



Poznań, dnia; 15.01.2026r.

dr hab. Michał Ziarko, prof. UAM
Zakład Psychologii Zdrowia
i Psychologii Klinicznej
Instytut Psychologii
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza

Strona | 1

**Recenzja rozprawy doktorskiej magister Marty Adrianny Błaszyk 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” napisanej na Wydziale Psychologii SWPS Uniwersytetu
Humanistycznospołecznego we Wrocławiu pod kierunkiem
dr hab. Aleksandry Kroemeke, prof. USWPS**

Uzasadnienie wyboru tematu

W rozprawie doktorskiej 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.”* napisanej pod kierunkiem Pani dr hab. Aleksandry Kroemeke, prof. USWPS przez Panią mgr Martę Adriannę Błaszyk omawiane są zagadnienia istotne z punktu widzenia psychologii zdrowia.

W związku ze zwiększeniem średniej długości życia, ludziom coraz więcej lat życia upływa na byciu chorym przewlekle. Obecnie znaczący odsetek populacji boryka się z chorobą niedokrwienną serca, nadciśnieniem, cukrzycą typu II, reumatoidalnym zapaleniem stawów, różnymi typami nowotworów. Jedną z cech charakterystycznych choroby przewlekłej jest konieczność pozostawania pod stałą opieką lekarską, która wymusza nawiązanie relacji lekarz – pacjent. W pracach naukowych postuluje się, że od jakości relacji lekarz–pacjent opartej na zaufaniu i charakteryzującej się efektywną komunikacją w dużej mierze zależą wyniki

leczenia, satysfakcja pacjentów z opieki zdrowotnej oraz przestrzeganie zaleceń lekarskich. Dotychczasowe badania w obszarze relacji lekarz – pacjent koncentrowały się głównie na dwóch kwestiach: perspektywie pacjenta, pomijając wzajemność i interakcyjny charakter tej relacji oraz długotrwałej relacji mającej miejsce w opiece ambulatoryjnej. Tymczasem, jak słusznie zauważa Doktorantka zaufanie i komunikacja są procesami dwukierunkowymi, a ich dynamika może znacząco wpływać na efektywność terapii, szczególnie w przypadku pacjentów z chorobami przewlekłymi. Jako w pełni uzasadniony traktuję pomysł na badania uwzględniający obie strony relacji lekarz – pacjent w ramach jednego modelu badawczego. Oprócz tego, za bardzo wartościowy uważam pomysł przeprowadzenia badań w warunkach szpitalnych, dających możliwość uchwycenia procesów zachodzących na etapie nawiązywania relacji. Zakładam, że wcześniej hospitalizowane osoby nie znały lekarzy sprawujących nad nimi opiekę.

Praca wpisuje się w nurt badań nad humanizacją medycyny, koncentrującej się na opiece skoncentrowanej na pacjencie. W czasach wyzwań związanych z rosnącym rozpowszechnieniem chorób przewlekłych pogłębione zrozumienie mechanizmów relacji lekarz–pacjent jest niezwykle istotne i aktualne. Koncepcja badań Doktorantki wypełnia istniejącą lukę badawczą. W literaturze dotyczącej relacji lekarz-pacjent brakuje badań prowadzonych w warunkach hospitalizacji, gdzie interakcje są częstsze i bardziej intensywne niż w opiece ambulatoryjnej. Z perspektywy praktyki klinicznej, wyniki prac Doktorantki mogą mieć znaczenie dla budowania programów edukacyjnych kształcących kompetencje komunikacyjne lekarzy oraz sposoby wzmacniania zaufania pacjentów.

W moim odczuciu temat, którym zajęła się Doktorantka niesie ze sobą szansę rozwoju psychologii zdrowia. Jednoznacznie pozytywnie oceniam problematykę podjętą przez Panią mgr Martę Adrianę Błaszyk.

