

Wpłynęło Wydz.

PIPs 17.07.2019

VIDI DECANUS

PRODZIEKAN

ds. Nauki

prof. dr hab. Katarzyna Krason

1

Prof. dr hab. Stanisława Steuden

Lublin, 2019.07.10.

Instytut Psychologii

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Recenzja rozprawy doktorskiej Pani mgr Ewy Robakowskiej pt. *Czynniki indywidualne i wsparcie społeczne a efektywność zdrowienia u pacjentek z zaburzeniami depresyjnymi*, napisanej pod kierunkiem prof. Uniwersytetu SWPS, dr hab. Danuty Rode.

Opinię opracowano na zlecenie Rady Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

Uzasadnienie ważności podjętego tematu

W przedstawionej mi do recenzji rozprawie doktorskiej Autorka podejmuje bardzo ważne zagadnienie dotyczące znaczenia zmiennych podmiotowych i relacyjnych w procesie zdrowienia pacjentek chorujących na depresję. Praca wpisuje się w aktualny nurt badań nad zaburzeniami nastroju i oceną czynników wzmacniających skuteczność terapii, tym samym łączy dwa cele poznawczy i aplikacyjny. Podstawowym celem Autorki rozprawy było poszukiwanie odpowiedzi na dwa pytania:

(1) które zmienne podmiotowe (*poczucie własnej skuteczności, inteligencja emocjonalna, styl radzenia sobie w sytuacjach stresowych, hierarchia wartości*) i relacyjne (*wsparcie społeczne*) są predyktorami efektywnego zdrowienia kobiet cierpiących na zaburzenia depresyjne?

(2) czy wyodrębnione grupy kobiet, zróżnicowane ze względu na określony profil psychologiczny i deklarowanych wartości różnią się między sobą sposobem korzystania ze wsparcia społecznego i efektywnością leczenia?

Praca ma charakter teoretyczno-empiryczny, jest kompletna - na jej strukturę składają się: wstęp, trzy odrębne części (*Doktorantka omawia w nich podstawy teoretyczne modelu zmiennych, metodologię badań własnych oraz analizę wyników badań własnych*), dyskusja wyników badań własnych, wnioski końcowe, spis bibliografii oraz aneksy. We wstępie do pracy Doktorantka w sposób przekonujący uzasadnia ważność podjętego tematu, omawia cel badań i definiuje ujęte w projekcie predyktory efektywnego zdrowienia, natomiast zabrakło

informacji na temat wskaźników zdrowienia i sposobu rozwiązania problemu badawczego. Szczegółową ocenę rozprawy doktorskiej z wskazaniem na jej mocne i słabsze strony przedstawiam poniżej.

Pierwsza część rozprawy doktorskiej - *Podstawy teoretyczne modelu zmiennych* składa się z czterech rozdziałów.

W rozdziale pierwszym Doktorantka wprowadza czytelnika w podstawowe zagadnienia odnoszące się do depresji jak: objawy kliniczne (*emocjonalne, poznawcze, behawioralne, somatyczne*), kryteria diagnostyczne według ICD-10 i DSM-5 oraz psychologiczne koncepcje depresji (*psychodynamiczne, poznawcze, behawioralne, somatyczne*).

