UNIWERSYTET IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU

Wydział Nauk Społecznych
Instytut Psychologii

Poznań, dnia, 30.08.2017r.

dr hab. Michał Ziarko
Zakład Psychologii Zdrowia
i Psychologii Klinicznej
Instytut Psychologii
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza

Recenzja rozprawy doktorskiej magister Joanny Król pt. *Psychospołeczne uwarunkowania doświadczania choroby oraz oceny jakości własnego życia przez pacjentów ze stwardnieniem rozsianym* napisanej w Katedrze Psychologii Ogólnej i Historii Psychologii Wydziału Zamiejscowego Uniwersytetu SWPS w Poznaniu pod kierunkiem prof. dr hab. Teresy Rzepy

Uzasadnienie wyboru tematu

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem Pani prof. dr hab. Teresy Rzepy przez Panią mgr Joannę Król podejmuje zagadnienia istotne z perspektywy dwóch subdyscyplin psychologii, mianowicie psychologii stresu oraz psychologii zdrowia.

Pierwszą z wymienionych subdyscyplin wzbogaca o rzetelną analizę oceny poznawczej sytuacji choroby dokonywanej przez osoby cierpiące na stwardnienie rozsiane. Zagadnienie to, ze względu na trudności w jego badaniu, jest rzadko podejmowane zarówno na płaszczyźnie teoretycznej, jak i empirycznej. Stąd na uznanie zasługuje fakt podjęcia tego trudnego tematu.

Drugą z subdyscyplin, poszerza o wiedzę o adaptowaniu się osób z stwardnieniem rozsianym do życia z chorobą. Tradycyjnie w psychologii zdrowia podejmowano i podejmuje się badania nad osobami cierpiącymi na powszechnie występujące choroby przewlekłe, takie jak: choroba niedokrwienna serca, nowotwory czy też cukrzyca. W ramach psychologii zdrowia rzadko prowadzone są badania nad funkcjonowaniem pacjentów cierpiących na mniej powszechne schorzenia, do

Certyfikat Jakości Kształcenia 2011 - 2016, 2013 - 2018
KOMISJA AKREDYTACYJNA UNIWERSYTECKA
Konferencji Rektorów Uniwersytetów Polskich

ul. A. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
tel. +48 61 829 23 07, fax. +48 61 829 21 07
uampsych@amu.edu.pl

których można zaliczyć stwardnienie rozsiane. Z tej perspektywy recenzowana rozprawa doktorska jest nowatorska, bo dostarcza wiedzy dotyczącej stosunkowo słabo poznanego zagadnienia i problemów, z którymi mierzą się pacjenci cierpiący na SM.

W związku z tym jednoznacznie pozytywnie oceniam podjętą przez mgr Joannę Król problematykę badawczą.

Recenzowana rozprawa doktorska liczy 143 strony wraz z załącznikami. Składa się z części teoretycznej i empirycznej oraz bogatego wykazu literatury (prawie trzysta pozycji polsko i obcojęzycznych). Oceniając pracę pod względem formalnym należy podkreślić, że jest napisana starannie, poprawną polszczyzną. Pewne zastrzeżenia budzi spójność wywodu (tę kwestię rozwinę analizując podstawy teoretyczne badań). Percepcję tekstu ułatwia 26 tabel oraz 25 wykresów. Są one czytelne, przygotowane na zadowalającym poziomie edytorskim. Dzięki temu czytelnik może zorientować się w problemach poruszanych w tekście, a w szczególności w wynikach opisywanych w metodologicznym fragmencie rozprawy. Można przyjąć, że doktorat został napisany zgodnie z przyjętymi standardami i jego struktura odpowiada wymaganiom stawianym rozprawie doktorskiej.

Teoretyczne podstawy badań

Pisząc rozprawę doktorską Pani mgr Joanna Król słusznie założyła, że chorowanie przewlekle jest sytuacją stresu chronicznego, a funkcjonowanie osób przewlekle chorych można spróbować zrozumieć w oparciu o szeroko opisywane założenia transakcyjnej teorii stresu psychologicznego. Dodatkowo Autorka przyjęła, że ogólne pojęcia (np. ocena poznawcza), którymi posługuje się transakcyjna teoria stresu należy doprecyzować o pojęcia specyficzne pozwalające dookreślić wymagania, jakim musi sprostać osoba chora (np. sposób doświadczania własnej choroby).

W związku z tym przeanalizuję wprowadzenie do pracy z dwóch perspektyw. Po pierwsze, odwołam się do podstawowych założeń teoretycznych, koncepcji

ul. A. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
tel. +48 61 829 23 07, fax. +48 61 829 21 07
uampsych@amu.edu.pl

będącej podstawą pracy Doktorantki, czyli transakcyjnej koncepcji stresu psychologicznego i z tej perspektywy dokonam analiz struktury i treści zawartych w części teoretycznej rozprawy doktorskiej. Po drugie, przeanalizuję sposób prezentowania dorobku psychologii, w odniesieniu do wykorzystywanych pojęć w rozprawie doktorskiej na przykładzie pojęć: zasoby i jakość życia.

