

Prof. dr hab. Bernadetta Izydorczyk
Instytut Psychologii
Uniwersytet Jagielloński
Kraków

Kraków, 26. 08. 2023r.



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Moniki Joanny Sawickiej

„Przekonania na temat emocji i unikanie doświadczania
a zdrowie psychiczne osób z przewlekłym bólem”

Promotor: prof. dr hab. Mariola Bidzan

Promotor pomocniczy: dr hab. Łucja Bieleninik, prof. UG

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

Przedłożona mi do recenzji rozprawa doktorska autorstwa Moniki Joanny Sawickiej już na początku zagłębiania się w jej lekturę zaciekawia oryginalnym, transdiagnostycznym podejściem badawczym do psychologicznych aspektów związanych z doświadczaniem i radzeniem sobie z bólem przewlekłym, niezwykle istotnym w praktyce klinicznej fenomenem. Holistyczne podejście do definiowania zdrowia zgodne ze standardami WHO, wskazuje konieczność poszukiwania naukowo udokumentowanych sposobów leczenia, najlepiej dostosowanych do przywrócenia dobrostanu osoby, która doświadcza przewlekłego bólu i choroby. Współczesna medycyna wskazuje na potrzebę przyjęcia wielowymiarowej (farmakologicznej i psychologicznej) perspektywy rozumienia mechanizmów doświadczania bólu w procesie leczenia i radzenia sobie z nim. Niewątpliwie złożony proces doświadczania bólu przewlekłego w chorobie obejmuje również związane z nim często cierpienie, wyniszczenie człowieka, osłabienie odporności psychofizycznej, co tworzy przewlekłą sytuację o charakterze chronicznego stresu. Bez udzielenia osobie pomocy, także psychologicznej, czyni człowieka cierpiącym, bezradnym, sprzyja depresji i często pozbawia nadziei na odzyskanie zdrowia. Natomiast dokonania psychologii emocji oraz procesów poznawczych wskazują, iż osoba jest w stanie doświadczać różnych stanów emocjonalnych, uczyć się skutecznych sposobów kształtowania myśli, emocji, celem wspierania mechanizmów zdrowienia

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl



UNIwersytet
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

nawet w sytuacji trudnej, jaką jest funkcjonowanie z bólem przewlekłym w chorobie. Świat przeżyć wewnętrznych oraz doświadczanych emocji w znaczącym stopniu stają się ważnymi czynnikami w ocenie zdrowia psychicznego osoby cierpiącej z powodu przewlekłych dolegliwości bólowych. Z tego powodu badania, w których poszukuje się naukowo udokumentowanych psychologicznych czynników konstruktywnych strategii radzenia sobie z bólem i cierpieniem, stają się niezbędne dla wspierania procesu leczenia.

Przytoczone powyżej refleksje dokumentują wysoką wartość merytoryczną i aplikacyjną recenzowanej dysertacji doktorskiej. Doktorantka w podjętych przez siebie badaniach na populacji klinicznej (osób cierpiących na choroby reumatoidalne) oraz populacji nieklinicznej skupiła się na empirycznej weryfikacji związków negatywnych przekonań na temat emocji z nasileniem depresji, lęku i stresu oraz na pośredniczącej roli unikania tychże stanów emocjonalnych. Reasumując, już we wstępie podkreślić należy, że dysertacja doktorska posiada zarówno walory naukowe, jak i aplikacyjne, albowiem dostarcza empirycznych danych mogących wspierać praktykę kliniczną w zakresie programów profilaktycznych oraz terapeutycznych dotyczących strategii radzenia sobie z bólem przewlekłym w różnych stanach chorobowych.

Doktorantka skupiła się prezentując najpierw model pogładowy, a następnie autorski model badawczy na poszukiwaniu, w oparciu o naukowy wywód, zależności między przekonaniami na temat emocji i unikaniem doświadczania, a lękiem i depresją, które zdefiniowała jako parametry zdrowia psychicznego osób doświadczających bólu przewlekłego. Jak już wspomniano, Doktorantka w modelu badawczym odwołuje się do wskazania na transdiagnostyczny charakter czynników psychologicznych wykazujących związek z doświadczaniem bólu przewlekłego. Takie podejście wskazuje na szerokie spektrum zastosowania wyników badania zarówno w leczeniu, jak i profilaktyce zdrowotnej, nakierowanej na działania związane z radzeniem sobie z bólem przewlekłym. W odniesieniu do definicji WHO możemy przyjąć, że zdrowie to nie tylko brak choroby, ale też istniejący i ważny dla osoby jej dobrostan psychofizyczny. Doświadczanie bólu najczęściej zakłóca osiągnięcie i utrzymanie dobrostanu osoby oraz zdrowia psychicznego.



UNIwersytet
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Z tego powodu czynniki emocjonalne, przekonania na temat emocji, mechanizmy unikania emocji u osób doświadczających przewlekłego bólu stanowią interesujące i ważne z perspektywy klinicznej i profilaktyki zdrowotnej kompendium naukowej wiedzy, mającej duże znaczenie dla diagnostyki i pomocy psychologicznej.

Doktorantka przeprowadziła badania na populacji zarówno klinicznej osób z bólem przewlekłym, jak i na próbie nieklinicznej. Na podkreślenie zasługuje to, że ze względu na brak narzędzia pomiaru istotnych dla tematyki i modelu badawczego rozprawy doktorskiej, psychologicznych zmiennych, Autorka rozprawy doktorskiej najpierw poddała polskiej adaptacji (dotąd nieobecnej) Skalę Przekonań o Emocjach (BES-PL), która to skala okazała się mieć jednoczynnikową strukturę. Tę skalę zastosowała w dalszym etapie do prowadzenia badań zgodnie z przyjętym modelem i procedurą dalszych badań. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę komisji etyki Uniwersytetu Gdańskiego. Przedstawiona procedura badawcza przeprowadzona została zgodnie z zasadami etyki badania naukowego. Jak widać procedura postępowania naukowego i etycznego w przeprowadzaniu badań naukowych jest Doktorantce dobrze znana i jest przez nią przestrzegana, co potwierdza merytoryczne kompetencje tej młodej Badaczki.

Jak wynika z treści przedstawionej mi do recenzji dysertacji jej celem głównym był pomiar zależności między negatywnymi przekonaniami na temat emocji, nasileniem lęku i depresji i stresu oraz o pośredniczącej roli unikania doświadczania u osób z bólem przewlekłym w grupie klinicznej, jak i nieklinicznej. W grupie klinicznej osób chorych reumatoidalnych Autorka weryfikowała zależności unikania doświadczania z nasileniem lęku, depresji i stresu w modelu badań podłużnych. Doktorantka wybrała problematykę badań wymagającą od badacza gromadzenia empirycznych danych również w oparciu o grupę kliniczną, gdzie podmiotem jest człowiek chory, do którego dostępność jest zwykle utrudniona, a prowadzenie badań żmudne i trudne ze względu na specyfikę objawów w przebiegu choroby reumatoidalnej i doświadczanego bólu przewlekłego.

