



Gdynia 15 czerwca 2022

**OCENA DOROBKU NAUKOWEGO I OSIĄGNIĘCIA NAUKOWEGO  
DR N. MED. BEATY KOWALEWSKIEJ  
p.t. „Wybrane determinanty jakości życia i zadowolenia z życia  
u chorych na łuszczycę”**

**Krótki życiorys naukowy**

1990-1992 - zdobywała wykształcenie zawodowe z zakresu pielęgniarstwa, Medyczne Studium Zawodowe w Łomży

1992 – 1996 studia magisterskie pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarski Akademia Medyczna w Lublinie. Temat pracy magisterskiej: „Stan zdrowia młodzieży w zakładach szkolno – wychowawczych dla dzieci o obniżonej sprawności umysłowej a zadania pielęgniarki”

1996 uprawnienia pedagogiczne – Akademia Medyczna w Lublinie

1996 Dyplom Nauczyciela Naturalnego Planowania Rodziny nr 1156/96 Klinika Położnictwa i Ginekologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodziny w Warszawie

1.06.2010 dr n. med., Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Temat pracy doktorskiej: „Wpływ chorób skóry pacjentów na sprawowanie funkcji zawodowych przez pielęgniarki i położne”

Kształcenie podyplomowe – SPECJALIZACJE

1999 specjalizacja I<sup>o</sup> z zakresu Medycyny Społecznej,

2002 specjalizacja II<sup>o</sup> z zakresu Organizacji Ochrony Zdrowia,

2002 szkolenie z zakresu Medycyny Społecznej II<sup>o</sup>,

2016 Specjalizacja z Pielęgniarstwa Ratunkowego,

2017 Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego,

ponadto odbyła 25 kursów w zakresie medycznym i z języka angielskiego, 40 szkoleń z zakresu różnych tematów medycznych i statystyki oraz 14 warsztatów w zakresie pielęgniarstwa, medycyny rodzinnej i położnictwa

**Zatrudnienie**

Od 1.10.2007 do tej pory w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, Wydziale Nauk o Zdrowiu, Zakładzie Pielęgniarstwa Ogólnego / Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej w charakterze

1.10.2007 – 31.12.2012 - wykładowca

1.01.2013 - 30.09.2019- starszy wykładowca





KATEDRA I KLINIKA DERMATOLOGII, CHOROÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ I IMMUNOLOGII KLINICZNEJ

1.10.2019 - 28.02.2021- adiunkt dydaktyczny

1.03.2021 i nadal - adiunkt badawczo-dydaktyczny, ponadto

Od 1.10.2005 - 30.09.2017 Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży, Instytut Pielęgniarstwa/ Instytut Medyczny – starszy wykładowca / z-ca Dyrektora IM,

Od 1.10.2017- 30.09.2020 Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży, Wydział Nauk o Zdrowiu, starszy wykładowca,

Od 1.10.2018 – do tej pory Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, Wydział Medyczny nauczyciel akademicki, wykładowca,

Ponadto habilitantka miała współpracę naukową z ośrodkami zagranicznymi i krajowymi:

- Państwowy Uniwersytet Medyczny w Grodnie, Klinika Dermatologii i Wenerologii, Białoruś
- Państwowy Uniwersytet im. Janka Kupały w Grodnie, Wydział Wychowania Fizycznego, Białoruś
- General Hospital of Kavala, Grecja
- Wydział Zarządzania, Politechnika Rzeszowska
- Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
- Katedra Socjologii i Pracy Socjalnej, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
- Uniwersytet Medyczny w Lublinie
- Instytut Medyczny/ Wydział Nauk o Zdrowiu PWSliP w Łomży
- Wydział Wychowania Fizycznego i Zdrowia, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Wydział w Białej Podlaskiej, Biała Podlaska
- Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Szkoła Wyższa im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
- POLMED , Centrum Medyczne w Warszawie
- Wydział Medyczny, Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży
- Centrum Medyczne PROMEDPOL w Łomży
- Gabinet Dermatologii i Kosmetyki Lekarskiej Prof. dr hab. Wiaczesław Niczyporuk
- Gabinet Dermatologia i Kosmetyka Lekarska dr n med. Piotr Aleksiejczuk
- Poradnia Dermatologiczna oraz Oddział Dziennego Pobytu dla Chorych Dermatologicznie USK w Białymstoku

### Kariera zawodowa

Kariera zawodowa pokrywa się z faktami przedstawionymi w wykazie zdobytego wykształcenia i stopnia naukowego doktora nauk medycznych oraz zatrudnieniem.







### Kariera naukowa

Kariera naukowa pokrywa się z w/w osiągnięciami

### Dorobek naukowy

Dorobek naukowy obejmuje 60 prac, w recenzowanych wydawnictwach naukowych, z których:

- 14 zostało opublikowanych przed uzyskaniem stopnia doktora nauk medycznych:

- 5 artykułów – cykl stanowiący osiągnięcie naukowe
- 47 artykułów – oryginalne prace twórcze
- 8 artykułów – prace poglądowe

Ich sumaryczny wskaźnik Impact Factor zgodny z punktacją z 2021r: 36,953 (36,185 bez listu do redakcji) w tym:

- Cykl artykułów stanowiących osiągnięcie naukowe – IF: 14,118 bez prac wchodzących w skład cyklu tematycznego na habilitację oraz 5 prac tworzących cykl tematyczny składający się na habilitację.

- Pozostałe prace pełnotekstowe opublikowane w czasopiśmie naukowym – IF:22,067

- Jeden list do redakcji – IF: 0,768

- przed doktoratem 0,0 IF

Ich Sumaryczna liczba punktów MEiN wg punktacji z 2021 r: 1345 pkt, w tym:

- Cykl artykułów stanowiących osiągnięcie naukowe – 470 pkt.

- Pozostałe prace pełnotekstowe opublikowane w czasopiśmie naukowym – 835 pkt

- List do redakcji – 40.00 pkt

- przed doktoratem - 0 pkt.

W tym miejscu chciałbym podkreślić, że nie wierzę, aby Habilitantka przed doktoratem nie miała prac w recenzowanych czasopiśmie polskich, które były punktowane według punktacji KBN, czy MNiSW. W wykazie publikacji ta punktacja została podana, ale recenzentowi trudno zliczyć sumaryczną punktację, patrząc, ile prac ukazało się przed doktoratem, byłoby to kilkadziesiąt punktów KBN/MNiSW

Dr n. med. Beata Kowalewska poza artykułami w recenzowanych czasopiśmie jest współautorem 4 monografii, autorem kilkuset rozdziałów a kilkunastu monografiach tematycznych oraz 17 rozdziałów w podręcznikach dla pielęgniarek i położnych. Habilitantka była również redaktorem lub współredaktorem 15 monografii naukowych i 1 podręcznika To skutkowało zdobyciem 3018 punktów MNiSW

Badania obejmowały następującą tematykę:

1. Holistyczna interdyscyplinarna opieka pielęgniarska







2. Psychologia zdrowia i interdyscyplinarne badania nad uwarunkowaniem chorób oraz ich wpływem na jakość życia, występowanie etykietowania i pełnienie ról społecznych
3. Wielowymiarowość tanatologii, opieka paliatywna i hospicyjna
4. Interdyscyplinarne aspekty zdrowia publicznego ze szczególnym uwzględnieniem wiedzy, zachowań i postaw zdrowotnych w zakresie szeroko rozumianej profilaktyki prozdrowotnej
5. Etos zawodowy oraz zagrożenia zawodowe pracowników medycznych w kontekście organizacji opieki zdrowotnej i jakości usług medycznych

### Omówienie osiągnięć dydaktycznych i organizacyjnych

Habilitantka prowadziła wykłady, seminaria dyplomowe oraz ćwiczenia z przedmiotów: Podstawy pielęgniarstwa, Opieka nad pacjentem niepełnosprawnym, Podstawowe czynności medyczne, Nowoczesne techniki zabiegów pielęgniarstwa, Podstawowe zabiegi medyczne, Opieka nad pacjentem niepełnosprawnym, Podstawowe czynności medyczne na kierunkach Pielęgniarstwo I i II stopnia oraz Ratownictwo Medyczne i Fizjoterapia. Prowadziła zajęcia praktyczne przy łóżku chorego z przedmiotu Podstawy Pielęgniarstwa oraz zajęcia w Centrum Symulacji Medycznej - Symulacja niskiej i pośredniej wierności.

Jest również koordynatorem przedmiotów Podstawowe czynności medyczne oraz Opieka nad pacjentem niepełnosprawnym.

Była promotorem pomocniczym w 2 przewodach doktorskich: promotorem 59 prac licencjackich zakończonych oraz jest promotorem 11 prac licencjackich w toku, a także promotorem 44 prac magisterskich zakończonych oraz 10 prac magisterskich w toku. Jest recenzentem 25 prac licencjackich i 20 prac magisterskich.

