 19: 41–49.
- [15] Rejeh N, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A, Anoosheh M. *Nurses' experiences and perceptions of influencing barriers to postoperative pain management*. Scand J Caring Sci 2009; 23(2):274-81.
- [16] McDonnell A, Nicholl J, Read SM. *Acute Pain Teams in England: current provision and their role in postoperative pain management*. J Clin Nurs 2003; 12: 387-93.

- [17] Misiólek H, Mayzner-Zawadzka E, Dobrogowski J, Wordliczek J. 2011 *Recommendations on management of acute and postoperative pain*. *Ból* 2011; 12: 9-33.
- [18] Coker E, Papaioannou A, Kaasalainen S, Dolovich L, Turpie I, Taniguchi A. *Nurses perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units*. *Appl Nurs Res* 2010; 23: 139-46.
- [19] Hauck S, Rebecca P, Kursic J. *Leadership Facilitation strategies to establish evidence-based practice in an acute care hospital*. *J Clin Nurs* 2012; 69: 664–674.
- [20] Herr K, Titler MG, Schilling ML, Marsh JL, Xie X, Ardery G, Clarke WR, Everett LQ. *Evidence-based assessment of acute pain in older adults: current nursing practices and perceived barriers*. *Clin J Pain* 2004; 20: 331–340.
- [21] Chan S, Hadjistavropoulos T, Williams J, Lints-Martindale A. *Evidence-based Development and Initial Validation of the Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate-II (PACSLAC-II)*. *Clin J Pain* 2014; 30: 816-824.
- [22] Eizenberg MM. *Implementation of evidence-based nursing practice: nurses' personal and professional factors?* *J Adv Nurs* 2011; 67: 33-42.
- [23] *Current practice, perceived barriers, and perceived facilitators of Thai nurses on using evidence-based practice on pain assessment and pain management in older adults*. Available at: <http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1932&context=etd> (accessed 10 December 2015).
- [24] Gotlib, J, Belowska J, Panczyk M, Dykowska G, Wójcik G. *Evidence-based medicine and evidence-based nursing practice—polish review of scientific literature*. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22: 223–227.
- [25] Morrison RS, Siu AL. *A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture*. *J Pain Syptom Manag* 2000; 19: 240–248.
- [26] Herr K, Bursch H, Ersek M, Miller LL, Swafford K. *Use of pain behavioral assessment tools in the nursing home: expert consensus recommendations for practice*. *J Gerontol Nurs* 2010; 36:18–31.

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych

A. Analiza bibliometryczna (na dzień 17.11.2016)

Dorobek naukowy (szczegółowo w załączniku nr 4 i 5).

Łączna liczba publikacji pełnotekstowych (z wyłączeniem prac z cyklu habilitacyjnego): 133 (w tym pierwszy autor w 53 pracach), suma punktów **IF = 14.135**, suma punktów **MNiSW = 624**, w tym:

- Przed doktoratem 51 publikacje (w tym pierwszy autor w 19 pracach) z punktacją **MNiSW = 179.250**; (w tym 21 publikacji w czasopismach z punktacją **MNiSW = 73**, 30 publikacji to rozdziały w książkach z punktacją **MNiSW = 102**, streszczenia zjazdowe z punktacją **MNiSW = 1.250**)
- Po doktoracie 75 publikacji (w tym pierwszy autor w 34 pracach) z punktacją **MNiSW = 471**, punktów **IF=14.135** (w tym 44 publikacji w czasopismach z punktacją **MNiSW = 298**, 31 publikacji to rozdziały w książkach z punktacją **MNiSW = 154**)

Sumaryczna liczba publikacji pełnotekstowych (łącznie z pracami z cyklu N habilitacyjnego): 134 (w tym pierwszy autor w 53 pracach), suma punktów **IF = 20.989**, suma punktów **MNiSW = 774.250**.

Łączna liczba streszczeń zjazdowych 29 (8 przed uzyskaniem stopnia doktora, 21 po uzyskaniu stopnia doktora): 5 na konferencjach zagranicznych i 24 na konferencjach krajowych.

