

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

Kraków, 02.01.2019



UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Recenzja pracy doktorskiej ks. Mgr Radosława Rybarskiego pt.
*Religijność i lęk przed śmiercią a jakość życia osób z rozpoznaną chorobą
nowotworową*

napisanej pod kierunkiem Pana dr hab. prof. KUL Jacka Śliwaka
Katedra Psychologii Społecznej i Psychologii Religii Katolickiego
Uniwersytetu Lubelskiego w Lublinie.

Wydział Zarządzania
i Komunikacji Społecznej

Instytut
Psychologii Stosowanej

W przedłożonej mi do recenzji rozprawie doktorskiej jej Autor podjął budzącą zainteresowanie ciekawą problematykę z pogranicza psychologii religii, psychologii egzystencjalnej oraz psychologii klinicznej. Już na początku należy wspomnieć, że niewątpliwym walorem przedłożonej mi do recenzji dysertacji jest udana próba naukowego opracowania tematu egzystencjalnych czynników towarzyszących i warunkujących proces chorowania, zdrowienia i leczenia osób chorujących na różnorodne nowotwory. Doktorant podjął niezwykle ciekawy i istotny dla procesu leczenia osób z chorobą nowotworową problem badawczy, ukierunkowany na poszukiwanie empirycznie udokumentowanych związków pomiędzy religijnością, lękiem przed śmiercią a jakością życia chorych onkologicznie osób. Poszukiwanie roli czynników duchowych, religijności oraz lęku przed śmiercią dla rozwoju jakości życia to temat nie nowy w literaturze psychologicznej ale skoncentrowanie się w badaniach na obecnym w niniejszej pracy, szerokim spektrum empirycznego pomiaru wzajemnych i wieloaspektowych zależności między poczuciem religijności, lękiem przed śmiercią i ich rolą w kształtowaniu jakości

ul. Prof. St. Łojasiewicza 4
PL 30-348 Kraków
tel. +48(12) 664 5550
+48(12) 664 5553
fax +48(12) 664 5856
ww +48 (12) 664 55 47

życia u osób chorujących na nowotwór, nie należy do tematyki często publikowanej.

Badania empiryczne z obszaru pogranicza psychologii religii oraz psychologii klinicznej (z obszaru badań opisujących m.in. osoby w przebiegu rozwoju i leczenia chorób nowotworowych) należą do znaczących i stale wzbogacających naukowe źródła literatury tak potrzebnej w praktyce lekarza i psychologa. Z powyższego powodu warto już na początku docenić wartość badań tak blisko związanych z codzienną egzystencją chorych onkologicznie i potrzebą ich skutecznego leczenia (w tym udzielanej pomocy psychologicznej).

Jak już wspomniano powyżej, sporządzone przez Doktoranta badania dotyczą poszukiwania wzajemnych zależności między religijnością, lękiem przed śmiercią a jakością życia u osób chorujących na nowotwory. W tym celu testowano dwa modele badawcze opisujące w jaki sposób religijność może warunkować jakość życia chorych na nowotwór. Pierwszy model badawczy stanowił podstawę do sprawdzenia na ile i czy lęk przed śmiercią jest mediatorem zależności między religijnością a jakością życia osób chorujących na nowotwór. Drugi model badawczy stanowił poszerzenia modelu pierwszego o moderatora nazwanego zmaganiem religijnym. Doktorant podjął próbę sprawdzenia czy zmagania religijne utrudniają lub blokują w poczuciu religijności jej funkcję łagodzenia lęku przed śmiercią, co istotnie może wpływać na jakość życia tej grupy chorych osób.

Prowadzenie badań z pogranicza psychologii religii, psychologii egzystencjalnej i klinicznej stanowi swoiste naukowe wyzwanie dla badacza stosującego w sposób odpowiedzialny wiedzę tj. zgodnie z obowiązującymi standardami uprawiania badań naukowych oraz zgodnie z wiedzą z zakresu psychologii klinicznej jako nauki stosowanej w ochronie zdrowia. Podmiotem badań w psychologii klinicznej jest zwykle człowiek w sytuacji trudnej (kryzysowej i/lub w stanie nowotworowej choroby). Często jest to pacjent, wobec którego obok naukowych podstaw prowadzenia badań, szczególne znaczenie przypisuje się potrzebie zachowania standardów etycznych w prowadzeniu badań. Znaczenia szczególnego nabiera zasada *Primum Non Nocere* (po pierwsze nie szkodzić). Z podanych powyżej powodów badania naukowe z omawianego obszaru psychologii klinicznej nie należą do łatwych w procedurze ich prowadzenia i naukowego dokumentowania. Istotą jest tutaj umiejętność połączenia naukowej pracy psychologa – badacza i zarazem psychologa klinicysty, który łączy zastosowanie standardów naukowego pomiaru obecnych w modelu zmiennych z zachowaniem standardów

etycznych w trakcie prowadzonego badania i jednocześnie leczenia pacjentów w sytuacji choroby nowotworowej.

