

Autoreferat
w postępowaniu o uzyskanie stopnia doktora habilitowanego
w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki o zdrowiu

dr n. hum. Jakub Lickiewicz

Zakład Psychologii Zdrowia
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Kraków, 2022

Spis treści

1. Dane osobowe	3
2. Posiadane stopnie naukowe	3
3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych	5
4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2020 r. poz. 85 z późn. zm.)	5
4.1. Osiągnięcie naukowe	5
4.2. Wykaz publikacji stanowiących osiągnięcie naukowe	6
4.3. Opis osiągnięcia naukowego	8
5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej	20
5.1. Główne zainteresowania i osiągnięcia w zakresie prowadzonych badań po otrzymaniu stopnia doktora	20
5.2. Główne zainteresowania i osiągnięcia w zakresie prowadzonych badań przed otrzymaniem stopnia doktora	36
5.3. Udział w programach badawczych finansowanych ze środków pozyskanych w trybie konkursowym	37
5.4. Współpraca międzynarodowa w tym z uczelniami/Ośrodkami, z innymi ośrodkami w Polsce i zagranicznymi	39
5.5. Staże/pobyty w ośrodkach uniwersyteckich/medycznych krajowych i zagranicznych	40
5.6. Wystąpienia na konferencjach naukowych	42
5.7. Działalność w Towarzystwach Naukowych	43
5.8. Odznaczenia	43
6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę	44
6.1. Osiągnięcia dydaktyczne	44
6.2. Promotorstwo	45
6.3. Osiągnięcia organizacyjne	46
6.4. Osiągnięcia popularyzujące naukę	47
6.5. Inne aspekty działalności popularyzujących naukę	47
7. Inne informacje ważne z punktu widzenia kariery zawodowej	48

1. Dane osobowe

Imię i nazwisko: Jakub Lickiewicz

Aktualne miejsce pracy: Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

2. Posiadane stopnie naukowe

Posiadane stopnie naukowe z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania, tytułu rozprawy doktorskiej oraz nazwiska promotora, dyplomy/specjalizacje:

2003 uzyskanie tytułu zawodowego magistra psychologii na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Marii Curie- Skłodowskiej w Lublinie.

Tytuł pracy magisterskiej: „System wartości alkoholików w początkowym stadium leczenia i w grupie AA”.

Promotor: Prof. dr hab. Stanisław Popek

2003 uzyskanie tytułu zawodowego magistra prawa na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Marii Curie- Skłodowskiej w Lublinie.

Tytuł pracy magisterskiej: „Władze centralne i lokalne Zakonu Templariuszy”

Promotor Prof. dr hab. Marian Klementowski

2011 uzyskanie stopnia naukowego doktora nauk humanistycznych w zakresie Psychologii, tytuł nadany przez Radę Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Marii Curie- Skłodowskiej w Lublinie.

Tytuł rozprawy: „Osoby popełniające przestępstwa komputerowe- próba skonstruowania profilu psychologicznego”.

Promotor: Prof. dr hab. Józef K. Gierowski

Recenzenci: dr hab. Dorota Turska

dr hab. Iwona Niewiadomska

Kursy i szkolenia

Podejmowane przez mnie kursy i szkolenia zmierzały do doskonalenia mojego warsztatu naukowego w zakresie prowadzenia projektów badawczych, a także warsztatu dydaktycznego w zakresie prowadzenia zajęć.

Szkolenia odbyte po uzyskaniu stopnia naukowego doktora

Szkolenia istotne dla rozwoju warsztatu naukowego

- | | |
|------|--|
| 2018 | „Artykuł jako źródło sukcesu naukowego – jak pisać skutecznie?”
Kurs organizowany przez Grupę PWN |
| 2018 | „Jak z sukcesem przygotować wniosek o grant?”.
Kurs organizowany przez Grupę PWN |

Szkolenia istotne dla rozwoju warsztatu dydaktycznego

- | | |
|-----------|---|
| 2022 | „Dostosowanie materiałów edukacyjnych do potrzeb osób z niepełnosprawnością” szkolenie organizowane przez PrzełamUJ w ramach projektu „Odpowiedzialne wsparcie i zrównoważony rozwój” |
| 2022 | „Oprogramowanie wspierające studentów niepełnosprawnych” szkolenie organizowane przez PrzełamUJ w ramach projektu „Odpowiedzialne wsparcie i zrównoważony rozwój” |
| 2021 | „Tutoring jako efektywna metoda pracy ze studentem”
kurs organizowany przez „ZinterUJ- kompleksowy Program Rozwoju UJ” |
| 2018/2019 | „Język angielski w dydaktyce”
kurs organizowany przez „Ars Docendi- rozwój kompetencji dydaktycznych kadry UJ” |
| 2018/2019 | „Presentation skills for Health and Medical Sciences”
kurs organizowany przez „ZintegUJ- rozwój kompetencji dydaktycznych kadry UJ” |
| 2018/2019 | „Grywalizacja w edukacji”
kurs organizowany przez „ZintegUJ- rozwój kompetencji dydaktycznych kadry UJ” |

2015	„Therapeutic management of aggression and violence” Kurs instruktorski organizowany przez Halse Bergen, Norwegia
2012/2013	„Zaawansowane techniki edukacyjne w naukach medycznych” kurs organizowany przez „Pro Bono Collegii Medici Universitatis Jagielloniae”
2007	„Instruktor rekreacji ruchowej ze specjalizacją: Samoobrona” kurs organizowany przez AWF Katowice

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych

2015 rok - nadal	Adiunkt , Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków
2011 - 2015	Asystent z dr , Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków
2003 – 2011	Asystent , Zakład Psychologii Ogólnej, Instytut Psychologii, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin

4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2020 r. poz. 85 z późn. zm.)

4.1 Osiągnięcie naukowe

Jako osiągnięcie naukowe, o którym mowa w art. 219 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2020 r. poz. 85 z późn. zm.) przedstawiam cykl pięciu publikacji pod tytułem: „*Czynniki modyfikujące występowanie zachowań agresywnych w ochronie zdrowia*”.

Osiągnięcie naukowe stanowi cykl powiązanych tematycznie publikacji i składa się z pięciu prac oryginalnych. Wszystkie prace zostały opublikowane po uzyskaniu przez mnie stopnia doktora nauk humanistycznych, w czasopismach anglojęzycznych o zasięgu międzynarodowym posiadającym wskaźnik oddziaływania IF. We wszystkich tych pracach jestem pierwszym autorem. Trzy z nich zostały opublikowane w czasopismach należących do grup Q1 a dwie do Q2. Współautorzy wyrazili zgodę na włączenie tych prac w zakres mojego osiągnięcia naukowego w ramach postępowania habilitacyjnego.

Publikacje zaprezentowano zaczynając od oceny czynników ryzyka (trzy pierwsze publikacje) do propozycji metod prewencyjnych (czynniki ochronne- dwie publikacje).

Łączna wartość wskaźnika IF cyklu publikacji stanowiącego osiągnięcie naukowe: **17,158 IF**

Łączna wartość pkt. MNiSW cyklu publikacji stanowiącego osiągnięcie naukowe: **520 pkt.**

4.2 Wykaz publikacji stanowiących osiągnięcie naukowe

Publikacje	Punktacja
<p>1. Lickiewicz J., Hughes P.P., Makara-Studzińska M. (2021) Attitudes of Psychiatric Nurses toward Aggression: A Polish Study. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>, 28, 5, 856-866. https://doi.org/10.1111/jpm.12746</p> <p>Oświadczam, że mój wkład merytoryczny w przygotowanie pracy obejmował opracowywanie koncepcji, wykonanie części badawczej, opracowanie i interpretację wyników tej pracy, dobór piśmiennictwa, przygotowanie tekstu manuskryptu, kierowanie projektem naukowym obejmującym badania opisane w tej pracy, obowiązki autora korespondencyjnego.</p>	<p>Punktacja IF: 2,720 Punktacja MNiSW: 100</p>
<p>2. Lickiewicz J., Husum, T.J., Ruud T., Siqveland J., Musiał Z, Makara- Studzińska M. (2021) Measuring staff attitudes to coercion in Poland, <i>Frontiers in Psychiatry</i>, Nov 16; 12: 745215. https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.745215.</p>	<p>Punktacja IF: 5,435 Punktacja MNiSW: 100</p>

<p>Oświadczam, że mój wkład merytoryczny w przygotowanie pracy obejmował opracowywanie koncepcji, wykonanie części badawczej, opracowanie i interpretację wyników pracy, dobór piśmiennictwa, przygotowanie tekstu manuskryptu, kierowanie projektem naukowym obejmującym badania opisane w tej pracy, obowiązki autora korespondencyjnego.</p>	
<p>3. Lickiewicz J., Piotrowicz K. Hughes, P.P. Makara-Studzińska M. (2020) Weather and Aggressive Behavior among Patients in Psychiatric Hospitals—An Exploratory Study. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i>, 17, 9121. https://doi.org/10.3390/ijerph17239121</p> <p>Oświadczam, że mój wkład merytoryczny w przygotowanie pracy obejmował opracowywanie koncepcji, wykonanie części badawczej (eksperymentalnej), opracowanie i interpretację wyników tej pracy, dobór piśmiennictwa, przygotowanie tekstu manuskryptu, kierowanie projektem naukowym obejmującym badania opisane w tej pracy, obowiązki autora korespondencyjnego.</p>	<p>Punktacja IF: 3.390 Punktacja MNiSW: 140</p>
<p>4. Lickiewicz J., Adamczyk N., Hughes, PP., Jagielski P., Stawarz B., Makara- Studzińska M. (2021) Reducing aggression in psychiatric wards using Safewards—A Polish study, <i>Perspectives in Psychiatric Care</i> Vol. 57, nr 1, s. 50-55 https://doi.org/10.1111/ppc.12523</p> <p>Oświadczam, że mój wkład merytoryczny w przygotowanie pracy obejmował opracowywanie koncepcji, opracowanie i interpretację wyników tej pracy, dobór piśmiennictwa, przygotowanie tekstu manuskryptu, współkierowanie projektem naukowym obejmującym badania opisane w tej pracy.</p>	<p>Punktacja IF: 2,223 Punktacja MNiSW: 40</p>

<p>5. Lickiewicz, J. Jagielski, P. Hughes, P.P. Makara-Studzińska, M. (2020) The Gender-Related Impact of a Violence Management Training Program on Medical School Students—Preliminary Results. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i>, 17, 7130. https://doi.org/10.3390/ijerph17197130</p> <p>Oświadczam, że mój wkład merytoryczny w przygotowanie pracy obejmuje opracowywanie koncepcji, wykonanie części badawczej, opracowanie i interpretację wyników tej pracy, dobór piśmiennictwa, przygotowanie tekstu manuskryptu, kierowanie projektem naukowym obejmującym badania opisane w tej pracy, obowiązki autora korespondencyjnego.</p>	<p>Punktacja IF: 3,390; Punktacja MNiSW: 140</p>
<p>Łączna punktacja cyklu</p>	<p>Punktacja IF: 17,158 Punktacja MNiSW: 520</p>

4.3 Opis osiągnięcia naukowego

Wstęp

Zachowania agresywne w ochronie zdrowia stanowią duży problem i zagrożenie w pracy personelu medycznego. Są zjawiskiem wieloaspektowym- ich źródeł poszukuje się zarówno w trudnościach leżących po stronie pacjenta (np. stan zdrowia, cechy osobowości i temperamentu), personelu medycznego (np. postawy, doświadczenie), w relacjach interpersonalnych (Winstanley, Whittington, 2004) a także w czynnikach zewnętrznych, takich jak specyfika oddziału czy udział osób trzecich (Hahn i in, 2013). Źródeł zachowań agresywnych upatruje się także w zjawiskach pozornie nie powiązanych bezpośrednio z zachowaniami agresywnymi, takimi jak wystrój oddziału czy czynniki meteorologiczne (Talei i in, 2014; Rogerson i in, 2021).

Tematyka przedstawionych prac koncentruje się wokół dwóch grup tematycznych: oceny czynników ryzyka oraz metod zapobiegania zachowaniom agresywnym.

Zachowania agresywne są dużym wyzwaniem w opiece zdrowotnej i jako zjawisko niepożądane powinny być ograniczane.

Zrozumienie psychologicznych czynników leżących u ich podstaw stanowi istotny element wpływający na poprawę relacji personel medyczny- pacjent, warunkując tym samym lepszą jakość opieki zdrowotnej.

Główne cele prac składających się na osiągnięcie naukowe skoncentrowane były na następujących obszarach badawczych:

1. Określenie czynników wpływających na postawy personelu medycznego wobec zachowań agresywnych pacjentów oraz adaptacja do warunków polskich skali ATAS (Attitudes Towards Aggression Scale) (czynniki ryzyka),
2. Ocena czynników wpływających na postawy personelu medycznego wobec stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz adaptacja do warunków polskich skali SACS (Staff Attitudes to Coercion) (czynniki ryzyka),
3. Określenie czynników ryzyka pod postacią warunków meteorologicznych związanych ze stosowaniem środków przymusu w oddziałach szpitalnych (czynniki ryzyka),
4. Określenie efektywności metod proaktywnych (model Safewards) zapobiegających zachowaniom agresywnym i w efekcie redukcji stosowania środków przymusu w ochronie zdrowia (czynniki ochronne),
5. Określenie wpływu i efektywności treningów zapobiegania zachowaniom agresywnym z uwzględnieniem płci ich uczestników (czynniki ochronne).

Szczegółowy opis poszczególnych celów

Cel pierwszy

Postawy stanowią istotny element ludzkiego procesu decyzyjnego, mają zatem także wpływ na podejmowane przez personel medyczny działania dotyczące pacjentów. Celem badania była ocena postaw personelu medycznego wobec zachowań agresywnych pacjentów, którą poprzedził proces adaptacji do warunków polskich kwestionariusza ATAS (Attitudes Towards Aggression Scale).

Cel ten zrealizowano w ramach pierwszej pracy cyklu („Attitudes of psychiatric nurses towards aggression: A polish study”).

Kwestionariusz ATAS jest narzędziem opierającym się na Teorii Planowego Zachowania Ajzena (2020), która zakłada zależność pomiędzy postawami i zachowaniem jednostki.

Narzędzie składa się z 18 stwierdzeń, zaczynających się od słowa „Agresja...”. Badani ustosunkowują się do nich na pięciostopniowej skali Likerta. W oryginalnej wersji narzędzia,

w wyniku analizy czynnikowej, uzyskano pięć podskal- agresji jako zachowania ofensywnego, komunikacyjnego, destrukcyjnego, ochronnego i narzucającego się (Jansen i in., 2005).

W pierwszym etapie badania narzędzie zostało przetłumaczone na język polski a następnie ponownie na język angielski przez niezależnych tłumaczy w celu oceny poprawności tłumaczenia (proces „back- translation”).

