

AUTOREFERAT

w postępowaniu o nadanie stopnia doktora habilitowanego
w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki medyczne

Tytuł osiągnięcia naukowego:

Perspektywa pacjenta w komunikacji medycznej – praktyka i dydaktyka

dr n. społ. Antonina Doroszevska

Studium Komunikacji Medycznej
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Warszawa 2025

Spis treści

I. Dane osobowe	3
II. Posiadane dyplomy	3
III. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu	3
IV. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.)	5
1. Tytuł osiągnięcia naukowego: Perspektywa pacjenta w procesie komunikacji lekarz – pacjent oraz w kształceniu medycznym	5
2. Szczegółowy opis celu naukowego, metodyki przetwarzania danych i uzyskanych wyników	5
V. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej	24
1. Podsumowanie dorobku naukowego na podstawie analizy bibliometrycznej	24
2. Opis aktywności naukowej (poza osiągnięciem, o którym mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 Ustawy, opisanym w pkt. 4 autoreferatu)	25
VI. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę	34
VI.1. Działalność dydaktyczna	34
VI.2. Działalność organizacyjna	41
VI.3. Działalność popularyzująca naukę	43
VII. Inne	49
VII.1. Nagrody, stypendia	49
VII.2. Członkostwo w krajowych i międzynarodowych organizacjach naukowych	50
VII.3. Ukończone szkolenia związane z metodyką kształcenia kompetencji komunikacyjnych oraz edukacją medyczną	50
VII.4. Inna działalność:	51

I. Dane osobowe

Imię i nazwisko: Antonina Doroszevska

Dane kontaktowe: antonina.doroszevska@wum.edu.pl

Adres służbowy: Studium Komunikacji Medycznej, ul. Litewska 16, 00-575 Warszawa

ORCID: 0000-0003-0764-2105

II. Posiadane dyplomy

2024-2025	Edukacja medyczna – ukończone studia podyplomowe
2013	Doktor nauk społecznych Tytuł rozprawy doktorskiej: „Społeczne role położnych” Promotor: prof. dr hab. Józefa Hrynkiwicz Recenzenci: prof. dr hab. Krzysztof Kiciński dr hab. Włodzimierz Piątkowski
2004	Magister socjologii Tytuł pracy magisterskiej: „Nieletnie matki – analiza wybranych problemów” Promotor: prof. dr hab. Krzysztof Kiciński Specjalizacje ukończone w trakcie studiów: „Pomoc społeczno-terapeutyczna” oraz „Ekspertyza społeczno-prawna”

III. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu

2018 – obecnie	Studium Komunikacji Medycznej Warszawski Uniwersytet Medyczny starszy wykładowca, adiunkt dydaktyczny, adiunkt badawczo-dydaktyczny (od 1.01.2024)
2008 – 2013	Międzywydziałowe Środowiskowe Studia Doktoranckie Wydział Historyczny, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Uniwersytet Warszawski
2005 – 2017	Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Warszawski Uniwersytet Medyczny wykładowca, asystent (w latach 2016-2017)

Pełnione funkcje:

1 X 2019 – obecnie	Kierownik Studium Komunikacji Medycznej Warszawski Uniwersytet Medyczny
24 IX 2024 – obecnie	Pełnomocnik Rektora ds. Rozwoju Dydaktyki Warszawski Uniwersytet Medyczny
2019 – 2020	p.o. Dyrektora Centrum Doskonalenia Edukacji Medycznej/Dyrektor (od 1.10.2020) Warszawski Uniwersytet Medyczny
IX 2018 – IX 2019	p.o. kierownika Studium Komunikacji Medycznej Warszawski Uniwersytet Medyczny
2017 – 2019	Pełnomocnik Rektora ds. Utworzenia Centrum Edukacji Medycznej Warszawski Uniwersytet Medyczny

IV. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.)

1. Tytuł osiągnięcia naukowego: Perspektywa pacjenta w procesie komunikacji lekarz – pacjent oraz w kształceniu medycznym

Osiągnięcie naukowe obejmuje autorską monografię pt. „**Perspektywa pacjenta w komunikacji medycznej. Praktyka i dydaktyka**”, zawierającą opracowany przeze mnie model pojęcia „**perspektywa pacjenta**” oraz protokół **PERSPECTIVE**.

Monografia, model pojęcia „perspektywa pacjenta” oraz protokół PERSPECTIVE są w całości autorskimi opracowaniami. Praca obejmuje przegląd dostępnego piśmiennictwa, prezentację własnej koncepcji teoretycznej oraz – na jej podstawie – część badawczą i aplikacyjną, w tym:

- a) sformułowanie problemów badawczych, celów i hipotez,
- b) przedstawienie wyników analiz własnego materiału badawczego oraz wynikających z nich założeń protokołu PERSPECTIVE,
- c) a także wnioski odnoszące się do sposobu nauczania i kształtowania kompetencji komunikacyjnych z uwzględnieniem perspektywy pacjenta.

1. Szczegółowy opis celu naukowego, metodyki przetwarzania danych i uzyskanych wyników

Wprowadzenie

W ostatnich latach w Polsce obserwuje się dynamiczny rozwój komunikacji medycznej – zarówno jako dziedziny naukowo-badawczej, w której powstaje coraz więcej prac i publikacji, jak i jako obszaru dydaktyki realizowanej na uczelniach medycznych. Równocześnie standardy kształcenia medycznego ulegają istotnym zmianom – coraz wyraźniej podkreślają znaczenie wiedzy i umiejętności w zakresie komunikacji z pacjentem.

Komunikacja, rozumiana jako umiejętność budowania relacji terapeutycznej, uznawana jest dziś za jedną z kluczowych kompetencji klinicznych. Wpływa nie tylko na poziom zaufania pacjenta do lekarza, lecz także na przestrzeganie przez chorych zaleceń terapeutycznych. W programach nauczania polskich uczelni medycznych systematycznie zwiększa się liczba godzin poświęconych rozwijaniu kompetencji komunikacyjnych. Są one również przedmiotem oceny w ramach egzaminów praktycznych, zwłaszcza typu OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*).

Zgodnie z rekomendacjami Zespołu Ministra Zdrowia ds. opracowania zasad wykorzystywania Centrów Symulacji Medycznej oraz przeprowadzania egzaminów standaryzowanych, umiejętności komunikacji są weryfikowane dwukrotnie:

- w OSCE I, stanowiącym potwierdzenie tych kompetencji po pierwszym cyklu zajęć klinicznych,
- oraz w OSCE II, odbywającym się na zakończenie studiów na kierunku lekarskim.

Jak zauważył jeden z najwybitniejszych etyków medycyny, Edmund Pellegrino, „medycyna jest najbardziej humanistyczną z nauk i najbardziej naukową z nauk humanistycznych”. Ta myśl znajduje odzwierciedlenie w współczesnym modelu opieki skoncentrowanej na pacjencie, coraz szerzej stosowanym w krajach europejskich, Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, a także w Polsce. Model ten zakłada, że osoba chora powinna znajdować się w centrum wszystkich działań systemu ochrony zdrowia – zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i instytucjonalnym. Kluczem do jego realizacji jest rozumienie potrzeb pacjenta i właściwa komunikacja.

Cel naukowy

Osią prezentowanego osiągnięcia naukowego jest zagadnienie **perspektywy pacjenta** w procesie **komunikacji i edukacji medycznej**. Cel ten zrealizowano poprzez:

1. Opisanie modelu teoretycznego definiującego pojęcie *perspektywa pacjenta*, uwzględniającego podejścia z różnych dyscyplin oraz szczegółowo opisującego elementy składające się na to pojęcie.
2. Analizę wyników badań empirycznych, obejmującą:
 - a) ocenę, jak studenci kierunków medycznych postrzegają perspektywę pacjenta na kolejnych etapach kształcenia i w jakim stopniu uznają jej znaczenie w praktyce klinicznej,
 - b) charakterystykę postaw i umiejętności komunikacyjnych umożliwiających poznanie i zrozumienie perspektywy pacjenta przez pracowników ochrony zdrowia w codziennej praktyce klinicznej,
 - c) identyfikację czynników wpływających na opinie badanych dotyczące perspektywy pacjenta oraz ich samooceny w zakresie umiejętności komunikacyjnych,
 - d) porównanie opinii studentów kierunku lekarskiego na początku i na końcu studiów na temat perspektywy pacjenta.
3. Stworzenie protokołu **PERSPECTIVE**, który porządkuje zagadnienia komunikacji z pacjentem, koncentrując się na poznaniu i uwzględnieniu jego perspektywy. Protokół obejmuje aspekty związane z umiejętnościami komunikacyjnymi, postawami pracowników ochrony zdrowia oraz warstwą językową interakcji klinicznej.
4. Sformułowanie wniosków odnoszących się do kształcenia medycznego i praktyki klinicznej, wskazujących możliwości zastosowania opracowanego modelu i protokołu w procesie dydaktycznym oraz w codziennej pracy z pacjentem.

Głównym celem naukowym było opracowanie struktury, która nie tylko porządkuje najważniejsze elementy składające się na *perspektywę pacjenta*, ale także opisuje postawy i kompetencje niezbędne lekarzowi oraz innym przedstawicielom zawodów medycznych do jej uwzględniania w procesie terapeutycznym. Założeniem projektu było również stworzenie narzędzia przydatnego w praktyce dydaktycznej – zarówno przed- jak i podyplomowej.

Opis osiągnięcia naukowego

1. Perspektywa pacjenta – teoretyczny model

Analizy dotyczące komunikacji między pracownikami ochrony zdrowia a pacjentami coraz częściej uwzględniają perspektywę pacjenta. Odnosi się ona nie tylko do kwestii bezpieczeństwa i przestrzegania zaleceń lekarskich, lecz także do jakości opieki, satysfakcji pacjentów oraz rozwoju kompetencji społecznych studentów kierunków medycznych.

Pojęcie to ma kluczowe znaczenie w modelu opieki skoncentrowanej na pacjencie. Z perspektywy badawczej rodzi ono pytania o jego definicję i zakres znaczeniowy.

Człowiek funkcjonuje w różnych obszarach – fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym. Choroba może znacząco wpływać na możliwości realizowania zadań w jednej lub kilku sferach. Zachwianie równowagi związane z pogorszeniem stanu zdrowia stanowi dla chorego często powód zgłoszenia się po pomoc, działań podejmowanych na rzecz powrotu do zdrowia, w tym m.in. przestrzegania zaleceń lekarskich. Wielowymiarowość funkcjonowania człowieka przyczynia się do konieczności przyjrzenia się zagadnieniom związanym z perspektywą pacjenta w sposób interdyscyplinarny. Z tego powodu opisałam interdyscyplinarne korzenie tego zagadnienia, uwzględniając kwestie socjologiczne, językowe i etyczne.

Autorzy wielu publikacji używają pojęcia perspektywa pacjenta. Nie zawsze jednak podają jego definicję ani nie odwołują się do tych już istniejących. W literaturze poświęconej komunikacji najbardziej szczegółową definicję zaproponowali autorzy modelu Calgary – Cambridge. Według Kurtz, Silvermana i Draper na perspektywę pacjenta składają się **przekonania dotyczące zdrowia, czyli to, co pacjent myśli o swojej sytuacji, oczekiwania, obawy i wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie jednostki** (Kurtz et al., 2006).

Analiza tych i innych elementów składających się na perspektywę pacjenta prowadzi do wniosku, że wymienione w modelu Calgary – Cambridge składowe perspektywy pacjenta należy nie tylko doprecyzować, ale także rozszerzyć je o nowe dotychczas nieuwzględniane w definiowaniu tego pojęcia. I tak opisując różne **przekonania** dotyczące zdrowia nie sposób pominąć fatalistycznych przekonań

rozpowszechnionych w polskim społeczeństwie¹. Do takich przekonań należy też zaliczyć **stereotypy, mity czy uprzedzenia**, w które wierzy pacjent, a których źródłem jest często opisywany przez E. Freidsona potoczny system odniesień (*lay referral system*)².

Autorzy modelu Calgary – Cambridge wskazywali, że elementem perspektywy pacjenta są także **oczekiwania**. Rozumieli je jako cele oraz to, jakiej pomocy pacjent oczekuje w związku z danym problemem. W literaturze anglojęzycznej w tym kontekście rozróżnia się dwa terminy – pragnienia (*desires*), czyli to, czego chorzy chcą, zgłaszając się na wizytę, i oczekiwania (*expectations*), czyli przewidywania dotyczące tego, co się podczas wizyty wydarzy. W związku z tym sensowne wydaje się przyjęcie propozycji uznania, że termin **oczekiwania** w pojęciu „perspektywa pacjenta” odnosi się do trzech elementów:

1. **Przewidywań**, czyli tego, co pacjent zakłada, że wydarzy się podczas wizyty, np. że chory zostanie wysłuchany i zbadany przez lekarza i dowie się, co mu jest (czyli co pacjent myśli),
2. **Efektu, celu**, czyli tego, co w opinii chorego będzie efektem tej wizyty, jaki jest cel konsultacji z punktu widzenia pacjenta, np. pogląd, że lekarz powinien wystawić skierowanie na określone badania lub wypisać receptę na określony lek (czyli co pacjent oczekuje),
3. **Potrzeb**, które mogą dotyczyć przebiegu kontaktu, jak również efektu, celu konsultacji, np. potrzeba bycia wysłuchanym i uzyskania zrozumiałych informacji, co się z chorym dzieje, lub potrzeba rozwiania obaw i uspokojenia (czyli czego pacjent potrzebuje).

W modelu Calgary – Cambridge jest mowa także o **obawach**. Obawy wiążą się z niepokojem, strachem czy lękiem chorego i są bez wątpienia ważnym elementem perspektywy pacjenta. Zaproponowana koncepcja własna sugeruje poszerzenie tego spojrzenia i uwzględnienie wszystkich **emocji** jako elementu perspektywy pacjenta. Pacjenci w związku ze swoimi dolegliwościami, sytuacją zdrowotną mogą przeżywać różne emocje i to o bardzo zróżnicowanym nasileniu. Ważne, aby lekarz podczas rozmowy rozpoznał je i zauważył, np. że pacjent się boi, wstydzi, czy jest zrezygnowany. Emocje towarzyszą też samej rozmowie chorego z lekarzem. W zależności od stopnia zaufania czy postawy lekarza pacjent może czuć niepokój lub niepewność, ale też ulgę czy pozytywną zachętę do działania zgodnego z zaplanowanym postępowaniem terapeutycznym.

Opisany w monografii model perspektywy pacjenta uwzględnia także inne, nieopisane w publikacjach, elementy perspektywy pacjenta. Są to **osoby bliskie**

¹ Synowiec-Piłat M. (2013). Podjęcie decyzji o korzystaniu z usług medycznych w kontekście koncepcji lay referral system. Przypadek chorób nowotworowych. *Acta Universitatis Lodziana Folia Sociologica* (45), 131-145. <https://doi.org/https://www.kreatywniedlazdrowia.pl/kdz/publikacjapodjecie.pdf>.

² Freidson E. (1960). Client Control and Medical Practice. *American Journal of Sociology*, 65, 374-382.

Freidson E. (1988). *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. The University of Chicago Press.

i znaczące, które stanowią najważniejsze źródło wsparcia społecznego. Liczne badania pokazują, że wsparcie społeczne stanowi istotny czynnik wpływający na stan zdrowia³. Sytuacja osobista może też oddziaływać na motywację pacjenta do stosowania się do reżimu związanego z postępowaniem terapeutycznym. Osoby bliskie stanowią również grupę odniesienia dla oceny własnej sytuacji i są źródłem wiedzy lub opinii wpływających na przekonania chorego o tym, co się z nim dzieje lub będzie działo. W ten sposób mają silny wpływ na jego postrzeganie i ocenę rzeczywistości

Kolejnym elementem perspektywy pacjenta są także **wcześniejsze doświadczenia pacjenta** związane z daną dolegliwością czy chorobą oraz z zetknięciem się z systemem ochrony zdrowia lub personelem medycznym. Pierwsza grupa doświadczeń to wspomnienia i efekty działań, które chory podjął w związku ze swoją dolegliwością. Chorzy bardzo często szukają na własną rękę sposobów radzenia sobie z problemami zdrowotnymi zanim skontaktują się z lekarzem. Druga grupa doświadczeń, które stanowią element perspektywy pacjenta, to wcześniejsze doświadczenia chorego w placówkach ochrony zdrowia. Jeśli były one satysfakcjonujące, a pacjent uznał, że otrzymał pomoc i poczuł troskę personelu, to gotowość do kolejnej wizyty będzie większa.

Na perspektywę pacjenta składają się również **kompetencje zdrowotne** pacjenta, czyli możliwości tej osoby, by uzyskać dostęp do informacji o zdrowiu, zrozumieć je i wykorzystać w odniesieniu do własnej sytuacji. Na poziom kompetencji zdrowotnych wpływa wiele czynników, takich jak wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, status na rynku pracy, a także zdolności poznawcze. Istotna jest także sytuacja finansowa chorego. Dotyczy to w szczególności społeczeństw rozwiniętych, w których nierówności ekonomiczne są bardzo widoczne. Decyzje dotyczące zdrowia mogą zależeć od tego, czy wiążą się z kosztami. Wydatki związane z proponowanym postępowaniem terapeutycznym – mam tu na myśli nie tylko koszty leków czy dodatkowych badań, ale też np. stracony dochód związany z koniecznością przebywania na zwolnieniu lekarskim lub cenę niezbędnego sprzętu specjalistycznego – mogą stać się czynnikiem decydującym o gotowości pacjenta do realizowania zaleceń, odłożenia tej decyzji lub nawet rezygnacji z niej. Poznanie perspektywy pacjenta, w szczególności tego elementu, pozwala lekarzowi zapobiegać pogłębianiu się nierówności społecznych związanych z sytuacją finansową chorego i jego rodziny.

