

Wpłynęło Wydz.
PIPs 19.07.2019

VIDI DECANUS

1

PRODZIEKAN

ds. Nauki

Katarzyna Krasoń
prof. dr-hab. Katarzyna Krasoń

Kraków, 15.07.2019

Dr hab. n. społ. Bernadetta Izydorczyk, prof. UJ
Instytut Psychologii Stosowanej
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Recenzja pracy doktorskiej mgr Anny Brandt -Salmeri pt: Podmiotowe i relacyjne wyznaczniki
wzrostu potraumatycznego kobiet z rakiem piersi
napisanej pod kierunkiem Pani Dr hab. Hanny Przybyły-Basisty, Instytut Psychologii Uniwersytet
Śląski w Katowicach

W przedłożonej mi do recenzji rozprawie doktorskiej Pani mgr Anna Brandt -Salmeri podjęła bardzo ciekawą i jednocześnie niezwykle istotną z perspektywy naukowo-badawczej i aplikacyjnej, problematykę z zakresu psychologii klinicznej, bezpośrednio nawiązującą do zagadnień medycyny psychosomatycznej oraz ochrony zdrowia. Uwzględniając przynależność chorób nowotworowych(raka piersi) do kategorii chorób cywilizacyjnych już na początku warto zaznaczyć bardzo dużą psychologiczną i medyczną wartość przełożonej mi do recenzji pracy doktorskiej. Doktorantka podjęła i ukończyła z sukcesem badania naukowe stanowiące moim zdaniem, bardzo interesujący i niezwykle skrupulatnie opracowany pod względem merytorycznym i metodologicznym materiał źródłowy, pozwalający potencjalnemu czytelnikowi zapoznać się z bardzo dobrze opracowaną współczesną (teoretyczną i empiryczną) wiedzą dotyczącą obszaru psychologii klinicznej i medycyny psychosomatycznej, a szczególnie psychologicznych predyktorów/czynników ryzyka warunkujących przebieg i efektywność leczenia kobiet z chorobą nowotworową, jaką jest rak piersi. Problem badawczy ukierunkowany został przez Autorkę niniejszej pracy na poszukiwanie empirycznie udokumentowanych podmiotowych i relacyjnych czynników wyjaśniających zjawisko tzw. wzrostu potraumatycznego u kobiet z rakiem piersi. Już tutaj warto podkreślić, że przedstawiona w dysertacji problematyka i perspektywa badawcza wzrostu potraumatycznego u kobiet z nowotworem piersi należy do nowatorskich w badaniach polskich, słabo eksplorowanych empirycznie. Za to waga analizowanej problematyki badawczej z perspektywy jej znaczenia dla leczenia jest niezwykle istotna. Prowadzenie badań z zakresu psychologii klinicznej i psychosomatyki czego przykładem jest niniejsza rozprawa doktorska, stanowi swoiste naukowe wyzwanie dla badacza stosującego w sposób odpowiedzialny, zgodnie z obowiązującymi standardami uprawiania badań naukowych oraz zgodnie z wiedzą z zakresu psychologii zdrowia oraz psychologii klinicznej jako nauki stosowanej w ochronie zdrowia. Podmiotem badań w psychologii klinicznej jest zwykle