Autor rozprawy doktorskiej podjął się niewątpliwie bardzo trudnego zadania badawczego albowiem wybrał problematykę badań wymagającą od badacza z jednej strony umiejętności sporządzania metodologicznie poprawnego(naukowego) opracowania modelu badawczego, z drugiej strony wymagającego prowadzenia badania w oparciu o grupę kliniczną, do której dostępność jest utrudniona, a prowadzenie badań żmudne i trudne ze względu na specyfikę związanych z przebiegiem choroby ograniczeń w wydolności psychofizycznej chorych w różnych fazach rozwoju i leczenia choroby nowotworowej.

W mojej ocenie, przedstawiona w niniejszej rozprawie doktorskiej teoretyczna wiedza oraz opracowanie modelu badawczego, zbieranie danych badawczych oraz prowadzenie badania w warunkach klinicznych(szpitale) wymagało od Autora dysertacji znajomości zasad praktyki opartej na dowodach. Integracja dostępnych najnowszych (polskich i światowych)wyników badań naukowych (przedstawionych obszernie w części teoretycznej, jak i w dyskusji) oraz kompetencje kliniczne Doktoranta pozwoliły uzyskać bogaty i wiarygodny(kliniczny i psychometryczny) materiał badawczy na temat religijności i jej roli w warunkowaniu jakości życia chorych na nowotwory oraz funkcji lęku przed śmiercią jako mediatora między religijnością a jakością życia chorych cierpiących na nowotwór.

Zanim przedstawię szczegółową ocenę recenzowanej pracy doktorskiej, odwołując się do podanych już we wstępie refleksji chciałam nadmienić, że niniejszą rozprawę doktorską oceniam bardzo pozytywnie i wysoko, uznając jej liczne walory, szczególnie w zakresie: ważności tematyki i zaplanowania modelu badawczego, doboru grupy badawczej (klinicznej), procedury badawczej oraz wykonanej : statystycznej i klinicznej analizy wyników badania wraz z wnioskami końcowymi.

Poniżej odniosę się do podstawowych kryteriów recenzji pracy naukowej, czyli: 1/oryginalności rozwiązania problemu badawczego, 2/wykazywania przez Doktoranta ogólnej wiedzy teoretycznej w dyscyplinie psychologii klinicznej 3/ umiejętności samodzielnego prowadzenia pracy naukowej przez Doktoranta.

Ustosunkuję się zatem do poszczególnych części pracy, a z obowiązku recenzenta nakreślę w poszczególnych punktach swoje uwagi krytyczne.

Ad.1. Oryginalność rozwiązania problemu badawczego - oceniam bardzo wysoko. Temat badawczy łączy problematykę z obszaru psychologii religii i zarazem psychologii klinicznej (psychoonkologii). Na gruncie polskich badań psychologicznych jest on nadal mało poznany empirycznie i ciągle wymaga eksploracji ze względu na jego duże znaczenie dla rozwijania psychologicznych i egzystencjalnych czynników ochronnych w przebiegu chorowania i leczenia osób cierpiących na nowotwory. Badanie tak szerokiego spektrum zależności między różnymi aspektami doświadczanej religijności a lękiem przed śmiercią oraz znaczenie tychże powiązań dla jakości życia chorych onkologicznych, należy do rzadko empirycznie weryfikowanych na dużej populacji chorych. Badania Doktoranta poza aspektem naukowym posiadają duże znaczenia aplikacyjne dla poszukiwania czynników chroniących jakość życia osób cierpiących na nowotwór. Warto zaznaczyć, że podjęty temat badawczy wymagał specyficznego doboru grupy badawczej i nakładał na Doktoranta jako badacza i psychologa obowiązek dostosowanej do aktualnej sytuacji choroby i jej leczenia, współpracy z osobami badanymi, nawiązania współpracy z personelem medycznym, po to aby prowadzenie badań odbyło się zgodnie z etycznymi i naukowymi standardami. Gromadzenie grupy badawczej spośród osób chorych ujawniających nieprzewidywalne w czasie pojawienie się zaostrzeń choroby i wzrostu jej objawów, nie jest zadaniem łatwym i wymaga posiadania wielu klinicznych kompetencji aby nawiązać pozytywną (dającą możliwość przeprowadzenia badania) relację :badacz-badany (psycholog –pacjent). Doktorant podjął się powyższego zadania, wykazał się kompetencjami klinicznymi i zdolnością do nawiązania pozytywnej relacji z badanymi chorymi. Efektem tego są wyniki badania, które opracował i przedstawił w niniejszej dysertacji.

