

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Tomasz Dzierżanowski

Klinika Medycyny Paliatywnej

Warszawski Uniwersytet Medyczny

RECENZJA OSIĄGNIĘCIA NAUKOWEGO I DOROBKU NAUKOWEGO
W POSTĘPOWANIU HABILITACYJNYM
DOKTOR NAUK MEDYCZNYCH MAŁGORZATY PASEK

Kandydatka, doktor nauk medycznych Małgorzata Pasek ukończyła studia na Wydziale Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Lublinie, a w 2008 roku obroniła dysertację doktorską pt. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Badania empiryczne kobiet chorujących na raka szyjki macicy leczonych napromienianiem w Centrum Onkologii - Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie i uzyskała stopień naukowy doktora nauk medycznych w dziedzinie biologii medycznej. Spełnia zatem wymóg określony w Art. 219 pkt. 1. ppkt 1) Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz. 1668) dla osób ubiegających się o stopień doktora habilitowanego. Ponadto jest specjalistką w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego i epidemiologicznego. Ukończyła również studia podyplomowe na kierunkach: retoryki, bioetyki, zdrowia publicznego oraz noologoterapii Akademickiego Studium Psychoterapii Integralnej. Jest psychoonkologiem certyfikowanym przez Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne.

Pani dr n. med. Małgorzata Pasek od 21 lat pracuje naukowo i jako nauczyciel akademicki na wyższych uczelniach: Akademii Tarnowskiej, Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego oraz Uniwersytecie Jagiellońskim. Pracowała również w instytucie naukowym - Centrum Onkologii - Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Krakowie, na stanowisku naczelnej pielęgniarki.

Ocena osiągnięcia naukowego

Osiągnięciem naukowym Kandydatki stanowiącym podstawę do wnioskowania o uzyskanie stopnia naukowego doktora habilitowanego, zgodnie z art. 219 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz. 1668) jest cykl powiązanych tematycznie artykułów naukowych opublikowanych w czasopiśmie naukowych pt. Wsparcie społeczne i jego determinanty w chorobie nowotworowej – wielowymiarowe badania empiryczne pacjentów i ich opiekunów nieformalnych. Cykl

ten obejmuje 6 publikacji w języku angielskim w renomowanych czasopismach o zasięgu międzynarodowym, a w pięciu z nich Pani Doktor jest pierwszym autorem:

1. Pasek M., Bazaliński D., Sawicka J.: The need for support among cancer patients - a preliminary study. JBUON 2016; 21(6): 1537-1545, PMID: 28039720
2. Pasek,M.; Suchocka L.; Gąsior K. Model of Social Support for Patients Treated for Cancer. Cancers 2021, 13(19), 4786; <https://doi.org/10.3390/cancers13194786>
3. Dębska G., Pasek M., Wojtyna E.: Does anybody support the supporters? Social support in the cancer patient-caregiver dyad. Family Medicine & Primary Care Review 2017; 10–113.DOI: <https://doi.org/10.5114/fmPCR.2017.67863>
4. Pasek M., Dębska G., Wojtyna E.: Perceived social support and the sense of coherence in patient-caregiver dyad versus acceptance of illness in cancer patients. Journal of Clinical Nursing, Journal of Clinical Nursing, 2017 Dec; 26 (23-24): 4985-4993. doi:10.1111/jocn.13997. Epub 2017 Oct 8. PMID: 2879338
5. Pasek M.; Suchocka L.: A model of social support for a patient-informal caregiver dyad. BioMed Research International Volume 2022, Article ID 4470366, 13 pages <https://doi.org/10.1155/2022/4470366>
6. Pasek M., Goździalska A., Jochymek M., Caruso R. Social Support in a Cancer Patient Informal Caregiver Dyad: A Systematic Scoping Review, Cancers 2023, 15 (6), 1754 <https://doi.org/10.3390/cancers15061754>

