

AUTOREFERAT

dr n. med. Krzysztof Sobczak
Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej
Pracownia Komunikacji Medycznej
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Tuwima 15
80-210 Gdańsk

SPIS TREŚCI

1. IMIĘ I NAZWISKO.....	3
2. POSIADANE TYTUŁY I STOPNIE NAUKOWE	3
3. INFORMACJE O DOTYCHCZASOWYM ZATRUDNIENIU	3
4. OSIĄGNIĘCIE, O KTÓRYM MOWA W ART. 219 UST. 1 PKT 2B.....	4
4.1. Tytuł osiągnięcia naukowego	4
4.2. Lista publikacji składająca się na osiągnięcie naukowe	4
4.3. Omówienie celu, metodologii badań oraz wyników osiągnięcia	6
5. AKTYWNOŚĆ, O KTÓREJ MOWA W ART. 219 UST. 3.....	28
6. OMÓWIENIE POZOSTAŁYCH OSIĄGNIĘĆ NAUKOWO-BADAWCZYCH	30
6.1. Osiągnięcia naukowe i publikacyjne po uzyskaniu stopnia doktora	30
6.2. Aktywność publikacyjna przed uzyskaniem stopnia doktora.....	42
6.2. Realizacja projektów naukowo-badawczych.....	43
6.5. Złożone wnioski w ramach konkursów Narodowego Centrum Nauki	51
6.5. Aktywność recenzencka	53
6.6. Współpraca naukowa.....	53
6.7. Uczestnictwo w konferencjach naukowych i sympozjach.....	54
7. DZIAŁANOŚĆ DYDAKTYCZNA	57
7.1. Innowacje edukacyjne.....	59
7.2. Uczestnictwo w szkoleniach, kursach i stażach zawodowych	59
8. DZIAŁALNOŚĆ ORGANIZACYJNA.....	60
8.1. Organizacja konferencji naukowych	60
8.2. Członkostwo w towarzystwach naukowych, gremiach eksperckich i komisjach	60
9. DZIAŁALNOŚĆ NA RZECZ UPOWSZECHNIANIA NAUKI.....	61
10. WYBRANE WYRÓŻNIENIA I NAGRODY	61
11. BIBLIOGRAFIA.....	62

1. IMIĘ I NAZWISKO

Krzysztof Sobczak

ORCID: 0000-0002-8354-2299

2. POSIADANE TYTUŁY I STOPNIE NAUKOWE

- Stopień doktora nauk medycznych: Gdański Uniwersytet Medyczny, 2011 (załącznik 2)
- Świadectwo ukończenia studiów podyplomowych z przedsiębiorczości i edukacji ekonomicznej: Uniwersytet Gdański, 2007
- Tytuł magistra teologii: Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, 2005
- Tytuł magistra filozofii: Uniwersytet Gdańsk, 2002
- Tytuł licencjata teologii: Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, 2001

3. INFORMACJE O DOTYCHCZASOWYM ZATRUDNIENIU

- Od 2021 - kierownik Pracowni Komunikacji Medycznej przy Zakładzie Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny
- 2018-2020 - p.o. kierownika Zakładu Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny
- Od 2016 - adiunkt w Zakładzie Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny
- 2011-2016 - asystent w Zakładzie Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny
- 2007-2011 - doktorant w Zakładzie Historii i Filozofii Nauk Medycznych, Gdański Uniwersytet Medyczny

4. OSIĄGNIĘCIE, O KTÓRYM MOWA W ART. 219 UST. 1 PKT 2B

4.1. TYTUŁ OSIĄGNIĘCIA NAUKOWEGO

Poszukiwanie skutecznych metod przekazywania niekorzystnych informacji medycznych na podstawie badań doświadczeń pacjentów, lekarzy i studentów medycyny

Przedstawione w osiągnięciu naukowym prace stanowią rezultat badań prowadzonych w latach 2015-2023. Ich sumaryczny wskaźnik **IF = 13.698**, a sumaryczna punktacja MEiN w latach 2016-2023 wyniosła **310 pkt** (załącznik 7a). Na wskazane osiągnięcie składa się 5 artykułów, 4 z nich znajdują się na liście *Jorurnal Citations Report*; wszystkie artykuły ukazały się w czasopismach znajdujących się w wykazie MEiN. Jestem pierwszym autorem 4 prac, autorem równorzędnym 1 z nich oraz 4 autorem korespondencyjnym.

4.2. LISTA PUBLIKACJI SKŁADAJĄCA SIĘ NA OSIĄGNIĘCIE NAUKOWE

Publikacja 1.

Autorzy: K. Sobczak, L. Pawłowski, M. Pietrzykowska, N. Spolak

Tytuł: *Delivering bad news by physicians - Polish reality check*

Czasopismo: Journal of Medical Science. 2016; 85(3): 172-177

DOI: 10.20883/jms.2016.117

Punktacja MEiN: 10 (w 2016 r.)

Publikacja 2.

Autorzy: K. Sobczak, K. Leoniuk, A. Janaszczyk

Tytuł: *Delivering bad news: Patient's perspective and opinions*

Czasopismo: Patient Preference and Adherence. 2018; 12: 2397-2404

DOI: 10.2147/PPA.S183106

Punktacja MEiN: 30 (w 2018 r.)

Wskaźnik Impact Factor: 2.097

Publikacja 3.

Autorzy: K. Leoniuk, K. Sobczak

Tytuł: *Unfavorable medical diagnosis – oncological patients’ experiences and preferences*

Czasopismo: Health Communication. 2021; 36(4): 433-439

DOI: 10.1080/10410236.2019.1693131

Punktacja MEiN: 70

Wskaźnik Impact Factor: 3.501

Publikacja 4.

Autorzy: K. Sobczak, K. Leoniuk

Tytuł: *Doctors’ attitudes in the situation of delivering bad news: Patients’ experience and expectations*

Czasopismo: Archives of Medical Science. 2023; 19(4): 921–929

DOI: 10.5114/aoms/112756

Punktacja MEiN: 100

Wskaźnik Impact Factor: 3.800

Publikacja 5.

Autorzy: K. Sobczak, M. Trzciński, A. Kotłowska, J. Lenkiewicz, O. Lenkiewicz, J. Przeniosło, J. Plenikowski

Tytuł: *Delivering bad news: Emotional perspective and coping strategies of medical students*

Czasopismo: Psychology Research and Behavior Management. 2023; 16: 3061—3074

DOI: 10.2147/PRBM.S421995

Punktacja MEiN: 100

Wskaźnik Impact Factor: 4.300

4.3. OMÓWIENIE CELU, METODOLOGII BADAŃ ORAZ WYNIKÓW OSIĄGNIĘCIA

Wprowadzenie

W ujęciu socjologii medycyny relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem stanowi fundament dla wszelkich procesów diagnostycznych i terapeutycznych. Podstawowym narzędziem kształtowania tej relacji jest komunikacja. Jak wykazały liczne, badania jakość komunikacji stanowi ważny element determinujący poziom rezultatów medycznych (1). Literatura przedmiotu wyróżnia w tym zakresie dwa główne kierunki badań: analizę dyskursywną, opartą o warstwę lingwistyczną oraz analizę interakcyjną, odwołującą się do badań związanych z kategoryzacją statystyczną zachowań komunikacyjnych (2). Niezależnie od metodologicznego kierunku, komunikacja medyczna pozostaje zawsze wpisana jest w kontekst społeczno-kulturowy. Konstrukty relacji między lekarzem a pacjentem stanowią modele wielopłaszczyznowe o charakter labilnym, to znaczy zmieniającym się wraz z postępem medycznym oraz dynamiką społeczną. Fakt ten jest szczególnie istotny w odniesieniu do kontekstów chorób związanych z niekorzystną diagnozą lub rokowaniem. Zmiany w zakresie stosunków społecznych (np.: dekonstrukcja paternalizmu), rozwoju medycyny (np.: transgresji diagnozy z obszaru choroby śmiertelnej w kategorię choroby przewlekłej czy zmiana jakości życia w odniesieniu do chorób degeneracyjnych) lub też chociażby samookreślenia się pacjentów w kontekście psychoemocjonalnych doświadczeń związanych z diagnozą (np.: autostygmatyzacja), stanowią tylko wybrane czynniki mające wpływ na charakter relacji pomiędzy lekarzami a pacjentami. Analiza *faktów społecznych*, rozumianych jako *relatywnie trwałe zjawiska mające zdolność do wywierania na jednostkę zewnętrznego przymusu oraz posiadające swoją własną egzystencję niezależną od jednostkowych manifestacji* (3), w kontekście zachowań komunikacyjnych lekarzy oraz potrzeb i oczekiwań pacjentów może przyczyniać się do konstruowania efektywnych rozwiązań podnoszących jakość opieki zdrowotnej. Badania podejmowane w obszarze komunikacji medycznej mają na celu obrazowanie oczekiwań i deficytów komunikacyjne, ale mogą także pośrednio przyczynić się do kształtowania postaw i rozwoju umiejętności. Można założyć, że modelowanie kompetencji komunikacyjnych w edukacji medycznej może skutkować redukcją napiężeń psychoemocjonalnych występujących tak po stronie pacjentów jak i lekarzy (wpływając na ich zdrowie i jakość życia) oraz podnieść efektywność oddziaływań medycznych.

Niewątpliwie jedną z najtrudniejszych sytuacji komunikacyjnych w praktyce klinicznej stanowi sytuacja związana z koniecznością dostarczenia niekorzystnej informacji. Za niekorzystną informację medyczną można uznać każdą wiadomość, która bezpośrednio lub pośrednio skutkuje negatywną zmianą w życiu pacjenta i w sposób trwały obniża jakość jego życia, wymaga stałego lub długoterminowego leczenia, czy też jest terapią ukierunkowaną na łagodzenie bólu. W takim ujęciu niekorzystna informacja dotyczy chorób cywilizacyjnych (np. cukrzyca, choroba wieńcowa, alergie, nowotwory itd.) jak również chorób psychicznych, genetycznych, a także nieuleczalnych chorób śmiertelnych (4).

Badania wskazują, że niewłaściwa komunikacja w obszarze notyfikacji tego rodzaju wiadomości może istotnie warunkować percepcje choroby przez pacjentów, a co za tym idzie oddziaływać na ich decyzje dotyczące zaangażowania w leczenie oraz zachowania w chorobie (4, 5). Z drugiej strony wiele doniesień wskazuje na pozytywne zależności pomiędzy poziomem umiejętności komunikacyjnych lekarzy a rezultatami terapeutycznymi (1). Empatyczna postawa, używanie zrozumiałego języka czy włączanie pacjentów w proces podejmowania decyzji stanowią elementarne zasady budujące właściwą relację. Wpływają na wzrost zaufania do lekarza (6), satysfakcję z świadczeń (7, 8), redukują ryzyko wypalenia zawodowe lekarzy (9) oraz wzmacniają poczucie efektywności zawodowej (10).

Wiele analiz potwierdza, że nie tylko otrzymanie, ale i dostarczanie niekorzystnych wiadomości wiąże się z dużym doświadczeniem stresu i obciążeniem psychofizycznym (11-13). Na przestrzeni lat wypracowano liczne propozycje rozwiązań, których celem jest efektywniejsza komunikacja w obszarze dostarczania trudnych wiadomości medycznych. Część z nich koncentruje się na stworzeniu protokołów komunikacyjnych, które mają ułatwić proces komunikacji, poprzez organizację wizyt i skierować uwagę lekarzy na kluczowe momenty spotkania. Innym rozwiązaniem są szkolenia, których celem jest rozwój kompetencji poprzez zanurzenie w określone rodzaje doświadczeń (pośrednie lub bezpośrednie). Istnieje również obszar dydaktyczno-terapeutyczny związany z modelami wsparcia lekarzy poprzez wzajemne interakcje oraz pomoc terapeutyczną (np. grupy Balinta). Mimo wielu propozycji interwencji zwiększających kompetencje lekarzy, nadal obserwujemy niewystarczający poziom umiejętności w zakresie przekazywania niekorzystnych wiadomości. Wydaje się, że taka sytuacja wynika z wielu przyczyn, między innymi z braku:

- a) świadomości związanej z wpływem zachowań komunikacyjnych lekarzy na percepcję choroby i zachowania pacjentów,

- b) dostatecznego kształcenia i praktyki już na etapie edukacji na uczelniach medycznych,
- c) możliwości rozwoju kompetencji komunikacyjnych podczas kariery zawodowej lekarzy, dostosowanej do specyfiki specjalizacji i pacjentów,
- d) wystarczającego wsparcia systemowego w obszarze psychoemocjonalnym lekarzy.

Istotny problem wynika również z edukacji opartej o proste, często nieefektywne, kopiowanie strategii i rozwiązań komunikacyjnych powstałych na gruncie odmiennych aksjologii społeczno-kulturowych.

Skuteczne rozwiązania komunikacyjne wymagają szerokiej perspektywy, która obejmowałaby uwarunkowania prawne, społeczne, kulturowe, psychologiczne czy językowe. Wymaga odniesienia interdyscyplinarnego i wielopłaszczyznowego. Co ważne, badania w obszarze komunikacji medycznej nie tylko powinny służyć analizie problemów i potrzeb, ale ich celem powinno być także monitorowanie zmian. Język jako narzędzie relacji międzyludzkich ulega przeobrażeniom tak jak i potrzeby czy oczekiwania społeczne. Efektem badań nad komunikacją powinna być poprawa efektywności i skuteczności procesów porozumiewania się. Badania w obszarze komunikacji muszą kreować praktyczne rozwiązania, które dzięki swojej aplikacji będą służyły pacjentom, ich rodzinom, personelowi medycznemu oraz poprawie jakości opieki zdrowotnej.

Cel

Celem prowadzonych przeze mnie badań, przedstawionych w publikacjach stanowiących osiągnięcie naukowe, była analiza perspektywy pacjentów i profesjonalistów zdrowia, odnoszących się do sytuacji związanych z przekazywaniem i otrzymywaniem niekorzystnych informacji medycznych. Podjęto próby scharakteryzowania czynników o charakterze psychospołecznym wpływających na jakość komunikacji medycznej w tych obszarach. Istotnym elementem badań była (i nadal pozostaje) próba budowania takich rozwiązań, które w oparciu o uzyskane wyniki i opisane uwarunkowania będą w sposób praktyczny koncentrowały się na sposobach podnoszących jakość notyfikacji niekorzystnych informacji.

Analiza problemu

W celu przeanalizowania czynników psychospołecznych w kontekście dostarczania niekorzystnych informacji medycznych podjęto próbę analizy zachowań komunikacyjnych z odmiennej perspektywy zakorzenionej w różnych rolach społecznych: lekarzy, pacjentów i studentów medycyny.

Publikacja 1.

K. Sobczak, L. Pawłowski, M. Pietrzykowska, N. Spolak, Delivering bad news by physicians - Polish reality check. *Journal of Medical Science*. 2016; 85(3): 172-177.

Załączniki: oświadczenia współautorów (załącznik 5a); pełnotekstowa wersja artykułu (załącznik 6a)

Celem badania przeprowadzonego w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku było porównanie perspektyw i oczekiwań dotyczących komunikacji medycznej pomiędzy pacjentami (N = 378) a lekarzami klinicznymi (N = 100). W badaniach wzięli udział lekarze i pacjenci oddziałów i klinik onkologii, chorób wewnętrznych, kardiochirurgii, ginekologii, położnictwa i urologii. W anonimowym badaniu zapytaliśmy lekarzy, między innymi o ich doświadczenia związane z koniecznością przekazywania niekorzystnych wiadomości medycznych w kontekście doświadczeń naprężeń emocjonalnych. Dane zebrano przy pomocy przygotowanego do tego badania narzędzia - kwestionariusza ankiety, który został stworzony przez interdyscyplinarny zespół, w którego skład weszli doświadczeni badawcze specjalizujący się w psychologii klinicznej, socjologii medycyn oraz prawie medycznym. Lekarze klinik i oddziałów zostali poproszeni o wypełnienie kwestionariusza ankiety. Analogicznie, poproszono pacjentów (n = 378) o ocenę relacji oraz jakości komunikacji ze swoimi lekarzami. Opinie i oceny respondentów odniesiono do zebranych zmiennych niezależnych (płci, wieku, w przypadku lekarzy: specjalizacji, stażu pracy oraz pozycji zawodowej, a w przypadku pacjentów: statusu społeczno-demograficznego, wykształcenia oraz czasu hospitalizacji). Analizę zależności między zmiennymi przeprowadzono za pomocą testu chi-kwadrat Pearsona.

W przeprowadzonych badaniach 66,7% lekarzy zadeklarowała, że w obszarze związanym z przekazywaniem niekorzystnej diagnozy i/lub rokowaniem informuje swoich pacjentów o ich kondycji medycznej osobiście i w pełnym zakresie (mimo że 80% zapytanych

lekarzy uznała, że spoczywa na nich obowiązek przekazania wszystkich informacji, a takie stanowisko podzieliło 93,4% zapytanych pacjentów). Ponad połowa (52,2%) zapytanych klinicystów ujawniła, że w sytuacjach związanych z notyfikacją niekorzystnych informacji medycznych doświadcza wysokiego lub maksymalnego poziomu natężenia stresu. Lekarze posiadający specjalizację częściej deklarowali wysoki poziom stresu związanego z koniecznością przekazania chorym niekorzystnej wiadomości niż lekarze rezydenci ($p = 0,039$). Postawy lekarzy wynikały głównie z obaw związanych z odebraniem pacjentom nadziei (56,1%), lękiem przed reakcją emocjonalną chorych (37,3%) oraz niepewnością co do postawionej diagnozy (15,7%). Większość zapytanych z obu grup ujawniła, że preferuje partnerski stosunek między lekarzem i pacjentem oraz prawo do świadomego udziału pacjenta w podejmowaniu decyzji terapeutycznych (odpowiednio 55% lekarzy i 67% pacjentów). Aż 37,3% lekarzy ujawniło, że obawia się reakcji emocjonalnej. Dokładnie 15,7% zapytanych lekarzy przyznało, że odczuwa dyskomfort spowodowany niedostateczną ilością czasu przy przekazywaniu złych wiadomości (14,4%). Jedynie 9,6% klinicystów ujawniło, że brak szkoleń i niedobór umiejętności komunikacyjnych może stanowić jedną z przyczyn doświadczanego przez nich stresu. Ponad połowa lekarzy (58%) stwierdziła, że byłby zainteresowany procedurą komunikacji, która pomogłaby w przekazywaniu niekorzystną informacji medycznych.

Większość badanych klinicystów zadeklarowała, że zawsze informuje swoich pacjentów osobiście i szczegółowo o niekorzystnych diagnozach medycznych i/lub rokowaniach (66,7%). Więcej niż co dziesiąty klinicysta przyznał, że przekazuje tylko starannie wyselekcjonowane informacje, co oznacza, że ich pacjenci nie są w pełni informowani o swoim stanie zdrowia.

Jak wykazały nasze badania, przekazywanie niekorzystnych informacji było z reguły interpretowane jako stresujące przeżycie dla badanych lekarzy. Źródłem tego naprężenia była w dużej mierze obawa przed wpływem niekorzystnej informacji na samopoczucie pacjenta. Poziom kompetencji miękkich okazał się tylko jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy. Postawa, którą deklarowali lekarze w dużej mierze była zakorzeniona w aksjologii paternalistycznej. Artykuł 17. Kodeksu Etyki Lekarskiej (*„W razie niepomyślnej dla chorego prognozy, lekarz powinien poinformować o niej chorego z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji”*). Treść artykułu 17. może w pewnym stopniu i w pewnych sytuacjach

być wykorzystywana do usprawiedliwiania stylu niepełnej, fragmentarycznej i selektywnej notyfikacji niekorzystnych wiadomości przez klinicystów, głównie tych posiadających niedostatecznie rozwinięte kompetencje komunikacyjne i/lub tych, którzy nie posiadają efektywnych strategii radzenia sobie ze stresem w sytuacjach związanych z koniecznością notyfikacji niekorzystnych informacji.

