



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW

ZAKŁAD MEDYCZYNY SPOŁECZNEJ I ZDROWIA PUBLICZNEGO

Recenzja pracy na stopień doktora nauk o zdrowiu mgr Edyty Ośmiałowskiej ***„Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia kobiet z rakiem piersi”***

Choroby nowotworowe, obok chorób układu krążenia, stanowią obecnie główną przyczynę zgonów w krajach rozwiniętych, będąc problemem zdrowotnym indywidualnych pacjentów, są wyzwaniem dla medycyny klinicznej, ale także dla zdrowia publicznego.

Diagnoza choroby nowotworowej, również raka piersi, to dopiero początek długiej oraz trudnej wali z chorobą, walki, w której uczestniczy nie tylko pacjent i personel medyczny, ale także otoczenie rodzinne i zawodowe chorego. Jakość życia pacjentów przewlekle chorych, również pacjentów ze schorzeniami onkologicznymi, jest obniżona w porównaniu do zdrowej populacji, dowodów na to dostarczają liczne opublikowane prace, które wynikają ze zwiększonego zainteresowania tą problematyką, obserwowanego na przełomie XX i XXI wieku. Jednak, liczba prac poszukujących i definiujących psychospołeczne uwarunkowania jakości życia w poszczególnych jednostkach chorobowych, w tym u pacjentek z rakiem piersi, wyników badań wskazujących jak konkretnie chore radzą sobie z chorobą, jest nadal ograniczona.

Z powyższych powodów wybór tematu pracy doktorskiej uważam za interesujący oraz aktualny.

Recenzowana praca zawarta jest na 183 stronach maszynopisu i ma układ standardowy, składa się ze wstępu, opisu materiału i metod, wyników, dyskusji, wniosków, streszczeń w języku polskim i angielskim, piśmiennictwa, wykazu skrótów, załączników obejmujących: spis tabel, spis rycin, stosowane kwestionariusze badawcze.

We wstępie Autorka przedstawia zwięzłą charakterystykę aktualnej sytuacji epidemiologicznej zachorowań na raka piersi na świecie i w Polsce, wskazując także na możliwy patomechanizm choroby, jej objawy, metody rozpoznawania oraz leczenia. Obszerny fragment wstępu stanowi przedstawienie definicji jakości życia oraz metod oceny jakości życia w onkologii, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentek z rakiem piersi. Autorka słusznie zauważa, iż w pracy badawczej „*najlepiej stosować specyficzne, standaryzowane kwestionariusze badawcze*”, jak i celnie wyróżnia dwa podejścia metodologiczne do oceny jakości życia: idiograficzne i nometyczne.

Autorka prawidłowo sprecyzowała zasadniczy cel badawczy, którym było „*określenie zależności pomiędzy elementami składającymi się na satysfakcję z egzystencji i przekonaniami zdrowotnymi z oceną jakości życia kobiet leczonych z powodu raka piersi*”, jak i jasno sformułowała sześć hipotez badawczych (występowanie współzależności między: akceptacją choroby, optymizmem życiowym, postrzeganiem choroby nowotworowej jako dysfunkcji, nasileniem dolegliwości bólowych, przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej a oceną jakości życia kobiet leczonych z powodu raka piersi oraz występowanie współzależności pomiędzy optymizmem życiowym a akceptacją choroby oraz przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej wśród kobiet leczonych z powodu raka piersi).

Autorka prawidłowo opisała materiał i metodologię swego badania. W badaniu wzięło udział 202 pacjentek Dolnośląskiego Centrum Onkologii, z rozpoznaniem rakiem piersi, włączenie do badania odbywało się zgodnie z przyjętymi i opisanymi kryteriami. Do badań wykorzystano wyłącznie wystandaryzowane narzędzia (Kwestionariusz Jakości Życia European Organization for Research and Treatment of Cancer EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ moduł BR 23, Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mental Adjustment to Cancer-Mini MAC), Skalę Akceptacji Choroby, Test Orientacji Życiowej, Wielowymiarową Skalę Istoty Choroby). Ponadto, analizie poddano dane z dokumentacji medycznej chorych, rejestru szpitalnego oraz dane zebrane za pomocą autorskiego kwestionariusza badawczego. Uzyskane wyniki poddano wnikliwej analizie statystycznej, stosując prawidłowo dobrane testy statystyczne.

