



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY

STUDIUM PSYCHOLOGII ZDROWIA

Warszawa, dnia 29.12.2025

Recenzja rozprawy doktorskiej

mgr Marty Adrianny Błaszyk

wykonanej pod kierunkiem dr hab. Aleksandry Kroemeke, prof. USWPS
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**

Ocena układu rozprawy doktorskiej, w tym informacje o jej poszczególnych częściach składowych

Praca została przygotowana w języku angielskim i ma układ charakterystyczny dla monografii, przy czym sposób ujęcia poszczególnych zagadnień ma charakter oryginalny i w niektórych punktach wykracza poza typowy schemat. Zawiera sześć kluczowych części: Ramy teoretyczne, Luka badawcza, Badanie własne, Metody, Wyniki i Dyskusja, poprzedzone streszczeniami w języku angielskim i polskim i wstępem, a zakończona bibliografią i załącznikami. Część Ramy teoretyczne zawiera omówienie modelu relacji lekarz-pacjent i jej wyników/efektów (*Doctor-Patient Relationship and Outcome Model*) oraz zagadnień specyficznych: zaufanie, komunikacji, czynniki wiarygodności i skłonność do zaufania z punktu widzenia przeglądu definicji i zastosowania w kontekście relacji lekarz-pacjent. Szczególnie ciekawym fragmentem jest część Luka badawcza, w której Doktorantka omawia kwestie niedostatków dotychczasowych badań dotyczących w omawianych aspektach, niewystarczającej liczby badań uwzględniających perspektywę lekarzy i podejście diadyczne, a także specyfikę kontekstu szpitalnego, w którym badania takie są bardzo nieliczne. Również kolejna część badania własne ma szereg walorów poznawczych. Omówiony został zmodyfikowany model relacji lekarz-pacjent i jej wyników/efektów, podejście *one-with-many* (OWM), w tym specyficzne dla tego ujęcia komponenty wariancji (Wykres 3), cele

badania wraz ze schematem ukazującym wszystkie konstrukty badane wśród lekarzy i pacjentów (Wykres 4) i schematem badanych zależności na poziomach indywidualnych i diadycznych (Wykres 5) oraz pytania badawcze i hipotezy badawcze. Rozdział Wyniki ma jasną i spójną strukturę, w której znajduje się prezentacja statystyk opisowych, wyniki dotyczące pytań badawczych i rezultaty weryfikujące hipotezy badawcze. W dyskusji przeanalizowane zostały uzyskane wyniki w świetle istniejących danych literaturowych, omówiono ograniczenia badań i wnioski. W załącznikach przedstawione zostały dane opisowe dotyczące diagnozy badanych pacjentów, zastosowane narzędzia oraz syntetyczna informacja o adaptacji Skali Przekonań o Zaufaniu ŻUK: Życzliwość, Uczciwość i Kompetencje i Skali Skłonności do Ufania. Praca zawarta jest na 135 stronach i zawiera wszystkie niezbędne elementy.

Układ pracy jest czytelny, spójny i wyczerpujący. Zawiera wszystkie niezbędne elementy, we właściwy sposób oddaje tok rozumowania, a tytuły części bardzo dobrze ukazują ich zawartość.

Ocena zastosowanego piśmiennictwa w ramach rozprawy doktorskiej

Wykorzystane piśmiennictwo liczy 272 pozycje, z czego nieco ponad 5% stanowią publikacje z lat 2024-2025. Zdecydowana większość to pozycje anglojęzyczne. Sposób cytowania literatury w tekście nie budzi zastrzeżeń, z pojedynczymi wyjątkami, gdzie zamieszczone są także inicjały imion autorów. Literatura jest obszerna, zróżnicowana i dobrze dobrana.