Badania realizowane w szpitalu klinicznym III^o-referencyjności wskazały na możliwość występowania problemów w potencjalnie kilku obszarach:

- braku rozwiniętych kompetencji komunikacyjnych i umiejętności radzenia sobie ze stresem,
- zagrożeń dotyczących mało efektywnej edukacji i socjalizacji do zachowań komunikacyjnych studentów medycyny przez doświadczonych lekarzy-nauczycieli klinicznych
- różnych, względem realnych zachowań komunikacyjnych, oczekiwań pacjentów związanych z preferowanymi postawami lekarzy w kontekście notyfikacji niekorzystnych informacji medycznych.

Konsekwencją ujawnienia przedstawionych potencjalnych problemów było podjęcie badań w obszarze doświadczeń i preferencji pacjentów w odniesieniu do sposobu przekazywania informacji o niekorzystnej diagnozie. W ogólnokrajowym badaniu wzięło udział 314 chorych, a rezultaty analiz doświadczeń pacjentów zostały opublikowane w poniżej prezentowanych artykułach (publikacje 2-4).

Publikacja 2.

K. Sobczak, K. Leoniuk, A. Janaszczyk, Delivering bad news: Patient's perspective and opinions. Patient Preference and Adherence. 2018; 12: 2397-2404.

Załączniki: oświadczenia współautorów (załącznik 5b); pełnotekstowa wersja artykułu (załącznik 6b)

Celem przeprowadzonych analiz była próba poznania perspektywy pacjentów w odniesieniu do oceny zachowań lekarzy podczas wizyt, w trakcie których przekazano chorym informacje o niekorzystnej diagnozie. Badanie zostało przeprowadzone za pomocą metody

ilościowej za pomocą technik CAWI (*Computer-Assisted Web Interview*). Użycie profesjonalnego serwisu e-badań, pozwoliło nam na redukcję braku danych w odpowiedziach (*missingów*) oraz skuteczne wyeliminowanie zjawiska kilkukrotnego wypełniania ankiety przez jednego respondenta (*farming*), poprzez automatyczną blokadę IP urządzenia, z którego powtórnie wysłano żądanie o połączenie z serwerem publikującym kwestionariusz ankiety.

Narzędzie badawcze stanowił autorsko przygotowany kwestionariusz e-ankiety. W procesie tworzenia kwestionariusza uwzględniliśmy doświadczenia zebrane przez nas w poprzednich projektach badawczych dotyczących komunikacji między lekarzem a pacjentem w kontekście komunikacji związanej z przekazywaniem niekorzystnych informacji medycznych. Dodatkowo przeprowadziliśmy konsultacje metodyczne narzędzia badawczego, które miały na celu ocenę poprawności i jednoznaczności sformułowanych pytań. Pacjentom zadano 16 pytań zamkniętych i 3 pytania półotwarte. W tym opracowaniu skupiliśmy się na odpowiedziach uzyskanych z 8 pytań zamkniętych, 2 pytań półotwartych oraz 1 pytania otwartego – dotyczącego jednostki chorobowej. Grupa badana (N = 314) miała charakter całkowicie inkluzyjny i pochodziła z doboru losowego. Udział w badaniu był anonimowy i dobrowolny. Informacje o prowadzonym badaniu zostały przekazane pacjentom przez ogólnokrajowe, niezależne organizacje i stowarzyszenia zraszające pacjentów. Do dystrybucji informacji o badaniu wykorzystano także media elektroniczne. Prośbę o opublikowanie informacji o badaniu wraz z linkiem do e-ankiety skierowano do 98 fundacji i stowarzyszeń działających w Polsce. Współpracę podjęło 19 organizacji. Ponadto informacja o badaniu została opublikowana na 30 forach internetowych administrowanych przez portale o tematyce zdrowotnej. Do analizy korelacji między zmiennymi niezależnymi a heterogenicznością statystyczną grup zastosowaliśmy test chi-kwadrat Pearsona.

W badaniu zaobserwowaliśmy typową dla e-badań nadreprezentację kobiet – 79% grupy badanej (N = 248), osoby młode (< 30) oraz osoby z wyższym wykształceniem (59%). Respondenci ujawnili, że w większości otrzymywali złe wieści w szpitalu. Jedną z cech badanej grupy było duże zróżnicowanie chorób. Do klasyfikacji jednostek chorobowych wykorzystano ICD-10. Najwięcej ankietowanych chorowało na nowotwory (38%) oraz choroby układu nerwowego (19%). Niekorzystne informacje przekazali pacjentom lekarze reprezentujący 15 różnych specjalności. Ważną zmienną w naszym badaniu okazała się również decyzja pacjentów dotycząca dalszego kontaktu z lekarzem, który przekazywał niekorzystne wiadomości. Dokładnie 49% pacjentów zdecydowało się kontynuować leczenie pod kierunkiem

tego lekarza. Aż 45,5% zdecydowało się na zmianę lekarza prowadzącego terapię, a 5,5% zrezygnowało z leczenia.

Prawie połowa pacjentów (47%) uznała, że lekarze właściwie dostarczyli im złe informacje. Aż 33% pacjentów ujawniło, że podczas notyfikacji lekarze naruszyli etyczną powinność wynikającą z art. 17 Kodeksu Etyki Lekarskiej, przekazując im informacje manifestując brak „taktu i ostrożności”. Co piąty pacjent (20%) nie był w stanie ocenić zachowania lekarza. Stwierdzono, że 64% pacjentów, którzy pozytywnie oceniali zachowanie lekarza podczas wizyty, na której otrzymali niekorzystną wiadomość medyczną, zadeklarowało, że nadal będzie korzystała z pomocy tego lekarza. Natomiast grupa pacjentów, którzy zdecydowali się na leczenie u innego specjalisty lub zrezygnowali w ogóle z terapii, w 50% oceniła zachowanie lekarza negatywnie ($\chi^2 = 46,405$; $p < 0,01$). Analogiczny trend wystąpił w odniesieniu do analiz związanych z oceną ilości czasu poświęconego pacjentom. Wśród osób kontynuujących leczenie połowa badanych (52%) oceniła, że lekarze poświęcił im wystarczającą ilość czasu na rozmowę. Wśród osób kontynuujących leczenie u innego lekarza lub niekontynuujących w ogóle, ponad połowa (59,5%) oceniła ten element wizyty zdecydowanie negatywnie ($\chi^2 = 41,773$; $p < 0,01$). Z decyzjami o zaprzestaniu dalszego leczenia lub kontynuacji terapii u innego specjalisty korelowały także składniki emocjonalne związane z poczuciem bagatelizowania problemów medycznych, brakiem zaufania, poczuciem nieszczerości oraz takie zachowania językowe, jak komunikowanie się za pomocą niezrozumiałej nomenklatury medycznej.

Pacjentów, którzy dokonali oceny kompletności otrzymanej informacji podzieliliśmy na dwie grupy. Pierwszą stanowiły osoby, które zadeklarowały, że uzyskały od lekarza wyczerpującą bądź częściową informację, a drugą osoby, które zadeklarowały brak informacji. Oceny obu grup zestawiliśmy ze zmiennymi społeczno-demograficznym i otrzymaliśmy zależności istotne statystycznie. Ujawniliśmy, że płeć koreluje z uzyskaniem informacji o rokowaniu, konsekwencjach zaniechania leczenia oraz wskazaniach dotyczących codziennego postępowania pacjenta. We wszystkich przypadkach częściej mężczyźni (91%), niż kobiety (78%), deklarowali uzyskanie wyczerpującej lub częściowej informacji ($\chi^2 = 5,703$; $p = 0,017$). O konsekwencjach zaniechania leczenia wyczerpującą lub częściową informację uzyskało 65 % mężczyzn i połowa (50%) kobiet ($\chi^2 = 5,062$; $p = 0,024$). Natomiast uzyskanie informacji (wyczerpujących lub częściowych) na temat wskazań dotyczących stylu życia ujawniło 70 % mężczyzn i 52 % kobiet ($\chi^2 = 6,900$; $p = 0,009$). Jedna czwarta pacjentów ujawniła, że podczas

przekazywania niekorzystnych informacji, lekarz używał terminów medycznych, które były dla nich niezrozumiałe. Zaledwie dwóch na dziesięciu pacjentów przyznało, że zostali przez lekarza zachęcani do zadawania pytań odnośnie postawionej właśnie diagnozy. Tylko 12% pacjentów ujawniło, że lekarze wskazali im dodatkowe źródła informacji o chorobie, którą właśnie rozpoznali. Pacjenci, którzy zdecydowali się na odstąpienie od leczenia pod kierunkiem lekarza, który przekazał złe wieści, byli również tymi, którzy dwukrotnie częściej (36%) zgłaszali stosowanie niezrozumiałych terminów medycznych w porównaniu z pacjentami, którzy zdecydowali się kontynuować leczenie (16%; statystyka: $\chi^2 = 17,670$; $p < 0,01$). Wyraźnie widać, że o ile negatywne podejście lekarza zniechęcało pacjentów do dalszego kontaktu, o tyle pozytywne podejście i wspierające zachowanie lekarza wzmocniały relację pacjent–lekarz. Pacjenci, którzy zdecydowali się kontynuować terapię medyczną pod kierunkiem lekarza, który wcześniej przekazał im złe wieści, prawie trzykrotnie częściej potwierdzali, że do zadawania pytań zachęcał ich lekarz (od 34% do 13%; statystyki: $\chi^2 = 22,614$; $p < 0,01$) i dwukrotnie częściej byli zachęceni do samodzielnego pogłębiania wiedzy na temat choroby (27% do 12,5%; statystyka: $\chi^2 = 11,077$; $p < 0,01$).

Ponad połowa (55%) pacjentów, którzy pozytywnie ocenili rzetelność lekarza, była jednocześnie tymi, którzy zdecydowali się kontynuować leczenie u tego samego lekarza (statystyka: $\chi^2 = 17,473$; $p < 0,01$). Większość pacjentów (71%), którzy stwierdzili, że mogą zaufać lekarzowi, zdecydowała się na kontynuację leczenia pod okiem tego samego specjalisty ($\chi^2 = 72,237$; $p < 0,01$). Ponadto większość pacjentów (67%), którzy pozytywnie ocenili sposób, w jaki lekarz skupił się na ich problemie, to także ci, którzy zdecydowali się pozostać u tego samego lekarza zamiast zmienić go na innego specjalistę ($\chi^2 = 44,627$; $p < 0,01$). Natomiast większość pacjentów (66%), którzy negatywnie ocenili zainteresowanie lekarza swoim przypadkiem, zdecydowała się na wizytę u innego specjalisty lub na całkowitą rezygnację z leczenia ($\chi^2 = 44,039$; $p < 0,01$). Analogiczna sytuacja wystąpiła w grupie pacjentów, którzy negatywnie ocenili sposób, analogicznie większość pacjentów (70 %) negatywnie oceniających próby złagodzenia zdenerwowania pacjenta, zadeklarowało, że nie kontynuowało leczenia u specjalisty przekazującego im niekorzystną diagnozę ($\chi^2 = 44,192$; $p < 0,01$).

Pacjenci, którzy ocenili negatywnie takie aspekty podczas wizyty jak: (1) zachowanie lekarza podczas przekazywania złych wiadomości, (2) ilość czasu, który został poświęcony na rozmowę, (3) brak uwagi lekarza, (4) stosowanie terminów medycznych, (5) szczerść lekarza (6) wsparcie emocjonalne i poznawcze, częściej decydują się na zmianę lekarza prowadzącego

postępowanie terapeutyczne lub podejmują decyzję o zaniechaniu leczenia. Rezultaty tych badań okazały się ważne, ponieważ ujawniły wiele powiązań pomiędzy zachowaniami komunikacyjnymi lekarzy, a decyzjami pacjentów o kontynuowaniu lub zaprzestaniu leczenia. W tym kontekście nasze badania znacząco wzmocniły twierdzenie, że niewłaściwa komunikacja medyczna ma następstwa jatrogenne, a efektywnie komunikujący się lekarze mogą indukować na pozytywne zachowania pacjentów, co ma znaczenie dla efektywności terapeutycznej.

Publikacja 3.

K. Leoniuk, K. Sobczak, Unfavorable medical diagnosis – oncological patients' experiences and preferences. *Health Communication*. 2021; 36(4): 433-439.

Załączniki: oświadczenia współautorów (załącznik 5c); pełnotekstowa wersja artykułu (załącznik 6c)

Celem omawianych badań stała się analiza porównawcza uzyskanych wyników w odniesieniu do dwóch podgrup badanych: osób chorujących na nowotwory (N = 119) oraz pacjentów, którzy otrzymali niekorzystną informację medyczną w innym obszarze chorób niż onkologiczny (N = 195). Uznaliśmy, że zmienna w postaci kategorii diagnostycznych może okazać się istotnym czynnikiem wpływającym na oceny i zachowania pacjentów. Niniejsza publikacja była efektem analiz przeprowadzonych w ramach powyżej opisywanego projektu badawczego, stąd jego metodologia jest analogiczna i została szczegółowo opisana w ramach omówienia publikacji nr 2. W artykule skoncentrowaliśmy się na wynikach częściowych naszych badań dotyczących pacjentów chorych onkologicznie. Chcieliśmy dowiedzieć się jak ci pacjenci, stanowiący największą podgrupę osób jednorodnych diagnostycznie, oceniają zachowanie lekarza w trakcie przekazywania im informacji o niekorzystnym rozpoznaniu w odniesieniu do innych chorych.

Przeprowadzona analiza wykazała, że chorzy onkologicznie charakteryzują się wyższym poziomem wiedzy dotyczącej praw i powinności pacjenta. Porównaliśmy wyniki uzyskane w grupie pacjentów onkologicznych (n = 119) do wypowiedzi pozostałych badanych, którzy otrzymali niekorzystną diagnozę (n = 195) i dostrzegliśmy pewne istotne statystycznie różnice. Po pierwsze chorzy onkologicznie charakteryzują się wyższym poziomem wiedzy dotyczącym

praw i powinności pacjenta. W badaniu zastosowano test wiedzy typu „prawda/fałsz” składający się z 9 zdań, za który maksymalnie można było uzyskać 9 punktów. Najniższą uzyskaną przez badanych oceną były 3 punkty. Średni wynik dla wszystkich badanych ($N = 314$) wyniósł 6.34, a mediana 6.0. Ponad połowa pacjentów onkologicznych (57%) to osoby, które uzyskały wynik powyżej średniej (7-9 punktów). Wśród badanych cierpiących na inne choroby niż nowotwory odsetek ten wyniósł 44% ($\chi^2 = 4,845$; $p = 0,028$). Zatem chorzy na nowotwory częściej charakteryzowali się ponadprzeciętnym poziomem znajomości praw i powinności pacjenta. Drugą istotną różnicę dostrzegliśmy w aspekcie deklarowanej reakcji na postawioną diagnozę. Pacjenci onkologiczni rzadziej poszukiwali informacji o chorobie na własną rękę oraz rzadziej planowali korzystanie z niekonwencjonalnych sposobów leczenia w porównaniu do pacjentów chorujących na choroby nieonkologiczne. Stwierdziliśmy również większe deklarowane, zaangażowanie pacjentów onkologicznych w przestrzeganie realizacji zaleceń lekarskich. Aż 85% chorych na nowotwory zadeklarowało, że całkowicie zastosowało się do wskazówek lekarza. Zaledwie 59% badanych z innymi chorobami przewlekłymi podzielało taką odpowiedź. Częściowo zalecenia specjalisty wykonało 8% pacjentów onkologicznych i 23% nieonkologicznych (statystyka: $\chi^2 = 23,395$; $p < 0,001$). Również zalecenia dotyczące konieczności wykonania dodatkowych badań diagnostycznych całkowicie zrealizowało 81% pacjentów onkologicznych i 66% chorujących na inne choroby. Częściowe stosowanie się do zaleceń lekarza odnosiło się rzadziej do pacjentów onkologicznych (4%) niż nieonkologicznych (16%; statystyka: $\chi^2 = 13,296$; $p = 0,004$).

Podobnie, jak w przypadku całej badanej grupy, pacjenci chorzy onkologicznie, którzy negatywnie oceniali sposób notyfikacji niekorzystnej informacji, byli bardziej skłonni do zmiany lekarza lub zaprzestania dalszego leczenia. Niemniej w badanej grupie pacjentów onkologicznych poziom świadomości praw pacjentek oraz wiedza na temat choroby były istotnie wyższe. Ujawniliśmy, że większość badanych pacjentów onkologicznych (68%) przyznała, że miała okazję zadać lekarzowi pytania podczas wizyty, na której usłyszeli informację o niekorzystnej diagnozie. Wykazaliśmy, że zmienną niezależną wpływającą na możliwość zadawania pytań było miejsce przekazania informacji ($\chi^2 = 13,426$; $p = 0,037$). Wszyscy badani (100%), którzy usłyszeli diagnozę w prywatnym gabinecie lekarskim zgłosili możliwość zadania pytania specjalście. Spośród respondentów korzystających z przychodni zrobiło to 83%, w szpitalach 61%, zaś w poradniach 59% badanych.

Pacjenci onkologiczni, podobnie jak inni chorujący na ciężkie choroby przewlekłe, w większości (59%) preferują partnerski model relacji z lekarzem. Relacja opierająca się na wyczerpującej informacji o chorobie i decyzjach podejmowanych przez lekarza odpowiadała 19% badanych, zaś model akcentujący zależność komunikacji od stanów emocjonalnych pacjenta wybrało 17% pacjentów onkologicznych. Najbardziej wybieranym modelem relacji lekarz-pacjent był wzorzec paternalistyczny, który wskazało 7% ankietowanych. Kiedy podzieliliśmy badanych na dwie grupy, gdzie pierwszą stanowiły osoby oczekujące komunikacji w modelu partnerskiego, a drugą pozostali respondenci zauważyliśmy pewną prawidłowość ($\chi^2 = 6,296$; $p = 0.012$). Otóż model partnerski częściej wskazywany był przez pacjentów do 40 roku życia (76%), w porównaniu z osobami mającymi 41 i więcej lat (51%).

W modelu partnerskim, a częściowo również w modelu opartym na emocjach, szczególnie istotne są umiejętności komunikacyjne lekarza. Również w opinii większości badanych pacjentów onkologicznych (89%) umiejętność rozmowy z pacjentem jest równie ważna, co posiadana przez lekarza wiedza i doświadczenie kliniczne. Jedynie 5% respondentów uznała, że umiejętności miękkie są mniej istotne od umiejętności instrumentalnych, zaś 6% było przeciwnego zdania. Niestety na zadane przez nas pytanie, czy lekarze w Polsce są dobrze przygotowani do przekazywania pacjentom niekorzystnej diagnozy jedynie 17% respondentów odpowiedziało pozytywnie. Pozostałe 83% chorych onkologicznie oceniło przygotowanie lekarzy na niewystarczające.

