

dr hab. Joanna Moryś

Gdańsk, 27 kwietnia 2026r

Gdański Uniwersytet Medyczny

Wydział Nauk o Zdrowiu

**Recenzja dorobku naukowego w postępowaniu habilitacyjnym
dr n. społ. Stanisława Maksymowicza w dziedzinie nauk medycznych i nauk o
zdrowiu, w dyscyplinie nauki o zdrowiu.**

Recenzja została wykonana na zlecenie Przewodniczącego Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Pana prof. dr hab. Roberta Gałązkowskiego oraz na mocy uchwały Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z dnia 17. lutego 2026r dotyczącej powołania Komisji habilitacyjnej do przeprowadzenia postępowania w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego **dr Stanisławowi Maksymowiczowi**.

SYLWETKA NAUKOWA HABILITANTA

Pan Stanisław Maksymowicz jest absolwentem kierunku Socjologia, Wydziału Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego. W 2016r uzyskał tytuł doktora nauk społecznych na podstawie rozprawy pt. „Mandatoryjna zmiana społeczna. Studium przelączenia na cyfrowe nadawanie telewizji” napisanej pod kierunkiem prof. dr hab. Krzysztofa Kosety.

Dotychczasowe życie zawodowe Autora związane jest z Szkołą Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, gdzie pracuje od czasu ukończenia studiów, aktualnie na etacie adiunkta. Równocześnie pracował jako badacz w SP ZOZ Szpitala MSWiA w Głucholazach, gdzie w latach 2023-2024 był konsultantem ds. wykluczenia oraz wsparcia psychologicznego pacjentów w projekcie badawczym i w Instytucie Terapii Komórkowych S.A. w Olsztynie, gdzie w latach 2016-

2022 zajmował się badaniem możliwości zastosowania komórek macierzystych mezenchymalnych Whartona w leczeniu pacjentów ze stwardnieniem zanikowym bocznym oraz jako wykładowca w Uczelni Medycznej im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie (w latach 2020 – 2023) i na wydziale Medycznym Uczelni Łazarskiego (w latach 2017-2018).

OMÓWIENIE I OCENA OSIĄGNIĘCIA NAUKOWEGO BĘDĄCEGO PRZEDMIOTEM POSTĘPOWANIA HABILITACYJNEGO

Dr n spot. Stanisław Maksymowicz ubiega się o nadanie stopnia naukowego doktora habilitowanego w Dziedzinie nauki medyczne i nauki o zdrowiu na podstawie dorobku naukowego oraz osiągnięcia naukowego będącego cyklem 5 oryginalnych publikacji naukowych noszących zbiorczy tytuł „Wyzwania funkcjonowania pacjentów i pracy personelu medycznego w chorobie rzadkiej: społeczna i medyczna trajektoria stwardnienia zanikowego bocznego”.

Publikacje ukazały się w latach 2020 – 2024. Łączny współczynnik IF wynosi 15,269, a MNiSzW= 380. Cztery prace zostały opublikowane w języku angielskim, są one przygotowane we współautorstwie i Kandydat jest w nich pierwszym autorem

1. Maksymowicz, S.: Niewidzialni: Cierpienie, wykluczenie i adaptacja w chorobach rzadkich. *Kultura I Społeczeństwo*, 2024, 68(4): 93–117
2. Maksymowicz S., Siwek T.: Diagnostic odyssey in amyotrophic lateral sclerosis: diagnostic criteria and reality. *Neurological Sciences*. 2024, styczeń; 45(1): 191–196.
3. Maksymowicz S., Libura M., Malarkiewicz P.: Overcoming therapeutic nihilism. Breaking bad news of amyotrophic lateral sclerosis - a patient-centred perspective in rare diseases. *Neurological Sciences*. 2022, lipiec; 43(7): 4257–4265.
4. Maksymowicz S., Kukołowicz P., Siwek T., Rakowska A.: Validation of the revised Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale in Poland and its reliability in conditions of the medical experiment. *Neurological Sciences*. 2021, marzec; 42(3): 943–949.

