

## AUTOREFERAT

### Imię i nazwisko

Anna Włoszczak-Szubda

### Posiadane dyplomy, stopnie naukowe – z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej

1. Doktor nauk medycznych w zakresie medycyny, 2009 Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu.

Praca doktorska pt. "Kompetencje komunikacyjne personelu medycznego. Badanie stanu oraz ocena potrzeb edukacyjnych".

2. Psychoprofilaktyk, studia podyplomowe z psychoprofilaktyki, 2000 Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Wydział Pedagogiki i Psychologii.

Praca dyplomowa pt. „Program profilaktyczny aktywizujący lokalną społeczność do zachowań prospołecznych. Realizowany w oparciu o lokalne media”.

3. Magister filozofii. 1988 Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Międzyuczelniany Instytut Filozofii i Socjologii.

Praca magisterska pt. "Wybrane spotkania z filozofią dialogu Martina Bubera".

### Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych

1. Instytut Medycyny Wsi w Lublinie: 2002 – 2005, wykładowca/coach;

2. Uniwersytet Medyczny w Lublinie: 2005 – 2011, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, nauczyciel akademicki, 2011 p.o. kierownik Zakładu Metod Informatycznych i Epidemiologicznych;

3. Stowarzyszenie na Rzecz Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych "Novum": 2006, wykładowca/coach;

4. Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie: 2009, adiunkt.

5. Instytut Medycyny Wsi w Lublinie: 2011, adiunkt, 2012-2015 p.o. kierownik Zakładu Metod Informatycznych i Statystycznych.

**Wskazanie osiągnięcia\* wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. nr 65, poz. 595 ze zm.):**

**a) tytuł osiągnięcia naukowego**

„Empatia – pomoc i przeszkoda w pracy zawodowej personelu medycznego”;

**b) autor, tytuł publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa, recenzenci wydawniczy**

Anna Włoszczak-Szubzda, „Empatia – pomoc i przeszkoda w pracy zawodowej personelu medycznego”, 2016, „Innovatio Press” - Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji, 20-209 Lublin, ul. Projektowa 4. Recenzenci wydawniczy: ks. prof. dr. hab. Marian Nowak, prof. dr. hab. n. med. Teresa Kulik.

**c) omówienie celu naukowego ww. pracy i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania**

**Wprowadzenie**

Empatia, jako jeden z ważniejszych elementów komunikacji interpersonalnej, jest w niej głęboko zapośredniczona. Może istnieć komunikacja interpersonalna bez empatii, za to nie ma empatii bez płaszczyzny komunikacyjnej. Dlatego w badaniach własnych przed udzieleniem odpowiedzi na pytanie o to, czy empatia szkodzi czy pomaga w pracy zawodowej personelu medycznego, zdiagnozowano kompetencje komunikacyjne personelu medycznego w zakresie wiedzy komunikacyjnej, umiejętności komunikacyjnych oraz motywacji do komunikacji. Kompetencje komunikacyjne lekarzy i pielęgniarek powinny obejmować wiedzę i umiejętności w zakresie tworzenia i utrzymywania terapeutycznych i etycznych więzi z pacjentami oraz zdolność do skutecznego komunikowania się w celu uzyskania i dostarczania informacji pacjentowi, jego rodzinie czy innym członkom zespołu medycznego. Muszą zatem dostosować styl komunikacji i komunikaty do odbiorcy i kontekstu współdziałania. Lekarze i pielęgniarki muszą współpracować ze sobą, a także innymi pracownikami służby zdrowia jako członkowie lub liderzy zespołu opieki zdrowotnej lub innej grupy zawodowej, wykazując się odpornością i stabilnością emocjonalną, zdolnościami przystosowawczymi, elastycznością i tolerancją na wieloznaczność oraz niepokoje i lęki własne i pacjentów. Muszą także wykazać współczucie i szacunek

w zachowaniu podczas interakcji z pacjentami i ich rodzinami. Podejmowane przez nich decyzje o interwencjach diagnostycznych i terapeutycznych muszą opierać się na wiedzy o pacjencie, jego oczekiwaniach i preferencjach. Równocześnie w sposób widoczny powinni okazywać szacunek, współczucie, i integralność z pacjentem i jego bliskimi, a także wrażliwość na potrzeby pacjentów, w związku z różnicami kulturowymi, wiekiem, płcią czy ich wiedzą i umiejętnościami, jak również właściwie na te różnice reagować. Obie zatem grupy, zarówno lekarze, jak i pielęgniarki, powinny być zdolne do autorefleksji i zdrowego samokrytycyzmu. Jednak powyższe kompetencje nie wystarczą do skutecznej komunikacji medyków, niezbędna jest również motywacja do komunikacji, czyli stopień, w jakim pielęgniarka czy lekarz dążą do kompetentnego komunikowania się z pacjentem, jego rodziną czy innym personelem medycznym.

## **Cel**

Celem badań była ocena poziomu kompetencji komunikacyjnych i zawodowych lekarzy i pielęgniarek oraz studentów medycyny i pielęgniarstwa, a także stanu ich wiedzy na temat zjawiska empatii, poznanie sposobu zawodowego praktykowania empatii (poznawcze/emocjonalne), w kontekście jej rozumienia i definiowania, jak również zapoznanie się z opiniami respondentów na temat szkodliwości zjawiska empatii dla medyków i pacjentów. Całość wyników analizowana była również pod kątem potrzeb i przyszłych możliwości edukacyjnych .

## **Material i metoda**

W procesie badawczym wzięto pod uwagę trzy podstawowe zakresy kompetencji komunikacyjnych: 1) motywację, 2) wiedzę, 3) umiejętności. Sprawdzenie tych zakresów było istotne dla zrozumienia postawionych problemów badawczych i ewentualnego zaprojektowania programu naprawczego. W procesie badawczym wykorzystano dwie metody. W sondażu diagnostycznym, dotyczącym zawodowych, medycznych kompetencji komunikacyjnych oraz wiedzy o zjawisku empatii i jego rozumienia, jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Natomiast do testowania zawodowej samooceny w zakresie stricte medycznym skonstruowano narzędzie badawcze na

bazie testu przymiotnikowego ACL-37 (H. G. Gougha i A. B. Heilbruna – wersja, „Jaki jesteś’’).

