

Warszawa, 26 lutego 2025 r.

ks. dr hab. Tomasz Wielebski, prof. uczelni
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
Wydział Teologiczny
ul. Dewajtis 5, 01-815 Warszawa

Recenzja rozprawy doktorskiej pana lek. Macieja Klimasińskiego
pt. *Opieka duchowa udzielana przez lekarza jako odpowiedź na potrzeby duchowe pacjentów
chorych przewlekle*
napisanej pod kierunkiem

prof. dr hab. Katarzyny Wieczorowskiej-Tobis, Katedra Medycyny Paliatywnej,
oraz prof. dr hab. Ewy Baum, Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Zagadnienie „opieki duchowej”, będącej integralnym i niezbędnym elementem holistycznej opieki nad pacjentem, wiąże się z próbą przywrócenia duchowych korzeni medycyny jako odpowiedzi na spojrzenie na chorego jedynie w kontekście postępu technologicznego, który dokonał się na początku XX wieku w diagnozowaniu i leczeniu chorób. Wpisując się w ten trend, zespół pracowników akademickich i lekarzy amerykańskich działający pod kierownictwem profesor medycyny Christiny M. Puchalski zapoczątkował ruch przywracający duchowe korzenie medycyny. Była to odpowiedź na wyniki badań ankietowych chorych potwierdzających, że potrzeby duchowe i religijne ujawniają się w sposób „szczególnie silny” w sytuacji znacznego pogorszenia się stanów zdrowia pacjentów oraz uświadomienia sobie zbliżającej się śmierci. Występowanie tego typu potrzeb nie dotyczy jedynie okresu umierania, ale również czasu długotrwałej choroby, poszukiwania sensu życia oraz pewności siebie. Od 30% do 80% pacjentów onkologicznych, psychiatrycznych oraz niepełnosprawnych uznało swoją religię za bardzo „ważne źródło wsparcia w radzeniu sobie z chorobą”. Badania wskazały także na fakt, że występowanie potrzeb duchowych nie zależy od tego, czy dany pacjent uważa się za osobę religijną¹. Wyniki badań pokazują również zależność między wartościami duchowymi i przekonaniami religijnymi pacjenta a umiejętnością radzenia sobie w sytuacjach związanych z chorobą, pozytywnym nastawieniem pomimo trudnej sytuacji zdrowotnej oraz powrotem do zdrowia po interwencji chirurgicznej

¹ M. Klimasiński, M. Płocka, N. Neumann-Klimasińska, *Czy lekarze powinni udzielać wsparcia duchowego swoim pacjentom – przegląd badań*, „Medycyna Praktyczna” 2017, nr 3, s. 128-129.

czy depresji. Badani pacjenci wyrażali pragnienie, aby ich wymiar duchowy został uwzględniony w opiece medycznej².

Kwestia opieki duchowej staje się również w Polsce zagadnieniem coraz częściej podejmowanym przez przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych. Nie jest to zagadnienie podejmowane tylko przez teologów, ale także przez przedstawicieli nauk medycznych, którzy pragną dobrze zrozumieć sytuację chorych doświadczających wielorakich wymiarów cierpienia, poszukują narzędzi pomocnych w jego rozpoznawaniu i odpowiadaniu na występujące potrzeby. Podejmowanie takich działań wydaje się konieczne dla optymalizacji całościowej opieki nad chorymi, wiążąc się z podnoszeniem jakości i skuteczności procesu leczenia. Wzorem Stanów Zjednoczonych i niektórych krajów europejskich, zgodnie ze światowymi trendami, rekomenduje się włączanie duchowości w praktykę medyczną. Akcentując konieczność holistycznego podejścia do chorych, podkreśla się nie tylko znaczenie diagnozowania objawów somatycznych, ale także doświadczeń duchowych i oczekiwań w zakresie realizacji występujących potrzeb. Jest to istotne w kontekście zgłaszanych przez wielu pacjentów, nie zawsze religijnych, potrzeb poruszania kwestii duchowych w rozmowach z pracownikami opieki zdrowotnej.

Warto w tym miejscu podkreślić znaczenie działań powstałego pod koniec 2015 roku, głównie z inicjatywy osób ze środowiska medycznego, Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie (PTODM). Jego twórcy, na czele z prezesem, prof. Małgorzatą Krajnik, obserwując doświadczenia innych krajów, dostrzegli potrzebę zmian w polskim systemie opieki zdrowotnej. PTODM podjęło konkretne działania w tym kierunku, m.in. zdefiniowało duchowość i opiekę duchową w medycynie oraz podkreśliło, że sfera duchowości obejmuje nie tylko religijność, lecz także poszukiwania egzystencjalne oraz wartości, którymi żyje człowiek. Według PTODM „duchowość to wymiar ludzkiego życia stanowiący odniesienie do transcendencji i innych wartości egzystencjalnie ważnych. PTODM, rozwijając stworzoną definicję, zauważa, że duchowość obejmuje: 1) religijność człowieka, zwłaszcza jego relacje z Bogiem, a także zwyczaje i praktyki oraz życie wspólnotowe; 2) poszukiwania egzystencjalne odnoszące się szczególnie do sensu życia, cierpienia i śmierci oraz do odpowiedzi na pytanie o własną godność i o to, kim się jest jako osoba, do sfery wolności i odpowiedzialności, nadziei i rozpacz, pojednania i przebaczenia, miłości i radości; 3) wartości, którymi żyje człowiek, zwłaszcza jego relacje z samym sobą i z innymi ludźmi,

