

Załącznik 3 do wniosku o wszczęcie postępowania habilitacyjnego

Autoreferat

dr n. hum. Marta Rzakiewicz
Studium Psychologii Zdrowia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Warszawa 2023

Spis treści

1. Dane osobowe	2
2. Posiadane dyplomy i stopnie naukowe	2
3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych	2
4. Omówienie osiągnięć kandydata, o których mowa w art. 2019 ust.1 pkt 2 ...	3
5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową	32
6. Informacje o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę	34
7. Inne informacje dotyczące kariery zawodowej	35

1. Dane osobowe

Imię i nazwiska: Marta Rzakiewicz

Tytuł naukowy: doktor nauk humanistycznych

Stanowisko: adiunkt

Adres służbowy: Studium Psychologii Zdrowia

Warszawski Uniwersytet Medyczny

ul. Litewska 14/16

00-575 Warszawa

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.

- tytuł doktora nauk humanistycznych na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego – 2006, tytuł rozprawy: Adaptacja do sytuacji przewlekłej choroby somatycznej u pacjentów z uszkodzeniami i bez uszkodzeń mózgu, Promotor: dr hab. Emilia Łojek, prof. UW

- tytuł magistra na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego – 1998, promotor dr hab. Grzegorz Sędek

3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych.

- 2006-obecnie – Warszawski Uniwersytet Medyczny, Studium Psychologii Zdrowia, adiunkt badawczo-dydaktyczny

- 2022/2023 - Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie, wykładowca, praca na zlecenie

- 2017-2022 Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego CMKP w Warszawie - psycholog, praca na zlecenie

- 2007/2008 Wyższa Szkoła Fotografii, ul. Mokotowska 4/6 Warszawa – wykładowca, praca na zlecenie

- 2005-2007 Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, ul. Sucharskiego 2, 35-225 Rzeszów – wykładowca, praca na zlecenie

- 1999-2004 Studia doktoranckie na Uniwersytecie Warszawskim w programie stypendialnym, połączone z obowiązkami dydaktycznymi oraz pozyskiwaniem wewnętrznych grantów na badania

10

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

4.1 Tytuł osiągnięcia:

Doświadczenia i aktywizacja pacjentów senioralnych w podstawowej opiece zdrowotnej – wyznaczenie czynników determinujących oraz ocena skuteczności wprowadzonej interwencji e-learningowej dla lekarzy POZ

(Mature patients experiences and activation in primary care – selection of its determinants and assessment of implemented e-learning intervention for GPs)

W skład osiągnięcia naukowego wchodzi cykl 5 artykułów empirycznych (IF 19,598// 385 punktów ministerialnych) oraz rozdział w monografii wieloautorskiej. Wśród tych pozycji w czterech artykułach oraz w rozdziale jestem pierwszym autorem, w jednym artykule drugim.

4.2. Lista publikacji:

Jaworski M, Rządkiwicz M, Adamus M, Chylinska J, Lazarewicz M, Haugan G, Lillefjell M, Espnes GA, Włodarczyk D. Primary care patients' expectations regarding medical appointments and their experiences during a visit: does age matter? Patient Prefer Adherence. 2017;11:1221-1233; IF 1.733; 30pkt MN (obecnie 70)

Wkład własny w powstanie tej pracy polegał na konceptualizacji projektu badawczego oraz współpracy przy przyjmowaniu założeń artykułu, wyborze i interpretacji danych, opracowywaniu wyników, przeglądzie piśmiennictwa, przygotowaniu manuskryptu i udziale w redagowaniu tekstu oraz korekty zgodnie z sugestiami recenzentów.

Rządkiwicz M. Starość w stereotypach – ageizm, funkcjonowanie i zdrowie. 2021 w: Owczarek K. & Fijałkowska I (red.) Psychologia medycyna zdrowie. T. 2; str. 103-121, wyd. Scholar, Warszawa

Wkład własny w powstanie tej pracy polegał na konceptualizacji rozdziału, przeglądzie i selekcji piśmiennictwa, opracowaniu wniosków, przygotowaniu całości manuskryptu oraz korekty zgodnie z sugestiami recenzentów.

Rządkiwicz M, Haugan G, Włodarczyk D. Mature Adults at the GP: Length of Visit and Patient Satisfaction—Associations with Patient, Doctor, and Facility

Characteristics. *Medicina*. 2022; 58(2):159. <https://doi.org/10.3390/medicina58020159> ; IF 2,948 // 40 pkt MN

Wkład własny w powstanie tej pracy polegał na konceptualizacji projektu badawczego, określeniu założeń artykułu, wyborze, analizie i interpretacji danych, opracowywaniu wyników, przeglądzie piśmiennictwa, przygotowaniu całości manuskryptu oraz korekty zgodnie z sugestiami recenzentów.

Rzadkiewicz M, Jaworski M, Włodarczyk D. The Brave Patient after 80—Satisfaction with Visit and Individual Determinants of Proactive Patient Attitude among the Oldest General Practice Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(10):6214. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106214> ; IF 4.614 // 140

Wkład własny w powstanie tej pracy polegał na konceptualizacji projektu badawczego, określeniu założeń artykułu, wyborze, analizie i interpretacji danych, opracowywaniu wyników, przeglądzie piśmiennictwa, przygotowaniu całości manuskryptu i redagowaniu tekstu zgodnie z sugestiami recenzentów.

Rzadkiewicz M, Chylinska J, Jaworski M, Lazarewicz M, Adamus M, Haugan G, Lillefjell M, Espnes GA, Włodarczyk D. Activation of older patients through PRACTA intervention for primary healthcare doctors. Does the method matter? *Eur J Public Health*. 2017 Dec 1;27(6):998-1003. doi: 10.1093/eurpub/ckx129 ; IF 2.782; 35 pkt (obecnie 100)

Wkład własny w powstanie tej pracy polegał na konceptualizacji projektu badawczego, określeniu założeń artykułu, wyborze, analizie i interpretacji danych, opracowywaniu wyników, przeglądzie piśmiennictwa, przygotowaniu całości manuskryptu i redagowaniu tekstu zgodnie z sugestiami recenzentów.

Rzadkiewicz, M., & Chylińska, J. (2023). Walking in their shoes: How primary-care experiences of adults aged 50+ reveal the benefits of e-learning intervention for general practitioners. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. <https://doi.org/10.1111/aphw.12434> ; IF 7,521//pkt140

12

Wkład własny w powstanie tej pracy polegał na konceptualizacji projektu badawczego, określeniu założeń artykułu, wyborze, analizie i interpretacji danych, opracowywaniu wyników, przeglądzie piśmiennictwa, przygotowaniu całości manuskryptu i redagowaniu tekstu zgodnie z sugestiami recenzentów.

4.3 Omówienie cyklu

4.3.1. Wprowadzenie w tematykę

Polityka senioralna, w tym zdrowotna, od wielu już lat uwzględnia globalny trend związany ze starzeniem się społeczeństw i wynikającą z niego zmianę struktury wiekowej populacji. Z uwagi na znaczenie doświadczeń z opieką medyczną - zarówno dla przebiegu leczenia, jak i procesu zdrowienia - niezwykle istotna jest dbałość o możliwie pozytywny jej odbiór przez samych seniorów.

Zaangażowanie pacjenta w terapię, motywacja, przestrzeganie zaleceń, czy wreszcie efektywność i satysfakcja z leczenia są w znacznym stopniu zależne od spełnienia oczekiwań, jakie pacjent ma względem opieki medycznej (Bowling i in. 2012; Bowling, Rowe & McKee 2013; Bowling & Rowe 2014). W literaturze wyodrębniono kategorie o najsilniejszym związku z wyżej wymienionymi czynnikami terapeutycznymi, do których należą:

- przekazywanie informacji o chorobie i leczeniu
- wsparcie emocjonalne
- promocja zdrowia
- jakość relacji personelu medycznego z pacjentem
- odniesienie do jakości życia

Wszystkie wymienione kategorie mogą być subiektywnie oceniane przez pacjentów, a rozumiane jako doświadczenia związane z opieką zdrowotną mają istotny związek z bezpieczeństwem i efektywnością działań terapeutycznych (Dayle i in., 2013).

Ogólnopolskie badania pacjentów POZ wskazują, że wśród pacjentów w wieku 60+ tylko 61% otrzymało sugestie dotyczące zdrowego stylu życia, zaś 40% było pytanych o problemy emocjonalne. Co istotne, odsetek ten malał z wiekiem uczestników badania. Dodatkowo, zachętę do zadawania pytań oferowało 39% lekarzy, a 53% angażowało pacjenta w podejmowanie decyzji. Jednocześnie ponad ¾ lekarzy komunikowało się w sposób klarowny oraz znało medyczną historię pacjenta (GUS, 2020). Wyniki te nabierają szczególnego znaczenia w zestawieniu z faktem, że współczynnik tzw. pomyślnego starzenia się (gdzie

wiele kryteriów odnosi się do zdrowia lub zachowań i aktywności związanych ze zdrowiem) w Polsce oceniany jest jako najniższy w Europie. Pomyślnie starzenie dotyczy jedynie 1,6% populacji polskich seniorów, podczas gdy w krajach skandynawskich osiąga je już około ¼ osób starszych (Hank, 2011).

Wciąż wiele obszarów w ochronie zdrowia wymaga modyfikacji i usprawnień dostosowanych do starzejącej się populacji, co jest szczególnym wyzwaniem. Z jednej strony, mamy bowiem do czynienia z pogarszającym się z wiekiem stanem zdrowia jednostek, przy równocześnie rosnącej długości życia. Z drugiej zaś, społeczne zobowiązanie do równego traktowania i przestrzegania praw pacjenta obliuguje do zachowywania najwyższych standardów niezależnie od wieku, co nieraz budzi kontrowersje (Fraser i in., 2021; Hostiuc i in. 2021). Kontakt z personelem medycznym placówki jest uznanym środkiem wsparcia pacjenta w samoopiece, poczuciu własnej skuteczności w walce o zdrowie oraz aktywizacji jego podejścia do leczenia (ang. *patient empowerment/enhancement, patient activation, patient engagement*; Rijken i in. 2014). W swoich badaniach przyjął założenie zgodne z piśmiennictwem, że aktywizacja jest łącznym wskaźnikiem zrozumienia przez pacjenta sytuacji zdrowotnej oraz planów terapeutycznych, pozytywnego nastawienia i motywacji do aktywnego ich realizowania, jak również poczucia własnej skuteczności w działaniach prozdrowotnych.

