

Prof. dr hab. Edyta Barnas

Rzeszów, 30.06.2024r.

Recenzja rozprawy doktorskiej
napisanej przez **mgr Lucynę Gazdowicz**
pt. **„Akceptacja choroby nowotworowej i satysfakcja z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi z uwzględnieniem czynników demograficznych, społecznych i medycznych”**

wykonanej pod kierunkiem naukowym : dr hab. n. med. i n. o zdr. Elżbiety Cipory oraz promotora pomocniczego: dr n. o zdr. Izabeli Gąski.

Podstawę formalną wykonania recenzji stanowi pismo Przewodniczącego Rady Naukowej Dyscypliny Nauk o Zdrowiu dr hab. n. med. Przemysława Bilińskiego (K.G.62767605).

Pomimo istniejących i łatwo dostępnych metod profilaktyki, rak piersi nadal globalnie stanowi poważny problem zdrowotny. W Polsce od kilkunastu lat statystyki jednoznacznie wskazują, że rak piersi jest pierwszym pod względem zachorowalności i drugim pod względem zgonów, wśród chorób nowotworowych u kobiet. Niestety trendy dotyczące prognoz zachorowalności na najbliższe lata nie są optymistyczne, pokazując na systematyczny wzrost zachorowań kobiet w każdym wieku. Przyczyn tego zjawiska jest wiele, choć zwykle jednostkowej sytuacji zachorowania trudno jest wskazać konkretną przyczynę. Złożoność czynników ryzyka modyfikowalnych (tj. dieta, aktywność fizyczna, prokreacyjna) oraz niemodyfikowalnych (m.in. obecność mutacji genów), które często ze sobą współlistnieją, wskazują na potrzebę potęgowania działań edukacyjnych odnośnie stylu życia i potrzeby regularnego kontrolowania swojego stanu zdrowia. Niestety w tym aspekcie Polki odbiegają od średniej europejskiej, o czym świadczy zgłaszalność na badania mammograficzne, która od lat jest poniżej założonych wskaźników populacyjnych. Wiadomym jest, że rokowanie przy diagnozie choroby zależy od stopnia zaawansowania klinicznego, a to z kolei jest ściśle powiązane z wczesnym wykryciem zmiany. I tu pojawia się mechanizm tzw. błędnego koła, bo bez udziału kobiet w badaniach profilaktycznych, znacząco spada możliwość wczesnego wykrycia zmiany w piersi.

Diagnoza choroby nowotworowej piersi jest ogromnym wyzwaniem emocjonalnym dla kobiety, wielu autorów porównuje skalę tego zjawiska z utratą kogoś bliskiego. Akceptacja choroby zależy w dużej mierze od cech indywidualnych (w tym poczucia własnej wartości, satysfakcji



z życia), dotychczasowego doświadczenia z chorobą nowotworową, proponowanego leczenia, rokowania itp. To w jaki sposób i w jakim zakresie kobieta będzie współpracować w ramach proponowanych działań pielęgnacyjnych, leczniczych, rehabilitacyjnych, często uwarunkowane jest etapem akceptacji swojej choroby oraz profesjonalną współpracą osób tworzących zespół terapeutyczny. W tym kontekście niezwykle istotnym jest objęcie chorej opieką w ramach prehabilitacji onkologicznej, która ma na celu przygotowanie pacjentki do proponowanego leczenia onkologicznego, w tym operacyjnego. Dzięki tym działaniom można zoptymalizować szanse pacjentki na rekonwalescencję, powrót do zdrowia, zmniejszyć ryzyko powikłań. Kluczowym jest więc stan organizmu przed rozpoczęciem terapii, nie tylko w sferze biologicznej, ale i psychicznej.

Tak więc podjęta przez Doktorantkę tematyka pracy dotycząca akceptacji choroby nowotworowej i satysfakcji z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi z uwzględnieniem czynników demograficznych, społecznych i medycznych, w pełni wpisuje się w nurt dotyczący prehabilitacji onkologicznej i jest jak najbardziej aktualna. Praca jest interesująca, zarówno pod względem poznawczym jak i empirycznym.