Ponadto, jest członkiem: zespołu opracowującego autorskie programy nauczania na kierunkach: pielęgniarstwo, ratownictwo, położnictwo, fizjoterapia, zespołu opracowującego dzienniczki kształcenia praktycznego w zakresie nabytych umiejętności praktycznych w czasie ćwiczeń, zajęć praktycznych i praktyk zawodowych, członkiem Komisji Egzaminacyjnej Egzaminu Dyplomowego na kierunku Pielęgniarstwo studia I° i II° obejmującej egzamin dyplomowy magisterski lub licencjacki oraz obrony prac dyplomowych zarówno w Białymstoku, jak i w Łomży

Od początku pracy w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, brała aktywny udział w modyfikacji bazy dydaktycznej i badawczej mając na uwadze zapewnienie i doskonalenie jakości kształcenia na Wydziale Nauk o Zdrowiu. Bierze udział w planowaniu modyfikacji bazy dydaktycznej poprzez zakup i wymianę sprzętów, trenażerów i fantomów. Jest współorganizatorem centrum Symulacji Medycznej oraz instruktorem symulacji niskiej wierności i wdraża nowoczesne metody w kształceniu studentów pielęgniarstwa. Ponadto, jest opiekunem Sali Symulacji niskiej wierności, w której prowadzone są zajęcia dla kierunków Pielęgniarstwo I i II stopnia, Ratownictwo oraz Fizjoterapia.







Poza macierzystą jednostką funkcje dydaktyczne realizowała również w ramach zatrudnienia w Państwowej Wyższej Szkole Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży (Instytut Pielęgniarstwa/Instytut Medyczny Wydział Nauk o Zdrowiu).

Od momentu utworzenia, tj. od roku 2002 do dziś, współpracuje ze Stowarzyszeniem Pielęgniarek i Położnych na rzecz Rozwoju, Promocji i Doskonalenia Zawodowego w Łomży, a od 1998 roku również z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Łomży.

W PWSliP w Łomży prowadziła wykłady z przedmiotów: Podstawy pielęgniarstwa, Nowoczesne techniki zabiegów pielęgniarstwa, Badania naukowe w pielęgniarstwie, Promocja zdrowia, Pierwsza pomoc przedmedyczna, SeminaRIA dyplomowe, ćwiczenia i zajęcia praktyczne na kierunkach Pielęgniarstwo I i II<sup>o</sup>, Kosmetologia i Fizjoterapia. Była promotorem i recenzentem wielu prac magisterskich i licencjackich na wszystkich 4 kierunkach

Była również koordynatorem przedmiotów Podstawy pielęgniarstwa, Promocja zdrowia, Pierwsza pomoc przedmedyczna oraz opiekunem I roku wszystkich 4 kierunków w PWSliP Łomży oraz członkiem komisji egzaminów dyplomowych

Była w składzie zespołów opracowujących Wnioski akredytacyjne na uruchomienie i prowadzenie kierunków Pielęgniarstwo I i II stopnia, Kosmetologia I stopnia, Dietetyka I stopnia, Fizjoterapia I stopnia oraz po zmianie przepisów studia II stopnia jednolite magisterskie.

Ponadto, była:

- członkiem Senatu PWSliP w Łomży (2010 – 2012),
- opiekunem Samorządu Studentów (2010 – 2014),
- członkiem Uczelnianej Komisji ds. Nagród PWSliP w Łomży (2010 – 2016),
- członkiem Instytutowych Komisji Programowych dla kierunku Pielęgniarstwo I i II stopnia, Kosmetologia, Dietetyka i Fizjoterapia PWSliP w Łomży (2010 – 2017),
- członkiem komisji egzaminu dyplomowego na kierunkach Pielęgniarstwo I i II stopnia, Kosmetologia I st., Fizjoterapia I st., Dietetyka I st. w PWSliP w Łomży (2006 -2017),
- członkiem Instytutowej Komisji Jakości Kształcenia Instytutu Medycznego Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży kierunku Kosmetologia, Fizjoterapia (2010-2014),
- przewodniczącą Komisji Rekrutacyjnej na kierunku Kosmetologia, Fizjoterapia studia pierwszego stopnia PWSliP w Łomży (2011-2017),
- w latach 2016-2017 zgłaszała Instytut Medyczny PWSliP w Łomży do dobrowolnego audytu i opracowywała merytorycznie Wnioski na „Monoprofilowe Centrum Symulacji Medycznej – kształcenie pielęgniarek i/lub położnych” w PWSliP w Łomży w ramach konkursu nr POWR.05.03.00-IP.05-00-004/17 pn. Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym







tworzenie centrów symulacji medycznej”, który to wniosek otrzymał akceptację w Konkursie.

Współpracując ze Stowarzyszeniem Pielęgniarek i Położnych na rzecz Rozwoju, Promocji i Doskonalenia Zawodowego prowadziła wykłady w ramach specjalizacji „Pielęgniarstwo zachowawcze” dla pielęgniarek z modułów: Podstawy pielęgniarstwa zachowawczego, Pielęgowanie pacjenta w schorzeniach układu oddechowego, Pielęgowanie pacjenta w podeszłym wieku oraz jako przedstawiciel PTP bierze udział w rekrutacji osób składających dokumenty do specjalizacji prowadzonych przez Stowarzyszenie. Jest również członkiem walnego zgromadzenia Stowarzyszenia.

Ponadto, aktywnie uczestniczyła i uczestniczy w pracach samorządu zawodowego. Jest członkiem Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łomży, gdzie w latach 1999-2003 była członkiem Komisji programowej odpowiadającej za Finansowanie i organizowanie szkoleń zawodowych dla członków Izby. Obecnie jest Delegatem na Zjazd.

Reasumując jest promotorem pomocniczym 2 rozpraw doktorskich - 1 zakończonych, 1 w toku, promotorem 108 prac licencjackich zakończonych oraz 11 prac licencjackich w toku, promotorem 135 prac magisterskich zakończonych oraz 10 prac magisterskich w toku, recenzentem 112 prac licencjackich i recenzentem 114 prac magisterskich.

Od 2012 roku współpracuje z Centralną Komisją Egzaminacyjną w Warszawie tworząc pytania egzaminacyjne do banku zadań do zastosowania w egzaminach zawodowych w kwalifikacjach o profilu medycznym realizowanych w ramach projektu „Rozwój banków zadań do egzaminu zawodowego” oraz „Rozwój systemu egzaminów zewnętrznych” współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój (POWER). W CKE jest także recenzentem akademickim pytań i zadań w zawodach medycznych oraz sędzią kompetentnym. W latach 2017-2018 współpracowała z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. Była członkiem Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie Pielęgniarstwa Chirurgicznego oraz członkiem Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie Pielęgniarstwa Internistycznego. Od 2008 roku jako przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego o. w Białymstoku, jest obserwatorem przebiegu rekrutacji i członkiem Komisji kwalifikacyjnej pielęgniarek i położnych na kursy doskonalące i specjalizacyjne realizowane w Stowarzyszeniu Pielęgniarek i Położnych na Rzecz Rozwoju, Promocji i Doskonalenia Zawodowego w Łomży. Jest ponadto twórcą, autorem, współtwórcą i współorganizatorem wielu działań dotyczących tworzenia nowych kierunków studiów.

Aktywnie uczestniczy w pracach samorządu zawodowego. Jest członkiem Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łomży, gdzie pełniła wiele funkcji. Była członkiem Komisji do nagród Rektora PWSliP w Łomży oraz opiekunem Samorządu







Studentów, współorganizatorem Akademickich Mistrzostw Makijażu. Bierze aktywny udział w działalności na rzecz środowisk lokalnych, w tym charytatywnej i popularyzującej naukę. Od czasu pracy w Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej aktywnie uczestniczy w pracach początkowo Komisji ds. Promocji i Wolontariatu, a następnie Centrum Wolontariatu Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB. Łącznie uczestniczyła we współorganizacji 90 różnych działań o charakterze popularyzatorskim oraz 112 o charakterze charytatywnym.

**Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 219 ust. 1. pkt. 2 Ustawy z dn. 20 lipca 2018 roku „Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce”, Dz.U. 2018 poz. 1668**

Oprócz omówionego powyżej dorobku naukowego podstawą do ubiegania się o tytuł naukowy doktora habilitowanego jest omówienie osiągnięcia naukowego prac, uzyskanych wyników wraz z omówieniem praktycznych implikacji przeprowadzonych analiz autorstwa dr n. med. Beaty Kowalewskiej pt. „Wybrane determinanty jakości życia i zadowolenia z życia chorych na łuszczycę”.

