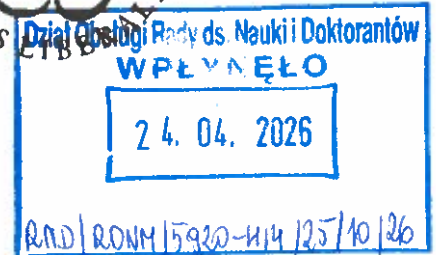




UNIVERSITY
OF WARSAW

Faculty of „Artes Liberales”

Acceptuję



Recenzja dorobku naukowego
w postępowaniu w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego
w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu,
w dyscyplinie nauki medyczne
Pani dr Antoniny Doroszewskiej

Z perspektywy fenomenologiczno-hermeneutycznej tym, co rozstrzygające w relacji lekarz–pacjent, nie jest zwykłe zestawienie dwóch punktów widzenia ani proceduralne zarządzanie wymianą informacji, lecz wspólny, choć nieusuwalnie asymetryczny, proces dochodzenia do rozumienia tego, co odsłania się w chorobie oraz tego, co teraz trzeba i można uczynić. Medycyna rozumiana jako *θεραπεία* i *ίασμα* jest sztuką leczenia (*ars medendi/ars sanandi*): nie jedynie interwencją naprawczą (*reparatio*), lecz odpowiedzialnym towarzyszeniem, interpretacyjnym rozeznaniem i mądrością praktyczną wobec cierpienia. Na lekarzu spoczywa szczególny ciężar (o)sądu i odpowiedzialności, który on współdzwiga z pacjentem dotkniętym ciężarem choroby i bezbronności. Każdy z nich jest w drodze ku rozumieniu, a sam ruch ku rozumieniu należy już do leczenia. Rozumieć chorobę to już znaczy leczyć, ponieważ leczenie nie wyczerpuje się w wyleczeniu, lecz obejmuje także reorientację, zobaczenie (od)ślaniającego się sensu i odzyskanie takiej relacji do tego, co się wydarza, z którą można żyć.

Z tego punktu widzenia komunikacja nie jest dodatkiem do medycyny, nie jest „miękką umiejętnością” ani uprzejmościowym uzupełnieniem diagnozy i terapii. Jest jednym z miejsc, w których medycyna rzeczywiście się dokonuje. Komunikacja jest konstytutywnym aktem medycznym, elementem pracy klinicznej, w którym choroba znajduje swój wyraz, zaczyna się diagnoza, sąd nabiera kształtu, a orientacja terapeutyczna staje się możliwa. Osiągnięcie habilitacyjne Pani dr Antoniny Doroszewskiej nie sytuuje się na obrzeżach medycyny, tak jakby należało przede wszystkim do pedagogiki, socjologii czy humanistyki medycznej rozumianej jako zewnętrzny dodatek. Jego prawdziwe znaczenie polega na tym, że dotyka samego rdzenia medycyny jako *Heilkunde* i jako *Heilgeschehen*: wydarzenia, w którym lekarz i pacjent dochodzą, poprzez rozmowę, słuchanie i wspólne odpowiedzialne działanie, do rozumienia, które ukierunkowuje opiekę medyczną. Nawet tam, gdzie projekt habilitacyjny ujmowany jest w kategoriach perspektywy pacjenta, jego głębsza i trwalsza wartość polega na tym, że pokazuje, iż komunikacja kliniczna należy do medycyny w jej najbardziej właściwym

University of Warsaw
<http://en.uw.edu.pl/>

Faculty of Artes Liberales
<http://al.uw.edu.pl/en/>

Prof. Dr. Dr. **Andrzej Wierciński**
Distinguished Professor
a.wiercinski@uw.edu.pl
andrew.wiercinski@gmail.com

Professor honoris causa,
International Institute for Hermeneutics

Invited Honorary Professor in Philosophy,
University of Coimbra

Professor of Philosophy, External Member
Institute of Philosophy, University of Augsburg

Visiting Professor, Interdisciplinary Studies
University of British Columbia, Vancouver

President, International Institute for Hermeneutics
and *Agora Hermeneutica*
<http://www.iih-hermeneutics.org>

Editor-In-Chief, *Analecta Hermeneutica*

Editor-In-Chief, International Studies in Hermeneutics
and Phenomenology, IIT

Editor-In-Chief, Hermeneutics in Enactment:
International Research in Hermeneutics and
Phenomenology, Brill

April 17, 2026

sensie jako sztuki leczenia. W projekcie tym nie chodzi jedynie o dopracowanie subdyscypliny zwanej „komunikacją medyczną”, ale o ponowne przemyślenie samej medycyny. Dlatego projekt ten wykracza poza inter- czy transdyscyplinarną korektę medycyny ku fenomenologiczno-hermeneutycznej reorientacji medycyny od wewnątrz.