Punkt wyjścia dla całości osiągnięcia stanowi paradygmat holistycznego podejścia do pacjenta w opiece medycznej i jest zgodny z postulatem rozwoju badań empirycznych z zakresu biopsychospołecznego rozumienia uwarunkowań zdrowia i choroby (Gordon, 1982; Royen Van i in., 2010). Przyjęcie podejścia holistycznego w praktyce współczesnej medycyny wymaga interdyscyplinarnego wyjaśniania zjawisk. W ramach omawianej przeze mnie problematyki dotyczy ono zwłaszcza relacji między naukami o zdrowiu, medycznymi oraz psychologią (zestawienie najważniejszych dziedzin i teorii związanych z osiągnięciem przedstawia ryc 1). W tym kontekście, obszar nauk o zdrowiu obejmuje sfery zdrowia publicznego, organizacji opieki medycznej oraz promocji zdrowia, ze szczególną koncentracją na zjawisku starzenia się globalnej populacji. Stąd też włączyłam tu pokrewną interdyscyplinarną naukę jaką jest gerontologia. Nauki medyczne wnoszą wiedzę kliniczną, rozpoznanie mechanizmów decydujących o zachorowaniu lub utrzymaniu zdrowia, oraz przestrzeń do interakcji między pacjentem a specjalistami różnych dziedzin medycznych. W prezentowanym zestawieniu psychologia jest miejscem zakotwiczenia osiągnięcia, przede wszystkim z uwagi na pełne spektrum zagadnień teoretycznych oraz empirii w zakresie psychologii zdrowia. W swojej pracy wykorzystałam ponadto elementy psychologii

pozytywnej, a także teorie oraz badania opisujące m.in. zasoby, postawy oraz mechanizmy odpowiedzialne za motywację czy też radzenie sobie ze stresem. Założenia będące podstawą osiągnięcia oraz każdego z badań opublikowanych w cyklu wykorzystują wybrane teorie i koncepcje psychologiczne o ugruntowanej pozycji na polu medycyny (ryc.1). Większość z nich to koncepcje oparte na wynikach badań empirycznych, będące w ciągłym procesie rozwoju, co świadczy o ich aktualności (np. Chudyk i in. 2022 przegląd modeli angażowania pacjenta, Anderson i in., 2022 stopień korzystania z opieki medycznej a poziom aktywizacji pacjentów). Ramy teoretyczne, które przyjąłam pozwalają także spójnie interpretować uzyskane wyniki. Można więc prezentowanemu osiągnięciu przypisać charakter nie tylko interdyscyplinarny, ale również transteoretyczny.



Rycina 1 Dyscypliny składające się na interdyscyplinarny charakter osiągnięcia oraz koncepcje psychologiczne będące jego podstawą teoretyczną

Cykl publikacji składający się na osiągnięcie uporządkowałam zgodnie z dobrymi praktykami w pracy interwencyjnej, począwszy od określenia potrzeb i problemów, poprzez analizę bieżących doświadczeń i ich determinant, po przygotowanie, wdrożenie i ocenę interwencji. Pierwsze dwie publikacje miały na celu opis oczekiwań pacjentów związanych z ich wizytą u lekarza, poziomu ich zaspokojenia w jej trakcie oraz ewentualnych barier. Inspiracją do wyboru tych analiz jest psychologiczna koncepcja oczekiwań związanych ze zdrowiem oraz wcześniejsze badania w tym zakresie (ang. *health expectations*; Janzen i in. 2006; Bowling i in. 2012). Zatem, teksty te obejmują zapis stanu rzeczy, będący pogłębioną diagnozą

15

specyfiki potrzeb i problemów, jakie dotyczą pacjentów senioralnych w opiece medycznej, zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Druga część osiągnięcia opiera się na wynikach analiz przekrojowych, których celem było zbadanie doświadczeń związanych z wizytą lekarską w odniesieniu do szeregu czynników mogących na nie wpływać. Za wskaźniki doświadczeń przyjąłm subiektywną ocenę wizyty w kategoriach takich jak postawa pacjenta wobec zdrowia i leczenia czy satysfakcja pacjenta po wizycie oraz ocenianą obiektywnie długość jej trwania. W obu pracach zwróciłam szczególną uwagę na rolę wieku pacjentów oraz subiektywnej oceny zdrowia. Dodatkowo, wybrałam liczne inne zmienne jako czynniki kontrolne (np. stan cywilny pacjenta, cel wizyty, status finansowy itp.). W teoretycznym opracowaniu tej części osiągnięcia wykorzystałam koncepcję postawy wobec zdrowia, definicję i operacjonalizację pojęcia satysfakcji pacjenta (Batbaatar i in., 2015; Boquiren i in. 2015), model doświadczeń pacjenta związanych z opieką medyczną (Doyle i in., 2013) oraz modele aktywizacji i zaangażowania pacjenta (Forbata i in, 2009; Graffigna i Barello, 2018; Graffigna, Barello i Bonanomi, 2017). Te ostatnie modele były też osią badań z trzeciej części osiągnięcia. Celem zawartych w niej prac była weryfikacja skuteczności e-learningowej interwencji dla lekarzy POZ poprzez ocenę zmiany zachodzącej w doświadczeniach pacjentów. Warto podkreślić, że ocena efektywności e-learningu dla personelu medycznego z perspektywy zmian spostrzeganych przez pacjenta jest oryginalnym podejściem badawczym na skalę międzynarodową. Publikacje o podobnym charakterze, choć są na razie bardzo rzadkie, wnoszą nowatorskie spojrzenie wraz z najistotniejszą wiedzą o skuteczności podejmowanych interwencji.

Pragnę zaznaczyć, że koncepcje wykorzystane przy kształtowaniu osiągnięcia są ze sobą powiązane nie tylko w zakresie pojęciowym czy wzajemnego wpływu omawianych zjawisk, lecz także w odniesieniu do szeroko rozumianego zdrowia, jakości życia czy procesów leczenia (np. Asadi-Lari i in., 2004). Przedstawione zaś osiągnięcie czerpiąc z dotychczasowych opracowań istotnie je uzupełnia.

Projekt PRACTA

Omawiane osiągnięcie oparte jest na wynikach polsko-norweskiego projektu *PRACTA – aktywizacja seniorów w pr@ktyce medycznej* (nr grantu Pol-Nor/200856/34/2013), w którym byłam aktywnym członkiem zespołu badawczego.

Pełny tytuł projektu: Promocja aktywności seniorów w publicznej opiece zdrowotnej: diagnoza psychospołecznych potrzeb pacjentów i wzmacnianie interpersonalnych kompetencji lekarzy (*Promoting Active Ageing in Public Health Care: Recognizing Patient*

16

Psychosocial Needs and Enhancing Doctor Interpersonal Competencies). Podstawowe dane o projekcie:

- Priority: Social science; Topics: demographic changes and improving efficacy of public institutions ;
- czas realizacji 36 +8 miesięcy (2013-2017);
- przyznane środki: 2 974 211 PLN;
- partnerzy w projekcie: Zakład Psychologii Medycznej WUM (obecnie Studium Psychologii Zdrowia) – 6 osób oraz Norweski Uniwersytet Techniczny w Trondheim, Norwegia (Centrum Badań w Promocji Zdrowia) – 3 osoby.
- liczba uczestników projektu: lekarze n = 503 (obie fazy 393), pacjenci n = 8862 (Faza I 4936 osób, faza II 3926 osób).

Pozyskanie tak dużego, międzynarodowego grantu przez stosunkowo niewielki zespół, w dziedzinie będącej na granicy między psychologią a medycyną ma charakter wyjątkowy. Z nieformalnych informacji wynika, że prawdopodobnie jest to dotychczas największy projekt badawczy w Polsce z zakresu psychologii zdrowia. Aktywnie uczestniczyłam w przygotowaniu założeń badawczych, przeglądzie literatury, pisaniu wniosku grantowego, konstruowaniu wszystkich narzędzi psychometrycznych i ankiet, analizie i interpretacji uzyskanych danych, prezentowaniu wyników w publikacjach i wystąpieniach konferencyjnych oraz dla grup ekspertów. Specyficznie, w projekcie PRACTA pełniłam rolę lidera pakietu roboczego poświęconego promocji projektu i jego wyników. Do moich obowiązków należało organizowanie konferencji otwierającej i zamykającej projekt w kontakcie z ekspertami, przygotowanie i nadzór nad produkcją materiałów promocyjnych i podsumowujących (ulotki dla pacjentów, upominki dla uczestników, plakaty z informacją o projekcie oraz z jego wnioskami dla poradni POZ).

W swoich założeniach ten projekt badawczy umożliwił wielowątkową i wielopłaszczyznową analizę psychospołecznych czynników związanych z aktywizacją osób starszych w relacji z lekarzami POZ. Działanie takie wymaga podejścia interdyscyplinarnego w realizacji badań, a ich wyniki mogą zostać wykorzystane przez różne grupy interesariuszy. Jednocześnie, z uwagi na praktyczny charakter projektu, założono zbieranie danych w warunkach naturalnych, co jest jego istotną wartością dodaną (wobec licznych badań internetowych lub retrospektywnych).

Główne pytania badawcze projektu PRACTA:

- 17
- Jakie się oczekiwania pacjentów związane z ich aktywizacją w kontakcie z lekarzem POZ (potrzeby związane z wizytą i komunikacją)?
 - W jaki sposób oczekiwania te są spostrzegane wśród lekarzy POZ?
 - Czy interwencja e-learningowa wśród lekarzy jest w stanie zmieniać doświadczenia oraz aktywizować postawę pacjentów senioralnych względem zdrowia i leczenia?

Ponadto, realizacja projektu zakładała cele takie jak: przygotowanie dwóch form interwencji – edukacyjnego kursu e-learningowego oraz artykułu w postaci pliku pdf, publikację programu interwencji e-learningowej w postaci płyt CD do rozpowszechnienia wśród lekarzy oraz opracowanie rzetelnych psychometrycznie narzędzi badawczych - kwestionariuszy. Interwencja wdrożona w ramach projektu została szczegółowo opisana w roz 4.3.7. Na podstawie zaprezentowanego modelu własnego, przeprowadzone przeze mnie analizy tworzące osiągnięcie odnoszą się szczególnie do pierwszego i trzeciego pytania w projekcie PRACTA, co wynika z jego wielowątkowości. Odpowiedzi na drugie pytanie badawcze oraz część pozostałych celów przedstawiono w publikacjach będących poza cyklem składającym się na osiągnięcie (dla wszystkich publikacji z projektu PRACTA łączny IF wynosi 36,539; punktacja 815).

Narzędzia PRACTA

Metodologicznie, operacjonalizacja i pomiar zjawisk będących przedmiotem badania stanowi duże wyzwanie z uwagi na subiektywny charakter oczekiwań, oceny ich spełnienia czy doświadczeń pacjentów (Bowling i in., 2012; Bowling, Rowe and McKee, 2013, Bovenkamp i in., 2020; Oben, 2020). W projekcie przyjęto założenie o pozyskaniu zmiennych mierzonych dla danych czynników równoległymi wersjami kwestionariuszy własnej konstrukcji, przygotowanych dla pacjentów i lekarzy. Z tego względu większość narzędzi opracowano i wykorzystano 3 wersjach:

- kwestionariuszy dla pacjenta – pomiar przed wizytą – np. „Zależy mi na tym, aby podczas tej wizyty, aby lekarz...”
- kwestionariuszy dla pacjenta – pomiar po wizycie – np. „Ta wizyta u lekarza sprawiła, że...”
- kwestionariuszy dla lekarza – np. „Zazwyczaj w czasie wizyty pacjenci w starszym wieku (65+) oczekują ode mnie, abym...”

Znaczna część narzędzi była użyta przed i po interwencji dla lekarzy, z tym, że lekarze wypełniali je w tzw. powtarzanym pomiarze, zaś pacjenci w fazie I i II projektu stanowili dwie niezależne próby badawcze. Zastosowane narzędzia szczegółowo przedstawia tab. 1 zaś schemat badania oddaje ryc. 1.

Badane zmienne - przykłady

- Oczekiwania i doświadczenia pacjentów (6 podskal: informacje o chorobie, informacje o leczeniu, wsparcie emocjonalne, promocja zdrowia, jakość życia). Dla każdej z wersji zakończenie powyżej podanych zdań przyjmowało przykładowo następującą formę: „... okazał troskę”, „podpowiedział, jak mogę utrzymać zadowolenie z życia” itp.
- Zachowania związane ze sposobem komunikacji lekarza – jedna skala, 26 pytań – „...omówił wyniki badań” lub „dostrzegał ich uczucia i podchodził do nich ze zrozumieniem” itp.
- Ocena postawy wobec choroby i leczenia wraz z poczuciem skuteczności – „... wiem, jak działa każdy z przepisanych leków”, „wierzę w skuteczność leczenia” lub „zamierzam sumiennie przestrzegać zaleceń”

Dodatkowo, zastosowano pomiar satysfakcji z pracy wśród lekarzy (pomiar powtarzany przed i po interwencji) oraz satysfakcji pacjenta z wizyty.

