

Autoreferat

1. Imię i Nazwisko: Joanna Szczepańska-Gieracha

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe – z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.

1998 - Dyplom z wyróżnieniem magistra fizjoterapii, Wydział Rehabilitacji Ruchowej Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu.

2004 - Uzyskanie stopnia doktora nauk o kulturze fizycznej, Wydział Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Tytuł rozprawy doktorskiej: „Wpływ systematycznych ćwiczeń fizycznych na funkcje intelektualne osób z Łagodnymi Zaburzeniami Poznawczymi”. Recenzenci: prof. dr hab. Grażyna Dolińska-Zygmunt (Uniwersytet Wrocławski), prof. dr hab. Krystyna Zatoń (AWF Wrocław).

2013 - Zakończenie czteroletniego Podyplomowego Kursu Psychoterapii. Polski Instytut Ericksonowski w Łodzi. Kurs spełnia wymogi Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i daje możliwość ubiegania się o certyfikat psychoterapeuty. Łączna ilość odbytych do tej pory godzin szkoleniowych - 568 w tym 127 godz. supervizji prowadzonego procesu terapeutycznego. W ramach kursu uzyskałam częściowe certyfikaty ukończenia szkoleń z zakresu terapii zaburzeń psychosomatycznych, terapii depresji, terapii lęku, terapii następstw stresu, terapii bólu i inne.

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu

od 01.10.2004 - adiunkt w Katedrze Fizjoterapii i Terapii Zajęciowej w Medycynie Zachowawczej i Zabiegowej na Wydziale Fizjoterapii AWF Wrocław.

od 01.10.2004 - współpraca z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym o Profilu Rehabilitacyjnym we Wrocławiu.

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. nr 65, poz. 595 za zm.):

a) tytuł osiągnięcia naukowego

Osiągnięcie naukowe przedstawione jako jednotematyczny cykl czterech prac naukowych opublikowanych po uzyskaniu stopnia doktora nauk o kulturze fizycznej, objętych wspólnym tytułem: „**Rola czynników psychicznych w procesie rehabilitacji i zdrowienia pacjentów chorych na wybrane choroby somatyczne**”

b) (autor/autorzy, tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa)

Szczepańska-Gieracha J, Malicka I, Rymaszewska J, Woźniewski M. Psychological adjustment of women after oncological surgery and at the end of treatment. *Contemporary Oncology* 2010; 14(6):403-41 [IF=0.104, MNiSW=13].

Szczepańska-Gieracha J, Morka J, Kowalska J, Kustrzycki W, Rymaszewska J. The role of depressive and anxiety symptoms in the evaluation of cardiac rehabilitation efficacy after coronary artery bypass grafting surgery. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 2012; 42(5):108-114 [IF=2.550, MNiSW=30].

Szczepańska-Gieracha J, Kowalska J, Malicka I, Rymaszewska J. Cognitive impairment, depressive symptoms and the physiotherapy efficacy in elderly people rehabilitated in a nursing home facility. *Advances in Clinical and Experimental Medicine* 2010; 19(6):1-10 [IF=0.103, MNiSW=13].

Szczepańska-Gieracha J, Chamela-Bilińska D, Kuczyński M. Altered postural control in persons with cognitive impairment during visual feedback tasks. *Gait & Posture* 2012; 35(2):312-315 [IF=2.123, MNiSW=35].

c) omówienie celu naukowego ww. prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

Wymienione powyżej prace wpisują się w szeroko pojęty nurt medycyny psychosomatycznej, której zwolennicy twierdzą, że zarówno w etiologii jak i przebiegu wielu schorzeń somatycznych istotną rolę odgrywają czynniki natury psychospołecznej (sposób radzenia sobie ze stresem, osobowość, nastrój, poziom lęku, relacje rodzinne i społeczne itp.) (*Freyberger HJ i wsp., PZWL Warszawa 2005*). Dlatego też leczenie jeśli ma być skuteczne, a jego efekty długoterminowe, musi uwzględniać silny związek psychiki i ciała. Fizjoterapia stanowi nieodłączną składową leczenia wielu chorób przewlekłych. Sprawnie przebiegający,

skuteczny proces usprawniania decyduje o dalszych losach pacjenta - jego jakości życia, zdolności do pracy zawodowej czy też możliwości samodzielnego funkcjonowania. Jednocześnie jest to etap leczenia, który jak żaden inny wymaga determinacji i zaangażowania ze strony chorego. Odzyskiwanie utraconej sprawności to długoterminowy proces oparty na codziennych, żmudnych ćwiczeniach, pokonywaniu bólu, często także lęku i zwątpienia. Tylko dzięki silnej motywacji ze strony pacjenta i jego aktywnej współpracy z zespołem specjalistów możliwe jest uzyskanie satysfakcjonujących rezultatów.

Niestety zarówno w codziennej praktyce jak i opracowaniach naukowych wpływ psychiki na przebieg procesu fizjoterapii nadal nie jest dostatecznie uwzględniany. Standardowe procedury terapeutyczne nie obejmują diagnozy stanu psychicznego prowadzonej już w początkowym etapie usprawniania. W praktyce podejmowane działania mają najczęściej charakter naprawczy. Pacjent, jeśli w ogóle kierowany jest na konsultację psychologiczną lub psychiatryczną to z reguły dopiero wtedy, gdy fizjoterapia nie przynosi bądź nie przyniosła oczekiwanych rezultatów. Taka kolejność działań w przypadku wielu osób zmniejsza szansę na pomyślny przebieg rehabilitacji lub znacząco wydłuża jej czas, a dla systemu opieki medycznej oznacza to nieefektywne wykorzystanie miejsc w placówkach świadczących usługi rehabilitacyjne. Dlatego celem prezentowanego cyklu prac była analiza roli czynników psychicznych w przebiegu rehabilitacji i zdrowienia pacjentów chorych na wybrane schorzenia somatyczne.

Praca pt. **„Psychological adjustment of women after ontological surgery and at the end of treatment”** ma istotne znaczenie ponieważ dotyczy zarówno pacjentek bezpośrednio po mastektomii jak i kobiet uznanych za wyleczone (min. 5 lat bez wznowy). W dostępnej literaturze brakuje doniesień pokazujących w tak długiej perspektywie psychologiczne mechanizmy walki z rakiem. Większość badań dotyczy okresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, ewentualnie terminalnej fazy choroby nowotworowej. Wieloletnia obserwacja osób, które wygrały walkę z rakiem pokazuje dynamikę i kierunek zmian zachodzących w psychice pacjentek od momentu rozpoznania choroby do zakończenia leczenia, co może być bardzo użyteczne podczas opracowywania programów wsparcia psychologicznego w ramach długoterminowej rehabilitacji osób ze schorzeniami onkologicznymi.

