

Prof. Jan Tylka

UKSW, Warszawa

Recenzja

rozprawy doktorskiej mgr Anny Wróbel zatytułowanej „Zasoby osobiste a psychologiczne skutki transplantacji nerki”, napisanej pod kierunkiem Prof. Stanisławy Steuden i dr Doroty Mącik na Wydziale Nauk Społecznych w Instytucie Psychologii KUL.

W przedłożonej mi do recenzji rozprawie doktorskiej, Pani mgr Anna Wróbel podejmuje ważne zagadnienie jakim jest poszukiwanie związków między zasobami osobistymi a psychologicznymi następstwami transplantacji nerki.

Temat pracy ma pełne uzasadnienie poznawcze (uzupełnia lukę w polskim piśmiennictwie psychologicznym odnośnie osobistych doświadczeń związanych z przeszczepem nerki) i aplikacyjne (ukazuje nowe możliwości konstruowania strategii pomocowych dla tej grupy chorych i ich rodzin).

Praca ma charakter teoretyczno- empiryczny. Na jej strukturę składają się:

- w części teoretycznej - trzy rozdziały poprzedzone wstępem
- w części empirycznej - dziewięć rozdziałów plus zakończenie.

Rozprawę zamykają aneksy w liczbie 14-tu, uszczegóławiające metodologiczne aspekty rozprawy. W tekście obejmującym 240 stron znajdujemy 60 tabel ułatwiających lekturę teoretycznych i empirycznych treści rozprawy, oraz 8 rysunków stanowiących pozytywne uzupełnienie opisywanych zjawisk. Pozycje bibliograficzne w liczbie 450 (szkoda, że nie ponumerowane), w tym 259 w językach obcych, dopełniają całości opracowania naukowego.

Podstawy teoretyczne projektu badań własnych Doktorantka przedstawia w trzech pierwszych rozdziałach pracy (4-ty uczyniła syntezą założeń teoretycznych).

Rozdział 1-szy- kliniczne aspekty transplantacji nerek -Autorka niezwykle szczegółowo (jak na pracę psychologiczną) opisuje choroby nefrologiczne prowadzące do niewydolności nerek, przedstawia epidemiologię zjawiska oraz pozytywną rolę zabiegów transplantologii dla jakości życia. Wskazuje ważne problemy jakie związane są z kwalifikowaniem pacjentów do zabiegu, a także ukazuje swoistą dramaturgię osoby oczekującej na zakwalifikowanie do zabiegu.

Mimo, iż przez ponad 40 lat uczestniczyłem w programach terapii i rehabilitacji chorych kardiologicznych, nigdy jako psycholog nie spotkałem się z taką szczegółową

prezentacją zagadnień stricte medycznych celem uzasadnienia celowości działań psychologicznych. Myślę, że aż 30 stron tekstu, to drobna przesada a bardziej syntetyczna prezentacja aspektów klinicznych nie uszczupliłaby walorów rozprawy.

Rozdział ten kończą rozważania Autorki na temat prawno-etycznych aspektów transplantacji. Psychologiczna perspektywa problematyki transplantacji została wzbogacona przez Doktorantkę wskazaniem na znaczenie etycznych aspektów takiego działania.

Słusznie postawione zostało pytanie o to, „czy wszystko, co stało się możliwe dzięki wiedzy i technologii medycznej wolno zrobić lekarzowi?” Czy dar złożony z części własnego ciała przez dawcę dla biorcy, stawia obdarowanego w sytuacji szczególnej, która wcale psychologicznie łatwą nie jest?

Autorka cytując Tokarczyka (2012) pisze: „biorca może odczuwać upokorzenie, że nigdy nie będzie w stanie całkowicie spłacić swojego wielkiego długu wdzięczności wobec dawcy za jego bezcenny dar”.

Czy pragnienie życia za wszelką cenę (mimo, iż śmierć jest nieunikniona) usprawiedliwia każdą formę działania medycznego i domaganie się takiej interwencji?

Stawianie takich pytań i poszukiwanie odpowiedzi to nie tylko powinność etyki ale psychologii, dla której przecież przedmiotem dociekań są ludzkie przeżycia i doświadczenia stanowiące istotę i sens życia.