Doktorantka, słuszne zakłada, że sytuację człowieka chorego przewlekle na stwardnienie rozsiane i jego zmaganie się z chorobą można zrozumieć odwołując się do procesów opisanych w ramach transakcyjnej teorii stresu psychologicznego opracowanej przez Richarda Lazarusa i Susan Folkman. W tym podejściu przyjmuje się trzy założenia dotyczące natury stresu. Po pierwsze, zakłada się że stres jest transakcją zachodzącą pomiędzy człowiekiem a otoczeniem. Po drugie, przyjmuje się, że transakcja stresowa jest procesem rozciągniętym w czasie, w przebiegu którego można wyróżnić następujące po sobie fazy, obejmujące: wyznaczniki przyczynowe, cechy stresora, procesy pośredniczące związane z radzeniem sobie, skutki (bezpośrednie i odległe) oraz zasoby i deficyty modyfikujące przebieg transakcji stresowej. I po trzecie, uważa się, że efekt końcowy transakcji stresowej, obok procesów psychicznych zaangażowanych w ocenę sytuacji i radzenie sobie, wyznaczany jest przez szereg czynników o charakterze zewnętrznym (związanych z innymi ludźmi np. wsparcie społeczne lub cechami środowiska np. poziom infrastruktury) bądź wewnętrznym (np. poczucie własnej skuteczności, poczucie koherencji). Czynniki te określane są mianem zasobów i przypisuje się im funkcję modyfikującą przebieg konfrontacji stresowej.

Pozwalam sobie przytoczyć te trzy założenia teoretyczne, ponieważ w mojej opinii, szczególnie dwa z nich, tzn. drugie i trzecie powinny być, z jednej strony osią analiz teoretycznych nadając strukturę pracy, a z drugiej stanowić podstawę badań zaprojektowanych i przeprowadzonych przez Doktorantkę.

Konsekwentne respektowanie drugiego z założeń, dotyczącego procesualnego charakteru transakcji stresowej, powinno skutkować określoną

ul. A. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
tel. +48 61 829 23 07, fax. +48 61 829 21 07
uampsych@amu.edu.pl

strukturą części teoretycznej pracy. Aby zachować spójność wywodu powinny być w niej poruszone w określonej kolejności następujące zagadnienia: (1) scharakteryzowane powinny zostać ogólne założenia transakcyjnej teorii stresu psychologicznego z uwzględnieniem krótkiego opisu każdej z wyróżnionych faz, (2) powinno zostać zaprezentowane pojęcie krytycznego wydarzenia życiowego i dokonane uzasadnienie dlaczego, tę konkretną jednostkę chorobową jaką jest stwardnienie rozsiane, można uznać za krytyczne wydarzenie życiowe, (3) winna być opisana problematyka oceny, uwzględniająca przede wszystkim poznawcze ustosunkowanie się pacjentów do własnej choroby, (4) poruszona powinna zostać problematyka skutków transakcji stresowej, ze szczególnym uwzględnieniem tematyki jakości życia, jako specyficznej konsekwencji choroby przewlekłej. (5) Powinna zostać zaprezentowana problematyka zasobów, ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia wsparcia społecznego oraz sądzę, że również poczucia własnej skuteczności. Dla przejrzystości wywodu związanego z problematyką badań Autorka mogła zrezygnować z charakterystyki poprzedników wydarzenia oraz radzenia sobie.

Analizując kompozycję i treść części teoretycznej z zaproponowanej powyżej perspektywy, uważam że w rozdziale pierwszym Autorka dokonała w syntetycznej formie prezentację wiedzy na temat koncepcji stresu psychologicznego ze szczególnym uwzględnieniem transakcyjnego ujęcia stresu. Te treści (a przynajmniej ich część), są wystarczające do wprowadzenia w problematykę pracy doktorskiej. Nie rozumiem dlaczego w tym fragmencie charakteryzowane jest poczucie własnej skuteczności.