W rozdziale drugim pt. *Czynniki indywidualne i interpersonalne w procesie zdrowienia* przedmiotem szczegółowych rozważań są zasoby wspierające proces zdrowienia. Treścią prowadzonego tutaj dyskursu są zagadnienia odnoszące się do zmiennych kluczowych dla pracy i ich znaczenia dla funkcjonowania osoby. Szczegółowo zostały omówione takie zasoby jak: poczucie własnej skuteczności (Bandury), inteligencja emocjonalna (m.in. Golemana, Bar-On'a, Mayera Saloveya, Matczak), hierarchia wartości (Cieciuch, Rokeach, Schwartz), styl radzenia sobie ze stresem (Lazarus, Folkman, Endler, Parker) i wsparcie społeczne (Sęk, Sarason, Schaefer). Poczucie własnej skuteczności odzwierciedla osąd jednostki na temat możliwości jej osiągnięcia zamierzonych celów; inteligencja emocjonalna odzwierciedla umiejętności związane z regulacją emocji; system wartości pełni funkcję standardów oceny zdarzeń, działań własnych i innych ludzi oraz motywuje do podejmowania różnych form aktywności, styl radzenia sobie ukazuje względnie stałą tendencję do stosowania znamienych dla danej osoby sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresowych a wsparcie społeczne pośredniczy między stresującymi wydarzeniami a sposobem radzenia sobie ze stresem choroby. W mojej ocenie przedstawiony przez Doktorantkę przegląd różnych koncepcji i rezultatów badań potwierdza trafność dokonanego przez Nią wyboru zmiennych podmiotowych i relacyjnych istotnych w procesie zdrowienia.

W rozdziale trzecim pt. *Zdrowienie jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka w procesie radzenia sobie z chorobą* Doktorantka w pierwszej kolejności koncentruje uwagę czytelnika na zagadnieniach zdrowia/choroby i procesie zdrowienia, następnie przechodzi do szerszego omówienia psychologicznych koncepcji stresu związanego z chorobą i radzeniem sobie oraz wskaźników zdrowienia u pacjentów depresyjnych. Podziela przy tym stanowisko wielu badaczy dotyczące trudności w precyzyjnym określeniu istoty i kryteriów zdrowienia

(zwłaszcza w odniesieniu do zaburzeń zdrowia psychicznego). Do wskaźników zdrowienia pacjentek depresyjnych we własnym projekcie badań zalicza: *samoakceptację, dążenia osobiste i realizację planów, kompetencje społeczne i poczucie dobrostanu psychicznego* (s.45). Zagadnienia będące przedmiotem refleksji w tym rozdziale zostały omówione starannie, ale można także wskazać na istniejące niedociągnięcia.

(1). Treść omawianych zagadnień koncentruje się głównie wokół takich kwestii jak: samoakceptacja, dążenia osobiste, dobrostan psychiczny, kompetencje społeczne, natomiast mało miejsca poświęcono zmianom w doświadczaniu objawów depresyjnych, czy też adaptacji do choroby. Wówczas także powstaje problem różnicowania zmian w sposobie przeżywania choroby od zdrowienia i obniżenia poziomu bądź ustąpienia objawów chorobowych. To niedociągnięcie ma dalsze skutki w projekcie badań własnych, w których zabrakło narzędzia do pomiaru depresji (np. *Inwentarz Depresji Becka*) w okresie objętym obserwacją. Jest to o tyle ważne, że Doktorantka koncentrowała się na efektywności leczenia, a jednym z wskaźników jest przecież obniżenie poziomu objawów depresyjnych.

(2) Treść paragrafu 3.1. *Psychologiczne koncepcje stresu i radzenia sobie* (s.38-43) jest w znacznym stopniu powtórzeniem treści paragrafu 2.4. *Style radzenia sobie ze stresem* (s.29-32).

W rozdziale czwartym pt. *Leczenie zaburzeń depresyjnych* Doktorantka koncentruje uwagę czytelnika na psychoterapii depresji (co jest zrozumiałe) – jednak najważniejsze nurty terapeutyczne (*behawioralno-poznawczy, psychodynamiczny, interpersonalny*) omawia w sposób bardzo ogólny. Więcej, tytuł rozdziału wprawdzie informuje o jego treści, ale szczegółowa charakterystyka leczenia farmakologicznego (z wskazaniem nazw leków i mechanizmu ich działania) w pracy psychologicznej wydaje się zbędna.

Odnosząc się do całości zagadnień omawianych w części pierwszej, chcę podkreślić iż stanowią one wystarczające tło teoretyczne dla sformułowania problemu badań własnych, uzasadnienia ważności podjętego tematu, opracowania modelu badań i wskazania sposobu jego realizacji.