Na gotowość pacjenta do konsultacji swojego stanu zdrowia ze specjalistą, na przestrzeganie zaleceń, nastawienie wobec konsultacji wpływają również **postawy chorego wobec systemu ochrony zdrowia i przedstawicieli zawodów medycznych**. Mam tu na myśli takie kwestie, jak poważanie, autorytet i zaufanie do pracowników ochrony zdrowia. Ich źródłem są m.in. opisane wyżej wcześniejsze doświadczenia. Jeśli więc wspomnienie ostatniej wizyty jest przykre, zaufanie czy szacunek do danego lekarza

³Tobiasz-Adamczyk B. (2011). Wsparcie społeczne, sieci a nierówności w stanie zdrowia w wieku starszym na przykładzie umieralności i jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2, 119-126.

czy pielęgniarki obniżą się i mogą zostać uogólnione na wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych.

Równie ważnym elementem perspektywy pacjenta są **wartości**. Co jest ważniejsze, czy długość życia, aby doczekać wnuka, czy jakość życia, aby uniknąć cierpienia? Czy dla chorego kluczowa jest sprawność, aby móc opiekować się dziećmi, czy brak objawów, który umożliwi powrót do pracy? Czy obawy związane ze stanem zdrowia chory interpretuje jako zagrożenie życia, czy może ryzyko utraty pozycji społecznej? Wartości będą wskazywały, co jest dla pacjenta najważniejsze i jak postrzega cel wizyty lub całego postępowania terapeutycznego, jakie decyzje dotyczące postępowania będzie uważał za najlepsze. Wartości będą zatem u podstaw przekonań i potrzeb chorego, nierzadko są decydujące dla celów pacjenta i stoją u podstaw podejmowanych przez niego decyzji.

2. Badania własne dotyczące perspektywy pacjenta

2.1. Grupa badana i metodologia badań

Grupą badaną byli studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego studiujący na kierunku lekarskim (II, V i VI rok), pielęgniarstwie (I rok studiów licencjackich i I rok studiów magisterskich) i położnictwie (I rok studiów licencjackich i I rok studiów magisterskich). Liczebność badanej próby wyniosła 1651 studentów.

Celami badania były:

- poznanie opinii badanych studentów na temat znaczenia perspektywy pacjenta w praktyce klinicznej,
- opisanie opinii badanych studentów na temat umiejętności komunikacyjnych pomagających poznać perspektywę pacjenta,
- porównanie opinii o perspektywie pacjenta i znaczeniu komunikacji w jej poznawaniu między studentami różnych kierunków i lat studiów,
- sprawdzenie, czy zmienne takie jak kierunek i rok studiów, płeć, stan zdrowia, poziom empatii oraz nastawienie wobec nauki komunikacji różnicują opinie badanych o perspektywie pacjenta.

Badanie zostało zrealizowane między marcem 2020 roku a czerwcem 2021 roku. Był to I etap badania, który miał charakter badania przekrojowego. W ramach II etapu przeprowadzono badanie podłużne. Obejmowało ono porównanie odpowiedzi studentów kierunku lekarskiego, którzy najpierw byli respondentami studiując na II roku, a powtórnie, gdy byli na VI roku. Powtórny pomiar zrealizowano w maju 2024 roku.

I etap badania zrealizowano w trakcie pandemii, mimo to ankiety były zbierane bezpośrednio od respondentów, podczas zajęć stacjonarnych. Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne i anonimowe. Wszyscy ankietowani przed rozpoczęciem wypełniania formularzy byli informowani o celu badania, jego anonimowości oraz podpisywali zgody na udział w badaniu. Badanie było prowadzone podczas zajęć. W przypadku wszystkich badanych, poza respondentami z V roku, był to początek pierwszych ćwiczeń z komunikacji. Badani na I i na II roku (zarówno na studiach jednolitych, jak i licencjackich

oraz magisterskich) przed przystąpieniem do ćwiczeń musieli zrealizować kurs e-learningowy przedstawiający teoretyczne podstawy komunikacji medycznej. Na V roku badanie było przeprowadzone na początku zajęć niezwiązanych z komunikacją.

W II etapie badania wzięło udział 100 studentów kierunku lekarskiego, którzy podczas I etapu byli ankietowani na II roku. Powtórnie zostali zbadani na VI roku. W celu zachowania anonimowości badani uzupełniali kod podany na górze kwestionariusza ankiety. Porównanie odpowiedzi osób na II i na VI roku było możliwe dzięki tym kodom.

W badaniu wykorzystano trzy narzędzia badawcze – autorską ankietę oraz dwa standaryzowane kwestionariusze – The Communication Skills Attitude Scale (CSAS) i The Jefferson Scale of Empathy (JSE).

W całej badanej grupie 75,2% stanowiły kobiety i 24,8% mężczyźni. Wśród badanych na kierunku lekarskim 63% stanowiły kobiety i 37% mężczyźni. Na pielęgniarstwie 7,3% ankietowanych było mężczyznami, na położnictwie wszystkie respondentki były kobietami. 1/5 (20,5%) badanych deklarowała, że choruje na jakąś chorobę przewlekłą.

2.2. Perspektywa pacjenta w opinii studentów kierunków medycznych

Badani studenci prawidłowo identyfikowali elementy perspektywy pacjenta. Respondenci uważali, że na perspektywę pacjenta składają się emocje odczuwane przez chorego, dotychczasowe doświadczenia związane ze zdrowiem albo leczeniem własnym lub bliskich, ogólna wiedza pacjenta dotycząca kwestii medycznych. W opinii 3/4 badanych z kierunku lekarskiego elementem perspektywy pacjenta jest także sytuacja finansowa (73,1%) oraz przekonania pacjenta dotyczące wpływu choroby na codzienne funkcjonowanie (72,9%).

Zdecydowana większość ankietowanych studentów zgodziła się ze stwierdzeniami, że wiedza o perspektywie pacjenta pomaga lepiej zrozumieć chorego (91,4% odpowiedzi zdecydowanie i raczej się zgadzam), uwzględnienie perspektywy pacjenta zwiększa zaufanie chorego (91,1% odpowiedzi zdecydowanie i raczej się zgadzam) i pozwala zmniejszyć poziom odczuwanego lęku chorego (87,3% odpowiedzi zdecydowanie i raczej się zgadzam). W opinii 3/4 respondentów uwzględnienie perspektywy pacjenta wpływa na to, że chory lepiej przestrzega zaleceń (75,2% odpowiedzi zdecydowanie i raczej się zgadzam). Ponadto 86,6% badanych uznało, że można nauczyć się umiejętności, które ułatwiają poznanie perspektywy pacjenta. W badanej grupie dominowały zatem przekonania świadczące o tym, że studenci widzą znaczenie perspektywy pacjenta w praktyce medycznej i działaniach na rzecz poprawy zdrowia chorych.

Brak czasu, który stanowi poważne wyzwanie organizacji systemu ochrony zdrowia i niejednokrotnie argument wyjaśniający brak dobrej komunikacji lekarzy z pacjentami, badanym studentom także wydaje się aspektem istotnie ograniczającym dążenie do uwzględnienia perspektywy pacjenta. Ponad połowa ankietowanych uznała, że personel medyczny w polskim systemie ochrony zdrowia nie ma czasu na

uwzględnianie perspektywy każdego pacjenta (50,3% odpowiedzi zdecydowanie i raczej się zgadzam). W badanej grupie były także osoby, które deklarowały, że perspektywa pacjenta jest marginalnym zagadnieniem w toku komunikacji z pacjentami. 17,8% badanych zgodziła się ze stwierdzeniem, że perspektywa pacjenta jest istotna jedynie w szczególnych przypadkach, gdy może wpłynąć na leczenie, a 13,2% uznało, że niektórych pacjentów nie można pytać o ich perspektywę, bo jak zaczną mówić, to nie będą mogli skończyć (ponadto 1/5 badanych – 21,3% – nie potrafiła stwierdzić, czy zgadza się czy nie z tym stwierdzeniem). 11,2% respondentów wskazało, że personel medyczny nie może brać pod uwagę perspektywy pacjenta, bo jeśli będzie się zbyt identyfikował z pacjentem, to szybciej doświadczy wypalenia zawodowego, 10,8% badanych zgodziło się ze stwierdzeniem, że personel medyczny nie może uwzględniać perspektywy pacjenta, ponieważ musi postępować zgodnie ze standardami i procedurami. 9,2% ankietowanych uznało, że perspektywa pacjenta to różne sprawy prywatne, które niewiele wnoszą do postępowania klinicznego.

2.3. Umiejętności komunikacji i postawy służące poznaniu i uwzględnieniu perspektywy pacjenta

Badani studenci uważali, że w poznawaniu perspektywy pacjenta znaczenie mają zarówno sposób komunikacji, jak i pojedyncze umiejętności. W opinii ponad 70% respondentów wszystkie spośród 12 podanych w ankiecie umiejętności są ważne lub bardzo ważne, by poznać perspektywę pacjenta⁴. Najważniejsze według ankietowanych są pytania pogłębiające, komunikacja niewerbalna, pytania otwarte i cisza.

Analizując zagadnienia związane z perspektywą pacjenta w aspekcie dydaktycznym i praktycznym, ważne było opisanie umiejętności komunikacji, które pozwalają na poznanie i uwzględnienie perspektywy pacjenta.

Biorąc pod uwagę znaczenie poznania perspektywy pacjenta zarówno podczas **wywiadu lekarskiego**, jak i **formułowania wspólnego planu postępowania** oraz z punktu widzenia skuteczności tego postępowania związanej m.in. z poziomem adherencji pacjentów ważnym elementem pracy było szczegółowe opisanie umiejętności komunikacji sprzyjających poznaniu i uwzględnieniu perspektywy pacjenta. Poznanie i uwzględnienie perspektywy pacjenta umożliwiają przede wszystkim pytania.

Pytania służące poznaniu i uwzględnieniu perspektywy pacjenta:

- otwarte,
- zamknięte,
- pogłębiające,
- screeningowe (przesiewowe),

⁴ W ankiecie pytałam o następujące umiejętności komunikacji: komunikacja niewerbalna, pytania zamknięte, pytania otwarte, pytania pogłębiające, parafrazy, odzwierciedlenia emocji, klaryfikacje, dowartościowania, drogowskazy, podsumowania, siatka bezpieczeństwa, cisza.

- w reakcji na komunikację niewerbalną pacjenta,
- związane ze wspólnym podejmowaniem decyzji,
- o sposób włączenia zaleceń do codziennego funkcjonowania,
- o podjęte kroki/ działania w związku z objawami/stanem zdrowia (S z protokołu PERSPECTIVE),
- o wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie (I z protokołu PERSPECTIVE),
- o przekonania (P z protokołu PERSPECTIVE),
- o wartości (V z protokołu PERSPECTIVE),
- o osoby bliskie o pomoc i wsparcie osób, na które pacjent może liczyć, ale też odnoszące się do prawa do obecności osoby bliskiej (R z protokołu PERSPECTIVE),
- o nastawienie pacjenta wobec zaleceń i planu działania (pacjent powinien otrzymać zapisane zalecenia, których dotyczy rozmowa; E z protokołu PERSPECTIVE).

Przedmiotem badania była także samoocena badanych studentów w zakresie umiejętności komunikacji. Badani ocenili swoje umiejętności komunikacyjne na poziomie dość dobrym, odwołując się do ocen wystawianych na studiach. Średni wynik wyniósł bowiem między 3,51 a 3,73 w zależności od kierunku studiów (na skali od 1 do 5). Pomiędzy kierunkami w ocenie własnych umiejętności stwierdzono istotną różnicę ($f=15,58$, $p=0,000$). Wyniki analizy wykazały, że ocena własnych umiejętności rozmowy z pacjentem na kierunku lekarskim jest średnio o 0,22 pkt niższa od oceny na położnictwie ($p=0,000$) i o 0,09 pkt niższa od oceny na pielęgniarstwie ($p=0,040$). Jednocześnie ocena na położnictwie jest średnio o 0,13 pkt wyższa od samooceny na pielęgniarstwie ($p=0,014$).

Podsumowując, najlepiej ocenili własne umiejętności badani na położnictwie, następnie na pielęgniarstwie, najgorzej na kierunku lekarskim. Te różnice są obecne, mimo że w grupie studentów lekarskiego były też osoby kończące studia (na V i VI roku), a w grupie studentów pielęgniarstwa i położnictwa – tylko studenci I roku. Mogą one wynikać z faktu, że studenci na kierunku lekarskim mają więcej zajęć poświęconych komunikacji, a zatem większą wiedzę i umiejętności. Dzięki temu mogą lepiej zdawać sobie sprawę z tego, co umieją, a także w jakich obszarach warto, aby doskonalili swoje umiejętności. Przeciętna samoocena studentów zwraca uwagę na potrzebę rozwijania programów kształcenia, tak by studenci mogli rozwinąć swoje umiejętności komunikacji.

Rozwijanie umiejętności jest niezwykle istotne, ale nie wystarczające bez kształtowania postaw, dzięki którym pracownicy ochrony zdrowia będą spójni w swoich zachowaniach werbalnych i niewerbalnych. Używając określonych umiejętności komunikacji niezwykle istotny jest język, którym posługuje się lekarz. Pytanie, stwierdzenie może być sformułowane w taki sposób, że chory odczuje troskę, empatię, zainteresowanie, szacunek. Język odzwierciedla postawy. Dlatego niezwykle ważna jest wrażliwość językowa, świadomość, czym jest grzeczność językowa, stosowanie języka inkluzywnego, a przede wszystkim języka zrozumiałego dla pacjenta. Używanie określonych umiejętności, formułowanie wypowiedzi odpowiednim językiem stanowi

odzwierciedlenie postawy profesjonalisty. W relacji z pacjentami, w modelu opieki skoncentrowanej na osobie, w którym perspektywa pacjenta ma kluczowe znaczenie, postawa powinna odznaczać się empatią, dokładnością, czułością i życzliwością.

2.4. Czynniki wpływające na opinie studentów na temat perspektywy pacjenta oraz samoocenę badanych w zakresie umiejętności komunikacyjnych

W badaniu użyto dwóch standaryzowanych kwestionariuszy – jeden mierzy **nastawienie wobec nauki komunikacji** (CSAS), drugi **poziom empatii** (JSE). W ankiecie zadano także pytanie, czy respondent ma zdiagnozowaną jakąś chorobę przewlekłą. Planując badanie, przyjęto bowiem hipotezy o wpływie nastawienia wobec nauki komunikacji, poziomie empatii i stanie zdrowia na opinie na temat perspektywy pacjenta. Zmienne te różnicowały badaną grupę.

Najlepsze **nastawienie wobec nauki komunikacji** w badanej grupie miały studentki położnictwa, następnie studenci pielęgniarstwa i kierunku lekarskiego. Bardziej pozytywnie do komunikacji były nastawione kobiety, studenci rozpoczynający kształcenie medyczne oraz osoby, które deklarowały, że chorują przewlekle. Różnice między kierunkami mogą wynikać z tego, że na pielęgniarstwie i położnictwie wśród badanych przeważały kobiety w znacznie większym stopniu niż na lekarskim.

Ponad połowa badanych kobiet (55,1%) miała wysoki poziom **empatii**, wśród badanych mężczyzn odsetek ten wyniósł 33,5%. Najwyższy poziom empatii odnotowano u studentek położnictwa (68,9%), następnie pielęgniarstwa (50,8%) i kierunku lekarskiego (44,2%). Porównanie wyników studentów rozpoczynających studia z osobami na końcowych latach studiów (którzy podczas studiów nie mieli zorganizowanego kształcenia z zakresu komunikacji) wykazało, że wśród rozpoczynających kształcenie empatia była wyższa. Choć jednocześnie w grupie studentów, którzy w czasie studiów uczestniczyli w zajęciach z komunikacji oraz brali udział w badaniu najpierw na II roku, potem na VI roku, poziom empatii wzrósł.

Nastawienie wobec nauki komunikacji oraz poziom empatii a opinie na temat znaczenie perspektywy pacjenta w praktyce medycznej

Nastawienie wobec nauki komunikacji oraz poziom empatii to zmienne, które istotnie różnicują opinie badanych studentów o znaczeniu perspektywy pacjenta w opiece zdrowotnej.