człowiek w sytuacji trudnej (kryzysowej i/lub w stanie przewlekłej choroby). Często jest to pacjent, wobec którego obok naukowych podstaw prowadzenia badań, szczególne znaczenie przypisuje się kryteriom procedury badawczej oraz bezwzględnej potrzebie zachowania wysokich standardów etycznych w prowadzeniu badań. Znaczenia szczególnego nabiera zasada : *Primum Non Nocere* (po pierwsze nie szkodzić). Z podanych powyżej powodów badania naukowe z obszaru tematycznego psychologii klinicznej nie należą do łatwych w procedurze ich prowadzenia i naukowego dokumentowania. Trud pracy naukowej psychologa – badacza i zarazem klinicysty związany jest z zachowaniem zarówno standardów naukowego pomiaru badanych w pracy zmiennych psychologicznych, jak i z zachowaniem standardów etycznych w trakcie prowadzonego badania i zarazem leczenia osób w sytuacji choroby nowotworowej. Na początku recenzji, chciałabym zaznaczyć moje uznanie dla Doktorantki jako badacza i psychologa. Autorka rozprawy doktorskiej podjęła niewątpliwie bardzo trudne pod względem naukowym zadania badawcze. Wybrała problematykę badań wymagającą od badacza gromadzenia empirycznych danych w oparciu o grupę kliniczną, do której dostępność jest zwykle utrudniona, a prowadzenie badań żmudne i trudne ze względu na specyfikę związanych z przebiegiem choroby i leczeniem ograniczeń w wydolności psychofizycznej chorych w różnych fazach rozwoju i leczenia choroby nowotworowej. Prowadzenie badań klinicznych wymagało od Doktorantki uwzględnienia powyższego faktu w planowaniu procedury badań i doborze narzędzi pomiaru zmiennych, rozumiejąc, aby zachować zasadę „ po pierwsze nie szkodzić”. Poza wartością naukową praca posiada także bardzo istotny aplikacyjny charakter albowiem ma służyć pacjentom onkologicznym; doświadczającym choroby wymagającej przewlekłego (często inwazyjnego wobec ciała i doświadczeń psychicznych) leczenia, co może prowadzić do utrwalenia syndromu stresu lub rozwoju tzw. wzrostu potraumatycznego mimo obecnego przecież egzystencjalnego lęku przed śmiercią czy też wręcz realnego zagrożenia śmiercią. W pracy Autorka poszukuje podmiotowych i relacyjnych predyktorów wzrostu potraumatycznego u grupy kobiet doświadczających raka piersi. W procesie diagnozy oraz leczenia przedstawianych w niniejszej rozprawie doktorskiej pacjentek cierpiących na raka piersi wskazuje się na szczególną (negatywną dla utrzymania zdrowia) rolę psychicznych czynników ryzyka, ale i poszukuje się tych czynników, które mogą pełnić rolę ochronną, przyczyniając się do poprawy radzenia sobie z chorobą nowotworową. W pewnym sensie poszukiwanie czynników wspierających wzrost potraumatyczny może stanowić czynnik sprzyjający poprawie jakości życia – a tym samym sprzyjający procesowi leczenia chorych onkologicznie osób.

W mojej ocenie, przedstawiona w niniejszej rozprawie doktorskiej procedura teoretycznego opracowania i przygotowania modelu badawczego, zbierania danych badawczych oraz prowadzenia badania w warunkach klinicznej praktyki psychologicznej, uwzględnia idee i zasady praktyki opartej

na dowodach i tym samym stanowi istotne źródło naukowej wiedzy w zakresie psychologii zdrowia i klinicznej. Integracja dostępnych najnowszych (polskich i światowych) wyników badań naukowych (przedstawionych bardzo obszernie w części teoretycznej, jak i problematyce badań własnych) oraz kompetencje kliniczne Doktorantki pracy pozwoliły uzyskać bogaty, wiarygodny (kliniczny i psychometryczny) materiał badawczy na przedstawiony w tytule pracy temat.

Zanim przedstawię szczegółową ocenę recenzowanej pracy doktorskiej, odwołując się do podanych już we wstępie refleksji chciałam nadmienić, że niniejszą rozprawę doktorską oceniam pozytywnie i bardzo wysoko, uznając jej ponadprzeciętne walory, szczególnie w zakresie : bardzo starannie, zaplanowanego modelu badawczego, starannego doboru grupy badanych osób , bardzo precyzyjnego opracowania procedury badawczej oraz wnikliwie i wieloetapowo wykonanej : statystycznej i klinicznej analizy bardzo obszernych wyników badania. Na szczególną uwagę w opracowaniu tematu pracy zasługuje również zebrana imponująca literatura ,co jak rozumiem, dało podstawy do empirycznego opracowania wyników badania Autorki dysertacji i dokonania obszernych i wnikliwych analiz oraz porównań w dyskusji pracy.

Poniżej odniosę się do podstawowych kryteriów recenzji pracy naukowej, czyli: 1/oryginalności rozwiązania problemu badawczego, 2/wykazywania przez Doktoranta ogólnej wiedzy teoretycznej w dyscyplinie psychologii klinicznej 3/ umiejętności samodzielnego prowadzenia pracy naukowej przez Doktorantkę. Ustosunkuję się zatem do poszczególnych części pracy, a z obowiązku recenzenta nakreślę swoje uwagi krytyczne.

