

AUTOREFERAT

Urszula Religioni

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Warszawa 2021

Spis treści

1. DANE OSOBOWE.....	3
2. POSIADANE DYPLOMY I STOPNIE NAUKOWE.....	3
3. INFORMACJA O DOTYCHCZASOWYM ZATRUDNIENIU W JEDNOSTKACH NAUKOWYCH	4
4. OMÓWIENIE OSIĄGNIĘĆ O KTÓRYCH MOWA W ART. 219 UST. 1 PKT. 2 USTAWY Z DNIA 20 LIPCA 2018 R. PRAWO O SZKOLNICTWIE WYŻSZYM I NAUCE.....	6
5. INFORMACJA O WYKAZYWANIU SIĘ ISTOTNĄ AKTYWNOŚCIĄ NAUKOWĄ....	23
6. INFORMACJA O OSIĄGNIĘCIACH DYDAKTYCZNYCH, ORGANIZACYJNYCH ORAZ POPULARYZUJĄCYCH NAUKĘ.....	24

1. DANE OSOBOWE – IMIĘ I NAZWISKO

Urszula Religioni

2. POSIADANE DYPLOMY I STOPNIE NAUKOWE

- od 2018 studia doktoranckie, specjalność: ekonomia
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
2019 r. – otwarcie przewodu doktorskiego w dyscyplinie ekonomia
Promotor pracy: dr hab. n. ekon. Teresa Pakulska, prof. SGH
- 2016 stopień doktora (dr n. o zdr.)
Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu
Tytuł rozprawy doktorskiej: Metody racjonalizacji gospodarki produktami
lecznictwymi w podmiotach leczniczych w kontekście optymalizacji kosztów
leczenia
Promotor pracy: prof. dr hab. n. med. Bożena Walewska-Zielecka
Promotor pomocniczy: dr n. ekon. Aleksandra Czerw
- 2011 stopień magistra
Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu
kierunek: zdrowie publiczne
- 2011 stopień magistra
Uniwersytet Warszawski, Wydział Zarządzania
kierunek: zarządzanie
- 2009 stopień licencjata
Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu
kierunek: zdrowie publiczne

Szkolenia i kursy

- 2021 Comparing test accuracy: from pairwise to network meta-analysis of tests,
University of Birmingham/ Cochrane Training
- 2021 Social Sciences & Humanities Open: All About Reviewing, Elsevier Researcher
Academy
- 2021 Evidence Essentials (Evidence-based medicine, Randomized controlled trials,
Introduction to systematic reviews, Understanding and using systematic
reviews), Cochrane Training
- 2021 Ocena istotności wyników badań empirycznych w medycynie, StatSoft Polska
- 2020/2021 Introduction to Conducting Systematic Reviews; Common Errors in Reviews,
Cochrane Training

2020	Resources for Reviewers, Web of Science Clarivate Analytics online, ScholarOne Manuscripts
2019	Kompetencje dydaktyczne, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
2019	Współczesne problemy ekonomiczne w badaniach młodych naukowców, Uniwersytet w Białymstoku, Białystok
2018	Ochrona własności intelektualnej, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
2016	Writing in the Sciences, Stanford University online
2015	Letnia Szkoła Młodych Uczonych Polskiej Akademii Nauk, Mądralin
2015	Metody i techniki nauczania, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
2014	Badania Naukowe – pisanie wniosków grantowych – jak skutecznie aplikować o środki na badania, Centrum Promocji Informatyki, Warszawa
2013/2014	Coaching – studia podyplomowe, Collegium Civitas, Warszawa
2012	Finansowanie działalności szpitali, oraz udzielanie w nich świadczeń zdrowotnych, Europejskie Centrum Biznesu, Warszawa
2012	Ocena technologii medycznych (HTA), Health Project Management, Warszawa
2011/2012	Kurs Przystosowanie Pedagogiczne, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa
2011	Farmakoekonomika - zastosowanie w decyzjach refundacyjnych i gospodarce lekiem w szpitalu, Centrum Kreowania Liderów, Warszawa

Certyfikaty językowe

Język angielski – Certificate in Advanced English (CAE)

Język rosyjski – certyfikat znajomości języka na poziomie B2

3. INFORMACJA O DOTYCHCZASOWYM ZATRUDNIENIU W JEDNOSTKACH NAUKOWYCH

01.2020	Tartu Ülikooli Kliinikum, Tartu, Estonia praca w ramach zadania badawczego (KNOP/S19/19/19) realizowanego w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie
2018 – do dziś	Szkoła Główna Handlowa w Warszawie doktorant w Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie; udział w działalności jednostki w charakterze naukowym i dydaktycznym
06.2013	Städtisches Klinikum München, Monachium, Niemcy

- praca w ramach grantu badawczego dla młodych naukowców (NZB/PM41D/14)
- 05.2013 Stadtspital Waid, Zurych, Szwajcaria udział w badaniu naukowym (metody optymalizacji kosztów i jakości leczenia pacjentów)
- 2011-2015 Warszawski Uniwersytet Medyczny
doktorant w Zakładzie Zdrowia Publicznego; prowadzenie zajęć dydaktycznych oraz praca naukowa

Wybrana praca badawczo-naukowa w pozostałych jednostkach

- 2019 – do dziś OPC Opfarm Solutions – koordynator projektów badawczych
- 2019 JPB Ventures – praca badawczo-rozwojowa w zakresie projektowania i rozwoju technologii dla branży medycznej
- 2018 Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – przygotowywanie ekspertyz na zlecenie Instytutu
- 2016 – do dziś Aegate Limited Polska – koordynator projektów badawczych
- 2016 Pracownia Badawczo-Projektowa Sacada – systemowa i biznesowa analiza innowacyjnych technologii medycznych
- 2015-2017 Quizit – Unit Dose One – wsparcie rozwoju technologii dla branży medycznej
- 2012 – do dziś PGF Urtica Sp. z o.o. – redakcja Farmakoekonomiki Szpitalnej, członek Rady Naukowej

Dodatkowo, doświadczenie przy prowadzeniu projektów badawczych, tworzeniu analiz i raportów we współpracy z firmami:

Medicover Sp. z o.o (2015-2016; 2018-2020), Novo Nordisk (2015-2016), Roche (2016; 2017), AbbVie (2017; 2018), Lideo (2020)

Pozostałe doświadczenie zawodowe, w tym staże i praktyki

- 03.2013 – 05.2013 Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” – praktyka w aptece szpitalnej
- 06.2010 – 08.2010 Phoenix Pharma Polska Sp. z o.o. – asystentka Dyrektora Sprzedaży Detalicznej (praktyka)
- 10.2008 – 12.2010 Signal Iduna Polska S.A. – specjalista ds. implementacji danych oraz underwritingu (Departament Obsługi i Operacji Ubezpieczeń Zdrowotnych oraz Underwriting)
- 07.2008 Ministerstwo Zdrowia – praktyka w Departamencie Polityki Zdrowotnej

- | | |
|-------------------|--|
| 08.2007 – 10.2007 | Schering-Plough Central East S.A. – asystentka Dyrektora Lecznictwa Otwartego (praktyka) |
| 06.2007-07.2007 | SP Centralny Szpital Kliniczny WUM – praktyka w dziale medycyny pracy |

4. OMÓWIENIE OSIĄGNIĘĆ, O KTÓRYCH MOWA W ART. 219 UST. 1 PKT. 2 USTAWY Z DNIA 20 LIPCA 2018 R. PRAWO O SZKOLNICTWIE WYŻSZYM I NAUCE (DZ. U. Z 2020 R. POZ. 85 Z PÓŹN. ZM.).

Tytuł osiągnięcia naukowego:

*Wybrane aspekty zmagania się z chorobą
wśród pacjentów z najczęstszymi nowotworami w Polsce*

Publikacje wchodzące w skład osiągnięcia naukowego:

1. **Religioni U.** Cancer incidence and mortality in Poland. Clinical Epidemiology and Global Health 2020; 8(2): 329-334.

MNiSW: 20

Mój wkład polegał na całościowym przygotowaniu artykułu, w tym przeglądzie literatury, koncepcji pracy, zebraniu i opisie danych, przygotowaniu treści pracy, korespondencji z redakcją oraz modyfikacji artykułu według wskazówek recenzentów.

2. **Religioni U,** Czerw A, Budzik M, Deptała A, Badowska-Kozakiewicz AM. Assessment of Pain, Acceptance of the Disease, Adaptation to Life and Strategies for Coping with the Disease among Patients with Ovarian Cancer. Iranian Journal of Public Health 2021;50(4):833-834.

IF: 1.291

Mój wkład polegał na konceptualizacji pracy, prowadzeniu badania, interpretacji uzyskanych wyników, wizualizacji danych, przeglądzie literatury oraz przygotowaniu treści artykułu.

3. **Religioni U,** Czerw A, Deptała A. Assessment of Pain, Acceptance of Illness, Adaptation to Life, and Strategies of Coping With the Disease, in Patients With Bladder Cancer. In Vivo. 2021 Mar-Apr;35(2):1157-1161.

IF: 1.541 MNiSW: 40

Mój wkład polegał na konceptualizacji pracy, prowadzeniu badania, interpretacji uzyskanych wyników, wizualizacji danych, przeglądzie literatury, przygotowaniu

pełnej treści artykułu oraz zarządzaniu procesem publikacyjnym wraz z uzupełnieniem tekstu według sugestii recenzentów.