5. Barczewska M., Maksymowicz S. (aut. koresp.), Zdolińska-Malinowska I., Siwek T., Grudniak M.: Umbilical cord mesenchymal stem cells in amyotrophic lateral sclerosis: an original study. *Stem Cell Reviews and Reports*. 2020, październik; 16(5): 922–932.

Cykl badań obejmuje obszary, które układają się chronologicznie i dotyczą początkowego etapu choroby i diagnozy obserwowanej z perspektywy klinicznej oraz z perspektywy pacjenta, adaptacji do choroby, a także leczenia.

W pracy *Diagnostic odyssey in amyotrophic lateral sclerosis: diagnostic criteria and reality*” (Odyseja diagnostyczna w stwardnieniu zanikowym bocznym: kryteria diagnostyczne i rzeczywistość) Autor opisał przebieg diagnozy ALS: ile czasu upływa od dostrzeżenia pierwszych objawów choroby do postawienia prawidłowej diagnozy, jakie czynniki wydłużają proces diagnostyczny oraz jakie inne choroby były diagnozowane i leczone przez postawieniem właściwego rozpoznania.

W badaniu analizowano przebieg procesu diagnostycznego 24 pacjentów, 15 mężczyzn i 9 kobiet w wieku od 40 do 69 lat. Analiza wyników pokazała, że mediana czasu od pojawienia się pierwszych objawów do diagnozy SLA wynosiła 12 miesięcy, średnia 19,75 miesiąca (3 – 106 miesięcy).

Jedynie 5 osób prawidłowe rozpoznanie poznało w ciągu 6 miesięcy, a najdłuższy czas procesu diagnostycznego był związany z nietypowym przebiegiem choroby. Wydłużony czas postawienia rozpoznania zależał od objawów, które występowały na początku choroby (dłużej czekali pacjenci z objawami kończynowymi), płci i wykształcenia (dłuższy czas oczekiwania na diagnozę dotyczył mężczyzn i osób z wyższym wykształceniem). Aż 83% przed właściwym rozpoznaniem otrzymało diagnozę innej choroby: boreliozy, zaburzeń układu nerwowego wymagających interwencji neurochirurgicznej lub zaburzenia psychicznego. U części chorych błędne diagnozy stawiano kilkakrotnie. Ponad 41% pacjentów było leczonych na choroby, których nie mieli odwołując tym samym moment rozpoczęcia właściwej terapii. U jedynie 4 pacjentów prawidłowa diagnoza została postawiona w pierwszej kolejności. Jednocześnie 33% chorych podejrzewało u siebie SLA, ale lekarze rzadko brali to pod uwagę.

Przeprowadzone badanie potwierdziło występowanie odysei diagnostycznej chorych z SLA. Przyczyny długiego czasu oczekiwania na postawienie prawidłowego rozpoznania tkwią przede wszystkim w długim oczekiwaniu na badania, wyniki badań i wizyty lekarskie oraz błędnych rozpoznaniach. Konieczna jest zatem modyfikacja edukacji studentów studiów medycznych, szczególnie w zakresie przeprowadzania dokładnego wywiadu i dopracowanie kryteriów diagnostycznych, aby zwiększyć szansę na szybsze postawienie prawidłowej diagnozy oraz zmiana organizacji systemu ochrony zdrowia, aby skrócić czas oczekiwania na badania i konsultacje lekarskie.

