



Poznań, 4 lutego 2024 r.

Prof. UAM, dr hab. Aleksandra Jasielska
Zakład Psychologii Poznawczej
Wydział Psychologii i Kognitywistyki
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza

Recenzja uzupełnionej i poprawionej rozprawy doktorskiej magister Katarzyny Przybylskiej pt. „Rola wsparcia społecznego dla kobiet chorujących na raka piersi” napisanej w Kolegium Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu pod kierunkiem Prof. dr hab. n. med. Andrzeja Klejewskiego

Uzasadnienie wyboru tematu

Recenzowanie rozprawy doktorskiej w XXIV Światowym Dniu Raka (*World Cancer Day*) wydaje się być znaczące. Tym bardziej, że dane epidemiologiczne z roku 2022 wskazują, że najczęstszym nowotworem, na który chorują kobiety jest właśnie dyskutowany w rozprawie Pani Magister Katarzyny Przybylskiej rak piersi. Z wcześniejszych danych WHO „ogłoszonych na początku roku 2021 dowiadujemy się, że w roku 2020 na świecie nowotwór piersi został zdiagnozowany u 2,3 milionów kobiet, z których zmarło 685 tysięcy. W Polsce liczba nowych zachorowań na nowotwory piersi wyniosła 355 457, co daje ok. 118,8-137,6 zachorowań na 100 tysięcy kobiet. Liczba zgonów w Polsce z powodu tej choroby wyniosła 91 826, co daje 44,2-49,2 zgonów na 100 tysięcy” (Jasielska, 2022, s. 1¹).

¹ Jasielska, A. (2022). Niepublikowana recenzja rozprawy doktorskiej magister Katarzyny Przybylskiej pt. „Rola wsparcia społecznego dla kobiet chorujących na raka piersi” napisanej w Kolegium Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu pod kierunkiem Prof. dr hab. n. med. Andrzeja Klejewskiego dnia 31.10.2022 r.

Przywołane powyżej dane jednoznacznie wskazują, że poruszona w dysertacji problematyka jest szczególnie ważna, kiedy myślimy o profilaktykozależnej chorobie nowotworowej. Badania naukowe, których przedłożona praca dotyczy, czyli bezpośrednich konsekwencji psychicznych dla kobiet cierpiących na nowotwór piersi i konsekwencji pośrednich pod postacią (spozrzanego) wsparcia społecznego udzielanego chorej powinny być kontynuowane².

„Tematyka pracy symbolicznie koresponduje z triadą identyfikowaną w przestrzeni psychologicznej jednostki „*soma-psyche-polis*”. Aspekt „*soma*” dotyczy zachorowania, a także leczenia chemioterapią nowotworu złośliwego gruczołu piersiowego. Aspekt „*psyche*” koresponduje z cechami jednostkowymi oraz indywidualizowanymi sposobami radzenia sobie z chorobą przez pacjentki. Z kolei „*polis*” odnosi się do postrzeganych przez pacjentkę oddziaływań środowiska proksymalnego (rodzina) jak i dystalnego (personel medyczny)” (Jasielska, 2022, s. 2).

Struktura pracy jest klasyczna z dość dobrze wyważonymi częściami opisu teoriopoznawczego i empirycznego, koresponduje ze standardami pracy badawczej na stopień doktora.

I choć tytuł pracy jest niezwykle obiecujący, a dla mnie jako psychologa w szczególności, to niestety z lektury całości nie dowiaduję się jaka jest rola kluczowego dla rozprawy spozrzanego wsparcia społecznego w przebiegu leczenia choroby nowotworowej u kobiet cierpiących na raka piersi.