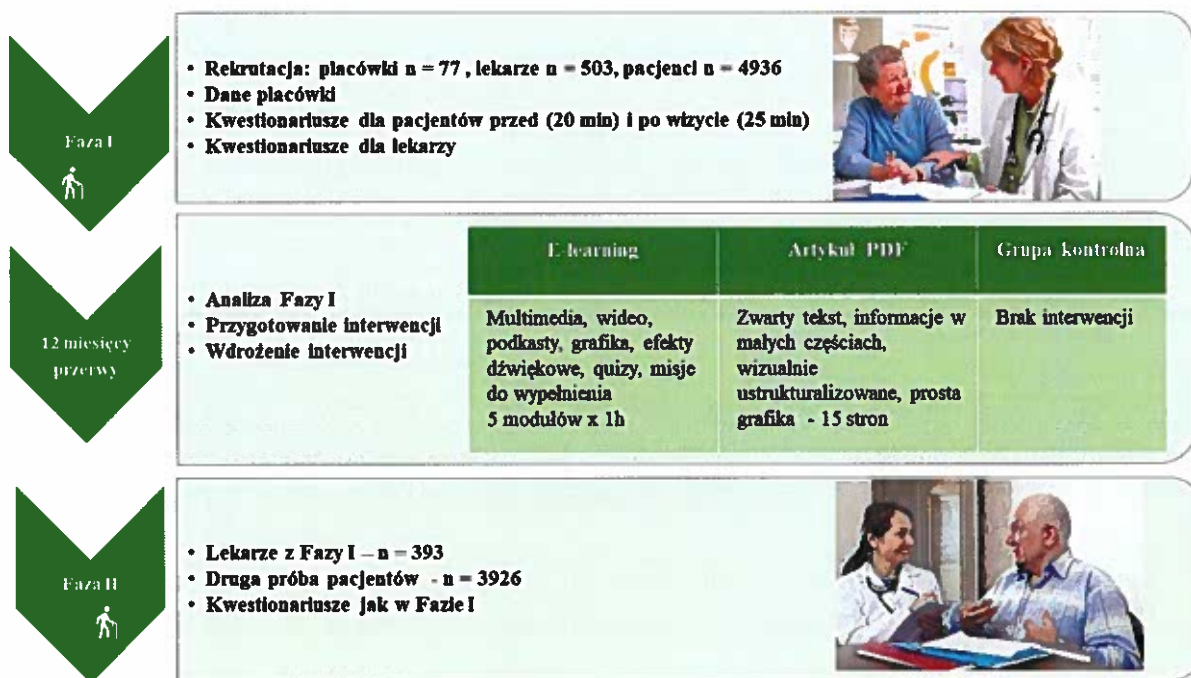
Tabela 1. Wykaz zmiennych, charakterystyka narzędzi i sposób ich zastosowania w projekcie PRACTA

Zmienna	narzędzie	Liczba pytań i skala odpowiedzi	Zastosowanie w projekcie
Dane ogólne (np. wiek, płeć, stan cywilny, mieszka sam/nie)	metryczka	8 ¹	Faza 1 i 2 Pacjent (P) przed Lekarz (L) x 1
Stan zdrowia (np. hospitalizacja w ub. roku, ograniczenia aktywności)	ankieta	4 ¹	Faza 1 i 2 P przed
Dane o wizycie (np. cel, oczekiwanie)	ankieta – dzisiejsza wizyta	5 ¹	Faza 1 i 2 P przed
Dane z praktyki lekarskiej (np. doświadczenie, godziny pracy)	praca zawodowa	5 ¹	Faza 1 i 2 L x 1
Oczekiwania/doświadczenia	Skala	18	Faza 1 i 2

z wizyty	oczekiwań/doświadczeń pacjenta	L i P Przed 1-7 ² Po 1-7 ³	L x 1, P - przed i po
Kompetencje komunikacyjne	Skala komunikacji	26; L - 1-7 ⁴ Przed 1-7 ² Po 1 - 7 ³	Faza 1 i 2 L x 1 P - przed i po
Postawa wobec zdrowia i leczenia, poczucie skuteczności	Skala postawy wobec zdrowia	19; 1 - 7 ³	Faza 1 i 2 L x 1, P - po
Satysfakcja z wizyty	Skala zadowolenia z wizyty	7; 1-7 ³	Faza 1 i 2, P - po
Satysfakcja z pracy	Skala satysfakcji z pracy	5; 1 -7 ³	Faza 1 i 2, L x 1

Legenda: ¹ rodzaj i skala odpowiedzi zależne od pytania, ² skala od 1-zupełnie nieważne do 7-bardzo ważne, ³ skala od 1 - zdecydowanie nie do 7 - zdecydowanie tak, ⁴ skala od 1- bardzo rzadko do 7- bardzo często.

Wszystkie narzędzia skonstruowano w oparciu o, znane z piśmiennictwa, najistotniejsze aspekty dotyczące komunikacji medycznej, opieki skoncentrowanej na pacjencie, oczekiwań, doświadczeń i aktywizacji pacjentów (m.in. Bowling i in., 2012, Kurtz i in., 2003). Zastosowane skale sprawdzono w badaniu pilotażowym, a następnie oceniono pod kątem psychometrycznym i wykazano ich zadowalające parametry (Łazarewicz i in. 2019; Włodarczyk i in. 2017).



Ryc. 2 – uproszczony schemat projektu badawczego PRACTA

Analizy statystyczne

Dla każdej publikacji empirycznej uwzględnionej w osiągnięciu przeprowadzałam niezależną analizę statystyczną dobraną do koncepcji konkretnego badania. Z tego powodu między poszczególnymi artykułami liczba uczestników badania jest różna, co wynika ze specyficznych kryteriów doboru do poszczególnych analiz (pacjenci z fazy II, których lekarze przeszli pełną interwencję; pacjenci w wieku 80+ z pierwszej fazy badania itp.). Każdy dobór ujawniał też inną liczbę osób, których dotyczyły braki danych, odnoszące się głównie do wybranych do badania narzędzi lub czynników kontrolnych. Wszystkie obliczenia w projekcie PRACTA wykonano z użyciem pakietu statystycznego IBM SPSS posługując się m.in. analizą rozkładu zmiennych, czynnikową, korelacji, wariancji, regresji, uogólnionymi modelami liniowymi (Genlin), porównaniami międzygrupowymi. Analizy zastawiające dane przed i po interwencji przeprowadzano według zaadoptowanego schematu obliczeniowego (ryc. 3) uzyskując tzw. indeks zmiany. We wszystkich publikacjach za spełnienie kryterium istotności statystycznej przyjęto wartość $p < 0.05$.

Podsumowując, w prospektywnych badaniach empirycznych PRACTA przyjęto kilka nowatorskich rozwiązań:

- objęcie zainteresowaniem badawczym starszych pacjentów POZ (zwykle badania podejmują tematykę konkretnych schorzeń lub grup klinicznych)
- dobór do grupy badawczej osób tzw. dojrzałych, czyli uwzględniający wiek poprzedzający etap senioralny w życiu człowieka (50+) dla możliwości porównania znaczenia wieku dorosłego i późnej dorosłości
- opracowanie interwencji dla lekarzy w postaci interaktywnego szkolenia e-learningowego
- wielopłaszczyznowa weryfikacja skuteczności interwencji – równoległa ocena nabytych kompetencji z perspektywy lekarza oraz pacjentów, w porównywanym pomiarze przed i po szkoleniu.

4.3.2. Cel

Celem przedstawionych badań, które składają się na osiągnięcie, była analiza doświadczeń oraz poziomu aktywizacji pacjentów senioralnych w podstawowej opiece medycznej, ocena czynników je determinujących oraz możliwości wdrożenia interwencji.

Prace składające się na osiągnięcie omówiłam w porządku odpowiadającym jego celom szczegółowym

- a) diagnoza oczekiwań i problemów osób korzystających z podstawowej opieki medycznej wraz z czynnikami determinującymi
- b) eksploracja doświadczeń pacjentów i wyznaczników determinujących te doświadczenia
- c) wprowadzanie i ocena efektywności interwencji ukierunkowanej na usprawnienie komunikacji i aktywizację starszych pacjentów POZ

4.3.3 Jaworski M, Rzakiewicz M, Adamus M, Chylinska J, Lazarewicz M, Haugan G, Lillefjell M, Espnes GA, Włodarczyk D. Primary care patients' expectations regarding medical appointments and their experiences during a visit: does age matter? Patient Prefer Adherence. 2017 Jul 14;11:1221-1233, IF 1.733 // 30 (obecnie 70) pkt

Spełnienie oczekiwań pacjentów względem opieki medycznej w badaniach jest często raportowane jako dość dobre, zwłaszcza wśród pacjentów senioralnych (Oleszczyk i in., 2017; Thiedke, 2007). Wciąż jednak pozostają obszary wymagające pracy, do których należą: szczegółowe informowanie o leczeniu (Narayanan i in., 2016; Świątoniowska-Lonc i in.,

22

2020), włączanie pacjentów w podejmowanie decyzji (ang. *shared decision making*; Hoffmann i in., 2018) oraz indywidualizacja podejścia, łącznie z uwzględnianiem stanu psychicznego pacjentów (Edwards i in., 2019; Freilich i in., 2019). Celem pracy była analiza oczekiwań pacjentów i stopnia ich realizacji w placówkach POZ z uwzględnieniem zmiennych kontrolnych, zwłaszcza wieku. W badaniu uczestniczyli pacjenci POZ w wieku 50+ (n = 4921).

W zakresie oczekiwań, na pięciu z sześciu ocenianych wymiarów wystąpiły subtelne różnice oczekiwań związane z wiekiem osób badanych. I tak, wyższe oczekiwania względem wyjaśnienia choroby oraz leczenia miały osoby w wieku przedemerytalnym (grupa 50-64) w porównaniu z grupami w wieku 65-74 i 75-84 lat. Najmłodszy badani oczekiwali również wyższego poziomu relacji z lekarzem niż pacjenci nieco starsi (56-74 lata). Oczekiwania dotyczące promocji zdrowia nie wiązały się z wiekiem pacjentów. Z kolei oczekiwania najstarszych badanych wyróżniały się w obrębie wsparcia emocjonalnego oraz rozmowy o jakości życia. Co istotne, te same wymiary w doświadczeniu starszych grup pacjentów podległy najsilniejszej pozytywnej zmianie po e-learningowej interwencji dla lekarzy opisanej w roz 4.3.8.

Realizacja oczekiwań była oceniana na wszystkich wymiarach niżej przez najmłodszych badanych niż w starszych grupach, zaś grupa 85+ oceniała relację z lekarzem lepiej niż dwie młodsze grupy. Wskaźnik niedopasowania oczekiwań do ich realizacji okazał się najwyższy wśród pacjentów z grupy wiekowej 50-64. Ogólnie, średnia ocen po wizycie była przeważnie pozytywna i powyżej środkowej wartości skali (średnie od 3.4 do 5.8 w skali 1-7), jednak niższa niż poziom oczekiwań przed wizytą. Mamy więc do czynienia z deficytem w zaspokojeniu potrzeb pacjentów.

Jest to jedno z nielicznych badań, które analizuje potrzeby pacjentów na tak wielu wymiarach jednocześnie. Stwierdzone zależności między oczekiwaniami pacjentów a ich wiekiem należałoby uwzględnić w przygotowaniu i pracy lekarzy POZ, jak również w indywidualnym podejściu do każdej wizyty. Rozwijanie umiejętności interpersonalnych w tym zakresie ma szansę przełożyć się na lepsze wzajemne zrozumienie oraz współpracę, więc pośrednio także na efekty terapeutyczne. Zaobserwowane różnice w poziomie oczekiwań i ich realizacji związane z wiekiem są uzupełnieniem dotychczasowej wiedzy praktycznej i teorii z zakresu potrzeb pacjentów (Janzen i in. 2006; Bowling i in. 2012). Dyskutowano je wskazując m.in. na prawdopodobnie bardziej realistyczne oczekiwania seniorów oraz możliwe różnice w podejściu lekarzy do kontaktu z pacjentem w zależności od jego wieku.

