



UNIwersytet Jagielloński
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

Kraków, dn. 24. 07. 2023 r.

Prof. dr hab. n. o zdr. Marta Makara-Studzińska
Kierownik Zakładu Psychologii Zdrowia
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
e-mail: marta.makara-studzinska@uj.edu.pl

Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Mateusza Niemca

pt., *Przystosowanie do choroby nowotworowej a ryzyko wystąpienia depresji u kobiet z rakiem piersi*” na stopień doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowia

Promotor: dr hab. n. med. i n. o zdr. Elżbieta Cipora

Promotor pomocniczy: dr n. o zdr. Krzysztof Jakubowski

Według ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) rak piersi stanowi prawie 12% wszystkich nowotworów na świecie. W roku 2020 zostało zdiagnozowanych 2,3 mln nowych przypadków tego nowotworu, a liczba zgonów wyniosła 685 tys. Pod koniec roku 2020 na świecie żyło prawie 8 milionów kobiet, u których w okresie ostatnich 5 lat wykryty został rak piersi. Najwięcej zachorowań dotyczy kobiet w wieku 55-65 lat, ale nowotwór ten jest także rozpoznawany u młodych kobiet.

Rak piersi w Polsce jest od wielu lat najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym u kobiet. W 2020 roku stanowił niemal $\frac{1}{4}$ wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet. W Polsce, zgodnie z danymi Centrum Onkologii – Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) liczba zachorowań w 2020 roku przekroczyła 24 tys. przypadków i wzrosła w czasie dwóch dekad o około 10 tys. Pacjentki z chorobą nowotworową doświadczają różnych dolegliwości w zakresie stanów psychicznych takich jak: zaburzenia lękowe (panika, zespół stresu pourazowego, fobie) i zaburzenia depresyjne.



UNIwersytet Jagielloński
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

Pacjentka onkologiczna z problemami emocjonalnymi ma możliwość skorzystania z pomocy całego zespołu specjalistów. Współpraca z lekarzem onkologiem, pielęgniarką, psychologiem i psychiatrą, ułatwia szybką, adekwatną interwencje pozwalającą na wypracowanie najlepszej strategii leczenia. Radzenie sobie z chorobą, w tym także przystosowanie stanowi proces złożony, a do tego uwarunkowany wieloma zmiennymi.

W Polsce mało jest aktualnych badań dotyczących analizy procesu przystosowania się do choroby nowotworowej u kobiet z rakiem piersi, stąd też projekt badawczy Doktoranta stanowi cenne uzupełnienie dotychczasowego stanu badań. Autor zaprojektował interesujące badanie, mające na celu ocenę przystosowania do choroby nowotworowej oraz znaczenia poziomu przystosowania psychicznego do choroby i stopnia akceptacji choroby dla ryzyka wystąpienia depresji wśród pacjentek z rozpoznaniem raka piersi.

Rozprawa doktorska liczy 184 strony, zawiera 72 tabele, 27 rycin, spis skrótów, spis tabel i rycin oraz Aneks z wykazem załączników: Zgoda Komisji Bioetycznej przy Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku oraz zastosowane narzędzia badawcze. Rozprawę wieńczy obszernie piśmiennictwo (304 pozycje, w większości pozycje z ostatnich 10 lat) oraz streszczenia pracy w języku polskim i angielskim.

Dysertację opracowano na podstawie analizy dostępnej literatury przedmiotu oraz w oparciu o wyniki przeprowadzonych innowacyjnych badań własnych. Praca ma budowę typową dla prac empirycznych.

Część teoretyczna rozprawy jest obszerna i w pełni umożliwia postawienie szczegółowych pytań i hipotez badawczych, opracowanie założeń o wzajemnych zależnościach oraz wskazuje na kierunki wnioskowania. W tej części Autor *dokonał* charakterystyki czynników ryzyka, objawów i procesu diagnozowania oraz profilaktyki i leczenia raka piersi. W swoich rozważaniach uwzględnił także zagadnienie zaburzeń depresyjnych wraz z opisem postępowania wobec kobiet z rakiem piersi zagrożonych depresją. Ponadto Doktorant wskazał na czynniki mające znaczenie dla procesu przystosowania do choroby nowotworowej.



