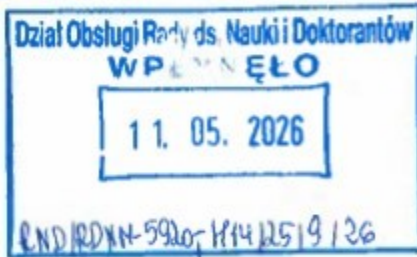




Akceptuję
Hob



Warszawa, 11.05.2026

RECENZJA

osiągnięcia naukowego oraz całokształtu dorobku naukowego
dr n. społ. Antoniny Doroszewskiej
w postępowaniu o nadanie tytułu doktora habilitowanego
w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu dyscyplina nauki medyczne

I. PODSTAWA PRZYGOTOWANIA RECENZJI

Zgodnie z powierzoną mi funkcją recenzenta przez Radę Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, działającą na podstawie art. 221, ust. 5, Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018 r. poz.1668 z późn.zm.), przedstawiam recenzję dotyczącą wniosku o nadanie stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, dyscyplinie nauki medyczne Pani dr n. społ. Antoninie Doroszewskiej. Recenzja sporządzona została w oparciu o otrzymaną dokumentację, którą stanowi: autoreferat, wykaz publikacji naukowych, informacje dotyczące działalności kandydatki w obszarze naukowym, dydaktycznym i organizacyjnym.

Jako osiągnięcie naukowe wskazane przez habilitantkę przyjęto monografię zatytułowaną „Perspektywa pacjenta w komunikacji medycznej. Praktyka i dydaktyka”.

Dr Antonina Doroszevska uzyskała stopień doktora nauk społecznych w roku 2013 – przygotowała rozprawę zatytułowaną „Społeczne role położnych”. Magisterium z socjologii uzyskała w roku 2004.

Od wielu lat zatrudniona jest w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, obecnie jako adiunkt badawczo – dydaktyczny w Studium Komunikacji Medycznej. Od roku 2019 pełni także funkcję Kierownika Studium Komunikacji Medycznej oraz Pełnomocnika Rektora ds. Rozwoju Dydaktyki.

Zainteresowania habilitantki mają charakter interdyscyplinarny – obejmują socjologię zawodów medycznych, nauki o zdrowiu oraz kwestie związane z dydaktyką komunikacji medycznej.



II. OCENA OSIĄGNIĘCIA NAUKOWEGO

Przedłożone do oceny dokonanie naukowe – monografia zatytułowana „Perspektywa pacjenta w komunikacji medycznej. Praktyka i dydaktyka” wydane zostało nakładem Wydawnictwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w roku 2025, liczy 224 strony wraz z piśmiennictwem. Zawiera 11 rozdziałów merytorycznych oraz numerowane aneksy, wykaz skrótów, tabel, rycin i piśmiennictwo. Publikację w procesie wydawniczym oceniało dwóch recenzentów.

Tematyka podjęta w książce jest aktualna, wpisuje się w toczącą się dyskusję na temat roli personelu medycznego oraz konieczności legitymowania się przez jego reprezentantów kompetencjami komunikacyjnymi, mającymi istotne znaczenie dla procesu leczenia. Istotne jest także podkreślenie konieczności uwzględnienia perspektywy pacjenta, jako głównego aktora procesu komunikacyjnego mającego miejsce w placówce medycznej.

Przystępując do zapoznania się z osiągnięciem dotyczącym obszaru komunikacji można oczekiwać spełnienia wysokich standardów, nie tylko w zakresie merytoryki, metodologii, lecz także języka pisanego, jak i strony edycyjnej.

Kwestie merytoryczne dotyczące osiągnięcia naukowego

Przygotowana monografia dotyczy, moim zdaniem, konieczności uwzględnienia perspektywy pacjenta w procesie komunikacji i edukacji medycznej. Wprowadzenie teoretyczne jest dość obszerne, jednak niektóre zagadnienia można by rozwinąć. Przykładowo – treści dotyczące etyki oraz zaufania (choćby zaufania interpersonalnego czy instytucjonalnego), które z perspektywy komunikacyjnej mają znaczenie kluczowe.

Osią osiągnięcia naukowego, jak podaje habilitantka w autoreferacie na s.6, jest „zagadnienie perspektywy pacjenta w procesie komunikacji i edukacji medycznej”. A głównym celem naukowym (s.7) - „opracowanie struktury, która nie tylko porządkuje najważniejsze elementy składające się na perspektywę pacjenta, ale także opisuje postawy i kompetencje niezbędne lekarzowi oraz innym przedstawicielom zawodów medycznych do jej uwzględniania w procesie terapeutycznym”. Tak sformułowany cel budzi wątpliwość – czy mowa o perspektywie pacjenta czy uwzględnieniu/przyjmowaniu tej perspektywy?