Przedstawiona mi do oceny praca ma formę jednostronnego wydruku komputerowego w twardej oprawie, zawierającego 160 numerowanych stron tekstu. W tekście pracy zamieszczono 70 tabel oraz 30 rycin. Piśmiennictwo właściwie dobrane, zawiera aż 308 pozycji. Zastosowano styl Vancouver w cytowaniach, co jest typowe dla dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Struktura pracy jest poprawna, charakterystyczna dla prac badawczych w naukach o zdrowiu. Główne części oznaczono cyframi arabskimi od 1 do 12. W numeracji rozdziałów i podrozdziałów zastosowano system dziesiętny. Dysertacja ma układ klasyczny i obejmuje: *1. Wstęp, 2. Założenia, cele badań, problemy i hipotezy badawcze, 3. Materiał i metody badawcze, 4. Wyniki badań, 5. Dyskusja, 6. Wnioski, 7. Streszczenie, 8. Summary, 9. Piśmiennictwo, 10. Spis rycin, 11. Spis tabel, 12. Aneks.* Objętość poszczególnych rozdziałów jest adekwatna do ich zawartości.

Rozprawa posiada staranną formę edytorską i jest napisana poprawnym, przejrzystym językiem. Opisy tabel i rycin umieszczono w sposób przyjęty w naukach o zdrowiu, są one poprawne graficznie. W pracy na końcu po *Wnioskach* zostały zawarte *Streszczenie* w języku polskim i angielskim, które są zgodne z tekstem pracy. Mają one właściwy, typowy układ streszczenia strukturalnego.

Rozprawę rozpoczyna krótki, zwięzły *Wstęp*, który zasadniczo wprowadza czytelnika w istotę zagadnień związanych z dysertacją i jej zawartością. Kolejne rozdziały teoretyczne są skonstruowane w sposób przemyślany i logicznie poukładane. Zasadniczo można je podzielić na trzy obszary. Pierwszy związany z istotą choroby, epidemiologią, etiologią, objawami, diagnostyką zmian w piersi i krótką charakterystyką metod leczenia raka piersi. Drugi skupia się na zagadnieniu akceptacji choroby. Przybliżając to pojęcie, Doktorantka kieruje uwagę czytelnika na najważniejsze czynniki warunkujące poziom akceptacji choroby onkologicznej. Takie ujęcie tematyki pozwoliło Autorce na płynne przejście do analizy pojęcia satysfakcji z życia. Warto zauważyć, że rozważania skupione na determinantach warunkujących poziom satysfakcji z życia oparte są na szerokiej literaturze, nie tylko medycznej, ale też z zakresu nauk społecznych i humanistycznych.

Tak przedstawione opracowanie zagadnień teoretycznych, potwierdza dobre przygotowanie Doktorantki do określenia założeń metodologicznych i celów pracy (Rozdział 2).

Celem głównym pracy była ocena stopnia akceptacji choroby i satysfakcji z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi oraz określenie rodzajów czynników demograficznych, społecznych i medycznych mających znaczenie dla akceptacji choroby i satysfakcji z życia.

Do celu głównego Doktorantka poprawnie wysunęła pięć poniższych celów szczegółowych:

1. „Przedstawienie stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia kobiet z rakiem piersi.
2. Określenie korelacji pomiędzy akceptacją choroby nowotworowej, a satysfakcją z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi.
3. Przedstawienie związku pomiędzy wybranymi zmiennymi opisowymi w zakresie czynników demograficznych, a akceptacją choroby i satysfakcją z życia badanych kobiet.
4. Określenie związku pomiędzy wybranymi czynnikami społecznymi, a stopniem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia respondentek.
5. Zdefiniowanie czynników medycznych znaczących dla stopnia akceptacji choroby i satysfakcji z życia w badanej grupie kobiet”.

Ponadto Doktorantka właściwie wysunęła pięć problemów badawczych oraz adekwatnie do nich postawiła pięć hipotez. W opinii recenzenta opisane założenia i cele pracy wskazują na przemyślaną koncepcję badania. Jedyna drobna uwaga, dotyczy braku wyszczególnienia zmiennych zależnych i niezależnych w tej części opracowania.

