

Agnieszka Olchowska-Kotala

Autoreferat



UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Spis treści

1. Imię i nazwisko	3
2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej	3
3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych	3
4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 Ustawy	3
4.1. Wskazane osiągnięcie naukowe	3
4.2. Omówienie celu naukowego ww. pracy i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania	4
5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej	16
5.1. Aktywność realizowana w innych niż UWM instytucjach naukowych	16
5.2. Dorobek naukowy nie stanowiący osiągnięcia naukowego będącego przedmiotem ubiegania się o stopień doktora habilitowanego	18
6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę.....	24
7. Inne informacje dotyczące kariery zawodowej	26

1. Imię i nazwisko

Agnieszka Olchowska-Kotala

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

- 1995 magister psychologii; Uniwersytet Wrocławski
- 2006 stopień doktora nauk humanistycznych w zakresie psychologii; Uniwersytet Wrocławski

Tytuł rozprawy doktorskiej: ***Kryteria podejmowania decyzji o korzystaniu z niekonwencjonalnych metod terapii-rola czynników podmiotowych i sytuacyjnych***

Promotor: prof. dr hab. Czesław S. Nosal

3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych

- 01.01.1996 do dzisiaj: Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu (wcześniej Akademia Medyczna we Wrocławiu); Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich (do 2010-asystent; od 2010-adiunkt)

4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 Ustawy

4.1. Wskazane osiągnięcie naukowe

Osiągnięcie naukowe będące przedmiotem ubiegania się o stopień doktora habilitowanego stanowi monografia zatytułowana:

KOMUNIKOWANIE O RYZYKU TOWARZYSZĄCYM TERAPII MEDYCZNEJ

Autor: Agnieszka Olchowska-Kotala

Rok wydania: 2021

Wydawnictwo: Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

ISBN: 978-83-7055-615-0

Recenzenci wydawniczy:

prof. dr hab. Tomasz Pasierski

dr hab. Agata Gąsiorowska

4.2. Omówienie celu naukowego ww. pracy i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

Monografia zawiera badania własne uzupełniające dotychczasową wiedzę o najlepszych sposobach komunikowania o ryzyku towarzyszącym terapii medycznej oraz przegląd światowej literatury na ten temat.

Wprowadzenie

Aktualny paradygmat uprawiania medycyny zakłada świadomą zgodę pacjenta na leczenie. Wiąże się to z koniecznością poinformowania pacjenta o niepewności towarzyszącej wyborowi danej opcji leczenia. Przekazywanie informacji o ryzyku terapii, czyli przedstawienie prawdopodobieństwa wystąpienia korzyści i zagrożeń związanych z leczeniem lub jego brakiem, jest bardzo ważną częścią codziennej praktyki lekarzy. Przekazywanie ilościowych informacji dotyczących ryzyka jest kluczowym komponentem włączania pacjenta w proces podejmowania decyzji odnośnie wyboru terapii, czy podjęcia badań profilaktycznych. Każdego dnia lekarze zmagają się z problemem, jak dużo i jakich informacji powinni udzielić pacjentowi.

Percepcja ryzyka, czyli przekonania osoby o możliwości lub prawdopodobieństwie wystąpienia danego zdarzenia odgrywają centralną rolę w podejmowaniu decyzji zdrowotnych. Prezentowanie statystycznych informacji dotyczących zdrowia jest wielkim wyzwaniem. Niedocenianie lub przecenianie ryzyka może mieć niekorzystny wpływ na zachowanie, a w konsekwencji na funkcjonowanie organizmu. Komunikowanie o ryzyku towarzyszącym terapii lub związanym z niepodejmowaniem działań terapeutycznych jest zatem fundamentalną umiejętnością, którą powinien posiadać lekarz. Właściwa komunikacja między lekarzem i pacjentem w tym zakresie może podnieść świadomość dotyczącą ryzyka i pomóc pacjentowi w dokonaniu najlepszych decyzji.

Włączanie pacjenta do decyzji medycznych nie jest łatwym zadaniem dla lekarza. Wiele danych, które może przedstawić lekarz dotyczących działań prewencyjnych, podjęcia leczenia, czy niepożądanych efektów terapii zawiera informacje o małym lub bardzo małym prawdopodobieństwie wystąpienia, które dodatkowo kumuluje się w czasie. Spora grupa pacjentów nie ma lub ma niewielkie doświadczenie z zagadnieniem kumulacji ryzyka. Podobnie jest jeśli chodzi o kompetencje z dokonywaniem ocen i decyzji dotyczących zdarzeń, które mogą wystąpić z małym prawdopodobieństwem. Słabe radzenie sobie z analizą problemów, w których prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia jest niewielkie często skutkuje pomijaniem albo wyolbrzymianiem ryzyka. Jeszcze jedna trudność w komunikowaniu

ryzyka dotyczącego zdrowia wynika z tego, że budzi ono emocje. Decyzja wymagająca oceny ryzyka dotyczy istotnej wartości w życiu, co wywołuje szereg, niejednokrotnie silnych reakcji emocjonalnych. Badania pokazały, że ludzie wydają się niewrażliwi na zmiany w prawdopodobieństwie zdarzenia, jeśli zdarzenie to budzi silne emocje. Sytuacje angażujące silne emocje jeszcze bardziej nasilają myślenie w kategoriach 0:1 np. będę żył lub nie. W wielu sytuacjach to strach, lek, czy niepokój decydują o reakcji pacjenta na daną informację, a nie liczbowa wielkość ryzyka. To sprawia, że zadanie, jakie stoi przed lekarzem jest jeszcze trudniejsze.

Podsumowując, komunikowanie o ryzyku związanym z pojęciem lub zaniechaniem terapii jest koniecznym, ale niełatwym zadaniem stojącym przed lekarzem. Tematem rozmowy jest jedna z ważniejszych wartości w życiu, lekarz ma do zakomunikowania niepewność, a po stronie pacjenta mamy zwykle brak doświadczenia i emocje.

Podjęcie decyzji zdrowotnej wymaga wyciągnięcia znaczenia ze skomplikowanych, złożonych i najczęściej nacechowanych niepewnością informacji. Najnowsze badania w dziedzinie komunikowania o ryzyku wskazują, że należałoby dostosowywać sposób informowania o nim do pacjenta. W pierwszej części monografii przedstawiłam przegląd literatury światowej dotyczący stanu badań o tym, jak pacjenci interpretują komunikaty o ryzyku i jak je pacjentom komunikować.

Badania

Choć wiele już wiadomo o tym, jak ludzie nadają znaczenie probabilistycznym informacjom, to nie wszystko. Przeprowadzone przeze mnie badania miały na celu rozwinięcie tej wiedzy. Hipotezy, które weryfikowałam w ramach badań własnych bazowały na teorii rozmytego śladu (*Fuzzy Trace Theory*) Valerie Reyny i Charlesa Brainerda. Na bazie tego modelu teoretycznego chciałam ustalić, jak poszczególne cechy komunikatu zawierającego ryzyko, związane z treścią lub formą, „budują” jego znaczenie/sens dla osoby. Przeprowadzone badania uzupełniają wiedzę w zakresie tego, co pacjenci mogą uznać za istotne w danym komunikacie. Innymi słowy, badania pozwalają zbliżyć się do odpowiedzi na pytanie, na podstawie jakich przesłanek pacjent odczytuje przekaz komunikatu dotyczącego ryzyka. Podejście, jakie proponuję koncentruje się na tym, aby organizować dane dotyczące ryzyka tak, aby pomagały pacjentowi w podjęciu świadomej decyzji odnośnie zdrowia.

Teoria rozmytego śladu Reyny i Brainerda stanowiąca ramę teoretyczną przeprowadzanych przez mnie badań zakłada, że w odpowiedzi na bodziec np. komunikat o ryzyku powstaje niezależnie i równolegle wiele reprezentacji komunikatu od dosłownej (*verbatim*) mówiącej o liczbach (np. 7% ryzyko) do treściowej (*gist*), czyli „sedna sprawy”,

mówiącej o znaczeniu (np. małe ryzyko). Ślad treściowy jest niejednoznaczny, subiektywny, jakościowy i zależny od indywidualnych czynników takich jak: wykształcenie, kultura, doświadczenie, emocje oraz etap rozwojowy. Podejmując decyzje ludzie częściej polegają na śladzie treściowym, a nie dosłownym. A zatem to nie precyzyjne informacje, ale znacznie jakie mają dla osoby są najważniejsze dla oceny sytuacji i w konsekwencji dla podejmowania decyzji. Poleganie na śladzie treściowym jest najczęściej funkcjonalne, ułatwia szybkie orientowanie się w środowisku. Oceniając sytuację ludzie często zaczynają od najprostszego, kategoryjnego poziomu (np. jest ryzyko- nie ma), a dopiero później przechodzą do bardziej subtelnej różnicowania.