W celu zminimalizowania wpływu czynników zewnętrznych na wyniki badania zapewniono określone warunki jego prowadzenia: 1) zachowana została niezależność osób badanych (bez podległości między ankieterem a respondentami); 2) wszystkie osoby badane wyraziły świadomą zgodę na udział w badaniach; 3) warunki zewnętrzne przeprowadzania badań były znormalizowane dla wszystkich badanych grup; 4) kwestionariusz ankiety opatrzone dokładną i jasną instrukcją; 5) ankieterzy wygłaszali jednakowe komunikaty do respondentów oraz odpowiadali podobnie na zadawane przez respondentów pytania; 6) czas wypełniania ankiety wynosił dla wszystkich respondentów 30 minut; 7) wszystkie wyniki były obliczane zgodnie z określonymi wcześniej zasadami, czyli według tzw. klucza.

Dodatkowo autorski kwestionariusz ankiety został poddany standaryzacji w zakresie rzetelności i trafności za pomocą: 1) testu-retestu, badającego stabilność i wiarygodność narzędzia; 2) testu t-Studenta dla zmiennych powiązanych, badającego istotność różnicy każdej pary pytań w teście i reteście przy równocześnie istotnej statystycznie pozytywnej korelacji; 3) badań pilotażowych; 4) oceny narzędzia przez sędziów kompetentnych, a w tym testu w-Kendalla badającego stopień zgodności ich ocen.

W wyniku badań pilotażowych badających trafność fasadową uległa zmianie treść jednego z pytań (ankietowani zgłaszali niezrozumienie użytego pojęcia) oraz jedno pytanie zostało dodane (w wyniku sugestii ankietowanych). Sędziowie kompetentni ocenili trafność treściową (wewnętrzną) narzędzia pod kątem adekwatności treści do celu badań i umiejscowienia w teorii, poziomu trudności treści, korelacji zagadnień, klarowności poleceń, a także poziomu akceptacji przy wypełnianiu. W skład grupy sędziowskiej weszli naukowcy i praktycy z takich obszarów, dziedzin, dyscyplin i specjalności jak: filozofia, etyka, psychologia, pedagogiki, medycyna, zdrowie publiczne, prawo cywilne. Rzetelność przebadano za pomocą metody test-retest, dwukrotnego badania tej samej (15-osobowej) grupy w odstępie 2 tygodni. Wyniki zostały policzone w teście logicznym (1 – zgodność, 0 – brak zgodności). Średnia zgodność wyniosła 85%. W ten sposób została przebadana wiarygodność kwestionariusza ankiety. Ostatnią zastosowaną do standaryzacji narzędzia metodą był test t-Studenta badający, przy istotnej pozytywnej korelacji

poszczególnych par pytań ankietowych (z testu i retestu), obecność istotnych statystycznie różnic. Na 54 pary pytań statystycznie istotne różnice stwierdzono w jedynie 2 parach. Po przeprowadzeniu właściwych badań zupełny brak istotnych statystycznie zależności od którejkolwiek ze zmiennych niezależnych (płci, wieku, zawodu, doświadczenia zawodowego – student/praktyk) stwierdzono w przypadku 8 spośród 54 ocenianych zmiennych zależnych, były to: 1) zawodowa wiedza o sobie samym; 2) praca fizyczna jako sposób odstresowania; 3) przeczekanie kryzysu jako sposób odstresowania; 4) pomoc osoby kompetentnej jako sposób „odstresowania” 5) poziom optymizmu; 6) stopień irytacji; 7) poziom nieśmiałości i cierpliwości; 8) poziom ogólnego zainteresowania problematyką komunikacyjną.

Właściwe badania prowadzone były od września 2009 roku do stycznia 2015. W badaniu pilotażowym, zrealizowanym w celu standaryzacji narzędzia badawczego, przebadano 15 osób oraz inną 15-osobową grupę metodą test-retest. Brali w nim udział studenci Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (różnych kierunków) oraz zawodowi pracownicy medyczni. Wyniki badania pilotażowego nie zostały włączone do badania głównego. Grupa badana liczyła w sumie 1395 osób, w następujących podgrupach respondentów: 1) pracujące pielęgniarki (538 osób); 2) studenci pielęgniarstwa (178 osób); 3) pracujący lekarze (433 osób), 4) studenci medycyny (246 osób). Rozdano 2000 ankiet, z czego otrzymano 1477 wypełnionych. Lekarze nie oddali 243 ankiet, pielęgniarki nie oddały 64 ankiet, studenci medycyny - 109 ankiet, a studenci pielęgniarstwa - 107 ankiet. Liczba 1477 została uszczuplona o 82 ankiety, które wykluczono ze względu na błędne lub niekompletne wypełnienie (np. niepodana grupa zawodowa lub kierunek studiów). Ostatecznie w badaniach poddano analizie kwestionariusze 1395 osób. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej przy pomocy programu SPSS, wykorzystując: statystyki opisowe, krzyżowe (wielopolowe) tabele kontyngencji, wykresy oraz testowanie hipotez. Istnienie zależności pomiędzy zmiennymi jakościowymi badano przy pomocy testu chi-kwadrat Pearsona i dokładnego testu Fishera. Istnienie istotności różnic zmiennych ilościowych badano przy pomocy jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA) z testami post hoc oraz przy pomocy testu t-Studenta dla zmiennych niepowiązanych. Do wnioskowania jako istotny przyjęto poziom  $p \leq 0,05$ .

## Wyniki i wnioski

A. Obszar kompetencji komunikacyjnych badanych (wiedza, umiejętności, motywacja):

1. Poziom kompetencji komunikacyjnych lekarzy, pielęgniarek oraz studentów medycyny i pielęgniarstwa okazał się w badaniach zróżnicowany, w zależności od grup zawodowych oraz wybranej kompetencji:

- W zakresie umiejętności (aspekt globalny) najwyższy przeciętny wskaźnik uzyskali studenci medycyny, następnie zawodowe pielęgniarki, studenci pielęgniarstwa, a najniższy zawodowi lekarze.
- W zakresie wiedzy (aspekt globalny) najwyższy przeciętny wskaźnik uzyskali studenci medycyny, następnie zawodowe pielęgniarki, studenci pielęgniarstwa, a najniższy zawodowi lekarze.
- W zakresie motywacji (aspekt globalny) najwyższy przeciętny wskaźnik uzyskały zawodowe pielęgniarki, następnie studenci pielęgniarstwa, studenci medycyny, a najniższy zawodowi lekarze.

Jeśli chodzi o poszczególne kompetencje, najwyższe wyniki respondenci uzyskali w zakresie umiejętności, dalej wiedzy, a najsłabiej wypadli w zakresie motywacji. Wszystkie zaobserwowane różnice były istotne statystycznie.