Wskazanie oraz ocena celu pracy kandydata

Celem rozprawy była weryfikacja teoretycznego modelu relacji lekarz-pacjent i jej wyników/efektów (*Doctor-Patient Relationship and Outcome Model*) w ujęciu diadycznym. W oparciu o dane literaturowe oraz własne przemyślenia, oryginalny model Assema i Dulewicza został zmodyfikowany i to właśnie model autorski był poddany dalszej weryfikacji. Generalnie, model dotyczy trudnego zagadnienia, także ze względu na bardzo silne powiązania między jego składnikami. Doktorantka przedstawiła uzasadnienie leżące u podstaw zmiany modelu, zarówno w kontekście teoretycznym, jak i dopasowania do kontekstu badawczego, czyli warunków hospitalizacji. Jednym z uzasadnień była eliminacja zmiennych, które nie miały charakteru wzajemności. Nie w pełni zgadzam się z tym uzasadnieniem, gdyż w mojej ocenie większość albo wszystkie elementy modelu można zbadać z perspektywy lekarza i pacjenta. Jednym z wyeliminowanych elementów jest nastawienie (orientacja) lekarza w praktyce

klinicznej. Oryginalnie w modelu element ten dotyczy rozróżnienia pomiędzy nastawieniem na lekarza (typowe dla modelu biomedycznego) versus na pacjenta (typowe dla modelu biopsychospołecznego). Można wymienić kilka wskaźników takiego nastawienia lekarza adekwatnych do oceny zarówno przez lekarza, jak i przez pacjenta. Ta zmienna ma bardzo istotne powiązanie z procesem kształcenia i warunkami formowania tożsamości zawodowej lekarzy i jej obecność w modelu mogłaby dostarczyć istotnych danych o „bardziej zewnętrznych” (a potencjalnie modyfikowalnych) czynnikach kształtujących relację lekarz-pacjent. Prosiłabym Doktorantkę o odniesienie się do takiej opcji w konceptualizacji problemu.

W prezentowanej rozprawie, pierwszy obszar badania obejmował analizę trzech poziomów zgodności w ocenach lekarzy i pacjentów: konsensusu (między kilkoma pacjentami leczonymi przez jednego lekarza); asymilacji (w poglądach lekarza dotyczących wielu pacjentów) oraz diadycznej recyprokalności/wzajemności (w obrębie jednej diady między pacjentami a lekarzami). Zgodność ta dotyczyła: 1) zaufania w relacji lekarz-pacjent, 2) umiejętności komunikacyjnych lekarza, 3) satysfakcji z wizyty, 4) ewaluacji relacji lekarz-pacjent oraz 5) chęci pacjenta do zaangażowania się w leczenie. Drugi obszar badania obejmował analizę związków między komunikacją i zaufaniem oraz ich trzema predyktorami: życzliwością, uczciwością i kompetencjami, a także ich rezultatami w postaci: satysfakcji z wizyty lekarskiej, oceny relacji lekarz-pacjent i gotowości pacjenta do zaangażowania się w leczenie, w kontekście relacji lekarz-pacjent.

W aspekcie eksploracyjnym, sformułowane zostały 3 pytania badawcze, a w aspekcie konfirmacyjnym - 20 hipotez w obrębie ośmiu analizowanych zależności. Były to trzy następujące pytania badawcze:

1. Czy pacjenci danego lekarza zgadzają się co do postrzeganego przez siebie poziomu wiarygodności lekarza (życzliwości, uczciwości, kompetencji), zaufania do lekarza, umiejętności komunikacyjnych, satysfakcji z wizyty lekarskiej, oceny relacji lekarz-pacjent oraz zgłaszanego poziomu gotowości pacjenta do podjęcia leczenia (konsensus; Pytanie 1)?
2. Czy lekarze zgłaszają podobny poziom zaufania do umiejętności komunikacyjnych pacjentów, satysfakcji z wizyt lekarskich, oceny relacji lekarz-pacjent oraz gotowości pacjentów do podjęcia leczenia (asymilacja; Pytanie 2)?

3. Czy lekarze i pacjenci zgadzają się w swoich ocenach wiarygodności lekarza (życzliwości, uczciwości, kompetencji), umiejętności komunikacyjnych lekarza, zaufania, satysfakcji z wizyty, oceny relacji lekarz-pacjent oraz gotowości pacjentów do podjęcia leczenia (wzajemność diadyczna; Pytanie 3)?