Badaniem objęto 980 osób (368 pielęgniarek psychiatrycznych, 221 pielęgniarek somatycznych oraz 391 studentów i studentek pielęgniarstwa). Do oceny adekwatności wykonania analizy czynnikowej dla analizowanego zestawu pytań wykorzystano współczynnik Kaisera-Mayera-Olkina (KMO). Wartość KMO będąca miarą adekwatności doboru próby została oszacowana na poziomie 0,76 (pielęgniarki psychiatryczne), 0,79 (pielęgniarki na oddziałach somatycznych) oraz 0,84 (studenci i studentki pielęgniarstwa). W celu ustalenia struktury czynnikowej polskiej wersji ATAS, przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową metodą VARIMAX. Struktura czynników była różna dla pielęgniarek psychiatrycznych i pozostałych grup badanych:

- w przypadku pielęgniarek psychiatrycznych model z liczbą trzech czynników wyjaśniał łącznie 38,1 % łącznej wariancji analizowanego zestawu zmiennych. W analizie oceny rzetelności kwestionariusza, uzyskano współczynnik alfa Cronbacha o wartości 0,86, 0,49 i 0,73. Czynniki te nazwano odpowiednio: Agresja jako zachowanie destrukcyjne, ochronne oraz ofensywne,

- dla grup pielęgniarek pracujących na oddziałach somatycznych oraz studentek pielęgniarstwa, najbardziej adekwatny był model dwuczynnikowy (czynniki nazwano: Agresja jako zachowanie destrukcyjne i ochronne). Dla pierwszej z grup wyjaśniał on 39,51% całej wariancji (alfa Cronbacha wynosiło 0,88 i 0,67), dla drugiej- 23,09% (alfa Cronbacha 0,78 i 0,49).

Analiza porównawcza trzech badanych grup wskazała na istnienie różnic w postawach wobec agresji. Pielęgniarki psychiatryczne wyróżniały więcej rodzajów agresji niż te pracujące na oddziałach somatycznych i będące na etapie nauki do zawodu, które postrzegały zachowania agresywne w sposób dychotomiczny (negatywne lub pozytywne). Inna struktura czynników może być związana z odmiennymi doświadczeniami związanymi z zachowaniami agresywnymi pacjentów, rozumianymi jako różnica w zakresie częstości i przyczyn stykania się z zachowaniami trudnymi pomiędzy badanymi grupami.

W wersji oryginalnej narzędzia w procesie walidacji przeprowadzonej w grupach personelu medycznego w Holandii, Niemczech, Norwegii, Szwajcarii oraz Wielkiej Brytanii uzyskano pięć czynników. W badaniu polskim zostały one zredukowane, w zależności od grupy, do

trzech lub dwóch. Pozwala to na wniosek o istnieniu różnic międzykulturowych, uwarunkowanych zarówno czynnikami historycznymi jak i edukacyjnymi czy ekonomicznymi. Wymiarem praktycznym badania jest możliwość zastosowania skali ATAS w ocenie efektywności działań prewencyjnych, takich jak szkolenia czy kursy radzenia sobie z zachowaniami trudnymi. Zastosowanie ATAS przed i po treningu zapobiegania zachowaniom agresywnym pozwoli na ocenę zmian w postawach, a tym samym w szacowaniu przyszłej gotowości do stosowania środków przymusu bezpośredniego.

Cel drugi

Celem drugim była ocena postaw wobec środków przymusu w grupie pielęgniarek psychiatrycznych i lekarzy oraz określenie czynników je warunkujących. Jak wspomniano w celu pierwszym, postawy stanowią istotny wyznacznik podejmowanych decyzji medycznych, tym samym mogą warunkować częstość i gotowość personelu do stosowania środków przymusu bezpośredniego.

Skala SACS (Staff Attitudes Towards Coercion) składa się z piętnastu stwierdzeń, dotyczących postaw wobec środków przymusu (Husum i in, 2008). Badany ustosunkowuje się do nich na pięciostopniowej skali Likerta. Analiza czynnikowa oryginalnej wersji narzędzia wykazała istnienie trzech czynników: podejścia pragmatycznego (przymus jako opieka i bezpieczeństwo), krytycznego (przymus jako urąganie) oraz pozytywne (przymus jako forma leczenia) (Husum i in., 2008). Skala SACS posiada kilka wersji językowych, w tym polską (Efkeermann, i in, 2021; Klejna i in, 2020).

W badaniu wzięło udział 351 osób, pielęgniarek psychiatrycznych i psychiatrów. W pierwszym etapie przeprowadzono proces adaptacji narzędzia dla badanych grup, z uwzględnieniem testu i retestu oraz oceny trafności fasadowej. Do oceny adekwatności wykonania analizy czynnikowej dla analizowanego zestawu pytań wykorzystano współczynnik Kaisera-Mayera-Olkina (KMO). Wartość KMO została oszacowana na poziomie 0,71. W celu ustalenia struktury czynnikowej polskiej wersji SACS dla pielęgniarek i lekarzy, przeprowadzono analizę głównych składowych z rotacją VARIMAX. Uzyskano zbliżoną do oryginalnej wersji SACS, trzyczynnikową strukturę, z wyjątkiem jednego pytania. Alfa Cronbacha wynosiła odpowiednio 0,74, 0,71 oraz 0,39. Model z liczbą trzech czynników wyjaśniał łącznie 45,5 % łącznej wariancji analizowanego zestawu zmiennych. Badanie metodą test- retest wykazało wysoką stabilność narzędzia, mieszczącą się w przedziale 0,96- 0,97. Analiza trafności fasadowej wykazała odmienne przyporządkowanie pytań, niż miało to miejsce w oryginalnej

wersji SACS. Fakt ten można tłumaczyć różnicami kulturowymi oraz zmianami w postawach wobec środków przymusu wraz z czasem, jaki upłynął od powstania narzędzia.

W drugiej fazie dokonano analizy zmiennych osobowościowych, które mogą wpływać na podejmowanie decyzji dotyczących stosowania środków przymusu. W tym celu wykorzystano skalę GSES (General Self Efficacy Scale), która ocenia postrzeganą własną skuteczność w sytuacjach życia codziennego i zdarzeniach wywołujących stres. Skala składa się z dziesięciu pytań, badany ustosunkowuje się do nich na skali czteropunktowej (Juczyński, 2001). W celu weryfikacji zależności pomiędzy własną skutecznością i postawami wobec środków przymusu, zastosowano współczynnik korelacji r -Pearsona, nie wykazano jednak istotnych statystycznie wyników.

Porównano również różnice w postawach wobec środków przymusu pomiędzy pielęgniarkami psychiatrycznymi i psychiatrami. Pielęgniarki ($X = 2,45, 2,38 - 2,53$) wyżej niż lekarze ($X = 1,78, 1,46 - 2,09$) oceniały, że środek przymusu jest elementem procesu leczenia. Można to wiązać z faktem, że to pielęgniarki najczęściej wprowadzają środki przymusu, są też grupą częściej narażoną na zachowania agresywne ze strony pacjentów niż lekarze.

Porównanie uzyskanych wyników z innymi badaniami personelu medycznego z Niemiec i Norwegii wykazało występowanie różnic międzykulturowych. Polski personel medyczny częściej niż inne grupy postrzega środki przymusu jako element procesu leczenia i uważa je za akceptowalną formę radzenia sobie z zachowaniami agresywnymi ($X = 2,51$ vs $1,81$). Największe różnice wykazano pomiędzy postawami personelu w Polsce i Niemczech. Personel polski rzadziej postrzegał stosowanie środków przymusu jako porażkę procesu terapii ($X = 1,92$ vs $2,28$) niż ich niemieccy odpowiednicy.

Takie postawy mogą być związane z aspektem ekonomicznym (niedostateczna ilość personelu), historycznym (dawne uwarunkowania geopolityczne) i edukacyjnym (brak programów zapobiegania zachowaniom agresywnym).

Wyniki zaprezentowanych badań wskazują, że polska wersja kwestionariusza SACS spełnia kryteria walidacji psychometrycznej i funkcjonalnej. Wykazano, że zaadaptowany do polskich warunków kwestionariusz charakteryzuje się satysfakcjonującymi właściwościami psychometrycznymi (trafnością i rzetelnością), wymaga jednak modyfikacji w porównaniu do wersji oryginalnej (usunięcie jednego z pytań).

SACS może być przydatny w ocenie przyczyn nadużywania stosowania środków przymusu, co może mieć związek z cynizmem i utratą motywacji do pracy. Takie zachowanie może być przejawem wypalenia zawodowego, wpływającego negatywnie na jakość opieki nad pacjentem.

Cel trzeci

W trzeciej publikacji cyklu („Weather and Aggressive Behavior among Patients in Psychiatric Hospitals— An Exploratory Study”), celem było określenie zależności między panującymi warunkami meteorologicznymi a stosowaniem środków przymusu bezpośredniego. Literatura przedmiotu podaje liczne przykłady wpływu zjawisk meteorologicznych na funkcjonowanie jednostki (Arifiwdodo i in, 2020; Oniszczenko, 2020), w tym na zachowania agresywne (Rinderu i in, 2018). Na taką zależność wskazuje się także w przypadku zachowań autoagresywnych (Talei i in, 2014; Yackerson i in, 2013). Podobne doniesienia pojawiają się również w przypadku funkcjonowania oddziałów psychiatrycznych i stosowania środków przymusu (Kuivalainen i in, 2017).

Badanie przeprowadzono w Szpitalu Psychiatrycznym im. Józefa Babińskiego w Krakowie. Jest to największa placówka tego typu w regionie. Analizie poddano dokumentację medyczną związaną z zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego (tzw. „karty przymusu”) w okresie 27-miu miesięcy (od stycznia 2015 do marca 2017). Jednym z powodów zakończenia badania były intensywne prace nad nowelizacją „Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego”, w której planowano wprowadzenie gruntownych zmian w obrębie zasad stosowania środków przymusu. Autorzy zakładali, że może to mieć istotny wpływ na uzyskane wyniki. Ostatecznie nowelizacja weszła w życie w listopadzie 2017 i jak wykazała późniejsza analiza, znacząco wpłynęła na stosowanie zabezpieczeń mechanicznych w placówce.

Uzyskane informacje, w ramach współpracy z Wydziałem Geografii i Gospodarki Przestrzennej UJ, powiązано z danymi o charakterze meteorologicznym takimi jak: temperatura powietrza, ciśnienie atmosferyczne, wilgotność powietrza, zachmurzenie, okres nasłonecznienia, opady oraz prędkość wiatru i jego kierunek, ze szczególnym uwzględnieniem frontów pogodowych. Uwzględniono także wpływ wiatru fenowego, który tym regionie określany jest jako „halny”.

W celu ustalenia zależności między występowaniem określonych warunków pogodowych a zwiększoną liczbą przymusów posłużono się analizą korelacyjną (rang Spearmana) wraz z wykorzystaniem dwuwymiarowych wykresów rozrzutu (modeli zależności) oraz częstością i prawdopodobieństwem warunkowym (%). W związku z tym, że na wielu wykresach rozrzutu można było zaobserwować stopniowy wzrost i spadek analizowanych zależności, który był zbliżony do liniowego, przy budowie modelu zastosowano technikę regresji liniowej prostej. Przy ocenie stopnia dopasowania modelu do analizowanych danych wykorzystano współczynnik determinacji (R^2).

Analizie poddano dni, w których występowało ponad osiem przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego ($N > 8$, według wstępnych analiz, wartość ta była oceniona jako wysoka), w okresie od 1 stycznia 2015 do 31 marca 2017 roku. Przy analizach biometeorologicznych ważne są nie tylko warunki panujące w danym dniu, ale zwłaszcza ich gwałtowna zmiana, w krótkim czasie i/lub z dnia na dzień. Dlatego też w dalszej kolejności poddano analizie zmianę typów cyrkulacji w dniu z $N > 8$ i dniu go poprzedzającym, poszukiwano też szeregów czasowych, w których występowały zwiększone ilości stosowanych środków przymusu.

Analiza danych pozwoliła na wniosek, że wzrostowi użycia środków przymusu towarzyszą:

1. systemy niskiego ciśnienia z wiatrami z północy lub północnego zachodu,
2. przepływ różnych mas powietrza w ciągu jednego dnia i/lub ruch mas powietrza zimnego lub arktycznego (ponieważ gwałtowne zmiany temperatury mogą być bardziej problematyczne niż stałe temperatury),
3. spadek lub zmiana ciśnienia atmosferycznego, związane ze zbliżającą się burzą (tzw. „aura przedburzowa”),
4. wiatr fenowy, zwłaszcza gdy trwa dłużej (co najmniej kilka dni) i jest intensywny (z nagłą zmianą wartości poszczególnych elementów meteorologicznych i wiatrami o silnych podmuchach).

Badanie wykazało zależność pomiędzy czynnikami meteorologicznymi i stosowaniem środków przymusu. Nie należy ich jednak traktować jako jedyną przyczynę zachowań agresywnych na oddziale. Stanowią one jeden z wielu czynników ryzyka, które, co istotne, oddziałują nie tylko na pacjentów, lecz także na personel medyczny, który ostatecznie podejmuje decyzje o zastosowaniu środków przymusu.

Badanie może mieć także znaczenie praktyczne. Znając warunki pogodowe poprzedzające zwiększoną liczbę incydentów agresywnych (takie jak wymienione powyżej sytuacje pogodowe i wiatr fenowy), personel medyczny ma możliwość wprowadzenia metod proaktywnych.

Cel czwarty

W czwartej publikacji cyklu („Reducing aggression in psychiatric wards using Safewards—A Polish study”) celem była ocena efektywności modelu Safewards w redukcji stosowanych środków przymusu w warunkach leczenia psychiatrycznego.

Model Safewards został stworzony przez Lena Bowersa, profesora pielęgniarstwa psychiatrycznego, jako metoda prewencyjna wobec zachowań agresywnych na oddziałach

psychiatrii. Podstawowym założeniem jest stwierdzenie, że konflikt (zachowania, które mają negatywne skutki) prowadzi do stosowania szeroko rozumianej kontroli (metod zmierzających do opanowania sytuacji trudnej). Powstanie konfliktu stanowi wypadkową kilku grup czynników, do których zalicza się tzw. „obszary źródłowe” oraz związane z nimi „punkty zapalne” (Bowers, 2014). Wśród czynników ryzyka wymienia się trudności w obszarach: zespołu pracowników, środowiska oddziału, świata poza szpitalem, społeczności oddziału, cech pacjentów oraz ram prawnych. Aby zmniejszyć ilość konfliktów, a poprzez to konieczność stosowania przymusu, należy stosować strategie proaktywne, poprawiające relacje pomiędzy personelem medycznym a pacjentami. W modelu Safewards istnieje dziesięć interwencji, których efektywność została potwierdzona w badaniach prowadzonych w wielu krajach (por. Bowels i in, 2015; Fletcher i in, 2017; Baumgardt in in, 2019). W ujęciu ogólnym, ich celem jest poprawienie relacji pomiędzy pacjentami i personelem oraz między samymi pacjentami jako społecznością.