W literaturze opisuje się wiele błędów, które ludzie popełniają przy podejmowaniu decyzji medycznych obarczonych ryzykiem. Na gruncie teorii rozmytego śladu można wyjaśnić, skąd one się biorą, przewidywać oceny i zachowania pacjentów oraz dawać pewne rekomendacje odnośnie konstruowania komunikatów o zdrowiu. Główna idea zakładająca poleganie na śladzie treściowym, a nie dosłownym przy dokonywaniu ocen i podejmowaniu decyzji pozwala zrozumieć, m.in. dlaczego lepszym predyktorem zachowań prozdrowotnych, od podawania dokładnej liczby mówiącej o wysokości prawdopodobieństwa wystąpienia np. raka piersi, jest informacja, że to ryzyko jest wysokie.

Proponowane przeze mnie ujęcie problemu komunikowania ryzyka, wywodzące się z teorii rozmytego śladu, opiera się na założeniu, że aby mogła zaistnieć adekwatna komunikacja o ryzyku muszą być spełnione dwa warunki:

- (1) trzeba wiedzieć, co jest dla pacjenta „sednem sprawy” w komunikacie o ryzyku;
- (2) lekarze będą potrafili zaprezentować ważne dla pacjenta informacje w odpowiedni sposób.

W proponowanym podejściu istotny jest nie sam fakt konieczności komunikowania ryzyka, ale jak to ryzyko przedstawić, aby ludzie adekwatnie je ocenili. Po pierwsze trzeba ustalić, jak pacjenci nadają znaczenie komunikatom o ryzyku, czyli co decyduje o głównym przekazie, jaki niesie dla nich taki komunikat. Zgodnie z teorią rozmytego śladu oceny, decyzje, a w konsekwencji działania podejmowane przez osobę wynikają ze znaczenia, jakie osoba nada komunikatowi. Należy zatem poszukać takich sposobów przedstawiania ryzyka, aby pacjenci łatwo i trafnie wywodzili z nich informacje, na podstawie których będą mogli podjąć decyzję. Po drugie zaś ustalenia wymaga, czy druga strona, czyli nadawcy komunikatu (lekarze) mają odpowiednią wiedzę i kompetencje, aby taki komunikat nadać. U podstaw proponowanego podejścia legło przekonanie, że aby rezultaty badań innych badaczy oraz badań własnych

odnośnie najlepszych sposobów komunikowania o ryzyku były aplikowalne, niezbędne są odpowiednie umiejętności po stronie lekarzy.

Pierwsza część przeprowadzonych przeze mnie badań dotyczyła tego, jak najlepiej uczynić komunikat zawierający niepewność zrozumiałym i ważnym dla pacjenta. W ramach tej części badań weryfikowane były następujące problemy badawcze:

- Jakie cechy informacji werbalnych i numerycznych budują główne przesłanie komunikatu o ryzyku?
- Co może ułatwić pacjentowi zrozumienie głównego przesłania komunikatu o ryzyku?
- Jaką rolę w komunikacie o ryzyku pełni informacja kiedy pojawiają się skutki ryzykownego działania?

Druga część badań dotyczyła preferencji i oczekiwań pacjentów odnośnie komunikowania o ryzyku terapii oraz umiejętności lekarzy w tym zakresie. Tu poszukiwałam odpowiedzi na pytania:

- Jakie są oczekiwania pacjentów? Jakie informacje o ryzyku uznają oni za istotne i pomocne w podejmowaniu ryzykownych decyzji?
- Czy są jakieś zmienne podmiotowe (socjodemograficzne, psychologiczne), które mają wpływ na to jak ludzie przetwarzają informacje o ryzyku i podejmowane decyzje dotyczące zdrowia?
- Czy interakcje pomiędzy lekarzami i pacjentami jest tak prowadzone, że pacjenci są w stanie podejmować decyzje dotyczące ryzykownych terapii i procedur?
- Jakie kompetencje/umiejętności są niezbędne lekarzom, aby adekwatnie komunikować ryzyko?
- Czy lekarze posiadają kompetencje, aby przekazać pacjentom informacje o ryzyku?

Z uwagi na to, że tematyka komunikowania o ryzyku towarzyszącym terapiom medycznym nie była w Polsce przedmiotem systematycznych dociekań część badań miało charakter eksploracyjny. Inne przedstawione w tej monografii analizy uzupełniają dotychczasową, opisaną w literaturze światowej wiedzę o komunikowaniu o ryzyku terapii. Empiryczna weryfikacja szczegółowych hipotez była prowadzona na zróżnicowanych próbach (młodych dorosłych, dorosłych, lekarzach i studentach medycyny). Zasadniczym celem prowadzonych badań było rozwinięcie potrzebnej lekarzom wiedzy o najlepszych sposobach komunikowania ryzyka, choć ostatecznymi jej beneficjentami mają być pacjenci. Wiedza o tym, jak pacjenci nadają znaczenie informacjom o ryzyku oraz jak należy zaprezentować dane o ryzyku wydaje

się istotna, bo umożliwia dostarczenie pacjentowi użytecznej informacji. Użytecznej, czyli ważnej i zrozumiałej dla pacjenta oraz ułatwiającej mu podjęcie decyzji.

Pierwszy cykl badań koncentrował się na tym, co nadaje znaczenie komunikatowi zawierającemu informacje o ryzyku związanym z daną procedurą medyczną. Badania dotyczyły tego, jak poszczególne elementy komunikatu dotyczącego ryzyka, związane z treścią lub formą, budują jego zasadniczy przekaz. Ów zasadniczy przekaz, „sedno” komunikatu, zgodnie z przyjętą ramą teoretyczną teorii rozmytego śladu, wyznacza decyzje pacjentów.

Na początku zajęłam się znaczeniem, jakie kryją w sobie słowa. Stosowanie sformułowań werbalnych do prezentowania ryzyka, choć niezalecane, czasem bywa koniecznością. Zamiana liczb na słowa może być sposobem uproszczenia komunikatu. Trzeba to uproszczenie jednak tak przeprowadzić, aby tracąc precyzję komunikatu, zachować główny jego przekaz. W tym cyklu badań próbowałam odkryć, jak ludzie interpretują werbalne opisy ryzyka, jaki przekaz niosą dla nich te określenia.

Do informowania pacjenta o niepewności związanej z zastosowaniem/zaniechaniem danej terapii rekomendowane jest używanie danych liczbowych, ponieważ jest bardziej neutralne. Określenia słowne są bowiem bardziej wartościujące i mocniej ukierunkowują myślenie. Określenia werbalne mają kierunek i takie określenia jak: „możliwe”, „prawdopodobne” koncentrują uwagę odbiorcy na tym, że coś się wydarzy, zaś negatywne jak np. „niezbyt często” sugerują, że zdarzenie raczej nie wystąpi. Jednakże w praktyce lekarskiej zdarzają się takie sytuacje, w których użycie werbalnych opisów ryzyka jest konieczne. Z takim stanem rzeczy mamy do czynienia wtedy, gdy zdolności numeryczne pacjenta są słabe. Pacjent może nie dysponować umiejętnościami analizy danych liczbowych. Bywa także, że rozmowie lekarza z pacjentem, o potencjalnie wysokich zdolnościach numerycznych, towarzyszą silne emocje, które mogą utrudniać choremu analizę danych liczbowych. Inną okolicznością, w której używa się określeń werbalnych do opisanego ryzyka jest brak statystyk odnośnie częstości występowania pozytywnych i negatywnych konsekwencji terapii. Lekarz często nie dysponuje takimi danymi. Dotyczy to zarówno chorób rzadkich lub o nietypowym przebiegu, jak i powszechnych dolegliwości. Dodatkowo, rozmowa o ryzyku zdrowotnym najczęściej dotyczy osób starszych, bo to one najczęściej chorują. U osób w podeszłym wieku procesy poznawcze mogą być osłabione z racji wieku. Sytuacja staje się jeszcze trudniejsza, gdy lekarz ma do zakomunikowania nie tylko ryzyko wdrożenia jednej terapii lub drugiej, ale także ryzyko pojawiania się wielu efektów niepożądanych towarzyszących każdej z nich. Liczba danych może przekraczać możliwości poznawcze podmiotu. Wtedy to jednym ze sposobów upraszczania pacjentowi danych może być nadanie liczbom słownych etykietek. Zamiast

