



Akceptuję
[Signature]

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski
Zakład Profilaktyki Nowotworów
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
Państwowy Instytut Badawczy
Warszawa

Warszawa, 18-05-2026

RECENZJA

**dorobku naukowego, dydaktyczno-organizacyjnego oraz osiągnięcia naukowego dr n. społ.
Antoniny Doroszewskiej w związku z postępowaniem o nadanie stopnia doktora
habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki
medyczne.**

1. Informacje ogólne i przebieg pracy zawodowej

Pani dr Antonina Doroszevska jest absolwentką socjologii na Uniwersytecie Warszawskim (2004 rok). Stopień doktora nauk społecznych uzyskała w 2013 roku na podstawie rozprawy pt. „Społeczne role położnych”. Ukończyła także studia podyplomowe w zakresie edukacji medycznej (lata 2024-2025). Od 2018 roku jest związana ze Studium Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, gdzie od 2019 roku pełni funkcję kierownika. Jej ścieżka zawodowa od samego początku przebiega na styku nauk społecznych i medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem komunikacji klinicznej oraz edukacji medycznej.

2. Opis osiągnięcia naukowego

Osiągnięciem naukowym przedstawionym do oceny jest autorska monografia pt. „Perspektywa pacjenta w komunikacji medycznej. Praktyka i dydaktyka”. Celem, według Habilitantki, było opracowanie teoretycznego modelu pojęcia „perspektywa pacjenta” oraz stworzenie autorskiego protokołu PERSPECTIVE. Praca ma charakter interdyscyplinarny, łączący socjologię, etykę i językoznawstwo z praktyką kliniczną. Autorka postawiła sobie za zadanie uporządkowanie elementów składających się na subiektywne doświadczenie pacjenta oraz wskazanie postaw i kompetencji niezbędnych personelowi medycznemu do ich rozpoznawania. Kandydatka dokonała pogłębionej analizy literatury (m.in. modelu Calgary-

Cambridge), rozszerzając istniejące definicje o nowe komponenty, takie jak kompetencje zdrowotne, wartości czy wpływ osób bliskich.

Badania zaprezentowane w ramach osiągnięcia naukowego mają charakter ilościowy i ankietowy. Zostały one zrealizowane w dwóch głównych etapach a) I etap (marzec 2020 - czerwiec 2021 rok) - badanie o charakterze przekrojowym b) II etap (maj 2024 rok) - badanie o charakterze longitudinalnym (podłużnym), obejmujące powtórny pomiar u studentów kierunku lekarskiego, którzy pierwszy raz brali udział w badaniu na II roku studiów, a powtórnie na VI roku.

Autorka poddała badaniom 1651 studentów. Dominowały kobiety, które stanowiły 75,2% badanych. Ankietowanymi byli studenci kierunku lekarskiego (1019 osób - 61,7% próby): studenci II, V oraz VI roku; pielęgniarstwa (373 osoby - 22,6% próby): studenci I roku studiów licencjackich (I stopnia) oraz I roku studiów magisterskich (II stopnia); położnictwa (259 osób - 15,7% próby): studenci I roku studiów licencjackich oraz I roku studiów magisterskich. W II etapie badania udział wzięła podgrupa 100 studentów kierunku lekarskiego, których odpowiedzi z II i VI roku zestawiono.

Habilitantka do badań wykorzystała trzy narzędzia:

- a) Autorski kwestionariusz ankiety dotyczący opinii o perspektywie pacjenta, znaczenia komunikacji oraz samooceny umiejętności komunikacyjnych,
- b) The Communication Skills Attitude Scale (CSAS): standaryzowane narzędzie służące do pomiaru postaw wobec nauki komunikacji (dzielące się na podskale postaw pozytywnych PAS i negatywnych NAS),
- c) The Jefferson Scale of Empathy (JSE): standaryzowany kwestionariusz do pomiaru poziomu empatii, uwzględniający trzy podskale: Perspective taking, Compassionate care oraz Walking in patient's shoes.

Analiza zebranego materiału została przeprowadzona przy użyciu programów STATISTICA oraz SPSS z zastosowaniem różnych technik statystycznych (wylizanie średnich arytmetycznych oraz odchyłeń standardowych, test χ^2 Pearsona, t-Studenta, analiza wariancji (ANOVA), testy post-hoc (Bonferroniego oraz Tukeya HSD, współczynnik α -Cronbacha, analiza korelacji).

