

Natalia Sak-Dankosky

AUTOREFERAT

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Warszawa 2026

Spis treści

1	Dane osobowe.....	3
2	Posiadane dyplomy i stopnie naukowe.....	4
3	Dotychczasowe zatrudnienie w jednostkach naukowych	7
4	Omówienie osiągnięcia naukowego	9
5	Aktywność naukowa	41
6	Osiągnięcia dydaktyczne, organizacyjne oraz popularyzujące naukę	69
7	Pozostałe informacje	80

1 Dane osobowe

Imię i nazwisko	Natalia Sak-Dankosky
Stopień naukowy	Doktor nauk o zdrowiu
Stanowisko	Adiunkt badawczo-dydaktyczny
Miejsce pracy	Warszawski Uniwersytet Medyczny Wydział Nauk o Zdrowiu Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego ul. Erazma Ciołka 27 01-455 Warszawa
Numer ORCID	0000-0002-2140-8027
Adres e-mail	natalia.sak-dankosky@wum.edu.pl

2 Posiadane dyplomy i stopnie naukowe

- 2022 **Pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki**
Warszawski Uniwersytet Medyczny
- 2018 **Doktor nauk o zdrowiu**
University of Eastern Finland
Tytuł rozprawy doktorskiej: *In-hospital family-witnessed cardiopulmonary resuscitation: Perspectives of health care professionals and patients' family members*
Promotorzy:
 (1) Professor Tarja Kvist, RN PhD (University of Eastern Finland)
 (2) Professor Paula Sherwood, RN PhD FAAN (University of Pittsburgh, USA)
 (3) dr hab. n. med. Paweł Andruszkiewicz (Warszawski Uniwersytet Medyczny)
Recenzenci:
 (1) Professor Kristiina Junttila, RN PhD (University of Turku, Finland)
 (2) Professor Richard Henker, RN PhD FAAN (University of Pittsburgh, USA)
 (wnioskował o wyróżnienie rozprawy)
Oponent: Professor Anna Axelin, RN PhD (University of Turku, Finland)
Na dyplomie podany jest stopień naukowy Doctor of Health Sciences, nadany w Finlandii. Narodowa Agencja Wymiany Akademickiej (NAWA) wydała dokument (nr PUW/X/MK/291/2018) stwierdzający, że mój stopień naukowy nadany dyplomem ukończenia powyższych studiów jest równoważny z odpowiednim stopniem nadawanym w Polsce (doktor nauk o zdrowiu).
- 2011 **Magister pielęgniarstwa**
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Pierwszy rok spędziłam w całości w University of Eastern Finland na stypendium Erasmus+. W 2009/2010 otrzymywałam stypendium za wyniki w nauce (za wysoką średnią ocen). Studia ukończyłam z wyróżnieniem, zdobywając nagrodę Rady Wydziału dla najlepszych absolwentów.
- 2009 **Licencjat pielęgniarstwa**
Warszawski Uniwersytet Medyczny
W 2008/2009 otrzymywałam stypendium za wyniki w nauce (za wysoką średnią ocen).

Kursy i szkolenia

2026	<i>Od koncepcji do realizacji: zarządzanie egzaminem weryfikującym umiejętności praktyczne.</i> Warszawski Uniwersytet Medyczny
2025	<i>Integrating Patient- and Family-Centered Care in Vascular Access Management.</i> Infusion Nurses Society/USA
2025	<i>Szkolenie uzupełniające uprawniające do przetaczania krwi i jej składników dla pielęgniarek i położnych.</i> Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji/Warszawa
2023	Kurs instruktorów symulacji medycznej. Centrum Symulacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
2022	<i>Ordynowanie leków i wypisywanie recept</i> (kurs specjalistyczny dla pielęgniarek) Vital-Med/Warszawa
2021	Szkolenie dla wnioskodawców. Narodowe Centrum Nauki (kurs online)
2021	<i>Resuscytacja krążeniowo-oddechowa</i> (kurs specjalistyczny dla pielęgniarek) Vital-Med/Warszawa
2021	<i>Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych</i> (kurs specjalistyczny dla pielęgniarek) Vital-Med/Warszawa
2020	<i>Jak uczyć siebie i uczyć innych. Kurs e-learningowy rozwoju umiejętności trenerskich i nauczycielskich.</i> Akademia Wychowania Fizycznego/Warszawa
2016	<i>Practical Introduction to the Functional Resonance Analysis Method (FRAM).</i> Center for Quality/RSD, Padwa/Włochy
2015	<i>Research Coordinator Orientation.</i> University of Pittsburgh/USA
2011	<i>Kaniulacja żył obwodowych i terapia płynami infuzyjnymi.</i> Becton Dickinson Polska

- 2010 *ILS (Immediate Life Support): Postępowanie w wewnątrzszpitalnym nagłym zatrzymaniu krążenia, zasady tlenoterapii, metody udrażniania dróg oddechowych oraz obsługa defibrylatorów manualnych i automatycznych.*
Centrum Symulacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
- 2010 Dodatkowe kursy ukończone podczas studiów magisterskich w trakcie przebywania na stypendium na University of Eastern Finland (poza obowiązkowym programem studiów): *Evidence based nursing, Application of nursing research methods: quantitative methods, Health impact assessment, Qualitative methods in health sciences, Ethical basis for intercultural interaction, Ethnic and cultural multiplicity, Values and knowledge basis in nursing science, Nursing research, Introduction to health promotion, Intercultural communication competence, Framework and concepts for intercultural professional development.*

3 Dotychczasowe zatrudnienie w jednostkach naukowych

od I 2020	Adiunkt badawczo-dydaktyczny Warszawski Uniwersytet Medyczny Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
IX 2019 – XII 2019	Asystent badawczo-dydaktyczny Warszawski Uniwersytet Medyczny Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
X 2018 – VIII 2019	Wykładowca Warszawski Uniwersytet Medyczny Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
XII 2018 – V 2021	Nauczyciel (umowa zlecenie) Akademia Wychowania Fizycznego
V – IX 2017	Nauczyciel (umowa zlecenie) Wyższa Szkoła Mazowiecka
I 2014 – XII 2016	Early Stage Researcher University of Eastern Finland (Kuopio/Finlandia) Department of Nursing Science

Pozostałe zatrudnienie:

od VI 2021	Pielęgniarka (od 2022 pielęgniarka specjalista) Centralny Szpital Kliniczny Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii (blok operacyjny)
X 2011 – IX 2012	Pielęgniarka Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii (blok operacyjny)
II – IX 2011	Pielęgniarka Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Oddział intensywnej terapii
VIII – XII 2010	Pielęgniarka (umowa zlecenie) Szpital Medcover Ambulatorium

4 Omówienie osiągnięcia naukowego

wynikającego z art. 219 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.)

Tytuł osiągnięcia naukowego:

Podstawą do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego jest cykl pięciu powiązanych tematycznie publikacji naukowych obejmujących artykuły oryginalne o sumarycznej wartości wskaźnika Impact Factor wynoszącej **12,600** punktów (IF) i **380** punktów Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (MNiSW), pt.:

OPIEKA ZORIENTOWANA NA PACJENTA W STANIE ZAGROŻENIA ŻYCIA W SZPITALU: WYBRANE ASPEKTY I UWARUNKOWANIA

Publikacje wchodzące w skład osiągnięcia naukowego:

1. **Sak-Dankosky, N.**, Lis, K., Kvist, T., & Czarkowska-Pączek, B. (2025). Individualized nursing care and its predictors in intensive care units: a Polish perspective. *Critical Care Nursing Quarterly*, 48(4), 401–413.

IF: 1,200 | MNiSW: 40

Wkład merytoryczny habilitantki: opracowanie koncepcji pracy, opracowanie założeń i metodologii badań, przegląd i analiza literatury przedmiotu, zbieranie i analiza materiału badawczego, interpretacja uzyskanych wyników, wstępne przygotowanie manuskryptu, opracowanie ostatecznej wersji publikacji, wystanie pracy do czasopisma oraz odpowiedzi na uwagi recenzentów.

2. Kiwanuka, F., Kopra, J., **Sak-Dankosky, N.**, Nanyonga, R. C., & Kvist, T. (2025). Family support in acute care settings: perspectives of family members on cognitive and emotional support. *BMC Nursing*, 24(1): 752.

IF: 5,200 | MNiSW: 100

Wkład merytoryczny habilitantki: opracowanie koncepcji pracy, opracowanie założeń i metodologii badań, analiza materiału badawczego, interpretacja uzyskanych wyników, wstępne przygotowanie manuskryptu, opracowanie ostatecznej wersji publikacji, odpowiedzi na uwagi recenzentów.

3. Lis, K., **Sak-Dankosky, N.**, & Czarkowska-Pączek, B. (2022). Nurses' autonomy in sleep management improves patients' sleep quality: A cross-sectional study. *Nursing in Critical Care*, 27(3), 326–333.

IF: 3,000 | MNiSW: 100

Wkład merytoryczny habilitantki: opracowanie koncepcji pracy, opracowanie założeń i metodologii badań, przegląd i analiza literatury przedmiotu, zbieranie i analiza materiału badawczego, interpretacja uzyskanych wyników, wstępne przygotowanie manuskryptu, opracowanie ostatecznej wersji publikacji, wysłanie pracy do czasopisma oraz odpowiedzi na uwagi recenzentów.

4. **Sak-Dankosky, N.**, Serafin, L., Kvist, T., & Czarkowska-Pączek, B. (2024). Determinants of critical care nurses' job satisfaction: A cross-sectional study including cultural validation of Kuopio University Hospital Job Satisfaction Scale. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 23(4), 290–296.

IF: 0,400 | MNiSW: 40

Wkład merytoryczny habilitantki: opracowanie koncepcji pracy, opracowanie założeń i metodologii badań, przegląd i analiza literatury przedmiotu, zbieranie i analiza materiału badawczego, interpretacja uzyskanych wyników, wstępne przygotowanie manuskryptu, opracowanie ostatecznej wersji publikacji, wysłanie pracy do czasopisma oraz odpowiedzi na uwagi recenzentów.

5. **Sak-Dankosky, N.**, Kvist, T., & Czarkowska-Pączek, B. (2026). The relationship between job satisfaction and individualised care provision in intensive care units: A structural equation modelling approach. *Nursing in Critical Care*, 31(2), e70369.

IF: 2,800 | MNiSW: 100

Wkład merytoryczny habilitantki: opracowanie koncepcji pracy, opracowanie założeń i metodologii badań, przegląd i analiza literatury przedmiotu, zbieranie i analiza materiału badawczego, interpretacja uzyskanych wyników, wstępne przygotowanie manuskryptu, opracowanie ostatecznej wersji publikacji, wysłanie pracy do czasopisma oraz odpowiedź na uwagi recenzentów.

Omówienie publikacji naukowych stanowiących osiągnięcie naukowe:

Wprowadzenie i cele naukowe

Opieka zorientowana na pacjenta (ang. *patient-centered care*, PCC) stanowi współcześnie jeden z fundamentalnych paradygmatów systemów ochrony zdrowia, podkreślający istotność traktowania pacjenta jako aktywnego uczestnika procesu opieki oraz uwzględniania jego wartości, preferencji, doświadczeń i kontekstu życiowego w procesie terapeutycznym. PCC wykracza poza tradycyjny, paternalistyczny model biomedyczny, akcentując znaczenie relacji terapeutycznej, komunikacji, współdecydowania (ang. *shared decision-making*) oraz partnerstwa między pacjentem i jego bliskimi a zespołem terapeutycznym [1-4]. W tym modelu wiedza kliniczna personelu łączy się z wiedzą pacjenta o samym sobie, tworząc przestrzeń do równorzędnej, niehierarchicznej relacji.

W 1993 roku Picker Institute [5] opisał pojęcie opieki zorientowanej na pacjenta, w odpowiedzi na coraz większe znaczenie powszechnego przestrzegania praw człowieka oraz rosnące obawy związane z podejściem skoncentrowanym bardziej na samej chorobie czy systemie ochrony zdrowia [6]. Koncepcja ta objęła następujące obszary: *szybki dostęp do rzetelnej porady zdrowotnej, efektywne leczenie prowadzone przez godnych zaufania profesjonalistów, kontynuację opieki i płynne przemieszczanie się między elementami ochrony zdrowia, zaangażowanie i wsparcie rodziny oraz opiekunów pacjenta, zrozumiałą informację i komunikację oraz wsparcie dla samoopieki, zaangażowanie w decyzje i poszanowanie*

preferencji pacjenta, wsparcie emocjonalne, empatię i poszanowanie oraz zwracanie uwagi na potrzeby fizyczne i środowiskowe (Rycina 1).



Rycina 1: Obszary opieki zorientowanej na osobę wg Picker Institute. Źródło: [6]

W 2016 roku McCormack i McCance [7, 8] opisali ramy praktyki zorientowanej na osobę (ang. *person-centered practice framework*), w których użycie słowa *person*- zamiast *patient*- jeszcze mocniej podkreśliło humanistyczny wymiar tego modelu. Na podstawie ich pracy wykazano, że PCC opiera się na współdziałaniu czterech kluczowych elementów: *warunków wstępnych* (kompetencje zawodowe, rozwinięte umiejętności interpersonalne, zaangażowanie w pracę, klarowne wartości i przekonania, oraz znajomość siebie); *środowiska opieki* (zróżnicowany zestaw umiejętności pracowników, system wspierający wspólne podejmowanie decyzji, odpowiedni podział władzy, efektywne relacje między pracownikami, wspierający system organizacyjny, potencjał do wprowadzania innowacyjnych rozwiązań i podejmowania ryzyka, oraz odpowiednie środowisko fizyczne); *procesów opieki* (praca uwzględniająca przekonania i wartości pacjenta, autentyczne zaangażowanie, wspólne podejmowanie decyzji, bycie pełnym współczucia, stosowanie opieki holistycznej), oraz *pożądanego wyniku PCC*, czyli *dobrego doświadczenia związanego z opieką* (ang. *a good care experience*) (Rycina 2). Głównym założeniem tego modelu jest zrozumienie, że dopiero odpowiednie przygotowanie personelu i środowiska opieki umożliwiają skuteczną realizację praktyki PCC, której istotą jest budowanie relacji i dostosowanie opieki do unikalnych potrzeb, wartości i doświadczeń pacjenta, co

prowadzi do poprawy wyników i jakości opieki i w rezultacie poprawia ogólne doświadczenie pacjenta związane z ochroną zdrowia.



Rycina 2: Graficzne przedstawienie ram teoretycznych praktyki zorientowanej na osobę autorstwa McCormack i McCance. Źródło: [7, 8]

Znaczenie tego podejścia zostało bardzo dobrze przebadane, opisane i szeroko ugruntowane w międzynarodowych wytycznych i dokumentach strategicznych. World Health Organization wskazała [9] opiekę zorientowaną na pacjenta jako kluczowy element wysokiej jakości, zintegrowanych i odpowiadających na potrzeby populacji systemów ochrony zdrowia. Institute of Medicine (obecnie National Academy of Medicine) [10] uznał PCC za jeden z sześciu filarów jakości opieki zdrowotnej, podkreślając konieczność respektowania indywidualnych potrzeb, wartości i preferencji pacjenta. Z kolei Institute for Patient- and Family-Centered Care [11] podkreślił znaczenie włączania rodziny jako partnera w opiece, szczególnie

w kontekście podejmowania decyzji i wsparcia emocjonalnego. Również European Commission oraz Organisation for Economic Co-operation and Development [12] wskazały PCC jako kluczowy komponent jakości i bezpieczeństwa opieki, powiązany z lepszymi doświadczeniami pacjentów, większą efektywnością systemu oraz poprawą wyników zdrowotnych. W tym ujęciu PCC stanowi nie tylko model opieki, ale również ramę organizacyjną i etyczną, uwzględniającą prawa człowieka, determinujące prawa pacjenta, które powinny nadawać kierunek projektowaniu i realizacji świadczeń zdrowotnych.

Choć PCC stanowi jeden z fundamentalnych paradygmatów współczesnej opieki zdrowotnej, wdrażanie jej założeń w praktyce klinicznej u pacjentów w stanach zagrożenia życia pozostaje szczególnie wymagające [13-18]. Jednocześnie w 2017 roku, podczas pierwszego wspólnego spotkania globalnych organizacji z obszaru *critical care nursing*, przyjęto Deklarację z Belfastu [19] – zobowiązanie do doskonalenia praktyki klinicznej na poziomie międzynarodowym, w którym kluczowe miejsce zajął rozwój PCC jako podstawy wspierania procesu leczenia i zdrowienia pacjentów w stanach zagrożenia życia, zarówno w trakcie hospitalizacji, jak i po jej zakończeniu.

W kontekście wysokiej złożoności klinicznej pacjentów w stanach zagrożenia życia, dominacji technologii medycznych, ograniczonych możliwości komunikacji oraz znacznego obciążenia emocjonalnego pacjentów, ich bliskich i personelu, istnieje realne ryzyko redukcji opieki do wymiaru biomedycznego, z pominięciem jej aspektów relacyjnych, psychospołecznych i podmiotowych. Tym samym wdrażanie PCC np. w warunkach oddziałów intensywnej terapii (OIT) czy w opiece nad pacjentami w krytycznych stanach nagłych, pomimo licznych wyzwań, staje się szczególnie istotne, ponieważ mimo oczywistej potrzeby priorytetyzacji interwencji ratujących życie, zupełne pomijanie wartości, preferencji i perspektywy pacjentów oraz ich bliskich może nasilać lęk, poczucie bezradności i utraty kontroli oraz negatywnie wpływać na wyniki leczenia i opieki [19-22]. Kluczowe znaczenie ma również potrzeba ograniczania długofalowych następstw krytycznej choroby, w tym zespołu zaburzeń po intensywnej terapii u pacjentów (ang. *post-intensive care syndrome*, PICS) i ich rodzin (ang. *post-intensive care syndrome-family*, PICS-F) [23, 24]. Warto zauważyć, że nadrzędnym celem opieki nad pacjentami w stanach zagrożenia życia powinno być nie tylko przywracanie sprawności funkcjonalnej, lecz także wspieranie ich w powrocie do życia, które sami postrzegają jako wartościowe i pełne sensu [25]. Ponadto, stosowanie założeń PCC w tym wymagającym

obszarze klinicznym stanowi praktyczny wyraz przestrzegania praw pacjenta i praw człowieka, w szczególności prawa do godności, intymności, poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, oraz do informacji i decydowania o własnym życiu [26-28].

Pomimo powyższych ustaleń, dostępne dane wskazują na niewystarczający poziom wdrażania założeń PCC w warunkach klinicznych (w szczególności w stanach zagrożenia życia), w różnych kontekstach kulturowych [13, 29-32]. W związku z tym kluczowe znaczenie ma operacjonalizacja tego modelu poprzez identyfikację konkretnych mechanizmów umożliwiających jego skuteczną implementację w praktyce klinicznej, niezależnie od uwarunkowań systemowych, a także rozpoznanie ograniczeń i barier, które wymagają adresowania w celu zapewnienia spójnego wdrażania aktualnych wytycznych.

Problemem badawczym w poniższym cyklu była realizacja wybranych aspektów i uwarunkowań opieki zorientowanej na pacjenta w stanie zagrożenia życia w szpitalu. Poniższe badania oparto na założeniach teoretycznych wyżej wymienionych modeli, które ugruntowały ich naukową zasadność. Skoncentrowano się w nich na zjawiskach stanowiących kliniczną reprezentację lub uwarunkowania PCC: opiece zindywidualizowanej, wsparciu udzielanemu bliskim pacjentów, zarządzaniu snem pacjentów oraz satysfakcji z pracy pielęgniarek i jej związku z realizacją opieki zindywidualizowanej.

Opieka zindywidualizowana w intensywnej terapii

Jednym z kluczowych wymiarów podejścia PCC jest opieka zindywidualizowana (ang. *individualized care*), rozumiana jako dostosowanie działań pielęgniarских do unikalnych potrzeb, preferencji i wartości pacjenta [33, 34]. Reprezentuje ona wyżej wymienione komponenty PCC według Picker Institute: *poszanowanie wartości, preferencji i potrzeb pacjenta*, oraz elementy PCC według McCormack i McCance: *procesy opieki: praca uwzględniająca przekonania i wartości pacjenta, oraz opieka holistyczna* [5, 7, 8].