Przyglądając się szczegółowo formalnej stronie pracy, trudno wskazać, jakieś większe uchybienia. Praca napisana jest starannie, z zachowaniem

większości standardów APA. Konstrukcja doktoratu przybiera formę rozbudowanego artykułu naukowego – całość tekstu liczy trochę ponad sto stron. Tekst składa się z części teoretycznej, metodologicznej oraz empirycznej. Całość zamknięta jest fragmentem, w którym Doktorantka przedstawia wnioski płynące z wykonanej przez Nią pracy. Tok wyводу jest logiczny, spójny i kompletny, bezproblemowo umożliwiając prześledzenie sposobu myślenia i podejścia do prowadzenia badań przez Doktorantkę. W pracy trudno dopatrzeć się błędów formalnych. Percepcję tekstu ułatwia 15 tabel oraz 17 rysunków zamieszczonych w pracy. Są one czytelne, przygotowane na zadawalającym poziomie edytorskim. Dzięki temu czytelnik może zorientować się w problemach poruszanych w tekście, a szczególnie w wynikach przedstawionych w empirycznej części rozprawy. Do konstrukcji tabel miałbym jednak jedną sugestię. Może opisując ich zawartość warto podać również nazwę wykonanej procedury / analizy.

Pisząc rozprawę doktorską Autorka sięgnęła do wielu opublikowanych wcześniej tekstów. Wykaz literatury, liczy ponad dwieście pięćdziesiąt polsko i obcojęzycznych pozycji. Znajdują się w nim teksty, które ukazały się w latach 1980-2025. Przeważająca liczba przywoływanych tekstów ukazała się w przeciągu ostatnich piętnastu lat. Są to przede wszystkim pozycje anglojęzyczne – głównie artykuły empiryczne, przeglądy systematyczne oraz meta-analizy. Pod względem tematycznym Doktorantka sięga do prac podejmujących między innymi zagadnienia: modeli teoretycznych komunikacji lekarz-pacjent, zaufania w relacji lekarz-pacjent, komunikacji klinicznej oraz metodologii badań diadycznych. Literatura, na którą powołuje się Doktorantka, została dobrana przez Nią specyficznie ze względu na poruszaną problematykę i wykorzystana w pełni.

Odwołanie się do tak wielu tekstów, które ukazały się w ostatnich latach, jak również tekstów klasycznych z lat osiemdziesiątych, jest wskaźnikiem rzetelnie przeprowadzonych studiów nad problemami poruszonymi w doktoracie oraz dobrze

przyswojonej przez Doktorantkę wiedzy dotyczącej analizowanych zjawisk, zwłaszcza w zakresie prowadzonych badań nad interesującymi ją zagadnieniami.

Struktura pracy doktorskiej oraz wykorzystane materiały źródłowe pozwalają mi sformułować tezę, że Doktorantka opanowała na odpowiednim poziomie umiejętności związane z formalną stroną przygotowywania prac naukowych. Uważam, że praca Pani mgr Marty Adrianny Błaszyk została napisana zgodnie z przyjętymi standardami, a jej struktura odpowiada wymaganiom stawianym doktoratowi.

Strona | 4

Teoretyczne podstawy badań - ocena

Doktorantka realizując projekt badawczy, którego wyniki przedstawione są w pracy doktorskiej, postawiła przed sobą zadanie zweryfikowania modelu *Doctor–Patient Relationship and Outcome Model* Van den Assema i Dulewicz przez ocenę zgodności ocen lekarzy i pacjentów oraz identyfikację powiązań między zmiennymi tworzącymi ten model, czyli zaufaniem, komunikacją, wiarygodnością lekarza, satysfakcją z wizyty, chęcią pacjenta do angażowania się w leczenie. Takie sformułowanie tematyki pracy na etapie pracy koncepcyjnej wyznacza Jej dwa zadania. A mianowicie, konieczne jest szczegółowe opisanie modelu będącego podstawą pracy. Po drugie, niezbędne wydaje się przybliżenie, każdej ze zmiennych uwzględnionych w modelu badawczym. Doktorantka podejmuje te dwa zadania.

W fragmencie teoretycznym swojej pracy Pani mgr Marta Adrianna Błaszyk: (1) przybliżyła *Doctor–Patient Relationship and Outcome Model*, (2) dokonuje przeglądu ujęć zjawiska zaufania w relacji lekarz – pacjent, (3) zajmuje się komunikacją w relacji lekarz – pacjent, (4) charakteryzuje czynniki zwiększające wiarygodność w relacji lekarz - pacjent oraz (5) zajmuje się zjawiskiem skłonności do zaufania w kontekście relacji lekarz pacjent.