Ze stwierdzeniem, że **wiedza o perspektywie pacjenta** pomaga lepiej zrozumieć chorego, zdecydowanie zgadzało się 80,9% ankietowanych pozytywnie i 59% negatywnie nastawionych wobec nauki komunikacji (różnica wyniosła 21,9 punktów procentowych). Ankietowani pozytywnie nastawieni wobec nauki komunikacji o 22 punkty procentowe częściej zgadzali się ze stwierdzeniem, że uwzględnienie perspektywy pacjenta zwiększa zaufanie chorego (odpowiedź „zdecydowanie się zgadzam” wskazało 80% ankietowanych z wysokim wynikiem CSAS i 58% z niskim). Ponad 2/3 badanych (65,7%) pozytywnie nastawionych wobec komunikacji zdecydowanie zgodziło się ze

stwierdzeniem, że uwzględnienie perspektywy pacjenta pozwala zmniejszyć poziom odczuwanego przez chorego lęku (wśród osób negatywnie nastawionych odsetek ten był o 21,9 punktu procentowego niższy i wynosił 43,8%). Przekonanie o tym, że uwzględnienie perspektywy pacjenta wpływa na przestrzeganie zaleceń też było różne w zależności od wyniku na skali CSAS. Zdecydowanie zgodziło się z tym 46% respondentów z wysokim wynikiem i 27,8% z niskim. Największa rozbieżność w opiniach między badanymi z wysokimi i niskim poziomem CSAS pojawiła się w kontekście opinii na temat tego, **czy można nauczyć się umiejętności**, które ułatwiają poznanie perspektywy pacjenta. Różnica wyniosła 24,9 punktu procentowego. Z tym stwierdzeniem zgodziła się ponad połowa (58,2%) pozytywnie nastawionych wobec nauki komunikacji i 1/3 (33,3%) z negatywnym nastawieniem.

Duże różnice zaobserwowano między wynikiem CSAS a opiniami na temat możliwości odniesienia się do perspektywy pacjenta w pracy w polskim systemie ochrony zdrowia (odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam” i „raczej się zgadzam”). Ponad połowa respondentów (56,6%) z negatywnym nastawieniem wobec komunikacji uznała, że w polskim systemie ochrony zdrowia nie ma czasu na uwzględnianie perspektywy pacjenta (zgodziło się z tym 44,5% ankietowanych z pozytywnym nastawieniem). Przekonanie o tym, że perspektywa pacjenta jest istotna tylko w niektórych sytuacjach, podzielało 21,5% badanych z niskim wynikiem na skali CSAS i 13,7% z wysokim. Obawę o to, że pacjenci zapytani o ich perspektywę będą zbyt długo mówić, podzielało 17,9% ankietowanych, którzy na skali CSAS uzyskali niski wynik i 8,7% z wysokim wynikiem. W opinii 14,2% respondentów negatywnie oceniających potrzebę nauki komunikacji poznawanie perspektywy pacjenta może sprawić, że personel będzie się z chorym identyfikował, a to prowadzi do wypalenia zawodowego. Jednocześnie uważa tak 8% badanych z grupy osób uznających, że komunikacji warto się uczyć. Ze stwierdzeniem, że perspektywy pacjenta nie można uwzględniać ze względu na to, że trzeba postępować zgodnie z procedurami, zgodziło się 13,2% respondentów z niskim wynikiem na skali CSAS i 8,2% z wysokim. Ponadto 12,3% ankietowanych negatywnie nastawionych do komunikacji uznało, że perspektywa pacjenta to prywatne sprawy niewiele wnoszące do postępowania klinicznego (taką opinię podzieliło 6,5% studentów pozytywnie nastawionych do nauki komunikacji).

Respondenci z wysokim poziomem empatii istotnie częściej zgadzali się ze stwierdzeniami, że:

- wiedza o perspektywie pacjenta pomaga lepiej zrozumieć chorego (odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam” 81,4% vs 58,8% wśród osób z niskim poziomem empatii),
- uwzględnienie perspektywy pacjenta zwiększa zaufanie chorego (80,2% vs 56,3%),
- uwzględnienie perspektywy pacjenta pozwala zmniejszyć poziom odczuwanego lęku chorego (67,4% vs 41%),

- uwzględnienie perspektywy pacjenta sprawia, że chory bardziej przestrzega zaleceń (48,1% vs 24,4%),
- można nauczyć się umiejętności, które ułatwią poznanie perspektywy pacjenta (58,6% vs 34,2%).

Opisane powyżej różnice między osobami z wysokim i niskim poziomem empatii ukształtowały się odwrotnie w przypadku stwierdzeń, które wskazywały na ograniczenia systemowe uniemożliwiające poznawanie perspektywy pacjenta. Widać to zwłaszcza, porównując odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam” i „raczej się zgadzam”.

Osoby z niskim poziomem empatii częściej zgadzały się ze stwierdzeniami:

- w polskim systemie ochrony zdrowia nie ma czasu na uwzględnienie perspektywy pacjenta (odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam” i „raczej się zgadzam” 52,2% badanych z niskim poziomem empatii vs 47,7% wśród osób z wysokim poziomem empatii),
- perspektywa pacjenta to różne sprawy prywatne, które niewiele wnoszą do postępowania klinicznego (10,5% vs 7,8%),
- niektórych pacjentów nie można pytać o ich perspektywę, bo jak zaczną mówić, to nie będą mogli skończyć (17,6% vs 8%),
- personel medyczny nie jest w stanie brać pod uwagę perspektywy pacjenta, bo jeśli będzie się zbyt identyfikował z pacjentem, to szybciej dojdzie do wypalenia zawodowego (14,7% vs 7,9%),
- perspektywa pacjenta jest istotna jedynie w szczególnych przypadkach, kiedy pewne fakty z życia pacjenta mogą mieć bezpośredni wpływ na leczenie (21,5% vs 13,4%),
- nie można uwzględniać perspektywy pacjenta, ponieważ personel medyczny musi postępować zgodnie z procedurami i standardami (13% vs 7,7%).

2.5. Perspektywa pacjenta w opinii studentów na początku i na końcu studiów na kierunku lekarskim – analiza wyników badania podłużnego

Na przestrzeni 4 lat studiów istotnie wzrosła znajomość elementów perspektywy pacjenta, a jednocześnie nastąpił spadek osób zgadzających się ze stwierdzeniami, że lekarz nie może uwzględniać perspektywy pacjenta ze względu na obowiązujące procedury lub ryzyko wypalenia zawodowego. Po 4 latach nauki mniej było także osób, które uważały, że perspektywa pacjenta jest istotna jedynie w szczególnych przypadkach, kiedy pewne fakty z życia pacjenta mogą mieć bezpośredni wpływ na leczenie lub że perspektywa pacjenta to różne sprawy prywatne, które niewiele wnoszą do postępowania klinicznego. Badani studenci kończąc studia, rzadziej zgadzają się ze stwierdzeniami umniejszającymi, a nawet podważającymi znaczenie perspektywy pacjenta w praktyce medycznej.

Na przestrzeni 4 lat studiów wzrosło przekonanie o znaczeniu umiejętności komunikacji w poznawaniu perspektywy pacjenta, a także samoocena w zakresie możliwości ich wykorzystywania w praktyce. Porównując wyniki respondentów, którzy

oceniali własne umiejętności komunikacji dwukrotnie – na II i VI roku, można stwierdzić, że samoocena w zakresie wybranych umiejętności na kierunku lekarskim na VI roku wzrosła w porównaniu z II rokiem. Analiza wyników wykazała silne korelacje dla samooceny umiejętności, takich jak komunikacja niewerbalna, pytania zamknięte, odzwierciedlenia emocji i dowartościowania. Ponadto w przypadku pytań otwartych, pogłębiających, klaryfikacji i siatki bezpieczeństwa odnotowano istotny wzrost średniej samooceny umiejętności.

Na przestrzeni 4 lat studiów wzrosło przekonanie badanych studentów o przydatności umiejętności komunikacji w poznaniu perspektywy pacjenta. Umiejętnościami, które były bardziej doceniane przez respondentów na VI roku, w porównaniu z II rokiem, są komunikacja niewerbalna, cisza, podsumowania, siatka bezpieczeństwa, pytania otwarte, pytania zamknięte i dowartościowania. W przypadku tych umiejętności wyniki na II i na VI roku były ze sobą skorelowane. Ponadto na VI roku ankietowani istotnie wyżej oceniali znaczenie pytań pogłębiających i klaryfikacji. Nie można wykluczyć, że jest to efekt zajęć poświęconych komunikacji, w tym zajęć praktycznych (w klinikach lub w warunkach symulowanych z udziałem symulowanych pacjentów). Podczas tych zajęć, które odbywają się w drugiej połowie studiów, studenci mają okazję rozwijać swoje umiejętności komunikacji w różnych sytuacjach (np. konieczność przekazania informacji o niekorzystnym rokowaniu), związanych z różną perspektywą (np. przekonanie, że szczepienia należy wykonać, jak dziecko będzie starsze, a nie zgodnie z kalendarzem szczepień) lub zachowaniem (np. żądanie wystawienia skierowania na badanie diagnostyczne mimo braku podstaw medycznych).

3. Protokół PERSPECTIVE

Analiza literatury odnoszącej się do perspektywy pacjenta, a także do zbliżonych zagadnień z obszaru socjologii, etyki, językoznawstwa, opracowanie koncepcji modelu perspektywy pacjenta, analiza wyników badań własnych doprowadziła do stworzenia protokołu **PERSPECTIVE**. W protokole opisałam 11 zagadnień, które charakteryzują znaczenie perspektywy pacjenta z perspektywy komunikacji medycznej. Perspektywa pacjenta w ujęciu przedstawionym w protokole uwzględnia wiele obszarów funkcjonowania człowieka, a postawy, też wskazane w protokole, stanowią punkt wyjścia dla opieki skoncentrowanej na osobie.

Protokół PERSPECTIVE to narzędzie, które może być wykorzystywane zarówno w dydaktyce, aby ułatwić zapamiętanie elementów perspektywy pacjenta, jak w praktyce komunikacji lekarzy z pacjentami. Protokół odnosi się do treści rozmowy, sposobu jej prowadzenia oraz postaw personelu medycznego. Te trzy elementy stanowią fundament dobrej relacji i komunikacji pracowników ochrony zdrowia z pacjentami.

P – patient as a person, czyli pacjent jako osoba. Ten punkt odnosi się do ogólnych założeń będących u podstaw budowania relacji z pacjentami i sposobu komunikacji, a także celów opieki medycznej. Należy unikać redukcjonistycznego podejścia, w którym

pacjent jest postrzegany wyłącznie przez pryzmat swojej choroby. Pacjent jest osobą, która funkcjonuje na wielu płaszczyznach, nie tylko związanej ze stanem zdrowia. Nawet podczas leczenia pacjenci żyją w związkach, utrzymują relacje rodzinne czy przyjacielskie, czasem są aktywni na polu zawodowym. Mają też różne kompetencje zdrowotne, których brak może utrudniać możliwość uzyskania pomocy medycznej. W protokole PERSPECTIVE podkreślam wielowymiarowość ludzkiego życia, konieczność zrozumienia indywidualnej sytuacji pacjenta oraz holistycznego podejścia do chorego. Takie podejście odzwierciedla się w języku, który powinien być dostosowany do pacjenta, okazywać szacunek, empatię, troskę i zainteresowanie, a także być językiem inkluzywnym.

E – previous experience. Wcześniejsze **doświadczenia** własne pacjenta lub osób bliskich kształtują przekonania dotyczące objawów, konsultacji, wywołują określone emocje i oczekiwania. Ich poznanie pozwala personelowi medycznemu zrozumieć, dlaczego pacjent zachowuje się w określony sposób.

R – relatives. Osoby bliskie stanowią punkt odniesienia do oceny własnej sytuacji, wpływają na podejmowane decyzje, są najważniejszym źródłem wsparcia społecznego, kształtują także przekonania dotyczące stanu zdrowia i przebiegu konsultacji.

S – steps already taken, czyli kroki podjęte przez pacjenta w związku z problemem, z którym się zgłasza. Pacjenci często szukają pomocy medycznej po jakimś czasie od wystąpienia lub nasilenia objawów. Zanim porozmawiają z lekarzem, pielęgniarką czy innym specjalistą, szukają informacji na własną rękę (np. w Internecie), konsultują się z innymi osobami, które według chorego mogą wiedzieć, co należy w danej sytuacji robić. Pacjenci często kupują leki dostępne bez recepty czy stosują inne metody, które łagodzą ich dolegliwości. Uzyskanie informacji o tych działaniach pozwala dowiedzieć się, jak długo trwają objawy, co wpływa na ich łagodzenie (może to mieć istotną wartość diagnostyczną), a także czy podejmowane działania były w danej sytuacji były zasadne z medycznego punktu widzenia (być może stanowiłyby także element zaleceń).

P – perception. Przekonania pacjenta dotyczące zdrowia i własnej sytuacji. Ich źródłem jest wiedza i doświadczenie chorego oraz osób bliskich. Wpływa na nie także treść i sposób rozmowy personelu medycznego z pacjentem. Przekonania mogą wpływać na decyzję o zapisaniu się na wizytę, o tym, czy warto przestrzegać zaleceń czy wykonać badania profilaktyczne. Niektóre zachowania pacjentów w kontakcie z personelem medycznym wynikają właśnie z określonych przekonań. Niekiedy przekonania wpływają na wybory i decyzje pacjentów. Jeśli chory będzie sądził, że proponowane leczenie uniemożliwi mu realizację ważnych celów, może zdecydować o wyborze mniej skutecznego postępowania. Rozpoznanie przekonań pacjenta jest zatem kluczowe, aby przekazać choremu informacje, które pozwolą podjąć świadomą zgodę.

E – expectations. Oczekiwania, czyli to, co pacjent zakłada, że wydarzy się podczas wizyty (przewidywania), jak również to, co w opinii chorego będzie efektem tej wizyty oraz jaki jest cel konsultacji z punktu widzenia pacjenta (w tym potrzeba związana z kontaktem z personelem medycznym). Część pacjentów od początku rozmowy wprost mówi

o swoich potrzebach i formułuje oczekiwania. Niektórzy jednak nie mówią o tym otwarcie, a zadaniem specjalisty jest rozpoznanie tych oczekiwań i adekwatne zareagowanie na nie.

C – context. Kontekst społeczny, czyli postawy społeczne wobec systemu ochrony zdrowia i przedstawicieli zawodów medycznych, zaufanie, autorytet, przekaz medialny oraz treści obecne w debacie publicznej. W relacji z personelem medycznym wpływ tego elementu perspektywy pacjenta przejawia się najczęściej w postawach wobec pracowników ochrony zdrowia lub oczekiwaniach. Chory, który nie ma zaufania do lekarzy, będzie podważał to, co od nich usłyszy. Pacjent podejrzewający brak kompetencji personelu medycznego ze względu na to, że np. usłyszał o błędzie medycznym w telewizji, może zachowywać się w sposób agresywny.

T – thoroughness, tenderness, thoughtfulness. Dokładność, czułość, życzliwość.

Elementy postawy personelu medycznego pozwalające poznać perspektywę pacjenta, zaangażować chorego w proces terapeutyczny i zareagować na emocje i obawy oraz zadbać o potrzeby chorego. Sposób komunikacji pokazuje pacjentom postawy personelu medycznego. Na podstawie słów, tonu głosu, gestów czy postawy ciała, chory wyciąga wnioski dotyczące tego, w jaki sposób personel medyczny wykonuje zadania. Postawy uzewnętrzniają się w komunikacji niewerbalnej, ale też na płaszczyźnie językowej. Ważne, aby używać języka, który będzie podkreślał podmiotowość pacjenta, a równocześnie stanie się wyrazem akceptacji dla wyborów danej osoby. Język pracowników ochrony zdrowia powinien być prosty, niedyskryminujący i inkluzywny. Kwestie związane z językiem mają też znaczenie, gdyż, z jednej strony, dobierając odpowiedni język, specjaliści ukazują nie tylko postawę akceptacji, ale też zaangażowanie i empatię. Z drugiej strony, pacjenci opisują swoją sytuację językiem potocznym. Język jest nośnikiem nie tylko treści, ale też postaw. Wpływa też na przekonania i emocje pacjenta.

I – influence on functioning. Wpływ na funkcjonowanie. Zrozumienie, w jaki sposób objawy, stan zdrowia wpływają na funkcjonowanie pacjenta. Ta sama choroba dla jednego pacjenta może być niewielką uciążliwością, a dla innego – barierą uniemożliwiającą realizację najważniejszych życiowych zadań. Oczekiwania chorego zazwyczaj zależą od wpływu stanu zdrowia na funkcjonowanie.

V – values. Wartości. Kontakt pacjenta z pracownikiem ochrony zdrowia to kontakt osoby potrzebującej pomocy z osobą mogącą jej udzielić. U podstaw tej relacji są wartości, np. zaufanie, które sprawia, że chory liczy, że otrzyma odpowiednią pomoc od lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego czy innej osoby wykonującej zawód medyczny. Równocześnie istotne jest, aby zrozumieć, jakie wartości są ważne dla pacjenta. One mogą definiować oczekiwania (zwłaszcza potrzeby i cele), a także wpływać na podejmowane decyzje.