Odzwierciedlając założenia praktyki opartej na dowodach, która jest poprawnie realizowana, gdy integruje (I) najlepsze dostępne dane naukowe z (II) ekspertyzą kliniczną oraz (III) wartościami i preferencjami pacjenta [35], opieka zindywidualizowana wymaga od pielęgniarek podejmowania złożonych działań obejmujących rozpoznanie potrzeb chorego oraz

wykorzystanie ich w planowaniu adekwatnych, spersonalizowanych, opartych na dowodach interwencji. Pomimo szczególnych wyzwań związanych z realizacją tego podejścia w środowisku OIT, w opiece nad pacjentem o ograniczonych możliwościach komunikowania się, jego wdrażanie wciąż pozostaje możliwe, a zarazem niezbędne [19]. Wymaga to zachowania ciągłej świadomości humanistycznego wymiaru pacjenta poprzez dostosowaną do jego ciężkiego stanu komunikację, aktywne włączanie bliskich w proces opieki oraz uwzględnianie jej etycznego i holistycznego charakteru, opartego na poszanowaniu godności osoby chorej [13]. Indywidualizacja opieki w OIT stanowi praktyczny wyraz PCC i pozwala na ocenę stopnia, w jakim opieka rzeczywiście, zgodnie z założeniami tego modelu, uwzględnia perspektywę chorego w warunkach ograniczonej komunikacji i wysokiej zależności od personelu i aparatury.

Wspieranie bliskich pacjentów w opiece w krytycznych stanach nagłych

Wsparcie rodziny w opiece zdrowotnej reprezentuje założenia opieki uwzględniającej rodzinę pacjenta (ang. *family-centered care*, FCC), ważnego aspektu PCC, w modelu teoretycznym Picker Institute [5], odpowiadając wymiarowi dotyczącemu zaangażowania rodziny i bliskich w opiekę. W modelu teoretycznym McCormack i McCance [7, 8] istota wspierania bliskich pacjenta jest uwzględniona w obszarze *warunków wstępnych (rozwinętych umiejętności interpersonalnych)* oraz w obszarze *procesów opieki*, który podkreśla znaczenie uwzględniania kontekstu pacjenta (czyli jego otoczenia i środowiska, w tym bliskich) w zapewnianiu autentycznej relacji, wzmacnianiu zaangażowania odbiorców opieki, wspólnego podejmowania decyzji i indywidualizacji opieki. W przypadku pacjentów w krytycznych stanach nagłych przebywających w szpitalu, wspieranie i traktowanie rodziny jako *unit-of-care*, czyli również jako odbiorców opieki, ma szczególne znaczenie, gdyż bliscy pacjenta poza szczególnymi potrzebami w tym trudnym dla nich czasie mogą również stanowić pełnomocników (ang. *proxy*) często nieprzytomnych pacjentów, niezdolnych do wyrażania swoich preferencji, przekazując informacje o ich wartościach, wcześniejszych decyzjach czy oczekiwaniach, a tym samym współuczestnicząc w podejmowaniu decyzji klinicznych zgodnych z domniemaną wolą pacjenta [36]. Ponadto wspieranie i aktywne angażowanie bliskich pacjenta w krytycznych stanach nagłych, poza zapewnieniem realizacji praw pacjenta, zmniejsza ryzyko rozwoju negatywnych konsekwencji związanych z traumatycznym wydarzeniem, poprzez kilka uzupełniających się mechanizmów. Przede wszystkim poprawia komunikację i zrozumienie sytuacji klinicznej,

co ogranicza niepewność, stres i ryzyko zaburzeń lękowo-depresyjnych oraz objawów PTSD u członków rodziny [20, 37]. Co więcej, włączenie bliskich w proces podejmowania decyzji zwiększa poczucie kontroli i sensu, redukując bezradność oraz obciążenie emocjonalne [38]. Jednocześnie obecność i zaangażowanie rodziny sprzyja orientacji pacjenta, zmniejszeniu delirium oraz poprawie poczucia bezpieczeństwa, co może ograniczać długoterminowe konsekwencje poznawcze i psychiczne u chorego [39]. Kluczową rolę w tym procesie odgrywają pielęgniarki, które odpowiadają m.in. za edukację rodziny, mobilizowanie jej zasobów oraz budowanie relacji partnerskiej między bliskimi pacjentów a zespołem terapeutycznym.

Zarządzanie snem w intensywnej terapii

Realizacja PCC obejmuje nie tylko bezpośrednie interwencje uwzględniające wolę i wartości odbiorców opieki, lecz także praktyki kliniczne wspierane przez odpowiednią organizację pracy i środowisko opieki, służące rozpoznawaniu i zaspokajaniu ich indywidualnych potrzeb biopsychospołecznych, również tych niewyrażanych wprost [7, 8].

Przykładem takiej praktyki w OIT jest zarządzanie snem pacjenta (ang. *sleep management*), obejmujące jego ocenę i ochronę oraz działania służące poprawie jego jakości w środowisku, w którym jest on zakłócany m.in. przez hałas, światło, farmakoterapię i częste interwencje medyczne [40, 41]. W ten sposób PCC znajduje odzwierciedlenie w mierzalnych praktykach klinicznych, realizujących komponenty wskazane przez Picker Institute (*zwracanie uwagi na potrzeby fizyczne i środowiskowe, komfort fizyczny i emocjonalny, oraz koordynację i integrację opieki*), a także *opiekę holistyczną, odpowiednie środowisko fizyczne, dobre doświadczenie związane z opieką* z modelu McCormack i McCance [5, 7, 8]. Działania związane z zarządzaniem snem pacjenta przez pielęgniarki obejmują zarówno interwencje nefarmakologiczne, jak i farmakologiczne, oraz systematyczne monitorowanie snu i jego wpływu na stan pacjenta [40-45]. Skuteczne zarządzanie snem w OIT wspiera regenerację organizmu, zmniejsza ryzyko delirium i PICS, oraz przyczynia się do poprawy wyników leczenia i jakości opieki, reprezentując założenia PCC [43-45].

W kontekście PCC, istotne znaczenie ma tutaj również m.in. wzmacnianie autonomii pielęgniarek, umożliwiającej podejmowanie samodzielnych decyzji klinicznych w oparciu o ich doświadczenie zawodowe oraz organizację pracy na OIT w modelu zindywidualizowanego

przydziału pacjenta (ang. *total care*), który sprzyja nawiązywaniu bliskiej relacji terapeutycznej umożliwiającej wnikliwą obserwację pacjenta oraz dobre poznanie jego potrzeb. Jest to spójne z *warunkami wstępnymi i odpowiednim środowiskiem opieki*, które są niezbędne do realizacji PCC wg modelu McCormack & McCance [7, 8], do których należą: *kompetencje zawodowe, zróżnicowany zestaw umiejętności pracowników oraz potencjał do wprowadzania innowacyjnych rozwiązań i podejmowania ryzyka*. Autonomia pielęgniarek w tych obszarach stanowi istotny mechanizm operacjonalizujący PCC, gdyż umożliwia podejmowanie decyzji w czasie rzeczywistym, adekwatnych do dynamicznie zmieniającego się stanu pacjenta [45-47]. Sprzyja ona również odpowiedzialności zawodowej i zachowaniu ciągłości opieki, co przekłada się na bezpieczeństwo (w tym wypadku pomaga zapobiegać zaburzeniom snu o istotnych i realnych konsekwencjach klinicznych, takich jak delirium czy PTSD) [48-50]. Z kolei jej brak prowadzi do utrwalenia zadaniowego, zrutynizowanego biomedycznego modelu opieki, ograniczającego możliwość szybkiego reagowania na indywidualne potrzeby pacjenta, co stoi w sprzeczności z założeniami PCC [51]. Analiza tych praktyk pozwala zatem uchwycić poziom implementacji PCC oraz zidentyfikować bariery i czynniki sprzyjające jej skutecznej realizacji.

Satysfakcja z pracy pielęgniarek intensywnej terapii

Zgodnie z wyżej opisanymi założeniami teoretycznymi podejścia PCC, zdolność pielęgniarek do realizacji PCC w środowisku OIT nie jest wyłącznie funkcją ich cech i kompetencji indywidualnych, lecz pozostaje silnie uwarunkowana kontekstem organizacyjnym [7, 8, 52-55]. McCormack i McCance [7, 8] opisują *środowisko opieki oraz warunki wstępne* niezbędne do realizacji PCC (w tym *zaangażowanie w pracę, zróżnicowany zestaw umiejętności pracowników, system wspierający wspólne podejmowanie decyzji, odpowiedni podział władzy, efektywne relacje między pracownikami, wspierający system organizacyjny, potencjał do wprowadzania innowacyjnych rozwiązań i podejmowania ryzyka, autentyczne zaangażowanie oraz wspólne podejmowanie decyzji*), obejmujące takie elementy jak styl przywództwa, odpowiednia organizacja pracy, wspieranie pracowników, czy dostępność zasobów, które tworzą ramy umożliwiające skuteczne stosowanie założeń tej praktyki.

Aspektem kluczowym dla wdrażania PCC w warunkach intensywnej terapii, odzwierciedlającym dobrą organizację pracy wspierającą stosowanie założeń tego modelu jest satysfakcja z pracy

pielęgniarek, ponieważ warunkuje ona poziom zaangażowania, motywacji oraz gotowości do podejmowania działań często wykraczających poza schematyczną, zadaniową opiekę [56, 57]. Wysoka satysfakcja sprzyja budowaniu relacji terapeutycznych, uważności na potrzeby pacjenta i jego bliskich, oraz stosowaniu praktyk, takich jak indywidualizacja opieki, efektywna komunikacja czy wspólne podejmowanie decyzji [56]. Z kolei niska satysfakcja, związana m.in. z przeciążeniem pracą, ograniczonymi zasobami czy brakiem wsparcia organizacyjnego, może sprzyjać m.in. racjonowaniu opieki, uprzedmiotowianiu pacjentów i prowadzić do wypalenia zawodowego, co bezpośrednio utrudnia realizację założeń PCC [52-57]. W tym ujęciu satysfakcja z pracy stanowi nie tylko rezultat warunków pracy, ale także istotny mechanizm umożliwiający wdrażanie wysokiej jakości, spersonalizowanej opieki w warunkach intensywnej terapii.

Z uwagi na złożoność analizowanego zjawiska zasadne jest podejście wielowymiarowe, uwzględniające zarówno perspektywę kliniczną, psychospołeczną, jak i organizacyjną. Przedstawiony cykl publikacji został zaprojektowany w celu kompleksowego ujęcia tych zależności poprzez analizę wzajemnie powiązanych wyżej opisanych zmiennych. Takie podejście umożliwia konceptualizację PCC jako efektu interakcji między praktyką pielęgniarską, poziomem personalnym i organizacyjnym, które są opisane w modelach teoretycznych, stanowiąc uzasadnienie dla przeprowadzenia badań.

Celem cyklu publikacji była analiza realizacji opieki zorientowanej na pacjenta w stanie zagrożenia życia w szpitalu, obejmująca jej wybrane aspekty i uwarunkowania.

Cele szczegółowe opracowania to:

1. Ocena sposobów wspierania indywidualności pacjenta przez pielęgniarki intensywnej terapii, w tym (a) konkretnych działań pielęgniarskich indywidualizujących opiekę, (b) tego, jak oceniają one ogólne utrzymanie indywidualności pacjentów w świadczonej opiece, oraz (c) jak wiąże się to z wybranymi czynnikami predykcyjnymi.
2. Ocena poziomu wsparcia udzielanego rodzinom pacjentów w krytycznych stanach nagłych przez pielęgniarki, ze szczególnym uwzględnieniem wymiaru poznawczego i emocjonalnego.

3. Opisanie praktyk stosowanych przez pielęgniarki w celu zapewnienia dobrej jakości snu pacjentom przebywającym w OIT, w tym zbadanie: (a) jakie metody oceny oraz strategie zarządzania snem pacjentów są stosowane przez pielęgniarki, (b) opinii pielęgniarek na temat ich autonomii zawodowej w zakresie zarządzania snem pacjentów, oraz (c) zależności pomiędzy metodami oceny snu, strategiami jego poprawy, autonomią zawodową i jakością snu pacjentów w ocenie pielęgniarek.
4. Ocena satysfakcji z pracy pielęgniarek OIT, w tym: (a) ocena poziomu poszczególnych aspektów satysfakcji z pracy, (b) analiza determinantów socjodemograficznych i organizacyjnych, oraz (c) ocena, czy przetłumaczona i dostosowana do kontekstu OIT wersja *Kuopio University Hospital Job Satisfaction Scale* (KUJSS) jest trafnym i wiarygodnym narzędziem do pomiaru satysfakcji z pracy w tej populacji.
5. Weryfikacja modelu teoretycznego przedstawiającego korelację opieki zindywidualizowanej (ze szczególnym uwzględnieniem jej dwóch komponentów: działań pielęgniarskich oraz percepcji indywidualizacji opieki) oraz satysfakcji z pracy pielęgniarek pracujących na OIT za pomocą modelowania równań strukturalnych (ang. *structural equation modeling, SEM*).

Zagadnienia metodologiczne i wyniki poszczególnych badań ujętych w cyklu publikacji

Powyższe cele zostały zrealizowane w oparciu o metodologię ilościową z zachowaniem rygoru rzetelności i trafności [58]. Metodologia została dobrana adekwatnie do celów poszczególnych badań. Ze względu na złożony charakter analizowanych zjawisk reprezentujących założenia opieki zorientowanej na pacjenta oraz obecny stan wiedzy na temat ograniczeń stosowania PCC wobec pacjentów w stanie zagrożenia życia w warunkach szpitalnych, aby zidentyfikować wzorce powiązań między zmiennymi i pomóc wygenerować hipotezy do dalszych analiz, zdecydowano się na zastosowanie schematu badań przekrojowych o charakterze obserwacyjno-korelacyjnym [59-61]. Do pozyskania próby badanej w każdym badaniu zastosowano dogodny dobór (ang. *convenience sampling*), umożliwiając efektywną rekrutację uczestników spełniających kryteria w warunkach rzeczywistej praktyki opieki zdrowotnej, co było uzasadnione specyfiką środowiska klinicznego oraz ograniczeniami organizacyjnymi [62, 63]. Wszystkie badania przeprowadzono w środowiskach klinicznych, w których

realizowana jest szpitalna opieka nad pacjentami w stanach zagrożenia życia: na oddziałach intensywnej terapii oraz w jednostkach, w których realizowana jest opieka nad pacjentami w krytycznych stanach nagłych. W zależności od badanego zagadnienia do badań kwalifikowano czynne zawodowo pielęgniarki posiadające prawo wykonywania zawodu i doświadczenie w opiece nad dorosłymi pacjentami leczonymi w OIT lub bliskich pacjentów w krytycznych stanach nagłych korzystających z opieki w badanych placówkach. Dodatkowo, dzięki odpowiedniemu zaplanowaniu liczebności próby (na podstawie analizy mocy statystycznej lub wzoru Cochran), możliwe było wiarygodne przetestowanie zależności między zmiennymi, co stanowi istotny etap w rozwijaniu modeli teoretycznych i pogłębianiu rozumienia badanych zjawisk [64, 65]. Podejście to, mimo ograniczeń, opisanych poniżej (w części zawierającej wnioski z przeprowadzonych badań), było bardzo użyteczne, ponieważ umożliwiło przeprowadzenie badań korelacyjnych, dotyczących zjawisk o wrażliwym charakterze w warunkach rzeczywistej praktyki klinicznej, bez ingerencji w przebieg opieki. We wszystkich badaniach zastosowano standaryzowane, walidowane skale pomiarowe, co zapewniało rzetelność i trafność pomiaru analizowanych zmiennych [66, 67]. W celu zapewnienia przejrzystości raportowania wyników, badania zostały opisane zgodnie z wytycznymi rekomendowanymi przez Sieć na Rzecz Poprawy Jakości i Przejrzystości Badań w Dziedzinie Zdrowia (ang. *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research: EQUATOR network*), zgodnie z listą kontrolną STROBE, opracowaną w celu zapewnienia wysokiej jakości i przejrzystości raportowania badań obserwacyjnych [68]. Wszystkie badania w cyklu zostały przeprowadzone zgodnie z zasadami etycznymi opisanymi w Deklaracji Helsińskiej [69].

Publikacja 1:

Natalia Sak-Dankosky, Katarzyna Lis, Tarja Kvist, Bożena Czarkowska-Pączek

Individualized nursing care and its predictors in intensive care units: A Polish perspective.

Critical Care Nursing Quarterly (2025)

Celem tego badania była ocena sposobów wspierania indywidualności pacjenta przez pielęgniarki intensywnej terapii, w tym (a) konkretnych działań pielęgniarskich indywidualizujących opiekę, (b) tego, jak oceniają one ogólne utrzymanie indywidualności w

świadczonej opiece, oraz (c) jak wiąże się to z wybranymi czynnikami predykcyjnymi. Motywacją do jego przeprowadzenia była potrzeba rozpoznania, czy i w jakim stopniu zjawisko indywidualizacji opieki znajduje odzwierciedlenie w codziennej praktyce opieki nad pacjentami w stanie zagrożenia życia.

Do pomiaru zmiennych zastosowano narzędzie *Individualized Care Scale: Nurse (ICS-Nurse)* [70], składające się z dwóch podskal: ICS-A Nurse, mierzącej opinie pielęgniarek na temat sposobów wspierania indywidualności pacjentów poprzez działania pielęgniarские oraz ICS-B Nurse, oceniającej opinię pielęgniarek na temat utrzymania indywidualności w świadczonej opiece (mierzących po trzy wymiary tych konstruktyw: sytuacja kliniczna, sytuacja życiowa i kontrola decyzyjna). Skala została poddana procedurze tłumaczenia i adaptacji kulturowej, podczas której oceniono właściwości psychometryczne. Na podstawie wyników analizy czynnikowej i na podstawie przesłanek teoretycznych podjęto decyzję o zachowaniu oryginalnej struktury narzędzia. W badaniu wzięło udział 306 pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej terapii dorosłych w Polsce (na podstawie analizy mocy statystycznej określono minimalną liczebność próby na poziomie 179 osób).

Średni wynik dla podskali ICS-A Nurse, mierzącej opinię pielęgniarek na temat tego, w jaki sposób wspierają indywidualność pacjentów poprzez konkretne działania pielęgniarские (w skali 1: zdecydowanie nie zgadzam się – 5: zdecydowanie się zgadzam) wyniósł 3,66 (SD = 0,64). Spośród trzech badanych wymiarów najwyższy średni wynik odnotowano w wymiarze sytuacja kliniczna, oceniającym, w jaki sposób pielęgniarki wspierają indywidualność pacjenta w kontekście klinicznym (M = 3,92; SD = 0,63). Najniższy wynik (z największym odchyleniem standardowym) uzyskano w wymiarze sytuacja życiowa, odnoszącym się do uwzględniania sytuacji życiowej pacjenta w opiece (M = 3,48; SD = 0,87). W wymiarze kontrola decyzyjna, oceniającym wspieranie udziału pacjenta w podejmowaniu decyzji, średni wynik wyniósł 3,50 (SD = 0,80). Średni wynik dla podskali ICS-B Nurse, mierzącej opinię pielęgniarek na temat utrzymania indywidualności w świadczonej opiece (w skali 1: zdecydowanie nie zgadzam się – 5: zdecydowanie się zgadzam), wyniósł 3,50 (SD = 0,71). Podobnie jak w przypadku ICS-A Nurse, najwyższe wartości odnotowano w wymiarze sytuacja kliniczna, dotyczącym utrzymania indywidualności pacjenta w kontekście klinicznym (M = 3,83; SD = 0,65). Najniższy wynik (z największym odchyleniem standardowym) uzyskano w wymiarze sytuacja życiowa,

odnoszącym się do utrzymania indywidualności w zakresie sytuacji życiowej pacjenta ($M = 3,10$; $SD = 0,93$). W wymiarze kontrola decyzyjna średni wynik wyniósł 3,40 ($SD = 0,90$).