W wyniku przeprowadzonych badań wykazano, że większość pacjentów w zakresie diagnozy choroby nowotworowej oczekuje aktywnej i kolektywnej relacji z lekarzem. Chorzy na raka, chcąc znać szczegóły dotyczące dalszego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego oczekują, że lekarze podczas wizyt stworzą im przestrzeń, w której będą mogli podzielić się swoimi wątpliwościami oraz zadać pytania doprecyzowujące. Dzięki temu będą mogli brać aktywny udział w podejmowaniu decyzji dotyczących dalszego postępowania terapeutycznego. Wykazano, że sposób dostarczania pacjentom złych wiadomości oraz realizacja oczekiwań w kwestii relacji z lekarzem, może mieć istotny wpływ na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów. Tym samym nie tylko wpływa na ocenę lekarzy, ale przekłada się także istotnie na rezultaty terapeutyczne. Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano, że istnieje potrzeba lepszego przygotowania polskich lekarzy do przekazywania pacjentom niekorzystnej diagnozy. Co trzeci pacjent onkologiczny uważał, że lekarz nie zachował wystarczającego taktu i ostrożności informując go o rozpoznaniu. Pacjenci

negatywnie oceniający komunikację częściej zmieniają lekarza prowadzącego lub nie podejmują leczenia. Ponadto wykazano, że na jakość komunikacji wpływa miejsce przekazania niekorzystnej diagnozy. Wszyscy pacjenci otrzymujący ją w prywatnych gabinetach lekarskich zgłosili możliwość zadawania specjalście dodatkowych pytań, w odróżnieniu od pacjentów szpitali i poradni. Większość chorych onkologicznie preferuje partnerski model relacji z lekarzem, polegający na kolektywnym decydowaniu o postępowaniu leczniczym. Przeprowadzone wyniki badań wskazują, że model ten częściej jest wybierany przez osoby młodsze (do 40 roku życia). Pacjenci onkologiczni w porównaniu do innych przewlekle chorych lepiej znają prawa pacjenta oraz częściej przestrzegają zaleceń lekarzy.

Publikacja 4.

K. Sobczak, K. Leoniuk, Doctors' attitudes in the situation of delivering bad news: Patients' experience and expectations. Archives of Medical Science. 2023; 19(4): 921–929.

Załączniki: oświadczenia współautorów (załącznik 5d); pełnotekstowa wersja artykułu (załącznik 6d)

Wybrane zachowania komunikacyjne oraz preferencje dotyczące relacji lekarz-pacjent stały się celem analiz, które zostały przedstawione w ostatnim z artykułów, który prezentował wyniki projektu. W tych analizach odnieśliśmy się retrospektywnie do doświadczeń pacjentów (N = 314), którzy otrzymali niekorzystną informację medyczną.

Badania były realizowane w ramach jednego projektu, stąd ich metodologia jest analogiczna i została szczegółowo opisana w ramach omówienia publikacji nr 2. W prezentowanych analizach analizowano kwestie związane z zapotrzebowaniem pacjentów na szczegółowe informacje dotyczące ich choroby w sytuacji komunikacji niekorzystnych informacji medycznych. Chcieliśmy się również dowiedzieć się jaki z modeli relacji lekarz-pacjent jest preferowany przez chorych w tego rodzaju sytuacjach.

Większość z badanych pacjentów (70%) potwierdziła, że podczas wizyty, na której otrzymali informację o niekorzystnej diagnozie, miała możliwość zadawania lekarzowi dodatkowych pytań dotyczących swojego stanu zdrowia. Natomiast 20% pacjentów przyznało, że nie stworzono im takiej możliwości. Deklaracje uzyskane przez pacjentów korelowały

($\chi^2 = 35,608$; $p < 0,01$) z ich decyzjami dotyczącymi kontynuowania terapii u lekarza, który przekazał im niekorzystną diagnozę. Wśród osób kontynuujących terapię, aż 85% to osoby, którzy mogli swobodnie zadawać lekarzowi pytania. Natomiast wśród osób, które zmieniły lekarza, bądź postanowiły nie kontynuować dalszego leczenia, aż 67% stanowili pacjenci, którzy negatywnie ocenili tę możliwość. Pacjenci najczęściej pytali o sposoby i kierunki dalszego leczenia (55%). Niespełna połowa chciała pozyskać dodatkowe informacje na temat zdiagnozowanej jednostki chorobowej i związanych z nią następstw (46,5%).

Przedmiotem analiz stała się w tym badaniu także kwestia możliwości odniesienia się pacjenta do zaproponowanej metody leczenia. Uzyskane wyniki, w tej kwestii świadczą o stosunkowo ambiwalentnych doświadczeniach badanych. Dokładanie 34% pacjentów pozytywnie oceniło taką możliwość, przy czym 15% badanych było zdecydowanie zadowolonych, a 29% raczej zadowolonych. Grupa niezadowolonych pacjentów stanowiła 40% badanych, w tym 14% było zdecydowanie niezadowolona, a 26% raczej niezadowolona. Pozostałe 16% stanowili pacjenci, którym trudno było ocenić możliwość wypowiedzenia własnych opinii. Podobnie jak w przypadku możliwości zadawania pytań, również wypowiedzenie własnego zdania na temat sposobów leczenia korzystnie korelowało z kontynuacją terapii u specjalisty przekazującego niekorzystną diagnozę (statystyka: $\chi^2 = 16,024$; $p = 0.003$). Wśród osób pozytywnie oceniających ten aspekt komunikacji z lekarzem, aż 61% stanowiły osoby kontynuujące u niego leczenie. Podczas gdy badani negatywnie oceniający możliwości wyrażenia swojej opinii odnośnie metod leczenia, częściej zmieniali lekarza lub nie podejmowali dalszego leczenia (62%).

W obszarze psychoemocjonalnym ponad połowa badanych ujawniła, że miała poczucie, że lekarz był z nimi szczery (76,5%), nie naruszył ich intymności (62%) oraz wzbudził zaufanie (53,5). Zaledwie 35% pacjentów uznało, że miało poczucie, że lekarz przejmował się ich stanem emocjonalnym. Ujawniliśmy również korelacje wypowiedzi pacjentów w stosunku do charakteru wizyty (płatnik prywatny vs państwowy). Poczucie tego, że lekarz w pełni koncentrował się na badanym i jego problemie częściej zgłaszali pacjenci korzystający z prywatnych usług medycznych (56%), niż pacjenci państwowych instytucji (46%; statystyka: $\chi^2 = 7,497$; $p = 0.024$). Potwierdzenie tej tendencji zauważono w rezultacie zestawienia deklarowanych odczuć badanych z typem płatnika wizyty lekarskiej. Większą koncentrację na ich problemie zgłosili pacjenci, którzy sami zapłacili za wizytę (55%), niż osoby korzystające z darmowych wizyt (46%; statystyka: $\chi^2 = 8,865$; $p = 0.012$).

Taki sam charter korelacji otrzymano, analizując wypowiedzi pacjentów dotyczące poczucia szczerości lekarza. Uczucie, że lekarz był szczery częściej towarzyszyło pacjentom korzystającym z prywatnych wizyt (88%), niż chorym w instytucjach państwowych (74%; statystyka: $\chi^2 = 6.134$; $p = 0.047$).

W celu ustalenia preferowanych przez pacjentów relacji z lekarzami zastosowaliśmy opis wybranych typologii modeli interakcji w relacjach lekarz-pacjent i poprosiliśmy badanych o wskazanie tego, który najbardziej odpowiada osobie badanej. Struktura została oparta na klasycznych i współczesnych modelach socjologii medycyny i nawiązywała wprost do modelu paternalistycznego Parsonsa, typologicznego Szasz'a i Holender'a, modelu informacyjnego Pierloo' oraz partnerskiego Balinta, który określaliśmy jako ten „oparty na dialogu i empatii”.

Najczęściej wybieranym okazał się być model partnerski, na który wskazało 60% ankietowanych. Niespełna co piąty badany (19%) wybrał model informacyjny, oparty na rzetelnej i wyczerpującej informacji medycznej, zaś 16% respondentów preferowało model dialogiczno-empatyczny podkreślający aspekt emocjonalny relacji. Najrzadziej wybieranym modelem okazał się być model paternalistyczny, wskazany jedynie przez 5% respondentów.

Analizując wypowiedzi badanych, stwierdzono wpływ zmiennych społeczno-demograficznych takich jak wiek ($\chi^2 = 10.354$; $p = 0.016$) i płeć ($\chi^2 = 8.648$; $p = 0.034$) na preferowany model relacji z lekarzem. I taki model partnerski był częściej wskazywany przez osoby do 40. roku życia (67%), w porównaniu z pacjentami w wieku 41 i więcej lat (51%). Pomimo różnic warto podkreślić, iż model partnerski okazał się być najpopularniejszy w obu kategoriach wiekowych. Model paternalistyczny natomiast był trzykrotnie częściej wybierany przez starszych pacjentów, będących po 41. roku życia (8%), w porównaniu z młodszymi badanymi (2.5%). Ponadto starsi respondenci częściej wskazywali na model informacyjny (16% - badani w wieku 18-40 lat, 22% - osoby w wieku 41 lat i więcej). Najbardziej zbliżone okazały się być wyniki dotyczące modelu dialogiczno-empatycznego wybranego przez 19% starszych i 14% młodszych respondentów.

Dla większości pacjentów (szacuje się, że dla około 80%) posiadanie wiedzy na temat rozpoznania i prowadzonej wobec nich terapii skutkuje obniżeniem lęku, co może wpływać na proces leczenia. Wiele doniesień sugeruje również, że uzyskanie wiedzy dotyczącej sposobu w jaki pacjenci wolą otrzymywać złe wiadomości zmniejsza ich psychiczne cierpienia i wpływa na rezultaty leczenia. Jednym z fundamentów dla tych procesów jest właściwa relacja terapeutyczna. Z socjologicznego punktu widzenia relacja między lekarzem a pacjentem daleko

wykracza poza interakcje dwóch osób. Na jej dynamikę wpływają czynniki społeczne, które stanowią całą sieć wzajemnie przenikających się powiązań. Poczynając od zmiany w zakresie świadomości zdrowotnej związanej z powszechnym dostępem do informacji medycznej, poprzez zwiększony dostęp do opieki zdrowotnej, kodyfikację praw pacjenta. Nasze badania ujawniły, że w opinii pacjentów najczęściej preferowanym modelem relacji lekarz-pacjent, w sytuacji dostarczania złych wiadomości, jest typologia oparta na odniesieniu partnerskim. Chorzy, w tej trudnej dla nich chwili, w większości preferowali zależność kolektywną, bazującą na gruncie szczerzej i rzetelnie informacji o swoim stanie zdrowia, oczekiwali możliwości zadawania pytań, dyskusowania zaproponowanych kierunków leczenia i udziału w podejmowaniu decyzji. Zaledwie niespełna dwóch na dziesięciu pacjentów oczekiwało relacji emotywniej ze strony lekarza i preferowało „specjalistę od empatii”. Sposób dostarczania chorym niekorzystnej informacji medycznej okazał się być również istotny w podejmowaniu decyzji o kontynuacji lub zaprzestaniu przez nich leczenia. Pacjenci, którym lekarze umożliwili aktywne uczestnictwo w podejmowanej decyzji lepiej ocenili przebieg spotkania i sumiennie stosowali się do uzgodnień terapeutycznych. Pacjenci negatywnie oceniający sposób dostarczenia im złych informacji, częściej podejmowali decyzję o zmianie lekarza lub zaprzestaniu leczenia. Zmienne niezależne okazały się istotnymi czynnikami wpływającymi na ocenę relacji z lekarzem i sposobu otrzymania złych wiadomości

Publikacja 5.

K. Sobczak, M. Trzciński, A. Kotłowska, J. Lenkiewicz, O. Lenkiewicz, J. Przeniosło, J. Plenikowski, *Delivering bad news: Emotional perspective and coping strategies of medical students*. Psychology Research and Behavior Management. 2023; 3061—3074.

Załączniki: oświadczenia współautorów (załącznik 5e); pełnotekstowa wersja artykułu (załącznik 6e)

Celem badań była analiza poczucia przygotowania do przekazywania niekorzystnych informacji jako elementu kształcenia przyszłych lekarzy. W badaniu podjęto zagadnienie związane z analizą sposobów oraz techniki, które chcieliby wdrożyć badani, aby zredukować napięcie i stres powstały w następstwie tego trudnego doświadczenia.

Niniejsze badanie było następstwem wniosków związanych z ujawnionymi wcześniej zachowaniami komunikacyjnymi lekarzy. Przyjęta dla badań hipoteza główna zakładała, że nie stopień doświadczenia i kwalifikacji medycznych, a przestrzeń psychoemocjonalna mogą stanowić jedno z najważniejszych źródeł ograniczeń w sytuacjach związanych z koniecznością przekazywania niekorzystnych informacji medycznych. Przekazywanie niekorzystnych informacji wymaga złożonego spektrum umiejętności, w tym kompetencji związanych z inteligencją emocjonalną. W związku z tym, komunikacja między lekarzem a pacjentem jest tylko elementem wyzwania dla notyfikacji niekorzystnych wiadomości. Jej fundament stanowi przestrzeń intrapersonalna, związana z zarządzaniem emocjami i strategiami radzenia sobie, tak istotnymi w perspektywie życia zawodowego lekarzy. Większość lekarzy doświadcza pobudzenia emocjonalnego podczas przekazywania złych wiadomości, co jest powodem do niepokoju, ponieważ stres wiąże się z niższą jakością rozumowania klinicznego. Wynika to z faktu, że emocje determinują mechanizmy myślenia i podejmowania decyzji. Reakcje lękowe przekładają się na niechęć do przekazywania złych wiadomości, opisaną przez Tessera i Conlee jako efekt minimalizacji nieprzyjemnych wiadomości - efekt „MUM” (*Minimizing Unpleasant Message effect*). Przejawia się on między innymi odracaniem w czasie notyfikacji czy też przekazywania wyselekcjonowanych informacji po to, aby złagodzić dyskomfort odbiorcy oraz jego reakcję emocjonalną. Doniesienia wskazują, że niewystarczająca umiejętność zarządzania emocjami może prowadzić do pogorszenia opieki nad chorymi. W związku z tym umiejętności, które pomagają radzić sobie z napięciem emocjonalnym podczas przekazywania złych wiadomości, wydają się mieć ogromne znaczenie.

Z punktu widzenia socjologii, edukacja medyczna to nie tylko proces zdobywania wiedzy i nowych umiejętności, ale także rodzaj socjalizacji. Można przypuszczać, że doświadczenie kliniczne studentów medycyny będzie kształtować ich zachowania w przyszłej karierze lekarskiej. Istnieje wiele doniesień świadczących o tym, że studenci medycyny czują się niewystarczająco przygotowani do konieczności notyfikacji niekorzystnych wiadomości. W aspekcie kontekstu psychoemocjonalnego, takie tezy prowadzą do potrzeby zwrócenia uwagi na włączanie adaptacyjnych strategii radzenia sobie w procesie edukacji na uczelniach medycznych. Umiejętność zrozumienia własnych mechanizmów emocjonalnych jest niezbędna do wypracowania skutecznych strategii radzenia sobie. Zdaniem niektórych z badaczy, doświadczenia związane z przekazywaniem niekorzystnych wiadomości, powinno stanowić częścią programów nauczania. Doświadczenia w tego rodzaju sytuacjach mogą prowadzić

do introspekcji, a w konsekwencji pomóc przyszłym lekarzom w wypracowaniu skutecznych mechanizmów radzenia sobie

Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem metodologii wywiadu internetowego wspomaganego komputerowo (CAWI). Dane zostały zebrane za pomocą skonstruowanego przez autorów e-kwestionariusza, który obejmował wybór pytań wielokrotnego wyboru i dwa pytania otwarte. W kwestionariuszu zebrano dane dotyczące dziewięciu zmiennych niezależnych: płeć, wiek, rok studiów, uczelnia medyczna, planowana specjalizacja lekarska, doświadczenie w kontaktach z pacjentami poza obowiązkową praktyką kliniczną oraz osobiste doświadczenie w przekazywaniu złych wiadomości. W analizach podjętych w tym artykule skupiliśmy się na dwóch pytaniach otwartych. Pierwsze z nich dotyczyło emocji, jakich studenci spodziewają się doświadczyć (lub doświadczyli) podczas przekazywania złych wiadomości. Drugie pytanie odnosiło się do sposobów radzenia sobie z lękiem i emocjami, które mogą pojawić się podczas notyfikacji.

Uczestnikami badania byli studenci V i VI roku studiów medycznych (N = 321) z 14 polskich uniwersytetów medycznych. Chcąc dokonać analizy samooceny przygotowania studentów medycyny do przekazywania niekorzystnych wiadomości medycznych, zapytaliśmy ich o rodzaje bezpośrednich doświadczeń związanych z tymi sytuacjami. Uzyskane odpowiedzi przeanalizowaliśmy pod kątem formy ich doświadczeń.

Realizowane badanie prowadzone zostało metodą mieszaną (*Mixed Methods*). Uzyskane wypowiedzi poddaliśmy analizie kognitywnej oraz kategoryzacji. W oparciu o metodę analizy kognitywnej dokonaliśmy identyfikacji istotnych, powtarzających się znaczeń. Dla klasyfikacji odpowiedzi opisujących emocje i obawy badanych ostatecznie stworzyliśmy 16 kategorii. Odpowiedzi opisujących metody i techniki zarządzania stresem i redukcji napięć zostały ujęte w ramach wyłonionych 14 kategorii. Wypowiedzi badanych oraz ich kategoryzację analizowaliśmy w zależności od rodzaju zanurzenia w doświadczenie. Wśród badanych studentów wyróżniliśmy trzy rodzaje zanurzenia w doświadczenie:

- a) doświadczyli sytuacji bycia pacjentami i osobiście otrzymali niekorzystną diagnozę – adresaci,
- b) uczestniczyli w praktykach klinicznych, podczas których, będąc świadkami, obserwowali sytuację przekazywania przez lekarza niepomysłnych wiadomości medycznych chorym – obserwatorzy,
- c) osobiście dostarczyli pacjentom niekorzystną informację – dostarczyciele.

Po sklasyfikowaniu zmiennych poddaliśmy analizie statystycznej zależności między nimi. Użyliśmy test chi² Pearsona, a analizę korelacji rang przeprowadziliśmy za pomocą testu Spearmana. W analizach dotyczących oceny wpływu typu zanurzenia na występowanie kategorii zastosowaliśmy analizę regresji logistycznej oraz wieloczynnikową analizę korespondencji (MCA - *Multiple Correspondence Analysis*).

Ujawniono, że w badanej grupie 149 studentów (46.4%, N = 321) zostało zanurzonych w doświadczenie w jednej z wymienionych kategorii. 71 studentów (22.1%, N = 71) posiadało doświadczenie w dwóch, a 9 studentów (2.8%) zadeklarowało osobiste uczestnictwo we wszystkich trzech kategoriach doświadczeń.

Analiza MCA pozwoliła nam przewidzieć określone reakcje emocjonalne dla dowolnej kombinacji typów zaburzeń w doświadczenie. Ci studenci, którzy mieli doświadczenie jako dostarczyciele, częściej doświadczali niepowodzeń i poczucia winy ($B = 2,119$; $p = 0,005$). W przypadku pozostałych kategorii analiz nie ujawniono korelacji między rodzajem doświadczenia a emocjami. Doświadczenie bycia obserwatorem wpłynęło na reakcje lęku, stresu, smutku, współczucia, bezradności i/lub zakłopotania częściej niż u odbiorców i dostawców.

Podsumowano przewidywania poszczególnych emocji, agregując je według kategorii, przy czym najwyższe przewidywania lęku (70,5%) i smutku (38,4%) zaobserwowano wśród studentów ze wszystkimi trzema rodzajami doświadczenia w zakresie przekazywania niekorzystnych wiadomości. Dokonano także analiz predykcji ryzyka wystąpienia emocji dla poszczególnych kategorii doświadczeń.