E – emotions and empathy. Pacjent odczuwa różne **emocje**, w tym obawy w związku z tym, co myśli o swojej sytuacji, czego się spodziewa, na co ma nadzieję, jaki chciałby osiągnąć cel postępowania terapeutycznego. Emocje mogą dotyczyć też tego, jak będzie

przebiegać wizyta, badanie, zabieg, co będzie się działo z chorym w związku z objawami i stanem zdrowia. Emocje wywołuje również kontakt z placówką ochrony zdrowia oraz przebieg rozmowy z personelem medycznym. Za pomocą komunikacji pracownicy ochrony zdrowia mogą dowiedzieć się, jakie emocje przeżywa pacjent, ale także wpłynąć na te emocje, np. przekazując informacje, które uspokoją pacjenta. Natomiast empatia personelu medycznego pozwala zauważyć emocje przeżywane przez pacjenta, zaakceptować je i adekwatnie zareagować. Empatię okazuje się poprzez komunikację, stosując np. odzwierciedlenia emocji czy milcząc, aby dać pacjentowi czas. Należy podkreślić, że empatia powinna odnosić się nie tylko do doświadczeń i emocji pacjenta. Empatyczni pracownicy ochrony zdrowia wykazują się także empatią wobec własnych uczuć i emocji oraz odpowiednio na nie reagują, dbając o swój dobrostan.

Protokół PERSPECTIVE został przedstawiony podczas International Conference on Communication in Healthcare w Ottawie w 2025 r. Aktualnie opracowuję tekst artykułu przedstawiającego protokół PERSPECTIVE, który zostanie wysłany do punktowanego czasopisma.

PROTOKÓŁ PERSPECTIVE

P

PATIENT AS A PERSON

Pacjent jest osobą, która funkcjonuje na wielu płaszczyznach, nie tylko jako pacjent, a także posiada określone kompetencje zdrowotne. Ważne jest podmiotowe traktowanie oraz zauważenie wielowymiarowości życia, indywidualnych potrzeb oraz holistycznego podejścia.

E

PREVIOUS EXPERIENCE

Wcześniejsze **doświadczenia** własne pacjenta, osób bliskich, które kształtują przekonania dotyczące objawów, konsultacji, wywołują określone emocje i oczekiwania.

R

RELATIVES

Osoby bliskie stanowią punkt odniesienia do oceny własnej sytuacji, wpływają na podejmowane decyzje i są najważniejszym źródłem wsparcia społecznego; kształtują także przekonania dotyczące stanu zdrowia i przebiegu konsultacji.

S

STEPS ALREADY TAKEN

Kroki, które już podjął pacjent w związku z problemem, z którym się zgłasza. Dotychczas przyjmowane leki, wykonane badania, konsultacje z innymi specjalistami, zmiany w stylu życia.

P

PERCEPTION

Przekonania dotyczące zdrowia, własnej sytuacji, których źródłem jest wiedza i doświadczenia pacjenta oraz osób bliskich. Na przekonania wpływa także treść i sposób rozmowy personelu medycznego z pacjentem.

E

EXPECTATIONS

Oczekiwania, czyli to co pacjent zakłada, że wydarzy się podczas wizyty (przewidywania), jak i to, co będzie efektem tej wizyty (cele) oraz co chciałby, aby się wydarzyło (potrzeby).

C

CONTEXT

Kontekst społeczny, czyli postawy społeczne wobec systemu ochrony zdrowia i przedstawicieli zawodów medycznych, zaufanie, autorytet, przekaz medialny oraz treści obecne w debacie publicznej.

T

THOROUGHNESS, TENDERNESS, THOUGHTFULNESS

Dokładność, czułość, życzliwość. Elementy postawy personelu medycznego pozwalające poznać perspektywę pacjenta, zaangażować chorego w proces terapeutyczny, zareagować na jego emocje i obawy oraz zadbać o potrzeby. Język komunikacji - prosty język, niedyskryminujący, inkuzywny.

I

INFLUENCE ON FUNCTIONING

Wpływ na funkcjonowanie. Zrozumienie, w jaki sposób objawy, choroba wpływają na funkcjonowanie pacjenta.

V

VALUES

Wartości są u podstaw relacji pacjenta z pracownikiem ochrony zdrowia. Definiują oczekiwania pacjenta (potrzeby i cele) i wpływają na podejmowane decyzje.

E

EMOTIONS AND EMPATHY

Emocje wywołuje interpretacja swojego stanu zdrowia, ale też przebieg konsultacji. **Empatia** pozwala zauważyć emocje przeżywane przez pacjenta, zaakceptować je i adekwatnie zareagować.

Graficzna wersja protokołu PERSPECTIVE – opracowanie własne opublikowane w książce „Perspektywa pacjenta w komunikacji medycznej – praktyka i dydaktyka”.

4. Wnioski i możliwości wykorzystania wyników badań

Opisane w monografii „Perspektywa pacjenta w komunikacji medycznej. Praktyka i dydaktyka” zagadnienia teoretyczne oraz analiza wyników badań pozwala na sformułowanie wniosków, które można wykorzystać w procesie kształcenia medycznego.

- Zmienne takie jak nastawienie wobec nauki komunikacji i poziom empatii różnicują studentów zarówno pod względem opinii na temat perspektywy pacjenta w praktyce medycznej, jak i znaczenia umiejętności komunikacji w kontakcie personelu medycznego z pacjentami. Warto toczyć dyskusję nad czasem i sposobem weryfikacji tych zmiennych, tak by podczas studiów umożliwić osobom uczącym się rozwinięcie tych cech w taki sposób, aby ich postawy sprzyjały gotowości i umiejętności poznawania i uwzględniania perspektywy pacjenta. Jest to nie tylko zgodne z modelem opieki skoncentrowanej na pacjencie/ na osobie, ale także poprawia jakość opieki zdrowotnej. Ponadto w programach nauczania warto planować działania mające potwierdzoną skuteczność w rozwijaniu empatii.
- Studenci stanowią zróżnicowaną grupę. Należy dążyć do ustalenia optymalnego stopnia standaryzacji kształcenia medycznego. Z jednej strony wszyscy studenci powinni zrealizować określone efekty uczenia. Z drugiej strony w planowaniu zajęć warto wziąć pod uwagę zróżnicowanie osób uczących się i prowadzić kształcenie z uwzględnieniem założeń projektowania uniwersalnego (*universal design for learning*). Wymaga to od prowadzących rozpoznania postaw i umiejętności studentów, a także dużej elastyczności w prowadzeniu zajęć. Oznacza to potrzebę rozwijania kompetencji dydaktycznych nauczycieli. Biorąc pod uwagę ogromne obciążenie obowiązkami nauczycieli na uczelniach medycznych, a także brak wsparcia systemowego działalności dydaktycznej postulat ten stanowi poważne wyzwanie.
- W praktyce medycznej kluczowe znaczenie mają umiejętności uwzględniania perspektywy pacjenta w procesie wspólnego podejmowania decyzji, formułowania i przekazywania zaleceń, czyli kompetencja pozwalająca rozumieć znaczenie perspektywy pacjenta. W związku z tym w programie nauczania należy uwzględnić efekty uczenia, które pozwolą tę kompetencję rozwinąć. Warto, aby ramę dla tego kształcenia stanowił zaproponowany przeze mnie protokół PERSPECTIVE.
- Rozwijanie umiejętności poznawania i uwzględniania perspektywy pacjenta powinno być osadzone w kontekście warunków wykonywania zawodu lekarza i pracy w instytucji będącej częścią całego systemu ochrony zdrowia. Należy je integrować z nauką innych umiejętności, a nie w podziale na przedmioty, które sztucznie dzielą obszary ludzkiego funkcjonowania. W pierwszej kolejności treści te mogą być nauczane na zajęciach z komunikacji, które łączą wiedzę z różnych dyscyplin. Następnie studenci powinni wykorzystywać umiejętności w praktyce zarówno podczas rozmów z symulowanymi, jak i prawdziwymi pacjentami. Na znaczenie perspektywy pacjenta należy zwracać uwagę podczas zajęć w klinikach. Kontakt

z pacjentami, wysłuchanie, co mają do powiedzenia, to momenty, które pozwolą studentom zobaczyć, jak leczyć chorych i opiekować się nimi.

- Poznanie perspektywy pacjenta jest kluczowe z punktu widzenia zapewnienia opieki skoncentrowanej na pacjencie/osobie, bezpieczeństwa pacjenta i jakości opieki. Z tego względu kwestie związane z perspektywą pacjenta należy uwzględniać, planując np. egzamin OSCE, który staje się, zgodnie z obowiązującymi standardami kształcenia, obowiązkową formą weryfikacji efektów uczenia na kierunkach lekarskim, lekarsko-dentystycznym, pielęgniarstwie, położnictwie i ratownictwie medycznym. Jednocześnie w procesie kształcenia warto stwarzać warunki, by studenci doświadczyli „bycia pacjentem”, dzięki czemu zobaczą zarówno funkcjonowanie systemu, jak i pracę przedstawicieli zawodów medycznych z perspektywy pacjenta. Pozwoli to studentom doświadczyć tej perspektywy, a nie tylko o niej się dowiedzieć.

V. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej

1. Podsumowanie dorobku naukowego na podstawie analizy bibliometrycznej

Szczegółową analizę bibliometryczną mojego dorobku naukowego przeprowadziła Biblioteka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Po uzyskaniu stopnia doktora jestem autorką lub współautorką 32 artykułów naukowych opublikowanych w czasopiśmie krajowych i międzynarodowych.

Łączny **Impact Factor** publikacji wynosi **23,019**, a łączna **punktacja MNiSW** – **1182 pkt.**

Dodatkowo:

- **Index Hirscha:** 6 (zarówno w bazie *Web of Science*, jak i *Scopus*),
- **Liczba cytowań (bez autocytowań):** 94 (*Web of Science*), 98 (*Scopus*).

W dorobku po doktoracie znajdują się także:

- 2 autorskie monografie naukowe,
- 6 współredagowanych monografii,
- 16 rozdziałów w książkach.

Publikacje te obejmują zarówno prace teoretyczne, jak i przedstawiające wyniki badań empirycznych. Dotyczą komunikacji medycznej, dydaktyki medycznej oraz humanizacji praktyki lekarskiej. Szczegółowy wykaz publikacji zawarto w kolejnych punktach autoreferatu.

2. Opis aktywności naukowej (poza osiągnięciem, o którym mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 Ustawy, opisanym w pkt. 4 autoreferatu)

Staram się konsekwentnie rozwijać naukowo i działać interdyscyplinarnie. Poniżej przedstawiam prace z głównych obszarów moich zainteresowań, jakimi są komunikacja medyczna oraz edukacja medyczna, w szczególności metodyka kształcenia kompetencji komunikacyjnych.

2.1. Praktyka komunikacji medycznej

Moja działalność naukowa koncentruje się wokół zagadnień komunikacji lekarza z pacjentem, ze szczególnym uwzględnieniem jej znaczenia w praktyce klinicznej, opiece skoncentrowanej na pacjencie (*patient-centered care*) oraz dydaktyce medycznej. Publikacje z tego zakresu obejmują zarówno prace empiryczne, jak i teoretyczne oraz rozdziały w monografiach poświęcone praktycznym aspektom komunikacji klinicznej.

W artykule „Doctor–patient communication in obesity disease – the perspective of Polish primary care physicians” (BMC Primary Care, 2025; [1]) współautorskim z I. Drozdowską i T. Pasierskim, przedstawiono wyniki badań empirycznych dotyczących komunikacji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z pacjentami chorującymi na otyłość. Publikacja ta ukazuje bariery i trudności w rozmowie o masie ciała oraz wskazuje strategie komunikacyjne wspierające motywację pacjentów do zmiany zachowań zdrowotnych. Artykuł ma charakter międzynarodowy, opublikowany został w czasopiśmie indeksowanym w Web of Science (IF: 3,4; MNiSW: 140 pkt).

W rozdziale „Komunikacja w opiece zorientowana na osobę” (w: Opieka zorientowana na osobę. Person centered care, PZWL, 2024; [2]) przedstawiono koncepcyjne ujęcie komunikacji medycznej i szczegółowych umiejętności komunikacji jako kluczowego komponentu modelu opieki skoncentrowanej na pacjencie (*person-centered care*) i codziennej praktyki klinicznej. Zostały w nim omówione takie zagadnienia jak uważność, empatia i wspólne podejmowanie decyzji w procesie terapeutycznym.

Współautorski artykuł „Patient-centered care and ‘people-first language’ as tools to prevent stigmatization of patients with obesity” (Polish Archives of Internal Medicine, 2022; [3]) analizuje język używany przez lekarzy wobec pacjentów z otyłością. Publikacja podkreśla rolę tzw. *people-first language* („osoba z otyłością”, „pacjent z chorobą otyłościową” a nie „pacjent otyły”) jako narzędzia przeciwdziałania stygmatyzacji i poprawy relacji lekarz–pacjent. Artykuł ma charakter międzynarodowy, opublikowany został w czasopiśmie indeksowanym w Web of Science (IF: 4,8; MNiSW: 140 pkt).

Monografia „Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej” (Polska Liga Walki z Rakiem, 2020; [4]) zawiera rozdział poświęcony ogólnym zasadom komunikowania się lekarza i pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii etycznych, socjologicznych i językowych. Rozdział ten stanowi element podręcznika

dydaktycznego wykorzystywanego w kształceniu studentów medycyny oraz w kursach doskonalenia zawodowego dla lekarzy.

W kolejnym rozdziale „Motywowanie pacjentów do przestrzegania zaleceń” (w: Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej, Edra Urban & Partner, 2021; [5]) w odniesieniu do zagadnień komunikacji medycznej omówiono strategie zwiększające motywację pacjentów do przestrzegania zaleceń, w szczególności w chorobach przewlekłych. Publikacja łączy zagadnienia teoretyczne związane z metodami komunikacji z praktycznymi narzędziami stosowanymi w medycynie rodzinnej.

W rozdziale „Socjologiczne aspekty komunikacji z pacjentem” (w: Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja, Wolters Kluwer, 2014; [6]) opisałam społeczne uwarunkowania relacji lekarz–pacjent, modele komunikacji medycznej, a także kluczowe elementy konsultacji takie jak nawiązanie kontaktu, wywiad i wspólne podejmowanie decyzji.

Z kolei w publikacji „Ogólne zasady komunikowania się lekarza i pacjenta. Etyka komunikacji” (w: Jak rozmawiać z pacjentem?, Wydawnictwo IFiS PAN, 2017; [7]) przedstawiłam, jak komunikacja wpływa na połączenie perspektywy pacjenta i perspektywy lekarza, opisałam podstawowe umiejętności komunikacji, a także elementy komunikacji wpływające na przebieg konsultacji.

Publikacje te stanowią spójny i konsekwentny dorobek badawczy, rozwijający problematykę komunikacji medycznej w wymiarze poznawczym, praktycznym i dydaktycznym. Część z tych publikacji jest uwzględniona w sylabusach jako lektura dla studentów. Ich wspólnym celem jest kształtowanie kompetencji komunikacyjnych studentów kierunków medycznych opartych na relacji i współpracy z pacjentem, a także popularyzacja idei opieki zorientowanej na osobę w środowisku akademickim i klinicznym.

1. Drozdowska I, **Doroszevska A**, Pasierski T. Doctor-patient communication in obesity disease - the perspective of Polish primary care physicians. BMC Prim Care. 2025 Apr 8;26(1):101.
2. Drozdowska I., **Doroszevska A.**, Komunikacja w opiece zorientowana na osobę, w: Opieka zorientowana na osobę. Person centered care, red. N. Sak-Dankosky and L. Serafin, PZWL, Warszawa 2024, s. 64-78.
3. Bąk-Sosnowska M, Moszak M, **Doroszevska A**, et al. Patient-centered care and „people-first language” as tools to prevent stigmatization of patients with obesity. Pol Arch Intern Med. 2022; 132: 16351.
4. **Doroszevska A.**, *Ogólne zasady komunikowania się lekarza i pacjenta*, w: Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej, Ostrowska A. (red.), Wydanie drugie uzupełnione Polska Liga Walki z Rakiem, 2020, rozdział str. 17-44.

5. **Doroszevska A.**, Kołodziejek A., *Motywowanie pacjentów do przestrzegania zaleceń*, w: *Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej*, Mastalerz-Migas A., Jankowska A.K., Barański J. (red.), Edra Urban and Partner, Wrocław 2021, s.167-176.
6. **Doroszevska A.**, *Socjologiczne aspekty komunikacji z pacjentem [w:] Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, red. J. Doroszevski, M. Kulus, A. Markowski, Wolters Kluwer, Warszawa 2014, s. 64-84.
7. **Doroszevska A.**, *Ogólne zasady komunikowania się lekarza i pacjenta. Etyka komunikacji [w:] Jak rozmawiać z pacjentem?*, red. A. Ostrowska, Fundacja Polska Liga Walki z Rakiem, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2017, s. 15-40.

2.2. *Dydaktyczne aspekty komunikacji medycznej*

Znaczną część mojego dorobku naukowego stanowią publikacje poświęcone komunikacji medycznej w kontekście dydaktycznym, w których analizuję i rozwijam zagadnienia związane z nauczaniem kompetencji komunikacyjnych na kierunkach medycznych oraz wdrażaniem nowoczesnych metod dydaktycznych, w tym symulacji medycznej.

