



25 lutego 2026, Wrocław

Opinia dotycząca osiągnięć naukowych i dorobku naukowego

Pani dr Karoliny Osowieckiej

**opracowana w ramach postępowania o nadanie stopnia doktora habilitowanego
w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki o zdrowiu**

1. Kariera naukowa i stopnie naukowe

Kandydatka uzyskała stopień magistra biotechnologii w 2010 r. w Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim. Stopień doktora nauk o zdrowiu uzyskała w Śląskim Uniwersytecie Medycznym (rok 2016). Po uzyskaniu stopnia doktora pracowała jako adiunkt w Katedrze Zdrowia Publicznego, Epidemiologii i Mikrobiologii, a następnie w Katedrze Psychologii i Socjologii Zdrowia oraz Zdrowia Publicznego, w Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie.

Kandydatka w pełni spełnia przesłankę o posiadaniu stopnia doktora.

2. Ocena dorobku naukowego

2.1. Liczbowa ocena dorobku

Kandydatka opublikowała znaczącą liczbę prac badawczych; przykładowo w okresie po doktoracie ukazało się 7 tekstów włączonych do osiągnięcia naukowego oraz 53 inne teksty, wśród których dominują prace oryginalne (w sumie po doktoracie opublikowano 47 prac oryginalnych).

Kumulatywny *impact factor* publikacji wynosi 91,3. Ogólna liczba cytowań publikacji Kandydatki jest stosunkowo niska i wynosi ona 253/233 bez autocytowań wg Scopus. Prace włączone



w osiągnięciu Kandydatki są umiarkowanie cytowane, przykładowo Osowiecka, Środa i in. (2020) była cytowana 14 razy, a Osowiecka, Kieszowska-Grudny i in. (2022) była cytowana 7 razy.

Znacząca część impaktowanych publikacji anglojęzycznych została wydana w czasopismach o niskiej lub umiarkowanej/niskiej renomie międzynarodowej. Dodatkowo znacząca część z nich ukazała się w tzw. wydawnictwach drapieżnych. Przykładowo w skład osiągnięcia wchodzi prace opublikowane w: *Cancers* (MDPI) i 2 prace w *International Journal of Environmental Research and Public Health* (MDPI). Problemy i wątpliwości związane z tym wydawnictwem są znane w środowisku akademickim co najmniej od 2018 roku. Znacząca część publikacji w dorobku towarzyszącym również została wydana w czasopismach o umiarkowanej/niskiej międzynarodowej renomie, takich jak *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *Journal Clinical Medicine*, *Medicina* czy *Cancers* (wszystkie wydawane przez MDPI). Skorzystanie z czasopism o wysokiej renomie, znanych z przestrzegania zasad wysokiej jakości procesów recenzyjnych i edytorskich, wpłynęłoby zapewne na podwyższenie jakości publikowanych prac, a przez to na lepszą ich rozpoznawalność i cytowania.

Oceniając dorobek w zakresie liczby publikacji, ich zasięgu, cytowań, a także roli Kandydatki w ich powstaniu, należy stwierdzić, że w tym zakresie dorobek jest adekwatny dla kandydatów do stopnia doktora habilitowanego. Jednocześnie warto podkreślić, iż wybór czasopism, w których ukazały się publikacje, jest nieoptymalny, a częsty wybór wydawnictw drapieżnych lub tych z pogranicza drapieżnych (*Frontiers*), nie jest optymalny.

2.2. Ocena osiągnięcia naukowego i jego wkładu/znaczenia dla rozwoju dyscypliny

W skład osiowego osiągnięcia naukowego, wskazanego przez Kandydatkę jako podstawa ubiegania się o stopień doktora habilitowanego, wchodzi cykl 7 publikacji. Wiodący wkład Kandydatki jest dobrze udokumentowany. Poniżej przedstawiam merytoryczną analizę wskazanego cyklu publikacji.