Klarowny wywód, jakiego dokonuje Doktorantka odnosi się do ważnego problemu przystosowania osoby do przewlekłej choroby. Powołując się na różnych autorów (Taylor, Brickmana i Campbella, Zawadzką i innych) podkreśla znaczenie dobrego przystosowania dla procesu zdrowienia i wskazuje na jego procesualny charakter.

Oczekiwanie na narząd, procedura transplantacji, radzenie sobie z jej następstwami (życie po zabiegu) to istotne etapy procesu adaptacyjnego.

Doktorantka mocno akcentuje znaczenie niepewności w procesie zmagania się osoby chorej z jej problemami zdrowotnymi.

Wskazuje (cytując Hummela, 2013), że niepewność pojawia się, gdy informacje są niedostępne lub niespójne, a osoba odczuwa niepewność swojej wiedzy i stanu wiedzy w ogóle, a taki stan rzeczy utrudnia radzenie sobie i dostosowywanie się do przewlekłej choroby.

To niezwykle ważny problem!

Moje osobiste doświadczenie kliniczne w pełni jest zgodne z podkreśleniami Autorki pracy. „Leczmy sobą”- a to oznacza, że leczący ujawnia pełnię empatii, otwartość w przyjmowaniu i dawaniu zarówno w sferze przekazu słownego (wyjaśnianie, tłumaczenie) jak

i emocjonalnego. Jeśli tak się nie dzieje (a wiemy, że bardzo często się nie dzieje), proces terapii staje się mało skuteczny dla dobrego przystosowania i jakości życia pacjenta.

Doktorantka wskazuje też na doświadczanie przez pacjentów psychologicznego dystresu oraz klinicznie znaczącej depresji i lęku, z podkreśleniem, że przejawy lęku przybierają różną postać w zależności od rodzaju choroby zaś depresja jest „bardziej znacząca od zaburzeń lękowych u pacjentów oczekujących na przeszczep serca, wątroby i nerek”.

Chciałbym w tym miejscu wskazać na pewną sekwencję zjawisk jakie są przedmiotem doświadczeń osób chorych w ich sferze emocjonalnej. Otóż lęk zawsze poprzedza pojawienie się depresji, zatem można (a nawet należy) uznać go za swoisty „język spustowy (trigger) problemów emocjonalnych chorego.

Potransplantacyjne doświadczenia osoby to kolejny fragment opisu w teoretycznej części rozprawy. Doktorantka sygnalizuje w nim znaczenie obrazu własnego ciała i procesu „internalizacji” nowego organu dla psychosomatycznej równowagi osoby. Wskazuje też na zmiany jakie zachodzą w utożsamianiu się biorcy z dawcą (stopniowe przenoszenie dawcy do świata zewnętrznego).

Podrozdział „Długoterminowe przystosowanie” wieńczy rozważania Autorki na temat adaptacji w chorobie. Istotnym problemem na tym etapie „ jest zdolność pacjenta do podporządkowywania się wskazaniom (immunosupresyjnego protokołu) i ścisłej medycznej kontroli.

Okazuje się bowiem, że niedostateczne stosowanie się do zaleceń lekarskich dotyczy ok. 5-50% biorców nerek.

Najczęściej dotyczy to młodych wiekiem biorców, mężczyzn, osób o niższym wykształceniu, aktywnych zawodowo i będących w związku z inną osobą. Ważnym również (jak wynika z przytaczanych badań) jest dla przestrzegania bądź nie poczucie własnej skuteczności.

Niższe poczucie własnej skuteczności i niższy poziom wewnętrznej religijności związane było z gorszym przestrzeganiem zaleceń. To ważne z psychologicznego punktu widzenia mechanizmy warunkujące skuteczność compliance.