Praca „Overcoming therapeutic nihilism. Breaking bad news of amyotrophic lateral sclerosis - a patient-centred perspective in rare diseases” (Przewyciężanie nihilizmu terapeutycznego. Przekazywanie złych wiadomości o stwardnieniu zanikowym bocznym – perspektywa skoncentrowana na pacjencie w chorobach rzadkich) koncentruje się na problemie informowania chorego o diagnozie stwardnienia zanikowego bocznego. Przeanalizowano odpowiedzi 24 pacjentów (tych samych co w poprzednim badaniu) na 5 pytań otwartych dotyczących ich doświadczeń związanych z procesem przekazywania diagnozy. Oceniano czy i w jakim stopniu przekazując informację o diagnozie opierano się na protokole SPIKES (*Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions/Empathy, Strategy/Summary*), który określa wymogi przeprowadzenia takiej rozmowy. Wg. protokołu należy przygotować się do rozmowy wybierając odpowiednie miejsce i czas (*Setting*), rozpoznać co pacjent (lub/i jego bliscy) wie na temat choroby i upewnić się jak ją postrzega (*Perception*), ustalić w jakim zakresie przedstawić informacje o chorobie (*Invitation*), stosownie do tego w zrozumiały sposób przedstawić informacje (*Knowledge*), biorąc pod uwagę emocje pacjenta udzielając mu jednocześnie wsparcia emocjonalnego (*Emotions/Empathy*) i na koniec podsumować najważniejsze informacje, przedstawić plan postępowania i upewnić się czy pacjent rozumie i akceptuje dalsze działania (*Strategy/Summary*).

Analiza uzyskanych od pacjentów odpowiedzi wskazuje, że często wskazywanym problemem był brak, w trakcie rozmowy z lekarzem, bliskiej osoby (w przypadku ponad 80% osób), przeprowadzenie rozmowy w przypadkowym miejscu (np. na sali w obecności innych pacjentów, na korytarzu, czy przy drzwiach gabinetu lekarskiego), przekazywanie informacji w sposób niedelikatny i pozbawiający nadziei (pacjent miał

„umrzeć przez uduszenie”), bez odniesienia do emocji i wcześniejszej wiedzy pacjenta, brak przekazania (wyczerpujących) informacji / materiałów na temat choroby, leczenia (w tym badań klinicznych, czy leczenia eksperymentalnego) i możliwości uzyskania wsparcia. Problemem często poruszonym przez badanych było skupienie się personelu na neurobiologicznych aspektach choroby, a nie na praktycznych aspektach życia z nią. Niektórzy pomijali sposób życia z chorobą, wskazując na przewidywalny czas trwania i skupiając się na sposobie zgonu: „w najgorszym przypadku masz od 3 do 6 miesięcy” lub „masz 2-5 lat do śmierci przez uduszenie”.

Analiza historii chorych wskazuje, że personel medyczny często nie jest odpowiednio przygotowany do przekazywania informacji o poważnych chorobach i nie ma osobistych kompetencji do radzenia sobie z trudnymi emocjami pacjenta. Istotne znaczenie ma, aby informacje o chorobie były przekazywane w sposób zrozumiały dla pacjenta i obejmowały także informacje o możliwych formach wsparcia, rehabilitacji, badaniach klinicznych i terapiach eksperymentalnych. Dla pacjentów w dramatycznej sytuacji zdrowotnej niezwykle ważne jest przedstawienie planu leczenia, obejmującego rehabilitację, a w przypadku leczenia paliatywnego zapewnienie choremu poczucia opieki, nadziei i celu.

Trzecią pracą jest publikacja pt. „Validation of the revised Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale in Poland and its reliability in conditions of the medical experiment” (Walidacja zrewidowanej skali oceny funkcjonalnej stwardnienia zanikowego bocznego w Polsce i jej wiarygodność w warunkach eksperymentu medycznego). Jest to pierwsza polska walidacja zrewidowanej wersji skali ALSFRS-R, która jest podstawowym narzędziem klinicznym przeznaczonym do monitorowania postępu niepełnosprawności i oceny stanu funkcjonalnego pacjentów ze stwardnieniem zanikowym bocznym. Narzędzie zostało stworzone przez J.M. Cedarbaum, składa się z 12 pytań i ocenia funkcje mowy, połykania, samoobsługi oraz mobilność. Na każde z pytań można udzielić 5 odpowiedzi od 0 (największy deficyt) do 4 (brak deficytu), zatem pacjent może uzyskać od 0 do 48 punktów. Badanie z wykorzystaniem kwestionariusza ALSFRS-R przeprowadzono u 60 chorych. Każdy z pacjentów kilkakrotnie (4-7 razy) wypełniał kwestionariusz, co dało w sumie 327 obserwacji. Badanie uzupełniono wynikami 3-krotnego testu logopedycznego. Podczas analizy statystycznej zastosowano