2. Wiedza na temat zjawiska empatii wśród lekarzy, pielęgniarek oraz studentów medycyny i pielęgniarstwa była w badaniach własnych na poziomie niższym niż średni. Największym brakiem wiedzy (ponad połowa badanych) wykazali się najmłodsi mężczyźni, studenci pielęgniarstwa. Różnice między zmiennymi miały charakter istotny statystycznie.

3. Im wyższy był poziom wiedzy komunikacyjnej wśród lekarzy, pielęgniarek, studentów medycyny i pielęgniarstwa, tym wyższa była pozytywna ocena oddziaływania empatii na pacjenta (pomaga). Istotność statystyczna dotyczyła tylko różnic w odniesieniu do wiedzy na temat stosunku medyków do pacjenta.

4. Im wyższy był poziom wiedzy komunikacyjnej lekarzy, pielęgniarek, studentów medycyny i pielęgniarstwa, tym gorsza okazała się ocena oddziaływania empatii na medyka (szkodzi). Zależność ta nie była istotna statystycznie.

5. Lekarze, pielęgniarki, studenci medycyny i pielęgniarstwa częściej oceniali wpływ empatii na pacjenta pozytywnie – pomaga pacjentowi (istotność statystyczna dotyczyła tylko różnic w odniesieniu do wiedzy na temat stosunku medyków do pacjenta).

6. Im wyższy był poziom umiejętności komunikacyjnych lekarzy, pielęgniarek, studentów medycyny i pielęgniarstwa, tym gorsza ocena oddziaływania empatii na medyka – szkodzi (brak istotności statystycznej).

7. Im wyższy był poziom motywacji komunikacyjnej personelu medycznego, tym wyższa ocena pomocnego oddziaływania empatii na pacjenta (istotne statystycznie).

8. Im wyższy był poziom motywacji komunikacyjnej lekarzy, pielęgniarek, studentów medycyny i pielęgniarstwa, tym gorsza ocena oddziaływania empatii na medyka („empatia szkodzi”). Nie stwierdzono istotności statystycznej.

B. Obszar empatii rozumiany poznawczo/emocjonalnie:

1. Wszystkie grupy, wg zmiennych płeć, wiek, zawód, doświadczenie zawodowe, najczęściej rozumiały empatię emocjonalnie. Jednocześnie, najczęściej definiowali empatię emocjonalnie najmłodszy wiekowo studenci medycyny. Różnice między zmiennymi miały charakter istotny statystycznie.

2. Lekarze, pielęgniarki oraz studenci medycyny i pielęgniarstwa, niezależnie od płci, wieku zawodu czy doświadczenia zawodowego, definiujący empatię emocjonalnie, okazują niższą akceptację wobec zachowań pacjenta niż medycy definiujący empatię poznawczo. Spośród badanych profesjonalistów medycznych największy brak akceptacji wobec pacjenta (różnych jego zachowań) i jednocześnie definiowanie empatii emocjonalnie wykazywali zawodowi lekarze w wieku 26–30 lat. Różnice między zmiennymi nie były istotne statystycznie.

3. Kobiety porównywane między sobą znacznie częściej przy wysokiej samoocenie własnej empatyczności rozumiały empatię emocjonalnie (różnice istotne statystycznie). Natomiast mężczyźni przy wysokiej samoocenie własnej empatyczności rozumieli ją poznawczo (brak istotności statystycznej). Spośród grup wiekowych respondenci w wieku 26–30 lat, wysoko oceniający swoją empatyczność, najczęściej rozumieli empatię poznawczo (brak istotności statystycznej). Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki, deklarujący wysoką samoocenę co do własnej empatyczności, w podobnym procencie definiowali empatię poznawczo i emocjonalnie (brak istotności statystycznej).

C. Obszar empatii rozumianej w kategoriach: pomaga/szkodzi pacjentowi

1. Zdaniem większości badanych, niezależnie od płci i wieku, empatia okazywana pacjentowi pomaga, a nie szkodzi. Najczęściej taką opinię mieli najmłodszy studenci medycyny. Związek

między wpływem empatii na pacjenta a zmienną *zawód/doświadczenie zawodowe* był istotny statystycznie.

2. Medycy definiujący empatię poznawczo, niezależnie od płci, wieku, zawodu i doświadczenia zawodowego, najczęściej uważali, że empatia okazywana pacjentowi pomaga w terapii. Respondenci definiujący empatię emocjonalnie, najczęściej uważali, że szkodzi ona pacjentowi w procesie leczenia, pielęgnowania i opieki. Różnice między zmiennymi miały charakter istotny statystycznie.

D. Obszar empatii rozumianej w kategoriach: pomaga/szkodzi medykowi

1. Zdaniem większości badanych medyków, niezależnie od płci i wieku, zawodu oraz doświadczenia zawodowego, empatia okazywana pacjentowi szkodzi medykowi. Najczęściej taką opinię wyrażały kobiety w starszej grupie wiekowej (36–40 lat), zawodowe pielęgniarki.

2. Medycy definiujący empatię emocjonalnie, niezależnie od płci, wieku, zawodu i doświadczenia zawodowego, najczęściej uważali, że empatia okazywana pacjentowi szkodzi medykowi. Respondenci definiujący empatię poznawczo, najczęściej uważali, że pomaga ona medykowi w pracy zawodowej. Różnice między zmiennymi miały charakter istotny statystycznie.

3. Spośród badanych najwięcej kobiet w grupie wiekowej 36–40 lat, zawodowych pielęgniarek wykazujących się niską akceptacją pacjenta, uznawało, że empatia szkodzi medykowi. Natomiast w najmłodszej grupie wiekowej (18–25 lat) – studentki medycyny wykazujące się niską akceptacją wobec pacjenta (dla jego zachowań) uznawały, że empatia pomaga medykowi. Różnice między badanymi grupami były nieznaczne (brak istotności statystycznej).

## Podsumowanie

Empatia to zjawisko wielowymiarowe. Posiada aspekty moralne i behawioralne, a w zawodach medycznych możemy mówić dodatkowo o elementach empatii klinicznej, w której mieści się zdolność lekarza lub pielęgniarki do zrozumienia perspektywy zdrowotnej, społecznej i emocjonalnej pacjenta oraz empatyczna umiejętność przekazania swojej profesjonalnej wiedzy pacjentowi, dodatkowo także umiejętność sprawdzenia z odpowiednią dozą wrażliwości, co pacjent zapamiętał i na ile będzie się stosował do



zaleceń. Ostatnim, nie mniej ważnym, elementem empatycznej relacji pacjent - medyk jest umiejętność motywowania siebie oraz pacjenta do korzystnej dla obu stron współpracy.