Teoretyczne podstawy badań

We wprowadzeniu teoretycznym Doktorantka przedstawia dotychczasowe ustalenia naukowe dotyczące dyskutowanego tematu pracy. Obecne w rozdziale pierwszym studia teoretyczne zawierają dwie zasadnicze części. W pierwszej 15-stostronicowej (strony 6-20) przedstawiono „epidemiologię chorób nowotworowych, definicję i klasyfikację chorób nowotworowych, etiologię i czynniki ryzyka zachorowania na raka piersi, objawy i diagnozowanie nowotworów piersi, metody leczenia i rehabilitacji kobiet chorujących na

² W recenzjach naukowych odwołując się do postawy Prof. J. Ciecucha (2019, s. 1) „świadomie nie streszczam pracy, ponieważ zdaniem recenzenta jest recenzowanie, czyli wskazanie potencjału pracy, mocnych stron oraz tego co wzbudza wątpliwości a nie streszczanie”. (dostęp dnia 8.02.2022, z: <http://150.254.90.19/www/stopnie/Doktoraty/Enko/Ciecuch.pdf>)

raka piersi.” (Jasielska, 2022, s. 2). W drugiej 11-stostronicowej części (strony 21-33) zatytułowanej „Oddziaływania psychologiczne” w podrozdziale 2.1. zatytułowanym „Wsparcie w chorobie nowotworowej” przedstawia zagadnienie wsparcia społecznego *in abstracto*. W żadnym bowiem miejscu nie odnajduję specyfikacji zapowiadanego wsparcia w chorobie nowotworowej, a przecież ten fragment w mojej ocenie jest kluczowy dla całej pracy. Autorce pomogłoby, gdyby zastosowała metodę lejka (ang. *funnel approach*), czyli omówiła zagadnienie wsparcia społecznego, następnie status wsparcia społecznego w chorobie i na koniec wsparcie społeczne w chorobie nowotworowej, i być może jeżeli takie dane są to wsparcie społeczne w chorobie nowotworowej jakim jest rak piersi³ (por. pozycja 195 w dysertacji). W kolejnym podrozdziale (2.2.) omawia sytuację psychologiczną kobiety z rakiem piersi. Lektura tego podrozdziału budzi pewien niedosyt, ponieważ niewiele dowiadujemy się o kondycji psychicznej interesujących Doktorantkę pacjentek.

Całość zamyka podrozdział dotyczący systemu pomocy dla pacjentek onkologicznych, w którym zawarto dość postulatyczne fragmenty dotyczące profilaktyki lub różnorodnych form interwencji psychologicznej. Być może studia literaturowe były niewystarczające, skoro na str. 27 zostały przywołane pozycje bibliograficzne 195-197, a tylko jedna z nich wyżej wymieniona dotyczy dyskutowanej problematyki. Pozycja 196 opisuje postępowania wobec stereotypu osoby cierpiącej na schizofrenię, a pozycja 197 dotyczy zjawiska normatywnego, jakim jest kryzys życiowy. W tej części dużo jest także danych na temat pomocy dedykowanej osobom chorym w Polsce czy interwencjom psychoterapeutycznym (str. 32). Tutaj brakuje podania źródeł, bo Autorka dość zdecydowanie stwierdza, np. że wizualizacje „są bardzo skuteczne”.

Wstęp jest dostatecznie związany z tematem pracy, ale niestety (nadal) nie dostarcza koniecznego kontekstu dla stawionych w części empirycznej hipotez. „Ze studiów teoriopoznawczych nie został wyprowadzony żaden klarowny model teoretyczny pokazujący zależności między zmiennymi uwzględnianymi w części badawczej projektu” (Jasielska, 2022, s. 3), który uzasadniałby wybór takich a nie innych zmiennych i podjętą

³ Ma X, Wan X i Chen C (2022) The correlation between posttraumatic growth and social support in people with breast cancer: A meta-analysis. *Front. Psychol.* 13:1060150. doi: 10.3389/fpsyg.2022.1060150

problematykę badawczą. Przykładowo, jeżeli przedmiotem swoich dociekań naukowych Badaczka czyni takie zmienne psychiczne jak, np. regulacja emocji to zasadnym byłoby przedstawienie tego co na temat zarządzania emocjami przez osoby cierpiące na chorobę nowotworową już wiemy. Przedstawiony stan rzeczy „jest trochę zaskakujący w odniesieniu do dyskusji, w której Autorka szeroko odwołuje się do ustaleń innych badaczy obecnych w literaturze przedmiotu, które w mojej ocenie winny przyczynić się do stworzenia własnego modelu teoretycznego” (Jasielska, 2022, s. 3) i zastanawiający w świetle braku korekty w/w elementu w poprawionej wersji pracy. Cały czas nie znajduję uzasadnienia dla zakładania np. związku między liczbą osób zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe a poczuciem samoskuteczności czy kontrolą emocji u kobiety poddanej chemioterapii, skoro cechy indywidualne o których mowa są cechami, które opisują jednostkę niezależnie od choroby. Z kolei zmienna uznana za niezależną, czyli strategie radzenia sobie z chorobą wymagają jednak zachorowania, aby się aktywowały.