mówić: „ten efekt niepożądany występuje u mniej niż u 1 na 1000 osób”, lekarz może powiedzieć „ten efekt niepożądany występuje rzadko”. Takie uproszczenie byłoby tym, co twórcy teorii rozmytego śladu nazwali przechodzeniem do skali o mniejszej mocy, czyli w tym przypadku od skali ilościowej do skali porządkowej. Poza tym trzeba zwrócić uwagę, że słownych określeń prawdopodobieństwa wystąpienia jakiegoś zdarzenia używamy w rozmowie w sposób niejako naturalny. Mówimy, że coś jest możliwe, rzadkie, etc. W wielu sytuacjach lekarz opisując np. jak pacjent będzie się czuł po zabiegu opisuje to używając słownych określeń możliwości i częstości występowania pożądaných i niepożądanych efektów terapii. To, że lekarz spontanicznie używa takich kategorii w rozmowie wynika z tego, że myśli za pomocą tych pojęć. Jak udowodniły badania prowadzone na gruncie teorii rozmytego śladu, wraz ze wzrostem doświadczenia poleganie na śladzie treściowym wzrasta. W zwykłej rozmowie lekarz będzie raczej mówił o mniejszym/większym ryzyku, a nie o ryzyku u 5 na 100 osób. Dzieje się tak, bo lekarz konstruując diagnozę sam w ten sposób upraszcza dla siebie dane, przyporządkowując je do pewnych kategorii. Podsumowując, pomimo wielu trudności, jakie sprawiają werbalne określenia ryzyka nie da się ich wyeliminować z praktyki lekarskiej. Warto znać ich wszystkie dobre i złe strony.

Pierwsze przeprowadzone przez mnie badanie dotyczące interpretacji werbalnych etykietek wykazało, że ludzie różnie rozumieją słowne określenia możliwości i prawdopodobieństwa wystąpienia niepożądanych efektów terapii. Poszczególne werbalne określenia ryzyka mają dla różnych ludzi nieco inne znaczenie. Dodatkowo, w swoich ocenach tego, u ilu osób wystąpi dany niepożądany efekt terapii, jeśli występuje np. rzadko, bardziej od siebie w ocenach różniły się osoby z większym doświadczeniem życiowym. Sytuacje, z jakimi respondenci spotkali się w życiu nadały znaczenie pojęciom takim jak „rzadko”, czy „małe ryzyko”. Różnorodność doświadczeń wyznaczyła odmienny zakres znaczeniowy danego słowa/związku frazeologicznego. Badanie pozwoliło stworzyć „mapę”, na której można zobaczyć, co dla badanych oznaczają poszczególne werbalne określenia ryzyka i jak bardzo jednoznaczne im się wydają. Mapę tworzą uśrednione wyniki pokazujące interpretacje słownych określeń ryzyka, natomiast odchylenia od średniej uświadamiają, jak bardzo różnią się osoby w swoich interpretacjach danego określenia werbalnego. Informując pacjenta o ryzyku/skuteczności terapii albo możliwości zachorowania na daną chorobę za pomocą werbalnych określeń konieczne trzeba wziąć pod uwagę tę odmienną interpretację. Używając terminów teorii rozmytego śladu można powiedzieć, że to samo słowo może prowadzić do innych śladów znaczeniowych. Badanie to pokazało także, że starszym dorosłym, którzy statystycznie najczęściej są pacjentami, określenia słowne wydają się bardziej

jednoznaczne, niż młodszymi dorosłymi. Starsi dorośli mają mniej wątpliwości, co dane słowo/związek frazeologiczny oznacza, jednocześnie różniąc się w swoich ocenach. Nakazuje to jeszcze większą uważność w posługiwaniu się werbalnymi opisami ryzyka. Jak wspominałam, nie da się wyeliminować werbalnych opisów możliwości i prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia z rozmowy z pacjentem. Zgodnie z przyjętą przeze mnie koncepcją, istnieją sytuacje, w których w celu uproszczenia komunikatu dopuszczalne jest stosowanie etykietek słownych. Przeprowadzone badanie uświadamia różnorodność rozumienia werbalnych określeń oraz konieczność sprawdzania przez lekarza, jak osoba rozumie dane określenie.

Kolejne badanie odnoszące się do słownych etykietek ryzyka, pokazało, że werbalne określenia ryzyka są wrażliwe na kontekst, w jakim występują. Znaczenie werbalnych określeń kształtuje się w czasie życia, ale określenia te są interpretowane w kontekście, w którym występują. A zatem, nie tylko doświadczenie życiowe, ale występująca w danym momencie sytuacja/okoliczność nadają znaczenie werbalnym opisom ryzyka. W badaniu dotyczącym roli kontekstu pokazałam, że respondenci przypisują inne prawdopodobieństwo wystąpieniu bóli głowy, a inne wystąpieniu zawrotów głowy, gdy mają informację, że pojawiają się one „często”. Ten rezultat świadczy o tym, że słowo „często” ma nieco inne znaczenie w zależności od tego, jakiego symptomu dotyczy. Różnica pomiędzy wielkościami prawdopodobieństwa wystąpienia niepożądanego efektu przypisywanymi tym dwóm symptomom nie była duża, ale pokazała, że nawet subtelne zmiany kontekstu oddziałują na interpretację werbalnych określeń ryzyka. W badaniu tym pokazałam także, jak daleko wartości liczbowe, jakie ludzie przypisują werbalnym określeniom ryzyka, różnią się od rekomendacji sformułowanych przez Europejską Agencję Leków (EMA). Liczby dopasowywane do słownych etykietek prawdopodobieństwa wystąpienia bóli głowy, jak i do słownych etykietek prawdopodobieństwa wystąpienia zawrotów głowy, bardzo odbiegały od tych, które możemy przeczytać na ulotkach dołączonych do leków. Rekomendacje odnośnie tego, jaka etykieta powinna towarzyszyć danej proporcji wyznaczone przez EMA, dotyczyły krajów anglojęzycznych. Inne kraje, w tym także Polska, przyjęły to rozwiązanie po prostu tłumacząc określenia werbalne na język polski. Badanie to wyraźnie pokazało, że zakres rozumienia tych określeń słownych bardzo odbiega od przyjętych, za EMA, ustaleń. Według wiedzy autorki to pierwsza w Polsce próba sprawdzająca rozumienie przez potencjalnych pacjentów werbalnych określeń prawdopodobieństwa wystąpienia efektów niepożądanych. To, jak pacjenci interpretują słowa jest istotne, bo tego rodzaju werbalne etykiety ryzyka pojawiają się nie tylko w przypadku opisywania efektów niepożądanych leków, ale również podczas zbierania

wywiadu i formułowania zaleceń dla pacjenta. Werbalne określenia ryzyka pojawiają się podczas prawie każdego spotkania lekarza z pacjentem.

Następne badanie, również dotyczące roli kontekstu, miało sprawdzić, jak istotne dla interpretacji danego słowa/określenia werbalnego, jest to, czy opisuje ono pozytywne, czy negatywne skutki terapii. Okazało się, że znaczenie, jakie osoby przypisują słowom/określeniom werbalnym może być różne w zależności od tego, czy werbalne etykiety opisują oczekiwane, czy niepożądane działanie leku. Badanie pokazało, że proporcji 1 na 100 można przypisać inną etykietkę słowną, jeśli opisuje ona skuteczność leku, a inną, jeśli opisuje ona jego niepożądane efekty. Prowadzi to do wniosku, że niemożliwe jest stworzenie uniwersalnego słownika ryzyka, w którym danej proporcji odpowiadałoby określone słowo. Przygotowując „słownik ryzyka” trzeba będzie szukać odrębnych słów na opisanie pozytywnych i negatywnych skutków terapii. Dodatkowo, badanie to ujawniło, że kontekst ma większe znaczenie dla mniej jednoznacznych danych.

Najważniejszy wniosek wynikający z badań w tym cyklu jest taki, że tłumacząc choremu ryzyko nie należy polegać na werbalnych etykietkach rekomendowanych przez EMA do informowania o częstości występowania niepożądanych efektów terapii, bo pacjenci zawyżają prawdopodobieństwo pojawienia się tak opisanego niepożądanego efektu. Rezultaty moich badań wskazują, że na interpretację werbalnych określeń ryzyka wpływa doświadczenie nabyte podczas życia, oraz kontekst, w jakim słowne etykiety występują.