Liczba cytowań publikacji (wg stanu z dnia 17. 11. 2016)

- Liczba cytowań publikacji według bazy *Web of Science*: 9;
- Liczba cytowań publikacji według bazy *Scopus*: 16;
- Liczba cytowań publikacji według bazy *Google Scholar*: 30;
- Liczba cytowań publikacji według bazy *Researchgate*: 16;

Indeks Hirscha (wg stanu z dnia 17. 11. 2016)

- Indeks Hirscha według bazy *Web of Science* wynosi 2;

- Indeks Hirscha według bazy *Scopus* wynosi 2;
- Indeks Hirscha według bazy *Google Scholar* wynosi 2;
- Indeks Hirscha według bazy *Researchgate* wynosi 2;

B. Autorstwo lub współautorstwo dla danego obszaru: opracowań zbiorowych, katalogów, dokumentacji prac badawczych, ekspertyz, utworów i dzieł artystycznych

Przed uzyskaniem stopnia doktora nauk medycznych

Swoją działalność naukową rozpoczęłam podczas badań związanych z pracą magisterską „*Opieka nad pacjentem w podeszłym wieku w okresie śródoperacyjnym i bezpośrednio po operacji*”, realizowaną na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Akademii Medycznej w Poznaniu - promotor: dr hab. Danuta Dyk. Celem pracy było próba zdefiniowania problemów pielęgnacyjnych wynikających ze znieczulenia i zabiegu operacyjnego u pacjentów w wieku podeszłym w okresie śródoperacyjnym i bezpośrednio po operacji. Jednym z głównych wniosków wysuniętych z pracy było stwierdzenie, że do najczęstszych niepożądanych dolegliwości występujących po znieczuleniu i zabiegu operacyjnym są: ból, uczucie zimna, nudności i wymioty, trudności w oddawaniu moczu. Obrona pracy magisterskiej odbyła się w czerwcu 2002 roku, a uzyskane wyniki zostały opublikowane w roku 2005 w następujących publikacjach:

- [1] **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Małecka-Dubiela A, Basiński A. Opieka nad pacjentem w podeszłym wieku w okresie okołoperacyjnym. W: Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego / pod red. E. Krajewskiej-Kułąk, M. Sierakowskiej, J. Lewko i C. Łukaszuk. T. 1. Akademia Medyczna, Białystok 2005, s. 258-264.

MNiSW = 6

- [2] **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Małecka-Dubiela A, Basiński A. Implikacje pielęgnacyjne i terapeutyczne w przypadku niezamierzonej hipotermii w okresie okołoperacyjnym u pacjentów w wieku podeszłym. W: Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego / pod red. E. Krajewskiej-Kułąk, M. Sierakowskiej, J.

Lewko i C. Łukaszuk. T. 1. Akademia Medyczna, Białystok 2005, s. 265-270.

MNiSW = 6

W październiku 2003 roku odbył się w San Francisco coroczny zjazd Amerykańskiego Towarzystwa Anestezjologicznego. Jednym z tematów były pooperacyjne zaburzenia funkcji poznawczych, jako wyzwanie dla anestezji geriatrycznej. Problem ten zainspirował mnie do przeprowadzenia badań i stał się tematem pracy doktorskiej, ponieważ w naszym kraju w tym okresie były to zagadnienia nowatorskie. Przy współpracy anestezjologów i neuropsychologa, stworzono projekt badawczy. W 2008 roku obroniłam rozprawę doktorską pt.: **„Ocena zaburzeń wybranych procesów poznawczych u pacjentów w wieku podeszłym po zabiegu operacyjnym”**.

Rezultatem prac prowadzonych w ramach doktoratu jest następująca publikacja (ukazała się po obronie pracy doktorskiej):

- [1] **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Dąbrowski S, Małecka-Dubiela A, Basiński A, Gaworska-Krzemińska A. *Assessment of post-operative disorders of selected cognitive processes in elderly patients*. Pol. J. Environ. Stud. 2008; 17: 57-63.

IF 0.963; MNiSW 10.

oraz wystąpienie na konferencji:

- [2] **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Basiński A, Dąbrowski S, Małecka-Dubiela A. *Trudności w określaniu utraty funkcji poznawczych u osób w wieku podeszłym poddanych zabiegowi operacyjnemu*. XVI Międzynarodowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Kraków, 24-27.09.2008.