Modele regresji liniowej identyfikujące wybrane predyktory (płeć, wykształcenie, kształcenie podyplomowe, staż pracy, liczba pacjentów podczas dyżuru, liczba pielęgniarek zatrudnionych na oddziale, forma zatrudnienia, system czasu pracy, stosunek do wykonywanej pracy, subiektywnie oceniana jakość opieki) opinii pielęgniarek dotyczących: (1) wspierania indywidualności pacjenta poprzez konkretne działania pielęgniarskie (ICS-A Nurse) oraz (2) oceny utrzymania indywidualności w opiece (ICS-B Nurse), wykazały, że pielęgniarki będące kobietami ($p = 0,004$), pracujące krócej na obecnym oddziale ($p = 0,049$), opiekujące się większą liczbą pacjentów podczas dyżuru ($p = 0,029$), lubiące swoją pracę ($p = 0,003$) oraz wyżej oceniające jakość opieki na swoim oddziale ($p < 0,001$), uzyskiwały wyższe wyniki samooceny wspierania indywidualności, niż pielęgniarki pracujące dłużej na danym oddziale, mające mniej pacjentów podczas dyżuru, nie lubiące swojej pracy oraz niżej oceniające jakość opieki na ich oddziale. Te same cechy dotyczyły pielęgniarek lepiej oceniających utrzymanie indywidualności pacjenta w opiece (odpowiednio: $p = 0,003$, $p = 0,046$, $p = 0,001$ i $p < 0,001$) przy czym w tym modelu liczba pacjentów nie miała istotnego znaczenia. Natomiast ogólny staż pracy, wykształcenie, kształcenie podyplomowe, forma zatrudnienia, system czasu pracy i liczba pielęgniarek zatrudnionych na oddziale nie były istotnymi predyktorami opieki zindywidualizowanej.

Publikacja 2:

Frank Kiwanuka, Juho Kopra, **Natalia Sak-Dankosky**, Rose Nanyonga i Tarja Kvist

Family support in acute care settings: perspectives of family members on cognitive and emotional support.

BMC Nursing (2025)

Celem tego badania była ocena poziomu wsparcia udzielanego przez pielęgniarki rodzinie pacjentów w krytycznych stanach nagłych, ze szczególnym uwzględnieniem jego wymiaru poznawczego i emocjonalnego. Przestanką do przeprowadzenia tego badania była potrzeba poznania doświadczeń bliskich pacjentów w zakresie otrzymywanego wsparcia od pielęgniarek,

pozwalająca zauważyć ewentualne obszary wymagające większego uwzględnienia potrzeb rodziny w opiece nad pacjentami w stanie zagrożenia życia przebywającymi w szpitalu.

Do zebrania danych wykorzystano standaryzowany kwestionariusz badający wsparcie bliskich pacjentów: ICE-FPSQ [71], podzielony na dwa wymiary wsparcia: wsparcie poznawcze (5 wskaźników) oraz emocjonalne (9 wskaźników), mierzonych w skali występowania 1: prawie nigdy – 5: prawie zawsze. Wskaźniki wymiaru poznawczego odnosiły się do celowych działań pielęgniarek ukierunkowanych na pogłębianie wiedzy rodzin na temat choroby pacjenta i planu postępowania oraz wzmacnianie ich zdolności do podejmowania świadomych decyzji. Wskaźniki wymiaru emocjonalnego dotyczyły interwencji podejmowanych przez pielęgniarki w odpowiedzi na potrzeby psychologiczne rodzin. Do udziału w badaniu zakwalifikowano 800 pełnoletnich bliskich pacjentów dorosłych znajdujących się w krytycznych stanach nagłych, zrekrutowanych na oddziałach udzielających opieki w przypadkach choroby o przebiegu krytycznym, w dwóch szpitalach w Ugandzie.

Średni wynik ogólny dla 14 pozycji kwestionariusza ICE-FPSQ wyniósł 45,4 (łączny wynik kwestionariusza mieścił się w przedziale 14-70 punktów, przy czym wyższy wynik oznaczał wyższy poziom wsparcia ze strony pielęgniarek odczuwanego przez rodzinę). Większość uczestników wskazała ogólny poziom wsparcia jako umiarkowany (55,1%, $n = 441$), następnie wysoki (33,4%, $n = 267$), a najmniejsza liczba uczestników (11,5%, $n = 92$) oceniła wsparcie jako niskie. Ogólny poziom postrzeganego wsparcia rodziny ze strony pielęgniarek był dodatnio skorelowany zarówno ze wsparciem poznawczym [$r = 0,86$; $p < 0,001$], jak i emocjonalnym [$r = 0,96$; $p < 0,001$].

Wsparcie poznawcze ogólnie uzyskało umiarkowany poziom ($M = 16,3$; $SD = 4,5$). Przekazywanie informacji na temat choroby było najwyżej ocenianą pozycją ($M = 3,6$; $SD = 1,28$) w podskali wsparcia poznawczego (i w całym narzędziu ICE-FPSQ), jednak wciąż na poziomie umiarkowanym. Inne, wyżej oceniane aspekty: przekazywanie materiałów edukacyjnych ($M = 3,30$; $SD = 1,31$) oraz regularne informowanie ich o dostępnych zasobach ($M = 3,20$; $SD = 1,32$) respondenci również ocenili jako umiarkowane. Badani wskazali ponadto, że pielęgniarki okazjonalnie przekazywały informacje i wskazówki wspierające uczenie się rodzin na temat choroby ($M = 3,40$; $SD = 1,30$). Najniżej ocenionym aspektem wsparcia w wymiarze poznawczym było podkreślanie znaczenia stosowania rytuałów rodzinnych w opiece ($M = 3,02$; $SD = 1,38$). Ogólny poziom wsparcia emocjonalnego również oceniono jako umiarkowany ($M = 32,4$; $SD =$

9,36). Najwyżej, choć wciąż na umiarkowanym poziomie, ocenianymi w tym wymiarze aspektami były: wykazywanie przez pielęgniarki świadomości, że bliscy mają na siebie duży wpływ ($M = 3,50$; $SD = 1,2$) oraz zachęcanie bliskich do angażowania się w opiekę ($M = 3,47$; $SD = 1,3$), przy czym najniższe wyniki uzyskała pozycja dotycząca zachęcania rodziny do odpoczynku od tej opieki ($M = 2,95$; $SD = 1,43$). Analiza wykazała istotne różnice w poziomie wsparcia emocjonalnego ($F = 267,1$; $p < 0,001$) oraz ogólnego wsparcia ($F = 244,6$; $p < 0,001$) pomiędzy grupami o różnym poziomie zaangażowania w opiekę. Mimo że największa grupa badanych uczestników wskazała, iż prawie nigdy (23,2%, $n = 183$) nie była zachęcana do odpoczynku od bycia zaangażowanym w opiekę, wykazano istotne różnice w poziomie wsparcia emocjonalnego w zależności od tego czynnika. Osoby, które deklarowały, że były zawsze zachęcane do odpoczynku, charakteryzowały się istotnie wyższym poziomem wsparcia emocjonalnego ($M = 40,6$; $SD = 6,6$; $F = 132,8$; $p < 0,001$) oraz ogólnego wsparcia ($M = 55,7$; $SD = 9,6$; $F = 106,8$; $p < 0,001$). Innym niżej ocenionym aspektem wsparcia emocjonalnego było proponowanie spotkań rodzinnych ($M = 3,11$; $SD = 1,5$) oraz rozpoznawanie mocnych stron rodziny ($M = 3,04$; $SD = 1,3$). Co istotne, osoby, którym nie oferowano spotkań rodzinnych, charakteryzowały się istotnie niższym poziomem postrzeganego wsparcia emocjonalnego ($M = 24,1$; $SD = 9,2$; $F = 120,1$; $p < 0,001$) w porównaniu z osobami, którym je oferowano. Z kolei uczestnicy, którzy deklarowali, że zawsze mieli możliwość spotkań rodzinnych ($M = 38,8$; $SD = 8,04$), oceniali wsparcie emocjonalne najwyżej. Ponadto uczestnicy, którzy mieli możliwość dzielenia się swoimi doświadczeniami związanymi z chorobą (22,8%, $n = 182$), charakteryzowali się istotnie wyższym poziomem postrzeganego wsparcia ($M = 55,7$; $SD = 9,7$).

Publikacja 3:

Katarzyna Lis, **Natalia Sak-Dankosky** i Bożena Czarkowska-Pączek

Nurses' autonomy in sleep management improves patients' sleep quality: A cross-sectional study.

Nursing in Critical Care (2022)

Celem tego badania było opisanie praktyk stosowanych przez pielęgniarki w celu zapewnienia dobrej jakości snu pacjentom oddziałów intensywnej terapii, w tym zbadanie: (a) jakie metody

oceny oraz strategię zarządzania snem pacjentów OIT są stosowane przez pielęgniarki, (b) opinii pielęgniarek na temat ich autonomii zawodowej w zakresie zarządzania snem pacjentów, (c) zależności pomiędzy metodami oceny snu, strategiami jego poprawy, autonomią zawodową pielęgniarek oraz jakością snu pacjentów. Motywacją do przeprowadzenia tego badania była potrzeba sprawdzenia, czy i w jaki sposób pielęgniarki intensywnej terapii uwzględniają w codziennej praktyce dbałość o jakość snu pacjentów (stosunkowo rzadko ujmowanego w planach opieki aspektu PCC) oraz jakie bariery mogą utrudniać podejmowanie działań w tym zakresie.

Dane uzyskano za pomocą ustrukturyzowanego, walidowanego kwestionariusza do badania praktyk zarządzania snem w OIT (*Survey of Sleep Practices in the ICU* [72] w polskiej wersji językowej [73]), badającego następujące obszary: (1) metody oceny snu przez pielęgniarki, (2) strategie stosowane w celu jego poprawy, (3) autonomię zawodową pielęgniarek w zarządzaniu snem pacjentów oraz (4) jakość snu pacjentów w ocenie pielęgniarek. Analiza mocy statystycznej wykazała, że należało zrekrutować 134 pielęgniarki. W badaniu ostatecznie wzięło udział 119 pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej opieki dorosłych w Polsce.

Najczęściej stosowanymi przez pielęgniarki metodami oceny snu pacjenta były obserwacje czy: pacjent leży z zamkniętymi oczami (74,8%, $n = 89$), oddycha wolno i regularnie (64,7%, $n = 77$), ma obniżone ciśnienie tętnicze (59,7%, $n = 71$), chrapie (56,3%, $n = 67$) oraz ma obniżone tętno (54,6%, $n = 65$). Ponad połowa respondentów (59,7%, $n = 71$) deklarowała stosowanie skali sedacji do oceny jej głębokości, jednak większość pielęgniarek nie korzystała ani z protokołów dotyczących snu (95,8%, $n = 114$), ani z kwestionariuszy oceny snu (95%, $n = 113$). Mniej niż połowa badanych (47,9%, $n = 57$) wskazała potrzebę wdrożenia takich protokołów w swoich oddziałach.

Średnia wartość stosowania strategii poprawy snu (w skali 0: nigdy – 4: rutynowo) wyniosła 2,64 ($SD = 1,55$). Nie stwierdzono istotnych zależności między stosowaniem tych strategii a cechami socjodemograficznymi, takimi jak płeć, staż pracy, wykształcenie czy system pracy. Większość pielęgniarek (74%, $n = 89$) deklarowała uwzględnianie preferencji pacjentów dotyczących snu, natomiast 49,6% omawiało problemy ze snem pacjentów z ich rodzinami.

Średnia ocena autonomii zawodowej pielęgniarek w zakresie zarządzania snem i sedacją (w skali 0: zależność – 10: niezależność) wyniosła 4,34 (SD = 2,43), natomiast częstotliwość wpływu na decyzje dotyczące snu pacjentów wyniosła 5,36 (SD = 2,43). Wykazano, że pielęgniarki o wyższym poziomie postrzeganej autonomii ($\rho = 0,29$; $p < 0,01$) oraz częściej wpływające na decyzje dotyczące snu ($\rho = 0,24$; $p < 0,01$) stosowały więcej strategii poprawy snu.

Pielęgniarki oceniły ogólną jakość snu pacjentów na 4,44 (SD = 2,23) (w skali 0: zła – 10: doskonała). Nie stwierdzono istotnych zależności między jakością snu a zmiennymi socjodemograficznymi. Również stosowanie kwestionariuszy snu oraz uwzględnianie preferencji pacjentów nie było istotnie powiązane z oceną jakości snu. Natomiast rozmowy z rodziną pacjenta na temat problemów ze snem ($p < 0,01$) oraz stosowanie metod oceny snu ($\rho = 0,22$; $p = 0,02$) były istotnie dodatnio skorelowane z wyższą oceną jakości snu. Ponadto stwierdzono istotną dodatnią zależność między lepiej postrzeganą autonomią pielęgniarek ($\rho = 0,25$; $p < 0,01$) a oceną jakości snu pacjentów.

Publikacja 4:

Natalia Sak-Dankosky, Lena Serafin, Tarja Kvist i Bożena Czarkowska-Pączek

Determinants of critical care nurses' job satisfaction: A cross-sectional study including cultural validation of Kuopio University Hospital Job Satisfaction Scale.

Pielęgniarstwo XXI wieku (2024)

Celem tego badania była ocena satysfakcji z pracy pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej terapii dorosłych, w tym: (a) ocena poziomu poszczególnych aspektów satysfakcji z pracy, (b) analiza determinantów socjodemograficznych i organizacyjnych, oraz (c) ocena, czy przetłumaczona i dostosowana do kontekstu OIT wersja KUHJSS [74] jest trafnym i wiarygodnym narzędziem do pomiaru satysfakcji z pracy w tej populacji. Motywacją do jego przeprowadzenia była uzasadniona teoretycznie [7, 8] potrzeba pogłębienia podstawowej wiedzy na temat satysfakcji z pracy pielęgniarek intensywnej terapii i jej poszczególnych wymiarów, stanowiąca punkt wyjścia do dalszej analizy ich związku z realizacją opieki zindywidualizowanej w OIT.

Skalę KUHJSS, będącą standaryzowanym narzędziem badawczym służącym do oceny poziomu satysfakcji z pracy personelu pielęgniarskiego, poddano procesowi adaptacji kulturowej, który obejmował tłumaczenie i tłumaczenie zwrotne przez dwóch niezależnych ekspertów, ocenę zgodności wersji językowych oraz analizę trafności treści przez panel ekspertów. Pilotaż przeprowadzony wśród pielęgniarek intensywnej terapii potwierdził zrozumiałość i adekwatność narzędzia. W celu oceny struktury narzędzia przeprowadzono confirmacyjną analizę czynnikową, która nie potwierdziła oryginalnego modelu ($\chi^2 = 335,66$; $df = 608$; $\chi^2/df = 5,52$; CFI = 0,588; TLI = 0,548; SRMR = 0,114; RMSEA = 0,122, 90%CI 0,118-0,126), a następnie eksploracyjną analizę czynnikową, wskazującą na najlepsze dopasowanie innego modelu siedmioczynnikowego do danych, podzielonego na następujące wymiary: samorealizacja, przywództwo, autonomia w miejscu pracy, dystrybucja zasobów, motywująca organizacja pracy, komfort pracy, rozwój zawodowy. Rzetelność nowej skali dostosowanej do warunków OIT została oceniona współczynnikiem alfa Cronbacha, który dla poszczególnych podskal mieścił się w zakresie od 0,70 do 0,86. Analiza mocy testu wykazała, że minimalna liczebność próby powinna wynosić 179 osób. Badana grupa obejmowała 306 pielęgniarek oddziałów intensywnej terapii w Polsce.

Średni wynik dla całej skali KUHJSS (w skali 1 – 5) wyniósł 3,32 (SD = 0,61), co wskazywało na umiarkowany poziom satysfakcji z pracy. Najwyżej ocenianym aspektem była samorealizacja (M = 3,67; SD = 0,79). Wyższe wartości uzyskały również takie obszary, jak przywództwo (M = 3,60; SD = 0,78) oraz autonomia w miejscu pracy (M = 3,60; SD = 0,81). Umiarkowane wyniki odnotowano w zakresie rozwoju zawodowego (M = 3,17; SD = 0,90) oraz komfortu pracy (M = 3,12; SD = 0,96). Niżej oceniono dystrybucję zasobów (M = 2,94; SD = 0,97). Najniższe wartości uzyskał wymiar motywującej organizacji pracy (M = 2,74; SD = 0,80).

Na podstawie ostatecznego modelu regresji wielokrotnej, uwzględniającego wybrane predyktory poziomu satysfakcji (płeć, wykształcenie, kształcenie podyplomowe, staż pracy, liczba pacjentów podczas dyżuru, liczba pielęgniarek zatrudnionych na oddziale, forma zatrudnienia, system czasu pracy, stosunek do wykonywanej pracy, subiektywnie oceniana jakość opieki), wykazano, że pielęgniarki wyżej oceniają swoją satysfakcję z pracy, gdy nie posiadają wykształcenia magisterskiego ($B = -0,145$; $p = 0,009$), są zatrudnione na podstawie umowy o pracę (a nie na podstawie umów cywilnoprawnych) ($B = 0,167$; $p = 0,020$), bardziej lubią

swoją pracę ($B = 0,356$; $p < 0,001$) oraz wyżej oceniają ogólną jakość opieki w swoim oddziale ($B = 0,138$; $p < 0,001$).

Publikacja 5:

Natalia Sak-Dankosky, Tarja Kvist i Bożena Czarkowska-Pączek

The relationship between job satisfaction and individualised care provision in intensive care units: A structural equation modelling approach.

Nursing in Critical Care (2026)

Celem tego badania była weryfikacja modelu teoretycznego z wykorzystaniem modelowania równań strukturalnych mająca na celu analizę korelacji pomiędzy satysfakcją z pracy pielęgniarek a realizacją opieki zindywidualizowanej w OIT, ze szczególnym uwzględnieniem jej dwóch komponentów: działań pielęgniarskich oraz percepcji indywidualizacji opieki. Motywacją do jego przeprowadzenia była potrzeba przeprowadzenia pogłębionej analizy związku poszczególnych wymiarów satysfakcji z pracy pielęgniarek z realizacją opieki zindywidualizowanej, aby lepiej zrozumieć uwarunkowania, a w szczególności bariery wdrażania tego aspektu PCC w OIT.

Do zmierzenia zmiennych w badaniu zastosowano polską wersję skali KUHJSS [74], obejmującą siedem wymiarów satysfakcji z pracy: samorealizacji, przywództwa, autonomii w miejscu pracy, dystrybucji zasobów, motywującej organizacji pracy, komfortu pracy oraz rozwoju zawodowego, oraz narzędzie ICS-Nurse [70], mierzące samoocenę pielęgniarek w zakresie realizacji indywidualizacji opieki i składającego się z dwóch podskal: ICS-A Nurse (działania pielęgniarskie) oraz ICS-B Nurse (percepcja utrzymania indywidualności w opiece), obejmujących trzy wymiary: sytuację kliniczną, sytuację życiową oraz kontrolę decyzyjną. Minimalną liczebność próby ($n = 171$) określono na podstawie wzoru Cochran. W badaniu wzięło udział 306 polskich pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej terapii dorosłych.

Ostateczny model równań strukturalnych (SEM) wykazał bardzo dobre dopasowanie do danych ($\chi^2(4) = 2,63$; $p = 0,622$; $\chi^2/df = 0,66$; CFI = 1,000; RMSEA < 0,001 [90% CI: <0,001–0,073]; SRMR = 0,009). Model wyjaśniał 48,6% wariancji działań zindywidualizowanej opieki (ICS-A

Nurse) oraz 46,6% wariancji percepcji indywidualizacji opieki (ICS-B Nurse), co wskazywało, że różne wymiary satysfakcji z pracy są istotnie powiązane z realizacją opieki zindywidualizowanej. Model potwierdził dodatnie współzależności pomiędzy wszystkimi wymiarami satysfakcji z pracy oraz pomiędzy komponentami opieki zindywidualizowanej (ICS-A Nurse i ICS-B Nurse), co świadczy o spójności wewnętrznej w obrębie badanego modelu.