Można próbować pomoc pacjentowi nadać znaczenie komunikatowi dotyczącemu ryzyka, czyli ułatwić zrozumienie go, poprzez zastosowanie pomocy graficznych. W kolejnych badaniach sprawdzałam, czy piktografy, czyli ten sposób graficznego obrazowania, w którym na bazie percepcji łatwo uchwycić zmianę w wysokości ryzyka, są pomocne w zrozumieniu przekazu. Piktograf (wykres obrazkowy pokazujący ryzyko na matrycy zwykle 10 na 10) to słowo, którego nie ma jeszcze w języku polskim, choć mam nadzieję, że upowszechnienie moich badań na stałe wprowadzi je nie tylko na karty słowników, ale przede wszystkim do gabinetów lekarskich. Wyniki przeprowadzonego przeze mnie badania wskazują, że zastosowanie piktografów do prezentowania danych o ryzyku nie tylko prowadziło do uchwycenia i zapamiętania różnic pomiędzy osobami stosującymi i niestosującymi terapii, ale także spotykało się z aprobatą potencjalnych pacjentów. W drugim badaniu z użyciem piktografów sprawdzałam, czy znaczenie/sens komunikatu zależy od tego, jakie ikony będą użyte na piktografach dla oznaczenia osób. Tematyka rodzaju użytych ikon na piktografach w budowaniu znaczenia komunikatu od niedawna zaczęła pojawiać się w literaturze światowej. Badań na ten temat jest zaledwie kilka i powyższe badanie rozwija tę wiedzę. Moje

przypuszczenia, że zastosowanie ikon w kształcie krzyża łacińskiego dla oznaczenia śmierci, wywoła silniejszy niepokój i w konsekwencji większą skłonność do zastosowania terapii nie potwierdziły się. Rodzaj użytych ikon nie różnicował perswazyjności komunikatu oraz oceny ryzyka związanego ze stosowaniem leku. Wydaje się, że nawet jeśli rodzaj zastosowanych ikon ma jakiś wpływ na to, jak badani odbiorą przekaz komunikatu, to ma to niewielkie znaczenie dla ogólnego jego wydźwięku. Rodzaj użytych ikon, może nie mieć istotnego wpływu na ogólny wydźwięk komunikatu, bo inne, „silniejsze” bodźce mają większą moc w budowaniu jego znaczenia. Rezultaty tego badania sugerują, że zasadniczy sens komunikatu o skuteczności terapii respondenci budują na podstawie porównania liczebności grupy poddanej terapii i niepoddanej terapii, a kształt ikon jest „drugoplanowy”.

Szukając sposobów ułatwiających uchwycenie znaczenia komunikatu sprawdzałam także, czy rekomendowany przez oficjalne instytucje do prezentowania ryzyka format będzie tym, który pacjenci i lekarze wskażą jako najbardziej jasny i zrozumiały, czyli taki któremu łatwo nadać znaczenie. Europejska Agencja Leków (EMA) rekomendując sposoby informowania o niepożądanych efektach leków wskazała format częstości z jednakowymi licznikami jako właściwy do umieszczenia na ulotkach leków, dołączając do niego wskazówki, jak werbalnie opisać daną wielkość prawdopodobieństwa. Jakże nie wszyscy badacze uważają ten format za optymalny. Z uwagi na to, że przedmiotem mojego zainteresowania jest to, jak uczynić komunikat o ryzyku istotnym i zrozumiałym dla odbiorcy, przeprowadziłam badanie sprawdzające, który z numerycznych sposobów prezentowania ryzyka badani uznają za najłatwiejszy do interpretacji. Pod uwagę wzięłam trzy sposoby, w jakich można przedstawić ryzyko numerycznie: format z jednakowymi licznikami, format z jednakowymi mianownikami i oraz format procentowy. Chciałam dowiedzieć się, czy format zaproponowany przez EMA będzie oceniany jako najlepszy do prezentowania ryzyka pojawienia się niepożądanych efektów terapii. Ustalenia wymagało, który z formatów (jednakowe liczniki, jednakowe mianowniki, wartość procentowa) będzie zdaniem ekspertów i laików najbardziej jasny i zrozumiały. Innymi słowy, z którego ze sposobów informowania o potencjalnym ryzyku pojawienia się efektów niepożądanych łatwiej pacjentom oraz lekarzom wyciągnąć sens/znaczenie. Okazało się, że pacjenci i lekarze niemal równie często wybierali jako najbardziej jasny i zrozumiały do przedstawiania prawdopodobieństwa wystąpienia niepożądanych efektów terapii format ze jednakowymi licznikami i format procentowy, a najmniejszą popularnością zarówno wśród pacjentów, jak i lekarzy cieszył się format przedstawiania prawdopodobieństwa wystąpienia niepożądanych efektów terapii z jednakowymi mianownikami. Wynika to prawdopodobnie z tego to, że trudniej nadać

znaczenie komunikatowi zawierającemu duże liczby, czyli trudniejsze do przetwarzania, złożone dane. Badanie to wskazuje jakich formatów liczbowych używać i potwierdza postulat konieczności upraszczania pacjentowi informacji. Obrazuje ono, że szansa na to, iż zasadnicze przesłanie komunikatu będzie adekwatnie odczytane jest większa, jeśli przekaz nie jest złożony.

Jednym z elementów komunikatu o ryzyku jest rama czasowa. Pokazując skutki zastosowania lub zaniechania jakiejś terapii przedstawiamy dane odnośnie jej skuteczności w określonym czasie: za 5, 10, 20 lat lub w perspektywie całego życia. W kontekście ram czasowych sprawdzałam, jak istotna dla budowania znaczenia komunikatu jest informacja o horyzoncie czasowym oraz jaka rama czasowa będzie, zdaniem pacjentów, niosła istotne dla nich informacje. Rezultaty wskazują, że choć ramy czasowe nie są informacją, wokół której buduje się główne przesłanie komunikatu dotyczącego ryzyka, to ze względu na preferencje pacjentów lepiej formułować komunikat przedstawiając ryzyko w krótszej ramie czasowej. W trzech sytuacjach, wśród różnych grup badanych, uzyskano preferowanie przez respondentów krótszego horyzontu nad dłuższym, co można uznać za systematyczną tendencję. Większość respondentów wybrała krótszy horyzont jako ten, w którym chciałyby otrzymywać informacje dotyczące ryzyka/skuteczności terapii. Dotyczyło to zarówno prezentowania ryzyka zachorowania na nowotwór, skuteczności hipotetycznego leku oraz ryzyka związanego z inwazyjną terapią. Rezultaty moich badań wskazują, że jeśli lekarz ma do dyspozycji dane obrazujące ryzyko w krótszym i dłuższym przedziale czasowym, to lepszym wyborem jest zastosowanie krótszego horyzontu czasowego. Kolejna konkluzja dotyczy pomocy decyzyjnych dla pacjenta. Otrzymane rezultaty sugerują, że chcąc przygotować materiały promujące zachowania prewencyjne, pasujące do jak największej liczby osób, lepsze od prezentowania ryzyka zachorowania na daną chorobę w ciągu całego życia, będzie prezentowanie ryzyka zachorowania w najbliższych latach. Uznanie krótszego horyzontu czasowego za lepszy przez większość badanych oznacza, że należałoby przygotować materiały promujące zachowania prewencyjne dedykowane poszczególnym grupom wiekowym (np. 30, 40, 50, 60, 70 latkom). Potrzebne są dalsze badania wśród różnorodnych grup wiekowych, aby w pełni potwierdzić otrzymane rezultaty.

Głównym tematem moich rozważań było to, jak ludzie nadają znaczenie informacjom o ryzyku związanym z zastosowaniem/zaniechaniem danej terapii i jak skutecznie zbudować o nim przekaz. Chcąc uwiarygodnić liczne zalecenia formułowane przeze mnie na podstawie badań przeprowadzonych w innych częściach świata postanowiłam zapytać polskich pacjentów o doświadczenia i oczekiwania. Odpowiedzi, jakich udzielali polscy pacjenci prowadzą do wniosku, że niewiele się oni różnią od pacjentów z innych krajów kultury zachodniej, choć

gotowość do pełnienia aktywnej roli w podejmowaniu decyzji zdrowotnych jest u nich nieco mniejsza. Widoczne to jest zarówno mniejszym zainteresowaniem niepożądanymi efektami terapii, jak i w nieco większym preferowaniu, aby to lekarz podejmował decyzję odnośnie zastosowania terapii obarczonej ryzykiem. Różnica ta polega tylko na nieco mniejszym nasileniu chęci bycia aktywnym podczas konsultacji medycznej, kierunek oczekiwań polskich pacjentów i pacjentów z innych krajów kultury zachodniej jest ten sam. Te drobne rozbieżności wynikają prawdopodobnie z dominującego w danym regionie sposobu uprawiania medycyny. Sposób ten z kolei, jest konsekwencją metodyki nauczania medycyny oraz postaw kształtowanych poprzez kulturę. Postaw zarówno lekarzy, jak i pacjentów. Kultura zmienia się i wraz z nią będą ulegały zmianie postawy i oczekiwania pacjentów wobec lekarza. Badania prowadzone w tym obszarze wskazują na to, że pacjenci coraz częściej będą chcieli uczestniczyć w podejmowaniu decyzji o ich zdrowiu. Należy zatem przygotować lekarzy do tego, aby umieli sprostać oczekiwaniom pacjentów. Będzie to wymagało zmiany paradygmatu uprawiania, a także nauczania medycyny. Podejście skoncentrowane na pacjencie, obejmujące ciało i umysł holistyczne myślenie o zdrowiu, zachęcanie pacjentów do wzięcia odpowiedzialności za stan zdrowia już przedarły się na karty podręczników. Widoczny jest także wzrost znaczenia umiejętności miękkich, choćby poprzez zwiększenie ilości zajęć dydaktycznych poświęconych komunikowaniu się z pacjentem, notowany we wszystkich uczelniach medycznych w Polsce. O tym, że jest dużo do zrobienia informują wyniki dwóch przeprowadzonych przeze mnie badań.