Ad.1. Oryginalność rozwiązania problemu badawczego przez Doktorantkę - oceniam bardzo wysoko z kilku powodów. Po pierwsze, temat badawczy z obszaru psychologii klinicznej (psychosomatyki – psychoneurologii) na gruncie polskich badań psychologicznych nadal jest mało poznany empirycznie i ciągle wymaga naukowej eksploracji ze względu na jego ogromne znaczenie dla rozwijania kierunków profilaktyki oraz leczenia chorych onkologicznie osób (tutaj kobiet z rakiem piersi). Problematyka poszukiwania podmiotowych i relacyjnych wyznaczników wzrostu potraumatycznego (już samo takie podejście do choroby nowotworowej) to tematyka niszowa zarówno w badaniach psychologii klinicznej, jak i medycyny psychosomatycznej. Dla leczenia chorych nowotworowo kobiet to temat niezwykle ważny klinicznie a uzyskane wyniki badań Autorki mogą bezpośrednio przełożyć się wzbogacenie procesu leczenia poprzez lepsze zrozumienie psychologicznych aspektów , mogących korygować rozumienie i podejście do problematyki egzystencjalnej i jakości życia chorych onkologicznie kobiet. Jak już wspomniano, badania Doktorantki poza aspektem naukowym mają duże znaczenia aplikacyjne (dla poprawy jakości życia kobiet przewlekle cierpiących na nowotwór piersi). Należy podkreślić, że temat badawczy wymagał po

pierwsze prowadzenia badań zgodnie i ściśle z etycznymi i naukowymi standardami (osoby chore szczególnie są narażone poprzez obniżoną odporność i stan psychofizyczny na negatywne skutki oddziaływań psychologicznych podczas prowadzenia badań naukowych). Po drugie procedura badania wymagała także specyficznego doboru grupy badawczej i nakładała na Doktorantkę jako badacza i psychologa obowiązek współpracy z osobami badanymi (kobietami chorującymi na raka piersi w różnych fazach leczenia), nawiązania współpracy z personelem medycznym szpitali, gdzie badania były prowadzone, nawiązania współpracy z zarządami klubów Amazonek, a także nakładała na Doktorantkę obowiązek prowadzenie prelekcji dla doświadczających nowotworu piersi kobiet. Gromadzenie grupy badanych spośród kobiet chorych i ujawniających nieprzewidywalne w czasie pojawienie się zaostrzeń choroby i wzrostu jej objawów, nie jest zadaniem łatwym i wymaga posiadania wielu klinicznych kompetencji aby nawiązać pozytywną (dającą możliwość przeprowadzenia badania) relację :badacz-badany (psycholog - pacjent). Doktorantka podjęła się powyższego zadania, wykazała się kompetencjami klinicznymi i zdolnością do nawiązania pozytywnej relacji z badanymi chorymi. Efektem tego są wyniki badania, które bardzo starannie opracowała i przedstawiła w niniejszej dysertacji.

Ad.2. Wykazywana ogólna wiedza teoretyczna Doktorantki w dyscyplinie psychologii

W mojej ocenie Pani mgr Anna Brandt-Salmeri wykazała się wnikliwą i obszerną wiedzą w zakresie psychologii klinicznej (szczególnie z obszaru psychoonkologii) a także medycyny psychosomatycznej, co pozwoliło jej poprawnie metodologicznie i bardzo starannie zbudować oraz ciekawie i inspirująco przedstawić model badawczy swoich badań. Istotnym jest wskazać, że Doktorantka zastosowała się do standardów etyki zawodowej oraz wymagań etycznych związanych z procedurą badań prowadzonych z udziałem ludzi. Doktorantka uzyskała pozytywną opinię Komisji Etyki Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego na temat przedstawionego w niniejszej pracy doktorskiej projektu badawczego. Rozprawa doktorska została zredagowana w sposób poprawny - typowy dla prac o charakterze empirycznym: zawiera część teoretyczną, metodologiczną oraz sprawozdanie z badań wraz z wnioskami, bibliografią, spisem tabel i rycin oraz aneksem. Zarówno część teoretyczna, jak i empiryczna zostały przedstawione i zredagowane w sposób bardzo wnikliwy i szczegółowy. Praca doktorska zawiera wprowadzenie, 9 obszernych rozdziałów: 4 rozdziały opisujące treści teoretyczne, rozdział opisujący problematykę badań własnych (problem badawczy, pytania i hipotezy, zastosowane metody badania, charakterystykę grupy badanych, organizację i przebieg badania oraz kierunki statystycznych analiz) oraz 4 rozdziały empiryczne (rozdz. 6-9), przedstawiające bardzo szczegółowy i wnikliwy opis wyników badania (od statystyk opisowych zmiennych ilościowych, jakościowych, pozwalających scharakteryzować grupę badanych kobiet, statystycznych analiz pozwalających diagnozować różnice wewnątrzgrupowe kobiet