Przytoczenie pytań ma na celu wyeksponowanie klarowności, spójności i precyzji w formułowaniu celów badania, które zresztą obecne są w całej rozprawie, na każdym etapie opracowania. Przykładowo, konsekwentne wskazywanie trzech składników wiarygodności w poszczególnych momentach jej analizy czy też sygnalizowanie rodzaju analizowanego poziomu zgodności w nawiasie, to niezwykle pomocne strategie, która akcentują istotę zagadnienia i umożliwiają śledzenie toku wywodu. Odzwierciedlają także zaawansowany poziom dyskursu naukowego Doktorantki oraz umiejętność jego prezentacji.

Podsumowując, cele pracy zostały sformułowane w sposób prawidłowy, w precyzyjny sposób ukazujący obszary badania i zakładany proces ich eksploracji w kontekście wykorzystanego modelu teoretycznego.

Wskazanie oraz ocena zastosowanych metod badawczych

W badaniach jednocześnie przeanalizowano perspektywy zarówno hospitalizowanych pacjentów z przewlekłymi chorobami wewnętrznymi (n=203), jak i ich lekarzy prowadzących (n=18) w warunkach szpitalnych. Wykorzystano podejście diadyczne w ujęciu *one-with-many*, opartym na liniowym modelowaniu wielopoziomowym dla danych hierarchicznych (pacjenci zagnieżdżeni w lekarzach). W tabeli 3 na stronach 57-58 zamieszone zostało zestawienie wykorzystanych narzędzi badawczych. W zdecydowanej większości opisane są w sposób właściwy i czytelny, z uwzględnieniem wartości współczynnika rzetelności alfa Cronbacha. W przypadku Kwestionariusza Umiejętności Komunikacji Lekarza z Pacjentem, zważywszy na instrukcję (odniesienie się do właśnie przeprowadzonej konsultacji), sposób sformułowania stwierdzeń i fakt, że był to pomiar jednorazowy, w komentarzach rekomendowałabym termin zachowania komunikacyjne, a nie umiejętności komunikacyjne. Nie mam jasności w kwestii autorskiego kwestionariusza *Doctor-Patient Relationship Outcomes* dla pacjentów i lekarzy. W opisie podano, że wersja dla pacjentów składa się z 5 pozycji, a wersja dla lekarzy z 4 pozycji. W kolumnie pierwszej wskazano, że narzędzie podzielone jest na trzy części: ewaluacja relacji lekarz-pacjent, satysfakcji z wizyty i chęci pacjenta do zaangażowania się w leczenie. O, ile czytelne wydaje się, które

pytania dotyczą ewaluacji relacji lekarz-pacjent i satysfakcji z wizyty, o tyle charakter dwóch pozostałych pytań w wersji dla lekarza i trzech pozostałych w wersji dla pacjenta nie jest jasny. Ponadto, dla każdej wersji podano wartości współczynników *alfa* Cronbacha. Co ten wskaźnik ma ukazać, skoro w analizie wyników wykorzystane są miary szczegółowe np. satysfakcji z wizyty, co wskazywałoby, że są to miary oparte na jednym pytaniu. Prosiłabym Doktorantkę o wyjaśnienie tych niejasności.