Ad.2. Wykazywana ogólna wiedza teoretyczna Doktoranta w dyscyplinie psychologii religii i psychologii klinicznej

Doktorant w mojej ocenie wykazał się wnikliwą i obszerną znajomością wiedzy teoretycznej w zakresie psychologii religii i psychologii klinicznej (szczególnie z obszaru psychoonkologii), co pozwoliło mu skonstruować poprawny metodologicznie i ciekawy model badawczy. Istotnym jest, jak już wskazywano powyżej, że Doktorant zastosował się do standardów i wymagań etycznych związanych z procedurą badań prowadzonych z udziałem ludzi (szczególnie chorych i cierpiących). 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 oraz aneksem. Część teoretyczna została przedstawiona w sposób wnikliwy i kompletny jeśli chodzi o zakres prezentowanych treści-niezbędnych do przeprowadzenia i opisu części empirycznej (cz.II i Cz III).

Jak już wspomniano przedstawiana praca doktorska, posiada i obejmuje: streszczenie, wstęp, 5 rozdziałów w części teoretycznej, 3 rozdziały opisujące problematykę badania własnego (cel problem badawczy, pytania i hipotezy, charakterystykę grupy badanych, opis i zasadność użytych metod badania) oraz 2 rozdziały opisujące wyniki badania wraz z dyskusją, ograniczeniami badawczymi, podsumowaniem, bibliografią, spisami tabel, rysunków i aneksami. Praca posiada poprawnie sformułowane i dostosowane do tematu i treści pracy streszczenie w języku polskim i angielskim. Praca kończy się spisem cytowanej bogatej (polsko i obcojęzycznej) literatury, liczącej 247 pozycji z czego 166 to pozycje anglojęzyczne.

W mojej ocenie tytuł pracy – odpowiada treściom w niej zawartych oraz daje potencjalnemu czytelnikowi wskazówkę – jakiego obszaru eksploracji naukowej dotyczy dysertacja. Praca doktorska napisana jest rzeczowym, klarownym z zachowaniem poprawności stylistyki i gramatyki językiem polskim. Doktorant wykazał się w pisaniu poprawnością formalno-językową, stylistyczną i interpunkcyjną (choć nie ustrzegł się drobnych błędów literowych (np. str. 31,39,94,98,197,201,212,214)). Doktorant prawidłowo dobrał i zastosował testy statystyczne (adekwatne do procedury badawczej i kierunków poczynionych analiz). Na ich podstawie zweryfikował pytania i hipotezy badawcze. Obszerne dane badawcze zostały pogrupowane i zaprezentowane zgodnie z logiką i kolejnością odpowiedzi na pytania i weryfikowane hipotezy badawcze: począwszy od prezentacji wyników statystyk opisowych w zakresie opisu grupy badanych po zróżnicowane analizy zależności korelacyjnej między zmiennymi oraz analizy regresji i mediacji. W dalszej kolejności przedstawiono dyskusję wyników, badań a następnie podsumowanie, ograniczenia wynikające z badań, wnioski z badań, spis pozycji bibliografii, spis tabel i rysunków oraz aneks z zastosowanymi testami psychologicznymi (kwestionariuszami).