Porządkując problematykę badań Doktorantki stwierdzam, że postawiła sobie ona dwa cele badawcze. Po pierwsze planowała określić występowanie i specyficzność związku między wybranymi cechami psychicznymi u kobiet leczonych z powodu raka piersi a zachowaniami manifestowanymi w reakcji na chorobę (np. współzależność między kontrolą emocji a akceptacją choroby); po drugie chciała określić wpływ cech socjodemograficznych na wybrane cechy psychiczne (np. akceptację choroby) kobiet leczonych na raka piersi. O ile pierwszy cel jest możliwy do zrealizowania przy korelacyjnym planie badawczym, to drugi niestety nie, ponieważ o wpływie jesteśmy w stanie mówić tylko korzystając z eksperymentalnego planu badawczego. Podział zmiennych nadal pozostaje dyskusyjny szczególnie w świetle zaproponowanych w analizach statystycznych pod postacią równań regresji, gdzie zasadniejsze byłoby posługiwanie się określeniami zmienna wyjaśniana i wyjaśniająca (por. Bedyńska i Brzezicka, 2007, s. 190)⁴.

⁴ Bedyńska, S., Brzezicka, A. (2007). *Statystyczny drogowskaz. Praktyczny poradnik analizy danych w naukach społecznych na przykładach z psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS ACADEMICA.

„Podsumowując, część teoretyczna, nie kończy się wyprowadzeniem modelu, który zostanie poddany weryfikacji empirycznej, przez co nie znajduję w niej zastosowania jednej z naczelných zasad nauki, jaką jest kumulatywność; w nauce bowiem nawet najbardziej radykalne pomysły opierają się na wcześniejszych, chociażby poprzez wykazanie ich niesłuszności. Ten brak namysłu teoretycznego, brak porządku czy nawet prób generalizacji skutkują w mojej ocenie” (Jasielska, 2022, s. 3) zaledwie miernym modelem empirycznym, który został poddany weryfikacji.

Ocena projektu badań i poprawności przyjętych metod badawczych

„W części empirycznej rozprawy przedstawiono badanie zrealizowane z udziałem imponującej grupy 250 kobiet będących w trakcie chemioterapii z powodu nowotworu złośliwego gruczołu piersiowego” (Jasielska, 2023, s. 3). Dokonano prawidłowego włączenia i wykluczenia uczestniczek do grupy kryterialnej.

Na str. 34 rozprawy przedstawiono weryfikowany empirycznie model. Niestety jego zobrazowanie nie w pełni koresponduje z przedstawionymi w dalszej części hipotezami. Przykładowo Doktorantka zakłada współzmiennność postrzeganego wsparcia społecznego z akceptacją choroby, natomiast formułując problem/ pytanie badawcze 4 i związaną z nim hipotezę zależnościową włączając w nią zmienną zdychotomizowaną jak przynależność do określonej grupy wiekowej, której to zależności nie ma na przedstawionym modelu (rycina 1). Podobnie ma się rzecz z problemem/pytaniem badawczym 2, w hipotetycznym rozwinięciu, którego formułuje zależności także między zmiennymi niezależnymi, jak np. wiek i poczucie samoskuteczności. W sumie przedstawiono 14 hipotez badawczych, które poddano weryfikacji.