Interesujące analizy prowadzi Doktorantka w podrozdziale 2.3, który nosi tytuł „ Przeszczep nerki jako wydarzenie potencjalnie traumatyczne”. Kontrowersyjne poglądy na temat czy i w jakim stopniu choroba somatyczna a zwłaszcza sposób jej leczenia (np. interwencja chirurgiczna) mogą uruchamiać PTSD, Autorka omawia z dystansem wobec poglądów skrajnych. Opowiada się (za Lis-Turlejską, 2009) za raczej używaniem określenia

zdarzenie potencjalnie traumatyczne w odniesieniu do przeszczepu nerki, i takie założenia przyjmuje w swojej rozprawie.

Rozdział drugi rozprawy Autorka kończy rozważaniem nt. pozytywnych zmian w wyniku doświadczenia przeszczepu.

Przekaz literaturowy zawiera informacje wskazujące, że proces zmagania się z trudnymi wydarzeniami może prowadzić do pozytywnej transformacji. Osoby, które są zdolne do odszukania pozytywnego znaczenia poprzez nowy wgląd w życie i konstruktywne refleksje nad zachodzącymi zmianami mogą wychodzić z choroby z poczuciem sensu i duchowego wzrostu.

Autorka przedstawia model potraumatycznego wzrostu Tedeschi i Calhouna, wskazując, że czynnikiem inicjującym wzrost po traumie jest potraktowanie zdarzenia jako wyzwania, opanowania emocjonalnego dystresu oraz z taką narracją życiową, która dzieli życie jednostki na „przed” i „po” wydarzeniu. Nie dzieje się tak u każdego i nie jest to zjawisko niezbędne do pełnego powrotu do zdrowia, ale może prowadzić do bardziej sensownego życia.

Rozdział trzeci- dotyczy zasobów osobistych pacjentów po przeszczepie nerki. Autorka odwołuje się do znanych autorów m.in. Antonovsky, Hobfoll, Heszten i Sęk, podaje definicję zasobów i wskazuje na ich znaczenie w radzeniu sobie przez jednostkę z sytuacją trudną, stresową. Podkreśla wartość zasobów osobowych jak i społecznych dla skutecznego zmagania się z sytuacją choroby.

W opisie zasobów psychicznych opiera się głównie na pięcioczynnikowej teorii osobowości Costy i McCrea (2005), przytaczając niektóre z badań, których wyniki wskazują na znaczącą zależność reakcji psychicznych w chorobie od siły określonego wymiaru osobowości jednostki. Autorka wskazuje podsumowując prezentację licznych programów badawczych na związki między pięcioma wielkimi czynnikami osobowości a jakością życia i psychologicznymi następstwami przeszczepionych narządów. Włączenie poznawczej oceny własnej choroby do wątku dotyczącego zasobów jest elementem wzbogacającym i jednocześnie wiążącym osobowe zasoby (dyspozycje do) z oddziaływaniem czynników zewnętrznych. Celne jest spostrzeżenie Autorki, że sytuacja choroby uaktywnia nie jedną, ale kilka możliwych kategorii ocen, które mogą współwystępować ze sobą.

Podrozdział 3.2 zamykają rozważania nt. roli wsparcia społecznego jako zasobu. Są to treści ogólnie znane, a wsparcie stało się przedmiotem zainteresowania Doktorantki dlatego (jak to ujmuje na stronie 110), że brakuje w literaturze polskiej opracowań w temacie znaczenia wsparcia społecznego w adaptacji do choroby i funkcjonowaniu psychologicznym

biorców nerek i warto uzupełnić tę lukę. Intencję Autorki odczytuję jako przyczynek do naukowych poczyniań.

Nadzieja podstawowa i sens życia to dwa zagadnienia włączone przez Doktorantkę do podrozdziału zatytułowanego „Zasoby egzystencjalne”.

W świecie cierpienia i ciągłych zagrożeń nadzieja jawi się jako ważny zasób, bo jak głoszą egzystencjaliści, których przytacza Autorka prowadzi ona do: zwrócenia się ku wartościom wyższym, otwarcia na transcendencję i przekraczania własnych możliwości.