W mojej ocenie, przedstawiona w niniejszej rozprawie doktorskiej procedura teoretycznego opracowania i przygotowania modelu

Wydział Filozoficzny

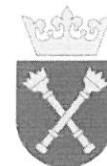
Instytut Psychologii

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

badawczego, zbierania danych badawczych oraz prowadzenia badania w warunkach klinicznej praktyki psychologicznej uwzględnia zasady naukowego opracowania danych teoretycznych i empirycznych zmierzając do integracji dostępnych najnowszych (polskich i światowych) wyników badań naukowych w temacie dysertacji.

Zatem, doceniam oryginalność podjętego przez Doktorantkę rozwiązania problemu badawczego – mającego poza naukowym charakterem duże znaczenia aplikacyjne. Temat badawczy wymagał specyficznego doboru grupy badanych osób i nakładał na Doktorantkę jako badacza i psychologa obowiązek współpracy z osobami badanymi, nawiązania współpracy celem prowadzenia badań zgodnie z etycznymi i naukowymi standardami. Efektem są uzyskane wyniki badania, które opracowała i przedstawiła w niniejszej dysertacji. Doktorantka w mojej ocenie wykazała się wnikliwą i obszerną znajomością wiedzy teoretycznej w zakresie psychologii zdrowia i psychologii klinicznej (szczególnie w zakresie chorego somatycznie), co pozwoliło jej skonstruować poprawnie metodologicznie i ciekawie z perspektywy psychologicznej, model badawczy.

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, rycin i narzędzia pomiarowego BES-PL.

Dysertacja doktorska posiada klasyczną strukturę układu treści i obejmuje: streszczenie, dwa rozdziały teoretyczne (1-2), rozdział (3) opisujący problematykę badań własnych (cel, problem badawczy, pytania i hipotezy, oraz charakterystykę metod badawczych, przebieg badań i charakterystykę osób badanych) oraz dwa rozdziały części empirycznej (rozdział 4. dotyczący opisu wyników wraz z przeprowadzoną statystyczną i kliniczną analizą oraz rozdział 5. przedstawiający dyskusję wyników, wnioski, ograniczenia badania, ale i opis mocnych stron otrzymanych danych badawczych). Dysertacja doktorska zawiera także: streszczenie w j. polskim i angielskim oraz w części końcowej spis cytowanej bogatej (polsko i obcojęzycznej) dobrze dobranej (zgodnie ze specyfiką tematu) literatury.

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl

Przeprowadzając proces refleksji i analizy czytanych treści dysertacji pojawiały mi się również pytania, co nie umniejsza wartości pracy, a bardziej zainspirowało mnie do refleksji i potrzeby poszukania odpowiedzi i sugestii ze strony Doktorantki. Na początku odniosę się do tytułu pracy doktorskiej. Brzmi on „Przekonania na temat emocji i unikanie doświadczania a zdrowie psychiczne osób z przewlekłym bólem”.

W mojej ocenie tytuł pracy jest stylistycznie poprawnie sformułowany i odpowiada treściom w niej zawartych, dając potencjalnemu czytelnikowi wskazówkę, jakiego obszaru eksploracji naukowej dotyczy dysertacja. Jednakże, nie do końca rozumiem zastosowanie w tytule pojęcia zdrowie psychiczne, zamiast wprost zastosowanie pojęcia depresja i lęk. W treściach dysertacji Doktorantka definiując parametry zmiennej zdrowia psychiczne wielokrotnie wymienia lęk i depresję, nie odwołując się do innych kryteriów zdrowia psychicznego, często cytowanych w literaturze przedmiotu (np. dojrzałość, pozytywne emocje, regulacja emocjonalna, inteligencja emocjonalna, nadzieja, dobrostan, resiliency, inne).

Analizując model badawczy oraz pytania i hipotezy badawcze pojawia mi się zatem pytanie do Doktorantki: na ile zawarcie w tytule pracy pojęcia zdrowia psychicznego nie mogłoby być zastąpione użyciem pojęć, które Doktorantka rzeczywiście badała tj. lęku, depresji? Doktorantka w definicji zmiennej zdrowie psychiczne podaje, że weryfikuje parametry takie jak depresja i lęk czy stres.

Czyniąc dalsze analizy kolejnych rozdziałów dysertacji oceniam, że rozprawa napisana jest rzeczowym, klarownym, z zachowaniem poprawności stylistyki i gramatyki językiem polskim. Praca została zredagowana bardzo starannie i poprawnie. Doktorantka prawidłowo dobrała i zastosowała w poczynionych analizach testy statystyczne (adekwatne do procedury badawczej i kierunków badawczych analiz), pozwalające 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 bardzo starannej prezentacji wyników i statystycznych analiz (najpierw statystyk opisowych), analizy czynnikowej związanej z walidacją narzędzia pomiarowego BES-PL, po bardzo staranną prezentację zróżnicowanych analiz statystycznych od korelacyjnych, po



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

analizy mediacyjnej, pokazujących szczegółową i wnikliwą procedurę analizy danych w grupie klinicznej i nieklinicznej. Uwagę zwraca bardzo staranne, przejrzyste, bardzo dobrze graficznie opracowane przedstawienie danych statystycznych. Ten aspekt pracy moim zdaniem jest wyróżniający.

Część teoretyczna rozprawy doktorskiej zawiera 2 rozdziały opisujące kolejno w sposób poprawny stylistycznie, z użyciem komunikatywnego języka, przekazując w sposób logiczny i uporządkowany, merytoryczne treści, dotyczące teoretycznych aspektów niezbędnych do opracowania modelu badania własnego.

W rozdziale 1 Doktorantka przedstawia zgodnie z tematyką dysertacji przegląd podstaw naukowej wiedzy głównie z obszaru psychologii zdrowia, (szczególnie zagadnienia z zakresu psychosomatyki i rozumienia psychologii bólu). Doktorantka prezentuje w sposób logiczny i spójny kluczowe do definiowania zmiennych modelu badawczego definicje i opracowania dotyczące psychologicznych modeli-koncepcji bólu przewlekłego, jego typologii, zróżnicowanych kosztów związanych z doświadczaniem bólu przewlekłego, zarówno tych mających związek z utrzymaniem parametrów zdrowia psychicznego, jak i kosztów społeczno-ekonomicznych bólu przewlekłego, przedstawia wskazania teoretycznego i klinicznego uzasadnienia wyboru grupy badanych osób chorujących reumatologicznie. W dalszej kolejności Doktorantka w sposób wnikliwy, a zarazem przejrzysty przedstawiła psychologiczne modele bólu przewlekłego, uzasadniając tym samym swój model badawczy. Doktorantka w sposób równie spójny i przejrzysty wykorzystując graficzne prezentacje treści, wskazuje czytelnikowi biopsychospołeczne i poznawcze modele bólu przewlekłego, w tym szczególnie model lękowego unikania bólu przewlekłego i oparte na nim własne opracowanie modelu lękowego unikania bólu przewlekłego na podstawie Hooten (2016) oraz Vlaeyen i Linton (2000). W modelu tym Autorka recenzowanej przeze mnie rozprawy doktorskiej wskazuje na wzajemne zależności między wskaźnikami zmiennej ból (katastrofizacją bólu, strachem przed bólem, ograniczoną aktywnością, fizycznym wyniszczeniem), a negatywnym afektem, reakcją emocjonalną, unikaniem i niepełnosprawnością. Autorka dysertacji doktorskiej przedstawia również autorskie zestawienie