Niemal wszystkie wymiary satysfakcji z pracy: samorealizacja, przywództwo, autonomia w miejscu pracy, dystrybucja zasobów, motywująca organizacja pracy oraz rozwój zawodowy, były powiązane z działaniami zindywidualizowanej opieki, odzwierciedlającymi sposób wspierania indywidualności pacjenta przez pielęgniarki. Dodatnie zależności stwierdzono dla samorealizacji ($b = 0,34$; $p < 0,001$), przywództwa ($b = 0,21$; $p < 0,001$), autonomii ($b = 0,16$; $p < 0,001$) i dystrybucji zasobów ($b = 0,17$; $p < 0,001$), natomiast motywująca organizacja pracy ($b = -0,12$; $p = 0,001$) oraz rozwój zawodowy ($b = -0,16$; $p < 0,001$) wykazywały zależności ujemne. Czynniki komfortu pracy nie wykazywały istotnej zależności z ICS-A Nurse. Percepcja utrzymania indywidualności w opiece była dodatnio powiązana z samorealizacją ($b = 0,54$; $p < 0,001$), przywództwem ($b = 0,09$; $p = 0,036$) i dystrybucją zasobów ($b = 0,14$; $p < 0,001$), natomiast rozwój zawodowy wykazywał zależność ujemną ($b = -0,15$; $p < 0,001$). Nie stwierdzono istotnych zależności dla autonomii w miejscu pracy, motywującej organizacji pracy ani komfortu pracy w odniesieniu do tego wymiaru opieki zindywidualizowanej (ICS-B Nurse).

Podsumowanie cyklu publikacji i implikacje praktyczne:

Zaprezentowany cykl publikacji wchodzących w skład osiągnięcia naukowego pozwala zidentyfikować i zaadresować wyzwania związane z realizacją PCC wobec pacjentów w stanach zagrożenia życia w szpitalu, na których należy się skupić, aby zapewnić wielowymiarowe korzyści tego modelu opieki.

Na podstawie przeprowadzonych badań oraz analizy literatury przedmiotu opracowano następujące wnioski oraz implikacje dla praktyki:

1. Poziom wspierania indywidualności pacjentów w intensywnej terapii przez pielęgniarki został przez nie oceniony jako umiarkowany. Istotnymi predyktorami wyższego wyniku były m.in. krótszy staż pracy w obecnym oddziale, wyżej oceniana jakość opieki oraz pozytywny stosunek do swojej pracy. Ze względu na sugerowany umiarkowany poziom realizacji tego komponentu PCC na oddziałach intensywnej terapii, należy lepiej dostrzegać i uwzględniać bariery utrudniające wdrażanie zindywidualizowanej opieki. Znaczenie praktyczne predyktorów sugeruje możliwe kierunki działań, takie jak wspieranie doświadczonych na danym oddziale pielęgniarek w realizacji opieki zindywidualizowanej np. poprzez uwzględnianie realistycznych i motywujących ścieżek rozwoju zawodowego w dalszych latach kariery zawodowej w konkretnym miejscu pracy. Ponadto należy podejmować i promować działania wspierające zdrowe, zorientowane na człowieka środowisko pracy, które sprzyja kształtowaniu pozytywnego stosunku pielęgniarek do swojego zawodu i miejsca pracy.
2. Poziom wsparcia udzielanego przez pielęgniarki bliskim pacjentów w krytycznych stanach nagłych został oceniony przez członków rodzin jako umiarkowany, zarówno ogólnie, jak i w wymiarach poznawczym oraz emocjonalnym. W obrębie wsparcia poznawczego najniżej ocenianymi elementami były: uwzględnianie rytuałów rodzinnych i przekazywanie informacji zwiększających zasoby do radzenia sobie z trudną sytuacją. Z kolei w zakresie wsparcia emocjonalnego najniższe wyniki dotyczyły zachęcania członków rodziny do odpoczynku od obowiązków opiekuńczych i inicjowania spotkań rodzinnych. Bliscy, którzy deklarowali, że byli zawsze zachęceni do odpoczynku i mieli możliwość dzielenia się swoimi doświadczeniami związanymi z chorobą, charakteryzowali się istotnie wyższym poziomem wsparcia. Natomiast osoby, które nie

miały możliwości spotkań rodzinnych, charakteryzowały się istotnie niższym poziomem postrzeganego wsparcia emocjonalnego, w porównaniu z osobami, którym je oferowano. Wyniki te sugerują, że choć rodziny doświadczają umiarkowanego wsparcia ze strony pielęgniarek, niektóre jego aspekty są realizowane w niewielkim stopniu. Wzmocnienie wsparcia rodziny, będące jednym z kluczowych aspektów PCC w opiece nad pacjentem w stanie zagrożenia życia, może odbywać się poprzez wdrażanie strategii, takich jak ustrukturyzowana komunikacja, obejmująca regularne przekazywanie informacji i umożliwianie spotkań rodzinnych, a także aktywne i wspierające włączanie rodzin w opiekę (z uwzględnieniem ograniczonych zasobów bliskich w tym zakresie). Pielęgniarki powinny być natomiast w tym wspierane poprzez szkolenia ukierunkowane na rozwój umiejętności udzielania zarówno wsparcia poznawczego (informacyjnego, edukacyjnego), jak i emocjonalnego, w tym rozpoznawania potrzeb emocjonalnych rodzin i wspierania strategii radzenia sobie. Co więcej, organizacje ochrony zdrowia powinny wdrażać formalne protokoły wsparcia rodziny oraz zapewniać odpowiednie warunki organizacyjne, uwzględniające takie zasoby, jak czas, obsada i wspierające przywództwo.

3. Badane pielęgniarki w większości nie stosowały żadnych protokołów snu pacjentów w OIT (którego jakość oceniły jako umiarkowaną), a strategię jego poprawy wykorzystywały sporadycznie, co sugeruje niski poziom uwzględniania tego komponentu PCC w intensywnej terapii. Do najczęściej stosowanych metod oceny snu należały: ocena wizualna pacjenta oraz ocena parametrów życiowych, natomiast do najczęściej stosowanych strategii poprawy jakości snu pacjentów należały: ograniczenie hałasu, światła oraz kontrola temperatury. Stosowanie metod oceny snu, rozmawianie z rodziną na temat snu pacjenta oraz większa autonomia pielęgniarek w jego zarządzaniu (którą pielęgniarki ogólnie oceniły jako umiarkowaną) były związane z lepiej ocenianą jakością snu pacjentów. Pielęgniarki raportujące wyższą autonomię w zarządzaniu snem częściej stosowały działania poprawiające sen. Powyższe wyniki sugerują, że istnieje potrzeba: edukacji pielęgniarek w tym zakresie, wzmocnienia autonomii zawodowej pielęgniarek OIT oraz opracowania lokalnych wytycznych i procedur dotyczących zarządzania snem pacjentów i komunikacji z rodzinami pacjentów, uwzględniających strategię, które pielęgniarki mogą samodzielnie stosować w celu oceny i poprawy jakości snu.

Rozwiązanie problemów organizacyjnych utrudniających bardziej samodzielne zarządzanie snem przez pielęgniarki może prowadzić do częstszego stosowania strategii poprawy snu, a tym samym do poprawy wdrażania strategii klinicznej reprezentującej założenia PCC.

4. Zastosowanie skali KUHJSS (która została przetłumaczona i dostosowana pod względem struktury do populacji polskich pielęgniarek OIT i okazała się trafnym i wiarygodnym narzędziem do pomiaru satysfakcji z pracy w tej populacji) pozwoliło wykazać, że badane pielęgniarki oceniały swoją satysfakcję z pracy na poziomie umiarkowanym. Pielęgniarki nieposiadające tytułu magistra pielęgniarstwa, zatrudnione na umowę o pracę, lubiące swoją pracę oraz wyżej oceniające jakość opieki, miały wyższą satysfakcję z wykonywanej pracy niż pielęgniarki z tytułem magistra, pracujące na podstawie umów cywilnoprawnych, nie lubiące swojej pracy i niżej oceniające jakość opieki na oddziale, na którym pracują. Wyniki te sugerują, że biorąc pod uwagę znaczenie wysokiej satysfakcji z pracy w stosowaniu założeń PCC wobec pacjentów w intensywnej terapii, działania adresujące ten problem mogłyby koncentrować się na modernizacji systemów pracy, tak aby: poziom wykształcenia pielęgniarek odpowiadał konkretnym kompetencjom i zadaniom, które wspierają ich autonomię; forma zatrudnienia zapewniała poczucie bezpieczeństwa pracowników; środowisko pracy sprzyjało podejściu zorientowanemu na pracownika, co mogłoby wpłynąć pozytywnie na nastawienie pielęgniarek do swojej pracy i w konsekwencji wspierać wysoką jakość opieki.
5. W opracowanym modelu SEM samorealizacja, przywództwo oraz dystrybucja zasobów były dodatnio związane z obydwojema komponentami opieki zindywidualizowanej: działaniami pielęgniarstwowymi oraz percepcją indywidualizacji opieki. Autonomia w miejscu pracy była dodatnio związana wyłącznie z deklarowanymi działaniami wspierającymi indywidualność pacjenta. Rozwój zawodowy wykazywał ujemne związki z obydwojema komponentami, natomiast motywująca organizacja pracy – wyłącznie z deklarowanymi działaniami. Wyniki sugerują, że satysfakcja z pracy odgrywa istotną rolę w kształtowaniu realizacji opieki zindywidualizowanej przez pielęgniarki OIT i podkreślają złożony, wielowymiarowy związek między satysfakcją z pracy a opieką zindywidualizowaną (co uzasadnia dalszą analizę tych zależności), wskazując, że wzmacnianie poczucia sensu

pracy, wspierającego przywództwa oraz sprawiedliwego środowiska pracy jest kluczowe dla rozwoju PCC w tym obszarze klinicznym. Istotne jest wspieranie środowiska pracy opartego na szacunku, współpracy i zaufaniu, które może sprzyjać satysfakcji z pracy i tym samym jakości opieki. Zasadne wydaje się również powiązanie rozwoju zawodowego z możliwościami wykorzystania kompetencji i rozszerzania ról w praktyce klinicznej, z uwzględnieniem korzyści wykraczających poza gratyfikacje finansowe. W strategiach zarządzania warto rozważyć uzupełnienie zewnętrznych mechanizmów motywowania i hierarchicznych struktur o rozwiązania wspierające motywację wewnętrzną oraz orientację na pracownika, przy jednoczesnym docenianiu wkładu i dobrostanu pielęgniarek.

Ograniczenia i sugerowane kierunki dalszych badań

Powyższe wyniki i wnioski należy interpretować z ostrożnością w świetle przedstawionych poniżej ograniczeń metodologicznych. Po pierwsze, zastosowanie doboru dogodnego, nielosowego, w przeważającej mierze realizowanego w formie kwestionariuszy dystrybuowanych elektronicznie, w połączeniu ze stosunkowo niewielkimi liczebnościami prób w poszczególnych badaniach mogło ograniczyć ich reprezentatywność oraz tym samym możliwość uogólniania wyników. Przyjęta w części badań strategia rekrutacji uniemożliwiła również określenie wskaźnika odpowiedzi, a tym samym ocenę potencjalnej stronniczości odpowiedzi (ang. *response bias*). Należy jednak podkreślić, że badania służyły opisowi analizowanych zjawisk w badanych próbach oraz identyfikacji zależności między zmiennymi; nie miały charakteru reprezentatywnych badań populacyjnych; w tym kontekście adekwatność liczebności prób została określona a priori na podstawie analizy mocy statystycznej lub wzoru Cochran, które wskazały na wystarczającą zdolność do wykrywania zakładanych efektów (z wyjątkiem jednego badania, w którym liczebność próby była nieznacznie mniejsza od planowanej, co mogło zmniejszyć zdolność przeprowadzonych analiz do wykrywania efektów o zakładanej wielkości). Tym samym wielkość prób była w większości odpowiednia dla przyjętych celów analitycznych, choć zasadnym pozostaje ich weryfikowanie w przyszłych badaniach z wykorzystaniem większych, losowo dobieranych prób warstwowych oraz metodologii umożliwiającej zbadanie kierunku korelacji i zależności przyczynowo-skutkowych.

Ponadto wykorzystanie danych, które były samodzielnie oceniane przez respondentów podczas udzielania odpowiedzi (ang. *self-reported data*) wiąże się z ryzykiem rozbieżności między deklarowanymi a rzeczywistymi praktykami opieki, w tym z możliwością wystąpienia efektu aprobaty społecznej (ang. *social desirability bias*), polegającego na przedstawianiu opieki jako bardziej zorientowanej na pacjenta, niż ma to miejsce w rzeczywistości. W przyszłych badaniach wskazane jest zastosowanie bardziej obiektywnych metod pomiaru analizowanych zmiennych.

Kolejnym ograniczeniem był umiarkowany poziom wyjaśnianej wariancji w części analizowanych modeli, co sugeruje istnienie dodatkowych, nieuwzględnionych predyktorów wpływających na badane zależności. Ze względu na bardzo złożony charakter analizowanych zmiennych wynikowych w przyszłych badaniach należy uwzględnić możliwość oddziaływania licznych zmiennych zakłócających, co wymaga dalszej weryfikacji. Co więcej, wiele z badanych zjawisk powinno zostać bardziej szczegółowo zbadanych przy użyciu metodologii jakościowej, która pozwoli na bardziej dogłębne opisanie i zrozumienie tych aspektów, których nie dało się uchwycić za pomocą pomiarów ilościowych.

Następnie, mimo że wyniki jednego z badań wskazują, że przetłumaczona i dostosowana do nowego kontekstu wersja skali KUHJSS jest trafnym narzędziem do pomiaru satysfakcji z pracy wśród pielęgniarek intensywnej terapii, jej nową strukturę czynnikową wyodrębniono w sposób eksploracyjny. Wskazane jest zatem dalsze testowanie nowej struktury na niezależnej próbie, obejmujące jej weryfikację oraz ponowną ocenę trafności i rzetelności.

Wreszcie, należy zaznaczyć, że badania obejmowały próby pochodzące z konkretnych kontekstów kulturowych, co może ograniczać możliwość bezpośredniego uogólniania wyników na inne populacje. Mimo że takie podejście pozwala na uchwycenie badanych zjawisk w zróżnicowanych kontekstach systemowych, umożliwiając identyfikację mechanizmów bardziej uniwersalnych, jak i czynników kontekstowo zależnych, poszerzenie perspektywy analitycznej i wzmocnienie wartości poznawczej uzyskanych wyników, ważna jest ich weryfikacja w odmiennych kontekstach kulturowych.

Istotny wkład powyższego cyklu publikacji w rozwój dyscypliny *nauki o zdrowiu* polega na poszerzeniu empirycznych i metodologicznych podstaw opieki zorientowanej na pacjenta w stanach zagrożenia życia w warunkach szpitalnych oraz uzupełnieniu luk w wiedzy dotyczącej dotychczas niedostatecznie rozpoznanych i opisanych w literaturze aspektów jej realizacji. Wyniki badań pogłębiają zrozumienie uwarunkowań PCC, której założenia, mimo szerokich rekomendacji, nadal nie są w pełni realizowane w praktyce klinicznej. Dostarczają wiedzy o opiece zindywidualizowanej, wsparciu bliskich pacjentów i zarządzaniu snem, wskazując obszary wymagające doskonalenia praktyki pielęgniarstwa. Ukazują również wielowymiarowy związek między satysfakcją zawodową pielęgniarek a realizacją opieki zindywidualizowanej, z uwzględnieniem zróżnicowanego znaczenia poszczególnych wymiarów satysfakcji. Wkład metodologiczny obejmuje adaptację i ocenę właściwości psychometrycznych narzędzia do pomiaru satysfakcji zawodowej pielęgniarek intensywnej terapii, co poszerza możliwości prowadzenia badań w tej populacji. Łącznie wyniki mogą stanowić wstęp do projektowania i oceny działań wspierających PCC, uwzględniających potrzeby pacjentów i ich bliskich oraz zawodowe i organizacyjne uwarunkowania praktyki pielęgniarstwa.

Piśmiennictwo:

1. Rogers CR. Client-centred therapy: its current practice, implications and theory. Boston (MA): Houghton Mifflin; 1951.
2. Laidsaar-Powell RC, Butow PN, Bu S, Charles C, Gafni A, Lam WW, et al. Physician-patient-companion communication and decision-making: a systematic review of triadic medical consultations. *Patient Educ Couns*. 2013;91(1):3-13.
3. McMillan SS, Kendall E, Sav A, King MA, Whitty JA, Kelly F, et al. Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials. *Med Care Res Rev*. 2013;70(6):567-96.
4. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med*. 2012;366(9):780-1.
5. Picker. Picker principles of person centred care [Internet]. Oxford: Picker; [cited 2026 Sep 3]. Available from: <https://www.picker.org/about-picker/the-picker-principles-person-centred-care>
6. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL, editors. *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 1993.
7. McCormack B, McCance T, editors. *Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice*. 2nd ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2016.

8. McCance T, McCormack B. The Person-centred Nursing Framework: a mid-range theory for nursing practice. *J Res Nurs*. 2025 Feb;30(1):47-60.
9. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat (A69/39). Geneva: World Health Organization; 2016.
10. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press; 2001.
11. Institute for Patient- and Family-Centered Care. Patient- and family-centered care [Internet]. McLean (VA): Institute for Patient- and Family-Centered Care; [cited 2026 Sep 3]. Available from: <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
12. Organisation for Economic Co-operation and Development. Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality. Paris: OECD Publishing; 2017.
13. Jakimowicz S, Perry L. A concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care unit. *J Adv Nurs*. 2015;71(7):1499-517.
14. Gerdik C, Vallish RO, Miles K, Godwin SA, Wludyka PS, Panni MK. Successful implementation of a family and patient activated rapid response team in an adult level 1 trauma center. *Resuscitation*. 2010;81(12):1676-81.
15. Meterko M, Wright S, Lin H, Lowy E, Cleary PD. Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Serv Res*. 2010;45(5 Pt 1):1188-204.
16. Sak-Dankosky N, Andruszkiewicz P, Sherwood PR, Kvist T. Integrative review: nurses' and physicians' experiences and attitudes towards inpatient-witnessed resuscitation of an adult patient. *J Adv Nurs*. 2014;70(5):957-974.
17. Santana MJ, Ahmed S, Lorenzetti D, Jolley RJ, Manalili K, Zelinsky S, et al. Measuring patient-centred system performance: a scoping review of patient-centred care quality indicators. *BMJ Open*. 2019;9(1):e023596.
18. Parnia S, Spearpoint K, de Vos G, Fenwick P, Goldberg D, Yang J, et al. AWARE—AWAREness during REsuscitation—a prospective study. *Resuscitation*. 2014;85(12):1799-805.
19. Barkestad E, Blackwood B, Blot S, Boulanger C, Fullbrook P, Frignovic A, et al. The Belfast Declaration: promoting and supporting optimal critical care nursing practices worldwide. *Connect World Crit Care Nurs*. 2017;11(1):26.
20. Litwin S, Vaillancourt S, Labelle FK, Mondoux S, Berthelot S, Clarke L, Hofstetter C, VandenBerg S, Lang E, Chartier LB. Recommendations for patient-centered emergency care. *CJEM*. 2024 Aug;26(8):513-519. doi: 10.1007/s43678-024-00706-3. Epub 2024 Jun 21.
21. Raffay V, Wittig J, Bossaert L, Djakow J, Djärv T, Estella Á, Lulic I, Mentzelopoulos SD, Monsieurs KG, de Voorde PV, Lauridsen KG; ERC Ethics in Resuscitation Collaborators. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Ethics in Resuscitation. *Resuscitation*. 2025 Oct;215 Suppl 1:110734.
22. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Berwick D, Downey A, Cornett E, editors. A national trauma care system: integrating military and civilian trauma systems to achieve zero preventable deaths after injury. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 Sep 12. Chapter 6, Delivering patient-centered trauma care; [cited 2026 Sep 8].
23. Zare-Kaseb A, Sanaie N, Sarmadi S. Prevalence and incidence of post-intensive care syndrome among intensive care unit survivors: a systematic review and meta-analysis. *Ann Med*. 2026;58(1):2620880.
24. Ohtake PJ, Lee AC, Scott JC, Hinman RS, Ali NA, Hinkson CR, et al. Physical impairments associated with post-intensive care syndrome: systematic review based on the World Health Organization's

- International Classification of Functioning, Disability and Health framework. *Phys Ther.* 2018;98(8):631-45.
25. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, et al. "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns.* 2019;102(1):3-11.
 26. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. *Dz.U.* 2024 poz. 581.
 27. United Nations General Assembly. Universal Declaration of Human Rights. Resolution 217 A (III). Paris: United Nations; 1948.
 28. Sieradzan M. Szpital to nie hotel: o problemach z prawami pacjenta. Warszawa: Wydawnictwo Poczekałnia; 2025.
 29. Grover S, Fitzpatrick A, Azim FT, Ariza-Vega P, Bellwood P, Burns J, et al. Defining and implementing patient-centered care: an umbrella review. *Patient Educ Couns.* 2022;105(7):1679-88.
 30. Jakimowicz S, Perry L, Lewis J. An integrative review of supports, facilitators and barriers to patient-centred nursing in the intensive care unit. *J Clin Nurs.* 2017 Dec;26(23-24):4153-4171.
 31. Kiwanuka F, Shayan SJ, Tolulope AA. Barriers to patient and family-centred care in adult intensive care units: A systematic review. *Nurs Open.* 2019 Mar 28;6(3):676-684.
 32. Walsh A, Bodaghkhan E, Etchegary H, Alcock L, Patey C, Senior D, Asghari S. Patient-centered care in the emergency department: a systematic review and meta-ethnographic synthesis. *Int J Emerg Med.* 2022 Aug 11;15(1):36. doi: 10.1186/s12245-022-00438-0.
 33. Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Katajisto J. Testing the individualized care model. *Scand J Caring Sci.* 2004;18(1):27-36.
 34. van Servellen G. The individualized care index. In: Waltz CF, Strickland OL, editors. *Measurement of nursing outcomes. Vol. 1, Measuring client outcomes.* New York: Springer Publishing Company; 1988. p. 499-522.
 35. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice.* 5th ed. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer; 2023.
 36. Checa-Checa A, Medina-Maldonado V, Ramírez A, Rodríguez Díez J. Family support strategies during intensive care unit: a systematic review. *Inquiry.* 2025;62:469580251368654.
 37. Zante B, Camenisch SA, Schefold JC. Interventions in post-intensive care syndrome-family: a systematic literature review. *Crit Care Med.* 2020;48(9):e835-40.
 38. Love Rhoads S, Trikalinos TA, Levy MM, Amass T. Intensive care based interventions to reduce family member stress disorders: a systematic review of the literature. *J Crit Care Med (Targu Mures).* 2022;8(3):145-55.
 39. Li J, Fan Y, Luo R, Wang Y, Yin N, Qi W, et al. Family involvement in preventing delirium in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2025;161:104937.
 40. Sundström M, Sverresvold C, Trygg Solberg M. Factors contributing to poor sleep in critically ill patients: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Intensive Crit Care Nurs.* 2021;67:103108.
 41. Kakar E, Priester M, Wessels P, Slooter AJC, Louter M, van der Jagt M. Sleep assessment in critically ill adults: a systematic review and meta-analysis. *J Crit Care.* 2022;71:154102.
 42. Hu RF, Jiang XY, Chen J, Zeng Z, Chen XY, Li Y, et al. Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(10):CD008808.