UNIwersytet Jagielloński
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

Rozważania Doktoranta są merytoryczne, charakteryzują się wnikliwością, szczegółowością oraz świadczy o dużej znajomości omawianej problematyki. Ta część rozprawy doktorskiej napisana jest poprawnie pod względem językowym i co jest niezmiernie ważne w sposób komunikatywny. Wywód teoretyczny jest poprowadzony w sposób logiczny i uporządkowany.

Część empiryczną Doktorant rozpoczął od zaprezentowania metodologii i metodyki swojego projektu badawczego, podając cel i założenia pracy. Opisał także materiał i zastosowane narzędzia badawcze. Dokładnie przedstawił organizację badań własnych.

Głównym celem badań była ocena przystosowania do choroby nowotworowej oraz znaczenia poziomu przystosowania psychicznego do choroby i stopnia akceptacji choroby dla ryzyka wystąpienia depresji wśród pacjentek z rozpoznaniem raka piersi.

Cele szczegółowe, które postawił sobie Doktorant były następujące:

1. Określenie strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową, dominujących w badanej grupie.
2. Ocena stopnia akceptacji choroby przez pacjentki z rakiem piersi.
3. Ocena ryzyka wystąpienia depresji u badanych kobiet.
4. Zdefiniowanie czynników demograficznych, społecznych i medycznych, które mają znaczenie w zakresie przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej, stopnia akceptacji choroby oraz ryzyka rozwoju depresji.
5. Ustalenie związku między przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej, stopniem jej akceptacji i ryzykiem rozwoju depresji wśród kobiet z rakiem piersi.

Problemy badawcze, które postawił sobie Doktorant były następujące:

Problem główny: Jak przedstawia się przystosowanie do choroby nowotworowej i w jakim zakresie przystosowanie psychiczne i stopień akceptacji choroby ma wpływ na ryzyko wystąpienia depresji u kobiet z rakiem piersi?

Problemy szczegółowe:

1. Jakie strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową dominują w badanej grupie?
2. W jakim stopniu badane pacjentki akceptują raka piersi?



UNIwersytet Jagielloński
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

3. Na jakim poziomie kobiety z rakiem piersi narażone są na ryzyko wystąpienia depresji?
4. Jakie czynniki demograficzne, społeczne i medyczne mają wpływ na przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej i stopień akceptacji choroby oraz ryzyko rozwoju depresji w badanej grupie kobiet?
5. Czy zachodzi związek między przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej i stopniem jej akceptacji, a ryzykiem rozwoju depresji wśród kobiet z rakiem piersi?

Hipotezy badawcze, które postawił sobie Doktorant były następujące:

Hipoteza główna: Kobiety z rakiem piersi dobrze przystosowują się do choroby nowotworowej.

Konstruktywne style radzenia sobie z chorobą i wyższy stopień akceptacji choroby nowotworowej zmniejszają ryzyko rozwoju depresji u kobiet z rakiem piersi.

Hipotezy szczegółowe:

1. W badanej grupie dominuje konstruktywny styl zmagania się z chorobą nowotworową. Ponad połowa respondentek stosuje strategie ducha walki i pozytywnego przewartościowania. Wśród badanych są również kobiety, które w zmaganiu się z chorobą przejawiają styl destrukcyjny. Osoby te biernie poddają się chorobie wykazując zaabsorbowanie lękowe oraz beznadziejność.
2. Na aktualnym etapie postępowania terapeutycznego badane pacjentki najczęściej akceptują swoją chorobę w średnim stopniu. Wysoki lub niski stopień akceptacji choroby dotyczy nielicznych badanych.
3. Niemal połowa respondentek wykazuje objawy obniżonego nastroju, występuje u nich depresja o nasileniu umiarkowanym, rzadziej znacznym. U respondentek z konstruktywnym stylem radzenia sobie z chorobą oraz z postawą pozytywnego przewartościowania i ducha walki stwierdza się niskie ryzyko nasilenia objawów depresji.
4. Zmienne opisowe takie jak: wiek, wykształcenie, sytuacja rodzinna, sytuacja ekonomiczna, otrzymane wsparcie, stopień zaawansowania nowotworu, zastosowana metoda leczenia i samoocena aktualnego stanu zdrowia determinują przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej, a także stopień jej akceptacji oraz ryzyko rozwoju depresji w badanej grupie kobiet. Natomiast stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykonywany zawód, źródło utrzymania, czas jaki upłynął od rozpoznania nowotworu nie mają znaczenia w tym zakresie.