Prezentacja wyników stanowi najobszerniejszą część pracy, wzbogacona jest o tabele (w liczbie 68) i ryciny (w liczbie 34). Kandydatka stwierdziła, iż występuje istota statystycznie współzależność pomiędzy akceptacją choroby a oceną jakości życia; pacjentki, które miały wysoki poziom akceptacji choroby wyżej oceniały jakość życia w zakresie wszystkich domen funkcjonalnych oraz wykazywały mniejsze nasilenie objawów związanych

z chorobą i zastosowanym leczeniem. Ponadto, Autorka zaobserwowała, iż występowała istotna statystycznie współzależność pomiędzy koherencją (optymizmem życiowym) a oceną jakości życia; pacjentki z nastawieniem optymistycznym miały wyższą ocenę jakości życia i mniejsze nasilenie dolegliwości w zakresie wszystkich domen kwestionariusza EORTC QoL-C30 i BR23. Doktorantka stwierdziła także, iż występowała istotna statystycznie współzależność pomiędzy postrzeganiem choroby nowotworowej a oceną jakości życia - osoby, które postrzegają chorobę dobrze mają wyższą ocenę jakości życia w zakresie wszystkich domen funkcjonowania i mniejsze nasilenie objawów choroby. W swej pracy, Autorka obserwowała także istotną statystycznie korelację pomiędzy narastaniem znaczenia choroby jako dysfunkcji i obniżaniem poziomu jakości życia oraz narastaniem objawów i dolegliwości - występowała istotna statystycznie współzależność pomiędzy oceną jakości życia a psychicznym przystosowaniem do choroby nowotworowej. Szczególne różnice obserwowano w zakresie nasilenie strategii destruktywnej radzenia sobie z chorobą nowotworową; pacjentki prezentujące wysoki poziom strategii destruktywnej miały istotnie statystycznie niższą ocenę jakości życia i wyższe nasilenie objawów choroby w porównaniu do pacjentek stosujących niższy poziom strategii destruktywnych oraz do pacjentek stosujących strategię konstruktywne; pacjentki stosujące strategię konstruktywne radzenia sobie z chorobą miały wyższą ocenę jakości życia w dziedzinie funkcjonowanie w rolach życiowych. Autorka udowodniła, że występuje istotna statystycznie współzależność pomiędzy natężeniem dyspozycyjnego optymizmu i poziomem akceptacji choroby a strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową; im wyższy poziom strategii konstruktywnych, tym wyższy poziom optymizmu życiowego i psychicznego przystosowania do choroby nowotworowej, natomiast im wyższy poziom strategii destruktywnych - tym niższy poziom natężenia dyspozycyjnego optymizmu i akceptacji choroby. Ponadto, zaobserwowano, iż występuje istotna statystycznie współzależność pomiędzy nasileniem dolegliwości bólowych a oceną jakości życia; im wyższe nasilenie bólu, tym niższa ocena jakości życia w zakresie wszystkich domen funkcjonowania oraz wyższe nasilenie dolegliwości związanych z chorobą i leczeniem w zakresie wszystkich domen (z wyjątkiem domeny zdenerwowanie z powodu utraty włosów).

Dyskusja przeprowadzona jest w sposób interesujący, Autorka udowodniła, iż zna wyniki prac innych badaczy zajmujących się omawianą problematyką. Szczególnie wartościowe jest odniesienie się do prac polskich badaczy (m.in. Chabowskiego i wsp., Słowik i wsp., Motyki i wsp., Nowickiego i wsp.) W dyskusji zabrakło mi jednoznacznego

wskazania zalet i ograniczeń swojego badania, jest to obecnie standard w artykułach publikowanych w renomowanych czasopismach o wysokim współczynniku oddziaływania.