² M.Ch. Puchalski, *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta*, „Medycyna Praktyczna” 2016, nr 5, s. 117-118.

stosunek do pracy, natury, sztuki i kultury, jego wybory w sferze moralności i etyki oraz *samo życie*".

Dysertacja naukowa Macieja Klimasińskiego, podejmująca problem opieki duchowej świadczonej przez lekarza jako odpowiedzi na potrzeby duchowe pacjentów chorych przewlekle, wypełnia luki istniejące w polskim piśmiennictwie medycznym, wpisując się w nurt refleksji naukowej prowadzonej od wielu lat w Stanach Zjednoczonych i innych krajach.

Ocena formalna

Rozprawa doktorska lek. Macieja Klimasińskiego stanowi spójny tematycznie cykl publikacji, na które składają się trzy oryginalne prace anglojęzyczne opublikowane w specjalistycznych czasopismach naukowych o zasięgu międzynarodowym. Autor zaznaczył, że trzeci z artykułów, z powodu dużej objętości, został podzielony na dwie części opublikowane w dwóch różnych czasopismach. Sumaryczny IF wynosi 3,2, zaś całkowita wartość według kryteriów MNiSW to 450 pkt. Doktorant jest pierwszym autorem wszystkich przedstawionych artykułów wieloautorskich, co świadczy o jego wiodącym udziale w powstaniu tychże prac.

Przedstawiona do oceny rozprawa doktorska ma układ typowy dla prac doktorskich stanowiących zbiór opublikowanych i powiązanych tematycznie artykułów naukowych. Składające się z 85 stron opracowanie zostało podzielone na logicznie połączone ze sobą części. Całość otwiera strona tytułowa zawierająca temat, informację wskazującą na to, iż opracowanie jest rozprawą na stopień doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki medyczne, jak też dane dotyczące promotorów. Następnie Autor przedstawił słowa kluczowe i wykaz skrótów, a właściwie tylko jednego (s. 2), i podziękowania złożone małżonce (s. 3). Kolejne części opracowania obejmują spis treści (s. 4), wykaz publikacji stanowiących podstawę rozprawy wraz ze wskaźnikiem IF i polską punktacją ministerialną (s. 5), przedstawienie sylwetki naukowej Doktoranta, wykaz konferencji, które organizował i w których brał udział, oraz wykaz publikacji poza doktoratem (s. 6-7). Następnie Doktorant przedstawia w sześciu punktach przedmiot badań i komentarz. Składa się na to krótki wstęp (s. 8), ukazanie założeń i czterech celów rozprawy doktorskiej (s. 8) oraz omówienie czterech publikacji Autora, które zrelacjonowane zostały w zwięzły sposób, z zastosowaniem podobnego klucza kompozycyjnego (s. 9-17). Następnie zamieszczono podsumowanie rozprawy doktorskiej wykazujące zrealizowanie postawionych celów (s. 17). W opracowaniu umieszczono też załącznik nr 1 zawierający treść autorskiej ankiety dotyczącej pozareligijnej interwencji duchowej (s. 18), wykaz piśmiennictwa na temat przedmiotu badań i komentarza, który zawiera 44 pozycje autorstwa polskich i zagranicznych uczonych (s. 22), streszczenia komentarza w języku polskim i angielskim (s. 23-25). W opracowaniu zostały też umieszczone

kopie publikacji wchodzących w skład rozprawy doktorskiej, oświadczenia współautorów oraz uchwały komisji bioetycznej.