43. Telias I, Wilcox ME. Sleep and circadian rhythm in critical illness. *Crit Care*. 2019;23(1):82.
44. Teng J, Qin H, Guo W, Liu J, Sun J, Zhang Z. Effectiveness of sleep interventions to reduce delirium in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *J Crit Care*. 2023;78:154342.
45. Boyko Y, Jennum P, Toft P. Sleep quality and circadian rhythm disruption in the intensive care unit: a review. *Nat Sci Sleep*. 2017;9:277-84.
46. Rao AD, Kumar A, McHugh M. Better nurse autonomy decreases the odds of 30-day mortality and failure to rescue. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(1):73-9.
47. Constand MK, MacDermid JC, Dal Bello-Haas V, Law M. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:271.
48. Kamdar BB, King LM, Collop NA, Sakamuri S, Colantuoni E, Neufeld KJ, et al. The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU. *Crit Care Med*. 2013;41(3):800-9.
49. Pulak LM, Jensen L. Sleep in the intensive care unit: a review. *J Intensive Care Med*. 2016;31(1):14-23.
50. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med*. 2018;46(9):e825-73.
51. Kiwanuka F, Shayan SJ, Tolulope AA. Barriers to patient and family-centred care in adult intensive care units: a systematic review. *Nurs Open*. 2019;6(3):676-84.
52. Purdy N, Spence Laschinger HK, Finegan J, Kerr M, Olivera F. Effects of work environments on nurse and patient outcomes. *J Nurs Manag*. 2010;18(8):901-13.
53. Balqis-Ali NZ, Saw PS, Anis-Syakira J, Fun WH, Sararaks S, Lee SWH, et al. Healthcare provider person-centred practice: relationships between prerequisites, care environment and care processes using structural equation modelling. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):576.
54. Gustavsson K, van Diepen C, Fors A, Axelsson M, Bertilsson M, Hensing G. Healthcare professionals' experiences of job satisfaction when providing person-centred care: a systematic review of qualitative studies. *BMJ Open*. 2023;13(6):e071178.
55. Bardhia M, Batran A, Ayed A, Ejheishah MA, Alassoud B, Abu-Siam I. The relationship between the nurse practice environment and perceived patient-centered care in intensive care units: nursing perspective. *SAGE Open Nurs*. 2025;11:23779608251321365.
56. Suhonen R, Charalambous A, Stolt M, Katajisto J, Puro M. Caregivers' work satisfaction and individualised care in care settings for older people. *J Clin Nurs*. 2013;22(3-4):479-90.
57. Kvist T, Voutilainen A, Mäntynen R, Vehviläinen-Julkunen K. The relationship between patients' perceptions of care quality and three factors: nursing staff job satisfaction, organizational characteristics and patient age. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:466.
58. Gray JR, Grove SK. Burns & Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 9th ed. St. Louis (MO): Elsevier; 2021.
59. Wang X, Cheng Z. Cross-sectional studies: strengths, weaknesses, and recommendations. *Chest*. 2020;158(1 Suppl):S65-71.
60. Curtis EA, Comiskey C, Dempsey O. Importance and use of correlational research. *Nurse Res*. 2016;23(6):20-5.
61. Capili B. Cross-sectional studies. *Am J Nurs*. 2021;121(10):59-62.

62. Etikan I, Musa SA, Alkassim RS. Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *Am J Theor Appl Stat.* 2016;5(1):1-4.
63. Flanagan JM, Beck CT. *Polit & Beck's nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 12th ed. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer; 2025.
64. Wang X, Ji X. Sample size estimation in clinical research: from randomized controlled trials to observational studies. *Chest.* 2020;158(1 Suppl):S12-20.
65. Bujang MA. An elaboration on sample size determination for correlations based on effect sizes and confidence interval width: a guide for researchers. *Restor Dent Endod.* 2024;49(2):e21.
66. Polit DF. Assessing measurement in health: beyond reliability and validity. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(11):1746-53.
67. Zangaro GA. Importance of reporting psychometric properties of instruments used in nursing research. *West J Nurs Res.* 2019;41(11):1548-50.
68. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet.* 2007;370(9596):1453-7.
69. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human participants. *JAMA.* 2025;333(1):71-4.
70. Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Individualised care scale-nurse version: a Finnish validation study. *J Eval Clin Pract.* 2010;16(1):145-54.
71. Sveinbjarnardóttir EK, Svavarsdóttir EK, Hrafnkelsson B. Psychometric development of the Iceland-Family Perceived Support Questionnaire (ICE-FPSQ). *J Fam Nurs.* 2012;18(3):328-52.
72. Hofhuis JG, Langevoort G, Rommes JH, Spronk PE. Sleep disturbances and sedation practices in the intensive care unit—a postal survey in the Netherlands. *Intensive Crit Care Nurs.* 2012;28(3):141-9.
73. Hofhuis JGM, Rose L, Blackwood B, Akerman E, McGaughey J, Egerod I, et al. Clinical practices to promote sleep in the ICU: a multinational survey. *Int J Nurs Stud.* 2018;81:107-14.
74. Kvist T, Mäntynen R, Partanen P, Turunen H, Miettinen M, Vehviläinen-Julkunen K. The job satisfaction of Finnish nursing staff: the development of a job satisfaction scale and survey results. *Nurs Res Pract.* 2012;2012:210509.

5 Aktywność naukowa

Podsumowanie dorobku naukowego na podstawie analizy bibliometrycznej opracowanej w Bibliotece Uczelnianej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (dnia 02.09.2026):

Liczba zatwierdzonych publikacji		IF		MNIŚW		
41		69,664		2190		
ARTYKUŁY						
Przed doktoratem				Po doktoracie		
	Liczba	IF	MNIŚW	Liczba	IF	MNIŚW
Prace oryginalne	2	3,556	70	13	29,773	1080
Prace poglądowe	7	1,741	50	13	27,180	825
Opisy przypadków	-	-	-	2	-	25
Listy do redakcji	-	-	-	1	7,414	140
Inne publikacje	1	-	-	2	-	-
SUMA:	10	5,297	120	31	64,367	2070
Liczba cytowań					Indeks Hirscha	
Z autocytowaniami			Bez autocytowań			
Scopus	354		339		11	
Web of Science	320		305		10	
PODRĘCZNIKI				Liczba		
Redakcja naukowa				4		
Autorstwo pojedynczych rozdziałów				12		

Publikacje naukowe nieujęte w cyklu:

Pozostałe artykuły z obszaru opieki zorientowanej na pacjenta:

Family-witnessed resuscitation

Resuscytacja w obecności rodziny (ang. *family-witnessed resuscitation*, FWR), czyli praktyka umożliwiająca bliskim pacjenta przebywanie przy nim podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej, została uznana za pomocną w radzeniu sobie z często traumatycznym doświadczeniem pobytu pacjenta w oddziale intensywnej terapii. Odpowiada ona na istotne potrzeby emocjonalne i psychospołeczne w sytuacji traumatycznego zdarzenia, zmniejszając m.in. ryzyko wystąpienia zespołu PICS-F, powikłanej żałoby i objawów stresu pourazowego, a jednocześnie wpisuje się w paradygmat PCC, podkreślający znaczenie bliskich pacjenta w procesie terapeutycznym. Dostępne dowody wskazują, że praktyka ta nie pogarsza wyników resuscytacji, a może poprawiać dobrostan rodzin, choć jej wdrażanie wymaga odpowiedniego przygotowania organizacyjnego i kompetencji komunikacyjnych personelu, aby zapewnić bezpieczeństwo zarówno pacjenta, jak i zespołu terapeutycznego. Pomimo istniejących dowodów potwierdzających korzyści tej praktyki oraz faktu, że od wielu lat jest rekomendowana przez Europejską Radę Resuscytacji i inne wiodące medyczne organizacje krajowe i międzynarodowe, uważa się, że jej wdrażanie do praktyki klinicznej wciąż pozostaje marginalne.

Wyniki badań własnych wykazały, że FWR nie jest powszechnie wdrażana ani praktykowana w wielu krajach. Ogólne nastawienie personelu medycznego do tej praktyki jest raczej negatywne i zależy m.in. od wcześniejszych doświadczeń z tym związanych. Argumentacja pielęgniarek i lekarzy opiera się na różnych przekonaniach dotyczących potencjalnie negatywnego wpływu tej praktyki na członków rodziny, zespół medyczny oraz sam proces resuscytacji, co ujawnia liczne bariery utrudniające jej wdrożenie. W przeciwieństwie do opinii personelu, bliscy pacjentów częściej popierają tę praktykę i uważają, że powinna być im oferowana jako opcja, ponieważ może poprawić jakość i wyniki opieki oraz zwiększyć ich zaangażowanie w proces leczenia.

Poniższe publikacje mojego współautorstwa przedstawiają wyniki dotyczące doświadczeń, postaw i oczekiwań pielęgniarek, lekarzy oraz rodzin pacjentów wobec resuscytacji w obecności rodziny, a także kwestii istotnych dla wdrażania tej praktyki:

1. **Sak-Dankosky, N.**, Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2019). Preferences of patients' family regarding family-witnessed cardiopulmonary resuscitation: A qualitative perspective of intensive care patients' family members. *Intensive & Critical Care Nursing*, 50, 95–102. (praca oryginalna)
Artykuł został zacytowany w wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji 2025.
IF: 1,886 | MNiSW: 100
2. **Sak-Dankosky, N.**, Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2018). Health care professionals' concerns regarding in-hospital family-witnessed cardiopulmonary resuscitation implementation into clinical practice. *Nursing in Critical Care*, 23(3), 134–140. (praca oryginalna)
IF: 1,639 | MNiSW: 25
3. **Sak-Dankosky, N.** (2018) Family presence during resuscitation occurring in a hospital: Time for a change. *Tehohoito*, 36(2), 133-137 (artykuł poglądowy)
4. **Sak-Dankosky, N.**, Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2015). Factors associated with experiences and attitudes of healthcare professionals towards family-witnessed resuscitation: a cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(11), 2595–2608. (praca oryginalna)
Artykuł został zacytowany w konsensusie International Liaison Committee on Resuscitation 2023 (do którego należy Europejska Rada Resuscytacji) dotyczącym postępowania w zatrzymaniu krążenia.
IF: 1,917 | MNiSW: 45
5. **Sak-Dankosky, N.**, Andruszkiewicz, P., Sherwood, P. R., & Kvist, T. (2014). Integrative review: nurses' and physicians' experiences and attitudes towards inpatient-witnessed resuscitation of an adult patient. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 957–974. (przegląd systematyczny)
Artykuł został zacytowany w wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji 2021.
IF: 1,741 | MNiSW: 45
6. **Sak-Dankosky N.** (2012) Obecność rodziny pacjenta podczas szpitalnej resuscytacji krążeniowo-oddechowej, w opinii pielęgniarek - przegląd światowej literatury. *Anestezjologia i Ratownictwo*. 3, 305–23. (przegląd systematyczny)
MNiSW: 5

7. **Sak, N.** (2012) Obecność rodziny pacjenta przy resuscytacji. *Sztuka Pielęgowania*. 2, 14–15. (praca pogładowa)

Family-centered care

Opieka uwzględniająca rodzinę pacjenta stanowi ważny komponent PCC, który podkreśla, że pacjent funkcjonuje w sieci relacji, a uwzględnianie jego kontekstu, czyli m.in. rodziny powinno być integralną częścią procesu zdrowienia i podejmowania decyzji. FCC jest umotywowane założeniami teorii systemów rodziny i zakłada partnerstwo między personelem a rodziną, oparte na wzajemnym szacunku, otwartej komunikacji oraz uwzględnianiu wartości, potrzeb i preferencji zarówno pacjenta, jak i jego bliskich. W tym ujęciu rodzina nie jest jedynie odbiorcą informacji, lecz aktywnym uczestnikiem opieki, wspierającym pacjenta emocjonalnie i współuczestniczącym w procesie terapeutycznym. FCC operacjonalizuje więc założenia PCC, przenosząc je z poziomu jednostki na poziom relacyjny i systemowy, szczególnie istotny w środowiskach klinicznych, w których zachowanie osobowego wymiaru opieki może stanowić szczególne wyzwanie.

Wyniki badań własnych w tym obszarze podkreślają m.in., że pielęgniarki, które postrzegały zaangażowanie rodziny w opiekę jako czynnik poprawiający wyniki zdrowotne pacjentów oraz dobrostan ich bliskich, częściej wysoko oceniały realizację FCC. Postrzegane bariery utrudniające angażowanie rodziny w opiekę, w szczególności ograniczenia czasowe, nadmierne obciążenie pracą oraz konflikty związane z rodziną pacjenta, wywierały istotny i negatywny wpływ na praktykę FCC. Z praktykowaniem FCC istotnie związane były również cechy samych pielęgniarek, takie jak poziom wykształcenia, system pracy zmianowej oraz osobiste doświadczenie hospitalizacji członka rodziny. Pielęgniarki pracujące głównie na zmianach porannych częściej deklarowały wyższy poziom realizacji FCC.

Wyniki również wykazują, że na stosowanie założeń FCC wpływa kilka czynników, takich jak: postrzegane bariery, postrzegane korzyści oraz cechy pielęgniarek. Uwzględniając różnorodność kontekstów opieki zdrowotnej, wyniki sugerują, że dla rozwoju interwencji i praktyki uwzględniającej rodzinę pacjentów kluczowe znaczenie ma współdziałanie tych wielu czynników. Ponadto dostępne dowody wskazują, że istnieje wiele przebadanych interdyscyplinarnych interwencji umożliwiających pielęgniarkom wspieranie bliskich pacjentów

z uwzględnieniem zróżnicowania ich potrzeb, które mogą poprawiać wyniki opieki nad bliskimi pacjentów.

Powyższe aspekty zostały opisane w poniższych publikacjach mojego współautorstwa:

1. Witkowska, M. I., Janhunen, K., **Sak-Dankosky, N.**, & Kvist, T. (2025). Parents' perceptions of patient safety in paediatric hospital care-A mixed-methods systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 81(9), 5291–5303. (przegląd systematyczny)
IF: 3,800 | MNiSW: 140
2. Kiwanuka, F., Nanyonga, R. C., **Sak-Dankosky, N.**, & Kvist, T. (2023). Influence of perceived benefits, barriers and activities of family engagement in care on family nursing practice: A cross-sectional correlational study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(9), 3487–3497. (praca oryginalna)
IF: 3,800 | MNiSW: 140
3. Kiwanuka, F., **Sak-Dankosky, N.**, Alemayehu, Y. H., Nanyonga, R. C., & Kvist, T. (2022). The evidence base of nurse-led family interventions for improving family outcomes in adult critical care settings: A mixed method systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 125, 104100. (przegląd systematyczny)
IF: 8,100 | MNiSW: 200

Opieka onkologiczna

PCC stanowi kluczowy element opieki onkologicznej, ponieważ choroba nowotworowa wpływa nie tylko na stan fizyczny, lecz w sposób znaczący także na funkcjonowanie psychiczne, społeczne i duchowe chorego. PCC umożliwia holistyczne podejście, uwzględniające wartości, potrzeby i preferencje pacjenta na różnych etapach leczenia, co sprzyja lepszej komunikacji, większemu zaangażowaniu oraz poprawie jakości życia. Włączenie pacjenta i jego rodziny w proces podejmowania decyzji oraz indywidualizacja opieki stanowią fundament skutecznej i humanistycznej opieki onkologicznej zorientowanej na pacjenta.

Wyniki badań własnych podkreślają, że obecnie dostępnych jest wiele skutecznych interwencji wspierających osoby zaangażowane w opiekę nad pacjentem onkologicznym, które mogą być włączone do planu opieki pielęgniarskiej. Interwencje psychoedukacyjne zawierające

komponent wsparcia społecznego mają największy potencjał w zakresie wspierania bliskich pacjentów.

W opiece nad pacjentem onkologicznym ponadto istotne jest także uwzględnianie specyficznych, indywidualnych potrzeb pacjentów i ich bliskich, charakterystycznych dla różnych etapów choroby nowotworowej, włączając w to potrzeby duchowe. Istotne znaczenie ma również rzetelne przygotowanie teoretyczne przyszłej kadry pielęgniarstwa w tym obszarze, gdyż stanowi ono fundament kompetentnej, świadomej i zorientowanej na pacjenta opieki onkologicznej.

Powyższe zagadnienia zostały szczegółowo przedstawione w poniższych publikacjach mojego współautorstwa:

1. Okere, C. A., **Sak-Dankosky, N.**, Yerris, V., & Kvist, T. (2024). Spiritual interventions: Improving the lives of colorectal cancer survivors-A systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 80(12), 4758–4776. (przegląd systematyczny)

IF: 3,400 | MNiSW: 140

2. **Sak-Dankosky, N.**, Sherwood, P., Vehviläinen-Julkunen, K., & Kvist, T. (2022). Interventions improving well-being of adult cancer patients' caregivers: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(9), 2747–2764. (przegląd systematyczny)

Artykuł był podstawą nadania nagrody zespołowej II stopnia Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za osiągnięcie naukowe.

IF: 3,800 | MNiSW: 140

3. Cichomska, J., **Sak-Dankosky, N.**, & Czarkowska-Pączek, B. (2020). Knowledge of nursing students about breast cancer prevention. *Nursing in the 21st Century*, 2(71), 102-109. (praca oryginalna)

MNiSW: 40

Przywództwo i środowisko opieki

Przywództwo i środowisko opieki są ważnymi komponentami PCC, ponieważ kształtują bezpieczną kulturę organizacyjną, która umożliwia indywidualizację opieki, efektywną komunikację i zaangażowanie pacjenta oraz jego rodziny, a także wspierają autonomię personelu i wysoką jakość świadczeń.