W kolejnym 3 rozdziale Doktorantka opisuje materiał, metodę i organizację projektu badawczego. W badaniu wzięły udział 483 kobiety z potwierdzonym klinicznie rozpoznaniem raka piersi. Poprawnie określono kryteria włączenia, którymi były: płeć żeńska, wyrażenie świadomej i dobrowolnej zgody przez kobiety na udział w badaniu, rozpoznanie raka piersi, leczenie i/lub kontrola po zakończonym leczeniu w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie. Analogicznie kryteria wykluczenia to: płeć męska, brak zgody na udział w badaniu, współistnienie raka piersi z inną chorobą nowotworową (niezwiązaną z rakiem piersi). Projekt przeprowadzono w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. Ks. B. Markiewicza w Brzozowie wśród pacjentek Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi Breast Cancer Unit, Oddziału Dziennego Chemioterapii i Hematologii Onkologicznej oraz Oddziału Onkologii Klinicznej. Zebranie danych miało miejsce w okresie od kwietnia 2021 r. do września 2022 r. Do realizacji projektu uzyskano zgodę Dyrektora placówki oraz pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku (Uchwała nr 3/2021 z dnia 12 marca 2021r.). Poprawnie zastosowano narzędzia badawcze tj.: Autorski Kwestionariusz Ankiety; oraz dwie standaryzowane skale Akceptacji Choroby (AIS) i Satysfakcji z Życia (SWLS). Do ostatecznej analizy włączono 465 poprawnie wypełnione kwestionariusze ankiet. W analizie statystycznej zastosowano pakiet IBM SPSS 26.0 wraz z modułem Exact Tests – testy dokładne. Poprawnie dobrano testy statystyczne w zależności od charakteru rozkładu analizowanych zmiennych (m.in. test Kołmogorowa-Smirnowa, χ^2 , U Manna-Whitneya, H Kruskalla-Wallisa). Analizę różnic międzygrupowych uzupełniono wartościami miary siły efektu ε^2 . Zależności pomiędzy zmiennymi ciągłymi i porządkowymi analizowano przy użyciu współczynnika korelacji ρ Spearmana. Ponadto przeprowadzono hierarchiczną analizę regresji, w której czynniki demograficzne, społeczne i medyczne analizowano w roli predyktorów stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia. Za istotną statystycznie przyjęto klasycznie wartość $p \leq 0,05$.

W rozdziale 4, zatytułowanym *Wyniki badań* zostały zaprezentowane w sposób czytelny i przejrzysty poszczególne wyniki. Doktorantka przebadła populację kobiet, w której średnia wieku wyniosła $M=55,62$ lata ($SD=13,32$). W mieście mieszkało 51,8%, a na wsi 48,2% badanych. Najwięcej 31,6% kobiet miało wykształcenie średnie, a 28,6% wyższe. Większość badanych 58,7% pozostawała w związku małżeńskim, matkami było 61,7% kobiet, najczęściej były to matki dwojki dzieci. Aktualnie pracowało 30,5% badanych, jako główne źródło



utrzymania ponad 1/3 badanych deklarowała pracę zawodową, a niemal co czwarta kobieta emeryturę. Sytuacja finansowa większości kobiet była dobra lub zadowalająca. Z danych medycznych wynikało, że badane miały rozpoznanego raka piersi w stopniu zaawansowania klinicznego T1 lub T2. W grupie 64,3% badanych zastosowano leczenie chirurgiczne. Najwięcej (31,8%) kobiet miało wykonaną całkowitą mastektomię. Operację oszczędzającą zastosowano u 27,1% chorych, usunięcie guza z węzłami chłonnymi i częścią gruczołu piersiowego wykonano u 17,7% kobiet, usunięcie jednego kwadrantu piersi dotyczyło 13,7% badanych. Czas, jaki upłynął od wykonania zabiegu operacyjnego był zróżnicowany. Najwięcej 34,8% respondentek miało wykonaną operację stosunkowo niedawno, w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Przerzuty dotyczyły 29,0% badanych kobiet i najczęściej były umiejscowione w regionalnych węzłach chłonnych. Wśród badanych leczonych chirurgicznie rekonstrukcję piersi wykonano u 39,8% kobiet, z czego aż 90,8% respondentek było zadowolonych z efektu końcowego. Leczenie chirurgiczne było najczęściej połączone z chemio- i radioterapią. W momencie badania prawie połowa badanych chorowała na raka piersi od 2 do 5 lat. Z towarzyszących dolegliwości, najbardziej dokuczliwymi dla badanych okazały się: ogólne zmęczenie, ból, zbytnia nerwowość i rozdrażnienie oraz osłabienie. W zakresie wsparcia 81,7% badanych deklarowało że je otrzymywała, w tym od psychologa/psychoonkologa otrzymało je 28,4% kobiet. Zdecydowana większość badanych 91,4%, była zadowolona w pełni lub w umiarkowanym stopniu z informacji udzielonych przez profesjonalistów na temat choroby. Zadowolonych z dotychczasowego leczenia było 90,5% respondentek, a poziom opieki w ośrodku onkologicznym został oceniony przez 91,6% badanych jako bardzo dobry lub dobry. Największa grupa 60,6% respondentek uważała, że stan ich zdrowia jest dobry.