Przebieg badania i sposób zbierania danych zostały dokładnie opisane oraz zilustrowane na Schemacie 6 (strona 61). Spośród 25 zaproszonych lekarzy, zgodę wyraziło 18 (co daje 72% wskaźnik zwrotu), a spośród 215 zaproszonych pacjentów, 203 zgodziło się na udział (94%). W obu przypadkach wskaźniki zwrotu są wysoce zadawalające, choć ten wśród lekarzy nieco niższy. Zastanawiam się, czy lekarze mogli wiedzieć, jaki zestaw kwestionariuszy będą wypełniać pacjenci (podana została informacja, że nie znali dokładnego celu badania). Cennym uzupełnieniem dokumentacji byłaby także informacja (np. w załączniku), jaką instrukcję uzyskiwali lekarze na etapie zaproszenia do badania (tę przedłożoną do Komisji Etycznej). Nie ulega wątpliwości, że badanie w naturalnych warunkach szpitalnych jest niezwykle trudne, wymaga znacznego zaangażowania i zagrożone jest licznymi komplikacjami. Tym bardziej, na uznanie zasługuje przeprowadzenie przez Doktorantkę tego typu badania. Niezwykle istotnym elementem tej części pracy jest także opis strategii analitycznej, wraz metodami statystycznymi zastosowanymi w celu odpowiedzi na pytania badawcze i weryfikację hipotez. Opis ten jest czytelny, spójny z poprzednimi i kolejnymi częściami pracy i wskazuje na zaawansowanie statystyczne Doktorantki.

Metody badawcze wykorzystane w pracy zostały dobrane właściwie i adekwatnie do postawionych celów. Charakteryzują się wysokim poziomem zaawansowaniem i unikatowością, nie tylko na tle znanych mi dysertacji doktorskich, ale także na tle literatury światowej.

Ocena części rozprawy doktorskiej dotyczącej omówienia wyników badań

Prezentacja wyników odzwierciedla omówione wcześniej cele badawcze. Na początku przedstawiono statystyki opisowe dotyczące badanych zmiennych wśród lekarzy i pacjentów. Warto zauważyć, że w pozyskanych danych nie było braków, co wskazuje na solidność i skrupulatność Badacza. Ze względu na znaczące powiązania między konstruktami testowanego modelu wskazane byłoby przedstawienie także korelacji dwuzmiennowych dla badanych zmiennych w każdej z grup. O, ile możliwe wydaje się

dość precyzyjne zdefiniowanie poszczególnych konstruktów, co Doktorantka wykazała w części teoretycznej, to ich pomiar może nastroczać już o wiele więcej trudności. Istnieje wysokie prawdopodobieństwo wariancji wspólnej w analizowanych konstruktach i taka analiza pokazałaby uzyskane wyniki w nieco szerszym kontekście, być może wskazałaby na elementy istotne do uwzględnienia w przyszłych badaniach.

Kolejne części poświęcone zostały wynikom dotyczącym pytań i hipotez badawczych. Z perspektywy pacjentów leczonych przez tego samego lekarza, badanie potwierdziło konsensus w ocenach czynników wiarygodności lekarza oraz słaby konsensus dotyczący zaufania, umiejętności komunikacyjnych lekarza oraz ich zmiennych wynikowych. Z perspektywy lekarzy, to do pewnego stopnia podobnie postrzegali oni wszystkich swoich pacjentów w zakresie postrzeganego zaufania do pacjenta, zachowań komunikacyjnych oraz satysfakcji z wizyty. Natomiast brak było zgodności w ich ocenach dotyczących ewaluacji relacji z poszczególnymi pacjentami, a także chęci pacjentów do zaangażowania się w leczenie. Zaobserwowano istotną statystycznie zgodność pomiędzy lekarzami i pacjentami w diadach, dla wszystkich badanych konstruktów.

Ponadto, wyniki potwierdziły występowanie pozytywnych związków pomiędzy zaufaniem a zachowaniami komunikacyjnymi lekarza. Wykazano, że zaufanie i komunikacja stanowią znaczące predyktory dla satysfakcji z wizyty, lepszych ocen relacji lekarz-pacjent oraz chęci pacjenta do zaangażowania się w leczenie. Doktorantka konkluduje, że najważniejszym wynikiem badania jest kluczowa rola unikatowości interakcji w relacjach lekarz pacjent. Jest to wynik wymagający dalszych badań, ale także bardzo obiecujący w kontekście partnerskiego modelu relacji lekarz-pacjent, w którym obie strony są aktywne, choć każda w nieco inny sposób. Jest on zgodny z licznymi obserwacjami i nadal nielicznymi wynikami badań wskazującymi, że efekty unikatowej i dynamicznej relacji człowiek-człowiek wykraczają znacznie poza efekty oczekiwane tylko na podstawie cech jednej i drugiej strony, zwłaszcza, że wszyscy ulegamy podstawowemu błędowi atrybucji i innym błędom poznawczym. W tym kontekście wydaje się, że zaadaptowany model teoretyczny może znaleźć efektywne zastosowanie w dalszych badaniach diadycznych.