Problem nierównego traktowania pacjentów w zależności od wieku jest obecny w dyskursie medycznym zarówno na poziomie etycznym, jak i notowany w praktyce klinicznej. Częściowo może on wynikać z pozytywnego nastawienia połączonego z brakiem kompetencji komunikacyjnych (np. życzliwe infantylizowanie seniorów), jednak przyczyną zwykle bywają negatywne stereotypy, a nieraz również lęk przed własną starością. Z uwagi wielopłaszczyznowy związek negatywnego nastawienia do wieku podeszłego ze stanem zdrowia seniorów pogłębioną analizę tematu przedstawiono w następnej publikacji.

4.3.4 Rzakiewicz M. Starość w stereotypach – ageizm, funkcjonowanie i zdrowie. 2021 w: Owczarek K. & Fijałkowska I (red.) Psychologia medycyna zdrowie. T. 2; wyd. Scholar, Warszawa, str. 103-121

Negatywne nastawienie do innych osób z powodu ich wieku i wynikające z niego dyskryminujące postępowanie określane jest jako ageizm. Celem omawianej pracy było zbadanie wpływu stereotypów dotyczących starości oraz doświadczania ageizmu na szeroko rozumiany stan zdrowia seniorów w oparciu o przegląd współczesnej światowej literatury psychologicznej i medycznej. Ageizm w ochronie zdrowia przejawiać się może przede wszystkim poprzez komunikację lub ogólną postawę personelu względem starszych pacjentów (często jest to właśnie brak/unikanie komunikacji). Stereotypy dotyczące pacjentów senioralnych zawierają przekonania typu:

- depresja jest normalna w wieku podeszłym,
- pacjent senioralny poszukuje opieki medycznej tylko po to, by zaspokoić potrzebę relacji społecznych,
- osoby starsze w większości cierpią na demencję,
- od starszego pacjenta nie można zebrać wiarygodnego wywiadu

Choć istnieją fakty częściowo przemawiające za zbliżonymi opiniami, uogólnianie ich w formie stereotypu jest zdecydowanie szkodliwe (Palmore, 2015). W tekście szczególną uwagę poświęciłam relacji między doświadczaniem ageizmu a ogólną sprawnością funkcjonowania, postawą wobec zdrowia oraz leczenia, funkcjami poznawczymi (np. osłabieniem pamięci czy zdolności rozwiązywania problemów), także w kontekście związku z rozwojem demencji. Wszystkie wymienione obszary wtórnie przekładają się bowiem na stan zdrowia seniorów. Wybrane teksty poruszały również problemem ignorowania problemów zdrowia psychicznego w wieku podeszłym, bez propozycji wsparcia.

14

Co ciekawe, związek ageizmu ze zdrowiem dotyczy również nastawienia osoby do własnego starzenia się. W serii badań wykazano, iż negatywne spostrzeganie starości przez dorosłych stających się z czasem seniorami jest czynnikiem ryzyka gorszego stanu zdrowia. Modelująca postawa personelu medycznego wyrażająca szacunek, akceptację, życzliwość wobec przejawów starości oraz gotowość reagowania na charakterystyczne potrzeby z niej wynikające może wtórnie wzmacniać samoocenę i dobrostan seniorów. W ten sposób można powstrzymać błędne koło, gdzie pacjent narażony na ageizm w opiece medycznej, gorzej ocenia własne możliwości np. samoopieki, poznania i ogólne samopoczucie (rośnie ageizm względem siebie), przybliżając się do potwierdzania wyrażanych w dyskryminującej postawie stereotypów. Przeprowadzony przegląd badań wskazuje, iż przejawy ageizmu znacząco wpływają na funkcjonowanie seniorów oraz stan ich zdrowia.

Ponad 20 lat temu na Uniwersytecie w Yale prof. Becca Levy ze swoim zespołem obliczyła w oparciu o dane empiryczne, że osoby wolne od negatywnych przekonań na temat wieku podeszłego mają realne szanse na życie dłuższe średnio o 7,5 roku (Levy, Slade, Kunkel i Kasl, 2002). Współczesne badania potwierdzają tę tezę, nadal wykazując, że ageizm sprzyja występowaniu problemów zdrowotnych i podnosi koszty ich leczenia o ok. 15% (Levy, Slade, Chang i in. 2020), a jego szkodliwość względem zdrowia przekracza nawet niekorzystny wpływ rasizmu (Chang i in., 2020).

Zamiast konkluzji omawianego tekstu, pragnę zwrócić uwagę, że raport WHO dotyczący ageizmu (2021) wskazuje na istotną rolę interwencji redukujących to zjawisko. Jednym z trzech filarów zmiany, obok zmian prawno-politycznych i wchodzenia w interakcje z osobami starszymi, są działania edukacyjne na każdym możliwym szczeblu. Z wymienionych wyżej powodów w obszarze edukacji medycznej zalecenie to nabiera szczególnego znaczenia. Niestety, pomimo stałej obecności problemu, licznych badań oraz udowodnionej skuteczności takich interwencji (Martinez-Arnau i in. 2022), są one praktycznie nieobecne w programach edukacji medycznej. W tym kontekście omawiana praca przeglądowa może stanowić gotowy materiał dydaktyczny.

Przygotowanie adekwatnych dla danego środowiska działań wymaga również rozpoznania potrzeb osób starszych oraz obszarów, w jakich są one najsilniej ignorowane (roz. 4.3.3). Jednym z bardziej kompaktowych i prostych do zastosowania wskaźników zaspokojenia potrzeb i oceny doświadczeń seniorów korzystających z opieki medycznej jest pomiar satysfakcji z udzielonych świadczeń. Pozwala on również na uwzględnienie wpływu szerokiej gamy regulujących go czynników po stronie placówki, lekarza oraz pacjenta, co omówiono w następnej publikacji (roz. 4.3.5).

- 4.3.5 Rządkiwicz M, Haugan G, Włodarczyk D. Mature Adults at the GP: Length of Visit and Patient Satisfaction - Associations with Patient, Doctor, and Facility Characteristics. *Medicina*. 2022; 58(2):159. <https://doi.org/10.3390/medicina58020159>, IF 2.98 // 40 pkt

Celem kolejnej publikacji była analiza relacji między satysfakcją dojrzałych pacjentów POZ, czasem trwania wizyty lekarskiej oraz licznymi, mogącymi wpływać na obie te zmienne zależne czynnikami (zmiennymi niezależnymi):

- po stronie placówki - lokalizacja, status własności, ilość lekarzy, ilość pacjentów, czas rezerwowany na jedną wizytę, rotacja personelu medycznego,
- lekarza - wiek, płeć, stan cywilny, staż pracy, obciążenie pracą, przygotowanie geriatryczne, spostrzegany odsetek pacjentów w wieku 65+, satysfakcja z pracy, samoocena zdrowia oraz
- pacjenta - wiek, płeć, edukacja, stan cywilny, status materialny, zamieszkiwanie z kimś lub samotnie, częstość wizyt u lekarza pierwszego kontaktu oraz kilka miar subiektywnej oceny stanu zdrowia.

Zaprezentowano dane z projektu PRACTA dotyczące 77 placówek POZ, w których do badania przystąpiło łącznie 178 lekarzy oraz 1708 pacjentów wieku 50-97 lat. Wyniki przeprowadzonych przez mnie obliczeń wskazały na niezależność satysfakcji pacjenta oraz czasu trwania wizyty od wieku uczestniczących pacjentów. Brak też było powiązań między obiema zmiennymi wynikowymi. Satysfakcja z wizyty była natomiast determinowana przez czynniki związane ze wszystkimi kategoriami wpływu (placówką, lekarzem, pacjentem). I tak, placówki ulokowane w mniejszych miejscowościach, o mniejszych zespołach, i krótszym czasie przewidzianym na wizytę uzyskiwały lepsze oceny. Podobne znaczenie dla satysfakcji miał deklarowany przez lekarza mniejszy odsetek pacjentów 65+. Po stronie lekarza staż pracy w danej placówce, satysfakcja z pracy oraz samoocena zdrowia miały znaczenie tylko, gdy nie uwzględniano pozostałych kategorii wpływu (placówki i pacjenta). Wyższa satysfakcja dotyczyła też pacjentów, których charakteryzowały mniejsze ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia, medyczny cel wizyty, doświadczenie hospitalizacji w ostatnim roku, częstsze wizyty w POZ, krótszy czas oczekiwania i większa trudność w zapisaniu się na wizytę.

Stwierdzono, że wizyty zajmowały mniej czasu w placówkach, gdzie rotacja personelu była mniejsza, zatrudniano więcej lekarzy i przewidywano mniej czasu na wizytę. Lekarze, którzy

26

niżej oceniali własne zdrowie poświęcali więcej czasu swoim pacjentom. Ponadto, zatrudnienie na więcej godzin w danej placówce sprzyjało nieco dłuższym wizytom, podczas gdy większa ogólna ilość godzin pracy lekarza w tygodniu wskazywała na odwrotną tendencję. Po stronie pacjenta więcej ograniczeń związanych ze zdrowiem, niższy poziom edukacji oraz dłuższa historia wizyt u danego lekarza wiązały się z czasem trwania wizyty. Istotnym uzupełnieniem uzyskanej wiedzy jest brak istotności statystycznej w odniesieniu do niektórych czynników. Odpowiedź na pytanie badawcze dotyczące związku długości wizyt z satysfakcją oraz z wiekiem, subiektywną oceną zdrowia czy samotnością starszych pacjentów okazała się bowiem negatywna. Jest to obserwacja sprzeczna ze stereotypami o wizytach seniorów jako wydłużających się wraz z ich wiekiem, dających większą satysfakcję osobom samotnym, schorowanym. Przyznać jednak należy, że nie analizowałam medycznej charakterystyki problemów zgłaszanych przez pacjentów, co stanowi pewne ograniczenie wniosków. Przeprowadzone analizy pozwalają na podkreślenie następujących faktów:

- dbałość o ciągłość opieki nad pacjentem POZ korzystnie wpływa na jego satysfakcję oraz organizację czasu pracy lekarza,
- w grupie 50+ długość wizyty ani satysfakcja z niej nie wiążą się w wiekiem pacjenta,
- pacjenci rzadziej korzystający z opieki POZ, oraz mający więcej ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia mogą doświadczać mniejszej satysfakcji z wizyty,
- relacja między subiektywną oceną swojego zdrowia przez pacjenta, a satysfakcją z wizyty oraz jej długością zależna jest od zastosowanej oceny stanu zdrowia.

Jest to jedno z nielicznych badań w literaturze, które analizuje jednocześnie na trzech wymiarach zmienne związane z doświadczaniem satysfakcji oraz z długością wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, zwłaszcza w odniesieniu do starszych pacjentów. Dzięki temu mogłam wyłonić dwie grupy zmiennych szczególnie związanych z satysfakcją – jedna dotyczyła cech organizacji placówki, druga zaś stanu zdrowia pacjenta. W ten sposób przygotowany artykuł uzupełnienia zarówno wiedzę o praktyce medycznej związanej z satysfakcją pacjentów, jak i dotychczasowe teorie opisujące samo rozumienie tego pojęcia (Batbaatar i in., 2015).