4. **Religioni U**, Czerw A, Badowska-Kozakiewicz AM, Budzik M, Deptała A. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life and strategies of coping with the illness in patients with pancreatic cancer. [in:] *Quality of Life Modifiers Due to Biological, Psychological, and Societal Factors*. Sage Arbor (edt.). IntechOpen, London 2021. [online first] DOI: 10.5772/intechopen.97325

Mój wkład polegał na konceptualizacji pracy, prowadzeniu badania, interpretacji uzyskanych wyników, wizualizacji danych, przeglądzie literatury, przygotowaniu treści artykułu, korespondencji z redakcją oraz modyfikacji według sugestii recenzentów.

5. **Religioni U**, Czerw A, Budzik M, Deptała A, Badowska-Kozakiewicz AM. Assessment of pain, acceptance of the disease, adaptation to life and strategies of coping with the disease in patients with endometrial cancer. *European Journal of Gynaecological Oncology* 2020;41(6):1016-1022.

IF: 0.215 MNiSW: 40

Mój wkład polegał na konceptualizacji pracy, prowadzeniu badania, interpretacji uzyskanych wyników, wizualizacji danych oraz przeglądzie literatury i przygotowaniu treści artykułu.

6. **Religioni U**, Czerw A, Badowska-Kozakiewicz AM, Deptała A. Assessment of Pain, Acceptance of Illness, Adjustment to Life, and Strategies of Coping with Illness among Patients with Gastric Cancer. *J Cancer Educ*. 2020 Aug;35(4):724-730.

IF: 1.576 MNiSW: 70

Mój wkład polegał na konceptualizacji pracy, prowadzeniu badania, interpretacji uzyskanych wyników, wizualizacji danych oraz przeglądzie literatury i przygotowaniu treści artykułu.

7. Czerw A, **Religioni U**, Deptała A, Fronczak A. Pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in prostate cancer patients. *Archives of Medical Science* 2017; 13(6):1459-1466.

IF: 2.344 MNiSW: 30

Mój wkład polegał na interpretacji uzyskanych wyników, wizualizacji danych, przeglądzie literatury i przygotowaniu pełnej treści artykułu.

8. Czerw A, **Religioni U**, Deptała A. Adjustment to life with lung cancer. *Adv Clin Exp Med* 2016; 25(4): 733–740.

IF: 1.179 MNiSW: 15

Mój wkład polegał na interpretacji uzyskanych wyników, wizualizacji danych, przeglądzie literatury i przygotowaniu pełnej treści artykułu.

9. Czerw A, **Religioni U**, Deptała A. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer* 2016; Jul;23(4):654-61.

IF: 1.572 MNiSW: 20

Mój wkład polegał na interpretacji uzyskanych wyników, wizualizacji danych, przeglądzie literatury i przygotowaniu pełnej treści artykułu.

10. Czerw A, **Religioni U**, Deptała A, Walewska-Zielecka B. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer, and coping strategies in colorectal cancer patients. *Przegląd Gastroenterologiczny* 2016;11(2):96-103.

MNiSW: 14

Mój wkład polegał na interpretacji uzyskanych wyników, wizualizacji danych, przeglądzie literatury i przygotowaniu pełnej treści artykułu.

Sumaryczny impact factor (IF) cyklu publikacji: 9.718

Omówienie prowadzonych badań

Wprowadzenie

Choroby nowotworowe stanowią główną przyczynę zgonów w krajach rozwiniętych i drugą w krajach rozwijających się [1,2]. Najczęściej diagnozowanymi nowotworami na świecie są rak płuca, rak piersi, rak gruczołu krokowego oraz rak jelita grubego [2,3]. Te same nowotwory stanowią główne przyczyny umieralności z powodu chorób nowotworowych, odpowiadając za ponad połowę zgonów nowotworowych w całej Unii Europejskiej (UE) [4].

W Polsce zachorowalność na nowotwory znacznie zwiększyła się w ostatnich dekadach. Obecnie najczęściej diagnozowanymi nowotworami w Polsce wśród kobiet są rak płuca, rak piersi oraz rak jelita grubego. Wśród mężczyzn największa zachorowalność dotyczy raka prostaty, raka płuca oraz raka jelita grubego [5]. Nowotwory są drugą najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce, tuż po chorobach układu krążenia. Spośród chorób nowotworowych, najczęstszymi przyczynami zgonów wśród kobiet są rak płuca, piersi oraz jelita grubego, a wśród mężczyzn: rak płuca, rak prostaty oraz rak jelita grubego [6,7].

Zmaganie się z chorobą nowotworową jest dla pacjentów czynnikiem obciążającym już od momentu postawienia diagnozy, bowiem większość osób zdaje sobie sprawę z ograniczeń i konsekwencji, jakie niesie za sobą choroba [8,9]. Pacjenci cierpiący na nowotwory zmagają się z bólem i cierpieniem, których pomiar jest szczególnie trudny [10,11]. Poza aspektem sensorycznym, ból jest w dużym stopniu uwarunkowany indywidualnymi psychologicznymi czynnikami takimi jak myśli o bólu, lęk, poczucie własnej sprawczości (radzenia sobie z bólem) czy kontroli nad bólem [12,13,14]. Sposób postrzegania bólu przez pacjenta wpływa z kolei na podejmowane dalsze działania, które dotyczą zarówno obszarów życia społecznego, zawodowego, jak i podejścia do dalszej terapii. Z tego względu, spośród różnych podejść do choroby, najkorzystniejsze dla pacjentów jest poczucie wewnętrznej kontroli, co sprawia, iż

pacjenci mają większe poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie [15,16]. W zakresie strategii radzenia sobie z bólem za najkorzystniejsze uznaje się deklarowanie radzenia sobie, zwiększoną aktywność behawioralną czy odwracanie uwagi [17].

Podjęcie do dolegliwości związanych z chorobą nowotworową w dużym stopniu wpływa na sposób przystosowania psychicznego i radzenia sobie z chorobą, jak również na poziom jej akceptacji [18]. Im wyższa akceptacja swojego stanu zdrowia, tym pacjent odczuwa mniej dyskomfortu i negatywnych emocji związanych z chorobą.

Przystosowanie do choroby nowotworowej polega na radzeniu sobie z samym schorzeniem i jego konsekwencjami, a w dłuższej perspektywie – na koniecznej adaptacji do szeroko pojętych zmian w jakości życia [19,20,21]. Przystosowanie do choroby wpływa na skuteczność radzenia sobie z bólem i innymi konsekwencjami choroby nowotworowej. Za najbardziej użyteczne uznawane są aktywne strategie przystosowania się do choroby, bowiem w dużym stopniu warunkują one lepsze funkcjonowanie pacjenta zarówno w obszarze fizycznym, emocjonalnym jak i społecznym [22,23,24].

Podjęcie do choroby i zmagania z bólem w znacznym stopniu determinują jakość życia pacjentów, będąc niejako predyktorami jakości życia warunkowanej stanem zdrowia wśród pacjentów z chorobami nowotworowymi [25]. Badania wskazują, iż poczucie wewnętrznej kontroli, aktywne strategie zmagania się z bólem i chorobą oraz wyższa akceptacja choroby w znacznym stopniu korelują z lepszą jakością życia, ale też mniejszym dyskomfortem związanym z chorobą, mniejszym nasileniem bólu, lepszym funkcjonowaniem społecznym, większym stopniem stosowania się do zaleceń lekarskich, a także lepszymi efektami terapii [25,26,27].

Powyższe rozważania wskazują na wielowymiarowość odczucia bólu i podjęcia pacjentów do choroby nowotworowej. Z tego względu niezwykle ważne jest ujęcie w badaniach różnych aspektów związanych z bólem i zmaganiem się z chorobą.

Cel badań i projekt cyklu prac

Głównym celem podjętych badań była ocena przekonań dotyczących kontroli nad bólem, strategii radzenia sobie bólem, akceptacji choroby oraz przystosowania psychicznego do choroby przez pacjentów chorujących na najczęstsze nowotwory w Polsce.

Niniejszy cykl prac rozpoczyna artykuł prezentujący epidemiologię chorób nowotworowych w Polsce. Na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów, sporządzono listę nowotworów będących najczęstszymi przyczynami zachorowalności i umieralności na nowotwory zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn (Tabela 1). Na tej podstawie wyodrębniono 9 najczęstszych nowotworów, które uwzględniono w dalszych badaniach: rak płuca, rak piersi, rak jelita grubego, rak prostaty, rak trzonu macicy, rak jajnika, rak żołądka, rak trzustki, rak pęcherza moczowego.

Tabela 1. Najczęstsze nowotwory pod względem zachorowalności i umieralności w Polsce

Zachorowalność – kobiety	Zachorowalność – mężczyźni
1. Płuco*	1. Prostaty

2. Piers*	2. Płuco
3. Jelito grube	3. Jelito grube
4. Trzon macicy	4. Pęcherz moczowy
5. Jajnik	5. Żołądek
Umieralność – kobiety	Umieralność – mężczyźni
1. Płuco	1. Płuco
2. Piers	2. Prostata
3. Jelito grube	3. Jelito grube
4. Jajnik	4. Żołądek
5. Trzustka	5. Pęcherz moczowy

Źródło: Wojciechowska U, Czaderny K, Ciuba A, Olasek P, Didkowska J. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2016 roku. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2018.