Analiza predykcji występowania reakcji emocjonalnych na podstawie skategoryzowanych wypowiedzi wykazała u studentów nieznanurzonych w doświadczenie dominację reakcji lękowych, stresowych, smutku, współczucia, poczucia beznadziejności i zakłopotania. Zastosowanie modelu regresji logistycznej oraz analizy MCA nie wykazały istotnych zależności między rodzajem zanurzenia w doświadczenie DBN a metodami radzenia sobie z emocjami. Wprawdzie zaobserwowaliśmy większą gęstość nieadaptacyjnych metod wśród studentów bez zanurzenia w doświadczenia związane z notyfikacją niekorzystnych informacji, jednakże zależność ta nie osiągnęła istotności statystycznej. Style radzenia sobie z trudnymi emocjami są prawdopodobnie składową umiejętności, które studenci nabywają niezależnie od rodzaju doświadczenia związanego z kształceniem w obszarze niekorzystnych wiadomości. Takie uwarunkowania mogą wynikać z indywidualnych strategii radzenia sobie

z trudnymi doświadczeniami i prawdopodobnie powiązane są z cechami osobowości. Wiemy, że osoby, które charakteryzującą się dużą elastycznością poznawczą posiadają lepsze mechanizmy adaptacji dla sytuacji trudnych i częściej stosują strategie drugorzędne takie, jak medytacje czy relaksacje w sytuacjach braku możliwości kontroli doświadczeń zewnętrznych. W naszym badaniu zaobserwowaliśmy, że osoby posiadające zanurzenie w doświadczenie związane z przekazywaniem niekorzystnej informacji medycznej częściej deklarowały stosowanie bardziej efektywnych strategii adaptacyjnych, skoncentrowanych na sytuacji i wsparciu społecznym. Studenci z całkowitym brakiem doświadczeń częściej bazowali na strategii mało adaptacyjnej opartej na emocjach i unikaniu. Jednak analiza korelacji nie wykazała istotnych związków między tymi grupami a strategiami radzenia sobie ($RS = 0,329$, $p = 0,425$).

Uzyskane wyniki wskazały na potrzebę rozwijania umiejętności związanych z przekazywaniem niekorzystnych wiadomości poprzez nabywanie stopniowych doświadczeń. Właściwa organizacja kształcenia może nie tylko rozwinąć umiejętności komunikacyjne, ale również wpłynąć na dobór bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie z sytuacjami klinicznie trudnymi, minimalizując ryzyko wystąpienia reakcji lękowych i stresowych o wysokim natężeniu. Osobiste doświadczenie notyfikacji niekorzystnych wiadomości medycznych stanowią formę edukacji, która daje szansę na rozwój poprzez uświadamianie napotykanym trudności. Stymuluje rozwój empatii i zwraca uwagę studentów na perspektywę pacjenta. Zaaprobowaliśmy włączenie elementów komunikacji intrapersonalnej do kursów rozwijających umiejętności związane z przekazywaniem złych wiadomości. Szkolenie w zakresie kształtowania adaptacyjnych strategii radzenia sobie wydaje się być ważną kompetencją. Umiejętności intrapersonalne mają istotny wpływ nie tylko na jakość procesu związanego z przekazywaniem niekorzystnych informacji, ale także na jakość świadczonych usług medycznych.

Podsumowanie

Wyniki uzyskane w badaniach zachowań komunikacyjnych lekarzy wskazują na występowanie deficytów w przygotowaniu do notyfikacji niekorzystnych informacji. W istotnej mierze dotyczą one kompetencji komunikacyjnych, emocji i strategii radzenia sobie ze stresem oraz obszarów związanych z etyką i organizacją spotkań (wizyt), podczas których pacjenci dowiadują się o niekorzystnej diagnozie lub/i rokowaniu a także.

W pierwszym z badań w prezentowanym cyklu habilitacyjnym wykazano, że przekazywanie niekorzystnych informacji nawet dla doświadczonych lekarzy klinicznych stanowi poważne

źródło stresu i obciążenia psychicznego. Doświadczenia te wiązały się głównie z obawą o zakłócenia dobrego samopoczucia pacjentów. Niedostateczny poziom kompetencji komunikacyjnych stanowi jeden z powodów takiej postawy.

Wnioski z drugiego badania wskazały, że zachowanie lekarzy i sposób, w jaki przekazują niekorzystne informacje pacjentom, to kluczowe elementy, które silnie wpływają na decyzje pacjentów o kontynuacji leczenia, zmiany lekarza prowadzącego lub zaprzestaniu leczenia.

Trzecia z prezentowanych analiz wykazała, że większość pacjentów chorujących onkologicznie oczekuje aktywnej i kolektywnej relacji z lekarzem. Chorzy chcą znać szczegóły dotyczącej postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Oczekują, komunikacji, w której będą mogli podzielić się swoimi wątpliwościami. Większość pacjentów chce brać aktywny udział w podejmowaniu decyzji dotyczących dalszego postępowania terapeutycznego. Wykazano, że sposób dostarczania pacjentom złych wiadomości oraz realizacja oczekiwań w kwestii relacji z lekarzem, może mieć istotny wpływ na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów.

Czwarte badanie ujawniło, że relacja lekarz-pacjent w momencie komunikowania niekorzystnej diagnozy jest ważnym aspektem, który określa sposób zachowania i komunikowania się osób uczestniczących w tej trudnej sytuacji. Włączenie chorych w proces podejmowania decyzji dotyczący terapii przekłada się na pozytywne zachowania terapeutyczne pacjentów. Taka postawa skutkuje także wzrostem zaufania do lekarzy i owocuje bardziej pozytywnymi ocenami na ich temat.

Ostatnie z badań w prezentowanym cyklu habilitacyjnym wskazało, że istotnymi aspektami wpływającymi na jakość przekazywania niekorzystnych informacji są zarówno umiejętności komunikacyjne, jak i kontekst emocjonalny. Trening związany z rozwojem kompetencji komunikacyjnych w obszarze związanym z przekazywaniem niekorzystnych informacji powinien uwzględniać także rozwój mechanizmów radzenia sobie.

Część badaczy wskazuje, że mimo podejmowanych interwencji, których celem jest rozwój kompetencji w zakresie efektywniejszego przekazywania niekorzystnych wiadomości medycznych, problem ten nadal jest zauważalny w swojej znacznej skali (14). Sama wiedza na temat sposobów przekazywania niekorzystnych wiadomości oraz osobiste doświadczenia w tym zakresie mogą być niewystarczające do właściwej notyfikacji złych wiadomości (12). Wiele badań wskazuje na obciążenie emocjonalne jako źródło tego problemu (12, 15, 16). Notyfikacja niekorzystnych wiadomości stanowi jedno z trudniejszych obowiązków, przed którym stają

lekarze w swojej pracy. Należy również pamiętać, że to emocje w dużej mierze warunkują mechanizmy poznawcze i decyzyjne (17). Napięcie oraz reakcje lękowe związane z przekazywaniem niekorzystnych wiadomości sprzyjają niechęci do odbywania tego rodzaju rozmów z pacjentami oraz skracaniem czasu ekspozycji na trudne doświadczenia. Wydaje się, że można przyjąć, iż podstawowym źródłem obciążenia dla dostarczycieli złych wiadomości jest właśnie kontekst emocjonalny związany z możliwością wyzwolenia u pacjentów negatywnych doświadczeń oraz obawami o reakcje chorych (18).

Efektem prowadzonych badań stała się próba skonstruowania rozwiązań, które mogłyby wesprzeć lekarzy i studentów medycyny w obszarach związanych z notyfikacją niekorzystnych wiadomości medycznych. W roku 2022 opublikowałem protokół, uwzględniający i odnoszący się do sytuacji pandemii COVID-19, która zmieniła zasady przekazywania niekorzystnych informacji (do tego momentu pierwszą zasadą były osobiste spotkanie lekarza z pacjentem) oraz wiązała się z masową skalą notyfikacji niekorzystnych wiadomości medycznych, w tym informacjami o śmierci pacjentów. Protokół „CONNECT” został stworzony jako narzędzie do przekazywania niekorzystnych informacji na odległość, przy użyciu połączenia audio lub audio-video (K. Sobczak, *The “CONNECT” protocol: Delivering bad news by phone or video call*, International Journal of General Medicine. 2022; 15: 3567-3571. MEiN = 70. IF = 2.466 – ze względu na swoją strukturę redakcyjną jego publikacja została zakwalifikowana jako komentarz i dlatego nie stanowi elementu osiągnięcia habilitacyjnego). Jako rezultat wniosków i doświadczeń badawczych skonstruowano koncepcję przekazywania niekorzystnych wiadomości w oparciu o metodę dialektyczną (Sobczak, A. Rudnik, *Metoda dialektyczna jako sposób dostarczania złych wiadomości*, Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine. 2021; 13(1): 19-23. MEiN = 20). Ostatnim z praktycznych wymiarów podjętych wysiłków badawczych było stworzenie programu Med-Kom. Opiera się on na praktycznym treningu odnoszącym się do kompetencji komunikacyjnych oraz psychoemocjonalnych w obszarze związanym z przekazywaniem niekorzystnych wiadomości. W tym kontekście, we współpracy z psychologami oraz studentami, powstała publikacja stanowiąca narzędzie edukacyjne pt.: *Przekazywanie niekorzystnych informacji medycznych. Wskazówki, propozycje, rozwiązania*, red. K. Sobczak, M. Walkiewicz, J. Lenkiewicz, Wydawnictwo Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk 2023.

Jak wykazują wyniki prezentowanych badań, postawy i zachowania lekarzy w sytuacji przekazywania niekorzystnych informacji medycznych wiążą się z decyzjami pacjentów o zaprzestaniu lub kontynuowaniu leczenia. Sposób dostarczenia niekorzystnej informacji ma

wpływ na poziom motywacji pacjentów dla dalszego leczenia, a tym samym może przekładać się na rezultaty terapeutyczne. Między innymi dlatego właściwe nauczanie kompetencji miękkich jest bardzo istotne w procesie edukacji medycznej.

5. AKTYWNOŚĆ, O KTÓREJ MOWA W ART. 219 UST. 3

W ramach **międzynarodowego projektu badawczego** w roku 2022 rozpocząłem współpracę naukową z Université de Caen Normandie (Francja). Współpraca ma miejsce między trzema ośrodkami naukowymi: Gdańskim Uniwersytetem Medycznym (Zakładem Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej), Université de Caen Normandie (UFR de psychologie) oraz Uniwersytetem Gdańskim (Zakładem Psychologii Klinicznej i Zdrowia oraz Akademickim Centrum Wsparcia Psychologicznego). W ramach współpracy, **kieruję badaniami z zakresu socjologii medycyny i psychologii społecznej**, których celem jest analiza różnicowa występowania cech narcystycznych u studentów kierunków medycznych i społecznych w odniesieniu do zmiennych występujących w obszarach strategii edukacyjnej. Badanie ilościowe o charakterze psychosocjologicznym prowadzone jest przy użyciu techniki CAWI (*Computer-Assisted Web Interview*). Narzędzie zawiera metrykę gromadzącą zmienne niezależne (8 pytań), 3 pytania autorskie dotyczące samoopisu dobrostanu psychicznego oraz test *Narcissistic Personality Inventory* (NPI). Badanie prowadzone jest w języku polskim i francuskim. Na obecnym etapie zgromadzono wypowiedzi 854 respondentów. Prowadzane badania stanowią ważny element konceptu, który rozpoczęły badania związane z analizą poziomu empatii studentów medycyny w roku 2018. Celem tego przedsięwzięcia jest zbudowanie programu wsparcia psychoemocjonalnego dla studentów podczas ich nauki na uczelniach medycznych. Stąd analiza nie tylko wyzwań, ale i rozwiązań funkcjonujących w różnych strategiach edukacyjnych może okazać się cennym źródłem wiedzy na temat skutecznych metod i strategii wsparcia studentów.

W ramach opisywanego projektu koordynuję prace badawcze, prowadziłem zajęcia dla studentów psychologii Université de Caen Normandie oraz uczestniczę w spotkaniach roboczych pracowników naukowych i doktorantów związanych z realizacją badań, nadzoruję także organizację aspektów formalno-administracyjnych badania głównego. Kluczowym elementem współpracy jest 30-dniowy staż naukowy na Université de Caen Normandie,

na który składają się wizyty studyjne (2023: 30 stycznia- 3 lutego, 29 kwietnia- 9 maj; kolejne wyjazdy zaplanowano na: wrzesień i grudzień 2023 r). Staż naukowy jest realizowany w ramach konkursu „*Research Travel Grants*”, Inicjatywa Doskonałości – Uczelnia Badawcza, Gdański Uniwersytet Medyczny (załączniki 8a, 8b i 8c).

W dniu 5 września 2019 roku na podstawie § 1 i 2 zarządzenia Rzecznika Praw Pacjenta **zostałem powołany do utworzonego przy Rzeczniku Praw Pacjenta Zespołu ds. przeciwdziałania dyskryminacji osób chorujących na otyłość** (załącznik 9). Jednym z argumentów dla powołania zespołu były **wyniki badań, które zostały przeprowadzone** na zlecenie Fundacji Osób Chorych na Otyłość OD-WAGA przez Gdański Uniwersytet Medyczny (umowa z dnia 14.11.2017 nr 06-0647/06/145; opinia Niezależnej Komisji Bioetycznej ds. Badań Naukowych nr 589/2017-2018). W okresie pomiędzy lutym 2018 a marcem 2019 kierowałem projektem, w ramach którego przebadanych zostało 621 pacjentów chorujących na otyłość. Patronat nad badaniami objął Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Pacjenta oraz Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością. Patronat strony społecznej objęło Stowarzyszenie Pacjentów Bariatrycznych CHLO. Wyniki przeprowadzonych badań zostały upublicznione i opisane w raporcie *Analiza doświadczeń pacjentów chorych na otyłość w kontaktach z personelem medycznym* w roku 2019. Naukowa prezentacja materiału została przedstawiona w trzech artykułach (19-21) o sumarycznym wskaźniku MEiN = 130 pkt, IF = 2.711.

W ramach prac Zespołu ds. przeciwdziałania dyskryminacji osób chorujących na otyłość **kierowałem ogólnopolskimi badaniami** dotyczącymi postaw i doświadczeń pracowników instytucji medycznych w kontaktach z pacjentami chorującymi na otyłość. Wyniki badań zostały upublicznione w raporcie *Analiza postaw i doświadczeń pracowników instytucji medycznych w kontaktach z pacjentami chorującymi na otyłość* oraz opublikowane w dwóch artykułach naukowych (22, 23) o sumarycznym wskaźniku MEiN = 140 pkt, IF = 6.453.

Ponadto, analiza wyników przeprowadzonych badań stała się **ważnym elementem opracowania rekomendacji** Zespołu ds. przeciwdziałania dyskryminacji osób chorych na otyłość, które odnosząc się do problemu dyskryminacji i stygmatyzacji pacjentów chorujących na otyłość, zawierają wytyczne związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom chorującym na otyłość oraz zalecenia w zakresie zmiany modelu opieki zdrowotnej.

6. OMÓWIENIE POZOSTAŁYCH OSIĄGNIĘĆ NAUKOWO-BADAWCZYCH

6.1. OSIĄGNIĘCIA NAUKOWE I PUBLIKACYJNE PO UZYSKANIU STOPNIA DOKTORA

Sumaryczny wskaźnik mojego dorobku naukowego po uzyskaniu stopnia doktora wynosi **1827 pkt. MEiN oraz IF = 36.423** (załączniki 7b i 7c). Indeks H dla tych prac wg. Web of Science = 4; Scopus = 4. Wyłączając cykl publikacyjny przedstawiony w osiągnięciu habilitacyjnym, sumaryczny wskaźnik mojego dorobku po uzyskaniu stopnia doktora **wynosi 1582 pkt. MEiN oraz IF = 22.725.**

Moje zainteresowania badawcze koncentrują się wokół problemów związanych z psychospołecznymi kontekstami warunkującymi jakość komunikacji medycznej (głównie w kontekście przekazywania niekorzystnych wiadomości medycznych) oraz socjologii medycyny i filozofii (początkowo również w odniesieniu do socjologii wiedzy naukowej oraz filozofii i etyki). Omawiany dorobek można więc ująć w odniesieniu do 4 obszarów.

Psychospołeczne czynniki warunkujące jakość komunikacji medycznej

W artykule z roku 2014 pt.: *Przekazywanie informacji o niekorzystnej diagnozie i rokowaniu*, który ukazał się na łamach Forum Medycyny Rodzinnej. 2014; 8(6): 320-328, podjąłem tematykę dotyczącą przekazywania niekorzystnych informacji medycznych w kontekstach zróżnicowanych aksjologii społeczno-kulturowych. Optyka ta jest w moim przekonaniu niezwykle istotna. Istnieje wiele przykładów działań związanych z bezrefleksyjnym (i potencjalnie szkodliwym dla pacjentów i lekarzy) kopiowaniem procedur komunikacyjnych w obszar odmiennych struktur społecznych osadzanych na różnych wartościach kulturowych. Na przykład, narzędzia komunikacyjne dobrze funkcjonujące w krajach anglosaskich nie zawsze będą wykazywały się takim samym poziomem efektywności w krajach europejskich. Podobnie jak narzędzia psychologiczne, wymagają adaptacji.

Chcąc osobiście dokonać obserwacji i diagnozy problemów występujących w przestrzeni komunikacji klinicznej, realizowałem w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym GUMed w latach 2014-2015 projekt badawczy pt.: *Analiza jakości przekazywania informacji dotyczących*

procesów terapeutycznych i diagnostycznych. W ramach badania lekarzy ($n = 100$) i ich pacjentów ($n = 378$) za pomocą autorskiego narzędzia, analizowaliśmy opinie, dotyczące wybranych aspektów komunikacyjnych w relacji lekarz-pacjent. Uzyskane wyniki porównaliśmy między grupami badanych, a szczegółowe rezultaty został opublikowane w trzech doniesieniach naukowych (24-26), dla których sumaryczny wskaźnik MEiN = 30 pkt. (dla punktacji w latach 2016-2016).

Ciekawym i ważnym elementem tego badania okazał się obszar związany z notyfikacją niekorzystnych informacji medycznych. Analizując wyniki, ujawniliśmy występowanie poważnego deficytu związanego z jakością przekazywania informacji pacjentom w kontekście wiadomości o niekorzystnej diagnozie i rokowaniu przez doświadczonych lekarzy klinicznych (uzyskane wyniki zawarte są w artykule zgłoszony osiągnięcia habilitacyjnego – **publikacja 1.**).

W następstwie obserwacji i wyników uzyskanych w tym projekcie badawczym pojawiła się idea przeanalizowania postaw i oczekiwań pacjentów wobec wyzwań komunikacyjnych w odniesieniu do inkluzyjnej grupy pacjentów (grupy szerszej niż pacjenci hospitalizowani). W oparciu o uzyskane wyniki przygotowano dwa projekty badawcze:

- a) *Ocena jakości komunikacji między lekarzem i pacjentem* (2015 r). W ogólnopolskim badaniu wzięło udział 976 pacjentów. Badani dokonali oceny i określili swoje preferencje dotyczące wybranych aspektów komunikacyjnych w relacji lekarz-pacjent. Ustaliliśmy, że zachowania lekarzy dotyczące formy komunikacji werbalnej i niewerbalnej z pacjentami różnią się w znacznym stopniu od oczekiwań chorych (27). Koncentrując się na rozwiązaniach mających na celu poprawę jakości usług medycznych lekarzy poradni i przychodni, stworzyliśmy protokół służący edukacji w zakresie komunikacji i organizacji pracy podczas wizyt lekarskich (28). Praca prezentująca uzyskane wyniki ukazała się w roku 2017, a jej wskaźnik punktowy wyniósł 40 pkt. MEiN oraz IF = 1.487.
- b) *Niekorzystna diagnoza – doświadczenia i oczekiwania pacjentów w komunikacji z lekarzem* (2017-2019). W ogólnokrajowym badaniu zapytaliśmy 314 pacjentów, którzy otrzymali od lekarzy niekorzystną informację medyczną, o ich odczucia oraz oczekiwania. Wyniki przeanalizowaliśmy pod kątem doświadczeń pacjentów zarówno odnoszących się do wizyty jak i do jej następstw. Rezultaty badania zostały

opublikowane w czterech doniesieniach naukowych, trzy z nich zostały przedstawione w cyklu osiągnięć składającym się na habilitację (**publikacje nr: 2, 3, 4**). Ważnym elementem badania była analiza świadomości praw pacjenta w obszarze dostarczania wiadomości medycznych szczególnie wrażliwych. Badanie to ujawniło niski poziom wiedzy i świadomości pacjentów związany z ich prawami oraz wpływ tej luki na zachowania w obszarze decyzji dotyczących leczenia (29). Sumaryczny wskaźnik MEiN dla tych prac wyniósł 240 pkt., a IF = 9.398.