„W żadnym miejscu pracy nie znajduję klucza doboru takich a nie innych zmiennych zarówno tych specyficznych jak i niespecyficznych (...). Oczywiście każdy badacz ma prawo dobrać tak zmienne i tak je analizować, jak chce” (Jasielska, 2022, s. 4) ważne jest jednak z etycznego punktu widzenia, aby dbając o kondycję uczestnika badania a w szczególności osoby chorej nie pasażować jej przez badanie (tu: wypełnianie kwestionariusza), z którego danych się potem nie wykorzystuje. Niestety w pracy mamy do czynienia z taką sytuacją. Badaczka skonstruowała ankietę własną (załącznik 6, określenie „kwestionariusz ankiety” (s. 43) to tautologia). W ankiecie tej

mamy np. pyt. 16 „Czy brakuje Pani w trakcie leczenia czegoś ze strony pielęgniarek?“, pyt. 18 „Proszę podać Pani źródła wiedzy o chorobie?“ czy pyt. 22 „Jakie wsparcie (w sferze fizycznej) Pani otrzymuje?“. To są niezwykle ciekawe pytania i myślę, że bardzo wartościowe byłyby odpowiedzi na nie, które przedstawiałyby jakościowy obraz wsparcia postrzeganego przez pacjentkę. Zebrane w ten sposób dane w żaden sposób nie zostały przez Doktorantkę „skonsumowane“, na co zwracałam uwagę w poprzedniej recenzji. Autorka ograniczyła się do przedstawienia w tabeli 1 podstawowych danych pochodzących z ankiety własnej (10 pytań z 22 zadanych).

„Na bardzo ogólnym poziomie rozumiem (posługując się tematem pracy), że Autorka chciała zbadać rolę wsparcia społecznego w chorobie nowotworowej. Chcąc zbadać funkcję określonego konstruktów psychicznego badacz ma do wyboru, np. model mediacyjny czy moderacyjny albo analizę regresji. I w efekcie wyników poczynionych analiz dokonuje interpretacji, czyli jest w stanie określić czy dany konstrukt, tu: wsparcie ma wartość buforującą, chroniącą, prognostyczną, osłabiającą, intensyfikującą itp.” (Jasielska, 2022, s. 4). Faktycznie badaczka podążyła za moją sugestią i wykonała równania regresji *ex post*. Równania te są efektem wyników wcześniejszych analiz statystycznych, których dokonano, a które to wyniki (wystąpienie korelacji) spełniały kryteria analizy regresji.

„Doktorantka bardzo często dokonuje skrótu myślowego i wsparcie społeczne nie zawsze nazywa spostrzeganym. Jest to tym bardziej uzasadnione, że z powodów epidemiologicznych zrezygnowała z badania najbliższych pacjentek, choć Berlińska Skala Wsparcia Społecznego jest dla takich respondentów przeznaczona. Co więcej w ankiecie własnej zadaje pytanie (nr 17) dotyczące poziomu otrzymanego wsparcia od personelu medycznego i w żaden sposób nie konsumuje uzyskanych wyników (...). Jeżeli w odpowiedzi na pytanie nr 17 otrzymujemy 6 (nierównolicznych) grup pacjentek, które w sposób zróżnicowany postrzegają udzielone im wsparcie od personelu medycznego i to można sprawdzić jak te osoby postrzegają wsparcie udzielane im przez najbliższych. Podobnie rzecz się ma z pytaniem nr 12 podążając jego tropem można sprawdzić czy pacjentka, która samobadała piersi nie akceptuje choroby bardziej i nie ma bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie” (Jasielska, 2023, s. 5). Powyższą uwagę podtrzymuję, pomimo sugestii Badaczka nie przeprowadziła analiz w tym kierunku o

czym już wspomniałam powyżej. Co więcej w pracy możemy znaleźć także sformułowania, że pacjentki wsparcie „otrzymują” (np. s. 67, s. 85, s. 90) lub „poszukują” (s. 83).

„Przyjęte w pracy sposoby operacjonalizacji zmiennych trafnie odwzorowują interesujące Badaczkę konstrukty teoretyczne” (Jasielska, 2022, s. 5). Szkoda natomiast, że Badaczka nie pokusiła na zagregowanie zmiennej strategii radzenia sobie z chorobą i nie wyłoniła dwóch stylów konstruktywnego i dekonstruktywnego o których sama pisze na s. 43, co być może pomogło by nieco w interpretacji uzyskanych wyników.