Cykl ten jest nie tylko spójnym, ale też logicznym projektem naukowym, w którym kolejne publikacje uzupełniają luki w zakresie wiedzy na temat wsparcia pacjentów i ich opiekunów, a w konsekwencji prowadzą do problemu stworzenia modelu wsparcia dla diady pacjent-opiekun. Poszczególne artykuły stanowią uzupełniające się wzajemnie elementy projektu badawczego i stanowią ściśle powiązaną ze sobą całość o praktycznych implikacjach dla systemu opieki onkologicznej. Celem tego projektu było zidentyfikowanie czynników wpływających na wsparcie społeczne w chorobie nowotworowej dla pacjenta w trakcie leczenia przeciwnowotworowego, jego opiekuna oraz diady pacjent-opiekun. Badania kwestionariuszowe przeprowadzone zostały z wykorzystaniem dostępnych skal zwalidowanych oraz narzędzi autorskich Kandydatki.

Poniżej przedstawiono kluczowe elementy powyższego cyklu publikacji.

Ad 1. W tym wielośrodkowym badaniu z udziałem 321 pacjentów z nowotworem postawiono cztery istotne pytania badawcze: 1) Jakie jest zapotrzebowanie chorych na raka w zakresie wsparcia emocjonalnego, duchowego, informacyjnego, instrumentalnego i materialnego? 2) Jak płeć, wiek i poziom wykształcenia chorych na nowotwory

determinują subiektywny poziom potrzebnego, postrzeganego i otrzymywanego wsparcia? 3) Czy rodzaj leczenia przeciwnowotworowego, czas jego trwania i miejsce odbywania terapii mają wpływ na potrzebę wsparcia, poszukiwania wsparcia i zadowolenia ze wsparcia? 4) Kto stanowi główne źródło wsparcia dla chorych na nowotwór?

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że najczęściej potrzebnymi formami wsparcia były wsparcie emocjonalne i informacyjne. Wiek i płeć nie miały znaczącego wpływu na potrzebę wsparcia i stopień otrzymywanego wsparcia. Jednak osoby do 65 r. ż. wskazywały na wsparcie emocjonalne, mężczyźni i respondenci powyżej 65 r.ż. - informacyjne. Kobiety częściej poszukiwały wsparcia niż mężczyźni. Osoby z wyższym wykształceniem wykazywały najniższe wyniki w zakresie poszukiwania wsparcia. Dostępność wsparcia instrumentalnego uzyskała najniższy wynik, szczególnie wśród osób leczonych na oddziałach chemioterapii dziennej. Rodzaj leczenia onkologicznego nie zmieniał postrzegania wsparcia przez pacjentów. Zatem, niezależnie od cech demograficznych i klinicznych pacjenci z chorobą nowotworową powinni mieć zapewnione wsparcie emocjonalne, informacyjne i instrumentalne. Wsparcie społeczne u pacjentów onkologicznych powinno być badane indywidualnie, a zapotrzebowanie na poszczególne rodzaje wsparcia monitorowane w trakcie całego procesu leczenia.

Ad 2. W tym ciekawym badaniu z udziałem 203 pacjentów z nowotworem, uzyskano 170 kwestionariuszy spełniających kryteria włączenia do analizy. Przedstawiono model wsparcia społecznego dla pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego na podstawie postawionych hipotez:

- Hipoteza 1 (H1). Determinantami postrzeganego dostępnego wsparcia składającego się z postrzeganego wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego są pozytywna orientacja i brak negatywnych stanów emocjonalnych w procesie leczenia.
- Hipoteza 2 (H2). Na potrzebę i poszukiwanie wsparcia przez respondentów wpływa ogólna potrzeba pomocy, brak skrajnych negatywnych emocji (takich jak złość) oraz otwartość w strukturze osobowości.
- Hipoteza 3 (H3). Wyznacznikami aktualnie otrzymywanego wsparcia są: pozytywna orientacja, otwartość, samoocena i brak poczucia wykluczenia.
- Hipoteza 4 (H4). Potrzeba ochronnego wsparcia buforującego u badanych pacjentów jest uwarunkowana poczuciem alienacji i wykluczenia z powodu choroby oraz brakiem otwartości na doświadczenia życiowe.