W zakresie wybranych aspektów stylu życia, Doktorantka wykazała, że codzienna aktywność fizyczna dotyczyła 43,5% badanych, z kolei regularne palenie papierosów dotyczyło 11,6% respondentek, a 2,6% kobiet przyznało się do częstego spożywania alkoholu.

Interesujące z punktu widzenia założonych celów badawczych, są wyniki uzyskane w oparciu o standaryzowane skale AIS oraz SWLS. W odniesieniu do wyników skali AIS, Doktorantka wykazała, że większość 54,6% badanych kobiet charakteryzowało się wysokim stopniem akceptacji choroby, 38,7% umiarkowanym, a 6,7% niskim stopniem akceptacji choroby. Średnia wartość stopnia akceptacji choroby wyniosła $M=29,95$ ($SD=6,75$). Najwyższa średnia wartość $M=3,91$ została uzyskana przez kobiety w stwierdzeniu „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń

narzuconych przez chorobę”. Niewiele mniejsza $M=3,81$ wartość została uzyskana w stwierdzeniu „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół”. Z kolei wyniki skali SWLS wykazały, że poziom satysfakcji z życia u 40,7% respondentek był wysoki, u 34,8% przeciętny, a u 24,5% niski. Średnia wartość ogólnego wskaźnika satysfakcji z życia w grupie badanych kobiet wyniosła $M=21,59$ ($SD=5,67$). Im wyższy był stopień akceptacji choroby, tym wyższy był poziom satysfakcji z życia ($p<0,001$). Stopień akceptacji choroby zależał od: wieku, wykształcenia, liczby urodzonych dzieci, sytuacji finansowej, otrzymanego wsparcia, występowania dolegliwości, zaawansowania nowotworu, czasu trwania choroby, występowania raka piersi w rodzinie, zadowolenia z rekonstrukcji piersi, braku przerzutów, samooceny stanu zdrowia, oceny poziomu opieki zdrowotnej i usług medycznych, wybranych elementów stylu życia. Natomiast na satysfakcję z życia w sposób istotny statystycznie wpływały: sytuacja finansowa, otrzymane wsparcie, korzystanie z pomocy psychologa/psychoonkologa, występowanie dolegliwości, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej i samoocena stanu zdrowia.

W dalszej części w oparciu o hierarchiczną analizę regresji Doktorantka dokonała oceny predyktorów akceptacji choroby i satysfakcji z życia w odniesieniu do czynników demograficznych, społecznych, medycznych i wybranych elementów stylu życia. Czynniki te analizowano w odrębnych blokach. Dobór predyktorów w ramach każdego z trzech bloków został dokonany poprawnie w oparciu o algorytm krokowy. W ten sposób wyodrębniono kluczowe predyktory stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia. Kluczowymi predyktorami stopnia akceptacji choroby były: liczba dzieci, wiek osób badanych, otrzymane wsparcie, dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej, czas jaki upłynął od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia, samoocena stanu zdrowia, samoocena poziomu opieki zdrowotnej i usług medycznych w ośrodku onkologicznym oraz palenie papierosów. Natomiast kluczowymi predyktorami poziomu satysfakcji z życia były: otrzymane wsparcie, dolegliwości wynikające z choroby nowotworowej, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej i samoocena stanu zdrowia.

Całość zaprezentowanych wyników badań jest spójna z założoną metodyką pracy i wskazuje na sumienność Doktorantki w opracowaniu i interpretacji dużej ilości danych.

Na kolejnych dziewiętnastu stronach rozdziału *Dyskusja* Autorka prawidłowo omawia wyniki własne zestawiając je z wynikami innych autorów. Rozdział ten zasługuje na uwagę i wyróżnienie. Dyskusja jest poprowadzona płynnie, narracja swobodna z użyciem zwięzłego

języka, co powoduje, że czyta się ją z dużą przyjemnością. Dyskusja ma układ klasyczny, właściwa jej część poprzedzona jest krótkim wywodem teoretycznym, który umożliwił płynne przejście do dyskusowania najważniejszych wyników własnych. Szeroki dobór piśmiennictwa w ilości 116 pozycji (tj. 1/3 cytowanego piśmiennictwa), zarówno polskiego jak i zagranicznego, wskazuje na bardzo dobrą znajomość przez Doktorantkę dostępnych opracowań z tego zakresu tematycznego. Warto podkreślić, że Autorka w sposób wyważony interpretuje uzyskane wyniki własne, wskazując często na wieloaspektowość poruszanych problemów, w tym podkreślając wagę interdyscyplinarnej opieki nad chorą z rakiem piersi. Wszystko to wskazuje na duży walor praktyczny poruszanych w dyskusji wątków, potwierdzając dojrzałość naukową Doktorantki.