Punktem wyjścia tego rozumienia jest ujęcie choroby. Choroba nie pojawia się najpierw jako przedmiot biomedyczny czy wynik laboratoryjny, ale jako pęknięcie w byciu-w-świecie (*In-der-Welt-sein*): jako ból, lęk, dezorientacja, zerwanie ciągłości, niepewność co do tego, co się dzieje, i niepokój o to, co może nadejść. Zdrowie natomiast pozostaje w znacznej mierze „zapomniane”; nie ma go w wyraźnej świadomości, dopóki nie zostanie przerwane. Dlatego choroba domaga się nie tyle pomiaru, ile interpretacji: rozmowy, słuchania i rozumienia. Tak rozumiana medycyna wkracza dokładnie tam, gdzie cierpienie nie jest w pełni zrozumiałe i musi zostać doprowadzone do takiej postaci, w której można je pojąć i z nim się zmierzyć.

Dlatego właśnie anamneza medyczna (*ἀνάμνησις-ἀναμνήσκειν*, przypominanie) jest tak centralna. Odrzucone zostaje rozpowszechnione założenie, że wywiad lekarski jest jedynie czymś wstępnym, co wykonuje się przed rozpoczęciem „prawdziwej” medycyny. Anamneza jest już właściwym aktem medycznym. Nie jest zbiorem informacji, niezależnie od tego, jak mogą być one pomocne dla lekarza prowadzącego, lecz wydarzeniem interpretacyjnym, w którym choroba zaczyna się odsłaniać i w którym sąd lekarza jest już aktywny. Pacjenci nie przekazują po prostu danych; opowiadają, wahają się, milkną, akcentują, pomijają, mówią z wnętrza lęku, wstydu, nadziei i pomieszania. Lekarz nie tyle zbiera informacje, co rozeznaje (*διάκρισις, discernment*) ich znaczenie. Diagnoza nie zaczyna się po rozmowie, ale w jej wnętrzu. Słuchać klinicznie to już sądzić, a sądzić (*ur-teilen*) znaczy roz-różniać, nie narzucać przypadkowi gotowej teorii, lecz uczyć się, w jaki sposób choroba przybiera kształt w konkretnym, niepowtarzalnym życiu.

Komunikacja w sensie medycznym jest czymś bardzo wymagającym. Jest wydarzeniem odsłaniania (*ἀλήθεια*) w dialektycznym napięciu rozjaśniania i zaciemniania (*Entbergung/Verbergung*). Pomaga wypowiedzieć to, co jest ukryte, niezrozumiałe, a przeżywane jako cierpienie. To wypowiedzenie przypomina, że wiele pozostaje wciąż niewypowiedziane. Rozmowa jest fundamentalnym doświadczeniem hermeneutycznym, które nas prowadzi: *das Gespräch führt uns*. W medycynie to prowadzenie jest ukierunkowane na rozumienie tego, co dzieje się w chorobie i co domaga się odpowiedzi (*Verantwortung*). Komunikacja medyczna nie daje się więc sprowadzić ani do techniki prowadzenia wywiadu, ani do wymiany informacji. Należy do wydarzenia

— prawdy spotkania (*Ort der Begegnung/Geschehen der Wahrheit*). Jest próbą rozumienia tego, co wypowiedziane (*das Gesagte*) oraz tego, co niewypowiedziane (*das Ungesagte*) i niewypowiadalne (*das Unsagbare*).

Z takiego podejścia wyrasta bezpośrednio rozumienie relacji lekarz–pacjent. Relacja ta jest dialogiczna, lecz nie symetryczna. To jeden z punktów rozstrzygających. Odrzucona zostaje skłonność wielu współczesnych ujęć etycznych do wyobrażania sobie idealnej relacji medycznej jako relacji równości, równowagi albo w pełni wspólnej racjonalnej deliberacji (*βούλευσις*). Taki obraz zaciera strukturę samej sytuacji. Lekarz ponosi odpowiedzialność, wydaje sąd, dysponuje wiedzą, wycuciem czasu i zdolnością decyzji w sposób, w jaki pacjent tego nie jest w stanie uczynić. Pacjent przychodzi w bezbronności, zależności i niepewności. Ta asymetria nie jest brakiem czy defektem, który należałoby przewyciężyć, ale cechą konstytutywną spotkania klinicznego. Odrzucić trzeba nie samą asymetrię, lecz jej ewentualne przerodzenie się w dominację. Dialog nie znosi asymetrii; on ją humanizuje. Nie chodzi o konstruowanie fałszywej równości ani o myślenie o lekarzu i pacjencie jako o partnerach kontraktowych czy równych sobie, lecz o podtrzymanie wspólnego poszukiwania wewnątrz nieusuwalnie asymetrycznej relacji troski i odpowiedzialności.