* według najnowszych danych pochodzących z Krajowego Rejestru Nowotworów (za 2018 rok), najczęściej diagnozowanym nowotworem wśród kobiet w Polsce jest rak piersi, a następnie rak płuca.

Każda kolejna praca ujęta w cyklu obejmuje grupę pacjentów chorujących na jeden z powyższych nowotworów. Ogólnie, badanie empiryczne objęło 1187 pacjentów. Badanie realizowane było w latach 2013 oraz 2017-2018 Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, wśród pacjentów leczonych ambulatoryjnie.

W badaniu zastosowano 4 standaryzowane kwestionariusze służące do oceny postaw wobec bólu i choroby:

1. Kwestionariusz Przekonań na temat Kontroli Bólu (The Beliefs about Pain Control Questionnaire, BPCQ), przeznaczony do badania osób cierpiących z powodu bólu [28].
2. Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (The Pain Coping Strategies Questionnaire, CSQ), wykorzystywany do badania osób chorych, uskarżających się na ból [29].
3. Skalę Akceptacji Choroby (Approval Illness Scale, AIS), mierzącą poziom przystosowania do choroby [30].
4. Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby (Mental Adjustment to Cancer, Mini-MAC), mierzącą poziom psychicznego przystosowania do choroby nowotworowej [31].

Omówienie poszczególnych publikacji

Religioni U. Cancer incidence and mortality in Poland. Clinical Epidemiology and Global Health 2020;8(2):329-334.

Na całym świecie choroby nowotworowe stanowią główną przyczynę zgonów w krajach rozwiniętych i drugą w krajach rozwijających się [1,2]. Najczęściej diagnozowanymi nowotworami są rak piersi (12,4% wszystkich nowotworów), rak jelita grubego (11,8%) oraz rak płuca (11,1%), a najwięcej zachorowań odnotowuje się w krajach Europy północnej i zachodniej. Najczęstszymi przyczynami zgonów są z kolei rak płuca (odpowiadający za

20,5% zgonów z powodu nowotworów na świecie), rak jelita grubego (8,1% zgonów) oraz rak piersi (7,1% zgonów) [3,4,5,32].

W Polsce nowotwory stanowią drugą najczęstszą przyczynę zgonów, będąc przyczyną umieralności około 25% pacjentów. W ciągu ostatnich 30 lat liczba zachorowań na nowotwory w Polsce wzrosła dwukrotnie. Tempo wzrostu zachorowań na nowotwory w ciągu ostatnich lat było podobne wśród kobiet i mężczyzn. Biorąc pod uwagę standaryzowane współczynniki zachorowalności na nowotwory, wartości charakterystyczne dla Polski są niższe niż współczynniki UE, co świadczy o niższym poziomie zachorowalności na nowotwory w Polsce [6,7].

W 2016 roku liczba zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet w Polsce wynosiła 81620. Większość zachorowań notowana była u kobiet w wieku 45-64 lat (ok. 50% zachorowań na nowotwory). Od wielu lat obserwowany jest pogłębiający się trend częstszej zachorowalności kobiet na nowotwory w grupie młodych dorosłych. Standaryzowany współczynnik zachorowań na nowotwory wśród kobiet w Polsce wyniósł w 2016 roku 225,4/100 tys., co jest wartością znacznie niższą niż średnia krajów UE (327,9). Ogólny wskaźnik przeżyć 1-roczych z nowotworem w grupie kobiet wynosił 76%, a 5-letnich wynosił 56%. Najczęściej występującymi nowotworami wśród kobiet są rak piersi (stanowiący 22,8% wszystkich zachorowań), rak płuca (9,5% zachorowań), rak jelita grubego (9% zachorowań), rak trzonu macicy (7,7%) oraz rak jajnika (4,6%). W dalszej kolejności wśród chorób nowotworowych u kobiet w Polsce występują rak tarczycy, szyjki macicy, nerki, czerniak oraz rak żołądka.

Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn w 2016 roku w Polsce wynosiła 82520. Znacząca większość zachorowań na nowotwory (ok. 70%) wśród mężczyzn przypada po 60 r.ż., a ryzyko zachorowania rośnie wraz z wiekiem. Standaryzowany współczynnik zachorowań na nowotwory wśród mężczyzn w Polsce wyniósł w 2016 roku 260,9 i był znacząco niższy niż standaryzowany współczynnik zachorowalności na nowotwory dla krajów UE. Ogólny wskaźnik 1-roczych przeżyć mężczyzn z nowotworem wynosi 65%, a wskaźnik przeżyć 5-letnich wynosi 41%. Najczęstszymi nowotworami występującymi u mężczyzn w Polsce są rak prostaty (19,3%), płuca (17,5%), rak jelita grubego (11,5%), rak pęcherza moczowego (6,6%) oraz rak żołądka (4,2%). Częstą zachorowalnością wśród mężczyzn w Polsce charakteryzują się również nowotwory nerki, krtani, trzustki, czerniaki oraz nowotwory mózgu.

Liczba zgonów z powodu nowotworów w Polsce jest coraz wyższa, a w ciągu ostatnich 50 lat wzrosła około 2,5-krotnie. Mimo iż dostępne w Polsce wskaźniki przeżywalności na nowotwory pokazują, iż skuteczność leczenia nowotworów w Polsce rośnie, ogólny wskaźnik 5-letnich przeżyć jest jednym z najniższych w całej Europie [33].

W Polsce z powodu chorób nowotworowych umiera rocznie około 4500 kobiet (44720 – 2016 rok), a standaryzowany współczynnik umieralności utrzymuje się od lat na stałym poziomie. Umieralność na nowotwory wśród kobiet w Polsce jest niższa niż w UE (standaryzowane współczynniki wynoszą odpowiednio 97,0 i 128,4). Najczęstszą przyczyną zgonów z powodu chorób nowotworowych u kobiet jest rak płuca (17,1% zgonów z powodu nowotworów). Kolejnymi nowotworami powodującymi najwięcej zgonów wśród kobiet w Polsce są: rak piersi (14,5% zgonów), rak jelita grubego (11%), rak jajnika (5,9%), rak

trzustki (5,6%). W dalszej kolejności wyszczególnić należy: rak żołądka, trzonu macicy, szyjki macicy, mózgu oraz nerki.

W 2016 roku odnotowano w Polsce 55253 zgonów mężczyzn z powodu chorób nowotworowych. Do lat 80. XX wieku obserwowano wśród mężczyzn znaczny wzrost umieralności na nowotwory, po czym nastąpiło zahamowanie tego wzrostu. W porównaniu do krajów UE, standaryzowany współczynnik umieralności na nowotwory wśród mężczyzn w Polsce jest niższy i wynosił w 2013 roku 167,4 (w porównaniu z 211,9 w UE). Dominującym nowotworem, przyczyniającym się do śmierci mężczyzn w Polsce jest rak płuca odpowiedzialny za co trzecią przyczynę zgonów z powodu nowotworów. W dalszej kolejności, najczęstszymi przyczynami śmierci z powodu chorób nowotworowych są: rak jelita grubego (11,5% zgonów), rak gruczołu krokowego (9,4%), rak żołądka (6,1%), rak pęcherza moczowego (5,4%). Kolejnymi nowotworami, przyczyniającymi się do największej liczby zgonów wśród mężczyzn są: rak trzustki, rak nerki, rak mózgu, rak krtani oraz rak przełyku.

Obserwowane w ostatnich latach zmiany w zachorowalności i umieralności na nowotwory w Polsce związane są przede wszystkim ze zmianami w strukturze demograficznej populacji, w której coraz większy odsetek stanowią osoby po 65 r.ż (13% mężczyzn i 19% kobiet), u których najczęściej diagnozowane są nowotwory [8]. Ważnymi czynnikami przyczyniającymi się do tych zmian (poza czynnikami genetycznymi) są również zachowania zdrowotne, w tym stosowanie używek, spożywanie wysokoprzetworzonej żywności, czy niska aktywność fizyczna [1,2,34,35,36]. Znaczącą rolę odgrywa także system ochrony zdrowia i prowadzone w ramach publicznych środków prewencja pierwotna oraz badania przesiewowe [1,2,35].

Religioni U, Czerw A, Budzik M, Deptała A, Badowska-Kozakiewicz AM. Assessment of Pain, Acceptance of the Disease, Adaptation to Life and Strategies for Coping with the Disease among Patients with Ovarian Cancer. Iranian Journal of Public Health 2021;50(4):833-834.

Rak jajnika jest piątym nowotworem pod względem częstotliwości zachorowań, a czwartym pod względem umieralności wśród kobiet w Polsce. Współczynniki zachorowalności i umieralności na ten nowotwór w Polsce są znacznie wyższe niż średnia krajów Unii Europejskiej. Ogólnoświatowe statystyki zachorowalności wykazują pewną zależność od statusu ekonomicznego danego regionu: w skali świata rak jajnika jest siódmym pod względem częstości nowotworem u kobiet, ale w krajach rozwiniętych plasuje się na piątym miejscu [7,37]. Ponieważ u większości kobiet w Polsce rak jajnika jest rozpoznawany w zaawansowanym stadium klinicznym, to podstawą terapii jest postępowanie skojarzone, które obejmuje leczenie chirurgiczne oraz chemioterapię [38]. Terapia raka jajnika wiąże się z występowaniem wielu skutków ubocznych, które mogą znacząco obniżyć jakość życia pacjentek [39,40,41].