Zgodnie z tym, co przekazali na temat nadziei Fromm czy Erikson, nadzieja obok wiary jest jedną z najistotniejszych wartości życia, która to życie dynamizuje, a posiadanie nadziei jest podstawowym warunkiem bycia człowiekiem (Fromm, 2000). A jak mówi Erikson (2002) „nadzieja oznacza najbardziej podstawową jakość Ja, bez której życie nie może się zacząć, ani w sposób sensowny zakończyć”. Jego pojęcie nadziei podstawowej jako pierwszej i najbardziej podstawowej siły człowieka oraz podstawy rozwoju ego, zostało włączone przez Doktorantkę do głównych hipotez weryfikowanych na drodze empirii.

Podobnie stało się z zagadnieniem sensu życia jako istotnego wymiaru egzystencji człowieka, które to zagadnienie zostało szeroko i starannie przedstawione w rozprawie i włączone w program badawczy Doktorantki.

Teoretyczne podstawy badań zostały opracowane z wyraźną starannością, choć zbyt szeroko, jakby Doktorantce chodziło o uzyskanie przekonania u czytającego, że z zakątków piśmiennictwa „powyciągała” możliwie wszystko w danym temacie. Ogromna ilość zamieszczonych w bibliografii piśmiennictwa, zdaje się potwierdzać poczynioną przez mnie uwagę. Bardziej syntetyczne referowanie kolejnych zagadnień ułatwiłoby ich lekturę i pozwoliło na skrócenie objętości części teoretycznej.

Trzeba jednak podkreślić, że Doktorantka wykazała się znajomością literatury przedmiotu polskiej i obcojęzycznej (głównie anglojęzycznej), w stopniu wystarczającym do sformułowania problemu pracy i uzasadnienia jego ważności. W kontekście referowanych treści zabrakło mi jednak omówienia zagadnień ważnych dla tematu rozprawy, dotyczących własnej skuteczności w radzeniu sobie ze stresem choroby czy umiejscowienia kontroli zdrowia.

Ocena projektu badań własnych

Zamierzeniem Autorki było (jak sama o tym pisze) „uzupełnienie dotychczasowego stanu wiedzy na temat psychologicznego funkcjonowania pacjentów po przeszczepie nerki”. Takie ujęcie niczego w zasadzie nie precyzuje- typowy „temat- rzeka”.

Dopiero w dalszej części przedstawianych założeń (str. 127) czytamy: „w swoim projekcie odwołując się do holistycznego paradygmatu zdrowia autorka pragnie uwzględnić zasoby osobiste odpowiadające wymiarom zdrowia (psychiczny, społeczny, duchowy, biologiczny) i uzupełnić dotychczasowy stan wiedzy nt. psychologicznego funkcjonowania osób przewlekle chorych o takie zmienne podmiotowe jak osobowość, ocena poznawcza choroby, wsparcie społeczne, nadzieja podstawowa, sens życia”...a nieco dalej ...” w niniejszej pracy przyjmuję założenia, że transplantacja nerki może być sytuacją potencjalnie traumatyczną i w wyniku zmagania się z nią mogą pojawić się zmiany po traumie”.

W tym momencie pojawia się pytanie o to, co Doktorantka chce uzupełnić, skoro w modelu własnych badań zamieszczono w zasobach określone zmienne m.in. osobowość czy poznawcza ocena choroby. Czy Doktorantka z jednej strony uznaje te zmienne za zasoby, a z drugiej za zmienne charakteryzujące sposoby zachowań w i po chorobie?

Z przedstawionego modelu nic takiego nie wynika. I dalej – założenie, że transplantacja nerki może być sytuacją potencjalnie traumatyczną...traktuję jako pewien wyraz niezręczności, gdyż termin może zakładać potencjalność zdarzenia. Jeśli jednak przyjąć takie założenie, to moje uwagi podsumowujące część teoretyczną rozprawy, a dotyczące radzenia sobie ze stresem choroby nabierają szczególnego znaczenia.