Praktycznym efektem zrealizowanych badań stała się próba stworzenia narzędzi komunikacyjnych mogących wspomóc lekarzy w ich trudnym obowiązku związanym z dostarczaniem niekorzystnych wiadomości medycznych. Propozycje narzędzi zostały opublikowane w dwóch pracach (30, 31), dla których łączne wskaźniki MEiN wyniosły 80 pkt., a IF = 2.300.

Wydaje się, że jednym z najtrudniejszych wyzwań w obszarze przekazywania niekorzystnych informacji medycznych są kompetencje komunikacyjne oraz umiejętności związane z zarządzaniem emocjami (w tym adaptacyjne strategie radzenia sobie). Wyniki licznych badań sugerują, że lekarze poddani treningowi w ramach tych obszarów efektywniej radzą sobie z presją emocjonalną. Doniesienia wskazują na pozytywne zmiany w ramach ocen odnoszących się do poziomu własnego profesjonalizmu. Lekarze rozwijający tego rodzaju kompetencje są także lepiej oceniani przez pacjentów. Posiadają zredukowany wskaźnik ryzyka wypalenia zawodowego. Z drugiej strony wyniki dotychczasowych badań ujawniały potrzebę rozwoju kompetencji oraz deficyty w obszarze kształcenia przygotowującego do notyfikacji niekorzystnych informacji medycznych. W odniesieniu do wniosków z roku 2021, wraz ze studentami kierowanego przeze mnie Studenckiego Koła Naukowego Komunikacji Medycznej, przeprowadzono badanie wśród studentów V i VI roku medycyny 14. polskich uczelni medycznych. Dotyczyły one *samooceny przygotowania studentów ostatniego roku medycyny do przekazywania niekorzystnych wiadomości medycznych*. Analizy wykazały istnienie poważnego deficytu w ramach organizacji kształcenia studentów medycyny, który skutkuje niskim poczuciem kompetencji przyszłych lekarzy w zakresie dostarczania trudnych wiadomości medycznych. W odniesieniu do wyników badań w krajach anglosaskich i skandynawskich zaobserwowaliśmy istotną różnicę dostępu do samej możliwości kształcenia kompetencji komunikacyjnych w obszarze klinicznym. Taka sytuacja skutkuje deklarowanym przez większość

badanych brakiem poczucia przygotowania oraz ryzykiem występowania negatywnych reakcji emocjonalnych podczas notyfikacji niekorzystnych wiadomości. Szczegółowe wyniki badań zostały opisane w czterech doniesieniach (32, 33), przy czym jedna z prac została zgłoszona do cyklu osiągnięć habilitacyjnych (**publikacja 4.**), a ostatnia znajduje się w druku: J. Przeniosło, A. Kotłowska, M. Trzeciński, O. Lenkiewicz, J. Lenkiewicz, K. Sobczak *Samoocena przygotowania studentów V i VI roku studiów medycznych do przekazywania informacji o niekorzystnej diagnozie*. Sumaryczny wskaźnik biometrycznych tych prac dla punktacji MEiN = 400, a IF = 4.300.

Praktycznym efektem zrealizowanych badań stał się projekt edukacyjny polegający na organizacji szkoleń i warsztatów dla studentów oraz przygotowanie pomocy edukacyjnej ułatwiającej rozwój kompetencji i trening komunikacji medycznej oraz publikacja narzędzia edukacyjnego w postaci pozycji zwartej, która zawiera przegląd wybranych narzędzi do notyfikacji niekorzystnych wiadomości medycznych (34). Monografia została wydana przez Wydawnictwo GUMed, a jego wskaźnik wynosi 20 pkt MEiN.

Ostatnim z obszarów badanych w zakresie analiz socjologicznych związanych z komunikacją w relacji lekarz-pacjent były badania podjęte w perspektywie pandemii COVID-19. Reguły reżimu sanitarnego spowodowały zastosowanie telekonsultacji jako powszechnej formy organizacji opieki zdrowotnej w ramach porad medycznych. Pandemia COVID-19 wymusiła transformację, która w wybranych aspektach kontaktu lekarzy i pacjentów stała się bardziej efektywna, a w innych skutkowałą potencjalnym zagrożeniem obniżającym jakość udzielanych świadczeń. W ogólnopolskim badaniu pt.: *Ocena wpływu pandemii wirusa SARS-CoV-2 na relacje między pacjentami a lekarzami rodzinnymi*, zapytaliśmy 1011 pacjentów o ich preferencje oraz oceny związane z teleporadą w czasie pandemii. Wyniki badań zostały przygotowane w formie oryginalnych doniesień i opublikowane (35) lub znajdują się w druku: E. Otręba, M. Dorobek, A. Dąbrowska, K. Sobczak, J. Czmyr, Z. Chmielewska, J. Świechowska, P. Dąbrowska, *Patients preference: Comparing the quality of medical services before and during the COVID-19 pandemy*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*. 2023, a ich łączna punktacja MEiN = 60.

Obszary związane ze zmianami wywołanymi pandemią COVID-19 stały się także przedmiotem artykułu (36), o wskaźniku MEiN = 70 oraz zaproponowanego narzędzia do notyfikacji niekorzystnych wiadomości na odległość (31), MEiN = 70 pkt, IF = 2.300.

Wybrane aspekty relacji między personelem medycznym a pacjentami chorującymi na otyłość

W latach 2017-2018 oraz w 2019 roku kierowałem dwoma projektami badawczymi, które dotyczyły analiz społecznych w zakresie relacji pomiędzy pacjentami chorującymi na otyłość a personelem medycznym placówek ochrony zdrowia. Efektem tych badań były wnioski, które przyczyniły się do powstania rekomendacji Zespołu ds. przeciwdziałania dyskryminacji osób chorych na otyłość działającego przy Rzeczniku Praw Pacjenta oraz publikacja 5 artykułów, w zakresie 3 z nich pozostaje, pierwszym autorem. **Zgodnie z punktacją MEiN sumaryczna liczba punktów tych prac wyniosła 270 a łącznie IF = 9.164.**

Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że z powodu otyłości oraz powikłań z nią związanych co roku na świecie umiera więcej osób niż z powodu głodu. Otyłość stanowi więc jedną z tych chorób, które uzyskały status epidemii (zdaniem niektórych badawczy nawet pandemii, ponieważ na otyłość choruje około 26% światowej populacji) i wiąże się z ogromnym wyzwaniem odnoszącym się do globalnej polityki zdrowia publicznego. W tym kontekście socjologia medycyny może identyfikować i określać skalę problemów, które stanowią przeszkody leżące na drodze do realizacji efektywnej opieki zdrowotnej dla danych grup społecznych. Jednym z problemów społecznie występujących w tym obszarze jest dyskryminacja i stygmatyzacja osób chorujących na otyłość. Ten istotny problem społeczny obserwowany jest we wszystkich krajach rozwiniętych. W latach 2018-2019 w ramach projektu pt.: „Analiza doświadczeń pacjentów chorych na otyłość w kontaktach z personelem medycznym” rozpoczęliśmy realizację badań mających na celu analizę skali doświadczeń dyskryminacyjnych z perspektywy pacjentów z otyłością w Polsce. Opracowaliśmy autorski kwestionariusz badawczy i przy współpracy organizacji zrzeszających pacjentów, Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością dotarliśmy do docelowej grupy badawczej. Wypowiedzi 621 pacjentów ujawniły, że większość z nich (82,6%) doświadczyła niewłaściwych zachowań personelu medycznego w tym zakresie, głównie (81%) podczas badań diagnostycznych, palpacyjnych czy zabiegów związanych z potrzebą ekspozycji ciała. Zdaniem badanych najczęściej na oceniające komentarze byli narażeni ze strony lekarzy (90%), pielęgniarek i położnych (51%), osób obsługujących sprzęt medyczny (24%). Nasze badania ujawniły także relatywnie niski poziom wiedzy pacjentów chorujących na otyłość na temat przysługujących im praw. Aż 81,1% zapytanych przez nas respondentów przyznało, że nie akceptuje swojej otyłości. Głównym źródłem wiedzy na temat otyłości był Internet, szczególnie strony i fora internetowe poświęcone tej chorobie. Zaledwie

co trzeci respondent wskazał personel medyczny jako istotne źródło informacji o otyłości. Ważnym wnioskiem wynikającym z badań była obserwacja związana z faktem, że negatywne doświadczenia (nawet jednokrotne) silnie korelowały z ogólną oceną badanych dotyczącą gorszego traktowania przez personel medyczny. Nie stwierdziliśmy wpływu pozytywnych doświadczeń na ogólną ocenę relacji. Wydaje się, że taka sytuacja związana jest ze szczególną „wrażliwością dyskryminacyjną” osób chorujących na otyłość, które funkcjonują na co dzień w perspektywie pejoratywnych stereotypów społecznych. Wyniki tych badań zostały opublikowane (19-21), a wskaźniki biometryczne tych publikacji wyniosły 130 pkt MEiN oraz IF = 2.711.

W ramach prac powołanego w roku 2019 przez Rzecznika Praw Pacjenta Zespołu ds. przeciwdziałania dyskryminacji osób chorych na otyłość kierowałem badaniami dotyczącymi „Analizy postaw i doświadczeń pracowników instytucji medycznych w kontaktach z pacjentami chorującymi na otyłość”. Celem projektu była próba zbadania poziomu wiedzy personelu w zakresie otyłości, świadomości sytuacji społecznej chorych oraz wskaźników odnoszących się do relacji pacjentów i personelu medycznego. Naszym celem była także próba określenia obszarów i potrzeb związanych z oczekiwanym wsparciem pacjentów ze strony personelu medycznego. Stąd też analizowaliśmy wiedzę w zakresie świadomości dotyczącej metod, dostępności i organizacji leczenia otyłości w Polsce a także kompetencji komunikacyjnych, dzięki którym personel medyczny będzie mógł skutecznie motywować pacjentów do podjęcia wysiłków terapeutycznych. W badaniu wzięły udział 184 osoby - lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci oraz ratownicy medyczni, pracujący z dorosłymi pacjentami chorującymi na otyłość. Większość (68,5%) respondentów przyznała, że problem dyskryminacji chorych jest powszechnym zjawiskiem występującym w ramach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Dokładnie 48,4% zapytanych przyznało, że osobiście było świadkami sytuacji, w której pacjenci w trakcie udzielania świadczeń byli dyskryminowani. Badani zwrócili naszą uwagę na systemową dyskryminację związaną z brakiem odpowiedniego sprzętu medycznego do diagnostyki, terapii i opieki nad pacjentami z otyłością. Aż 62,4% pracowników służby zdrowia, którzy wzięli udział w badaniu, dostrzeżało tego typu ograniczenia w swojej pracy. Analizując wyniki testu wiedzy, wykazano, że aż 32,9% zapytanych przez nas nie ma wystarczającego poziomu wiedzy na temat rozpoznawania i leczenia otyłości, mimo że wszyscy posiadają codzienny kontakt z pacjentami z nadmierną masą ciała. Przeprowadzona samoocena respondentów również ujawniła, że większość badanych uważało swój poziom wiedzy

za niewystarczający. Wyniki naszych badań sugerują, że należy poszerzyć wiedzę na temat leczenia, zwłaszcza wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej. Ważnym jest także, aby poszerzać wiedzę na temat metod leczenia w temacie otyłości na studiach pierwszego stopnia, ponieważ młodszy pracownicy ochrony zdrowia częściej byli niedoinformowani w tym zakresie. Wyniki tych badań zostały opublikowane (22, 23), a wskaźniki tych prac wyniosły w punktacji MEiN 140 pkt. oraz IF = 6.453.

Czynniki kształtujące poziom empatii wśród studentów medycyny

W latach 2018-2019 oraz 2019-2020 kierowałem dwoma projektami badawczymi, które dotyczyły analiz w zakresie psychospołecznych uwarunkowań empatii studentów kierunków medycznych i niemedycznych. Efektem tych badań było powstanie 5 artykułów, z czego 4 zostały opublikowane, kolejny znajduje się w recenzji. Spośród 5 opublikowanych prac w 3 pozostaję pierwszym autorem, a w 4 autorem korespondencyjnym. **Zgodnie z punktacją MEiN sumaryczna liczba punktów tych prac wyniosła 390, a łączny IF = 7.063.**

Empatia należy do jednych z najważniejszych kompetencji pracowników ochrony zdrowia. Uznaje się powszechnie, że modele komunikacji oparte o empatię stanowią najbardziej efektywne formy pozyskiwania informacji medycznych, przekładając się wprost na skuteczniejszą diagnostykę i wpływają tym samym na efektywność procesów terapeutycznych. Niektóre szkoły medyczne podjęły nawet próby zaimplementowania analizy poziomu empatii w ramach egzaminów dla kandydatów na studia. Jest to temat niezwykle istotny, zwłaszcza, że w licznych badaniach obserwuje się wśród studentów szkół medycznych znaczący spadek poziomu empatii wraz z rozpoczęciem praktyk klinicznych. Co więcej, badania podłużne wskazują na społeczny spadek poziomu empatii i ujawniają jednocześnie wzrost liczby osób z zaburzeniami empatii. Odwołując się do koncepcji Simona Barona-Cohena i przy użyciu opracowanego przez niego narzędzia *Empathy Quotient* (EQ-40), przeprowadziłem badanie wstępne (N = 536) dotyczące analizy poziomu empatii studentów kierunków medycznych. Wyniki badań potwierdziły obserwacje innych autorów analizujących zjawisko - wyższy poziom empatii wśród kobiet oraz spadek poziomu empatii wraz z początkiem zajęć klinicznych. Rezultaty wskazały również na różny poziom empatii występujący między poszczególnymi kierunkami studiów. Wyniki tego badania zostały opublikowane (37), a wskaźnik publikacyjnych wyniósł 40 pkt. MEiN.

Uzyskane rezultaty stały się fundamentem dla opracowania ostatecznego kształtu realizacji badania głównego. Jego istotą była analiza porównawcza poziomu empatii wśród studentów kierunków medycznych i niemedycznych, uwarunkowań strukturalnych oraz indywidualnych w różnych konstruktach edukacyjnych (medycznym i niemedycznym) oraz ich możliwego wpływu na inteligencję emocjonalną w zakresie poziomu empatii. Chcieliśmy również odnieść uzyskane wyniki do analogicznych badań przeprowadzonych przez Profesora Rembowskiego w roku 1989.

W badaniu wzięło udział 1701 studentów studiujących: medycynę, położnictwo, pielęgniarstwo oraz fizjoterapię, a także psychologię, socjologię i pedagogikę. Zostali poproszeni o wypełnienie kwestionariusza składającego się z testów: *Empathy Quotient* (EQ-40), *Perceived Stress Scale* (PSS-10), *The Ten-Item Personality Inventory* (TIPI), *Chalder Fatigue Inventory* (CHFQ-PL) oraz *Cognitive Flexibility Inventory* (CFI) - w polskich adaptacjach - oraz trzech pytań autorskich. Wyniki tego badania zostały opublikowane w trzech pracach (38-40), a ich sumaryczny wskaźnik wyniósł 350 pkt. MEiN oraz IF = 7.063. Ostatnia z prac znajduje się obecnie w recenzji: K. Sobczak, I. Modrzejewska, A. Rudnik, A. Zdun-Ryżewska, W. Kamińska, *Barriers and Facilitators to the Development of Empathy in the Education of Nurses and Midwives*.

Uzyskane wyniki ujawniły, że studenci kierunków medycznych manifestowali niższy wskaźnik empatii niż studenci niemedycznych (najniższy wynik uzyskali studenci położnictwa i kierunku lekarskiego, najwyższy, studujący pedagogikę i psychologię). W tym porównaniu studenci kierunków medycznych mierzyli się także z wysokim poziomem zmęczenia oraz wyższym poczuciem własnej wartości, co korelowało z niższym poziomem empatii. W najniższej klasie EQ (klasa I) znajdowało się najwięcej studentów kierunków medycznych (N = 146; 14.6%), a 9% (N = 64) było słuchaczami kierunków społecznych. Wynik ≤ 20 punktów (dla przyjętej przez S. Barona-Cohena teorii, gdzie zakładano jeszcze kategorie odnoszące się do zespołu Aspergera lub wysoko funkcjonujące osoby z autyzmem) ujawniliśmy u 22 respondentów. Najwięcej, 18 osób studiowało w szkole medycznej: po 6 na kierunku lekarskim i pielęgniarstwie, 4 na położnictwie oraz 2 na fizjoterapii. Wśród studentów socjologii zanotowaliśmy 3 studentów, a wśród studiujących pedagogikę i psychologię po 1. W odniesieniu do badań prof. Rembowskiego (badano studentów z Uniwersytetu Gdańskiego i Akademii Medycznej w Gdańsku) poziom empatii spadł o 40% na przestrzeni 30 lat. Liczba godzin poświęconych rozwijaniu kompetencji humanistycznych (psychologii, socjologii medycyny i etyki lekarskiej)

stanowi 1.7% (95 godzin) wszystkich obowiązkowych zajęć przygotowujących do wykonywania zawodu lekarza. Wymiar ten na przestrzeni 30 lat zmniejszył się. Forma tych zajęć często bazuje na podejściu teoretycznym, marginalizując praktyczny rozwój kompetencji psychospołecznych. Istnieją specjalizacje, w których empatia jest niemalże podstawowym narzędziem pracy, istnieją też takie, w których kontakt z pacjentem jest minimalny lub może w ogóle nie występować. Uważamy, że studenci z niskim poziomem empatii lub funkcjonujący w spektrum AS i HFA powinni mieć możliwość skorzystania z doradztwa, dzięki któremu mogliby uzyskać pomoc w projektowaniu własnej ścieżki kariery zgodne z ich predyspozycjami osobowościowymi. Wyniki badań skłoniły nas do stworzenia rekomendacji oraz implementacji w ramach nauczania na kierunkach medycznych kursów dotyczących praktycznego treningu umiejętności zarządzania emocjami, radzenia sobie ze stresem oraz treningu empatii i współczucia (w ramach projektu Med-Kom).

Wybrane badania z zakresu socjologii wiedzy, bioetyki, socjologii medycyny i edukacji filozoficznej

W ramach tego obszaru badawczego w latach 2012-2016 opublikowałem 14 publikacji. Dwukrotnie pełniłem funkcję współredaktora monografii. W 6 z nich pozostaję pierwszym autorem, równorzędnym współautorem jednej pozycji zwartej oraz współautorem 7 prac. Zgodnie z punktacją MEiN obowiązującą na przestrzeni tych lat **sumaryczna liczba punktów wyniosła 79.**

[1] dorobek w zakresie socjologii wiedzy

Na dorobek w ramach tego obszaru składa się **współautorstwo artykułu naukowego**, w którym została podjęta analiza związana z określeniem następstw asymilacji reguł w ramach procesu bolońskiego, zmierzających do unifikacji jakości kształcenia i kompetencji zawodowych zawodów medycznych znajdujących się poza kanonem kształcenia akademii medycznych. Włączenie tych zawodów w struktury uczelni wyższych zaowocowało, między innymi, powstaniem wydziałów nauk o zdrowiu (41). Akademie medyczne, importując niektóre z zawodów medycznych (takich jak pielęgniarstwo, położnictwo, dietetyka, fizjoterapia czy ratownictwo medyczne) z poziomu kształcenia policealnego oraz transformując je na poziom uczelni wyższych, zaczęły tworzyć wydziały nauk o zdrowiu, co pozwoliło na przekształcenie ich

w uniwersytety. Jednak w dziedzinie nauk o zdrowiu idea *universitas* zmieniła się w *ideę diversitas*, czyli zróżnicowanie epistemiczne i metodologiczne dla treści i metod. Charakteryzująca nauki o zdrowiu idea *diversitas* oznacza więc pewną dekonstrukcję monolitycznej stabilności nauk medycznych i farmaceutycznych. W tym kontekście staraliśmy się określić status, szanse oraz zagrożenia dla uniwersyteckiego charakteru wydziału nauk o zdrowiu oraz ich miejsca w strukturach uczelni medycznych.