znajdujących się w różnych fazach choroby i leczenia, statystycznych analiz dotyczących poszukiwania predyktorów wzrostu potraumatycznego oraz psychologicznych profili kobiet chorujących na nowotwór piersi). Doktorantka w strukturze dysertacji zawarła wnikliwe podsumowanie wyników badania i wnioski, ponadto odniosła się także do ograniczeń badań własnych, kierunków dalszych analiz badawczych i implikacji praktycznych. Na zakończenie dysertacji Doktorantka przedstawiła bardzo obszerną bibliografię. Doktorantka na początku pracy doktorskiej przedstawiła także wykaz zastosowanych w niej skrótów, co ułatwia potencjalnemu czytelnikowi studiowanie treści na kolejnych stronach pracy. Praca posiada poprawnie sformułowane i dostosowane do tematu i treści pracy streszczenie w języku polskim i angielskim. Warto podkreślić, że praca zawiera bogaty spis (polsko i obcojęzycznej) literatury – 539 pozycji (str. 265 do 309), z tego 95 to pozycje polskojęzyczne a pozostała literatura obejmuje pozycje głównie anglojęzyczne. Należy wspomnieć a może podkreślić, że wśród źródeł literatury tematu niniejszej rozprawy doktorskiej znajdują się także artykuły współautorstwa Doktorantki (4 pozycje, gdzie jest jedynym autorem bądź współautorem). Wszystkie pozycje są powiązane z omawianym tematem pracy doktorskiej. W mojej ocenie tytuł pracy – w pełni odpowiada treściom w niej zawartych oraz daje potencjalnemu czytelnikowi wskazówkę – jakiego obszaru eksploracji naukowej dotyczy dysertacja. Praca doktorska napisana jest rzeczowym, klarownym z zachowaniem poprawności stylistyki i gramatyki językiem polskim. Doktorantka wykazała się wysoką starannością i poprawnością formalno-językową, stylistyczną i interpunkcyjną, co czyni pracę w odbiorze i czytaniu bardzo przejrzystą i klarowną chociaż jest ona bardzo obszerna. Doktorantka bardzo starannie i prawidłowo dobrała oraz zastosowała testy statystyczne (adekwatne do procedury badawczej i kierunków zaplanowanych zgodnie z projektem badawczym i wynikami analiz). Zastosowane testy i analizy statystyczne pozwoliły Doktorantce zweryfikować postawione pytania i hipotezy badawcze. Obszerne dane badawcze zostały pogrupowane i zaprezentowane zgodnie z logiką i kolejnością odpowiedzi na pytania i weryfikowane hipotezy badawcze: począwszy od prezentacji wyników statystyk opisowych w zakresie zmiennych badawczych (jakościowych i ilościowych) po zróżnicowane analizy zależności korelacyjnej między zmiennymi oraz analizy regresji, aż po analizę skupień, wieńczącą opracowanie statystyczne uzyskanych wyników badania.

Jak już pisano na stronie 4 niniejszej recenzji część teoretyczna rozprawy doktorskiej zawiera 4 rozdziały przedstawiające kolejno w sposób poprawny stylistycznie z użyciem komunikatywnego języka polskiego, przekazując w sposób logiczny i uporządkowany, merytoryczne treści, przybliżające czytelnikowi problematykę podstawowych dla zrozumienia modelu badawczego zagadnień medycznych i psychologicznych aspektów doświadczania raka piersi w biegu życia (rozdz. 1), problematykę stresu traumatycznego w kontekście raka piersi i rozumienia raka piersi