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl

psychologicznych czynników wspólnych dla różnych modeli, istotnych dla weryfikacji mechanizmów doświadczania bólu przewlekłego biorąc pod uwagę czynniki trudniejsze do modyfikacji (kontekst społeczny, kulturowy i gospodarczy; aparat cech biologicznych; osobowość) oraz czynniki łatwiejsze do modyfikacji (funkcjonowanie emocjonalne, ocena poznawcza i zachowanie z dominacją unikania). Ten fragment dysertacji jest bardzo starannie opracowany i zasługuje na uznanie, daje czytelnikowi kompleksowe kompendium naukowej wiedzy jak rozumieć zależności między zmiennymi autorskiego modelu badawczego.

W rozdziale 2. Autorka dysertacji doktorskiej przedstawia specyfikę i kategorie przekonań na temat emocji, szczególnie podkreślając transdiagnostyczny charakter tychże przekonań w kontekście rozwoju psychopatologii. Autorka wskazuje na teoretyczne uzasadnienie czynników pośredniczących w relacji między przekonaniem na temat emocji, a zdrowiem psychicznym i fizycznym, podkreślając tutaj w oparciu o literaturę znaczenie pośredniczącej roli wielowymiarowego konceptu unikania doświadczania. Przedstawiane teorie oraz wyniki badań w materiale źródłowym Doktorantka prezentuje w sposób przemyślany, dokumentując i uzasadniając przedstawianymi w rozdziałach 1-2 merytorycznymi treściami, zasadność doboru zmiennych do modelu badań własnych.

Część empiryczną tworzą rozdziały 3. do 5. Generalnie rozważania Doktorantki są uporządkowane i merytoryczne, cechują się jednak nieprecyzyjnością – moje wątpliwości w tej części pracy budzi tytuł rozdz.3, który brzmi: *Metoda badań własnych*. Jak zrozumiałam, w rozdziale 3. Doktorantka przedstawia całokształt dobrze dobranych (opisanych w części teoretycznej) podstaw metodologicznych badań własnych, model badawczy cele, pytania i hipotezy wraz z opisem procedury badawczej. Zatem, jeśli rozdział zawiera całokształt opisu danych metodologicznych pojawia mi się pytanie dlaczego taki tytuł, a nie np. adekwatnie do poruszanych tamże treści problematyka, metodologia badania własnego, inne terminy do nazwania podrozdziału? Niemniej jednak wyodrębnienie zmiennych, model teoretyczny badań, a także precyzyjnie określony główny cel, pytania i hipotezy badawcze, brzmią poprawnie.



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

Druga w kolejności podobna niejasność, dotyczy treści rozdziału 3., a mianowicie: analizując podane już we wstępie i prezentowane w rozdziale 3. definicje zmiennych modelu badawczego, Doktorantka wprowadza i definiuje jako główną zmienną zdrowie psychiczne i jednocześnie w opisywaniu tejże zmiennej odwołuje się głównie do depresji, lęku i stresu. Wybór metod pomiaru jest również dostosowany do tychże wskaźników lęku i depresji (pojmowanych, jak rozumiem, jako symptomy, a nie utrwalone cechy czy dyspozycje psychiczne). Dlaczego zatem nie nazywa wprost zmiennej zgodnie ze wskaźnikami? Podobnie jest w postawionych pytaniach i hipotezach badawczych, gdzie używa pojęcia parametry zdrowia psychicznego bądź parametry zdrowia psychicznego (np. pytanie 2) i hipoteza 2 (funkcjonowanie psychiczne), kiedy parametrami są lęk depresja, stres? W hipotezie 3. używa terminologii lęku i depresji, stresu (np. str. 46 -48).

Reasumując, proszę o wyjaśnienie i uzasadnienie różnorodności zastosowanych pojęć, terminologii do określenia tej samej zmiennej: zdrowie psychiczne.

Część metodologiczno-empiryczna - 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 dużą i staranną pracę badawczą – zbadała grupę osób chorych z chorobą reumatoidalną. Zawarte w części empirycznej wszystkie wykonane statystyczne analizy świadczą o dużej świadomości statystycznej Doktorantki. Graficzna prezentacja tych danych wymaga wyróżnienia, jest bardzo staranna i jednocześnie bardzo klarowna. Niemniej jednak wyjaśnienia wymaga również opis próby badanych - aktualnie nazbyt lakoniczny, nie dający pełnego obrazu kogo badała Doktorantka (jacy chorzy byli badani, tj. z jakimi jednostkami chorobowymi reumatologicznymi? Na jakim etapie leczenia i rozwoju choroby? jakie były czynniki wykluczenia i włączenia do próby klinicznej? Dlaczego podzielono próbę badanych w grupie nieklinicznej na trzy próby? Jak jest tego uzasadnienie metodologiczne? Doktorantka wyodrębnia 1 próbę kliniczną chorych reumatoidalnie, co jest to zrozumiałe ze względu na symptomatologię bólu przewlekłego, ale wyodrębnia również 3 próby niekliniczne, dlaczego zastosowała taki podział, ze względu na jakie

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

kryteria metodologicznie zasadne? Czym różniły się wyodrębnione 3 próby niekliniczne (ABC)? jakie kryterium różnicujące było zachowane tutaj? Za to procedura etyczna prowadzenia badania nie budzi moim zdaniem zastrzeżeń, jak również, co pragnę podkreślić i wyróżnić wnikliwa, profesjonalnie wykonana analiza statystyczna zgromadzonych danych empirycznych prowadząca Doktorantkę do wartościowych wniosków i ciekawej dyskusji na temat przekonań o emocjach i pośredniczącej roli unikania ich doświadczania, a psychologicznej dyspozycji (rozwijającej się depresji i lęku) u osób chorujących reumatoidalnie z doświadczanym bólem przewlekłym. W pierwszym etapie w grupie klinicznej wzięły udział 124 osoby, ale do analiz zakwalifikowano 114 osób, zgodę na II etap badania wyraziły 74 osoby. Pojawia mi się kolejne pytanie: jaki był powód wprowadzenia drugiego etapu pomiaru zmiennych psychologicznych w próbie klinicznej? Czy i jakie kryterium różnicujące wprowadzono celem sprawdzenia próby klinicznej po 3 miesiącach? Czy kryterium tym było leczenie farmakologiczne jednej próby, a u drugiej był brak takiego leczenia? czy kontrolowano inną zmienną różnicującą grupę kliniczną? Ból może się zmniejszać pod wpływem farmakoterapii. Ponadto depresyjność i lęk mogą się zmniejszać pod wpływem leczenia w toku 3 miesięcy leczenia, unikanie doświadczania może stanowić naturalną strategię obronną i ochronną w kontekście bólu. Proszę o wyjaśnienie mojego wątpliwości.