Recenzent nie ma większych zastrzeżeń do tej części pracy. Całość jest napisana poprawną polszczyzną i dobrze się ją czyta. Zawarto w niej wszystkie potrzebne elementy. Autor w sposób bardzo logiczny opisał przedmiot swoich badań i wyznaczone do zrealizowania cele. Wydaje się jednak, że można było nieco rozbudować zamieszczony w opracowaniu wstęp, wyjaśniając poszczególne terminy i sformułowania zawarte w temacie. Uporządkowania w kluczu alfabetycznym wymaga też cenna źródłowo bibliografia. Zauważa się drobne potknięcia stylistyczno-językowe czy niekonsekwencje w zapisie pewnych wyrażen. Na przykład, gdy Autor pisze na stronach 12 i 17 o „dystresie duchowym”, raz używa dużych, a raz małych liter. Na stronie 6 pisze o opiece duchowej, używając dużych liter. Z kolei na stronie 5 podany jest skrót MEiN, a powinien być tam umieszczony skrót MNiSW. Na stronie 7 w wykazie publikacji, które ukazały się poza cyklem doktoratu, raz pojawia się skrót „ss.”, a nie jest on stosowany w przypadku innych pozycji. Autor, opisując przedmiot swoich badań, użył niewłaściwego przypadku w odniesieniu do braku modeli „dotyczącym” opieki duchowej w Polsce (s. 8). Co prawda, wspomniane tu drobne uchybienia nie mają wpływu na całość oceny dysertacji, ale Kandydat do stopnia naukowego doktora powinien też dbać o formalny wymiar rozprawy.

Ocena merytoryczna

Tematyka recenzowanej rozprawy doktorskiej ściśle wiąże się z propagowaną w Stanach Zjednoczonych i Europie ideą pozareligijnej opieki duchowej. Doktorant słusznie zauważył, we wstępie ukazującym przedmiot badań, że pomimo zaleceń różnych instytucji i organizacji światowych sugerujących udzielanie opieki duchowej, również osobom niereligijnym, szczególnie w Polsce „brakuje konkretnych modeli dotyczących sposobów jej sprawowania w codziennej praktyce klinicznej lekarzy” (s. 8). Aby wypełnić pewną „białą plamę badawczą”, postanowił zbudować model opieki duchowej, przyjmując za punkt wyjścia założenie dotyczące sytuacji hospitalizowanych pacjentów przewlekle chorych oraz pacjentów ambulatoryjnych: choć nie przejawiają oni aktywności religijnej, to jednak prawdopodobnie wykazują istotny poziom potrzeb duchowych. Doktorant zauważył, że dotychczas nie została dla nich „formalnie opracowana ścieżka poprawy jakości życia w tym zakresie” (s. 8). Wspomniane założenia zostały odpowiednio sformułowane w tytule rozprawy.

Maciej Klimasiński, podejmując wyzwanie zbudowania modelu opieki duchowej udzielanej przez lekarzy pacjentom chorym przewlekle, wyznaczył sobie do realizacji cztery cele. Celem nr 1. była analiza pozareligijnych aspektów duchowości na podstawie danych

dostępnych w piśmiennictwie. Cel nr 2 dotyczył oceny potrzeb duchowych grupy pacjentów chorych przewlekle. Cel nr 3 był związany z opracowaniem modelu pozareligijnej opieki duchowej. Stworzony model – oparty na danych zawartych w piśmiennictwie – został przetestowany na grupie pacjentów poradni leczenia bólu przewlekłego, co stanowiło cel nr 4.

Recenzent, doceniając Doktoranta za precyzyjne sformułowanie przedmiotu badań i wyodrębnienie czterech, logicznie powiązanych ze sobą celów, uważa, że już we wstępie do pracy powinno pojawić się krótkie zdefiniowanie istoty „opieki duchowej” uwzględniające wskazanie różnic występujących między nią a opieką religijną. Należało podkreślić, że każdy człowiek posiada potrzeby duchowe, ale nie wszyscy realizują je w ramach religijności zinstytucjonalizowanej. Co prawda, całościowa definicja opieki duchowej stworzona przez Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie i jej pogłębiona analiza są przedmiotem rozważań podjętych w pierwszym artykule, ale czytelnik już od samego początku powinien rozumieć istotę tego zagadnienia, gdyż jest to jedno z fundamentalnych pojęć zawartych przecież w temacie rozprawy. Według Recenzenta w tym miejscu powinno się również znaleźć syntetyczne wyjaśnienie terminów użytych w tytule rozprawy: „potrzeby duchowe pacjentów” oraz „pacjenci chorzy przewlekle”. Jest to ważne również dlatego, że część czytelników odnosi opiekę duchową tylko do opieki religijnej, mając też często na myśli osoby będące w stanie terminalnym.

Recenzent docenia Doktoranta za właściwe sformułowanie czterech celów, które na pierwszy rzut oka są harmonijnie ze sobą powiązane. Pojawia się jednak pewna wątpliwość odnośnie do brzmienia drugiego z nich. Czy nie powinien on być doprecyzowany tak jak cel czwarty, tzn. ze wskazaniem na grupę pacjentów hospitalizowanych na różnych oddziałach szpitalnych lub leczących się w poradni mukowiscydozy? Takie doprecyzowanie tego celu świadczyłoby jeszcze lepiej o warsztacie naukowym Macieja Klimasińskiego, który ubiegając się o stopień naukowy doktora, ma się odznaczać zarówno precyzją w określaniu pojęć, jak też ich konsekwentnym używaniem.

