

dr hab. Łucja Bieleninik, prof. UG
Kierownik Zakładu Psychologii Klinicznej i Zdrowia
Instytut Psychologii
UNIwersytet GDAŃSKI

Gdańsk, 14.01.2026

Recenzja

rozprawy doktorskiej mgr Marty Adrianny Błaszyk

A dyadic analysis of agreements, predictors, and outcomes of trust and communication in a doctor-patient relationship within the context of hospital internal units

napisanej pod kierunkiem dr hab. Aleksandry Kroemeke, prof. Uniwersytetu SWPS

Rozprawa doktorska podejmuje niezwykle istotną i aktualną problematykę, wskazując, że dialog lekarz–pacjent pozostaje jednym z najważniejszych narzędzi współczesnej medycyny. Nawet najwyższe kompetencje zawodowe i rozległa wiedza medyczna tracą swoją skuteczność w sytuacji braku relacji opartej na zaufaniu, empatii oraz efektywnej komunikacji, które warunkują trafną diagnozę, skuteczność leczenia i realny proces zdrowienia. W dobie konsekwentnego zwrotu medycyny ku modelowi opieki zorientowanej na pacjenta oraz wspólnemu podejmowaniu decyzji, komunikacja kliniczna znajduje się w szczególnie newralgicznym punkcie. Pomimo jej kluczowego znaczenia dla efektów terapeutycznych, satysfakcji pacjentów i jakości opieki, presja czasu i obciążenie personelu medycznego istotnie ograniczają jej praktyczny wymiar. W tym kontekście kompetencje komunikacyjne i interpersonalne, jak budowanie zaufania w relacji z pacjentem, jawią się jako nieodzowny i równorzędny element kompetencji medycznych, które powinny być systematycznie rozwijane i włączane w programy kształcenia zarówno studentów, jak i doświadczonych lekarzy. Rozwój tych umiejętności nie tylko zwiększa skuteczność właściwego procesu diagnostycznego i leczenia, ale także minimalizuje ryzyko błędów medycznych, wzmacnia satysfakcję pacjentów oraz buduje trwałe relacje oparte na zaufaniu i wzajemnym szacunku, stanowiąc fundament nowoczesnej, humanistycznej praktyki lekarskiej.

Przedłożona do recenzji rozprawa doktorska ma postać dysertacji napisanej w języku angielskim i liczy łącznie 136 stron, wraz ze streszczeniami w języku polskim i angielskim oraz załącznikami. Tytuł pracy w pełni odpowiada zawartym w niej treściom, jest stylistycznie i metodologicznie poprawny oraz daje czytelnikowi jasną wskazówkę co do obszaru eksploracji naukowej podejmowanej w dysertacji. Struktura pracy odpowiada standardom przyjętym dla tego typu rozpraw w dyscyplinie psychologii. Dysertacja zawiera bogatą bibliografię, opartą głównie na literaturze anglojęzycznej, a także jest starannie opracowana pod względem edytorskim, z czytelnymi tabelami oraz rycinami.

Wprowadzenie (*Introduction*) do dysertacji jest spójne, dobrze ustrukturyzowane i osadzone w aktualnej literaturze naukowej. Doktorantka przekonująco uzasadnia znaczenie relacji lekarz–pacjent, komunikacji klinicznej oraz zaufania jako kluczowych elementów jakości opieki medycznej, wskazując jednocześnie na istotne luki badawcze, zwłaszcza w obszarze zaufania lekarzy do pacjentów. Na szczególną uwagę zasługuje interdyscyplinarne ujęcie problematyki oraz logiczne przejście od tła teoretycznego do jasno sformułowanych celów badania. Wprowadzenie skutecznie buduje kontekst dla dalszych analiz i jasno pokazuje oryginalność oraz wartość poznawczą planowanego projektu badawczego.