Badań nad wpływem empatii na wyniki poprawy zdrowia pacjentów, a także na satysfakcję zawodową medyków jest wciąż niewiele. Równie nieliczne są badania poziomu empatyczności pracowników medycznych. Niemniej jednak zarówno te, które są prowadzone, jak i badania własne, mogą być sygnałem znaczenia empatii w procesie leczenia i pielęgnowania, przede wszystkim dla medyka, a co za tym idzie dla pacjenta. Pokazują jednocześnie, że właściwą dla obu stron relacji medyk - pacjent jest empatia poznawcza medyka. Sugerują również, że empatii można skutecznie uczyć w szkołach medycznych, szczególnie, kiedy edukacja teoretyczna jest wzmocniana bezpośrednim doświadczeniem w pracy z pacjentem.

### **Wnioski postulatywne i autorski program rozwoju empatii w kształceniu personelu medycznego<sup>1</sup>**

#### Geneza programu

Wieloletnie badania naukowe oraz doświadczenie dydaktyczne z zakresu profesjonalnej komunikacji interpersonalnej personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, fizjoterapeutów, dietetyków) oraz empatii zawodowej były predyktorem do stworzenia programu edukacyjnego, uczącego od podstaw wiedzy, umiejętności i motywacji do właściwej zawodowo empatii, a także podtrzymującego poziom nabytych kompetencji.

#### Cel ogólny programu

Cel który postawiono, to osiągnięcie wysokiego poziomu rozwoju osobistego i zawodowego w zakresie komunikacji interpersonalnej, a w szczególności empatii emocjonalnej, poznawczej oraz behawioralnej (klinicznej), który umożliwi personelowi medycznemu niesienie skutecznej pomocy okołomedycznej oraz ograniczy skutki wypalenia zawodowego,

<sup>1</sup> Projekt edukacji empatii klinicznej jest obszernym rozwinięciem (poprzez dodanie aspektów empatii) projektu z zakresu profesjonalnej komunikacji interpersonalnej medyków, zamieszczonym w pracy doktorskiej Anny Włoszczak-Szubzdy pt. "Kompetencje komunikacyjne personelu medycznego badanie stanu oraz ocena potrzeb edukacyjnych", Uniwersytet Medyczny w Lublinie, 2009.

wynikające z pracy z innymi ludźmi (pacjentami, ich rodzinami oraz szeroko rozumianym środowiskiem medycznym). Sformułowano cele grupowe i indywidualne programu.

Cele grupowe obejmują:

1. Dostarczenie uczestnikom programu edukacyjnego wiedzy z zakresu komunikacji międzyludzkiej, ze szczególnym uwzględnieniem komunikacji z pacjentem, z zakresu motywacji i umiejętności, specyfiki kontaktu pomocnego oraz patologii wynikających z niewłaściwych relacji międzyludzkich, jako bazy niezbędnej do formowania postaw empatycznych.
2. Umożliwienie uczestnikom programu edukacyjnego pogłębienia autoanalizy oraz ćwiczenia samoakceptacji (niezbędne do właściwej empatii we wszystkich jej wymiarach).
3. Stworzenie uczestnikom programu edukacyjnego warunków do nabycia nowych i udoskonalenia posiadanych umiejętności w zakresie prawidłowych relacji z pacjentem, z podkreśleniem szczególnie trudnych sytuacji, wzbudzenie motywacji do stałego rozwoju zawodowego oraz osobistego w zakresie komunikacji interpersonalnej, z wykorzystaniem potencjału własnej grupy zawodowej oraz specjalistów z zewnątrz oraz rozwoju empatycznego.
4. Dostarczenie wiedzy z zakresu empatii, szkolenie umiejętności empatycznych (osobistych i profesjonalnych) oraz motywowanie do rozwoju w zakresie empatii (poziom studiów licencjackich i magisterskich).
5. Utrzymywanie nabytych umiejętności z zakresu profesjonalnej komunikacji interpersonalnej, ze szczególnym nastawieniem na empatię kliniczną (cykliczne doszkalanie zawodowe).

Cele indywidualne:

1. Dążenie do idealnego profilu osobowościowego medyka (lekarza, pielęgniarki/pielęgniara, ratownika, fizjoterapeuty itp.) poprzez: a) świadomość siebie i swojego systemu wartości; wiedzę o sobie i mechanizmach własnego działania, ochronie pacjenta przed stosowaniem np. manipulacji w celu zaspokojenia własnych potrzeb; b) przeżywanie i okazywanie uczuć (m.in. empatii, ciepła i opiekuńczości,

otwartości) - dystansowanie się od własnych uczuć prowadzi z jednej strony do zaniku wrażliwości, a z drugiej do niekontrolowanych przeniesień i projekcji; c) bycie wzorem komunikacyjnym dla pacjenta - wyższe wymagania komunikacyjne stawiane są profesjonalistom, pacjent nie zawsze posiada wiedzę, umiejętności czy jest świadomie zmotywowany do prawidłowej relacji z medykiem; d) zainteresowanie ludźmi i sprawami społecznymi (m.in. pozytywny stosunek do pacjenta i jego bliskich) - szeroka wiedza dotycząca mechanizmów działania człowieka będącego częścią społeczności podnosi skuteczność działań pomocnych; e) przestrzeganie zasad etycznych; f) ponoszenie odpowiedzialności do momentu przejęcia odpowiedzialności za pacjenta przez innego specjalistę, g) konkretność w wyrażaniu myśli ułatwiająca komunikację.

2. Kształtowanie umiejętności pozamedycznych wymaganych w procesie niesienia pomocy, mieszczących się w ramach umiejętności relacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem empatii klinicznej rozumianej jako: a) umiejętność rozumienia pacjenta: słuchanie, wyjaśnianie, parafrazowanie, odzwierciedlanie, podsumowywanie, konfrontowanie, interpretowanie, sprawdzanie percepcji, informowanie; b) umiejętność zapewnienia komfortu pacjentowi oraz umiejętność postępowania w sytuacji kryzysowej: udzielanie informacji i wyjaśnień, wspieranie, pocieszanie i uspokajanie, okazywanie ciepła, udzielanie rad i zaleceń, interweniowanie w kryzysie; c) umiejętność pozytywnego działania: rozwiązywanie problemów zawodowych, podejmowanie decyzji, praca nad sobą.

## Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych Wybrane publikacje w obszarach

**1. Komunikacja interpersonalna w zawodach medycznych** - główny nurt badawczy habilitantki (A. aspekt psychospołeczny, B. aspekt bioetyczny, C. aspekt informatyczny).

### **A. Komunikacja interpersonalna w zawodach medycznych** (aspekt psychospołeczny)

Zawód lekarza, pielęgniarki czy innego specjalisty medycznego współpracującego z pacjentem i jego rodziną, niesie ze sobą narażenie na silne emocje i dystres. Odczucia personelu medycznego są trudne do jednoznacznej interpretacji. Stała ekspozycja na ból, cierpienia i lęki pacjentów oraz ich rodzin, często również na doświadczanie straty w postaci śmierci pacjentów, w znacznym stopniu wpływają na doświadczanie własnego strachu, bezradność, a czasami złość.

Wiedza, umiejętności i kompetencje komunikacyjne (komunikacja intra- i interpersonalna), jako profesjonalne psychospołeczne narzędzia zawodowe, pozwalają personelowi medycznemu rozumieć własną i pacjenta emocjonalność oraz stosować właściwe postawy komunikacyjne w zawodowej codzienności. Kompetencje te zapewniają pomoc oraz ochronę personelu medycznego (m.in. przed wypaleniem zawodowym), a w konsekwencji przynoszą korzyść samym pacjentom. Tej tematyce poświęcone są poniższe publikacje

(chronologicznie):

- Psychoeducation in education of dieticians for the role of healthy nutrition promoters. **Anna Włoszczak-Szubzda**, Mirosław J. Jarosz, Piotr Dziemidok, Jarosław Sak, Rafał Patryn, Jakub Pawlikowski. *Pol. J. Environ. Stud.* 2010 vol. 19 nr 5A, s. 203-210, ISBN: 1230-1485 (IF- 0.543; MNiSW/KBN-13 supl.),
- Influence of age on communicative competence in assistance-related professions. **Anna Włoszczak-Szubzda**, Mirosław J. Jarosz, Magdalena. Głowacka, Jarosław Dzierżek, Mariusz Goniewicz. [w:] *Caring and working in ageing societies*. Ed. by Chris Bell and Peter Clarke, 2010, Skills for Care, s. 97-108. ISBN 978-0-9567509-0-7 (MNiSW/KBN- 4),
- Problemy komunikowania się pracowników medycznych z pacjentami głuchymi i głuchoniemymi. Agnieszka J. Kowalska, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Mirosław J. Jarosz. *Med. Og.* 2011 t. 17 nr 2, s.96-99, ISSN:12-34-88-56 (MNiSW/KBN- 6),

- Pacjent – choroba - medyk. Znaczenie i role w komunikacji. **Anna Włoszczak-Szubzda**, Mirosław J. Jarosz. Med. Og. 2011 t. 17 nr2, s.105-110, ISSN:12-34-88-56 (MNiSW/KBN- 6),
- Jak zostać dobrym pacjentem: zadania szkoły w przygotowaniu ucznia do roli pacjenta. Mirosław J. Jarosz, **Anna Włoszczak-Szubzda**. [w:] Profesjonalna profilaktyka w szkole: nowe wyzwania. Red. nauk. Zbigniew B. Gaś, Lublin 2011, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, s. 149-158. ISBN 978-83-62074-18-1(MNiSW/KBN- 3),
- Professional communication competences of nurses. **Anna Włoszczak-Szubzda**, Mirosław Jerzy Jarosz. Ann Agric Environ Med 2012; 19(3):601-607 , ISSN:1731-3708 (IF- 3.060; MNiSW/KBN-25),
- Rola i znaczenie komunikacji w relacji lekarz – pacjent – rodzina. **Anna Włoszczak-Szubzda**, Mirosław J. Jarosz. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2012, Tom 18, Nr 3, 206-211.ISSN:2083-4543 (MNiSW/KBN- 4),
- Modele komunikacyjne relacji lekarz – pacjent – rodzina. Mirosław J. Jarosz, Zofia Kawczyńska-Butrym, **Anna Włoszczak-Szubzda**. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2012, Tom 18, Nr 3, 212-218. ISSN:2083-4543 (MNiSW/KBN- 4),
- Professional communication competences of paramedics – practical and educational perspectives. **Anna Włoszczak-Szubzda**, Mirosław J. Jarosz, Mariusz Goniewicz. Ann Agric Environ Med 2013; 20(2):366-372, ISSN:1731-3708 (MNiSW/KBN-30),
- Selected aspects of a professional doctor-patient communication – education and practice **Anna Włoszczak-Szubzda**, Mirosław J. Jarosz. Ann Agric Environ Med 2013; 20(2):373-379, ISSN:1731-3708 (MNiSW/KBN-30),
- Professional communication competences of nurses – a review of current practice and educational problems, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Mirosław J. Jarosz. Ann Agric Environ Med 2013; 20(1):183-188, ISSN:1731-3708 (MNiSW/KBN-30),
- Role of communication in a physician-patient-family relationship. **Anna Włoszczak-Szubzda**, Mirosław J. Jarosz [in:] Social Science and Education, Advances in Education Research, PT 2 Book Series: Advances in Education Research. Volume: 47. Pages: 334-340 Published: Hong Kong 2013, ISBN: 978-1-61275-057-6, ISSN: 2160-1070 (MNiSW/KBN- 5),

- Rola i znaczenie komunikacji w różnych modelach relacji lekarz – pacjent - rodzina. Mirosław J. Jarosz, **Anna Włoszczak-Szubzda** [w:] Marian Z. Stepulak. Współczesne problemy systemu rodzinnego. Wydawnictwo Naukowe Innovatio Press, Lublin 2014, s.257-284; ss.316. ISBN 978-83-64527-10-4 (**MNiSW/KBN- 4**),
- Communication competences of medical and health professionals. **Anna Włoszczak-Szubzda**, Mirosław J. Jarosz. Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji, Lublin 2015, ss.141. ISBN 978-83-64527-30-2 (**MNiSW/KBN-25**),
- Empatia – pomoc i przeszkoda w pracy zawodowej personelu medycznego. **Anna Włoszczak-Szubzda**. Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji, Lublin 2016, ss.425. ISBN 978-83-64527-44-9 (**MNiSW/KBN-25**),
- Surgical Safety Checklist. Procedure for the safety of procedures. Andrzej Grzybowski, Rafał Patryn, Jarosław Sak, Anna Zagaja, **Anna Włoszczak-Szubzda**. Int. J. Surg. 2017 vol. 41 s. 174-175, (**IF- 1.657; MNiSW/KBN-30**).