W badaniu oceniającym strategię radzenia sobie bólem i jego chorobą, akceptację oraz przystosowanie do choroby, wzięło udział 177 kobiet z rakiem jajnika leczonych ambulatoryjnie w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie w latach 2017-2018.

Uzyskane wyniki wskazują, iż w wymiarze kontroli bólu pacjentki z rakiem jajnika największą rolę przypisują czynnikom wewnętrznym ($M=15,86$; $SD=5,17$) oraz wpływowi lekarzy ($M=15,65$; $SD=3,99$). Najwyższy średni wynik dla respondentek z rakiem jajnika uzyskano dla wymiarów modlenie się/pokładanie nadziei ($M=22,52$; $SD=7,91$) oraz deklarowanie radzenia sobie ($M=21,57$; $SD=8,99$), a najmniejszą wartość charakteryzuje wymiar katastrofizowania ($M=12,47$; $SD=7,91$). Średni wynik testu AIS (akceptacji choroby) dla pacjentek z rakiem jajnika wyniósł $M=26,73$ ($SD=7,28$). Pacjentki z rakiem jajnika uzyskały najwyższy wynik testu Mini-Mac w wymiarach ducha walki ($M=22,34$; $SD=3,95$) i pozytywnego przewartościowania ($M=21,91$; $SD=3,32$), najniższy zaś w wymiarze bezradność-beznadziejność ($M=13,06$; $SD=4,55$).

Religioni U, Czerw A, Deptala A. Assessment of Pain, Acceptance of Illness, Adaptation to Life, and Strategies of Coping With the Disease, in Patients With Bladder Cancer. In Vivo. 2021 Mar-Apr;35(2):1157-1161.

Rak pęcherza moczowego jest jedną z najczęstszych przyczyn zachorowalności i umieralności na nowotwory w Polsce, wykazując tendencję wzrostową zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn [7]. Zachorowanie na raka pęcherza moczowego wiąże się ze znacznym obniżeniem jakości życia [42,43]. Mimo dużej zachorowalności i umieralności na raka pęcherza moczowego, w literaturze rzadko znaleźć można informacje o jakości życia tej grupy pacjentów, doświadczeniach związanych z leczeniem czy indywidualnym podejściu pacjenta do choroby czy bólu z nią związanego.

Badanie mające na celu ocenę strategii radzenia sobie z bólem i jego kontrolą, akceptacji choroby i przystosowania do życia z chorobą nowotworową wśród pacjentów cierpiących na nowotwory pęcherza moczowego objęło grupę 100 pacjentów, będących pod ambulatoryjną opieką w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie w latach 2017-2018.

Uzyskane wyniki wskazują, iż pacjenci cierpiący na raka pęcherza moczowego największą rolę w kontroli bólu przypisują wpływowi lekarzy ($M=16,18$; $SD=5,08$), a najmniejszą przypadkowym zdarzeniom ($M=13,67$; $SD=5,10$). Najczęściej obraną strategią radzenia sobie w chorobie było deklarowanie radzenia sobie ($M=20,03$; $SD=8,54$), a najrzadziej - katastrofizowanie ($M=10,82$; $SD=7,03$). Średni poziom akceptacji choroby wśród pacjentów wyniósł $M=27,25$ ($SD=7,52$). Najczęściej wskazywanymi sposobami przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej były duch walki ($M=21,47$; $SD=3,53$) oraz pozytywne przewartościowanie ($M=20,87$; $SD=2,93$), a najrzadziej bezradność-beznadziejność ($M=13,22$; $SD=3,97$).

Religioni U, Czerw A, Badowska-Kozakiewicz AM, Budzik M, Deptala A. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life and strategies of coping with the illness in patients with pancreatic cancer. [in:] Quality of Life Modifiers Due to Biological, Psychological, and Societal Factors. Sage Arbor (edt.). [online first] IntechOpen, London 2021. doi.org/10.5772/intechopen.97325

Nowotwór trzustki jest czwartym najczęstszym nowotworem powodującym śmierć pacjentów na świecie [44]. W Polsce rak trzustki jest piątą najczęstszą przyczyną zgonów

z powodu nowotworów wśród kobiet [7]. Rokowania pacjentów z rakiem trzustki są relatywnie niskie, co przekładać się może na brak akceptacji choroby przez pacjentów i przyjęcie biernych postaw wobec choroby. Z uwagi na bardzo niską przeżywalność pacjentów z rakiem trzustki (średnio 3-7 miesięcy od rozpoznania, a tylko 10-15% pacjentów przeżywa jeden rok), ważne jest, by leczenie chorych uwzględniało osiągnięcie jak najwyższej jakości życia [45,46]. Subiektywnie oceniana jakość życia pacjentów z nowotworem w dużym stopniu zależy od akceptacji choroby nowotworowej oraz strategii radzenia sobie z bólem i chorobą.

W badaniu, którego celem była ocena strategii radzenia sobie z bólem i jego kontrolą, akceptacji choroby i przystosowania do życia z chorobą nowotworową wśród pacjentów cierpiących na nowotwory trzustki, wzięło udział 46 pacjentów leczonych ambulatoryjnie w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie w latach 2017-2018.

Wyniki badania wskazują, iż pacjenci z rakiem trzustki największą rolę w kontroli bólu przypisują czynnikom wewnętrznym ($M=16,85$; $SD=5,64$) najniższą przypadkowym zdarzeniom ($M=14,85$; $SD=4,11$). Najczęściej obieranymi przez pacjentów strategiami radzenia sobie z bólem są modlenie się/pokładanie nadziei ($M=22,33$; $SD=7,85$) oraz deklarowanie radzenia sobie ($M=19,83$; $SD=8,06$). Najmniejsze wartości widoczne są w wymiarach przewartościowania doznań bólu ($M=13,35$; $SD=9,24$) i ignorowania doznań ($M=14,93$; $SD=9,36$). Średni wynik akceptacji choroby według skali AIS wśród badanej grupy wyniósł 23,13 ($SD=7,84$). Najczęstszymi sposobami przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej dla badanej grupy są strategie pozytywnego przewartościowania ($M=20,07$; $SD=3,67$) i ducha walki ($M=19,80$; $SD=3,89$).

Religioni U, Czerw A, Budzik MP, Deptała A, Badowska-Kozakiewicz AM. Assessment of pain, acceptance of the disease, adaptation to life and strategies of coping with the disease in patients with endometrial cancer. European Journal of Gynaecological Oncology 2020;41(6):1016-1022.

W 2016 roku w Polsce rak trzonu macicy był czwartym pod względem częstości nowotworem u kobiet, a częstość zachorowań na raka trzonu macicy w Polsce jest znacznie wyższa niż średnia krajów Unii Europejskiej [7]. Nowotwory narządu rodniczego są jedną z głównych przyczyn zgonów kobiet w wieku pomenopauzalnym, co stanowi znaczący problem społeczny. Wiele badań wskazuje, iż jakość życia chorych z nowotworami narządu rodniczego jest relatywnie niska [47,48].

Celem prowadzonego badania była ocena strategii radzenia sobie z bólem i jego kontrolą, akceptacji choroby i przystosowania do życia z chorobą nowotworową wśród pacjentek z rakiem trzonu macicy.

W badaniu wzięło udział 119 pacjentek leczonych ambulatoryjnie w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie w latach 2017-2018.

W przypadku pacjentek chorujących na raka trzonu macicy, najwyższy średni wynik w kontroli bólu uzyskał wymiar wpływ lekarzy ($M=16,51$; $SD=4,47$), a najniższy – przypadkowe zdarzenia ($M=14,74$; $SD=4,28$). W zakresie strategii radzenia sobie z bólem, pacjentki najczęściej wybierają modlenie się/pokładanie nadziei ($M=21,40$; $SD=9,79$), najmniejszą wartość charakteryzuje wymiar przewartościowania doznań bólu ($M=12,37$; $SD=8,64$). Średni wynik testu AIS dla chorych cierpiących na nowotwór trzonu macicy wyniósł

M=27,08 (SD=7,48). Pacjentki cierpiące na raka trzonu macicy uzyskały największy wynik testu Mini-Mac w wymiarach ducha walki (M=22,87; SD=3,73) i pozytywnego przewartościowania (M=21,66; SD=2,88), najniższy zaś w wymiarze bezzadność-beznadziejność (M=12,74; SD=4,55).

Religioni U, Czerw A, Badowska-Kozakiewicz AM, Deptała A. Assessment of Pain, Acceptance of Illness, Adjustment to Life, and Strategies of Coping with Illness among Patients with Gastric Cancer. J Cancer Educ. 2020 Aug;35(4):724-730.

Nowotwór żołądka jest piątym najczęściej występującym nowotworem wśród mężczyzn i dziewiątym wśród kobiet w Polsce, a pod względem umieralności na nowotwory plasuje się na czwartym miejscu u mężczyzn i szóstym u kobiet [7]. Standardem leczenia niezaawansowanego raka żołądka jest zabieg chirurgiczny, który jednak znacznie obniża jakość życia pacjentów [49,50,51].