Model Safewards, wraz ze strategiami i podstawami teoretycznymi, został przetłumaczony na język polski (więcej o tym w punkcie 6.5, s 47). Personel oddziału przeszkolono w zakresie stosowania wybranych strategii, które zostały ocenione jako najbardziej adekwatne do specyfiki oddziału. Badanie prowadzono w ciągu ośmiu miesięcy 2018-2019 roku na oddziale szpitala psychiatrycznego w Jarosławiu. Zgodnie z sugestią twórcy Safewards, w celu oceny efektywności interwencji, analizowano ilość stosowanych środków przymusu w okresie przed wprowadzeniem strategii oraz w analogicznym czasie po ich implementacji.

Wyniki badania wskazują na spadek ilości stosowanych środków przymusu po wprowadzeniu Safewards. Średnia ilość stosowanych środków spadła z 1,8 do 1,5 ($p < 0,000$). Różnica dotyczyła zarówno dyżurów dziennych jak i nocnych. Zmniejszyła się też liczba pacjentów, wobec których zastosowano przymus bezpośredni (z 0,65 do 0,45 na 10.000 pacjentów) oraz ilość samych incydentów (z 3,33 do 2,69 na 10,000 pacjentów).

Uzyskane wyniki pozostają spójne z wcześniejszymi badaniami, w których wykazano wysoką efektywność modelu Safewards w redukcji stosowanych zachowań agresywnych. Działania oparte na zmianie zachowania i tworzeniu dobrej relacji prowadzą do lepszej atmosfery na oddziale, która wpływa zarówno na pacjentów, jak i personel. Z praktycznego punktu widzenia, model Safewards nie wymaga dużego nakładu środków finansowych i jest prosty do implementacji, zatem jako taki, mógłby być stosowany jako sposób działania proaktywnego wobec zachowań trudnych na oddziale.

Cel piąty

W piątej pracy („The Gender-Related Impact of a Violence Management Training Program on Medical School Students—Preliminary Results”) celem była ocena wpływu treningów zapobiegania zachowaniom agresywnym na studentów kierunków medycznych.

Jedną z metod proaktywnych wobec występowania zachowań agresywnych są szkolenia z zapobiegania tego typu zdarzeniom. Obecnie brakuje jednolitej metodologii takich zajęć, jednak zgodnie z literaturą przedmiotu, powinny one poruszać takie zagadnienia jak: czynniki ryzyka agresji, zasady prawidłowej komunikacji w sytuacji konfliktowej, metody deeskalacji czy uregulowania prawne. Wbrew powszechnemu rozumieniu, aspekty fizyczne (techniki samoobrony) stanowią tylko niewielki element całości szkolenia (Ridley, Leitch, 2019). W procesie nauczania istotnym jest cel treningu, jakim najczęściej jest przekazanie uczącym się odpowiedniej wiedzy służącej zapobieganiu i radzeniu sobie z incydentami zachowań agresywnych. Może on jednak mieć także wpływ na cechy psychologiczne kursantów, takie jak pewność siebie czy wiara we własne możliwości (Mott i in, 2012). Brakuje jednak wyników badań w tym obszarze, szczególnie z uwzględnieniem płci uczestników oraz oceny efektywności treningu.

W badaniu wzięło udział 276 studentów kierunków medycznych, którzy byli badani przed i po zakończeniu kursu zapobiegania zachowaniom agresywnym. Program zajęć bazował na modelu TERMA, który jest norweską metodą przeciwdziałania zachowaniom agresywnym. Składa się z modułów, które obejmują takie zagadnienia jak: źródła zachowań agresywnych, metody deeskalacji konfliktu, aspekty prawne, rolę pracy zespołowej w radzeniu sobie z zachowaniami trudnymi, metody szacowania ryzyka przemocy, zasady debriefingu po incydencie oraz techniki fizyczne. Całość kursu obejmowała 30 godzin.

W celu oceny wpływu kursu na uczestników, zastosowano trzy narzędzia badawcze: Skalę postrzegania agresji (POAS), Skalę uogólnionej własnej skuteczności (GSES) oraz Skalę nadziei na sukces (KNS). Skala POAS składa się z 12 pytań, w których każde stwierdzenie zaczyna się od słów „Agresja to...”. Osoba badana ustosunkowuje się do stwierdzeń na pięciostopniowej skali Likerta (Jansen i in, 1997). W polskiej wersji językowej wykazano istnienie trzech czynników: agresji postrzeganej jako zachowanie dysfunkcyjne (nieakceptowane), zrozumiałe i funkcjonalne (ochronne) (Lickiewicz in., 2018). Skala GSES składa się z 10 stwierdzeń i mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami (Juczyński, 2001). Skala Nadziei na Sukces (KNS)

składa się z dwunastu itemów. Osoba badana określa, w jakim stopniu dane stwierdzenie jest w stosunku do niej prawdziwe, korzystając ze skali od 1 ("zdecydowanie nieprawdziwe") do 8 („zdecydowanie prawdziwe”). Mierzona kwestionariuszem KNS nadzieja na sukces odnosi się do siły oczekiwania pozytywnych efektów własnych działań. Składają się na nią: przekonanie o posiadaniu silnej woli, oraz umiejętności znajdowania rozwiązań (Łaguna i in, 2005).

Badanie wykazało różnice w postrzeganiu agresji pomiędzy kobietami i mężczyznami, które istniały jeszcze przed treningiem. Kobiety w mniejszym zakresie widziały zachowania agresywne jako dysfunkcjonalne ($X=11,47$ vs $X=12,73$ $p=0,02$) i w większym jako ochronne ($X=5,62$ vs $X=4,71$ $p<0,01$). Po treningu, tylko różnica w postrzeganiu agresji jako zachowania ochronnego pozostała istotna statystycznie ($X=5,29$ vs $X=4,69$, $p<0,04$). Trening w obu grupach wpłynął pozytywnie na poczucie własnej skuteczności, oraz nadzieję na sukces. Pozwala to na wniosek o jego pozytywnym wpływie na postrzeganie agresji i zrozumienie jej motywacji. Zmiana ta ujawnia się niezależnie od płci uczestnika. Kurs zapobiegania agresji pozwala na lepsze zrozumienie zachowań agresywnych. Pokazuje jego uczestnikom, że zachowania trudne pacjentów nie są tylko wyrazem silnych emocji, ale mogą być wyrazem ochrony swojego psychologicznego terytorium, lęku lub strachu. Trening miał inną efektywność w zależności od płci uczestnika i miał większy wpływ na grupę kobiet. Tę zależność można interpretować w szerszym kontekście, jakim są uwarunkowania kulturowe oraz stereotypy międzypłciowe. Z praktycznego punktu widzenia, aspekt ten powinien być uwzględniany w czasie tworzenia programu kursów zapobiegania zachowaniom agresywnym.

Wyniki badania pozwalają na wniosek o wpływie treningu zapobiegania agresji nie tylko na schematy poznawcze i wiedzę uczestników, ale także na wymiar psychologiczny, który stanowi komponentę osobowościową. Stanowi także ważny czynnik ochronny wpływający na postrzeganie zachowań trudnych w przyszłej pracy zawodowej personelu medycznego.

Podsumowanie

Analiza wyników badań zawartych w cyklu prac ujętych w osiągnięciu naukowym wykazała, że zachowania agresywne w ochronie zdrowia są efektem złożonego układu czynników decydujących o występowaniu konfliktu w relacji personel medyczny- pacjent.

Interpretacja wyników doprowadziła do sformułowania następujących wniosków końcowych:

1. Postawy wobec zachowań agresywnych uzależnione są od typu oddziału, na którym pracuje personel medyczny, poziomu jego wykształcenia oraz doświadczeń zawodowych. Praca na oddziale psychiatrii powoduje postrzeganie zachowań agresywnych jako zjawiska bardziej złożonego, niż ma to miejsce w przypadku pielęgniarek pracujących na oddziałach somatycznych.

W oparciu o dokonaną walidację kwestionariusza ATAS do warunków polskich stwierdzono, że spełnia ono kryteria walidacji psychometrycznej i funkcjonalnej.

Istnieją różnice międzykulturowe w zakresie postaw wobec agresji, przejawiające się w innym układzie czynników skali u personelu różnych krajów.

2. W oparciu o dokonaną walidację uznanego międzynarodowo narzędzia SACS do warunków polskich stwierdzono, że spełnia ono kryteria walidacji psychometrycznej i funkcjonalnej.

Wykazano istnienie różnic w postawach wobec środków przymusu w zależności od funkcji pełnionej na oddziale. Personel pielęgniarski, częściej niż lekarze postrzega środki przymusu jako element stanowiący proces opieki.

Stwierdzono, że poczucie własnej skuteczności (czynnik osobowościowy) nie wpływa na postawy wobec środków przymusu.

Istnieją czynniki międzykulturowe w obrębie postaw wobec środków przymusu. Personel polski, częściej niż grupy w innych krajach, postrzega środki przymusu jako element procesu leczenia i uważa je za akceptowalną formę radzenia sobie z zachowaniami agresywnymi.

3. Stwierdzono, że liczba stosowanych środków przymusu na oddziałach psychiatrii zależy od czynników meteorologicznych. Można do nich zaliczyć: niskie ciśnienie atmosferyczne oraz jego szybki spadek (tzw. aura przedburzowa), wiatr fenowy oraz gwałtowne zmiany temperatury.

4. Wykazano, że zastosowanie modelu Safewards, wpływającego na atmosferę panującą na oddziale i relację personel medyczny- pacjent powoduje zmniejszenie liczby stosowanych środków przymusu, liczby pacjentów, wobec których stosuje się te środki oraz ilości zachowań agresywnych.

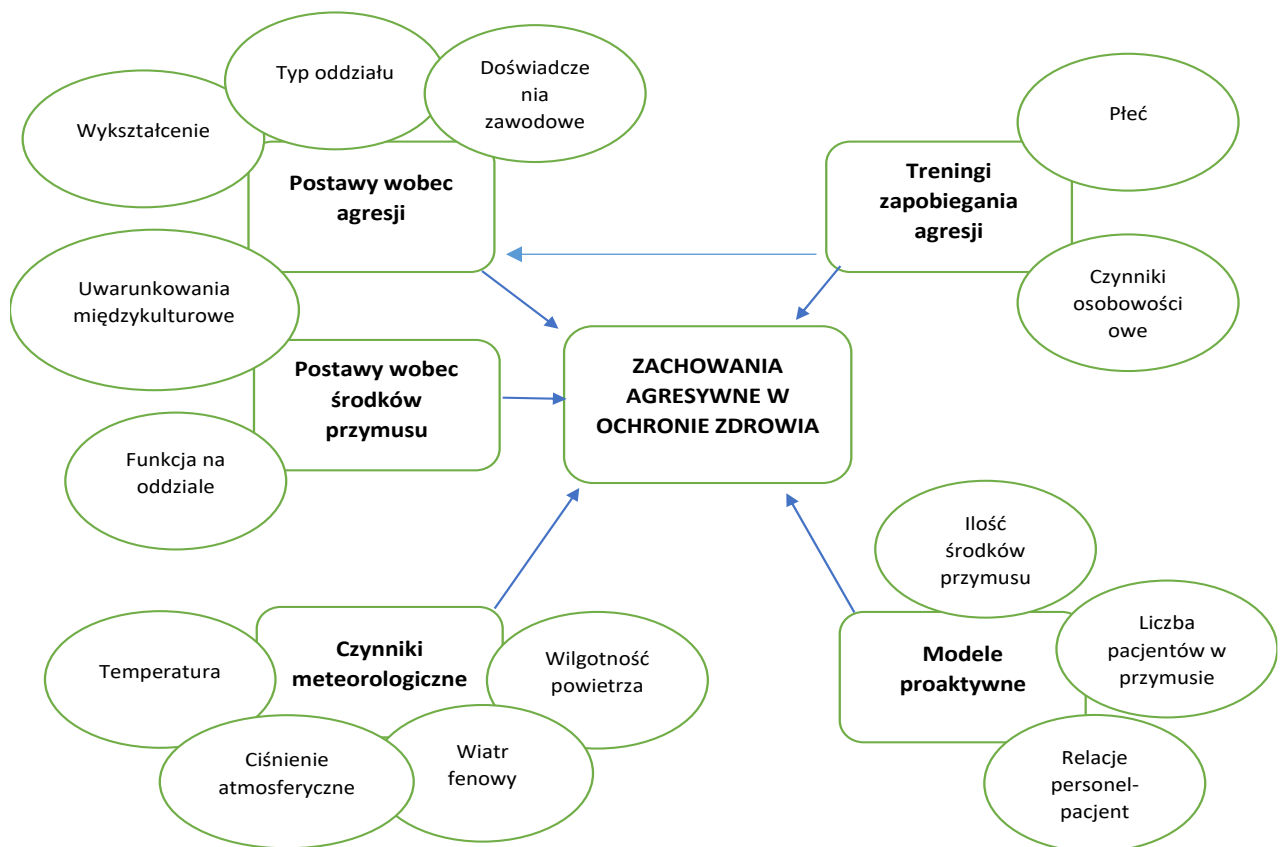
Modele proaktywne, poprzez swój wpływ na źródła zachowań agresywnych, są efektywną metodą redukcji ich liczby na oddziałach.

5. Istnieją różnice w postrzeganiu zachowań agresywnych pomiędzy kobietami i mężczyznami, które zmieniają się pod wpływem treningu zapobiegania zachowaniom agresywnym (model TERMA).

Ma on pozytywny wpływ na poczucie własnej skuteczności oraz na nadzieję na sukces uczestników obojga płci (zmienne osobowościowe). W przypadku kobiet, oddziaływanie edukacyjne powoduje także zmianę w postrzeganiu zachowań agresywnych, W wyniku treningu w mniejszym stopniu oceniają one tego typu zachowania jako dysfunkcjonalne, funkcjonalne i ochronne. Zmiana ta nie występuje w przypadku mężczyzn. Trening zapobiegania agresji wpływa na jej postrzeganie przez studentów kierunków medycznych, co jest istotną zmienną wpływającą na ich postawy wobec tego zjawiska w późniejszej pracy z pacjentem.

Zaprezentowany cykl publikacji wykazuje, że na zachowania agresywne wpływają czynniki modyfikowalne (ryzyka oraz ochronne), których zidentyfikowanie w poszczególnych podmiotach medycznych, z wykorzystaniem odpowiednich narzędzi jest możliwe i wymaga podjęcia określonych działań. Wnioski przedstawiono w formie schematu na rycinie 1.