Są to następujące prace:

1. Kowalewska Beata, Jankowiak Barbara, Niedźwiedzka Barbara, Krajewska-Kułak Elżbieta, Niczyporuk Waczesław, Khvorik Dmitry Fiodaravich: Relationships between the acceptance of illness, quality of life and satisfaction with life in psoriasis. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 2020, 65, 1, 102-110. DOI: 10.5114/ada.2020.92906. Impact Factor: 1.837, Punktacja MNiSW: 70.000
2. Kowalewska Beata, Jankowiak Barbara, Krajewska-Kułak Elżbieta, Milewski Rafał, Sobolewski Marek: Skin-disease specific and generic psychometric measures in patients with psoriasis. *Dermatology and Therapy*, 2021, 11(6): 1999-2015. DOI: 10.1007/s13555-021-00609-6. Impact Factor: 3.264, Punktacja MNiSW: 100.000
3. Kowalewska Beata, Cybulski Mateusz, Jankowiak Barbara, Krajewska-Kułak Elżbieta: Acceptance of illness, satisfaction with life, sense of stigmatization, and quality of life among people with psoriasis: a cross-sectional study. *Dermatology and Therapy*, 2020, 10, 413-430. DOI: 10.1007/s13555-020-00368-w. Impact Factor: 3.264, Punktacja MNiSW: 100.000
4. Kowalewska Beata, Jankowiak Barbara, Cybulski Mateusz, Krajewska-Kułak Elżbieta, Khvorik Dmitry Fiodaravich: Effect of disease severity on the quality of life and sense of stigmatization in psoriatics. *Clinical Cosmetic and Investigational Dermatology*, 2021, 14, 107-121. DOI: 10.2147/CCID.S286312, Impact Factor: 2.489, Punktacja MNiSW: 100.000
5. Kowalewska Beata, Krajewska –Kułak Elżbieta, Sobolewski Marek: The Impact of Stress-Coping Strategies and the Severity of Psoriasis on Self-Esteem, Illness Acceptance and Life Satisfaction. *Dermatology and Therapy*, 2022, 15 pp. DOI: 10.1007/s13555-021-00669-8, Impact Factor: 3.264, Punktacja MNiSW: 100.000

Wszystkie prace znajdują się na Liście Filadelfijskiej, Medline i SCOPUS  
Udział własny autora obejmował: koncepcję badania, opracowanie celów badania,







dobór narzędzi badawczych, przegląd piśmiennictwa, przeprowadzenie badania, opracowanie materiału badawczego i wniosków, przygotowanie manuskryptu wraz z dyskusją do druku, złożenie manuskryptu w wydawnictwie, odpowiedzi na uwagi recenzentów oraz korespondencję z redakcją.

Osiągnięcie to zostało udokumentowane jednotematycznym cyklem 5. oryginalnych prac opublikowanych w czasopismach z listy A. Wszystkie wymienione prace powstały po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych, we wszystkich 5. Habilitantka jest pierwszym autorem, Ponieważ wszystkie prace z tego cyklu były opublikowane w renomowanych czasopismach o wysokiej poczytności, były one już szczegółowo recenzowane przez ekspertów. W związku z tym moja ocena będzie jedynie formalnością.

Skóra, będąc największym narządem ludzkiego ciała spełnia z jednej strony rolę bariery ochronnej dla organizmu, bierze udział w komunikacji oraz pełni funkcję estetyczną, percepcyjną, ekspresyjną i seksualną, z drugiej pełni rolę narządu wydzielania wewnętrznego wpływa na gospodarkę wodno-mineralną i syntetyzuje witaminy z grupy D. Jest także ważnym środkiem wyrazu i odbioru emocji, odgrywającą wiodącą rolę w kontaktach międzyludzkich Wygląd skóry i jej przydatków jest nie tylko źródłem informacji o stanie zdrowia organizmu, ale ma ogromny wpływ na samoocenę własnego obrazu każdej osoby oraz postrzeganie jej przez otoczenie, w tym również na akceptację społeczną jednostki lub jej odrzucenie. W związku z tym, osoby obciążone chorobą skóry w szczególny sposób odbierają swój wizerunek oraz bardzo często oceniają nisko jakość swojego życia, szczególnie, jeżeli zmiany skórne dotyczą odkrytych części ciała czy okolic płciowych. Pacjenci czują się oszpecceni, obciążeni jakimś piętnem czy wręcz odrażający, szczególnie w sytuacjach intymnych. Tego typu odczucia negatywnie wpływają na stan psychiczny chorych dermatologicznie, zaburzają ich funkcjonowanie rodzinne, społeczne i zawodowe oraz decydują o znacznym obniżeniu jakości życia i poczucia własnej wartości.

Łuszczyca jest przewlekłą autozapalną chorobą ogólnoustrojową skóry o podłożu genetycznym dotyczącą 2-3% światowej populacji. Najczęściej występującym typem łuszczycy jest łuszczyca zwykła, określana również jako plackowata (85-90% wszystkich przypadków). U około jednej trzeciej pacjentów z czasem rozwija się łuszczycowe zapalenie stawów. Dermatoza ta charakteryzuje się przewlekłym procesem zapalnym skóry, Dużo by można mówić na temat etiopatogenezy, zaburzeń immunologicznych, typów klinicznych, czy metod leczenia, ich uciążliwości i niedoskonałości, czy objawów niepożądanych jedno jest pewne. Pacjenci Ci nie akceptują swojej choroby ze względu na widoczność zmian, świąd, bolesność i uciążliwe metody leczenia. Jest to choroba nawrotowa, wymagająca ciągłego leczenia, przebiegająca postępująco (marsz łuszczycowy) i prowadząca do śmierci o około 10 lat wcześniej niż w ogólnej populacji chorych bez łuszczycy. W tym miejscu warto podkreślić, że młodą i dynamicznie rozwijającą się gałęzią







psychologii jest psychologia zdrowia. Wykorzystuje ona zdobycze psychologii na gruncie medycyny, w aspekcie zdrowia i choroby poprzez: analizę wpływu czynników psychicznych na utrzymanie zdrowia i powstanie chorób, opracowywanie technik psychoterapeutycznych mających na celu wspomaganie leczenia chorób psychosomatycznych oraz propagowania zdrowego stylu życia. Stanowi kontynuację medycyny psychosomatycznej, behawioralnej oraz psychologii medycznej. Psychologia zdrowia ma szczególne zastosowanie u osób zdrowych psychicznie, dowiadujących się o zdiagnozowaniu choroby somatycznej. Pierwszą i nieodłączną reakcją w takiej sytuacji jest stres psychologiczny.

Osoby obciążone chorobą dermatologiczną w szczególny sposób odbierają swój wizerunek, są bardzo wrażliwe na swój wygląd i opinie o nim i nisko oceniają jakość swojego życia z racji naznaczenia chorobą. Poczucie oszpeceń i napiętnowania negatywnie wpływa na relacje międzyludzkie zaburzając je w aspektach rodzinnym, seksualnym, zawodowym i społecznym.

Łuszczyca jako jedna z najczęstszych dermatoz zajmujących widoczne odkryte części ciała, oraz okolicę anogenitalną, stanowi poważny problem psychospołeczny w szerokim tego określenia znaczeniu. Jest przyczyną depresji, otyłości, alkoholizmu, rozwodów, trudności w znalezieniu pracy, upośledza codzienne funkcjonowanie, nasila tendencje samobójcze i powoduje inne choroby psychosomatyczne. Stwierdzono również, że stresujące wydarzenia w życiu mogą poprzedzać pierwszy wysiew łuszczycy, a nie tylko zaostrzać i wpływać na przewlekłość jej przebiegu.

Dlatego też podjęcie przez Habilitantkę tematyki dotyczącej próby określenia różnych determinant jakości życia i zadowolenia z życia chorych na łuszczycę uważam za nowatorskie, bardzo przydatne, uzasadnione i celowe.

Uzasadnienie celowości podjętych badań Habilitantka redaguje zbyt szczegółowo i aż na 3 stronach. Można by to było ująć w punktach na 1 stronie:

1. Holistyczne podejście do pacjentów w ujęciu nie tylko choroby jako zajęcie miejsca i narządu, ale jako chorobę całego organizmu oraz miejsce chorego w rodzinie, społeczeństwie, pracy, miejscu zamieszkania i wśród znajomych. Szeroko pojęte aspekty jakości życia, w tym stygmatyzacja chorych są elementami interdyscyplinarnymi i obejmują nie tylko jednostkę w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej, ale dotyczą również otoczenia, w którym socjalizuje się jednostka, Wprowadzenie na grunt medycyny psychodermatologii, łączącej oraz wykazującej powiązanie objawów dermatologicznych z symptomami z zakresu psychologii i psychiatrii, również jest przejawem holizmu.

2. Na podkreślenie zasługuje również fakt, że na odczuwanie jakości życia ma także wpływ szereg różnorodnych czynników nie związanych bezpośrednio z chorobą, np.: czynników związanych z konstrukcją psychiczną pacjentów (umiejętność radzenia sobie ze stresem, samoocena), nawykami zdrowotnymi wyniesionymi z domu lub wykształconymi w czasie życia, poziom ugruntowanego w domu poczucia własnej wartości oraz czynniki środowiskowe (środowisko społeczne, środowisko biologiczne, wykształcenie, pozycja społeczna, wykonywany zawód).







Dlatego też, aby w pełni poznać uwarunkowania jakości życia odczuwanej przez objęte badaniem osoby, warto podjąć w badaniu szersze konteksty mogące modyfikować odczuwanie jakości życia zarówno ją podnosząc jak też znacząco obniżając.

3. Warto także zwrócić uwagę na fakt zmniejszającej się liczby dermatologicznych łóżek szpitalnych, co może spowodować, że pacjenci z chorobami skóry będą leczeni na różnego rodzaju oddziałach szpitalnych, np. internistycznych – łuszczycy, zakaźnych – półpasiec, chirurgicznych – owrzodzenia, na których personel pielęgniarski nie spotyka się często z takimi problemami zdrowotnymi. Wiedza pielęgniarek dermatologicznych na temat chorób skóry, a szczególnie ich leczenia i pielęgnacji chorych dermatologicznie jest o wiele lepsza niż pielęgniarek innych oddziałów, gdzie mogą znaleźć się ciężko chorzy z powodu braku miejsca na oddziałach dermatologicznych. Źródłem takiej sytuacji jest brak prowadzenia kształcenia w zakresie dermatologii na kierunkach medycznych (z wyjątkiem kierunku lekarskiego), w tym na kierunku Pielęgniarstwo.