Wyniki swoich prac Doktorant przedstawił w trzech tematycznie połączonych ze sobą artykułach.

Autor w swojej pogłądowej publikacji pt. *Spiritual care model in the Pain Treatment Clinic. How to understand non-religious aspects of spirituality* zanalizował cztery elementy definicji opieki duchowej stworzonej przez Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie (PTODM), zestawiając wyniki prowadzonej refleksji z wynikami badań jakościowych przeprowadzonych w przedziale czasowym od lutego 2022 do kwietnia 2023

roku wśród 29 dorosłych osób przewlekle chorych leczących się w poradni leczenia bólu w Poznaniu.

Podczas analizy definicji duchowości stworzonej przez PTODM Autor wyróżnił w niej cztery aspekty pozareligijne: transcendentny, egzystencjalny, relacyjny i moralny. Analiza wyników wywiadów przeprowadzonych przez Autora z wykorzystaniem zaprojektowanego przez niego krótkiego protokołu pokazała, że chociaż nikt z badanych pacjentów nie znał definicji duchowości zaproponowanej przez PTODM, to jednak chorzy zwracali uwagę na zawarte w niej cztery aspekty. Autor skonstruował swoje rozważania, podkreślając, że należy przyjąć fakt, iż wszyscy pacjenci, bez względu na to, czy są osobami religijnymi, czy niereligijnymi, mogą doświadczać potrzeb duchowych.

Recenzent docenia bazę źródłową wykorzystaną przez Doktoranta do określenia istoty opieki duchowej, a uwzględniając opracowania zagranicznych i polskich autorów zajmujących się wspomnianą problematyką. Recenzent docenia też poprawność metodologiczną przeprowadzonych przez Autora badań i słuszność wyciągniętych wniosków, niemniej ma jednak pewne wątpliwości odnośnie do doboru próby badawczej. Czy widoczna w próbie badawczej nadreprezentacja kobiet (26 kobiet, a tylko 3 mężczyzn) nie wpłynęła na ostateczny wynik prowadzonych badań?

Doktorant w swojej drugiej publikacji pt. *Spiritual Distress and Spiritual Needs of Chronically Ill Patients in Poland: a Cross-Sectional Study* w bardzo umiejętny sposób zreferował wyniki badań potrzeb duchowych pacjentów, jakie prowadziło wielu autorów. Wykazali oni, że pacjenci cierpiący na choroby przewlekłe często poszukują „pokoju wewnętrznego”, chcąc rozmawiać z pracownikami medycznymi o sensie życia. W większości badań stwierdzono, że potrzeby duchowe pacjentów zależą od poziomu ich religijności, która mierzona jest między innymi częstotliwością uczęszczania na nabożeństwa. Aby oznaczyć cierpienia pacjentów odnoszące się do potrzeb duchowych (trudności w określeniu sensu życia, brak wewnętrznej harmonii i nadziei, zaburzone relacje z innymi ludźmi, trudności w akceptacji swojej sytuacji), stworzono termin „dystres duchowy” – stan ten przejawia się smutkiem, lękiem, poczuciem samotności i bezradności.

Ponieważ w Polsce nie badano kwestii „dystresu duchowego” i potrzeb duchowych pacjentów z chorobami przewlekłymi, Autor postanowił przeprowadzić takie badanie. Pragnął dokonać identyfikacji tych cech, które występują najczęściej. Tego typu badania zostały przeprowadzone w latach 2017-2018 w grupie 255 pacjentów przebywających na różnych oddziałach szpitalnych lub w poradni mukowiscydozy. Do ich przeprowadzenia użyto specjalnie stworzonego, oryginalnego narzędzia badawczego. Zawierało ono 12 pytań, wśród

których dziewięć dotyczyło objawów „dystresu duchowego”, a trzy „potrzeb duchowo-religijnych”. W trakcie badań zebrano dane charakteryzujące badanych: diagnoza, wiek, płeć, subiektywnie ocenianie zaawansowania choroby, religijności, wiary i jej znaczenia w życiu, które następnie zostały skorelowane z intensywnością wyrażonego „dystresu duchowego” i poziomu konkretnych potrzeb duchowych. Do analizy zakwalifikowano 204 ankiety.