jako specyficznej traumy (rozdz.2), problematykę zjawiska wzrostu potraumatycznego w sytuacji choroby (rozdz.3), problematykę potencjalnych wyznaczników wzrostu potraumatycznego w kontekście chorowania na raka piersi (rozdz.4). Rozdział 5 zawiera przedstawioną w sposób poprawny problematykę badań własnych. Przedstawiane przez Doktorantkę w dysertacji treści teoretyczne oraz wyniki badań zaprezentowane zostały w sposób przemyślany i logiczny, dokumentujący i uzasadniający dobór zmiennych do modelu badań własnych. Cytowane wyniki badań dotyczą bardzo szerokiej (także tej najnowszej) literatury przedmiotu, świadcząc o dużej kompetencji i znajomości opracowywanego przez Doktorantkę tematu rozprawy doktorskiej. Reasumując, przedstawiana w części teoretycznej obszerna wiedza dotycząca tematyki rozprawy doktorskiej w pełni umożliwiła Doktorantce postawienie pytań i hipotez badawczych oraz prawidłowego względem tematu pracy i założeń badawczych opracowania modelu badawczego. Zakres podanych treści umożliwił Doktorantce opracowanie kierunków statystycznych analiz otrzymanych wyników badania oraz przeprowadzenie na ich podstawie statystycznego oraz klinicznego wnioskowania. Rozważania Doktorantki cechuje duża merytoryczność, precyzja, szczegółowość opisów wyników i wnikliwość. Wywód teoretyczny jest poprowadzony w sposób logiczny i uporządkowany, a język klarowny i poprawny stylistycznie z uniknięciem istotnych błędów w pisowni. W części pracy dotyczącej opisu problematyki badań Doktorantka scharakteryzowała problematykę badań własnych (model badawczy, pytania i hipotezy oraz metody pomiaru zmiennych, charakterystykę grupy badanych,). Prezentowane w tej części pracy treści zawierają wszystkie konieczne elementy do opisu metodologii podjętych badań: problematykę badań, pytania badawcze, opis zastosowanych narzędzi badawczych, strategię przeprowadzonych badań, opis zastosowanych metod statystycznych oraz opis badanej próby. Badania zostały wykonane w modelu korelacyjnym (prostych i złożonych pomiarów z zastosowaniem analizy regresji oraz analizy skupień metodą k-średnich). Ta część jest napisana w sposób poprawny językowo, przejrzyste i starannie. Operacjonalizacja zmiennych ujętych w planie badań, została przedstawiona w sposób klarowny i zgodny z założeniami prezentowanymi w części teoretycznej. Dobór próby do badań był celowy. Doktorantka wykonała bardzo staranną pracę badawczą - prowadząc badania od czerwca 2017 do sierpnia 2018 roku zbadała 308 kobiet chorujących na raka piersi ale do statystycznych analiz zakwalifikowała 229 kobiet. W rozdziałach 6-8 Doktorantka przedstawiła wyniki komentując je i uzasadniając wnikliwą analizą kliniczną i statystyczną, podając wyniki testowania hipotez i wnioski. Natomiast w rozdziale 9 Doktorantka prezentuje ograniczenia badań własnych, kierunki dalszych analiz oraz implikacje praktyczne. Doktorantka kończy dysertację bogatą, starannie opisaną bibliografią, spisem tabel, rysunków i aneksem, streszczeniem w j. polskim i angielskim. W części pracy gdzie Doktorantka referuje wyniki badań - ujawnia się moim zdaniem wnikliwa i bardzo

staranna (klarowna dla czytelnika) prezentacja danych badawczych. Zastosowane testy statystyczne są poprawne (dostosowane do założeń badawczych: pytań i celów). Ta część pracy doktorskiej zasługuje na szczególne uznanie, obejmuje bowiem obszerną, a zarazem przedstawioną bardzo klarownie prezentację analiz statystycznych szczególnie korelacyjnych, analiz modeli regresji i analizy skupień. Mając na uwadze bardzo dużą ilość otrzymanych z badania danych, warto zwrócić uwagę na to, że ich procedura prezentacji została przemyślana tak aby uczynić opis wyników jak najbardziej klarownym dla czytelnika (np. Doktorantka zamieszcza częściowe podsumowania omawianej części wyników czy też podkreśla treści znaczące dla pracy wytluszczeniem). Przeprowadzona przez Doktorantkę kompleksowa analiza statystyczna pozwoliła jej w rezultacie zaprezentować poprawnie i szczegółowo uzyskane bogate wyniki badania. Doktorantka zawarł również w swojej dysertacji krytyczną analizę prowadzonych badań własnych, co sugeruje, że jest świadoma ograniczeń prowadzonych badań własnych oraz wskazała tym samym, że nie obca jest jej pokora badacza wobec możliwości popełnienia błędów. Cenne mogą być uwagi odnoszące się do praktycznych implikacji z badań, które świadczą o zrozumieniu przez Doktorantkę wzajemnej zależności między podstawowymi zasadami prowadzenia badań naukowych, a specyfiką uwzględnienia w tychże badaniach grupy klinicznej kobiet z chorobą nowotworową piersi w różnych stadiach jej trwania i leczenia. Doktorantka czyni wiele ciekawych, cennych i wnikliwych konkluzji i wniosków z poczynionych badań. Te najważniejsze wskazują, że istnieją pewne zmienne podmiotowe, które wykazują istotny związek z rozwojem wzrostu potraumatycznego u kobiet z rakiem piersi w zależności od fazy choroby i jej leczenia. Tak też widzimy, że zmienne predyktory są z jednej strony podobne, z drugiej różne w zależności od grupy – stadium, w jakim znajdowały się badane kobiety chorujące na raka piersi: 0-2 lat (grupa 1); 3-5 lat (grupa 2) czy 6-15 lat (grupa 3) po diagnozie choroby nowotworowej). W pierwszej z wymienionych grup predyktorami okazały się: spostrzegane wsparcie społeczne, skłonność poznawcza do ruminacji, nasilenie PTSD oraz ego-resiliency. W drugiej grupie badanych kobiet predyktorami okazały się: nasilenie PTSD, skłonność poznawcza do refleksji, spostrzegane wsparcie społeczne. W grupie trzeciej predyktorami okazały się: ego-resiliency i spostrzegane wsparcie społeczne.