Dlatego właśnie mądrość praktyczna, *φρόνησις*, znajduje się w centrum tego stanowiska. Słuchanie nie jest po prostu empatią (*Einfühlung*), a już na pewno nie sentymentalną postawą dołączoną do klinicznej ekspertyzy. Jest formą medycznego rozeznania (*διάκρισις*). Słuchać dobrze to sądzić, co może zostać zrozumiane teraz (*hic et nunc*), co musi poczekać, ile prawdy można unieść, jaki rodzaj milczenia jest potrzebny i kiedy mowa staje się konieczna. Żadnej z tych kwestii nie da się rozstrzygnąć z góry za pomocą gotowych formularzy, protokołów czy formalnych modeli zgody. Stąd wynika stanowcza krytyka proceduralizacji komunikacji. Formalna świadoma zgoda może być konieczna, ale nigdy nie wystarcza. Liczy się to, czy rozumienie rzeczywiście się wydarza. To czyni i lekarza i pacjenta nie tylko dostarczycielami informacji, lecz także odpowiedzialnymi interpretatorami samej możliwości rozumienia.

Najbardziej oryginalną konsekwencją tego ujęcia jest rozumienie leczenia. Leczenie nie jest tożsame z wyleczeniem. Nie wyczerpuje się też w formalnej naprawie. Komunikacja staje się terapeutyczna nie dlatego, że zastępuje leczenie, lecz dlatego, że przywraca orientację w chorobie. Człowiek może pozostać nieuleczalnie chory, a jednak przejść pewną postać leczenia w tym sensie, że to, co się dzieje, staje się czymś, z czym można żyć, co można nazwać i unieść. Dlatego leczenie jest przywróceniem orientacji w kruchości istnienia. W tym sensie komunikacja jest już terapeutyczna, diagnostyczna i etyczna. Gdy

- komunikacja zawodzi, porażka nie jest jedynie interpersonalna czy moralna; jest kliniczna, ponieważ blokuje samo rozumienie.

Tym, co rozstrzygające, nie jest rekonstrukcja „perspektywy pacjenta” jako kolejnego przedmiotu wiedzy. Medycyna zaczyna się tam, gdzie ktoś zostaje naprawdę wysłuchany, ponieważ właśnie w tym wysłuchaniu choroba staje się jakoś zrozumiała, sąd wydaje się możliwy, a uzdrawianie może zacząć się wydarzać. W fenomenologiczno-hermeneutycznym horyzoncie rozumieć, czym jest choroba, to być w drodze (*unterwegs*) ku leczeniu czy wręcz (u)zdrowieniu.

Profil naukowo-badawczy dr Antoniny Doroszewskiej

Dr n. społ. Antonina Doroszevska jest badaczką i nauczycielką akademicką związaną z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym. Ukończyła studia magisterskie z socjologii w 2004 r., w 2013 r. uzyskała stopień doktora nauk społecznych na podstawie rozprawy *Spoleczne role położnych*, a w latach 2024–2025 ukończyła studia podyplomowe z edukacji medycznej. Zawodowo od 2005 r. związana jest z WUM: najpierw z Zakładem Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, a od 2018 r. ze Studium Komunikacji Medycznej, gdzie od 1 stycznia 2024 r. pracuje jako adiunkt badawczo-dydaktyczny. Od 2019 r. pełni funkcję kierownika Studium Komunikacji Medycznej, była także p.o. Dyrektora, a następnie Dyrektorem Centrum Doskonalenia Edukacji Medycznej, a od września 2024 r. jest Pełnomocnikiem Rektora ds. Rozwoju Dydaktyki WUM. Już sam ten przebieg kariery pokazuje, że mamy do czynienia z osobą, która łączy kompetencje naukowe, dydaktyczne i organizacyjne, a jej aktywność jest trwale osadzona w środowisku akademickiej medycyny.

Profil naukowy kandydatki ma charakter wyraźnie interdyscyplinarny i zarazem bardzo spójny. Obejmuje on trzy zasadnicze pola: komunikację medyczną w praktyce klinicznej, dydaktykę medyczną ze szczególnym uwzględnieniem nauczania kompetencji komunikacyjnych oraz badania nad jakością opieki okołoporodowej i społecznymi rolami zawodów medycznych. Istotne jest to, że nie są to trzy odrębne ścieżki, lecz kolejne etapy drogi badawczej: od socjologii medycyny i jakości doświadczeń pacjentek, przez analizę relacji lekarz–pacjent, aż do wypracowania własnego modelu pojęciowego i narzędzi dydaktycznych dla komunikacji medycznej. W tym sensie dorobek dr Antoniny Doroszewskiej rozwija się konsekwentnie i prowadzi do wyraźnie zdefiniowanego, dojrzałego projektu badawczego.

Główne osiągnięcia naukowe

Osiągnięcie habilitacyjne kandydatki stanowi autorska monografia *Perspektywa pacjenta w komunikacji medycznej. Praktyka i dydaktyka*, której

— towarzyszą dwa w pełni autorskie rezultaty koncepcyjne: model pojęcia „perspektywa pacjenta” oraz protokół PERSPECTIVE. Praca obejmuje przegląd literatury, własną koncepcję teoretyczną, część empiryczną oraz część aplikacyjną. Nie jest jedynie syntetycznym omówieniem stanu badań, lecz stanowi dojrzałe, oryginalne osiągnięcie naukowe o ambicji modelotwórczej i wdrożeniowej. Jej celem jest nie tylko uporządkowanie pojęcia „perspektywa pacjenta”, lecz również opisanie postaw i kompetencji potrzebnych pracownikom ochrony zdrowia do uwzględniania tej perspektywy oraz stworzenie narzędzia użytecznego w praktyce klinicznej i dydaktycznej.