Po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych

Po obronie doktoratu w kręgu moich zainteresowań znalazły się również problemy dotyczące pielęgnacji jamy ustnej u pacjentów wentylowanych mechanicznie w oddziale intensywnej terapii. W obszarze tego zagadnienia dokonał się ogromny postęp, jednakże nie jest on wystarczająco wdrażany w praktyce klinicznej. Wynika to najprawdopodobniej z braku fachowego piśmiennictwa w języku polskim. Rezultatem tej pracy są następujące publikacje:

- [1] **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Dąbrowski S, Chamienia A, Basińska K, Basiński A, Włodarkiewicz A. *Oral care and ventilator associated pneumonia*. Pol. J. Environ. Stud. 2009; 18: 281-285.
IF 0.947; MNiSW 13.
- [2] **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Dąbrowski S, Małecka-Dubiela A, Basińska K, Basiński A, Włodarkiewicz A. *Maintaining oral hygiene in the ICU patients: review of the literature*. Pol. J. Environ. Stud. 2009; 18: 286-290.
IF 0.947; MNiSW 13.
- [3] **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Małecka-Dubiela A, Sobjanek M, Gaworska-Krzemińska A, Lemska M. *Inflammation of the oral mucosa in patients undergoing chemotherapy and radiotherapy: nursing and therapeutic implications*. Pol. J. Environ. Stud. 2010; 19: 170-173.
IF 0.543; MNiSW 13.
- [4] **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Dąbrowski S, Basiński A. *Aktualne zalecenia w pielęgnacji jamy ustnej u pacjentów zaintubowanych i wentylowanych mechanicznie – przegląd piśmiennictwa*. Anestezjologia i Ratownictwo 2012; 6: 221-230.
MNiSW 5.

Od 2003 roku, kiedy zostałam zatrudniona w Zakładzie Pielęgniarstwa Ogólnego – Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym Akademii Medycznej w Gdańsku, mój rozwój naukowy w dalszym ciągu skupiał się na problemach pielęgnacyjnych występujących w okresie pooperacyjnym.

Jako pielęgniarka anestezjologiczna bardzo często spotykałam się z problemem występowania bólu gardła po zabiegu operacyjnym w znieczuleniu ogólnym. Ponieważ w literaturze nie znalazłam zbyt wiele pozycji poświęconych temu problemowi, postanowiłam przy współpracy z anestezjologami bardziej wnikliwie przyjrzeć się temu zagadnieniu. Powstał projekt badania, którego wynikiem jest poniższa publikacja:

- [1] **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Gąsiorowska J, Małecka-Dubiela A, Raniszewska E, Dąbrowski S, Gaworska-Krzemińska A. *Role of a nurse in endotracheal tube cuff pressure monitoring*. Pol. J. Environ. Stud. 2008; 17: 53-56.

IF 0.963; MNiSW 10.

Od 2004 roku byłam jednocześnie zatrudniona w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii GUMed, Oddział Dermatologii. Brałam udział w projekcie badawczym w ramach pracy ST-66 GUM, moją rolą było głównie pobieranie materiału biologicznego (krew). Rezultatem tej pracy są następujące publikacje:

- [1] Sobjanek M, Zabłotna M, Michajłowski I, Urban M, Nedoszytko M, **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Włodarkiewicz M, Roszkiewicz J. *Polimorfizm genu śródłonkowo-naczyniowego czynnika wzrostu a podatność na raka podstawonokomórkowego skóry: badanie pilotażowe*. Postęp Derm Alergol. 2009; 26: 71-73.

IF 0.051; MNiSW 9.

- [2] Sobjanek M, Michajłowski I, Żelazny I, **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Włodarkiewicz A. *What is the most effective treatment of cheilitis granulomatosa in Melkersson-Rosenthal syndrome?* J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2010; 24: 364-365.

IF 3.30; MNiSW 27.

- [3] Sobjanek M, Zabłotna M, Dobosz-Kawałko M, Michajłowski I, **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Nowicki R, Sokołowska-Wojdyło M. *Polymorphisms in the cytochrome P-450 (CYP) 1A1 and 17 genes are not associated with acne vulgaris in the Polish population*. Postęp Derm Alergol 2015; 32: 323-326.

IF 0.845; MNiSW 10.

W 2011 roku zostałam powołana do grupy roboczej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki (PTPAiIO), gdzie współpracowałam przy opracowaniu zaleceń, dotyczących pielęgnowania pacjenta leczonego w Oddziale Intensywnej Terapii (OIT). Rezultatem tej pracy są następujące publikacje:

- [1] Pilch D, **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Snopek B. *Wytyczne pielęgnacji dróg oddechowych pacjentów dorosłych wentylowanych mechanicznie w oddziale intensywnej terapii*. Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece 2015; 1: 33-40. **MNiSW 0.**

- [2] Pilch D, **Mędrzycka-Dąbrowska W.** *Wytyczne pielęgnacji jamy ustnej u pacjentów w oddziale intensywnej terapii.* *Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece* 2015; 1: 41-48. **MNiSW 0.**