W pierwszej części rozdziału teoretycznego, liczącej zaledwie dwie strony, Pani mgr Marta Adrianna Błaszyk dokonuje bardzo ogólnej prezentacji modelu *Doctor–Patient Relationship and Outcome Model* autorstwa Van den Assema i Dulewicza. W modelu tym przyjmuje się, że czynnikami wpływającymi na ogólną satysfakcję pacjenta z interakcji z lekarzem są: zaufanie, orientacja praktyczna lekarza oraz wyniki jego pracy. Uwzględnia się w nim również cztery czynniki pozwalające przewidzieć poziom zaufania. Są nimi: kompetencje, dobroć, uczciwość i unikanie ryzyka przez lekarza. Model będący punktem wyjścia do pracy Doktorantki został opisany w bardzo syntetyczny sposób. Uważam, że ta część pracy dobrze wprowadza do jej dalszych fragmentów, zapowiadając zagadnienia, jakie będą podejmowane w kolejnych paragrafach.

Drugi z fragmentów wprowadzenia teoretycznego, dotyczy zaufania w relacji lekarz pacjent. Liczy on osiem stron. Doktorantka rozpoczyna od analizy pojęcia zaufania. Przytacza jego definicje oraz wskazuje na znaczenie w kontekście relacji lekarz–pacjent. Zaufanie zostało przedstawione jako konstrukt wielowymiarowy, trudny do jednoznacznego zdefiniowania, a jednocześnie kluczowy dla jakości opieki zdrowotnej. Pisząc o zaufaniu Doktorantka przywołuje różne perspektywy teoretyczne – filozoficzną, socjologiczną, ekonomiczną i psychologiczną – co świadczy o jej interdyscyplinarnym podejściu do omawianego zjawiska. Później analizuje pojęcie zaufania w kontekście relacji lekarz–pacjent wskazując, że zaufanie jest podstawą skutecznej komunikacji, współpracy i przestrzegania zaleceń lekarskich. Doktorantka trafnie akcentuje znaczenie wzajemności – zaufanie nie jest jednostronne, lecz wymaga zaangażowania obu stron. Lekarze muszą ufać pacjentom w zakresie szczerości, przestrzegania zaleceń i odpowiedzialności za własne zdrowie. A pacjenci muszą wierzyć, że lekarz jest osobą kompetentną i uczciwą. W tym fragmencie pracy omówione zostały również czynniki determinujące poziom zaufania, takie jak kompetencje zawodowe, empatia, transparentność oraz wcześniejsze doświadczenia pacjenta.

Ten fragment uważam za bardzo wartościowy został on oparty na bogatym materiale źródłowym obejmującym klasyczne i aktualne koncepcje. Autorka wykazuje się umiejętnością krytycznej analizy i integracji różnych perspektyw. Mocną stroną jest podkreślenie wzajemności zaufania oraz jego roli w modelu opieki zorientowanej na pacjenta.

Kolejna część rozprawy doktorskiej licząca siedem stron dotyczy roli komunikacji w procesie leczenia. Komunikacja przedstawiona jest nie tylko, jako wymiana informacji, ale również jako narzędzie budowania zaufania, wsparcia emocjonalnego i współpracy w ramach modelu opieki zorientowanej na pacjenta. Doktorantka wskazuje, że skuteczna komunikacja lekarza z pacjentem jest jednym z najważniejszych predyktorów satysfakcji z opieki zdrowotnej, przestrzegania zaleceń oraz poprawy stanu zdrowia. Doktorantka zauważa również, że rozmowa oparta na empatii może pełnić funkcję terapeutyczną, redukując lęk i poprawiając dobrostan psychiczny pacjenta. W tym fragmencie doktoratu przedstawione są także różne modele komunikacji – od tradycyjnego paternalistycznego, po model partnerski, oparty na współdecydowaniu. Doktorantka omawia bariery komunikacyjne, takie jak ograniczony czas wizyty, presja systemowa, różnice językowe i kulturowe, a także czynniki po stronie pacjenta (lęk, brak wiedzy, obawa przed zadawaniem pytań). Wskazuje również na konsekwencje nieefektywnej komunikacji – od niezrozumienia zaleceń i błędów w stosowaniu leków, po ryzyko sporów prawnych i wzrost kosztów opieki.