strukturę czteroczynnikową: 1) mowa i potykanie, 2) motoryka mała (pisanie, jedzenie, ubieranie się i higiena), 3) motoryka duża (obracanie się w łóżku i poprawianie pościeli, chodzenie, wchodzenie po schodach) oraz 4) funkcje oddechowe (duszność, ortopnoe, niewydolność oddechowa). Analiza statystyczna do której zastosowano eksploracyjną analizę czynnikową oraz współczynnik alfa Cronbacha potwierdziła, że zrewidowana polska skala ALSFRS-R jest wiarygodna jako narzędzie do oceny stanu zdrowia pacjentów z SLA. Jednocześnie analiza korelacji rang Spearmana pomiędzy oceną mowy i potykania uzyskaną w testach neurologopedycznych, a odpowiadającymi im pytaniami z ALSFRS-R wykazała bardzo wysoką korelację (dla mowy 0,86, dla potykania 0,90 przy poziomie istotności statystycznej poniżej 0,001).

Przeprowadzona analiza ujawniła jednakże problemy związane z wystandaryzowanymi pomiarami klinicznymi. Często zdarza się, zwłaszcza w przypadku dłuższych kwestionariuszy, że pozostawia się je pacjentom do samodzielnego wypełnienia. Nie wszyscy pacjenci rozumieją pytania i są w stanie obiektywnie ocenić własne funkcjonowanie przez co nie zawsze są w stanie zaznaczyć właściwą odpowiedź. Innym problemem są kulturowe i społeczne uwarunkowania rozumienia niektórych pytań, czy postrzeganie ich jako drażliwych co wpływa na udzielane odpowiedzi.

Podsumowując walidacja skali ALSFRS-R dostarcza rzetelnego narzędzia klinicznego umożliwiającego ocenę stanu funkcjonalnego, ocenę efektów interwencji klinicznych oraz monitorowanie postępu niepełnosprawności w grupie polskich pacjentów z SLA. Jednocześnie obserwacje trudności związanych z przeprowadzaniem wywiadu diagnostycznego i badań kwestionariuszowych pozwalają lepiej przygotować studentów kierunków medycznych do zbierania wywiadu.

Kolejna publikacja pt. „Niewidzialni: Cierpienie, wykluczenie i adaptacja w chorobach rzadkich” dotyczy sposobów w jaki pacjenci z chorobami rzadkimi, na przykładzie historii osób z SLA oraz opiekunów dzieci z zespołem Pradego-Willego (PWS), adaptują się do choroby. Informacje od opiekunów dzieci z PWS zebrano techniką zogniskowanego wywiadu grupowego, który ze względu na pandemię COVID-19 przeprowadzono zdalnie korzystając z platformy ZOOM. Przeprowadzono 4 wielogodzinne wywiady grupowe: 3 wywiady z 15 matkami i 1 wywiad z 2 ojcami. Grupy fokusowe podzielono wg płci uczestników i wieku podopiecznego (młodsze dzieci,

nastolatki i osoby dorosłe). Wywiady z opiekunami dotyczyły 4 podstawowych zagadnień: wyzwań i barier związanych z funkcjonowaniem dziecka i opiekuna, procesu uzyskania orzeczenia o niepełnosprawności, wpływu PWS u dziecka na życie rodzinne oraz rekomendacji dla rodziców.