Kolejną pracą poświęconą temu zagadnieniu był **rozdział w monografii** (42). W pracy została omówiona specyfika multidyscyplinarnego charakteru nauk o zdrowiu opierająca się na mało precyzyjnie zarysowanym aspekcie problematyki związanej z uwarunkowaniami zdrowia oraz metodzie „krzyżowania” dyscyplin i metodologii badawczych. Takie podejście może sprzyjać integracji wyników badań oraz odkrywać nowe sposoby rozwiązywania problemów, które do tej opory były nieadekwatnie zagospodarowane w ramach nauk medycznych. Multidyscyplinarny oraz interdyscyplinarny charakter nauk o zdrowiu znalazł swój wyraz w gramatyce struktur wydziałów nauk o zdrowiu oraz ówczesnych kierunków kształcenia, opisanych na podstawie analiz struktur 11 uniwersytetów medycznych.

Kolejny obszar analiz związany z naukami o zdrowiu **stanowi praca przeglądowa**, której byłem współredaktorem, a także współautorem trzech rozdziałów (43):

- a) *Główne pojęcia konstytuujące perspektywę filozoficzno-społeczną w naukach o zdrowiu* – ta część pracy odnosiła się do wybranych modeli zdrowia, choroby oraz niepełnosprawności, relacji lekarz-pacjent i ich statusu autonomii. Omówiono w tym obszarze także zagrożenia związane z postępującą medykacją obszarów życia społecznego, które pierwotnie nie stanowiły przedmiotu zainteresowania medycyny, a których problemy i zagadnienia stały się z czasem również częścią socjologii zdrowia i choroby, a następnie socjologii medycyny.
- b) *Nauki o zdrowiu w kontekście dyskursu etyczno-społecznego* - w tej części pracy podjęto próbę odniesienia się do historycznych, etycznych i społecznych potrzeb usankcjonowania postępu w obrębie nauk medycznych w ramach rozwoju bioetyki. Zostały nakreślone wybrane koncepcje rozumienia bioetyki jako

dyscypliny naukowej oraz społeczne i filozoficzne aspekty medycyny w odniesieniu do problematyki nauk o zdrowiu.

- c) *Społeczne komponenty w naukach o zdrowiu* - rozdział ten odnosi się do socjoekonomicznych uwarunkowań zdrowia i chorób. Determinanty socjoekonomiczne pozwalają na identyfikację problemów zdrowotnych oraz wdrażanie modeli prewencji. Stanowią również jeden z kluczowych aspektów holistycznego odniesie do przyczyn i następstw chorób tak w aspekcie jednostkowym jak i społecznym. W tym aspekcie pomocne stają się podstawowe socjologiczne teorie procesów i zmian społecznych, dzięki którym modele predykcji stają się ważnym elementem polityki społecznej w zakresie prewencji chorób i salutogenezy.

Przedstawiona powyżej praca stanowiła swoistą kontynuację zagadnień poruszanych na kartach **trzytomowej pracy przeglądowej** pt.: *Nauki o zdrowiu. Architektoniki dziedzin*, PTPZ, w której powstaniu brałem udział jako współautor tomu I (Gdańsk, 2010), tomu III (Gdańsk 2011) oraz tomu IV (Gdańsk 2012). Celem tego projektu publikacyjnego było nakreślenie profilu dziedzin nauk o zdrowiu w kontekście ich interdyscyplinarności oraz odniesienia do zagadnień socjologicznych, etycznych, prawnych, medycznych oraz filozoficznych. W ramach tego cyklu publikacji opracowywałem zagadnienia dotyczące: *Historii medycyny* (tom I), *Bioetyki* oraz *Eutanazji* (tom III), *Tanatologii*, a także *Medykalizacji* (tom IV).

[2] dorobek w zakresie wybranych zagadnień bioetycznych

Na dorobek związany z wybranymi zagadnieniami z zakresu bioetyki składają się **dwa artykuły, dwa rozdziały w monografiach oraz redakcja monografii**. Pierwszy z artykułów, którego jestem głównym autorem, odnosi się do wybranych koncepcji etycznych: pryncypializmu, sytuacjonizmu oraz leseferyzmu, przez pryzmat których został przeanalizowany zapis art. 17 Kodeksu Etyki Lekarskiej (44). Artykuł ten zawiera wskazówki regulujące zachowanie lekarza w sytuacji konieczności przekazania niekorzystnej informacji medycznej, wskazując lekarzom warunki dla możliwości odstąpienia od notyfikacji wiadomości o złym

rokowaniu i rozpoznaniu. Kazus „białego kłamstwa” jest znany już od starożytności. Inspiracją do podjęcia tych rozważań stały się dla mnie wyniki anonimowanych badań (projekt badawczy: *Analiza jakości przekazywania informacji dotyczących procesów terapeutycznych i diagnostycznych*, 2014-2015), w których doświadczeni lekarze kliniczni w istotnym odsetku wskazali na odstępowanie od bezpośredniej notyfikacji niekorzystnych informacji medycznych swoim pacjentom.

Artykuł, którego jestem głównym autorem, jest analizą powstałą na gruncie przeglądu anglojęzycznych artykułów naukowych odnoszących się do terminologicznych oraz metodologicznych problemów wynikających z definiowania neurologicznego kryterium śmierci mózgu w *Uniform Determination of Death Act* w latach 70.

W obszarze bioetyki społecznej i etyki zdrowia publicznego pozostaję współautorem rozdziału w monografii, w który została przedstawiona matryca dylematów etycznych. Stanowi ona swoiste narzędzie dydaktyczne ukazujące różne koncepcje etyczne. Matryca ukazuje różnorodność możliwych rozstrzygnięć problemów związanych z naprężaniami w kontekście zdrowia publicznego, które występują między interesami jednostek i społeczeństwa (46).

Jako główny autor rozdziału w monografii, szczegółowo scharakteryzowałem zapisy *Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie*. Omawiałem również próby implementacji zapisów konwencji przez Polskę (47). W roku 2012 brałem udział w pracach redakcyjnych wydawanej przez Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych monografii *Patients' Rights In The Judgments Of The European Court Of Human Rights* (48).

[3] dorobek w zakresie socjologii medycyny

Dorobek w zakresie socjologii medycyny odnosi się do współautorstwa 2 artykułów oraz rozdziału w monografii. Mój wkład w powstanie poniższych tekstów nie był wiodący.

W pierwszym z artykułów została podjęta próba określenia „nowoczesnego” paradygmatu niepełnosprawności wraz z analizą jego osadzenia w kontekście współczesnego rozumienia rehabilitacji społecznej (49). Analizując społeczną percepcję niepełnosprawności, odnieśliśmy ją i opisaliśmy odwołując się do przemian w obrębie kategorii definiującej niepełnosprawności, modeli niepełnosprawności, schematów jej postrzegania oraz społecznie usankcjonowanej formy odnoszenia się do zjawiska niepełnosprawności. Celem pracy był próba ukazania transformacji tych idei i próba nakreślenia ich syntezy w odniesieniu do

obowiązujących aktów prawnych w tym obszarze (między innymi: Deklaracji Madryckiej, Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych, Agendy 22).

W kolejnej pracy zostały omówione zadania i obowiązki, które w świetle Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie zostały nałożone na personel medyczny, ze szczególnym uwzględnieniem roli personelu pielęgniarskiego (50). Wskazano na funkcjonujące bariery systemowe i indywidualne ograniczające realizację ustawowych powinności. Celem tej pracy poglądowej było omówienie konkretnych wytycznych oraz ich implementacji w ramach efektywnego stosowania modeli prewencji przemocy przez profesjonalistów zdrowia.

W rozdziale kolejnej z prac została omówiona rola szkoły (pedagogów i psychologów) jako elementu wsparcia społecznego (51). Niezależnie od charakteru dysfunkcji rodziny - patologicznego lub niepatologicznego (rodzina, w której nie występują dewiacje społeczne, a która zmagą się z problemami natury na przykład: strukturalnej, ekonomicznej czy indywidualnej), głównym oczekiwaniem rodzin pozostają zadania związane z kompensowaniem i korygowaniem niedoborów wychowawczych powstałych na gruncie socjalizacji domowej.

[4] dorobek w zakresie edukacji filozoficznej

Ważnym osiągnięciem z tego okres jest **publikacja podręcznika** (M. Gajewska, K. Sobczak, *Filozofia. Podręcznik. Zakres rozszerzony*, Gdynia 2012), który został dopuszczony przez właściwego ministra ds. oświaty i wychowania oraz wpisany do wykazu podręczników przeznaczonych do kształcenia ogólnego w szkołach ponadgimnazjalnych (nr dopuszczenia: 585/2012/2015). Podręcznik ukazał się jako pozycja rozszerzona i uzupełniona publikacji: M. Gajewska, K. Sobczak, *Edukacja Filozoficzna. Ścieżka edukacyjna*, Gdynia 2007. W tych pracach pozostaje równorzędnym współautorem.

6.2. AKTYWNOŚĆ PUBLIKACYJNA PRZED UZYSKANIEM STOPNIA DOKTORA

Stopień naukowy doktora otrzymałem 24 listopada 2011 roku na podstawie rozprawy doktorskiej pt.: *Wpływ medycyny na przemiany postaw kulturowych wobec śmierci*, której promotorem był prof. dr hab. Zbigniew Machaliński, zaś recenzentami: prof. dr hab. Ludwik Kostro (Uniwersytet Gdański) oraz dr hab. Adam Szarszewski (Gdańsku Uniwersytet Medyczny).

Celem przygotowanej przeze mnie dysertacji była analiza czynników kształtujących kulturowe postawy wobec śmierci, ze szczególnym uwzględnieniem medycyny jako głównego parametru wpływającego na społeczne postrzeganie śmierci. W pracy została ukazana także dynamika zmian dyskursu kulturowego w nawiązaniu do najistotniejszych czynników kształtujących na przestrzeni lat społeczne postawy wobec śmierci i umierania. **Wybrane części pracy oraz badane obszary były przedstawiane na konferencjach naukowych oraz publikowane** między innymi jako rozdziały w monografiach pokonferencyjnych (52-56) oraz w artykule, który powstał przed nadaniem stopnia doktora, lecz opublikowano go po obronie dysertacji (57).

W sumie **przed uzyskaniem stopnia doktora** w latach 2007 – 2011 **opublikowałem** 8 rozdziałów w monografiach, 3 pozycje zwarte oraz 1 recenzja. W odniesieniu do tego dorobku pozostają 1. autorem 5 prac, równorzędnym 4 oraz współautorem 2 rozdziałów. Łączna liczba uzyskanych punktów publikacyjnych MEiN, zgodnie **z obowiązującą w tamtym czasie punktacją, wyniosła 45**. Tematyka tych prac dotyczyła głównie obszarów związanych z tanatologią (wybranymi aspektami śmierci i umierania w kontekstach społecznych) oraz propedeutyką filozofii i etyki. Ważnym osiągnięciem z tego okres jest publikacja podręcznika do nauki filozofii i etyki (M. Gajewska, K. Sobczak, *Edukacja filozoficzna. Ścieżka edukacyjna*, Gdynia 2007) oraz programu nauczania filozofii (M. Gajewska, K. Sobczak, *Edukacja filozoficzna. Ścieżka edukacyjna: program nauczania dla liceum ogólnokształcącego, liceum profilowanego i technikum*, Gdynia 2007), których pozostają równorzędnym współautorem.

6.2. REALIZACJA PROJEKTÓW NAUKOWO-BADAWCZYCH

Od czasu obrony pracy doktorskiej w roku 2011 **uczestniczyłem w 23 projektach naukowych, w większości z nich pełniąc funkcję kierowniczą**. W ramach tego obszaru mogę wyróżnić:

- A. projekty prowadzone w obszarze badań statutowych Zakładu Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej (od roku 2018 **pozostaję kierownikiem badań ST**),
- B. aktywności badawcze wynikające ze współpracy naukowej z innymi ośrodkami naukowymi: Wydziałem Psychologii Uniwersytetu Normadzkiego w Cean (Francja), Instytutem Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego, Instytutem Socjologii Uniwersytetu Gdańskiego, Katedrą Systemów i Sieci Komputerowych Politechniki Wrocławskiej, Katedrą Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej

Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku oraz jednostkami naukowymi Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego: Zakładem Badań nad Jakością Życia, Zakładem Medycyny Paliatywnej, Zakładem Medycyny Rodzinnej, Zakładem Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Kliniką Onkologii i Radioterapii, Kliniką Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantologicznej, Zakładem Immunobiologii i Mikrobiologii Środowiskowej.

- C. kierowanie i wdrażanie w obszar badań naukowych studentów i początkujących naukowców w ramach prac Studenckiego Koła Naukowego, którym kieruję od 2019 roku.

Większość projektów, które koordynowałem miała charakter badań ogólnokrajowych realizowanych we współpracy z ośrodkami naukowymi, ale także z fundacjami i stowarzyszeniami pacjenckimi.

Comparison of occurrence of narcissistic personalities among medical and social sciences student from Poland and France 2023 -
w trakcie

Zakres: studenci kierunków medycznych i społecznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersytetu Gdańskiego oraz Université de Caen Normandie

Współpraca: Wydział Psychologii Université de Caen Normandie, Centre d'Etudes et de Recherche sur les Risques et les Vulnérabilités (CERReV) – Francja, Zakład Psychologii Klinicznej i Zdrowia, Akademickie Centrum Wsparcia Psychologicznego Uniwersytetu Gdańskiego, Gdański Uniwersytet Medyczny (Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej)

Finansowanie w ramach konkursu: program stażowy „Research Travel Grants”, Inicjatywa Doskonałości – Uczelnia Badawcza, Gdański Uniwersytet Medyczny

Nr opinii NKB (Polska): 859/2022-2023

Opinia Comité Local d’Ethique de la Recherche en Santé (Francja): z dnia 17.04.2023.

Rola: kierownik projektu

Praktyczne wymiary troski duchowej w świadomości studentów trójmiejskich uczelni wyższych 2023 -
w trakcie

Zakres: badanie pilotażowe przy życiu autorskiego narzędzia Kwestionariusza Troski Duchowej oraz analiza jego właściwości psychometrycznych. Badanie realizowane w ramach współpracy GUMed-u i UG.

Nr opinii KE: 348/2023

Rola: kierownik zespołu i opiekun projektu w ramach aktywności Studenckiego Koła Naukowego Komunikacji Medycznej

Stres, style radzenia sobie i prężność psychiczna. Analiza doświadczeń studentów. 2023 -
w trakcie

Zakres: badanie ilościowe z zastosowaniem standaryzowanych narzędzi PSS-10, SPP-25, Mini-COPE

Nr opinii KE: 245/2023

Rola: kierownik i opiekun projektu w ramach aktywności Studenckiego Koła Naukowego Komunikacji Medycznej

Satysfakcja z życia w percepcji pacjentów hospicyjnych, zakres badań: analiza percepcji jakości życia u umierających pacjentów 2022 -
w trakcie

Zakres: badanie jakościowe prowadzone wśród pacjentów u kresu życia

Współpraca: Hospicjum pw. św. Ojca Pio w Pucku, Fundacja Hospicjum Onkologicznego św. Krzysztofa w Warszawie, Dom Hospicyjno-Opiekuńczy w Darłowie, Zakład Medycyny Rodzinnej GUMed-u

Nr opinii NKBBN: 385/2022

Rola: kierownik projektu

Opieka szpitalna nad imigrantkami z Ukrainy. Doświadczenia położnych w Polsce 2022 –
w trakcie

Zakres: badanie jakościowe prowadzone w oparciu o wywiady z położnymi

Nr opinii NKBBN: 100/2022

Rola: członek zespołu badawczego, kierownik badań statutowych

Zastosowanie metod uczenia maszynowego w predykcji poziomu wypalenia zawodowego, prężności oraz poczucia własnej skuteczności u psychologów klinicznych i lekarzy psychiatrów 2020 – w trakcie

Zakres: ogólnokrajowe, 290 psychologów i lekarzy psychiatrów

Współpraca: Katedra Systemów i Sieci Komputerowych Politechniki Wrocławskiej, Zakład Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii Uniwersytetu Gdańskiego, Zakład Medycyny Rodzinnej oraz Zakład Badań nad Jakością Życia Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Departament ds. zdrowia psychicznego przy Rzeczniku Praw Pacjenta

Patronat honorowy: Rzecznik Praw Pacjenta

Nr opinii NKBBN: 664/2020

Rola: współkierownictwo projektu

Wpływ pandemii COVID-19 na postawy wobec śmierci i umierania 2022 -

Zakres: badania ilościowe o charakterze ogólnopolskim na grupie 1011 pacjentów w trakcie

Nr opinii NKBBN: 231/2022

Rola: kierownik i opiekun projektu w ramach aktywności Studenckiego Koła Naukowego Komunikacji Medycznej

Wpływ urządzeń mobilnych i doświadczenia ringxiety na zachowania studentów podczas zajęć klinicznych 2022 - w trakcie

Zakres: badania ilościowe o charakterze ogólnopolskim.