### **B. Komunikacja z pacjentem w ujęciu bioetycznym (aspekt bioetyczny)**

Modele relacji komunikacyjnej profesjonalisty medycznego z pacjentem są przedmiotem badań w wielu aspektach. Wartości, jakimi są „zdrowie” i „życie”, mieszczą się w obszarze bioetyki. Idąc za jedną z wielu definicji bioetyki, mówiącej o tym, że jest to studium o zachowaniu ludzkim (w tym kompetencjach komunikacyjnych) w przestrzeni nauk o życiu i trosce o zdrowie (z uwzględnieniem relacji interpersonalnych), które to zachowanie jest rozpatrywane w świetle wartości i zasad moralnych, w których (zachowaniach) również znajdują się - jako profesjonalne narzędzie - kompetencje komunikacyjne. Przestrzeń badawcza habilitantki. Tej tematyce poświęcone są poniższe publikacje (chronologicznie):

- National DNA biobank as a chance for a development of nutrigenomic in Poland. Jakub Pawlikowski, Jarosław Sak, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Renata Krzyszycha, Krzysztof Tutaj. Pol. J. Environ. Stud. 2010 vol. 19 nr 5A, s. 143-148, ISBN: 1230-1485(**IF-0.543; MNiSW/KBN- 13 supl.**),

- Bezbronność pacjenta wobec "cierpieniotwórczego" sposobu pojmowania choroby. Jarosław Sak, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Rafał Patryn, Jakub Pawlikowski. [w:] Bezbronność człowieka wobec systemu. Red. nauk. Mirosław J. Jarosz, Anna Włoszczak-Szubzda, Piotr Dziemidok, Lublin 2010, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, s. 35-44. ISBN: 978-83-62074-05-1 (**MNiSW/KBN- 3**),
- Bezbronność człowieka wobec systemu. [red.] Mirosław J. Jarosz, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Piotr Dziemidok. Lublin 2010, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, ss. 134. ISBN: 978-83-62074-05-1 (**MNiSW/KBN- 3**),
- Etyczne aspekty komunikacji lekarz-pacjent. (Ethical aspects of physician-patient communication.). Agnieszka J. Kowalska, Mirosław J. Jarosz, Jarosław Sak, Jakub Pawlikowski, Rafał Patryn, Anna Pacian, **Anna Włoszczak-Szubzda**. Med. Og. 2010 t. 16 nr 3, s. 427-435, ISSN:12-34-88-56 (**MNiSW/KBN- 6**),
- Legalizacja "prawa do śmierci" przejawem poszanowania godności czy porzucenia człowieka umierającego? Jakub Pawlikowski, Jarosław Sak, Rafał Patryn, **Anna Włoszczak-Szubzda**. [w:] Bezbronność człowieka wobec systemu. Red. nauk. Mirosław J. Jarosz, Anna Włoszczak-Szubzda, Piotr Dziemidok. Lublin 2010, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, s. 67-77. ISBN: 978-83-62074-05-1 (**MNiSW/KBN- 3**),
- Odmowa udzielenia pomocy medycznej ze strony świadczeniodawcy i płatnika usług medycznych jako przykład bezbronności pacjenta wobec systemu ochrony zdrowia w Polsce. Rafał Patryn, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Jarosław Sak, Jakub Pawlikowski. [w:] Bezbronność człowieka wobec systemu. Red. nauk. Mirosław J. Jarosz, Anna Włoszczak-Szubzda, Piotr Dziemidok. Lublin 2010, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, s. 89-98. ISBN: 978-83-62074-05-1 (**MNiSW/KBN- 3**),
- Directive 98/8 of the european commission – the biocide directive. Rafał Patryn , Mirosław J. Jarosz, Anna **Włoszczak-Szubzda**, Jarosław Sak, Jakub Pawlikowski. Ann Agric Environ Med. 2011 Dec 22;18(2):452-8. ISSN:1731-3708 (**IF-2.311**; **MNiSW/KBN- 27**),
- Zgoda pacjenta na wykorzystanie materiału genetycznego w Polsce i na Świecie. Rafał Patryn, Mariusz Goniewicz, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Krzysztof Goniewicz, Jarosław Sak. Zdrowie Publiczne, 2012;122(4)440-445. ISSN:0044-2011 (**MNiSW/KBN- 4**),

- The influence of passive and active moral training on medical university on changes of students' moral competence index – results from randomized single blinded trial. Izabela Rzymaska, Paweł Rzymiski, Maciej Wilczak, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Mirosław J. Jarosz, Michał Musielak. *Ann Agric Environ Med* 2014; 21(1):161-166, ISSN:1731-3708 (**IF-1.126; MNiSW/KBN- 10**),
- Legal concept of consent as a Declaration of intent to use Genetic material. Mariusz Goniewicz, Rafał Patryn, Krzysztof Goniewicz, **Anna Włoszczak-Szubzda**. *Revista Română de Bioetică*, Vol. 12, Nr.1, ianuarie - martie 2014, ISSN: 1583-5170 (**IF-1.17; MNiSW/KBN- 15**).

### C. Internet jako nowoczesne narzędzie w komunikacji profesjonalistów medycznych (aspekt informatyczny)

Na zmiany dokonujące się w relacjach profesjonalista medyczny - pacjent ma wpływ rozwój nowych technologii komunikowania, a zwłaszcza Internetu. Powstanie telemedycyny oraz wykorzystanie Internetu w opiece zdrowotnej zmienia narzędzia komunikacji. Powstały nowe pojęcia charakteryzujące nowe sytuacje komunikacyjne, np. e-pacjent, e-zdrowie, e-lekarz, e-learning (w edukacji profesjonalistów medycznych i pacjentów). Internet udostępnia pacjentom wiedzę medyczną w wersji popularnej (zdarza się, że błędną), a jednocześnie może być przestrzenią kreującą właściwe postawy pacjentów. Zmienia się sposób budowania relacji (z pacjentami, ich rodzina czy innymi profesjonalistami medycznymi) i formy komunikacji o zdrowiu i chorobie. Poniżej publikacje habilitantki (chronologicznie):