- Hipoteza 5 (H5). Na ogólne poczucie wsparcia w trakcie leczenia choroby nowotworowej ma wpływ postawa pacjentów, struktura osobowości i ogólny stan zdrowia.

Uzyskane wyniki pozwoliły na pozytywną weryfikację powyższych hipotez badawczych. Badani pacjenci, którzy cechowali się pozytywnym przekonaniem o sobie oraz doświadczający satysfakcji z życia mimo różnych sytuacji trudnych, bardziej dostrzegali udzielanego im emocjonalnego oraz instrumentalnego wsparcia społecznego. W sytuacji leczenia przeciwnowotworowego pacjenci, którzy wykazywali potrzebę pomocy oraz nie doświadczali negatywnych emocji, charakteryzowali się wzmożonym zapotrzebowaniem na wsparcie. Chorzy, przywiązujący wagę do pozytywnych aspektów życia, nie doświadczali alienacji społecznej w procesie leczenia i bardziej zauważali aktualnie udzielane im wsparcie o charakterze instrumentalnym, informacyjnym oraz odczuwali zadowolenie z tego wsparcia. Na udzielane wsparcie emocjonalne wpływała pozytywna samoocena. Jeżeli w sytuacji leczenia przeciwnowotworowego chorzy doświadczali poczucia wykluczenia społecznego, charakteryzowali się brakiem otwartości na doświadczenia, reagowali lękiem i niepewnością, to wykazywali szczególną potrzebę wsparcia buforująco-ochronnego. Na stopień doznawanego wsparcia u badanych wpływała postawa pacjenta uwarunkowana m.in. cechami osobowości (otwartość, optymizm, nastawienie na drugiego człowieka, wytrwałość w dążeniu do celu, stabilność i dojrzałość emocjonalna) oraz subiektywnie oceniany stan zdrowia, na który wpływało poczucie kontroli doświadczanego stresu i niepokoju, brak poczucia izolacji społecznej i straty, kontrola negatywnych emocji oraz potrzeba i otwartość na pomoc od innych. Wyniki tego badania powinny być uwzględnione podczas opracowywania wielowymiarowych form udzielania wsparcia, jako element kompleksowej opieki onkologicznej.

Ad 3. O ile dwie poprzednie publikacje dotyczą wsparcia pacjenta, to niniejsze przekrojowe badanie przeprowadzone w dwóch ośrodkach w Polsce miało na celu oszacowanie stopnia i źródeł wsparcia dostępnego dla pacjentów i ich bliskich (diady). W badaniu wzięły udział 193 pary pacjent-opiekun.

Pacjenci chorzy na raka częściej postrzegali i otrzymywali wsparcie społeczne oraz zidentyfikowali więcej źródeł dostępnego wsparcia niż ich opiekunowie. Opiekunowie-partnerzy i opiekunowie-dzieci prezentowali wyższy stopień postrzeganego wsparcia niż opiekunowie-rodzeństwo i opiekunowie-rodzice.

Opiekunowie otrzymywali mniejsze wsparcie od personelu medycznego niż pacjenci. Autorzy badania wykazali rozbieżność między stopniem wsparcia społecznego wśród pacjentów i ich opiekunów i konieczność dalszych badań nad diadą pacjent-opiekun, szczególnie w odniesieniu do konsekwencji dla jakości życia całej rodziny. Jednocześnie zaproponowali, że w związku z deficytem wsparcia dla opiekunów ze strony onkologów, lekarze rodzinni mogą stanowić cenne źródło wsparcia, zwłaszcza emocjonalnego i informacyjnego.