Wyniki badań Habilitantki wskazują, iż ponad 91% badanych zgodziło się, że uwzględnienie perspektywy pacjenta zwiększa jego zaufanie do lekarza i pomaga lepiej go zrozumieć. Ponad 75% uznało, że wpływa to na lepsze przestrzeganie zaleceń. Połowa studentów uważa, że w polskim systemie ochrony zdrowia personel medyczny nie ma czasu

na uwzględnianie perspektywy każdego pacjenta. Wyższy poziom empatii badanych oraz pozytywne nastawienie do nauki komunikacji istotnie korelują z wyższą oceną znaczenia perspektywy pacjenta. Porównanie studentów kierunku lekarskiego na II i VI roku wykazało, że na koniec studiów istotnie wzrasta znajomość elementów perspektywy oraz wzrasta przekonanie o przydatności konkretnych umiejętności komunikacyjnych.

W efekcie Autorka zaproponowała 11-punktowy protokół PRESPECTIVE, który systematyzuje proces poznawania pacjenta:

- P (Patient as a person) – traktowanie podmiotowe
- E (Previous experience) – wcześniejsze doświadczenia
- R (Relatives) – rola bliskich jako wsparcie dla pacjenta
- S (Steps already taken) – działania podjęte przed wizytą
- P (Perception) – przekonania o zdrowiu
- E (Expectations) – oczekiwania i cele
- C (Context) – kontekst społeczny i zaufanie do systemu
- T (Thoroughness, tenderness, thoughtfulness) – dokładność, czułość, życzliwość - postawa personelu
- I (Influence on functioning) – wpływ choroby na życie
- V (Values) – wartości pacjenta, zaufanie do personelu medycznego
- E (Emotions and empathy) – rozpoznawanie emocji.

Protokół ten, zdaniem Habilitantki, ma na celu uporządkowanie zagadnienia komunikacji z pacjentem, koncentrując się na poznaniu i uwzględnieniu jego perspektywy. Protokół obejmuje aspekty związane z umiejętnościami komunikacyjnymi, postawami pracowników ochrony zdrowia oraz warstwą językową interakcji klinicznej.

Habilitantka formułuje na zakończenie szereg wniosków. Z uwagi na duże różnice w poziomie empatii wśród studentów, dr Doroszewska wskazuje na konieczność kształcenia zgodnego z zasadami projektowania uniwersalnego. Rozwijanie umiejętności poznawania perspektywy pacjenta nie powinno być izolowanym tematem, lecz musi być integrowane z nauką umiejętności klinicznych w szpitalach a zagadnienia te powinny stać się obowiązkowym elementem egzaminów OSCE (ang.: *Objective Structured Clinical Examination* - ustrukturyzowany egzamin praktyczny stosowany na kierunkach medycznych) na wszystkich kierunkach medycznych. Poznanie perspektywy pacjenta jest kluczowym czynnikiem zapewniającym jego bezpieczeństwo, ograniczającym ryzyko błędów medycznych i poprawiającym jakość opieki zdrowotnej.

Mimo ambitnego założenia pracy, należy sformułować szereg uwag krytycznych, które rzutują na ostateczną ocenę osiągnięcia.

- Tytuł osiągnięcia naukowego uważam za bardzo ogólny i mało informatywny. Nie wskazuje jednoznacznie na zakres, a przede wszystkim na przedmiot prac badawczych.
- Cel naukowy nie jest precyzyjnie określony. Użyte w Autoreferacie określenie „zagadnienie” nie stanowi precyzyjnie zdefiniowanego celu naukowego, podobnie jak „opracowanie struktury”, co jest terminem zbyt wieloznacznym.
- Pomimo tego, że motywem przewodnim jest „perspektywa pacjenta”, badania ankietowe zostały zrealizowane całkowicie z pominięciem samych pacjentów. Autorka oparła się wyłącznie na opiniach studentów, co oznacza, że badała przekonania studentów o perspektywie pacjenta, a nie samą perspektywę. Stanowi to istotną rozbieżność między deklarowanym celem a zastosowaną metodologią.
- W autoreferacie i części monografii Autorka podaje 1651 jako liczebność grupy badanej. Tymczasem w Tabeli 6 (monografia) pojawia się grupa licząca 1565 badanych. Autorka nie podaje wyjaśnienia skąd ta niespójność, nie ma danych dotyczących kryteriów ewentualnego wykluczenia z analiz.
- Badanie ma charakter jednośrodkowy (WUM), co ogranicza możliwość uogólniania wyników na całą populację studentów w Polsce. Jest to w mojej ocenie poważne ograniczenia reprezentatywności. Ankiety zbierano podczas zajęć z komunikacji lub po kursach e-learningowych, co mogło ukierunkować odpowiedzi studentów zgodnie z oczekiwaniami dydaktycznymi (zjawisko aprobaty społecznej). Habilitantka nie opisała dokładnie metodologii wyboru studentów do udziału w badaniach. Możemy więc, w moim odczuciu, mieć do czynienia z zafałszowaniem selekcyjnym oraz dydaktycznym (selective and didactic bias).
- Analiza danych ma charakter głównie eksploracyjno-porównawczy, a nie wyjaśniający. Zabrakło modeli wielowymiarowych oraz kontroli zmiennych zakłócających. Podział na grupy według mediany (wysoki/niski poziom empatii czy postaw) prowadzi do utraty informacji ciągłej i jest rozwiązaniem arbitralnym.
- Praca jest technicznie poprawna na poziomie analiz ankietowych, jednak jej koncepcyjna powierzchowność i brak bezpośredniego kontaktu z badaną „perspektywą pacjenta” sprawiają, że bliżej jej do dużego badania dydaktycznego niż do systemowej rozprawy habilitacyjnej w naukach medycznych.
- Autorka stworzyła nowe narzędzie, które jednak nie zostało zwalidowane. Jak sama Habilitantka pisze: *„Protokół PERSPECTIVE to narzędzie, które może być wykorzystywane zarówno w dydaktyce, aby ułatwić zapamiętanie elementów*