Druga część rozprawy doktorskiej - Metodologia badań własnych poświęcona jest omówieniu podstawowych zagadnień związanych z projektem badań własnych. Podstawowym celem badań była: (1) ocena znaczenia czynników indywidualnych i interpersonalnych w efektywności zdrowienia u kobiet chorujących na depresję oraz (2) typologia badanych kobiet ze względu na określone profile czynników indywidualnych i

deklarowane wartości oraz porównanie wyodrębnionych grup ze względu na korzystanie ze wsparcia społecznego i efektywność zdrowienia. Niewątpliwie tak sformułowany problem jest interesujący poznawczo a uzyskane rezultaty mogą być przydatne w praktyce klinicznej. Mocną stroną projektu badań jest to, iż ma on charakter długofalowy (przyjęto dwa etapy badań – w początkowym okresie leczenia i po upływie pół roku).

W pierwszej kolejności Doktorantka przedstawiła sposób rozumienia czynników indywidualnych, przyjmujących status zmiennych wyjaśniających (*poczucie własnej skuteczności, inteligencja emocjonalna, radzenie sobie z chorobą, wartości*) oraz interpersonalnych (*wsparcie społeczne*). Ta część projektu badań została opracowana starannie i stanowi mocną i dobrze zintegrowaną stronę projektu badań. Natomiast trudno zrozumieć dlaczego zmienne wyjaśniane jak: dobrostan psychiczny i zdrowienie (*odzyskiwanie wewnętrznego ja, odzyskiwanie osobistych ról społecznych, nawiązywanie relacji*) przedstawiono w odrębnych częściach i modelach. Moja wątpliwość dotyczy także tego, że sformułowano osiem ważnych pytań problemowych (s. 69-70), natomiast zabrakło hipotez badawczych. I nie jest to odzwierciedleniem braku badań w literaturze przedmiotu, ponieważ przedstawiony przez Doktorantkę przegląd literatury przedmiotu był wystarczający dla ich uzasadnienia. Moja wątpliwość wynika także stąd, że w paragrafie 6. *Zmienne i ich operacjonalizacja* Doktorantka określiła status analizowanych zmiennych jako niezależne i zależne (s.71-73), choć z uwagi na to, że praca realizowana jest w modelu korelacyjnym, a nie eksperymentalnym bardziej zasadne byłoby przyjęcie terminologii zmienne *wyjaśniające* i *wyjaśniane*. Można się także zastanowić nad wagą (znaczeniem) poszczególnych pytań dla wyjaśnienia problemu. Czy pytanie pierwsze dotyczące charakterystyki socjodemograficznej i rodzinnej jest najważniejsze w projekcie? Jak należy rozumieć pytanie 2. *Jaki jest udział badanych kobiet w leczeniu?* (s.69), jeśli badaniami objęto wyłącznie kobiety chorujące na depresję, a znaczna część analiz koncentruje się na poszukiwaniu predyktorów zdrowienia wśród zmiennych podmiotowych i relacyjnych.

Kolejna kwestia dyskusyjna dotyczy dorobku zmiennych zależnych i niezależnych - uważna analiza sposobu ich operacjonalizacji za pomocą wielu narzędzi badawczych wskazuje na ich znaczące podobieństwo. Dotyczy to między innymi takich zmiennych jak: poczucie własnej skuteczności (*zmienna wyjaśniająca* - GSES) i dążenia osobiste - realizacja planów (*zmienna wyjaśniana* WKP); inteligencja emocjonalna (*zmienna wyjaśniająca* INTE) i kompetencje społeczne (*zmienna wyjaśniana* KKS). Potwierdzeniem tego, iż analizowane zmienne wyjaśniające i wyjaśniane są wysoko skorelowane - mierzą podobne (konstrukty) są

otrzymane przez Doktorantkę w analizie regresji metodą krokową postępującą bardzo wysokie współczynniki determinacji R^2 (niespotykane w badaniach psychologicznych) – ich wielkość zawiera się w przedziale od .753 do .938 (por. rozdział 17, tabele 22 – 27)..