- Wykorzystywanie technologii informatycznej przez pielęgniarki. (Taking advantage of information technology by nurses.) Magdalena Głowacka, Mirosław J. Jarosz, **Anna Włoszczak-Szubzda**. [w:] *Wybrane determinanty pielęgniarstwa. Cz. 1.* pod red. Mariusza Wysokińskiego, Zofii Sienkiewicz, Wiesława Fideckiego. Warszawa 2010, Warszawski Uniwersytet Medyczny, s. 18-32. ISBN: 978-83-7637-1436-0 (**MNiSW/KBN- 3**),
- Teaching information technology to people aged 50 plus - barriers, experiences and opportunities. Jarosław Dzierżek, Mirosław J. Jarosz, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Magdalena Głowacka. [w:] *Caring and working in ageing societies*. Ed. by Chris Bell and Peter Clarke, 2010, *Skills for Care*, s. 171-184. ISBN 978-0-9567509-0-7 (**MNiSW/KBN- 7**),



- E-learning jako nowa forma komunikacji nauczyciela ze studentem. (E-learning as a new form of communication between a student and a teacher.) Mirosław J. Jarosz, **Anna Włoszczak-Szubzda**. [w:] Student jako podmiot edukacji we współczesnej uczelni wyższej. Red. nauk. Jan Saran, Marek Żmigrodzki. Lublin 2011, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, s. 183-193. ISBN: 978-83-62074-42-6 (MNiSW/KBN- 3),
- Wybrane zastosowania technologii informacyjnej w podstawowej opiece zdrowotnej. Michał Pasternak , Mirosław J. Jarosz, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Andrzej Horoch. Med. Og. 2011 t. 17 nr 2, s. 1140-144, ISSN:12-34-88-56 (MNiSW/KBN- 6),
- Electronic system for monitoring and health promotion (SEMPZ) as an international project for using information technologies in public health. Mirosław J. Jarosz, **Anna Włoszczak-Szubzda** [w:] Doswid, realii i percpektiwi rozwitki system ohorohti zdrowia, Kompania” liderm”. Lwów 2013, ISBN 978-966-2019-22-3 (MNiSW/KBN- 5),
- Systemy informacyjne w zdrowiu publicznym. Mirosław J. Jarosz, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Andrzej Horoch, [w:] Zdrowie Publiczne, red. nauk. Teresa B. Kulik, Anna Pacian, ss. 395, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, s.197-224. ISBN 978-83-200-4313-6 (MNiSW/KBN- 6),
- Information And Communication Technologies As A Didactic Method At Medical Schools. **Anna Włoszczak-Szubzda**, Mirosław Jerzy Jarosz, Robert Chmura. CTA MEDICA LEOPOLIENSIA. Lwów, czasopismo medyczne. Tom XX, № 1, 2014, ISSN: 1029-4244,
- Information and communication technology in education and health promotion “sempz project”. Mirosław J. Jarosz, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Robert Chmura, Paulina Kaczor, Ewa Kawiak-Jawor. Vzdělávání ve zdravotnictví – Sborník příspěvků, 2015, ss.188,ISBN 978-80-905728-2-9 (MNiSW/KBN - 5),

## 2. Edukacja i profilaktyka zdrowotna (ze szczególnym uwzględnieniem psychoprofilaktyki)

Właściwe postawy, wiedza o własnym zdrowiu i umiejętności w zakresie jego ochrony, nabywane są przez całe życie. Uzyskane kompetencje pomagają w podejmowaniu adekwatnych wyborów dotyczących własnego zdrowia i jakości życia człowieka, uwrażliwiają na zachowania innych ludzi oraz mają aspekt profilaktyczny w przypadku

różnych zagrożeń zdrowotnych (w sferze osobistej i zawodowej). Edukacja zdrowotna dąży do wypracowania nawyków dbania o własne zdrowie fizyczne i psychiczne.

Psychoprofilaktyka podkreśla znaczenie psychospołeczne zdrowia, badając elementy tego obszaru wpływające na zdolności odpornościowe organizmu człowieka. Tej tematyce poświęcone są wybrane poniższe prace habilitantki (chronologicznie):

- The influence of changes in traditional lifestyles on the prevalence of obesity and the associated diseases in the eastern Poland. Mirosław J. Jarosz, Piotr Dziemidok, Justyna Jaworska, Agnieszka Siemionow-Dziemidok, Grzegorz Szcześniak, Piotr Paprzycki, **Anna Włoszczak-Szubzda**. Pol. J. Environ. Stud. 2010 vol. 19 nr 5A, s. 237-241, ISBN: 1230-1485 (IF- 0.543; MNiSW/KBN- 13),
- The impact of social background, place of residence and content and duration of education on students' health behaviour. Mirosław J. Jarosz, Agnieszka Joanna Kowalska, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Katarzyna-Adamczuk Kociuba, Katarzyna Kozłowicz, Piotr Dziemidok. Pol. J. Environ. Stud. 2010 vol. 19 nr 5A, s. 211-215, ISBN: 1230-1485 (IF- 0.543; MNiSW/KBN- 13),
- Perception of obesity in the type of health behaviours - research on medical staff and students. Jarosław Sak, Michał Wiechetek, Antoni Niedzielski, Ewa Humeniuk, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Jakub Pawlikowski, Rafał Patryn, Dariusz Sagan. Pol. J. Environ. Stud. 2010 vol. 19 nr 5A, s. 138-142, ISBN: 1230-1485 (IF- 0.543; MNiSW/KBN- 13),
- The effectiveness of dietary treatment of obesity and health and food policy of the state. Mirosław J. Jarosz, Piotr Dziemidok, Grzegorz Szcześniak, Justyna Jaworska, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Agnieszka Kowalska. Pol. J. Environ. Stud. 2010 vol. 19 nr 5A, s. 200-202, ISBN: 1230-1485 (IF- 0.543; MNiSW/KBN- 13),
- National DNA biobank as a chance for a development of nutrigenomic in Poland. Jakub Pawlikowski, Jarosław Sak, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Renata Krzyszycha, Krzysztof Tutaj. Pol. J. Environ. Stud. 2010 vol. 19 nr 5A, s. 143-148, ISBN: 1230-1485 (IF- 0.543; MNiSW/KBN- 13),
- Injuries caused by sharp instruments among healthcare workers – international and Polish perspectives Mariusz Goniewicz, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Marcin Niemcewicz, Magdalena Witt, Anna Marciniak-Niemcewicz, Mirosław