Uzyskane wyniki pokazały, że ponad połowa badanych zgłosiła objawy „dystresu duchowego”, wskazując m.in. na: lęk przed przyszłością (64%), brak pokoju wewnętrznego (61%), smutek (55%), potrzebę podzielenia się uczuciami i myślami jak też modlitwy (51,5%). Analiza korelacji wykazała, że intensywność objawów „dystresu duchowego” jest związana tylko z ciężkością choroby, natomiast wykonana regresja liniowa pokazała, że spośród kilku predyktorów najważniejszym była wiara jako zasób w chorobie, o czym wspominało aż 54,7% badanych. Wypowiadając się o postrzeganiu swojej choroby przez pryzmat wiary, najczęściej podkreślali wiarę w to, że Bóg ma plan na ich życie i nie dopuścił choroby bez powodu. Wypowiadając się z kolei o praktykach pomocnych w radzeniu sobie z cierpieniem, zwracali najczęściej uwagę na osobistą modlitwę (wskaźnik: „praktyki ogólnoduchowe”), jak też na przyjmowanie sakramentów i uczestnictwo w nabożeństwach (wskaźnik: „praktyki ogólnoreligijne”). Wyniki badań wskazują, że perspektywa duchowa umożliwia wierzącym pacjentom nadanie sensu trudnemu doświadczeniu, a ponadto prowadzą do wniosku, że należy wspierać pacjentów w korzystaniu z zasobów religijnych. Innym ważnym wnioskiem wypływającym z badań jest fakt, że wobec niereligijnych chorych należy stosować pozareligijną opiekę duchową. Przeprowadzone badania pozwoliły skonstatować, że duchowość wykracza poza kontekst religijny: objawy „dystresu duchowego” zależą od stopnia zaawansowania choroby, a nie od postrzegania wiary jako zasobu w chorobie lub przynależności do grupy religijnej.

Na docenienie zasługuje bardzo dobre od strony metodologicznej zaplanowanie i przeprowadzenie badań dotyczących wpływu duchowości na postrzeganie przez pacjentów choroby przewlekłej oraz wskazanie na czynności podejmowane przez chorych w kontekście sposobów radzenia sobie z cierpieniem. Przytoczony szczegółowy opis zastosowanych procedur badawczych, jak też analiz statystycznych uzyskanych wyników wskazuje na rzetelność badawczą Doktoranta, co gwarantuje poprawność i pewność wyciągniętych wniosków. Recenzent znowu ma jednak pewne wątpliwości dotyczące reprezentatywności grupy badawczej, w której zauważa się przewagę kobiet (61,4%) nad mężczyznami (38,6%).

Trzecia publikacja Autora, będąca logiczną częścią całego cyklu tematycznego, została – ze względu na swoją objętość – podzielona na dwie części i opublikowana w dwóch różnych

czasopismach. Pierwsza część to *Spiritual care provided by a physician in a pain management clinic: a bidirectional relationship between chronic non-cancer pain and spirituality*, natomiast druga to *Improving Spiritual Well-Being of Polish Pain Outpatients: A Feasibility Mixed Methods Study*. Celem publikacji była ocena praktycznego zastosowania wypracowanego przez Autora modelu pozareligijnej opieki duchowej. Budując ten model, Doktorant podkreślił konieczność dostrzeżenia przez lekarza zarówno pozytywnego, jak i negatywnego wpływu duchowości na chorego przewlekle, bez względu na jego religijność. Wskazując, że „dystres duchowy”, poprzez obniżenie jakości życia pacjentów może nawet nasilać objawy choroby podstawowej, Autor podkreślił, że przekonania duchowe mogą również zwiększać odporność na choroby oraz pomagać w adaptacji do chorób przewlekłych. Według niego dobrostan duchowy u pacjentów występuje wtedy, gdy odczuwają oni wewnętrzny pokój, akceptują swoją sytuację egzystencjalną, mają poczucie sensu i budują pozytywne relacje z otoczeniem. Właśnie temu służy opieka duchowa, której celem, zgodnie z definicją wypracowaną przez PTODM, jest niesienie pacjentowi pomocy w zaadaptowaniu się do nieuleczalnej choroby, potwierdzenie wartości i sensu ludzkiego życia (aspekt transcendentno-egzystencjalny), jak też odnalezienie wewnętrznej harmonii oraz równowagi w relacjach z innymi ludźmi i poczucie przynależności do większej całości (aspekt moralno-relacyjny). Autor wskazywał, że lekarze mają wspierać duchowo pacjentów przez empatyczną postawę, okazywanie zainteresowania tym, jak choroba wpływa na ich życie, oraz rozmawianie o ich doświadczeniach duchowych i przekonaniach, co buduje pozytywne relacje.

Doktorant, aby dowieść słuszności swojej tezy, zaprojektował i przeprowadził w okresie od maja 2022 do lutego 2024 roku pilotażowe badanie na próbie 13 pacjentów leczących się w poradni leczenia bólu w Poznaniu. Badając dwukrotnie ich dobrostan duchowy, miesiąc przed interwencją lekarską opartą na rozmowie o historii ich życia i duchowości oraz miesiąc po tym fakcie, wykorzystał on kwestionariusz FACIT-Sp-12. Dane przeznaczone do dalszej analizy pozyskano od 12 osób. Uzyskane wyniki badań pokazały, że mediana dobrostanu duchowego pacjentów przed interwencją wynosiła 31,8 (zakres: 10-40), natomiast po interwencji – 32,3 (zakres: 14-43; $p < 0,05$). Największa zmiana zaszła w wynikach podskali o nazwie „pokój”, w której mediana przed interwencją wynosiła 8,5 (zakres 2-9), natomiast po interwencji – 10,8 (zakres: 2-13; $p < 0,05$).