Założeniem projektu według autorki osiągnięcia, było także opracowanie narzędzia przydatnego w praktyce dydaktycznej.

Protokół PERSPECTIVE stanowi propozycję interesującą, wymagającą jednak dalszych badań i przede wszystkim pogłębionej walidacji. Habilitantka wskazuje w autoreferacie (s.17), że opracowała



wspominany protokół opierając się na „analizie literatury odnoszącej się do perspektywy pacjenta, a także do zbliżonych zagadnień z obszaru socjologii, etyki, językoznawstwa (...) oraz analizie badań własnych”. Używa także nazwy narzędzie. Protokół PERSPECTIVE oznacza sposób prowadzenia rozmowy z pacjentem. Nazwa PERSPECTIVE to akronim od słów w języku angielskim: P - patient as a person, E - experience, R - relatives, S - steps already taken, P - perception, E - expectations, C - context, T - thoroughness, tenderness, thoughtfulness, I - influence on functioning, V - values, E - emotions and empathy.

Na tym etapie proponowanie formuły PERSPECTIVE jako ram dla kształcenia stanowi ciekawą ideę – wymagającą jednak mocnego potwierdzenia empirycznego (zgodnie z ideą EBP) oraz umocowania w realiach służby zdrowia. To wydaje się być na ten moment największym wyzwaniem. W jaki sposób protokół zaimplementować? Czy obejmuje on wybrane kierunki medyczne opisane w monografii (kierunek lekarski, pielęgniarstwo oraz położnictwo) – czy w ogóle zawody medyczne? Protokół przygotowany jest na potrzeby dydaktyki. W jakim stopniu uwzględniono w nim perspektywę samego pacjenta? W oparciu o jakie dane? Czy tylko pochodzące od studentów kierunków medycznych (na co wskazuje przedłożona monografia), czy uwzględniono także informacje pochodzące od samych pacjentów, którzy stanowią grupę niezwykle zróżnicowaną pod względem wieku, schorzeń jak i innych zmiennych? Ta informacja jest niezwykle istotna. W monografii przytoczono szereg artykułów odnoszących się do tej tematyki, jednakże należy wziąć pod uwagę również różnice kulturowe, nie wszystkie doniesienia można przekalkować do warunków polskich.

Wnioski zawarte w monografii odnoszą się do kształcenia medycznego i praktyki klinicznej, wskazują na potencjał zastosowania opracowanego modelu i protokołu przede wszystkim w procesie dydaktycznym. Uważna lektura osiągnięcia pozwala na stwierdzenie, że wnioski te nie są uprawnione. Cel osiągnięcia naukowego w mojej ocenie nie został osiągnięty.

Kwestie metodologiczne

Habilitantka podkreśla w autoreferacie, że zrealizowała badania podłużne. Jednak sposób realizacji projektu nie nosi znamion tego typu badania. Autorka zrealizowała jedynie dwa etapy badania. Jak podaje na s.10 autoreferatu „Badanie zostało zrealizowane między marcem 2020 r. a czerwcem 2021 r. (I etap badania) oraz w maju 2024 r. (II etap badania). W ramach II etapu przeprowadzono badanie podłużne. Obejmowało ono porównanie odpowiedzi studentów kierunku lekarskiego, którzy najpierw byli respondentami studiując na II roku, a powtórnie, gdy byli na VI roku”. W tekście monografii nie pojawia się stwierdzenia badania podłużne (względnie panelowe). Habilitantka wskazuje na liczebność próby 1651 osób. Podkreśla także, że w II etapie badania wzięło udział 100 studentów, którzy podczas

I etapu byli ankietowani na II roku. W tym miejscu pojawia się pytanie o celowość drugiego etapu. Sposób prezentacji wyników odnoszących się danych pozyskanych w II etapie w podrozdziale 9.5.3. także jest bardzo dyskusyjny. Dlaczego autorka nie podaje liczby n – dla osób przebadanych w etapie I do badanych w etapie II? Dla odczytywania wyników wartości te mają znaczenie.