Z racji potrzeby dogłębnej analizy struktury tekstu dysertacji warto tutaj poczynić uwagę i zapytać Doktorantkę o wyjaśnienie i doprecyzowanie na ile wykazany brak istotnej siły zależności między wskazanymi powyżej zmiennymi nie jest (lub jest) powiązany z zastosowanymi metodami pomiaru obrazu ciała (narzędzie adoptowane wstępnie do polskich warunków – brak norm polskich) w kontekście kwestionariusza wzrostu potraumatycznego? Na stronie 167 i innych dysertacji Doktorantka prezentuje podstawowe dane na temat narzędzia pomiaru obrazu ciała (BIS Hopwood, Fletcher i Al. Ghazal, 2001) w polskiej adaptacji własnego współautorstwa. Doktorantka zastosowała

narzędzie 10 itemowe BIS. Zakres treściowy odnosi się głównie do odczuwania ciała (zawstydzienia i niezadowolenia) a jeden item do pomiaru typu zachowania wobec ciała (item 7). Brak jest w teście treści opisujących poznawczy aspekt obrazu ciała o czym Doktorantka pisze np. na str. 167. Warto doprecyzować jaki aspekt stosunku do ciała był badany i dlaczego dokonano wyboru takiego a nie innego narzędzia pomiaru zmiennej obrazu ciała i zdefiniować do jakiego teoretycznego podejścia się odwołało budując konstrukt zmiennej obrazu ciała? W literaturze istnieją opracowane i wystandaryzowane na różnych populacjach, uznane testy badające wieloaspektowość obrazu ciała np. MBRSQ w oprac. Casha (autorytet badanego aspektu w nurcie poznawczym), a w Polsce stosowany przez prof. K. Schier do badania obrazu ciała również u kobiet, młodych dorosłych z depresją (Schier, 2008 r. w czasopiśmie *Psychoterapia* 4(147), czy skala Oceny Ciała (Body Esteem Scale) w oprac. S.L. Franzoi, S.A. Shields w polskiej adaptacji M. Lipowskiej M. Lipowskiego z 2013 roku (Polish normalization of the Body Esteem Scale. *Health Psychology Report*, 1, 72–81. DOI: 10.5114/hpr.2013.40471). Obecne też są w badaniach polskich inne narzędzia pomiaru obrazu ciała przeznaczone dla osób dorosłych, także kobiet. Złożoność i wieloaspektowość pojęcia obrazu ciała sprawia, że istnieje konieczność dokładnego podania definicji i dobrania narzędzia pomiaru tej zmiennej w zależności od doprecyzowania podejścia w jakim definiuje się obraz ciała (np. poznawcze, psychoanalityczne, inne). Zatem chciałabym zapytać Doktorantkę o powód wyboru narzędzia do pomiaru obrazu ciała w dysertacji? Warto tutaj zwrócić uwagę na kontekst tematu obrazu ciała w aspekcie niewykluczonego i opisywanego przez Doktorantkę m.in. zjawiska tzw. "Januszowego oblicza" – konfliktowości, iluzoryczności postrzegania siebie i własnego ciała w sytuacji doświadczania zdarzeń traumatycznych – krytycznych. Drugie pytanie dotyczy potrzeby wyjaśnienia opisu wyników w kontekście wieku grupy badanych kobiet oraz braku zależności między obrazem ciała a wskaźnikami wzrostu potraumatycznego. Doktorantka pisze, że badane kobiety znalazły się w przedziale wieku 30-70 lat, ale średnia wieku to 53 lata. Zatem nie są to kobiety w wieku młodości, nie są to jeszcze kobiety w wieku senioralnym tylko kobiety często pracujące, aktywne w życiu rodzinnym czy małżeńskim, kobiety z dojrzałym Ja cielesnym. Czy nie warto zwrócić uwagę, rozważyć na ile poza chorobą i jej znaczeniem do doświadczania ciała (np. po zabiegu mastektomii) średni wiek kobiet badanych mógłby mieć znaczenie w doświadczaniu już ukształtowanego obrazu ciała? Gdyby poszerzyć pomiar obrazu ciała o rozbudowane aspekty poznawcze (percepcja, myślenie, emocje, postawa socjokulturowa wobec ciała) - pomiar tzw. Ja cielesnego, czy specyfika tego wieku życia i poziomu różnych aspektów Ja cielesnego – mogłaby mieć wpływ na wyniki wzrostu potraumatycznego u kobiet z rakiem piersi? (oczywistym jest, że pozostaje to pytaniem do kolejnych badań) – może warto to rozważyć!