Autorka przedstawiła dziewięć rozbudowanych wniosków (przy czym w streszczeniu zamieszcza cztery wnioski) oraz ich podsumowanie. Z obowiązku recenzenta muszę wskazać, że w rozdziale poświęconym wnioskom Autorka zawarła w zasadzie podsumowanie wyników. Proponowałabym zatem przereferowanie tego rozdziału, wydzielenie podsumowania wyników oraz pozostawienie czterech wniosków wskazanych w streszczeniu. Za najważniejszy, w mojej opinii, jest wniosek wskazujący, iż u pacjentek z rakiem piersi: *„(...) satysfakcja z egzystencji, badana (...) jako akceptacja choroby, koherencja oraz umiejętność stosowania strategii konstruktywnych (...), ma istotny (...) wpływ na ocenę jakości życia w zakresie wszystkich domen funkcjonowania oraz nasilenie objawów choroby i skutków ubocznych zastosowanej terapii”*.

Piśmiennictwo składa się z 168 pozycji, zarówno polsko- jak i anglojęzycznych, w znaczącej większości z ostatnich 10 lat. Pozycje piśmiennictwa są prawidłowo dobrane i cytowane w tekście pracy.

Manuskrypt przygotowany jest bardzo starannie, z dbałością o szczegóły graficzne i estetyczne.

Jakie są zatem niedociągnięcia ocenianej pracy?

Praca stanowi obszerne opracowanie zagadnienia badawczego, Autorka nie ustrzegła się drobnych błędów interpunkcyjnych oraz stylistycznych, które wskazałam w manuskrypcie. Poza uwagami dotyczącymi sformułowania podsumowania wyników i wyodrębnienia czterech wniosków (opisanymi powyżej), proponowałabym także wydzielenie rozdziału poświęconego celom pracy (w aktualnym manuskrypcie cele pracy zawarte są w rozdziale dotyczącym materiału i metod badawczych). Ponadto, wydaje się celowe uzasadnienie, dlaczego ustalono takie, a nie inne kryteria włączenia i wyłączenia z badania. Oczekiwałabym od Doktorantki wyjaśnienia, dlaczego wyłączyła z badania kobiety po 75 roku życia, proponowałabym także sprecyzowanie kryterium wyłączenia jako *„ciężka depresja wymagająca leczenia specjalistycznego”*. Zamiast sformułowania *„dobrowolna zgoda”*, proponuję stosowanie pojęcia *„świadoma zgoda”*. Należy także używać prawidłowej terminologii dla stosowanego narzędzia badawczego, a mianowicie był to autorski kwestionariusz badawczy; powszechne nazywanie tego narzędzia ankietą jest błędne, bowiem ankietą to technika badawcza.

Opisane wyżej niedociągnięcia nie wpływają znacząco na pozytywną merytoryczną ocenę pracy, choć uwzględnienie uwag powinno przyczynić się do podniesienia walorów manuskryptu wysyłanego w przyszłości do czasopisma o wysokim współczynniku oddziaływania, na co praca niewątpliwie zasługuje.

Praca stanowi wyczerpujące, staranne i oryginalne opracowanie problemu naukowego, znacząco przyczynia się do zaktualizowania wiedzy o uwarunkowaniach psychospołecznych jakości życia kobiet z rakiem piersi w Polsce. W mojej opinii, ze względu na aktualność problemu badawczego oraz znaczące walory poznawcze – praca zasługuje na wyróżnienie.

Podsumowując, stwierdzam iż przedstawiona do oceny praca spełnia wszystkie kryteria stawiane rozprawom na stopień doktora i wnioskuję do Wysokiej Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu o dopuszczenie mgr Edyty Ośmiałowskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Warszawa, dnia 10 sierpnia 2019

KIEROWNIK
Zakład Medycyny Społecznej i
Zdrowia Publicznego
Aneta Nitsch-Osuch
dr hab. n. med. Aneta Nitsch-Osuch