Zarówno satysfakcja jak i zaangażowanie pacjenta we współpracę są istotne dla procesu leczenia i jego skuteczności. Co więcej, aktywna postawa wobec zdrowia, rozumiana jako zestaw konkretnych zachowań zdrowotnych, wydłuża czas życia, także wśród osób najstarszych oraz dotkniętych wielochorobowością (Sakaniwa i in., 2022). Aktywne podejście do zdrowia w dużej mierze zależy od relacji pacjent-lekarz oraz samej postawy pacjenta. W obu tych obszarach szczególnie narażeni na deficyty są pacjenci najstarsi wiekiem

(utrudniony kontakt, stereotypy o zdolnościach poznawczych po 75 r.ż., poczucie bezradności, itp.) oraz ci w złym stanie zdrowia (wielochorobowość, choroby chroniczne, niesamodzielność). W tym kontekście, kolejna publikacja przedstawia analizę aktywnej postawy wobec zdrowia i leczenia u pacjentów POZ w wieku 80+ (roz. 4.3.6).

4.3.6 Rzakiewicz M, Jaworski M, Włodarczyk D. The Brave Patient after 80—Satisfaction with Visit and Individual Determinants of Proactive Patient Attitude among the Oldest General Practice Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(10):6214. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106214> IF 4.614 // 140 pkt

Grupą pacjentów szczególnie narażonych na ageizm i niedostosowanie do potrzeb są osoby najstarsze wiekiem (tzw. wiek sędziwy, długowieczność, ang. *old old lub the eldest*). Ich stan zdrowia jest bowiem mniej stabilny, zaś cechy będące przedmiotem stereotypu występują częściej niż u młodszych seniorów (zaburzenia poznawcze, niesamodzielność). Celem pracy była identyfikacja czynników związanych z proaktywną postawą wobec zdrowia i choroby u najstarszych pacjentów korzystających ze świadczeń w POZ.

W przeprowadzonej analizie wykorzystano dane z projektu PRACTA od pacjentów POZ w wieku 80 i więcej lat (80+; n = 658). Były to osoby zaproszone do pierwszej fazy projektu, wypełniające kwestionariusze bezpośrednio przed i po wizycie u lekarza pierwszego kontaktu. Uwzględniono poziom satysfakcji z wizyty, jak i liczne indywidualne charakterystyki uczestników badania, zwłaszcza w obszarze zmiennych socjo-demograficznych oraz stanu zdrowia. Proaktywną postawę wobec zdrowia i leczenia mierzono analizując następujące wymiary: poznawczy, pozytywnych emocji, negatywnych emocji, motywacji oraz poczucia własnej skuteczności.

W toku analiz stwierdziłam, że głównym zaobserwowanym wyznacznikiem proaktywnej postawy pacjentów POZ 80+ na wszystkich wymiarach jest przede wszystkim poziom ich satysfakcji z wizyty. Jest to czynnik zdecydowanie bardziej znaczący niż którakolwiek z charakterystyk indywidualnych pacjenta. Pacjenci owdowiali, oraz mieszkający z rodziną (nie samotnie) mieli większe ryzyko mniej proaktywnej postawy wobec zdrowia, przy czym nie zanotowano wpływu związanego z płcią lub wiekiem badanych seniorów. Osoby niedawno hospitalizowane oraz mające mniejszy stopień ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia

18

uzyskiwały wyższe wyniki na wymiarach proaktywności, natomiast samoocena zdrowia pozostała bez związku ze zmiennymi zależnymi.

Dbłość o satysfakcję pacjenta z wizyty ma kluczowe znaczenie dla wspierania jego aktywności wobec zdrowia, nawet w zaawansowanym podeszłym wieku. Dodatkowe pytania o charakterze przesiewowym mogą okazać się pomocne w decyzji o użyciu w pracy z najstarszymi seniorami dodatkowych środków wspierających proaktywną postawę. Dotyczy to sytuacji życiowej, stanu cywilnego, emocjonalnego czy ostatniej hospitalizacji. Uzyskana w niniejszym badaniu wiedza może także służyć jako podstawa interwencji, przeznaczonej dla najstarszej części populacji lub pracujących z nią medyków, mającej na celu aktywizację pacjentów. Warto zaznaczyć, że analiza doświadczeń tak licznej grupy zaawansowanych wiekiem pacjentów, będących w stanie dotrzeć do POZ (często samodzielnie), nie podlegających instytucjonalizacji, a także niezależna od specyfiki problemów klinicznych należy do rzadkości. Dzięki przeprowadzonemu badaniu widać, że pielęgnowanie aktywnej postawy wobec zdrowia można w opiece medycznej adresować nawet do najstarszych odbiorców. Fakt ten znacząco uzupełnia rozumienie aktywizacji pacjentów (Forbata i in., 2009; Graffigna i Barelo, 2018), a także współczesne rozumienie promocji aktywnego dbania o zdrowie osób sędziwych (Sakaniwa i in., 2022). Dwie poniższe prace badawcze skupiają się na możliwościach wdrażania i ocenie edukacyjnej interwencji we wspomnianym zakresie skierowanej do lekarzy pierwszego kontaktu.

4.3.7 Rzakiewicz M, Chylinska J, Jaworski M, Lazarewicz M, Adamus M, Haugan G, Lillefjell M, Espnes GA, Włodarczyk D. Activation of older patients through PRACTA intervention for primary healthcare doctors. Does the method matter? Eur J Public Health. 2017 Dec 1;27(6):998-1003. doi: 10.1093/eurpub/ckx129. IF 2.782//35 (obecnie 100) pkt

Głównym celem powyższej pracy było prospektywne badanie oceniające efektywność interwencji edukacyjnej dla lekarzy POZ z perspektywy doświadczeń ich starszych pacjentów. Zastosowano nowatorskie i, wedle wiedzy autorów, niestosowane wcześniej podejście oceny e-learningowej interwencji dla personelu medycznego poprzez pomiar z perspektywy pacjentów. Ocenie podlegała wielkość zmiany w postawie pacjentów wobec zdrowia i leczenia. W badaniu tym postawiono cztery pytania badawcze: czy edukując lekarzy POZ możemy aktywizować postawę pacjentów wobec zdrowia i leczenia? Czy zastosowane metody interwencji będą różnicować wyniki? Czy skuteczność interwencji

będzie zależna od wieku pacjentów? Czy wpływ interwencji będzie niezależny od stanu zdrowia pacjentów?

Interwencja PRACTA

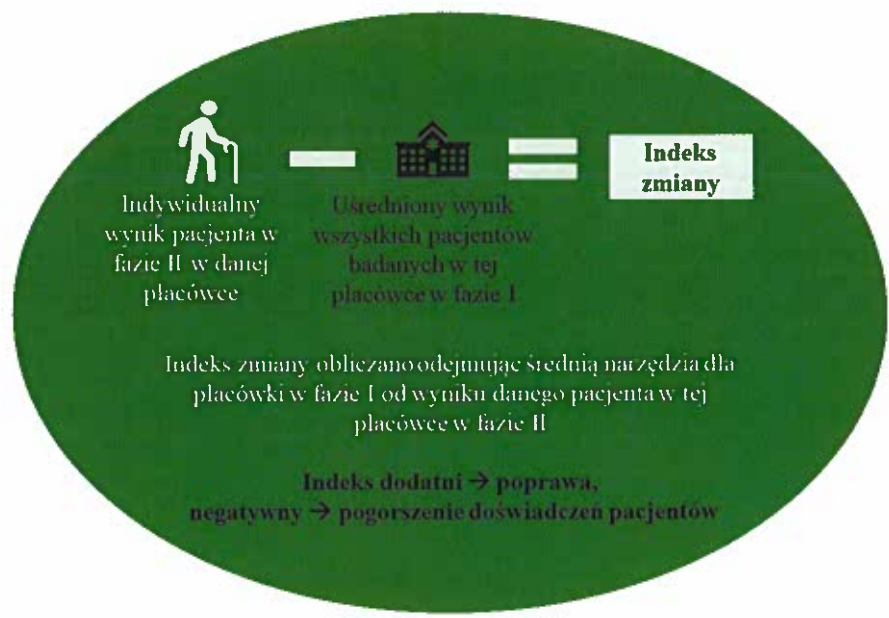
W tym miejscu uważam za konieczne przybliżenie szczegółów interwencji w projekcie PRACTA, która została opracowana, aby wzmacniać lekarzy pracujących z seniorami w efektywnym budowaniu relacji. Skoncentrowano się na umiejętnościach komunikacji, adekwatnym dostrzeganiu oczekiwań pacjentów oraz zdolności do aktywizowania ich postawy wobec zdrowia i leczenia. Stworzono program e-learningowy oraz, dla porównania skuteczności, artykuł pdf, gdzie równolegle przedstawiono następujące zagadnienia:

- proces aktywnego starzenia się i znaczenie aktywnej postawy wobec zdrowia i choroby
- przekonania lekarzy o możliwościach i oczekiwaniach seniorów
- znaczenie relacji lekarz-pacjent dla pacjentów senioralnych oraz efektów terapeutycznych
- podstawowe zasady psychologiczne i umiejętności w promowaniu aktywnej postawy wobec zdrowia i choroby
- jakość życia oraz wsparcie pacjentów senioralnych

Szczegółowy zakres, objętość oraz forma prezentacji informacji różniły się między obiema metodami interwencji. E-learning został zaprojektowany jako gra zbudowana z zadań/misji do wypełnienia oraz prezentacji modelowych umiejętności za pomocą multimedialnych. Realizacja każdej z pięciu części kursu zajmowała ok 1 godziny. Natomiast wiedza w artykule pdf zawierała ogólne zalecenia związane z poruszaną tematyką opisane na 15 stronach z uwzględnieniem tabel i grafiki.

Włączone do osiągnięcia badanie zrealizowano na próbie liczącej 2175 pacjentów uczestniczących w Fazie II projektu, z odniesieniem do zbiorczych danych z Fazy I. Wpływ interwencji odzwierciedlał tzw. indeks zmiany, obliczany dla każdej skali lub podskali według tego samego algorytmu. Od wyniku kwestionariusza danego pacjenta biorącego udział w Fazie II projektu odejmowano średni wynik tego kwestionariusza dla całej placówki POZ w Fazie I, co ilustruje ryc. 3. Indeksy zmiany porównano następnie między grupami pacjentów lekarzy po interwencji w formie e-learningu, artykułu pdf oraz z grupy kontrolnej.

Dodatknie wartości wskazywały na poprawę oceny w danym obszarze. We wszystkich analizach statystycznych uwzględniano liczne zmienne kontrolne.



Ryc. 3 Schemat obliczeń indeksu zmiany - wskaźnika oceny skuteczności interwencji dla lekarzy.

Rezultaty analiz wskazują, że dla ogólnego wyniku na skali postawy wobec leczenia i zdrowia oraz poczucia własnej efektywności, interwencja w obu zastosowanych formach okazała się z perspektywy pacjentów korzystna w porównaniu z grupą kontrolną (bez interwencji). Zatem odpowiedź na pierwsze pytanie badawcze tej pracy potwierdza możliwość aktywizacji pacjentów dzięki edukacji lekarzy POZ w obu zaproponowanych formach. E-learning okazał się statystycznie istotnie bardziej efektywny od artykułu na wymiarze pozytywnych i negatywnych emocji oraz poczucia własnej efektywności pacjenta. Generalnie, pacjenci lekarzy POZ uczestniczących w e-learningu wykazywali najwyższe indeksy zmiany, spójnie ukazujące tendencję do silniejszej aktywizacji. Drugie pytanie badawcze o skuteczność interwencji zależną od metody uzyskało odpowiedź wskazującą, iż e-learning jest przynajmniej tak efektywny jak lektura artykułu pdf. Relatywnie lepsze rezultaty pojawiły się w kilku badanych obszarach aktywizacji, zwłaszcza tych, które odnoszą się do emocji (pozytywnych i negatywnych) i własnej skuteczności.