Kolejne pytanie dotyczy pomiaru zależności między czasem od diagnozy i leczenia kobiet z rakiem piersi oraz odczuwanym wsparciem społecznym (partnera, rodziny), a wskaźnikami wzrostu potraumatycznego. Doktorantka wskazuje w wynikach badania, że kobiety z rakiem piersi w fazie leczenia do dwóch lat od postawionej im diagnozy, doświadczały większego wsparcia społecznego np. ze strony partnera, u pozostałych grup kobiety z rakiem piersi (pozostające w leczeniu po diagnozie raka 3-5 lat oraz 6-15 lat od chwili diagnozy raka piersi) takiej zależności nie wykazano (np. str. 198). Zatem czy wyjaśnienie poczynione przez Doktorantkę w dyskusji wyników jest jedynym możliwym? Czy jest możliwe inne wytłumaczenie tego wyniku? Czy tylko kobiety w fazie ostrej po rozpoznaniu i podjęciu leczenia doświadczają największego wsparcia społecznego (partnera, rodziców)? Czy też mogą one w różnym okresie leczenia deklarować taki stan rzeczy bo zależy to od ich umiejętności postrzegania i przyjmowania wsparcia, postrzegania sytuacji i od ich cech osobowościowych? Z literatury wynika, że radzenie sobie ze stresem i zdarzeniem traumatycznym może być uwikłane z możliwościami adaptacji społecznej i umiejętności korzystania ze wsparcia najbliższych także w zależności od umiejętności osobowościowych samego podmiotu do adaptacji społecznej w chorobie np. resilience (radzenie sobie z sytuacjami trudnymi poprzez zdolność do znoszenia frustracji, możliwości wzbudzania pozytywnych emocji), jakość i rodzaj dominujących mechanizmów obronnych np. czy neurotyczne czy narcystyczne w zależności od cech i struktury osobowości? Jakie znaczenie może mieć struktura osobowości dla kształtowania się takiego układu wyników w badaniach Doktorantki.

Warto także zapytać czy przewidywana, zindywidualizowana i różna wydolność poznawcza i psychofizyczna (zmieniające się w przebiegu choroby nowotworowej w sposób trudny do kontrolowania w procesie badawczym), różne czynniki sytuacyjne działające „tu i teraz” mogły wpłynąć na jakość wypełnienia przez poszczególne badane kobiety kwestionariuszy i ankiet, szczególnie w zakresie postrzegania wzrostu potraumatycznego. Zatem wyciąganie wniosków winno uwzględniać ograniczenia badawcze (co też Doktorantka czyni w swojej pracy).

Kolejne pytanie dotyczy analiz statystycznych, w których Doktorantka wskazuje na istniejące zróżnicowanie wewnątrzgrupowe badanych kobiet, które to po wykonanej analizie skupień metodą k-średnich Doktorantka podzieliła na trzy różne podgrupy – posiadające różne względem siebie profile adaptacji potraumatycznej. Tutaj warto zwrócić uwagę i zapytać czy analiza posiadanego ego-resiliency i cech psychologicznych, doświadczone zdarzenia krytyczne w dotychczasowym życiu mogłyby mieć znaczenie w opisie poszczególnych profili adaptacji potraumatycznej. Teorie więzi podkreślają znaczenie przebytych zdarzeń traumatycznych w dotychczasowym życiu na jakość nawiązywanych relacji społecznych i adaptację do środowiska, także w sytuacji choroby (trauma to częsty czynnik spustowy dla rozwoju zaburzeń psychosomatycznych, a stres stwarza ryzyko

reaktywacji nawrotu choroby).Warto się zastanowić czy uwzględnienie zmiennej:” zdarzenia traumatyczne” w dotychczasowym życiu byłaby czynnikiem wartym kontrolowania w przyszłych badaniach tematu wzrostu potraumatycznego i jego zależności od tej ostatniej zmiennej? W literaturze mamy coraz więcej doniesień na temat funkcjonowania osób z osobowością typu D(osobowość stresowa). Ciekawym byłoby skomentować wyniki badania Doktorantki w kontekście relacji między PTSD a PTG.