W opisywanym projekcie zastosowano właściwe dla chorób onkologicznych badanie stanu psychicznego z wykorzystaniem Skali Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mental Adjustment to Cancer Scale) (*Watson M i wsp. J Psychol Oncol*

1994). Narzędzie to bada nasilenie podstawowych strategii walki z chorobą nowotworową, wśród postaw konstruktywnych ocenia strategię „*duch walki*” i „*pozytywne przewartościowanie*”, a w obrębie postaw destrukcyjnych „*zaabsorbowanie lękowe*” i „*bezzadność/beznadzieja*”. Uzyskane wyniki w pierwszej ocenie okazały się bardzo zaskakujące. Wśród kobiet uznanych za wyleczone nie odnotowano zmniejszenia strategii destrukcyjnych przy jednoczesnym spadku postaw konstruktywnych, co może wskazywać na pogorszenie stanu psychicznego w stosunku do okresu okołoperacyjnego. Jednak satysfakcja z życia oceniana przy użyciu Skali Satysfakcji z Życia (Satisfaction with Life Scale, *Diener E i wsp., J Personality Assessment 1985*) była wyższa niż u zdrowych kobiet w podobnym wieku.

W omawianej pracy zamieszczono wnikliwą interpretację uzyskanych wyników, w której wykazano, że pozorne pogorszenie stanu psychicznego jest w istocie wyrazem powrotu do zdrowia, ponieważ w zależności od etapu walki z chorobą zmienia ulega postawa pacjentek. Przykładem mogą być zachowania o charakterze ucieczkowym takie jak zaprzeczanie, minimalizowanie rangi problemu lub rozmyślnie odsuwanie od siebie myśli o chorobie nazywane ogólnie unikaniem poznawczym (*cognitive avoidance*). W pierwszej fazie walki z rakiem zachowania te mogą być równie użyteczne jak strategie konfrontacyjne, ponieważ pozwalają przetrwać we względnym komforcie psychicznym momenty szczególnego napięcia (np. oczekiwanie na operację lub wynik badania histopatologicznego). Jednak gdy unikanie poznawcze trwa przewlekle i jest jedynym sposobem radzenia sobie z sytuacją stresową, staje się przeszkodą w podjęciu aktywnej walki o własne zdrowie i życie. Dlatego zmniejszenie natężenia tych strategii w dalszych etapach rekonwalescencji jest wyrazem poprawy, a nie pogorszenia stanu psychicznego. W konkluzji artykułu podkreślono, że w programach rehabilitacyjnych skierowanych do kobiet po mastektomii istotne jest zróżnicowanie form oddziaływań terapeutycznych w zależności od etapu walki z chorobą i stosowanych przez pacjentki strategii zaradczych.

Uzyskane wyniki badań pokazały również, że obrzęk limfatyczny ma ogromne znaczenie dla jakości życia i samopoczucia kobiet po mastektomii. Obecność tego powikłania w istotny sposób zwiększa nasilenie destrukcyjnej postawy „*bezzadność/beznadzieja*” oraz zwiększa poziom odczuwanego lęku. Co ważniejsze spostrzeżenie to dotyczy również kobiet uznanych za wyleczone. Podstawowym sposobem walki z tym powikłaniem są specjalistyczne zabiegi fizjoterapeutyczne. Dlatego w programach długoterminowej rehabilitacji kobiet po mastektomii należy zwrócić szczególną uwagę na kwestię obrzęku

limfatycznego również w kontekście wpływu tego powikłania na jakość życia i stan psychiczny pacjentek.

Praca ta pokazuje również jak ważną rolę pełnią stowarzyszenia amazoнок, w których kobiety po leczeniu onkologicznym znajdują wsparcie psychiczne i organizacyjne. Dzięki działalności Wrocławskiego Stowarzyszenia Amazoнок *Femina Fenix*, które ściśle współpracuje z Akademią Wychowania Fizycznego we Wrocławiu pacjentki mają możliwość uczestniczyć w różnych formach rekreacyjnej aktywności fizycznej (np. Nordic Walking, ćwiczenia w wodzie, gimnastyka ogólnousprawniająca). Przeprowadzone badania pokazały, że ponad 90% ankietowanych pacjentek uznaje, że podejmowanie regularnej aktywności fizycznej jest ważne i sprzyja utrzymaniu zdrowia, a ponad 80% badanych poświęca na ten cel więcej czasu niż przed operacją. Artykuł ten ma istotną wartość ponieważ opisuje w szerokiej perspektywie czasowej pomyślnie przebiegający proces leczenia i rehabilitacji, w którym poważna choroba staje się punktem zwrotnym w życiu pacjentek doprowadzając w konsekwencji do wielu korzystnych zmian na różnych płaszczyznach funkcjonowania. Szeroko rozumiane wsparcie społeczne oraz promowana w stowarzyszeniu *Femina Feniks* zmiana stylu życia na bardziej aktywny i prozdrowotny są silnymi czynnikami wspomagającymi proces rehabilitacji i zdrowienia kobiet po mastektomii. Działalność tego stowarzyszenia może być modelowym przykładem dla innych tego typu organizacji zrzeszających pacjentów cierpiących na różne choroby somatyczne.

Praca pt. „**The role of depressive and anxiety symptoms in the evaluation of cardiac rehabilitation efficacy after coronary artery bypass grafting surgery**” pokazuje, że pomijanie czynników natury psychicznej istotnie rzutuje na końcowe efekty i skuteczność prowadzonej fizjoterapii, a w konsekwencji również całość procesu leczenia. Istotą omawianej publikacji była analiza roli depresji i lęku w przebiegu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej po zabiegu pomostowania tętnic wieńcowych (coronary artery bypass grafting, CABG). Uzyskane wyniki badań przekonują, że nie jest konieczna wieloletnia obserwacja pacjentów po pomostowaniu tętnic wieńcowych, aby ujawnić niezwykle silną zależność pomiędzy stanem psychicznym pacjenta, a efektami leczenia. U pacjentów z nasilonymi objawami depresyjno-lękowymi przed rehabilitacją stwierdzono niską tolerancję wysiłku fizycznego oraz niską akceptację choroby i ograniczeń z nią związanych. Niestety po zakończeniu 3-tygodniowej, intensywnej rehabilitacji kardiologicznej (etap drugi prowadzony w warunkach szpitalnych) ani nasilenie objawów depresji, ani poziom lęku, ani nawet subiektywna tolerancja wysiłku fizycznego nie zmieniły się w sposób istotny. Można uznać,

że w tych obszarach rehabilitacja kardiologiczna okazała się nieskuteczna w przeciwieństwie do osób, u których nie stwierdzono poważnych problemów psychicznych, a efekty usprawniania były bardzo dobre we wszystkich analizowanych obszarach.