Celem badania była ocena strategii radzenia sobie z bólem i jego kontrolą, akceptacji choroby i przystosowania do życia z chorobą nowotworową wśród pacjentów cierpiących na nowotwory żołądka. Badanie przeprowadzono wśród 93 pacjentów ze zdiagnozowanym nowotworem żołądka, leczonych ambulatoryjnie w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie w latach 2017-2018.

Wyniki badania wskazują, iż w obszarze kontroli bólu pacjenci z rakiem żołądka największą rolę przypisują czynnikom wewnętrznym (M=16,34; SD=4,93), a najmniejszą przypadkowym zdarzeniom (M=15,33; SD=3,96), choć wartości wszystkich trzech obszarów kontroli bólu są zbliżone. W obszarze radzenia sobie z bólem pacjenci w największym stopniu obierają strategię modlenia się/pokładania nadziei (M=22,19; SD=9,36). Najniżej ocenianym strategiami były przewartościowanie doznań bólu (M=12,65; SD=7,98) i katastrofizowanie (M=15,04; SD=7,68). Średnia wartość akceptacji choroby dla pacjentów z rakiem żołądka wynosi M=24,02; SD=7,69. Pacjenci z rakiem żołądka uzyskali najwyższy wynik w teście Mini-Mac, mierzącym przystosowanie psychiczne do choroby w wymiarze pozytywnego przewartościowania (M=20,73; SD=3,35). Zbliżona wartość cechowała ducha walki (M=20,68; SD=3,98). Najniższy wynik uzyskano w wymiarze bezzadność/beznadziejność (M=14,62; SD=4,11).

Czerw A, Religioni U, Deptała A, Fronczak A. Pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in prostate cancer patients. Archives of Medical Science 2017; 13(6):1459-1466.

Nowotwór gruczołu krokowego jest drugą co do częstości występowania chorobą nowotworową u mężczyzn [7]. Celem badania była ocena strategii radzenia sobie z bólem i jego kontrolą, akceptacji choroby i przystosowania do życia z chorobą nowotworową wśród pacjentów cierpiących na nowotwory prostaty. Badanie przeprowadzono wśród 228 pacjentów ze zdiagnozowanym nowotworem prostaty, leczonych ambulatoryjnie w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie w 2013 roku.

Pacjenci cierpiący na nowotwór prostaty w podobnym stopniu przypisują kontrolę bólu wszystkim trzem obszarom weryfikowanym testem BPCQ, choć najwyższą średnią uzyskał wpływ lekarzy (M=16,31; SD=5,14). Najczęściej obraną strategią radzenia sobie w chorobie

była zwiększona aktywność behawioralna ($M=18,27$; $SD=10,81$) oraz deklarowanie radzenia sobie ($M=17,85$; $SD=11,68$), a najrzadziej katastrofizowanie ($M=6,54$; $SD=7,75$).

Średni poziom akceptacji choroby wśród pacjentów wyniósł 30,39 ($SD=8,07$). Najczęściej wskazywanymi sposobami radzenia sobie były duch walki ($M=22,46$; $SD=3,44$) oraz pozytywne przewartościowanie ($M=22,04$; $SD=2,99$), a najrzadziej bezradność-beznadziejność ($M=11,39$; $SD=4,23$).

Czerw A, Religioni U, Deptała A. Adjustment to life with lung cancer. Adv Clin Exp Med 2016; 25(4): 733–740.

W Polsce rak płuca jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród mężczyzn, a drugim, po nowotworze piersi, u kobiet. W ostatnich latach odnotowuje się około 20000 nowych zachorowań rocznie [7].

Celem badania była ocena poczucia kontroli bólu, akceptacji choroby, przystosowania do życia oraz strategii radzenia sobie z chorobą wśród 243 pacjentów cierpiących na nowotwory płuca. Badanie realizowane było w 2013 roku.

W przypadku pacjentów chorujących na nowotwory płuca, najwyższy średni wynik testu uzyskał wymiar wpływu lekarzy ($M=16,79$; $SD=5,52$), a najniższy – czynniki wewnętrzne ($M=15,64$; $SD=6,19$). W zakresie kontroli bólu najwyższy średni wynik dla respondentów cierpiących na nowotwór płuca uzyskał wymiar deklarowania radzenia sobie ($M=19,64$; $SD=10,44$), najmniejszą wartość charakteryzuje wymiar przewartościowania doznań bólu ($M=10,32$; $SD=9,35$). Średni wynik testu AIS dla chorych cierpiących na nowotwór płuc wyniósł 23,17 ($SD=7,61$). Respondenci cierpiący na nowotwór płuca uzyskali największy wynik testu Mini-Mac w wymiarach ducha walki ($M=21,91$; $SD=4,73$) i pozytywnego przewartościowania ($M=21,40$; $SD=4,11$), najniższy zaś w wymiarze bezradność-beznadziejność ($M=13,55$; $SD=4,48$).

Czerw A, Religioni U, Deptała A. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. Breast Cancer 2016; Jul;23(4):654-61.

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród kobiet, zarówno w krajach wysokorozwiniętych, jak i rozwijających się [52]. W przeciągu ostatnich 40 lat liczba zdiagnozowanych zachorowań na raka piersi wzrosła aż czterokrotnie [7,8]. Choroba nowotworowa, a szczególnie rak piersi z mastektomią stanowi duże obciążenie psychologiczne dla kobiet dotkniętych tym problemem. Stosuje się liczne metody pomiarowe, by jak najefektywniej objąć wsparciem psychologicznym tę grupę pacjentek [53,54].

Celem badania była ocena strategii radzenia sobie z bólem i jego kontrolą, akceptacji choroby i przystosowania do życia z chorobą nowotworową wśród pacjentek cierpiących na raka piersi. W badaniu wzięły udział 193 pacjentki ze zdiagnozowanym rakiem piersi, leczone ambulatoryjnie w 2013 roku w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

W kontroli bólu pacjentki z rakiem piersi przypisywały największą rolę wpływowi lekarzy ($M=17,09$; $SD=4,40$), nieco niższy przypadkowym zdarzeniom ($M=16,27$; $SD=4,32$) oraz czynnikom wewnętrznym ($M=16,11$; $SD=5,28$). Spośród strategii radzenia sobie z bólem,

najwyższy średni wynik dla respondentek z rakiem piersi uzyskano dla wymiaru deklarowania radzenia sobie ($M=21,81$; $SD=9,33$), najmniejszą wartość charakteryzuje wymiar katastrofizowania ($M=10,60$; $SD=7,83$). Średni wynik akceptacji choroby dla pacjentek z rakiem piersi wyniósł 28,45 ($SD=7,98$). Pacjentki z rakiem piersi uzyskały najwyższy wynik testu Mini-Mac w wymiarach ducha walki ($M=23,43$; $SD=3,21$) i pozytywnego przewartościowania ($M=22,05$; $SD=3,09$), najniższy zaś w wymiarze bezzadność-beznadziejność ($M=11,89$; $SD=4,10$).

Czerw A, Religioni U, Deptała A, Walewska-Zielecka B. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer, and coping strategies in colorectal cancer patients. Przegląd Gastroenterologiczny 2016;11(2):96-103.

Rak jelita grubego stanowi trzeci co do częstości nowotwór na świecie [1]. Dane Krajowego Rejestru Nowotworów wskazują, że w ostatnich latach nastąpił zarówno wzrost liczby zachorowań, jak i liczby zgonów z powodu występowania tego nowotworu [6,7].

Badanie mające na celu ocenę strategii radzenia sobie z bólem i jego kontrolą, akceptacji choroby i przystosowania do życia z chorobą nowotworową wśród pacjentów cierpiących na nowotwory jelita grubego, objęto 238 pacjentów leczonych ambulatoryjnie w 2013 roku w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Wyniki badania wskazują, iż w przypadku pacjentów chorujących na nowotwory jelita grubego, w zakresie kontroli bólu najwyższy średni wynik uzyskał wymiar czynniki wewnętrzne ($M=17,36$; $SD=5,47$), a najniższy – przypadkowe zdarzenia ($M=15,72$; $SD=4,68$). W obszarze strategii walki z bólem, najwyższy średni wynik dla respondentów cierpiących na nowotwory jelita grubego uzyskał wymiar deklarowania radzenia sobie ($M=21,86$; $SD=9,43$), choć równie wysoko oceniana była zwiększona aktywność behawioralna ($M=21,42$; $SD=9,16$). Najmniejsza wartość charakteryzuje wymiar katastrofizowania ($M=10,04$; $SD=7,75$). Średni wynik akceptacji choroby uzyskany przez pacjentów cierpiących na nowotwory jelita grubego w skali AIS wyniósł 27,74 ($SD=8,36$). Respondenci cierpiący na nowotwory jelita grubego uzyskali najwyższy wynik testu Mini-Mac wskazującego na obszary psychicznego przystosowania się do choroby, w wymiarach ducha walki ($M=23,42$; $SD=3,64$) i pozytywnego przewartościowania ($M=22,31$; $SD=2,83$), najniższy zaś w wymiarze bezzadność-beznadziejność ($M=12,39$; $SD=4,26$).