Część teoretyczna rozprawy doktorskiej zawiera 5 rozdziałów opisujących kolejno w sposób poprawny stylistycznie z użyciem komunikatywnego języka, przekazując w sposób logiczny i uporządkowany, merytoryczne treści przybliżające czytelnikowi aspekty kliniczne (psychopatologia objawów zaburzeń) i zarazem egzystencjalne (problematyka jakości życia, lęku przed śmiercią, religijność w aspekcie

centralności i zmagania religijnych) aspekty funkcjonowania człowieka chorego na nowotwór. W części I (rozdział 0d 1 do 5) Doktorant przedstawił podstawy wiedzy teoretycznej wyjaśniającej koncepcje religijności, lęku przed śmiercią oraz ich wzajemnej relacji, jak i wprowadził w podstawy wiedzy teoretycznej wyjaśniającej medyczne i psychospołeczne aspekty choroby nowotworowej. Cytowane w części teoretycznej dysertacji wyniki badań dotyczące weryfikowanych w modelu badań zmiennych psychologicznych i egzystencjalnych oraz relacji między nimi, opisują szeroką (także tej najnowszej) literaturę przedmiotu, świadcząc o kompetencji i znajomości opracowywanego przez Doktoranta tematu rozprawy doktorskiej. Przedstawiane teoretyczne treści Doktorant prezentuje w sposób przemyślany i logiczny.

Reasumując, przedstawiana w części teoretycznej wiedza w pełni umożliwia postawienie pytań i hipotez badawczych oraz ustalenie prawidłowego względu na temat pracy i założeń badawczych, opracowania modelu badawczego. Zakres podanych w części teoretycznej treści także umożliwił opracowanie kierunków statystycznych analiz otrzymanych wyników badania oraz przeprowadzenie na ich podstawie statystycznego oraz klinicznego wnioskowania. Rozważania Doktoranta na podany w tytule dysertacji temat cechuje merytoryczność, wnikliwość oraz szczegółowość. Wywód teoretyczny jest poprowadzony w sposób logiczny i uporządkowany, a język klarowny i poprawny stylistycznie.

W części II (rozdział od 6 do 8) Doktorant scharakteryzował problematykę badań własnych (model badawczy, pytania i hipotezy oraz metody pomiaru zmiennych, charakterystykę grupy badanych. Reasumując ,części II i III - zawierają wszystkie konieczne elementy do opisu metodologii podjętych badań : problematykę badań, pytania badawcze, opis zastosowanych narzędzi badawczych, strategię przeprowadzonych badań, opis zastosowanych metod statystycznych oraz opis badanej próby. Badania zostały wykonane w modelu korelacyjnym (prostych i złożonych pomiarów z zastosowaniem analizy regresji i mediacji). Ta część jest napisana w sposób poprawny językowo, przejrzyste i starannie. Operacjonalizacja zmiennych, ujętych w planie badań , została przedstawiona w sposób klarowny i zgodny z założeniami prezentowanymi w części teoretycznej . Dobór próby do badań był celowy. Doktorant wykonał znaczącą i staranną pracę badawczą – prowadząc badania od IV 2017 do stycznia 2018 zbadał 141 osób chorych na różnorodne nowotwory i pozostających w sytuacji leczenia stacjonarnego.

Z tej liczby do dalszych analiz dopuścił wyniki 130 badanych (74 kobiety i 56 mężczyzn), leczących się w czterech centrach onkologii.

Analizując treści zawarte w części II pojawia się pytania, na które warto uzyskać pogłębione uzasadnienie w opisie grupy badanych: dlaczego wiek grupy badanych mieścił się od 20 do 85 roku życia? Na ile tak duży przedział wieku życia mógł mieć znaczenie w przebiegu badania i ocenie zmiennej jakości życia w przebiegu choroby nowotworowej? Warto się zastanowić w przyszłych badaniach czy podział na kategorie wiekowe i płeć może mieć znaczenie dla wyników pomiaru poczucia religijności i lęku przed śmiercią jako mediatorów jakości życia u kobiet i mężczyzn w wieku młodym, średnim i starszym?

Warto również zwrócić uwagę na zastosowane metody pomiaru zmiennych - są to kwestionariusze dobrane zgodnie z modelem badawczym, celami, pytaniami i hipotezami. Doktorant uwzględnił ograniczoną wydolność psychofizyczną badanych i wskazał w związku z tym na potrzebę ograniczenia ilości czasu potrzebnego do wypełnienia zastosowanych kwestionariuszy. Słusznie, że Doktorant o tym pomyślał i zadbał o etyczny aspekt badania. Niemniej jednak warto się zastanowić czy nie warto by było uwzględnić pogłębionego wywiadu klinicznego do pomiaru zmiennych klinicznych (jakość życia, lęk przed śmiercią), eksperymentu klinicznego jako metod uznanych również w badaniach naukowych i jednocześnie stanowiących element pracy terapeutycznej. W grupie klinicznej osób chorych, wywiad może stanowić ważny element procesu badawczego, gdzie pacjent otrzymuje bezpośredni kontakt, wsparcie psychologiczne oraz możliwość kontroli deklaracyjności odpowiedzi pacjenta poprzez możliwość bezpośredniej obserwacji jego zachowań.