Rozdział drugi to charakterystyka dwóch chorób przewlekłych, tzn. stwardnienia rozsianego i cukrzycy typu 2. Poruszana w nim problematyka odpowiada zaproponowanej przeze mnie strukturze. Tylko wydaje mi się, że watro by pogłębić poruszane treści. Wyjaśniając: Doktorantka prezentuje podstawowe informacje, głównie medyczne, na temat tych dwóch chorób. Natomiast zabrakło mi

ul. A. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
tel. +48 61 829 23 07, fax. +48 61 829 21 07
uampsych@amu.edu.pl

analizy wymagań, jakie pojawiają cię przed ludźmi cierpiącymi na te schorzenia. Innymi słowy, brakuje mi refleksji nad tym dlaczego, te choroby można potraktować, jako krytyczne wydarzenia życiowe. Sądzę, że tym fragmencie brakuje również wyjaśnienia, dlaczego Autorka zdecydowała się porównać funkcjonowanie chorych na stwardnienie rozsiane z funkcjonowaniem cierpiących na cukrzycę. Odpowiedź na to pytanie byłaby możliwa tylko i wyłącznie wtedy, gdy wyjdzie się poza medyczną charakterystykę schorzenia i odpowie się również na pytanie, jakie wymagania stawia konkretna choroba.

W związki z tym, jedną z dwóch zmiennych zależnych w modelu badawczym jest ocena znaczenia własnej choroby – zabrakło mi rozdziału poświęconego tylko i wyłącznie tej problematyce. Ocena poznawcza jest kolejnym, po wystąpieniu wydarzenia, etapem konfrontacji z krytycznym wydarzeniem życiowym i dlatego opis tej problematyki widziałbym po zapoznaniu czytelnika z zagadnieniami związanymi z charakterystyką stresora. Sądzę, że podjęcie tej problematyki jest istotnym wkładem Doktorantki w rozwój psychologii, ponieważ niewielu badaczy zajmujących się stresem psychologicznym uwzględnia w swoich pracach empirycznych to zagadnienie. Dlatego szkoda, że Doktorantka nie poświęciła tym kwestiom bardziej pogłębionej refleksji. Co prawda, odnajduję te treści pomiędzy stroną 14 a 17, ale czytając ten fragment doktoratu, odniosłem wrażenie, że prowadzony wywód mógłby być zaprezentowany nieco szerzej.

I jeszcze jeden komentarz o oceny znaczenia własnej choroby. W związku z przyjętą przeze mnie optyką widzenia sytuacji ludzi chorych, ocenę znaczenia choroby jestem skłonny traktować jako zmienną niezależną. Doktorantka natomiast traktują ją jako zmienną zależną. Nie rozumiem dlaczego. Brakuje na poziomie teoretycznym uzasadnienia, dlaczego w modelu badawczym zmienna ta została potraktowana na równi z jakością życia, jako zmienna zależna. Z ogólnych założeń transakcyjnej teorii stresu niestety to nie wynika.

ul. A. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
tel. +48 61 829 23 07, fax. +48 61 829 21 07
uampsych@amu.edu.pl

Kolejny fragment doktoratu poświęcony jest jakości życia i znajduje się we właściwym miejscu a wywód prowadzony jest na zadawalającym poziomie.

Ostatni fragment części teoretycznej dotyczy wsparcia społecznego i przyjmuję, że jest ono traktowane jako jeden z zasobów. Ale brakuje w tym rozdziale wprowadzenia w problematykę zasobów. Co prawda, zasygnalizowano tę problematykę na stronie 17 i 18, ale chyba zbyt pobieżnie. Zagadnienia związane z wsparciem społecznym zaprezentowano na odpowiednim poziomie. Ale w odniesieniu do problematyki zasobów mam jedną wątpliwość. W świetle znanej mi literatury, jestem skłonny rozumieć poczucie własnej skuteczności jako zasób. A Autorka rozumie go chyba jakoś inaczej, ponieważ pisze Ona o nim w rozdziale pierwszym we fragmentach, które traktuję jako wprowadzające w problematykę doktoratu. Nie rozumiem dlaczego. Dodatkowo w modelu badawczym poczucie własnej skuteczności ma status zmiennej niezależnej, a nie modyfikującej (tak jak wsparcie społeczne), jak to wynika z teorii. Innymi słowy, wydaje mi się, że zabrakło uzasadnienia dlaczego zmienna, która w większości prac ma status zasobu, czyli czynnika modyfikującego przebieg transakcji stresowej, w badaniach Doktorantki ma inny status. Brakuje mi więc uzasadnienia, dlaczego poczucie własnej skuteczności ma status zmiennej niezależnej, a nie modyfikatora, tak jak to wynika z teorii?

Chcę podkreślić, że Autorka pisząc rozprawę doktorską odwołała się do dwóch pojęć, które na poziomie definicji i pomiaru sprawiają psychologom wiele trudności. Pojęciami tymi są: zasoby oraz jakość życia. Szacunek budzi zmierzenie się z tak skomplikowanymi zagadnieniami. Zarówno problematyka zasobów, jak i jakości życia są zagadnieniami multidyscyplinarnymi. Terminy te są stosowane w pracach z obszaru nauk społecznych, medycznych i ekonomicznych, w których to w nieco odmienny sposób konceptualizuje się te dwa konstrukty.