Wnioski i implikacje praktyczne

Choroby nowotworowe są problemem nie tylko zdrowotnym, ale niosąc za sobą konsekwencje związane z długotrwałym leczeniem, obniżoną jakością życia, obniżoną produktywnością, czy koniecznością pomocy ze strony osób bliskich, stają się problemem społecznym i ekonomicznym [55,56,57]. W Polsce nowotwory złośliwe stanowią istotny problem szczególnie wśród osób w wieku średnim, głównie w populacji kobiet do 65 rż., a więc wśród osób, które są w wieku pełnej produktywności. W tej grupie nowotwory są główną przyczyną zgonów. Szacuje się, że z uwagi na trend starzenia się społeczeństwa i niekorzystnych zmian stylu życia (mała aktywność fizyczna, niewłaściwa dieta, stosowanie

używek) do 2030 roku liczba nowo diagnozowanych chorób nowotworowych wzrośnie do 21,7 mln, a liczba zgonów przekroczyć może 13 mln [58].

Z uwagi na powyższe, w systemach ochrony zdrowia ważne jest zaplanowane, długofalowe leczenie chorób nowotworowych, co powinno stać się jednym z priorytetów polityk zdrowotnych. Ważnym aspektem w tym względzie jest odpowiednie finansowanie leczenia onkologicznego, ale również badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia nowotworów, czy późniejszej rehabilitacji, opierając się na tych technologiach medycznych, które są efektywne klinicznie i kosztowo, a tym samym przyniosą długofalowe efekty zdrowotne [34,35].

Współczesna medycyna coraz częściej zaczyna zwracać uwagę nie tylko na terapeutyczne efekty leczenia chorób przewlekłych, ale również na wpływ stosowanych terapii na jakość życia pacjentów, ich codzienne funkcjonowanie, samopoczucie, aktywność zawodową. Obszary te warunkowane są zarówno przez czynniki zewnętrzne (m.in. poziom stabilizacji finansowej, sytuacja mieszkaniowa, stopień edukacji, utrzymywanie kontaktów społecznych), jak i wewnętrzne, takie jak styl radzenia sobie ze stresem czy cechy osobowościowe [59,60]. Ważnymi zagadnieniami stają się również poziom odczucia bólu przez pacjentów, strategie radzenia sobie z bólem i chorobą, ich akceptacja czy przystosowanie psychiczne do choroby [61]. W opiece nad chorymi na nowotwory należy więc podkreślić konieczność kompleksowej i długofalowej opieki psychologicznej [62]. Nowotwór wpływa bowiem na psychikę osoby chorej, stając się źródłem dużego stresu i powstania negatywnych emocji. Wiele badań wskazuje, iż strategie katastrofizowania czy modlenia się/pokładania nadziei w znaczącym stopniu wpływają na nasilenie objawów bólowych w chorobach przewlekłych i pogorszenie ogólnego stanu zdrowia [63,64,65]. Podobnie, pacjenci przyjmujący postawę zaabsorbowania lękowego czy bezzadziejności częściej podważają stosowność zażywanych leków, mają wątpliwości co do bezpieczeństwa przyjmowanych preparatów, a swoim zachowaniem mogą negatywnie wpływać na przebieg swojej terapii [66]. Akceptacja choroby i próby radzenia sobie z chorobą nowotworową znacząco wpływają z kolei na ocenianą przez pacjentów jakość życia. Wskazywane są ścisłe związki podejścia do choroby nowotworowej z poziomem odczucia bólu, efektami leczenia oraz przeżywalnością chorych [67,68,69,70].

Tym samym, działania personelu medycznego w stosunku do chorych z nowotworami powinny obejmować nie tylko usługi leczniczo-pielęgnacyjne, ale również systematyczną ocenę stopnia osiągnięcia ustalonych celów terapeutycznych, a ponadto działania edukacyjne w oparciu o obszar psychologii, takie jak kształtowanie u pacjentów akceptacji choroby, odpowiedzialności za swoje zdrowie czy upowszechniania wiedzy na temat tego, jak podnieść jakość swojego życia. Biorąc pod uwagę wpływ postaw wobec choroby na efekty leczenia pacjentów, należy podkreślić, iż objęcie pacjentów wsparciem psychologów klinicznych, może przynieść korzyści zarówno dla samych pacjentów, jak również dla całych systemów ochrony zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018 Nov;68(6):394-424.

2. Antoni S, Soerjomataram I, Møller B, Bray F, Ferlay J. An assessment of GLOBOCAN methods for deriving national estimates of cancer incidence. *Bulletin of the World Health Organization* 2016;94:174-184.
3. International Agency for Research on Cancer, All cancers, March 2019; <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>, 20.01.2021.
4. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Dyba T, Randi G, Bettio M, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *Eur J Cancer*. 2018 Nov;103:356-387.
5. OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris 2016.
6. Krajowy Rejestr Nowotworów, Nowotwory złośliwe ogółem <http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-ogolem-2/>, 12.01.2021.
7. Wojciechowska U, Czaderny K, Ciuba A, Olasek P, Didkowska J. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2016 roku. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2018.
8. Krajewski W, Mazur M, Poterek A, Pastuszek A, Halska U, Tukiendorf A, et al. Assessment of pain management, acceptance of illness, and adjustment to life with cancer in patients with nonmuscle invasive bladder cancer. *BioMed research international* 2018;7598632.
9. Kyranou M, Paul SM, Dunn LB, Puntillo K, Aouizerat BE, Abrams G, et al. Differences in depression, anxiety, and quality of life between women with and without breast pain prior to breast cancer surgery. *Eur J Oncol Nurs*. 2013;17(2):190–195.
10. Erol O, Unsar S, Yacan L, Pelin M, Kurt S, Erdogan B. Pain experiences of patients with advanced cancer: A qualitative descriptive study. *Eur J Oncol Nurs*. 2018 Apr; 33:28-34.
11. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa 2012, s. 138-142.
12. Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20:163–167.
13. Linton SJ, Shaw WS. Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical Therapy* 2011;91(5):700-711.
14. Conversano C. Common psychological factors in chronic diseases. *Frontiers in Psychology* 2019;10: 2727.
15. Berglund E, Lytsy P, Westerling R. The influence of locus of control on self-rated health in context of chronic disease: a structural equation modeling approach in a cross sectional study. *BMC Public Health* 2014;14(1):1-9.
16. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa 2012, s. 155.
17. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa 2012, s. 161.
18. Ruszkiewicz M, Kreft K. Correlates of the acceptance of illness in a group of cancer patients. *Psychoonkologia*. 2017;21(2):37-44.
19. Dijkstra A, Buunk A.P, Tóth G, Jager N. Psychological adjustment to chronic illness: The role of prototype evaluation in acceptance of illness. *J Appl Biobehav Res* 2008; 12(3–4):119–140.
20. Telford K, Kralik D, Koch T. Acceptance and denial: Implications for people adapting to chronic illness: Literature review. *J Adv Nurs* 2006;55(4):457–464.
21. Stuifbergen AK, Seraphine A, Roberts G. An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nurs Res* 2004;49(3):122–129.
22. Rogala D, Mazur A, Maślińska M, Koper K, Wysocka J. Self-efficacy and strategies of adaptation to disease in patients with cancer of reproductive organs. *Current Gynecologic Oncology* 2015; 13(3):154-164.
23. Guzińska K, Dziedziul J, Rudnik A. Psychological conditions of the quality of life of patients undergoing radiotherapy with regard to the stage of the disease and age. *Psychoonkologia* 2014;2:51–58.
24. Johannessen-Henry CT, Deltour I, Bidstrup P.E, Dalton S.O, Johansen C. Associations between faith, distress and mental adjustment--a Danish survivorship study. *Acta Oncol*. 2013 Feb;52(2):364-371.