- perspektywy pacjenta, jak w praktyce komunikacji lekarzy z pacjentami. Protokół odnosi się do treści rozmowy, sposobu jej prowadzenia oraz postaw personelu medycznego. Te trzy elementy stanowią fundament dobrej relacji i komunikacji pracowników ochrony zdrowia z pacjentami”. Autorka podaje szereg możliwości wykorzystania wyników badań (strona 22-23 Autoreferatu), jednak żadna z nich nie została zrealizowana. Protokół nie został użyty w praktyce lekarskiej, nie ma danych jak powinien być zastosowany, nie wiadomo jakie efekty zostaną osiągnięte po jego wprowadzeniu. Wszystko więc pozostaje na dużym poziomie ogólności i hipotezy.
- Pozostaje też kwestia publikacji wyników badań. Co prawda Autorka wspomina, iż protokół PERSPECTIVE został przedstawiony podczas *International Conference on Communication in Healthcare* w Ottawie w 2025 r. jednak nie powstała z tego do tej pory publikacja naukowa, nie wiadomo więc jaki będzie odbiór środowiska naukowego i dydaktycznego.
 - W moim odczuciu wnioski sformułowane przez Habilitantkę są zbyt daleko idące i nie mają bezpośredniego oparcia w wynikach przeprowadzonych prac badawczych. W osiągnięciu nie zrealizowano bowiem badań empirycznych ani nie przedstawiono danych potwierdzających, iż zastosowanie formularza PERSPECTIVE ma bezpośredni wpływ na ograniczenie ryzyka błędów medycznych przez ankietowanych studentów, którzy w przyszłości będą realizować zawody medyczne ani na poprawę jakości opieki zdrowotnej.

3. Ocena pozostałego dorobku naukowego

Dorobek naukowy Kandydatki po uzyskaniu stopnia doktora obejmuje 32 artykuły naukowe o łącznym współczynniku wpływu IF 23,019 i punktacji MNiSW 1182 pkt. Index Hirscha wynosi 6. Publikacje dotyczą głównie komunikacji medycznej (lekarza z pacjentem), m.in. w kontekście otyłości czy stygmatyzacji języka. Habilitantka poruszała się także w obszarze edukacji medycznej (komunikacja medyczna w kontekście dydaktycznym, nauczanie kompetencji komunikacyjnych na kierunkach medycznych). Jest autorką prac z zakresu programów nauczania komunikacji w Polsce oraz wykorzystania symulacji medycznej do kształtowania umiejętności nietechnicznych. Wcześniejsza działalność Kandydatki (również po doktoracie) skupiała się na jakości opieki okołoporodowej w Polsce, roli zawodowej położnych oraz doświadczeniach kobiet na oddziałach położniczych.

Dr Doroszewska współpracuje z licznymi ośrodkami w Polsce i za granicą, zajmującymi się komunikacją medyczną, edukacją medyczną oraz humanistyką w medycynie. Współpraca

ta owocuje m. in. badaniami naukowymi, publikacjami, organizacją konferencji, wspólnie opracowanymi materiałami dydaktycznymi. Wśród bliskich instytucji współpracujących wymienić należy Instytut Języka Polskiego Uniwersytetu Warszawskiego (od 2012 roku), Katedra Komunikacji Medycznej i Humanistyki Medycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika – Collegium Medicum w Bydgoszczy (od 2016 roku), Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego (od 2016 roku), Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (od 2016 roku), Zakład Położnictwa Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (od 2019 roku), Department of Clinical Sciences oraz Department of Diagnostics and Intervention (Orthopaedics) Umeå University (od 2025 roku).