Ad 4. Konsekwentnym uzupełnieniem omówionego powyżej badania jest kolejna publikacja, mająca na celu analizę wzajemnego powiązania między wsparciem postrzeganym i poczuciem koherencji u opiekunów, wsparciem postrzeganym, poczuciem koherencji a akceptacją choroby u pacjentów onkologicznych. Badacze wysunęli hipotezę, że wsparcie postrzegane i poczucie koherencji, zarówno u opiekunów, jak i pacjentów onkologicznych, korelują pozytywnie z akceptacją choroby przez pacjenta. Wobec powyższego do tego dwuśrodkowego badania włączono 80 diad opiekun-chory w trakcie leczenia onkologicznego, przy czym - słusznie - zawężono kryteria włączenia do opiekunów po ukończeniu okresu wczesnej dorosłości (35 r.ż.) oraz chorych do okresu 3-12 miesięcy terapii onkologicznej. Podsumowując kluczowe wyniki, w porównaniu z pacjentami chorymi na raka, ich opiekunowie wykazywali znacząco niższy poziom postrzeganego wsparcia społecznego i słabsze poczucie koherencji. Poczucie koherencji u opiekunów i pacjentów było determinowane przez ich postrzegane stopnie wsparcia. Związek postrzeganego wsparcia społecznego z akceptacją choroby jest całkowicie mediowany przez poczucie koherencji chorego. Poczucie koherencji u opiekunów okazało się kluczowym zasobem wpływającym na akceptację choroby przez chorych na raka, zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio, poprzez postrzegane przez nich wsparcie społeczne i poczucie koherencji. Poczucie koherencji opiekuna, zależne od stopnia postrzeganego przez niego wsparcia jest kluczowym zasobem w kształtowaniu się akceptacji choroby przez chorego. Autorzy pracy wyciągają praktyczny wniosek, że większe wsparcie oferowane opiekunom może znacząco wzmocnić poczucie koherencji u opiekunów i pacjentów onkologicznych, a tym samym może poprawić funkcjonowanie diady pacjent-opiekun w sytuacji choroby nowotworowej. Warto podkreślić, że także w innych badaniach Kandydatka wykazała, że opiekunowie otrzymują tego wsparcia (każdego typu, także od personelu medycznego) mniej i wskazują mniej jego źródeł. Wydaje się więc, że osią całego projektu badawczego kandydatki jest stwierdzenie: „Warto zatem uwzględnić w pracy z chorymi onkologicznie konieczność objęcia

interwencją także opiekunów, a w czasie tych oddziaływań zwrócić uwagę na potrzebę dbania o wzmacnianie sieci wsparcia opiekunów i umożliwienie im przez chorego korzystania z tej sieci. Wprowadzenie do tej sieci personelu medycznego może poprawić funkcjonowanie rodziny z problemem nowotworowym”. W moim odczuciu stanowiłoby to zmianę paradygmatu opieki onkologicznej i mogłoby istotnie poprawić jej jakość.

Ad 5. Na podstawie przeprowadzonych przez siebie wcześniej wyników, Kandydatka stworzyła teoretyczny model wsparcia społecznego, na który składały się następujące zmienne niezależne kontrolowane:

- a. struktura osobowości wyrażona przez ekstrawersję, ugodowość, sumienność, stabilność emocji, otwartość na doświadczanie oraz globalną samoocenę,
- b. przeżywane emocje uwidocznione przez skalę doznawanego bólu społecznego (niesprawiedliwość, wykluczenie, strata), stanu emocjonalnego (stres, niepokój, depresja, złość, strata) oraz afekt uczuć (pozytywnych i negatywnych),
- c. postawa w procesie leczenia: stan zadowolenia i optymizmu, troska wobec siebie, samowspółczucie, potrzeba pomocy,
- d. stan pacjenta, badany w skali doznawanego bólu społecznego i stanu emocjonalnego.