W artykule „Developing an effective and comprehensive communication curriculum for undergraduate medical education in Poland – the review and recommendations” (BMC Medical Education, 2023; [1]) opracowano i przedstawiono rekomendacje dotyczące treści kształcenia z zakresu komunikacji medycznej w Polsce. Publikacja stanowi efekt prac zespołu interdyscyplinarnego (Borowczyk, Stalmach-Przygoda, Doroszevska i in.), który na podstawie przeglądu literatury i doświadczeń polskich uczelni opracował model kompleksowego programu dydaktycznego, obejmującego efekty uczenia, metody kształcenia i sposoby weryfikacji kompetencji komunikacyjnych studentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. Artykuł został opublikowany w czasopiśmie indeksowanym w Web of Science (IF: 2,7; MNIŚW: 140 pkt).

W redagowanej przeze mnie monografii „Symulacja jako metoda kształtowania umiejętności nietechnicznych i społecznych” (Edra Urban & Partner, 2023; [2]) przedstawiono różne aspekty symulacji medycznej jako narzędzia dydaktycznego rozwijającego profesjonalizm, umiejętności komunikacyjne, współpracy zespołowej i empatii. Poza redakcją naukową całej publikacji w książce znalazł się także rozdział mojego współautorstwa („Symulacja jako metoda kształtowania umiejętności komunikacji z pacjentem i jego bliskimi”; [6]), w którym zostały opisane najważniejsze założenia metodyki nauczania kompetencji komunikacyjnych w całym programie kształcenia medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem zajęć z udziałem symulowanych i standaryzowanych pacjentów.

Monografia „Komunikacja medyczna – wyzwania i źródła inspiracji” (Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 2023; [3]) stanowi interdyscyplinarne

opracowanie łączące perspektywę medyczną, lingwistyczną i dydaktyczną. W rozdziale współautorskim „Struktura komunikacji medycznej” [4] przedstawiono koncepcję struktury komunikacji medycznej jako dziedziny działalności naukowej i dydaktycznej mającej interdyscyplinarne podstawy. W kolejnym rozdziale autorskim „Nauczanie komunikacji medycznej – postawy i perspektywa studentów kierunków medycznych” [5] omówiono wyniki badań własnych przeprowadzonych wśród studentów rozpoczynających kształcenie na kierunkach lekarskim, pielęgniarstwie i położnictwie. Głównymi celami badania było opisanie nastawienia studentów wobec nauki komunikacji oraz sprawdzenie, czy ich postawy różnią się w zależności od kierunku studiów bądź płci respondentów. Wyniki te stanowią empiryczne uzasadnienie dla kształtowania umiejętności komunikacji w edukacji medycznej.

W rozdziale „Doskonalenie kompetencji komunikacyjnych w onkologii” (w: Onkologia geriatryczna w praktyce, Medical Tribune, 2022; [7]) przedstawiłam specyfikę rozmów z pacjentami onkologicznymi w wieku podeszłym, akcentując znaczenie języka, empatii i wspólnego podejmowania decyzji w komunikacji medycznej.

Artykuł „Pacjent w centrum rozmowy na przykładzie prac studentów kierunków medycznych” (Poradnik Językowy, 2021; [8]) analizuje prace studentów pod kątem rozumienia idei pacjenta jako partnera w procesie terapeutycznym oraz sposobu językowego kształtowania relacji lekarz–pacjent.

W monografii „Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem” (PAN, 2019; [9]) – której byłam współredaktorką – zaprezentowano prace dotyczące językowych oraz prawnych zagadnień komunikacji medycznej. Publikacja ta zawiera także teksty dotyczące nauczania kompetencji komunikacyjnych na kierunkach medycznych. W rozdziale „Postawy studentów wobec idei i programu nauczania umiejętności komunikacyjnych na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym”, którego jestem współautorką, opisano postawy studentów wobec idei nauczania komunikacji medycznej [10].

W monografii poświęconej socjologicznym analizom zmian zawodów medycznych znalazł się mój rozdział „Stary zawód – nowe (?) umiejętności. Kompetencje komunikacyjne w zawodzie lekarza”, w którym opisuję ewolucję kompetencji komunikacyjnych lekarzy w kontekście zmian społecznych i zawodowych [11].

We wcześniejszej publikacji „Nauczanie komunikacji z pacjentem” (w: Socjologia i psychologia dla pacjenta, 2012; [12]) opisałam model nauczania komunikacji dla studentów kierunków medycznych, oparty na łączeniu elementów wiedzy psychologicznej, etycznej i socjologicznej z praktyką lekarską. Koncepcja ta była u podstaw zajęć fakultatywnych z zakresu komunikacji medycznej, które współorganizowałam na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym od 2008 roku.

Publikacje te konsekwentnie rozwijają badania nad komunikacją medyczną jako interdyscyplinarnym obszarem edukacji medycznej. Obejmują one zarówno analizę teoretycznych podstaw nauczania komunikacji, jak i opracowanie praktycznych metod dydaktycznych, w tym symulacji i analizy przypadków. Ich wspólnym celem jest

podnoszenie jakości kształcenia medycznego oraz wdrażanie standardów komunikacji opartej na perspektywie pacjenta (*patient-centered communication*) w edukacji przeddyplomowej i podyplomowej.

1. Borowczyk, M., Stalmach-Przygoda, A., **Doroszevska, A.** *et al.* Developing an effective and comprehensive communication curriculum for undergraduate medical education in Poland – the review and recommendations. *BMC Med Educ* 23, 645 (2023).
2. **Doroszevska A.**, Kaczor M. (red.), Symulacja jako metoda kształtowania umiejętności nietechnicznych i społecznych, Edra Urban&Partner, Warszawa 2023.
3. **Doroszevska A.**, Chojnacka-Kuraś M., Jankowska A.K., Komunikacja medyczna – wyzwania i źródła inspiracji, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2023.
4. Chojnacka-Kuraś M., **Doroszevska A.**, Jankowska A.K., Struktura komunikacji medycznej, w: Doroszevska A., Chojnacka-Kuraś M., Jankowska A.K., Komunikacja medyczna – wyzwania i źródła inspiracji, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2023, s. 10-24.
5. **Doroszevska A.**, Drozdowska I., *Nauczanie komunikacji medycznej – postawy i perspektywa studentów kierunków medycznych*, w: Doroszevska A., Chojnacka-Kuraś M., Jankowska A.K., Komunikacja medyczna – wyzwania i źródła inspiracji, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2023, s. 119-137.
6. **Doroszevska A.**, Stalmach-Przygoda A., Symulacja jako metoda kształtowania umiejętności komunikacji z pacjentem i jego bliskimi w: Doroszevska A., Kaczor M. (red.), Symulacja jako metoda kształtowania umiejętności nietechnicznych i społecznych, Edra Urban&Partner, s. 36-56.
7. **Doroszevska A.**, Kołodziejek A., *Doskonalenie kompetencji komunikacyjnych w onkologii*, w: Onkologia geriatryczna w praktyce, Broczek K., Dubiański R. (red.), Medical Tribune, Warszawa 2022, s.243-257.
8. **Doroszevska A.**, Drozdowska I., *Pacjent w centrum rozmowy na przykładzie prac studentów kierunków medycznych*, „Poradnik Językowy” 2021, nr 8, s. 54-67.
9. Kulus M., **Doroszevska A.**, Chojnacka-Kuraś M. (red.), *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, Polska Akademia Nauk, Warszawa 2019, s. 98-115.
10. **Doroszevska A.**, Oronowicz-Jaśkowiak A., Oronowicz-Jaśkowiak W., *Postawy studentów wobec idei i programu nauczania umiejętności komunikacyjnych na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym*, w: Kulus M., Doroszevska A., Chojnacka-Kuraś M. (red.), *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się*, Polska Akademia Nauk, Warszawa 2019, s. 98-115.
11. **Doroszevska A.**, *Stary zawód – nowe (?) umiejętności. Kompetencje komunikacyjne w zawodzie lekarza*, w: *Zawody medyczne – ciągłość i zmiana*, Majchrowska A., Pawlikowski J., Piątkowski W. (red.), Universitas, Kraków 2019, s. 143-153.

12. **Doroszevska A.**, *Nauczanie komunikacji z pacjentem [w:] Socjologia i psychologia dla pacjenta*, red. M. Synowiec-Piłat, A. Olchowska-Kotala, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2012, s. 28-36.

2.3. *Jakość opieki okołoporodowej, potrzeby i oczekiwania kobiet oraz społeczne role położnych*

Po ukończeniu studiów moja działalność naukowa skupiła się na problematyce socjologii medycyny, ze szczególnym uwzględnieniem socjologii zawodów medycznych. Rozwijałam te zainteresowania przez wiele lat, realizując badania dotyczące jakości opieki okołoporodowej i roli zawodowej położnej. Efektem tej pracy są publikacje naukowe, takie jak monografia „Społeczne role położnych” oraz artykuły napisane wspólnie m.in. z dr hab. Barbarą Baranowską, prof. CMKP i opublikowane w międzynarodowych czasopismach (BMC Pregnancy Childbirth, IF:2,4, MNiSW: 100, Healthcare, IF: 3,2, MNiSW: 40, Health Care for Women International IF: 1,4, MNiSW: 40, Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing IF: 2,0, MNiSW: 140).

Analiza jakości opieki okołoporodowej kieruje uwagę na potrzeby i doświadczenia kobiet. Z kolei pogłębione badania nad socjologią zawodów medycznych prowadzą do pytań o kompetencje niezbędne pracownikom systemu ochrony zdrowia, które umożliwiają trafne rozpoznawanie potrzeb pacjentek i pacjentów oraz kształtowanie ich pozytywnych doświadczeń w kontakcie z opieką medyczną. Konsekwencją poszukiwania odpowiedzi na te pytania jest zainteresowanie komunikacją medyczną. Wiąże się ono zarówno z następnymi kwestiami takimi jak szczegółowe metody usprawniające komunikację, postawy sprzyjające budowaniu zaufania, umiejętności angażowania pacjentów w proces podejmowania decyzji medycznych, jak i warunki instytucjonalne sprzyjające realizacji tych postaw w codziennej praktyce klinicznej. Poszukując odpowiedzi na pytania o doświadczenia i potrzeby pacjentów, kluczowe staje się uwzględnienie perspektywy pacjenta.

1. **Doroszevska A.**, *Społeczne role położnych. Analiza zawodu położnej z perspektywy socjologii zawodów medycznych*, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2015.

2. **Doroszevska A.**, Pietrusiewicz J., Adamska-Sala I., Piekarek M., Baranowska B., *Raport z monitoringu oddziałów położniczych: opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet*, Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2018.

3. Baranowska B., **Doroszevska A.**, Kubicka-Kraszyńska U., Pietrusiewicz J., Adamska-Sala I., Kajdy A., Sys D., Tataj-Puzyna U., Bączek G., Crowther S., Is there respectful maternity care in Poland? Women's views about care during labor and birth. BMC Pregnancy Childbirth. 2019, 23;19(1):520.

4. Szynkiewicz P., Baranowska B., **Doroszevska A.**, *Naukowe podstawy standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*, Wydawnictwo Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej, Warszawa 2020.
5. Baranowska B., Pawlicka P., Kiersnowska I., Misztal A, Kajdy A., Sys D., **Doroszevska A.**, *Woman's Needs and Satisfaction Regarding the Communication with Doctors and Midwives during Labour, Delivery and Early Postpartum*, *Healthcare*, 2021, 9, 382, 1-10.
6. Węgrzynowska M., **Doroszevska A.**, Witkiewicz M., Baranowska B., *Polish maternity services in times of crisis: in search of safe and respectful care for pregnant women and their babies*, *Health Care for Women International*, 2020, 13;1-14.
7. Baranowska B., Szynkiewicz P., Pawlicka P., Sys D., Węgrzynowska M., Kajdy A., **Doroszevska A.**, *Health Care Providers' Perceptions of Quality of Childbirth and Its Associated Risks in Poland*, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, M2021, 50, 4, 464-474.

2.4. *Współpraca naukowa i staże naukowe*

W ramach mojej działalności naukowej i dydaktycznej współpracuję z licznymi ośrodkami w Polsce i za granicą, zajmującymi się komunikacją medyczną, edukacją medyczną oraz humanistyką w medycynie. Współpraca ta obejmuje wspólne badania naukowe, publikacje, organizację konferencji, opracowywanie materiałów dydaktycznych oraz rozwój programów nauczania komunikacji medycznej na kierunkach medycznych.

Od 2012 roku współpracuję z **Instytutem Języka Polskiego Uniwersytetu Warszawskiego** (dr Marta Chojnacka-Kuraś), w ramach wspólnych projektów poświęconych analizie języka komunikacji medycznej oraz roli języka w procesie porozumiewania się pracowników ochrony zdrowia z pacjentami. Efektem współpracy są m.in. monografie „Komunikacja medyczna – wyzwania i źródła inspiracji” (WUW, 2023) i „Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem” (PAN, 2019).

Od 2016 roku współpracuję z **Katedrą Komunikacji Medycznej i Humanistyki Medycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika – Collegium Medicum w Bydgoszczy**, kierowaną przez dr hab. Aldonę Katarzynę Jankowską, prof. UMK. Wspólne działania dotyczą metod dydaktycznych w nauczaniu komunikacji oraz treści kształcenia z zakresu komunikacji uwzględniających problemy społeczne polskiego społeczeństwa oraz organizację systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Od 2016 roku utrzymuję stałą współpracę z **Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego** (dr Grzegorz Cebula, prof. UJ; lek. Agata Stalmach-Przygoda; lek. Łukasz Matecki). Wspólnie realizujemy projekty i publikacje z zakresu symulacji medycznej jako metody rozwijania kompetencji

komunikacyjnych i społecznych, a także przygotowujemy rekomendacje dotyczące kształcenia lekarzy w zakresie komunikacji medycznej (BMC Medical Education).

Od 2016 roku współpracuję z **Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu** (dr hab. Martyna Borowczyk, dr Patrycja Marciniak-Stępak, prof. UMP, dr Maria Nowosadko). Wspólne działania obejmują rozwój dydaktyki komunikacji medycznej, komunikacji interprofesjonalnej oraz wdrażanie symulacji medycznej w kształceniu przeddyplomowym.

Od 2019 roku współpracuję z **Zakładem Położnictwa Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego** (dr hab. Barbara Baranowska, prof. CMKP). Wspólne badania dotyczą zagadnień jakości opieki okołoporodowej oraz relacji i komunikacji między położnymi a pacjentkami.

Od stycznia 2025 roku współpracuję z **Department of Clinical Sciences oraz z Department of Diagnostics and Intervention (Orthopaedics) Umeå University** (dr Aleksandra McGrath). Wspólnie jesteśmy w trakcie realizacji badania dotyczącego doświadczeń pacjentów z chorujących na otyłość z rozmowy z lekarzami oraz procesu wspólnego podejmowania decyzji.

W okresie wrzesień–październik 2021 roku odbyłam staż naukowy w **Instytucie Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego**, podczas którego realizowałam projekt badawczy poświęcony analizie modeli komunikacji interpersonalnej w kontekście nauczania komunikacji medycznej. Staż umożliwił mi rozwinięcie współpracy interdyscyplinarnej z przedstawicielami nauk społecznych i humanistycznych oraz pogłębienie kompetencji w zakresie prowadzenia badań jakościowych nad procesami komunikacji.

Wszystkie wymienione formy współpracy i aktywności naukowej rozwijały interdyscyplinarne podejście do zagadnień komunikacji medycznej. W efekcie powstała sieć współpracy naukowej, w ramach której podejmowane są wspólne projekty badawcze, publikacje, działania dydaktyczne i organizacyjne.

2.5. Udział w projektach badawczych

„Standardy nauczania z udziałem symulowanych pacjentów”

03.2024–05.2026, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, program Nauka dla Społeczeństwa II (NDS03), **kierownik projektu**.

Projekt, którym kieruję, ma na celu opracowanie **rekomendacji dotyczących standaryzacji pracy z symulowanymi pacjentami (SP)** w procesie kształcenia na kierunkach medycznych.

Celem badania jest analiza metod dydaktycznych wykorzystujących SP w nauczaniu komunikacji medycznej i umiejętności praktycznych, a także określenie sposobów ich optymalnego wdrażania w edukacji przeddyplomowej.

Przyjęta metodologia łączy trzy perspektywy – w ramach badania zostaną przeprowadzone wywiady fokusowe z nauczycielami, studentami i symulowanymi pacjentami. Efektem projektu będzie opracowanie „Standardów pracy z symulowanymi

pacjentami w edukacji medycznej”, obejmujących m.in. wytyczne dotyczące doboru, szkolenia i oceny SP oraz rekomendacje dla prowadzących zajęcia. Projekt ma charakter wdrożeniowy i społeczny – jego celem jest poprawa jakości nauczania w uczelniach medycznych, a tym samym zwiększenie bezpieczeństwa i satysfakcji pacjentów. Wyniki projektu będą mogły zostać wykorzystane przez uczelnie w całej Polsce jako element krajowego standardu edukacji medycznej.

„Monitoring opieki okołoporodowej”

2017–2018, grant Fundacji im. Stefana Batorego, program Demokracja w działaniu, w2/0084/23390, **członkini zespołu realizującego projekt.**

Celem projektu było **zbadanie jakości opieki okołoporodowej w Polsce** oraz analiza przestrzegania standardów i praw pacjentek w placówkach medycznych.