W pierwszym badaniu z tego cyklu chciałam sprawdzić, czy lekarze potrafią rozpoznać i analizować różne formaty prezentowania ryzyka. Badania miało ustalić, czy lekarze będą przypisywać taką samą skuteczność lekowi niezależnie od formatu, w jakim ta skuteczność będzie przedstawiona. Innymi słowy, czy jeśli przedstawimy lekarzom te same dane o skuteczności terapii w różnych formatach, to będą tak samo oceniać skuteczność każdej z terapii. Gdyby badani lekarze byli dobrze zaznajomieni z różnymi formatami prezentowania zmian w ryzyku, to powinni tak samo ocenić skuteczność leku w każdym formacie. Małe nagłośnienie tematyki komunikowania ryzyka oraz niewielka ilość publikacji w języku polskim na ten temat skłaniała raczej do postawienia przeciwnej hipotezy. Rezultaty badania potwierdziły przypuszczenie, że ocena skuteczności terapii nie jest wolna od wpływu formatu, w jakim ta skuteczność została przedstawiona. Format komunikatu istotnie różnicował formułowane przez lekarzy oceny skuteczności leku. Tłumacząc otrzymane rezultaty na bazie teorii rozmytego śladu można powiedzieć, że każdy format pozostawia nieco inny ślad treściowy. W każdym formacie inne informacje stają się „pierwszoplanowe”. Badanie to

pozwoiliło zaobserwować pewne niedostatki w analizowaniu różnych formatów prezentowania skuteczności terapii w badanej grupie lekarzy. Sugeruje to, na konieczność edukowania i trenowania lekarzy w tym zakresie zarówno w ramach kształcenia przed, jak i podyplomowego. Warunkiem *sine qua non* wyłowienia przez pacjenta sensu z informacji obarczonej niepewnością i nadania jej adekwatnego znaczenia są umiejętności lekarza w zakresie analizy tego rodzaju danych.

Z poprzedniego badania, jak i z wielu opisanych w pierwszej części monografii wynika, że nie tylko pacjenci, ale i eksperci ulegają błędom poznawczym podczas interpretacji danych o ryzyku/skuteczności terapii. W trosce o właściwą opiekę nad pacjentem w wielu uniwersytetach medycznych wprowadza się dodatkowe zajęcia mające na celu rozwijanie umiejętności krytycznej analizy danych statystycznych i komunikowania o ryzyku. Chciałam sprawdzić, czy jest taka potrzeba w Polsce. Celem kolejnego mojego badania było ustalenie, jaki jest poziom umiejętności studentów ostatnich lat studiów medycznych w zakresie interpretacji i komunikacji danych o ryzyku. Aby to sprawdzić, za zgodą autorów, zaadaptowałam do warunków polskich *Test Umiejętności Krytycznej Analizy Ryzyka (CRIT) (Critical Risk Interpretation Test)*. Skala CRIT powstała przy udziale kilkunastu czołowych badaczy tematu i współpracy kilku ośrodków badawczych. CRIT został skonstruowany, aby badać umiejętności krytycznego myślenia, które są kluczowe dla podejmowania decyzji medycznych i komunikowania pacjentowi ryzyka. Skala CRIT pozwala ocenić umiejętności interpretacji danych statystycznych. Skala ta mierzy, czy badany: (1) modyfikuje interpretację w zależności od różnego typu wyniku końcowego (np. wykrywalność *versus* śmiertelność); (2) tak samo interpretuje ryzyko zaprezentowane w różnych formatach (np. w formacie względnej i bezwzględnej redukcji ryzyka) oraz (3) krytycznie interpretuje rolę testów diagnostycznych w modyfikacji wielkości ryzyka. W założeniu CRIT ma wychodzić poza zdolności numeryczne i pozwolić ocenić wpływ efektu sformułowania na interpretację ryzyka. Autorzy narzędzia chcieli, aby skala dotyczyła znaczenia, jakie badany przypisuje danemu określeniu. Twórcom skali zależało, nie tyle na ocenie umiejętności radzenia sobie z liczbami i wykonywania na nich operacji, co na ocenie „sedna”, czyli głównego przekazu informacji (*gist-level interpretation*). Skala składa się z 21 pozycji i bada 20 umiejętności. Wykonanie jej zajmuje mniej niż 15 minut. Pozycje zostały tak wybrane przez zespół badaczy, aby odzwierciedlać dane o ryzyku, z którymi lekarze spotykają się często w literaturze medycznej oraz w praktyce lekarskiej. Badanie przeprowadzone przez mnie skalą CRIT wśród studentów ostatnich lat kierunku lekarskiego dwóch polskich uczelni medycznych uwidocznili pewne niedostatki wiedzy u studentów oraz potrzebę rozwijania umiejętności analizy i komunikowania ryzyka. Rezultaty

badania sugerują, że wskazane byłoby zwiększenie wysiłków w przygotowaniu przyszłych specjalistów ochrony zdrowia do postulowanego aktualnie włączania pacjentów do podejmowania decyzji o zdrowiu. Zaadaptowana przeze mnie skala do sprawdzenia umiejętności analizy i komunikowania ryzyka może być podstawą do wstępnej diagnozy studentów oraz wskazania, czego należy uczyć. Skala opisuje bardzo konkretne umiejętności i pozwala ocenić stopień ich przyswojenia. Analiza wyników osiągniętych przez studentów umożliwi edukatorom wyznaczenie umiejętności już przyswojonych przez studentów oraz tych, które należałoby rozwijać. A zatem, wyniki osiągnięte w teście CRIT mogą być drogowskazem dla projektowania przyszłych interwencji edukacyjnych.

Podsumowując, w monografii starałam się opisać, jak ludzie nadają znaczenie/sens komunikatom, co jest informacją pierwszoplanową, a co „tłem”, co jest istotne z punktu widzenia pacjenta, a co można pominąć. Przyglądałam się bliżej określeniom werbalnym, używanym często, aby symplifikować informacje liczbowe. Szukałam też najlepszych formatów numerycznych oraz cech indywidualnych decydujących o tym, że pewne informacje dotyczące ryzyka są istotne dla osoby w nadawaniu znaczenia komunikatowi. Celem moich rozważań teoretycznych i empirycznych było dostarczenie informacji pomocnych lekarzom w budowaniu komunikatu o ryzyku tak, aby był on ważny i zrozumiały dla pacjenta. Starałam się opisać to tak, aby miało to wymiar pragmatyczny, by prawidłowości wynikające z badań empirycznych można było zastosować w praktyce. Ostatni rozdział monografii poświęcony jest podsumowaniu głównych wyników badań. W rozdziale tym zawarłam rekomendacje dla praktyki lekarskiej płynące z analizy literatury tematu i rezultatów badań własnych. Nadrzędnym celem podjęcia badań w tym obszarze było rozpoczęcie debaty o komunikowaniu o ryzyku terapii. Z uwagi na to, że tematyka komunikowania o ryzyku terapii rzadko była podejmowana w piśmiennictwie polskim monografia służy upowszechnieniu informacji o ustalonych najlepszych praktykach, a opisane rezultaty mogą stanowić punkt wyjścia do dalszych badań.

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

5.1. Aktywność realizowana w innych niż UWM instytucjach naukowych

- Jednolite studia magisterskie oraz doktorat w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego

- Członek zespołu realizującego projekt Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza- Edukacja- Rozwój (POWR. 03.01.00-00-T179/18) dofinansowanego z Funduszy Europejskich pt. **Aktywność seniorów to ich sprawność i zdrowie**

W ramach tego projektu aktywnie uczestniczę w realizacji jednego z celów tj. diagnozie, a następnie dostosowaniu proponowanych treści oraz ćwiczeń do potrzeb i umiejętności beneficjentów. Dodatkowo w ramach tego projektu włączona jestem w panel mający na celu podniesienie wiedzy z zakresu profilaktyki zdrowia.