Rycina 1. Modyfikowalne czynniki wpływające na zachowania agresywne w ochronie zdrowia w świetle uzyskanych wyników badań w ramach cyklu



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

Poza przedstawionym cyklem publikacji, który stanowi podstawę do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego, mój dorobek obejmuje również publikacje, których tematyka jest związana z dziedziną nauk o zdrowiu. Prace, których jestem autorem lub współautorem zostały opublikowane w recenzowanych czasopismach naukowych. Mój dorobek dopełniają podręczniki i rozdziały w monografiach.

ANALIZA BIBLIOMETRYCZNA

Punktacja	Przed doktoratem	Po doktoracie		Łącznie
		cykl publikacji stanowiący osiągnięcie naukowe	poza cyklem publikacji stanowiącym osiągnięcie naukowe	
IF	0,108	17,158	27,063	44,329
MNiSW	30	520	1265	1815
Liczba cytowań (bez autocytowań)	5		37	42
Index Hirscha	0		4	4

5.1 Główne zainteresowania i osiągnięcia w zakresie prowadzonych badań po otrzymaniu stopnia doktora

Po otrzymaniu stopnia doktora moja działalność naukowa skupiła się wokół czterech obszarów badawczych:

1. Wpływ pandemii COVID-19 na funkcjonowanie psychologiczne jednostki w aspekcie indywidualnym i społecznym,
2. Zachowania agresywne w kontekście społecznym i ochronie zdrowia,
3. Psychologiczne uwarunkowania podejmowania decyzji w lecznictwie,
4. Adaptacja narzędzi badawczych z obszaru nauk o zdrowiu do warunków polskich.

W obszarze związanym z wpływem pandemii COVID-19 na funkcjonowanie psychologiczne jednostki w aspekcie indywidualnym i społecznym opublikowałem cztery prace:

1. Georgieva I., Lantta T., **Lickiewicz J.**, Pekara J., Wikman S., Loseviča M., Raveesh B N, Mihai A., Lepping P. (2021) Perceived effectiveness, restrictiveness and compliance with containment measures against the Covid-19 pandemic: an international comparative study in 11 countries, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(7), 3806; <https://doi.org/10.3390/ijerph18073806>

Celem badania była ocena konsekwencji wprowadzenia restrykcji w reakcji na pandemię COVID-19. Opracowano ankietę internetową, która obejmowała 44 różne środki ograniczające funkcjonowanie społeczeństwa, takich jak zamknięcie restauracji czy ograniczenie podróżowania. Ankieta została rozpowszechniona w jedenastu krajach: Wielkiej Brytanii, Belgii, Holandii, Bułgarii, Czechach, Finlandii, Indiach, Łotwie, Polsce, Rumunii i Szwecji. Uzyskano 9543 odpowiedzi. Wykazano różnice pod względem postrzeganej skuteczności, restrykcyjności i zgodności w poszczególnych krajach. Rządy, które mają niski poziom zaufania społecznego muszą włożyć więcej wysiłku w przekonanie obywateli, zwłaszcza mężczyzn, co do skuteczności proponowanych obostrzeń. Powinny również zapewnić rekompensatę finansową obywatelom, którzy stracili pracę lub dochód ze względu na środki ograniczające. Decydenci winni wdrażać najpierw możliwie najmniej restrykcyjne i najskuteczniejsze środki podczas sytuacji nadzwyczajnych zamiast wprowadzania kombinacji wielu ograniczeń, co ma odwrotny wpływ na ich przestrzeganie przez obywateli i równocześnie narusza prawa człowieka.

2. Georgieva I, Lepping P, Bozev V, **Lickiewicz J**, Pekara J, Wikman S, Loseviča M, Raveesh BN, Mihai A, Lantta T. (2021) Prevalence, New Incidence, Course, and Risk Factors of PTSD, Depression, Anxiety, and Panic Disorder during the Covid-19 Pandemic in 11 Countries. *Healthcare*; 9(6):664. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060664>

Celem badania była ocena rozpowszechnienia i występowania zespołu stresu pourazowego (PTSD), depresji, lęku i zespołu lęku napadowego podczas pandemii COVID-19 wśród obywateli jedenastu krajów. Zbadano zagrożenia i czynniki ochronne związane z rozwojem zaburzeń zdrowia psychicznego i ich zmiany po 68 dniach obserwacji. Za pośrednictwem ankiety

internetowej przeprowadzonej uzyskano 9543 odpowiedzi w Wielkiej Brytanii, Belgii, Holandii, Bułgarii, Czechach, Finlandii, Indiach, Łotwie, Polsce, Rumunii i Szwecji. Rozpowszechnienie i nowe przypadki chorób w okresie pandemii dla co najmniej jednego zaburzenia wyniosła 48,6% i 17,6%, z nowymi przypadkami występowania PTSD, lęku, depresji i lęku napadowego wynoszącymi odpowiednio 11,4%, 8,4%, 9,3% i 3%. Większa odporność (resilience) wiązała się z mniejszym obciążeniem zdrowia psychicznego w przypadku wszystkich zaburzeń. Dziesięć do trzynastu powiązanych czynników wyjaśniło 79% wariacji w przypadku PTSD, 80% w lęku, 78% w depresji i 89% lęku napadowego. Aby zredukować obciążenie zdrowia psychicznego, rządy powinny zrezygnować z równoczesnego wdrażania dużej liczby bardzo restrykcyjnych oraz trwałych środków ograniczających. Kampanie promujące zdrowie publiczne winny koncentrować swoje wysiłki na łagodzeniu stresu i strachu, promowaniu odporności, budowaniu zaufania publicznego do rządu i opieki medycznej oraz na przekonaniu społeczeństwa o skuteczności proponowanych obostrzeń. Możliwość korzystania ze wsparcia psychologicznego powinna być powszechna w celu ułatwienia wychodzenia z pandemii zarówno na poziomie indywidualnym, jak i społecznym.

3. Makara- Studzińska M., Załuski, J., **Lickiewicz, J.** (2021) Czy ozdrowieńcy COVID-19 to przyszli pacjenci psychiatrów i psychologów? Szybki przegląd literatury naukowej, *Psychiatria*, 18, 2, 140-151. <https://doi.org/10.5603/psych.2021.0013>

Celem pracy była ocena rozpowszechnienia problemów z zakresu zdrowia psychicznego osób które chorowały na COVID-19. Przeszukano bazy danych: PubMed, EMBASE oraz SCOPUS. Wyszukiwaniem objęto artykuły opublikowane od 1 stycznia do 30 grudnia 2020 roku. Spośród 142 artykułów przeanalizowano 40 prac, z których 15 stanowiły doniesienia z badań, 4 miały charakter przeglądu literatury, natomiast 21- pracy poglądowej. Analiza potwierdziła hipotezę na temat rozpowszechnienia objawów zaburzeń nastroju, stresu potraumatycznego, spadku sprawności funkcji poznawczych oraz obniżenia jakości życia i samodzielności życiowej w grupach ozdowieńców z COVID-19. Wiek, wcześniejsze leczenie psychiatryczne oraz samodzielność życiowa, a także konieczność leczenia na oddziale intensywnej terapii traktuje się jako czynniki ryzyka utrwalenia zaburzeń psychicznych, deterioracji funkcji poznawczych oraz utraty samodzielności życiowej. U podstaw zaburzeń leżą zarówno patomechanizmy fizjologiczne, psychologiczne jak i społeczne. Należy spodziewać się występowania objawów zaburzeń fizycznych i psychicznych u osób, których leczenie COVID-19 zostało zakończone.

Wymaga to działań prewencyjnych już podczas hospitalizacji oraz tworzenia wielospecjalistycznych programów terapeutycznych.

4. **Lickiewicz, J.,** Pekara, J., Georgieva, I., & Makara-Studzińska, M. (2022). Analiza porównawcza postaw mieszkańców Czech i Polski wobec pandemii COVID-19. *Perspektywy Kultury*, 37(2), 251-266. <https://doi.org/10.35765/pk.2022.3702.17>

Celem badania było porównanie reakcji i postaw wobec wprowadzonych restrykcji w dwóch sąsiadujących krajach – Polsce i Czechach oraz odpowiedź na pytanie, czy różnią się one w kontekście tych samych środków ograniczających. Zastosowano metodę ankiety internetowej, w której badani oceniali 28 wprowadzonych obostrzeń pod kątem ich efektywności, restrykcyjności i stosowania się do nich. W badaniu wzięło udział 1731 osób, w tym 723 z Czech i 1008 z Polski. Badanie przeprowadzono w okresie pomiędzy 26 maja a 31 sierpnia 2020 r. – pod koniec pierwszej fali pandemii.

W 11-punktowej skali Likerta zauważono różnicę w poziomie zaufania do ochrony zdrowia – 6,6 w przypadku Czech i 2,9 w Polsce. W obu krajach zaufanie do działań rządu było małe, jednak w Polsce dwukrotnie niższe w Czechach (CZ – 3, PL – 1,3). Środki podjęte przez decydentów oceniono jako stresujące (CZ – 6, PL – 6,2), a zaufanie do poprawności działań rządu było znacznie niższe w Polsce (CZ – 4, PL – 1,3). W obu krajach obawa przed zakażeniem była niska (CZ – 1,6, PL – 1,9). Wykazano różnicę w postrzeganiu obostrzeń stosowanych w celu ograniczenia pandemii. Polacy niżej oceniali ich efektywność, restrykcyjność, ale przy tym rzadziej stosowali się do wprowadzanych ograniczeń .

Pozwala to na wniosek o konieczności wprowadzania ograniczeń o najwyższej efektywności i równocześnie o najmniejszej dolegliwości w połączeniu z wcześniejszą kampanią informacyjną.

W obszarze związanym z uwarunkowaniami zachowań agresywnych w kontekście społecznym i w ochronie zdrowia współpracowałem przy przygotowaniu dziewięciu prac:

1. **Lickiewicz J.,** Piątek J. (2014) Doświadczenie agresji w pracy pielęgniarskiej, *Sztuka Leczenia*, 3-4, 11-22.

Celem badania była analiza częstotliwości zachowań agresywnych w stosunku do pielęgniarek i pielęgniarzy, określenie ich typów oraz sposobów radzenia sobie z takimi zdarzeniami. Badających interesowało zagadnienie radzenia sobie z długofalowymi konsekwencjami stykania się z zachowaniami agresywnymi. Postawiono także problem badawczy dotyczący różnicy w doświadczaniu agresji w zależności od stażu pracy. W badaniu wzięło udział 208 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w ochronie zdrowia. Średnia wieku wynosiła 30 lat, a stażu- 7,5 roku. 70% ankietowanych przyznało, że było ofiarą jakiegokolwiek formy zachowań agresywnych. Najczęściej narażony na agresję ze strony pacjentów był personel pracujący w szpitalnych oddziałach ratunkowych, kardiologicznych oraz ortopedycznych. Osoby z dłuższym stażem stykały się z każdym rodzajem agresji częściej niż mniej doświadczeni koledzy i koleżanki. 20% badanych zadeklarowało zmianę swojego nastawienia do pracy po doświadczonym przez nich epizodzie przemocy. Osoby z krótszym stażem częściej zgłaszały konieczność szkoleń z zakresu radzenia sobie z przemocą, natomiast osoby z dłuższym deklarowały lepsze sposoby radzenia sobie w takich sytuacjach.

2.Lickiewicz J. (2017) Skuteczność programu zapobiegania agresji w grupie studentów kierunków medycznych. Edukacja ustawiczna dorosłych, nr 3, 157- 165.

Celem badania było określenie skuteczności treningu zapobiegania agresji i ocena jego wpływu na postawy, postrzeganie agresji oraz cechy osobowości. Uczestnikami byli studenci Wydziału Lekarskiego CMUJ. W badaniu wzięło udział 47 osób, badanych dwukrotnie- przed i po kursie. W celu odpowiedzi na pytania badawcze wykorzystano kwestionariusze POAS, GSES oraz ATAS.

Uzyskane wyniki wskazują na zmianę w sposobie postrzegania agresji. Po kursie, studenci rzadziej postrzegali agresję jako zachowanie ofensywne i destrukcyjne. Nie wykazano różnic w postrzeganiu agresji jako zachowania komunikacyjnego, ochronnego czy też natarczywego. Wyniki wskazują także na wzrost poczucia własnej skuteczności w grupie badanych. Po zakończeniu kursu, jego uczestnicy deklarowali większe poczucie efektywności i wiarę we własne możliwości. Czuli, że dużo lepiej radzą sobie ze stawianymi przed nimi zadaniami. Oznacza to, że nabyte dzięki szkoleniu nowe umiejętności i wiedza wpływają na subiektywne poczucie skuteczności w różnego rodzaju zadaniach, nie tylko tych dotyczących zachowań trudnych.

3. **Lickiewicz J.**, Nowak A., Surjak E., Makara- Studzińska M. (2017) Środki przymusu bezpośredniego w perspektywie pacjentów i personelu medycznego. *Perspektywa w kontekście wielokulturowości. Perspektywy kultury*, 19 4, s. 139-154.

Celem badania była analiza sposobów postrzegania środków przymusu przez dwie grupy – pacjentów oraz personel medyczny. W badaniu wzięło udział 307 osób, 136 członków personelu oraz 171 pacjentów. Wykorzystano w tym celu kwestionariusz MAVAS, służący ocenie postaw wobec agresji i środków przymusu na oddziale. Skala obejmuje 30 stwierdzeń dotyczących wewnętrznych i zewnętrznych uwarunkowań agresji oraz przemocy pacjentów oddziałów psychiatrycznych, jak również sposobów postępowania w przypadku tego typu trudnych incydentów (Duxbury i in, 2008). Wykazano, że pomiędzy pacjentami i personelem medycznym występują duże rozbieżności w zakresie spostrzegania agresji i oceny zasadności stosowania środków przymusu bezpośredniego. Pacjenci podkreślali, że ich zachowania agresywne na oddziale ściśle wiążą się z warunkami panującymi w szpitalu, postrzeganymi przez nich jako trudne, podczas gdy personel uwydatniał chorobowe przyczyny zachowań agresywnych pacjentów.

4. **Lickiewicz J.**, Marzęcka A., Makara-Studzińska M. (2018) Analiza porównawcza zachowań agresywnych na SOR i oddziale chirurgii- doniesienie wstępne, *Anestezjologia i Ratownictwo*, 3, 12, 266- 273.

Celem pracy była analiza porównawcza incydentów agresji na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i Oddziale chirurgii, skali ich występowania oraz czynników je wywołujących. Analizie poddano także działania podejmowane przez personel oraz konsekwencje agresji. Zastosowano arkusz oceny incydentu agresywnego SOAS-R, który oprócz opisu zdarzenia, pozwala także na ocenę postrzeganego poczucia zagrożenia. Kwestionariusz składa się z 13 pytań, zarówno otwartych, jak i zamkniętych. Posiada wizualną skalę oceny incydentu (VAS), umożliwiającą subiektywną ocenę poczucia zagrożenia. (Nijman i in, 1999). Uwzględniono 302 incydenty agresywne, do których doszło na SOR i Oddziale Chirurgii. Badania wykazały, że personel obu oddziałów najczęściej stykał się z agresją werbalną. Badania prowadzono w od czerwca do września 2016 roku w dwóch oddziałach szpitalnych.