W ramach projektu uczestniczyłam w opracowaniu narzędzi badawczych, analizie ankiet oraz przygotowaniu raportu końcowego, który stał się podstawą do rekomendacji zmian w polityce zdrowotnej dotyczącej opieki nad kobietą rodzącą. Projekt miał charakter interdyscyplinarny i łączył perspektywę zdrowia publicznego, etyki i komunikacji w relacji personel–pacjentka.

„Na straży praw kobiet w opiece okołoporodowej”

2016–2017, Fundusz Inicjatyw Obywatelskich (FIO), 08_II/2016, **członkini zespołu realizującego projekt.**

Projekt dotyczył monitorowania przestrzegania praw kobiet w opiece okołoporodowej. Moim zadaniem było opracowanie wyników badania oraz części merytorycznej raportu.

„Rzecznictwo i monitoring wybranych aspektów opieki okołoporodowej i przestrzegania praw kobiet w Polsce”

2009, Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EEA Grants) oraz Norweski Mechanizm Finansowy, Fundusz dla Organizacji Pozarządowych, 11585/FOP09/5/MA/3316, **członkini zespołu realizującego projekt.**

Celem projektu była ocena przestrzegania praw pacjentek w opiece okołoporodowej oraz identyfikacja obszarów wymagających interwencji systemowej.

Brałam udział w analizie danych ankietowych i przygotowaniu raportu końcowego. Projekt stanowił jeden z pierwszych w Polsce przykładów społecznego monitoringu jakości opieki okołoporodowej łączącego wymiar naukowy i praktyczny.

Realizowane projekty, zarówno jako kierownik, jak i członkini zespołów badawczych, łączą perspektywę nauk medycznych, społecznych i humanistycznych. Ich wspólnym celem jest doskonalenie jakości opieki medycznej poprzez poprawę komunikacji medycznej, edukację personelu i rozwój nowoczesnych metod nauczania.

Wyniki projektów znalazły odzwierciedlenie w publikacjach, materiałach dydaktycznych oraz w opracowywanych wytycznych dotyczących procesu kształcenia.

VI. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę

VI.1. Działalność dydaktyczna

VI.1.1. Zajęcia dydaktyczne prowadzone w ramach kształcenia przeddyplomowego i opieka nad kołem naukowym

Moja działalność dydaktyczna wiąże się zarówno z prowadzeniem zajęć, jak i opieką merytoryczną nad programem kształcenia, metodami i środkami dydaktycznymi zajęć prowadzonych przez Studium Komunikacji Medycznej.

Aktualna działalność dydaktyczna

- Zajęcia z zakresu komunikacji na kierunkach:
 - lekarskim (I, II, III i VI rok),
 - lekarsko-dentystycznym (I i II rok),
 - pielęgniarstwie (I rok licencjat),
 - położnictwie (I rok licencjat),
 - ratownictwie medycznym (I rok licencjat),
 - dietetyce (I, III rok licencjat),
 - technikach dentystycznych (II rok),
 - higienie stomatologicznej (I, II rok)
 - farmacji (I rok),
 - logopedii ogólnej i klinicznej (II rok),
 - analityce medycznej (I rok).
- Zajęcia fakultatywne i przedmioty do wyboru dla studentów kierunku lekarskiego:
 - ✓ Po drugiej stronie stetoskopu. Prawdziwe historie pacjentów (I rok)
 - ✓ Wspólnie dla dobrej opieki zdrowotnej. Współpraca i komunikacja przedstawicieli różnych zawodów medycznych (I-V rok).
- Opiekunka Studenckiego Koła Naukowego Edukacji i Komunikacji Medycznej (od 2019 roku do teraz).

Zajęcia prowadzone w poprzednich latach:

- Zajęcia dla kierunku położnictwo (w latach 2005 – 2017): andragogika, socjologia, socjologia zdrowia, promocja zdrowia, metodologia badań naukowych.
- Opiekunka Studenckiego Koła Naukowego Logos (od 10.2018 do 2024),
- Zajęcia fakultatywne i przedmioty do wyboru dla studentów kierunku lekarskiego:
 - Komunikacja i zrozumienie pacjentów LGBT+ (2021, 2022),

- Podstawy komunikowania się w pracy interprofesjonalnego zespołu medycznego (2022),
- Komunikacja w zespole interdyscyplinarnym (2021, 2022),
- Porozumienie z pacjentem: komunikacja, wzajemny stosunek, podejmowanie decyzji (od 2008 do 2014).

VI.1.2. Doświadczenie dydaktyczne w ramach kształcenia podyplomowego

W ramach kształcenia podyplomowego prowadzę od wielu lat zajęcia, szkolenia i warsztaty dedykowane lekarzom, lekarzom denty stom, farmaceutom, pielęgniarkom, położnym oraz nauczycielom akademickim.

Moja działalność dydaktyczna koncentruje się na rozwijaniu kompetencji komunikacyjnych, dydaktycznych i społecznych wśród przedstawicieli zawodów medycznych, a także na wdrażaniu nowoczesnych metod nauczania opartych na symulacji i pracy z pacjentami symulowanymi (SP). W kształceniu podyplomowym dla lekarzy, farmaceutów i lekarzy denty stom podejmuję zagadnienia dotyczące motywowania pacjentów do przestrzegania zaleceń, rozmowy o trudnych tematach, w tym przekazywania niepomyślnych informacji, empatii i zaufania w relacji terapeutycznej, a także roli komunikacji w zwiększaniu adherencji i satysfakcji pacjentów.

Zajęcia, które prowadzę, obejmują zarówno studia podyplomowe, jak i kursy specjalizacyjne oraz szkolenia dla kadry akademickiej, realizowane we współpracy z licznymi uczelniami medycznymi i instytucjami naukowymi w Polsce.

W szkoleniach dla nauczycieli akademickich koncentruję się na zagadnieniach związanych z metodyką nauczania komunikacji medycznej, w tym oceniania umiejętności komunikacji podczas egzaminu OSCE. Tematyka prowadzonych przeze mnie szkoleń dla nauczycieli dotyczy także metod aktywizujących studentów oraz wzmacniających motywację i zaangażowanie osób uczących się.

Zajęcia prowadzone w ramach studiów podyplomowych:

- Prowadzenie zajęć z komunikacji medycznej w ramach studiów podyplomowych „Profesjonalna opieka farmaceutyczna” prowadzonych przez Centrum Kształcenia Podyplomowego WUM (2023, 2024, 2025). Słuchaczami są farmaceuci.
- Prowadzenie zajęć „Komunikacja w zespołach interprofesjonalnych” w ramach studiów podyplomowych „Innowacyjna edukacja medyczna w symulacji medycznej” realizowanych przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (2023, 2025). Słuchaczami są nauczyciele akademicki z różnych uczelni medycznych.

Wykłady, szkolenia, warsztaty dla lekarzy, lekarzy stomatologów i farmaceutów:

- Wykład „Komunikacja i zaufanie - jak rozmawiać z pacjentem z cukrzycą” w ramach kursu Wprowadzenie do specjalizacji w diabetologii (01-740/5-01-002-2025), 1.10.2025.
- „Codzienna komunikacja w praktyce farmaceuty: jak skutecznie przekazywać informacje i motywować pacjentów?” (11.09.2025), „Emocje w aptece: jak radzić sobie z oczekiwaniami pacjentów i zachować asertywność” (21.10.2025). Webinary we współpracy z Naczelną Izbą Aptekarską dla pracujących farmaceutów i techników farmacji.
- „Gdy słowa leczą – jak rozmawiać z dzieckiem i rodzicem w gabinecie stomatologicznym” warsztaty dla lekarzy stomatologów podczas X Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Stomatologii Dziecięcej (26.09.2025).
- „Skuteczna terapia to dobra komunikacja – zalecenia, których pacjent będzie przestrzegał – motywowanie”, webinar dla Naczelnej Izby Lekarskiej (2024).
- „Komunikacja z pacjentem dzieckiem i jego opiekunem w praktyce lekarza stomatologa”, warsztaty w ramach IX Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Stomatologii Dziecięcej (27.09.2024).
- „Jak rozmawiać z pacjentem dzieckiem i jego opiekunem w gabinecie stomatologicznym?”, warsztaty prowadzone wspólnie z prof. Dorotą Olczak-Kowalczyk, IX Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Stomatologii Dziecięcej (29.09.2023).
- Bąk-Sosnowska M., Doroszevska A., Kłoda K., „Jak rozmawiać z chorym na otyłość i jak mówić o otyłości niezależnie od specjalizacji?”, warsztaty podczas II Kongresu Polskiego Towarzystwa Leczenia otyłości (1.12.2023).
- „Komunikacja z pacjentem – jak rozmawiać o szczepieniach ochronnych”, webinar Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej (11.2023).
- „Socjologiczne uwarunkowania komunikacji medycznej”, wykłady w ramach kursu podyplomowego z komunikacji dla ordynatorów (2023), organizator Zakład Komunikacji Medycznej CMKP.
- „Motywowanie pacjentów do przestrzegania zaleceń”, Warsztaty w czasie konferencji Żywnienie bez granic (maj 2019).
- Wykłady z socjologii na kursach kwalifikacyjnych i specjalizacjach dla pielęgniarek i położnych organizowanych przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (od 2008 do obecnie).

Doświadczenie w prowadzeniu szkoleń dla nauczycieli akademickich z zakresu komunikacji medycznej i edukacji medycznej:

- „Podstawy dydaktyki Akademickiej”, szkolenie dla nowozatrudnionych nauczycieli WUM (2023, 2024).
- „Metodyka kształcenia kompetencji komunikacyjnych”, szkolenie dla nauczycieli Uniwersytetu im. Jana Długosza w Częstochowie (2024).

- „Metodyka kształcenia komunikacji medycznej”, szkolenie dla nauczycieli WUM (2024).
- „Komunikacja w codziennej praktyce nauczyciela akademickiego”, szkolenie w ramach konferencji Ars Docendi, wspólnie z lek. Agata Stalmach-Przygodą (2023).
- „Nowoczesna dydaktyka akademicka”, szkolenie dla Katedry Protetyki WUM wspólnie z Anną Rosadą, Magdaleną Nowak, Iwoną Drozdowską (2023).
- „Kształcenie kompetencji miękkich”, szkolenie dla nauczycieli Krakowskiej Akademii im. A Frycza-Modrzewskiego, (2022).
- „Angażowanie studentów podczas zajęć”, szkolenie dla nauczycieli I Kliniki Kardiologii WUM, wspólnie z Anną Rosadą i Magdaleną Nowak (2022).
- „Metodyka kształcenia z udziałem symulowanych pacjentów”, szkolenie dla nauczycieli I Kliniki Kardiologii WUM, wspólnie z Anną Rosadą (04.04.2024).
- „Egzaminy OSCE”, współprowadzenie szkolenia dla nauczycieli Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego (2022).
- „Czy istnieje trudny pacjent?”, szkolenie dla lekarzy i nauczycieli z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM (2021).
- „Kształcenie kompetencji komunikacyjnych”, szkolenie dla nauczycieli Krakowskiej Akademii im. A Frycza-Modrzewskiego (2021).
- „Egzamin OSCE i wprowadzenie do nauczania komunikacji”, współprowadzenie szkolenia dla Centrum Symulacji dla Pielęgniarek i Położnych w Kielcach (2019).
- „Symulowany pacjent w kształceniu kompetencji komunikacyjnych”, szkolenia dla symulowanych pacjentów, WUM (5 i 9 listopada 2018, 22 marca i 25 kwietnia, listopad 2019, wrzesień 2024).

VI.1.3. Realizacja grantów dydaktycznych i społecznych

2025	Ekspertka merytoryczna w projekcie Inkubator pomysłów 3 – wsparcie rozwoju innowacji społecznych dotyczących włączenia społecznego , Fundacja Stocznia w partnerstwie z Klubem Inteligencji Katolickiej oraz Ośrodkiem Ewaluacji w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego. Przygotowanie scenariuszy do filmów instruktażowych dla lekarzy i położnych na temat komunikacji z rodzicami otrzymującymi informację o dziecku, które urodziło się przedwcześnie.
2019-2023	Koordinatorka: - zadania 6 „Przygotowanie i wdrożenie zajęć fakultatywnych z zakresu komunikacji w zespole interdyscyplinarnym”,

- zadania 7 „Podnoszenie kompetencji kadry dydaktycznej w zakresie poprawy jakości kształcenia, metodyki nauczania kompetencji komunikacyjnych i kompetencji językowych” w ramach projektu **Time 2 MUW doskonałość dydaktyczna szansą rozwoju Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.**

2019-2023 Koordynatorka zadania „Modyfikacja obowiązkowego programu zajęć z zakresu komunikacji dla studentów WUM w ramach projektu **WUM for WUM: Warszawski Uniwersytet Medyczny Wiedza i Umiejętności dla Mazowsza.**

2018-2023 Kierowniczką projektu – **WUM AID Akademia Innowacyjnej Dydaktyki WUM.** Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach POWER 2014-2020. Celem głównym projektu było podniesienie jakości i efektywności kształcenia. Projekt miał na celu wzmocnienie rangi i międzynarodowej pozycji dydaktyki prowadzonej w WUM, rozwój dydaktyczny kadry Uczelni, zwiększenie innowacyjności programów i metod kształcenia, lepsze dostosowanie oferty, programów i efektów kształcenia do potrzeb rynku pracy, rozwój kompetencji społecznych studentów, wzrost umiędzynarodowienia kadry i programów kształcenia, podniesienie standardów usług Biura Karier oraz rozwój kompetencji kadry kierowniczej i administracyjnej WUM.

VI.1.4. Promotorstwo i recenzje prac

W ramach działalności dydaktycznej i naukowej aktywnie uczestniczę w procesie kształcenia studentów kierunków medycznych oraz badaczy w obszarze komunikacji medycznej i edukacji medycznej. Pełniłam funkcję promotorki i recenzentki licznych prac magisterskich. Ich tematyka obejmuje zagadnienia związane z komunikacją pracowników ochrony zdrowia z pacjentami, empatią w praktyce klinicznej oraz postawami wobec pacjentów z chorobami przewlekłymi. Jako promotorka staram się kierować studentów, by rozwijali swoje umiejętności badawcze, w tym analizy danych i interpretacji wyników.

Promotorstwo rozpraw doktorskich

- Promotorka pomocnicza rozprawy doktorskiej: Lek. Marcin Kaczor, „Ocena umiejętności komunikacyjnych oraz współpracy w zespole terapeutycznym studentów kierunku lekarskiego WUM”, Wydział Lekarski WUM (2021).

Promotorstwo prac magisterskich:

1. Gabriela Dudewicz, Opieka nad pacjentem transpłciowym w systemie ochrony zdrowia, kliniczne potrzeby osób transpłciowych i ich doświadczenia, kierunek położnictwo, 2024.
2. Dorota Gdak, Potrzeby w zakresie komunikacji pacjentek przebywających na oddziale ginekologicznym, kierunek położnictwo, 2024.
3. Laura Wiśniewska, Wpływ relacji między pacjentką a położną na komfort pobytu i leczenia szpitalnego podczas porodu, kierunek położnictwo, 2024.
4. Barbara Radosz, Przewodnik podejmowania osobistych decyzji (Ottawa) jako narzędzie usprawniające proces podejmowania współdzielonych decyzji, kierunek położnictwo, 2023.
5. Aneta Giza, Poczucie przygotowania do zawodu w zakresie kompetencji komunikacyjnych – porównanie studentów pielęgniarstwa i położnictwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Universidad Católica de Valencia, kierunek położnictwo, 2022.
6. Karolina Gulewicz, Empatia jako umiejętność komunikacyjna – sposoby okazywania empatii przez położne oddziałów ginekologiczno-położniczych oraz bloku porodowego, kierunek położnictwo, 2022.
7. Agata Piotrowska, Caseload midwifery – model świadczenia opieki okołoporodowej przez położne na świecie, kierunek położnictwo, 2020.
8. Kinga Puchala, Zachowania kobiet w wieku rozrodczym wpływające na mikrobiom, kierunek położnictwo, 2020.
9. Patrycja Suproniuk, Związek między żywieniem, a sposobem opieki nad dzieckiem, kierunek położnictwo, 2020.
10. Aleksandra Lasecka, Pomoc udzielana przez położną w łagodzeniu bólu w czasie porodu w opinii kobiet w połogu, kierunek położnictwo, 2017.
11. Aleksandra Majka, Ocena funkcjonowania zawodowego położnych w oparciu o opinie innych kobiet, kierunek położnictwo, 2017.
12. Kinga Bielecka, Charakterystyka kobiet stosujących antykoncepcję postkoitalną w postaci octanu uliprystalu, kierunek położnictwo, 2016.
13. Aleksandra Kowalska, Prawo wyboru – czy kobiety w Polsce chcą mieć dostęp do legalnej aborcji?, kierunek położnictwo, 2015.
14. Małgorzata Ossowska, Położna – nieletnia matka – wzajemne doświadczenia i relacje podczas ciąży, porodu i połogu, kierunek położnictwo, 2015.
15. Monika Pastryk, Postawa personelu pielęgnującego wobec osób zmieniających płeć w szpitalach warszawskich, kierunek położnictwo, 2015.
16. Justyna Skóra, Sytuacja życiowa rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i przeszkody tworzone przez system opieki zdrowotnej oraz społeczeństwo, kierunek położnictwo, 2015.