Na szczególne podkreślenie zasługuje część badawcza monografii. Kandydatka przeprowadziła szeroko zakrojone badanie w grupie 1651 studentów kierunków medycznych WUM, obejmujące studentów kierunku lekarskiego, pielęgniarstwa i położnictwa, a następnie uzupełniła je badaniem podłużnym tej samej grupy studentów kierunku lekarskiego na II i VI roku. W badaniach wykorzystano autorską ankietę oraz standaryzowane narzędzia: CSAS i JSE. Dzięki temu monografia nie ogranicza się do poziomu deklaracji teoretycznych, ale dostarcza empirycznego materiału pozwalającego ocenić, jak studenci rozumieją perspektywę pacjenta, jakie znaczenie przypisują komunikacji oraz jak na te kwestie wpływają empatia, nastawienie wobec nauki komunikacji, płęć czy doświadczenie choroby przewlekłej. Taki zakres materiału badawczego i staranność metodologiczna świadczą o wysokiej dojrzałości warsztatu naukowego.

Oryginalnym elementem osiągnięcia jest to, że z badań i analiz teoretycznych kandydatka wyprowadza własny protokół PERSPECTIVE. Protokół ten porządkuje kluczowe zagadnienia związane z poznawaniem i uwzględnianiem perspektywy pacjenta, odnosząc je nie tylko do treści rozmowy, ale także do sposobu jej prowadzenia i do postaw personelu medycznego. Narzędzie to ma podwójne zastosowanie: dydaktyczne i praktyczne. Dodatkowym świadectwem wagi tego projektu jest jego prezentacja na International Conference on Communication in Healthcare w Ottawie w 2025 r. Oznacza to, że osiągnięcie habilitacyjne ma nie tylko znaczenie lokalne, lecz także potencjał wejścia do szerszej, międzynarodowej dyskusji o komunikacji w medycynie.

To właśnie połączenie czterech elementów decyduje o wysokiej randze tej monografii: po pierwsze, precyzja pojęciowa i ambicja teoretyczna; po drugie, duża i dobrze opisana część empiryczna; po trzecie, wyraźny komponent aplikacyjny; po czwarte zaś, ścisłe powiązanie wyników z dydaktyką medyczną i praktyką kliniczną. Nie jest to więc książka marginalna ani przyczynkarska, lecz całościowy projekt, który porządkuje obszar badań i proponuje własne rozwiązanie.

— Widziany z fenomenologiczno-hermeneutycznego horyzontu manuskrypt dr Doroszewskiej jest poważnym i znaczącym studium komunikacji medycznej, lecz jego najgłębsza wartość ujawnia się właśnie tam, gdzie przekracza on własną deklarowaną kategorię. Jako książka ma szeroki zakres: przechodzi od kontekstu społecznego i edukacyjnego, przez modele opieki i komunikacji, do pojęciowej rekonstrukcji kategorii centralnej, jej językowych, socjologicznych i etycznych korzeni, oryginalnych badań empirycznych, a wreszcie do dydaktycznego protokołu dla praktyki. W tym sensie nie jest to powierzchowny podręcznik, lecz zakrojona na szeroką skalę próba uporządkowania całego pola. Zarazem jednak z tej perspektywy pytanie decydujące nie brzmi, czy autorka adekwatnie zrekonstruowała jako taką „perspektywę pacjenta”, lecz czy rzeczywiście przemyślała medycynę na nowo jako sztukę leczenia zakorzenioną w komunikacji rozumianej jako wydarzenie rozumienia. Ta perspektywa podkreśla, że komunikacja nie jest czymś przygotowawczym wobec medycyny, lecz jednym z miejsc, w których medycyna się wydarza; że anamneza jest już zarazem diagnostyczna i terapeutyczna; że relacja lekarz–pacjent jest nieusuwalnie asymetryczna; oraz że leczenie bardzo często oznacza raczej reorientację niż naprawę. Na tym tle manuskrypt zasługuje na uznanie jako ważny krok, ale zarazem domaga się pytania o to, dlaczego nie wykonuje w pełni tego bardziej radykalnego ruchu.