Dr Doroszewska w czasie swojej pracy odbyła tylko jeden krótki staż naukowy (wrzesień–październik 2021 rok) w Instytucie Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

W aspekcie dorobku grantowego jest kierownikiem projektu „Standardy nauczania z udziałem symulowanych pacjentów” (03.2024–05.2026, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, program Nauka dla Społeczeństwa II (NDS03). Była członkiem zespołu realizującego grant Fundacji im. Stefana Batorego „Monitoring opieki okołoporodowej” (2017-2018 rok), Funduszu Inicjatyw Obywatelskich (FIO) „Na straży praw kobiet w opiece okołoporodowej” (2016-2017 rok) oraz projektu „Rzecznictwo i monitoring wybranych aspektów opieki okołoporodowej i przestrzegania praw kobiet w Polsce” (2009 rok) - Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EEA Grants) oraz Norweski Mechanizm Finansowy, Fundusz dla Organizacji Pozarządowych, 11585/FOP09/5/MA/3316.

Należy zauważyć, że dorobek ten w sposób minimalny spełnia wymogi stawiane kandydatom w reprezentowanej dyscyplinie. Stosunkowo niska bibliometria może jednak wynikać z niszowej tematyki, która rzadko znajduje miejsce w najwyżej punktowanych czasopismach klinicznych.

4. Działalność dydaktyczna, organizacyjna i popularyzatorska

W tych obszarach aktywność dr Doroszewskiej zasługuje na wysoką ocenę. Kandydatka prowadzi zajęcia na niemal wszystkich kierunkach WUM, wdrażając innowacyjne metody, takie jak egzaminy OSCE czy zajęcia z pacjentami symulowanymi. Jest opiekunką kół naukowych i promotorką licznych prac magisterskich. Jest też promotorem pomocniczym rozprawy doktorskiej „Ocena umiejętności komunikacyjnych oraz współpracy w zespole

terapeutycznym studentów kierunku lekarskiego WUM”, Wydział Lekarski WUM (2021 rok). W ramach działalności naukowej i popularyzatorskiej angażuje się w organizację konferencji, seminariów i warsztatów naukowych poświęconych komunikacji medycznej, dydaktyce medycznej oraz humanistyce w medycynie.

Habilitantka stworzyła od podstaw strukturę Studium Komunikacji Medycznej WUM. Pełni funkcję Pełnomocnika Rektora ds. Rozwoju Dydaktyki. Aktywnie działa w Radzie Języka Polskiego przy PAN. Uczestniczy w licznych debatach publicznych i audycjach radiowych, promując humanizację medycyny. Za swoje zaangażowanie nagrodzona została Nagrodą Rektora WUM: w roku 2018 nagrodą specjalną indywidualną za zaangażowanie w prace związane z utworzeniem Centrum Edukacji Medycznej w WUM a w roku 2020 za udział w tworzeniu nowej struktury dydaktycznej Uczelni.

5. Podsumowanie i wniosek

Praca habilitacyjna dr Antoniny Doroszewskiej podejmuje ważny i niedoceniany w polskim systemie ochrony zdrowia temat. Autorka wykazała się dużą wiedzą teoretyczną i zaangażowaniem w rozwój dydaktyki komunikacji medycznej. Z jednej strony należy docenić unikalność protokołu PERSPECTIVE i wkład w organizację nauczania komunikacji. Z drugiej strony, wskazane braki metodologiczne (brak badania pacjentów, potencjalne błędy (bias), brak walidacji i potwierdzenia użyteczności opracowanego protokołu) oraz relatywnie niska bibliometria budzą wątpliwości co do pełnej dojrzałości naukowej osiągnięcia w rygorach dyscypliny nauki medyczne.

Biorąc jednak pod uwagę całokształt działalności, w tym kluczową rolę w profesjonalizacji komunikacji medycznej w Polsce, w świetle wymagań stawianych kandydatom do stopnia doktora habilitowanego zgodnie z art. 219 Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z dnia 20 lipca 2018 roku (Dz. U. 2024 rok poz. 1571), oceniam dorobek Kandydatki jako granicznie spełniający wymogi.



PODPIS ZAUFANY

ANDRZEJ
NOWAKOWSKI
18.05.2026 11:13:25 GMT+0200
Dokument podpisany elektronicznie
podpisem zaufanym