Recenzje prac magisterskich:

1. Weronika Pałka, „Przestrzeżenie otyłości przez osoby otyłe wykonujące zawód medyczny”, praca magisterska napisana pod kierunkiem dr. Artura Andrzeja Kanteluka, 2025.
2. Dominika Mazurkiewicz, „Zjawisko wypalenia zawodowego i mobbingu wśród personelu pielęgniarskiego, a bezpieczeństwo hospitalizowanego pacjenta”, praca magisterska napisana pod kierunkiem dr Grażyny Dykowskiej, 2024.
3. Patrycja Ozimkiewicz, „Wiedza kobiet zamieszkujących wsie oraz małe miasta na temat kompetencji zawodowych położnych”, praca magisterska napisana pod kierunkiem dr Agnieszki Iwan, 2024.
4. Magdalena Wojtyra „Kontrola emocji a ryzyko wystąpienia objawów stresu pourazowego oraz wypalenia zawodowego u personelu pielęgniarskiego w dobie pandemii COVID-19”) praca magisterska napisana pod kierunkiem dr. Tytusa Koweszko, 2022.
5. Anna Tłomacka „Ocena wpływu występowania anosmii lub hiposmii w przebiegu zakażenia wirusem SARS CoV-2 na zaburzenia funkcji poznawczych wśród osób badanych chorujących na COVID-19 w odniesieniu do ich stanu zdrowia psychicznego”, praca magisterska napisana pod kierunkiem dr. Tytusa Koweszko, 2022.
6. Katarzyna Górniak, Relacje interpersonalne w zespole terapeutycznym a kształcenie postawy zawodowej studenta położnictwa, praca magisterska napisana pod kierunkiem dr Grażyny Bączek, 2020.
7. Marta Godlewska, „Ocena wiedzy pielęgniarek na temat osobowości borderline”, praca magisterska napisana pod kierunkiem dr Marty Dagmary-Dębowskiej, 2019.

VI.1.5. Inna działalność dydaktyczna

Jestem autorka lub współautorką programów kształcenia z zakresu komunikacji, które są prowadzone przez nauczycieli Studium Komunikacji Medycznej. Tworząc programy kształcenia, uwzględniam kontekst kliniczny wykonywania określonego zawodu medycznego, planuję angażujące metody dydaktyczne oraz sprawdzające najważniejsze umiejętności metody weryfikacji efektów uczenia. Głównym celem nauczania z zakresu komunikacji realizowanym przez Studium Komunikacji Medycznej jest rozwój umiejętności oraz kształtowanie postaw studentek i studentów. W tworzonych programach wykorzystuję różnorodne metody dydaktyczne, aby aktywizować wszystkie osoby uczące się, uwzględniam założenia projektowania uniwersalnego w edukacji. (*universal design for learning*). Ważne jest dla mnie osadzenie nauczania z zakresu komunikacji zarówno w doświadczeniu osób uczących się, jak i w określonym kontekście klinicznym, w którym osoby uczące się będą funkcjonowały w przyszłości.

W 2018 roku po raz pierwszy na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym prowadziłam obowiązkowe zajęcia z udziałem symulowanych pacjentów, czyli osób,

które odgrywają rolę pacjenta. Zorganizowałam także i prowadziłam pierwsze szkolenia dla symulowanych pacjentów, aby symulowani pacjenci uczestniczący w zajęciach na WUM mieli odpowiednie umiejętności odgrywania roli i przekazywania informacji zwrotnej osobom uczącym się. Jestem także zaangażowana w proces rekrutacji kandydatów na symulowanych pacjentów, w działania na rzecz stałego podnoszenie ich kompetencji, tworzenie scenariuszy do zajęć, a także szkolenie nauczycieli akademickich prowadzących zajęcia z udziałem symulowanych pacjentów.

Podjęłam także działania na rzecz rozwoju edukacji interprofesjonalnej. W maju 2021 roku zorganizowałam i współprowadziłam zajęcia fakultatywne „Komunikacja w zespole terapeutycznym”. W zajęciach brali udział studenci różnych kierunków: lekarskiego, pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego. Były to pierwsze interdyscyplinarne zajęcia na WUM, które spotkały się z bardzo pozytywnym odbiorem osób, które w nich uczestniczyły. W 2022 roku organizowałam i współprowadziłam zajęcia dodatkowe „Podstawy komunikowania się w pracy interprofesjonalnego zespołu medycznego”, w których udział wzięli studenci lekarskiego, pielęgniarstwa, farmacji, fizjoterapii i analityki medycznej. W roku akademickim 2025/26 prowadzę przedmiot do wyboru „Wspólnie dla dobrej opieki zdrowotnej. Współpraca i komunikacja przedstawicieli różnych zawodów medycznych”. Celem tych zajęć jest zorganizowanie konferencji dla studentów różnych kierunków, która pozwoli uczestnikom poznać swoje kompetencje oraz rozwinąć umiejętności współpracy.

VI.2. Działalność organizacyjna

VI.2.1. Stworzenie jednostki dydaktycznej

W latach 2017-2018 tworzyłam strukturę Studium Komunikacji Medycznej WUM. Jest to jednostka, która została powołana przez Rektora WUM w październiku 2018 roku jako ogólnouczelniana jednostka mająca na celu prowadzenie zajęć z komunikacji medycznej. W tym czasie stworzyłam pierwsze programy kształcenia oraz materiały dydaktyczne do zajęć. Zorganizowałam także zespół nauczycieli Studium – osób, które są ekspertami w obszarze komunikacji medycznej, reprezentują różne dyscypliny i jako grupa tworzą interdyscyplinarny zespół zaangażowany w rozwijanie kompetencji komunikacyjnych studentek i studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Interdyscyplinarność zespołu Studium jest niezwykle istotna, stanowi to bowiem z jednej strony odzwierciedlenie interdyscyplinarnego charakteru dyscypliny, którą zajmuje się Studium – komunikacji medycznej, a także umożliwia spojrzenie na dydaktykę komunikacji z różnych perspektyw, co jest cenne przy tworzeniu materiałów do zajęć. Wszyscy nauczyciele Studium otrzymują bardzo wysokie oceny w ankietach studenckich.

VI.2.2. Organizacja konferencji naukowych

W ramach działalności naukowej i popularyzatorskiej angażuję się w organizację konferencji, seminariów i warsztatów naukowych poświęconych komunikacji medycznej, dydaktyce medycznej oraz humanistyce w medycynie. Celem tych wydarzeń jest wymiana doświadczeń między naukowcami, praktykami klinicznymi i nauczycielami akademickimi, a także integracja osób zaangażowanych w rozwijanie kształcenia w zakresie komunikacji medycznej na różnych uczelniach medycznych w Polsce.

Organizowane konferencje naukowe:

1. I Ogólnopolska Konferencja Naukowa dla Symulowanych Pacjentów, WUM, 5.10.2024, przewodnicząca komitetu organizacyjnego.
2. Sympozjum Naukowo-Dydaktyczne Gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy. Nauczanie komunikacji na kierunku lekarskim. 26.06.2023, członkini komitetu organizacyjnego.
3. I międzynarodowa konferencja naukowo-praktyczna „Komunikacja jako niezbędny element procesu kształcenia przyszłych lekarzy i farmaceutów”, 14.12. 2022, członkini komitetu organizacyjnego.
4. Konferencja „Komunikacja w medycynie i dobre relacje z pacjentami – teoria, praktyka, dydaktyka”, Warszawa 25.05.2022, członkini komitetu organizacyjnego.
5. I Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Komunikacja w medycynie” (Warszawa, 22.10.2016) – przewodnicząca komitetu organizacyjnego.
6. II Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Komunikacja w medycynie” (Warszawa, 27-28.10.2017) – zastępca przewodniczącej komitetu organizacyjnego.
7. III Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Komunikacja w medycynie” (Warszawa, 30.11-01.12.2018) – przewodnicząca komitetu organizacyjnego.
8. IV Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Komunikacja w medycynie” (Warszawa, 29.11.2019) – przewodnicząca komitetu organizacyjnego.
9. V Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Komunikacja w medycynie”, 26-27.11.2021 – przewodnicząca komitetu organizacyjnego.
10. Seminarium „Komunikacja w medycynie online. Doświadczenia nauczania kompetencji komunikacyjnych na odległość”, 7.11.2020 – przewodnicząca komitetu organizacyjnego.
11. I Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Medycyna narracyjna. Wartość opowieści o doświadczeniu choroby w praktyce klinicznej, badaniach i edukacji”, Warszawa, 8.06.2018 – członkini komitetu organizacyjnego i naukowego konferencji.
12. II Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Medycyna narracyjna. Wartość opowieści o doświadczeniu choroby w praktyce klinicznej, badaniach i edukacji”, 8.06.2019, Bydgoszcz – członkini komitetu organizacyjnego i naukowego konferencji.

13. „Przebrane narodziny – strata ciąży w aspekcie medycznym, psychologicznym, społecznym i etycznym”, listopad 2007, Warszawa – członkini komitetu organizacyjnego konferencji.

VI.3. Działalność popularyzująca naukę

VI.3.1. Udział w konferencjach

Od początku mojej działalności naukowej aktywnie uczestniczę w konferencjach krajowych i międzynarodowych, prezentując wyniki własnych badań dotyczących komunikacji medycznej, edukacji medycznej oraz relacji lekarz–pacjent. Wystąpienia konferencyjne stanowią istotny element mojej pracy naukowej, pozwalając na wymianę doświadczeń z badaczami i praktykami z różnych ośrodków, a także na upowszechnianie wyników prowadzonych przeze mnie badań. Tematyka moich prezentacji obejmuje zagadnienia nauczania komunikacji medycznej, wdrażania symulacji z udziałem symulowanych pacjentów, rozwoju empatii wśród studentów kierunków medycznych, a także problematykę opieki zorientowanej na pacjenta (*patient-centered care*).

Regularny udział w konferencjach, zarówno jako prelegentka, prowadząca sesje tematyczne, jak i organizatorka, pozwolił mi na stałe włączenie się w ogólnopolską oraz międzynarodową dyskusję nad kierunkami rozwoju komunikacji medycznej. Poniżej wybrane prezentacje na konferencjach związane z zagadnieniami komunikacji medycznej, edukacji medycznej, perspektywy pacjenta i kształcenia kompetencji komunikacyjnych:

Czynny udział na międzynarodowych konferencjach:

1. Kaczor M., Doroszevska A., Iwan A., Kozłowski B., Lessons in Medical Simulation Centre – Polish student's expectations and experience, AMEE Conference, Basel, 25-29.08.2018 (poster).
2. Doroszevska A., Oronowicz-Jaśkowiak W., Oronowicz-Jaśkowiak A., Michalik J., Madness or method? E-learning as a one of the method of teaching communication skills, AMEE Conference, Wiedeń, 25-29.08.2019 (poster).
3. Agata Stalmach-Przygoda, A. Doroszevska, I. Hege, Jolanta Świerszcz, Andrzej A. Kononowicz, The differences in clinical communication skills curricula between German and Polish education systems: a BCIME project perspective, ICCH 2021 International Conference on Communication in Healthcare: Bcime Building Curriculum Infrastructure in Medical Education, ERASMUS+, Virtual, 17-20.10.2021.
4. Kołodziejek A., Bilska M., Doroszevska A., Medical professionals' perspective on patients' CAM use – knowledge, attitude, communication, EACH Conference, Glasgow, 5-09.09.2022 (oral presentation).
5. Drozdowska I., Doroszevska A., Learning communication skills – Polish students' approach, EACH Conference, Glasgow, 5-09.09.2022 (poster).
6. Zawanowska J., Drozdowska I., Mikołajczak M., Doroszevska A., Self-assessment of patient communication skills amongst multidisciplinary medics: doctors, nurses

and midwives – Polish perspective, International Conference on Communication in Healthcare, 22-25.10.2023 (poster).

7. Drozdowska I., Doroszevska A., Do students know how to communicate with patients with obesity?, International Conference on Communication in Healthcare, 22-25.10.2023 (poster).

8. Kołodziejek A., Doroszevska A., Communicating with patients on their use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) methods using EARS protocol (Explore – Advise – Revise – Secure)”, International Conference on Communication in Healthcare, 22-25.10.2023 (oral presentation).

9. Drozdowska I., Doroszevska A., Medical students' attitudes and communication skills in consulting patients with obesity, International Conference on Communication in Healthcare, 9-13.09.2024, Saragossa (oral presentation).

10. Doroszevska A., What is the patient's perspective? A holistic model and practical PERSPECTIVE protocol, International Conference on Communication in Healthcare, Ottawa 5-8.10.2025 (oral presentation).

11. Drozdowska I., Doroszevska A., Breaking barriers: Finding communication gaps and stereotypes among primary care physicians towards patients living with obesity, International Conference on Communication in Healthcare, Ottawa 5-8.10.2025 (oral presentation).

12. Zawanowska J., Saad D., Doroszevska A., Do SPs help students develop communication skills? Student opinions, concerns and expectations, International Conference on Communication in Healthcare, Ottawa 5-8.10.2025 (poster).

Czynny udział w konferencjach w Polsce (ustne wystąpienia):

Przed uzyskaniem stopnia doktora

1. **Doroszevska A.**, II Ogólnopolska Konferencja Towarzystwa Edukacji Terapeutycznej, Warszawa 2-3.06.2006. Tytuł i data wystąpienia: Socjologiczne aspekty diabetologii 03.06.2006.
2. **Doroszevska A.**, *Spółeczne aspekty uczestnictwa ojca w szkole rodzenia*, VI Ogólnopolski Zjazd Szkół Rodzenia, Pisz 2-5.10.2006.
3. **Doroszevska A.**, *Spółeczne zmiany związane z zaangażowaniem się mężczyzn w przebieg ciąży, porodu i wychowanie dziecka*, „Psychologia i medycyna wspólne obszary zainteresowań”, Warszawa 20.04.2007.
4. **Doroszevska A.**, *Spółeczna tożsamość rodziców po stracie dziecka*, „Przegrane narodziny – strata ciąży w aspekcie medycznym, psychologicznym, społecznym i etycznym”, Warszawa 17.11.2007.
5. **Doroszevska A.**, *Analiza wpływu Internetu na zachowania w zdrowiu i chorobie*. Międzynarodowa konferencja „Zdrowie i choroba w kontekście psycho-socjo-ekologicznym”, Lublin 14.10.2008.
6. **Doroszevska A.**, *Rola Internetu w promocji zdrowia*, Ogólnopolska konferencja „Zdrowie XXI wieku a promocja zdrowia”, Warszawa, 07-08.05.2009.

7. Gotlib J., Białoszewski D., Lewandowska M., Doroszevska A., Durka M., Sopena M., *Współpraca interdyscyplinarna zespołu terapeutycznego – praca u podstaw czy Idee fixe?*, I Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Psychologia w medycynie – medycyna w psychologii”, Lublin 25-27.09.2009.
8. **Doroszevska A.**, *Prawa pacjenta – perspektywa socjologiczna*, Ogólnopolska konferencja „Determinanty prawne i socjologiczne funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce”, Białystok 21-22.10.2010.
9. **Doroszevska A.**, *Medykalizacja macierzyństwa i jej wpływ na wykonywanie zawodów lekarza i położnej*, Ogólnopolska konferencja „Zdrowie, choroba i leczenie w perspektywie interdyscyplinarnej”, Będlewo, 9-10 czerwca 2011.
10. Baranowska B., **Doroszevska A.**, Dmoch-Gajzlerska E., *Między zdrowiem a chorobą, czyli jak współcześnie postrzegamy ciążę i poród*, II Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Psychologia w medycynie – medycyna w psychologii”, Lublin 23-24.09.2011.
11. **Doroszevska A.**, *Komunikacja dla lekarza i pacjenta*, I Krajowa Konferencja „Psychologia i socjologia dla pacjenta”, 24-25.11.2011.
12. **Doroszevska A.**, Baranowska B., Dmoch-Gajzlerska E., *Dziecko w ciele. Postrzeganie ciała kobiety ciężarnej*, Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Zdrowie Kobiet. Zdrowie mężczyzn. Konteksty kulturowe, społeczne i medyczne”, Poznań, 5-6.12.2011,
13. **Doroszevska A.**, *Postrzeganie zawodu położnej przez osoby go wykonujące*, „Położna w przestrzeni publicznej”, Warszawa, 22 maja 2012.
14. **Doroszevska A.**, *Mosty zamiast murów – socjologia medycyny przykładem udanej(?) interdyscyplinarnej współpracy*. Konferencja naukowa doktorantów ISNS: „Trudne czasy humanistyki, trudne czasy socjologii”, Warszawa, 14-15.09.2012.
15. **Doroszevska A.**, *Poważanie zawodów medycznych odzwierciedleniem przemian społecznych*. I Krajowa Konferencja Naukowa „Socjologia medycyny – promocja zdrowia – biopolityka”, 7-8.03.2013, Łódź.

Po uzyskaniu stopnia doktora

1. **Doroszevska A.**, *Postrzeganie chorób – komunikacja z pacjentem – przestrzeganie zaleceń. Wpływ czynników społecznych i komunikacji na zachowania pacjentów*, 12. Cykliczna Konferencja Naukowa „Wyzwania XXI wieku Ochrona Zdrowia i Kształcenie. Umiejętność Komunikacji Lekarza i Pacjenta – zakres wiedzy absolwenta wydziału lekarskiego”, Warszawa 24.10.2014.
2. **Doroszevska A.**, Jankowska A. K., *Nauczanie komunikacji z pacjentem na uczelniach medycznych w Polsce*, I Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Komunikacja w medycynie”, Warszawa 22.10.2016.
3. **Doroszevska A.**, Jankowska A.K., *Nauczanie komunikacji z pacjentem na uczelniach medycznych w Polsce*, II Ogólnopolska Konferencja Naukowo-

Szkoleniowa „Komunikacja – wyzwaniem współczesnej medycyny”, Lublin 05.11.2016.

4. **Doroszevska A.**, Kaczor M., *Nauczanie komunikacji w symulacji medycznej*, Forum Edukacji Medycznej, Kraków 7.04.2018.
5. **Doroszevska A.**, *Edukacja medyczna – mapa możliwości*, Dzień Kultury Jakości Uczelni, WUM, Warszawa 18.05.2018.
6. **Doroszevska A.**, Oronowicz-Jaśkowiak A., Oronowicz-Jaśkowiak W., Michalik J., *Szaleństwo czy metoda? E-learning jako jedna z metod w nauczaniu kompetencji komunikacyjnych*, III Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Komunikacja w medycynie”, Warszawa 30.11-1.12.2018.
7. **Doroszevska A.**, *Instytucjonalizacja i profesjonalizacja komunikacji medycznej w Polsce*, IV Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Komunikacja w medycynie”, Warszawa 29.11.2019.
8. **Doroszevska A.**, *Zdalnie czy w ogóle – oto jest pytanie*, seminarium online „Komunikacja w medycynie online. Doświadczenia nauczania kompetencji komunikacyjnych na odległość”, 7.11.2020.
9. **Doroszevska A.**, *Komunikacja z pacjentem*, Forum Edukacji Medycznej, online 4.05.2021.
10. **Doroszevska A.**, Zawadzki P., *Trudne sytuacje w komunikacji z pacjentem – dobre praktyki*, VIII Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Wsparcie Psychologiczne w Ratownictwie Medycznym”, Warszawa 18.10.2022.
11. **Doroszevska A.**, udział w panelu „Komunikacja z pacjentem”, konferencja KRAUM „Nowoczesna edukacja medyczna odpowiedzią na potrzeby zdrowotne społeczeństwa”, Wrocław 21.04.2023.
12. **Doroszevska A.**, udział w pracach grupy roboczej „Kompetencje dydaktyczne” konferencja KRAUM „Nowoczesna edukacja medyczna odpowiedzią na potrzeby zdrowotne społeczeństwa”, Wrocław 21.04.2023.
13. **Doroszevska A.**, *Jak skutecznie komunikować się z pacjentem podróżującym*, Konferencja Medycyna Podróży, Gdynia 12.05.2023.
14. **Doroszevska A.**, *Komunikacja medyczna na WUM – wczoraj, dziś i jutro*, Dzień Kultury Jakości Uczelni, WUM, Warszawa 26.05.2023.
15. **Doroszevska A.**, *Nauczanie komunikacji na kierunku lekarskim*, Sympozjum Naukowo-Dydaktyczne „Gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy. Nauczanie komunikacji na kierunku lekarskim”, online 26.06.2023.
16. **Doroszevska A.**, *Znaczenie umiejętności komunikacji w praktyce medycznej*, Konferencja Wschód Zachód, Warszawa 26.04.2024.
17. **Doroszevska A.**, panelistka w debacie „Doświadczenia Zespołu ds. wsparcia dydaktycznego KRAUM” oraz w debacie „Kształcenie kompetencji komunikacyjnych na wydziałach lekarskich – aspekty praktyczne, doświadczenia i wyzwania” podczas konferencji KRAUM „Edukacja i humanizacja we współczesnej medycynie”, Kołobrzeg, 16-17.05.2024.

18. **Doroszewska A.**, panelistka w debacie „PACJENT I SYSTEM: Jak poprawić komunikację między pacjentami, a lekarzami? Dobra komunikacja sposobem na lepszy efekt leczniczy i zadowolenie pacjenta”, Kongres Zdrowia Medonet, Warszawa 20.11.2024.
19. **Doroszewska A.**, *Niepomyślne informacje w rozmowach z pacjentem senioralnym – empatia i komunikacja*, IX Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne, Serock, 6-8.06.2025.
20. **Doroszewska A.**, Dziechciarz P. *Bo ja jestem, proszę pana na zakręcie – współczesna dydaktyka medyczna*, X Ogólnopolska Konferencja Dydaktyki Akademickiej „Ideatorium”, Gdańsk, 7-6.06.2025.
21. **Doroszewska A.**, panelistka w debacie „Psychologiczne aspekty adherencji: komunikacja-zaufanie-motywacja” podczas konferencji „Adherencja terapeutyczna w przewlekłych chorobach cywilizacyjnych”, Warszawa, 27.03.2025.
22. **Doroszewska A.**, panelistka w dyskusji „Społeczna świadomość a współodpowiedzialność za kondycję zdrowotną i efekt terapeutyczny” podczas debaty Adherencja – współodpowiedzialność za zdrowie i efekt terapeutyczny w chorobach przewlekłych zorganizowanej przez Medyczną Rację Stanu, Warszawa, 18.09.2025.
23. **Doroszewska A.**, panelistka w debacie „Prosty język i efektywna komunikacja w opiece zdrowotnej” podczas III Kongresu Efektywnej Komunikacji, Warszawa 29.10.2025.

VI.3.2. Udział w innych wydarzeniach popularyzujących naukę

Poza działalnością stricte naukową i dydaktyczną angażuję się również w inicjatywy popularyzujące naukę i komunikację medyczną wśród szerokiego grona odbiorców – zarówno przedstawiciele środowiska akademickiego, jak i społeczeństwa. Celem tych działań jest upowszechnianie wyników badań z zakresu komunikacji medycznej, a także budowanie świadomości społecznej dotyczącej roli empatii, zrozumienia i partnerskiej relacji w opiece zdrowotnej. Aktywność ta stanowi istotny element mojej pracy zawodowej i misji naukowej — pozwala przekładać wyniki badań na praktykę społeczną, przyczyniając się do budowania świadomości znaczenia komunikacji w ochronie zdrowia.

- Organizatorka i moderatorka debaty „Dobra komunikacja dla zdrowia Polek i Polaków” podczas 5. Kongresu Zdrowie Polaków w 2023.
- Doroszewska A., Dudek D., Jabłoński M.J., Kłosińska K., Murawiec S., Sobczak B., *Rekomendacje dotyczące języka niedyskryminującego osób z zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 2020.
- Współautorka scenariuszy do lekcji dla szkół ponadpodstawowych dotyczących języka dotyczącego zaburzeń psychicznych i komunikacji z osobami z tymi zaburzeniami, 2020.

- Udział w debacie z okazji Międzynarodowego Dnia Języka Ojczystego, Język w kryzysie, Porozumienie między pokoleniami, 20.02.2021.
- Udział w debacie Zdrowie bez recepty. Klub Inteligencji Katolickiej, organizator Magazyn Kontakt, 27.02.2019.
- Wystąpienie „Choroba nowotworowa jako problem społeczny” podczas VII Letniej Akademii Onkologicznej dla Dziennikarzy, 9.08.2017.

VI.3.3. Udział w audycjach radiowych, programach telewizyjnych, webinarach na temat związanych z komunikacją medyczną

W ramach popularyzacji wiedzy oraz promocji wyników badań naukowych dotyczących komunikacji medycznej uczestniczę w audycjach radiowych, programach telewizyjnych oraz webinarach poświęconych tematyce relacji lekarz–pacjent, empatii w praktyce klinicznej oraz rozwijania kompetencji komunikacyjnych. Wystąpienia te mają na celu budowanie społecznego zrozumienia dla znaczenia rozmowy i relacji w procesie leczenia. Aktywność w przestrzeni medialnej daje mi możliwość łączenia działalności akademickiej z odpowiedzialnością społeczną. Umożliwia prezentowanie perspektywy naukowej w przestrzeni publicznej i wspiera dialog pomiędzy środowiskiem medycznym a społeczeństwem, przyczyniając się do kształtowania postaw empatii, szacunku i zrozumienia.

- Webinar „10 błędów w komunikacji z pacjentem. Sprawdź, czy nie masz jednego z nich na sumieniu”, wspólnie z lek. Anną Rosadą i lek. Agatą Stalmach-Przygodą, platforma MedonetPro, czerwiec 2025.
- Webinar „Nie mam czasu na dobrą komunikację — prawda czy mit?”, wspólnie z lek. Anną Rosadą, platforma MedonetPro, czerwiec 2025.
- Program „Pytanie na śniadanie”, O słowach, które mają moc, TVP Program 2, 18.11.2024.
- Audycja „PrzySłowie”, „Przychodzi pacjent do lekarza i... w jaki sposób rozmawiają? Rozmowa A. Doroszevska, A. Rosada i M. Adamczyk, Trójka Polskie Radio, 5.09.2024.
- Audycja „Słowoteka”, O komunikacji lekarz–pacjent, Jedyńska Polskie Radio. 14.04.2024.
- Poradnik komunikacji z pacjentem dla lekarzy – MED FAKE. Budowanie zaufania do szczepień ochronnych z wykorzystaniem najnowszych narzędzi komunikacji i wpływu społecznego, autorka prezentacji oraz scenariusza do filmu, Youtube.
- Audycja „Kobiety wieczór”, O komunikacji medycznej i kształceniu studentów kierunków medycznych, Radio RDC, 06.07.2023.
- „Czy każdy medyk powinien umieć rozmawiać z pacjentem? O komunikacji w medycynie” - rozmowa Agnieszki Usiarczyk, dziennikarki portalu Remedium

z dr n. społ. Antoniną Doroszewską oraz lek. Anną Rosadą, portal Remedium, 08.07.2022.

- Program „Języczek u wagi”, Zdrowa komunikacja lekarza i pacjenta, TVP Bydgoszcz, 11.11.2021.
- „Jak mówić o chorobach psychicznych?” rozmowa A. Doroszewskiej z E. Podsiadły-Natorską, portal HelloZdrowie.pl.
- Audycja Eureka w Jedyńka Polskie Radio, Na temat edukacyjnej kampanii społecznej „Wrażliwi na słowa, wrażliwi na ludzi” rozmawia red. Katarzyna Jankowska z dr n. społ. Antoniną Doroszewską oraz dr n. med. Sławomirem Murawcem, 28.10.2020.
- Audycja „Popołudnie RDC”, O Ogólnopolskiej Konferencji „Komunikacja w medycynie”, Radio RDC, 27.11.2019.

VII. Inne

VII.1. Nagrody, stypendia

W uznaniu za działalność zostałam uhonorowana następującymi nagrodami i stypendiami:

Nagrody Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

2018 – Nagroda specjalna indywidualna za zaangażowanie w prace związane z utworzeniem Centrum Edukacji Medycznej w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

2020 – Nagroda specjalna indywidualna drugiego stopnia za udział w tworzeniu nowej struktury dydaktycznej Uczelni, w szczególności za działania prowadzące do powstania Centrum Doskonalenia Edukacji Medycznej oraz podniesienia jakości kształcenia.

Stypendia

2009 – Mazowieckie Stypendium Doktoranckie przyznane za wyróżniające się wyniki w pracy naukowej.

VI 2015 – Fundusz Stypendialny i Szkoleniowy – University of Bergen (Norwegia); stypendium szkoleniowe w ramach programu współpracy akademickiej i rozwoju kompetencji dydaktycznych.

VII.2. Członkostwo w krajowych i międzynarodowych organizacjach naukowych:

2021 - obecnie	Rada Języka Polskiego przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk Członkini Prezydium
2019 - obecnie	Zespół Języka w Medycynie RJP PAN Przewodnicząca
2017 - obecnie	Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej Członkini
2015 - obecnie	Rada Języka Polskiego przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk Członkini
2008 - obecnie	Polskie Towarzystwo Socjologiczne Członkini
2012 - 2018	Zespół Języka w Medycynie RJP PAN Sekretarz

VII.3. Ukończone szkolenia związane z metodyką kształcenia kompetencji komunikacyjnych oraz edukacją medyczną

W ramach rozwoju zawodowego i doskonalenia kompetencji dydaktycznych uczestniczyłam w szeregu szkoleń krajowych i międzynarodowych poświęconych metodyce nauczania komunikacji medycznej oraz dydaktyce medycznej. Udział w tych programach pozwolił mi na pogłębienie wiedzy z zakresu nowoczesnych metod kształcenia, projektowania programów nauczania, oceny efektów uczenia oraz pracy z pacjentami symulowanymi.

Szczególne znaczenie miało uczestnictwo w Masters of Didactics Programme na Uniwersytecie w Gandawie (*Ghent University*), które umożliwiło mi rozwój kompetencji w zakresie dydaktyki akademickiej i uczenia dorosłych, a także w cyklu certyfikowanych kursów European Association for Communication in Healthcare (EACH), poświęconych nauczaniu i doskonaleniu umiejętności komunikacyjnych w środowisku klinicznym.

Ukończone szkolenia stanowią istotne uzupełnienie mojego dorobku naukowego i dydaktycznego – potwierdzają systematyczny rozwój warsztatu nauczyciela akademickiego oraz zaangażowanie w implementację międzynarodowych standardów nauczania komunikacji medycznej w polskich uczelniach medycznych.

Ukończone szkolenia:

- 2023 *How to Teach in Health Professional Education: Experiential communication skills teaching*
Certyfikat European Association of Communication in Healthcare
- 2022 *Workplace based communication skills teaching and learning*
Certyfikat European Association of Communication in Healthcare
- 2022 *Curriculum development in communication skills teaching*
Certyfikat European Association of Communication in Healthcare
- 2022 *Working with simulated patients*
Certyfikat European Association of Communication in Healthcare
- 2021-2022 Masters of Didactics Programme Ghent University
- 2018 Metodyka nauczania kompetencji komunikacyjnych
Certyfikat wystawiony przez Krakowskie Biuro Rozwoju Kompetencji

VII.4. Inna działalność

Poza działalnością badawczą i dydaktyczną aktywnie uczestniczę w pracach zespołów eksperckich, konsultacyjnych i organizacyjnych działających na rzecz rozwoju edukacji medycznej oraz komunikacji medycznej. Moje zaangażowanie obejmuje współpracę z instytucjami naukowymi, akademickimi, rządowymi oraz społecznymi, których celem jest wdrażanie standardów nauczania oraz upowszechnianie dobrych praktyk komunikacyjnych w ochronie zdrowia. W latach 2019–2025 uczestniczyłam w szeregu inicjatyw o charakterze interdyscyplinarnym, obejmujących zarówno pracę ekspercką w projektach systemowych, jak i udział w gremiach naukowych działających przy Polskiej Akademii Nauk i Parlamencie RP. W ramach tej działalności:

- brałam udział w tworzeniu opisów kwalifikacji zawodowych i systemu walidacji kompetencji komunikacyjnych pracowników ochrony zdrowia oraz nauczycieli komunikacji medycznej (Interdyscyplinarny zespół pracujący nad opisem kwalifikacji i walidacji dla umiejętności związanych z komunikacją medyczną oraz jej nauczaniem w ramach Zintegrowanego Rejestru Kwalifikacji, główna ekspertka merytoryczna, 2019-2020),
- współuczestniczyłam w opracowywaniu sprawozdania Rady Języka Polskiego PAN, dotyczącego języka w medycynie i komunikacji publicznej w czasie kryzysu zdrowotnego (Sprawozdanie o stanie ochrony języka polskiego za lata 2020–2021. Język przekazów rządowych kierowanych do społeczeństwa w czasie kryzysu zdrowotnego”, Sprawozdanie Rady Języka Polskiego przy Prezydium PAN, współautorstwo, 2023),

- uczestniczyłam w pracach KRAUM (Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych), współtworząc standardy dydaktyczne w ramach grupy roboczej „Kompetencje dydaktyczne” w ramach konferencji KRAUM we Wrocławiu, a także pełniąc funkcję sekretarza Zespołu ds. wsparcia dydaktycznego (2023-2024),
- współpracowałam w ramach Zespołu Języka w Medycynie Rady Języka Polskiego PAN, opracowując zasady polskiego nazewnictwa substancji czynnych leków (Publikacja, która powstała w ramach prac Zespołu Języka w Medycynie RJP PAN to: Mirowska-Guzek D., Krzyżyk D., Ganczar M., Karbownik M., Basiak M., Bielec F., Doroszevska A., „Zasady polskiego nazewnictwa substancji czynnych produktów leczniczych”, 2025),
- od 2025 roku uczestniczę w pracach Parlamentarnego Zespołu ds. Adherencji, który zajmuje się problematyką przestrzegania zaleceń terapeutycznych i komunikacji z pacjentem przewlekle chorym.

Działalność ta ma charakter interdyscyplinarny i wdrożeniowy – łączy naukę, dydaktykę i politykę zdrowotną. Staram się wykorzystywać w niej dorobek naukowy z zakresu komunikacji medycznej i edukacji medycznej, mając na celu budowanie dobrych relacji pracowników ochrony zdrowia z pacjentami oraz podnoszenie jakości opieki zdrowotnej w Polsce.