Wyniki badań własnych podkreślają m.in., że na przykładzie środowiska OIT, transformacyjne, wspierające i wzorcowe praktyki przywódcze oraz style przywództwa oparte na zaufaniu, stosowane przez liderów pielęgniarstwa, zapewniają wyższą jakość opieki pielęgniarstwa. Dlatego nowoczesne style przywództwa powinny być wspierane przez organizacje ochrony zdrowia oraz system edukacji. Ponadto, poprawa bezpieczeństwa w ochronie zdrowia powinna być globalnym priorytetem, zwracając szczególną uwagę na fakt, że opieka zdrowotna zależy od współpracy przedstawicieli wielu zawodów medycznych, sposobów finansowania, infrastruktury, technologii oraz poziomu kultury bezpieczeństwa. Istotne jest również uwzględnienie, że brak bezpieczeństwa pracowników wpływa bezpośrednio na bezpieczeństwo pacjentów. Pomocne w adresowaniu tego problemu jest monitorowanie konkretnych zjawisk związanych z obszarem bezpieczeństwa pracowników, takich jak występowanie mobbingu czy stosowanie zasad przywództwa transformacyjnego w opinii pracowników. Powinno się to odbywać przy pomocy dostępnych i rzetelnych narzędzi, takich jak skala Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) czy Transformational Leadership Scale, co umożliwi kadrze zarządzającej projektowanie zdrowszego środowiska pracy, a w dłuższej perspektywie przyczyni się do poprawy wyników opieki nad pacjentem.

Poniższe publikacje mojego współautorstwa odnoszą się do wyżej opisanych aspektów:

1. Lis, K., **Sak-Dankosky, N.**, & Czarkowska-Pączek, B. (2026). Translation, cultural adaptation and psychometric evaluation of the Transformational Leadership Scale in Intensive Care Unit nurses: Empirical Research Quantitative. *Nursing Open*. 13(5), e70587. (praca oryginalna)

IF: 3,100 | MNiSW: 100

2. Kiwanuka, F., Nanyonga, R. C., **Sak-Dankosky, N.**, Muwanguzi, P. A., & Kvist, T. (2021). Nursing leadership styles and their impact on intensive care unit quality measures: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 133–142. (przegląd systematyczny)

Artykuł był podstawą otrzymania listu gratulacyjnego od Journal of Nursing Management za najczęściej pobieraną publikację.

IF: 4,680 | MNiSW: 100

3. Serafin, L., **Sak-Dankosky, N.**, & Czarkowska-Pączek, B. (2020). Bullying in nursing evaluated by the Negative Acts Questionnaire-Revised: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(6), 1320-1333. (przegląd systematyczny)
IF: 3,187 | MNiSW: 140
4. Mędrzycka-Dąbrowska, W., Zorena, K., Friganović, A. & **Sak-Dankosky, N.** (2022). Editorial: Patient and medical staff safety in the 21st century. *Frontiers in Public Health*, 10, 1092149. (artykuł redakcyjny)

Dostępny naczyniowy

Pielęgniarstwo infuzyjne i zarządzanie dostępnymi naczyniowymi stanowią istotny element PCC. Wytyczne Infusion Nurses Society podkreślają, że właściwy dobór dostępu naczyniowego powinien uwzględniać nie tylko wymagania terapii, ale także właśnie indywidualne potrzeby pacjenta, komfort leczenia, ograniczanie bólu i liczby wkłuć, minimalizację ryzyka powikłań oraz zachowanie zasobów żylnych.

Opublikowany konsensus ekspertów dotyczący organizacji terapii infuzyjnej i doboru obwodowych dostępnymi naczyniowymi w polskich warunkach, zgodnie z założeniami PCC rekomenduje indywidualizację wyboru dostępu naczyniowego w zależności od potrzeb pacjenta, rodzaju terapii i ryzyka powikłań, ze szczególnym uwzględnieniem wczesnej identyfikacji pacjentów z trudnym dostępem żylnym (DIVA). Podkreśla również znaczenie ultrasonografii, rozwoju kompetencji pielęgniarek oraz standaryzacji postępowania, wskazując, że właściwe zarządzanie dostępnymi naczyniowymi stanowi ważny element opieki zorientowanej na pacjenta, wpływający na bezpieczeństwo, komfort i jakość leczenia.

Wyniki badań własnych ponadto wykazały, że dostępy pośrednie (ang. *midline catheters*), rekomendowane pacjentom wymagającym płynoterapii powyżej pięciu dni, są głównie stosowane u osób z trudnym dostępem dożylnym. Mimo wysokiej skuteczności ich zakładania przez przeszkolone pielęgniarki z wykorzystaniem ultrasonografii, odnotowano znaczną liczbę przedwczesnych usunięć cewników, co wskazuje na potrzebę dalszej poprawy jakości opieki nad dostępnymi naczyniowymi oraz edukacji personelu. Badanie podkreśla również rolę

pielęgniarek w ograniczaniu liczby nieudanych kaniulacji i poprawie doświadczeń pacjentów związanych z terapią dożylną.

Do opisanych powyżej zagadnień odnoszą się następujące publikacje mojego współautorstwa:

1. Latos, M., Jadczak, M., Wołosianka, J., Szymczak, A., Fornal, I., Górzyńska, K., Szczypka, A., Cichowlas, G., Gąsior, A., Bednarczyk, K., Kołatek, M., Ryznar-Zarębra, M., Solecki, M., Strzemski, M., Wróblewski, Ł., Witt, P., Romańczuk, D., **Sak-Dankosky, N.**, Pytel, M., Łodzińska, M. & Sadownik, B. (2026) Konsensus Panelu Ekspertów dotyczący wprowadzania obwodowych dostępów naczyniowych i organizacji opieki w zakresie terapii dożylnej. *European Journal of Infusion Nursing*. 3(1), E15-50. (wytyczne)
2. Latos, M., Sadownik, B., **Sak-Dankosky, N.**, Stach, O., Becler, R., Barabasz, A., Małyszko, M., Zawadka, M., Andruszkiewicz, P., & Kosson, D. (2023). Midline catheters – what could be done better? A retrospective evaluation of clinical registry. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 1(82), 35-40. (praca oryginalna)

MNiSW: 5

IF: 0,200 | MNiSW: 40

Bezpieczeństwo farmakoterapii

Zapewnienie bezpieczeństwa farmakoterapii jest innym przykładem klinicznej realizacji PCC, realizującej komponenty PCC wskazane przez Picker Institute (*kontynuacja opieki, zrozumiała informacja i komunikacja, wsparcie dla samoopieki, zaangażowanie w decyzje, poszanowanie preferencji pacjenta, uwagi na potrzeby fizyczne i środowiskowe*), a także elementy modelu McCormack i McCance (*praca uwzględniająca przekonania i wartości pacjenta, wspólne podejmowanie decyzji, stosowanie opieki holistycznej i dobrego doświadczenia związanego z opieką*). Jest to proces wieloetapowy, w którym kluczową rolę odgrywają pielęgniarki, odpowiedzialne za znaczną część działań związanych z podawaniem leków. Obejmuje on m.in. identyfikację i zapobieganie błędom lekowym, analizę zdarzeń niepożądanych oraz wdrażanie systemowych i organizacyjnych strategii poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki.

Wyniki badań własnych w tym obszarze wskazują, że pielęgniarki biorą udział w redukowaniu liczby przyjmowanych leków, które nie są już potrzebne (ang. *deprescribing*), zjawiska

przyczyniającego się do zwiększenia bezpieczeństwa farmakoterapii. Głównymi wymiarami wkładu pielęgniarek w działania związane z depreskrypcją są: monitorowanie, komunikacja oraz edukacja. Natomiast obszary wymagające poprawy w celu zwiększenia ich udziału w tym procesie obejmują: potrzebę zwiększenia wiedzy na ten temat i pewności siebie w praktyce klinicznej oraz włączenie w dyskusje zespołu terapeutycznego, co powinno być adresowane poprzez edukację, szkolenia oraz kształtowanie postaw.

Na podstawie innych badań własnych w tym obszarze, stwierdzono, że polska wersja skali Medication Safety Scale (MSS) wykazuje odpowiednią spójność wewnętrzną oraz akceptowalną trafność treściową i konstrukcyjną, co oznacza, że to narzędzie jest rzetelne i użyteczne zarówno do pomiaru poziomu bezpieczeństwa farmakoterapii w OIT z perspektywy pielęgniarek, jak i do oceny efektów interwencji ukierunkowanych na jego poprawę w praktyce pielęgniarskiej. Skuteczna identyfikacja problemów związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa farmakoterapii może przyczynić się nie tylko do poprawy jakości pracy pielęgniarek, lecz przede wszystkim do zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów i poprawy wyników leczenia.

Powyższe aspekty zostały opisane w poniższych publikacjach mojego współautorstwa:

1. Lis, K., **Sak-Dankosky, N.**, & Czarkowska-Pączek, B. (2026). Evaluation of the validity, reliability and psychometric properties of the Polish version of the Medication Safety Scale among Intensive Care Nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 32(2), e70139. (praca oryginalna)
2. Vaismoradi, M., Mardani, A., Crespo, M. L., Logan, P. A., & **Sak-Dankosky, N.** (2024). An integrative systematic review of nurses' involvement in medication deprescription in long-term healthcare settings for older people. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 15, 20420986241289205. (przegląd systematyczny)

IF: 2,500 | MNiSW: 70

IF: 3,400 | MNiSW: 100

Artykuły z obszaru metodologii badawczej:

Rozwój metodologii badań naukowych w pielęgniarstwie jest niezwykle ważny, ponieważ umożliwia generowanie wiarygodnej, wysokiej jakości wiedzy stanowiącej podstawę praktyki

opartej na dowodach. Doskonalenie metod badawczych pozwala na trafniejsze pomiary złożonych zjawisk klinicznych i psychospołecznych, zwiększa rzetelność i porównywalność wyników oraz wspiera rozwój narzędzi diagnostycznych i interwencji pielęgniarских, co w konsekwencji przekłada się na poprawę jakości opieki, bezpieczeństwa pacjentów oraz wzrost profesjonalizacji i autonomii zawodu.

Poniżej znajdują się artykuły naukowe mojego współautorstwa, które opisują wybrane metody badawcze z obszaru pielęgniarstwa:

1. **Sak-Dankosky, N.** (2023) *Krytyczna ocena badań ilościowych, czyli jak sprawdzić, czy możemy ufać konkretnemu badaniu w podejmowaniu decyzji klinicznych?* *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 6, 34–35 (praca pogładowa)
 2. **Sak-Dankosky, N.** (2023) *Krytyczna ocena badań jakościowych, czyli jak sprawdzić, czy dane badanie jakościowe ma wysoką wartość metodologiczną?* *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 7–8, 64–65 (praca pogładowa)
 3. Kiwanuka, F., Kopra, J., **Sak-Dankosky, N.**, Nanyonga, R. C., & Kvist, T. (2022). Polychoric Correlation With Ordinal Data in Nursing Research. *Nursing Research*, 71(6), 469–476. (praca oryginalna)
- IF: 2,500 | MNiSW: 70
4. Serafin, L, Wesółowska-Górniak, K & **Sak-Dankosky, N.** (2022) *Badania naukowe w pielęgniarstwie. Podstawa bezpiecznej i efektywnej praktyki.* *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 5, 10–11. (praca pogładowa)
 5. **Sak-Dankosky, N.** (2022) *Evidence Based Nursing – czyli do czego potrzebne są badania naukowe w pracy pielęgniarki.* *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 5, 4–8. (praca pogładowa)
 6. **Sak-Dankosky, N.** (2022) *Ku lepszemu zrozumieniu zjawisk, czyli o badaniach jakościowych.* *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 12, 32–33. (praca pogładowa)
 7. **Sak-Dankosky, N.** (2022) *Badania mieszane – czyli idealny sposób na badanie zjawisk w pielęgniarstwie.* *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 1-2, 52–55. (praca pogładowa)

8. **Sak, N.** (2011) Future challenges of nursing as a science and producer of new knowledge/information in developing theory. *Medycyna Dydaktyka Wychowanie*. 43(3), 25–29. (praca pogładowa)

Pozostałe artykuły:

1. Witkowska, M., **Sak-Dankosky, N.**, Czarkowska-Pączek, B. (2021) Model opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka – studium przypadku. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 15(4) 171–175. (opis przypadku)
MNiSW: 20
2. Ostrowska A., **Sak-Dankosky N.** & Czarkowska-Pączek B. (2019) Opieka pielęgniarska nad pacjentem z niewydolnością wątroby przeszczepionej, niezakwalifikowanym do retransplantacji - studium przypadku w oparciu o klasyfikację ICNP. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*. 4(4), 78–114. (opis przypadku)
MNiSW: 5
3. Czyż-Szypenbej, K., Mędrzycka-Dąbrowska, W., & **Sak-Dankosky, N.** (2019). Neurocognitive Testing-Do We Lack in Expertise? *Critical Care Medicine*, 47(6), e531. (list do redakcji)
IF: 7,414 | MNiSW: 140
4. **Sak, N.** & Antos, E. (2010) Przygotowanie pacjenta do przeszczepienia nerki. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 10, 20–21. (praca pogładowa)
5. **Sak, N.** & Antos, E. (2010) Pacjent po przeszczepieniu nerki. Leczenie bólu i rehabilitacja po przeszczepieniu nerki. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 12, 30. (praca pogładowa)
6. **Sak, N.** & Antos, E. (2010) Pacjent po przeszczepieniu nerki. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 11, 22–23. (praca pogładowa)
7. Kupisz K., Kozłowska A., Dynarska J., & **Sak-Dankosky, N.** (2013) Praca za granicą wyzwanie, przygoda, przyszłość? *Sztuka Pielęgowania*. 1, 16. (artykuł popularnonaukowy)

Monografie i podręczniki:

Redakcja naukowa podręczników:

1. Latos M., **Sak-Dankosky N.**, Baumgard K., Sadownik B. *Dostępny naczyniowe w praktyce klinicznej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2026 (II wydanie)
Książka znajduje się na liście bestsellerów wydawnictwa.
2. **Sak-Dankosky N.** & Serafin L. *Opieka zorientowana na osobę: Person-centered care*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2024
Książka była podstawą nadania nagrody zespołowej I stopnia Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za osiągnięcie dydaktyczne.
Książka znajduje się na liście bestsellerów wydawnictwa.
3. Czarkowska-Pączek B. & **Sak-Dankosky N.** *Egzamin magisterski z pielęgniarstwa: Repetytorium z zakresu wiedzy*, Wydawnictwo EDRA, Wrocław 2023
Książka była podstawą nadania nagrody zespołowej I stopnia Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za osiągnięcie dydaktyczne.
4. Latos M., **Sak-Dankosky N.**, Baumgard K., Sadownik B. *Dostępny naczyniowe w praktyce klinicznej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2022 (I wydanie)
Książka znajduje się na liście bestsellerów wydawnictwa.

Rozdziały w podręcznikach:

1. **Sak-Dankosky N.** Opieka zorientowana na pacjenta: Patient-centered care [W:] *K1/K2: Jeszcze więcej interwencji ZRM*. Fundacja Świadomy Medyk, Katowice 2026
2. **Sak-Dankosky N.** Anestezjologia [W:] *Nowoczesne technologie wykorzystywane w naukach o zdrowiu*. Wydawnictwo EDRA, Wrocław 2025
3. **Sak-Dankosky N.** Istota pielęgniarstwa [W:] *Praktyka pielęgniarstwa oparta na dowodach naukowych: Evidence-Based Nursing Practice*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2025
4. Malinowska-Lipień I. & **Sak-Dankosky N.** Interpretacja wyników badań naukowych [W:] *Praktyka pielęgniarstwa oparta na dowodach naukowych: Evidence-Based Nursing Practice*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2025

5. **Sak-Dankosky N.** Idea opieki zorientowanej na osobę [W:] *Opieka zorientowana na osobę: Person-centered care*. PZWL, Warszawa 2024
6. **Sak-Dankosky N.** Opieka zorientowana na osobę w badaniach naukowych [W:] *Opieka zorientowana na osobę: Person-centered care*. PZWL, Warszawa 2024
7. **Sak-Dankosky N.** Autonomia pielęgniarek anestezjologicznych [W:] *Opieka skoncentrowana na pacjencie dorosłym w intensywnej terapii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2024
8. Kobos E. & **Sak-Dankosky N.** Praktyka pielęgniarska oparta na dowodach naukowych [W:] *Egzamin magisterski z pielęgniarstwa: Repetytorium z zakresu wiedzy*, Wydawnictwo EDRA, Wrocław 2023
9. **Sak-Dankosky N.** Krytyczna ocena literatury [W:] *Badania naukowe w pielęgniarstwie: Ocena, synteza i tworzenie dowodów naukowych w praktyce pielęgniarstwiej*. Wydawnictwo EDRA, Wrocław 2022
10. **Sak-Dankosky N.** Badania metodą mieszaną oraz badania wynikowe [W:] *Badania naukowe w pielęgniarstwie: Ocena, synteza i tworzenie dowodów naukowych w praktyce pielęgniarstwiej*. Wydawnictwo EDRA, Wrocław 2022
11. **Sak-Dankosky N.** Krytyczna ocena badań naukowych [W:] *Badania naukowe w pielęgniarstwie: Ocena, synteza i tworzenie dowodów naukowych w praktyce pielęgniarstwiej*. Wydawnictwo EDRA, Wrocław 2022
12. **Sak-Dankosky N.** Praktyka oparta na dowodach [W:] *Badania naukowe w pielęgniarstwie: Ocena, synteza i tworzenie dowodów naukowych w praktyce pielęgniarstwiej*. Wydawnictwo EDRA, Wrocław 2022

Konferencje naukowe:

Udział czynny:

- VI 2026 8th Sigma European Regional Conference, Kuopio/Finlandia
- (1) Tytuł wykładu: *Nurses' Job satisfaction as a predictor of person-centered care provision in critical care: evidence from structural equation modelling*
- Sak-Dankosky N. & Czarkowska-Pączek B.**
- (2) Panel dyskusyjny: *The future of nursing, education, research and leadership*
- Udział w panelu na zaproszenie organizatora.
-
- V 2026 IX edycja Studenckiej Konferencji Naukowej „Linia A (anestezja): następna stacja... intensywna terapia”, (Warszawski Uniwersytet Medyczny) Warszawa
- Tytuł wykładu: *Drogi pamiętniczku...: czyli jak kilka zdań dziennie może pomóc pacjentowi przeżyć. ICU-diaries w praktyce OIT*
- Sak-Dankosky N.**
- Wystąpienie na zaproszenie organizatora.
-
- V 2026 XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Ratunkowego RATUNKOWA OdNowa, Pabianice
- Tytuł wykładu inauguracyjnego: *Patient-centered care w pielęgniarstwie ratunkowym: jak nie zgubić człowieka w ratowaniu życia?*
- Sak-Dankosky N.**
- Wykład otwierający konferencję na zaproszenie organizatora.
-
- IV 2026 Forum Intensywnej Terapii, Kraków
- Tytuł wykładu: *Statystycznie pielęgniarstwo ujmując - czy liczba pielęgniarek na oddziale wpływa na liczbę powikłań?*
- Sak-Dankosky N.**
- Wystąpienie na zaproszenie organizatora.

- XI 2025 Dylematy Etyczne Współczesnego Pielęgniarstwa i Położnictwa, Lublin
Tytuł wykładu: *Pacjent też człowiek – o opiece zorientowanej na osobę i o trudnych lekcjach do odrobienia*
Sak-Dankosky N.
Wystąpienie na zaproszenie organizatora.
- X 2025 XIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Bezpieczna pielęgniarka = bezpieczny pacjent w anestezjologii i intensywnej opiece, Kraków
Tytuł wykładu: *Wpływ transformacyjnego stylu przywództwa wśród pielęgniarek na bezpieczeństwo podawania leków w Oddziałach Intensywnej Terapii*
Lis K., **Sak-Dankosky N.** & Czarkowska-Pączek B.
- VI 2025 International Council of Nurses Congress, Helsinki/Finland
(1) Tytuł plakatu: *Overcoming challenges in improving person-centered care in Polish critical care settings*
Sak-Dankosky, N. & Czarkowska-Pączek B.
(2) Tytuł plakatu: *Blurring the boundaries: how we started the first vascular access team in Poland*
Sak-Dankosky, N., Latos M., Kosson D. & Czarkowska-Pączek B.
- IV 2025 Forum Intensywnej Terapii, Kraków
Tytuł wykładu: *Jak to się robi? Opieka zorientowana na pacjenta w stanie krytycznym w OIT?*
Sak-Dankosky N.
Wystąpienie na zaproszenie organizatora.
- V 2024 VII Studencka Konferencja Naukowa "IN'N OUT, czyli szpitalna linia ratowania życia" (Warszawski Uniwersytet Medyczny) Warszawa
Tytuł wykładu: *Co z rodziną pacjenta podczas zabiegów resuscytacyjnych w szpitalu?*
Sak-Dankosky N.
Wystąpienie na zaproszenie organizatora.