Habilitantka sformułowała następujące problemy badawcze (monografia s.80)

1. Jakie opinie na temat perspektywy pacjenta mają studenci kierunków medycznych i czy zmieniają się one w toku studiów?

2. Czy postawy wobec nauczania komunikacji, poziom empatii i doświadczenie choroby przewlekłej różnicują opinie studentów na temat perspektywy pacjenta?

3. W jaki sposób budować program nauczania na kierunkach medycznych, aby rozwijać umiejętności poznawania i uwzględniania perspektywy pacjenta?

Moim zdaniem sposób zaplanowania badań i ich realizacji uniemożliwia udzielenie odpowiedzi na problem pierwszy i trzeci. Wskazuje na to lektura przedłożonej monografii. Przykładowo w problemie pierwszym możliwe jest jedynie poznanie opinii na temat perspektywy pacjenta, którą mają studenci wybranych kierunków medycznych. Realne byłoby określenie zmiany tych opinii podczas toku studiów w odniesieniu do wybranych kierunków przy założeniu, że zostaną zbadani co najmniej kilkakrotnie. Niestety, jak wskazano w tekście, dwukrotnie badano jedynie 100 studentów, którzy wzięli udział w drugim etapie badania. W osiągnięciu nie określono zatem zmian opinii badanych podczas studiowania, zebrano je jedynie podczas pierwszego etapu od osób będących na różnych rocznikach. Problem trzeci sformułowany jest bardzo ogólnie – i dotyczy budowania programu nauczania na kierunkach medycznych. Tymczasem pozyskane dane dotyczą studentów tylko trzech kierunków: lekarskiego, pielęgniarstwa oraz położnictwa.

W pracy nie sformułowano hipotez – jednak autorka w podrozdziale 9.2.4 do hipotez badawczych nawiązuje, mimo ich wyraźnego sformułowania.

Jak można domniemywać – próba miała charakter pełny (?). Jest liczna – obejmuje 1651 studentów. Brakuje jednak podstawowych informacji na temat zasad doboru i właściwości tejże próby, istotnych z punktu widzenia interpretacji wyników. W charakterystyce badanej próby wskazano jedynie płeć i kierunek studiów. Nie podano danych odnośnie wieku, tego czy badani ukończyli wcześniej inne kierunki studiów przed rozpoczęciem kształcenia w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym (co mogło mieć znaczenie dla postaw wobec komunikacji), nie odniesiono się do różnic kulturowych. Brakuje informacji czym kierowano się włączając do badania studentów kierunku lekarskiego, położnictwa czy pielęgniarstwa, a nie uwzględniono np. fizjoterapeutów czy studentów innych kierunków przygotowujących się do wykonywania zawodu medycznego. Jak wskazano w monografii,



istniały przesłanki mogące wpłynąć na wyniki badania w postaci udziału studentów I i II roku w kursie e-learningowym dotyczącym teorii komunikacji medycznej. Dlaczego zatem uwzględniono studentów I i II roku w próbie?

Respondenci to osoby uczące się na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Sytuacja ta stanowi znaczące ograniczenie badania. Autorka jest tego świadoma, jednak nie wyjaśnia dokładnie na czym ograniczenia te polegają. Należy podkreślić, że w tak zrealizowanym badaniu nie uwzględnia się perspektyw studentów innych uczelni, różnic w prowadzenie zajęć (mimo istnienia standardów), innych kompetencji komunikacyjnych prowadzących.

Narzędzia badawcze stanowiły dwa standaryzowane kwestionariusze oraz autorski kwestionariusz ankiety, który jest wymieniony w rozdziale 9, natomiast autorka nie podaje szczegółów dotyczących tego narzędzia. Ile narzędzie miało pytań, jaką pytania miały formę – otwarte, zamknięte, półotwarte (?) wybór jednokrotny, wielokrotny (?), brakuje danych metryczkowych. Narzędzia nie zamieszczono w aneksie, co uniemożliwia ocenę nie tylko samego narzędzia, ale i zebranych za jego pomocą danych. W podrozdziale 10.3.1. na s.162 znajduje się informacja o „stworzonej przez autorkę ankiecie” w której zawarto pytania „(...) Jakie umiejętności według badanych są przydatne, by poznać perspektywę pacjenta? W jakim stopniu respondenci uważają, że posiadają te umiejętności? Czy nastawienie wobec nauki komunikacji i poziom empatii wpływa na samoocenę w zakresie umiejętności komunikacji?” W podrozdziałach wchodzących w skład rozdziału 9 i kolejnych podrozdziałach od 10.3 do 10.3.6 - jak sądzę - przedstawione są wyniki uzyskane w autorskim kwestionariuszu. Analiza statystyczna wyników jest poprawna. Jednak autorskie narzędzie za pomocą którego zbierano dane rodzi wiele wątpliwości. Czy narzędzie zostało w jakikolwiek sposób ocenione pod względem psychometrycznym? Czy określono, w jaki sposób na wyniki wpływa zmienna aprobaty społecznej. Jaka była procedura badania? Nawet anonimowe udzielanie odpowiedzi na pytania kwestionariuszowe w obecności nauczyciela akademickiego prowadzącego zajęcia z komunikacji może uaktywniać potrzebę aprobaty społecznej. Jak wskazano w autoreferacie na s.10 „ankiety były zbierane bezpośrednio od respondentów, podczas zajęć stacjonarnych. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy”.