Wyniki wskazują na związek pomiędzy liczbą incydentów agresywnych a porą dnia i dniem tygodnia. Najwięcej przypadków miało miejsce w poniedziałki oraz w niedziele, natomiast najmniej w środy ($p < 0,001$). Nie wykazano związku tych zmiennych z siłą incydentu. Wykazano różnice w sposobie postępowania wobec agresji i jej ocenie pomiędzy badanymi oddziałami. Najczęstszymi działaniami podejmowanymi przez pracowników SOR podczas zdarzenia agresywnego była rozmowa z pacjentem. Działaniem najczęściej podejmowanym przez pracowników oddziału chirurgii było podanie leków. Oddziały szpitalne różnią się od siebie w sposobie radzenia sobie z agresją w zależności od ich specyfiki.

5. **Lickiewicz J.**, Małek A., Makara-Studzińska M. (2019) Agresja pacjentek wobec personelu medycznego na sali porodowej- doniesienie wstępne. *Położna. Teoria i praktyka*. 1, 32- 38.

Celem pracy było określenie specyfiki zjawiska agresji pacjentek na sali porodowej oraz ocena przydatności narzędzi do opisu zachowań trudnych. W badaniu wykorzystano kwestionariusz SOAS-R (The Staff Observation Aggression Scale-Revised), służący do opisu incydentu agresywnego (Nijman i in, 1999). Badanie prowadzono w dwóch oddziałach położniczych. W okresie jego trwania doszło łącznie do 60 przypadków agresji.

Najczęściej występującą formą agresji pacjentek na sali porodowej wobec personelu medycznego była agresja słowna. W celu jej powstrzymania, personel medyczny najczęściej próbował rozmawiać z położnicą lub członkami jej rodziny. Nie wykazano istotnych statystycznie zależności pomiędzy stażem pracy a oceną incydentu. Analiza danych uzyskanych za pośrednictwem korelacji skali VAS i ogólnego wyniku SOAS-R wykazały istotną statystycznie zależność o dużej sile korelacji ($R= 0,707$, $p= 0,001$). Skala SOAS-R oraz użyta w niej skala VAS wydaje się być przydatnym narzędziem w opisie incydentu agresywnego.

6. Struzikowska-Seremak U., **Lickiewicz J.**, Makara-Studzińska M. (2018) Psychologiczne determinanty wykluczenia społecznego kobiet-ofiar przemocy w rodzinie. *Państwo i Społeczeństwo*, 4, s. 9-18.

W artykule poruszono problematykę mechanizmu wchodzenia w rolę ofiary przemocy, a następnie jej podtrzymywania w kontekście próby stworzenia portretu psychologicznego kobiet

doświadczających przemocy w swoim środowisku rodzinnym. W badaniu wzięły udział dwie grupy kobiet: pierwszą tworzyły ofiary przemocy w środowisku domowym (40 osób), a drugą osoby niedoświadczające jej w swojej przestrzeni domowej (40 osób). W badaniu zastosowano: ankietą socjodemograficzną, Inwentarz Osobowości NEO-FFI, Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI oraz Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Kryzysowych CISS.

Wyniki wykazały, że w sytuacjach stresowych ofiary przemocy istotnie statystycznie częściej niż grupa kontrolna skupiały się na emocjach ($X=44,23$ vs $38,92$ $p=0,01$) i rzadziej stosowały zadaniowy sposób radzenia sobie z tą sytuacją ($X=50,13$ vs. $58,48$, $p< 0,001$). U ofiar przemocy lęk jako stan oraz lęk jako cecha były bardziej nasilone niż w grupie kontrolnej ($p<0,05$; mediany wyższe u ofiar przemocy). Cechami charakteryzującymi kobiety doświadczające wielokrotnej przemocy w środowisku domowym są: wyższy poziom neurotyczności i introwersji, niska otwartość na doświadczenia, oraz gorsza niż w grupie kontrolnej sytuacja na rynku pracy i niższe wykształcenie. Pozwala to na wysunięcie wniosków o prawdopodobnych cechach osób narażonych na wykluczenie społeczne z powodu przemocy w rodzinie.

7.Lickiewicz J., Nag T., Ravnanger C., Jagielski P., Makara- Studzińska M. (2019) The Perception of aggression towards the medical personnel of psychiatric wards in Poland and in Norway – a comparative analysis Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2019; 3: 61–70 <https://doi.org/10.12740/APP/110698>

Celem badania było ustalenie, czy istnieją różnice w postawach i postrzeganiu zachowań agresywnych pacjentów wśród personelu medycznego z Polski i Norwegii.

W pracy wykorzystano dwa narzędzia: Skalę postrzegania agresji (POAS) oraz Skalę postaw wobec agresji ATAS. Badaniami objęto 280 osób – personel oddziałów psychiatrycznych ze szpitala w Norwegii (140) i w Polsce (140).

Wykazano istotne statystycznie różnice w zakresie postaw i percepcji agresji przez personel medyczny w obu krajach ($p> 0,001$). Personel norweski częściej postrzegał zachowania agresywne jako pozytywne, związane z ochroną własnego terytorium. Z drugiej strony polscy pracownicy ochrony zdrowia częściej postrzegali agresję jako zachowanie negatywne, obraźliwe i natrętne.

Postrzeganie agresji przez personel medyczny oddziałów psychiatrii w Polsce i Norwegii różni się. Wpływa na to: sposób edukacji, warunki pracy i kultura oddziału.. Zmienne te mogą determinować metody postępowania wobec incydentów agresji.

8. Kołodziej K., Lickiewicz J., Jelonek E., Mlocek M., Murzyn M., Dudek M. (2021) Psychiatric nurses' experiences of patient aggression, *Pielęgniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century*, vol.20, no.3, 160-167. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2021-0021>

Celem pracy było określenie częstotliwości występowania zachowań agresywnych u pacjentów oraz ocena ich wpływu na personel pielęgniarski pracujący w oddziałach psychiatrii. Badanie przeprowadzono w grupie personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w Szpitalu Klinicznym im. dr Józefa Babińskiego w Krakowie, uczestniczyło w nim 196 osób. Wykorzystano kwestionariusz ankiety dotyczący częstotliwości, konsekwencji oraz poczucia bezpieczeństwa personelu wobec incydentów agresji. Wyniki wykazały, iż 94% respondentek padło ofiarą zachowań agresywnych ze strony pacjentów. Najczęściej doświadczaną przez nie formą agresji werbalnej były zaczepki słowne, natomiast fizycznej- próby ich uderzenia i niszczenie mienia szpitalnego. Wykazano związek pomiędzy typem doświadczanej agresji a wiekiem i stażem pracy pielęgniarek.

Skala zjawiska wskazuje na konieczność prowadzenia szkoleń personelu uwzględniających radzenie sobie z zachowaniami trudnymi pacjentów.

9. Lickiewicz J., Piotrowicz K., Hughes P.P., Micek A., Makara-Studzińska M. (2022) Influence of meteorological conditions on the use of coercive interventions IDŐJÁRÁS Quarterly Journal of the Hungarian Meteorological Service Vol. 126, No. 1, January – March, 2022, pp. 69–85 <https://10.28974/idojaras.2022.1.4>

Celem pracy było określenie warunków pogodowych w dniach, gdy wzrasta ilość stosowanych środków przymusu w szpitalu psychiatrycznym. Analizie poddano dokumentację medyczną związaną ze stosowaniem środków przymusu, którą powiązano z warunkami meteorologicznymi, które panowały w tym okresie. Zastosowano hierarchiczną metodę analizy skupień oraz diagram drzewa. Wybrano cztery klastry, które dobrze reprezentowały warunki

pogodowe w poszczególnych porach roku. Metoda k-średniej pozwoliła na dodanie każdego dnia ze zwiększoną liczbą środków przymusu do osobnej grupy.

Wyniki badań sugerują, że wzrost zachowań agresywnych wśród pacjentów prowadzących do interwencji przymusowych może być związany z warunkami meteorologicznymi.

Wzrostowi zachowań agresywnych zakończonych stosowaniem przymusu sprzyjała anomalna (odbiegająca od normy) pogoda, nietypowa dla danej pory roku.

W obszarze „Psychologiczne determinanty podejmowania decyzji w leczeniu”, uczestniczyłem w opracowaniu trzech artykułów:

1. **Lickiewicz J.**, Serednicki W., Zasada E., Wordliczek J. (2014) Wprowadzenie algorytmu postępowania i kontaktu z rodziną pacjenta krytycznie chorego Doświadczenia Centrum Urazowego Medycyny Ratunkowej i Katastrof w Krakowie. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 8, s. 441- 447.

Celem opracowania była adaptacja algorytmu informowania rodziny o trudnej diagnozie lub śmierci pacjenta i wprowadzenie go do pracy klinicznej oraz ocena jego przydatności. Taka konsultacja jest obciążająca dla obu stron, z tego względu na potrzeby oddziału OIT CUMRIK w Krakowie, w oparciu o algorytm SPIKES opracowano własny protokół postępowania w przypadku przekazywania złych wiadomości. Po pół roku od jego wprowadzenia, przeprowadzona ewaluacja wskazała, że używający go lekarze mieli większą pewność i zaufanie do swoich możliwości komunikacyjnych w sytuacjach kontaktu z rodzinami pacjentów.

2. Gibek K., **Lickiewicz J.**, Serednicki W. (2017) Osobowość i postawa religijna a gotowość do donacji narządów, *Anestezjologia i Ratownictwo*, 11, 152- 158.

Celem pracy było określenie i wskazanie czynników, które mogą mieć wpływ na gotowość do donacji organów. Badanie przeprowadzono w grupie 102 studentów oraz ich bliskich. Wykorzystano ankietę własną, kwestionariusz osobowości NEO-FFI (Zawadzki i in, 1998), oraz Kwestionariusz postawy religijnej Prężyny (Szymoń, Bartczuk, 2011).

Analizy wykazały istotny związek między stosunkiem do donacji organów u badanych osób a ich cechami osobowości w czynnikach Ekstrawersja ($r = 0,21$; $p = 0,35$) i Otwartość na doświadczenia ($r = 0,28$; $p = 0,004$). Nie wykazano natomiast związku pomiędzy stosunkiem do donacji organów a poziomem religijności oraz różnic międzypłciowych. Wyższy poziom gotowości do donacji narządów wykazywały: osoby starsze oraz rozwiedzione, towarzyskie, otwarte, impulsywne, łatwo nawiązujące kontakt z innymi oraz ciekawe świata, niezależne i poszukujące nowych doświadczeń. Otrzymane wyniki mogą być istotnym czynnikiem wpływającym na zaplanowanie odpowiedniej kampanii promującej ideę dawstwa narządów w Polsce, dostosowanej do odpowiednich grup wiekowych.

3. Lickiewicz, J., Salawa, B., Serebnicki, W., Hughes, P., & Makara, M. (2021). Stress and burnout in a group of intensive care unit medical personnel – a preliminary study. *Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa*, 29(1), 22-25. <https://doi.org/10.5114/ppiel.2021.110451>

Celem pracy było porównanie poziomu wypalenia zawodowego w grupach lekarzy i pielęgniarek oraz związanych z tym strategii radzenia sobie ze stresem. Badanie przeprowadzono w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii Centrum Urazowe Medycyny Ratunkowej i Katastrof (CUMRiK) w Krakowie. W badaniu wzięło udział 119 osób zatrudnionych na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Zastosowano dwa narzędzia: Kwestionariusz Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach, Jackson, 1999), służący do oceny zespołu wypalenia oraz Mini-COPE mierzący style radzenia sobie ze stresem (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009).

Wykazano istotne statystycznie różnice między lekarzami i pielęgniarkami w poziomie wypalenia zawodowego i strategiach radzenia sobie. Pielęgniarki uzyskały wyższe wyniki w skali poczucia osobistych osiągnięć ($X = 5,96$ vs $X = 4,74$), $p < 0,001$). Rzadziej stosowały strategie radzenia sobie ze stresem oparte na humorze ($X = 1,86$ vs $X = 2,30$, $p < 0,001$) i częściej na religii ($X = 3,03$ vs $X = 1,48$, $p < 0,01$). Nie stwierdzono takich różnic między lekarzami a lekarkami, co wskazuje, że to pełniona na oddziale funkcja, a nie płeć, decydują o odczuwanym poziomie wypalenia zawodowego i stosowanych strategiach radzenia sobie ze stresem.

W obszarze adaptacji narzędzi badawczych z obszaru nauk o zdrowiu uczestniczyłem w powstaniu siedmiu prac:

1. **Lickiewicz J.**, Sałapa K., Musiał Z., Dzikowska M. (2017) Agresja wobec personelu medycznego w ocenie studentów pielęgniarstwa- propozycja narzędzia, *Problemy pielęgniarstwa*, 25 (2); 103-107. <https://doi.org/10.5603/PP.2017.0014>

Celem badania była adaptacja skali IMPACS oraz ocena wpływu zachowań agresywnych na studiujących kierunku medyczne. Impact of Patient Aggression on Carers Scale składa się z 10 pytań, mierzących negatywne reakcje na kontakt z pacjentem zachowującym się agresywnie. Ankietowani mają możliwość odpowiedzi w pięciostopniowej skali Likerta (Needham i in, 2005).

Badaniami objęto grupę 102 studentów pielęgniarstwa, tuż po zakończeniu praktyk na oddziałach psychiatrii. Jako sposób ekstrakcji czynników wybrano metodę głównych składowych, bazując na macierzy korelacji. Adekwatność próby mierzona testem Bartletta ($p < 0,001$) oraz miarą KMO (0,683) wskazała na odpowiedni dobór próby do analizy czynnikowej. W oryginalnej wersji skali uzyskano trzy czynniki, jednak w przypadku polskiej wersji narzędzia, zdecydowano się na rozwiązanie dwu czynnikowe- zachowań agresywnych jako konsekwencji dla pracy zawodowej oraz emocji związanych z tą sytuacją. Współczynniki alfa Cronbacha wynoszą odpowiednio: 0,739 i 0,635 dla pierwszego i drugiego czynnika. Wymiarem praktycznym przeprowadzonych badań jest propozycja polskiej wersji narzędzia, którego stosowanie w pracy na oddziale klinicznym pozwoli na odpowiednio wczesną reakcję i rozpoznanie negatywnych konsekwencji agresji wobec personelu.

2. **Lickiewicz J.**, Sałapa K., Musiał Z., Dzikowska M Perception of aggression scale (POAS) – preliminary study (2018) *Piel Pol.*;1(67):78–83. <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2018.10>

Celem pracy było określenie psychometrycznych właściwości polskiej wersji 12-pytaniowego kwestionariusza postrzegania agresji POAS (Perception of Aggression Scale). Każde jego stwierdzenie zaczyna się od słów „Agresja to...” . Osoba badana ustosunkowuje się do stwierdzeń na pięciostopniowej skali Likerta (Jansen i in, 1997).