Kategorie wiekowe pacjentów wykazały związek z indeksami zmiany dla podskali motywacji oraz skali własnej skuteczności: obszarów kluczowych w spostrzeganiu możliwości zmiany zachowań zdrowotnych. Wyniki wskazują, że doświadczenie pozytywnej zmiany w tych obszarach może być szczególnie trudne dla pacjentów powyżej 75 roku życia. Dla pozostałych podskal mierzących postawę odpowiedź na pytanie o specyficzny związek interwencji z wiekiem pacjentów jest negatywna.

Indeks zmiany wykazywał związek ze zmiennymi dotyczącymi zdrowia, co z uwagi na sposób dokonywania obliczeń nie podlega interpretacji. Jednak efekty zależne od interwencji PRACTA pozostawały istotne pomimo uwzględnienia tych zmiennych w analizach, co jest odpowiedzią na czwarte pytanie badawcze.

Przeprowadzone badanie wskazuje wyraźnie na wykonalność interwencji w postaci e-learningu dla lekarzy POZ skupionej na umiejętnościach aktywizacji osób starszych. Co więcej, interwencja ta oceniana z perspektywy doświadczeń pacjentów wykazuje pozytywne efekty, zwłaszcza w odniesieniu do wymiarów postawy wobec zdrowia nacechowanych emocjonalnie oraz do poczucia własnej efektywności. W przyszłych pracach badawczych konieczne jest dalsze uwzględnianie roli wieku seniorów oraz rozpoznanie specyficznego znaczenia subiektywnej oceny stanu zdrowia pacjentów w kształtowaniu ich aktywnej postawy wobec zdrowia. Rodzące się pytanie o ograniczenie wpływu wdrożonej interwencji tylko do aktywizacji postawy względem zdrowia stało się inspiracją kolejnego badania, gdzie sprawdzono efektywność interwencji w poprawie doświadczeń związanych z wizytą lekarską.

4.3.8 Rzakiewicz, M., & Chylińska, J. (2023). Walking in their shoes: How primary-care experiences of adults aged 50+ reveal the benefits of e-learning intervention for general practitioners. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. <https://doi.org/10.1111/aphw.12434> IF 7,521//140 pkt

Celem ostatniego badania z cyklu była ocena efektów e-learningu dla lekarzy POZ z perspektywy doświadczeń ich pacjentów, mierzonych na wielu wymiarach. Dane badanych pacjentów (n=1639, wiek 50+) i lekarzy (n=165) POZ zostały zaczerpnięte z puli opisanej we wcześniejszych pracach (Jaworski i in., 2017; Rzakiewicz i in., 2017). Skoncentrowano się jednak na innych zmiennych wynikowych - doświadczeniach pacjentów związanych z wizytą - i porównano je między grupami przyporządkowanymi do warunków badania (e-learning, artykuł pdf i kontrolna). Oceniano sześć wymiarów doświadczenia (wyjaśnienie choroby, wyjaśnienie leczenia, otrzymane wsparcie emocjonalne, promocję zdrowia, jakość życia i

32

relację z pacjentem) oraz spostrzegane kompetencje komunikacyjne lekarza i satysfakcję pacjenta z wizyty. W obliczeniach posłużono się indeksem zmiany opisanym w poprzednim rozdziale.

W porównaniu z grupą kontrolną, efekt e-learningu był dodatni na 6 z 8 ocenianych wymiarów doświadczeń pacjentów. Pacjenci lekarzy po e-learningu wykazywali bardziej korzystnych indeks zmiany niż jedna z pozostałych grup w 7 z 8 badanych obszarów. Szczególnie widoczna była korzystna zmiana w poziomie wsparcia emocjonalnego oraz w zakresie jakości życia, zwłaszcza wśród starszych grup badanych. Natomiast ocena promocji zdrowia i całościowej relacji z pacjentem nie wykazały poprawy związanej z zastosowaniem e-learningu. Co istotne, wszystkie wyniki uzyskano przy kontroli licznych, potencjalnie zakłócających zmiennych jak np.: stan zdrowia, hospitalizacje w ubiegłym roku, ilość lat pod opieką tego lekarza, cel wizyty (te czynniki najczęściej pozostawały w istotnym związku z indeksem zmiany).

Rezultaty obu powyższych badań wskazują na możliwość wdrożenia i efektywność edukacyjnej interwencji e-learningowej dla lekarzy POZ skupionej na podnoszeniu kompetencji związanych z aktywizacją pacjentów senioralnych. Warto wspomnieć, że badanie pacjentów w Fazie II często miało miejsce dłuższy czas po ukończeniu przez lekarza szkolenia, co pozwala przypuszczać o trwałości uzyskanych w interwencji PRACTA efektów. Nabyte kompetencje mają związek nie tylko z aktywizacją, ale również z lepszą oceną doświadczeń pacjentów. Wyniki te są spójne z podejściem wskazującym na zasadność jak najszerszego wprowadzania elementów edukacji geriatrycznej w zawodach medycznych. Na podkreślenie zasługuje fakt, że pionierska ocena skuteczności interwencji e-learningowej dla lekarzy poprzez perspektywę doświadczeń pacjentów okazuje się wykonalną analizą, co jest istotnym wkładem w dotychczasową wiedzę.

4.3.9 Ograniczenia

Każda z przedstawionych w cyklu prac mierzy się z pewnymi ograniczeniami wynikającymi ze schematu badawczego lub przyjętej metodologii, natomiast dla całości osiągnięcia należy wspomnieć o dwóch głównych wspólnych problemach. Pierwszym jest dość niski poziom akceptacji udziału w badaniach na poziomie zaproszonych placówek oraz lekarzy (odpowiednio 20% i 50%). Ten fakt skłania do przyjęcia założenia, że zaobserwowane efekty mogłyby przybrać inny kształt przy udziale bardziej zróżnicowanej puli jednostek i medyków. Po drugie, analiza dotycząca skuteczności interwencji byłaby bardziej rzetelna, gdyby

uwzględniono opinie tych samych pacjentów w obu fazach badania, lub pacjenci przypisani byłiby do konkretnego lekarza. Ze względu na skalę projektu PRACTA oraz na ochronę danych lekarzy takie podejście niestety nie było możliwe. Tym niemniej, efektywność interwencji wykazano w znacznym odstępie czasowym od jej wdrożenia i przy kontroli licznych czynników potencjalnie zakłócających. Sprawia to, że w przypadku realizacji badań z dwukrotnym pomiarem wśród tych samych uczestników, należałoby spodziewać się potwierdzenia uzyskanych efektów, z tym, że na większą skalę.

4.3.10 Podsumowanie

Opublikowane prace przeglądowe oraz badawcze przedstawiają rozpoznanie psychologicznych potrzeb, oczekiwań i obciążeń senioralnych pacjentów opieki medycznej (roz. 4.3.3, 4.3.4), które przekładają się bezpośrednio na ich doświadczenia oraz na poziom aktywizacji względem zdrowia (roz. 4.3.5, 4.3.6). Zweryfikowano w tym kontekście znaczenie czynników takich jak wiek osoby starszej, sytuacja socjo-demograficzna, subiektywne wskaźniki stanu zdrowia. Po stronie systemu ochrony zdrowia jednym z najistotniejszych czynników związanych z aktywizacją pacjenta okazała się satysfakcja pacjenta z wizyty i możliwość zachowania ciągłości opieki (4.3.5, 4.3.6). Wśród zidentyfikowanych barier można wyróżnić stereotypy dotyczące starości i wynikający z nich ageizm (4.3.4) oraz niedopasowanie doświadczeń do potrzeb seniorów (4.3.3). Na podstawie zestawionych doniesień określono najistotniejsze obszary przy planowaniu podnoszenia jakości świadczeń oraz aktywizacji starszych pacjentów.

Możliwość realizacji i efektywność programu została opisana w dwóch ostatnich pracach cyklu (roz. 4.3.7 i 4.3.8). Ich innowacyjność polega na wdrożeniu interwencji on-line dla lekarzy POZ skupiającej się na specyfice pracy z pacjentem senioralnym w kontekście jego aktywizacji. Co więcej, są to jedne z pierwszych prac w literaturze, które podejmują temat efektywności e-learningowej interwencji dla lekarzy z perspektywy pacjenta. Prace spoza cyklu składającego się na osiągnięcie, których jestem współautorem uzupełniają powyższą wiedzę o wyniki interwencji ujęte z perspektywy lekarzy oraz o charakterystykę zastosowanych narzędzi.

Biorąc pod uwagę całość dorobku zawartego w cyklu, dotychczasową wiedzę naukową udało mi się uzupełnić w zakresie następujących zagadnień:

- zestawiałam czynniki po stronie placówki, lekarza oraz pacjenta POZ znaczące dla jego doświadczeń z wizyty, satysfakcji z wizyty oraz czasu jej trwania na podstawie danych z projektu uwzględniającego wszystkie te obszary jednocześnie (4.3.3, 4.3.5)

- wykazałam szczególną rolę satysfakcji z wizyty w POZ dla proaktywnej postawy pacjentów najstarszych oraz wykazałam możliwość jej modyfikacji poprzez interwencję dla lekarzy (4.3.6 i 4.3.8)
- wyłoniłam elementy wsparcia emocjonalnego oraz rozmowy o jakości życia w trakcie wizyty lekarskiej jako szczególnie istotne dla starszych pacjentów, a także możliwe do dostrzegalnej przez nich poprawy w wyniku interwencji dla lekarzy (4.3.3 i 4.3.8)
- wyłoniłam elementy związane z wzmacnianiem motywacji i poczucia skuteczności seniorów jako wymagające szczególnych wysiłków w pracy z najstarszymi pacjentami (4.3.7)
- wykazałam możliwość modyfikacji kompetencji komunikacyjnych lekarzy w kontakcie z pacjentem senioralnym poprzez wprowadzenie dedykowanej interwencji edukacyjnej, ze szczególnym uwzględnieniem e-learningu, skupionej na aktywizacji osób starszych w POZ (4.3.7). Wykazałam ponadto, że poprawa powyższych kompetencji przekłada się nie tylko na aktywizację, ale również na bardziej pozytywne doświadczenia pacjentów (4.3.8).
- wykazałam możliwość przeprowadzenia analizy efektywności e-learningowej interwencji dla lekarzy z perspektywy doświadczeń ich pacjentów (4.3.7 i 4.3.8)
- zestawiałam różne miary subiektywnej oceny zdrowia pacjenta i wykazałam znaczenie przyjętej formy pomiaru dla uzyskanych wyników w zakresie postawy wobec zdrowia oraz doświadczanej przez pacjenta satysfakcji (4.3.5 i 4.3.6)
- wykazałam, że satysfakcja z wizyty pacjentów w wieku 80+ jest głównym czynnikiem różnicującym wśród nich poziom aktywnej postawy wobec zdrowia, a także wskazałam istotne cechy sprzyjające po psychospołecznego profilu pacjenta (4.3.6)

Referencje:

- Anderson G, Rega ML, Casasanta D, Graffigna G, Damiani G, Barelo S. The association between patient activation and healthcare resources utilization: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2022 Sep;210:134-141. doi: 10.1016/j.puhe.2022.06.021
- Asadi-Lari M, Tamburini M, Gray D. Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:32.
- Batbaatar, E.; Dorjdagva, J.; Luvsannyam, A.; Amenta, P. Conceptualisation of patient satisfaction: A systematic narrative literature review. *Perspect. Public Health* 2015, 135, 243–250.
- Boquiren, V.M.; Hack, T.F.; Beaver, K.; Williamson, S. What do measures of patient satisfaction with the doctor tell us? *Patient Educ. Couns.* 2015, 98, 1465–1473.