Uzyskane wyniki odniesiono do koncepcji trajektorii i podzielono na stadia, gdzie pierwszym stadium jest gromadzenie potencjału trajektoryjnego (będącego następstwem zdarzeń i decyzji życiowych), drugim stadium jest wejście w trajektorię (co wiąże się z zależnością od choroby). Wejściu w trajektorię towarzyszą skrajne emocje i często próby odwrócenia trajektorii, które objawiają się poszukiwaniem alternatywnych diagnoz, nowych terapii oraz sposobów powstrzymania wpływu choroby na codzienne życie. Trzecie stadium wiąże się z adaptacją i podejmowaniem prób radzenia sobie z życiem codziennym, które trwają aż do śmierci chorego. W sytuacji, gdy choroba jest nieuleczalna adaptacja nie zatrzymuje trajektorii cierpienia związanej z kolejnymi objawami i ograniczeniami prowadząc do koncentracji na chorobie i zaniedbywaniu innych obszarów. Konsekwencją tego jest popadanie w przebiegającą równoległe do trajektorii adaptacji trajektorię wykluczenia z szerszego życia społecznego. Życie staje się zdominowane przez reżimy medyczne co prowadzi do kolejnego stadium trajektorii polegającego na zatamaniu się organizacji życia codziennego i orientacji wobec samego siebie.

Analizy uzyskanych badań wskazują, że negatywna adaptacja związana jest często z brakiem wsparcia ze strony instytucji leczniczo-opiekuńczych, czy edukacyjnych, a rzadki charakter choroby prowadzi do wyjątkowych reakcji społecznych: niedowierzania (także po stronie specjalistów), odrzucenia i ograniczenia wsparcia (np. ze względu na kosztowne terapie), czy negatywnych reakcji związanych z niepełnosprawnością.

Ostatnia praca pt. „Umbilical cord mesenchymal stem cells in amyotrophic lateral sclerosis: an original study” (Mezenchymalne komórki macierzyste pochodzące ze sznura pępowinowego w stwardnieniu zanikowym bocznym: badanie oryginalne) jest opisem wyniku eksperymentalnej terapii w SLA.

Mimo wieloletnich badań SLA nadal jest chorobą nieuleczalną. Leki zarejestrowane i dopuszczone do obrotu w Unii Europejskiej hamują uwalnianie glutamianu w OUN

(*riluzol*) lub zmniejszając produkcję białek SOD1 u chorych z mutacją w genie SOD1 (*tofersen*), ale nie są w stanie zatrzymać choroby, dlatego niezbędne jest prowadzenie badań nakierowanych na poszukiwanie skutecznej terapii.

Do badania zrekrutowano pacjentów z klinicznym rozpoznaniem pewnego SLA (w oparciu o kryteria El Escorial World Federation of Neurology), niezależnością wentylacyjną, w wieku od 20 do 78 lat, zdolnych do uczestniczenia w wizytach klinicznych. Celem badania była ocena wpływu zastosowania mezenchymalnych komórek macierzystych pochodzących z galarety Whartona (WJ-MSC) na progresję choroby i przeżycie u pacjentów z SLA. Grupą referencyjną badania byli pacjenci z bazy danych PRO-ACT.

Komórki macierzyste (w dawce 30×10^6 komórek przy każdym wstrzyknięciu) podawano dooponowo w postaci trzech dawek w odstępach dwumiesięcznych, za każdym razem stosując tę samą procedurę.

Ocena kliniczna efektów terapii była wykonywana podczas każdej wizyty z podaniem komórek macierzystych, obejmowała badanie fizykalne i neurologiczne oraz ocenę z wykorzystaniem skali ALSFRS-R i według poziomu FT9. Za zmniejszone tempo progresji przyjmowano różnicę >3 punktów w skali ALSFRS-R między pacjentami leczonymi a pacjentami z grupy kontrolnej. Za brak zmiany w tempie progresji (brak odpowiedzi na terapię) przyjmowano różnicę w zakresie <3 punktów i >-3 punktów w skali ALSFRS-R, natomiast zwiększone tempo progresji zdefiniowano jako różnicę <-3 punktów w skali ALSFRS-R. Oceniano także przeżywalność od momentu włączenia do badania do marca 2020 roku włącznie.