Habilitantka konsekwentnie wyraża swoje zastrzeżenia wobec wąsko biomedycznej redukcji medycyny, wielokrotnie pokazując, że nie można adekwatnie pomóc człowiekowi choremu bez rozumienia, w jaki sposób choroba jest przeżywana w szerszym świecie rodziny, pracy, wartości, lęków i oczekiwań. Szczególnie ważne jest tu odwołanie do Szawarskiego: Doroszevska explicite przywołuje myśl, że choroba nie mieszka jedynie w ciele, lecz wypełnia cały subiektywnie przeżywany świat człowieka, a medycyna ograniczona do naprawy uszkodzonego biomechanizmu pozostaje jedynie leczeniem objawowym. Są to jedne z najlepszych momentów tej pracy, ponieważ otwierają one drogę ku pełniejszemu rozumieniu medycyny niż sama techniczna interwencja.

Ważnym elementem rozprawy jest również to, że nie celebrytuje on po prostu komunikacji jako techniki. Jeden z najbardziej przekonujących fragmentów książki pojawia się tam, gdzie Habilitantka omawia najnowsze stanowiska konsensualne dotyczące komunikacji i podkreśla, że komunikacji nie wolno redukować do „odhaczania” kolejnych pozycji na liście kontrolnej, lecz musi ona pozostać autentyczna i ukierunkowana na sojusz terapeutyczny. Punkt ten zostaje następnie wzmocniony w protokole *PERSPECTIVE*, gdzie Autorka uwzględnia nie tylko treść rozmowy, lecz także postawy i sposoby obecności. Jest to ważne, ponieważ

— pokazuje, że ma ona świadomość, iż komunikacji medycznej nie da się sprowadzić do procedury.

Kolejną istotną stroną pracy jest jej dydaktyczna i empiryczna powaga. Nie jest to wyłącznie propozycja pojęciowa, lecz także projekt instytucjonalnie operatywny: Habilitantka łączy swój wywód z modelami edukacyjnymi, narzędziami oceny, standardami krajowymi i własnym szeroko zakrojonym badaniem studentów. Nadaje to całości realną siłę praktyczną. Nawet jeśli uznać, że horyzont pojęciowy pracy pozostaje zbyt wąski, trzeba przyznać, że manuskrypt dostarcza rzeczywistej podstawy do reformy nauczania i organizacji medycyny.

Habilitantka najbardziej zbliża się do fenomenologiczno-hermeneutycznego rozumienia tam, gdzie traktuje komunikację jako warunek adekwatnej opieki, a nie jedynie jako formalny, „miękki” dodatek do niej. Widać to w nacisku położonym na zaufanie, na język jako dźwigający zarazem ciężar etyczny i terapeutyczny, na potrzebę rozumienia chorego człowieka w jego kontekście oraz na tezie, że ignorowanie tego, co mówi chory, może prowadzić nie tylko do porażki relacyjnej, ale także do porażki diagnostycznej i terapeutycznej. W takich fragmentach Habilitantka zbliża się do przekonania, że rozumienie choroby jest już częścią leczenia.

Podobnie rzecz ma się tam, gdzie książka zaczyna przesuwać się od abstrakcyjnej teorii komunikacji ku wspólnej orientacji w samym spotkaniu. W partiach poświęconych opiece skoncentrowanej na osobie i komunikacji klinicznej manuskrypt mówi o odnajdywaniu wspólnej płaszczyzny, o rolach klinicysty i chorego oraz o dążeniu do wspólnego rozumienia sytuacji zdrowotnej. Nie jest to jeszcze silna formuła hermeneutyczna, ale właśnie tutaj praca staje się filozoficznie najbardziej interesująca. Najważniejsze rozminięcie ma charakter pojęciowy. Centralną kategorią Habilitantki jest „perspektywa pacjenta”, a to sprawia, że komunikacja bywa ujmowana jako wydobywanie, rozpoznawanie i uwzględnianie określonego zespołu elementów: oczekiwań, emocji, wcześniejszych doświadczeń, kontekstu, wartości, systemów wsparcia i tym podobnych. Protokół jest wyrafinowany, lecz podstawowy ruch pozostaje często epistemiczny i akumulacyjny: chodzi o zebranie i włączenie tego, co należy do strony pacjenta. Wydaje się jednak, że to jednak wciąż za mało. Decydujące nie jest pozyskanie czyjejs „perspektywy”, lecz wspólne poszukiwanie tego, co choroba odsłania oraz tego, co trzeba i można wobec niej uczynić. Innymi słowy, celem komunikacji medycznej nie jest zebranie perspektyw, lecz dochodzenie do rozumienia samej choroby.

Kolejne rozminięcie dotyczy asymetrii. Habilitantka przedstawia historię modeli relacji lekarz–pacjent w sposób, który nadaje znaczną

— normatywną wagę modelom współpracy, partnerstwa i wspólnego podejmowania decyzji. Posługuje się także współczesnym językiem autonomii, opieki skoncentrowanej na osobie i aktywnego uczestnictwa. Wszystko to jest zrozumiałe na gruncie aktualnych badań nad komunikacją medyczną, lecz z fenomenologiczno-hermeneutycznej perspektywy pozostaje niewystarczająco krytyczne. Asymetria (*produktive Asymmetrie*) nie jest bowiem defektem, który należy przewyciężyć, lecz konstytutywną cechą relacji medycznej: odpowiedzialność spoczywa na lekarzu w sposób, którego nie da się unieważnić samą retoryką symetrii. Habilitantka humanizuje tę relację, ale nie opracowuje w pełni teoretycznie tej nieusuwalnej asymetrii.