Od roku 2011 zostałam koordynatorem zespołu ds. leczenia bólu w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym (UCK) w Gdańsku, w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Wraz z zespołem ds. leczenia bólu, dwukrotnie przygotowywałam szpital do certyfikacji „Szpital bez bólu”, który został przyznany UCK w 2013 i 2016 roku. Pracę jako koordynator rozpoczynałam od przeprowadzenia szkoleń dla pielęgniarek, dotyczących roli pielęgniarki w monitorowaniu i terapii bólu pooperacyjnego. W tym celu został również przygotowany szczegółowy program kursu specjalistycznego „Terapia bólu ostrego u dorosłych” - *program przeznaczony dla pielęgniarek i położnych*. Przy współpracy z pielęgniarkami oddziałowymi dokonałam opracowania nowej karty monitorowania natężenia bólu oraz opracowałam procedurę leczenia bólu. Mimo problemów organizacyjnych i edukacyjnych opracowałam szereg publikacji dotyczących terapii bólu przez pielęgniarki (poza cyklem prac wchodzących w skład osiągnięcia naukowego).

- [1] **Mędrzycka-Dąbrowska W,** Ogrodniczuk M, Dąbrowski S, Basiński A. *Organizacja i funkcjonowanie leczenia bólu pooperacyjnego w Wielkiej Brytanii.* *Anestezjol. Rat.* 2012; 6: 475-483. **MNiSW 5.**
- [2] **Mędrzycka-Dąbrowska W.** *Przeszkody związane z pacjentem w terapii bólu pooperacyjnego w praktyce pielęgniarstwa.* *Anestezjol. Rat.* 2014; 8: 200-203. **MNiSW4.**
- [3] **Mędrzycka-Dąbrowska W.** *Metody przedoperacyjnej edukacji pacjenta w zakresie leczenia bólu pooperacyjnego: przegląd piśmiennictwa.* *Anestezjol. Rat.* 2014; 8: 356-360. **MNiSW 4.**
- [4] **Mędrzycka-Dąbrowska W.** *Zasady opieki nad pacjentem podczas stosowania analgezji nadzorowanej przez pacjenta i pielęgniarkę.* *Anestezjol. Rat.* 2015; 9: 223-229. **MNiSW 4.**

- [5] Milewski M, **Mędrzycka-Dąbrowska W.** *Oligoanalgezyja a postępowanie przeciwbólowe wdrożone w oddziałach ratunkowych przez pielęgniarkę systemu w oddziale ratunkowym.* Med. Rodz. 2015; 3: 116-123. **MNiSW 5.**

Od roku 2011 w Zakładzie Pielęgniarstwa Ogólnego w ramach pracy statutowej był prowadzony projekt badawczy o zasięgu międzynarodowym „Poziom stresu w miejscu pracy, sposoby radzenia sobie z nim i poziom satysfakcji zawodowej pielęgniarek w Polsce i w Wielkiej Brytanii”, badania były prowadzone przy współpracy z King’s College Hospital NHS Foundation Trust, United Kingdom. W projekcie tym byłam głównym wykonawcą. Projekt od 2014 roku został poszerzony o współpracę z University of Applied Sciences in Vilnius, Lithuania.

Pierwsze prace zostały zaprezentowane na międzynarodowych konferencjach:

- Kwiecień-Jaguś K, **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Chamienia A. *Stress in workplace among nursing personal as one of the main factors of burnout syndrome.* International Scientific Conference: Nursing Science and Practice 2013, Vilnius, Lithuania, April 19th – 20th 2013
- Kwiecień-Jaguś, KIELAITE V, **Mędrzycka-Dąbrowska W**, MAŁECKA-DUBIELA A. *Workplace stress levels: coping strategies among nurses in Poland and Lithuania.* RCN International Nursing Research Conference 2014, Glasgow, UK, 2nd - 4th April 2014.

Obecnie trwają przygotowania opracowania wyników i przygotowania prac do publikacji.