Rezultaty badań – ocena analizy i sposobu interpretacji wyników

„Z technicznego punktu widzenia dane zostały częściowo poprawnie przeanalizowane (...), a wnioski wyprowadzone przez Doktorantkę na ich podstawie są właściwe. Przedstawione dowody statystyczne pozostają w związku z hipotezami. Prezentacja wyników jest czytelna i kompletna” (Jasielska, 2023, s. 6). Choć błędem jest przy np. analizach regresji podawanie tych samych danych w tabeli i tekście.

Choć praca stanowi dostateczny sposób rozwiązania problemu naukowego, to w kontekście całej dysertacji zgłaszam poniższe uwagi:

1. W dyskusji wyników badania własnego wiele wniosków zostało przez Autorkę wyciągniętych, ale nie zinterpretowanych. Wiele wniosków w dyskusji jest niespecyficznych, bardzo ogólnikowych i nie związanych z tematem pracy, np. postulaty dotyczące interwencji i mało odkrywczym charakterze, że wsparcie jest potrzebne. Ta konkluzja nie wymaga przeprowadzonego badania.
2. „Autorka przywołuje inne badania dotyczące kontroli emocji, aby miały one wartość dodaną w niniejszym projekcie warto byłoby zastosować test t-Studenta dla 1 próby porównując uzyskane wyniki w badaniu” (Jasielska, 2022, s. 6) z danymi normalizacyjnymi dla poszczególnych narzędzi pochodzącymi z Pracowni Testów Psychologicznych. W opisie narzędzia można znaleźć sugestię >>stosując się do wskazówek pochodzących chociażby ze strony PTP „Uzyskany wynik porównuje się ze średnim wynikiem jednej z ośmiu grup klinicznych: diabetyków, pacjentów dializowanych, mężczyzn po zawale, chorych ze stwardnieniem rozsianym, pacjentów z przewlekłym bólem, pacjentów z bólem

- kręgosłupa, kobiet z rozpoznaniem migreny, kobiet z rakiem sutka i macicy⁵<< (Jasielska, 2022, s. 7).
3. Trudno mi się zgodzić z konkluzją ze str. 78, że tłumienie/ supresja emocji jest potrzebnym czynnikiem radzenia sobie z chorobą. Faktycznie kontrola emocji pod postacią tłumienia pomaga, ale tylko w krótkiej perspektywie czasowej natomiast w dłuższej drenuje zasoby mentalne czy emocjonalne pacjenta.
 4. Badaczka twierdzi (s. 80), że w badaniach własnych uzyskała dane wskazujące na wysoką (bo chyba nie dobrą?) akceptację choroby, ale ja danych świadczących o tym w pracy nie znalazłam.
 5. Obraz interpretacji uzyskanych danych zamazują informacje pochodzące z badań nad innymi chorobami (np. schizofrenia, dyskopatia czy choroba wieńcowa).
 6. Przy powoływaniu się w dyskusji na dane pochodzące od innych badaczy jest zaskakujące, że dane te „były Autorce znane to dlaczego nie stały się przyczynkiem do sformułowania modelu teoretycznego (...) Dlaczego zatem, skoro dla skali GSES mamy normy stenowe dla dorosłych wieku 30 – 55 lat (to akurat przedział, w którym mieści się większość uczestniczek badania) oraz mamy dodatkowo średnie i odchylenia standardowe dla siedmiu grup klinicznych m.in. kobiet po mastektomii (sic!!!) nie dokonała porównania wyników np. testem t-Studenta dla jednej próby. Jeśli *de facto* dla tego konstruktów mamy 3 grupy danych to można zaobserwować jak ta cecha zmienia się w porządku od zdrowia- przez zachorowanie i leczenie chemioterapią po leczenie operacyjne (wspomniane kobiety po mastektomii)” (Jasielska, 2002, s. 8).
 7. „Niestety brak modelu teoretycznego mści się w analizie statystycznej, w efekcie której otrzymujemy wybiórcze i niezwykle słabe korelacje. Zdarzają się wyniki, gdzie dla potencjalnych 21 korelacji istotne są 3 o bardzo niskiej sile. To chyba jednak powinno skłonić badacza także do interpretacji wyników, kiedy w większości związków nie obserwujemy” (Jasielska, 2022, s. 8) i nadal w dyskusji nie doczekałam się autorefleksji Autorki nad siłą omawianych zależności ani interpretacji braku zależności. Brakuje także oceny jakości stosowanego