25. Laarhoven HW, Schilderman J, Bleijenberg G, Donders R, Vissers KC, Verhagen CA, Prins JB. Coping, quality of life, depression, and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative, end-of-life care setting. *Cancer Nursing*. 2011;34:302–314.
26. Kulpa M, Kosowicz M, Stypuła-Ciuba B.J, Kazalska D. Anxiety and depression, cognitive coping strategies, and health locus of control in patients with digestive system cancer. *Prz Gastroenterol*. 2014; 9(6):329–335.
27. Zietalewicz U, Kulpa M, Stypuła-Ciuba B, Kosowicz M. Psychological functioning in women and men with cancer. *Medycyna Paliatywna* 2014;6(3):145-150.
28. Skevington SM. A standardised scale to measure beliefs about controlling pain (BPCQ): a preliminary study. *Psychol Health* 1990;4:221-232.
29. Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of cognitive coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983;17:33-44.
30. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012, s. 162-166.
31. Watson M, Law M, Santos M, Greer S, Baruch J, Bliss J. The Mini-MAC: further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychological Oncology* 1994;12(3):33-46.
32. International Agency for Research on Cancer. Cancer Screening in the European Union (2017) Report on the implementation of the Council. Recommendation on cancer screening. Lyon 2017.
33. Godlewski D, Adamczak M, Wojtyś P. Experiences of cancer patients in Poland throughout diagnosis and treatment. *European Journal of Cancer Care* 2017;26(2):e12436.
34. Torre LA, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends-An Update. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2016 Jan;25(1):16-27.
35. Arem H, Loftfield E. Cancer Epidemiology: A Survey of Modifiable Risk Factors for Prevention and Survivorship. *Am J Lifestyle Med*. 2018 May-Jun; 12(3):200–210.
36. Malvezzi M, Carioli G, Bertuccio P, Boffetta P, Levi F, La Vecchia C, Negri E. European cancer mortality predictions for the year 2018 with focus on colorectal cancer. *Ann Oncol*. 2018 Apr 1;29(4):1016-1022.
37. Reid BM, Permuth JB, Sellers TA. Epidemiology of ovarian cancer: a review. *Cancer biology & medicine* 2017;14(1):9.
38. Rak jajnika. Patobiologia, diagnostyka i przegląd współczesnych metod leczenia, Weisło G, Szczylik C. (red.), Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2011, s. 9.
39. Oplawski M, Kojs-Pasińska E, Smoczyńska M, Kwiatkowski M, Jaszczyński J, Kojs Z. The impact of combination therapy for ovarian carcinoma on the urinary tract. *Curr Gynecol Oncol* 2015;13(4):217–223.
40. Leszek A, Bielawska M, Nalewczyńska A. Jakość życia chorych na raka jajnika. *Gin Prakt* 2009; 3:3-6.
41. Syrjala KL, Jensen MP, Mendoza ME, Yi JC, Fisher HM, Keefe FJ. Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology* 2014;32(16):1703.
42. Gacci M, Saleh O, Cai T, Gore J.L, D'Elia C, Minervini A, et al. Quality of life in women undergoing urinary diversion for bladder cancer: results of a multicenter study among long-term disease-free survivors. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:43.
43. Hedgepeth R.C, Gilbert S.M, He C, Lee C.T, Wood D.P Jr., Body image and bladder cancer specific quality of life in patients with ileal conduit and neobladder urinary diversions. *Urology* 2010;76(3):671-675.
44. Zhang Q, Zeng L, Chen Y, Lian G, Qian C, Chen S, Li J, Huang K. Pancreatic Cancer Epidemiology, Detection, and Management. 2016;2016:8962321.
45. Gooden HM, White KJ. Pancreatic cancer and supportive care—pancreatic exocrine insufficiency negatively impacts on quality of life, *Supportive Care in Cancer* 2013; 21(7):1835–1841.
46. Carrato A, Falcone A, Ducreux M, Valle JW, Parnaby A, Djazouli K, et al. A Systematic Review of the Burden of Pancreatic Cancer in Europe: Real-World Impact on Survival, Quality of Life and Costs. *J Gastrointest Canc* 2015;46(3):201-211.
47. Szczepanik K, Telka E, Jochymek B, Miśta W, Kleszyk Ł. Tolerance of gynecological cancer radiation therapy by women during the post-menopause. *Nowa Medycyna* 2011;2:24-27.
48. Barnas E, Dutka K, Kubik B, Kołpa M. Quality of life of women treated for gynecological cancer — preliminary results. *Nursing Topics* 2013;21(1):7–12.

49. Choi JH, Kim ES, Lee YJ, Cho KB, Park KS, Jang BK, et al. Comparison of quality of life and worry of cancer recurrence between endoscopic and surgical treatment for early gastric cancer. *Gastrointest Endosc.* 2015;82(2):299-307.
50. Karanikolas PJ, Graham D, Gonen M, Strong VE, Brennan MF, Coit DG. Quality of life after gastrectomy for adenocarcinoma: a prospective cohort study. *Ann Surg.* 2013;257:1039–1046.
51. Yu W, Park KB, Chung HY, Kwon OK, Lee SS. Chronological Changes of Quality of Life in Long-Term Survivors after Gastrectomy for Gastric Cancer. *Cancer Res Treat.* 2016; 48(3):1030–1036.
52. WHO. Breast cancer: prevention and control, <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html>, 17.01.2021.
53. Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Strategia walki z rakiem w Polsce 2015-2024, http://www.puo.pl/resources/files/Strategia_Walki_z_Rakiem_w_Polsce_2015_2024.pdf, 17.11.2020.
54. Barnaś E, Skręt A, Skręt-Magierło J, Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową piersi. *Przegląd Menopauzalny* 2009;1:15–19.
55. Ekwueme DU, Trogon JG, Khavjou OA, Guy GP Jr. Productivity Costs Associated With Breast Cancer Among Survivors Aged 18-44 Years. *Am J Prev Med.* 2016 Feb;50(2):286-294.
56. Hanly P, Soerjomataram I, Sharp L. Measuring the societal burden of cancer: the cost of lost productivity due to premature cancer-related mortality in Europe. *Int J Cancer.* 2015 Feb 15;136(4):E136-45.
57. Yin W, Horblyuk R, Perkins JJ, Sison S, Smith G, Snider JT, et al. Association Between Breast Cancer Disease Progression and Workplace Productivity in the United States. *J Occup Environ Med.* 2017 Feb;59(2):198-204.
58. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008–2030): A population-based study. *The Lancet Oncology* 2012;13:790–801.
59. Wysokiński M, Fidecki W, Korzeniowska M, Wrońska I. Quality of life in elderly patients with digestive tract cancers hospitalised at a general surgery department. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2012;2:72-77.
60. You J, Wang C, Rodriguez L, Wang X, Lu Q. Personality, coping strategies and emotional adjustment among Chinese cancer patients of different ages. *European Journal of Cancer Care* 2018; 27(1):e12781.
61. Radecka B. Health-related quality of life – the role and manners of assessment in cancer patients. *Curr Gynecol Oncol* 2015;13(3):172–179.
62. Dieng M, Cust AE, Kasparian NA, Mann GJ, Morton RL. Economic evaluations of psychosocial interventions in cancer: a systematic review. *Psychooncology.* 2016 Dec;25(12):1380-1392.
63. McCracken L, Eccleston Ch. A comparison of the relative of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. *Eur J Pain* 2006;10:23-29.
64. Merlijn VP, Hunfeld JA, van der Wonden JC. Factors related to the quality of life in adolescents with chronic pain. *Clin J Pain* 2006;22:306-315.
65. Khan RS, Ahmed K, Blakeway E, Skapinakis P, Nihoyannopoulos L, Macleod K et al. Catastrophizing: a predictive factor for postoperative pain. *Am J Surg.* 2011 Jan;201(1):122-231.
66. Grassi L, Meggiolaro E, Berardi M.A, Sirgo A, Colistro M.C, Andritsch E, et al. Beliefs about medicines, doctor–patient relationship, and coping among European patients with cancer. *Psycho-Oncology* 2017; 26:282–285.
67. Secinti E, Tometich DB, Johns SA, Mosher CE. The relationship between acceptance of cancer and distress: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2019 Jul;71:27-38.
68. Nipp RD, Greer JA, El-Jawahri A, Moran SM, Traeger L, Jacobs JM, et al. Coping and Prognostic Awareness in Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol.* 2017 Aug 1;35(22):2551-2557.
69. Tojal C, Costa R. Depressive symptoms and mental adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 2015; 24(9):1060-1065.
70. Gillanders DT, Sinclair AK, MacLean M, Jardine K. Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2015; 4(4):300-311.

Informacje dodatkowe

Powyższy obszar badań znalazł odzwierciedlenie w innych moich pracach. W czterech artykułach prezentowałam porównanie przekonań na temat kontroli bólu (za pomocą kwestionariusza BPCQ), strategii radzenia sobie z bólem (kwestionariusz BPCQ), akceptacji choroby (kwestionariusz AIS) oraz psychicznego przystosowania się do choroby nowotworowej (kwestionariusz MiniMAC) wśród pacjentów cierpiących na nowotwory:

- **Religioni U**, Czerw A, Deptała A. Patient mental adjustment to selected types of cancer. *Psychiatria Polska* 2018; Feb 28;52(1):129-141.
- **Religioni U**, Czerw A, Deptała A. Strategies of Coping with Pain in Cancer on the Basis of Lung, Breast, Colorectal, and Prostate Carcinoma. *Journal of Cancer Education* 2017; 32(4):771-777.
- Czerw A, **Religioni U**, Deptała A, Fronczak A. Application of the BPCQ questionnaire to assess pain management in selected types of cancer. *Ann Agric Environ Med* 2016;23(4):677–682.
- **Religioni U**, Czerw A, Deptała A. Acceptance of Cancer in Patients Diagnosed with Lung, Breast, Colorectal and Prostate Carcinoma. *Iranian Journal of Public Health* 2015; 44(8): 1135-1142.

Zestawienie wyników powyższych testów psychometrycznych wśród pacjentów z najczęściej występującymi nowotworami układu pokarmowego znalazło swoje odzwierciedlenie w publikacji: Czerw A, **Religioni U**, Banaś T. Perception of cancer in patients diagnosed with the most common gastrointestinal cancers. *BMC Palliat Care*. 2020 Sep 17;19(1):144.

Kwestie jakości życia pacjentów podejmowałam również w innych pracach, w których grupami docelowymi były zarówno osoby z nowotworami, jak i pacjenci z innymi jednostkami chorobowymi, m.in.:

- Janiszewska M, Drop B, Drop K, Kowalska W, Podstawka I, **Religioni U**. Adjustment in women treated for rheumatoid arthritis. *Ann Agric Environ Med*. 2021. doi:10.26444/aaem/133369.
- Dąbrowska-Bender M, Słoniewski R, **Religioni U**, Słoniewska A, Staniszevska A, Jabłkowska-Górecka K, Milewska M, Sobol A, Kupiecka A. Sexual and Psychoemotional Disorders in Male Patients Treated for Prostate Carcinoma. Multimodal Approach to Prostate Cancer. *IntechOpen*, 2019. DOI: 10.5772/intechopen.87208.
- Dąbrowska-Bender M, Słoniewski R, **Religioni U**, Słoniewska A, Milewska M, Kupiecka A, Sobol A, Staniszevska A. The Impact of Treatment on Quality of Life in Patients with Head and Neck Cancer. *Iran J Public Health*. 2019 Jan;48(1):181-183.
- Dąbrowska-Bender M, Słoniewski R, **Religioni U**, Juszczak G, Słoniewska A, Staniszevska A. Analysis of Quality of Life Subjective Perception by Patients Treated for Prostate Cancer with the EORTC QLQ-C30 Questionnaire and QLQ-PR25 Module. *Journal of Cancer Education* 2017; 32(3): 509-515.
- Staniszevska A, **Religioni U**, Dąbrowska-Bender M. Acceptance of disease and lifestyle modification after diagnosis among young adults with epilepsy. *Patient Preference Adherence*. 2017;11:165–174.