To co warto podkreślić to fakt, że dla Doktorantki komunikacja jest nie tylko elementem relacji, ale również czynnikiem wpływającym na zaufanie, satysfakcję z wizyty i zaangażowanie pacjenta w leczenie.

Jeśli miałbym podać sugestie do tego fragmentu pracy to postulowałbym poruszyć kwestię rozróżnienia pomiędzy komunikacją instrumentalną (związaną z diagnozą) a komunikacją relacyjną (związaną z budowaniem więzi). Ujęcie tych zagadnień mogłoby dodatkowo wzbogacić prowadzone analizy.

Kolejne ustępy rozprawy doktorskiej (7 stron) dotyczą zagadnienia wiarygodności w relacji lekarz – pacjent. Doktorantka w sposób syntetyczny omawia trzy kluczowe czynniki dla wiarygodności lekarza: życzliwość, uczciwość i kompetencje. Zostały one zaczerpnięte z modelu Mayera oraz zaadaptowane w modelu *Doctor–Patient Relationship and Outcome Model* Van den Assema i Dulewicza. Z dokonanego przeglądu literatury wynika, że czynniki te stanowią fundament budowania zaufania w relacji lekarz – pacjenta a percepcja tych cech przez pacjenta wpływa na satysfakcję z opieki, przestrzeganie zaleceń i gotowość do zaangażowania w leczenie.

Ostatni z fragmentów wprowadzenia teoretycznego dotyczy skłonności do zaufania. Doktorantka traktuje tę zmienną jako dyspozycyjną cechę osobowości, która odzwierciedla ogólną tendencję jednostki do ufania innym, niezależnie od kontekstu sytuacyjnego. W kontekście relacji lekarz–pacjent skłonność do zaufania może mieć istotne znaczenie dla przebiegu relacji lekarz pacjent ponieważ wiąże się z początkowym poziomem zaufania wobec lekarza, zanim pacjent uzyska informację o jego kompetencjach. Jak zauważa Doktorantka, skłonność lekarza do zaufania wpływa na jego postrzeganie pacjenta jako wiarygodnego i odpowiedzialnego. Autorka podkreśla, że choć jest to cecha względnie stabilna, jej znaczenie maleje w miarę zdobywania informacji o drugiej stronie – zaufanie zaczyna opierać się na ocenie wiarygodności, a nie na dyspozycji. Uważam, że niezwykle interesujące przypisanie skłonności do zaufania roli moderatora w procesie budowania relacji lekarz–pacjent. Mocną stroną prowadzonych analiz jest uwzględnienie zarówno perspektywy pacjenta, jak i lekarza. Jedyną uwagą może być brak pogłębionej analizy różnic kulturowych, które w literaturze traktowane są jako istotny czynnik kształtujący dyspozycję do zaufania. Uwaga ta nabiera szczególnego znaczenia w związku z faktem, że grupa badanych lekarzy nie była homogeniczna ze względu na narodowość.

Podsumowując, rozprawa doktorska opiera się na modelu *Doctor–Patient Relationship and Outcome Model* autorstwa Van den Assem i Dulewicza. W ujęciu Doktorantki stanowi on punkt wyjścia do zrozumienia zjawisk zachodzących w relacji lekarz–pacjent. Model ten zakłada, że kluczowymi determinantami jakości tej relacji są zaufanie oraz komunikacja, a ich determinantami – czynniki związane z wiarygodnością lekarza (życzliwość, uczciwość i kompetencja). Wynikiem tych procesów są oceny relacji, satysfakcja z wizyty oraz gotowość pacjenta do zaangażowania się w leczenie.