W badaniu wzięły udział 102 studentki pielęgniarstwa wkrótce po zakończeniu praktyk na oddziałach psychiatrii. Adekwatność próby mierzona testem Bartletta ($p < 0,001$) oraz miarą KMO (0,74) wskazała na odpowiedni dobór próby do analizy czynnikowej. Jako metodę ekstrakcji czynników zastosowano metodę osi głównych, bazując na macierzy korelacji. Analiza czynnikowa pozwoliła na wyodrębnienie trzech czynników (określonych jako wymiar dysfunkcyjny, funkcjonalny oraz ochronny). Wszystkie czynniki wyjaśniały 52,57% wariancji, a współczynnik alfa Cronbacha wynosił odpowiednio ,805; ,755 oraz ,828. Przetłumaczona wersja wykazuje wysoką wartość psychometryczną i podobieństwa z wcześniejszymi badaniami. Polska wersja POAS jest wartościowym i rzetelnym narzędziem służącym do badania postrzegania przez pielęgniarki zachowań agresywnych pacjentów.

3. **Lickiewicz J.**, Szwed-Łopata W., Sałapa K., Makara-Studzińska M (2018) Styles of providing negative information by doctors on the basis of the analysis of the Breaking Bad News Skills questionnaire , *Psychiatr Psychol Klin*, 18 (3), p. 248–254 <https://doi.org/10.15557/PiPK.2018.0031>

Celem pracy była identyfikacja czynników determinujących efektywną komunikację pomiędzy lekarzem i pacjentem, a także stworzenie narzędzia oceniającego umiejętności lekarzy w zakresie przekazywania złych wiadomości rodzinie pacjenta. W tym celu powstał Kwestionariusz Przekazywania Złych Wiadomości (Breaking Bad News Skills, BBNS), autorstwa Wioletty Szwed-Łopaty i Jakuba Lickiewicza, który opisuje zachowanie lekarza w kontakcie z rodziną pacjenta. W badaniu wzięło udział 94 lekarzy z trzech szpitali w Małopolsce. W celu określenia struktury czynników Kwestionariusza Przekazywania Złych Wiadomości zastosowano eksploracyjną analizę czynnikową. Do określenia liczby czynników użyto kryterium wykresu ospiska, a w celu oceny adekwatności doboru próby do badania miarę Kaisera– Mayera–Olkina (KMO), która wynosiła 0,633 oraz test sferyczności Bartletta ($p < 0,001$). Analiza czynnikowa wykazała istnienie trzech czynników odwołujących się do najbardziej typowych zachowań lekarzy podczas przekazywania trudnej diagnozy. Są to: Komunikacja (COM), Bariera Emocjonalna (EMO) oraz Wsparcie (SUP) z wartościami alfa Cronbacha 0,80, 0,82 oraz 0,80.

Wyniki analiz statystycznych wykazały, że Kwestionariusz Przekazywania Złych Wiadomości posiada satysfakcjonujące wartości psychometryczne i może być używany w dalszych badaniach naukowych, jak również może być stosowany w praktyce psychologicznej.

4. **Lickiewicz, J.**, Hughes, P. P., Sałapa, K., Tychmanowicz, A., & Makara-Studzińska, M. (2019). Perceptions of Fear, Likelihood of Victimization, and Confidence About Dangerous Situations Among University Women in Poland. *Journal of Interpersonal Violence*. 36, (21-22), 10660- 10685. <https://doi.org/10.1177/0886260519888190>

Pierwszym celem badania była adaptacja i walidacja Skali Percepcji Sytuacji Niebezpiecznych PDSS (Hughes i in., 2003). Drugim było wykorzystanie nowo przetłumaczonej i walidowanej wersji PDSS do oceny poziomu lęku, prawdopodobieństwa i pewności siebie w niebezpiecznych sytuacjach wśród polskich studentek. W badaniu wzięło udział 208 kobiet w wieku od 19 do 27 lat ($X = 21,04$ $SD = 1,88$). Strukturę czynnikową skali sprawdzono w trzech obszarach:

- lęk przed niebezpiecznymi sytuacjami,
- prawdopodobieństwo wystąpienia niebezpiecznej sytuacji,
- pewność radzenia sobie z niebezpiecznymi sytuacjami.

Dodatkowo w badaniu wykorzystano Skalę Poczucia Własnej Skuteczności GSES (Juczyński, 2001) oraz Kwestionariusz Nadziei na Sukces KNS (Łaguna i in, 2005).

Do oceny adekwatności doboru próby do badania wykorzystano miarę Kaisera- Mayera- Olkina (KMO) (0,86) oraz test sferyczności Bartletta ($p < 0,01$). W celu wyodrębnienia czynników zastosowano analizę głównych składowych. W jej wyniku dla każdej ze skal narzędzia wykazano istnienie pięciu czynników, dla których współczynnik Cronbach alfa w każdej skali wynosił: dla Lęku przed przestępczością 0,7- 0,85, dla Prawdopodobieństwa 0,71- 0,87 i dla Pewności radzenia sobie- 0,66- 0,87.

Analizy wykazały, że w badanej grupie Lęk był słabo skorelowany z poczuciem własnej skuteczności ($r = -0,17$, $p < 0,01$). Wykazano jednak wyższą korelację między Pewnością siebie a skalą KNS Nadzieja ($r = 0,30$, $p < 0,001$), KNS Silna Wola ($r = 0,30$, $p < 0,001$) i poczuciem własnej skuteczności ($r = 0,32$; $p < .001$).

Ocenę całkowitego wpływu skal KNS Nadzieja, KNS Silnej Woli i GSES przeprowadzono na podstawie modelu wielowymiarowej regresji liniowej. Jedynym istotnym czynnikiem w modelu był związek z poczuciem własnej skuteczności, badanym skalą GSES ($p = 0,01$).

Wyniki badania pokazują, że skala PDSS może stanowić przydatne narzędzie w ocenie postaw wobec sytuacji niebezpiecznych oraz że cecha ta uwarunkowana jest poprzez korelaty osobowościowe.

5. Husum, T. L., Ruud, T., **Lickiewicz J.**, Siqveland, J. (2022) Measurement Properties of the Staff Attitude to Coercion Scale: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 13:744661. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.744661>.

Artykuł stanowi przegląd systematyczny dotyczący wartości psychometrycznych dotychczas opublikowanych prac związanych z kwestionariuszem postaw wobec środków przymusu (SACS). W tym celu przeszukano siedem baz danych. Z 81 znalezionych publikacji 13 spełniło wymagane kryteria włączenia. Poprawność metodologiczna została oceniona w oparciu o protokół COSMIN (COnsensus-based Standard for the selection of health Measurement INstruments). W wyniku analiz znaleziono dowody na odpowiednią trafność strukturalną i wewnętrzną spójność SACS, podczas gdy inne ważne właściwości pomiarowe nie zostały uwzględnione w żadnym z analizowanych badań. Należy zachować ostrożność przy interpretacji wyników SACS pod kątem takich aspektów jak wiarygodność, trafność kryterialna i błąd pomiaru.

SACS jest aktualnie jedynym kwestionariuszem mierzącym stosunek personelu do stosowania środków przymusu w ochronie zdrowia w związku z tym jest powszechnie wykorzystywany w badaniach naukowych, wymaga jednak dalszych prac w zakresie adaptacji jego poszczególnych wersji do uwarunkowań kulturowych kraju, w którym będzie wykorzystywany.

6. Zisberg A., **Lickiewicz J.**, Rogozinski A., Hahn S., Mabire C., Gentizon J., Malinowska-Lipień I., Bilgin H., Tulek Z., Merete Pedersen M., Andersen O., H. Hanna, Schönfelder B., Gillis K., J. Gilmartin M., Squires A. (2022), Adapting the geriatric institutional assessment profile for different countries and languages: A multi-language translation and content validation study, *International Journal of Nursing Studies*, 104283
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104283>

Celem badania było opisanie procesu realizowanego w siedmiu krajach i językach, którego celem było opracowanie prawidłowych i odpowiednich kulturowo tłumaczeń Geriatrycznego Profilu Oceny Instytucjonalnej (GIAP) (Fulmer i in, 2019).

Aby zrealizować ten cel, dokonano adaptacji instrumentów międzykulturowych i badania waldacji treści. Panel ekspertów składał się z 68 praktykujących pielęgniarek z siedmiu europejskich lub europejskich krajów stowarzyszonych (Austrii (język niemiecki), Belgii (holenderski), Danii (duński), Izraela (hebrajski), Polski (polski), Szwajcarii (niemiecki, francuski) i Turcji

(turecki) i ocenił znaczenie międzykulturowe, w tym tłumaczenie, Geriatrycznego Profilu Oceny Instytucjonalnej.

Tłumaczenie przeprowadzono w sposób systematyczny. Przeprowadzono walidację międzykulturową narzędzia ankietowego, w tym tłumaczenie wsteczne, adaptację i ocenę ważności treści przy użyciu technik indeksowania ważności (CVI) dla każdego kraju i języka, oraz ocenę tłumaczenia i trafności treści. Wyniki indeksu trafności treści pozycji oraz podskal zostały obliczone i skorygowane pod kątem zgodności między osobami oceniającymi dla wszystkich części GIAP: czterech podskal środowiska opieki geriatrycznej, podskali ogólnej wiedzy na temat osób starszych oraz klinicznej oceny geriatrycznej i podskali wiedzy.

Wszystkie wyniki CVI dotyczące trafności i tłumaczenia mieściły się w zakresie od „dobrego” do „doskonałego”. Wyniki CVI w geriatrycznej skali środowiskowej wynosiły od 0,84 do 0,94 dla trafności i od 0,82 do 0,98 dla całości tłumaczenia. Wyniki CVI w podskali wiedzy klinicznej z zakresu geriatrii wynosiły od 0,83 do 0,97 dla trafności i od 0,94 do 0,98 dla translacji. Skala ogólnej wiedzy na temat osób starszych uzyskała wysoką zgodność tłumaczenia (od 0,93 do 0,99), ale nieco niższe wyniki trafności- od 0,46 do 0,94.

Wyniki badań dostarczyły dowodów na trafność wieloczynnikowego pomiaru GIAP w różnych systemach opieki zdrowotnej, w językach niemieckim, holenderskim, duńskim, hebrajskim, polskim, francuskim oraz tureckim.

7. Wajda Z, Izydorczyk B., Sitnik-Warchulska K., Lizińczyk S., **Lickiewicz J.** (2022) Factor structure and psychometric properties of Polish version of Parental Bonding Instrument (PBI) among adults and adolescents. PLoS ONE 17(8): e0272617.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272617>

Celem prezentowanych badań była adaptacja narzędzia PBI (Parental Bonding Instrument). W pierwotnej wersji zawiera 25 pozycji, które są oceniane za pomocą 4-punktowej skali, umożliwiającej badanie retrospektywnego postrzegania więzi diadycznych z rodzicami. Posiada dwie wersje- oddzielnie dla ojca i matki (Parker i in, 1979).

Zebrano dane od 698 uczestników, w tym 473 dorosłych i 225 nastolatków. Przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową zarówno dla wersji matki, jak i ojca. Uzyskano trzy czynniki dla każdej z wersji, odpowiednio, dla ojców wyniki zawierały się w przedziale od 0,816 do 0,935. Jedynie w trzecim czynniku wersji dla matek uzyskano niższą wartość Cronbach alfa- 0,682.

Przeprowadzono badanie rzetelności poszczególnych czynników, stabilności w czasie (test-retest) oraz analizę trafności kryterialnej. Zarówno w grupie dorosłych, jak i młodzieży uzyskano strukturę trójczynnikową, akceptowalną rzetelność i stabilność w czasie, przy czym poszczególne pozycje łądzące trzy czynniki różniły się w poszczególnych grupach (dorośli-młodzież) i wersjach (matka-ojciec). Ponadto PBI korelowało ze skalą KPR-Roc (Kwestionariusz Restrospektywnej oceny postaw rodziców) (Plopa, 2008), wykazując tym samym zadowalającą trafność kryterialną.

5.2 Główne zainteresowania i osiągnięcia w zakresie prowadzonych badań przed otrzymaniem stopnia doktora

Moja aktywność naukowa przed uzyskaniem stopnia doktora była skoncentrowana na problematyce zachowań agresywnych z wykorzystaniem internetu. W tym zakresie opublikowałem siedem prac:

1. **Lickiewicz J.** (2005) Obraz hakera w oczach uczniów szkół średnich. *Annales UMCS, Sectio J, XVIII*, s. 205- 214.
2. **Lickiewicz J.** (2005) Psychological characteristic of persons committing computer crimes, w: *Z zagadnień nauk sądowych*, vol. LXI, s. 30- 37.
3. **Lickiewicz J., Markiewicz J., Wróblewski J.** (2007) Techniczne i psychologiczne aspekty przestępczości komputerowej wraz z przykładami badań kryminalistycznych, W: Kosiński J. (red.) *Przestępczość teleinformatyczna. X Seminarium naukowe*, Wydawnictwo WSPol: Szczytno, s. 183- 206.
4. **Lickiewicz J.** (2009). „Skryptowe dzieciaki” i „crackerzy” - nowe oblicza przestępczości komputerowej, W: Gulla B., Wysocka – Pleczyk M. (red.) *Przestępczość nieletnich*, Wydawnictwo UJ, Kraków, s. 127 – 136.
5. **Lickiewicz J.**, (2010). Rola psychologa w ściganiu przestępstw komputerowych. W: B. Gulla, I. Niewiadomska, M. Wysocka-Pleczyk (red.), *Białe plamy w psychologii sądowej*. Kraków: Wyd. UJ, 85-92.
6. **Lickiewicz, J.**, (2011). Hakerzy a osoby popełniające przestępstwa komputerowe W: B. Ledwoch (red.) *Wybrane problemy psychologii sądowej*, Lublin: Wyd. UMCS, 57- 68

7. **Lickiewicz, J.** (2011) Motywacja i osobowość sprawców przestępstw komputerowych- przegląd literatury, *Psychiatria i psychologia sądowa*, 3, 1/ 2011, 43- 50.