Następnie badane osoby otrzymały anonimowe ankiety na temat wykorzystanego modelu działań lekarza. Dziesięć z nich zwróciło wypełnione ankiety, w których opisywało swoje interakcje z lekarzem oraz ich wpływ na dobrostan. Odpowiedzi badanych pacjentów umożliwiły identyfikację czterech powtarzających się tematów: rozwój osobisty, poczucie

wdzięczności, zadowolenie z jakości relacji, poczucie wsparcia i nadziei. Wszystkie opinie podkreślały znaczenie przystępności, empatii i uwagi lekarza. Pacjenci wyrażali zadowolenie i wdzięczność za sposób, w jaki lekarz prowadził z nimi rozmowy, podkreślając, że poczuli się oni docenieni i traktowani jak osoby, a nie tylko przypadki chorobowe. W ich opinii towarzyszenie lekarza w radzeniu sobie przez nich z trudnościami związanymi z chorobą wzmacniało ich zasoby psychologiczne oraz przynosiło nadzieję na osiągnięcie akceptowalnego poziomu jakości życia. Zarówno uzyskane dane jakościowe, jak i ilościowe wykazały, że nawiązywanie przez lekarza relacji z pacjentami poprawia ich dobrostan duchowy.

Recenzent, ponownie doceniając wysiłki Doktoranta związane z zachowaniem rzetelności naukowej i poprawności metodologicznej prowadzonych badań, których szczegółowy opis zamieszczony został w dysertacji, znowu ma jednak wątpliwości dotyczące doboru próby. Z opisu badań wynika, że ukończyło je 10 kobiet i tylko trzech mężczyzn. Czy nadreprezentacja kobiet nie wpłynęła na końcowe wyniki badań?

Podsumowując całościowo wysiłki naukowe Doktoranta, należy zauważyć, że jest on w Polsce jednym z pionierów badań dotyczących modelu opieki duchowej wobec pacjentów przewlekle chorych. W bardzo twórczy sposób podszedł do podjętej problematyki, nie tylko sięgając do bogatej literatury zagranicznej i krajowej na ten temat oraz podejmując rozważania czysto teoretyczne, ale także weryfikując swoje tezy poprzez badania empiryczne. Poprawnie zdefiniował problem badawczy i sformułował cztery cele, które następnie zostały konsekwentnie zrealizowane. Realizując pierwszy z nich, dokonał pogłębionych analiz literatury przedmiotu dotyczącej pozareligijnych aspektów duchowości. Wykazał, że obniżone poczucie sensu życia, zaburzone relacje i harmonia wewnętrzna oraz proces adaptacji do zmian życiowych nazywane łącznie „dystresem duchowym” są niezależne od religijności. Realizacja drugiego celu dotyczącego oceny potrzeb duchowych grupy pacjentów chorych przewlekle, zarówno religijnych, jak i niereligijnych, wykazała, że „dystres duchowy” koreluje jedynie z nasileniem choroby. Autor poprawnie zrealizował też trzeci cel związany z opracowaniem modelu pozareligijnej opieki duchowej, który oparty został na danych zawartych w piśmiennictwie. Zauważył, że lekarz, wykorzystując odpowiednio przygotowany kwestionariusz, może ocenić dobrostan duchowy pacjentów, następnie przeprowadzić interwencję polegającą na nawiązaniu relacji z pacjentem, co wyrazi się poprzez przyjęcie odpowiedniej postawy i okazanie zainteresowania tym, jak choroba wpływa na jego życie i duchowość. Doktorant zrealizował także czwarty cel, który był związany z przetestowaniem w praktyce skonstruowanego modelu opieki duchowej w grupie pacjentów poradni leczenia

bólu przewlekłego w Poznaniu, wykazując, że zaproponowana interwencja zwiększyła ich poziom dobrostanu duchowego. Badania prowadzone przez Macieja Klimasińskiego potwierdziły, że poprzez prostą interwencję związaną ze sposobem nawiązywania relacji można poprawić dobrostan duchowy pacjentów, co przynosi korzyść obydwu stronom – pacjentom i lekarzom.