4. Biorąc pod uwagę światowy trend opieki holistycznej oraz postępującą profesjonalizację opieki zdrowotnej nie sposób nie zauważyć, że profesjonalizm w pełni opiera się na wykształconym personalu. Na gruncie pielęgniarstwa zmiany już dawno doprowadziły do usamodzielnienia zawodu, poszerzenia kompetencji oraz funkcji zawodowych, obejmujących również przygotowanie pacjenta do samodzielnego funkcjonowania w domu w ramach nabycia przez niego kompetencji do samoopieki i samopielęgnacji.

5. Wobec powyższego poznanie trudności w funkcjonowaniu chorych z problemami skórными wydaje się, jak najbardziej wskazane i zalecane, aby chory dermatologicznie czuł się na innych oddziałach komfortowo, a sprawowana opieka pielęgniarska miała wymiar holistyczny i obejmowała całokształt problemów biologicznych, psychicznych i społecznych pacjentów. Jest to w sposób szczególny istotne wobec chorych na łuszczycę. Należy bowiem pamiętać, że choroba ta dotyczy około 1-2% populacji świata, i ok 3% populacji w Polsce, obejmuje największy ludzki organ, pełniący w organizmie wiele funkcji (ochronną, immunologiczną, czucia, estetyczną), a widoczność schorzenia, w połączeniu z dokuczliwymi objawami wpływa znacząco na postrzeganie osoby chorej przez osoby z otoczenia. Oprócz obniżonej samooceny chorych na łuszczycę, negatywne na ogół reakcje otoczenia (często stygmatyzujące z powodu odmiennego wyglądu) wpływają dodatkowo na postrzeganie własnego „ja”, obniżenie jakości życia i satysfakcji z życia chorych. Badaniem objęto w sumie na różnych etapach badań 737 osób chorych na łuszczycę zwykłą oraz 197 pielęgniarek niedermatologicznych. Na przeprowadzenie poszczególnych badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Wyniki zostały poddane analizie statystycznej przy użyciu programu Statistica. Na różnych etapach bada wykorzystywano różne metody i testy statystyczne. Rozkład miar psychometrycznych w całej badanej zbiorowości przedstawiono w formie







zestawienia statystyk opisowych (średnia arytmetyczna wraz z 95% przedziałem ufności, odchylenie standardowe, minimum i maksimum). Istotność statystyczną różnic międzygrupowych w wartościach zmiennych o rozkładzie normalnym weryfikowano testem t-Studenta dla dwóch grup lub analizą wariancji (ANOVA) lub jej bardziej zaawansowaną postacią, analizą kowariancji (ANCOVA). Zależności między dwiema zmiennymi ilościowymi (porządkowymi) zinterpretowano na podstawie współczynników korelacji rang Spearmana (R) i odpowiednich testów istotności statystycznej. Zależności między jakością życia, stygmatyzacją a innymi zmiennymi wyrażonymi na skali ilorazowej określono na podstawie współczynników korelacji liniowej Pearsona. Na różnych etapach spośród różnych czynników, selekcjonowano dane istotne statystycznie, również za pomocą procedury regresji krokowej. We wszystkich analizach za istotne statystycznie przyjęto wyniki, dla których  $p < 0.05$

W pierwszej pracy - Kowalewska Beata, Jankowiak Barbara, Niedźwiecka Barbara, Krajewska-Kułak Elżbieta, Niczyporuk Waczesław, Khvorik Dmitry Fiodarovich: „Relationships between the acceptance of illness, quality of life and satisfaction with life in psoriasis”. Postępy Dermatologii i Alergologii, 2020, 65, 1, 102-110 celem było określenie wpływu dolegliwości skórnych na zadowolenie z życia (SWLS), akceptację choroby (AIS) i jakość życia (DLQI) wśród 200 pacjentów z łuszczycą oraz ocena wpływu poszczególnych zjawisk na siebie wzajemnie. Grupa badana obejmowała 142 kobiety i 58 mężczyzn. Średni czas trwania łuszczycy wynosił 155 miesięcy (około 13 lat), z indywidualnymi wartościami od 12 miesięcy (1 rok) do 576 miesięcy (48 lat). Respondenci potwierdzili rodzinne występowanie łuszczycy (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie i inni bliscy krewni).

Biorąc pod uwagę, że jakość życia jest zjawiskiem podlegającym wielorakim wpływom, a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia modyfikowana jest również przez występowanie choroby Autorzy badali wpływ na jakość życia osób z łuszczycą odczuwanej przez nich akceptacji choroby.

Wyniki AIS (zakres 8 - 40 pkt) większe niż 25 pkt odnotowano u 43,66% kobiet i 51,72% mężczyzn. Umiarkowanie silną korelację stwierdzono między wiekiem badanych pacjentów a wynikiem AIS ( $r = -0,42$ ,  $p = 0,001$ ). Korelacja była odwrotna, co sugeruje, że poziom akceptacji choroby, obniżał się wraz z wiekiem. Ponadto istotną, umiarkowanie silną korelację zaobserwowano między poziomem wykształcenia respondentów a wynikami AIS ( $r = 0,47$ ,  $p = 0,001$ ), które wzrastały wraz z poziomem wykształcenia (lepiej wykształcone osoby wykazywały większą akceptację choroby). Co interesujące zauważono związek pomiędzy poziomem akceptacji choroby a lokalizacją zmian łuszczycowych. Najwyższe wartości skali AIS (35 - 40 pkt) prezentowały osoby ze zmianami łuszczycowymi na głowie, ramionach i kończynach dolnych. Pacjenci ze zmianami chorobowymi na tułowiu (51,06%) uzyskali najniższe wyniki AIS (do 20 pkt), i niższą akceptację choroby.

Niewątpliwą komponentą jakości życia jest również odczuwana przez chorych na łuszczycę satysfakcja z życia. W skali SWLS oceniany jest poziom zadowolenia







z dotychczasowego życia (warunków i osiągnięć). Na podstawie skali SWLS stwierdzono u 42,50% badanych pacjentów wysoki poziom zadowolenia z życia, zaś niski poziom tej cechy stwierdzono u 20,50% badanych. Klasyfikacja uzyskanych tą skalą wyników wg. płci pozwoliła zauważyć, że wyniki kobiet były skoncentrowane wokół niskich i wysokich wartości (80,87%), zaś tendencja do wysokich wyników SWLS występowała wśród mężczyzn (48,28 %). Pod względem wieku wysokie wyniki SWLS stwierdzono u osób badanych w wieku 20–30 lat (80,65%), a odsetek pacjentów z wysokimi wynikami zmniejszał się znacząco wraz z wiekiem. Stwierdzono statystycznie istotne korelacje między poziomem zadowolenia z życia mierzonym za pomocą SWLS, a wiekiem ( $r = 0,39$ ,  $p < 0,001$ ) i wykształceniem pacjentów ( $r = 0,47$ ,  $p < 0,001$ ). 83,33% badanych z wyższym wykształceniem prezentowało wysokie wyniki SWLS (w przeciwieństwie do większości pacjentów ze średnim, zawodowym i podstawowym wykształceniem mających niskie wyniki). Odniesienie wyników SWLS do lokalizacji zmian łuszczycowych pozwoliło zauważyć, że najwięcej pacjentów o wysokim poziomie zadowolenia z życia znalazło się wśród osób, u których zajęte zmianami chorobowymi były ręce (59,09%), kończyny dolne (50,00%), głowa (42,86%) i tułów (31,91%). Nie zaobserwowano statystycznie istotnej zależności między lokalizacją zmian łuszczycowych, a poziomem zadowolenia z życia według SWLS ( $r = 0,16$ ,  $p = 0,085$ , słaba korelacja). Natomiast poziom zadowolenia z życia według SWLS korelował istotnie z poziomem akceptacji choroby ( $r = 0,89$ ,  $p = 0,001$ , silna korelacja). Dodatnia korelacja między tymi dwiema zmiennymi oznaczała, że im wyższy poziom akceptacji choroby mierzony AIS, tym większa satysfakcja z życia wyrażana na SWLS.

Jak wspomniano zarówno akceptacja choroby, jak i odczuwane zadowolenie z życia mogą determinować indywidualnie postrzeganą jakość życia. W związku z powyższym najpierw przeanalizowano wyniki skali DLQI, również w kontekście danych demograficznych, a następnie kolejno występowanie lub nie korelacji w 3 obszarach tj. jakości życia, akceptacji choroby i satysfakcji z życia.