Teoretyczne podstawy pracy są interdyscyplinarne – łączą psychologię zdrowia, socjologię medycyny oraz teorię zaufania. Autorka przyjęła założenie, że relacja lekarz–pacjent jest procesem wzajemnym i dynamicznym, w którym zaufanie i komunikacja pełnią rolę mechanizmów wpływających na efektywność leczenia. Doktorantka rozszerzyła pierwotny model Van den Assem i Dulewicza: (1) wprowadzając perspektywę diadyczną – uwzględniającą ocenę obu stron relacji (lekarza i pacjenta), co pozwala analizować zgodność, asymilację i unikalność interakcji; (2) uwzględniając komunikację jako odrębny konstrukt, zamiast ogólnego „performance” lekarza, co jest zgodne z aktualnymi trendami w badaniach nad medycyną zorientowaną na pacjenta oraz (3) biorącą pod uwagę nowe zmienne wynikowe – chęć pacjenta do zaangażowania się w leczenie i ocenę relacji obok oceny satysfakcji.

Jeśli miałbym sformułować jakąś uwagę do zawartości wprowadzenia teoretycznego, to uważam że zabrakło ogólnego wprowadzenia w problematykę relacji lekarz-pacjent. Doktorantka rozpoczyna swój wywód od prezentacji konkretnego modelu opisującego procesy zachodzące w relacji lekarz-pacjent. W takim ogólnym wprowadzeniu widziałbym też miejsce na przedstawienie specyfiki relacji lekarz-pacjent nawiązywanej w warunkach opieki ambulatoryjnej i szpitalnej. Mam przypuszczenie, że w tych dwóch środowiskach proces tworzenia i utrzymywania relacji może przebiegać odmienne.

Podsumowując analizę części teoretycznej doktoratu uważam, że spełnia ona wymagania stawiane przed pracą doktorską. Jest to dobrze, syntetycznie napisana praca. Sposób prezentacji treści teoretycznych świadczy o rozległej wiedzy Doktorantki dotyczącej badanych zjawisk oraz solidnym przestudiowaniu literatury.

Ocena projektu badań i poprawności przyjętych metod badawczych

Przechodząc do oceny metodologii badań własnych oraz opracowania uzyskanych wyników, na wstępie należy podkreślić odpowiednie kompetencje Pani mgr Marty Adrianny Błaszyk do tworzenia i przeprowadzania projektów badawczych w psychologii zdrowia.

Doktorantka w przygotowanej przez siebie rozprawie doktorskiej zamierzała zrealizować dwa główne cele badawcze określone, jako cel eksploracyjny i confirmacyjny. Cel eksploracyjny badania związany był ze sprawdzeniem trzech poziomów zgodności ocen w relacji lekarz – pacjent określonych jako: (1) konsensus, czyli na ile pacjenci jednego lekarza podobnie oceniają jego cechy (zaufanie, komunikacja, satysfakcja z wizyty, chęć zaangażowania w leczenie), (2) asymilacja, czyli na ile lekarze oceniają swoich pacjentów w sposób spójny (np. poziom zaufania do pacjentów, komunikacja) oraz (3) diadyczna recyprokalność czy w obrębie jednej pary (lekarz–pacjent) występuje zgodność ocen dotyczących zaufania, komunikacji i jakości relacji. Cel confirmacyjny związany był z identyfikacją predyktorów satysfakcji z wizyty, oceny relacji lekarz – pacjent oraz chęci pacjenta do zaangażowania się w leczenie.

W sytuacji tak sformułowanych celów badawczych w rozdziale metodologicznym powinny znaleźć się informacje dotyczące tego: (1) jaki obraz zależności między zmiennymi będzie testowany (model badawczy), (2) jakie szczegółowe pytania mogą zostać sformułowane w oparciu o stworzony model, (3)

jak zmienne będą mierzone oraz (4) jak przebiegały badania i kto w nich uczestniczył? Te cztery elementy wydają się być niezbędne, ponieważ umożliwiają replikację badań innym badaczom. Dodatkowo powinny zostać przedstawione w tej właśnie kolejności, aby zachować logiczny ciąg myślenia.