W części III znalazły się rozdziały 9 i 10, w których Doktorant przedstawił wyniki komentujące je i uzasadniając analizą kliniczną i statystyczną, podając wyniki testowania hipotez i wnioski. Na zakończenie Doktorant zamieszcza dyskusję wyników badania własnego z relacji do wyników badań innych Autorów a następnie zakończył podsumowaniem, bibliografią, spisem tabel, rysunków i aneksem.

Część III, w której Doktorant referuje wyniki badań - przedstawiona została w sposób staranny i klarowny dla czytelnika. Zastosowane testy statystyczne są poprawne (dostosowane do założeń badawczych: pytań i celów). Ta część pracy doktorskiej obejmuje prezentację analiz statystycznych szczególnie korelacyjnych oraz analiz modeli regresji i analizy mediacji. Przeprowadzona przez Doktoranta

kompleksowa analiza statystyczna pozwoliła w rezultacie zaprezentować uzyskane ciekawe wyniki badania. Mogą być przydatne w procesie udzielania pomocy psychologicznej jako elementu leczenia chorych onkologicznie osób.

Z racji potrzeby dogłębnej analizy struktury tekstu dysertacji warto tutaj poczynić uwagę i zapytać Doktoranta o zasadność podziału struktury pracy i jej spisu treści na trzy części zamiast pozostania na wyodrębnieniu i nazwaniu wprost poszczególnych rozdziałów.

Niemniej jednak należy podkreślić, że zawarte w części empirycznej (wyniki badania) wszystkie statystyczne analizy świadczą o dużej świadomości statystycznej Doktoranta. Analiza zebranych danych przebiegała w kolejnych etapach.

W mojej ocenie już I etap dotyczył już scharakteryzowania wskaźników socjodemograficznych. Ta część opisywała pierwsze dane empiryczne dotyczące grupy badanych. Moim zdaniem ww wyniki badania średnie i odch. std. należą do wyników badań (nie do cz. II opisu grupy: tutaj zostawiłabym tylko ogólny opis grupy). W mojej ocenie II etap dotyczył pomiaru siły korelacji między zmiennymi: religijnością (centralnością religijności, wsparciem i zmaganiem religijnymi), lękiem przed śmiercią a jakością życia badanych (tab.9.1-9.3). W opisie tabel dodałabym konkretną nazwę współczynnika korelacji, z którego korzystał Doktorant przy obliczeniach statystycznych. W naukowych publikacjach jest to wymagane.

III etap dotyczył przeprowadzonych wielokrotnych analiz regresji liniowej a następnie analiz regresji hierarchicznej - ustalono zakres siły warunkowania tj. predykcji jakości życia badanych (wymiar fizyczny, psychologiczny, egzystencjalny, społeczny) przez religijność i lęk przed śmiercią. Poszukiwano zbioru predyktorów jakości życia w badanej populacji chorych (tab.9.4-9.15, rysunki 9.1-9.7). Tutaj tabele, a także rysunki prezentujące wyniki badania zostały przedstawione w sposób poprawny i klarowny, zawierające wszystkie niezbędne wskaźniki istotności statystycznej wyników badań.

W celu pełnego zweryfikowania I hipotezy badawczej, która zakładała, że lęk przed śmiercią jest mediatorem w związku centralności religii z poczuciem jakości życia badanych (tj. ww centralność zwiększa poczucie jakości życia chorych na nowotwór przez to, że obniża lęk przed śmiercią) - podjęto próbę przeprowadzenia analizy mediacji. IV etap analiz ukierunkowany został na pomiar i analizę mediacji, gdzie testowano przyjęty model zależności centralności religii, zmagania religijnych i duchowych, lęku przed śmiercią i jakości życia w badanej grupie chorych. Jako zmienną niezależną do modelu

mediacji wprowadzono centralność religii oraz jej pięć wymiarów, jako mediatora – lęk przed śmiercią, jako zmienną zależną - jakość życia.