C. Kierowanie międzynarodowymi lub krajowymi projektami badawczymi lub udział w takich badaniach

2004-2008

Grant Naukowy w ramach badań własnych AM Nr BW – 96/2004. *Ocena zaburzeń wybranych procesów poznawczych u pacjentów w wieku podeszłym po zabiegu operacyjnym.* Pełniłam funkcję **kierownika projektu.**

- 2010** Brałam czynny udział w przygotowywaniu projektu: *Program podniesienia kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych województwa pomorskiego*. Projekt konkursowy PO KL Nr wniosku WND-POKL.0801.01-22-333/10.
- 2012-2014** Grant Naukowy w ramach Podstawowej Działalności Statutowej GUM Nr ST -546. *Poziom stresu w miejscu pracy, sposoby radzenia sobie z nim i poziom satysfakcji zawodowej pielęgniarek w Polsce i w Wielkiej Brytanii*. Pełniłam funkcję **członka zespołu badawczego**, czynnie uczestniczyłam w opracowaniu projektu, w gromadzeniu danych oraz opracowywaniu publikacji.
- 2014-2016** Grant Naukowy w ramach Podstawowej Działalności Statutowej GUM Nr ST-02-0549. Pełniłam funkcję **członka zespołu badawczego**, czynnie uczestniczę w gromadzeniu danych.
- Projekt międzynarodowy:** *Design and validation of a new rating scale to estimate the risk of pressure ulcer in patients attended in critical care units – COMHON Index.*
- 2016-2018** Projekt podpisany w sierpniu 2016 roku pomiędzy towarzystwami naukowymi: *The European Federation of Critical Care Nursing Associations (EfCCNa)*, *World Federation of Critical Care Nurses (WFCCN)* oraz *Polish Association of Anesthesia and Intensive Care Nurses (PAAICN)*.
- W projekcie pełnię funkcję **członka zespołu merytoryczno-naukowego** z ramienia Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych.

Projekt międzynarodowy Erasmus+ Project: Multicultural Care in European Intensive Care Units. Numer projektu: 2016-1-PL01-KA202-026615 (wartość projektu 260 tys. Euro).

2016 - 2018

Partnerzy: Polish Association of Anesthesia and Intensive Care Nurses – Poland; University in Ostrava, Czech Republic; Visoka Zdravstvena Šola v Celju, College of Nursing in Celje, Slovenia; Danmar Computers (Poland); ASSIST GmbH, Paderborn, Niemiec; The European Federation of Critical Care Nursing Associations (EfCCNa) – Amsterdam, Holandia.

W projekcie pełnię funkcję koordynatora projektu na Polskę Północną.

D. Międzynarodowe lub krajowe nagrody za działalność odpowiednio naukową

2006

W drodze konkursu otrzymałam roczne stypendium doktorskie przyznane przez Senacką Komisję Nauki Akademii Medycznej w Gdańsku.

E. Konferencje i szkolenia zagraniczne

2013

International Scientific Conference: Nursing Science and Practice 2013, Vilnius, Lithuania, April 19th - 20th 2013– **udział czynny**

2013

Global IV Summit and the Infusion Nurses Society (INS) Annual Meeting, Medical School - University of Minnesota. Minnesota US, May 2013 – **wyjazd studyjny**

2014

International Nursing Research Conference 2014, Glasgow, UK, 2nd-4th April 2014 – **udział czynny**

2015

6th EfCCNa (The European Federation of Critical Care Nursing

- Associations) Congress 2015 Valencia, Spain 29th - 31st January 2015 – *udział czynny*
- 2015** Meeting Critical Care Doctoral European Nursing group (Critical Care DEN) – The inaugural meeting of this group took place in January 2015 at the 6th EfCCNa Congress in Valencia, Spain
- 2016** Staff Training in Barcelona. *Intensive Spanish Course in Barcelona.* Grudzień 2016. *Wyjazd studyjny z programu Erasmus+.*
- 2017** 7th EfCCNa Congress 2017 Belfast, Northern Ireland 15th-18th February - *udział czynny*
- 2017** Meeting Critical Care Doctoral European Nursing group (Critical Care DEN) - Queen's University Belfast. February 2017 - *wyjazd studyjny*

6. Działalność dydaktyczna

Od momentu zatrudnienia na Uczelni w Zakładzie Pielęgniarstwa Ogólnego GUMed, głównym obszarem moich zainteresowań naukowych było pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywne opiece. Pierwszy rok pracy na Uczelni poświęciłam głównie pracy dydaktycznej, która wymagała samodzielnego przygotowania wykładów i materiałów edukacyjnych dla studentów z przedmiotu pielęgniarstwo anestezyjologiczne. Dodatkową trudnością było i jest w dalszym ciągu brak odpowiedniej literatury poświęconej tak obszernym zagadnieniom, jakim jest anestezyjologia i intensywne opiece w języku polskim. W 2007 ukazał się pierwszy podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa o zasięgu ogólnopolskim, w którym jestem autorem jednego z rozdziałów.