Nr opinii NKBBN: 81/2023

Rola: kierownik i opiekun projektu w ramach aktywności Studenckiego Koła Naukowego Komunikacji Medycznej

Analiza postaw oraz przygotowania studentów wybranych kierunków medycznych do zarządzania otyłością pacjenta 2020 - w trakcie

Zakres: mapowanie wiedzy i luk edukacyjnych studentów kierunków medycznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w celu poprawy jakości kształcenia

Nr opinii NKBBN: 125/2020

Rola: członek zespołu badawczego

Ocena wpływu pandemii wirusa SARS-CoV-2 na relacje między pacjentami a lekarzami rodzinnymi

2021-2023

Zakres: badanie ogólnokrajowe na grupie 1014 pacjentów

Nr opinii NKBBN: 517/2021

Rola: kierownik i opiekun projektu w ramach aktywności Studenckiego Koła Naukowego Komunikacji Medycznej

Rezultaty badawcze: wyniki zaprezentowano na konferencji naukowej (58), oraz przygotowano dwa artykuły naukowe. Jeden z artykułów został opublikowany (35), MEiN = 40 pkt., a kolejny przyjęty do druku: E. Otręba, M. Dorobek, A. Dąbrowska, K. Sobczak, J. Czmyr, Z. Chmielewska, J. Świechowska, P. Dąbrowska, *Patients' preferences: Comparing the quality of medical services before and during the COVID-19 pandemic*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* MEiN = 20

Samoocena przygotowania studentów ostatniego roku medycyny do przekazywania niekorzystnych wiadomości medycznych

2021-2023

Zakres: badanie ogólnopolskie na grupie 321 studentów medycyny V i VI roku 14 uczelni

Nr opinii NKBBN: 287/2021

Rola: kierownik i opiekun projektu w ramach aktywności Studenckiego Koła Naukowego Komunikacji Medycznej

Rezultaty badawcze: wyniki zaprezentowano na 3 konferencjach naukowych (59, 60) oraz przygotowano 4 publikacje z czego opublikowano 3 (32, 33, 61) artykuły o łącznym wskaźniku 380 pkt. MEiN oraz IF = 4.300. Ostatnia z prac znajduje się w druku: J. Przeniosło, A. Kotłowska, M. Trzcíński, O. Lenkiewicz, J. Lenkiewicz, K. Sobczak, *Samoocena przygotowania studentów V i VI roku studiów medycznych do przekazywania informacji o niekorzystnej diagnozie*

Analiza postaw i doświadczeń pracowników instytucji medycznych w kontaktach z pacjentami chorującymi na otyłość

2019-2020

Zakres: badania ogólnokrajowe na grupie 184 profesjonalistów zdrowia

Współpraca: projekt realizowany przy wsparciu Rzecznika Praw Pacjenta i Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, Zespołu ds. przeciwdziałania dyskryminacji osób chorujących na otyłość

Nr opinii NKBBN: 694/2019-2020

Rola: kierownik projektu

Rezultaty badawcze: opublikowano 2 artykuły naukowe (22, 23) o łącznym wskaźniku 140 pkt. MEiN i IF = 6.453

Czynniki kształtujące poziom empatii studentów nauk medycznych i nauk społecznych 2019-2020

Zakres: badania na grupie 1783 studentów kierunków medycznych i społecznych

Współpraca: Zakład Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii Uniwersytetu Gdańskiego, Zakład Badań nad Jakością Życia Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Nr opinii NE: 4/2019

Rola: kierownik projektu

Rezultaty badawcze: przygotowano 4 artykuły naukowe, w tym 3 zostały opublikowane (38-40), a ich sumaryczny wskaźnik wynosi MEiN = 350 pkt. oraz IF = 7.063. Ostatnia praca znajduje się w procesie recenzji: K. Sobczak, I. Modrzejewska, A. Rudnik, A. Zdun-Ryżewska, W. Kamińska, *Barriers and facilitators to the development of empathy in the education of nurses and midwives*

Analiza poziomu empatii u studentów kierunków medycznych 2018-2019

Zakres: badania na grupie 536 studentów kierunków medycznych

Rola: kierownik badania

Rezultat badawczy: publikacja artykułu naukowego (37), MEiN = 40

Analiza doświadczeń pacjentów chorych na otyłość w kontaktach z personelem medycznym 2016-2019

Zakres: badania ogólnokrajowe na grupie 621 pacjentów chorujących na otyłość

Finansowanie zewnętrzne: badania zlecone na podstawie umowy z dnia 14.11.2017 nr 06-0647/06/145 zawartej między Gdańskiem Uniwersytetem Medycznym a Fundacją Osób Chorych na Otyłość OD-WAGA

Nr opinii NKBBN: 589/2017-2018

Rola: kierownik projektu

Rezultaty badawcze:

- a) raport z badań: K. Sobczak, K. Leoniuk, *Raport z badań: Analiza doświadczeń pacjentów chorych na otyłość w kontaktach z personelem medycznym*, Gdańsk 2019
- b) 3 opublikowane artykuły naukowe (19-21) o sumarycznym wskaźniku MEiN = 130 i IF = 2.711
- c) wystąpienie konferencyjne (62)

Badanie sondażowe potrzeb komunikacyjnych pacjentów sanatoryjnych z personelem medycznym w celu utworzenia aplikacji modelującej jakość interakcji medycznych 2017

Zakres: grupę badawczą stanowiło 270 pacjentów wybranych placówek sanatoryjnych

Finansowanie zewnętrzne: badania zlecone na podstawie umowy z dnia 14.11.2017 nr 06-0647/06/145 zawartej między Gdańskim Uniwersytetem Medycznym a AppiCare Sp. z o. o.

Rola: członek zespołu badawczego

Rezultat badawczy: raport z badań - A. Janaszczyk, K. Leoniuk, K. Sobczak, *Raport z badań. Badanie sondażowe potrzeb komunikacyjnych pacjentów sanatoryjnych z personelem medycznym w celu utworzenia aplikacji modelującej jakość interakcji medycznych*, Gdańsk 2017

Niekorzystna diagnoza – doświadczenia i oczekiwania pacjentów w komunikacji z lekarzem 2017-2019

zakres: badania ogólnokrajowe na grupie 314 pacjentów z doświadczeniem otrzymania niekorzystnej diagnozy

Nr opinii NKBBN: 475-33/2017

Rola: kierownik projektu

Rezultaty badawcze: publikacja 3 artykułów naukowych o łącznym wskaźniku 140 pkt. MEiN oraz IF = 5.598 (4, 29, 63)

Wybrane aspekty zmian prawa własności intelektualnej w systemie zdrowia 2015

Nr SYNABA: 31/12/2015

Rola: wykonawca

2016

Socjalizacja zawodowa studentów uczelni medycznych na przykładzie
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Nr SYNABA: 31/12/2016

Rola: wykonawca

Rezultat badawczy: prezentacja wyników badań na konferencjach naukowych
*Spółeczeństwo na rozdrożach (Warszawa 2016) oraz Edukacja – między filozofią
a naukami szczegółowymi (z uwzględnieniem sztuk wszelakich) (Warszawa
2016)*

Ocena jakości komunikacji między lekarzem a pacjentem

2015

Zakres: badanie ogólnokrajowe wykonane na grupie 967 pacjentów

Rola: kierownik projektu

Współpraca: Zakład Medycyny Rodzinnej GUMed-u

Nr opinii NKBBN: 292/2015

Rezultat badawczy: publikacja artykułu (27), MEiN = 30, IF = 1.487

Analiza jakości przekazywania informacji dotyczących procesów terapeutycznych
i diagnostycznych 2014-2015

Zakres: grupę badawczą stanowiło 100 lekarzy i 378 pacjentów Uniwersyteckiego
Centrum Klinicznego w Gdańsku. Badanie wykonywano przy współpracy 14. klinik
UCK

Współpraca: Zakład Medycyny Paliatywnej GUMed-u

Nr opinii NKBBN: 545/2014-2015

Rola: kierownik projektu

Rezultaty badawcze: publikacja 4 artykułów naukowych o łącznym wskaźniku 40
pkt. MEiN w latach 2016-2017 (24, 25, 64, 65)

Wybrane aspekty europeizacji prawa ochrony zdrowia, w tym prawa farmaceutycznego 2012

Nr SYNABA: 31/12/2012

Rola: wykonawca

Analiza specyfiki profilu naukowego w obszarze dyscypliny: nauki o zdrowiu, na podstawie akademickich prac badawczych. Studium z zakresu socjologii wiedzy naukowej 2010-2013

Zakres: badanie polegało na metaanalizie jakościowej projektów naukowych realizowanych na wydziałach nauk o zdrowiu i zarchiwizowanych w systemie internetowym Nauki Polskiej SYNABA w latach 2008-2013 oraz analizie ilościowej, w której grupę badanych stanowiło 574 pracowników i doktorantów 11 polskich uniwersytetów medycznych zatrudnionych na wydziałach nauk o zdrowiu

Rola: członek zespołu badawczego

Rezultaty badawcze: prezentacja wyników badań na konferencjach naukowych: *Interdyscyplinarny status nauk o zdrowiu: konieczność - przypadkowość – intuicyjność* (Lublin 2013) oraz *Nauki o zdrowiu: problem czy wyzwanie dla uniwersytetów medycznych?* (Warszawa 2013) oraz dwie publikacje w postaci artykułów naukowych o sumarycznym wskaźniku 14 pkt MEiN w roku 2016 (41, 42).

6.5. ZŁOŻONE WNIOSKI W RAMACH KONURSÓW NARODOWEGO CENTRUM NAUKI

W ramach pracy naukowej **podejmuję próby** realizacji zadań badawczych, które mogą zostać sfinansowane ze źródeł zewnętrznych w ramach trybu konkursowego. Do tej chwili przygotowałem lub brałem udział w przygotowaniach następujących wniosków grantowych:

Poczucie przygotowania personelu medycznego do dostarczania wsparcia duchowego w kontekście oczekiwań pacjentów onkologicznych 2023

Typ: OPUS 25

Nr rej.: 2023/49/B/HS6/00694

Rola: kierownik

Status: złożony, w trakcie pierwszego etapu oceny merytorycznej (NCN)

W drodze do kresu życia... Doświadczenia rodzin i bliskich pacjentów hospicyjnych w kontekście otrzymanego wsparcia 2023

Typ: OPUS 25

Nr rej.: 2023/49/B/HS6/01168

Rola: członek zespołu badawczego

Status: złożony, w trakcie pierwszego etapu oceny merytorycznej (NCN)

Używanie saszetek nikotynowych z perspektywy zdrowia publicznego - badanie metodami mieszanymi 2022

Typ: OPUS 24

Nr rej.: 2022/47/B/NZ7/02482

Rola: członek zespołu badawczego

Status: niezakwalifikowany do finansowania

Doświadczenia lekarzy związane z przekazywaniem informacji o śmierci pacjenta w następstwie COVID-19 2022

Cel: zdobycie wiedzy na temat trudności i wpływu jaki wywołała pandemia COVID-19 na doświadczenia lekarzy w zakresie przekazywanie informacji o śmierci pacjentów

Typ: Miniatura 6

Nr rej.: 2022/06/X/HS6/00152

Rola: kierownik

Status: niezakwalifikowany do finansowania

Doświadczenia lekarzy związane z sytuacją przekazania informacji o śmierci pacjenta spowodowanej COVID-19 2021

Cel: zdobycie wiedzy na temat trudności i wpływu jaki wywołała pandemia SARS-CoV-2 na doświadczenia lekarzy w zakresie przekazywanie informacji o śmierci pacjentów

Typ: Miniatura 5

Nr rej.: 2021/05/X/HS6/00922

Rola: kierownik

Status: niezakwalifikowany do finansowania

Porównanie doświadczeń pacjentów i lekarzy nefrologów w sytuacji przekazywania informacji o niekorzystnej diagnozie 2019

Cel: diagnoza poziomu kompetencji komunikacyjnych nefrologów oraz poznanie oczekiwań i potrzeb pacjentów w kontekście przekazywania niekorzystnych informacji medycznych

Typ: Badania podstawowe - OPUS

Nr rej.: 2019/35/B/HS6/03403

Rola: członek zespołu badawczego

Status: niezakwalifikowany do finansowania

6.5. AKTYWNOŚĆ RECENZENCKA

Na prośbę redakcji **przygotowywałem recenzje artykułów** naukowych dla następujących czasopism:

- BMC Medical Education (Spirnger Nature); MEiN = 140, IF = 3.263.
- BMC Family Practice (Spirnger Nature); MEiN = 100, IF = 2.634.
- Humanities and Social Sciences Communications (Spirnger Nature); MEiN = 20, IF = 2.731
- Przegląd Socjologiczny / Sociological Review (Łódzkie Towarzystwo Naukowe); MEiN = 40.
- Advances in Medical Education and Practice (DovePress); MEiN = 20.
- Journal of Life and Medical Science (Stowarzyszenie Młodych Naukowców); MEiN = 5.

6.6. WSPÓŁPRACA NAUKOWA

W ramach aktywności badawczej realizowałem projekty naukowe, współpracując z Wydziałem Psychologii Uniwersytetu Normadzkiego w Cean (Francja), Instytutem Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego, Instytutem Socjologii Uniwersytetu Gdańskiego, Katedrą Systemów i Sieci Komputerowych Politechniki Wrocławskiej, Katedrą Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz z Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku. Realizując badania, współpracowałem również z wieloma klinikami Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku oraz jednostkami naukowymi Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego: Zakładem Badań nad Jakością Życia, Zakładem Medycyny Paliatywnej, Zakładem Medycyny Rodzinnej, Zakładem Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Kliniką Onkologii i Radioterapii, Kliniką Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantologicznej, Zakładem Immunobiologii i Mikrobiologii Środowiskowej. Współpraca z tymi jednostkami dotyczyła zagadnień związanych z psychospołecznymi aspektami komunikacji w obszarze edukacji medycznej i ochronie zdrowia. Współpracuję z Rzecznikiem Praw Pacjenta oraz fundacjami i stowarzyszeniami działającymi na rzecz pacjentów. Współpracuje również z Hospicjum pw. św. Ojca Pio w Pucku, Fundacją Hospicjum Onkologicznego św. Krzysztofa w Warszawie oraz Domem Hospicyjno-Opiekuńczy w Darłowie, gdzie realizowany jest jedno z badań, którymi kieruje. Uczestniczę w pracach sekcji akademickiej Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej.

W roku 2023 zostałem zaproszony do udziału w międzynarodowym konsorcjum naukowym, które przygotowuje wniosek w ramach programu badań i innowacji Unii Europejskiej HORYZONT. Projekt wniosku, pod roboczym tytułem: „*HealthSpaces4all – Health Spaces for migrants in vulnerable situations and all.*” koordynuje prof. Jutta Bissinger, Department of Geography and Spatial Planning Université du Luxembourg, a deklarację współpracy złożyło 18 partnerów z ośrodków badawczych z krajów Unii Europejskiej.

6.7. UCZESTNICTWO W KONFERENCJACH NAUKOWYCH I SYMPOZJACH

Po otrzymaniu tytułu doktora nauk medycznych w roku 2011, uczestniczyłem i uczestniczę czynnie w konferencjach naukowych, z których 3 miały charakter międzynarodowy. Dwukrotnie prowadziłem sesje sprawozdawcze podczas konferencji ogólnokrajowych. Brałem również udział w 2 sympozjach naukowo-dydaktycznych. Zostałem

zaproszony do komitetu organizacyjnego III Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Interdyscyplinarne spojrzenie na Nauki o Zdrowiu” pamięci prof. dr. hab. n. med. Piotra Lassa (28-30.09.2023).

- 26 czerwca 2023 *Symposium Naukowo-Dydaktyczne: „Gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy? Nauczanie komunikacji na kierunku lekarskim”*
Organizator: Pracownia Medycyny Społecznej, Wydział Lekarski Collegium Medium w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej, Studium Komunikacji Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
- 19 maja 2023 *Symposium: „Gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy? Nauczanie socjologii medycyny na kierunku lekarskim”*
Organizator: Pracownia Medycyny Społecznej, Wydział Lekarski Collegium Medium w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika
- 2 kwietnia 2022 *VII Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowej „Komunikacja - wyzwaniem współczesnej medycyny”*
Organizator: Katedra i Zakład Psychologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Psychologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Wykład: *Refleksje studentów medycyny dotyczące emocji związanych z koniecznością przekazania informacji o niekorzystnej diagnozie*
- 14 lutego 2022 *I konferencja naukowo-praktyczna z udziałem międzynarodowym: „Komunikacja jako niezbędny element procesu kształcenia przyszłych lekarzy i farmaceutów”*
Organizator: Studium Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Narodowy Uniwersytet Medyczny im. Ołeksandra Bohomolca w Kijowie (Ukraina)

- Wystąpienie:** *Wybrane strategie edukacyjne w nauczaniu komunikacji medycznej (Вибрані освітні стратегії у викладанні медичної комунікації)*
- 4-5 marca 2022 *14. Ogólnopolska Konferencja Psychoonkologiczna*
Organizator: Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne
Prowadzenie sesji VIII „Sesja młodych psychoonkologów”
- 26-27 listopada 2021 *V Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Komunikacja w medycynie*
Organizator: Studium Komunikacji Medycznej WUM, Akademia Komunikacji Medycznej, Centrum Nauk Humanistycznych i Społecznych Medycyny WUM, Zespół Języka Medycznego Rady Języka Polskiego PAN, Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej
Wystąpienie: *Przekazywanie niekorzystnej diagnozy – doświadczenia i obawy studentów medycyny*
- 18-19 listopada 2021 *I Naukowa Konferencja Wydziału Nauk o Zdrowiu z IMMiT pamięci prof. dr. hab. n. med. Piotra Lassa*
Organizator: Gdański Uniwersytet Medyczny
Wystąpienie: *Bariery w leczeniu otyłości – analiza porównawcza doświadczeń oraz opinii pacjentów i personelu medycznego.*
Prowadzenie sesji III
- 8 grudnia 2016 *Społeczeństwo na rozdrożach*
Organizator: Społeczna Akademia Nauk w Warszawie
Wystąpienie: *Aksjologiczny wymiar socjalizacji studentów uczelni medycznych w kontekście zagrożeń „nowoczesności”*
- 23-24 listopada 2016 *Edukacja – między filozofią a naukami szczegółowymi (z uwzględnieniem sztuk wszelakich)*
Organizator: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Wystąpienie: *Wymiar studenckiej subkultury socjalizacyjnej w edukacji medycznej*

27-28 listopada 2013 *Studia nad wiedzą – Kreowanie społeczeństwa niewiedzy*

Organizator: Katolicki Uniwersytet Lubelski

Wystąpienie: *Interdyscyplinarny status nauk o zdrowiu: konieczność - przypadkowość - intuicyjność.*

6-8 grudnia 2013 *University today. Challenges for tertiary education*

Organizator: Uniwersytet Warszawski

Wystąpienie: *Nauki o zdrowiu: problem czy wyzwanie dla uniwersytetów medycznych?*

Przed uzyskaniem stopnia doktora nauk medycznych brałem czynny udział w 6 konferencjach naukowych (2007-2010). Wygłoszone przez mnie wystąpienia zostały opublikowane w formie rozdziałów w monografiach pokonferencyjnych (52-56). Podczas IV Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej: *Życiodajna śmierć - pamięci Elizabeth Kübler-Ross*, organizowanej przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (11-14.12.2008) zostałem wyróżniony pierwszą nagrodą w sesji Humanistyczny wymiar śmierci (56).

7. DZIAŁANOŚĆ DYDAKTYCZNA

Moja działalność dydaktyczna od czasu zatrudnienia w Zakładzie Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej związana jest z kształceniem studentów **na trzech wydziałach** (nauk o zdrowiu, farmaceutycznym, lekarskim), gdzie prowadzę wykłady, seminaria oraz ćwiczenia. Prowadzone przeze mnie zajęcia od momentu uzyskania stopnia doktora można uporządkować w odniesieniu do trzech obszarów tematycznych:

[1] Socjologii i psychologii: Socjologia medycyny (WL), Psychologia i socjologia (WF)

[2] Filozofii, etyki i bioetyki: Filozofia, Filozofia z elementami antropologii, Filozofia i podstawy etyki, Historia etyki z elementami filozofii, Etyka, Logika – Wydziału Nauk o Zdrowiu (WNoZ)

[3] Nauk pedagogicznych: Pedagogika specjalna, Andragogika, Dydaktyka - WNoZ

Na bieżąco uczestniczę w modyfikacji programów kształcenia dla powyższych przedmiotów. W latach 2018-2020 pełniłem funkcję kierownika dydaktycznego wszystkich przedmiotów obligatoryjnych realizowanych przez Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej.

Jestem autorem programów nauczania dla trzech **przedmiotów fakultatywnych** prowadzonych na Wydziale Lekarskim, które co roku cieszą się dużym zainteresowaniem studentów:

[1] Wybrane elementy socjologii śmierci

[2] Psychospołeczne aspekty wybranych problemów bioetycznych

[3] Medycyna III Rzeszy w ujęciu etyczno-historycznym

Moja aktywność dydaktyczna jest wysoko oceniana przez przełożonych oraz studentów. Wyniki anonimowej oceny studentów w ankiecie ewaluującej zajęcia dydaktyczne, które prowadziłem w okresie ostatnich 5 lat (pełne semestry od 2018 do 2022) wyniosły **97,8% satysfakcji z prowadzonych zajęć.**

W latach 2018-2020 prowadziłem również zajęcia z Logiki z elementami semiotyki oraz Etyki na kierunku Fizyka Medyczna, Wydziału Matematyki, Fizyki i Informatyki Uniwersytetu Gdańskiego.

Od 2016 pełnię funkcję promotora prac magisterskich i licencjackich. **Jestem promotorem 34 prac magisterskich oraz jednej pracy licencjackiej**, na kierunku pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii i zdrowia publicznego.

W roku 2019 **zostałem opiekunem Studenckiego Koła Naukowego Komunikacji Medycznej.** W ramach prac SKN-u kieruję projektami naukowo-badawczymi, których wyniki są przedstawiane na konferencjach naukowych oraz publikowane w czasopiśmie naukowych i monografiach pokonferencyjnych. W ramach tej aktywności współorganizowałem liczne warsztaty i szkolenia, współpracując z instytucjami ochrony zdrowia i hospicjami oraz przygotowywałem spotkania i wykłady z osobami związanymi z opieką zdrowotną. Wysoka aktywność Koła była wielokrotnie doceniana, a zaangażowani studenci wyróżniani na konferencjach oraz nagrodzeni nagrodą Rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego za zaangażowanie i działalność na rzecz społeczności akademickiej, aktywność naukową i organizacyjną.