- Dąbrowska-Bender M, Staniszevska A, **Religioni U**, Duda-Zalewska A, Kaczorek M. The quality of life of patients with multiple sclerosis and socio-demographic, physical and psycho-emotional. MS Report 2014; 3(4): 7-13.

Kontynuując badania w obszarze jakości życia, w tym akceptacji choroby, kontroli bólu czy przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej, moje dalsze plany obejmują prace w kierunku normalizacji kwestionariuszy BPCQ, CSQ, AIS oraz MiniMAC. Celem normalizacji jest określenie norm wyników poszczególnych obszarów wyżej wymienionych kwestionariuszy wśród osób z chorobami nowotworowymi.

Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jest obszarem wielowymiarowym. Jako członek Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego, kwestie jakości życia pacjentów i efektywności ich leczenia są jednymi z moich głównych zainteresowań, zarówno badawczych jak i zawodowych. W tym miejscu warto podkreślić również inny aspekt jakości życia pacjentów, który związany jest z rozwojem nowych technologii, w tym technologii mających zastosowanie w farmakoterapii. Wiele z nich ma zastosowanie wśród osób z chorobami nowotworowymi.

Swoje doświadczenie naukowe w obszarze jakości życia pacjentów wykorzystuję m.in. jako recenzent artykułów kierowanych do międzynarodowych czasopism naukowych, z których większość dotyczy wieloaspektowości jakości życia, wpływu nowych rozwiązań technologicznych na jakość życia pacjentów, epidemiologii czy oceny efektywności terapii w chorobach nowotworowych.

Jako członek Rady Naukowej czasopisma Farmakoekonomika Szpitalna oraz autor zamieszczanych tam artykułów, zwracam szczególną uwagę, by ekonomiczne oceny terapii uwzględniały zawsze wpływ na jakość życia pacjentów. W wielu publikacjach podkreślam, iż jakość życia pacjentów jest obszarem wielowymiarowym, wymagającym efektywnej komunikacji i interdyscyplinarności zespołów prowadzących opiekę nad pacjentem, a dbałość o zwiększenie jakości życia pacjentów w dużym stopniu wpłynąć może na efektywność funkcjonowania całych systemów ochrony zdrowia.

5. INFORMACJA O WYKAZYWANIU SIĘ ISTOTNĄ AKTYWNOŚCIĄ NAUKOWĄ

albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej

- Stała współpraca naukowa z polskimi i zagranicznymi instytucjami naukowymi w zakresie projektów badawczych, ekspertyz i tekstów naukowych, w tym:
 - Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
 - Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
 - Uniwersytet Medyczny w Lublinie
 - Department of Pharmacy, University of Freiburg, Niemcy
 - College of Pharmacy, King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia
 - Children's Hospital of Eastern Ontario, Ottawa, Canada

- 32 referaty wygłoszone na krajowych i międzynarodowych konferencjach naukowych
- Uczestnictwo w pracach 8 zespołów realizujących projekty badawcze (w 2 pełniąc funkcję kierownika)
- Recenzent 7 krajowych i międzynarodowych czasopism naukowych (w tym 6 posiadających IF)
- Stała współpraca naukowa z otoczeniem gospodarczym przy wdrożeniach nowych technologii medycznych, prowadzeniu badań, szkoleń oraz raportów i ekspertyz

INFORMACJE NAUKOMETRYCZNE

1. Informacja o punktacji Impact Factor: po doktoracie: 66.606 IF (oraz listy do redakcji 3.350 IF)
przed doktoratem: 3.388
Ogółem: **69.994 IF (oraz listy do redakcji 3.350 IF)**
2. Informacja o liczbie cytowań publikacji wnioskodawcy (wg bazy Scopus): **158**
Liczba cytowań bez autocytowań: 128
3. Informacja o posiadanym indeksie Hirscha: **8**
4. Informacja o liczbie punktów MNiSW: po doktoracie: **2002**; przed doktoratem: **361**
Łącznie: **2363 MNiSW**

6. INFORMACJA O OSIĄGNIĘCIACH DYDAKTYCZNYCH, ORGANIZACYJNYCH ORAZ POPULARYZUJĄCYCH NAUKĘ LUB SZTUKĘ

Działalność dydaktyczna

- Warszawski Uniwersytet Medyczny

Zajęcia na kierunkach zdrowie publiczne, ratownictwo medyczne, pielęgniarstwo w zakresie ekonomii, ekonomiki zdrowia, finansowania w ochronie zdrowia, orzecznictwa medycznego, promocji zdrowia, ubezpieczeń zdrowotnych i społecznych, zarządzania w ochronie zdrowia, zdrowia publicznego w praktyce (2011-2015).

Praca dydaktyczna była wysoko oceniana w ankietach studenckich oraz opiniach grup studenckich otrzymywanych od starostów grup.

- Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Zajęcia z przedmiotu Umiejętności międzynarodowe przedsiębiorstwa (2018-2020).

Promowane prace dyplomowe

- Promotor pomocniczy pracy doktorskiej mgr Karoliny Wylegały
„Koszty i efekty zastosowania systemu unit-dose na tle organizacji aptek szpitalnych w Polsce”
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
promotor pracy: prof. dr hab. n. med. Marcin Czech
- Promotor pomocniczy pracy magisterskiej Aleny Lorenc
„Struktura nauczania zawodu farmaceuty”
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
promotor pracy: dr n. farm. Piotr Merks

Koła naukowe

- 2008-2011 – członkostwo w kole naukowym SKN Menedżerów Zdrowia
- 2014-2015 – udział w prowadzeniu Studenckiego Koła Naukowego Zdrowia Publicznego

Działalność organizacyjna

- 2015 – organizacja Warszawskich Dni Promocji Zdrowia, Warszawa

Działalność popularyzująca naukę

- Współpraca z portalami Rynek Zdrowia, Rynek Aptek, Medexpress, Farmakoekonomika Szpitalna.
- Publikacja „SARS-CoV-2 wirus z Wuhan: informacje dla farmaceuty” Merks P, Jaguszewski M, Czech M, Bielecka-Dąbrowa A, Sieradzki E, Kus K, Pawlikowski J, Drozd M, Religioni U, Kaczmarczyk P, Plagens-Rotman K, Dąbrowski F et al. Urtica Sp. z o.o; 2020.
- Współpraca z czasopismem „Farmakoekonomika szpitalna”, poświęconym zagadnieniom gospodarki lekiem w szpitalu (od 2012 r.) – tworzenie rekomendacji i przygotowywanie artykułów dotyczących ekonomicznych efektów terapii, skierowanych w szczególności do kierowników aptek szpitalnych i dyrektorów szpitali.

Uzyskane nagrody i stypendia

- Nagroda Naukowa Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego drugiego stopnia za współautorstwo publikacji „Anti-hepatitis C virus seroprevalence in the working age population in Poland, 2004 to 2014”, 2018. (Walewska-Zielecka B, Religioni U, Juszczak G, Wawrzyniak Z.M, Czerw A, Soszyński P, Fronczak A. Anti-

hepatitis C virus seroprevalence in the working age population in Poland, 2004 to 2014. Euro Surveill. 2017 Jan 12; 22(2):30441).

- Nagroda Naukowa Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego trzeciego stopnia za współautorstwo pracy „Diagnosis of hepatitis C virus infection in pregnant women in the healthcare system in Poland: Is it worth the effort?”, 2017. (Walewska-Zielecka B, Religioni U, Juszczak G, Czerw A, Wawrzyniak Z, Soszyński P. Diagnosis of hepatitis C virus infection in pregnant women in the health care system in Poland—Is it worth the effort? Medicine 2016; 2016 Jul; 95(30): e4331).
- Stypendia naukowe (w latach 2006-2011 podczas studiów licencjackich i magisterskich WUM; w latach 2010-2011 podczas studiów magisterskich UW; w latach 2011-2015 podczas studiów doktoranckich WUM), stypendia Rektora WUM (w latach 2012-2015), stypendia z dotacji projakościowej MNiSW (w latach 2011-2015).
- Wyróżnienie artykułu (Czerw A, Religioni U, Deptała A. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. Breast Cancer 2016; Jul;23(4):654-61) przez Harvard Global Equity Initiative, 2015.
- Nagroda Polskiej Akademii Nauk za najlepszą prezentację pracy naukowej podczas Letniej Szkoły Młodych Uczonych PAN – spotkania najlepszych 30 młodych naukowców z obszarów medycznomatematycznych, czerwiec 2015.

Urszula Religioni