Aby niezręczność niektórych sformułowań zażegnać, zwracam się do tekstu rozdziału piątego zatytułowanego „Problematyka badań własnych”, gdzie znajduje się wyraźnie sprecyzowany naukowy cel projektu. Jest nim wg Doktorantki ...”poszukiwanie zależności między zasobami osobistymi (struktura osobowości, ocena poznawcza własnej choroby, postrzegane wsparcie w chorobie, nadzieja podstawowa, sens życia), a wybranymi psychologicznymi następstwami przeszczepu (wzrost potraumatyczny, specyficzne reakcje na przeszczep, nastrój). W modelu, który ilustruje projekt, wyodrębnione zostały zmienne wyjaśniające (zasoby) i wyjaśniane (reakcje na chorobę- transplantację). Uwzględniono także właściwości socjodemograficzne oraz zasoby biologiczne (w tym m.in. aspekty kliniczne i percepcję stanu somatycznego).

Określone zostały również szczegółowe cele badawcze (właściwie cztery) i wyłonione w obrębie tych celów pytania i hipotezy badawcze.

Szczegółowe problemy będące przedmiotem badań empirycznych dotyczyły:

- a) identyfikacji związków między zasobami psychicznymi (osobowością, oceną choroby) a psychologicznymi następstwami przeszczepu
- b) określenia związków między relacyjnymi zasobami osobistymi a następstwami przeszczepu nerki (rola wsparcia społecznego)

- c) określania związków zachodzących między zasobami egzystencjalnymi (nadzieją podstawową, sensem życia) u następstwami przeszczepu nerki
- d) poszukiwanie związków między wybranymi zasobami biologicznymi (zmienne kliniczne, percepcja stanu zdrowia) a psychologicznymi następstwami transplantacji.

Odnosnie sposobu formułowania pytań dotyczących poszczególnych problemów (cele szczegółowe) mam pewne zastrzeżenie, aby stawiane pytanie „jakie istnieją powiązania” poprzedzić słowem „czy” . Logika dociekań badawczych zakłada najpierw odpowiedź na pytanie „czy istnieją”, a następnie „jaką przyjmują postać ewentualne powiązania zjawisk”.

Hipotezy (ogólne i szczegółowe) przypisane poszczególnym problemom, charakteryzują się poprawnością, zakładają kierunek zależności i możliwa jest ich weryfikacja wynikami badań.

Badaniami zasadniczymi objętych zostało 250 osób po przeszczepie nerki, ale do końcowej analizy dopuszczono wyniki 128 osób, co i tak należy uznać za liczbę imponującą.

Z uznaniem chciałbym odnieść się do niezwyklej pracowitości Doktorantki , o czym świadczy jej ogrom pracy włożony w zebranie tak obszernego materiału, gromadzonego zarówno w badaniach pilotażowych jak i tych, które uzasadniają założone cele badawcze.

Do pomiaru analizowanych zmiennych wykorzystano: Kwestionariusz do badania osobowości TIPI-P, autorstwa : Gosling, Rentfrow, Swann, służącą do pomiaru pięciu wymiarów osobowości z Wielkiej Piątki; Skalą Oceny Własnej Choroby (autorzy: Jankowski, Steuden, Kuryłowicz, Nieśpiąłkowska-Steuden); Kwestionariusz Nadziei Podstawowej (BHI-R, Trzebińskiego i Zięby); Skalą Wsparcia w Chorobie (Brachowicz, Jankowski, Sadowska); Kwestionariusz Osobistego Profilu Sensu (PMP- Wonga); Transplant Effects Questionnaire (TxEQ- Ziegelmann i wsp.); Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (PTGI- Tedeschi, Calhoun); Zmodyfikowaną Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (HADS- M) autorzy: de Walden-Gałaszko, Majkowicz, Chojnacka- Szawłowska); Arkusz oceny informacji socjodemograficznych i klinicznych (autorstwa Doktorantki). Metody zostały dobrane trafnie do celu badań i dobrze, szczegółowo opisane. Właściwości psychometryczne poszczególnych narzędzi uzasadniają ich włączenie do skonstruowanego projektu badawczego.

Badania zasadnicze jak i pilotażowe były prowadzone indywidualnie przez jednego psychologa (odczytuję, że przez Doktorantkę) w Poradni Transplantacyjnej przy SPSK nr 4 w Lublinie.

W tym miejscu nasuwa się refleksja dotycząca rzetelności podejścia i odpowiedzialności za przebieg badań i jakość wyników, która charakteryzuje osobę

Doktorantki i jest świadectwem szacunku dla badanych osób. Wyrażam swoje uznanie dla osoby Doktorantki i osób sprawujących wobec Niej naukową opiekę.