Należy podkreślić, że cały projekt badawczy, na który złożyła się analiza literatury źródłowej, przygotowanie i przeprowadzenie badań empirycznych, analiza zebranych danych, wyciągnięcie wniosków i przygotowanie manuskryptów, został przeprowadzony z zachowaniem wszystkich wymogów metodologicznych. Trzeba też zauważyć, że prowadzone działania były zgodne z zasadami etyki naukowej, o czym świadczą zamieszczone w opracowaniu oświadczenia złożone zarówno przez Doktoranta, jak i inne osoby uczestniczących w projekcie badawczym. W oświadczeniach tych szczegółowo ukazano czynności podejmowane przez badaczy. O etyczności prowadzonych działań świadczą też umieszczone w opracowaniu dwie uchwały Komisji Bioetycznej działającej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu pozytywnie opiniujące wnioski dotyczące prowadzenia przez Doktoranta badań naukowych z zakresu opieki duchowej.

Wszystkie przytoczone przesłanki pozwalają na sformułowanie wniosku, że rozprawa doktorska Macieja Klimasińskiego stanowi oryginalne rozwiązanie postawionego problemu badawczego.

Rodzi się pytanie dotyczące praktycznego zastosowania wyników badań uzyskanych przez Doktoranta. Należałoby z jednej strony kontynuować rozpoczęty proces badawczy, gdyż – jak Autor sam zaznaczył – badania prowadzone od maja 2022 do lutego 2024 roku na próbie 13 pacjentów poradni leczenia bólu w Poznaniu miały charakter pilotażowy. Może trzeba byłoby je powtórzyć w większej grupie badawczej, dbając zarazem o zwiększenie reprezentatywności mężczyzn. W nawiązaniu do uzyskanych wyników Recenzent stwierdza, że należy różnymi kanałami propagować znaczenie opieki duchowej w medycynie wśród przedstawicieli środowiska medycznego, wskazując na jej efektywność kliniczną i ekonomiczną, czym zresztą zajmuje się PTODM. Należy organizować specjalne sympozja na ten temat i zamieszczać poświęcone temu zagadnieniu artykuły w „Medycynie Praktycznej”. Należy również dążyć do tego, aby doprowadzić do wprowadzenia na szeroką skalę zajęć z opieki duchowej dla studentów kierunków lekarskich. To, co w Stanach Zjednoczonych stało się powszechną praktyką, w naszym kraju należy do rzadkości. W Polsce tylko na jednej uczelni kształci się studentów kierunku lekarskiego w zakresie duchowości w medycynie, ma to

miejsce od roku akademickiego 2018/2019 w Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu (CM UMK). Istniejący stan rzeczy powinien ulec zmianie. Należy też prowadzić dalsze prace nad tym, aby szeroko rozumiana opieka duchowa, nie tylko w sensie opieki duszpasterskiej (religijnej), była bardziej uwzględniana w akredytacji polskich szpitali.

Uzyskane wyniki badań powinny również trafić do decydentów kościelnych różnych wyznań, w tym biskupów Kościoła katolickiego. Chociaż Autor w swojej pracy koncentrował się na opiece duchowej udzielanej przez lekarza wszystkim pacjentom, zarówno wierzącym, jak i niewierzącym, to wyniki badań pokazujące, że perspektywa duchowa związana z modlitwą i korzystaniem z sakramentów umożliwia osobom wierzącym nadanie sensu trudnemu doświadczeniu cierpienia jest niezwykle cenna. Pozyskane przez Autora wyniki badań są ważnym sygnałem dotyczącym troski o fachowe przygotowanie kapelanów szpitalnych i hospicyjnych. Włączają się oni w powyższe działania, PTODM organizuje szereg różnotematycznych webinarów dla kapelanów, pomagając im w lepszym zrozumieniu pacjentów cierpiących na wielorakie zaburzenia i dostarczając praktycznych narzędzi do pełnionej posługi. PTODM przygotował też w 2021 roku kompleksowy projekt kształcenia kliniczno-pastoralnego kapelanów i ich certyfikacji – nawiązuje on do skutecznie realizowanego w wielu krajach programu nauczania kapelanów szpitalnych według modelu Clinical Pastoral Education (CPE). Ze smutkiem należy zauważyć, że – jak na razie – nie doczekał się on realizacji w kontekście działań Kościoła katolickiego, chociaż toczą się rozmowy na ten temat. Warto natomiast z uznaniem wyrazić się o działaniach realizowanych przez Kościół ewangelicko-augsburski, który podjął decyzję o uzupełnieniu w przyszłości formy kształcenia kapelanów o zagadnienia wiedzy klinicznej w zakresie zgodnym z propozycjami PTODM.

Dobrze przygotowani kapelani, na wzór działań realizowanych w wielu krajach, mogliby zadbać nie tylko o ściśle religijną opiekę dla swoich pacjentów, ale też nieść duchowe wsparcie ich bliskim, osobom niereligijnym oraz personelowi medycznemu. Mogą też pomagać personelowi medycznemu w rozstrzyganiu wielu pojawiających się dylematów etycznych, jak też podejmować działania przeciwdziałające zespołowi wypalenia.