Ponadto poczucie wsparcia społecznego w diadzie pacjent-opiekun może zależeć od zmiennych pośredniczących, takich jak płeć, wiek, wykształcenie itp. Poczucie to może przejawiać się poprzez następujące zmienne:

1. spostrzegane wsparcie emocjonalne i instrumentalne,
- 2, zapotrzebowanie na wsparcie,
3. poszukiwanie wsparcia,
4. aktualnie otrzymywane wsparcie emocjonalne, instrumentalne, informacyjne,
5. wsparcie buforująco-ochronne.

W celu sprawdzenia tego konstruktu przeprowadzono wielośrodkowe przekrojowe badanie w szpitalach onkologicznych, z udziałem 203 diad, z których ostatecznie zakwalifikowano 170 jako spełniające kryteria włączenia do analizy. Pacjenci i opiekunowie w podobnym stopniu doświadczali niesprawiedliwości, wykluczenia i poczucia straty. Opiekunowie w stopniu istotnie niższym niż pacjenci deklarowali aktualnie otrzymywane wsparcie, wsparcie emocjonalne i ogólne otrzymywane wsparcie buforujące. Jakość funkcjonowania i dobrostan psychiczny pacjentów okazał się zależny bezpośrednio od sposobu, w jaki ich opiekunowie doświadczają sytuacji opieki nad nimi.

Stany opiekunów, zarówno negatywne, jak i pozytywne, wpływając na stan pacjentów, mogą wpływać na przebieg leczenia i przyczyniać się do poprawy stanu zdrowia chorych lub ją opóźniać. Subiektywne poczucie wsparcia u pacjentów w trakcie leczenia zależy od potrzeby pomocy, która jest okazywana ich opiekunom. Poczucie wsparcia jest oceną subiektywną i może być nieproporcjonalne do otrzymywanego czy udzielanego wsparcia. Z powyższych wypływa wniosek, że zarówno pacjent, jak i jego bliscy powinni być otoczeni opieką podczas procesu leczenia, w szczególności w zakresie ochronnego wsparcia buforującego, które pozwoli im przezwyciężyć trudności związane ze stresem, lękiem i niepewnością, osłabiając w ten sposób ich negatywne skutki.

Ad 6. Ostatnią publikacją w cyklu jest przegląd narracyjny, spinający całość badanego problemu wsparcia społecznego, na podstawie najświeższej literatury (2012-2022). Podkreśla on rolę wsparcia społecznego w diadach pacjenta poddawanego leczeniu onkologicznemu i jego opiekuna. Biorąc pod uwagę znaczenie opiekunów w ścieżce onkologicznej pacjentów onkologicznych, kluczowe jest zapewnienie im wsparcia w przezwyciężaniu trudności związanych ze stresem, lękiem i zagrożeniami. Autorzy konkludują, że podejście oparte na diadach może stać się kluczowym elementem opieki onkologicznej, a opiekunowie są niezbędni zarówno jako dostawcy, jak i odbiorcy opieki. Podkreślają, że wsparcie społeczne działa najlepiej w diadach i wiąże się z poprawą jakości życia, nadzieją i odpornością. Działania w zakresie wsparcia społecznego skoncentrowane na diadach mogą być ważnym elementem w opracowywaniu strategii opieki przez instytucje krajowe. Autorzy zaznaczają jednocześnie, że interwencje wsparcia społecznego, były często niedostatecznie opisywane lub oceniane, zatem potrzeba dalszych badań na większych próbach, uwzględniających różne etapy ścieżki onkologicznej, od diagnozy do wyzdrowienia, aby dokładniej ocenić wpływ interwencji wsparcia społecznego na diadę.