Aby zrealizować cel pracy przebadano 230 kobiet chorujących na depresję do dalszych analiz włączono 202 kobiety w wieku od 30 do 83 lat. Badania realizowane były w dwóch okresach - pierwszy w okresie czterech pierwszych tygodni pobytu na oddziale szpitalnym, drugi po upływie ponad pół roku od podjęcia leczenia. Doktorantka omawia specyfikę pierwszego i drugiego etapu badań, choć w mojej ocenie sposób opisu jest niejasny. Zastosowane analizy statystyczne - m.in.: analiza skupień metodą k-średnich, analiza wariancji ANOVA, analiza regresji logistycznej nie budzą zastrzeżeń, choć zabrakło przedstawienia wyników prostej korelacji.

W badaniu wykorzystano szeroki zestaw metod psychologicznych: *Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności* (GSES); *Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej* (INTE); *Kwestionariusz Radzenia sobie ze Stresem* (CISS); *Kwestionariusz PVQ-R3-F* do badania wartości; *Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego* (BSSS); *Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny* (MSEI); *Skalę Dobrostanu Psychicznego* (PWB); *Wielowymiarowy Kwestionariusz Planów* (WKP); *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych* (KKS) oraz wywiad. W mojej ocenie zastosowanie wielu narzędzi psychologicznych umożliwiło zgromadzenie ogromnego materiału empirycznego, jednak wiele z nich mierzy podobne cechy, co najprawdopodobniej przełożyło się na wyniki w analizie regresji.

Poważnym niedociągnięciem w projekcie badań jest to, iż nie zastosowano metody do oceny nasilenia objawów klinicznych depresji (np. *Inwentarz Objawów Depresyjnych A. Becka*). Porównanie nasilenia objawów depresyjnych w dwóch okresach badań byłoby wskaźnikiem efektywności terapii i zdrowienia.

Trzecia część projektu – Analiza wyników badań własnych zawiera się w dziewiętnastu rozdziałach (11-29) w mojej ocenie zbyt rozdrobnionych. W dwóch rozdziałach - 11 i 12 przedstawiono dane dotyczące charakterystyki społeczno-demograficznej i wiedzy o chorobie (sądzę, że te dane powinny być zawarte w drugiej części pracy, dotyczącej metodologii badań własnych). Doktorantka przebadala ponad 230 kobiet chorujących na depresje w wieku od 30 do 83 lat (do dalszych analiz włączyła 202 osoby), jest to niewątpliwie duża grupa, ale zabrakło kryteriów jej doboru. Nie mam wątpliwości odnośnie tego, że tak duża rozpiętość wieku (53 lata) modyfikuje sposób rozumienia treści zadań testowych przez poszczególne

grupy wiekowe. Dotyczy to także depresji, której przyczyny i objawy pozostają w relacji do wieku – depresja we wczesnej i średniej dorosłości nie jest tożsama z depresją osób w późnej dorosłości. W charakterystyce badanych zabrakło podstawowych danych klinicznych takich jak: czas trwania choroby, typ depresji, liczba hospitalizacji, wiek zachorowania, natomiast podano szczegółowe informacje odnoszące się do schematu leczenia farmakologicznego - mało przydatne w projekcie badań.

W czterech kolejnych rozdziałach (13-16) Doktorantka przedstawia statystyki opisowe wszystkich badanych kobiet chorujących na depresję, w zakresie:

(1) zmiennych indywidualnych (*poczucie własnej skuteczności, inteligencja emocjonalna, strategie radzenia sobie, preferowane wartości, wsparcie społeczne*) i wsparcia społecznego (rozdział 13);

(2) poziomu wskaźników zdrowienia (*plany i cele życiowe, dobrostan psychiczny, samoocena*) na początku leczenia (rozdział 14);

(3) poziomu wskaźników zdrowienia (*plany i cele życiowe, dobrostan psychiczny, samoocena, kompetencje społeczne*) w badaniu drugim (rozdział 15) oraz