- Kierownik projektu realizowanego we współpracy z Politechniką Wrocławską (Porozumienie o współpracy z dnia 25.01.2018). Tytuł projektu: **Temporalny i percepcyjny wymiar przetwarzania informacji medycznych i zachowań zdrowotnych. Konsekwencje dla jednostki i organizacji.** Projekt ten zaowocował pierwszą wspólną publikacją:

Olchowska-Kotala, A., & Bajcar, B. (2020). Predictors of undergoing colonoscopy, does time horizon matter? *Journal of Primary Prevention*, 41(2):127-137.

<https://doi.org/10.1007/s10935-020-00581-5>

- Współpraca z Wydziałem Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego w ramach studiów podyplomowych Prawa Medycznego i Bioetyki w przygotowaniu i prowadzeniu bloku pt.: *Komunikowanie między pacjentem a lekarzem i innymi przedstawicielami zawodów medycznych*
- Członek międzynarodowego zespołu kierowanego przez prof. dr hab. Izabellę Uchmanowicz zajmującego się opieką nad chorym z niewydolnością serca, w ramach którego we współpracy z Stony Brook University School of Nursing i University of Rome powstała publikacja:

Uchmanowicz, I., Faulkner, K. M., Vellone, E., Siennicka, A., Szczepanowski, R., & Olchowska-Kotala, A. (2022). Heart failure care: testing dyadic dynamics using the Actor-Partner Interdependence Model (APIM)- a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4): 1919.

<https://doi.org/10.3390/IJERPH19041919>

5.2. Dorobek naukowy nie stanowiący osiągnięcia naukowego będącego przedmiotem ubiegania się o stopień doktora habilitowanego

Oprócz monografii stanowiącej osiągnięcie naukowe będące przedmiotem ubiegania się o stopień doktora habilitowanego, na dodatkowy dorobek naukowy składają się publikacje, które można podzielić na sześć obszarów badawczych:

1. Studiowanie medycyny i praca lekarza
2. Zachowania pacjentów w zdrowiu i chorobie
3. Społeczny i psychologiczny odbiór śmierci
4. Profilaktyka zdrowia
5. Podmiotowe i sytuacyjne uwarunkowania stosowania niekonwencjonalnych metod terapii
6. Ocena i komunikacja ryzyka związanego z terapią medyczną

Studiowanie medycyny i praca lekarza

Na początku swojej działalności naukowej kilka prac poświęciłam studentom kierunków medycznych i lekarzom. Podejmowałam w nich tematykę oczekiwań pacjentów, emocjonalnych obciążeń wynikających z pracy z pacjentem oraz radzenia sobie z tymi sytuacjami, wchodzenia studentów medycyny w nową rolę życiową, a także znaczenia posiadania wiedzy psychologicznej w praktyce lekarskiej. Tematyka ta podjęta była w następujących publikacjach:

- **Olchowska-Kotala, A., & Wajs, J.**(1998) Percepcja własnego położenia życiowego studentów pierwszego semestru studiów medycznych. W: G. Dolińska-Zygmunt & J. Łazowski (Red), *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie* (s.467-471). Wrocław, AWF
- **Olchowska-Kotala, A.**(1999). Dobry lekarz - perspektywa pacjenta. *Sztuka Leczenia*, 5(2), 101-104.
- Łazowski, J., Szmajke, A., & **Olchowska, A.**(1999). Poglądy lekarzy na rolę psychologii w medycynie. *Wiadomości Psychiatryczne*, 2(4), 383-389.
- Łazowski, J., Szmajke, A., & **Olchowska, A.**(1999). Poglądy personelu medycznego na rolę psychologii w medycynie. *Wiadomości Psychiatryczne*, 2(4), 391-395.
- **Olchowska-Kotala, A.** (2000). Wyznaczniki efektywności postępowania lekarskiego w oczach pacjenta. W: J. Barański, E. Waszyński & A. Steciwko (Red), *Komunikowanie się lekarza z pacjentem* (s.149-154). Wrocław, Wydaw. ASTRUM

- **Olchowska-Kotala, A. & Synowiec-Piłat, M.**(2002). Poglądy studentów AM we Wrocławiu na temat medycyny niekonwencjonalnej. W: B. Płonka-Syroka (Red), *Społeczno-ideowe aspekty medycyny i nauk przyrodniczych XVIII-XX wieku* (s.192-200). Wrocław, Arboretum
- **Olchowska-Kotala, A.**(2003). Wkraczanie w dorosłość. W: E. Waszyński (Red), *Medycyna: wprowadzenie do studiów lekarskich* (s.39-95). Wrocław, Atla 2

Zachowania pacjentów w zdrowiu i chorobie

Przekonania laików na temat natury i przebiegu chorób wpływają na ocenę informacji dotyczących własnego zdrowia oraz stosowane praktyki prozdrowotne. Za jeden z najważniejszych czynników decydujących o zachowaniu się pacjenta w chorobie uważa się obraz własnej choroby (*illness representations*), zwany w innych ujęciach koncepcją choroby, reprezentacją choroby lub teorią choroby. Wymiary tworzące obraz choroby to: identyfikacja – objawy i przypisywane im etykiety; przyczyny – przekonania chorego o tym, co jest przyczyną choroby; konsekwencje – jak choroba wpływa na życie chorego; czas trwania – czy jest to choroba chroniczna oraz jej cykliczność; efektywność leczenia – czy i jak można tę chorobę wyleczyć oraz kontrolowalność – jaki jest wpływ chorego na przebieg choroby poprzez jego zachowanie. Tej poznawczej reprezentacji choroby, która wpływa na emocjonalną odpowiedź oraz zachowanie się chorej osoby poświęciłam kilka prac:

- **Olchowska-Kotala, A. & Szmyrka-Kaczmarek, M.** (2010). Illness representation and self-assessment of disability level in patients suffering with rheumatoid arthritis. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 19 (4): 503-512.
- **Olchowska-Kotala, A.** (2012). Potoczna wiedza o cukrzycy: porównanie osób posiadających i nieposiadających chorego na cukrzycę w rodzinie. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica* 16: 47-59.
- **Olchowska-Kotala, A.** (2012). Komunikacja sprzyjająca właściwej diagnozie i przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych: rola obrazu własnej choroby. W: B. Jacennik, A Hulewska & A. Piasecka (Red), *Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu: między psychologią a medycyną* (s.201-219). Warszawa, Vizja Press & IT
- **Olchowska-Kotala, A.** (2013). Illness representations in individuals with rheumatoid arthritis and the willingness to undergo acupuncture treatment. *European Journal of Integrative Medicine*, 5(4): 347-351. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2013.03.008>

Inne prace dotyczące zachowań zdrowotnych obejmowały tematykę źródeł niepokoju pacjentów związanych z endoskopią górnego odcinka przewodu pokarmowego, roli mediów w inwokowaniu pozytywnych emocji sprzyjających procesowi zdrowienia (praca przeglądowa) oraz opieki diadycznej nad chorym z niewydolnością serca (praca przeglądowa). W tym nurcie badawczym znajduje się także praca nad *Cyberchondria Severity Scale (CSS)*, w ramach której byłam członkiem zespołu adaptującego do warunków polskich skalę służącą do badania skłonności do wzmożonego zamartwiania się swoim stanem zdrowia i nadmiernego poszukiwania w Internecie informacji medycznych o objawach i dolegliwościach.

Ten nurt badań obejmuje następujące publikacje:

- **Olchowska-Kotala, A.** (2010). Media jako terapeuta: komedia. W: J. Supady (Red), *Szkice z historii medycyny* (s.441-447). Łódź, Wojskowa Drukarnia
- Bajcar, B., Babiak, J., & **Olchowska-Kotala, A.** (2019). Cyberchondria and its measurement. The polish adaptation and psychometric properties of the cyberchondria severity scale CSS-PL. *Psychiatria Polska*, 53(1): 49-60.
<https://doi.org/10.12740/PP/81799>
- Maślanka-Seiffert, B., Seiffert, P., **Olchowska-Kotala, A.**, & Kempniński, R. (2020). Factors affecting patient tolerance of unsedated upper gastrointestinal tract endoscopy. *Nursing and Public Health*, 10(1), 13–18. <https://doi.org/10.17219/PZP/112223>
- Uchmanowicz, I., Faulkner, K. M., Vellone, E., Siennicka, A., Szczepanowski, R., & **Olchowska-Kotala, A.** (2022). Heart failure care: testing dyadic dynamics using the Actor-Partner Interdependence Model (APIM)- a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4): 1919.
<https://doi.org/10.3390/IJERPH19041919>