W rozdziale 3 pojawia się opis metod badania (HADS skala przesiewowa, DASS-21, BES -21, MEAQ-30). Skale te nie pozwalają zdiagnozować utrwalonych cech podmiotowych, a jedynie poziom nasilenia symptomatologii. Proszę uzasadnić dobór metod do badania zmiennych oraz nazwę podrozdziału 3.6. Z przedstawionych tamże treści wynika, że Doktorantka opisała starannie i wnikliwie etapy postępowania, procedurę obliczeń i kierunki statystycznych analiz. Powstaje pytanie dlaczego rozdział został zatytułowany: strategia analityczna? A np. nie kierunki statystycznych analiz?, procedura opracowania wyników? itp. To jednak uwaga poboczna, bez istotnego wpływu na analizę wyników badania. W mojej ocenie przeprowadzone statystyczne procedury i analizy zostały odpowiednio dobrane do postawionych celów i pytań badawczych. Rzetelne i naukowe opracowanie wyników badania umożliwi innym

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

badaczom korzystanie z narzędzi np. BES-PL, czy ewentualną replikację badań. Jak już pisałam w tejże recenzji, prezentacja zastosowanej strategii obliczeń statystycznych nie budzi zastrzeżeń, wręcz zasługuje na wyróżnienie. W I etapie procedury badawczej doktorantka prowadziła badania na populacji w kierunku trafności strukturalnej confirmacyjnej analizy czynnikowej – badała poziom dopasowania modelu kwestionariusza BES -PI do danych. Oceny siły związku bólu ze zdrowiem psychicznym, czyli lękiem i depresją Doktorantka dokonała z zastosowaniem współczynnika r Pearsona, do porównania prób klinicznej i nieklinicznych zastosowała test t-Welsha (próba D) w sytuacji nierównych wariancji porównywanych zmiennych. Z kolei do oceny wielkości różnic zastosowano współczynnik d -Cohena. W kolejnych etapach statystycznych analiz dotyczących mediacji zastosowano analizę ścieżek w próbie klinicznej i nieklinicznej, wyjaśniając lęk, depresję, stres w trzech oddzielnych modelach. Hipotezy dotyczące wzajemnej relacji unikania doświadczania i zdrowia psychicznego (czyli lęku, depresji, stresu?) sprawdzono przy pomocy modelu CLMP (Cross-Lag Panel Model), co pozwoliło otrzymać bogaty zestaw informacji na temat zmian (stabilności) zmiennych, informacji, w jakim stopniu te zmiany zależały od drugiej zmiennej oraz w jakim stopniu te zmiany (fluktuacje) współwystępowały. Przeprowadzona przez Doktorantkę kompleksowa analiza statystyczna pozwoliła jej w rezultacie zaprezentować wyniki badania i wnioski z nich wynikające. Co zasługuje na uznanie, Doktorantka uwzględniła ograniczenia badań, wskazała na ich podstawie potwierdzenie tylko wybranych hipotez badawczych. Wśród wniosków z badań wskazała, że w grupie nieklinicznej ważnymi mediatorami parametrów zdrowia psychicznego (tj. lęku, depresji, stresu) jest awersja do stresu oraz wyparcie/zaprzeczenie. To one wykazują najsilniejsze związki z przekonaniem na temat emocji, jak i nasileniem depresji, lęku i stresu (str.97), co Doktorantka interpretuje i z czym bardzo merytorycznie dyskutuje w oparciu o literaturę. Z kolei w grupie klinicznej osób chorych reumatoidalnie, poddanych badaniu podłużnemu (pomiarowi zmiennych po 3 miesiącach) nie potwierdzono wskazywanych w literaturze pozytywnych zależności doświadczania unikania w kontekście

weryfikowanych parametrów zdrowia psychicznego. Doktorantka rozumiejąc ograniczenia badania omawia je szczegółowo w dyskusji.

Zawarte w rozdziale 4. referowanie wyników badań – cechuje się starannością oraz klarownością opisu, zgodnie z kolejnością pytań i testowanych hipotez badawczych. W rozdziale 5. znajduje się dyskusja wyników i ich podsumowanie. Jak już wskazywano, dysertację kończy przedstawienie wskazania na ograniczenia badawcze i obszerna, dobrze dobrana pod względem tematyki dysertacji bibliografia wraz z aneksem zawierającym spis tabel, rysunków, materiałów dodatkowych.

W mojej ocenie Doktorantka prowadząc badania zaprezentowane w niniejszej pracy doktorskiej wykazała się samodzielną pracą naukową. Dysertacja spełnia standardy naukowego projektu badawczego. Doktorantka przeprowadziła statystyczne analizy w sposób poprawny i bardzo wnikliwy, rzetelny, dostosowany do założeń badawczych i naukowych standardów. Przyjęcie planu prezentacji danych, wyznaczone przez Doktorantkę pytania badawcze i odpowiadające im hipotezy badawcze pozwoliły na stopniowe zapoznawanie się z wynikami 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 literatury. Przeprowadzona dyskusja wskazuje na dużą wiedzę Doktorantki, wnikliwość psychologiczną oraz umiejętność krytycznej analizy problemu. Jednocześnie uwidacznia się duża umiejętność analizy i syntezy. Doktorantka świadoma jest ograniczeń badań własnych, wskazując jednocześnie kierunki dalszych dociekań.

Reasumując, poczynione uwagi krytyczne i pytania w tejże recenzji nie umniejszają walorów ocenianej dysertacji, a jedynie stanowią inspirację do dyskusji i zmian w przypadku publikacji. W podsumowaniu recenzji podkreślam zdecydowanie pozytywną ocenę recenzowanej rozprawy. Badania cechuje oryginalność oraz znacząca wartość poznawcza problematyki badawczej. Dysertacja napisana jest adekwatnym językiem naukowym, a wyniki przedstawione czytelnie i szczegółowo z wyróżnieniem prezentacji statystycznych analiz. Przedstawiona do



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl

recenzji praca doktorska wskazuje na bardzo dobre przygotowania Doktorantki pod względem zarówno teoretycznym, jak i metodologicznym, co świadczy o jej umiejętnościach planowania i prowadzenia badań naukowych w zakresie nauk społecznych w dyscyplinie psychologia. Reasumując stwierdzam, że przedłożona mi do recenzji rozprawa doktorska mgr Moniki Joanna Sawickiej przygotowana pod kierunkiem prof. dr hab. Marioli Bidzan oraz dr hab. Łucji Bieleninik, prof. UG spełnia warunki określone w art. 187 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*, stąd wnioskuję o dopuszczenie mgr Moniki Joanny Sawickiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Gaydovanyi Bernadette



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl

Prof. dr hab. Bernadetta Izydorczyk
Instytut Psychologii
Uniwersytet Jagielloński
Kraków

Kraków, 26. 08. 2023r.