Wyciągnięte przez Doktorantkę *Wnioski* odpowiadają wynikom badań i znajdują odniesienie do przyjętych założeń pracy. Autorka prawidłowo wysunęła pięć poniżej przytoczonych wniosków:

1. „Większość badanych kobiet z rozpoznaniem raka piersi charakteryzowała się wysokim stopniem akceptacji choroby, ale średnia wartość tej zmiennej była umiarkowana. Natomiast średnia wartość satysfakcji z życia była na przeciętnym poziomie.
2. Stwierdzono związek pomiędzy akceptacją choroby nowotworowej, a satysfakcją z życia kobiet – im wyższy był stopień akceptacji choroby, tym wyższy był poziom satysfakcji z życia.
3. Czynniki demograficzne, tj. wykształcenie i liczba urodzonych dzieci to zmienne, które miały znaczenie dla stopnia akceptacji choroby, natomiast nie wpływały na poziom satysfakcji z życia. Kobiety z wykształceniem podstawowym/zawodowym i wyższym miały wyższy stopień akceptacji choroby, niż kobiety z wykształceniem średnim. Im mniejsza była liczba urodzonych dzieci, tym wyższy był stopień akceptacji choroby. Miejsce zamieszkania i stan cywilny nie miały wpływu na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia w badanej grupie kobiet.
4. Czynniki społeczne – sytuacja finansowa kobiet oraz otrzymane wsparcie miały znaczenie dla stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia. Im lepsza była sytuacja finansowa, tym stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia były wyższe. Pacjentki, które otrzymały wsparcie ze względu na swój stan zdrowia miały niższy stopień akceptacji choroby i niższy poziom satysfakcji z życia. Natomiast źródło utrzymania oraz aktywność zawodowa nie miały znaczenia dla stopnia akceptacji choroby i poziomu satysfakcji z życia.
5. Czynniki medyczne – występowanie dolegliwości, samoocena stanu zdrowia oraz wybrane elementy stylu życia miały znaczenie dla stopnia akceptacji choroby




i satysfakcji z życia, a rodzaj zastosowanego leczenia, zadowolenie z jego przebiegu oraz zadowolenie z uzyskanych informacji na temat choroby i leczenia nie miały wpływu na akceptację choroby i poziom satysfakcji z życia w badanej grupie. Zaawansowanie nowotworu, czas od rozpoznania choroby do rozpoczęcia leczenia, czas trwania choroby, ocena poziomu opieki zdrowotnej i usług medycznych, występowanie raka piersi w rodzinie, zadowolenie z rekonstrukcji piersi, brak przerzutów miały znaczenie dla stopnia akceptacji choroby, a nie miały znaczenia dla poziomu satysfakcji z życia. Natomiast stosowanie hormonalnej terapii zastępczej nie było istotne dla stopnia akceptacji choroby, ale wpływało na poziom satysfakcji z życia”.

Warto zauważyć, że Doktorantka w sposób dojrzały wysuwa także postulaty praktyczne, które wpisują się w koncepcję zasad prehabilitacji onkologicznej, poprzez identyfikację czynników, które mogą istotnie wpływać na poprawę kondycji psychicznej i fizycznej chorych jeszcze przed rozpoczęciem procesu leczenia.

Podsumowując stwierdzam, że oceniana praca doktorska zatytułowana „Akceptacja choroby nowotworowej i satysfakcja z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi z uwzględnieniem czynników demograficznych, społecznych i medycznych” napisana przez mgr Lucynę Gazdowicz, posiada szereg walorów poznawczych i praktycznych i zdecydowanie stanowi podstawę do dalszych badań oraz potwierdza przygotowanie Doktorantki do dalszego prowadzenia działalności naukowo – badawczej.

Uważam, że przygotowana przez mgr Lucynę Gazdowicz rozprawa doktorska na stopień doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu (nowy tryb), spełnia wymogi określone w art. 190 ust.2-5 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2022r. poz. 574 ze zm.). **Wnoszę więc do Rady Naukowej Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Kaliskiego, wniosek o dopuszczenie Pani mgr Lucyny Gazdowicz do dalszych etapów przewodu doktorskiego, jednocześnie wnioskując o wyróżnienie pracy.**

Uniwersytet Rzeszowski
Dziekan
Kolegium Nauk Medycznych


prof. dr hab. n. o zdr. Edyta Barnaś