Spółeczny i psychologiczny odbiór śmierci

Współpraca z Wrocławskim Towarzystwem Naukowym zaowocowała trzema pracami podejmującymi tematykę śmierci. Sprawdzałam w nich empirycznie: jak współczesne media pokazują śmierć i proces umierania szerokiemu odbiorcy, analizowałam poglądy na temat nowatorskich sposobów pochówku (e-cmentarze, eko- cmentarze i spopielanie w diament) oraz sprawdzałam jak z doświadczenie wyrazistości śmierci wpływa na różne aspekty optymizmu:

- **Olchowska-Kotala, A.** (1998). Śmierć w telewizji - analiza sposobu umierania. W: J. Kolbuszewski (Red), *Problemy współczesnej tanatologii: medycyna - antropologia kultury – humanistyka, Tom 2* (s. 193-196). Wrocław, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe

- **Olchowska-Kotala, A.** (2011). E-cmentarze, eko-cmentarze i spopieliwanie w diament - poglądy młodych Polaków. W: J. Kolbuszewski (Red), *Problemy współczesnej tanatologii: medycyna - antropologia kultury – humanistyka, Tom 15* (s. 61-69). Wrocław, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe
- **Olchowska-Kotala, A.** (2012). Doświadczenie wyrazistości śmierci, a poziom optymizmu. W: A. Furdal (Red), *Problemy współczesnej tanatologii: medycyna - antropologia kultury – humanistyka, Tom 16* (s. 113-118). Wrocław, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe

Profilaktyka zdrowia

Kilka moich prac poświęconych było psychologicznym zasobom sprzyjającym pozytywnemu podejściu do kryzysu wieku średniego i starzenia się:

- **Olchowska-Kotala, A.** (2011). Gotowość do zmiany u pięćdziesięciolatek. W: K. Dziubacka (Red), *Jeszcze w zielone gramy: rozważania o współczesnych pięćdziesięciolatkach* (s.189-203). Wrocław, Oficyna Wydawnicza
- **Olchowska-Kotala, A.** (2015). Psychological resources and self-rated health status on fifty-year-old women. *Journal of Menopausal Medicine*, 21(3): 133-141.
<https://doi.org/10.6118/JMM.2015.21.3.133>
- **Olchowska-Kotala, A.** (2018). Body esteem and self-esteem in middle-aged women. *Journal of Women and Aging*, 30(5): 417-427.
<https://doi.org/10.1080/08952841.2017.1313012>

We współpracy z Akademią Wychowania Fizycznego prowadziłam badania podejmujące tematykę prewencji wad postawy i promocji aktywności fizycznej. Badania te zaowocowały wspólnymi pracami:

- **Olchowska-Kotala, A., & Chromik, K.** (2013). Body satisfaction and time spent on physical activity in Polish students. *Human Movement*, 14(4): 285-290.
<https://doi.org/10.2478/humo-2013-0033>
- **Olchowska-Kotala, A., & Chromik, K.** (2014). Education and the prevention of postural defects. *Human Movement*, 15(4): 199-203. <https://doi.org/10.1515/humo-2015-0011>

Podmiotowe i sytuacyjne uwarunkowania stosowania niekonwencjonalnych metod terapii

Moja praca doktorska, jak i wiele moich publikacji zarówno przed jak i po doktoracie dotyczyło niekonwencjonalnych metod terapii. Podejmowałam w nich tematykę społeczno-historycznych

źródeł zainteresowania niekonwencjonalnymi metodami terapii oraz psychologicznych i sytuacyjnych korelatów stosowania niekonwencjonalnych metod leczenia. W pracach badawczych poszukiwałam odpowiedzi na pytanie, jakie cechy osobowości i jakie elementy sytuacji sprzyjają stosowaniu przez pacjentów niekonwencjonalnych metod. Empirycznie weryfikowałam postawy lekarzy i sposoby ich radzenia sobie z pacjentami, którzy zgłaszają stosowanie takich sposobów walki z chorobą. W pracach teoretycznych postulowałam potrzebę szerokiej dyskusji nad zachowaniem się lekarza wobec pacjentów sięgających po takie niekonwencjonalne metody terapii w odpowiedzi na chorobę. Tematyka ta była przedmiotem następujących publikacji:

- **Olchowska-Kotala, A.** (2003). Podmiotowe wyznaczniki skłonności do korzystania z metod terapii niekonwencjonalnych. *Sztuka Leczenia*, 2, 45-72.
- **Olchowska-Kotala, A.** (2006). Risk perception of unconventional methods of treatment. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 15(6):1037-1045.
- **Olchowska-Kotala, A.** (2009). *Kto i dlaczego leczy się niekonwencjonalnymi metodami terapii*. Toruń, Wydaw. Adam Marszałek
- **Olchowska-Kotala, A.** (2010). Wiara w duchy i zjawiska paranormalne w świetle badań psychologicznych. W: J. Kolbuszewski (Red), *Problemy współczesnej tanatologii: medycyna - antropologia kultury – humanistyka, Tom 14* (s.101-108). Wrocław, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe
- **Olchowska-Kotala, A.** (2012). Medycyna wobec niekonwencjonalnych metod terapii. W: M. Synowiec-Piłat & A. Olchowska-Kotala (Red) *Socjologia i psychologia dla pacjenta - wybrane zagadnienia* (s.198-215). Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek
- **Olchowska-Kotala, A.** (2013). Individual differences in cancer patients' willingness to use complementary and alternative medicine. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 22(6): 855-860.
- **Olchowska-Kotala, A.** (2015). Public demand for a broad discussion about complementary and alternative medicine. W: A. Hulewska & A. Piasecka (Red), *Health communication in Poland* (s.181-190). Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek
- **Olchowska-Kotala, A., & Barański, J.** (2016). Polish physicians' attitudes to complementary and alternative medicine. *Complementary Therapies in Medicine*, 27: 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.05.004>

Ocena i komunikacja ryzyka związanego z terapią medyczną

Ostatni nurt moich zainteresowań dotyczy percepcji przez pacjentów potencjalnego ryzyka związanego z zastosowaniem/zaniechaniem terapii medycznej oraz zagadnieniu komunikowania go przez lekarza. Oprócz monografii będącej przedmiotem ubiegania się o stopień doktora habilitowanego, temat ryzyka podjęłam także w badaniach opublikowanych w czasopismach indeksowanych w JRC. W pierwszym z badań eksperymentalnie sprawdzałam, jak różne werbalne etykiety (ryzyko jest małe, ryzyko nie jest małe, ryzyko jest duże, ryzyko nie jest duże), towarzyszące tym samym danym liczbowym dotyczącym ryzyka pojawienia się efektu niepożądanego, wpływają na intencję wykonania badania profilaktycznego. Celem drugiego artykułu z tego cyklu było ustalenie, jaką rolę w podejmowaniu decyzji o wykonaniu diagnostycznej kolonoskopii, mającej na celu odnalezienie bezobjawowych zmian, odgrywa horyzont czasowy, w jakim prezentowane jest ryzyko zachorowania na nowotwór złośliwy jelita grubego. W kolejnym opublikowanym badaniu sprawdzaliśmy, w jaki sposób producenci leków dopuszczonych do obrotu w Polsce wdrażają zalecenia EMA dotyczące słownego opisu częstości występowania niepożądanych efektów terapii. Tematyka ta była przedmiotem następujących publikacji:

- **Olchowska-Kotala, A.** (2019). Verbal descriptions accompanying numeric information about the risk: the valence of message and linguistic polarity. *Journal of Psycholinguistic Research*, 48(6): 1429–1439. <https://doi.org/10.1007/S10936-019-09666-7>
- **Olchowska-Kotala, A., & Bajcar, B.** (2020). Predictors of undergoing colonoscopy, does time horizon matter? *Journal of Primary Prevention*, 41(2):127-137. <https://doi.org/10.1007/s10935-020-00581-5>
- **Olchowska-Kotala, A., Uchmanowicz, I., & Szczepanowski, R.** (2022). Verbal descriptors of the frequency of side effects: implementation of EMA recommendations in patient information leaflets in Poland. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(1). <https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZAC013>

Jestem także autorką jednego z rozdziałów w książce dedykowanej lekarzom pierwszego kontaktu, w którym zawarłam rekomendacje dla lekarzy odnośnie tego jak komunikować ryzyko pacjentom:

- **Olchowska-Kotala, A.** (2021). Jak komunikować ryzyko związane z terapią? W: A. Mastalerz-Migas, A. K. Jankowska & J. Barański (Red), *Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej* (s.89-96). Wrocław, Edra Urban & Partner

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

Działalność dydaktyczna i związana z popularyzacją wiedzy jest ważnym obszarem mojej aktywności zawodowej. Od 1996 roku do 2022 pracowałam na Wydziale Lekarskim w Zakładzie Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. W ramach działalności dydaktycznej prowadziłam zajęcia z psychologii lekarskiej z elementami komunikacji interpersonalnej dla studentów III roku kierunku lekarskiego i warsztatowe zajęcia fakultatywne umiejętności komunikacyjnych dla studentów. Prowadziłam także zajęcia z psychologii klinicznej dla studentów I roku kierunku lekarsko-stomatologicznego oraz treningi efektywnej komunikacji pacjentem dla lekarzy i doktorantów w ramach kształcenia podyplomowego. Od 2022 do dziś pracuję jako adiunkt w międzywydziałowym Studium Nauk Humanistycznych i Społecznych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, którego częścią jest aktualnie Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich.