(4) wskaźników zdrowienia na początku leczenia i po jego zastosowaniu (rozdział 16). Analizy porównawcze rezultatów badań prowadzonych na początku leczenia i po okresie kilku miesięcy leczenia wykazały istotne pozytywne zmiany w zakresie planów i celów życiowych; dobrostanu psychicznego oraz samooceny. Szczegółowe rezultaty (zawarte w tabelach 19-21) dowodzą zmian pozytywnych we wszystkich analizowanych wskaźnikach zdrowienia (z wyjątkiem poszukiwania wsparcia społecznego). Nie mam zastrzeżeń do sposobu analizy i interpretacji rezultatów badań omawianych w powyższych rozdziałach, natomiast z obowiązku recenzenta chcę wskazać na istniejące w nich niedociągnięcia, które są różnej natury.

1. Trudno zrozumieć dlaczego Doktorantka nie oceniała kompetencji społecznych na początku leczenia (a jedynie w badaniu drugim), jeśli zaliczyła je do wskaźników zdrowienia.

2. Sposób opracowania i opisu poszczególnych tabel jest mało staranny i nie odpowiada standardom przyjętym w APA. Wszystkie tabele zostały zatytułowane *Statystyka zmiennych wchodzących w skład kwestionariusza.....* (por. tabele zawarte w rozdziałach 13-16). Jaki jest sens podawania liczebności badanych w całych kolumnach a dodatkowo z dokładnością do jednego miejsca po przecinku? (N=202,0).

3. Na treść rozdziału 16 składa się porównanie wskaźników zdrowienia na początku i po kilku miesiącach leczenia w całej grupie kobiet chorujących na depresję. Szkoda, że Doktorantka ograniczyła się do prezentacji trzech tabel i kilku zdań interpretacji.

Kolejna część analiz, zaprezentowana w rozdziale 17 – *Analiza regresji dla całej grupy badanych kobiet* dotyczy szacowania udziału zmiennych indywidualnych i relacyjnych w wyjaśnianiu efektywności leczenia w zakresie: ogólnych kompetencji społecznych, planowości, orientacji na cel, pozytywnych relacji z innymi, akceptacji siebie i ogólnej samooceny. Zastosowano tu analizę regresji metodą krokową postępującą. Dla każdego modelu regresji obliczono współczynniki determinacji R^2 i współczynniki β . Uzyskane rezultaty dotyczące udziału zmiennych podmiotowych i relacyjnych w wyjaśnianiu efektywności leczenia zostały przedstawione w tabelach 22-27. Uważna analiza uzyskanych danych nasuwa wątpliwości dotyczące:

(1) wysokich, niespotykanych w badaniach psychologicznych wskaźników R^2 (co wydaje się być następstwem wysokiej korelacji analizowanych zmiennych wyjaśniających i wyjaśnianych). Więcej, jeśli było wdrożone leczenie farmakologiczne, na jakiej podstawie można wnosić o prawie wyłącznym udziale zmiennych psychologicznych w procesie zdrowienia, co wynika z wartości wskaźników determinacji R^2 .

(2) Istotnym niedociągnięciem jest brak korelacji między analizowanymi zmiennymi w całej grupie chorych. Nie znalazłam także informacji dotyczącej tego z którego badania (pierwszego czy drugiego) pochodzą dane uwzględnione w wyjaśnianiu efektów leczenia.

(3) Kwestia kolejna to trudne do interpretacji kierunki wyjaśnianych zależności ocenianych na podstawie wielkości współczynnika β . np.: im niższa zdolność rozpoznawania emocji czy spostrzeganego dostępnego wsparcia tym wyższe kompetencje społeczne (tab. 22); im niższy styl skoncentrowany na zadaniu i mniejsza otwartość na zmianę tym wyższa planowość (tab. 23).