Idea szeroko rozumianej opieki duchowej bardzo koresponduje z nauczaniem papieża Franciszka, który w swoich licznych wystąpieniach podkreśla konieczność duchowego towarzyszenia chorym i cierpiącym. Na przykład w orędziu na obchodzony w całym Kościele XXXII Światowy Dzień Chorego z 2024 roku zwraca uwagę na znaczenie relacji terapeutycznych między pacjentami a towarzyszącymi im w procesie leczenia lekarzami,

pielęgniarkami i personelem medycznym. Zauważając, że pierwszą formą opieki potrzebnej w chorobie jest, pełna współczucia i czułości, bliskość, papież apeluje do wszystkich troszczących się o chorych, aby zadbali o ich relacje z Bogiem, rodziną, przyjaciółmi, pracownikami służby zdrowia, stworzeniem i samym sobą. Z kolei w orędziu z 2021 roku na XXX Światowy Dzień Chorego Franciszek podkreślał, że osoba chora jest ważniejsza od choroby i apelował, aby w każdym podejściu terapeutycznym nie zabrakło wysłuchania pacjenta, jego historii, lęków i obaw. Papież zauważył, że szczególnie w sytuacjach, w których nie można wyleczyć chorych, należy ich pocieszyć tak, aby poczuli bliskość świadczącą o zainteresowaniu nimi jako osobami. W tym kontekście papież wyraża życzenie, aby procesy formacji pracowników służby zdrowia uzdalniały ich do słuchania i nawiązywania relacji.

Biorąc pod uwagę wyniki badań Macieja Klimasińskiego oraz innych autorów świadczące o roli, jaką w procesie leczenia odgrywa uwzględnienie potrzeb duchowych pacjentów, jak też wskazania papieża, który jest ważnym autorytetem moralnym nie tylko dla katolików, ale wszystkich ludzi dobrej woli poszukujących drogowskazów etycznych, zadbajmy o propagowanie idei opieki duchowej w medycynie. Spoglądajmy na jej znaczenie nie tylko w kontekście podnoszenia jakości leczenia związanego z odpowiedzią na duchowe potrzeby pacjentów, ale także na przywracanie medycynie jej charakteru personalistycznego, widząc przede wszystkim, CIEPRIĄCĄ OSOBE LUDZKĄ, która pragnie holistycznego wsparcia. W ten nurt działań wpisuje się dysertacja Macieja Klimasińskiego. Na docenienie zasługuje nie tylko jego praca naukowa, ale też postawa lekarza personalisty. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że zajmuje się on nie tylko kwestią opieki duchowej od strony naukowej, ale też propaguje jej idee, organizując spotkania edukacyjne i prowadząc wykłady na ten temat.

Pytania do Doktoranta

Recenzent prosi, aby Doktorant ustosunkował się do poniższych pytań.

1. Recenzent zgłaszał wątpliwość dotyczącą nadreprezentatywności kobiet nad mężczyznami w prowadzonych przez Doktoranta badaniach. Czy mogła ona w jakimś stopniu wpłynąć na wyniki uzyskanych badań?
2. Część środowiska lekarskiego w Polsce z pewną dozą sceptycyzmu podchodzi do opieki duchowej w medycynie. Jakie są przyczyny takiego stanu rzeczy?
3. Ważną rolę w zaspakajaniu potrzeb duchowych pacjentów, zarówno osób religijnych, jak też niereligijnych, mogą odgrywać właściwie przygotowani kapelani. Jak powinna, według Doktoranta, przebiegać współpraca między nimi a lekarzami?



Wniosek końcowy

Po analizie dysertacji Macieja Klimasińskiego Recenzent stwierdza, że Doktorant przedstawił oryginalne, ciekawe i wartościowe rozwiązanie postawionego problemu badawczego, wykazując się erudycją, poprawnym myśleniem naukowym, zdolnościami prowadzenia analizy i syntezy, projektowania badań empirycznych, ich konsekwentnej realizacji oraz właściwej interpretacji uzyskanych danych. Prowadzona refleksja ukazała znaczenie opieki duchowej świadczonej przez lekarzy w procesie leczenia, co jest odpowiedzią na potrzeby duchowe pacjentów chorych przewlekle. Po lekturze pracy, jak również analizie pozostałych osiągnięć Doktoranta, Recenzent jest przekonany, że Maciej Klimasiński jest dobrze ukształtowanym badaczem gotowym do samodzielnego prowadzenia badań, oceny uzyskanych wyników, jak również ich prezentacji w świetle aktualnego stanu wiedzy.

Przedstawiona do oceny rozprawa doktorska spełnia wszystkie wymagania ustawowe stawiane rozprawom doktorskim, zgodnie z wymaganiami artykułu 187 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668 z późn. zm.). Recenzent zwraca się do Rady Dyscypliny Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu o dopuszczenie Pana lekarza Macieja Klimasińskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Ks. Tomasz W. [signature]