Od lipca 2013 roku (do dziś) odpowiadam za przebieg procesu dydaktycznego w Zakładzie Humanistycznych Nauk Lekarskich koordynując dydaktykę w zakresie przedmiotów takich jak: psychologia lekarska, historia medycyny, etyka lekarska, socjologia w medycynie dla Wydziału Lekarskiego; psychologia kliniczna, psychologia z socjologią, prawo i etyka dla Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego oraz fakultetów z zakresu nauk humanistycznych i społecznych dla studentów tych wydziałów.

Byłam kierownikiem kilku projektów o charakterze dydaktycznym m.in.:

- Wprowadzenie nowego przedmiotu obowiązkowego: *Psychologia lekarska z elementami komunikacji interpersonalnej* w miejsce przedmiotu: *Psychologia lekarska*. Zaprojektowany nowy przedmiot zmienił zakres nauczania z teoretycznego, nastawionego na przyswojenie wiedzy na praktyczny- nastawiony na naukę umiejętności, które mogą być wykorzystywane w realnej praktyce lekarskiej. Nowatorski program nauczania oparty został o stosowany i rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Komunikacji Klinicznej, model Calgary-Cambridge;
- Wprowadzenie nowego przedmiotu fakultatywnego: *Podstawy komunikacji między lekarzem i pacjentem* dla studentów I-III roku medycyny, mającego na celu zwiększenie umiejętności komunikacyjnych u przyszłych lekarzy;
- Zaprojektowanie i przeprowadzenie kursów doskonalących dla lekarzy i lekarzy dentyistów dla Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego: *Trening efektywnego komunikowania się z pacjentem*.

Jako dydaktyk, brałam udział w rozwoju młodej kadry naukowej:

- Opiekun pracy nagrodzonej 3 miejscem na II International Student Conference of Young Medical Researchers, Wrocław, 13-14.04.2012 pt. *Assessment of anxiety levels in patients during endoscopy of the upper and lower gastrointestinal tract and its relations with the pain during the procedure* zaprezentowanej przez studentów: Barbarę Maślankę i Piotra Seiferta;
- Opiekun pracy wygłoszonej podczas 1st International Young Researchers Conference, Opole, 04.04.2017 pt. *Numbers and words- how to talk about side effects* zaprezentowanej przez studentki: Martę Kałuzińską i Sylwię Andreczko;
- Opiekun pracy wyróżnionej na Konferencji Studenckiej „Magis in Medicinae IIP”, Poznań, 19.05.2018 pt. *Często a rzadko. Jak pacjenci postrzegają określenia prawdopodobieństwa wystąpienia skutków ubocznych terapii medycznych?* zaprezentowanej przez studentkę Paulinę Kostrzewską;
- Organizator konferencji poświęconej zagadnieniom komunikacji lekarz-pacjent: „*Co mi jest, doktorze*” wraz z International Federation of Medical Students Associations (IFMSA) i Studenckim Kołem Naukowym Prawa Biomedycznego Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 13.12.2013;
- Organizator stacji symulacji: *Komunikowanie diagnozy rodzicom dziecka chorego* podczas zawodów studenckich oraz juror w studenckich zawodach symulacyjnych podczas I Konferencji Symulacji Medycznej, Wrocław, 29.05.2018;
- Organizator stacji symulacji: *Informowanie pacjenta o niepomyślnym rokowaniu* podczas zawodów studenckich oraz juror w studenckich zawodach symulacyjnych podczas II Konferencji Symulacji Medycznej organizowanych przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, 12-13.04.2019

Ponadto jestem autorką publikacji mających na celu popularyzację wśród lekarzy pierwszego kontaktu zagadnień dotyczących komunikacji w praktyce medycznej i opieki nad pacjentem:

- **Olchowska-Kotala, A.** (2005). Nieprzestrzeganie zaleceń lekarza. *Lekarz Rodzinny*, 10(5): 551-553.
- **Olchowska-Kotala, A.** (2005). Ocenianie lekarza. *Lekarz Rodzinny*, 10(9): 984-987.

- **Olchowska-Kotala, A.** (2006). Psychologia w medycynie. *Lekarz Rodzinny*, 11(12): 1266-1268.
- **Olchowska-Kotala, A.** (2012). Percepcja choroby przez pacjenta. *Lekarz Rodzinny*, 17(12): 936-940.

7. Inne informacje dotyczące kariery zawodowej

W latach 1995-2005, równoległe do pracy w Uniwersytecie Medycznym, pracowałam na 1/2 etatu w Specjalistycznym Ośrodku Diagnostyki i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu przy Polskim Związku Głuchych, gdzie jako członek zespołu diagnostyczno-terapeutycznego zajmowałam się diagnozą i wspieraniem rozwoju psychoruchowego dzieci niedosłyszących i głuchych, a także organizacją warsztatów i wykładów dla rodziców dzieci.

Ponadto uczestniczyłam w wielu szkoleniach i treningach mających na celu zwiększenie moich kompetencji dydaktycznych i naukowych m.in.:

- Program Psychoonkologiczny Carla Simontona- warsztaty terapeutyczno-szkoleniowe organizowane przez Polskie Centrum Organizacyjno-Szkoleniowe i Koordynacyjne, Warszawa, 17-21.11.1998;
- Analiza danych pochodzących z mikromacierzy- warsztaty organizowane przez Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Wrocław, 14-18.03.2011;
- Nowoczesne techniki i metody kształcenia-szkolenie w ramach programu Rozwój Akademii Medycznej we Wrocławiu, Wrocław 29-30.11.2011;
- Porównanie liniowych i nieliniowych modeli regresyjnych- warsztaty analityczne zorganizowane przez Predictive Solution oraz Uniwersytet SWPS, Warszawa, 5-6.02.2013;
- Czego nauczać-umiejętności i struktura- warsztat dla nauczycieli komunikacji klinicznej organizowany przez EACH Poland Network, Bydgoszcz, 19.04.2015;
- Komunikacja kliniczna- współczesne standardy nauczania- warsztaty organizowane przez International Association for Communication in Healthcare i Collegium Medicum UJ, Kraków 24-25 09. 2015;
- Warsztaty Symulacji Medycznej organizowane przez Centrum Symulacji Medycznej UMW, Wrocław 28.05.2018;
- Szkolenie personelu medycznego w zakresie psychoonkologii organizowane przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, Wałbrzych, 19-20.10.2018;

- Wykorzystanie programu Mendeley do pracy naukowej- warsztaty organizowane przez Bibliotekę UMW, Wrocław 15.01.2020, 06.03.2020;
- Stress management and mindfulness- trening organizowany przez European Academy of Innovation w ramach programu Erasmus+ Staff Mobility; Timisoara, 12-18.09.2021;
- Shifting relationship-centered communication (RCC) workshops to the digital space organizowany przez Academy of Communication in Healthcare (on-line), 26.10. 2021

Podczas pracy w Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu kilkakrotnie byłam laureatką nagród JM Rektora UMW tj. indywidualnej nagrody dydaktycznej (2009) oraz 4 nagród indywidualnych za ważne i twórcze osiągnięcia w pracy naukowej (2014;2015;2018;2021).

Nagroda dydaktyczna:

- 2009-nagroda indywidualna II stopnia JM Rektora UMW za przygotowanie monografii: Agnieszka Olchowska-Kotala „*Kto i dlaczego leczy się niekonwencjonalnymi metodami terapii*”; Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek, 2009.

Nagrody naukowe:

- 2014- nagroda indywidualna II stopnia JM Rektora UMW za ważne i twórcze osiągnięcia w pracy naukowej za cykl artykułów na temat komunikacji lekarza z pacjentem
- 2015- nagroda indywidualna II stopnia JM Rektora UMW za ważne i twórcze osiągnięcia w pracy naukowej za cykl publikacji dotyczących psychologicznych aspektów zdrowia i choroby
- 2018- nagroda indywidualna I stopnia JM Rektora UMW za ważne i twórcze osiągnięcie w pracy naukowej za publikację umieszczoną w Journal Citation Reports
- 2021-nagroda indywidualna II stopnia JM Rektora UMW za ważne i twórcze osiągnięcie w pracy naukowej za publikację umieszczoną w Journal Citation Reports

Agnieszka Olchowska-Kotala