Za najbardziej wartościowe poznawczo i dla celów praktycznych uważam treści zawarte w rozdziałach od 18 do 29 w których Doktorantka przedstawia typologię kobiet ze względu na określony profil integrujący 13 czynników psychologicznych należące do obszarów: *poczucie własnej skuteczności, inteligencja emocjonalna, style radzenia sobie w sytuacjach stresowych i hierarchia wartości*. Zastosowana analiza klasterowa umożliwiła wyodrębnienie czterech grup kobiet, ale do dalszych analiz włączono trzy grupy (1) *pacjentki z depresją o wysokim potencjale przystosowawczym* (skuteczne, o dużej inteligencji emocjonalnej, $N=51$); (2) *pacjentki z depresją o umiarkowanym potencjale*

przystosowawczym (angażujące się w czynności zastępcze, umiarkowanie inteligentne emocjonalnie, N=73) oraz (3) *pacjentki z depresją o niskim potencjale przystosowawczym* (zachowawcze, skoncentrowane na emocjach, N=66). Grupy czwartej nie włączono ze względu na małą liczebność (N=12), jej wyodrębnienie uznano za artefakt. W mojej ocenie to określenie jest niesłuszne, ponieważ grupa ta może być interesująca ze względu na zasoby podmiotowe, relacyjne i wskaźników zdrowienia, a być może także wiek, czy nasilenie objawów chorobowych. Szkoda zatem, że Doktorantka nie przedstawiła jej odrębnej charakterystyki, niezależnie od decyzji jej wyłączenia z dalszych analiz.

Staranne charakterystyki opisowe i porównawcze wyodrębnionych grup kobiet dotyczą: (1) zmiennych socjodemograficznych i wiedzy o chorobie, (2) wskaźników zdrowienia (w każdej z wyodrębnionych grup) takich jak: *poziom planowości działań, dobrostan psychiczny, samoocena* oraz *korzystanie z różnych form wsparcia* na początku leczenia i po upływie kilku miesięcy oraz (3) porównania grup w zakresie wskaźników zdrowienia (*kompetencja społeczne, dążenia osobiste i plany, samoakceptacja i dobrostan psychiczny*). Doktorantka wykazała, że najwyższy poziom wskaźników zdrowienia charakteryzuje kobiety należące do grupy o wysokim potencjalnie przystosowawczym, zaś najniższy kobiety o niskim potencjale przystosowawczym. Dodatkowo wykazała, że istnieją różnice w poziomie wskaźników zdrowienia w dwóch okresach objętych obserwacją w każdej z wyodrębnionych grup, oraz różnice w efektywności zdrowienia pomiędzy wyodrębnionymi grupami. Dopelnieniem i poszerzeniem powyższych analiz jest poszukiwanie zależności pomiędzy korzystaniem ze wsparcia społecznego a procesem zdrowienia w wyodrębnionych grupach kobiet (rozdział 29) w obliczeniach zastosowano analizę korelacji r-Pearsona. Większość uzyskanych rezultatów wykazała dodatni związek różnych form wsparcia z procesem zdrowienia w każdej z grup. Ale uzyskano także wyniki zaskakujące - np. w grupie o niskim potencjale przystosowawczym otrzymywane wsparcie współwystępowało z obniżonym poczuciem wyznawanych zasad moralnych i obniżonym zadowoleniem ze swojego systemu wartości.

Ostatnią, obszerną część pracy zajmuje dyskusja wyników badań własnych z danymi literatury przedmiotu - została ona podzielona na dwie części odpowiednio do dwóch głównych grup pytań problemowych. W pierwszej Doktorantka koncentruje się na psychologicznej charakterystyce całej grupy kobiet chorujących na depresję w aspekcie zasobów indywidualnych, relacyjnych, wskaźników zdrowienia w dwóch okresach badań a także identyfikacji predyktorów efektywności zdrowienia. Część druga poświęcona jest obszernej i wieloaspektowej charakterystyce trzech grup kobiet, zróżnicowanych ze względu

na stopień potencjału przystosowawczego. Pragnę zauważyć, że ta część rozprawy została opracowana w sposób staranny, tok dyskursu naukowego jest uporządkowany i odpowiada kolejnym pytaniom problemowym. Każda część dyskusji kończy się krótkim podsumowaniem, w którym odnajdujemy klarowne odpowiedzi na pytania problemowe. Uporządkowany tok dyskusji pozwala wnosić o dobrej orientacji Doktorantki w przedmiocie badań a dyskusja wyników badań własnych z rezultatami uzyskanymi przez innych badaczy ukazuje Jej dobrą znajomość literatury przedmiotu. W sumie Doktorantka sformułowała 71 wniosków szczegółowych, które mają potwierdzenie w uzyskanych rezultatach badań (prezentowanych w licznych tabelach). Zabrakło jednak ich bardziej syntetycznego przedstawienia. Pewnym rozwiązaniem byłoby ich zestawienia zbiorcze, to bowiem dawałoby lepszy ogłód całości.