Na str.130 Doktorant pisze, że przeprowadzona analiza mediacji potwierdziła, że im bardziej religijność zajmuje centralne miejsce w strukturach poznawczych osoby chorej na nowotwór, tym bardziej poprawia poczucie jakości życia badanych. Czy to oznacza, że im wyższy poziom(wynik) centralności ? Nieco powyżej na str.130 (4 wers od góry)Doktorant pisze cyt. „przeprowadzona analiza potwierdziła istotność mediacji związku centralności religijności z jakością życia przez lęk przed śmiercią tylko w przypadku niskiego poziomu centralności (tab.9.16)”. Dalej pisze Doktorant cyt. ”U osób o wysokiej centralności religijności efekt zmniejszania się lęku przed śmiercią ,a w rezultacie podwyższający poczucie jakości życia tych osób był nieistotny” i dalej po kropce cyt.” W prezentowanej analizie istotny był efekt bezpośredni centralności na jakość życia”. Niejasnym dla czytelnika może być odniesienie się do ww sformułowań i ich odczytanie –jaki jest wynik analizy mediacji tego obszaru badawczego? Warto moim zdaniem doprecyzować (dojaśnić) czytelnikowi ten fragment opisu wyników statystycznych analiz.

W celu zweryfikowania II hipotezy badawczej przeprowadzono analizę mediacji moderowanej. Hipoteza ta zakładała, że mediacyjny efekt centralności religii na jakość życia badanych chorych na nowotwór przez lęk przed śmiercią jest moderowany przez zmagania religijne(Lęk i winę, negatywne emocje względem Boga, negatywne interakcje społeczne związane z Bogiem). Dotychczas przeprowadzone analizy potwierdziły, że lęk przed śmiercią pośredniczy w związku centralności religii z jakością życia badań tylko u osób badanych (chorych na nowotwór)o niskim nasileniu centralności religijności. Nie potwierdzono moderującej funkcji zmagania religijnych w tym procesie. Na tym etapie statystycznych analiz nie zbadano jeszcze jaka jest rola problemów religijnych w kontekście religijnych uwarunkowań jakości życia badanych. Z tego powodu Doktorant zrekonstruował model badań własnych i ponownie zweryfikował go empirycznie. W nowym modelu badań przyjęto, że centralność religijności warunkuje jakość życia badanych, chorych na nowotwór pośrednio poprzez lęk przed śmiercią. To założenie nawiązuje do hipotezy 1,opartej na podstawowej tezie teorii zarządzania trwogą(opisanej w części teoretycznej niniejszej dystertacji). W przyjętym do dalszych analiz modelu założono również, że efekt centralności religijności na lęk przed śmiercią ma także charakter pośredni - zachodzi przez czerpane z wiary wsparcie(pocieszenie) i zmagania

religijne(rys.9.10str 133). Jak pisze Doktorant ze względu na niemożliwość całościowego przetestowania modelu badania (niemożliwość zastosowania Mactro PROCESS Hayesa, analizy równań strukturalnych –brak możliwości analizy powiązań krzywoliniowych) – testowano model w dwóch kolejnych etapach. Testowano mediację związku 5 wymiarów centralności religijności (zainteresowanie problematyką religijną, przekonania i doświadczenia religijne, modlitwa, kult) z jakością życia badanych chorych na nowotwór(wymiar fizyczny, psychologiczny, egzystencjalny, społeczny). Przyjęty dalszy kierunek statystycznych analiz pozwolił ustalić, które z wymiarów centralności religijności(i w jaki sposób) wyjaśniają wymiary jakości życia przez lęk przed śmiercią u badanych chorych(rys.9.11). Na zakończenie testowano trzy zależności:

- w jaki sposób centralność religijności warunkuje lęk przed śmiercią przez uwzględnienie(jako mediatora) pocieszenia religijnego i zmagania religijnych(rys.9.12),

- w jaki sposób pocieszenie religijne (z uwzględnieniem lęku przed śmiercią jako potencjalnego mediatora) warunkuje jakość życia badanych chorych na nowotwór(rys.9.13),

- w jaki sposób zmagania religijne(trudności związane z wiarą jako mediator) mogą nasilać lęk przed śmiercią a przez to warunkować jakość życia badanych(rys.9.14).