UNIwersytet Jagielloński
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

5. Stopień akceptacji choroby warunkuje przystosowanie psychiczne do choroby i odwrotnie. Im wyższy stopień akceptacji, tym lepsze przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej przejawiające się konstruktywnym stylem radzenia sobie z chorobą. Zachodzi związek pomiędzy przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej, stopniem jej akceptacji i ryzykiem rozwoju depresji. Konstruktywny styl radzenia sobie z chorobą i wysoki stopień jej akceptacji zmniejszają ryzyko rozwoju depresji w badanej grupie kobiet z rakiem piersi.

Do badania Doktorant zakwalifikował 560 kobiet z rozpoznaniem raka piersi. Były to pacjentki Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. Ks. Bronisława Markiewicza w Brzozowie, leczone w Poradni Chirurgii Onkologicznej, Oddziale Chirurgii Onkologicznej, Oddziale Onkologii Klinicznej, Oddziale Dziennym Chemioterapii i Hematologii Onkologicznej, Zakładu Radioterapii i Breast Cancer Unity w okresie od 6 listopada 2021 r. do 30 kwietnia 2022 r.

Do analizy statystycznej wyników Doktorant zakwalifikował 522 kompletnie wypełnionych zestawów narzędzi badawczych. Wszystkie uczestniczki badania podejmowały dobrowolną, świadomą decyzję o udziale w badaniu, po uprzednim zapoznaniu się z celami badania. Badania były anonimowe, a każda kobieta przed przystąpieniem do badań wyraziła świadomą zgodę na udział w tych badaniach i przetwarzanie danych osobowych. Całokształt prac związanych z realizacją badań wśród pacjentek był zgodny z przepisami prawa dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz zasadami korzystania z dokumentacji medycznej i zasadami zachowania tajemnicy zawodowej.

Do realizacji projektu badawczego Doktorant wykorzystał metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankiety. Autor dysertacji zastosował cztery narzędzia badawcze: jedno własnego autorstwa Kwestionariusz Ankiety oraz trzy narzędzia standaryzowane:

- Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC),
- Skalę Akceptacji Choroby (AIS),
- Skalę Depresji Becka (BDI).



UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

Do wnioskowania statycznego Doktorant użył metodę testowania hipotezy zerowej. W przypadku porównania dwóch grup (prób) stosowano test t-Studenta. Natomiast, jeśli porównywano więcej niż dwie grupy (próby) korzystano analizę wariancji (ANOVA) z testem post hoc Najmniejszych Istotnych Różnic (NIR) Fishera. Analizę zależności między dwiema zmiennymi porządkowymi lub między zmienną porządkową a ilościową przeprowadzono poprzez wyznaczenie współczynnika korelacji gamma (γ) Kruskala-Goodmana. Dla analizy zależności między dwiema zmiennymi ilościowymi wykorzystano współczynnik korelacji r-Pearsona. W przypadku analizy wpływu kilku zmiennych niezależnych na jedną zmienną zależną wyrażoną na skali ilościowej wykorzystano model liniowej regresji wielorakiej.

Dla każdej zmiennej wyznaczono niestandardyzowany (b) i standaryzowany (β) współczynnik regresji wraz z 95% przedziałem ufności (95% CI). Obliczono także procent wyjaśnionej wariancji zmiennej zależnej poprzez wyznaczenie skorygowanej wartości współczynnika determinacji (R^2). Parametry modelu regresji estymowano metodą najmniejszych kwadratów. Obliczenia wykonano z użyciem pakietu statycznego STATISTICA wersja 13.3. Dla wszystkich analiz weryfikację hipotezy zerowej prowadzono przy założonym poziomie istotności statystycznej $p \leq 0,05$.

Zastosowane przez Doktoranta narzędzia badawcze oraz metodyka badań w ocenie Recenzentki zostały użyte prawidłowo, odpowiednio i adekwatnie. Zastosowane testy analizy statystycznej są poprawne i wskazują na bardzo duże umiejętności Doktoranta w tym obszarze.