- IV 2024 I Ogólnopolska Naukowa-Szkoleniowa Konferencja Studentów Pielęgniarstwa: Nowoczesne praktyki, inspirujące wyzwania, (Warszawski Uniwersytet Medyczny) Warszawa
- Tytuł wykładu: *Jak sauna i muminki zmieniły moje pielęgniarskie życie? O tym, dlaczego warto mieć otwartą głowę, wyjeżdżać i pielęgnować zagraniczne znajomości.*
- Sak-Dankosky N.**
- Wystąpienie na zaproszenie organizatora.
- IV 2024 Forum Intensywnej Terapii, Kraków
- Tytuł wykładu: *Resuscytacja wewnątrzszpitalna w obecności rodziny. Czy powinniśmy do tego dążyć?*
- Sak-Dankosky N.**
- Wystąpienie na zaproszenie organizatora.
- X 2023 VII Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Rozwój pielęgniarstwa w Polsce i na świecie - pacjent w centrum uwagi (Akademia Wychowania Fizycznego) Warszawa
- Tytuł wykładu inauguracyjnego: *Pacjent też człowiek – o opiece zorientowanej na osobę i o trudnych lekcjach do odrobienia*
- Sak-Dankosky N.**
- Wykład otwierający konferencję, na zaproszenie organizatora.
- VII 2023 International Council of Nurses Congress, Montreal/Kanada
- Tytuł plakatu: *Critical care nurses' job satisfaction in Finland and Poland during covid-19 pandemic*
- Kvist, T., **Sak-Dankosky, N.** & Czarkowska-Pączek B.
- II 2023 Creating Healthy Work Environments Sigma Theta Tau Conference, Texas/USA
- Tytuł wykładu: *Is critical care nurses' level of job satisfaction related to their use of person-centered care?*
- Sak-Dankosky N.** & Czarkowska-Pączek B.

- X 2022 I Forum Pielęgniarstwa Anestezjologicznego, Zakopane
Tytuł wykładu: *Siedzą, kawę piją. Laczkiem machają: czyli dlaczego (i jak) powinniśmy poprawić wizerunek pielęgniarki w oczach rodziny pacjenta, tak aby każdy na tym skorzystał.*
Sak-Dankosky N.
Wystąpienie na zaproszenie organizatora.
- XI 2021 46. Ogólnopolskie Dni Endoskopowe [wydarzenie online]
Tytuł wykładu: *Anestezja w endoskopii*
Sak-Dankosky N.
Wystąpienie na zaproszenie organizatora.
- IX 2021 VIII Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego [wydarzenie online]
Tytuł wykładu: *Model opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka- studium przypadku*
Witkowska M., **Sak-Dankosky N.** & Czarkowska-Pączek B.
- IX 2021 XII Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki [wydarzenie online]
Tytuł wykładu: *Projekt badawczy ImPaCC-t: czy istnieje związek między satysfakcją zawodową a zastosowaniem przez pielęgniarki opieki zorientowanej na pacjenta w intensywnej terapii?*
Sak-Dankosky N.
Wystąpienie na zaproszenie organizatora.
- XI 2020 I Międzynarodowa oraz VI Ogólnopolska Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa Bezpieczeństwo Pacjenta w EBM (Warszawski Uniwersytet Medyczny) [wydarzenie online]
Tytuł wykładu: *Opieka zorientowana na pacjenta w kontekście bezpieczeństwa pacjenta*
Sak-Dankosky N. & Czarkowska-Pączek B.
Wystąpienie na zaproszenie organizatora.

- IV 2019 V Konferencja Naukowa Studenckiego Koła Naukowego TIVA, (Warszawski Uniwersytet Medyczny) Warszawa
Tytuł wykładu: *Udział rodziny w opiece nad pacjentem w stanie terminalnym*
Sak-Dankosky N.
Wystąpienie na zaproszenie organizatora.
- VII 2017 Sigma Theta Tau International's 28th International Nursing Research Congress, Dublin/Irlandia
Tytuł wykładu: *Challenges and opportunities in conducting international research study: family-witnessed resuscitation in two European countries*
Sak-Dankosky N., Andruszkiewicz P., Sherwood P. & Kvist T.
- XI 2015 Sigma Theta Tau International's 43rd Biennial Convention, Las Vegas/USA
(1) Tytuł wykładu: *Family in the resuscitation room: Polish and Finnish nurses' experience and attitudes towards family-witnessed cardiopulmonary resuscitation in a hospital setting*
Sak-Dankosky N., Andruszkiewicz P., Sherwood P. & Kvist T.
(2) Tytuł wykładu: *Doctoral Programme in Nursing Science – systematic education for future researchers and experts*
Vehvilainen-Julkunen K., **Sak-Dankosky N.** & Kvist T.
- VIII 2014 8th ICN INP/APNN Conference, Helsinki/Finlandia
Tytuł wykładu: *Should relatives be allowed in the resuscitation room? Experiences and attitudes of Finnish nurses towards family-witnessed CPR.* **Sak-Dankosky N.**, Andruszkiewicz P., Sherwood P. & Kvist T.
- II 2013 UEF PhD Symposium: Doctoral Programme in Nursing Science, Kuopio/Finlandia
Tytuł wykładu: *Family presence during in-hospital cardiopulmonary resuscitation: attitudes and experiences of Finnish and Polish health care professionals*
Sak-Dankosky N.

- VI 2011 V Międzynarodowy Kongres Polskiej Rady Resuscytacji, Kraków
- Tytuł wykładu: *Obecność rodziny pacjenta podczas prowadzenia szpitalnej resuscytacji z perspektywy pracy pielęgniarki. Przegląd literatury.*
- Sak-Dankosky N.**

Udział w komitetach organizacyjnych i radach naukowych konferencji:

- *INFUzja lokalnie*, cykl konferencji szkoleniowych (2026)
- II Kongres Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Infuzyjnego *INFUzja 2026*, Toruń (2026)
- XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Ratunkowego *RATUNKOWA OdNowa*, Pabianice (2026)
- *INFUzja lokalnie*, cykl konferencji: Warszawa, Katowice, Wrocław, Lublin, Rzeszów (2025)
- IV Forum Pielęgniarstwa Anestezjologicznego, Zakopane (2025)
- *Nowoczesne praktyki, inspirujące wyzwania: I Ogólnopolska Naukowa - Szkoleniowa Konferencja Studentów Pielęgniarstwa*, Warszawa (2024)
- III Forum Pielęgniarstwa Anestezjologicznego, Zakopane (2024)
- I Kongres Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Infuzyjnego *INFUzja 2024*, Wista (2024)
- Środkowo-wschodnia konferencja europejska *Trzy lata pandemii SARS-CoV-2 w kontekście zdrowia, bezpieczeństwa pacjenta i personelu, ekonomii oraz edukacji*, Warszawa (2022)
- XII Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki – PAIO 2021 [wydarzenie online]
- I Międzynarodowa oraz VI Ogólnopolska Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa Bezpieczeństwo Pacjenta w EBM [wydarzenie online] (2020)
- Konferencja Naukowo-Szkoleniowa *Nursing Now - Dokąd zmierza współczesne pielęgniarstwo?* [wydarzenie online] (2020)
- 2nd Faculty of Health Sciences PhD Symposium, University of Eastern Finland (2015)

Recenzowanie abstraktów konferencyjnych (na zaproszenie organizatorów):

- International Council of Nurses Congress, Tajpej/Tajwan (2027)
- II Kongres Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Infuzyjnego INFUzja 2026, Toruń
- 21st Warsaw International Medical Congress (WIMC), Warszawa (2026)
- International Council of Nurses Congress, Helsinki/Finland (2025)
- I Kongres Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Infuzyjnego INFUzja 2024, Wista
- Creating Healthy Work Environments Sigma Theta Tau Conference [wydarzenie online] (2021)
- Sigma 31st International Nursing Research Congress: Transforming Global Nursing Research and Scholarship Through Connections and Collaborations [wydarzenie online] (2020)

Przewodniczenie sesjom konferencji:

- 8th Sigma European Regional Conference, Kuopio/Finlandia (2026)
Sesja: *Co-designs with patients*
Na zaproszenie organizatora.
- I Kongres Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Infuzyjnego INFUzja 2024, Wista
Sesja: *Vascular access considerations: an international perspective*
Na zaproszenie organizatora.
- Międzynarodowa Konferencja Studentów i Doktorantów Warszawskie Dni Nauki, Warszawa (2024)
Sesja: *Pielęgniarstwo*
Na zaproszenie organizatora.
- XII Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki – PAIO 2021 [wydarzenie online]
Sesja: *Opieka w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii skierowana na pacjenta*
Na zaproszenie organizatora.
- Sigma Theta Tau International's 43rd Biennial Convention, Las Vegas/USA (2015)
Sesja: *Meeting Family Needs at the Bedside and across the Continuum: Theory, Research, Response*

Praca w redakcjach i radach czasopism naukowych:

- od 2025 Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece
Członek rady naukowej
- od 2024 European Journal of Infusion Nursing (Evereth)
Redaktor naczelny
- 2022 Frontiers in Public Health, IF: 4,1, MNiSW: 100
Redaktor gościnny numeru: *Occupational Health and Safety: Patient and medical staff safety in the 21st century*
- od 2019 Nursing Open (Wiley) IF: 3, MNiSW: 100
Associate editor (od 2023)
Early career researcher editor (2019-2022)

Recenzowanie artykułów w czasopismach naukowych:

1. International Journal of Nursing Studies (Elsevier) IF: 8,7, MNiSW: 200 (od 2024)
2. Journal of Advanced Nursing (Wiley), IF: 3,8, MNiSW: 140 (od 2013)
3. BMC Nursing (Springer), IF: 5,2, MNiSW: 100 (od 2015)
4. Intensive and Critical Care Nursing (Elsevier), IF: 5,1, MNiSW: 100, (od 2020)
5. Journal of Nursing Management (Wiley) IF: 4,4, MNiSW: 100 (od 2016)
6. Psycho-oncology (Wiley), IF: 3,9, MNiSW: 100 (od 2022)
7. Journal of Clinical Nursing (Wiley), IF: 3,6, MNiSW: 100 (od 2018)
8. BMC Health Services Research (Springer), IF: 3,3, MNiSW: 100 (od 2018)
9. Nursing Open (Wiley), IF: 3, MNiSW: 100 (od 2019)
10. Nursing in Critical Care (Wiley), IF: 2,8, MNiSW: 100 (od 2026)
11. Contemporary Nurse (Taylor & Francis), IF: 2,2, MNiSW: 100 (od 2019)
12. Medical Studies (Termedia), IF: 0,7, MNiSW: 100 (od 2022)
13. Scandinavian Journal of Caring Sciences (Wiley), IF: 2,1, MNiSW: 70 (od 2016)
14. Global Qualitative Nursing Research (Sage), IF: 3,0, MNiSW: 20 (od 2019)
15. Hong Kong Journal of Emergency Medicine (Sage), IF: 0,6, MNiSW: 20 (od 2019)
16. Pielęgniarstwo Polskie (UMP) (od 2023)

Przyznane granty naukowe:

2020	Projekt Młodego Badacza, Warszawski Uniwersytet Medyczny 19 700 zł
2017	Grant na realizację projektu doktorskiego, University of Eastern Finland 4500 € (19 500 zł)
2016	Grant na realizację projektu doktorskiego, The Finnish Nursing Education Foundation (Sairaanhoitajien koulutussäätiö) 5000 € (21 500 zł)
2015	Grant na realizację części studiów doktoranckich w University of Pittsburgh (USA), Saastamoinen Foundation (Saastamoisen Säätiö) 8000 € (35 000 zł)

Projekty naukowe:

Międzynarodowe (w roli kierownika projektu):

2020 - 2025	<i>ImPaCC-t: Improving Person-Centered Care in Intensive Care Settings: the relationship between job satisfaction and self-assessed person-centered care provision</i> Ośrodki zaangażowane: Warszawski Uniwersytet Medyczny i University of Eastern Finland Grant: Projekt Młodego Badacza, Warszawski Uniwersytet Medyczny
2020 - 2021	<i>Evaluation of the effectiveness of an evidence-based nursing workshop: intervention study</i> Ośrodki zaangażowane: Warszawski Uniwersytet Medyczny i University of Eastern Finland Projekt finansowany ze środków statutowych Zakładu Pielęgniarstwa Klinicznego (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

- 2012 - 2017 *Family-witnessed CPR: Perspectives of health care professionals and patients' family members*
Ośrodki zaangażowane University of Eastern Finland, University of Pittsburgh/USA i Warszawski Uniwersytet Medyczny
Granty: University of Eastern Finland (2017); Sairaanhoidajien koulutussäätiö (2016); Saastamoisen Säätiö (2015)

Międzynarodowe i wieloośrodkowe (w roli członka zespołu badawczego):

- od 2025 *Exploring Cross-Cultural Experiences, Perceptions, and Practices of Intensive Care Unit Nurses Regarding Family Presence and Involvement in Patient Care: A Study Across Australia, Poland, and Taiwan*
Ośrodek kierujący: Taipei Medical University, Tajwan
Rola: wykonawca (osoba odpowiedzialna za polską część badania)
- od 2025 *Practice-based research: investigating research practices, outputs and impacts in Belgium-Flanders, Poland, and Switzerland*
Ośrodek kierujący: Uniwersytet Warszawski
Grant: NCN 2023/51/I/HS2/00405 (OPUS 26 LAP)
Rola: wykonawca (konsultantka merytoryczna ds. pielęgniarstwa – jednej z dyscyplin, badanych w projekcie)
- 2015 - 2019 *INEXCA: Excellent research and expertise of quality of cancer care by internationally trained staff* (aiming to utilize expertise across the globe to improve research, researcher training and care of cancer patients, family caregivers and patient and public involvement through international and intersectoral collaboration and staff exchange)
Ośrodek kierujący: University of Eastern Finland
Grant: EU Horizon 2020 (MSCA-RISE - Marie Skłodowska-Curie Research and Innovation Staff Exchange RISE), grant nr 645634
Rola: wykonawca

- 2015 - 2016 SmartCare: Innovations in Caregiving Interventions (aiming to evaluate the effectiveness of using an established intervention for depressive symptom management in conjunction with a needs-based caregiver intervention for improving the psychological and physical health of family caregivers of persons recently diagnosed with a Primary Malignant Brain Tumor) [in USA] (clinical trial number: NCT02058745)
Ośrodek kierujący: University of Pittsburgh (USA)
Grant: U.S. NIH R01NR013170
Rola: wykonawca

Krajowe (w roli członka zespołu badawczego):

- od 2025 *PICC Inserted by a Nurse-led Vascular Access Team in Poland* (clinical trial number: NCT06979128)
Ośrodek kierujący: Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Rola: wykonawca
- od 2024 *Zastosowanie cewników midline w opiece ambulatoryjnej u pacjentów z przewlekłymi zakażeniami układu moczowego*
Ośrodek kierujący: Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Rola: wykonawca

Opieka naukowa nad studentami:

Prace doktorskie (w roli promotora pomocniczego):

- 2021 – 2026 *Wpływ transformacyjnego stylu przywództwa wśród pielęgniarek na bezpieczeństwo farmakoterapii w Oddziałach Intensywnej Terapii*
Studentka: dr n. med. i n. o zdr. Katarzyna Lis, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Promotor główny: prof. dr hab. n. med. Bożena Czarkowska-Pączek
Obrona odbyła się 15 stycznia 2026
- 2019 – 2023 *Assessing the impact of a nurse-led intervention based on family strength on family nursing in adult intensive care unit [in Uganda]*
Student: Frank Kiwanuka, RN PhD, University of Eastern Finland
Promotor główny: Tarja Kvist, RN PhD Professor
Grant: Finnish Cultural Foundation (2023, 2021); Sairaanhoidajien koulutussäätiö (2023), Maria-Terttu Korhonen Foundation (2022); Finnish National Agency for Education (2021)
Obrona odbyła się 1 grudnia 2023
- od 2023 *The relationship between patient-centered care and patient safety in pediatric settings evaluated by the parents [in Finland and Poland]*
Studentka: mgr Maria Witkowska, University of Eastern Finland
Promotor główny: Tarja Kvist RN PhD Professor
Grant: Finnish Cultural Foundation (2025)
Stopień zaawansowania pracy: 70%
- od 2021 *Spiritual intervention: A care approach to manage colorectal cancer [in Uganda] An Intervention study design*
Student: Calixtus Okere, RN MSN, University of Eastern Finland
Promotor główny: Tarja Kvist RN PhD Professor
Stopień zaawansowania pracy: 40%

Prace magisterskie (w roli promotora):

Ukończone: 33 (w tym jedna praca magisterska na University of Padova/Włochy w roli promotora pomocniczego)

W trakcie: 7

Prace licencjackie (w roli promotora):

Ukończone: 47

W trakcie: 12

Staż naukowe:

I 2014 – XII 2016 University of Eastern Finland, Department of Nursing Science

Early Stage Researcher

Wybrane zadania i aktywności: Prowadzenie badań naukowych (w tym pozyskanie finansowania w formie dwóch grantów, rozpowszechnianie wyników w formie publikacji naukowych, wystąpień na międzynarodowych konferencjach), planowanie i prowadzenie zajęć ze studentami, działalność organizacyjna i ekspercka, udział w pracach zespołu badawczego prof. Katri Vehviläinen-Julkunen nad międzynarodowym, wielośrodkowym projektem badawczym INEXCA finansowanym przez Unię Europejską (Horizon 2020).

VIII – XI 2016 University of Pittsburgh, School of Nursing (USA)

Visiting Scholar (Marie Skłodowska-Curie Research and Innovation Staff Exchanges RISE program fellowship)

Wybrane zadania i aktywności: Udział w pracach zespołu badawczego prof. Pauli Sherwood w ramach projektu SmartCare finansowanego przez U.S. NIH (w tym w spotkaniach dotyczących wykorzystania świadczeń zdrowotnych, przygotowywania wniosków grantowych, tzw. bridge grants, oraz udział w zbieraniu danych w trakcie prowadzenia grup fokusowych z opiekunami pacjentów onkologicznych), analiza danych do później opublikowanego przeglądu systematycznego na ten temat, prowadzenie zajęć ze studentami z metodologii badawczej, przygotowywanie się do egzaminu NCLEX.

- IX – XII 2015 University of Pittsburgh, School of Nursing (USA)
- Visiting Scholar (Marie Skłodowska-Curie Research and Innovation Staff Exchanges RISE program fellowship)
- Wybrane zadania i aktywności: Udział w pracach zespołu badawczego prof. Pauli Sherwood w ramach projektu SmartCare finansowanego przez U.S. NIH (w tym rekrutacja pacjentów onkologicznych i ich opiekunów rodzinnych, gromadzenie danych oraz prowadzenie wywiadów), planowanie później opublikowanego przeglądu systematycznego na ten temat, opracowywanie kwestionariusza informacji zwrotnej dla uczestników badania, ukończenie szkolenia Research Coordinator Orientation, udział w działalności naukowej School of Nursing i UPMC oraz czynny udział w 43. Biennial Convention Sigma Theta Tau International – wygłoszenie referatu, prowadzenie sesji oraz udział w Career Center.