Minimalny wynik DLQI uczestników badania wyniósł 3 pkt niezależnie od płci, podczas gdy maksymalne wyniki wynosiły 30 i 27 pkt odpowiednio u kobiet i mężczyzn. Łuszczyca przyczyniła się w różnym stopniu do pogorszenia jakości życia u wszystkich badanych. Poważne lub bardzo poważne pogorszenie jakości życia zaobserwowano u 62% badanych pacjentów. Tylko 7% z respondentów, wśród nich 13,79% mężczyzn i 4,23% kobiet, odczuwało niewielkie pogorszenie jakości życia. Łuszczyca, jakość życia u kobiet pogarszała w większym stopniu niż u mężczyzn ( $r = 0,15$ ,  $p = 0,040$ ). Ponadto, stwierdzono istotną korelację między wiekiem badanych pacjentów i ich wynikami DLQI ( $r = 0,44$ ,  $p < 0,001$ ) - im starsi respondenci tym wyniki były wyższe. Najbardziej widoczne pogorszenie jakości życia zaobserwowano wśród osób w wieku 51 - 60 lat, gdzie 50% pacjentów tej grupy wiekowej doświadczyło bardzo poważnego pogorszenia jakości życia. Ponadto wyniki DLQI były istotnie skorelowane z wykształceniem badanych pacjentów ( $r = 0,50$ ,  $p < 0,001$ ). Im lepiej wykształceni byli pacjenci, tym niższe osiągalni wyniki DLQI. U wszystkich pacjentów z







wykształceniem innym (niższym) niż wyższe, wyniki DLQI odpowiadały poważnemu pogorszeniu jakości życia. Proporcje pacjentów z poważnym lub bardzo poważnym pogorszeniem jakości życia wśród respondentów z zawodowym i średnim wykształceniem wynosiły odpowiednio 84,13% i 78,66%, w przeciwieństwie, do poważnie lub bardzo poważnie pogorszonej jakości życia u 16,67% pacjentów z wyższym wykształceniem. Stwierdzono korelację między jakością życia mierzoną DLQI i poziomem zadowolenia z życia mierzonym SWLS ( $r = 0,94$ ,  $p < 0,001$ ). Korelacja między tymi dwiema zmiennymi była dodatnia, co oznacza, że im wyższą satysfakcję z życia odczuwali chorzy na łuszczycę, tym także lepiej postrzegali swoją jakość życia. Ponadto zaobserwowano istotną, dodatnią korelację między jakością życia mierzoną DLQI oraz poziomem akceptacji choroby badanym za pomocą AIS ( $r = 0,92$ ,  $p < 0,001$ ). Większa akceptacja choroby wiązała się z lepszym postrzeganiem jakości życia u respondentów z łuszczycą.

W drugiej pracy autorstwa: Kowalewska Beata, Jankowiak Barbara, Krajewska-Kułał Elżbieta, Milewski Rafał, Sobolewski Marek: „Skin-disease specific and generic psychometric measures in patients with psoriasis”. *Dermatology and Therapy*, 2021, 11(6), 1999-2015, za cel obrano ocenę wpływu łuszczycy na jakość życia (DLQI), poczucie stygmatyzacji (6 stopniowa skala do oceny stygmatyzacji i 33 – stopniowa skala do oceny stygmatyzacji), określenie poziomu satysfakcji z życia (SWLS), samoocenę osób chorych na łuszczycę (SES) oraz ocenę wpływu zmiennych socjodemograficznych i lokalizacji zmian chorobowych (kwestionariusz konstrukcji własnej) na miary psychometryczne specyficzne i ogólne. Do badania zakwalifikowano 111 osób dotkniętych łuszczycą zwykłą. Spośród czynników demograficznych i klinicznych wzięto pod uwagę: płeć, wykształcenie, czas trwania choroby, rozległość zmian chorobowych.

Wyniki dla skali DLQI zawierały się w przedziale 0-28 pkt. przy możliwej do osiągnięcia przez badanych punktacji od 0 do 30 pkt. Wśród respondentów dominowały niskie wartości DLQI, średnio 10,8 pkt. ( $\pm 1,4$ ). Natomiast w zakresie stygmatyzacji średnie wartości kwestionariusza 33 pozycyjnego (możliwa punktacja 0-165 pkt.) wyniosły 81,6 pkt. ( $\pm 4,6$ ) a skali 6 –punktowej (możliwa punktacja 6-18 pkt.) 7,5 pkt. ( $\pm 0,9$ ). Przeciętny poziom miary SWLS w badanej zbiorowości był nieco poniżej przeciętnego – wynosił 18,5 pkt. ( $\pm 0,9$ ) – na 35 maks. możliwych (wartości miary samooceny skali SES mogą przyjmować wartości z zakresu 10-40 pkt). Tak więc wartość średnia wynosząca w badanej zbiorowości 26,8 pkt ( $\pm 0,7$ ) świadczy o nieco ponadprzeciętnej samoocenie dokonanej przez ankietowane osoby. Przeanalizowano wpływ wybranych czynników demograficznych i klinicznych na ogólne miary psychometryczne (SWLS oraz SES). Mężczyźni cechowali się większym poziomem satysfakcji (SWLS) - średnio 18,7 pkt ( $\pm 1,8$ ), w stosunku do kobiet – 18,3 pkt. ( $\pm 1,7$ ) ( $p=0,7410$ ) oraz wyższymi wartościami miary SES - przeciętnie 27,5 pkt ( $\pm 0,9$ ), w stosunku do kobiet - średnio 26,0 pkt ( $\pm 2,1$ ) ( $p=0,0220^*$ ). Wiek nie był istotnie statystycznie powiązany z satysfakcją z życia (SWLS) i samooceną (SES). Współczynnik korelacji liniowej pomiędzy wiekiem i SWLS wynosił







0,04 ( $p = 0.7038$ ), zaś pomiędzy wiekiem i SES – 0.15 ( $p = 0.1251$ ).

Czas trwania choroby nie był powiązany w statystycznie istotny sposób z satysfakcją z życia (SWLS) i samooceną (SES). Współczynnik korelacji liniowej pomiędzy czasem trwania choroby i SWLS wynosił -0.01 ( $p = 0.9546$ ), zaś pomiędzy czasem trwania choroby i SES – 0.05 ( $p = 0.5985$ ).

Dokonano porównawczej analizy miar psychometrycznych względem stopnia występowania zmian. Oceny istotności różnic dokonano za pomocą testu ANOVA. W zakresie miar związanych z chorobą istotne statystycznie zróżnicowanie względem lokalizacji zmian wykazały tylko dwie składowe 33-item scale – wina i wstyd ( $p=0.0010^{**}$ ) oraz pozytywne nastawienie ( $p=0.0321^{*}$ ). Stopień występowania zmian chorobowych nie był powiązany z ogólną jakością życia i innymi niecharakterystycznymi dla chorób skóry miarami psychometrycznymi.

Zbadano, jak specyficzne miary jakości życia związane z występowaniem dolegliwości skórnych (DLQI, skala 6 – stopniowa, skala 33-stopniowa) wpływają na miary psychometryczne (SES, SWLS), dotyczące ogólnego samopoczucia ankietowanych. Okazało się, że miary jakości życia swoiście związane z łuszczycą były dość wyraźnie skorelowane z ogólnymi miarami psychometrycznymi (DLQI, skala 6-stopniowa, skala 33-stopniowa vs SES, SWLS  $p=0,0000$ ). Wszystkie korelacje były ujemne, co oznacza, że wzrost dyskomfortu spowodowanego łuszczycą wpływa negatywnie na ogólne samopoczucie, ocenione za pomocą SWLS czy SES.

Czynnikami statystycznie istotnie wpływającymi na zadowolenie z życia (SWLS) były: ogólny poziom stygmatyzacji ( $p=0.0000$ ) - im wyższy był poziom stygmatyzacji, tym niższe zadowolenie z życia – wzrost poczucia stygmatyzacji o 1 pkt przekładał się na spadek o 0,158 pkt zadowolenia z życia oraz wykształcenie ( $p=0.0185$ ). Osoby z wykształceniem wyższym były, średnio rzecz biorąc, o ok. 1,253 pkt bardziej zadowolone z życia niż chorzy mający inne wykształcenie. W przypadku Skali SES czynnikami istotnymi statystycznie okazały się być miara sumaryczna stygmatyzacji (33-item) ( $p= 0,0000$ ) i wrażliwość na opinię innych (33-item) ( $p=0.0274$ ). Zmienność miary SWLS i SES wyjaśniono za pomocą opisanych modeli regresji w około 35-40%, co jest wartością dość wysoką, jeśli weźmie się pod uwagę nieuwzględnione w badaniu czynniki natury subiektywnej, które wpływają na relację pomiędzy specyficznymi i ogólnymi miarami jakości życia.

W trzeciej pracy autorstwa Kowalewska Beata, Cybulski Mateusz, Jankowiak Barbara, Krajewska-Kułak Elżbieta: „Acceptance of illness, satisfaction with life, sense of stigmatization, and quality of life among people with psoriasis: a cross-sectional study” opublikowanej w *Dermatology and Therapy*, 2020, 10, 413-430 celem była ocena stopnia akceptacji choroby (AIS), satysfakcji z życia (SWLS), poczucia stygmatyzacji (6 i 33- stopniowa skala do oceny stygmatyzacji) i jakości życia (DLQI) wśród 366 chorych na łuszczycę, zweryfikowanie zależności pomiędzy poszczególnymi zjawiskami, a także określenie wpływu wybranych czynników







socjodemograficznych i klinicznych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, czas trwania choroby, lokalizacja zmian chorobowych) na powyższe zjawiska.