W kolejnym rozdziale Doktorant przedstawił swoje wyniki badań. Cel badań, który postawił sobie Doktorant został osiągnięty. Doktorant dokonał oceny przystosowania do choroby i zagrożenia depresją oraz oceny znaczenia stylu, strategii zmagania się z chorobą i jej akceptacji dla ryzyka wystąpienia depresji wśród pacjentek z rozpoznaniem raka piersi. Dokonał także określenia stylu i strategii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej dominujących w badanej grupie, wraz z określeniem stopnia akceptacji choroby oraz ryzykiem wystąpienia depresji u kobiet z rakiem piersi. Ponadto zdefiniował czynniki demograficzne, społeczne i medyczne, które miały istotny wpływ na przystosowanie psychiczne do choroby, stopień akceptacji choroby oraz ryzyko rozwoju depresji. Dodatkowo Doktorant ustalił również



UNIwersytet Jagielloński
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

związki zachodzące pomiędzy przystosowaniem do choroby, stopniem jej akceptacji a ryzykiem rozwoju depresji w badanej grupie kobiet. Średnia wieku respondentek wyniosła 56,42 lata (Mdn = 58,00; SD = 11,70). W badanej grupie dominowały kobiety pozostające w związku małżeńskim (72,8%; N = 380), mieszkanki miast (60,2%; N = 314), ze średnim wykształceniem (43,5%; N = 227), pracujące zawodowo (53,7%; N = 287), deklarujące swoją sytuację ekonomiczną jako dobrą (49,0%; N = 256). U blisko połowy respondentek (49,2%; N = 257) w momencie rozpoznania raka piersi był w stopniu zaawansowania T2, a u 23,0% (N = 120) w stopniu T3. U zdecydowanej większości badanych kobiet (82,4%; N = 430) jako metodę leczenia zastosowano chemioterapię, a 64,7% (N = 338) pacjentek było leczonych chirurgicznie. Przerzuty raka piersi wystąpiły u 39,8% (N = 208) respondentek. Najczęściej występującą reakcją kobiet na rozpoznanie raka piersi była rozpacz i smutek (48,7%; N = 254), natomiast osłabienie i zmęczenie to dolegliwość, zgłaszana przez zdecydowaną większość badanych (80,1%; N = 418). Z porad psychologa/psychoterapeuty skorzystała zaledwie co czwarta kobieta (25,7%; N = 134). W przystosowaniu psychicznym do choroby nowotworowej dominował styl konstruktywny (M = 43,86; MdN = 44,00; SD = 4,56) nad stylem destrukcyjnym (M = 32,86; MdN = 34,00; SD = 7,25).

W stylu konstruktywnym największa grupa respondentek (82,4%; N = 430) osiągnęła poziom przeciętny w skali Mini-MAC, a najmniejsza (3,1%; N = 16) poziom niski. Natomiast w stylu destrukcyjnym poziom przeciętny uzyskało 64,0% (N = 334) kobiet, a najmniej – 1,9% (N = 10) poziom wysoki. Najwyższa średnia została osiągnięta przez respondentki w strategii pozytywnego przewartościowania (M = 22,18; MdN = 22,0; SD = 2,61), niewiele niższa w strategii ducha walki (M = 21,68; MdN = 21,0; SD = 2,88). Natomiast najniższe nasilenie zachowań wystąpiło w strategii bezradność-bez nadzieja (M = 14,62; MdN = 15,0; SD = 4,04), następnie w strategii zaabsorbowanie lękowe (M = 18,24; MdN = 19,0; SD = 3,85). Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej w zakresie stylu destrukcyjnego zależało od: wieku ($p < 0,001$), stanu cywilnego ($p = 0,008$), wykształcenia ($p = 0,005$), źródła utrzymania ($p = 0,013$) i sytuacji ekonomicznej ($p = 0,002$) oraz otrzymanego wsparcia (od męża – $p = 0,001$, od rodziców – $p = 0,001$, od rodzeństwa – $p < 0,001$, od koleżanek/kolegów – $p < 0,001$), czasu od rozpoznania ($p = 0,009$), leczenia chemioterapią ($p = 0,001$), samooceny aktualnego



UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

stanu zdrowia ($p < 0,001$), stopnia akceptacji choroby ($p < 0,001$) oraz nasilenia objawów depresji ($p < 0,001$). W zakresie stylu konstruktywnego przystosowanie do choroby było zdeterminowane przez wsparcie (od męża – $p = 0,014$, od rodzeństwa – $p = 0,003$, od koleżanek/kolegów – $p = 0,044$), samoocenę aktualnego stanu zdrowia ($p < 0,001$), stopień akceptacji choroby ($p < 0,001$) oraz nasilenie objawów depresji ($p = 0,013$). Średnia stopnia akceptacji choroby nowotworowej w skali AIS w badanej grupie kobiet wyniosła 25,15 (MdN = 27,0; SD = 7,94). Najwięcej badanych kobiet osiągnęło przeciętny stopień akceptacji choroby (62,3%; N = 325), znacznie mniej (22,0%; N = 115) niski, a najmniej (15,7%; N = 82) wysoki. Stopień akceptacji choroby zależał od: wieku ($p < 0,001$), wykształcenia ($p = 0,013$), zawodu ($p = 0,044$), źródła utrzymania ($p = 0,044$), stopnia zaawansowania nowotworu ($p < 0,001$), stosowania chemioterapii ($p < 0,001$), otrzymanego wsparcia ($p = 0,013$), samooceny stanu zdrowia ($p < 0,001$), stylu konstruktywnego ($p < 0,001$), stylu destrukcyjnego ($p < 0,001$) oraz nasilenia objawów depresji ($p < 0,001$). Średnia wyniku zagrożenia depresją w skali BDI wyniosła 16,34 (MdN = 16,0; SD = 8,19), przy czym niemal połowa (47,3%; N = 247) respondentek osiągnęła wyniki wskazujące na łagodną depresję, 26,3% (N = 137) wyniki wskazujące na umiarkowaną depresję, a 6,7% (N = 34) wyniki sugerujące ciężką depresję. Zaledwie u co piątej badanej (19,7%; N = 103) uzyskane wyniki świadczyły o braku depresji.

Nasilenie depresji zależało od: wieku ($p = 0,003$), wsparcia od rodziców ($p = 0,001$), wsparcia (od rodzeństwa – $p < 0,001$, od duchownego – $p = 0,010$, z Internetu – $p < 0,001$), czasu jaki upłynął od rozpoznania nowotworu ($p = 0,002$), rodzaju leczenia (chirurgiczne – $p = 0,013$, hormonalne – $p = 0,008$, chemioterapia – $p = 0,001$), samooceny aktualnego stanu zdrowia ($p = 0,003$), akceptacji choroby ($p < 0,001$) oraz od stylu przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej (styl destrukcyjny – $p < 0,001$, styl konstruktywny – $p = 0,013$). Wystąpiła zależność istotna statystycznie pomiędzy akceptacją choroby, a stylami przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej ($p < 0,001$). Kobiety, które radziły sobie z chorobą w sposób konstruktywny miały wyższy stopień jej akceptacji, przy czym akceptacja choroby była w większym stopniu pod wpływem stylu destrukcyjnego, niż konstruktywnego. Stopień akceptacji choroby determinował nasilenie objawów depresji ($p < 0,001$). Gdy wzrastało natężenie objawów depresji, stopień akceptacji choroby obniżał się. U kobiet z wyższym poziomem stylu konstruktywnego



UNIwersytet Jagielloński
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

stwierdzono istotnie mniejsze nasilenie objawów depresji ($p = 0,013$), natomiast u respondentek z wyższym poziomem stylu destrukcyjnego stwierdzono wyższe nasilenie objawów depresji ($p < 0,001$). Stopień akceptacji choroby nie miał wpływu na relację między stylami przystosowania do choroby, a nasileniem depresji. Styl konstruktywny stanowił niezależny czynnik protekcyjny wobec objawów depresji wśród kobiet z rakiem piersi, a styl destrukcyjny był niezależnym czynnikiem sprzyjającym występowaniu objawów depresji.

W ocenie Recenzentki na wyróżnienie zasługuje doskonale referowanie wyników badań oraz wnikliwa analiza statystyczna zgromadzonych danych empirycznych. Doktorant świetnie poradził sobie z bardzo dużą liczbą szczegółowych informacji zawartych w materiale badawczym, które zaprezentował w syntetyczny sposób, co pozwoliło na wykrycie zasadniczych prawidłowości występujących w badanej populacji.

W dyskusji wyników Autor dysertacji odniósł się do wyników innych badań starając się pokazać na ich tle swoje rezultaty. Dyskusja przeprowadzona jest bardzo rzeczowo i dokładnie, co świadczy o dobrym warsztacie naukowym. Literatura przedmiotu, będąca podstawą pracy jest obszerna i aktualna.

Na podstawie analizy wyników badań Doktorant sformułował następujące wnioski:

1. W badanej grupie kobiet z rozpoznaniem raka piersi dominowały strategie pozytywnego przewartościowania i ducha walki składające się na konstruktywny styl zmagania się z chorobą. Strategie te świadczyły o dobrym przystosowaniu psychicznym do choroby nowotworowej. W mniejszym stopniu respondentki przejawiały strategie zaobserwowania lękowego i bezradności-bez nadziei należące do stylu destrukcyjnego.
2. Akceptacja choroby stanowiła istotny element przystosowania do choroby. Średnia wartość ogólnego wskaźnika uzyskanego w skali AIS w badanej grupie kobiet z rakiem piersi świadczyła o przeciętnym stopniu akceptacji choroby. Niski stopień akceptacji choroby dotyczył niemal co piątej, a wysoki co szóstej badanej kobiety. Stwierdzono przewagę kobiet o wysokiej i przeciętnej sumarycznej punktacji w



UNIwersytet Jagielloński
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

- skali AIS w stosunku do kobiet o niskiej punktacji. Im wyższy był stopień akceptacji, tym lepsze przystosowanie do choroby.
3. Kobiety z rakiem piersi w zdecydowanej większości narażone były na ryzyko wystąpienia depresji. Blisko połowa respondentek wykazywała objawy łagodnej depresji, u co czwartej kobiety wystąpiła depresja umiarkowana. W badanej grupie były również respondentki z objawami wskazującymi na ciężką depresję.
 4. Przystosowanie psychiczne do choroby zależało od wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, miejsca, źródła utrzymania respondentek, a także od sytuacji ekonomicznej rodziny, stopnia zaawansowania nowotworu, czasu jaki upłynął od rozpoznania, metody zastosowanego leczenia, otrzymanego wsparcia oraz samooceny aktualnej sytuacji zdrowotnej. Natomiast stopień akceptacji choroby uwarunkowany był wiekiem, wykształceniem, zawodem, źródłem utrzymania, stopniem zaawansowania nowotworu, zastosowaną metodą leczenia, samooceną aktualnego stanu zdrowia, otrzymanym wsparciem. Ryzyko rozwoju depresji zależne było od wieku, czasu jaki upłynął od rozpoznania nowotworu, zastosowanej metody leczenia, samooceny aktualnego stanu zdrowia, otrzymanego wsparcia.
 5. Badane kobiety z rakiem piersi, które stosowały konstruktywny styl radzenia sobie z chorobą nowotworową cechował wyższy stopień jej akceptacji, natomiast te kobiety, które radziły sobie z chorobą w sposób destrukcyjny miały niższy stopień jej akceptacji. Akceptacja choroby nowotworowej była w większym stopniu pod wpływem stylu destrukcyjnego niż konstruktywnego. Stopień akceptacji choroby zmniejszał się wraz ze wzrostem natężenia odczuwanych objawów depresji.
 6. U kobiet z wyższym poziomem stylu konstruktywnego stwierdzono istotnie mniejsze nasilenie objawów depresji. Na relację między stylem konstruktywnym, a nasileniem depresji nie miał wpływu stopień akceptacji choroby. Styl konstruktywny był niezależnym czynnikiem protekcyjnym wobec objawów depresji w grupie kobiet z rakiem piersi. Wśród kobiet z wyższym poziomem stylu destrukcyjnego odnotowano istotnie wyższe nasilenie objawów depresji. Stopień akceptacji choroby nie miał wpływu na relację między stylem destrukcyjnym, a nasileniem objawów depresji. Styl destrukcyjny był niezależnym czynnikiem sprzyjającym występowaniu objawów depresji u kobiet z rozpoznaniem raka piersi objętych badaniem.
 7. Ocena przystosowania, w tym przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej i akceptacji choroby oraz ryzyka wystąpienia depresji u pacjentek z rakiem piersi może stanowić podstawę do planowania interwencji w celu zoptymalizowania reakcji na diagnozę i leczenie w taki sposób, aby



UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

zachować jak najlepsze funkcjonowanie chorych kobiet zarówno w aspekcie psychicznym jak i fizycznym.