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Moniki Joanny Sawickiej

„Przekonania na temat emocji i unikanie doświadczania
a zdrowie psychiczne osób z przewlekłym bólem”

Promotor: prof. dr hab. Mariola Bidzan

Promotor pomocniczy: dr hab. Łucja Bieleninik, prof. UG

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

Przedłożona mi do recenzji rozprawa doktorska autorstwa Moniki Joanny Sawickiej już na początku zagłębiania się w jej lekturę zaciekawia oryginalnym, transdiagnostycznym podejściem badawczym do psychologicznych aspektów związanych z doświadczaniem i radzeniem sobie z bólem przewlekłym, niezwykle istotnym w praktyce klinicznej fenomenem. Holistyczne podejście do definiowania zdrowia zgodne ze standardami WHO, wskazuje konieczność poszukiwania naukowo udokumentowanych sposobów leczenia, najlepiej dostosowanych do przywrócenia dobrostanu osoby, która doświadcza przewlekłego bólu i choroby. Współczesna medycyna wskazuje na potrzebę przyjęcia wielowymiarowej (farmakologicznej i psychologicznej) perspektywy rozumienia mechanizmów doświadczania bólu w procesie leczenia i radzenia sobie z nim. Niewątpliwie złożony proces doświadczania bólu przewlekłego w chorobie obejmuje również związane z nim często cierpienie, wyniszczenie człowieka, osłabienie odporności psychofizycznej, co tworzy przewlekłą sytuację o charakterze chronicznego stresu. Bez udzielenia osobie pomocy, także psychologicznej, czyni człowieka cierpiącym, bezradnym, sprzyja depresji i często pozbawia nadziei na odzyskanie zdrowia. Natomiast dokonania psychologii emocji oraz procesów poznawczych wskazują, iż osoba jest w stanie doświadczać różnych stanów emocjonalnych, uczyć się skutecznych sposobów kształtowania myśli, emocji, celem wspierania mechanizmów zdrowienia

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl



UNIwersytet
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

nawet w sytuacji trudnej, jaką jest funkcjonowanie z bólem przewlekłym w chorobie. Świat przeżyć wewnętrznych oraz doświadczanych emocji w znaczącym stopniu stają się ważnymi czynnikami w ocenie zdrowia psychicznego osoby cierpiącej z powodu przewlekłych dolegliwości bólowych. Z tego powodu badania, w których poszukuje się naukowo udokumentowanych psychologicznych czynników konstruktywnych strategii radzenia sobie z bólem i cierpieniem, stają się niezbędne dla wspierania procesu leczenia.

Przytoczone powyżej refleksje dokumentują wysoką wartość merytoryczną i aplikacyjną recenzowanej dysertacji doktorskiej. Doktorantka w podjętych przez siebie badaniach na populacji klinicznej (osób cierpiących na choroby reumatoidalne) oraz populacji nieklinicznej skupiła się na empirycznej weryfikacji związków negatywnych przekonań na temat emocji z nasileniem depresji, lęku i stresu oraz na pośredniczącej roli unikania tychże stanów emocjonalnych. Reasumując, już we wstępie podkreślić należy, że dysertacja doktorska posiada zarówno walory naukowe, jak i aplikacyjne, albowiem dostarcza empirycznych danych mogących wspierać praktykę kliniczną w zakresie programów profilaktycznych oraz terapeutycznych dotyczących strategii radzenia sobie z bólem przewlekłym w różnych stanach chorobowych.

Doktorantka skupiła się prezentując najpierw model pogładowy, a następnie autorski model badawczy na poszukiwaniu, w oparciu o naukowy wywód, zależności między przekonaniami na temat emocji i unikaniem doświadczania, a lękiem i depresją, które zdefiniowała jako parametry zdrowia psychicznego osób doświadczających bólu przewlekłego. Jak już wspomniano, Doktorantka w modelu badawczym odwołuje się do wskazania na transdiagnostyczny charakter czynników psychologicznych wykazujących związek z doświadczaniem bólu przewlekłego. Takie podejście wskazuje na szerokie spektrum zastosowania wyników badania zarówno w leczeniu, jak i profilaktyce zdrowotnej, nakierowanej na działania związane z radzeniem sobie z bólem przewlekłym. W odniesieniu do definicji WHO możemy przyjąć, że zdrowie to nie tylko brak choroby, ale też istniejący i ważny dla osoby jej dobrostan psychofizyczny. Doświadczanie bólu najczęściej zakłóca osiągnięcie i utrzymanie dobrostanu osoby oraz zdrowia psychicznego.



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

Z tego powodu czynniki emocjonalne, przekonania na temat emocji, mechanizmy unikania emocji u osób doświadczających przewlekłego bólu stanowią interesujące i ważne z perspektywy klinicznej i profilaktyki zdrowotnej kompendium naukowej wiedzy, mającej duże znaczenie dla diagnostyki i pomocy psychologicznej.

Doktorantka przeprowadziła badania na populacji zarówno klinicznej osób z bólem przewlekłym, jak i na próbie nieklinicznej. Na podkreślenie zasługuje to, że ze względu na brak narzędzia pomiaru istotnych dla tematyki i modelu badawczego rozprawy doktorskiej, psychologicznych zmiennych, Autorka rozprawy doktorskiej najpierw poddała polskiej adaptacji (dotąd nieobecnej) Skalę Przekonań o Emocjach (BES-PL), która to skala okazała się mieć jednoczynnikową strukturę. Tę skalę zastosowała w dalszym etapie do prowadzenia badań zgodnie z przyjętym modelem i procedurą dalszych badań. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę komisji etyki Uniwersytetu Gdańskiego. Przedstawiona procedura badawcza przeprowadzona została zgodnie z zasadami etyki badania naukowego. Jak widać procedura postępowania naukowego i etycznego w przeprowadzaniu badań naukowych jest Doktorantce dobrze znana i jest przez nią przestrzegana, co potwierdza merytoryczne kompetencje tej młodej Badaczki.

Jak wynika z treści przedstawionej mi do recenzji dysertacji jej celem głównym był pomiar zależności między negatywnymi przekonaniami na temat emocji, nasileniem lęku i depresji i stresu oraz o pośredniczącej roli unikania doświadczania u osób z bólem przewlekłym w grupie klinicznej, jak i nieklinicznej. W grupie klinicznej osób chorych reumatoidalnych Autorka weryfikowała zależności unikania doświadczania z nasileniem lęku, depresji i stresu w modelu badań podłużnych. Doktorantka wybrała problematykę badań wymagającą od badacza gromadzenia empirycznych danych również w oparciu o grupę kliniczną, gdzie podmiotem jest człowiek chory, do którego dostępność jest zwykle utrudniona, a prowadzenie badań żmudne i trudne ze względu na specyfikę objawów w przebiegu choroby reumatoidalnej i doświadczanego bólu przewlekłego.