Analiza uzyskanych wyników pokazała mniejsze o 70% ryzyko zgonu u pacjentów leczonych MSC w porównaniu z grupą kontrolną. Mediana całkowitego przeżycia była prawie dwukrotnie wyższa u pacjentów poddanych terapii niż w grupie kontrolnej. Podobny wpływ na przeżycie obserwowano u pacjentów z mniejszym stopniem niepełnosprawności na początku badania (FT9, stadium 1–2), jak również u pacjentów z większym stopniem niepełnosprawności na początku badania (FT9, stadium 3–5). W podgrupie ze zmniejszonym wskaźnikiem progresji różnica wyniosła 1193 dni w

porównaniu z 568 dniami, a w podgrupie bez zmiany wskaźnika progresji – 994 dni w porównaniu z 580 dniami.

W całej badanej populacji miesięczny spadek oceniany na skali ALSFRS-R w trakcie terapii był niższy, niż przed terapią. Spośród łącznie 67 pacjentów poddanych terapii, 21 wykazało zmniejszenie wskaźnika progresji w ocenie ALSFRS-R w porównaniu z pacjentami z grupy kontrolnej, u których postęp choroby był szybszy, 33 nie wykazało różnicy w wskaźniku progresji w porównaniu z pacjentami z grupy kontrolnej, a 13 wykazało wzrost wskaźnika progresji w porównaniu z pacjentami z grupy kontrolnej, u których postęp choroby był wolniejszy.

Analiza podgrup wykazała, że stosunek ryzyka do korzyści był korzystny dla pacjentów, u których zaobserwowano zmniejszenie wskaźnika progresji we wszystkich podgrupach na podstawie początkowych cech pacjentów, ale ani analiza dyskryminacyjna ani regresja logistyczna nie pozwoliły na zidentyfikowanie żadnego pojedynczego czynnika demograficznego lub klinicznego, który byłby istotnym predyktorem rodzaju odpowiedzi. Zaobserwowano natomiast, że pacjenci z SLA, którzy uzyskali lepszą odpowiedź w badaniu ALSFRS-R po pierwszym podaniu MSC w porównaniu z pacjentami z grupy kontrolnej, osiągnęli lepszy wynik w badaniu ALSFRS-R po 6 miesiącach leczenia MSC.

OCENA POZOSTAŁYCH OSIĄGNIĘĆ NAUKOWYCH

Zgodnie z analizą biometryczną wykonaną przez Bibliotekę Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego dorobek naukowy obejmuje autorstwo oraz współautorstwo 58 publikacji. Całkowita wartość punktacji MNiSzW wynosi 1218 pkt, a IF = 31,589 pkt.

Oprócz zagadnień ujętych w cyklu prac wchodzących w skład osiągnięcia naukowego zainteresowania naukowe Kandydata koncentrowały się wokół zagadnień między innymi telerehabilitacji pulmonologicznej, europejskich badań epidemiologicznych i dezinformacji (analizy kryzysów w obszarze zdrowia:

powodzie, choroby zakaźne), badań dotyczących pandemii COVID-19 (wpływ pandemii na pracę i dobrostan diagnostów laboratoryjnych oraz doświadczeniom kobiet rodzących w czasie tego kryzysu zdrowotnego) oraz badań nad jakością życia.

Badania możliwości wykorzystania narzędzi telemedycyny w rehabilitacji pacjentów pulmonologicznej były realizowane w ramach dwóch grantów: Agencji Badań Medycznych oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego i dotyczyły pacjentów z long-covid oraz z POChP. W obydwu projektach zastosowano innowacyjne narzędzia telemedyczne do interwencji w zakresie rehabilitacji ruchowo-oddechowej, ale zwrócono także uwagę na sytuację społeczną pacjentów oraz ich stan psychiczny, które mogą mieć wpływ na ich udział w rehabilitacji oraz osiągniętych wynikach.

Badania dotyczące jakości życia koncentrowały się na analizie poprawności polskiej wersji skali jakości życia WHOQOL-Bref. Przeprowadzone analizy ujawniły liczne problemy w tłumaczeniu i konstrukcji niektórych pozycji, mogące wpływać na trafność i rzetelność pomiaru. We współpracy z biurem Światowej Organizacji Zdrowia w Genewie, nowa wersja WHOQOL Bref została zaimplementowana do międzynarodowego systemu WHO jako oficjalna polska wersja narzędzia. Równolegle Kandydat przeprowadził analizę porównawczą siedemnastu innych wersji językowych narzędzia WHOQOL-Bref. Badania te ujawniły liczne niespójności i błędy w tłumaczeniach, które mogą istotnie zaburzać porównywalność wyników badań jakości życia między krajami.