⁵ <https://www.practest.com.pl/ais-skala-akceptacji-choroby> [dostęp 31.10.2022]

narzędzia do pomiaru kontroli emocji. „W badaniu zastosowano bowiem narzędzie 40-letnie to nie jest błąd, ale obecnie już wiele więcej wiemy o kontroli emocji, między innymi dzięki badaniom wykorzystującym neuroobrazowanie i trudno się zgodzić z definicją, gdzie kontrola emocji jest utożsamiana z ich tłumieniem” (Jasielska. 2022, s. 6) (por. procesualny model regulacji emocji Jamesa Grossa).

Podsumowując: Trudno mi zaakceptować fakt, że uwagi poczynione przeze mnie w poprzedniej recenzji w niewielkim stopniu „rezonują” w poprawionej wersji pracy. Nadal brakuje modelu teoretycznego, nadal Badaczka nie „zmaterializowała” danych z ankiety własnej czy dokonała dodatkowych obliczeń w oparciu w/w test t-Studenta dla jednej próby w oparciu o dane normalizacyjne narzędzi pozyskanych z PTP. Dziwi mnie to, tym bardziej że wszystkie trzy sugestie nie wymagały gruntownych zmian w toku prowadzonego wywodu a na pewno przyczyniłyby się do deklarowanego na str. 75 motywu „Głównym motywem podjęcia niniejszego tematu była chęć lepszego zrozumienia kobiet z rakiem piersi i poznania czynników, które mogą pomóc w organizowaniu wsparcia dla potrzeb pacjentek”. W mojej ocenie żadnego z tych motywów zaspokoić się nie dało.

Ocena formalnej strony pracy

Praca liczy 131 stron oraz załączniki, zawiera spis treści (nieadekwatny), rysunków i tabel. Przegląd literatury jest dostosowany do postawionego problemu. Większość źródeł została dobrana specyficznym i wykorzystana w pełni. Cytowana literatura liczy blisko 361 pozycji, w tym ok. 54% to źródła w języku polskim (ca. 192 pozycje).

Praca jest poprawna pod względem językowo-stylistycznym. Znajdują się w niej dwa dość powszechne błędy: 1: określenie uczestniczek badania jako grupy badawczej (np. s. 94, s. 97) a nie poprawnie grupy badanej; 2) nadal aktualna uwaga „Obecnie odchodzi się określenia badany na rzecz osoba badana, a najlepiej uczestnik badania na wzór angielskiego określenia *participant*” (Jasielska, 2022, s. 9)

Podsumowanie

Trawestując w tym miejscu słowa Winstona Churchilla na temat demokracji uważam, że recenzowanie przez specjalistów nie jest być może najlepszym systemem

podejmowania decyzji o tym jaki materiał naukowy promować, ale to najlepszy system od wszystkich innych, których dotąd próbowano.

Zatem, z punktu widzenia wymagań stawianych rozprawie doktorskiej jako kryterium oceny przygotowania Doktorantki do samodzielnego i poprawnego pod względem metodologicznym rozwiązywania problemów badawczych w obszarze nauk medycznych, oceniam rozprawę doktorską, jako spełniającą ustawowe warunki ubiegania się o stopień doktora zgodnie z Ustawą dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. Z 2017 r. poz. 1789).

Stwierdzam, że rozprawa doktorska mgr Katarzyny Przybylskiej pt. „*Rola wsparcia społecznego dla kobiet chorujących na raka piersi*” stanowi w obecnej postaci oryginalne rozwiązanie problemu naukowego. W związku z tym wnoszę o dopuszczenie Pani mgr Katarzyny Przybylskiej do dalszych etapów postępowania doktorskiego.

Z poważaniem,