Dodatkowo, opublikowałem i byłem współautorem sześciu prac z zakresu psychologii zdrowia oraz psychologii ogólnej:

1. **Lickiewicz J.** (2004) Analiza porównawcza systemu wartości osób z chorobą alkoholową przed i po terapii, w: *Annales UMCS, Sectio J, XVII*, s. 215- 227.
2. Popek S., Bernacka E., **Lickiewicz J.** (2005) Kwestionariusz Twórczego Zachowania KANH III jako metoda diagnozowania postawy twórczej menedżera, w: *Edukacja ekonomistów i menedżerów*, 01, s. 35- 49.
3. **Lickiewicz J.** (2005) Cechy osobowości i inteligencja emocjonalna uczniów liceum a profil klasy, w : *Annales UMCS, Sectio J, XVIII*, s. 47- 58.
4. **Lickiewicz J.** (2006) Osobowość i motywacja osiągnięć osób trenujących sztuki i sporty walki, w: *Annales UMCS, Sectio J, XIX*, s. 133- 146.
5. **Lickiewicz J.** (2006) Psychologiczne aspekty samoobrony kobiet, W: Gwoździcka- Piotrowska M, Zdunak A. (red.) *Edukacja w społeczeństwie „ryzyka”*. Bezpieczeństwo jako wartość, Wyd. WSB: Poznań, s. 55- 62.
6. Lickiewicz B., Zwolińska-Wcisło M., **Lickiewicz J.**, Rozpondek P., Mach T. (2010). Znaczenie cech osobowości w procesie adaptacji do choroby u pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit, *Przegląd Gastroenterologiczny*, 5 (3): 157–163.
<https://doi.org/10.5114/pg.2010.14141>

5.3 Udział w programach finansowanych ze środków pozyskanych w trybie konkursowym

Udział w projektach zagranicznych:

- 2022- nadal- członek WG3 w projekcie ReMO „Researcher Mental Health Observatory” (CA 19117). Projekt finansowany w ramach funduszy COST. Projekt koncentruje się na dobrostanie i zdrowiu psychicznym osób, które pracują na uczelniach wyższych. Aby to

osiągnąć, należy m.in. zrozumieć mechanizmy funkcjonowania wsparcia psychologicznego dla pracowników akademickich i dokonać oceny ich skuteczności (WG3).

- 2020-nadal – członek Management Committee, Vice WG5, członek WG2 i WG4 w projekcie FOSTREN “Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services” (CA 19133). Projekt finansowany w ramach funduszy COST. Głównym celem projektu jest opracowanie praktyk i standardów dla ograniczenia stosowania środków przymusu bezpośredniego. W tym celu w poszczególnych grupach trwają prace nad analizą alternatyw dla stosowania przymusu (WG2) oraz opracowanie przeglądu systematycznego dotyczącego implementacji metod prewencji wobec zachowań agresywnych (WG4).
- 2020-2021- Kierownik projektu w Polsce, projekt „Citizens psychological distress and their perception of effectiveness and restrictiveness of national measures to prevent the spread of COVID-19 epidemic”. Projekt był finansowany ze środków EOSCsecretariat.eu (nr grantu 831644). Jego celem była ocena psychologicznych i społecznych konsekwencji wprowadzenia restrykcji związanych z COVID-19. W projekcie wzięło udział 11 krajów. Jednym z efektów projektu były trzy publikacje naukowe, omówione dokładniej w punkcie 5.1 autoreferatu (s. 21 i 23).

Udział w projektach polskich:

- 2018- 2022- Kierownik projektu "Adaptacja narzędzi służących ocenie zachowań agresywnych przez personel" (K/ZDS/007815/ N43/DBS/000066).
- 2015- 2017- Kierownik projektu „Zachowania agresywne i skuteczność zapobiegania przemocy na oddziałach psychiatrii” (K/ZDS/006182).
- 2011- 2014- wykonawca w projekcie „Psychopatia a procesy przetwarzania bodźców emocjonalnych” finansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki (2011-2014), Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego (2011/01/N/HS6/03196).

5.4 Współpraca międzynarodowa w tym z uczelniami/ośrodkami, z innymi ośrodkami w Polsce i zagranicznymi

- 2020- nadal- współpraca badawcza z Oslo Metropolitan University, Norwegia, w zakresie badań nad psychologicznymi czynnikami postaw wobec środków przymusu bezpośredniego w grupie personelu medycznego. W efekcie współpracy opublikowano dwa artykuły naukowe (jeden stanowi część cyklu, drugi omówiony w punkcie 5.1, s. 34). Obecnie trwają prace and publikacją dotyczącą kulturowych czynników determinujących decyzje o stosowaniu środków przymusu bezpośredniego.
- 2020- nadal- Kierownik projektu w Polsce, projekt "Nurse perspectives of frontline patient management during COVID-19 pandemic". Jego głównym celem jest ocena długofalowych konsekwencji pandemii COVID-19 na funkcjonowanie personelu medycznego. W projekcie bierze udział 38 krajów. Obecnie zespół badawczy tworzy „Global Consortium of Nursing and Midwifery Studies” (GCNMS). Projekt finansowany przez New York University, Rory Mayers College of Nursing (New York University Mega-Grants Initiative). Trwa analiza uzyskanych w pierwszej fazie wyników i przygotowania do publikacji naukowej.
- 2020- nadal- współpraca badawcza z University of Haifa, Izrael, w ramach badań związanych z adaptacją kulturową kwestionariusza GIAP. Efektem jest publikacja naukowa (omówiona w punkcie 5.1, s. 34). Trwają prace and wprowadzeniem kwestionariusza GIAP w placówkach ochrony zdrowia w poszczególnych krajach konsorcjum.
- 2019- nadal- Kierownik projektu w Polsce, projekt “The COVID wellbeing study: perceived coercion and psychological wellbeing during the Covid-19 pandemic”. Liderem projektu jest University College of London, Wielka Brytania. Celem była ocena wpływu pandemii na samopoczucie, radzenie sobie ze stresem i wzrost postraumatyczny. W badaniach niezależnie od siebie analizowano wyniki mieszkańców ośmiu krajów, obywateli oraz personelu medycznego. Aktualnie trwają analizy porównawcze uzyskanych danych i przygotowania wspólnej publikacji naukowej.
- 2016- 2022- współpraca z Oklahoma State University, Stany Zjednoczone Ameryki Północnej, w ramach projektów dotyczących psychologicznych aspektów poczucia bezpieczeństwa kobiet. Efektem współpracy jest artykuł naukowy dotyczący adaptacji narzędzia PDSS do warunków polskich (omówiony w punkcie 5.1 s. 33), współautorstwo ośmiu artykułów naukowych z zakresu zachowań agresywnych w ochronie zdrowia oraz badania porównawcze

postrzegania sytuacji niebezpiecznych w grupie studentek polskich i amerykańskich (artykuł w trakcie procesu recenzyjnego).

- 2015- 2021- współpraca z Uniwersyteckim Szpitalem w Bergen, Norwegia (Oddział Psychiatrii Sądowej). W jej ramach opublikowano dwie prace naukowe (omówione dokładniej w punkcie 5.1, s. 27), oraz współprowadzono warsztaty i wystąpienia konferencyjne (wymienione w punkcie 5.5. oraz 5.6).

5.5 Staże/pobyty w ośrodkach uniwersyteckich/medycznych krajowych i zagranicznych

W ramach podnoszenia swoich kwalifikacji odbyłem trzy staże zagraniczne:

- W 2016 roku przebywałem na pięciodniowym stażu w Bergen w Norwegii, Helse Bergen HF Haukeland universitetssjukehus (6-10.12.2016 r.) w szpitalu psychiatrycznym na oddziale psychiatrii sądowej. Celem stażu było poznanie organizacji pracy, struktury, standardów opieki, procedur oraz metod deeskalacji zachowań agresywnych. Wyjazd finansowany był z grantów stypendialno-szkoleniowych EEA grants (EFSS FSS/2016/SV/W/0147). Efektem stażu była sześcioletnia współpraca naukowa, (omówiona w punkcie 5.4).
- W 2019 roku odbyłem dwutygodniowy staż w Stillwater, w USA (15-30.07.2019 r.) w Kinestiology, Applied Health and Recreation w Oklahoma State University. Celem było poznanie systemu, metod i programów kształcenia na kierunkach medycznych, poznanie struktury organizacyjnej, aspektów etycznych i prawnych obowiązujących w nauczaniu studentów, ze szczególnym uwzględnieniem programów zapobiegania zachowaniom agresywnym. Jego efektem naukowym były wspólne badania dotyczące analizy porównawczej dotyczącej postrzegania sytuacji niebezpiecznych w grupie studentek polskich i amerykańskich (artykuł w trakcie procesu recenzyjnego).
- W 2022 roku odbyłem trzydniowy staż w Oslo, w Oslo Metropolitan University (08-10.05.2022 r.) był to szkoleniowy wyjazd w ramach projektu „Erasmus+ Mobilność z krajami programu” (Staff Mobility for Training). Jego celem było poznanie procedur, protokołów i innowacyjnych metod w prewencji zachowań agresywnych w opiece psychiatrycznej. Efektem naukowym stażu jest praca nad artykułem naukowym dotyczącym wpływu czynników kulturowych na postawy wobec stosowania środków przymusu.

W latach 2017-2022 odbyłem osiem zagranicznych wyjazdów studyjnych:

2017 rok

- Irlandia, Institute of Technology, Dudalk, spotkanie dotyczące współpracy w ramach projektu Erasmus+ (24-26.10.2017)

2018 rok

- Finlandia, Vaasa, spotkanie naukowe grupy EViPRG, wizyta studyjna w Szpitalu Psychiatrycznym w Vaasa (25-28.04.2018)

2019 rok

- Szwajcaria, Berno, spotkanie naukowe grupy EViPRG (03-05.04.2019)

2021 rok

- Hiszpania, Malaga, spotkanie naukowe WG2 w ramach projektu FOSTREN (COST 19133) (13-16.10.2021)

2022 rok

- Włochy, Bolonia, spotkanie naukowe WG4 w ramach projektu FOSTREN (COST 19133) (04-05.2022)
- Czechy, Praga, spotkanie naukowe w ramach projektu FOSTREN oraz EVIPRG (11-13.05.2022)
- Holandia, Amsterdam, spotkanie naukowe w ramach projektu FOSTREN (COST 19133), praca nad monografią „Violence in Clinical Psychiatry” (27.06.2022)
- Holandia, Rotterdam, spotkanie naukowe w ramach projektu FOSTREN (COST 19133) praca nad monografią „Violence in Clinical Psychiatry” (04-06.10.2022)

Dodatkowo, na zaproszenie organizatorów, prowadziłem trzy warsztaty w instytucjach zagranicznych:

- Norwegia, Halse Bergen, seminarium z zakresu postępowania w przypadku zachowań agresywnych wobec personelu (22-24.02.2018)
- Norwegia, Halse Bergen, seminarium z zakresu metod dydaktycznych w treningach zapobiegania zachowaniom agresywnym (24-25.05.2019)
- Holandia, Groningen, seminarium „Cultural diversity in using coercive measures”, w ramach FOSTREN Training School (28-30.09.2022)

5.6 Wystąpienia na konferencjach naukowych

Udział czynny w konferencjach/kongresach

Przed uzyskaniem stopnia doktora, brałem czynny udział w ośmiu krajowych konferencjach naukowych.

Po uzyskaniu stopnia doktora, wygłosiłem siedemnaście referatów w ramach konferencji krajowych oraz dziewięć na sympozjach międzynarodowych:

- Barwiński Ł, **Lickiewicz J.** „Recognition of emotional expressions by violent and non-violent psychopaths” The European Association of Psychology and Law (EAPL) 2013 Conference, Coventry University 3 – 6.09.2013, Coventry, Wielka Brytania
- **Lickiewicz J.** „The effectiveness of Violence and Aggression Management Program in the group of medical faculty students”, Fifth International Conference on „Violence in the Health Sector”, 26-28.10.2016, Dublin, Irlandia
- Nag T., **Lickiewicz J.**, Ravenger C. „TERMA- Therapeutic Management of Aggression” (Workshop), Fifth International Conference on „Violence in the Health Sector”, 26-28.10.2016, Dublin, Irlandia
- **Lickiewicz J.** “Effectiveness of Violence Prevention Program in group of Medical University Students”, „ENTMA08 Symposium “Promoting Rights and Managing Safety”, 19-21.05.2017, Kinkardine, Szkocja
- **Lickiewicz J.** „Attitudes towards aggression, perception of aggression in groups of somatic, psychiatric and students nurses-comparative analysis”, European Congress on Violence in Clinical Psychiatry “Creating collaborative care: a multi-partnership approach” 26-28.10.2017, Dublin, Irlandia
- Nag T., Fotland T., Holtskog T., Kjærvi K. & **Lickiewicz J.**„Evaluation of physical conflict management techniques; a step towards a national standard in mental Health

care in Norway” European Congress on Violence in Clinical Psychiatry “Creating collaborative care: a multi-partnership approach” 26-28.10.2017, Dublin, Irlandia

- **Lickiewicz J.**, „How to deal with aggressive behaviour?”, 2nd International Scientific and training conference „The art of Conversation is the basis of diagnosis”, 21-22 kwietnia 2018, Bydgoszcz, Polska
- **Lickiewicz J.**, Piotrowicz K.. „Impact of meteorological conditions on the use of physical coercion, towards patients”, ENTMA08 Syposium „Advances in Training: Evidence and Practice” 19-20.09.2019, Kraków, Polska
- Zisberg A., Rogozinski A, **Lickiewicz J.**, Hahn S., Mabire C., Gentizon J., Bilgin H., Tulek Z., Schönfelder B., , Gillis K. Mayer H., J. Gilmartin M. „Promoting-Age Friendly Healthcare: Translation and Validation of the Geriatric Institutional Assessment Profile Into Seven Languages”, Sigma’s 33rd International Nursing Research Congress, Edynburg, Szkocja.

Swoje badania prezentowałem w formie posterów na dwóch konferencjach międzynarodowych:

- **Lickiewicz J.**, Serdenicki W., Zasada E. „Breaking bad news- how to improve communication?” European Resuscitation Council Symposium, Kraków, 25-26.10.2013
- Starowicz-Filip A., Bętkowska-Korpała B., Pastuszek A., Gierowski J., Błaszczuk E., Prochwicz P., **Lickiewicz J.**, „The Relationship Between Psychopathy And Executive Dysfunction” XVI World Congress of the World Psychiatry Association Madryt, Hiszpania, 14- 18 09.2014

5.7 Działalność w Towarzystwach Naukowych

- Członek EVIRG (European Violence in Psychiatry Research Group)
- Członek ENTMA 08 (European Network of Training in the Management of Aggression)

5.8 Odznaczenia

- **2018 rok** – odznaczenie medalem brązowym za Długoletnią Służbę

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

6.1 Osiągnięcia dydaktyczne

Prowadzę zajęcia na kierunkach pielęgniarstwo, położnictwo, fizjoterapia, ratownictwo medyczne, elektroradiologia oraz na wydziale lekarskim.

Moja działalność dydaktyczna jest wysoko oceniana przez studentów- wyniki anonimowych ankiet dydaktycznych w latach 2013-2021 zawierają się w przedziale 94- 98 punktów na 100 możliwych do zdobycia.