Rozdział teoretyczny (*Theory Framework*) stanowi solidne i spójne zaplecze koncepcyjne dla prowadzonych badań empirycznych. Doktorantka przedstawia w nim podstawy teoretyczne pracy, koncentrując się na *Doctor–Patient Relationship and Outcome Model* opracowanym przez Van Den Assem i Dulewicza, a następnie szczegółowo omawia kluczowe konstrukty wchodzące w jego skład, takie jak zaufanie, komunikacja, czynniki wiarygodności oraz skłonność do zaufania. Każdy z podrozdziałów zawiera klarowne definicje, rzetelny przegląd aktualnej literatury przedmiotu oraz osadzenie omawianych pojęć w kontekście relacji lekarz-pacjent. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że Doktorantka w sposób kompleksowy integruje trzy zasadnicze elementy modelu (zaufanie, komunikację i czynniki wiarygodność) nie tylko opisując je oddzielnie, lecz także akcentując ich wzajemne powiązania oraz znaczenie dla skuteczności leczenia, jakości podejmowanych decyzji medycznych, satysfakcji pacjentów i budowania relacji opartej na empatii oraz odpowiedzialności. Wybór teoretycznego tła dla badań własnych należy uznać za trafny i

dobrze uzasadniony, a prezentowany wywód świadczy o dojrzałym i krytycznym podejściu Doktorantki do analizowanego modelu, którego pogłębione omówienie wraz z jego modyfikacjami zostało przedstawione w dalszej części dysertacji. W pracy doktorskiej, której celem jest zaprezentowanie ogólnej wiedzy teoretycznej kandydatki w danej dyscyplinie, należy podkreślić, że Doktorantka w sposób rzetelny i wyczerpujący omówiła dostępny dorobek psychologii odnoszący się do tak wąsko i specjalistycznie zdefiniowanego obszaru, jak diadyczna analiza zgodności, predyktorów i konsekwencji zaufania oraz komunikacji w relacji lekarz–pacjent.

Na szczególną uwagę zasługuje starannie uzasadniona motywacja pracy. W rozdziale *Research Gap* Doktorantka trafnie podkreśliła, że większość dotychczasowych badań koncentruje się wyłącznie na perspektywie pacjenta, pomijając m.in. zaufanie lekarza do pacjenta czy gotowość pacjenta do aktywnego udziału w leczeniu. Zwrócono również uwagę na brak badań diadycznych, szczególnie w kontekście hospitalizacji, gdzie relacja lekarz–pacjent jest bardziej intensywna i długotrwała. Świadomość luki badawczej (precyzyjne wskazanie braków w literaturze oraz uzasadnienie potrzeby prowadzenia nowych badań) wraz z dobrą orientacją w dotychczasowych wynikach i teoriach oraz umiejętnością ich krytycznej analizy, a także jasnym określeniem znaczenia problemu w aspekcie praktycznym, teoretycznym i społecznym, świadczy o przemyślanej motywacji Doktorantki i głębokim rozumieniu kontekstu naukowego.

Rozdział *Present Study* przedstawia modyfikacje w ramach *Doctor–Patient Relationship and Outcome Model* wraz z ich rzeczowym uzasadnieniem. Doktorantka słusznie uzasadnia wprowadzenie zmian, które pozwalają uwzględnić diadyczne interakcje między lekarzami a pacjentami oraz ocenę wszystkich zmiennych przez obie strony. W modelu zastąpiono „wydajność lekarza” umiejętnościami komunikacyjnymi, włączono gotowość pacjenta do uczestnictwa w leczeniu, a zmienne niespełniające tych kryteriów, np. orientację praktyki lekarza czy chęć polecenia lekarza, wyłączono. Takie modyfikacje umożliwiają wielowymiarową analizę relacji lekarz–pacjent w kontekście hospitalizacji pacjentów przewlekle chorych. Uważam, że takie zmiany są w pełni uzasadnione potrzebą

dokładniejszego badania złożonych procesów zaufania i komunikacji w kontekście szpitalnym, zwłaszcza w przypadku pacjentów przewlekle chorych.