Publikacja Osowiecka, Środa Saied i in. (*IJERPH*, 2020) jest eksploracją potrzeb niemedycejskich „psychologicznych, społecznych i duchowych”, w tym „wsparcia społecznego” oraz



potrzeb „organizacyjnych” wśród pacjentów z chorobą nowotworową. Niestety, praca nie odwołuje się do żadnej z koncepcji wsparcia społecznego oraz nie korzysta z dorobku badań nad wsparciem społecznym w chorobie nowotworowej. Kwestionariusz do pomiaru wsparcia społecznego został skonstruowany dla celów badań, jednak zupełnie nie wiadomo, jakie zmienne za pomocą tego kwestionariusza były mierzone. W wynikach wskazano, iż analizowano „wsparcie jakiego pacjenci potrzebują” oraz „wsparcie jakie pacjenci uzyskują”. Niestety nie wiadomo, jak zapotrzebowanie na wsparcie i uzyskiwane wsparcie zostało zdefiniowane. Pomiar „wsparcia społecznego” zaprezentowany w suplemencie odbiega od jakichkolwiek miar wsparcia społecznego wykorzystywanych w badaniach (typu mainstream) z ostatnich 15 lat. Przykładowo, standardowo mierzy się typy wsparcia (emocjonalne, praktyczne, oceniające, informacyjne). Sformułowane w kwestionariuszu pytania nie odnoszą się do żadnego z tych typów. Druga oś wykorzystywana w badaniach światowych, charakteryzująca aspekty wsparcia społecznego, to jego rodzaje: spostrzegane, otrzymywane, dostarczane, satysfakcja, zapotrzebowanie, sieć wsparcia. Według załączonego kwestionariusza w pojedynczym pytaniu mierzono zarówno zapotrzebowanie jak i otrzymywane wsparcie. Według istniejących modeli wsparcia społecznego i dotychczasowych badań te dwa konstrukty operują inaczej i wywierają inne efekty na wskaźniki zdrowia. W badaniach mogą być słabo lub umiarkowanie skorelowane (to, na co pacjenci mają zapotrzebowanie, jest inne niż to, co otrzymują). Połączenie wsparcia otrzymywanego i zapotrzebowania w jednym pytaniu nie daje możliwości rzetelnej i trafnej oceny ani zapotrzebowania na wsparcie, ani otrzymywanego wsparcia. Dodatkowo, odpowiedzi w kwestionariuszu są nominalne (yes-no) i nie pozwalają na ocenę nasilenia zapotrzebowania, a z punktu widzenia analiz statystycznych prowadzą do obniżania wariancji wyników. W pomiarze nie uwzględniono również kluczowego źródła wsparcia, jakim są lekarze i pielęgniarki. Nie jest jasne dlaczego.

Kolejnym problemem jest bardzo ogólne traktowanie okresu diagnozy i leczenia – bez uwzględnienia trajektorii zmian i wahań w zakresie psychospołecznych i innych potrzeb pozamedycznych w okresie między diagnozą a pełną remisją (lub śmiercią pacjenta). Dotychczasowe badania wskazują, iż inne źródła i rodzaje wsparcia mogą być kluczowe w okresie diagnozy, inne w pierwszym tygodniu leczenia (w szczególności – okres po leczeniu chirurgicznym), inne w okresie



pierwszego miesiąca, a jeszcze inne w pół roku po diagnozie (albo np. w czasie hormonoterapii/fizjoterapii). Zamiast starannej oceny tego, co było udzielane, w jakim stopniu i w jakim okresie adaptacji po diagnozie choroby nowotworowej, uzyskano jedynie niezwykle ogólny obraz z nominalną (skategoryzowaną jako 1 vs 0) informacją o skombinowanym konstrukcie, który może dotyczyć zapotrzebowania na wsparcie i otrzymywanego wsparcia. Innymi słowy nie wiadomo co mierzono i mierzono to bardzo nieprecyzyjnie.

Z innych badań wiemy, iż wskaźniki satysfakcji, zapotrzebowania oraz spostrzeganego i otrzymywanego wsparcia oddziałują inaczej (inne są mechanizmy i inna może być także wielkość efektu). Nie są to różnice trywialne, a więc całkowity brak jasności dotyczący tego, jakie konstrukty były badane, jest znaczącym problemem. Zastosowaną strategię porównałabym do badania „komórek układu immunologicznego” – bez wskazania jakie komórki się bada i jak przeprowadzano pomiar.