Strona formalna monografii

Przedmowa monografii utrzymana jest w tonie bardzo osobistym, co jest zrozumiałe, kiedy pragnie się wyrazić podziękowania za wsparcie w rozwoju, wskazywanie kierunku naukowego i wsparcie rodzicielskie.



Jednak dalsza część pracy zawiera wiele komentarzy, wyjaśnień, powtórzeń, które wpływają na odbiór przekazywanych treści. Autorka wielokrotnie podkreśla co zostało już przedstawione, co pojawia się w kolejnej części pracy. Paradoksalnie utrudnia to odbiór zaprezentowanych treści.

Niektóre sformułowania mają formę języka potocznego, co w monografii przedstawianej jako główne osiągnięcie naukowe wydaje się być bardzo dyskusyjne. Przykładowo s.59 zdanie rozpoczynające rozdział: „Duża część komunikacji personelu medycznego z pacjentami to językowa komunikacja werbalna”. Co oznacza sformułowanie „duża część”? I jak powyższe twierdzenie ma się do badań dotyczących proporcji komunikacji werbalnej i niewerbalnej przy kontakcie z pacjentem? Strona 47 – akapit pierwszy „Była o tym mowa powyżej”. Zdanie to rozpoczyna rozdział - nie można zatem traktować, że mówiono o tym powyżej. „Niekiedy wartości na pierwszy rzut oka są różne” – zdanie na s.78. Nie jest celem recenzenta dorobku naukowego wyszukiwanie wszystkich przykładów błędów logicznych czy językowych – zadanie to należy do autora monografii.

Z perspektywy recenzenta już przy pierwszym czytaniu monografii zastanawiający jest brak numerów stron w przypadku bezpośrednich cytowań. Niestety nie jest to sytuacja jednorazowa. Nie podjęłam się jako recenzent dorobku, a nie monografii, dokładnego wypisywania wszystkich przykładów, ze względów objętościowych niniejszej recenzji. Podaję tylko wybrane próbki cytatów, jak rozumiem bezpośrednich, bo zaznaczonych cudzysłowem, bez odniesienia do stron: Szawarski 1999 cytata na s.79, Doroszewski 2006 cytata na s.77, Doroszewski 2006 cytata na s.75, Synowiec – Piłat 2015 cytata na s.72, Piątkowski i Zalewska – Blechar 2023 cytata na s.72, Luckmann 1983 cytata na s.72, Szczeklik 2007 cytata na s. 59, Synowiec – Piłat 2013 cytata na s.69, Jarosz et al. 2012 cytata na s.16 i wiele, wiele innych.

III. OCENA DOROBKU PUBLIKACYJNEGO

Przedstawiony dorobek dotyczy głównie komunikacji i edukacji medycznej oraz tematyki z zakresu socjologii zawodów medycznych – począwszy od publikacji dotyczących pracy położnej poprzez wykonywanie zawodu pielęgniarki, aż do problematyki związanej z wykonywaniem zawodu lekarza. W ostatnich latach największy akcent w przedstawianych publikacjach położony został na komunikację z uwzględnieniem różnych grup – zarówno zawodowych jak i studentów kierunków medycznych. Można zauważyć zatem pewną konsekwencję w zakresie doboru problematyki. Autorka łączy perspektywę dyscyplin naukowych – nauk o zdrowiu oraz nauk socjologicznych.