W mojej ocenie, zastosowanie podejścia one-with-many (OWM) w modelu liniowym wielopoziomowym jest trafnym i optymalnym wyborem, umożliwiającym precyzyjne badanie interakcji lekarz–pacjent oraz ich konsekwencji. Praca analizuje zgodność ocen na trzech poziomach: konsensus (ocena lekarza przez pacjentów), asymilacja (ocena pacjentów przez lekarza), oraz diadyczna recyprokalność (zgodność ocen w obrębie diady). Testowanie tych powiązań w nowym kontekście oraz przy zastosowaniu innowacyjnej analizy diadycznej stanowi istotny wkład w rozwój badań nad komunikacją kliniczną i relacją lekarz–pacjent. Rozdział jasno przedstawia cele badania, pytania badawcze oraz osiem hipotez, które stanowią podstawę dalszej analizy wyników.

Rozdział *Methods* w sposób szczegółowy opisuje grupę badaną, obejmującą 203 hospitalizowanych pacjentów z przewlekłymi chorobami (najczęściej nadciśnieniem tętniczym, reumatoidalnym zapaleniem stawów oraz anemią) oraz 18 lekarzy prowadzących (specjalistów oraz rezydentów chorób wewnętrznych lub/oraz reumatologii). Doktorantka uzasadniła wielkość próby, odwołując się do wcześniejszych badań wykorzystujących projekt OWM oraz ograniczeń czasowych i zasobowych, co świadczy o przemyślanym planowaniu badania. Do pomiaru zastosowano szeroki zestaw zweryfikowanych narzędzi psychometrycznych oraz autorskich kwestionariuszy, pozwalających rzetelnie ocenić perspektywy obu stron interakcji. Wszystkie narzędzia zostały wcześniej zweryfikowane, a ich polskie adaptacje opracowano specjalnie na potrzeby badania tam, gdzie było to wymagane, co zwiększa trafność i adekwatność pomiaru w kontekście lokalnym. Projekt realizowano zgodnie z Zasadami Dobrej Praktyki Klinicznej, a protokół badania zatwierdziła Komisja Etyki SWPS we Wrocławiu. Proces zbierania danych był starannie zaplanowany i przeprowadzony z zachowaniem zasad etyki, anonimowości uczestników oraz kontroli zmiennych, co podnosi wiarygodność i rzetelność uzyskanych wyników. Badanie przeprowadzono w czterech oddziałach dwóch szpitali, przy czym lekarze rekrutowali pacjentów spełniających kryteria włączenia, nie znając szczegółowego celu projektu, aby zminimalizować ryzyko błędu lub zafałszowania danych. Dane zbierano metodą papier–

ołówkę w dwóch etapach: najpierw od lekarzy, następnie od pacjentów, a następnie lekarze wypełniali kwestionariusze dotyczące konkretnych diad. Wszystkie informacje przechowywano w sposób poufny i oddzielnie, co zapewniło pełną anonimowość uczestników. Na uwagę zasługują liczne ilustracje, które w przejrzysty sposób porządkują treści teoretyczne i metodologiczne oraz ułatwiają zrozumienie złożonych zależności badawczych. Plan analizy statystycznej został konsekwentnie dostosowany do celów badania oraz diadycznego charakteru danych. Zastosowanie projektu OWM w połączeniu z liniowymi modelami wielopoziomowymi pozwoliło adekwatnie uwzględnić hierarchiczną strukturę danych, niezależność obserwacji oraz jednoczesne badanie efektów na poziomie indywidualnym i diadycznym. Szczegółowo opisane etapy analizy oraz weryfikacja hipotez przy użyciu efektów stałych świadczą o wysokiej rzetelności metodologicznej oraz zaawansowaniu statystycznym projektu.