OMÓWIENIE AKTYWNOŚCI NAUKOWEJ REALIZOWANEJ W WIĘCEJ NIŻ

JEDNEJ UCZELNI, INSTYTUCJI NAUKOWEJ

Kandydat uczestniczył w pracach wielośrodkowego projektu naukowego „PulmoRehab Dostęp do usług zdrowotnych poprzez spersonalizowany system opieki nad pacjentami POChP obejmujący zdalny monitoring oraz tele-rehabilitację na bazie metod Sztucznej Inteligencji”, finansowanego z Norweskiego Mechanizmu Finansowego i środków Ministerstwa Zdrowia. W ramach współpracy naukowej w projekcie brali udział naukowcy z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Politechniki Opolskiej, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Pomorskiego Uniwersytetu

Medycznego w Szczecinie, Uniwersytetu Jana Długosza w Częstochowie i Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Celem projektu było zmniejszenie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej poprzez wdrożenie spersonalizowanego systemu opieki nad pacjentami z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP).

W czasie stażu naukowego w Zakładzie Zdrowia Populacyjnego Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP Autor we współpracy z WHO przygotował rekomendacje, poprawioną wersję kwestionariusza WHOQOL-Bref, a także wykonał analizę 17 wersji językowych skali.

W 2018 roku Autor uczestniczył w projekcie naukowym pt. „Smoke-free Hospitals in Poland” realizowanym w 2018 roku w ramach grantu naukowego przyznanego przez National Cancer Institute (USA) Polskiej Federacji Szpitali.

Kandydat kieruje także niezależnym Interdyscyplinarnym Zespołem do spraw Monitorowania Kryzysowego i Epidemiologicznego. Instytut współpracuje z kilkoma ośrodkami badawczymi w Europie: Instytutem Epidemiologii Weterynaryjnej i Biostatystyki Freie Universität w Berlinie (Niemcy), Europe Infodemic Preparedness and Response Alliance, World Health Organization Regional Office for Europe w Kopenhadze (Dania) oraz Wydziałem Publicznego i Jednego Zdrowia Uniwersytetu w Tesalii (Grecja). Badania Instytutu koncentrują się na problematyce dezinformacji w kontekście zagrożeń biologicznych oraz bezpieczeństwa żywnościowego, analizując fałszywe narracje dotyczące zagrożeń biologicznych, takich jak agroterroryzm, pandemia COVID-19, szczepienia czy kryzys żywnościowy wynikający z wojny w Ukrainie.

Kolejnym przejawem współpracy wieloośrodkowej były analizy dyskursu oraz działań różnych interesariuszy podczas kryzysów wodnych, które miały miejsce w Grecji i w Polsce w latach 2023-2024. Badania obejmowały analizę przekazu medialnego, reakcji administracji publicznej, organizacji pozarządowych oraz społeczności lokalnych w obliczu katastrof ekologicznych, takich jak powódź w Tesalii (2023), katastrofa ekologiczna na Odrze (2023) oraz powódź w Polsce (2024) koncentrując się na wpływie kryzysów wodnych na zdrowie ludzi i zwierząt oraz na sposobach, w jakie temat ten był przedstawiany w mediach i dyskursie publicznym.

Kolejnym obszarem badań wielośrodkowych są badania odpowiedzi na zagrożenie związane z gripą ptaków (A/H5N1) oraz jej konsekwencji dla zdrowia publicznego. Badania te obejmują wieloaspektowe podejście do monitorowania chorób zakaźnych, analizując zarówno epidemiologię wirusa, jego transmisję na ssaki, jak i strategię nadzoru epidemiologicznego w Europie oraz zdrowotne, społeczne i polityczne wyzwania z tym związane.