Rozwój badań i teorii w zakresie wsparcia społecznego (charakterystyk tej zmiennej, mechanizmów jej oddziaływania) został, zdaniem recenzentki, całkowicie pominięty w przygotowaniu podstaw badania, formułowaniu hipotez badawczych oraz opracowaniu narzędzi badawczych. W konsekwencji, nie jest jasne, co badano (jaki aspekt zmiennej „wsparcie społeczne”) i w jaki sposób tę zmienną mierzono, co oznacza, iż wyniki nie są interpretowalne oraz nie są porównywalne do innych badań z tzw. mainstream’u.

Inne zmienne takie jak „trudności organizacyjne” są również nieprecyzyjnie mierzone: pomiar przygotowano bez odwołania się do istniejących modeli i badań nad barierami i facylitatorami w uzyskiwaniu wsparcia w okresie choroby i adaptacji po chorobie. Utrudnia to jakkolwiek interpretację wyników.

Uczestnicy badania zostali określani jako „in-patients or out-patients”; nie podano informacji o czasie jaki upłynął od diagnozy oraz stadium zaawansowania choroby nowotworowej. W opisie próby i analizach całkowicie pominięto trajektorię choroby nowotworowej (czas od diagnozy, bieżący rodzaj leczenia i uprzednie leczenie). Brak tych informacji jest znaczącym problemem w interpretacji uzyskanych danych. Sytuacja psychologiczna i zapotrzebowanie oraz udzielanie wsparcia są inne w okresie tygodnia od leczenia chirurgicznego, inne w rok po takim leczeniu, inne w przypadku pacjentów z niewielką lokalną zmianą, a inne u pacjentów z późnych stadiów choroby nowotworowej,



itd. Bez kontroli tych zmiennych (trajektoria choroby i leczenia) nie można stwierdzić, na jaką populację można uogólnić uzyskane wnioski.

Zaprezentowane wyniki analiz są eksploracją zależności między wskaźnikiem „wsparcia społecznego” a zmiennymi socjodemograficznymi. W mojej ocenie są to analizy wstępne, nie jest to nawet złożona, wielozmiennowa eksploracja zmiennych socjodemograficznych. Nie dowiadujemy się, czy zmienne socjodemograficzne oddziałują w interakcji czy każda z nich oddziałuje niezależnie; nie wiemy, czy wielkość efektu jest trywialna czy jest to np. efekt średniej wielkości.

Ostatni, choć ważki problem dotyczy ogólnego schematu badania. Jest to przekrojowy, korelacyjny schemat. Niestety, takie badania nie wnoszą nowego wkładu w rozumienie procesów oddziaływania wsparcia społecznego w populacji pacjentów z chorobą nowotworową. Podsumowując, mierzone zmienne to zlepek różnych zmiennych, pomiar jest nieprecyzyjny, populacja badana jest słabo scharakteryzowana, a przeprowadzone analizy nie biorą pod uwagę interakcji między mierzonymi zmiennymi.

Drużga z publikacji (Osowiecka, Kieszkowska-Grudny i in., *IJERPH*, 2022) dotyczy identyfikacji strategii kognitywnych wykorzystywanych przez pacjentów do „psychologicznego wspierania się.” Badanie to stanowi przekrojową, korelacyjną analizę częstości wykorzystywania strategii radzenia sobie ze stresem przez pacjentów poddawanych radioterapii. Niestety, badanie prezentuje wyłącznie analizę częstości stosowania określonych strategii, bez oceny związku, predykcji, lub wpływu tych strategii na funkcjonowanie pacjentów (w jakimkolwiek obszarze, np. w zakresie poziomu stresu, HRQOL, lęku, symptomów depresji, etc.). Badania światowe z ostatniej dekady to raczej badania np. nad trajektoriami efektywności różnych strategii radzenia sobie, zależnie od moderatorów społecznych, psychologicznych, ekonomicznych, czy zdrowotnych. Zaproponowane pytanie badawcze nie wnosi (w opinii recenzentki) nowej wiedzy: z przeprowadzonych badań nie dowiemy się, czy stosowane strategie są efektywne, dlaczego są stosowane, co wpływa na ich stosowanie. Badania prowadzone w ostatnich 30 latach pokazują również, iż pewne strategie takie jak reinterpretacja poznawcza mogą być korzystna dla redukcji dystresu w okresie 3-6 miesięcy po diagnozie, ale ich efektywność w redukcji dystresu w pierwszych tygodniach po diagnozie jest niska. Kandydatka kategoryzuje strategie, określając je jako adaptacyjne i nie-adaptacyjne, ale