Rozdział *Results* poświęcony jest prezentacji wyników badań i został skonstruowany w sposób klarowny oraz logiczny. Zawiera statystyki opisowe analizowanych zmiennych, wyniki eksploracji pytań badawczych obejmujących analizy konsensusu, asymilacji oraz diadycznej recyprokalności oraz szczegółową weryfikację postawionych hipotez z zastosowaniem modeli wielopoziomowych. Wyniki zaprezentowano zarówno w formie tabelarycznej, jak i na rycinach, co ułatwia śledzenie toku analiz oraz interpretację rezultatów. W części eksploracyjnej analizowano trzy pytania badawcze dotyczące zgodności ocen w relacjach lekarz–pacjent. Pierwsze pytanie dotyczyło konsensusu wśród pacjentów jednego lekarza w zakresie zaufania, kompetencji komunikacyjnych, satysfakcji z wizyty oraz gotowości do zaangażowania w leczenie, gdzie wykazano silny konsensus w ocenach cech lekarzy i niską zgodność w zmiennych interakcyjnych. Drugie pytanie dotyczyło asymilacji w ocenach lekarzy, czyli stopnia, w jakim lekarze konsekwentnie postrzegają relacje i zaangażowanie wszystkich swoich pacjentów; efekt asymilacji był umiarkowany dla zaufania i satysfakcji, a słaby dla gotowości pacjentów do współpracy. Trzecie pytanie dotyczyło diadycznej recyprokalności, czyli zgodności ocen lekarzy i pacjentów w obrębie poszczególnych diad, gdzie istotność wykazano przede wszystkim w zmiennych interakcyjnych, zwłaszcza w komunikacji i ocenie relacji, podczas gdy korelacje

na poziomie między-diad były nieistotne. W pracy przeprowadzono weryfikację ośmiu hipotez dotyczących związków między czynnikami zaufania i umiejętnościami komunikacyjnymi lekarzy a wynikami relacji lekarz–pacjent na poziomie indywidualnym i diadycznym. Hipotezy 1 i 2, zakładające pozytywny związek między postrzeganą wiarygodnością lekarzy (w ujęciu ogólnym oraz w wymiarach: dobroć, uczciwość, kompetencje) a zaufaniem pacjentów oraz między umiejętnościami komunikacyjnymi lekarzy a zaufaniem w relacji, zostały w pełni potwierdzone na obu poziomach analizy. Hipotezy 3-5, odnoszące się do związku zaufania w relacji lekarz–pacjent z satysfakcją z wizyty, oceną relacji i gotowością pacjenta do współpracy, również uzyskały wsparcie, choć ich siła różniła się w zależności od poziomu analizy i perspektywy uczestników. Hipotezy 6-8, dotyczące wpływu umiejętności komunikacyjnych lekarzy na satysfakcję, ocenę relacji i gotowość pacjentów do współpracy, potwierdzono w większości przypadków. Warto zauważyć, że u pacjentów większe znaczenie miały efekty indywidualne (poziom między-diadyczny), natomiast u lekarzy dominowały efekty diadyczne (poziom wewnątrz-diadyczny), co podkreśla rolę unikalnych interakcji w kształtowaniu jakości relacji. Analiza zmiennych kontrolnych oraz skłonności do zaufania wykazała brak istotnego wpływu na główne zależności, co świadczy o stabilności i rzetelności wyników. Łącznie, przedstawione dane dostarczają spójnych dowodów na istotne znaczenie postrzeganej wiarygodności oraz kompetencji komunikacyjnych lekarzy w kształtowaniu zaufania, satysfakcji pacjentów i ich gotowości do współpracy, zarówno w ujęciu ogólnym, jak i w kontekście konkretnej relacji diadycznej.

Ostatni rozdział pracy, *Discussion*, został opracowany w sposób klarowny i logiczny, obejmując interpretację wyników, ograniczenia badania oraz wnioski końcowe. Doktorantka skrupulatnie omawia uzyskane rezultaty w kontekście istniejącej literatury, podkreślając znaczenie konsensusu, asymilacji oraz diadycznej wzajemności w relacjach lekarz-pacjent. Na szczególną uwagę zasługuje samodzielne wskazanie i omówienie ograniczeń badania, co świadczy o wysokiej świadomości metodologicznej Doktorantki oraz jej krytycznym podejściu do własnych wyników. Wśród wskazanych ograniczeń znajdują się m.in.: heterogeniczność próby pacjentów, możliwość wystąpienia błędu doboru do