W mojej opinii, Autorka zajmuje się z tymi zagadnieniami zbyt powierzchownie. To twierdzenie uzasadnię na przykładzie pojęcia jakości życia. Opis rozległej problematyki związanej z jakością życia liczy jedynie pięć i pół strony, z

ul. A. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
tel. +48 61 829 23 07, fax. +48 61 829 21 07
uampsych@amu.edu.pl

czego trzy są analizą wyników uzyskanych przez innych badaczy. Sądzę, że dwie strony analiz teoretycznych nad tak skomplikowanym zagadnieniem, jakim jest jakość życia, to zbyt mało. Dodatkowo ta zmienna w referowanych badaniach, ma status zmiennej zależnej, i już sam ten fakt powinien skłonić Doktorantkę do głębszego namysłu nad badanym zjawiskiem.

Dla przykładu, refleksja nad jakością życia powinna uwzględniać podjęcie na poziomie ogólnym następujących kwestii:

- czym jest jakość życia, czy jest to bardziej kategoria ekonomiczna odnosząca się do dobrobytu jednostek i społeczeństwa, czy jest to raczej kategoria psychologiczna, w której akcentuje się subiektywizm w postrzeganiu jakości własnego życia, czy raczej kategoria filozoficzna, na którą, jak chce Kopaliński (za: Otok, 1987) „składa się prawo do wolności, do życia w godności i dostatku";
- w jakiej perspektywie (np. kulturowej, społecznej, indywidualnej) i kontekście spostrzegamy (zdrowie czy choroba) jakość życia;
- co się składa na jakość życia i jak można ją mierzyć; czy za pomocą wskaźników ekonomicznych (np. dochody – poziom PKB na jednego mieszkańca, stan oszczędności, stan posiadania), społecznych (średniej oczekiwanej długości życia, liczby rozwodów, samobójstw, nasilenia przestępczości), psychologicznych (np. poczucia zadowolenia z warunków życia, z przyjaciół, z pracy).

Opisanie wymienionej powyżej problematyki powinno zakończyć się od autorską krytyczną analizą konstruktu, jakim jest jakość życia, wskazaniem różnych problemów i trudności, jakie mamy z tym pojęciem na poziomie konstruowania definicji i jego operacjonalizacji (niestety brakuje takich analiz) i stanowić punkt wyjścia do bardziej pogłębionych analiz związanych z terminem jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*health related quality of life*), ponieważ praca dotyczy osób przewlekle chorych.

ul. A. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
tel. +48 61 829 23 07, fax. +48 61 829 21 07
uampsych@amu.edu.pl

Podobne zastrzeżenia związane z brakiem pogłębionej refleksji teoretycznej mógłbym sformułować do fragmentów doktoratu odnoszących się do analizy pojęcia zasobów. Nie uczynię tego jednak, ponieważ sądzę, że wystarczy podać jeden przykład, aby zobrazować pewien niedostatek doktoratu i wskazać sposób poradzenia sobie z nim.

Podsumowując analizę części teoretycznej recenzowanej pracy uważam, że spełnia ona wymagania stawiane przed pracą doktorską, ale w niektórych fragmentach wymagałaby pogłębienia i bardziej krytycznej analizy wraz z uzasadnieniem przyjętej przez Autorkę optyki widzenia badanych zjawisk.

Ocena projektu badań i poprawności przyjętych metod badawczych

Sądzę, że brak spójności i konsekwencji w myśleniu teoretycznym Doktorantki (czego przejawem, w mojej opinii jest struktura części teoretycznej pracy) przyczyniły się do zaprojektowania przez Nią modelu badawczego, w stosunku do którego formułuję dwa zastrzeżenia.

Po pierwsze, z założeń transakcyjnej teorii stresu psychologicznego wynika, że zasoby pełną funkcję modyfikatorów przebiegu konfrontacji stresowej. Doktorantka w swoich badaniach uwzględniła dwie zmienne, które przyjęło się w psychologii traktować, jako zasoby tzn. otrzymywane wsparcie społeczne oraz poczucie własnej skuteczności. Wsparcie społeczne potraktowała, jako zmienną modyfikującą, i słusznie. Natomiast poczucie własnej skuteczności, jako jedną z szeregu zmiennych niezależnych. Takie potraktowanie poczucia własnej skuteczności, w przyjętej perspektywie teoretycznej uważam za niewłaściwe. W pracach z obszaru psychologii stresu często czyni się założenie, że jest to zasób wewnętrzny człowieka i w związku z tym, zmienna ta powinna być potraktowana jako czynnik modyfikujący.