Główne osiągnięcie habilitacyjne często uzasadnia wagę komunikacji przez odwołanie do rezultatów, które pozostają zewnętrzne wobec samego rdzenia medycyny: lepszego przestrzegania zaleceń, większej satysfakcji, redukcji lęku, mniejszej liczby skarg, sprawniejszego funkcjonowania systemu, a nawet kosztoszczędności. Są to argumenty uprawnione i użyteczne, zwłaszcza na poziomie instytucjonalnym, ale z perspektywy fenomenologiczno-hermeneutycznej pozostają wtórne. Trafniej można powiedzieć, że komunikacja medyczna jest (a nie tylko może się stać) jako taka diagnostyczna, terapeutyczna i etyczna. Habilitantka miejscami zbliża się do takiego rozumienia, częściej jednak uzasadnia komunikację przez wskazywanie jej korzystnych skutków, a nie przez przemyślenie samej istoty medycyny na nowo jako *θεραπεία* i *ιάσμαι*.

„Perspektywa pacjenta” nie radykalizuje anamnezy w sposób, którego wymaga rozumienie komunikacji medycznej jako działania klinicznego. Docenia wywiad, kontekst, emocje i narrację, lecz pozostaje w dużej mierze w obrębie nauczania komunikacji, protokołów, skal i projektowania curriculum. Tymczasem anamneza nie jest jedną z faz pracy klinicznej, lecz konstytutywnym aktem medycznym, w którym zaczyna się diagnoza, wyłania się inteligibilność i staje się możliwe leczenie. Ten krok, od komunikacji jako kompetencji do komunikacji jako wydarzenia klinicznego, jest krokiem decydującym, ku któremu Habilitantka wyraźnie zmierza, ale którego jeszcze w pełni nie wykonuje.

Główne osiągnięcie habilitacyjne dr Antoniny Doroszewskiej oceniam bardzo wysoko. Jest to dojrzały, dobrze udokumentowany i bardzo ważny wkład do badań nad komunikacją medyczną i do jej nauczania. Poszerza horyzont edukacji klinicznej, przeciwstawia się uproszczającemu redukcjonizmowi biomedycznemu i konsekwentnie przypomina o ludzkich, językowych, etycznych i relacyjnych wymiarach medycyny. Jej rzeczywista siła polega na pokazaniu, że język, zaufanie, kontekst i wartości mają znaczenie kliniczne. Zarazem jednak praca pozostaje w dużej mierze w obrębie współczesnego paradygmatu opieki

skoncentrowanej na pacjencie/osobie. Nie przechodzi jednak jeszcze w pełni od paradygmatu „uwzględniania perspektywy pacjenta” do fenomenologiczno-hermeneutycznego rozumienia medycyny jako wspólnej, asymetrycznej i fronetycznej pracy dochodzenia do rozumienia choroby na drodze ku leczeniu. Najbardziej twórcze aspekty tej książki to te, w których przestaje ona być wyłącznie książką o pewnej „perspektywie”, a staje się, choć jeszcze nie całkiem *explicite*, książką o wspólnym, asymetrycznym i interpretacyjnym wysiłku, dzięki któremu lekarz i człowiek chory dochodzą do rozumienia tego, czym jest choroba, co można wobec niej uczynić i jak z nią żyć.

Główne osiągnięcia publikacyjne poza monografią habilitacyjną

Dorobek publikacyjny kandydatki po doktoracie jest ilościowo i jakościowo znaczący. Według analizy bibliometrycznej po uzyskaniu stopnia doktora jest ona autorką lub współautorką 32 artykułów naukowych, 2 autorskich monografii naukowych, 6 współredagowanych monografii i 16 rozdziałów w książkach; łączny Impact Factor jej publikacji wynosi 23,019, łączna punktacja MNiSW 1182 pkt, indeks Hirscha 6, a liczba cytowań bez autocytowań 94 w Web of Science i 98 w Scopus. Są to wskaźniki potwierdzające, że aktywność naukowa kandydatki nie ma charakteru incydentalnego, lecz stanowi trwały i rozpoznawalny wkład w rozwój badań nad komunikacją medyczną i dydaktyką medyczną.