Doktorant wskazał też implikacje praktyczne swoich wyników badań:

1. Wyniki badań własnych pozwalają na realną ocenę sytuacji kobiet leczonych z powodu raka piersi w zakresie przystosowania do choroby nowotworowej, nasilenia objawów depresji oraz ustalenie związku pomiędzy tymi zmiennymi. Wyniki te są źródłem wiedzy na temat czynników determinujących stosowanie określonej strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową, a jednocześnie wskazują na konieczność poprawy sytuacji kobiet w tym względzie.
2. Należałoby zwiększyć liczbę etatów psychologów i psychoterapeutów w ośrodkach onkologicznych, a w szczególności w Centrach Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi, oddziałach chirurgii onkologicznej, chemioterapii, radioterapii, medycyny paliatywnej. Ponadto można rozważyć zwiększenie obsad innych profesjonalistów, m.in. lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów tak, aby osoby te mogły poświęcić więcej czasu na bezpośredni kontakt z pacjentkami i ich rodzinami.
3. Należy motywować pacjentki do radzenia sobie z chorobą w sposób konstruktywny, ponieważ takie podejście sprawia, iż proces leczenia ma większe szanse na powodzenie, a w sytuacji skutków ubocznych pacjentki łatwiej radzą sobie z problemami. Kobieta, która w sposób konstruktywny radzi sobie z chorobą, łatwiej koncentruje się na określonym zadaniu i jest pacjentką dobrze współpracującą z zespołem terapeutycznym oraz chętniej aktywnie włącza się w proces leczenia.
4. Wskazane jest prowadzenie dalszych badań na temat przystosowania do choroby i zagrożenia depresją, szczególnie wśród kobiet z rakiem piersi w celu określenia ich sytuacji zdrowotnej i poszukiwania optymalnych strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową, a tym samym poprawy kondycji psychicznej i funkcjonalnej chorych kobiet.



UNIwersytet Jagielloński
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

Jako Recenzentka pragnę podkreślić, iż Doktorant wskazał implikacje praktyczne uzyskanych wyników badań oraz dokonał krytycznej analizy swoich badań, dowodząc świadomości ich ograniczeń. Kolejność rozdziałów jest poprawna. Praca została zredagowana bardzo starannie i poprawnie. Błędy literowe i stylistyczne zdarzały się niezmiernie rzadko. Z formalnego punktu widzenia oceniana rozprawa jest napisana poprawnie. Podstawy teoretyczne, plan badań i jego realizacja nie budzą żadnych zastrzeżeń i wskazują na bardzo duże kompetencje Doktoranta. Należy podkreślić, iż w realizacji programu badań oraz redagowaniu tekstu Autor wykazał się doskonałym rozeznaniem zastanej wiedzy oraz dojrzałością warsztatu badawczego. Badania niewątpliwie były czasochłonne, wymagały pracowitości, dokładności i rzetelności. Zamierzony plan analiz został przeprowadzony konsekwentnie, z wykorzystaniem różnorodnych, zaawansowanych i adekwatnych metod analizy statystycznej, co zostało zaprezentowane w rozprawie doktorskiej.

Podsumowując, rozprawa doktorska Pana mgr Mateusza Niemca pt. „Przystosowanie do choroby nowotworowej a ryzyko wystąpienia depresji u kobiet z rakiem piersi”, spełnia warunki określone w art.190 ust. 2-5 oraz art.191 ust.1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r.o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (t.j. Dz.U. z 2022 poz.574 ze zm.). Dysertacja doktorska spełnia wszelkie wymagania stawiane rozprawom doktorskim, to jest stanowi oryginalne rozwiązanie zagadnienia naukowego oraz dowodzi ogólnej wiedzy teoretycznej i umiejętności samodzielnego tworzenia warsztatu badawczego, dlatego mam zaszczyt przedstawić Wysokiej Radzie Naukowej Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Akademii Kaliskiej wniosek o dopuszczenie mgr Mateusza Niemca do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Prof. dr hab. Marta Makara-Studzińska
specjalista psycholog kliniczny
specjalista zdrowia publicznego