Wyniki wieloaspektowych statystycznych analiz mediacji przedstawiono w tabelach i rysunkach w podrozdziale 9.5.1. Analizując zawarte w nim treści pojawiło mi się pytanie. Doktorant opisując wyniki analizy regresji liniowej i kwadratowej w tabelach i rysunkach całego podrozdziału 9.5.4.1. np.rys.9.40 i tab.9.80(str.180 12 wers od dołu) pisze: cyt.” uzyskane wyniki sugerują, że początkowo, przy niskich i średnich poziomach zmagania religijnych wzrasta lęk przed śmiercią ,co z kolei obniża jakość życia „.Moim zdaniem byłoby zasadnym wyjaśnić szczegółowiej czytelnikowi ,co oznacza taki wynik w interpretacji psychologicznej- klinicznej? Co z wysokim poziomem zmagania religijnych i lękiem przed śmiercią oraz jakością życia badanych ,w kontekście wcześniej podanego wyniku? Dalej Doktorant pisze na str.182, że cyt. „do pewnego momentu, wraz ze wzrostem napięć religijnych wzrasta lęk przed śmiercią ,co w konsekwencji obniża jakość życia w wymiarze psychologicznym u osób chorych na nowotwory”. Pojawiło mi się pytanie kolejne :co Doktorant miał na myśli używając pojęcia „do pewnego momentu”? Na kolejnych stronach 183,opisując egzystencjalny wymiar jakości życia Doktorant używa

podobnego sformułowania „do pewnego momentu”, nie tłumacząc go klarowniej co to znaczy? Podobnie jest w podrozdziale 9.5.4. 3 na str.188,190,191,192.

Ciekawym wynikiem sygnalizowanym już w trakcie opisu statystycznych analiz jest to, że wykazano znaczenie mediacyjne poczucia winy we wzmacnianiu lęku przed śmiercią i nasilaniu dolegliwości somatycznych u badanych ,chorych na nowotwór. Może tutaj byłoby ciekawym skomentować tenże wynik szerzej ze względu na jego znaczenie dla leczenia badanej grupy chorych?

Na str.193 Doktorant w tab.9.106 i pod tabelą ww pisze ,cyt. "Tylko środkowy przedział wyników negatywnych interakcji społecznych warunkuje wyższe nasilenie lęku przed śmiercią a to z kolei nasila dolegliwości fizyczne u badanych chorych na nowotwór". Na kolejnych stronach :193 -194 Doktorant komentuje ponownie ,że „środkowy przedział wyników negatywnych interakcji społecznych” warunkuje wyższe nasilenie lęku przed śmiercią ,co z kolei nasila napięcia związane z celem i sensem życia chorych na nowotwór. Warto wyjaśnić potencjalnemu czytelnikowi co z pozostałymi wynikami (przedział wyników wysokich, niskich)?

Wnikliwa analiza statystyczna zgromadzonych danych empirycznych prowadzi do wartościowych wniosków i ciekawej dyskusji na temat predykcyjnej roli religijności i moderującej roli lęku przed śmiercią na jakość życia chorych onkologicznie. Cała część teoretyczna wskazuje na posiadaną rozległą wiedzę Doktoranta zarówno psychologiczną jak i medyczną ,co zasługuje na uznanie i wyróżnienie. Niewątpliwie trzeba podkreślić również ~~na~~ dużą świadomość metodologiczną Doktoranta i jego bardzo wnikliwy sposób przedstawienia trudnej metodologicznie procedury badawczej i analizy wyników z zastosowaniem tak szerokiej gamy prawidłowo dobranych statystycznych procedur.

Tabele prezentujące wyniki przeprowadzonych statystycznych analiz zostały skonstruowane poprawnie ,zgodnie z wymaganiami naukowej prezentacji danych badawczych. Niemniej jednak warto zwrócić uwagę, że przed ewentualną publikacją zaistniałe pewne usterki literowe wymagałyby korekty –dotyczą one także wybranych tabel i rycin np. str 134 jest w tekście rys.12 a ma być (zgodnie z przyjętą przez Doktoranta zasadą)9.12, na str.136 jest w tekście powyżej rys.14 a ma być 9.14,na str.193 jest w tekście tab.106 a ma być 9.106. Niemniej jednak wspomniane powyżej uwagi nie stanowią w żadnym wypadku istotnego błędu, obniżającego wartość bardzo cennej w mojej ocenie naukowej dysertacji jaką przedstawił Doktorant do mojej recenzji.