grupy (*selection bias*) wynikająca z rekrutacji uczestników przez lekarzy, ograniczona liczba włączonych lekarzy. Uwzględnienie tych aspektów jest istotne dla rzetelnej interpretacji wyników, zwiększa przejrzystość badania i pozwala wyznaczyć kierunki przyszłych badań, w tym potencjalne usprawnienia metodologiczne oraz możliwości weryfikacji przyczynowości w relacji lekarz–pacjent. Pokazuje to również realistyczną ocenę przez Badaczkę zakresu wniosków oraz ograniczeń generalizacji wyników do szerszej populacji. Wnioski pracy są spójne, jasne i mają wysoką wartość merytoryczną, ponieważ obrazują złożoność relacji między zaufaniem a komunikacją kliniczną oraz ich konsekwencje dla obu stron relacji lekarz–pacjent. Doktorantka trafnie podkreśla znaczenie indywidualizacji opieki, wzajemności w interakcjach diadycznych oraz rolę projektów diadycznych w badaniach medycznych. W pełni doceniam wkład pracy doktorskiej oraz rzetelność w realizacji badań i analizie uzyskanych rezultatów. Przedstawione wyniki są wartościowe i zasługują na upowszechnienie, gdyż stanowią istotny wkład w rozwój wiedzy naukowej, jednoznacznie wskazując na praktyczne znaczenie budowania zaufania i skutecznej komunikacji dla poprawy satysfakcji pacjentów, jakości relacji lekarz–pacjent oraz gotowości pacjentów do współpracy w procesie leczenia. Tym samym praca potwierdza zarówno teoretyczną, jak i praktyczną wartość prowadzonych badań.

Oceniając całościowo rozprawę doktorską Pani mgr Marty Adrianny Błaszyk, pragnę podkreślić przede wszystkim jej liczne mocne strony:

1. **Nowatorski projekt badawczy** - zastosowanie diadycznego projektu OWM (*one-with-many*) w środowisku szpitalnym jest rzadko spotykane i pozwala na analizę zarówno poziomu indywidualnego, jak i relacyjnego w interakcjach lekarz–pacjent.
2. **Weryfikacja i rozwinięcie modelu teoretycznego** - dysertacja umożliwia empiryczną weryfikację *Doctor-Patient Relationship and Outcome Model* w nowym, diadycznym kontekście. Jednocześnie Doktorantka samodzielnie opracowała i zastosowała rewidowaną wersję modelu, dopasowując go do wymogów projektu oraz specyfiki badanej populacji.
3. **Uwzględnienie perspektywy obu stron relacji** - analiza obejmuje zarówno oceny lekarzy, jak i pacjentów, co pozwala na pełniejsze zrozumienie wzajemnych zależności i poziomu zgodności w ocenach relacji oraz komunikacji.

4. **Bogaty zestaw danych i narzędzi** - praca wykorzystuje szeroki wachlarz narzędzi psychometrycznych i autorskich kwestionariuszy, co zwiększa trafność i rzetelność pomiaru zarówno z perspektywy pacjentów, jak i lekarzy. Na szczególne wyróżnienie zasługuje polska adaptacja i walidacja dwóch narzędzi opracowanych specjalnie na potrzeby projektu: Skali Przekonań o Zaufaniu ŻUK (Życzliwość, Uczciwość i Kompetencje) oraz Skali Skłonności do Ufania.
5. **Rzetelność metodologiczna i analiza statystyczna** - starannie opracowany plan analizy statystycznej, zastosowanie modeli liniowych wielopoziomowych oraz kontrola zmiennych zakłócających zapewniają solidność wniosków i wysoką wiarygodność wyników.
6. **Znaczenie praktyczne** - wyniki pracy dostarczają cennych wskazówek dotyczących indywidualizacji opieki, budowania zaufania i skutecznej komunikacji, co może przyczynić się do poprawy jakości opieki oraz satysfakcji pacjentów.
7. **Uwzględnienie ograniczeń i refleksja badawcza** - Doktorantka samodzielnie identyfikuje ograniczenia badania, co świadczy o dojrzałości naukowej oraz odpowiedzialnym i krytycznym podejściu do interpretacji wyników.
8. **Dojrzałość i wnikliwość badawcza** - praca charakteryzuje się syntetycznym i analitycznym ujęciem problemu, przejrzystym i komunikatywnym językiem, a przeprowadzona dyskusja pokazuje interdyscyplinarną wiedzę Doktorantki, wnikliwość psychologiczną oraz umiejętność krytycznej analizy zagadnienia.
9. **Szeroka analiza piśmiennictwa** - Doktorantka dotarła do dużej liczby publikacji, starannie selekcionując źródła, co świadczy o gruntownym przygotowaniu teoretycznym pracy.
10. Ponadto rozprawa wyróżnia się **znakomitym opracowaniem edytorskim** - tekst jest czytelny, estetyczny, a użyte grafiki i tabele są czytelnie oznaczone i trafnie dobrane, co znacząco ułatwia odbiór treści i wspiera zrozumienie skomplikowanych zależności badawczych.