Najliczniejszą grupę respondentów (średnio co czwarta badana osoba) stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 31-40 lat. Niemal co piąty respondent znajdował się w przedziale wiekowym 41-50 lat. Wśród ankietowanych osób większość posiadała wykształcenie wyższe (ponad 40%), co trzeci respondent ukończył szkołę średnią, a 13% ankietowanych posiadało wykształcenie podstawowe. W badanej grupie ponad połowa badanych osób żyła w związku małżeńskim; 1/5 była stanu wolnego, a ponad 15% było po rozwodzie. Występowanie łuszczycy w rodzinie potwierdziło 54.09% badanych, wskazując najczęściej na rodziców, a także rodzeństwo i dalszą rodzinę. Średni czas trwania choroby wynosił 14,18 lat ( $\pm 11,82$ ) i był krótszy u kobiet, niż u mężczyzn. W ankietowanej grupie chorych znalazły się osoby zdiagnozowane 12 miesięcy przed przeprowadzonym badaniem, zaś co czwarty badany chorował co najmniej 20 lat. Zmiany chorobowe najczęściej występowały u badanych na klatce piersiowej, łokciach, kolanach oraz udach i podudziach. Zmiany łuszczycowe na całym ciele zgłosiło 18% badanych.

Otrzymane wyniki dla skali AIS mieściły się w zakresie od 10 do 40 pkt., gdzie wartość średnia wynosiła 24.02 pkt. ( $\pm 7.56$ ), co określa się jako przeciętny poziom akceptacji choroby. Ankietowani mężczyźni prezentowali istotnie wyższy poziom akceptacji choroby niż kobiety ( $p < 0.001$ ). Najniższy wynik średni skali AIS uzyskały osoby w wieku 41-50 lat ( $p = 0.483$ ). Nieznacznie wyższy wynik średni uzyskali mieszkańcy wsi niż miast ( $p = 0.525$ ). Poziom akceptacji choroby był porównywalny w różnych grupach z uwzględnieniem czasu trwania choroby ( $p = 0.751$ ). Stwierdzono, że istotnie niższy poziom akceptacji łuszczycy dotyczył badanych, u których zmiany chorobowe występowały na obszarze całego ciała ( $p < 0.001$ ). Osoby ze zmianami w obrębie głowy ( $p < 0.001$ ), rąk ( $p = 0.031$ ) i nóg ( $p = 0.011$ ) częściej od innych prezentowały przeciętny poziom AIS. Najczęściej wysoki poziom akceptacji choroby uzyskały osoby z objawami w obszarze miejsc intymnych, tj. w okolicach narządów płciowych i na pośladkach, gdzie  $p = 0.167$ . Ponad połowa ankietowanych osób z łuszczycą posiadało niski poziom satysfakcji z życia. Mężczyźni nieznacznie częściej niż kobiety prezentowali niski poziom satysfakcji z życia ( $p = 0.147$ ). Najczęściej niski poziom satysfakcji z życia wykazano w grupie osób w wieku 41-50 lat ( $p = 0.159$ ). Niski i przeciętny wynik skali SWLS uzyskały najczęściej osoby chorujące na łuszczycę od 6 do 19 lat ( $p = 0.615$ ). Wykazano również, że mieszkańcy wsi istotnie częściej prezentowali wysoki poziom satysfakcji z życia niż mieszkańcy miast ( $p = 0.012$ ,  $r = 0.1317$ ). Wśród badanych pacjentów, zdecydowana większość z niskim poziomem akceptacji choroby prezentowała niski poziom satysfakcji z życia, gdy w grupie badanych z wysokim poziomem akceptacji choroby tylko 28,6% prezentowało niski poziom satysfakcji z życia. Wykazano, że akceptacja choroby istotnie wpływa na poziom satysfakcji z życia chorego na łuszczycę ( $r = 0,4239$ ,  $p = 0,001$ ). Istotnie niższy poziom satysfakcji z życia dotyczył badanych, u których zmiany chorobowe występowały na całym ciele ( $p = 0.001$ ), w obrębie głowy ( $p < 0.001$ ) oraz rąk ( $p = 0.001$ ).







W pozostałych przypadkach uzyskane różnice nie były istotne statystycznie. Wynik średni skali 6-stopniowej do oceny stygmatyzacji w badanej grupie wynosił 8.73 ( $\pm 4.02$ ) i nie różnił się znacząco wśród kobiet i mężczyzn ( $p=0.940$ ). Najniższy stopień stygmatyzacji otrzymano w skrajnych grupach wiekowych 18-30 lat i  $>60$  lat, zaś najwyższy wynik średni uzyskano dla chorych w wieku 41-50 lat. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie ( $p=0.402$ ). Nieznacząco wyższy wynik średni uzyskali mieszkańcy miast niż wsi ( $p=0.388$ ). Wyższy stopień stygmatyzacji dotyczył osób chorujących 6-19 lat. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie ( $p=0.379$ ). Umieszczenie zmian skórnych nie wpływało na poczucie stygmatyzacji według skali 6-stopniowej. Wynik średni 33-stopniowej skali do oceny stygmatyzacji wśród objętych badaniem respondentów z łuszczycą wynosił 90.06 ( $\pm 21.55$ ) i nie różnił się znacząco wśród kobiet i mężczyzn ( $p=0.140$ ). Najniższy stopień stygmatyzacji wystąpił w grupie wiekowej  $>60$  lat, natomiast najwyższy wynik średni uzyskali chorzy w wieku 41-50 lat. Uzyskane różnice w odniesieniu nie były istotne statystycznie ( $p=0.281$ ), podobnie jak w przypadku długości trwania choroby ( $p=0.126$ ). Natomiast stwierdzono, że według 33-stopniowej skali istotnie wyższe poczucie stygmatyzacji z powodu łuszczycy mieli mieszkańcy wsi, niż miast ( $p=0.006$ ,  $r=0.1437$ ). Według 33-stopniowej skali poczucie stygmatyzacji było istotnie niższe u osób ze zmianami w obrębie nóg (stopy, kolana, uda i podudzia). Najwyższą wartością średnią uzyskano w grupie osób ze zmianami na całym ciele.

Otrzymane wyniki dla wskaźnika DLQI mieściły się w zakresie od 0 do 27 pkt., gdzie wartość średnia wynosiła 13,86 pkt. ( $\pm 6,87$ ), co określa się jako umiarkowanie obniżoną jakość życia. U niemal połowy ankietowanych jakość życia została oceniona jako mocno obniżona. Według wskaźnika DLQI mężczyźni dwukrotnie częściej niż kobiety odczuwali umiarkowanie obniżoną jakość życia, natomiast więcej kobiet niż mężczyzn uzyskało ocenę jakości życia normalną i jednocześnie bardzo mocno obniżoną. Osoby w przedziale wiekowym 41-50 lat i  $>60$  lat najczęściej oceniały swoją jakość życia jako mocno obniżoną. Ze względu na czas trwania choroby najsilniej obniżona jakość życia według wskaźnika DLQI dotyczyła osób chorujących od 6 do 19 lat. Uzyskane różnice zarówno ze względu na płeć, wiek i czas trwania choroby nie były istotne statystycznie ( $p>0,05$ ). Zmienną znacząco kształtującą wskaźnik DLQI było miejsce zamieszkania chorego, gdyż jakość życia z łuszczycą była istotnie niższa wśród mieszkańców miast niż wsi ( $p<0,001$ ,  $r=0,1995$ ). Zaskakująco okazało się w tym badaniu, że według wskaźnika DLQI umiejscowienie zmian chorobowych nie wpływało znacząco na poziom jakości życia według DLQI, jeśli objawy występowały w obrębie narządów płciowych ( $p=0.178$ ), rąk ( $p=0.169$ ) i tułowia ( $p=0.726$ ). Natomiast jakość życia była znacząco obniżona u osób z łuszczycą umiejscowioną na całym ciele, w obrębie głowy oraz nóg.

W czwartej pracy autorstwa Kowalewska Beata, Jankowiak Barbara, Cybulski Mateusz, Krajewska-Kułak Elżbieta, Khvorik Dmitry Fiodaravich: „Effect of disease severity on the quality of life and sense of stigmatization in psoriatics” opublikowanej w *Clinical Cosmetic and Investigational Dermatology*, 2021, 14, 107-121, postanowiono







zweryfikować czy nasilenie zmian skórnych w łuszczycy będzie wpływało na poczucie jakości życia chorych i jej komponentów w postaci subiektywnie doświadczanej stygmatyzacji. Celem więc było czy zaawansowani łuszczycy (PASI) wpływa na jakość życia (DLQI) i poczucie stygmatyzacji (6 i 33-stopniowa skala do oceny stygmatyzacji) osób chorych na łuszczycę. Narzędzia badawcze uzupełniono krótkim autorskim kwestionariuszem socjodemograficznym.

Czas trwania choroby w badanej zbiorowości był zróżnicowany – od 0,5 roku do ponad 50 lat. Jednak na podstawie wartości kwartyli, wynoszących odpowiednio 4 i 20 lat, można stwierdzić, że większość osób zachorowała kilka, kilkanaście lat temu. Jedynie 1,8% ankietowanych osób w ogóle nie korzystało z opieki dermatologa, niemal dwie trzecie (64,9%) czyniło to w razie potrzeby (zapewne w zaostrzeniu objawów chorobowych), a jedna trzecia chorych na łuszczycę była pod stałą opieką lekarską (33,3%). Stosunek emocjonalny do choroby był zróżnicowany. Dominowało wśród respondentów zaskoczenie chorobą (27%), uznanie jej za straszne piętno (17,1%), zmęczenie chorobą (16,2%), obojętność (14,4%) oraz postrzeganie jej jak fatum (12,6%). Pozostali respondenci nie sprecyzowali swego stosunku do choroby.