W mojej ocenie, przedstawiona w niniejszej rozprawie doktorskiej procedura teoretycznego opracowania i przygotowania modelu



UNIwersytet
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

badawczego, zbierania danych badawczych oraz prowadzenia badania w warunkach klinicznej praktyki psychologicznej uwzględnia zasady naukowego opracowania danych teoretycznych i empirycznych zmierzając do integracji dostępnych najnowszych (polskich i światowych) wyników badań naukowych w temacie dysertacji.

Zatem, doceniam oryginalność podjętego przez Doktorantkę rozwiązania problemu badawczego – mającego poza naukowym charakterem duże znaczenia aplikacyjne. Temat badawczy wymagał specyficznego doboru grupy badanych osób i nakładał na Doktorantkę jako badacza i psychologa obowiązek współpracy z osobami badanymi, nawiązania współpracy celem prowadzenia badań zgodnie z etycznymi i naukowymi standardami. Efektem są uzyskane wyniki badania, które opracowała i przedstawiła w niniejszej dysertacji. Doktorantka w mojej ocenie wykazała się wnikliwą i obszerną znajomością wiedzy teoretycznej w zakresie psychologii zdrowia i psychologii klinicznej (szczególnie w zakresie chorego somatycznie), co pozwoliło jej skonstruować poprawnie metodologicznie i ciekawie z perspektywy psychologicznej, model badawczy.

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, rycin i narzędzia pomiarowego BES-PL.

Dysertacja doktorska posiada klasyczną strukturę układu treści i obejmuje: streszczenie, dwa rozdziały teoretyczne (1-2), rozdział (3) opisujący problematykę badań własnych (cel, problem badawczy, pytania i hipotezy, oraz charakterystykę metod badawczych, przebieg badań i charakterystykę osób badanych) oraz dwa rozdziały części empirycznej (rozdział 4. dotyczący opisu wyników wraz z przeprowadzoną statystyczną i kliniczną analizą oraz rozdział 5. przedstawiający dyskusję wyników, wnioski, ograniczenia badania, ale i opis mocnych stron otrzymanych danych badawczych). Dysertacja doktorska zawiera także: streszczenie w j. polskim i angielskim oraz w części końcowej spis cytowanej bogatej (polsko i obcojęzycznej) dobrze dobranej (zgodnie ze specyfiką tematu) literatury.

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl

Przeprowadzając proces refleksji i analizy czytanych treści dysertacji pojawiały mi się również pytania, co nie umniejsza wartości pracy, a bardziej zainspirowało mnie do refleksji i potrzeby poszukania odpowiedzi i sugestii ze strony Doktorantki. Na początku odniosę się do tytułu pracy doktorskiej. Brzmi on „Przekonania na temat emocji i unikanie doświadczania a zdrowie psychiczne osób z przewlekłym bólem”.

W mojej ocenie tytuł pracy jest stylistycznie poprawnie sformułowany i odpowiada treściom w niej zawartych, dając potencjalnemu czytelnikowi wskazówkę, jakiego obszaru eksploracji naukowej dotyczy dysertacja. Jednakże, nie do końca rozumiem zastosowanie w tytule pojęcia zdrowie psychiczne, zamiast wprost zastosowanie pojęcia depresja i lęk. W treściach dysertacji Doktorantka definiując parametry zmiennej zdrowia psychiczne wielokrotnie wymienia lęk i depresję, nie odwołując się do innych kryteriów zdrowia psychicznego, często cytowanych w literaturze przedmiotu (np. dojrzałość, pozytywne emocje, regulacja emocjonalna, inteligencja emocjonalna, nadzieja, dobrostan, resiliency, inne).

Analizując model badawczy oraz pytania i hipotezy badawcze pojawia mi się zatem pytanie do Doktorantki: na ile zawarcie w tytule pracy pojęcia zdrowia psychicznego nie mogłoby być zastąpione użyciem pojęć, które Doktorantka rzeczywiście badała tj. lęku, depresji? Doktorantka w definicji zmiennej zdrowie psychiczne podaje, że weryfikuje parametry takie jak depresja i lęk czy stres.

Czyniąc dalsze analizy kolejnych rozdziałów dysertacji oceniam, że rozprawa napisana jest rzeczowym, klarownym, z zachowaniem poprawności stylistyki i gramatyki językiem polskim. Praca została zredagowana bardzo starannie i poprawnie. Doktorantka prawidłowo dobrała i zastosowała w poczynionych analizach testy statystyczne (adekwatne do procedury badawczej i kierunków badawczych analiz), pozwalające 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 bardzo starannej prezentacji wyników i statystycznych analiz (najpierw statystyk opisowych), analizy czynnikowej związanej z walidacją narzędzia pomiarowego BES-PL, po bardzo staranną prezentację zróżnicowanych analiz statystycznych od korelacyjnych, po



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl

analizy mediacyjne, pokazujących szczegółową i wnikliwą procedurę analizy danych w grupie klinicznej i nieklinicznej. Uwagę zwraca bardzo staranne, przejrzyste, bardzo dobrze graficznie opracowane przedstawienie danych statystycznych. Ten aspekt pracy moim zdaniem jest wyróżniający.

Część teoretyczna rozprawy doktorskiej zawiera 2 rozdziały opisujące kolejno w sposób poprawny stylistycznie, z użyciem komunikatywnego języka, przekazując w sposób logiczny i uporządkowany, merytoryczne treści, dotyczące teoretycznych aspektów niezbędnych do opracowania modelu badania własnego.

W rozdziale 1 Doktorantka przedstawia zgodnie z tematyką dysertacji przegląd podstaw naukowej wiedzy głównie z obszaru psychologii zdrowia, (szczególnie zagadnienia z zakresu psychosomatyki i rozumienia psychologii bólu). Doktorantka prezentuje w sposób logiczny i spójny kluczowe do definiowania zmiennych modelu badawczego definicje i opracowania dotyczące psychologicznych modeli-koncepcji bólu przewlekłego, jego typologii, zróżnicowanych kosztów związanych z doświadczaniem bólu przewlekłego, zarówno tych mających związek z utrzymaniem parametrów zdrowia psychicznego, jak i kosztów społeczno-ekonomicznych bólu przewlekłego, przedstawia wskazania teoretycznego i klinicznego uzasadnienia wyboru grupy badanych osób chorujących reumatologicznie. W dalszej kolejności Doktorantka w sposób wnikliwy, a zarazem przejrzysty przedstawiła psychologiczne modele bólu przewlekłego, uzasadniając tym samym swój model badawczy. Doktorantka w sposób równie spójny i przejrzysty wykorzystując graficzne prezentacje treści, wskazuje czytelnikowi biopsychospołeczne i poznawcze modele bólu przewlekłego, w tym szczególnie model lękowego unikania bólu przewlekłego i oparte na nim własne opracowanie modelu lękowego unikania bólu przewlekłego na podstawie Hooten (2016) oraz Vlaeyen i Linton (2000). W modelu tym Autorka recenzowanej przeze mnie rozprawy doktorskiej wskazuje na wzajemne zależności między wskaźnikami zmiennej ból (katastrofizacją bólu, strachem przed bólem, ograniczoną aktywnością, fizycznym wyniszczeniem), a negatywnym afektem, reakcją emocjonalną, unikaniem i niepełnosprawnością. Autorka dysertacji doktorskiej przedstawia również autorskie zestawienie