OMÓWIENIE OSIĄGNIĘĆ DYDAKTYCZNYCH, ORGANIZACYJNYCH ORAZ POPULARYZUJĄCYCH NAUKĘ

Od rozpoczęcia pracy na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie w 2016 roku, Kandydat koordynuje i prowadzi kursy na wszystkich kierunkach Collegium Medicum w języku polskim i angielskim. Prowadzi kursy z Profesjonalizmu Medycznego (wykłady i seminaria) oraz kurs Socjologia Niepełnosprawności dla kierunku Fizjoterapia. Od roku 2025 prowadzi także zajęcia „Edukacja Zdrowotna” na Wydziale Bioinżynierii Zwierząt UWM. Prowadzi fakultetu poświęcony społecznym aspektom chorób rzadkich oraz autorski fakultet „Szaleństwa medycyny” poświęcony krytycznej analizie historycznych i współczesnych wyzwań zdrowotnych.

Kandydat jest przewodniczącym Komisji ds. Przeciwdziałania Dyskryminacji, Molestowaniu, Mobbingowi oraz Stalkingowi Szkoły Zdrowia Publicznego UWM w Olsztynie, członkiem Komisji ds. Równości Szans, zespołu powoływanego przez Rektora Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, którego zadaniem jest wspieranie społeczności akademickiej w zakresie równego traktowania, członkiem Zespołu ds. Dyscypliny Nauki o Zdrowiu, Szkoły Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, której celem jest przygotowanie Szkoły do ewaluacji, członkiem Zespołu ds. monitorowania programu "Polityka senioralna województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2021-2027" Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego z ramienia Szkoły Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie oraz opiekunem III roku kierunku Dietetyka w Szkole Zdrowia Publicznego, Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.

W 2022 roku Kandydat był jednym z koordynatorów wydarzenia „Krynica Forum”, międzynarodowej konferencji i kierownikiem ścieżki „Trendy Zdrowia” dotyczącej problematyki systemowej, technologii medycznych i współczesnych wyzwań zdrowia publicznego.

Od 2023 roku Autor koordynuje program think-tanku Nowej Konfederacji „Zielony Ordokonserwatyzm” (prowadzony przez Fundację Nowa Rzeczpospolita, nie mającej związku z żadną partią polityczną), którego celem jest łączenie konserwatywnych wartości społecznych z odpowiedzialnym podejściem do środowiska i bezpieczeństwa.

Od 2014 roku jest członkiem Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego, w ramach którego rozwijał zespół ds. polityki zdrowotnej i opublikował na łamach Klubu Jagiellońskiego szereg tekstów i analiz, dotyczących zarówno zagadnień systemowych jak i działań wokół zdrowia. Jest także współautorem corocznej analizy „Rząd pod lupą” Klubu Jagiellońskiego oceniającej działania polityki zdrowotnej w Polsce.

Od 2022 roku Kandydat jest także redaktorem książek o tematyce ogólnospołecznej, politycznej i geopolitycznej w Wydawnictwie Nowej Konfederacji.

Istotnym osiągnięciem w dorobku popularyzatorskim i naukowym jest autorska książka poświęcona problematyce chorób cywilizacyjnych pt. „Ukryta epidemia. Choroby cywilizacyjne Polaków”, wydana w 2025 roku (Wydawnictwo Nowej Konfederacji, Warszawa 2025). Książka ma charakter popularno-naukowy i ukazuje podstawowe wyzwania związane ze zdrowiem w kolejnych etapach życia człowieka.

KONKLUZJA

Na podstawie powyższych danych, które są wynikiem analizy przestanych mi dokumentów stwierdzam, że osiągnięcia naukowe dr n. społ. Stanisława Maksymowicza spełniają kryteria stawiane osobom ubiegającym się o stopień naukowy doktora habilitowanego.

Niniejszym wnoszę do Komisji Habilitacyjnej o podjęcie uchwały o nadanie przez Wysoką Radę Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego stopnia doktora habilitowanego dr n. społ. Stanisławowi Maksymowiczowi.