Strona | 10

Doktorantka przedstawia model badawczy, który będzie weryfikować w przeprowadzonych przez siebie badaniach. Dobór uwzględnionych w nim zmiennych został we właściwy sposób uzasadniony w części teoretycznej pracy. Obraz testowanych w badaniu zależności jasno wynika z zaprezentowanego modelu. Uważam, testowany model za uzasadniony, poprawny i umożliwiający przeprowadzanie zaplanowanych badań.

Realizując swój projekt Doktorantka stawia trzy główne pytania badawcze przedstawione na stronie 51 doktoratu. Są one uzasadnione teoretycznie w świetle koncepcji, na które powołuje się Doktorantka w części teoretycznej. Sformułowane problemy badawcze dotyczące różnych aspektów zgodności ocen dokonywanych przez pacjentów i lekarzy. Później Doktorantka prezentuje osiem hipotez badawczych, z których część dotyczy związków między uwzględnionymi w modelu zmiennymi. Zastanawiam się, dlaczego Doktorantka ograniczyła się do stawiania pytań o zgodność ocen nie stawiając pytań o relacje między konstruktami, pomimo faktu, że część hipotez dotyczy związków zachodzących między zmiennymi? Ponadto uważam, że na etapie stawiania hipotez zabrakło szczegółowego określenia i uzasadnienia, jaki charakter relacji między konstruktami i dlaczego Doktorantka spodziewa się zaobserwować. W mojej opinii istotną kompetencją psychologa jest formułowanie i uzasadnianie, na podstawie założeń teoretycznych, przypuszczeń jakie zależności będą zachodzić między poszczególnymi zmiennymi.

Przeprowadzone przez Doktorantkę badania miały charakter kwestionariuszowy. Wykorzystała Ona powszechnie stosowane w psychologii narzędzia badawcze. Do oceny wiarygodności lekarza użyła *Disposition to Trust & Trusting Beliefs Measure*, mierząc skłonność do zaufania posłużyła się *Propensity*

to *Trust Scale*, szacując zaufanie pacjenta do lekarza wykorzystwała *Trust in Physician Scale*, oceniając zaufanie lekarza do pacjenta skorzystał z *Physician's Trust in Patient Scale* a ocena umiejętności komunikacyjnych lekarza została dokonana przy pomocy *Matched-Pair Instrument (MPI)*. Ponadto Doktorantka stworzyła autorski kwestionariusz do pomiaru efektów relacji (satysfakcja z wizyty, ocena relacji, chęć zaangażowania w leczenie). Metody badawcze zostały dobrane prawidłowo.

Strona | 11

W realizowanym projekcie Pani mgr Marta Adrianna Błaszyk zebrała dane od 221 jeden osób. W skład grupy badawczej wchodziło 18 lekarzy oraz 203 pacjentów. Kryteria włączenia pacjentów zostały jasno określone: wiek powyżej 18 lat, minimum 4 dni hospitalizacji, brak zaburzeń poznawczych. Uważam je za adekwatne ze względu na rozwiązywany problem.

Lekarzami byli medycy pracujący na oddziale chorób wewnętrznych oraz reumatologii posiadający specjalizację bądź będący w trakcie rezydentury. Lekarze stanowili grupę stosunkowo młodą – średni wiek wynosił 32 lata, a średni staż pracy 6,8 roku. Próba lekarzy była zróżnicowana ze względu na narodowość. Przeważali w niej Polacy (16 lekarzy) ale w jej skład wchodził również Ukraińcy (2 osoby). Zastanawiam się, jak fakt nieheterogeniczności próby lekarzy mógł wpłynąć na obraz uzyskanych wyników? Lekarze rezydenci są dopiero na początku swojej drogi zawodowej wypracowując swój indywidualny sposób komunikacji z pacjentem. Natomiast lekarze specjaliści najprawdopodobniej charakteryzują się już utrwalonymi wzorcami komunikacji z pacjentami. Zastanawiam się również nad tym, czy wprowadzenie do próby lekarzy z Ukrainy nie „zanieczyściło” jej różnicami kulturowymi oraz trudnościami z posługiwaniem się językiem polskim, który nie jest dla lekarzy z Ukrainy językiem ojczystym? Ta wątpliwość jest związana również z uwzględnieniem w badaniu skłonności do zaufania, traktowanej jako dyspozycja osobowościowa. Zastanawiam się na ile Polacy i Ukraińcy różnią się tą cechą?