Ze względu na ewentualną publikację pracy i stawiane wymagania bibliometryczne warto ujednoczyć zapis tabel i rycin w całej dysertacji.

W dyskusji wyników Doktorant bardzo wnikliwie i szeroko odniósł się do wielu wyników innych badań (polskich i światowych) starając się pokazać na ich tle rezultaty badań własnych oraz wykazał się (jak już pisano wcześniej) znajomością bardzo szerokiego zakresu literatury. Bibliografia liczy kilkaset pozycji (w tym liczne pozycje w głównie angielskim). Jak wskazuje bibliografia Doktorant zawarł w niej pozycje literatury przedmiotu badań własnych podjętych w dysertacji, obejmujące spektrum lat : od 1971 (pojedyncze historyczne już źródła wiedzy) ,poprzez lata 80 i 90 XX wieku, aż po literaturę najnowszą po roku 2000 ,skupiając się na tej najnowszej w latach 2013-2018.

Doktorant zawarł w swojej dysertacji również krytyczną analizę prowadzonych badań własnych, co sugeruje, że jest świadomy ograniczeń prowadzonych badań własnych oraz wskazał tym samym, że nie obca jest mu pokora badacza wobec możliwości popełnienia błędów. Cenne mogą być uwagi odnoszące się do praktycznych implikacji z badań ,które świadczą o rozumieniu przez Doktorantka badanych pacjentów onkologicznych.

Doktorant czyni wiele ciekawych, cennych i wnikliwych konkluzji i wniosków z poczynionych badań. Te najważniejsze wskazują, że istnieją krzywoliniowe i zróżnicowane zależności między wieloma analizowanymi zmiennymi modelu badań własnych. W badaniach potwierdzono, że centralność religii (szczególnie zainteresowania religijne i kult) wzmacnia jakość życia badanych ,chorych na nowotwór albowiem obniża ich lęk przed śmiercią. Wysoka centralność religii ułatwia rozwiązywanie konfliktów religijnych, a w konsekwencji obniża lęk przed śmiercią i wzmacnia poczucie jakości życia u chorych na nowotwór. W sytuacji choroby nowotworowej negatywna funkcja zmagania religijnych jest silniejsza niż pozytywna funkcja pocieszenia religijnego, a wsparcie religijne i centralność religii nie są w sytuacji stresu tak silnymi zasobami jak zmagania religijne. Tutaj warto zaznaczyć, że zmagania religijne osłabiają dobrostan.

Ad. 3. Umiejętności samodzielnego prowadzenia pracy naukowej kandydata

W mojej ocenie Doktorant prowadząc badania zaprezentowane w recenzowanej dysertacji wykazał się samodzielną pracą naukową. Praca spełnia standardy naukowego projektu badawczego. Doktorant przeprowadził statystyczne analizy w sposób poprawny (dostosowany do założeń badawczych i naukowych standardów). Przyjęcie planu prezentacji danych, wyznaczone przez Doktoranta pytania badawcze i odpowiadające im

hipotezy badawcze , pozwoliło na stopniowe zapoznawanie się z wynikami statystycznych analiz i ich klinicznymi interpretacjami. Ta konsekwencja została także zachowana w części dyskusji, co w efekcie pozwoliło Doktorantowi na udzielenie odpowiedzi na pytania badawcze i weryfikację hipotez badawczych w kontekście odnoszenia się do bardzo bogatej i wieloaspektowej literatury.

Reasumując:

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

Konkluzja końcowa recenzji

Przedstawione przeze mnie uwagi krytyczne nie umniejszają w żaden sposób wartości merytorycznej pracy. W podsumowaniu pragnę stwierdzić, że przedstawiona mi do recenzji praca: jej teoretyczne założenia oraz badania mają charakter oryginalny, a podjęty problem badawczy ma znaczącą i bardzo wysoką wartość poznawczą i aplikacyjną. W moim przekonaniu przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska w pełni spełnia wymagania stawiane rozprawom doktorskim zgodnie z Ustawą o Tytułach i Stopniach Naukowych z 2003 roku i dlatego wnoszę do Wysokiej Rady Wydziału Nauk Społecznych Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego o dopuszczenie ks. mgr Radosława Rymarskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Grzegorz Bemcel