Po drugie, zastanawia mnie potraktowanie „sposobów doświadczania (oceny znaczenia) własnej choroby", jako zmiennej zależnej. Zgodnie z założeniem o

ul. A. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
tel. +48 61 829 23 07, fax. +48 61 829 21 07
uampsych@amu.edu.pl

fazowym charakterze transakcji stresowej procesy oceny poznawczej lokowane są pomiędzy zajściem wydarzenia (chorobą) a procesami radzeniem sobie z nią (nie badanymi przez Autorkę). W związku z tym, zdziwienie budzi potraktowanie tej zmiennej, jako zmiennej zależnej. W mojej opinii ta zmienna powinna posiadać status zmiennej niezależnej, determinującej poziom jakości życia.

Analizując metodologię prowadzonych badań moją uwagę zwróciły sposób stawiania przez Autorkę problemów oraz dobór metod badawczych.

W mojej ocenie pierwsze ze sformułowanych pytań badawczych ma nie właściwą formę. Brzmi ono: *„Czy istnieje związek pomiędzy płcią, wykształceniem, stanem cywilnym (...) a sposobem doświadczania (...) własnej choroby ...* ? (s.47) Aby zadać pytanie o związek zmienne powinny być mierzone na skali ilorazowej lub interwałowej. Wymienione w tym pytaniu zmienne mają charakter dychotomiczny – płeć lub porządkowy – wykształcenie, stan cywilny. Taka skala pomiaru zmiennych umożliwia jedynie zadanie pytania o wystąpienie różnic. Zatem pytanie powinno brzmieć: Czy płeć, wykształcenie, stan cywilny różnicują sposób doświadczania własnej choroby?. Jest to wiec pytanie o to, czy kobiety i mężczyźni (itd...) różnią się od siebie sposobem doświadczania własnej choroby.

Prowadząc badania Autorka skorzystała z pięciu powszechnie wykorzystywanych narzędzi badawczych oraz opracowanego przez siebie kwestionariusza służącego do pomiaru poziomu i jakości otrzymywanego wsparcia społecznego. Metodami, którymi posłużyła się Doktorantka były: Kwestionariusz do Oceny Jakości Życia w Stwardnieniu Rozsianym, Skala Oceny Własnej Choroby, Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności, Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego oraz Rozszerzona Skala Niewydolności Ruchowej. Narzędzia te zostały dobrane odpowiednio dla mierzonych zmiennych.

Moje wątpliwości wzbudza posłużenie się autorskim kwestionariuszem Otrzymanego Wsparcia Społecznego. W stosunku do tego narzędzia mam dwie uwagi. Pierwsza wątpliwość dotyczy celowości konstrukcji własnego autorskiego

ul. A. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
tel. +48 61 829 23 07, fax. +48 61 829 21 07
uampsych@amu.edu.pl

narzędzia badającego wsparcie społeczne. W psychologii istnieje bardzo wiele narzędzi badających różne aspekty wsparcia społecznego. Część z nich Doktorantka charakteryzuje w podrozdziale dotyczącym wsparcia społecznego (s. 37-40). Są to metody powszechnie znane i stosowanie. Zastanawiałem się, po co Doktorantka przygotowała to narzędzie, co ono ma mierzyć i czym różni się od innych metod? Pisząc o swoje intencji stworzenia narzędzia, Doktorantka twierdzi, że: *„przegląd dotychczasowych metod do badania* ***oceny*** *otrzymywanego wsparcia społecznego skłonił do utworzenia własnego narzędzia"* (pogrubienie moje). Z tego wynika, że metoda ta ma służyć ocenie otrzymywanego wsparcia społecznego. Tylko, że dalej w opisie narzędzia Doktorantka pisze, że narzędzie to służy *„... do pomiaru poziomu i jakości otrzymywanego wsparcia społecznego, wsparcia pożądanego oraz w celu uzyskania odpowiednich informacji socjodemograficznych."* (patrz s. 54). Analiza twierdzeń kwestionariusza pozwala mi przyjąć, że umożliwia on rzeczywiście oszacowanie:

- poziomu wsparcia społecznego (pierwsza cześć każdego z pierwszych ośmiu pytań);
- satysfakcji ze wsparcia (druga część z każdego z pierwszych ośmiu pytań);
- pożądanej formy wsparcia społecznego ostatnie pytanie).

Tylko, czy te trzy wymiary dotyczą oceny wsparcia społecznego? Satysfakcję ze wsparcia mogę potraktować, jako specyficzny rodzaj oceny, ale trudno mi przyjąć, że spostrzegany poziom wsparcia i pożądane wsparcie są wskaźnikami oceny wsparcia społecznego.