W badanej grupie średnia wartość PASI wynosiła 14 pkt, zaś wartość środkowa (mediana) była niższa i wynosiła 11,3 pkt. Wśród respondentów dominowały raczej niskie wartości DLQI, średnio 10,8 pkt. co oznacza, że dolegliwości związane z chorobą nie były dla większości ankietowanych osób skrajnie uciążliwe. Otrzymane wyniki dla wskaźnika DLQI mieściły się w zakresie od 0 do 28 pkt. Średnie wartości miary stygmatyzacji wyliczanej na podstawie 6-punktowego kwestionariusza wynosiły ok. 7-8 pkt, zaś na podstawie kwestionariusza 33-stopniowego 81-82 pkt. W rozkładzie procentowym miary sumarycznej z kwestionariusza 33-pozycyjnego dominowały osoby, które uzyskały 60-69 pkt- 16%, 70-79 pkt -14% i 90-95pkt-17%. W miarach stygmatyzacji wyliczanej z kwestionariusza 6-pozycyjnego, dominowały osoby, które uzyskały 9-11pkt-24%, 3-5pkt-20%, i poniżej 3pkt – 18%. Natomiast w miarach jakości życia najwięcej było osób, które uzyskały 5-9 pkt. – 25%, poniżej 5 pkt – 23% oraz 10-14pkt.-19%.

Analizując korelacje pomiędzy zaawansowaniem choroby mierzonej PASI a miarami jakości życia i stygmatyzacji zauważono, że stan zaawansowania łuszczycy w najsilniejszy sposób oddziaływał na ocenę jakości życia dokonaną za pomocą kwestionariusza DLQI ( $R = 0,62$ ,  $p=0,0000$ ). Również miary stygmatyzacji z obu kwestionariuszy (zarówno miary sumaryczne, jak i szczegółowe miary wyznaczone z kwestionariusza 33-pozycyjnego) były powiązane w statystycznie istotny sposób z PASI. Korelacje te były jednak słabsze, nie przekraczając poziomu 0,50. Jedyną analizą, gdzie nie stwierdzono występowania zależności, dotyczyła wpływu zaawansowania łuszczycy (PASI) na poczucie winy i wstydu – jego występowanie nie zależało od stanu zaawansowania łuszczycy ( $R = 0,07$ ,  $p=0,4584$ ).

Płeć różnicowała poziom zaawansowania choroby ( $p = 0,0082^{**}$ ). Był on znamienne wyższy wśród kobiet (miara PASI wynosiła w tej grupie, średnio 16,6 pkt. wobec 11,6 pkt. w grupie mężczyzn). W grupie kobiet znamienne wyższa była







składowa 33-pozycyjnej skali stygmatyzacji dotycząca „tajemniczości” ( $p = 0,0143^*$ ), a zbliżone do znamienności statystycznej ( $p$  poniżej 0,10) były różnice pomiędzy miarami sumarycznymi dla obu skal stygmatyzacji. Wiek nie różnicował w znamienności statystycznie sposób zaawansowania choroby ( $p=0.7017$ ), jakości życia (DLQI) ( $p=0.7230$ ) i stygmatyzacji ( $p=0.4446$  33-item scale;  $p=0.2975$  6-item scale). Z oceny wzrokowej uzyskanych wyników wyłonił się obraz nieco ostrzejszych stanów chorobowych w grupie osób w wieku 31-50 lat, a co za tym idzie, większej stygmatyzacji i niższej jakości życia w tej grupie. Wykształcenie różnicowało jakość życia (DLQI) ( $p=0,0212$ ) i poczucie stygmatyzacji dla dwóch składowych skal 33-pozycyjnej: odrzucenie ( $p=0,0413$ ) i bycie gorszym ( $p=0,0197$ ). Nie wystąpiły korelacje pomiędzy czasem trwania choroby a miarami PASI, DLQI i miarami stygmatyzacji.

Analiza kowariancji pozwoliła wykazać, że wpływ płci na miary stygmatyzacji stał się nieistotny statystycznie, gdy uwzględniono wpływ nasilenia zmian łuszczycowych (PASI). Na nieco mniejszym poziomie była stygmatyzacja mężczyzn w obszarze „tajemniczość” (średnio o 1,5 pkt), różnica ta była jedynie zbliżona do poziomu istotności statystycznej ( $p = 0,0779$ ).

W przypadku miary DLQI widać brak zróżnicowania pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn, niezależnie od nasilenia zmian łuszczycowych (PASI). W przypadku analizy stygmatyzacji w obszarze „tajemniczość” widać wpływ płci, narastający wraz z nasileniem zmian łuszczycowych.

Analiza kowariancji nie pozwoliła stwierdzić znamiennych statystycznie różnic w poziomie jakości życia ( $p=0.5137$ ) i stygmatyzacji ( $p=0.2385$  33-item scale;  $p=0.3720$  6-item scale) względem wieku osób chorych na łuszczycę.

Dokonano dychotomicznego podziału wykształcenia respondentów na osoby z wykształceniem wyższym i pozostałych. Wykształcenie wpływało istotnie statystycznie na PASI ( $p=0,0175$ ), jakość życia ( $p=0,0105$ ), poczucie stygmatyzacji ocenione skalą 6.-stopniową ( $p=0,0446$ ). W zakresie skali 33.-stopniowej, wykształcenie wpływało istotnie statystycznie tylko w obszarze odczuwania odrzucenia ( $p=0,0169$ ) i bycia gorszym ( $p=0,0131$ ).

Różnice pomiędzy miarami DLQI i miarami stygmatyzacji, względem poziomu wykształcenia okazały się nieistotne statystycznie, przy kontroli czynnika PASI.

Analiza kowariancji pozwoliła stwierdzić jedną statystycznie istotną zależność. Po uwzględnieniu specyfiki nasilenia choroby, osoby z wykształceniem wyższym miały niższe wartości miary stygmatyzacji w kategorii „pozytywne nastawienie” (średnio o 1,5 pkt) ( $p=0.0379$ ). Osoby te miały lepsze nastawienie do życia, niż osoby które nie mają wyższego wykształcenia.

Zastosowano model regresji obejmujący wartości DLQI jako zmienną wynikową oraz wynik PASI, płeć, wykształcenie (wyższe vs. nie wyższe), wiek (31-50 lat vs. ponad 50 lat) i czas trwania łuszczycy jako zmienne niezależne. W analizie regresji uwzględniono również interakcje między PASI a płcią, PASI a wykształceniem, PASI i wiekiem.







Z wyjątkiem wyników PASI ( $p = 0,0000$ ), żadna ze zmiennych niezależnych i interakcji nie okazała się istotnym predyktorem wartości DLQI.

Bazując na wartościach współczynnika  $x$  można stwierdzić, że PASI w najsilniejszy sposób wpływało na DLQI. Wartości DLQI nie były istotnie modulowane przez żaden inny czynnik poza ciężkością łuszczycy. Ciężkość choroby wyjaśnia około 35% wariacji wartości DLQI (współczynnik determinacji obliczony dla modelu z jednym istotnym predyktorem - PASI). Na podstawie współczynnika regresji każdy jednopunktowy wzrost wyniku PASI wiązał się ze wzrostem wartości DLQI o 0,425 punktu, czyli z pogorszeniem jakości życia.

W piątej pracy autorstwa Kowalewska Beata, Krajewska –Kułak Elżbieta, Sobolewski Marek p.t: „The Impact of Stress-Coping Strategies and the Severity of Psoriasis on Self-Esteem, Illness Acceptance and Life Satisfaction”. *Dermatology and Therapy*, 2022, 15 pp. DOI: 10.1007/s13555-021-00669-8, podjęto próbę oceny wpływu zaawansowania choroby (PASI) i strategii radzenia sobie ze stresem (CISS) na ogólne miary psychometryczne u osób z łuszczycą, w tym akceptację choroby (AIS), samoocenę (SES) i satysfakcję z życia (SWLS), oceny poziomu akceptacji choroby, satysfakcji z życia i samooceny u objętej badaniem grupy osób chorych na łuszczycę oraz wpływu zmiennych socjodemograficznych na ogólne miary psychometryczne jakości życia (SES, SWLS, AIS).

W całej badanej zbiorowości średni poziom PASI wynosił 14,0 pkt., ( $\pm 1,9$ ) co odpowiada łuszczycy o umiarkowanym nasileniu zmian skórnych przy możliwym do uzyskania zakresie punktowym dla łuszczycy o nasileniu umiarkowanym od 10 do 50 pkt. średni poziom miary SWLS w badanej zbiorowości był nieco poniżej przeciętnego i wynosił 18,5 pkt. ( $\pm 1,2$ ), przy maksymalnie możliwej punktacji 35 pkt., natomiast wartość średnia wynosząca, w badanej zbiorowości dla skali SES 26,8 pkt. ( $\pm 0,7$ ) świadczy o nieco nadprzeciętnej samoocenie dokonanej przez respondentów (wartość wyników skali od 10 do 40 pkt.).