W dysertacji nie stwierdzono błędów merytorycznych ani metodologicznych; poniższe uwagi mają jedynie charakter sugestii, które warto rozważyć przy przygotowaniu wyników do publikacji naukowej. W pracy brak jest informacji o dokładnym okresie zbierania danych. Podawanie dat jest istotne, ponieważ umożliwia osadzenie wyników w kontekście czasowym, ocenę ich aktualności, a także ułatwia replikację badania oraz interpretację

ewentualnych zmian wyników w zależności od warunków zewnętrznych. Ponadto w dysertacji nie przedstawiono szczegółowego opisu kryteriów kwalifikowalności uczestników, w tym wyraźnego podziału na kryteria włączenia i wyłączenia. Jest to istotne, ponieważ precyzyjne określenie kryteriów uczestnictwa w badaniu pozwala lepiej ocenić trafność zewnętrzną uzyskanych wyników, zwiększa możliwość ich generalizacji oraz ułatwia porównanie wyników z innymi pracami w tym obszarze. W przypadku przygotowania wyników do publikacji naukowej wskazane byłoby również uzupełnienie informacji dotyczących zarządzania danymi. Chodzi tu zarówno o sposób przechowywania danych (np. w bezpiecznych, ograniczonego dostępu lokalizacjach lub systemach elektronicznych), jak i o mechanizmy zabezpieczenia danych przed nieuprawnionym dostępem. Istotne jest również opisanie procedur zapewniających anonimowość i poufność uczestników badania, w tym np. kodowania danych, usuwania informacji umożliwiających identyfikację osób oraz przechowywania danych w formie zanonimizowanej. Uzupełnienie tych informacji m.in. podkreśla zgodność z obowiązującymi standardami etycznymi i wymaganiami dobrych praktyk badawczych, co jest szczególnie istotne przy przygotowywaniu wyników do publikacji naukowej. Dodatkowo w pracy brak jest spisu rysunków oraz spisu tabel, co utrudnia szybkie odnalezienie materiałów ilustracyjnych i danych.

Konkluzja

Podsumowując, **przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska pt. *A dyadic analysis of agreements, predictors, and outcomes of trust and communication in a doctor-patient relationship within the context of hospital internal units*, której przygotowanie oceniam bardzo wysoko, w pełni odpowiada warunkom określonym w art. 187 Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.** Świadczy o tym, że Doktorantka posiada ogólną wiedzę teoretyczną w dyscyplinie psychologii oraz umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej. Przedmiotem rozprawy jest oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, czyli weryfikacja *Doctor-Patient Relationship and Outcome Model* poprzez eksplorację zgodności ocen na trzech poziomach (konsensus, asymilacja, diadyczna recyprokalność) pomiędzy lekarzami a pacjentami dotycząca zaufania w relacji lekarz-

pacjent, umiejętności komunikacyjnych lekarza, satysfakcji z wizyty, ewaluacji relacji lekarz-pacjent oraz chęci pacjenta do zaangażowania się w leczenie. Celem confirmacyjnym dysertacji było zbadanie związków pomiędzy wyżej wymienionymi zmiennymi oraz ich predyktorami (czynniki wiarygodności: życzliwość, uczciwość, kompetencja) w kontekście diadycznym. **W związku z pozytywną oceną rozprawy, z pełnym przekonaniem wnoszę do Wysokiej Rady Naukowej Instytutu Psychologii Uniwersytetu SWPS o dopuszczenie mgr Marty Adrianny Błaszyk do dalszych etapów postępowania doktorskiego.**

KIEROWNIK
Zakładu Psychologii Klinicznej
i Zdrowia
Łucja Bieleninik
dr hab. Łucja Bieleninik, prof. UG