Przedstawione w autoreferacie artykuły dotyczące komunikacji medycznej, w szczególności jej praktyki, mają raczej wymiar teoretyczny, zamieszczone zostały w zdecydowanej większości w monografiach. Są to:



1. Drozdowska I, Doroszewska A, Pasiński T. Doctor-patient communication in obesity disease - the perspective of Polish primary care physicians. *BMC Prim Care*. 2025 Apr 8;26(1):101.
2. Drozdowska I., Doroszewska A., *Komunikacja w opiece zorientowana na osobę*, w: *Opieka zorientowana na osobę. Person centered care*, red. N. Sak-Dankosky and L. Serafin, PZWL, Warszawa 2024, s. 64-78.
3. Bąk-Sosnowska M, Moszak M, Doroszewska A, et al. Patient-centered care and „people-first language” as tools to prevent stigmatization of patients with obesity. *Pol Arch Intern Med*. 2022; 132: 16351.
4. Doroszewska A., *Ogólne zasady komunikowania się lekarza i pacjenta*, w: *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*, Ostrowska A. (red.), Wydanie drugie uzupełnione Polska Liga Walki z Rakiem, 2020, rozdział str. 17- 44.
5. Doroszewska A., Kołodziejek A., *Motywowanie pacjentów do przestrzegania zaleceń*, w: *Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej*, MastalerzMigas A., Jankowska A.K., Barański J. (red.), Edra Urban and Partner, Wrocław 2021, s.167-176.
6. Doroszewska A., *Socjologiczne aspekty komunikacji z pacjentem [w:] Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, red. J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski, Wolters Kluwer, Warszawa 2014, s. 64-84.
7. Doroszewska A., *Ogólne zasady komunikowania się lekarza i pacjenta. Etyka komunikacji [w:] Jak rozmawiać z pacjentem?*, red. A. Ostrowska, Fundacja Polska Liga Walki z Rakiem, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2017, s. 15-40.

Dorobek dotyczący komunikacji w aspekcie dydaktyki, podkreślany w autoreferacie, obejmuje 12 pozycji, w tym jedną anglojęzyczną.

Łączna suma punktów uzyskanych po doktoracie wynosi 23,019 IF oraz 1182 punkty MNISW. Większość publikacji przygotowana została w języku polskim. Na siedem rekomendowanych artykułów tylko dwa oparte są na wynikach badań własnych kandydatki. Potencjał tematyki można wykorzystać szerzej w obszarze badań empirycznych – kolejno - dzieląc się wynikami także w artykułach kierowanych do czasopism międzynarodowych.

IV. DZIAŁALNOŚĆ NAUKOWA

W ramach działalności naukowej i dydaktycznej, habilitantka współpracuje z ośrodkami zlokalizowanymi w Polsce (Instytutem Języka Polskiego Uniwersytetu Warszawskiego, Katedrą Komunikacji Medycznej i Humanistyki Medycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika – Collegium

Medicum w Bydgoszczy, Zakładem Położnictwa Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego) oraz, od stycznia 2025 roku, z jednym ośrodkiem zagranicznym.

W roku 2021 odbyła dwumiesięczny staż naukowy w Instytucie Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Kieruje projektem badawczym w ramach programu Nauka dla Społeczeństwa II (NDS03), była także członkinią zespołów krajowych.

V. OCENA DZIAŁALNOŚCI DYDAKTYCZNEJ I ORGANIZACYJNEJ

W zakresie działalności dydaktycznej warto podkreślić, że większość prowadzonych zajęć dydaktycznych dotyczy komunikacji medycznej dla studentów różnych kierunków, ponadto habilitantka realizuje dydaktykę również w ramach studiów podyplomowych, prowadzi także szkolenia dla nauczycieli akademickich. Dr n. społ. Antonina Doroszevska opiekuje się kołem naukowym. Była promotorem licznych prac magisterskich oraz promotorem pomocniczym w postępowaniu o nadanie stopnia doktora. W zakresie działalności organizacyjnej podkreślić można tworzenie Studium Komunikacji Medycznej WUM, szeroką działalność w zakresie organizacji konferencji naukowych oraz czynny udział w tego typu wydarzeniach.

Działalność dydaktyczna i organizacyjna jest mocną stroną habilitantki.

VI. WNIOSEK KOŃCOWY

Podsumowując osiągnięcia naukowe i inne dokonania Pani dr n. społ. Antoniny Doroszewskiej uważam, że przedstawione osiągnięcia nie stanowią wystarczającego uzasadnienia dla nadania stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 219, Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym z dnia 20 lipca 2018 r. (z późn. zm.).

Edyta Janus

Katedra Terapii Zajęciowej, Wydział Rehabilitacji
Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie