

**Katedra Medycyny Paliatywnej, Instytut Nauk Medycznych
Collegium Medicum, Uniwersytet Zielonogórski
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu
61–245 Poznań, Osiedle Rusa 55, tel./fax: 61 8738 303
E-mail: wojciechleppert@wp.pl**

Poznań, dnia 30.10.2023 r.

Recenzja rozprawy doktorskiej Magister Magdaleny Liberackiej–Dwojak:
„Psycho–społeczne korelaty jakości życia kobiet z rakiem szyjki macicy
przed rozpoczęciem leczenia”

Promotor:

Dr hab. Monika Wiłkość–Dębczyńska, prof. UKW

Bardzo dziękuję Wysokiej Radzie Dyscypliny Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy za możliwość recenzji powyższego dzieła.

Przedstawiona rozprawa doktorska dotyczy niezwykle istotnego problemu, jaki stanowi jakość życia pacjentek z rozpoznaniem raka szyjki macicy. Niewątpliwie, zapewnienie optymalnej jakości życia tej, nadal licznej grupie chorych, stanowi istotny element szeroko rozumianej opieki zapewnianej chorym na nowotwory. Ocena jakości życia chorych i opiekunów stanowi, obok całkowitego usunięcia nowotworu i w konsekwencji zazwyczaj znacznego wydłużenia czasu przeżycia chorych, ostateczny cel podejmowanych interwencji medycznych i wsparcia pozamedycznego, które wpisują się w model całościowej i kompleksowej opieki zapewnianej chorym na nowotwory na różnych etapach choroby.

Rozprawa doktorska liczy 204 strony, składa się ze wstępu i 5 rozdziałów, 56 tabel i 14 rycin, bibliografii obejmującej piśmiennictwo polskie i międzynarodowe. Rozprawę uzupełniają 2 załączniki dotyczące zgody udzielonej przez Komisję Bioetyczną na prowadzenie badań wraz z proponowanymi zmianami i warunkami prowadzenia badania.

Część teoretyczna rozprawy, która liczy 74 strony, obejmuje 4 rozdziały. We Wstępie, Autorka zarysowała uzasadnienie tematu prowadzonego badania, które głównie dotyczyło aspektów seksualnych jakości życia badanych chorych, obok funkcjonowania fizycznego i emocjonalnego. Autorka przedstawiła w tej części rozprawy krótkie omówienie treści poszczególnych rozdziałów, a także miejsce przeprowadzonych badań i grupę badawczą.

W pierwszym rozdziale zatytułowanym „Podstawy teoretyczne badań”, w pierwszym podrozdziale „Rak szyjki macicy”, Autorka omówiła epidemiologię i czynniki zachorowania, diagnostykę, stopnie zaawansowania klinicznego, objawy somatyczne i możliwości leczenia przeciwnowotworowego miejscowego (chirurgię i radioterapię) oraz systemowego (chemioterapię) raka szyjki macicy. W drugim podrozdziale „Komponenty jakości życia” Doktorantka przedstawiła różne koncepcje teoretyczne jakości życia, a w kolejnych punktach wymiary fizyczny, psychiczny (emocjonalny i społeczny) oraz funkcjonowanie seksualne.

Kolejny podrozdział obejmuje przegląd literatury dotyczący jakości życia chorych z rozpoznaniem raka szyjki macicy, którego podsumowanie znalazło się w tabeli 3. W kolejnych częściach podrozdziału omówiono wyniki badań jakości życia chorych z rozpoznaniem raka szyjki macicy dotyczące kolejno funkcjonowania seksualnego (tabela 4), emocjonalnego (tabela 5) i społecznego (tabela 6). W tej części rozprawy, oprócz omówienia wyników przeprowadzonych badań, Autorka dokonuje przeglądu narzędzi badawczych stosowanych do oceny jakości życia u chorych z rozpoznaniem raka szyjki macicy.

Trzeci podrozdział zatytułowany „Stres jako istotna zmienna w radzeniu sobie z chorobą” został poświęcony koncepcji stresu i jego wpływu na funkcjonowanie człowieka w wymiarze fizycznym i psychologicznym. W kolejnej części tego podrozdziału „Radzenie sobie ze stresem w kontekście choroby” Doktorantka omówiła powyższe zagadnienie przedstawiając kolejno transakcyjną koncepcję stresu Lazarus i Folkman, teorię zachowania zasobów Hobfolla, poczucie koherencji Antonovsky’ego i radzenie sobie w kontekście adaptacji do choroby. W kolejnym podrozdziale dokonano przeglądu literatury dotyczącego stresu występującego u chorych z rozpoznaniem raka szyjki macicy, które podsumowano w tabeli 7.

Czwarty podrozdział zatytułowany „Wybrane kompetencje intrapersonalne związane z chorobą” dotyczy zagadnień kompetencji zdrowotnych (podrozdział pierwszy w którym w tabeli 8 przedstawiono macierz kompetencji zdrowotnych) i komunikacji seksualnej. W tym ostatnim podrozdziale wyodrębniono dwa zagadnienia, mianowicie: „Poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej” i „Komunikacja seksualna lekarz – pacjent”. Trzeci podrozdział „Przegląd badań nad kompetencjami zdrowotnymi i komunikacją seksualną w raku szyjki macicy” obejmuje 5 doniesień dotyczących powyższego zagadnienia, które podsumowano w tabeli 9.

Część badawczą rozprawy otwiera rozdział 2 „Metodologia badań własnych”. Podrozdział „Cel badań i jego znaczenie” obejmuje krótkie omówienie zachorowalności na raka szyjki macicy, następnie przedstawiono cele badania, którym była identyfikacja psychoseksualnych korelatów, w związku z komponentami jakości życia kobiet z rozpoznaniem raka szyjki macicy przed rozpoczęciem leczenia przeciwnowotworowego. Cele szczegółowe obejmowały sprawdzenie przyjętego modelu relacji pomiędzy zmiennymi objaśniającymi (poczucie własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, kompetencje zdrowotne), a zmiennymi objaśnianymi (komponenty jakości życia), zmienną mediującą (odczuwany stres) oraz moderującą (komunikacja seksualna lekarz–pacjent), określenie występowania różnic pomiędzy chorymi z rozpoznaniem raka szyjki macicy względem zmiennych socjodemograficznych i medycznych oraz określenie różnic w przyjętym modelu pomiędzy kobietami z rozpoznaniem raka szyjki macicy, a kobietami zdrowymi, a także ocena własności psychometrycznych narzędzi badawczych zaadaptowanych do warunków polskich u kobiet z rozpoznaniem raka szyjki macicy.

W drugim podrozdziale zatytułowanym „Model badań własnych”, przedstawiono model badań własnych.

W trzecim podrozdziale „Problemy, pytania i hipotezy badawcze” Doktorantka przedstawiła 3 problemy badawcze i 7 pytań badawczych, które zebrano w tabeli 10. W odniesieniu do modelu badań, problemów i pytań badawczych, sformułowano 10 hipotez badawczych, w oparciu o dane z literatury, które wraz z ich uzasadnieniem przedstawiono w tabeli 11.

Podrozdział 4 „Organizacja i przebieg badania” przedstawiono powyższe zagadnienia. Badanie wśród kobiet z rozpoznaniem raka szyjki macicy przeprowadzono w Oddziale Klinicznym Brachyterapii i Zakładzie Radioterapii Centrum Onkologii w Bydgoszczy przed rozpoczęciem leczenia przeciwnowotworowego, którym jest radiochemioterapia. Badanie kobiet w grupie kontrolnej przeprowadzono w miejscu wskazanym przez osobę badaną.

W rozdziale 2.5. „Narzędzia badawcze” omówiono stosowane kwestionariusze badanie jakości życia, które obejmowały kwestionariusz Short Form (SF-36), FSFI-6, skalę poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej (SCSES), Europejski kwestionariusz kompetencji zdrowotnych (HLS-EU-Q16) i skalę odczuwanego stresu (PSS-10). Dodatkowo, zastosowano pytania dotyczące komunikacji seksualnej lekarz – pacjent, kwestionariusz osobowy zawierający dane socjodemograficzne i medyczne. W dalszej części podrozdziału omówiono zastosowane narzędzia badawcze. W kolejnym podrozdziale przedstawiono badane zmienne i mediujące oraz moderujące i ich wskaźniki.

W podrozdziale 2.7. „Osoby badane” omówiono kryteria włączenia do badania oraz przedstawiono charakterystykę badanych chorych i kobiet z grupy kontrolnej. Do badania zakwalifikowano chore z rozpoznaniem raka szyjki macicy w stopniu zaawansowania klinicznego IIB i III wg FIGO. Kryterium wykluczającym z badania było leczenie operacyjne nowotworu. Pacjentki były badane przed rozpoczęciem leczenia, do badania zakwalifikowano po 60 pacjentek i 60 kobiet zdrowych (grupa kontrolna) w podobnym wieku (zakres wieku w obydwu badanych grupach kobiet wynosił 35–64 lat).

W rozdziale 2.8. przedstawiono procedury statystyczne.

Wyniki badania przedstawiono w rozdziale 3. Kolejno przedstawiono statystyki opisowe i weryfikację hipotez badawczych. Stwierdzono występowanie zależności pomiędzy poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, a funkcjonowaniem fizycznym, psychicznym i seksualnym, natomiast kompetencje zdrowotne różnicowały jedynie funkcjonowanie seksualne. Odczuwany stres miał umiarkowany, negatywny związek z funkcjonowaniem fizycznym i psychicznym oraz silny negatywny związek z funkcjonowaniem seksualnym.

Model mediacji dla relacji pomiędzy poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, a funkcjonowaniem fizycznym był istotny i wyjaśniał 35% zmienności wyników. Model mediacji dla relacji pomiędzy poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, a funkcjonowaniem psychicznym był istotny i wyjaśniał 26% zmienności wyników. Model mediacji dla relacji pomiędzy poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej, a funkcjonowaniem seksualnym był istotny i wyjaśniał 35% zmienności wyników. Model mediacji dla relacji pomiędzy kompetencjami zdrowotnymi, a funkcjonowaniem fizycznym był istotny i wyjaśniał 12% zmienności wyników. Model mediacji dla relacji pomiędzy kompetencjami zdrowotnymi, a funkcjonowaniem psychicznym był istotny i wyjaśniał 30% zmienności wyników. Model mediacji dla relacji pomiędzy kompetencjami zdrowotnymi, a funkcjonowaniem seksualnym był istotny i wyjaśniał 51% zmienności wyników.

Występowanie komunikacji seksualnej lekarz–pacjent nie było istotnym moderatorem związku pomiędzy poczuciem własnej skuteczności w komunikacji seksualnej oraz kompetencji zdrowotnych, funkcjonowaniem fizycznym, psychicznym i seksualnym.

Zmienne socjodemograficzne nie różnicowały funkcjonowania fizycznego, wykształcenie nie różnicowało funkcjonowania psychicznego jakości życia. Stan cywilny był nieistotny dla funkcjonowania fizycznego i psychicznego, kompetencji zdrowotnych i komunikacji seksualnej lekarz–pacjent. Pozostałe zmienne były istotne. Kobiety mieszkające na wsi i gorzej wykształcone wykazały mniejsze wartości badanych zmiennych. Kobiety młodsze cechowało lepsze funkcjonowanie seksualne i poczucie skuteczności w komunikacji seksualnej, kobiety nie posiadające dzieci wykazywały lepsze funkcjonowanie seksualne.

Występowanie chorób przewlekłych i przebyta menopauza nie różnicowały badanych zmiennych. Kobiety z bardziej zaawansowaną chorobą cechowało gorsze funkcjonowanie fizyczne i psychiczne. Ponadto, kobiety z bardziej zaawansowaną chorobą rzadziej rozmawiały z lekarzem na tematy seksualne. Wiek nie miał związku z badanymi zmiennymi. Zmienne medyczne nie różnicowały poczucia własnej skuteczności w komunikacji seksualnej i kompetencji zdrowotnych.

Przeprowadzono confirmacyjną analizę czynnikową dla sprawdzenia modelu, którą wykonano łącznie dla kobiet chorych i zdrowych, dobrze dopasowany był model uwzględniający podskale badanych zmiennych.

Podsumowanie uzyskanych wyników na tle literatury krajowej i międzynarodowej stanowi rozdział 4. Dyskusja. Oprócz powyższego, w rozdziale znalazły się wypowiedzi kobiet dotyczące ich własnych odczuć związanych z rozpoznaniem raka szyjki macicy. W końcowej części rozdziału przedstawiono ograniczenia i implikacje praktyczne przeprowadzonego badania.

W rozdziale 5 przedstawiono 11 wniosków, spośród których wniosek 7 zawiera 5 dalszych wniosków ujętych w podpunktach.

W tym miejscu chciałbym odnieść się do pewnych niedostatków przedstawionej rozprawy. Dotyczą one głównie nie zawsze trafnych określeń, np. „Do tej pory powstało kilka modeli adresowania potrzeb seksualnych...” (str. 68), „niniejsze badanie prowadzono face-to-face” (str. 160). Kilka cytowanych w tekście pozycji piśmiennictwa nie znalazło się w spisie pozycji w bibliografii.

Pomimo, iż w pierwszym rozdziale Autorka dokonuje prawidłowego podziału radioterapii na teleradioterapię i brachyterapię, w dalszej części tekstu podawana jest brachyterapia i radioterapia, jako dwie odrębne metody leczenia (np. tabela 19). Można jedynie domyślać się, że zamiast radioterapii chodzi o teleradioterapię, która u chorych z nieoperacyjnym rakiem szyjki macicy, stosowana jest jako pierwsza metoda leczenia wraz chemioterapią, następnie pacjentki poddawane są brachyterapii.

Wyprowadzone przez Autorkę wnioski są uogólnione na wszystkie chore z rozpoznaniem raka szyjki macicy, podczas kiedy badanie dotyczyło jedynie chorych ze stopniem zaawansowania IIB i III, w wieku 35–64 lat.

W ostatnim akapicie rozdziału 2.1. (Cel badań i jego znaczenie) Doktorantka rozpoczyna rozważania dotyczące znaczenia przeprowadzonych badań, które raczej należałoby umieścić w podrozdziale 4.8. implikacje praktyczne, będący częścią rozdziału 4. Dyskusja.

Niewątpliwie cenne są cytowane wypowiedzi samych pacjentek, jednak problematyczne jest ich umieszczenie dopiero w rozdziale 4. Dyskusja; wydaje się, że należałoby umieścić je raczej w rozdziale 3. Wyniki. Brak informacji o analizie jakościowej w rozdziale dotyczącym metody badania i uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej w tym zakresie. Załącznik 1 zgody Komisji Bioetycznej (str. 203) nie zawiera dalszej części tekstu.

Chociaż dokonano omówienia poszczególnych narzędzi badawczych, brak przedstawienia kwestionariuszy, co niewątpliwie miałyby również istotny walor poznawczy. W rozprawie stosowane są skróty, które nie zawsze zostały wyjaśnione, co może utrudnić analizę uzyskanych wyników.

Nie jest w pełni przekonująca, moim zdaniem, argumentacja dotycząca braku możliwości powtórzenia pomiaru jakości życia podczas leczenia i po jego zakończeniu, uzasadniana pandemią SARS–COV 2.

Nie znalazłem w rozdziale 3. Wyniki, oceny własności psychometrycznych narzędzi badawczych zaadaptowanych do warunków polskich u kobiet z rozpoznaniem raka szyjki macicy, co stanowiło jeden z celów badania.

W kryteriach kwalifikacji znalazł się stopień zaawansowania powyżej IIA wg FIGO, podczas kiedy wg tabeli 19 nie było kobiet w stopniu IV.

W modelu badań własnych dla jakości życia zmienne medyczne sklasyfikowano, jako zmienne objaśniające uboczne. Wydaje się to dyskusyjne, w świetle wyników badań, które wskazują na istotny wpływ na jakość życia, zwłaszcza stopnia zaawansowania choroby i w konsekwencji występujących objawów oraz pogorszenia funkcjonowania w wymiarze fizycznym, emocjonalnym, społecznym i duchowym.

Po wnioskach następuje podsumowanie badań, które raczej powinno znaleźć się przed wnioskami w podsumowaniu rozdziału 4. Dyskusja.

W rozprawie zabrakło odniesienia do wymiaru duchowego jakości życia, który jest istotny zwłaszcza u chorych na nowotwory.

Powyższe uwagi krytyczne i komentarze, które Doktorantka może rozważyć przed publikacją rozprawy, nie umniejszają wysokiej wartości dzieła, które jest pierwszym tak szerokim opracowaniem dotyczącym spojrzenia na funkcjonowanie seksualne, jako jeden z elementów jakości życia chorych z

rozpoznaniem raka szyjki macicy w okresie przed rozpoczęciem leczenia przeciwnowotworowego (radiochemioterapii). Jak zaznaczono w rozprawie, istotne byłoby wprowadzenie powyższej tematyki problemów seksualnych do rozmów i programów całościowego wsparcia udzielanego chorym na nowotwory, w tym przypadku pacjentkom z rozpoznaniem raka szyjki macicy i ich osobom bliskim, zwłaszcza współmałżonkom i partnerom. Takie programy mogłyby istotnie przyczynić się do poprawy jakości życia chorych i ich rodzin na każdym etapie choroby, od chwili rozpoznania poprzez poszczególne etapy leczenia przeciwnowotworowego, jak również po jego zakończeniu. Zapewnienie wczesnych interwencji psychologicznych może zapobiec, bądź złagodzić, wielowymiarowe problemy we wszystkich wymiarach życia kobiet z rozpoznaniem raka szyjki macicy i ich bliskich, co mogłoby poprawić funkcjonowanie i zmniejszyć niepokój i obawy o przebieg i skuteczność często obciążającego leczenia przeciwnowotworowego z założeniem radykalnym, przekładając się na poprawę jakości życia chorych i ich bliskich. Takie podejście wpisuje się w program prehabilitacji służący optymalnemu przygotowaniu chorych, w tym przypadku kobiet z rozpoznaniem raka szyjki macicy, do leczenia przeciwnowotworowego.

Stwierdzam, iż przedstawione dzieło spełnia wszelkie kryteria prawne stawiane rozprawie doktorskiej, czyli oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, wykazujące teoretyczną wiedzę w dyscyplinie i posiadanie umiejętności samodzielnego prowadzenia badań naukowych, określone w art. 13, ust. 1 ustawy o stopniach i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule naukowym w dziedzinie sztuki z dnia 14 marca 2003 r., Dz. U. 2003, Nr 65, poz. 595 z późn. zm., dlatego mam zaszczyt wnosić do Wysokiej Rady Dziedziny Nauk Społecznych Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy o dopuszczenie Pani Mgr Magdaleny Liberackiej–Dwojak do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Z wyrazami szacunku,

Wojciech Leppert

3733090
Prof. dr hab. n. med. Wojciech Leppert
onkolog - radioterapeuta
Specjalista Onkologii i Szpital
Specjalista Onkologii paliatywnej
Szpital Onkologiczny w Bydgoszczy
ul. Włocławek 1, Bydgoszcz 85-200
tel. 52 227 298