Pacjenci byli grupą zróżnicowaną pod względem wieku (średnia 60 lat, $SD = 18,09$) i statusu społecznego. Prawie połowa pacjentów była na emeryturze, większość pozostawała aktywna zawodowo. Średni czas trwania choroby przewlekłej wynosił 7,5 roku. Pacjenci najczęściej cierpieli na choroby układu krążenia, choroby stawów oraz schorzenia hematologiczne i onkologiczne (14,3%). Każdy pacjent odbył średnio 17 wizyt z tym samym lekarzem, co pozwalało na wielokrotne interakcje w warunkach szpitalnych. W związku z grupą pacjentów dwie kwestie pozostają dla mnie niejasne – być może ta informacja mi umknęła. Otóż ile razy pacjenci wypełniali zestaw kwestionariuszy. Na stronie 60 Doktorantka pisze „*Pacjenci zawsze wypełniali kwestionariusze po porannej wizycie u lekarza prowadzącego, pod warunkiem, że była to ich czwarta lub kolejna wizyta u tego lekarza*”. Czy biorąc pod uwagę liczbę dni, jaką pacjenci spędzili w szpitalu (średnio było to dziewięć dni) mam rozumieć, że uzyskano dane od pacjentów z pięciu pomiarów? Zastanawiam się również, czy biorący udział w badaniu pacjenci znali wcześniej swoich lekarzy prowadzących? Jeśli część z nich znała wcześniej lekarzy a część nie to mógłby być to czynnik zmieniający obraz zaobserwowanych zależności.

Uważam, że dobór uczestników jest adekwatny do celów badania. Zróżnicowanie pacjentów pod względem wieku, wykształcenia i stanu zdrowia oraz młody wiek lekarzy tworzy interesujący kontekst dla analizy relacji lekarz–pacjent w warunkach intensywnej opieki szpitalnej. Wysoka liczba kontaktów w ramach jednej hospitalizacji (średnio prawie 2 wizyty dziennie) sprzyjała ocenie jakości komunikacji i zaufania w ujęciu diadycznym. Mimo heterogeniczności diagnoz, próba dobrze odzwierciedla populację pacjentów oddziałów chorób wewnętrznych.

Oceniając metodologię badań prowadzonych przez Doktorantkę mogę stwierdzić, że nie budzi ona żadnych większych zastrzeżeń. Sposób formułowania problemów, hipotez (choć nie uzasadnionych), operacjonalizacja zmiennych, schemat badań uważam za poprawne.

O staranności w przestrzeganiu standardów etycznych prowadzonych badań świadczy fakt, że realizowany projekt badawczy uzyskał pozytywną akceptację Komisji Etyki Badań Naukowych Wydziału Psychologii Uniwersytetu SWPS.

Przyglądając się strukturze części metodologicznej mogę stwierdzić, że zachowuje ona strukturę pozwalającą zrozumieć i odtworzyć poszczególne etapy procesu badawczego. Uważam, że treści zawarte w rozdziale metodologicznym za spełniające wymagania stawiane rozprawom doktorskim. Dokonany przez Doktorantkę opis pozwala zrozumieć koncepcję badań, pytania, na jakie poszukiwała odpowiedzi (choć chyba nie wszystkie), sposób operacjonalizacji zmiennych oraz przebieg procedury badawczej. Uważam, że sposób przygotowania i przeprowadzenia badań spełnia wymagania stawiane osobom ubiegającym się o stopień doktora.

Rezultaty badań – ocena sposobu prezentacji i ich znaczenia

Doktorantka zanalizowała zebrane dane za pomocą różnorodnych procedur statystycznych. Były one odpowiednio dobrane do problemów badawczych rozwiązywanych w pracy doktorskiej. Analizy zostały przeprowadzone z dużą starannością, bez znaczących niedociągnięć a wyniki przedstawione w sposób przejrzysty.