Ad. 3. Umiejętności samodzielnego prowadzenia pracy naukowej przez Doktorantkę

W mojej ocenie Doktorantka prowadząc badania zaprezentowane w recenzowanej dysertacji wykazała się niewątpliwie samodzielną pracą naukową - badawczą. Praca doktorska spełnia standardy naukowego projektu badawczego. Doktorantka przeprowadziła statystyczne analizy w sposób poprawny i bardzo wnikliwy (dostosowany do założeń badawczych i naukowych standardów). Przyjęcie planu prezentacji danych, wyznaczone przez Doktorantkę pytania badawcze i odpowiadające im hipotezy badawcze , pozwoliło na stopniowe zapoznawanie się z wynikami wnikliwych statystycznych analiz i ich klinicznymi interpretacjami. Ta konsekwencja została także zachowana w części dyskusji, co w efekcie pozwoliło Doktorantce na udzielenie odpowiedzi na pytania badawcze i weryfikację hipotez badawczych w kontekście odnoszenia się do bardzo bogatej i wieloaspektowej literatury.

Reasumując:

W mojej ocenie wartość merytoryczna pracy jest bardzo wysoka (trafność i oryginalność problematyki badawczej połączone są z wysokim znaczeniem wyników badań dla nauki ale też dla praktyki psychologicznej (co jest szczególnie istotne dla prezentowanej grupy chorych).Doktorantka wykazała się w pisaniu przedstawionej mi dysertacji poprawnością formalno-językową ,stylistyczną i interpunkcyjną. Ocena metodologiczna pracy -jest bardzo wysoka (w tym: dobór i umiejętność wykorzystania bardzo obszernej i prawidłowo dobranej literatury, poprawność formułowania założeń badawczych, trafność doboru metod badawczych oraz umiejętność ich zastosowania, strukturę podziału treści i układ pracy).

Konkluzja końcowa recenzji

Przedstawione przeze mnie uwagi krytyczne nie umniejszają w żaden sposób wartości merytorycznej pracy. W podsumowaniu pragnę stwierdzić, że przedstawiona mi do recenzji praca posiada wysokie walory teoretyczne (nowatorskie podejście do przedstawienie podejścia do tematu zasobów w chorobie nowotworowej,a poczynione założenia w modelu badawczym oraz jakość

przeprowadzonego badania mają charakter oryginalny, ponadto podjęty problem badawczy posiada znaczącą i bardzo wysoką wartość poznawczą oraz aplikacyjną. W moim przekonaniu przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska w pełni spełnia wymagania stawiane rozprawom doktorskim zgodnie z Ustawą o Tytułach i Stopniach Naukowych z 2003 roku i dlatego wnoszę do Wysokiej Rady Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego o dopuszczenie mgr Anny Brandt Salmeri do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Wnoszę o wyróżnienie pracy w związku z oryginalnością i nowatorstwem rozprawy oraz jej dużą wartością aplikacyjną. Temat poruszany w dysertacji z perspektywy nauk społecznych (w tym psychologii stosowanej w ochronie zdrowia) jest niszowy. Brak jest ciągle pogłębionych klinicznych analiz, kompleksowego pomiaru podmiotowych i relacyjnych wyznaczników (predyktorów) wzrostu potraumatycznego u kobiet chorujących na raka piersi na jednej i tej samej populacji chorych. Ciekawym i nowatorskim podejściem do rozumienia perspektywy psychologicznych skutków nowotworów jest akcentowanie nie tylko skutków negatywnych ale też uwzględnienie możliwości wystąpienia zjawiska wzrostu potraumatycznego u osób z przewlekłą chorobą nowotworową, co stanowi ważny kierunek badań i ma dużą wartość w kontekście planowania procesu leczenia. Wykorzystanie zasobów pacjentek z rakiem piersi ma także duże znaczenie w podejściu do jakości (skuteczności) przebiegu oddziaływań terapeutycznych i efektywności potrzebnej w procesie leczenia psychoterapii.

Jzydorczyła Bemerkle