7.1. INNOWACJE EDUKACYJNE

Od 2022 roku w ramach funkcjonowania Pracowni Komunikacji Medycznej organizuję i kieruję projektem rozwoju kompetencji komunikacyjnych dla studentów GUMed-u „Med-Kom” (<https://informatorkumed.edu.pl/505>), który odbywa się pod honorowym patronatem Rektora GUMed-u oraz Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu. Jestem autorem koncepcji kształcenia w ramach cyklu szkoleń i warsztatów terapeutycznych organizowanych w pracowni we współpracy z instytucjami zewnętrznymi oraz aktorami Teatru Wybrzeże. W ramach programu prowadzę również zajęcia warsztatowe:

- [1] Twardość psychiczna i odporność na stres. Praktyczny program rozwoju umiejętności zarządzania emocjami
- [2] Skuteczna komunikacja z pacjentem. Praktyczne szkolenie technik i umiejętności komunikacyjnych
- [3] “Innymi Słowy” - Empatyczna komunikacja w opiece nad pacjentem

Program Med-Kom znalazł uznanie w opinii władz uczelni oraz cieszy się dużym zainteresowaniem studentów.

7.2. UCZESTNICTWO W SZKOLENIACH, KURSACH I STAŻACH ZAWODOWYCH

W okresie od stycznia do maja 2017 roku odbyłem staż zawodowy w firmie specjalizującej się między innymi w psychologii komunikacji oraz rozwoju kompetencji miękkich pracowników medycznych (Whitefox Sp. z o.o.). Podczas realizacji stażu prowadziłem szkolenia dla pracowników opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki poziomu rozwoju kompetencji miękkich (*Development Center* i *Assessment Center*), kompetencji opartych na elementach Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (TSR), interwencji w sytuacjach trudnych oraz treningu redukcji stresu (wybranych elementów *Mindfulness-Based Stress Reduction*).

Uczestniczyłem w 4 certyfikowanych szkoleniach organizowanych przez Elsevier w zakresie przeprowadzania procesów recenzji oraz publikacji artykułów naukowych. Brałem udział w szkoleniach dotyczących rozwoju kompetencji edukacyjnych w nauczaniu osób dorosłych oraz przeciwdziałaniu mobbingowi i dyskryminacji.

8. DZIAŁALNOŚĆ ORGANIZACYJNA

8.1. ORGANIZACJA KONFERENCJI NAUKOWYCH

W roku 2021 należałem do **Komitetu Naukowego** I Naukowej Konferencji Wydziału Nauk o Zdrowiu z IMMiT pamięci prof. dr. hab. n. med. Piotra Lassa. Od roku 2023 jestem członkiem **Komitetu Organizacyjnego** III Konferencji Naukowej “Interdyscyplinarne spojrzenie na Nauki o Zdrowiu” pamięci profesora Piotra Lassa.

8.2. CZŁONKOSTWO W TOWARZYSTWACH NAUKOWYCH, GREMIACH EKSPERCKICH I KOMISJACH

Jestem członkiem:

- [1] Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej
- [2] Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego
- [3] Zespołu przy Rzeczniku Praw Pacjenta ds. przeciwdziałania dyskryminacji osób chorujących na otyłość

Należę do X obszaru i zespołu badawczego „*Integrated and palliative care, quality of life, survivorship*” Priorytetowego Obszaru Badawczego w ramach programu „Inicjatywa Doskonałości – Uczelnia Badawcza” GUMed-u.

Brałem udział w pracach uczelnianych komisji egzaminacyjnych na kierunkach: pielęgniarstwo (2013 r), zdrowie środowiskowe (2016) oraz zdrowie publiczne (2018).

W latach 2020-2021 pełniłem funkcję konsultanta w międzynarodowym projekcie: *Is it really the end? – creating space and support for dying patients’ loved ones* organizowanym przez *European Federation of Psychology Students’ Associations (EFPSA)* w ramach *Research Programme 2020-2021* realizowanym przez Zakład Psychologii Klinicznej i Zdrowia Uniwersytetu Gdańskiego.

W roku 2023 brałem udział w spotkaniu konsultacyjno-eksperckim dotyczącym komunikacji z pacjentem w punkcie szczepień, które odbywało się w ramach realizacji projektu Narodowego Centrum Badań i Rozwoju 178 „Budowanie zaufania do szczepień ochronnych z wykorzystaniem najnowszych narzędzi komunikacji i wpływu społecznego – Med Fake”.

Ważnym doświadczeniem w mojej pracy, przed uzyskaniem stopnia doktora, był **udział w pracach eksperckiej grupy ds. standardów wymagań egzaminacyjnych egzaminu maturalnego z filozofii**, powołanej w roku 2007 przez Ministra Edukacji Narodowej przy Centralnej Komisji Egzaminacyjnej w Warszawie oraz współpraca z Okręgową Komisją Egzaminacyjną w Gdańsku, dla której przygotowywałem i recenzowałem arkusze maturalne z filozofii.

9. DZIAŁALNOŚĆ NA RZECZ UPOWSZECHNIANIA NAUKI

Prowadziłem wykłady dla pracowników Dziecięcego Hospicjum Pomorze Dzieciom. Brałem udział w prowadzeniu warsztatów podczas Areopagu Etycznego organizowanego przez Puckie Hospicjum pw. św. Ojca Pio. W ramach aktywności związanej z upowszechnianiem nauki i promocją zdrowia udzielałem wywiadów prasowych i radiowych, byłem prelegentem webinarów organizowanych przez studenckie koła naukowe. Podczas konferencji „Co dalej?” (13-14 maja 2023) zorganizowanej w Europejskim Centrum Solidarności przez studenckie koła naukowe uczelni Fahrenheita prowadziłem debatę akademicką „Social media a wizerunek lekarzy”. Podczas XXXVII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego na zaproszenie organizatorów współprowadziłem szkolenia z zakresu komunikacji medycznej w obszarze pediatrycznym – W gabinecie pediatry: komunikacja między lekarzem a pacjentem (16 czerwca 2023). Brałem udział w symposium zorganizowanym przez Pracownię Komunikacji Społecznej UMK w Toruniu – „Gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy? Nauczanie komunikacji na kierunku lekarskim” (16 czerwca 2023).

10. WYBRANE WYRÓŻNIENIA I NAGRODY

W roku 2022 zostałem wskazany przez Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego do odznaczania medalem Komisji Edukacji Narodowej (wniosek w trakcie rozpatrywania).

W roku 2023 kierownik Zakładu Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej wystąpił z wnioskiem o przyznanie nagród Rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego za osiągnięcia organizacyjne i naukowe (wnioski w trakcie rozpatrywania).

11. BIBLIOGRAFIA

1. Zolnierek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009;47(8):826-34.
2. Stefaniak K. Władza i tożsamość w komunikacji lekarz-pacjent. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT; 2011.
3. Durkheim É. Zasady metody socjologicznej. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1968.
4. Sobczak K, Leoniuk K, Janaszczyk A. Delivering bad news: patient's perspective and opinions. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:2397-404.
5. Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching Medical Students and Residents Skills for Delivering Bad News: A Review of Strategies. *Academic Medicine*. 2004;79(2):107-17.
6. Golin C, DiMatteo MR, Duan N, Leake B, Gelberg L. Impoverished diabetic patients whose doctors facilitate their participation in medical decision making are more satisfied with their care. *J Gen Intern Med*. 2002;17(11):857-66.
7. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002;15(1):25-38.
8. Clark PA. Medical practices' sensitivity to patients' needs. Opportunities and practices for improvement. *J Ambul Care Manage*. 2003;26(2):110-23.
9. Suchman AL, Roter D, Green M, Lipkin M. Physician satisfaction with primary care office visits. Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Med Care*. 1993;31(12):1083-92.
10. Ammentorp J, Sabroe S, Kofoed PE, Mainz J. The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy. A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2007;66(3):270-7.
11. Alelwani SM, Ahmed YA. Medical training for communication of bad news: A literature review. *J Educ Health Promot*. 2014;3:51. Epub 20140623.
12. Brown R, Dunn S, Byrnes K, Morris R, Heinrich P, Shaw J. Doctors' stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations. *Acad Med*. 2009;84(11):1595-602.
13. Shaw J, Brown R, Heinrich P, Dunn S. Doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Educ Couns*. 2013;93(2):203-8.
14. Al-Mohaimed AA, Sharaf FK. Breaking bad news issues: a survey among physicians. *Oman Med J*. 2013;28(1):20-5.
15. Hulsman RL, Pranger S, Koot S, Fabriek M, Karemaker JM, Smets EM. How stressful is doctor-patient communication? Physiological and psychological stress of medical students in simulated history taking and bad-news consultations. *Int J Psychophysiol*. 2010;77(1):26-34.
16. Pottier P, Dejoie T, Hardouin JB, Le Loupp AG, Planchon B, Bonnaud A, et al. Effect of stress on clinical reasoning during simulated ambulatory consultations. *Med Teach*. 2013;35(6):472-80.
17. LeBlanc VR, McConnell MM, Monteiro SD. Predictable chaos: a review of the effects of emotions on attention, memory and decision making. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2015;20(1):265-82.
18. Narayanan V, Bista B, Koshy C. 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *Indian J Palliat Care*. 2010;16(2):61-5. doi: 10.4103/0973-1075.68401.
19. Sobczak K, Leoniuk K, Rudnik A. Experience of Polish Patients with Obesity in Contacts with Medical Professionals. *Patient Preference and Adherence*. 2020;14:1683-8.
20. Sobczak K, Leoniuk K. Attitude towards obesity and its treatment – analysis of the attitudes of patients with obesity. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2020;22(4):325-30.
21. Leoniuk K, Sobczak K. Experience of Patients Suffering From Obesity in Their Contact With Nurses. *Long-Term Care Nursing*. 2020;5(3):219-28.
22. Sobczak K, Leoniuk K. Attitudes of Medical Professionals Towards Discrimination of Patients with Obesity. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:4169-75.
23. Mojkowska A, Sobczak K, Leoniuk K, Henzler M, Jackowski M. Medical or Common Knowledge? Knowledge of Medical Professionals on Obesity Diagnosis Criteria and Treatment. *Obes Facts*. 2023;16(3):216-23.
24. Sobczak K, Pawłowski L, Pietrzykowska M, Spolak N. The comparison of Polish doctors' and patients' perspective on the quality of clinical communication. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*. 2016;4:40-6.
25. Sobczak K, Leoniuk K, Pawłowski L, Spolak N. Komunikacja kliniczna – porównanie opinii lekarzy i pacjentów. *Pomeranian Journal of Life Science*. 2016;62(3):67-73.
26. Sobczak K, Leoniuk K, Spolak N, Pawłowski L. Ocena wybranych elementów komunikacji medycznej w opinii lekarzy i pacjentów klinicznych. *Miscellanea Anthropologica et Sociologica*. 2017;18(2):149-58.

27. Sobczak K, Leoniuk K, Janaszczyk A, Pietrzykowska M. Patients' Expectations as to Doctors' Behaviors During Appointed Visits. *Health Communication*. 2017;32(4):517-9.
28. Sobczak KJ, A.; Leoniuk, K. CONTACT – communication protocol for family practitioners and specialists. *Journal of Medical Science*. 2017;86(4):300-7.
29. Sobczak K, Leoniuk K, Agata J. Delivering bad news in the perspective of patient rights. *Pomeranian J Life Sci*. 2020;66(3):21-35.
30. Sobczak K, Rudnik A. The dialectical method as a way of delivering bad news. *Palliative Medicine*. 2020;12(4):1-5.
31. Sobczak K. The 'CONNECT' protocol: delivering bad news by phone or video call. *International Journal of General Medicine*. 2022;15:3567–72.
32. Kotłowska A, Przeniosło J, Sobczak K, Plenikowski J, Trzciniński M, Lenkiewicz O, et al. Influence of Personal Experiences of Medical Students on Their Assessment of Delivering Bad News. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(19):12040.
33. Lenkiewicz J, Lenkiewicz O, Trzciniński M, Sobczak K, Plenikowski J, Przeniosło J, et al. Delivering Bad News: Self-Assessment and Educational Preferences of Medical Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(5):2622.
34. Sobczak K. Przekazywanie informacji o niekorzystnej diagnozie i rokowaniu. *Forum Medycyny Rodzinnej*. 2014;8(6):320–8.
35. Chmielewska Z, Sobczak K, Dąbrowska P, Dąbrowska A, Świechowska J, Czmyr J, et al. Patients' preferences – evaluation of teleconsultations during the COVID-19 pandemic. *Med Og Nauk Zdr*. 2023.
36. Rudnik A, Sobczak K. The importance of narrative medicine in palliative care. *Palliat Med Pract*. 2021;15(1):64-9.
37. Sobczak K, Popowicz B. The analysis of the empathy factor in students of medical sciences. *Polish Annals of Medicine*. 2019;26(2):145-50.
38. Sobczak K, Zdun-Ryżewska A, Rudnik A. Intensity, dynamics and deficiencies of empathy in medical and non-medical students. *BMC Medical Education*. 2021;21(1):487.
39. Zdun-Ryżewska A, Sobczak K, Rudnik A. Fatigue, Pro-Social Attitude and Quality of Life as Predictors of Empathy in Medical and Social-Oriented Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(23):15853.
40. Wielewska MK, Godzwon JM, Gargul K, Nawrocka E, Konopka K, Sobczak K, et al. Comparing Students of Medical and Social Sciences in Terms of Self-Assessment of Perceived Stress, Quality of Life, and Personal Characteristics. *Frontiers in Psychology*. 2022;13:815369.
41. Janaszczyk A, Leoniuk K, Sobczak K. Nauki o zdrowiu: problem czy wyzwanie dla uniwersytetów medycznych? *Kwartalnik Pedagogiczny*. 2016;3(241):205-26.
42. Sobczak K, Janaszczyk A, Leoniuk K. Interdyscyplinarny status nauk o zdrowiu: konieczność: przypadkowość: intuicyjność. In: Jabłoński A, Szymczyk J, Zemło M, editors. *Kreowanie społeczeństwa niewiedzy Studia nad wiedzą*. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2015. p. 441-59.
43. Janaszczyk A, Wengler L, Popowski P, Pietrzak P, Adrych-Brzezińska I, Adamska-Pietrzak E, et al. Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu. Część 1: Filozoficzne i społeczne aspekty nauk o zdrowiu. Gdańsk: Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych; 2012.
44. Sobczak K, Janaszczyk A. Białe kłamstwo w praktyce medycznej z perspektywy wybranych teorii etycznych. *Analiza i Egzystencja*. 2015;32:49-69.
45. Sobczak K, Janaszczyk A, editors. *Kontrowersje wokół neurologicznego kryterium śmierci mózgu*. *Forum Medycyny Rodzinnej*; 2012.
46. Janaszczyk A, Sobczak K. Matryca dylematów etycznych jako narzędzie dydaktyczne w etyce zdrowia publicznego. In: Pilarz Ł, editor. *Komórki, tkanki i narządy ludzkie – prawne problemy wykorzystania medycznego i pozamedycznego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe TYGIEL; 2023. p. 49-61.
47. Sobczak K, Bandurska E, Zarzeczna-Baran M, Wengler L. The Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. In: Wengler L, Olszewska-Karaban M, Bandurska E, Popowski P, Adrych-Brzezińska I, Zarzeczna-Baran M, editors. *Council of Europe Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine: Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych*; 2013. p. 150-60.
48. Patients' Rights In The Judgments Of The European Court Of Human Rights. Selected Case Law. In: Wengler L, Popowski P, Pietrzak P, Adamska-Pietrzak E, Gac A, Sobczak K, editors. *Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych 2*. Gdańsk 2012.

49. Janaszczyk A, Leoniuk K, Sobczak K. "Nowoczesny" paradygmat niepełnosprawności jako podstawa dla oddziaływań z zakresu rehabilitacji społecznej. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*. 2013;13(4):139-56.
50. Leoniuk K, Nowakowska H, Sobczak K. Zadania pielęgniarki w systemie przeciwdziałania przemocy domowej. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2013;21(3):397-402.
51. Leoniuk K, Janaszczyk A, Sobczak K. Dzieci z rodzin problemowych w systemie edukacji. In: Walachowska W, Zduniak A, editors. *Podmiotowość w edukacji wobec odmienności kulturowych oraz społecznych różnicowań*: Poznań 2013. p. 245-51.
52. Sobczak K. Model śmierci na uzgodnienie a społeczne postawy wobec eutanazji. In: Kolbuszewski J, editor. *Problemy współczesnej tanatologii : Medycyna - Antropologia kultury - Humanistyka*. 14. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe; 2010. p. 55-66.
53. Sobczak K. Współczesne postawy wobec śmierci. In: Kolbuszewski J, editor. *Problemy współczesnej tanatologii: Medycyna - antropologia kultury - humanistyka*. 13. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe; 2009. p. 35-40.
54. Gajewska M, Sobczak K. O kulturowej potrzebie propedeutyki śmierci. In: Kolbuszewski J, editor. *Problemy współczesnej tanatologii: medycyna - antropologia kultury - humanistyka*. 12. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe; 2009. p. 15-26.
55. Sobczak K. O możliwości filozofii śmierci jako nauki. In: Kolbuszewski J, editor. *Problemy współczesnej tanatologii: medycyna - antropologia kultury - humanistyka*. 11. Wrocław Wrocławskie Towarzystwo Naukowe; 2007. p. 47-52.
56. Sobczak K. O pocieszeniu, jakie daje śmierć. In: Krajewska-Kułać E, Łukaszyk C, Jankowiak B, editors. *W drodze do brzegu życia. IV*. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; 2008. p. 109-19.
57. Sobczak K. O rozumieniu śmierci w antyku greckim i rzymskim. *Humanistyka i Przyrodoznawstwo*. 2014;20:479-502.
58. Otręba E, Dąbrowska A, Świechowska J, Dąbrowska P, Dorobek M, Sobczak K. Patients' attitude to selected changes in the health services caused by the SARS-Cov-2 pandemic. Preliminary report. *European Journal of Translational and Clinical Medicine*. 2021;4:43.
59. Sobczak K, Lenkiewicz O. Selected educational strategies in the teaching of medical communication. *Ukrainian Scientific Medical Youth Journal*. 2022;135:8.
60. Trzeciński M, Lenkiewicz O, Lenkiewicz J, Sobczak K, Paradowska K, Plenikowski J, et al. Experiences and educational preferences of medical students in the field of delivering bad news. *European Journal of Translational and Clinical Medicine*. 2021;4:411.
61. Sobczak K, Trzeciński M, Kotłowska A, Lenkiewicz J, Lenkiewicz O, Przeniosło J, et al. Delivering bad news: Emotional perspective and coping strategies of medical students. *Psychology Research and Behavior Management*. 2023;16: 3061-3074.
62. Sobczak K, Leoniuk K. Obesity treatment barriers - comparative analysis of experiences and opinions of patients and medical staff. *European Journal of Translational and Clinical Medicine*. 2021;4:42.
63. Leoniuk K, Sobczak K. Unfavorable Medical Diagnosis - Oncological Patients' Experiences and Preferences. *Health Commun*. 2019:1-7.
64. Sobczak K, Leoniuk K, Natalia S, Pawłowski L. Ocena wybranych elementów komunikacji medycznej w opinii lekarzy i pacjentów klinicznych. *Miscellanea Anthropologica et Sociologica*. 2017;18(3):149-58.
65. Sobczak K, Pawłowski L, Pietrzykowska M, Spolak N. Delivering bad news by physicians: Polish reality check. *Journal of Medical Science*. 2016;85(3):172-7.