Ocena sposobu analizy wyników badań własnych

Sposób opracowania rezultatów badań własnych jest właściwy. Doktorantka wykorzystwała proste i bardziej złożone metody statystyczne (jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA lub jej nieparametryczny odpowiednik ANOVA rang Kruskala-Wallisa, a także modele równań strukturalnych SEM).

Tok dyskursu naukowego, a w nim prezentowane treści, analiza i interpretacja wyników badań oraz ich dyskusja z danymi z piśmiennictwa są klarowne i zasadne.

Przedmiotem szczegółowych poszukiwań badawczych Doktorantka uczyniła:

- związki między zasobami osobistymi reprezentowanymi przez: zasoby psychiczne (osobowość, ocena choroby), zasoby relacyjne (wsparcie społeczne), zasoby egzystencjalne (nadzieja podstawowa, sens życia)
- a psychicznymi skutkami transplantacji wyrażonymi: wzrostem potraumatycznym, specyficznymi reakcjami na przeszczep (pięć rodzajów reakcji), nastrojem.

Znaczna ilość analiz wyników, jakie zawarła Doktorantka w swej rozprawie przekracza możliwości uwzględniania ich w recenzji.

Niektóre z wyników warto jednak przytoczyć:

1. Taka zmienna osobowości jaką (w ujęciu Wielkiej Piątki) jest otwartość na doświadczenie pozostawała w związku ze wzrostem potraumatycznym. Ponadto wyższa sumienność współwystępowała z lepszym przestrzeganiem zaleceń medycznych. Ta informacja może (i powinna) być wykorzystana w prognozie prewencji wtórnej (zapobieganie nawrotom choroby i powikłaniom) u pacjentów leczonych z powodu niewydolności nerek.
2. Wyższy poziom wsparcia społecznego, wsparcie informacyjne łączy się z wyższym poziomem odpowiedzialności za przeszczep i rzetelnym przyjmowaniem leków immunosupresyjnych.
3. Wyższe poczucie sensu życia współwystępuje z większym wzrostem potraumatycznym. Holistyczne podejście w postępowaniu leczniczym znajduje tu swoje potwierdzenie.
4. Negatywne reakcje emocjonalne (obniżony nastrój, lęk) pozostawały w relacji do niskiej stabilności emocjonalnej, słabych relacji z innymi w tym stosunku do religii.

Dopełnieniem całości rozważań Doktorantki jest dojrzała dyskusja uzyskanych przez Nią rezultatów badań z danymi z literatury przedmiotu

Ogólna ocena pracy

Przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska stanowi ciekawe i nowatorskie na gruncie polskim opracowanie, ukazujące nowe i wartościowe poznawczo obszary dotyczące traumy chorobowej.

Autorka uzyskała szereg rezultatów wartościowych w wymiarze poznawczym i ważnych dla praktyki psychologicznej.

Podkreślić należy staranność w opracowaniu projektu badawczego; szeroko opisano podstawy teoretyczne badań; poprawnie sformułowano problem pracy, status zmiennych i sposób ich analizy.

Tok dyskursu naukowego jest klarowny, a dyskusję wyników badań charakteryzuje dojrzałość. Uzyskane rezultaty stanowią znaczący wkład do praktyki terapeutycznej.

W mojej ocenie rozprawa doktorska Pani mgr Anny Wróbel pt „Zasoby osobiste a psychologiczne skutki transplantacji” spełnia wymagania stawiane rozprawom na stopień doktora zgodnie z ustawą o stopniach i tytułach naukowych i dlatego wnoszę do Wysokiej Rady Wydziału Nauk Społecznych KUL im. Jana Pawła II o dopuszczenie doktorantki do dalszych etapów przewodu doktorskiego

Biorąc pod uwagę wysoką wartość naukową i aplikacyjną pracy a także jej wkład do polskiej psychologii klinicznej, wnoszę o jej wyróżnienie nagrodą Rektorską.

Warszawa, 7.11.2017

Jan Tylka