Pierwszy ważny nurt publikacyjny dotyczy praktyki komunikacji medycznej. Należą tu zarówno teksty o charakterze empirycznym, jak i prace o profilu syntetycznym oraz podręcznikowym. Szczególne znaczenie mają: artykuł *Doctor-patient communication in obesity disease – the perspective of Polish primary care physicians* opublikowany w *BMC Primary Care* w 2025 r., poświęcony barierom i strategiom komunikacji lekarzy POZ z pacjentami z chorobą otyłościową oraz współautorska publikacja *Patient-centered care and “people-first language” as tools to prevent stigmatization of patients with obesity* w *Polish Archives of Internal Medicine* z 2022 r., analizująca język jako narzędzie przeciwdziałania stygmatyzacji. Nurt ten uzupełniają rozdziały poświęcone ogólnym zasadom komunikowania się lekarza i pacjenta, etyce komunikacji, motywowaniu pacjentów do przestrzegania zaleceń oraz socjologicznym aspektom relacji z pacjentem. Wspólnie tworzą konsekwentną linię badawczą: od podstaw aksjologicznych i społecznych, przez język, po konkretne sytuacje kliniczne.

Drugi nurt, niezwykle ważny z punktu widzenia dyscypliny „nauki medyczne”, dotyczy dydaktyki medycznej. Kandydatka nie tylko opisuje znaczenie komunikacji medycznej, lecz także współtworzy podstawy jej systemowego nauczania. Kluczowym osiągnięciem jest tu współautorstwo

artykułu *Developing an effective and comprehensive communication curriculum for undergraduate medical education in Poland—the review and recommendations* opublikowanego w *BMC Medical Education* w 2023 r. Jest to praca o randze programowej, ponieważ przedstawia rekomendacje dla kompleksowego kształcenia kompetencji komunikacyjnych na kierunkach medycznych w Polsce. Uzupełniają ją współredagowane monografie *Symulacja jako metoda kształtowania umiejętności nietechnicznych i społecznych* oraz *Komunikacja medyczna – wyzwania i źródła inspiracji*, a także rozdziały poświęcone strukturze komunikacji medycznej, postawom studentów wobec nauki komunikacji, wykorzystaniu symulacji z udziałem pacjentów symulowanych oraz nauczaniu komunikacji w onkologii. Ten segment dorobku pokazuje, że kandydatka nie tylko analizuje problem, ale faktycznie współkształtuje standardy nauczania w Polsce.

Trzeci nurt, wcześniejszy chronologicznie, ale bardzo istotny dla oceny całości dorobku, dotyczy jakości opieki okołoporodowej, potrzeb i oczekiwań kobiet oraz społecznych ról położnych. Obejmuje on autorską monografię *Społeczne role położnych* oraz współautorskie publikacje w czasopiśmie międzynarodowych, takich jak *BMC Pregnancy and Childbirth*, *Healthcare*, *Health Care for Women International* i *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. Ten etap badań ma duże znaczenie, ponieważ pokazuje, że kandydatka od dawna zajmuje się realnymi problemami opieki medycznej, jakością doświadczenia pacjentek, społecznym wymiarem zawodów medycznych i komunikacją w relacji personel–pacjentka. Nie jest to więc dorobek odległy od habilitacyjnego projektu, ale jego ważne zaplecze intelektualne i empiryczne. Sama kandydatka trafnie wskazuje, że właśnie z badań nad potrzebami i doświadczeniami pacjentów wyrasta późniejsze zainteresowanie komunikacją medyczną i perspektywą pacjenta.

O wartości dorobku świadczy także to, że kandydatka prowadzi istotną aktywność naukową we współpracy z wieloma ośrodkami w Polsce i za granicą: z Instytutem Języka Polskiego UW, UMK Collegium Medicum w Bydgoszczy, Collegium Medicum UJ, Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu, CMKP, a od 2025 r. również z Umeå University. Odbiła staż naukowy w UJ, bierze czynny udział w międzynarodowych konferencjach poświęconych komunikacji w ochronie zdrowia, a jej wystąpienia dotyczyły m.in. programów nauczania komunikacji, otyłości, pacjentów symulowanych oraz protokołu PERSPECTIVE. Ta sieć współpracy i aktywność konferencyjna potwierdzają, że kandydatka jest uczestniczką szerszej wspólnoty badawczej, a nie wyłącznie autorką lokalnych opracowań.

Na uwagę zasługuje także prowadzony przez kandydatkę projekt *Standardy nauczania z udziałem symulowanych pacjentów*, finansowany w

— programie Nauka dla Społeczeństwa II, którego jest kierownikiem. Projekt ma charakter wdrożeniowy i dotyczy opracowania rekomendacji dla pracy z pacjentami symulowanymi w kształceniu medycznym. Jest to ważne, ponieważ pokazuje przejście od refleksji teoretycznej i publikacji do projektowania rozwiązań, które mogą realnie kształtować standard edukacji medycznej w skali kraju. Wcześniejsze projekty dotyczące monitoringu opieki okołoporodowej również miały wyraźny wymiar systemowy i praktyczny.

Równie istotne jest zaplecze dydaktyczne i organizacyjne kandydatki. Prowadzi ona zajęcia z komunikacji na wielu kierunkach medycznych, opiekuje się kołem naukowym, szkoli nauczycieli akademickich i uczestniczy w projektach podnoszących jakość kształcenia, w tym w zakresie OSCE i pracy z pacjentami symulowanymi. Tego rodzaju aktywność nie zastępuje oczywiście dorobku naukowego, ale w tym przypadku wyraźnie go wzmacnia, ponieważ pokazuje, że badania kandydatki przekładają się na budowanie trwałej infrastruktury dydaktycznej i kultury komunikacji medycznej.