Bowling A, Rowe G, Lambert N, i in. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technol Assess.* 2012;16:1–509. 8.

Bowling A, Rowe G, McKee M. Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. *J R Soc Med.* 2013;106:143–149. 9.

Bowling A, Rowe G. Psychometric properties of the new Patients' Expectations Questionnaire. *Patient Exp J.* 2014;1:111–130

Chudyk AM, Horrill T, Waldman C, Demczuk L, Shimmin C, Stoddard R, Hickes S, Schultz AS. Scoping review of models and frameworks of patient engagement in health services research. *BMJ Open.* 2022, 19;12:e063507. doi: 10.1136/bmjopen-2022-063507

Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 2013;3:e001570. doi:10.1136/bmjopen-2012-001570

Forbata, L.; Caylessa, S.; Knightinga, K.; Cornwell, J.; Kearneya, N. Engaging patients in health care: An empirical study of the role of engagement on attitudes and action. *Patient Educ. Couns.* 2009, 74, 84–90.

Gordon J. S. (1982). Holistic medicine: advances and shortcomings. *The Western journal of medicine*, 136(6), 546–551.

Graffigna, G.; Barello, S. Spotlight on the Patient Health Engagement model (PHE model): A psychosocial theory to understand people's meaningful engagement in their own health care. *Patient Prefer. Adherence* 2018, 12, 1261

Graffigna, G.; Barello, S.; Bonanomi, A. The role of Patient Health Engagement Model (PHE-model) in affecting patient activation and medication adherence: A structural equation model. *PLoS ONE* 2017, 12, e0179865

Fraser S, Lagacé M, Bongué B i in. Ageism and COVID-19: what does our society's response say about us? *Age and Ageing*, 49,5; 2020, 692–695, <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>

Hostiuc S, Negoj J, Maria-Isailă O i in. Age in the Time of COVID-19: An Ethical Analysis. *Aging and disease.* 2021, 12(1): 7-13 <https://doi.org/10.14336/AD.2020.0929>

Janzen JA, Silvius J, Jacobs S, Slaughter S, Dalziel W, Drummond N. What is a health expectation? Development of a pragmatic conceptual model from psychological theory. *Health Expect.* 2006;9:37–48.

Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med.* 2003 Aug;78(8):802-9. doi: 10.1097/00001888-200308000-00011.

36

Lee, S.; Jiang, L.; Dowdy, D.; Hong, Y.A.; Ory, M.G. Attitudes, beliefs, and cost-related medication nonadherence among adults aged 65 or older with chronic diseases. *Prev. Chronic Dis.* 2018, 15, 180–190. [CrossRef] [PubMed]

Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *J Pers Soc Psychol.* 2002 Aug;83(2):261-70. doi: 10.1037//0022-3514.83.2.261

Levy BR, Slade MD, Lampert R. Idealization of youthfulness predicts worse recovery among older individuals. *Psychol Aging.* 2019 Mar;34(2):202-207. doi: 10.1037/pag0000330

Levy BR, Slade MD, Chang ES, Kanno S, Wang SY. Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *Gerontologist.* 2020 Jan 24;60(1):174-181. doi: 10.1093/geront/gny131

Martínez-Arnau FM, López-Hernández L, Castellano-Rioja E, Botella-Navas M, Pérez-Ros P. Interventions to improve attitudes toward older people in undergraduate health and social sciences students. A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today.* 2022 Mar;110:105269. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105269

Meisner, B.A. Physicians' attitudes toward aging, the aged, and the provision of geriatric care: A systematic narrative review. *Crit. Public Health* 2012, 22, 61–72.

Palmore, E., Ageism Comes of Age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2015, 70(6): 873–875 doi:10.1093/geronb/gbv079

Royen Van P, Beyer M, Chevallier P i in. (2010) The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 3. Results: Person centred care, comprehensive and holistic approach, *The European Journal of General Practice*, 16:2, 113-119, DOI: 10.3109/13814788.2010.481018

Rijken, M.; Heijmans, M.; Jansen, D.; Rademakers, J. Developments in patient activation of people with chronic illness and the impact of changes in self-reported health: Results of a nationwide longitudinal study in The Netherlands. *Patient Educ. Couns.* 2014, 97, 383–390.

World Health Organization (2021). Global report on ageism. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism> dostęp grudzień 2022

Inne publikacje

Łącznie IF=16,689// 411 pkt

Rzadkiewicz, M.; Nasiłowski, J. Psychosocial Interventions for Patients with Severe COPD—An Up-to-Date Literature Review. *Medicina* 2019, 55, 597. <https://doi.org/10.3390/medicina55090597> IF 1.205 // 40 pkt

Rzadkiewicz, M., Bråtas, O., & Espnes, G. A. (2016). What else should we know about experiencing COPD? A narrative review in search of patients' psychological burden alleviation. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11(1), 2295–2304. IF 3,157 // 30 pkt

Rzadkiewicz M, Bratas O, Espnes GA. (2017). Vurdering og håndtering av psykiske belastninger ved KOLS i klinisk praksis. *Bestpractice Lungemedisin*, 24 May 2017
IF 0/ 0 pkt

Włodarczyk D, Chylińska J, Lazarewicz M, **Rzadkiewicz M**, Jaworski M, Adamus M, Haugan G, Lillefjell M, Espnes GA. [Enhancing Doctors' Competencies in Communication With and Activation of Older Patients: The Promoting Active Aging \(PRACTA\) Computer-Based Intervention Study.](#) *J Med Internet Res.* 2017 Feb 22;19(2):e45. doi: 10.2196/jmir.6948
IF 4,671 // 50 pkt

Lazarewicz MA, Włodarczyk D, Chylinska J, Jaworski M, **Rzadkiewicz M**, Adamus M, Haugan G, Lillefjell M, Espnes GA. Testing a New Tool Assessing Attitude Towards Treatment and Health in Primary Health Care Setting: Senior Patients and Doctors Perspectives. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2019;47(1):61-69. doi:[10.1177/1403494818780855](https://doi.org/10.1177/1403494818780855)
IF 2.183 // 70 pkt

Chylińska J, Łazarewicz M, **Rzadkiewicz M**, Adamus M, Jaworski M, Haugan G, Lillefjell M, Espnes GA, Włodarczyk D. The role of gender in the active attitude toward treatment and health among older patients in primary health care-self-assessed health status and sociodemographic factors as moderators. *BMC Geriatr.* 2017 Dec 8;17(1):284. doi: 10.1186/s12877-017-0677-z.
IF = 2.866 // 30 pkt

Rzadkiewicz, M., Wójtowicz, S., & Rozenek, H. (2019). Screening preoperative anxiety – when does it relate to the quality of life among patients before total joint replacement? Preliminary reports. *Health Psychology Report*, 7(2), 139-148. <https://doi.org/10.5114/hpr.2019.85660>
IF 0 // 40 pkt

Włodarczyk D, Lazarewicz M, **Rzadkiewicz M**, Chylinska J, Adamus M, Jaworski M, Lillefjell M, Haugan G, Espnes GA. Teaching general practitioners to activate older patients: The intervening role of changes in perceived communication skills. *Patient Educ Couns.* 2019; 102(9):1687-1694. doi: 10.1016/j.pec.2019.04.020.
IF 2.607 // 140 pkt

Kozłowska M., Fronczyk K, **Rzadkiewicz M.** Adaptacja do sytuacji choroby w relacji do cech osobowości i poczucia koherencji. *Przegląd Lekarski* 2011; 68(10): 975-980
IF 0 // 5 pkt

Rzadkiewicz M. Behavioral adaptation to chronic illness - Is neurocognitive deterioration always a threat? 2010 *Acta Neuropsychologica* 8(3), 225–233
IF 0 // 6 pkt

8

Rzadkiewicz M. (2007) Od procesu do stanu – adaptacja do przewlekłej choroby somatycznej. *Psychologia Jakości Życia*, 6(2), 145-167.
IF 0 // pkt 6

Rozdziały

Rzadkiewicz M. Dysfunkcje neuropoznawcze w przebiegu wybranych przewlekłych schorzeń układu oddechowego. W: *Neuropsychologia medyczna : wybrane zagadnienia*. Praca zbiorowa pod red. Jodzio K. i Nyka W. Sopot: Wydawnictwo Arche, 2008, Str. 67-88

Rzadkiewicz M. Relacje osób starszych z pokoleniem najmłodszych. W: *Lazarewicz MA, Owczarek K (red.) Pogoda na starość: podręcznik skutecznego wspierania seniorów*. Warszawa, Wolters Kluwer 2015, s. 72-85

Rzadkiewicz M. Wnuki w obliczu zbliżającej się śmierci dziadków. W: *Lazarewicz MA, Owczarek K (red.) Pogoda na starość: podręcznik skutecznego wspierania seniorów*. Warszawa, Wolters Kluwer 2015, s. 288-293.

Rzadkiewicz M, Łazarewicz M. Komunikacja ze starszymi osobami w kontekście relacji społecznych. W: *Gerontologopedia*. Praca zbiorowa pod red. Tłokiński W, Milewski S, Kaczorowska-Bray K. Gdańsk: Harmonia Universalis, 2018, Str. 180-199

Przed doktoratem:

Łojek, E., **Rzadkiewicz, M.**, Kuliński, W., Predel, G., Krob-Esterhazy, A., Toruński, O., & Pakszys, W. (2004). Zaburzenia emocjonalne u osób z chorobą Parkinsona. W: W. Pakszys, W. Kuliński, A. Klimka, & P. Liberski (Eds.), *Aktualności neurologiczne: choroba Parkinsona – postępy w monitorowanym klinimetrycznie rozpoznawaniu i leczeniu* (pp. 141–146). Warszawa: Wydawnictwo Medical Communications.

Predel, G., Predel, A., **Rzadkiewicz, M.**, Obrzydowska, A., Pakszys, W., & Łojek, E. (2004). Pomiar jakości życia w chorobie Parkinsona. W: W. Pakszys, W. Kuliński, A. Klimka, & P. Liberski (red.), *Aktualności neurologiczne: choroba Parkinsona – postępy w monitorowanym klinimetrycznie rozpoznawaniu i leczeniu* (pp. 289–296). Warszawa: Wydawnictwo Medical Communications.

Rzadkiewicz, M., Łojek, E., Pakszys, W., Kuliński, W., Predel, G., Pyziewicz, K., Kotowicz, J., i in. (2003). Osobowość w procesie adaptacji do sytuacji choroby na przykładzie parkinsonizmu samoistnego. *Lekarz Wojskowy*, 79, 113–116.

Predel, G., Predel, A., **Rzadkiewicz, M.**, Łojek, E., Pakszys, W., & Obrzydowska, A. (2003). Pomiar jakości życia w chorobie Parkinsona. *Psychologia Jakości Życia*, 2, 261–277.

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

- od 02.2023 opracowywanie badania adaptacji do przewlekłego żywienia klinicznego u pacjentów będących pod opieką Poradni Dla Chorych Leczonych Pozajelitowo i Dojelitowo w Warunkach Domowych przy Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. W. Orłowskiego, CMKP w Warszawie.

2022 - obecnie współpraca przy międzynarodowym projekcie badawczym dotyczącym wsparcia pacjentów z chorobami rzadkimi: Q.RARE.LI - Poprawa jakości życia pacjentów z rzadkimi, autoimmunologicznymi chorobami wątroby poprzez zastosowanie strukturyzowanego programu wsparcia psychospołecznego, udzielanego pacjentom przez pacjentów: międzynarodowe, hybrydowe badanie oceniające skuteczność interwencji i możliwości wdrożenia. Jest to wielośrodkowe badanie koordynowane przez *University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy* na Uniwersytecie w Hamburgu w Niemczech. Wśród moich obowiązków jako uczestnika projektu jest współudział w adaptacji polskiej wersji zestawu narzędzi badawczych i materiałów szkoleniowych, szkolenie pacjentów wspierających i nadzór psychologiczny po rozpoczęciu interwencji. Pierwsza publikacja opisująca protokół badawczy projektu została zaakceptowana do druku w lutym 2023 w czasopiśmie BMC Psychiatry (IF 4,14/ 100 pkt MN) przy bardzo pozytywnych recenzjach edytorskich.