Podsumowanie całości

Przedstawioną mi do recenzji rozprawę doktorską Pani mgr Ewy Robakowskiej pt. *Czynniki indywidualne i wsparcie społeczne a efektywność zdrowienia u pacjentek z zaburzeniami depresyjnymi* oceniam pozytywnie.

W tekście recenzji wskazałam na szereg uchybień - są one różnej natury. Jedne dotyczą niezbyt starannego sposobu redakcji tekstu, formatowania tabel czy konstrukcji treści, inne mają charakter dyskusyjny (dobór grypy o dużej rozpiętości wiekowej, dobór dużej puli metod badawczych, których część mierzy podobne konstrukty, brak kluczowej metody do pomiaru depresji, budzące wątpliwość, bo niespotykane w badaniach psychologicznych wartości współczynników R²). Do powyższych kwestii Doktorantka powinna się odnieść w sytuacji gdy będzie chciała opublikować uzyskane rezultaty w formie artykułu.

Niezależnie od wskazanych niedociągnięć, recenzowana praca jest wartościowa, ponieważ uzupełnia wiedzę na temat funkcjonowania osób chorujących na depresję w aspekcie ich potencjału przystosowawczego, mającego istotne znaczenie w procesie zdrowienia. Podsumowując całość można powiedzieć, że .

1. Autorka opracowała projekt badań nowatorski, wartościowy w aspekcie poznawczym i aplikacyjnym, którego celem było poszukiwanie czynników sprzyjających zdrowieniu u kobiet chorujących na depresję.

2. Mocną stroną projektu badań jest ich długofalowy charakter – badaniami objęto tę samą grupę kobiet chorujących na depresję w dwóch okresach - na początku leczenia i po upływie pół roku. W badaniach zastosowano wiele metod psychologicznych, które pozwoliły na ocenę zasobów indywidualnych, relacyjnych i wskaźników zdrowienia. Dobór metod do analiz statystycznych nie budzi zastrzeżeń (m.in.: statystyki opisowe, analiza skupień metodą k-średnich, analiza wariancji ANOVA, analiza regresji logistycznej).

3. Znakomitym pomysłem było wyodrębnienie grup kobiet chorujących na depresję, zróżnicowanych ze względu na określony profil psychologiczny i deklarowane wartości. Wyodrębnione grupy kobiet różniły się poziomem potencjału przystosowawczego, stanowiącego o efektywności procesu zdrowienia.

4. Na uznanie zasługuje dojrzała i wnikliwa dyskusja rezultatów badań własnych z wynikami badań innych autorów oraz ich interpretacja, w której Doktorantka odwołuje się do wielu koncepcji psychologicznych dotyczących zasobów osobistych i społecznych, dobrostanu czy wartości.

W mojej ocenie rozprawa doktorska Pani mgr Ewy Robakowskiej pt. *Czynniki indywidualne i wsparcie społeczne a efektywność zdrowienia u pacjentek z zaburzeniami depresyjnymi* spełnia wymogi stawiane rozprawom doktorskim wg Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. z 2003 r. nr 65 poz.595. Dz. U. nr 164 poz. 1365. Dz. U. z 2011 r., nr 84 poz. 455) i dlatego wnoszę do Wysokiej Rady Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach o dopuszczenie Doktorantki do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Lublin, 2019.07.10.

Kierownik
Katedry Psychologii Klinicznej KUL
Stanisław Steuden
prof. dr hab. Stanisław Steuden