Doktorantka przeanalizowała zebrane dane za pomocą modelu *One-With-Many* (OWM), który jest zaawansowaną metodą służącą do analizy danych diadycznych, używaną w badaniach relacji interpersonalnych, takich jak relacja lekarz–pacjent. Metoda ta jest oparta na liniowym modelu wielopoziomowym dla danych hierarchicznych. Posłużenie się tak zaawansowaną metodą statystyczną świadczy o wysokiej biegłości Doktorantki w analizie danych.

Jako najważniejsze osiągnięcia Doktorantki traktuję zidentyfikowanie tego, w jaki sposób pacjenci i lekarze spostrzegają siebie nawzajem w opiece szpitalnej

oraz zidentyfikowanie czynników sprzyjających satysfakcji z wizyty oraz gotowości pacjenta do zaangażowania w leczenie.

W zakresie spostrzegania lekarzy przez pacjentów i pacjentów przez lekarzy oraz wzajemnej spójności spostrzegania siebie nawzajem Doktorantka zaobserwowała, że pacjentów charakteryzuje wysoka zgodność w zakresie spostrzegania wiarygodności lekarza (życzliwość, uczciwość, kompetencje) – pacjenci danego lekarza mieli podobne opinie na jego temat. Zaobserwowała również niską zgodność ocen w zakresie zaufania, umiejętności komunikacyjnych, satysfakcji z wizyty i chęci zaangażowania w leczenie.

Strona | 14

W zakresie spostrzegania pacjentów przez lekarzy Doktorantka stwierdziła, że ocena relacji i zaangażowania pacjenta jest silnie zależna od indywidualnej interakcji z pacjentem. Oprócz tego zauważyła, że lekarze mają tendencję do spójnych ocen w zakresie własnych kompetencji komunikacyjnych i ogólnego zaufania do pacjentów. Wyniki te sugerują, że indywidualne interakcje w diadzie (lekarz - pacjent) mają większe znaczenie niż cechy lekarza.

W zakresie spójności spostrzegania relacji została odnotowana zgodność w obrębie pary lekarz–pacjent dla wszystkich badanych konstruktów (najsilniejszą zgodność zaobserwowano między komunikacją i oceną relacji).

W zakresie najważniejszych powiązań między zmiennymi Doktorantka wykazała następujące powiązania: (1) zaufanie i komunikacja są silnie powiązane ze sobą i wzajemnie się wzmacniają, (2) zaufanie i komunikacja pozwalają przewidzieć wyższą satysfakcję z wizyty, lepszą ocenę relacji lekarz–pacjent, większą gotowość pacjenta do zaangażowania w leczenie.

Sposób analizy zebranych danych, prezentację wyników oraz przeprowadzoną dyskusję, uważam za odpowiadającą wymaganiom stawianym rozprawom doktorskim.

Podsumowanie

W pełnienie roli recenzenta wpisane jest poszukiwanie uchybień i niedociągnięć w referowanych tekstach po to, aby Autorka mogła otrzymać informację z zewnątrz, co zrobiła i co mogłaby zrobić inaczej, aby móc krytycznie spojrzeć na własną pracę. Strona | 15

W przypadku rozprawy doktorskiej Pani mgr Marty Adrianny Błaszyk uwag krytycznych jest niewiele, co świadczy o wysokiej jakości prowadzonej przez Nią pracy naukowej.

Z punktu widzenia wymagań stawianych rozprawie doktorskiej, jako kryterium oceny przygotowania Doktorantki do samodzielnego i poprawnego pod względem metodologicznym stawiania i rozwiązywania problemów badawczych w obszarze psychologii, oceniam rozprawę doktorską, jako spełniającą ustawowe warunki ubiegania się o stopień doktora. Zgodnie Ustawą Prawo o Szkolnictwie Wyższym i Nauce z lipca 2018, 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.”* stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego oraz wskazuje na posiadanie wiedzy teoretycznej z obszaru psychologii umożliwiającej poprawnie metodologicznie prowadzenie samodzielnych badań naukowych. W związku z tym wnoszę o dopuszczenie Pani mgr Marty Adrianny Błaszyk do dalszych etapów postępowania doktorskiego.



/dr hab. Michał Ziarko, prof. UAM/