Zastanawiałem się również, czy intencją Autorki było uchwycenie specyficznego rodzaju wsparcia społecznego i satysfakcji z niego otrzymywanego w trakcie choroby. Wynikać to mogło z treści instrukcji, która odnosi się do sytuacji chorowania. Jednak analiza poszczególnych pozycji testowych wskazuje, że dwa z nich (pytanie 1 i 4) nie odnoszą się bezpośrednio do sytuacji chorowania. Więc

ul. A. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
tel. +48 61 829 23 07, fax. +48 61 829 21 07
uampsych@amu.edu.pl

chyba nie jest to jednak metoda mierząca specyficzne wsparcie otrzymywane w sytuacji choroby.

Pytanie o to, co ta metoda mierzy można rozszerzyć o kwestię: jak się ona odnosi do modelu badawczego? Z modelu (s.51) wynika, że Autorkę interesuje otrzymywane wsparcie społeczne (a nie jego ocena). Dodatkowo ze względu na treść chce Ona uchwycić wsparcie: emocjonalne, instrumentalne, informacyjne i oceniające. Z opisu narzędzia nie wynika, aby ta metoda mierzyła treść wsparcia. A wynika, że szacuje poziom i satysfakcję ze wsparcia. Tu na marginesie też pytanie, czy Autorka analizując wyniki testuje rzeczywiście zaprojektowany przez siebie model badawczy. W części prezentującej otrzymane wyniki posługuje się jednym z ogólnych wskaźników wsparcia, nie prowadzi natomiast analiz ze względu na jego treść.

Dwie małe sugestie ma marginesie: posłużenie się własną autorską metodą może utrudnić Doktorantce opublikowanie uzyskanych wyników, zwłaszcza w czasopismach obcojęzycznych. Pytanie o moment rozpoczęcia choroby (pyt.12) na skali porządkowej utrudnia prowadzenie analiz (np. charakteryzując próbę nie możliwe jest określenie średniego wieku zdiagnozowania choroby). Lepiej więc zapytać „W jakim wieku Pani/Pan zachorowała?" i wtedy otrzymujemy dane na skali ilorazowej, które zawsze można zredukować do skali porządkowej.

Druga wątpliwość związana jest z właściwościami psychometrycznymi narzędzia. Sądzę, że prezentując własną metodę Doktorantka powinna w bardziej szczegółowy sposób opisać, jak ją konstruowała oraz przeprowadzić analizy pozwalające określić: stabilność, trafność (korelując z innymi narzędziami). Dodatkowo można byłoby się pokusić o przeprowadzenie analizy czynnikowej.

Autorka zabrała dane o zmaganiu się z chorobą przewlekłą przez osoby cierpiące na stwardnienie rozsiane i cukrzycę typu 2. Pojawia się pytanie o uzasadnienia dokonywanie tego typu porównań. Z treści pracy trudno wywnioskować dlaczego te dwie choroby są ze sobą zestawiane. W mojej opinii ten stan rzeczy

ul. A. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
tel. +48 61 829 23 07, fax. +48 61 829 21 07
uampsych@amu.edu.pl

związany jest ze słabością części teoretycznej (patrz. Rozdział 2. *Specyfika choroby przewlekłej w ujęciu medycznym i psychologicznym*). Mam na myśli fakt, że w tym fragmencie pracy Doktorantka przybliżyła podstawowe informacje o stwardnieniu rozsianym i cukrzycy typu 2, jednak nie zanalizowała ich z punktu widzenia specyficznego stresora lub krytycznego wydarzenia. Innymi słowy, nie odpowiedziała na pytanie, z jakiego typu obciążeniem zmagają się chorujący na te dwa schorzenia? Ten rodzaj analizy pozwoliłby uzasadnić taki a nie inny dobór grup badawczych i uzasadnić uzyskane wyniki.

Rezultaty badań – ocena sposobu prezentacji i ich znaczenia

Doktorantka analizuje otrzymane wyniki przy pomocy następujących procedur statystycznych: testów istotności różnic (test chi^2, test *t* oraz jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA), analizy moderacji oraz dwustopniowej analizy skupień.

Przypatrując się poprawności zastosowanych procedur statystycznych mogę przyjąć, że są one wykonane poprawnie, ale nie kompletnie. Niekompletność ta związana jest zarówno ze sposobem opisu, co zostało wykonane, jak i prezentacją wyników.

Niekompletność opisu i przeprowadzania procedur statystycznych odnosi się do faktu, że Doktorantka nie informuje, czytelnika co, jak i po co oblicza?. To uchybienie utrudnia śledzenie ze zrozumieniem Jej wywodu, szczególnie w przypadku weryfikacji hipotezy 3 oraz przeprowadzania analizy skupień. Rozwinę tę uwagę w odniesieniu do weryfikacji hipotezy 3. Zacytuję tę hipotezę: „*Otrzymane wsparcie społeczne pełni modyfikującą rolę w relacji* **(czego?)** *do sposobu doświadczania (oceny znaczenia) choroby*" (pogrubienie i dodanie moje). Pomimo uważnego przeczytania tej części rozprawy doktorskiej bardzo trudno jest mi określić, jaki dokładnie obraz zależności pomiędzy zmiennymi był testowany przez Doktorantkę. Z treści hipotezy 3 nie wynika jasno to, ponieważ brakuje w niej wymienienia zmiennych zależnych.

ul. A. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
tel. +48 61 829 23 07, fax. +48 61 829 21 07
uampsych@amu.edu.pl

Spróbuję odtworzyć testowany obraz zależności. Zmienną zależną można łatwo zidentyfikować - to sposób doświadczania choroby.