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl

psychologicznych czynników wspólnych dla różnych modeli, istotnych dla weryfikacji mechanizmów doświadczania bólu przewlekłego biorąc pod uwagę czynniki trudniejsze do modyfikacji (kontekst społeczny, kulturowy i gospodarczy; aparat cech biologicznych; osobowość) oraz czynniki łatwiejsze do modyfikacji (funkcjonowanie emocjonalne, ocena poznawcza i zachowanie z dominacją unikania). Ten fragment dysertacji jest bardzo starannie opracowany i zasługuje na uznanie, daje czytelnikowi kompleksowe kompendium naukowej wiedzy jak rozumieć zależności między zmiennymi autorskiego modelu badawczego.

W rozdziale 2. Autorka dysertacji doktorskiej przedstawia specyfikę i kategorie przekonań na temat emocji, szczególnie podkreślając transdiagnostyczny charakter tychże przekonań w kontekście rozwoju psychopatologii. Autorka wskazuje na teoretyczne uzasadnienie czynników pośredniczących w relacji między przekonaniami na temat emocji, a zdrowiem psychicznym i fizycznym, podkreślając tutaj w oparciu o literaturę znaczenie pośredniczącej roli wielowymiarowego konceptu unikania doświadczania. Przedstawiane teorie oraz wyniki badań w materiale źródłowym Doktorantka prezentuje w sposób przemyślany, dokumentując i uzasadniając przedstawianymi w rozdziałach 1-2 merytorycznymi treściami, zasadność doboru zmiennych do modelu badań własnych.

Część empiryczną tworzą rozdziały 3. do 5. Generalnie rozważania Doktorantki są uporządkowane i merytoryczne, cechują się jednak nieprecyzyjnością – moje wątpliwości w tej części pracy budzi tytuł rozdz.3, który brzmi: *Metoda badań własnych*. Jak zrozumiałam, w rozdziale 3. Doktorantka przedstawia całokształt dobrze dobranych (opisanych w części teoretycznej) podstaw metodologicznych badań własnych, model badawczy cele, pytania i hipotezy wraz z opisem procedury badawczej. Zatem, jeśli rozdział zawiera całokształt opisu danych metodologicznych pojawia mi się pytanie dlaczego taki tytuł, a nie np. adekwatnie do poruszanych tamże treści problematyka, metodologia badania własnego, inne terminy do nazwania podrozdziału? Niemniej jednak wyodrębnienie zmiennych, model teoretyczny badań, a także precyzyjnie określony główny cel, pytania i hipotezy badawcze, brzmią poprawnie.



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl

Druga w kolejności podobna niejasność, dotyczy treści rozdziału 3., a mianowicie: analizując podane już we wstępie i prezentowane w rozdziale 3. definicje zmiennych modelu badawczego, Doktorantka wprowadza i definiuje jako główną zmienną zdrowie psychiczne i jednocześnie w opisywaniu tejże zmiennej odwołuje się głównie do depresji, lęku i stresu. Wybór metod pomiaru jest również dostosowany do tychże wskaźników lęku i depresji (pojmowanych, jak rozumiem, jako symptomy, a nie utrwalone cechy czy dyspozycje psychiczne). Dlaczego zatem nie nazywa wprost zmiennej zgodnie ze wskaźnikami? Podobnie jest w postawionych pytaniach i hipotezach badawczych, gdzie używa pojęcia parametry zdrowia psychicznego bądź parametry zdrowia psychicznego (np. pytanie 2) i hipoteza 2 (funkcjonowanie psychiczne), kiedy parametrami są lęk depresja, stres? W hipotezie 3. używa terminologii lęku i depresji, stresu (np. str. 46 -48).

Reasumując, proszę o wyjaśnienie i uzasadnienie różnorodności zastosowanych pojęć, terminologii do określenia tej samej zmiennej: zdrowie psychiczne.

Część metodologiczno-empiryczna - 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 dużą i staranną pracę badawczą – zbadała grupę osób chorych z chorobą reumatoidalną. Zawarte w części empirycznej wszystkie wykonane statystyczne analizy świadczą o dużej świadomości statystycznej Doktorantki. Graficzna prezentacja tych danych wymaga wyróżnienia, jest bardzo staranna i jednocześnie bardzo klarowna. Niemniej jednak wyjaśnienia wymaga również opis próby badanych - aktualnie nazbyt lakoniczny, nie dający pełnego obrazu kogo badała Doktorantka (jacy chorzy byli badani, tj. z jakimi jednostkami chorobowymi reumatologicznymi? Na jakim etapie leczenia i rozwoju choroby? jakie były czynniki wykluczenia i włączenia do próby klinicznej? Dlaczego podzielono próbę badanych w grupie nieklinicznej na trzy próby? Jak jest tego uzasadnienie metodologiczne? Doktorantka wyodrębnia 1 próbę kliniczną chorych reumatoidalnie, co jest to zrozumiałe ze względu na symptomatologię bólu przewlekłego, ale wyodrębnia również 3 próby niekliniczne, dlaczego zastosowała taki podział, ze względu na jakie



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl

kryteria metodologicznie zasadne? Czym różniły się wyodrębnione 3 próby niekliniczne (ABC)? jakie kryterium różnicujące było zachowane tutaj? Za to procedura etyczna prowadzenia badania nie budzi moim zdaniem zastrzeżeń, jak również, co pragnę podkreślić i wyróżnić wnikliwa, profesjonalnie wykonana analiza statystyczna zgromadzonych danych empirycznych prowadząca Doktorantkę do wartościowych wniosków i ciekawej dyskusji na temat przekonań o emocjach i pośredniczącej roli unikania ich doświadczania, a psychologicznej dyspozycji (rozwijającej się depresji i lęku) u osób chorujących reumatoidalnie z doświadczanym bólem przewlekłym. W pierwszym etapie w grupie klinicznej wzięły udział 124 osoby, ale do analiz zakwalifikowano 114 osób, zgodę na II etap badania wyraziły 74 osoby. Pojawia mi się kolejne pytanie: jaki był powód wprowadzenia drugiego etapu pomiaru zmiennych psychologicznych w próbie klinicznej? Czy i jakie kryterium różnicujące wprowadzono celem sprawdzenia próby klinicznej po 3 miesiącach? Czy kryterium tym było leczenie farmakologiczne jednej próby, a u drugiej był brak takiego leczenia? czy kontrolowano inną zmienną różnicującą grupę kliniczną? Ból może się zmniejszać pod wpływem farmakoterapii. Ponadto depresyjność i lęk mogą się zmniejszać pod wpływem leczenia w toku 3 miesięcy leczenia, unikanie doświadczania może stanowić naturalną strategię obronną i ochronną w kontekście bólu. Proszę o wyjaśnienie mojego wątpliwości.