Prowadzę zajęcia z przedmiotów:

- Psychologia – na kierunku Pielęgniarstwo, wykłady,
- Psychologia zdrowia – na kierunku Pielęgniarstwo, wykłady
- Psychologia zdrowia- na kierunku Elektroradiologia, wykłady i ćwiczenia,
- Psychologia człowieka chorego- na kierunku Elektroradiologia, wykłady i ćwiczenia,
- Sposoby radzenia sobie z przemocą- na kierunkach Pielęgniarstwo i Fizjoterapia, wykłady i ćwiczenia,
- Psychofizyczne aspekty samoobrony- na kierunku Ratownictwo medyczne oraz Wydziale Lekarskim.

Od 2011 roku prowadzę zajęcia dydaktyczne na Wydziale Psychologii i Nauk Humanistycznych w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza- Modrzewskiego (kierunki: Psychologia oraz Prawo) oraz od 2022 na kierunku Bezpieczeństwo narodowe w Wyższej Szkole Finansów i Prawa w Bielsku- Białej.

Od 2015 roku prowadzę zajęcia w języku angielskim dla studentów Szkoły Medycznej dla Obcokrajowców CMUJ z przedmiotu „How to deal with patients aggression”.

Jestem autorem książki „Agresywny pacjent. Metody i techniki postępowania” (Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2017), która porusza zagadnienia postępowania w

przypadku zachowań trudnych z perspektywy psychologicznej i radzenia sobie z zagrożeniami natury fizycznej w pracy personelu medycznego.

Jestem autorem i współautorem czterech rozdziałów w podręcznikach:

1. **Lickiewicz J.** (2017) Komunikacja z pacjentem agresywnym, W: Makara- Studzińska M. (red.) Komunikacja w opiece medycznej, Medical Education, Warszawa, 97-114.
2. **Piskorz A., Lickiewicz J., Makara-Studzińska M.** (2022) Zespół terapeutyczny a bezpieczeństwo pacjenta, W: Noppenberg M., Bodys- Cupak I., Kózka M. (red.) Bezpieczeństwo pacjenta w opiece zdrowotnej, PZWL, Warszawa, 19-44.
3. **Lickiewicz J., Piskorz A., Wojtas K., Makara-Studzińska, M.** (2022). Komunikowanie się z pacjentem w zespole terapeutycznym. W: Noppenberg M., Bodys- Cupak I., Kózka M. (red.) Bezpieczeństwo pacjenta w opiece zdrowotnej, PZWL, Warszawa, 45-61.
4. **Lickiewicz J., Malinowska- Lipień I., Makara Studzińska M.** (2022) Uczenie się na błędach a czynnik ludzki, W: Noppenberg M., Bodys- Cupak I., Kózka M. (red.) Bezpieczeństwo pacjenta w opiece zdrowotnej, PZWL, Warszawa, 103- 118.

Inne aspekty działalności dydaktycznej:

- Autor kursów z zakresu radzenia sobie z zachowaniami trudnymi w ochronie zdrowia,
- Prowadzący wykłady i seminaria w ramach specjalizacji z pielęgniarstwa internistycznego i chirurgicznego (organizator: Wydział Nauk o Zdrowiu UJCM, Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krakowie)
- Autor i koordynator kursu „Zapobieganie zachowaniom agresywnym wobec personelu medycznego” (organizator: Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego UJCM)

6.2 Promotorstwo

- Byłem promotorem pomocniczym zakończonego przewodu doktorskiego:

Temat rozprawy doktorskiej: „„Efficacy of health coaching in patients with a chronic hepatitis C virus liver disease”, promotor: prof dr hab. Tomasz Brzostek, doktorantka: Joanna Sułkowska, praca obroniona w 2020 roku.

- Byłem promotorem 33 prac, w tym 3 licencjackich i 30 magisterskich na kierunku Pielęgniarstwo i Położnictwo.

6.3 Osiągnięcia organizacyjne

Pełnione funkcje w Uniwersytecie Jagiellońskim Collegium Medicum

- 2013-2014- Koordynator ds. współpracy z Dowództwem Wojsk Specjalnych (w ramach uprawnień Pełnomocnika Rektora UJ ds. współpracy z DWS).
- 2014-2015- Koordynator Rektora UJCM ds. współpracy z Wojskowym Centrum Kształcenia Kadr Medycznych w Łodzi.

Organizacja konferencji:

- Członek komitetu organizacyjnego IV Sympozjum Naukowo- Szkoleniowego „Rola grupa Balinta w doskonaleniu kontaktu terapeutycznego”, Kraków, 22-23.09.2012.
- Członek komitetu organizacyjnego V Sympozjum Naukowo- Szkoleniowego „Rola grupa Balinta w doskonaleniu kontaktu terapeutycznego”, Kraków, 21-22.09.2013.
- Członek komitetu organizacyjnego Międzynarodowej Konferencji naukowo- szkoleniowej „Innowacyjność w kształceniu, praktyce pielęgniarstwa i badaniach naukowych. 90-lecie powstania Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek i Opiekunek Zdrowia w Krakowie, Kraków, 11.12.09.2015.
- Członek komitetu naukowego konferencji naukowo- szkoleniowej „Pielęgniarstwo psychiatryczne. Między ideą i codziennością”, Warszawa, 19.05.2018.
- Przewodniczący lokalnego komitetu organizacyjnego konferencji międzynarodowej „Advances in training: evidence and practice”, 19-20.09.2019, Kraków.
- Organizator spotkania w ramach programu „Horizon Weeks”, mającego na celu prace nad stworzeniem konsorcjum i aplikację o fundusze europejskie, 02-04.10.2019, Niepołomice
- Członek komitetu naukowego ogólnopolskiej konferencji seksuologicznej „Edukacja seksualna wyzwaniem współczesnej opieki zdrowotnej”, 26.11.2022, Kraków.

Udział w Komitecie redakcyjnym czasopisma

- International Journal of Nursing Studies- „Improving Care for Older People”- Special Issue Editor (Punkty MNiSW: 200, IF: 6,61).

6.4 Osiągnięcia popularyzujące naukę

Recenzent artykułów w czasopismach:

Liczba recenzowanych publikacji (w nawiasie liczba punktów MNiSW czasopisma):

Recenzje po uzyskaniu stopnia doktora	w języku polskim	w języku angielskim
Annals of Psychology (70 pkt)	0	1
Buildings (70 pkt)	0	1
Frontiers in Psychology (70 pkt)	0	1
Frontiers in Public Health (100 pkt)	0	1
Healthcare (40 pkt)	0	1
International Journal of Environmental Research and Public Health (140 pkt)	0	9
International Journal of Nursing Studies (200 pkt)	0	1
Nursing Open (100 pkt)	0	1
Psychiatria Polska (100 pkt)	0	7
Psychiatry International	0	1
Psihologija (40 pkt)	0	1
Ogółem	0	25

6.5 Inne aspekty działalności popularyzujących naukę

Działalność popularyzująca naukę:

- Autorstwo cyklu artykułów w „Magazynie Pielęgniarki i Położnej” dotyczących bezpieczeństwa personelu medycznego” (16 związanych z zachowaniami agresywnymi, jeden- psychologicznymi konsekwencjami COVID-19).
- Prowadzenie wykładów i seminariów w ramach specjalizacji z pielęgniarstwa internistycznego i chirurgicznego (organizator: Wydział Nauk o Zdrowiu UJCM, Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krakowie)

- Kierownik projektu tłumaczenia i adaptacji kulturowej strategii Safewards do warunków polskich. Projekt prowadzony w ramach środków własnych. Dzięki niemu całość modelu jest dostępna w języku polskim i może być implementowana w ochronie zdrowia bez dodatkowych kosztów ze strony użytkowników. Adres strony: www.safewards.net
- Tłumaczenie narzędzi BVC (Broset Violence Checklist) oraz SOAS-R (Staff Observation Aggression Scale- Revised). Narzędzia służące do oceny ryzyka zachowań agresywnych i opisu incydentu są obecnie dostępne dla personelu polskiego. Adres strony BVC z polską wersją narzędzia: www.riskassessment.no
- Prowadzenie szkoleń i warsztatów z zakresu prewencji wobec zachowań agresywnych w placówkach ochrony zdrowia (organizator: Grupa PWN)
- Prowadzenie warsztatów i wykładów w ramach Festiwalu Nauki w Krakowie

7. Inne informacje ważne z punktu widzenia kariery zawodowej

Doświadczenie zawodowe:

- 2013- 2015- psycholog konsultujący na Oddziale Intensywnej Terapii, Centrum Urazowe Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Kraków
- 2015- 2018- psycholog, Poradnia Zdrowia Psychicznego, Radziszów

Jakub Lickiewicz
(podpis)

Literatura cytowana

- Ajzen, I. (2020). The theory of planned behavior: Frequently asked questions. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2(4), 314-324.
- Arifwidodo, S.D. Chandrasiri, O. (2020) Urban heat stress and human health in Bangkok, Thailand. *Environ. Res*,185, 109398.
- Baumgardt, J., Jäckel, D., Helber-Böhlen, H., Stiehm, N., Morgenstern, K., Voigt, A., ... & Weinmann, S. (2019). Preventing and reducing coercive measures—an evaluation of the implementation of the Safewards model in two locked wards in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 340.
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(6), 499-508.
- Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D., & Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International journal of nursing studies*, 52(9), 1412-1422.
- Duxbury, J., Hahn, S., Needham, I., & Pulsford, D. (2008). The Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS): a cross-national comparative study. *Journal of Advanced Nursing*, 62(5), 596-606.
- Efkemann SA, Scholten M, Bottlender R, Juckel G, Gather J. (2021) A German version of the staff attitude to coercion scale. Development and Empirical Validation. *Front Psychiatry*. 11:573240. doi: 10.3389/fpsyt.2020.573240
- Fletcher, J., Spittal, M., Brophy, L., Tibble, H., Kinner, S., Elsom, S., & Hamilton, B. (2017). Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International journal of mental health nursing*, 26(5), 461-471.
- Fulmer, T., Boltz, M., Fletcher, K., Fairchild, S., Bottrell, M. M., & D'Amico, C. O. (2019). The Geriatric Institutional Assessment Profile: From Testing to Monitoring Change. In I. Abraham, M. Mezey, & T. Fulmer (Eds.), *NICHE™ : Nurses Improving Care for Healthsystems Elders* (1st edition, pp. 65–79). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826170828.0006>
- Hughes, P. P., Sherrill, C., Myers, B., Rowe, N., & Marshall, D. (2003). Self-defense and martial arts evaluation for college women: Preliminary validation of perceptions of dangerous situations scale. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 74(2), 153-164.

- Husum T.L., Finset A., Ruud T. (2008) The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): reliability, validity and feasibility. *Int J Law Psychiatry*. 31:417–22. doi: 10.1016/j.ijlp.2008.08.002
- Kiejna A., Jakubczyk M.H., Gondek T.M., Rajba, B. (2020) The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS)-Polish adaptation. *Psychiatria Polska*. 54:113–24. doi: 10.12740/PP/102438
- Jansen G, Dassen T, Moorer P. (1997) The perception of aggression. *Scand J Caring Sci*; 11(1): 51–55.
- Jansen, G. J., Middel, B., & Dassen, T. W. (2005). An international comparative study on the reliability and validity of the attitudes towards aggression scale. *International Journal of Nursing Studies*, 42(4), 467-477.
- Juczyński Z. (2001) *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.
- Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. (2009) *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.
- Lickiewicz J., Sałapa K., Musiał Z., Dzikowska M. (2018) Perception of aggression scale (POAS) – preliminary study. *Piel Pol.* ;1(67):78–83. DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2018.10>
- Łaguna, M., Trzebiński, J., & Zięba, M. (2005). *Kwestionariusz Nadziei na Sukces KNS: Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. (1999) *MBI: Maslach burnout inventory*. CPP, Incorporated, Sunnyvale, CA.
- McWilliams, S.; Kinsella, A.; O’Callaghan, E. (2013) The effects of daily weather variables on psychosis admissions to psychiatric hospitals. *Int. J. Biometeorol.*, 57, 497–508.
- Mott, A.; Walton, J.; Harries, L.; Highfield, P.; Bleetman, A.; Dobson, P. (2012) Personal Defence Training in a Medium Secure Unit—A Pilot Study. *J. Ment. Health Train. Educ. Pract*, 7, 200–213.
- Nijman H.L., Muris P., Merckelbach H.L., Palmstierna T., Wistedt B., Vos A.M., et al. (1999) The staff observation aggression scale-revised (SOAS-R). *Aggr Behav*. 1999;25(3):197-209.
- Needham I., Abderhalden C., Halfens R.J.G., et al. (2005) The Impact of Patient Aggression on Carers Scale: instrument derivation and psychometric testing. *Scand J Caring Sci*; 19(3): 296–300, doi: 10.1111/j.1471-6712.2005.00344.x,
- Oniszczenko, W. (2020) Affective Temperaments and Meteoropathy Among Women: A Cross-sectional Study. *PLoS ONE*, 15, e0232725.

- Parker G., Tupling H, Brown L.B. (1979) A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*. 1979;52: 1–10. doi:10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x
- Plopa M. (2008) *Kwestionariusz Retrospektywnej Oceny Postaw Rodziców*. VIZJA PRESS & IT; Warszawa.
- Ridley, J., & Leitch, S. (2019). Restraint reduction network: Training standards. *Ethical training standards to protect human rights and minimise restrictive practices*, BILD Publications, Birmingham.
- Rinderu, M.I.; Bushman, B.J.; Van Lange, P.A. (2018) Climate, aggression, and violence (CLASH): A cultural-evolutionary approach. *Curr. Opin. Psychol.* **2018**, 19, 113–118.
- Rogerson, M., Haines-Delmont, A., McCabe, R., Brown, A., & Whittington, R. (2021). The relationship between inpatient mental health ward design and aggression. *Journal of Environmental Psychology*, 77, 101670.
- Szymoń J, Bartczuk R. (2011) Skala Centralności Postawy Religijnej W. Prężyny W: Jarosz M. (red.) *Psychologiczny pomiar religijności*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.
- Talaei, A., Hedjazi, A., Rezaei Ardani, A., Fayyazi Bordbar, M. R., & Talaei, A. (2014). The relationship between meteorological conditions and homicide, suicide, rage, and psychiatric hospitalization. *Journal of forensic sciences*, 59(5), 1397-1402.
- Winstanley, S. Whittington, R. (2004) Aggressive encounters between patients and general hospital staff: Staff perceptions of the context and assailants' levels of cognitive processing. *Aggress. Behav.*, 30, 534–543.
- Yackerson, N.S. Zilberman, A. Todder, D. Kaplan, Z. (2013) The influence of air-suspended particulate concentration on the incidence of suicide attempts and exacerbation of schizophrenia. *Int. J. Biometeorol.*, 58, 61–67.
- Zawadzki B, Strelau J, Szczepaniak P, Śliwińska M. (1998) Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy McCrae.: Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.