W objętej badaniem populacji ogółem, średni poziom radzenia sobie ze stresem mierzony skalą CISS (przy możliwej do uzyskania punktacji w każdej kategorii 16-80 pkt), wyniósł dla stylu SSZ (styl skoncentrowany na zadaniu) – 53,6 pkt ( $\pm 1,7$ ), dla stylu SSE (styl skoncentrowany na emocjach) – 46,2pkt. ( $\pm 2,4$ ), dla stylu SSU (styl skoncentrowany na unikaniu) - 50,1 pkt. ( $\pm 1,6$ ) przy czym dla strategii ACZ (angażowanie się w czynności zastępcze) wyniósł on – 21,7 pkt. ( $\pm 0,9$ ), a dla PKT (poszukiwanie kontaktów towarzyskich) – 16,5 pkt. ( $\pm 0,7$ ). Udział osób w znacznym stopniu wykorzystującym dany styl rozwiązywania problemów był największy w badanej zbiorowości dla SSU (65,8%), a najmniejszy dla SSZ (16,2%).

Zbadano, czy na psychometryczne ogólne miary jakości życia ankietowanych pacjentów wpływały na pewne czynniki demograficzne i kliniczne (czas trwania choroby i występowanie zmian łuszczycowych w momencie przeprowadzenia badania ankietowego). Jedyny istotny statystycznie wynik, to znamienne wyższy poziom akceptacji choroby wśród mężczyzn ( $p = 0,0040$ ), wyższa samoocena w tej







grupie ( $p=0.0220$ ), oraz nieco wyższa wartość SSE ( $p=0.0836$ ) i PKT ( $p=0.0404$ ) wśród kobiet. Natomiast nie stwierdzono, by jakość życia mierzona ogólnymi miarami psychometrycznymi (AIS, SWLS i SES) była powiązana z wykształceniem, wiekiem, czasem trwania choroby czy rozległością zmian łuszczycowych.

Następnie dokonano wstępnej analizy powiązania pomiędzy miarą PASI oraz ogólnymi miarami jakości życia. Wyniki są dość ciekawe, gdyż wyższy indeks PASI był powiązany z mniejszą akceptacją choroby wśród mężczyzn ( $r = 0.48$ ) i z niższą samooceną – wśród kobiet ( $r = 0.44$ ). Także poziom zadowolenia z życia był mniejszy u osób z wyższym PASI przede wszystkim w grupie kobiet ( $r = 0.44$ ), bo korelacja wśród mężczyzn choć też istotna statystycznie była słabsza ( $r = 0.27$ ).

W celu zbadania wpływu nasilenia dolegliwości łuszczycowych (PASI) i sposobu reagowania na sytuacje stresowe (CISS) na ogólne miary jakości życia (AIS, SWLS oraz SES) skonstruowano trzy modele regresji. W każdym z modeli jako zmienne niezależne, poza miarą PASI i miarami CISS, wprowadzono także czynniki kontrolne: płeć, wiek, wykształcenie, czas trwania choroby oraz zakres zmian łuszczycowych. Następnie, za pomocą procedury regresji krokowej, poszukiwano optymalnego modelu, zawierającego tylko istotne statystycznie czynniki. Skonstruowane modele pozwalają wyjaśnić od 30.7 do 39.2% zmienności miar AIS, SES oraz SWLS. We wszystkich modelach jako istotny statystycznie czynnik występowała miara PASI oraz miara SSE (CISS). Ujemny współczynnik regresji dla tych zmiennych oznaczał, że większe nasilenie zmian łuszczycowych oraz większa częstość reakcji opartych na emocjach w sytuacjach stresowych to czynniki wpływające negatywnie na ogólną kondycję psychofizyczną. Na podstawie porównania współczynników  $\beta$  można stwierdzić, że większe znaczenie miał aspekt emocjonalny, mierzony za pomocą SSE. Z kolei im wyższa wartość SSU (dla SWLS) oraz SSZ (dla SES i AIS) tym gorsza kondycja psychofizyczna. Czynniki demograficzne i kliniczne (poza PASI) nie wpływały na SWLS, miara SES była wyższa dla osób z wykształceniem wyższym, a akceptacja choroby wśród mężczyzn. Na podstawie cyklu badań i publikacji Habilitantka wysnuwa następujące wnioski

1. Łuszczyca zdecydowanie wpływała na pogorszenie jakości życia u objętych badaniem osób, przy czym najniższą jakość życia odczuwały osoby ze zmianami łuszczycowymi zlokalizowanymi w obrębie widocznych części ciała.
2. Z czynników demograficznych największy wpływ na jakość życia w badanej grupie pacjentów z łuszczyką miały płeć, wiek i wykształcenie, przy czym jakość życia obniżała się wraz z wiekiem, ale jej obniżenie było zbliżone w grupie kobiet i mężczyzn.
3. Wraz ze wzrostem stopnia stygmatyzacji obniżała się ocena jakości życia.
4. Satysfakcja z życia wśród chorych na łuszczykę była wyższa, gdy dokonali oni pozytywnego przewartościowania i zaakceptowali swój stan zdrowia/chorobę, co w konsekwencji poprawiało także odczuwaną jakość życia.
5. Na akceptację choroby znamienny wpływ miała płeć pacjentów. Poziom akceptacji choroby był istotnie wyższy wśród mężczyzn niż wśród kobiet, u których







małała wraz z wiekiem, ale u obu płci istotnie wpływała na poziom satysfakcji z życia chorego.

6. Miejsce zamieszkania wpływało istotnie statystycznie na satysfakcję z życia badanych chorych (mieszkańcy wsi istotnie częściej prezentowali wysoki poziom satysfakcji z życia niż mieszkańcy miast), poczucie stygmatyzacji (wyższe poczucie stygmatyzacji z powodu łuszczycy mieli mieszkańcy wsi, niż miast) oraz na jakość życia (była istotnie niższa wśród mieszkańców miast niż wsi).

7. Najniższym poziomem jakości życia, akceptacji choroby, satysfakcji z życia i poczucia stygmatyzacji charakteryzowali się pacjenci, u których zmiany łuszczycowe występowały na całym ciele.

8. Stan zaawansowania łuszczycy w najsilniejszy sposób oddziaływał na ocenę jakości życia i był powiązany istotnie statystycznie z miarami stygmatyzacji (z kwestionariuszy 6- i 33-pozycyjnego).

9. Płeć różnicowała poziom zaawansowania choroby i był on znamienne wyższy wśród kobiet, w tym znamienne wyższa była u nich składowa 33. pozycyjnej skali stygmatyzacji dotycząca „tajemniczości”.

10. Czas trwania choroby nie wpływał jednoznacznie na miary PASI, DLQI i miary stygmatyzacji.

11. Przy kontroli czynnika PASI, różnice pomiędzy miarami jakości życia i miarami stygmatyzacji, względem poziomu wykształcenia były nieistotne statystycznie, a niższa jakość życia i wyższy poziom stygmatyzacji u osób z wykształceniem wyższym wynikał z większego nasilenia choroby w tej grupie.

12. Analiza korelacji pomiędzy nasileniem zmian skórnych, a ogólnymi miarami jakości życia (SWLS, SES, AIS) wykazała, że wyższy indeks PASI był powiązany z mniejszą akceptacją choroby wśród mężczyzn oraz z niższą samooceną i niższym poziomem zadowolenia z życia wśród kobiet.

13. W zakresie strategii radzenia sobie w sytuacjach stresowych większe znaczenie miał aspekt emocjonalny, mierzony za pomocą stylu skoncentrowanego na emocjach (SSE). Z kolei im była wyższa wartość SSU - stylu skoncentrowanego na unikaniu (dla SWLS) oraz SSZ - stylu skoncentrowanego na zadaniu (dla SES i AIS) tym gorsza kondycja psychofizyczna. Osoby z wyższym wykształceniem częściej wybierały (SSU) styl unikania i kontakty towarzyskie.

Kończy postulatem, że

Należy wdrożyć kształcenie pielęgniarek w zakresie podstaw dermatologii i pielęgniarstwa dermatologicznego celem poprawy opieki nad pacjentami z chorobami skóry przebywającymi w oddziałach innych niż dermatologiczne oraz podniesienia poziomu realizacji ról zawodowych w grupie pielęgniarek, tym samym dając wiedzę co do zastosowania właściwego planu opieki oraz ograniczenia w odczuwaniu lęku w stosunku do osób ze zmianami chorobowymi zlokalizowanymi na skórze i jej przydatkach.







Całość dorobku naukowego, jak i artykuły wchodzące w skład osiągnięcia naukowego oraz dorobek dydaktyczny i organizacyjny oceniam bardzo wysoko. Habilitantka pokazała swoim dorobkiem, że dojrzała do stania się samodzielnym pracownikiem naukowym, co pozwala mi wnioskować o dopuszczenie do dalszych etapów przewodu habilitacyjnego.

### Wniosek końcowy

Zgodnie z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów cały dorobek naukowy dr n. med. Beaty Kowalewskiej oraz cykl prac składający się na osiągnięcie naukowe do habilitacji spełniają ustawowe warunki opisane w Ustawie z dn. 20 lipca 2018 roku „Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce”, Dz.U. 2018 poz. 1668.

W związku z tym mam zaszczyt przedłożyć Senatowi Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wniosek o przyjęcie pozytywnie ocenionej pracy jako rozprawy na stopień doktora habilitowanego i dopuszczenie dr n. med. Beaty Kowalewskiej do dalszych etapów przewodu habilitacyjnego.

Prof. dr hab. n. med.

Waldemar Placek

prof. dr hab. Waldemar PLACEK  
Specjalista dermatolog, wenerolog,  
patomorfolog, immunolog  
81-557 Gdynia, ul. Wrocławska 23  
tel. (058) 664 69 06  
4563694