W rozdziale 3 pojawia się opis metod badania (HADS skala przesiewowa, DASS-21, BES -21, MEAQ-30). Skale te nie pozwalają zdiagnozować utrwalonych cech podmiotowych, a jedynie poziom nasilenia symptomatologii. Proszę uzasadnić dobór metod do badania zmiennych oraz nazwę podrozdziału 3.6. Z przedstawionych tamże treści wynika, że Doktorantka opisała starannie i wnikliwie etapy postępowania, procedurę obliczeń i kierunki statystycznych analiz. Powstaje pytanie dlaczego rozdział został zatytułowany: strategia analityczna? A np. nie kierunki statystycznych analiz?, procedura opracowania wyników? itp. To jednak uwaga poboczna, bez istotnego wpływu na analizę wyników badania. W mojej ocenie przeprowadzone statystyczne procedury i analizy zostały odpowiednio dobrane do postawionych celów i pytań badawczych. Rzetelne i naukowe opracowanie wyników badania umożliwi innym



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

badaczom korzystanie z narzędzi np. BES-PL, czy ewentualną replikację badań. Jak już pisałam w tejże recenzji, prezentacja zastosowanej strategii obliczeń statystycznych nie budzi zastrzeżeń, wręcz zasługuje na wyróżnienie. W I etapie procedury badawczej doktorantka prowadziła badania na populacji w kierunku trafności strukturalnej confirmacyjnej analizy czynnikowej – badała poziom dopasowania modelu kwestionariusza BES -Pl do danych. Oceny siły związku bólu ze zdrowiem psychicznym, czyli lękiem i depresją Doktorantka dokonała z zastosowaniem współczynnika r Pearsona, do porównania prób klinicznej i nieklinicznych zastosowała test t -Welsha (próba D) w sytuacji nierównych wariancji porównywanych zmiennych. Z kolei do oceny wielkości różnic zastosowano współczynnik d -Cohena. W kolejnych etapach statystycznych analiz dotyczących mediacji zastosowano analizę ścieżek w próbie klinicznej i nieklinicznej, wyjaśniając lęk, depresję, stres w trzech oddzielnych modelach. Hipotezy dotyczące wzajemnej relacji unikania doświadczania i zdrowia psychicznego (czyli lęku, depresji, stresu?) sprawdzono przy pomocy modelu CLMP (Cross-Lag Panel Model), co pozwoliło otrzymać bogaty zestaw informacji na temat zmian (stabilności) zmiennych, informacji, w jakim stopniu te zmiany zależały od drugiej zmiennej oraz w jakim stopniu te zmiany (fluktuacje) współwystępowały. Przeprowadzona przez Doktorantkę kompleksowa analiza statystyczna pozwoliła jej w rezultacie zaprezentować wyniki badania i wnioski z nich wynikające. Co zasługuje na uznanie, Doktorantka uwzględniła ograniczenia badań, wskazała na ich podstawie potwierdzenie tylko wybranych hipotez badawczych. Wśród wniosków z badań wskazała, że w grupie nieklinicznej ważnymi mediatorami parametrów zdrowia psychicznego (tj. lęku, depresji, stresu) jest awersja do stresu oraz wyparcie/zaprzeczenie. To one wykazują najsilniejsze związki z przekonaniami na temat emocji, jak i nasileniem depresji, lęku i stresu (str.97), co Doktoranta interpretuje i z czym bardzo merytorycznie dyskutuje w oparciu o literaturę. Z kolei w grupie klinicznej osób chorych reumatoidalnie, poddanych badaniu podłużnemu (pomiarowi zmiennych po 3 miesiącach) nie potwierdzono wskazywanych w literaturze pozytywnych zależności doświadczania unikania w kontekście

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii

ul. Romana Ingardena 6

30-060 Kraków

tel. 12 663 24 15

www.psychologia.uj.edu.pl

weryfikowanych parametrów zdrowia psychicznego. Doktorantka rozumiejąc ograniczenia badania omawia je szczegółowo w dyskusji.

Zawarte w rozdziale 4. referowanie wyników badań – cechuje się starannością oraz klarownością opisu, zgodnie z kolejnością pytań i testowanych hipotez badawczych. W rozdziale 5. znajduje się dyskusja wyników i ich podsumowanie. Jak już wskazywano, dysertację kończy przedstawienie wskazania na ograniczenia badawcze i obszerna, dobrze dobrana pod względem tematyki dysertacji bibliografia wraz z aneksem zawierającym spis tabel, rysunków, materiałów dodatkowych.

W mojej ocenie Doktorantka prowadząc badania zaprezentowane w niniejszej pracy doktorskiej wykazała się samodzielną pracą naukową. Dysertacja spełnia standardy naukowego projektu badawczego. Doktorantka przeprowadziła statystyczne analizy w sposób poprawny i bardzo wnikliwy, rzetelny, dostosowany do założeń badawczych i naukowych standardów. Przyjęcie planu prezentacji danych, wyznaczone przez Doktorantkę pytania badawcze i odpowiadające im hipotezy badawcze pozwoliły na stopniowe zapoznawanie się z wynikami 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 literatury. Przeprowadzona dyskusja wskazuje na dużą wiedzę Doktorantki, wnikliwość psychologiczną oraz umiejętność krytycznej analizy problemu. Jednocześnie uwidacznia się duża umiejętność analizy i syntezy. Doktorantka świadoma jest ograniczeń badań własnych, wskazując jednocześnie kierunki dalszych dociekań.

Reasumując, poczynione uwagi krytyczne i pytania w tejże recenzji nie umniejszają walorów ocenianej dysertacji, a jedynie stanowią inspirację do dyskusji i zmian w przypadku publikacji. W podsumowaniu recenzji podkreślam zdecydowanie pozytywną ocenę recenzowanej rozprawy. Badania cechuje oryginalność oraz znacząca wartość poznawcza problematyki badawczej. Dysertacja napisana jest adekwatnym językiem naukowym, a wyniki przedstawione czytelnie i szczegółowo z wyróżnieniem prezentacji statystycznych analiz. Przedstawiona do

recenzji praca doktorska wskazuje na bardzo dobre przygotowania Doktorantki pod względem zarówno teoretycznym, jak i metodologicznym, co świadczy o jej umiejętnościach planowania i prowadzenia badań naukowych w zakresie nauk społecznych w dyscyplinie psychologia. Reasumując stwierdzam, że przedłożona mi do recenzji rozprawa doktorska mgr Moniki Joanna Sawickiej przygotowana pod kierunkiem prof. dr hab. Marioli Bidzan oraz dr hab. Łucji Bieleninik, prof. UG spełnia warunki określone w art. 187 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*, stąd wnioskuję o dopuszczenie mgr Moniki Joanny Sawickiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Grzegorz Bencel



UNIwersytet
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Wydział Filozoficzny

Instytut Psychologii