- od 03.10.2022 do 08.12.2022 staż naukowy w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego PZH-PIB w Zakładzie Kształcenia i Komunikacji w Zdrowiu Publicznym; współpraca przy merytorycznym opracowaniu szkolenia dla edukatorów nieformalnych opiekunów osób starszych, łącznie z opracowaniem literatury dla kursantów i narzędzi do oceny jego efektywności

- Grant polsko-norweski pt. PRACTA – Promocja aktywności seniorów w publicznej opiece zdrowotnej: diagnoza psychospołecznych potrzeb pacjentów i wzmacnianie interpersonalnych kompetencji lekarzy – 2013-2017 współpraca przy tworzeniu i realizacji projektu oraz opracowane na jego podstawie publikacje 2017-2023 – nagroda naukowa Rektora WUM pierwszego stopnia (2018), szczegóły projektu PRACTA opisano w rozdz. 4.3.1.

- Współpraca w projekcie badawczym KBN: *Modelowanie interakcji sytuacji i cechy z zastosowaniem Item Response Theory*, kierowanym przez dr K. Fronczyka, realizowanym przez Wyższą Szkołę Finansów i Zarządzania w Warszawie – 2011-2016

- 10
- Conference of the European Health Psychology Society – Warszawa, 2006, Bordeaux, Francja 2013, Padwa, Włochy 2017, Dubrovnik, Chorwacja 2019 – coroczna międzynarodowa konferencja poświęcona psychologii zdrowia organizowana przez EHPS, uczestnictwo aktywne
 - Współpraca przy tworzeniu wniosku badawczego na Uniwersytecie w Oxfordzie w ramach The Oxford Project to Investigate Memory and Ageing (OPTIMA) w Nuffield Department of Clinical Neurosciences, Medical Sciences Division. Temat: *Neuropsychological and neuroimaging (structural and functional MRI) correlates of psychosocial resources and adaptation to illness in Mild Cognitive Impairment (MCI) and Early Alzheimer Disease (EAD)* – 2010 – pracowałam tu nad ogólną koncepcją projektu badawczego oraz doбором narzędzi i grup badawczych.
 - Współpraca przy projekcie badawczym : *Choroba Parkinsona – postępy w monitorowanym klinimetrycznie rozpoznawaniu i leczeniu* kierowanym przez dr hab. W. Pakszysa, realizowanym w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie – 2000-2002
 - Stypendium Rządu Szwajcarskiego na Wydziale Psychologii Uniwersytetu w Bernie, 1999-2000
 - Stypendium na Uniwersytecie Erlangen-Nurnberg, Niemcy, 1997-1998

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

Moje zaangażowanie w dydaktykę i popularyzację nauki obejmuje szeroki przekrój wiekowy odbiorców:

Nauczanie przedszkolne

- w ramach zajęć z psychologii na kierunku Ratownictwo Medyczne wielokrotnie organizowałam wyjścia do przedszkola, gdzie odbywały się ćwiczenia z udziałem dzieci wg. opracowanego przeze mnie programu. Przygotowałam go tak, aby studenci mieli możliwość obserwacji i doświadczania kontaktu z potencjalnym pacjentem pediatrycznym, jednocześnie przekazując najmłodszym w odpowiednio dostosowany sposób podstawy wiedzy o bezpieczeństwie i pierwszej pomocy,
- Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne – książka, poradnik dla rodziców dzieci przygotowywanych do przedszkola „Mamo, Tato, idę do przedszkola!” (2006).

Szkoła podstawowa

44

- Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne – seria podręczników dla klas 1-3 – sekcja materiałów dla rodziców -psychologiczne aspekty funkcjonowania dzieci w edukacji wczesnoszkolnej (2008).

Praca ze studentami

- nauczanie na kierunkach: pielęgniarstwo, elektroradiologia, fizjoterapia, stomatologia, lekarski + ED, dietetyka, ratownictwo medyczne. Ostatnio (rok akademicki 2020/2021), opracowywałam autorskie programy następujących bloków zajęć ćwiczeniowych: podstawy budowania relacji w pracy z pacjentem, diagnoza psychomedyczna, rozwiązywanie problemów w praktyce klinicznej dla kierunku dietetyka,
- nagroda Rektora WUM - dydaktyczna zespołowa pierwszego stopnia za opracowanie materiałów multimedialnych przeznaczonych do edukacji w zakresie komunikacji z pacjentem senioralnym (2018),
- prace licencjackie i magisterskie (odpowiednio 8 i 7) oraz recenzje sześciu prac dyplomowych,
- 2022/2023 Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie cykl wykładów dla studentów studiów II stopnia, kierunku psychologia, English division pt. *Psychology of chronic illness* (30 godzin),
- udział na zaproszenie w spotkaniach studenckich kół naukowych oraz EMSa,
- wywiad i współpraca przy opracowywaniu na jego podstawie materiałów dydaktycznych SKN dietetyki,
- Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Rzeszów – wykłady z przedmiotu: Podstawy psychologii (2005-2007),
- Warszawski Uniwersytet Medyczny - zajęcia ogólnorozwojowe i konsultacje psychologiczne - warsztaty dotyczące stresu na PsychDays (2019), praca w Poradni Psychologicznej WUM (2017/2018),
- Uniwersytet Warszawski – zajęcia dydaktyczne z przedmiotu Podstawy Psychologii w ramach ścieżki nauczycielskiej na kierunku Geografia – 2001-2003.

Studia podyplomowe i osoby dorosłe

- Psychologiczny przewodnik dla pacjentów – ulga w duszności, lęku i stresie, - autorskie opracowanie materiałów wsparcia psychologicznego w radzeniu sobie z objawami COVID-19 zamieszczone w wolnym dostępie na stronie internetowej Studium Psychologii Zdrowia, <https://zpikm.wum.edu.pl/covid19> - 2020,

- 12)
- autorskie opracowanie testów psychologicznych w rekrutacji na podyplomowe studia oceny technologii medycznych DuoOTM WUM – 2019,
 - egzaminy w doktoracie dla doktorantów zdających w dziedzinie nauk medycznych z przedmiotu dodatkowego Psychologia – 2015-2023; łącznie 36,
 - sekretarz komisji na obronach doktorskich w dyscyplinie nauk o zdrowiu – 2021, 2023,
 - szkolenie dla bezrobotnych kobiet (2 dniowe zajęcia warsztatowe wg własnego projektu) na zamówienie Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie - 2006

Osoby starsze

- Okręgowa Izba Radców Prawnych, Warszawa - Klub Radcy Prawnego – wykład i dyskusja na temat potrzeb i możliwości aktywizacji seniorów w opiece medycznej (2016),
- Pogoda na starość. Podręcznik skutecznego wspierania seniorów (Owczarek K i Lazarewicz MA, red.), wyd. Wolters Kluwer, 2015/2018. W tej książce opracowałam dwa rozdziały pt.: Relacje osób starszych z pokoleniem najmłodszych (s. 72-86) oraz Wnuki w obliczu zbliżającej się śmierci dziadków (288-294).

7. Oprócz kwestii wymienionych w pkt. 1-6, wnioskodawca może podać inne informacje, ważne z jego punktu widzenia, dotyczące jego kariery zawodowej.

- 2019-obecnie - czteroletni kurs specjalizacji z psychologii klinicznej koordynowanej przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (dotychczas ponad 240 godzin wykładów – lista w tabeli poniżej)
- Recenzje w punktowanych czasopismach - International Journal of COPD – IF 2,89, Journal of Behavioural Medicine – IF 3,47, International Journal of Environmental Research and Public Health – IF 4,16, Healthcare – IF 3,16, Annals of Agricultural and Environmental Medicine – IF 1,60, Health Expectations – IF 3,32, Medycyna Pracy – IF 1,06, Przegląd Epidemiologiczny.
- Jestem członkiem Society for the Teaching of Psychology (Division 2 w American Psychological Association), w przeszłości także European Health Psychology Society (EHPS)
- Udział z zjazdach naukowych i konferencjach –
 - *Oxford Autumn School in Neuroscience* – Cykliczne 2-3 dniowe wydarzenie organizowane przez Uniwersytet w Oxfordzie, Wielka Brytania, 2009, 2010

- Międzynarodowa konferencja naukowa *Together for Innovation In Health*, Kraków, 2016
- Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Wsparcie psychologiczne w ratownictwie medycznym – Otrębusy-Warszawa, 2013, 2016, 2019
- I Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia, Warszawa, 2019
- Ogólnopolska Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa Bezpieczeństwo Pacjenta – WUM, Warszawa, 2019
- I Kongres Humanizacji Medycyny – Uniwersytet Warszawski, Warszawa, 2022

e. Zrealizowane szkolenia i staże

nazwa stażu/szkolenia	miejsce realizacji /nazwa jednostki/	rok realizacji
Terapia Ericksonowska – wybrane zagadnienia kliniczne	Polski Instytut Ericksonowski, prowadzenie Brent Geary PhD	1996
Zimowa Szkoła Profilaktyki	Ministerstwo Edukacji Narodowej	1999
Praca z pacjentem z chorobą nowotworową	Polski Instytut Ericksonowski, prowadzenie dr Maria Rogiewicz	13-14.02, 13.14.03, 15-16.05 1999
Utrata i żałoba – aspekty diagnostyczne, Interwencja Kryzysowa i wybrane zagadnienia psychoterapii	Polskie Towarzystwo Psychologiczne Centrum Szkoleń Psychologicznych Akademia Psyche, Kraków	1-2. 12.2018
<i>Specjalizacja z psychologii klinicznej, łącznie ponad 260 godz. Wykładów:</i>		2019-2023
Podstawy zagadnień medycznych dla psychologów Kurs specjalizacyjny	Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa	2019
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania Kurs specjalizacyjny	Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa	2019
Kliniczna diagnoza psychologiczna Kurs specjalizacyjny	Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa	2019
Teorie psychologiczne w kontekście klinicznym Kurs specjalizacyjny	Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa	2020
Diagnostyka i terapia w chorobach somatycznych rola psychologa Kurs specjalizacyjny	Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa	2020
Zagadnienia neuropsychologii Kurs specjalizacyjny	Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa	2020

14

Prawidłowości rozwoju w okresie dzieciństwa i dorastania Kurs specjalizacyjny	Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa	2020
Formy zaburzeń w okresie dzieciństwa i dorastania Kurs specjalizacyjny	Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa	2020
Podstawy diagnozy psychologicznej dzieci i młodzieży Kurs specjalizacyjny	Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa	2020
Podstawy opiniodawstwa w psychologii sądowej Kurs specjalizacyjny	Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa	2020
Psychologia uzależnień Kurs specjalizacyjny	Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa	2021
Interwencja kryzysowa Kurs specjalizacyjny	Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa	2021
Rola psychologa w diagnostyce i terapii chorób somatycznych Staż w ramach specjalizacji w klinice/oddziale chorób somatycznych	II Klinika Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej Warszawa	2022
Podstawy diagnozy psychologicznej dzieci i młodzieży Staż w ramach specjalizacji w klinice pediatrii/oddziale pediatrycznym	Dzienny Oddział Rehabilitacji Niemowląt DORN Szpital Kliniczny im. Księżnej Anny Mazowieckiej, Warszawa	2022

Podpis:
Marta Rzakiewicz