Modyfikatorem (mediatorem) jest wsparcie społeczne. To też nie budzi wątpliwości.

Jakie są zmienne niezależne? Nie mam pojęcia (chyba, że Autorka uwzględniła w rozwiązywanych równaniach wszystkie zmienne niezależne z schematu 2). Ale wtedy pojawia się problem, dlaczego w tabeli 9 po stronie predykatorów czasami uwzględniona jest jakaś zmienna a czasami nie? Dla przykładu – poczucie własnej skuteczności uwzględnione jest w relacji do następujących wymiarów doświadczania choroby: przypadku, zagrożenia, przeszkody, krzywdy, wartości, znaczenia i nieuwzględnione dla kolejnych dwóch wymiarów: wyzwania i korzyści. Nie rozumiem, co zadecydowało, że do niektórych równań włączono tę zmienną (poczucie skuteczności) a do niektórych nie. Ta samo zastrzeżenie odnosi się do innych potencjalnych predykatorów, tzn. stopnia niepełnosprawności, płci, wykształcenia i stanu cywilnego. Uwaga na marginesie: stan cywilny potraktowany jest w modelu badawczym, jako zmienna niezależna, a w tabeli 9 brakuje wyników dotyczących tej zmiennej. Odnoszę wrażenie, że Doktorantka pokazała tylko istotne zależności między zmiennymi, a zrezygnowała z prezentacji zależności nieistotnych. Elegancja wywodu wymagałaby pokazania również wyników nieistotnych.

To prowadzi mnie do postawienia kolejnego pytania, jaką postać miały zaprojektowane przez Autorkę równania. Czy były trójzmiennowe, tzn. poczucie własnej skuteczności potraktowano jako zmienną niezależną, wsparcie społeczne jako moderator, a wymiary doświadczanie choroby, jak zmienną zależną. Czy też to równanie miało postać wielozmiennową, co oznacza, że po stronie zmiennych zależnych w jednym równaniu uwzględniono pięć zmiennych (płeć, wykształcenie, stan cywilny, niepełnosprawność, poczucie własnej skuteczności). Wydaje mi się że Doktorantka przetestowała tę drugą opcję. Tylko ja, jako czytelnik powinienem zostać

ul. A. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
tel. +48 61 829 23 07, fax. +48 61 829 21 07
uampsych@amu.edu.pl

o tym poinformowany, a nie powinienem tego domyślać się? Stąd uważam, że opis przeprowadzonych procedur jest niekompletny.

Dodatkowo sądzę, że ze względu na liczebność grupy Doktorantka powinna rozwiązywać prostsze, to znaczy trójzmiennowe równania. I wtedy zaprezentować wyniki trzydziestu pięciu moderacji (5 zmiennych niezależnych x 7 zmiennych zależnych plus jeden moderator). Prezentując zarówno istotny, jak i nieistotny obraz zależności.

Niekompletność przeprowadzonych procedur statystycznych i prezentacji wyników odnajduję również w przypadku:

- odniesienia wyników badań własnych do badań wcześniejszych z brakiem przeprowadzenia porównań przy pomocy testów statystycznych. Wyjaśniając; na s. 58 Autorka pisze: „*Warto dodać, że ocena jakości życia dokonana przez pacjentów z SMRR okazała się wyższa niż zmierzona (...) przez Kossakowską (2004) ...*". Sądzę, że takie twierdzenie jest nieuprawomocnione. To prawda, Autorka uzyskała wynik wyższy o prawie 6 punktów, ale bez przeprowadzenia odpowiednich testów statystycznych nie wiadomo, czy jest to różnica istotna statystycznie;
- porównań międzygrupowych i brakiem: (1) podawania wskaźników siły efektu (tzw. *effect size*) *d*-Cohena w przypadku testu *t* oraz η^2 w przypadku analizy wariancji, (2) prezentowania wyniku analizy efektów międzygrupowych w przypadku analizy wariacji. Usterka ta nie pozwala stwierdzić, które z trzech porównywanych ze sobą grup (SMRR do 45r.ż.; SMRR od 45r.ż., cukrzycy) różnią się od siebie;
- analizy skupień odnoszącej się do prezentacji wyników. Sadzę, że warto by było określenie „Skupienie I" i „Skupienie II", zastąpić nazwą charakteryzującą wyodrębnioną grupę osób a odnoszącą się do ich charakterystyki.