- [1] **Mędrzycka-Dabrowska W.** *Opieka nad pacjentem znieczulonym do zabiegów urologicznych i do przeszczepienia nerek.* W: *Anestezyjologia i intensywne opiece: klinika i pielęgniarstwo: podręcznik dla studiów medycznych / red. nauk. L. Wołowicka i D. Dyk.* Wydaw. Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.

Jestem współautorem zaleceń dotyczących pielęgnacji pacjentów w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, które zostały opublikowane w czasopiśmie z zakresu pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki.

- [2] Pilch D, **Mędrzycka-Dąbrowska W**, Snopek B. *Wytyczne pielęgnacji dróg oddechowych pacjentów dorosłych wentylowanych mechanicznie w oddziale intensywnej terapii*. Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece 2015; 1: 33-40.
- [3] Pilch D, **Mędrzycka-Dąbrowska W**. *Wytyczne pielęgnacji jamy ustnej u pacjentów w oddziale intensywnej terapii*. Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece 2015; 1: 41-48.

Przedstawione publikacje:

- Są oparte na aktualnej wiedzy i badaniach naukowych,
- Są to jedyne zalecenia dostępne w piśmiennictwie polskim,
- Obecnie są wykorzystywane do realizacji efektów kształcenia z przedmiotu:

Anestezjologia i pielęgniarstwo w zagrożeniu życia – dla studentów III roku, studiów I stopnia, kierunek pielęgniarstwo i położnictwo:

D.U21. Pielęguje pacjenta z przetoką, rurką intubacyjną i tracheotomijną.

Intensywna Terapia i Pielęgniarstwo w Intensywnej Opiece Medycznej – dla studentów II roku, studiów II stopnia, kierunek pielęgniarstwo

B.U3. Rozpoznaje problemy pielęgnacyjne oraz stosuje interwencje w opiece nad chorym w intensywnej opiece.

Zalecenia były podstawą do opracowania procedur dotyczących pielęgnacji jamy ustnej i toalety drzewa oskrzelowego u pacjenta dorosłego w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii w całej Polsce.

Zajęcia dydaktyczne tj. wykłady, zajęcia praktyczne prowadzę:

- Dla III roku studiów I⁰, kierunek pielęgniarstwo, przedmiot: Anestezjologia i pielęgniarstwo w zagrożeniu życia,

- Dla III roku studiów I⁰, kierunek położnictwo, przedmiot: Anestezjologia i pielęgniarstwo w zagrożeniu życia,
- Dla II roku studiów II⁰, kierunek pielęgniarstwo, przedmiot: Intensywna terapia,
- Dla II roku studiów II⁰, kierunek położnictwo, przedmiot: Intensywny nadzór położniczy.

Jestem autorem i kierownikiem fakultetu: Wybrane zagadnienia z terapii bólu ostrego i respiratoterapii domowej, dla studentów I i II roku studiów II⁰, kierunek pielęgniarstwo.

W latach 2012 – 2015 byłam kierownikiem dydaktycznym i prowadziłam wykłady i ćwiczenia z przedmiotu: Pielęgowanie w różnych stanach klinicznych - dla studentów I roku studiów I⁰, kierunek dietetyka.

Od 2010 roku prowadzę również wykłady z zakresu pielęgniarstwa anestezjologicznego w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Koszalinie.

Przez cztery lata pełniłam funkcję opiekuna roku studentów I roku, II⁰, kierunek pielęgniarstwo stacjonarne i niestacjonarne.

W ramach współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku i Centrum Szkoleń KORA, pełnię funkcję kierownika merytorycznego i prowadzę wykłady w ramach szkolenia podyplomowego dla pielęgniarek na następujących kursach:

- Kierownik kursu specjalizacyjnego w dziedzinie: Pielęgniarsstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki, w latach 2013-2015, 2015-2017.
- Kierownik kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie: Pielęgniarsstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki, w latach 2013, 2014, 2015.
- Kierownik kursu specjalistycznego w dziedzinie: Terapia bólu ostrego dla dorosłych, w latach 2011, 2012, 2013, 2014, 2015.
- Kierownik II i III edycji specjalizacji w dziedzinie: Pielęgniarsstwa Ratunkowego, w latach 2010-2012, 2012-2014,
- Kierownik kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie: Pielęgniarsstwa Ratunkowego, w latach 2010, 2011.

Prowadzę również wykłady i ćwiczenia z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej dla pielęgniarek.

Jestem opiekunem koła naukowego – Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarsstwa Anestezjologicznego, działającego przy Zakładzie Pielęgniarsstwa Ogólnego GUMed i PWSZ w Koszalinie. Studenci pod moim kierunkiem przygotowują i prowadzą projekty badawcze, a następnie biorą czynny udział w konferencjach naukowych:

- Milewski M, Stępień K, **Mędrzycka-Dąbrowska W.** *Ścieżka kariery zawodowej w pielęgniarstwie anestezjologicznym i ratunkowym.* W: Problemy współczesnego pielęgniarstwa. Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa, Warszawa, 1 marca 2013 r.
- Wujkowska R, Sech N, Karolczuk S, (opiekun pracy **Mędrzycka-Dąbrowska W.**). *Poziom prestiżu zawodowego pielęgniarek w opinii studentów kierunków niemedyycznych - doniesienia wstępne.* Ogólnopolska Konferencja Naukowa Studentów Uczelni Medycznych, Szczecin 10-13 kwietnia 2013 r.
- Ustianowska S, Lichota G, Marchewka P (opiekun pracy **Mędrzycka-Dąbrowska W.**) *Czynniki wpływające na decyzje o wyborze kierunku przez studentów pielęgniarstwa - doniesienia wstępne.* Ogólnopolska Konferencja Naukowa Studentów Uczelni Medycznych, Szczecin 10-13 kwietnia 2013 r.
- Kwiecień-Jaguś K, Wujtewicz M, Milewski M, Stępień K, **Mędrzycka-Dąbrowska W.**, Chamienia A. *Poziom zmęczenia, a pokonywana odległość w czasie trwania dyżuru dziennego lub nocnego w grupie personelu pielęgniarstwa oddziałów intensywnej terapii.* W: XIII Ogólnopolska i III im. dr n. med. Janiny Fetlińskiej Konferencja Naukowo-Szkoleniowa "Pielęgniarstwo: zawód z tradycjami i przyszłością", Ciechanów, 20 kwietnia 2013 r.
- Gramczewska K, **Mędrzycka-Dąbrowska W.**, Dąbrowski S. *Pielęgnacja oka u pacjenta w Oddziale Intensywnej Terapii.* VIII Zjazd PTPAiIO Karpacz, 25-28 wrzesień, 2013 r.
- Król M, **Mędrzycka-Dąbrowska W.** *Oczekiwania studentów kierunku pielęgniarstwo od nauczycieli zawodu względem procesu kształcenia z zakresu anestezjologii i pielęgniarstwa w zagrożeniu życia.* II Studencka Konferencja Naukowa - Anestezjologia i Intensywna Terapija- wiele dróg, jeden cel - pacjent. Warszawa, 13 kwiecień 2016 r.

Od 2005 roku byłam promotorem 116 prac licencjackich. Od 2008 roku byłam promotorem 35 prac magisterskich.

Obrony	Pielęgniarstwo I stopnia	Pielęgniarstwo II stopnia
2004/2005	Promotor 5 prac	--
2005/2006	Promotor 7 prac	--
2006/2007	Promotor 10 prac	--

2007/2008	Promotor 9 prac	--
2008/2009	Promotor 10 prac	Promotor 5 prac
2009/2010	Promotor 11 prac	Promotor 5 prac
2010/2011	Promotor 19 prac	Promotor 3 prac
2011/2012	Promotor 10 prac	Promotor 8 prac
2012/2013	Promotor 18 prac	Promotor 4 prac
2013/2014	Promotor 6 prac	Promotor 4 prac
2014/2015	Promotor 2 prac	Promotor 4 prac
2015/2016	Promotor 9 prac	Promotor 2 prac
Razem	116	35

Problematyka badawcza prac licencjackich dotyczyła głównie:

- Historii pielęgniarstwa anestezyjologicznego,
- Zadań pielęgniarki anestezyjologicznej w opiece nad pacjentem znieczulonym,
- Udziału pielęgniarki w procesie edukacji pacjenta w okresie okołoperacyjnym,
- Zadań pielęgniarki anestezyjologicznej w opiece nad pacjentem w oddziale intensywnej terapii.

Problematyka badawcza prac magisterskich dotyczyła głównie:

- Uśmierzania bólu w okresie okołoperacyjnym,
- Resuscytacji krążeniowo-oddechowej,
- Transplantologii,
- Kształcenia pielęgniarek,
- Satysfakcji z opieki w okresie okołoperacyjnym.