6 Osiągnięcia dydaktyczne, organizacyjne oraz popularyzujące naukę

Osiągnięcia dydaktyczne:

Prowadzenie zajęć dydaktycznych:

Zajęcia w języku polskim:

- *Choroby wewnętrzne i pielęgniarstwo internistyczne*, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Studia I stopnia (od 2018)
 - Koordynator egzaminu OSCE z tego przedmiotu (od 2026)
 - Koordynator przedmiotu w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego (od 2023)
 - Koordynator bloku zajęć z tego przedmiotu w Centrum Symulacji Medycznej (od 2023)
- *Modele pracy pielęgniarstwa i klasyfikacje praktyki pielęgniarstwa*. Studia podyplomowe: Zarządzanie i organizacja w pielęgniarstwie, Warszawski Uniwersytet Medyczny (od 2023)
- *Liderstwo, przywództwo, mentoring i klasyfikacje praktyki pielęgniarstwa: przywództwo w relacji z pacjentem*. Studia podyplomowe: Zarządzanie i organizacja w pielęgniarstwie, Warszawski Uniwersytet Medyczny (od 2023)
- *Badania naukowe w pielęgniarstwie*, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Studia II-stopnia (2020-2023)
- *Pielęgniarstwo wielokulturowe*, Akademia Wychowania Fizycznego (2020/2021), Studia II stopnia (poza nauczaniem byłam odpowiedzialna za opracowanie sylabusu z przedmiotu)
- *Praktyka oparta na dowodach naukowych*, Akademia Wychowania Fizycznego, Studia II stopnia (2019-2021) (poza nauczaniem byłam odpowiedzialna za opracowanie sylabusu z przedmiotu)

- *Pielęgniarstwo w perspektywie międzynarodowej*, Akademia Wychowania Fizycznego, Studia II stopnia (2019-2021) (poza nauczaniem byłam odpowiedzialna za opracowanie sylabusu z przedmiotu)
- *Pielęgniarstwo europejskie*, Akademia Wychowania Fizycznego, Studia II stopnia (2018/2019)
- *Fizjologia*, Mazowiecka Uczelnia Medyczna, Studia I stopnia (2017)

Zajęcia w języku angielskim:

- *Evidence-Based Nursing: Introduction* (kurs na platformie e-learningowej Moodle), Warszawski Uniwersytet Medyczny (2019/2020)
- *Implementation of Evidence-Based Nursing* (kurs na platformie e-learningowej Moodle), Warszawski Uniwersytet Medyczny (2019/2020)
- *Application of Nursing Research Methods: Quantitative Methods* (theory and SPSS Statistical Labs), University of Eastern Finland (2016)
- *Intercultural Competence and Professionalism*, University of Eastern Finland (2014/2015)
- *Ethics in Intercultural Interaction*, University of Eastern Finland (2014/2015)

Warsztaty i wykłady (inne niż konferencyjne) na zaproszenie:

- Wykład: *Znieczuleni na nudę: możliwości rozwoju naukowego, wyjazdów naukowych oraz staży*. Studenckie koło naukowe TIVA, Warszawski Uniwersytet Medyczny (VI 2026)
- Wykład: *Znieczuleni na nudę: praca pielęgniarki anestezjologicznej*. Studenckie koło naukowe TIVA, Warszawski Uniwersytet Medyczny (I 2026)
- Wykład: *Komunikacja na OIT: pacjent, rodzina i resuscytacja*. Studenckie koło naukowe Nalokson, Akademia Wychowania Fizycznego (III 2026)

- Webinar: *Evidence-Based Nursing Practice: Czyli jak stosować wytyczne przy ograniczonych zasobach?* InfuSzkola, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Infuzyjnego (2023-2025: 8 edycji)
- Webinar: *Zaufaj, ale sprawdź: Jak wyszukiwać, oceniać i analizować badania naukowe?* Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Infuzyjnego (IX 2025)
- Webinar: *Advanced-Practice Nursing w Finlandii* w ramach serii Kierunki Strategiczne dla Pielęgniarstwa i Położnictwa. Zrozumieć Zaawansowaną Praktykę Pielęgniarską, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku (II 2025)
- Wykład: *Pacjent też człowiek: o opiece zorientowanej na osobę i o trudnych lekcjach do odrobienia*, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu (III 2024)
- Warsztat: *Umiejętności społeczne: Zgłębianie perspektywy pacjentki/pacjenta*, II Poranek Mentoringowy z Polkami w Medycynie (X 2023)
- Wykład: *Jak być pielęgniarką-naukowcem i uwielbiać swoją pracę?* Gdański Uniwersytet Medyczny (I 2023)
- Wykład: *Pielęgniarstwo Anestezjologiczne w Polsce i w USA*. Studenckie koło naukowe BeLivers, Warszawski Uniwersytet Medyczny (IV 2021)
- Wykład: *Kariera pielęgniarki-naukowca*. Studenckie koło naukowe BeLivers, Warszawski Uniwersytet Medyczny (IV 2021)
- Wykład: *Interpreting the findings and preparing reports of the mixed methods results*. Mixed Methods Research in Nursing Science, University of Eastern Finland (XII 2020)
- Wykład: *Praca pielęgniarki anestezjologicznej w USA*, Studenckie Koło Naukowe TIVA, Warszawski Uniwersytet Medyczny (XI 2019)
- Wykład: *Primary Nursing*. Studenckie Koło Pielęgniarstwa Klinicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny (II 2019)
- Wykład: *Mixed-method study design*, University of Pittsburgh, School of Nursing, USA (X 2016)

- Wykład: *Conducting research in two different countries: challenges and lessons learned*, University of Pittsburgh, School of Nursing, USA (X 2016)
- Wykład: *Introduction to Quantitative Research Methods*, University of Eastern Finland, Department of Nursing Science (2015)
- Wykład: *Application of Nursing Research Methods: Qualitative Methods*, University of Eastern Finland, Department of Nursing Science (2015)
- Wykład: *Theoretical Basis of Health Promotion: Health situation in Poland*, University of Eastern Finland, Department of Nursing Science (IX 2014)
- Wykład: *Application of Nursing Research Methods: Quantitative Methods*, University of Eastern Finland, Department of Nursing Science (2014)

Inne osiągnięcia dydaktyczne:

- Praca w zespole redakcyjnym przygotowującym angielskojęzyczny podręcznik: *Nurse and Pharmaceutical Care: Implementation of Evidence-Based Practice and Advanced Roles* wydawnictwa Springer Nature (planowana data publikacji: 2027)
- Prowadzenie zajęć z *Internal Medicine Nursing* ze studentami z zagranicy będącymi na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym w ramach programu Erasmus+ (2025, 2026)
- Rola eksperta i członka komisji egzaminacyjnej w sali wysokiej wierności w *II Międzynarodowej Olimpiadzie Wiedzy i Umiejętności w dziedzinie Pielęgniarstwo Stylu Życia w chorobach cywilizacyjnych skoncentrowane na zdrowiu*, Warszawski Uniwersytet Medyczny (XII 2025)
- Rola eksperta i członka komisji egzaminacyjnej podczas etapu teoretycznego w *I Międzynarodowej Olimpiadzie Wiedzy i Umiejętności w dziedzinie Pielęgniarstwo Stylu Życia w chorobach cywilizacyjnych*, Warszawski Uniwersytet Medyczny (XII 2024)
- Udział w planowaniu programu studiów podyplomowych: *Zarządzanie i organizacja w pielęgniarstwie*, Warszawski Uniwersytet Medyczny (2023)

- Redakcja II edycji zaleceń *Jak napisać pracę magisterską?* dla studentów kierunku Pielęgniarstwo, Warszawski Uniwersytet Medyczny (2022)
- Opracowanie sylabusu do przedmiotu: *Med-Surg Nursing* dla Nursing Preparatory School, Warszawski Uniwersytet Medyczny (2021)
- Rola recenzenta *Fiszek Medycznych z Zakresu Pielęgniarstwa - zakres podstawowy i zakres rozszerzony* (wydawnictwo Cztery Głowy) (2021)
- Przygotowanie dwóch kursów (*Evidence-Based Nursing: Introduction i Implementation of Evidence-Based Nursing*) na platformie e-learningowej Moodle dla projektu WUM AID Akademia Innowacyjnej Dydaktyki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach POWER (2019/2020)
- Artykuł o pracy z platformą e-learningową przy uczeniu studentów, Centrum Doskonalenia Edukacji Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny (IV 2020)
- Członkostwo w *Department of Nursing Science 2016-2020 Strategy Development Group* (Undergraduate education team), University of Eastern Finland (2015)
- Udział w programie mentoringowym dla młodych naukowców organizowanym w Department of Nursing Science, University of Eastern Finland (2015)

Osiągnięcia organizacyjne:

Członkostwo w organizacjach i stowarzyszeniach:

1. Koalicja na Rzecz Bezpieczeństwa Szpitali (członek grupy roboczej: *Zaawansowana Praktyka Pielęgniarska*) (od 2025)
2. Infusion Nurses Society (od 2023)
3. Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Infuzyjnego (od 2023)
 - Współzałożyciel
 - Członek zarządu
 - Członek rady naukowej
 - Przewodnicząca rady naukowej (od 2026)
 - Recenzent grantów, stanowisk, opinii, publikacji i abstraktów konferencyjnych
4. Sigma (Global Nursing Excellence)
(druga co do wielkości międzynarodowa organizacja pielęgniarska na świecie istniejąca od 1922 roku)
 - Członek sekcji *Alpha Beta Nu* (od 2022)
 - Członek sekcji *Phi Gamma* (2015-2022)
 - Recenzent grantów, publikacji i abstraktów konferencyjnych (od 2018)
 - Członek *Next Generation Leaders Taskforce* (2016-2019)
dwukrotne powołanie na kolejne kadencje przez prezydenta organizacji
 - Moderator *Critical Care Nursing Interest Group* (2015-2018)
5. Midline Academy (2021-2023)
6. Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki (2016-2021)
7. Doctoral Student Association - UEF DSA, University of Eastern Finland (2016-2017)
8. The Finnish Union of University Researchers and Teachers FUURT (2014-2017)
9. Marie Curie Alumni Association (od 2015)
10. U.S. Department of State International Exchange Alumni (od 2015)

Inne osiągnięcia organizacyjne:

- Udział w debacie Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego na temat opublikowanego przez Ministerstwo Zdrowia projektu ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej (VI 2026)
- Udział w posiedzeniach sejmowych Parlamentarnego Zespołu ds. Pielęgniarek i Położnych (na zaproszenie przewodniczącej zespołu)
 - na temat opublikowanego przez Ministerstwo Zdrowia projektu ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej (V 2026)
 - na temat promocji zawodu pielęgniarki i położnej w dobie mediów (X 2025)
 - na temat analiz kadrowych pielęgniarek (VI 2025)
- Rola eksperta inicjatywy społecznej #SILNI, która łączy środowiska medyczne i mundurowe wokół ochrony zdrowia tych, którzy na co dzień dbają o bezpieczeństwo i życie innych, której celem jest promowanie profilaktyki, zdrowego stylu życia i dbałości o dobrostan fizyczny i psychiczny (od 2026)
- Koordynowanie wizyty studyjnej prof. Tarji Kvist z University of Eastern Finland oraz organizacja wykładu *Excellence in Nursing and Nursing Leadership: Is the Magnet Hospital Recognition the Solution?* dla studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (XI 2025)
- Rola sekretarza w trzech komisjach doktorskich na Wydziale Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (2020, 2024, 2025)
- Członkostwo w Zespole ds. Jakości Kształcenia Wydziału Nauk o Zdrowiu (od 2024)
- Członkostwo w grupie roboczej ds. egzaminów OSCE Wydziału Nauk o Zdrowiu (od 2024)
- Wsparcie merytoryczne w powołaniu i pracy pierwszego w Polsce Zespołu ds. Dostępów Naczyniowych i Infuzji w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (od 2023)
- Członkostwo w komisji ds. Egzaminów Dyplomowych na studiach I i II stopnia na kierunku Pielęgniarstwo (od 2021)

- Członkostwo w Radzie Programowej na kierunku Pielęgniarstwo (od 2020)
- Udział w spotkaniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych na temat dobrych praktyk komunikacji zawodów zaufania publicznego w przestrzeni publicznej (XI 2023)
- Zaproszenie do Senatu na konferencję organizowaną przez Wicemarszałka Senatu oraz Fundację Polki w Medycynie pt. *Kobiety w medycynie mówią jednym głosem* (IX 2023)
- Koordynowanie wizyty prof. Tarji Kvist w roli Visiting Professor na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym oraz organizacja warsztatów "Evidence-based nursing workshop" dla studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (2020/2021)
- Koordynowanie wizyty studyjnej prof. Tarji Kvist z University of Eastern Finland oraz organizacja wykładu na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym na temat edukacji i badań naukowych w pielęgniarstwie w Finlandii (V 2019)

Osiągnięcia popularyzujące naukę:

- Cykl publikacji w Magazynie Pielęgniarki i Położnej na temat badań naukowych w pielęgniarstwie:
 - **Sak-Dankosky, N.** (2023) Krytyczna ocena badań ilościowych, czyli jak sprawdzić, czy możemy ufać konkretnemu badaniu w podejmowaniu decyzji klinicznych? *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 6, 34–35 (praca pogładowa)
 - **Sak-Dankosky, N.** (2023) Krytyczna ocena badań jakościowych, czyli jak sprawdzić, czy dane badanie jakościowe ma wysoką wartość metodologiczną? *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 7–8, 64–65 (praca pogładowa)
 - Serafin, L, Wesołowska-Górnica, K & **Sak-Dankosky, N.** (2022) Badania naukowe w pielęgniarstwie. Podstawa bezpiecznej i efektywnej praktyki. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, nr 5, 10–11. (praca pogładowa)
 - **Sak-Dankosky, N.** (2022) Evidence Based Nursing – czyli do czego potrzebne są badania naukowe w pracy pielęgniarki. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, nr 5, 4–8. (praca pogładowa)
 - **Sak-Dankosky, N.** (2022) Ku lepszemu zrozumieniu zjawisk, czyli o badaniach jakościowych. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 12, 32–33. (praca pogładowa)
 - **Sak-Dankosky, N.** (2022) Badania mieszane – czyli idealny sposób na badanie zjawisk w pielęgniarstwie. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 1-2, 52–55. (praca pogładowa)
- Udział w programach/wywiadach internetowych:
 - Podcast *Dyżurne Tematy*, na temat pracy naukowej w pielęgniarstwie, motywacji do rozwoju zawodowego oraz łączenia działalności naukowej z osobistymi pasjami (IV 2026)
 - Cykl rozmów *Rozmowy o Przyszłości* o kształceniu przeddyplomowym pielęgniarek i położnych w dobie AI, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (VI 2024)
 - Rozmowa z @gilbert.kolbe (na platformie Instagram) na temat APN, czyli zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej (VII 2022)
 - Fundacja *Ludzie i Medycyna* na temat pracy naukowca i badań w obszarze opieki zorientowanej na pacjenta (2022)

- Rozmowa z @wczepkuurodzona (na platformie Instagram) na temat procesu pielęgnowania (2021)
- Podcast *Krew i Mózg* o rodzinie pacjenta podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej na podstawie moich badań naukowych (VIII 2020)
- Podcast *Krew i Mózg* o opiece zorientowanej na pacjenta i jego rodzinę w świetle pielęgniarskich badań naukowych (VII 2019)
- Udział w książce wydanej przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych „Po Dyżurze” autorstwa Małgorzaty Wyczółkowskiej i Bianca-Beaty Kotoro, jako bohaterka jednego z rozdziałów, opisującego istotę pasji w pracy pielęgniarki-naukowca (VI 2025)
- Wykład na III Instakongresie Pielęgniarek i Położnych na temat atrakcyjności wyboru nauki jako ścieżki rozwoju zawodowego, Warszawa (XI 2025)
- Udział w wywiadach:
 - dla czasopisma *Infuzyjnie* o kluczowych zadaniach pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym w kontekście dostępu naczyniowego (VIII 2025)
 - dla czasopisma *Infuzyjnie* o istocie organizowania konferencji naukowych dla pielęgniarek (XII 2024)
 - dla wydawnictwa PZWL na temat pielęgniarstwa infuzyjnego i praktyki opartej na dowodach w wyborze dostępów naczyniowych (X 2022)
 - dla czasopisma *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, zatytułowany: *Nam w pracy przeszkadza głównie pacjent*, promujący opiekę zorientowaną na pacjenta opartą na dowodach naukowych (X 2020)
- Artykuł: *P, jak pielęgniarka – P, jak poledance* (o znaczeniu pasji w pracy naukowca) w magazynie *ZaCzepki* (2024)
- Udział w panelu dyskusyjnym *Pielęgniarki i położne w systemie ochrony zdrowia – potrzeby, wyzwania i perspektywy* na II Instakongresie Pielęgniarek i Położnych, Gdańsk (VII 2024)
- Udział w panelu dyskusyjnym *Do odważnych świat należy – polskie medyczki za granicą, panel Q&A* na II Poranku Mentoringowym z Polkami w Medycynie (X 2023)
- Udział w warsztatach wyjazdowych stowarzyszenia Rzecznicy Nauki – stowarzyszenia popularyzującego naukę, Mrągowo (VII 2023)

- Udział w filmie promującym studiowanie pielęgniarstwa na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym (IV 2021)
- Współpraca przy tworzeniu treści internetowych twórców internetowych z obszaru pielęgniarstwa o szerokim zasięgu (@naczelnapip, @wczepkurodzona, @panpielęgniarka, @siostrabozenna), polegająca głównie na wsparciu merytorycznym przy realizowaniu treści z obszaru badań naukowych, praktyki opartej na dowodach i opieki zorientowanej na pacjenta
- Udział w filmie promującym pielęgniarstwo nagrany na zakończenie obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny (V 2020)
- Przygotowanie i realizacja projektu *Promocja zawodu pielęgniarki wśród najmłodszych*, obejmującego cykl spotkań z dziećmi z warszawskich żłobków (2019)
- Artykuły poglądowe o tematyce klinicznej promujące praktykę opartą na dowodach naukowych:
 - **Sak-Dankosky, N.** (2018) Family presence during resuscitation occurring in a hospital: Time for a change. *Tehohoito*, 36(2), 133-137
 - **Sak, N.** (2012) Obecność rodziny pacjenta przy resuscytacji. *Sztuka Pielęgowania*, 2(2), 14-15
 - **Sak, N.** & Antos, E. (2010) Przygotowanie pacjenta do przeszczepienia nerki. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, Vol. 10(160), 20-21
 - **Sak, N.** & Antos, E. (2010) Pacjent po przeszczepieniu nerki. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, Vol. 11(161), 22-23
 - **Sak, N.** & Antos, E. (2010) Leczenie bólu i rehabilitacja po przeszczepieniu nerki. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, Vol. 12(162), 30
- Artykuł: **Sak, N.** (2011) Future challenges of nursing as a science and producer of new knowledge/information in developing theory. *Medycyna Dydaktyka Wychowanie*, Vol. 43(3), 25-29

7 Pozostałe informacje

Nagrody i odznaczenia:

- Medal Komisji Edukacji Narodowej przyznany za szczególne zasługi dla oświaty i wychowania, legitymacja nr: 193274 (2025)
- Brązowy medal za długoletnią służbę przyznany przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, legitymacja nr: 154-2025-15 (2025)
- Nagroda zespołowa I stopnia Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za osiągnięcie dydaktyczne: za redakcję podręcznika „Opieka zorientowana na osobę” (2025)
- Zajęcie 37. pozycji w rankingu 100 Liderów Naukowych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (5. spośród naukowców Wydziału Nauk o Zdrowiu) za lata 2021-2024
- Nagroda zespołowa I stopnia Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za osiągnięcie dydaktyczne: redakcję podręcznika dla studentów pielęgniarstwa stanowiącego kompendium wiedzy z zakresu studiów magisterskich (2024)
- Nagroda zespołowa II stopnia Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za osiągnięcie naukowe: przegląd systematyczny prac na temat interwencji poprawiających samopoczucie opiekunów dorosłych pacjentów chorych na raka (2023)
- Zajęcie 37. pozycji w rankingu 100 Liderów Naukowych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (3. spośród naukowców Wydziału Nauk o Zdrowiu) za lata 2019-2020
- Nagroda Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu dla najlepszych absolwentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (2011)

Inne osiągnięcia:

- List uznania *Doctor on Board* od linii lotniczych Lufthansa za szybką i profesjonalną reakcję na nagłą sytuację medyczną na pokładzie (V 2016)
- Pozytywna ewaluacja ścieżki edukacyjno-naukowej przez North Carolina Board of Nursing uprawniająca do podejścia do egzaminu pielęgniarstwa NCLEX-RN (VIII 2014)