W mojej opinii Doktorantka nie zaprezentowała wyników (pewnie je wykonała) najbardziej podstawowych procedur statystycznych, tzn. miar siły związku pomiędzy

ul. A. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
tel. +48 61 829 23 07, fax. +48 61 829 21 07
uampsych@amu.edu.pl

zmiennymi w postaci współczynników korelacji. Czytając pracę w niektórych momentach, byłem ciekawy, jak kształtują się najprostsze relacje pomiędzy badanymi zmiennymi. Dotyczy tego zresztą hipoteza 1, co do której mam wątpliwości, czy została przetestowana, bo nie odnajduję tabel ze współczynnikami korelacji pomiędzy stopniem niepełnosprawności, poczuciem własnej skuteczności a sposobem doświadczania choroby. Sądzę, że warto by tymi informacjami poprzedzić bardziej zaawansowane procedury statystyczne. Być może prezentacja tych wyników rozjaśniłaby nieco, dlaczego taki a nie inny obraz zależności był testowany w analizie moderacji (np. wyniki w tabeli 9).

Ocena formalnej strony recenzowanej rozprawy

Przyglądając się szczegółowo formalnej stronie pracy, można wskazać kilka niedociągnięć Autorki. Są to:

- niestosowanie się do standardów APA podczas tworzenia spisu literatury, przejawiające się między innymi: nie podawaniem numerów doi w spisie literatury podczas powoływania się na artykuły naukowe, brakiem wcięć w kojonych wierszach pozycji literaturowej, czy też brakiem skrótu stron („s.") przy odwoływaniu się do rozdziałów w książkach (patrz pozycja Bandura, A. (2006b) na stronie 116);
- niekonsekwentne pisanie symboli statystycznych kursywą (np. symbol β w tabelach od 12 do 16 nie jest pochylony);
- niepodawanie na osi y wartości np. na rycinach 22, 23, 24,25;
- niekonsekwentne podpisywanie rysunków, tzn. Autorka pisze Schemat 1, Schemat 2, a później Wykres 3, Wykres 4, itd.

Ponadto Doktorantka prezentując wyniki badań w niektórych miejscach dwukrotnie podaje te same informacja. Ma to miejsce w przypadku tabeli 18 i ryciny 22 oraz tabeli 23 i ryciny 24. Przynajmniej tak sądzę, ponieważ, jak wspomniałem powyżej, na tych rycinach na osi y brakuje wartości.

ul. A. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
tel. +48 61 829 23 07, fax. +48 61 829 21 07
uampsych@amu.edu.pl

Podsumowanie

W pełnienie roli recenzenta wpisane jest poszukiwanie uchybień i niedociągnięć w referowanych tekstach po to, aby Autor mógł otrzymać informacje z zewnątrz, co zrobił dobrze i źle, aby mógł krytycznie spojrzeć na własną pracę. Duża liczba uwag sformułowana przeze mnie, w dużym stopniu nie umniejsza wartości pracy doktorskiej przygotowanej przez Panią mgr Joannę Król, a wynika przede wszystkim z chęci zmobilizowania Doktorantki do krytycznego przyjrzenia się swojej pracy.

Podsumowując, za szczególnie cenne uważam uwzględnienie w badaniach zmiennej związanej z oceną poznawczą sytuacji chorowania oraz przeprowadzenie badań w populacji osób cierpiących na stwardnienie rozsiane. Oba te zagadnienia, obszar i grupa badawcza są stosunkowo rzadko podejmowane w pracach z zakresu psychologii zdrowia.

Z punktu widzenia wymagań stawianych rozprawie doktorskiej, jako kryterium oceny przygotowania Doktorantki do samodzielnego i poprawnego pod względem metodologicznym rozwiązywania problemów badawczych w obszarze psychologii zdrowia oceniam rozprawę doktorską, jako spełniającą ustawowe warunki ubiegania się o stopień doktora. Zgodnie z Ustawą o Tytułach i Stopniach Naukowych z roku 2003. rozprawa doktorska mgr Joanny Król pt. *„Psychospołeczne uwarunkowania doświadczania choroby oraz oceny jakości własnego życia przez pacjentów ze stwardnieniem rozsianym"* stanowi „oryginalne rozwiązanie problemu naukowego". W związku z tym wnoszę o dopuszczenie Pani mgr Joanny Król do dalszych etapów postępowania doktorskiego.

/dr hab. Michał Ziarko/

Michał Ziarko

ul. A. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań
tel. +48 61 829 23 07, fax. +48 61 829 21 07
uampsych@amu.edu.pl