Hermeneutyczna praktyka recenzowania jako gościnna krytyka

Z perspektywy hermeneutycznej recenzowanie nie jest zewnętrzną oceną narzuconą ukończonemu projektowi naukowo-badawczemu, lecz dialogiczną praktyką odpowiedzialności, która dokonuje się w samym procesie rozumienia. Krytyczne czytanie, zakorzenione w greckim pojęciu *κρίνειν* (rozdzielać, rozstrzygać, sądzić), rozpoczyna się od gościnności, od zaproszenia do rozmowy. (O)sąd hermeneutyczny polega najpierw na dopuszczeniu Autora do głosu, na stworzeniu mu przestrzeni, w której może się ujawnić to, o co rzeczywiście chodzi w projekcie. Gościnność wobec Autora nie zawiesza standardów oceny merytorycznej ani nie rezygnuje z rygoru; przeciwnie, uznaje, że doskonałość akademicka nie jest formalnie zdefiniowaną miarą, lecz horyzontem, który za każdym razem przybiera inny kształt w zależności od konkretnej pracy. Dla *existentia hermeneutica* recenzowanie nie jest jedynie funkcją akademicką, lecz sposobem bycia-z tekstem i poprzez tekst, z drugim człowiekiem. Krytyczne czytanie nie jest tu suwerennym gestem oceniającego, stojącego „ponad” dziełem, lecz fronetycznym rozeznaniem dokonywanym z wnętrza wspólnej kruchości rozumienia, naszej (nie)zdolności widzenia, mówienia, sądenia i bycia sądzonym w odpowiedzi. Hermeneutycznie gościnna recenzja polega na przyjęciu cudzej próby rozumienia bez jej przedwczesnego osławiania, na pozwoleniu, by tekst ukazał się w napięciu między odsławianiem a zakrywaniem. Wówczas (o)sąd staje się aktem odpowiedzi (*Verantwortung*): odpowiadaniem na to, co w ocenianym projekcie nas zaskakuje, co domaga się doprecyzowania, co pozostaje

- niedopowiedziane, lecz obiecujące, a także na to, czego nie da się obronić. W tym sensie recenzja jest analogonem anamnezy: tak jak w rozmowie klinicznej nie „zbiera się danych” przed działaniem medycznym, lecz w samej anamnezie dokonuje się rozeznanie i orientacja terapeutyczna, tak w recenzowaniu $\chi\rho\acute{\iota}\nu\epsilon\iota\nu$ nie jest etapem po rozumieniu, lecz jego konstytutywnym wydarzeniem. Krytyka nie jest więc techniką kontroli, lecz praktyką wyprowadzania w otwartość, zorientowaną na możliwość, że to Autor może mieć rację i że nasz własny horyzont może wymagać poszerzenia. Recenzować hermeneutycznie oznacza wziąć odpowiedzialność za świat, który wprawia w ruch każdy sąd, nie przez znoszenie kryteriów oceny, lecz przez praktykowanie $\chi\rho\acute{\iota}\nu\epsilon\iota\nu$ jako wielkodusznego rozeznania, które nazywa słabości bez upokarzania, rozpoznaje potencjał bez pobłażliwości i podtrzymuje rozmowę prawdy tam, gdzie wciąż może się ona wydarzać.

Konkluzja merytoryczna

Dorobek naukowo-badawczy dr Antoniny Doroszewskiej jest poważny, spójny i merytorycznie znaczący. Główne osiągnięcie habilitacyjne ma charakter oryginalny, modelotwórczy i aplikacyjny: porządkuje ważne, dotąd nie dość precyzyjnie opracowane pojęcia, dostarcza własnych wyników empirycznych i proponuje konkretne narzędzie dla praktyki klinicznej oraz dydaktyki. Pozostały dorobek nie jest przypadkowym zbiorem publikacji, lecz stanowi konsekwentnie rozwijany program badawczy obejmujący praktykę komunikacji medycznej, dydaktykę medyczną i humanizację opieki. Istotne jest również to, że kandydatka łączy refleksję teoretyczną z badaniami empirycznymi, pracą projektową, współpracą międzyośrodkową oraz realnym wpływem na standardy nauczania.

Na podstawie przedstawionej oceny dorobku naukowego Pani doktor Antoniny Doroszewskiej jestem przekonany, że spełnia ona w pełni wymagania dotyczące nadania stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki medyczne, określone w art. 219 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. Znaczenie dorobku wynika z naukowej rzetelności, wyraźnej osi problemowej, wartości praktycznej oraz zdolności kandydatki do współtworzenia i instytucjonalnego umacniania obszaru komunikacji medycznej w Polsce.



Prof. Dr. Dr. Andrzej Wierciński