Badania pokazały, że pomimo udanego pod względem klinicznym zabiegu CABG ok. 30% pacjentów nadal odczuwa dyskomfort psychiczny w postaci nasilonych objawów depresyjno-lękowych. Ta grupa osób już na wczesnym etapie rehabilitacji kardiologicznej powinna uzyskać dodatkowe wsparcie terapeutyczne, w przeciwnym razie efekty zabiegu ograniczają się do krótkoterminowej poprawy wskaźników hemodynamicznych bez poprawy samopoczucia i jakości życia. Można przypuszczać, że wśród tych pacjentów ryzyko progresji choroby niedokrwiennej serca będzie bardzo wysokie, ponieważ drugi etap rehabilitacji to dopiero początek długiej drogi, która ma doprowadzić do trwałej zmiany stylu życia w celu podtrzymania efektów zastosowanego leczenia. Wyniki niniejszej pracy stanowią istotne uzupełnienie dotychczasowej wiedzy. W dostępnej literaturze można odnaleźć prace, które pokazują, że depresja nawet sześciokrotnie zwiększa śmiertelność po CABG w długoterminowej obserwacji (*Baker RA i wsp., AZN J Surg 2001*). Opisywane badanie ilustruje jeden z możliwych mechanizmów - wpływ zaburzeń depresyjno-lękowych na przebieg i efekty rehabilitacji kardiologicznej.

W konkluzji artykułu zamieszczono praktyczny wniosek płynący z przeprowadzonych badań - wynik powyżej 10 punktów w podskali poznawczo-afektywnej Skali Depresji Becka (Beck Depression Inventory) jest wskazaniem do podjęcia psychoterapii lub/i farmakoterapii, która powinna być kontynuowana także po zakończeniu drugiego etapu rehabilitacji kardiologicznej. W przeciwnym razie powodzenie tak specjalistycznej i kosztownej procedury medycznej, jaką jest pomostowanie tętnic wieńcowych, stoi pod znakiem zapytania. Nawet jeśli pacjent wie, jakie zmiany w swoim stylu życia powinien wprowadzić po zabiegu, nie jest w stanie tego zrobić z uwagi na obniżony nastrój, problemy z motywacją i brak poczucia wpływu na stan swojego zdrowia.

Szczególnie silny wpływ czynników natury psychicznej na przebieg i ostateczne efekty procesu fizjoterapii obserwuje się u osób starszych. W tej grupie wiekowej obok zaburzeń emocjonalnych istotny problemem stanowią również zaburzenia funkcji poznawczych. W zakładach opieki długoterminowej tylko 11% pacjentów to osoby w pełni sprawne intelektualnie i jednocześnie bez zaburzeń nastroju (*Kowalska J i wsp., Psychogeriatr Pol 2010*). Dlatego też celem pracy pt. **„Cognitive impairment, depressive symptoms and the physiotherapy efficacy in elderly people rehabilitated in a nursing**

home facility” była ocena efektywności procesu fizjoterapii osób w podeszłym wieku usprawnianych w warunkach długoterminowej hospitalizacji.

Na świecie często podejmowane są badania mające na celu identyfikację różnego rodzaju czynników wpływających negatywnie na końcowe efekty fizjoterapii. Zakłada się, że trafne wskazanie tych czynników umożliwi podjęcie odpowiednich działań już na wstępnym etapie usprawniania, co ostatecznie zwiększy skuteczność fizjoterapii. W Polsce usprawnianie osób starszych prowadzone jest także w mniej wyspecjalizowanych ośrodkach jakimi są Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze (ZOL). Proces fizjoterapii jest tam mniej intensywny, ale z uwagi na niższe koszty pobytu pacjenta system opieki medycznej oferuje więcej miejsc w ZOL-ach niż na specjalistycznych oddziałach rehabilitacyjnych. W dostępnej literaturze brakuje doniesień dotyczących efektywności fizjoterapii prowadzonej w tego typu placówkach. Dane takie pozwoliłyby lepiej zarządzać istniejącymi zasobami i możliwie szybko podjąć decyzję, w jakich warunkach pacjent powinien być usprawniany. Tym bardziej, że prognozy demograficzne dla Polski są bardzo niekorzystne - jesteśmy najszybciej starzejącym się społeczeństwem Europy (*Główny Urząd Statystyczny 2011*). W związku z tym w najbliższych latach przewiduje się lawinowy wzrost zapotrzebowania na geriatryczną opiekę i rehabilitację, co z pewnością przeciąży systemu opieki medycznej.

W ramach projektu badawczego trwającego prawie dwa lata ustalono, że w przypadku ok. 30% pacjentów skuteczność fizjoterapii po trzech miesiącach usprawniania była bardzo niska. Obalono wstępnie postawione hipotezy mówiące, że skuteczność fizjoterapii jest związana z wiekiem pacjenta lub stanem funkcjonalnym przy przyjęciu na oddział. Zwiększone ryzyko niepowodzenia fizjoterapii zaobserwowano u osób z poważnymi zaburzeniami poznawczymi oraz nasilonymi objawami depresji. Z uwagi na swoje specyficzne potrzeby i ograniczenia pacjenci ci nie są w stanie w pełni czerpać korzyści z prowadzonego w sposób standardowy procesu usprawniania. Dlatego należy dążyć do tego, aby ocena stanu psychicznego pacjentów przyjmowanych do ZOL stała się obowiązkową procedurą, która pociąga za sobą również modyfikację przyjętego w danej jednostce chorobowej modelu usprawniania (zasady prowadzenia fizjoterapii oraz sprawowania opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi opisałam w odrębnych publikacjach).

Istotną wartością tych badań było opracowanie algorytmu umożliwiającego ocenę efektywności fizjoterapii osób starszych usprawnianych w ZOL. Dzięki temu możliwe jest przewidywanie długoterminowych efektów fizjoterapii już po pierwszym miesiącu hospitalizacji i szybkie rozpoczęcie działań mających na celu poprawę skuteczności procesu usprawniania. W przeciwnym razie pobyt pacjenta w ośrodku wydłuża się nawet do wielu

miesiące, a efekty pozostają niezadowolające. Taka sytuacja jest z oczywistych przyczyn niekorzystna dla samego pacjenta oraz stanowi poważny problem dla systemu opieki medycznej.

Inne spojrzenie na problem zaburzeń poznawczych w procesie fizjoterapii osób starszych przedstawiono w pracy pt. **„Altered postural control in persons with cognitive impairment during visual feedback tasks”**. Inspiracją do tych badań był fakt, że prawie 1/3 pacjentów przebywających w ośrodkach opieki długoterminowej wymaga rehabilitacji z powodu urazów powstałych w wyniku upadku (*Kowalska J i wsp., Psychogeriatr Pol 2010*). Tradycyjnie jako główne czynniki ryzyka upadku wymienia się przede wszystkim ubytki motoryczne i psychomotoryczne towarzyszące procesom starzenia się organizmu (niepełnosprawność, spowolnienie czasu reakcji, pogorszenie zdolności koordynacyjnych). Jednak w ostatnich latach coraz większą rolę przypisuje się także zaburzeniom poznawczym. Uznaje się, że istotnym czynnikiem ryzyka upadku są tzw. „ryzykowne decyzje” podejmowane przez osoby otępiełe. Prowadzą one do niebezpiecznych zachowań niedostosowanych do sprawności organizmu i zagrożeń środowiska zewnętrznego. Wnikliwa analiza dostępnej literatury przekonuje, że problem jest szerszy i dotyczy nie tylko niebezpiecznych zachowań, ale także samego procesu utrzymania równowagi i stabilności postawy ciała. Okazuje się, że osoby z demencją po wytrąceniu z równowagi mają duże problemy z szybkim odzyskaniem stabilności. Jeśli dojdzie do upadku przypadki ciężkich złamań są nawet czterokrotnie częstsze niż u osób sprawnych poznawczo (*Hauer K i wsp. J Am Geriatr Soc 2003*).

Dlatego też w wymienionej pracy analizowano proces utrzymania równowagi u zdrowych osób starszych oraz u osób z zaburzeniami poznawczymi. W eksperymencie tym oprócz swobodnego stania na platformie stabilograficznej zastosowano dodatkowe zadanie kognitywne. Nieliczne publikacje z tego zakresu pokazują, że nawet proste zadanie intelektualne (np. wymieniaj kolejno liczby parzyste: 2,4,6 itd.) w znaczący sposób zaburza stabilność postawy stojącej u osoby otępiełej (*Hauer K i wsp. J Am Geriatr Soc 2003*). W tym przypadku zamiast typowego zadania kognitywnego wykorzystano zadanie ze sprzężeniem zwrotnym, ponieważ jego wykonanie związane jest zarówno z przebiegiem procesów mentalnych jak i z koordynacją wzrokowo-ruchową, szybkością przetwarzania bodźców w układzie nerwowym oraz wymaga precyzji w procesie sterowania ruchem ciała. Zastosowanie dodatkowego utrudnienia w postaci zadania ze sprzężeniem zwrotnym oraz poszerzenie analizy danych stabilograficznych o elementy metody modelowania lepkosprężystego

(Kuczyński M, AWF Wrocław 2003) pokazało rodzaje strategii posturalnych stosowanych przez zdrowe osoby starsze oraz osoby z deficytem funkcji poznawczych. Uzyskane wyniki stanowią ważne źródło informacji przy opracowywaniu profilaktycznych programów treningowych mających na celu zmniejszenie ryzyka upadku w grupie osób starszych z zaburzeniami poznawczymi. Wyniki te mają istotne znaczenie, ponieważ skuteczność standardowych programów zapobiegania upadkom jest niska wśród seniorów z deficytami poznawczymi (Oliver D i wsp., BMJ 2007).

W podsumowaniu niniejszego cyklu prac należy stwierdzić, że przeprowadzone badania pokazały w sposób dobitny iż czynniki natury psychicznej mogą determinować efekty nawet wielomiesięcznej fizjoterapii. W tym miejscu warto także podkreślić interdyscyplinarny charakter prowadzonych badań. Opisane prace dotyczyły różnych problemów zdrowotnych i tym samym pokazały silny związek składowych stanu psychicznego z przebiegiem zdrowienia i fizjoterapii bez względu na rodzaj zdiagnozowanej choroby. Jest to ważne również z praktycznego punktu widzenia, ponieważ w codziennej pracy fizjoterapeuty rzadko zdarzają się pacjenci cierpiący z powodu jednego, izolowanego schorzenia. Istotny wydaje się również fakt, że wszystkie publikacje dotyczyły ważnych społecznie problemów. Rak piersi jest jedną z najpoważniejszych chorób kobiecych, rocznie odnotowuje się w Polsce ok. 15 tyś. nowych zachorowań. Na chorobę niedokrwienną serca cierpi w naszym kraju ok. miliona osób i jest ona główną przyczyną śmierci i niepełnosprawności. Z uwagi na pogarszającą się sytuację demograficzną Polski również zagadnienia związane z rehabilitacją i opieką nad osobami starszymi wydają się niezwykle ważne. Fizjoterapia jest integralną składową procesy leczenia we wszystkich wymienionych obszarach, dlatego poszukiwanie czynników wpływających na jej przebieg i ostateczne efekty ma istotne znaczenie kliniczne. W przeciwnym razie efekty stosowanego leczenia są niepełne i krótkoterminowe. Wyżej wymienione publikacje pomagają lepiej zrozumieć sytuację osoby chorej, jej problemy psychiczne i ich wpływ na przebieg procesu fizjoterapii. Tym samym prace te dają naukową podstawę do rozszerzenia panelu badań diagnostycznych i kryteriów kwalifikujących, a nade wszystko do uzupełnienia standardowych procedur o dodatkowe formy terapii uwzględniające charakter zaburzeń psychicznych pacjenta w celu zwiększenia efektywności procesu usprawniania.

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych

Zagadnienia związane z usprawnianiem osób starszych, u których oprócz dysfunkcji ruchowych współistnieją zaburzenia psychiczne omawiałam wielokrotnie w różnych aspektach. W pierwszej kolejności zwróciłam uwagę na niedostrzegany problem wzajemnej relacji fizjoterapeuta-pacjent zarówno w przypadku pacjentów z otępieniem jak i depresją („**Stosunek fizjoterapeutów do pacjentów w podeszłym wieku z zaburzeniami mentalnymi i behawioralnymi**” *Fizjoterapia Polska* 2006, „**Zaburzenia poznawcze - istotny czynnik utrudniający fizjoterapię osób w podeszłym wieku**” *Psychogeriatrya Polska* 2007, „**Zaburzenia nastroju - istotny czynnik w procesie fizjoterapii osób w podeszłym wieku**” *Fizjoterapia Polska* 2008). Przedstawione w wymienionych pracach wyniki badań przekonują, że zbudowanie dobrej, wspierającej relacji z pacjentami otępiętymi lub osobami cierpiącymi z powodu depresji jest dla fizjoterapeutów trudne i wymaga zwiększenia wiedzy z zakresu psychopatologii wybranych zaburzeń psychicznych. Jest to szczególnie ważne w przypadku osób podlegających długoterminowej hospitalizacji, oddzielonych od przyjaciół i rodziny, gdzie wzajemna relacja fizjoterapeuta-pacjent jest istotnym czynnikiem wpływającym na przebieg rehabilitacji i ostateczne efekty usprawniania.

W odpowiedzi na opisywane powyżej problemy opracowałam szkolenie z zakresu psychopatologii problemów psychicznych, z którymi fizjoterapeuci najczęściej spotykają się w swojej pracy. Następnie przeprowadziłam cykl dziesięciu spotkań szkoleniowych z pracownikami jednego z wrocławskich oddziałów rehabilitacyjnych i oceniłam jego wpływ na stosunek uczestników do podopiecznych i wzajemną relację fizjoterapeuta-pacjent. Efekty przeprowadzonego szkolenia opisałam w pracy pt. „**Stosunek fizjoterapeutów do pacjentów w podeszłym wieku z zaburzeniami mentalnymi i behawioralnymi. Ocena skuteczności przeprowadzonego szkolenia**” (*Psychogeriatrya Polska* 2009). Przed szkoleniem negatywne emocje w stosunku do podopiecznych (zniecierpliwienie, irytacja, niechęć) pojawiały się wtedy gdy pracownicy twierdzili, że denerwujące zachowania (np. pobudzenie, agresja, błądzenie) były pod świadomą kontrolą pacjentów. Udział w szkoleniu zwiększył gotowość personelu do opieki i pomocy oraz zmniejszył nasilenie negatywnych emocji w stosunku do osób z problemami psychicznymi, ponieważ ich kłopotliwe zachowania były interpretowane jako niezależny od woli pacjenta objaw choroby, a nie celowe działanie.

Swoją wiedzę z zakresu opieki i rehabilitacji osób starszych z zaburzeniami psychicznymi zdobywaną podczas wieloletniej współpracy z Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym o Profilu Rehabilitacyjnym i popartą analizą dostępnej literatury przedstawiłam

w trzech pracach poglądowych (**„Problem zaburzeń poznawczych w prowadzeniu i programowaniu fizjoterapii osób w podeszłym wieku”** *Fizjoterapia* 2007, **„Zaburzenia funkcji poznawczych i zespoły otępienne - problem fizjoterapii geriatrycznej”** *Fizjoterapia* 2010, **„Problemy długoterminowej hospitalizacji i rehabilitacji osób starszych z zaburzeniami poznawczymi”** *Psychogeriatrya Polska* 2011). Informacje zawarte w tych artykułach są przydatne zarówno dla fizjoterapeutów jak i całego personelu medycznego pracującego na co dzień z osobami starszymi. Ich największą zaletą jest fakt, że oprócz wiedzy teoretycznej zawierają praktyczne wskazówki dotyczące planowania i prowadzenia fizjoterapii oraz opieki nad osobami otępiałyymi.

Skuteczność procesu usprawniania osób starszych oraz czynniki wpływające na przebieg rehabilitacji oraz długość pobytu pacjentów w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy analizowałam w następujących pracach: **„Skuteczność fizjoterapii w przypadku osób starszych usprawnianych w warunkach Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy - badanie pilotażowe”** (*Gerontologia Polska* 2010), **„Zaburzenia poznawcze i emocjonalne a długość pobytu osób starszych w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy o Profilu Rehabilitacyjnym”** (*Psychogeriatrya Polska* 2010), **„Zaburzenia poznawcze i objawy depresyjne a stan funkcjonalny osób starszych po udarze mózgu”** (*Postępy Rehabilitacji* 2010). W każdej z tych prac, opierając się na uzyskanych wynikach badań silnie akcentowałam rolę jaką odgrywają czynniki psychiczne w procesie fizjoterapii i opieki nad niepełnosprawnymi osobami starszymi.

W odpowiedzi na wyżej opisane spostrzeżenia zdecydowałam się przeprowadzić eksperyment, w którym stosowałam wybrane elementy psychoterapii i oceniałam ich wpływ na przebieg rehabilitacji osób starszych usprawnianych w warunkach Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy (**„Elementy psychoterapii w procesie usprawniania pacjentów geriatrycznego oddziału rehabilitacyjnego”** *Psychogeriatrya Polska* 2007). Wyniki badań pokazały, że nawet niewielka modyfikacja standardowych procedur oraz zastosowanie tzw. *„niespecyficznych czynników terapeutycznych”* istotnie zmniejsza nasilenie objawów depresji i poprawia jakość życia osób starszych wymagających długoterminowej hospitalizacji.

W osobnej publikacji analizowałam rolę zaburzeń poznawczych w procesie utrzymania równowagi ciała u osób starszych (**„Stabilność postawy stojącej u osób z deficytami poznawczymi”** *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska* 2005). W pracy tej dowiedziono, że obecność zaburzeń poznawczych istotnie zaburza proces utrzymania równowagi w stanie swobodnym (bez dodatkowych zakłóceń kognitywnych) zarówno z otwartymi jak i zamkniętymi oczami. Badania te stały się podstawą do przeprowadzenia

kolejnego eksperymentu (z zastosowaniem dodatkowego zakłócenia kognitywnego), którego wyniki opublikowano 2012 w renomowanym czasopiśmie „*Gait & Posture*” - praca włączona do cyklu habilitacyjnego.

Prowadząc swoje badania wśród pacjentek ze schorzeniami onkologicznymi porównywałam kondycję psychiczną (nasilenie objawów depresji, przystosowanie psychiczne do choroby) kobiet operowanych z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych (**„Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych”** *Contemporary Oncology 2009*). Wyniki badań pokazały, że pomimo widocznego okaleczenia zewnętrznego w postaci amputacji piersi kobiety po mastektomii są w lepszej kondycji psychicznej niż pacjentki operowane z powodu nowotworu dróg rodnych. Prawdopodobnym czynnikiem warunkującym ten stan jest szeroko rozumiane wsparcie społeczne, jakie otrzymują amazonki w postaci medialnych akcji społecznych oraz dzięki działalności stowarzyszeń zrzeszających kobiety po mastektomii. W trzech kolejnych pracach analizowałam rolę jaką odgrywa wysiłek fizyczny w procesie rehabilitacji zarówno ruchowej jak i psychicznej kobiet po leczeniu onkologicznym: **„Wpływ ośmiotygodniowego treningu Nornic Walking na jakość życia kobiet po mastektomii”** (*Onkologia Polska 2010*), **„Wpływ treningu marszowego o charakterze Nordic Walking na siłę kończyny górnej oraz stan obrzęku chłonnego u kobiet po leczeniu raka piersi”** (*Isokinetics and Exercise Science 2011*), **„Aktywność fizyczna, satysfakcja z życia oraz przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej u kobiet po leczeniu raka piersi”** (*Contemporary Oncology 2011*). Wyniki ostatniej publikacji pokazały, że rodzaj aktywności fizycznej ma związek z parametrami stanu psychicznego pacjentek po mastektomii. Kobiety wskazujące wycieczki turystyczne jako jedną z podejmowanych form aktywności fizycznej cechował wybitnie konstruktywny styl radzenia sobie z chorobą (bardzo wysokie wartości strategii „*duch walki*” i „*pozytywne przewartościowanie*”). Natomiast pacjentki uczęszczające na zajęcia taneczne lepiej akceptowały swoją chorobę oraz odczuwały większą satysfakcję z życia w porównaniu do pozostałych badanych.

Ważną rolę wśród moich publikacji pełni praca pt. **„Rehabilitacja psychiczna w onkologii”** stanowi ona teoretyczne wprowadzenie w problematykę chorób psychosomatycznych ze szczególnym uwzględnieniem schorzeń onkologicznych. Przedstawione tam zagadnienia (koncepcja psychosomatyczna i somatopsychiczna w rozwoju raka, fazy reakcji emocjonalnej na postawioną diagnozę, strategie radzenia sobie z chorobą) skupione są wokół choroby nowotworowej jednak mogą dotyczyć także innych poważnych chorób somatycznych. Opisanie w tej publikacji interwencje terapeutyczne takie jak

psychoedukacja, psychoterapia, wizualizacja, muzykoterapia i inne mogą być użyteczne również poza obszarem onkologicznym w celu poprawy jakości życia pacjentów, zapobiegania progresji choroby czy też zwiększenia skuteczności fizjoterapii. Znajomość różnych form terapii i dostrzeganie ich roli w procesie leczenia zwiększa otwartość personelu medycznego na współpracę z przedstawicielami innych profesji medycznych i tworzenie interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych.

W pracy tej dużo miejsca poświęca się również postawie personelu medycznego wobec potrzeb i problemów emocjonalnych pacjentów uznając, że jest to bardzo ważny czynnik w procesie leczenia i rehabilitacji osób przewlekle chorych. Znajomość psychologicznych sposobów radzenia sobie z sytuacją kryzysową jaką jest ciężka choroba, pomaga fizjoterapeutom lepiej zrozumieć zachowania pacjenta, nawiązać z nim dobrą, wspierającą relację oraz modelować właściwą postawę wobec leczenia i rehabilitacji. Przyjęcie przez pacjenta aktywnej postawy oznacza przejęcie części odpowiedzialności za prowadzoną terapię co zwiększa poczucie kontroli, zmniejsza lęk i bezradność, ale przede wszystkim zwiększa szansę na pomyślny przebieg leczenia i rehabilitacji.

Prowadząc swoje badania wśród pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi analizowałam związek metabolicznych czynników ryzyka chorób serca z nasileniem zaburzeń poznawczych u osób starszych (**„Zaburzenia poznawcze u osób starszych w świetle oceny metabolicznych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych”** *Acta Angiologica*, 2005). Cenne wnioski dotyczące roli czynników psychicznych w procesie leczenia choroby niedokrwiennej serca przyniosła ośmioletnia obserwacja pacjentów po zabiegu pomostowania tętnic wieńcowych (**„Czynniki ryzyka depresji i lęku 8 lat po pomostowaniu tętnic wieńcowych”** *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 2012). Praca ta wywołała żywą dyskusję w kręgach specjalistów (Demaria et al. „Should the mind be a matter? The impact of depression and anxiety on cardiac surgery outcomes” *Eur J Cardiothorac Surg* 2012) co skłoniło nasz zespół do wystosowania odpowiedzi na pytania postawione przez Prof. Demaria (**„Reply to Demaria et al.”** *Eur J Cardiothoracic Surgery* 2012).

Problemy psychiczne osób cierpiących na choroby serca oraz sposoby komunikowania się z pacjentem i jego rodziną opisałam w rozdziale pt. **„Kontakt z pacjentem przewlekle chorym”** (W: Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną: wybrane zagadnienia *Elsevier Urban & Partner* 2012). Praca ta miała na celu uwrażliwienie lekarzy pierwszego kontaktu na problemy psychiczne pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi. W oparciu o wyniki badań naukowych pokazałam silny związek schorzeń serca ze składowymi stanu psychicznego i wykazałam korzyści płynące z podjęcia przez pacjenta równoległej terapii

psychologicznej. Ważnym czynnikiem w tym procesie jest otwartość lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na współpracę z poradnią zdrowia psychicznego. Taka współpraca może przynieść wiele korzyści, ponieważ poprawa kondycji psychicznej chorego zwiększa szansę na przyjęcie przez niego aktywnej postawy w walce z chorobą i zmianę trybu życia, a w większości przypadków jest to warunek konieczny dla skutecznego leczenia schorzeń kardiologicznych.

W dwóch publikacjach poruszyłam problem kondycji psychicznej przyszłych fizjoterapeutów („**Zaburzenia nastroju w populacji studentów Wydziału Fizjoterapii AWF Wrocław**” *Fizjoterapia 2008*, „**Analiza czynników związanych z obecnością zaburzeń nastroju wśród studentów Wydziału Fizjoterapii AWF Wrocław**” *Fizjoterapia 2008*). W projekcie badawczym wzięło udział 483 studentów Wydziału Fizjoterapii studiujących w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym. Opublikowane wyniki badań stały się istotnym źródłem informacji na temat kondycji psychicznej ankietowanych osób, zadowolenia z wybranego kierunku studiów oraz subiektywnej oceny przygotowania do pracy w zawodzie fizjoterapeuty.

Dotychczasowy etap mojej pracy naukowej miał w głównej mierze charakter diagnostyczny. Badałam rolę jaką odgrywają czynniki natury psychicznej w procesie zdrowienia i fizjoterapii pacjentów z wybranymi schorzeniami somatycznymi. Obecnie, z uwagi na posiadaną już wiedzę i umiejętności z zakresu psychoterapii, stawiam przed sobą trudniejsze zadanie. Jest nim opracowanie, wdrożenie oraz ocena skuteczności programu rehabilitacji, którego integralnym elementem jest psychoterapia grupowa jako czynnik wspierający przebieg procesu usprawniania. Wyniki badań pilotażowych przedstawiłam na VIII Międzynarodowym Kongresie Polskiego Towarzystwa Psychogeriatrycznego „*Standardy leczenia zaburzeń otępiennych i innych zaburzeń psychicznych wieku podeszłego*”, gdzie miałam zaszczyt **przewodniczyć sesji plenarnej** pt. „*Przykłady oddziaływań nefarmakologicznych u osób z łagodnymi zaburzeniami funkcji poznawczych i otępieniem - w praktyce*”. Kontynuację moich badań umożliwia mi uczestnictwo w projekcie „*Kluczowy stażysta*”, który jest finansowany z funduszy Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego „*Człowiek najlepsza inwestycja*”. Celem projektu jest transfer wiedzy z ośrodków naukowych do biznesu i komercjalizacja osiągnięć naukowych. Moim zadaniem podczas stażu jest opracowanie schematu psychoterapii grupowej niepełnosprawnych osób starszych przebywających w ośrodkach opieki długoterminowej, a następnie ocena jej skuteczności i przydatności na rynku komercyjnych usług

rehabilitacyjnych. Beneficjentami tego procesu mają być zarówno sami pacjenci jak i placówki opieki długoterminowej, które wzbogacą swoją ofertę i zwiększą konkurencyjność na rynku usług komercyjnych. Udział w projekcie „*Kluczowy stażysta*” jest dla mnie bardzo ważny, ponieważ jest zgodny z podstawową ideą mojej pracy zawodowej. Zależy mi na tym, aby prowadzone przeze mnie badania przyczyniały się do rozwoju wiedzy z zakresu nauk o kulturze fizycznej (specjalność fizjoterapia), a jednocześnie były wyraźnie osadzone w realiach polskiej służby zdrowia. Dzięki temu proponowane przeze mnie rozwiązania mogą być wdrażane w polskich warunkach i mogą realnie przyczynić się do poprawy sytuacji pacjentów i lepszego funkcjonowania systemu opieki medycznej.

a) *dane bibliometryczne*

Autor lub współautor **28** prac, w tym **23** prace oryginalne, **3** poglądowe, **2** rozdziały w podręcznikach.

Sumaryczna liczba punktów MNiSW uzyskanych po obronie pracy doktorskiej: **237**

Sumaryczny impact factor zgodnie z rokiem opublikowania: **7.948**

Liczba cytowań z wykluczeniem autocytowań (ISI Web of Science): **6**

Indeks Hirsch'a (wg ISI Web of Science): **1**

Szczegółowa analiza bibliometryczna (**załącznik nr 5**)

b) *projekty badawcze*

- projekty Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Grant N N404 094235

„*Wpływ ćwiczeń Tai Chi w procesie rehabilitacji kardiologicznej na stan psychofizyczny kobiet z chorobą niedokrwienną serca*” Okres realizacji: 2010-2012.

Moja rola w projekcie polegała na prowadzeniu 3-miesięcznej psychoterapii grupowej u kobiet z chorobą niedokrwienną serca.

Grant N N404 520738

„*Ocena przydatności kwestionariusza CANE w analizie potrzeb opiekuńczych osób starszych*” Kierownik projektu: prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis, UM w Poznaniu.

Okres realizacji: 2010-2012. Funkcja: wykonawca.

W projekcie tym badaniami objęto 800 osób w wieku 75+ z czterech miast wojewódzkich: Poznań, Wrocław, Białystok i Lublin. Wykorzystano kwestionariusz CANE oraz wybrane elementy kompleksowej oceny geriatrycznej (Barthel Index, Mini Mental State Examination, Geriatric Depression Scale, Up&Go test). Porównywano poziom potrzeb zaspokojonych i niezaspokojonych u osób zamieszkujących środowisko domowe oraz Domy Pomocy Społecznej.

- Badania własne AWF Wrocław:

Grant 58/0207/ i 58/0208

„Zdrowie psychiczne pacjentów w podeszłym wieku jako czynnik wpływający na efektywność procesu fizjoterapii” Okres realizacji: 2006-2007. Funkcja: kierownik projektu.

Grant 58/0208 i 58/0205

„Wykorzystanie elementów psychoterapii w procesie usprawniania osób starszych” Okres realizacji 2008-2009. Funkcja: kierownik projektu.

c) *Staż naukowe i współpraca ze środowiskiem*

- Wieloletnie studia z zakresu psychoterapii w ramach, których odbyłam do tej pory **568 godzin szkoleniowych** w różnych ośrodkach prowadzących terapię na terenie całej Polski (Łódź, Poznań, Katowice, Wrocław) dały mi możliwość poszerzenia swoich kompetencji zawodowych oraz zwiększenia obszaru zainteresowań naukowych. Moja wiedza z zakresu fizjoterapii oraz udział w licznych szkoleniach z zakresu psychoterapii stały się podstawą do opracowania przeze mnie autorskiego programu psychoterapii grupowej, której nadrzędnym celem jest wsparcie procesu fizjoterapii.
- Opracowany przeze mnie autorski projekt **„Odzyskaj moc - zorientowana na celu psychoterapia grupowa niepełnosprawnych osób starszych”** uzyskał finansowanie z funduszy Unii Europejskiej w ramach programu „Kluczowy stażysta” jako **innowacyjna forma terapii**, w której krótkoterminowa psychoterapia grupowa jest integralnym elementem procesu usprawniania. W ramach projektu „Kluczowy stażysta” w okresie od lipca do grudnia 2012 odbyłam **sześciomiesięczny staż** w ośrodku opieki

długoterminowej, gdzie wdrażałam opracowaną przeze mnie formę terapii i oceniam jej skuteczność i przydatność na rynku komercyjnych usług rehabilitacyjnych. Dzięki temu projektowi ośrodek rehabilitacyjny, w którym prowadziłam badania uzyskał dodatkową dotację z Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Wrocławia na realizację usług wykraczających poza zakres świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