Podsumowując osiągnięcie naukowe Kandydatki, jest ono konsekwentnym i logicznym projektem, który dostarczył dowodów kluczowych dla konieczności wsparcia społecznego zarówno dla pacjenta podczas leczenia onkologicznego, jak i jego opiekuna. Wsparcie to powinno być dopasowane do ich indywidualnych potrzeb, aby mogło być skuteczne. Na podstawie uzyskanych obserwacji i wyników, Kandydatka postuluje zredefiniowanie roli i kompetencji członków zespołu interdyscyplinarnego opiekującego się chorym, w szczególności poprzez rozszerzenie prerogatyw pielęgniarki specjalistki o samodzielnie wypełniane obowiązki w zakresie opieki onkologicznej od przygotowania do leczenia, aż do wsparcia po zakończeniu terapii przyczynowej. Osiągnięcie naukowe

spełnia wymóg określony w Art. 219 pkt. 1. ppkt 2) Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz. 1668) dla osób ubiegających się o stopień doktora habilitowanego.

Ocena dorobku naukowego, osiągnięć dydaktycznych oraz organizacyjnych

Kandydatka spełnia wymóg określony w Art. 219 pkt. 1. ppkt 3) Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz. 1668) dla osób ubiegających się o stopień doktora habilitowanego. Wykazuje się rozległą działalnością naukową, realizowaną w wielu uczelniach w Polsce i za granicą, w tym w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, Katolickim Uniwersytecie w Ružomberku (Słowacja), Krakowskiej Akademii im. A. F. Modrzewskiego. Większość z prowadzonych w tych uczelniach kursów miało charakter autorski. Uczestniczyła w ponad 120 konferencjach krajowych i międzynarodowych, w tym w pięciu udział czynny dotyczył przedmiotu osiągnięcia naukowego opisanego powyżej. Kandydatka była promotorem 145 prac licencjackich i 62 magisterskich oraz recenzentem blisko 140 prac licencjackich i magisterskich. Kierowała, organizowała lub współprowadziła liczne kursy specjalizacyjne i konferencje naukowe. Zasiadała w komisjach egzaminacyjnych, bioetycznych, akredytacyjnych i innych.

Zainteresowania naukowe Kandydatki są szerokie i znacznie wykraczają poza problem wsparcia społecznego będący przedmiotem cyklu osiągnięcia habilitacyjnego. Jest ona pierwszą autorką lub współautorką ponad dwudziestu publikacji z zakresu jakości życia chorych w opiece onkologicznej oraz chorujących na inne choroby. Zajmowała się także badaniem stylu życia i zachowań zdrowotnych, wśród osób chorych, narażonych na zachorowanie, a także zdrowych, w tym w aspekcie profilaktyki przeciwnowotworowej, z dorobkiem ponad dwudziestu publikacji naukowych. Opublikowała podobną liczbę artykułów na temat kompetencji, zadań i obciążenia pielęgniarek różnych specjalności. Kandydatka jest też autorką publikacji popularnonaukowych.

Podsumowanie

Pani dr n. med. Małgorzata Pasek jest badaczem i dydaktykiem o rozległym dorobku dydaktycznym, naukowym i popularyzatorskim. Dorobek naukowy jest znacznym wkładem w rozwój opieki onkologicznej i ma charakter praktyczny, wymierny - może stanowić podstawę do wyznaczenia standardu wsparcia dla rodzin dotkniętych chorobą nowotworową i zmianę paradygmatu z opieki skupionej na chorobie pacjenta na opiekę

skupioną na chorym i jego bliskich. Kandydatka konsekwentnie badała poszczególne aspekty jakości życia chorych poddawanych terapii onkologicznej i zaproponowała nowatorski poparty badaniem model wsparcia społecznego dla diady pacjent-opiekun.

Stwierdzam, że Kandydatka spełnia kryteria określone w Art. 219 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz U. 2018 poz 1668) dla osób ubiegających się o stopień doktora habilitowanego. Wnoszę o dopuszczenie Pani dr n. med. Małgorzaty Pasek do dalszych etapów postępowania w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauk o zdrowiu.

Warszawa, dnia 1.01.2024 r.

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Tomasz Dzierżanowski