Zarówno w kontekście pytań badawczych, jak weryfikacji hipotez badawczych brakuje syntetycznego podsumowania wyników w punktach, analogicznie do treści hipotez sformułowanych na stronach 51-53. W dyskusji Doktorantka konsekwentnie

odnosi się do uzyskanych wyników w relacji do danych literaturowych. Z wnikliwością pochyła się także nad ograniczeniami własnych badań, co wskazuje na umiejętność krytycznej analizy i wyciągania wniosków korygujących. W ramach ograniczeń badania wskazane byłoby także odniesienie do ram teoretycznych badania i wzajemnych zależności między badanymi konstruktami oraz ich konsekwencji metodologicznych. Istotna byłaby ocena, na ile operacjonalizacja zmiennych w postaci zastosowanych narzędzi badawczych dobrze oddaje założenia modelu. W tym kontekście zasadne pozostaje wyjaśnienie kwestii pomiaru zmiennych za pomocą pojedynczego stwierdzenia, wskazanie ewentualnych słabości takiego podejścia. Prosiłabym Doktorantkę o komentarz w powyższej kwestii. Rekomendowałabym także syntetyczne konkluzje z badań w punktach.

Informacje dotyczące praktycznego zastosowania uzyskanych wyników badań

W pracy nie ma odrębnej sekcji dotyczącej praktycznego zastosowania uzyskanych wyników i trudno znaleźć fragmenty, które oddzielnie lub dodatkowo ujmują to zagadnienie. Jednak podjęta tu tematyka ma tak praktyczny charakter, że tak naprawdę w wielu miejscach takie wskazania można dostrzec. Wydają się one czytelne dla osób, które mają do czynienia z zagadnieniem relacji lekarz-pacjent w codziennej praktyce klinicznej i pracy naukowej. Dla dopełnienia tego wymogu formalnego, poprosiłabym Doktorantkę o zaproponowanie kilku przykładów.

Informacja o ewentualnych nieprawidłowościach, które pojawiły się w ocenianej rozprawie doktorskiej

Wskazane przeze mnie przy okazji analizy poszczególnych elementów dysertacji sugestie i zagadnienia do poruszenia w trakcie obrony doktorskiej nie mają charakteru nieprawidłowości, wynikają jedynie z potrzeby pogłębienia lub doprecyzowania niektórych zagadnień. Praca została przygotowana bardzo starannie od strony edytorskiej, a drobne odstępstwa od zwyczajowego sposobu cytowania, nie mają znaczenia dla całościowej oceny.

Ocena czy rozprawa doktorska stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego oraz czy prezentuje ogólną wiedzę teoretyczną kandydata w dyscyplinie albo dyscyplinach oraz umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej lub artystycznej

Stwierdzam, że recenzowana rozprawa doktorska stanowi oryginalne rozwiązanie problemu badawczego, wykazuje wiedzę teoretyczną Doktorantki oraz umiejętność samodzielnego prowadzenie przez Nią pracy naukowej. Na tej podstawie uważam, że praca doktorska mgr 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” wykonana pod kierunkiem Pani prof. dr hab. Aleksandry Kroemeke spełnia warunki określone w art. 187 Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz. 1668 z późn. zm).

W związku z powyższym zwracam się do Rady Naukowej Instytutu Psychologii Uniwersytetu SWPS o dopuszczenie mgr Marty Adrianny Błaszyk do dalszych etapów przewodu doktorskiego, a w związku z wysoką wartością merytoryczną pracy wnioskuję o wyróżnienie pracy.


dr hab. Dorota Włodarczyk