7. Działalność organizacyjna

A. Pełnione funkcje

- Od 2004** Członek komisji egzaminacyjnych na egzaminach licencjackich na kierunku pielęgniarstwo, jak również członek komisji na egzaminach wstępnych na studia na kierunku pielęgniarstwo.
- 2009-2011** Pełniłam funkcję przewodniczącej na egzaminach wstępnych na studia na kierunku pielęgniarstwo i dietetyka.

- 2007-2011** Pełniłam funkcję zastępcy przewodniczącej Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki w Gdańsku, Oddział Pomorski.
- Od 2011** Pełnię funkcję kierownika sekcji Pielęgniarstwa Anestezjologicznego z elementami terapii bólu.
- 2012 - 2016** Byłam członkiem komisji RWN0Z z OP i IMMiT ds. tematów prac licencyjnych i magisterskich dla kierunku pielęgniarstwo na lata 2012 - 2016.
- 2016** Zostałam powołana na przewodniczącą zespołu przygotowującego egzamin magisterski dla kierunku pielęgniarstwo, studia drugiego stopnia.

B. Przynależność do Towarzystw Naukowych

- Od 2007** *Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki (PTPAiIO) – członek.*
- Od 2011** Jestem członkiem Grupy Roboczej do Spraw Praktyki w Pielęgniarstwie Anestezjologicznym i Intensywnej Opieki.
- Od 2012** *Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii (PTAiIT) – członek.*
- Od 2015** Jestem członkiem *Critical Care Doctoral European Nurses Group (Critical Care DEN)* działającej przy EfCCNa.
- 2015** Zostałam oddelegowana przez PTPAiIO do uczestniczenia w spotkaniu EfCCNa w dniu 28 stycznia 2015 Valencia, Spain - *jako obserwator.*

2016 *Polskie Towarzystwo Badań Bólu (PTBB) – członek.*

C. Nagrody

2013 W 2013 roku otrzymałam nagrodę „*Złoty Czepek*”, nadaną przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku – nagroda ta jest przyznawana najbardziej zasłużonym w pracy na rzecz służby zdrowia pielęgniarkom.

2013 Podczas V Kongresu EfCCNa, który odbył się w dniach 23 – 26 maja w 2013 roku w Belgradzie, Serbskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Intensywnej Opieki (UINARS) przyznało mi nagrodą „*Life Keeper*” - nagroda ta jest wyrazem uznania i szacunku okazanego pielęgniarkom za ich zaangażowanie, profesjonalizm, osiągnięcia w praktyce pielęgniarskiej i wdrażanie do pracy kolejnych pokoleń młodszych koleżanek.

D. Członek Komitetu Naukowego

2010 Przewodnicząca sesji pielęgniarskiej - VII Zjazd Towarzystwa Badań Bólu w Gdańsku 15-18 września 2010, Gdańsk.

2011 Przewodnicząca sesji pielęgniarskiej - Torakoneptunalia 2011, 23-24 wrzesień, Jurata.

2011 Przewodnicząca sesji pielęgniarskiej - Gdańskie Spotkania Kardiochirurgiczne, członek Komitetu Naukowego w latach 2011- 2014.

2013 Przewodnicząca sesji pielęgniarskiej - VIII Zjazd PTPAiIO 2013, 25-28 wrzesień, Karpacz.

- 2015** Członek Komitetu Naukowego - **6th EfCCNa Congress Valencia, Spain 29th - 31st January 2015.**
- 2015** Członek Komitetu Naukowego IX Zjazd PTPAiIO Mikołajki 17 – 19 września 2015.
- 2016** Przewodnicząca sesji pielęgniarskiej - IX Zjazd Towarzystwa Badań Bólu w Gdańsku 15-17 września 2016, Gdańsk.
- 2016** Członek Komitetu Naukowego - **7th EfCCNa Congress Belfast, Northern Ireland 15th - 18th February 2017.**

W 2013 roku zostałam zaproszona przez redaktora naczelnego czasopisma *Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywna Opieka*, do rady naukowej.

Od 2014 roku zostałam powołana przez wojewodę pomorskiego na **konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie: Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki.**

Jestem promotorem pomocniczym w przewodzie doktorskim Pani mgr Grażyny Bąkowskiej - „Ocena obciążenia psychicznego rodziców opiekujących się dzieckiem wymagającym wentylacji mechanicznej płuc w warunkach domowych” promotor dr hab. Andrzej Chamienia . Uchwała nr 82 2014/2015 Rady Wydziału z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego z dnia 18.06.2015.