- W latach 2002-2006 we współpracy ze Stowarzyszeniem Rodzin Osób z Chorobą Alzheimera Regionu Dolnośląskiego prowadziłam program terapeutyczny o nazwie „*Rehabilitacja osób z otępieniem, minimalizacja objawów wypalenia u członków rodzin*”. W ramach tej pięcioletniej współpracy przepracowałam ponad **1200 godzin** (ok. 20 godzin miesięcznie) na rzecz pacjentów i ich rodzin. W tym czasie odbyłam również **trzymiesięczny staż** w Poradni Leczenia Zaburzeń Pamięci we Wrocławiu przy ul. Gdańskiej 2, gdzie pod opieką psychologa klinicznego poznałam sposoby diagnozowania zaburzeń funkcji poznawczych oraz nefarmakologiczne formy terapii zaburzeń pamięci.
- W ramach współpracy ze Stowarzyszeniem Rodzin Osób z Chorobą Alzheimera wielokrotnie miałam przyjemność prowadzić wykłady i warsztaty dla rodzin dotyczące problemów opieki i rehabilitacji osób z zaburzeniami poznawczymi. Ostatni wykład wygłosiłam 26.11.2012 na zaproszenie Fundacji Alzheimerowskiej. Prelekcje i wykłady o podobnej tematyce prowadziłam również dla słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku oraz dla słuchaczy Akademii Zdrowego Seniora prowadzonej przez Miejską Bibliotekę Publiczną we Wrocławiu.
- Od października 2012 prowadzę grupę wsparcia dla rodzin niepełnosprawnych osób starszych przebywających w ośrodku opieki długoterminowej. Cele spotkań:
 - ✓ zmniejsza poczucie osamotnienia i rozładowanie napięcia emocjonalnego, które towarzyszy trudnej sytuacji życiowej jaką jest opieka nad przewlekle chorą osobą,
 - ✓ poszukiwanie wsparcia organizacyjnego w opiece nad osobą niepełnosprawną,
 - ✓ dzielenie się doświadczeniami i wspólne poszukiwanie rozwiązań w sytuacjach trudnych,
 - ✓ zwiększenie gotowości do podjęcia opieki nad niepełnosprawną osobą starszą po zakończeniu pobytu w placówce rehabilitacyjnej.

- W ostatnim czasie nawiązałam współpracę z Amsterdam Center of Aging oraz grupą **INTERDEM** (Early Detection and Timely INTERvention in DEMentia) i w najbliższych miesiącach planuję wyjazd studyjny do ośrodka terapii dla osób z demencją, gdzie przedstawię opracowaną przeze mnie formę terapii.

d) *prezentacje na międzynarodowych i krajowych konferencjach naukowych*

Projekty badawcze, w których brałam czynny udział były **14** razy prezentowane na zagranicznych i krajowych konferencjach krajowych, między innymi podczas:

- ✓ International Meeting of Psychogeriatric Association (IPA) Santiago de Compostela (Spain) 2010;
 - ✓ 20th European Congress of Psychiatry, Prague (Czech Republic) 2012;
 - ✓ 20th European Congress of Psychiatry, Prague (Czech Republic) 2012;
 - ✓ 9th European Congress on Menopause and Andropause, Athens (Greece) 2012;
 - ✓ 15th Annual Meeting of the European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP) & 29th European Conference on Psychosomatic Research (ECPR) Aarhus (Denmark) 2012.
- (szczegółowy wykaz konferencji zawiera **załącznik nr 6**).

e) *osiągnięcia dydaktyczne*

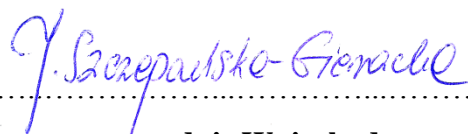
- W czasie mojego niespełna ośmioletniego zatrudnienia na Wydziale Fizjoterapii AWF Wrocław prowadziłam ćwiczenia z przedmiotu „*Fizjoterapia w geriatric*” oraz wykłady i ćwiczenia z przedmiotu „*Fizjoterapia w psychiatrii*”. W tym czasie opracowałam nowe ramy programowe przedmiotu „*Fizjoterapia w psychiatrii*” oraz współpracowałam przy tworzeniu ram programowych nowego przedmiotu „*Psychiczne podstawy chorób*”. Efektem tych prac było opracowanie sylabusów obu tych przedmiotów.
- W latach 2004-2011 byłam promotorem **18** badawczych prac magisterskich. Wszystkie prace dotyczyły roli czynników psychicznych w procesie rehabilitacji.
- W latach 2006-2007 i 2010-2011 sprawowałam funkcję opiekuna Studenckiego Koła Naukowego w dziedzinie „psychiatria”. Prace powstałe pod moim kierownictwem były prezentowane podczas Konferencji Studenckich Kół Naukowych.

- We współpracy z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym o Profilu Rehabilitacyjnym miałam przyjemność prowadzić warsztaty szkoleniowe dla pielęgniarek pracujących w zakładach opieki długoterminowej dotyczące opieki nad osobami starszymi z demencją.
- W ramach VII Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Psychogeriatrycznego „*Wiek podeszły - jednostka-społeczeństwo: wyzwania terapeutyczne*” miałam zaszczyt prowadzić warsztaty szkoleniowe dla psychiatrów i geriatrów „*Problemy długoterminowej hospitalizacji i rehabilitacji osób starszych z zaburzeniami poznawczymi*”.
- Jestem autorem dwóch rozdziałów w podręcznikach:
 „*Rehabilitacja psychiczna w onkologii*” W: Rehabilitacja w onkologii / red. Woźniewski M, Kornafel J. Elsevier Urban & Partner 2010.
 „*Kontakt z pacjentem przewlekle chorym: schorzenia neurodegeneracyjne, układu krążenia, zaburzenia psychiczne*” W: Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną: wybrane zagadnienia / red. Steciwko A, Barański J, Wrocław: Elsevier Urban & Partner 2012).

f) nagrody i wyróżnienia

W 2012 roku w wyniku okresowej oceny nauczycieli akademickich przeprowadzonej przez Wydziałową Komisję Oceniającą uzyskałam ocenę **wyróżniającą** za osiągnięcia naukowe, dydaktyczne i współpracę ze środowiskiem w latach 2008-2011. Tak wysoką ocenę otrzymało tylko 10% pracowników naukowo-dydaktycznych AWF Wrocław.

Wrocław, 29 listopada 2012 r.



podpis Wnioskodawcy