- J. Jarosz. *Ann Agric Environ Med* 2012; 19(3):523-527, ISSN:1731-3708 (**IF**- 3.060; **MNiSW/KBN**- 30),
- Medical and psychosocial factors conditioning development of stress urinary incontinence (SUI) Grażyna J. Iwanowicz-Palus, Grażyna Stadnicka, **Anna Włoszczak-Szubzda**. *Ann Agric Environ Med* 2013; 20(1):135-139, ISSN:1731-3708 (**MNiSW/KBN**- 30).
  - High Evaluation of Medical Staff by Women after Miscarriage during Hospitalization. Grażyna Iwanowicz-Palus, Ewa Rzonca, Agnieszka Bien, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Elżbieta Walczuk. *Tohoku J. Exp. Med.*, 2014, 232(3); 155-162, online ISSN 1349-3329; print ISSN 0040-8727 (**IF**- 1.351; **MNiSW/KBN**- 25),
  - Self-reported preparation of Polish midwives for independent performance of prophylactic activities within the scope of women's diseases and obstetric pathologies. Grażyna J. Iwanowicz-Palus, Ewa Rzońca, Agnieszka Bień, **Anna Włoszczak-Szubzda**. *Ann Agric Environ Med*. 2014; 21(2):394-398, ISSN:1731-3708 (**IF**- 1.126; **MNiSW/KBN**- 10),
  - Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. Ewelina Dziwota, Marian Z. Stepulak, **Anna Włoszczak-Szubzda**, Marcin Olajossy. *Ann. Agric. Environ. Med.*[online] 2017, s. 1-6 (**IF**- 0.895; **MNiSW/KBN**- 20),

### 3. Metodologia nauk o zdrowiu

Nauki o zdrowiu to w Polsce dość niedawno wyodrębniona dziedzina nauki. Jako taka musi dookreślić swoje metody badawcze. Nie powstała dotąd jednolita, uniwersalna i precyzyjna definicja nauk o zdrowiu, różni autorzy rozumieją jako nauki o zdrowiu różne dyscypliny naukowe. Medycynę można zaliczyć do nauk empirycznych, zarówno do nauk społecznych, jak i przyrodniczych. Jednocześnie wiele czynników wpływa na zdrowie i może być przedmiotem badań różnych nauk, z których każda może posługiwać się odrębną metodologią. W tym ujęciu nauki medyczne i nauki o zdrowiu powinny być zaliczone do nauk interdyscyplinarnych. Wszystkie prace habilitantki stanowią pole badawcze z zakresu metodologii nauk o zdrowiu, jako swoiste studia przypadku.

**Wykaz opublikowanych prac naukowych – zestawienie statystyczne (szczegóły w załączniku nr 4).**

Tabela 6a. Zestawienie statystyczne dorobku naukowego. Informacje podstawowe

Informacje podstawowe	PRZED DOKTORATEM			PO DOKTORACIE		
	Liczba	IF	MNiS W	Liczba	IF	MNiS W
Oryginalne pełnotekstowe prace naukowe	1	-	4	51	12.048	486
Prace poglądowe	12	-	65	29	5.833	190
<b>RAZEM</b>	<b>13</b>	<b>-</b>	<b>69</b>	<b>80</b>	<b>17.881</b>	<b>676</b>

Źródło: opracowanie na podstawie zestawień bibliotecznych.

Tabela 6b. Zestawienie statystyczne dorobku naukowego. Informacje dodatkowe

Informacje dodatkowe	PRZED DOKTORATEM			PO DOKTORACIE		
	Liczba	IF	MNiS W	Liczba	IF	MNiS W
Publikacje pełnotekstowe w suplementach czasopism	-	-	-	6	3.258	78
Listy do redakcji czasopism	-	-	-	4	2.783	74
<b>RAZEM</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>10</b>	<b>6.041</b>	<b>152</b>

Źródło: opracowanie na podstawie zestawień bibliotecznych.

**Wykaz dorobku dydaktycznego i popularyzatorskiego – zestawienie statystyczne (szczegóły w załączniku numer 5)**

Tabela 7. Statystyka zestawienia własnego dorobku dydaktycznego i popularyzatorskiego

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI/MIEJSCE I ILOŚĆ			
Wykłady i seminaria naukowe	Uniwersytet Medyczny w Lublinie	Instytut Medycyny Wsi w Lublinie	Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu
	zajęcia ze studentami w latach 2005-2011	2	zajęcia ze studentami od 2009
	e-learning do	e-learning do	e-learning od 2010

	2011 r.	2015 r.		
<b>Opieka naukowa nad studentami i lekarzami w toku specjalizacji</b>	I roku studiów I stopnia kierunek: zdrowie publiczne 2011-2012	3 lekarzy	opiekun studentów od 2010 (różne toki studiów i stopnie)	
<b>Promotorstwo/recenzje prac magisterskich oraz promotorstwo pomocnicze doktoratów</b>	<b>promotor prac magisterskich</b>	<b>recenzent prac magisterskich</b>	<b>promotor pomocniczy doktoratów</b>	
	51 prac od 2009 r.	30 prac	1 polski	2 zagr.
<b>Działania na rzecz społeczności naukowej</b>	9 funkcji w latach 2009-2017			
<b>Udział czynny w konferencjach krajowych i międzynarodowych</b>	<b>Konferencje krajowe</b>		<b>Konferencje międzynarodowe</b>	
	18 referatów		16 referatów	
<b>Udział w komitetach organizacyjnych i naukowych</b>	<b>Komitety naukowe</b>		<b>Komitety organizacyjne</b>	
	7		3	
<b>Udział w projektach badawczych i rozwojowych krajowych i zagranicznych</b>	<b>Projekty krajowe</b>		<b>Projekty międzynarodowe</b>	
	1		5	
<b>Udział w komitetach redakcyjnych i radach naukowych</b>	<b>Komitety redakcyjne</b>		<b>Rady naukowe czasopism</b>	
	4		3	
<b>Funkcja recenzenta w czasopismach/książkach polskich i zagranicznych</b>	<b>anglojęzyczne i zagraniczne</b>		<b>polskie</b>	
	9		14	
<b>Członkostwo w międzynarodowych i krajowych organizacjach oraz towarzystwach naukowych</b>	1			
<b>Publikacje popularnonaukowe</b>	16			
<b>Otrzymane nagrody i wyróżnienia</b>	2			
<b>Lista cytowań nieuwzględnionych w Web of science (za Research Gate i Google Scholar)</b>	<b>W publikacjach polskich</b>		<b>W publikacjach międzynarodowych</b>	
	45		95	

Źródło: opracowane na podstawie zestawienia własnego dorobku dydaktycznego i popularyzatorskiego.

Anna  
Wronczak - Subota