zaproponowana kategoryzacja jest błędna w obliczu teorii i badań nad radzeniem sobie ze stresem wśród pacjentów z chorobami nowotworowymi. Od lat 1990 wiadomo również że efektywność tych strategii w jednym obszarze zdrowia (np. stosowania się do zasad leczenia), nie oznacza że są one korzystne dla innego obszaru zdrowia (np. zdrowia psychicznego). Zaprezentowana zależność częstotliwości występowania zależnie od zmiennych socjodemograficznych nie wnosi niestety wiele nowego do nauki. To analizy wstępne, dwuzmiennowe, powtarzane wielokrotnie (bez korekty poziomu istotności na wielokrotne analizy zwiększono prawdopodobieństwo tzw. chance findings), przeprowadzane w bardzo małych próbach (bez wykazania, iż wielkość badanej próby pozwalała na analizy o adekwatnej mocy). Podsumowując, trudno z tych analiz wnioskować, a informacje o częstości wykorzystywania określonych strategii zaradczych nie pozwalają na zrozumienie, czy pacjenci efektywnie sobie radzą (nie jest mierzona żadna zmienna wynikowa), od czego zależy wybór strategii radzenia sobie (nie wykazano uzasadnienia, zgodnie z którym kobiety i mężczyźni czy ludzie mieszkający na wsi vs w mieście mogliby się różnić w zakresie częstości wykorzystywanych strategii).

Publikacja Osowiecka, Dolińska, Szwiec i in. (*Cancers*, 2024) opisuje wyniki badania walidacji w warunkach polskich istniejącego już kwestionariusza – Needs Evaluation Questionnaire. Publikacja raportuje badanie przeprowadzone wśród 121 pacjentów. W badaniu nie zastosowano żadnych zewnętrznych kryteriów (innych kwestionariuszy mierzących bliskie/podobne zmienne) do oceny trafności kryterialnej narzędzia, czyli do sprawdzenia czy bada to, co miało ono badać. Zastosowano jedynie ocenę trafności czynnikowej.

Przeprowadzona „analiza kontentu” została zaplanowana i wykonana w niejasny sposób, a dodatkowo jej wyniki są trudne do interpretacji. Przykładowo, wskazano: „The respondents were asked about their understanding of the term “intimacy” from the question “I need better respect for my intimacy”. Patients generally understood the intended meaning of that phrase—76% of respondents gave the correct definition of “intimacy”. Na jakiej definicji zmiennej „intymność” się oparto? Jak stwierdzono, iż definicja jest „poprawna”? Był to test wielokrotnego wyboru czy pytania otwarte? Jeśli pytania otwarte, to potrzebna jest analiza jakościowa treści, ocena sędziów kompetentnych i policzenie współczynnika zgodności sędziów. Przeprowadzone confirmacyjne analizy czynnikowe



(CFA) są suboptymalne: przetestowano tylko jeden model, dla którego podane wskaźniki dopasowania są niesatysfakcjonujące (np. CFI >.90 jest akceptowalne, a w zaprezentowanym badaniu wartość ta wynosi .801). Wyniki wskazują również, iż poszczególne zmienne latentne są ze sobą bardzo silnie skorelowane (.64 – .91), co oznacza, iż bardziej trafny czynnikowo byłby np. model ze strukturą dwurzędowych zmiennych latentnych (jedna zmienna ogólna, ładowana przez szczegółowe zmienne latentne, ładowane przez pytania kwestionariusza). Analiza przeprowadzona w próbie 121 osób z dużą liczbą parametrów w modelu (choć nie wiadomo, ile ich jest, nie podano stopni swobody) oznacza, iż moc analiz prawdopodobnie nie była wystarczająca. Skala odpowiedzi w kwestionariuszu jest binarna – do takich skal nie ma sensu stosowanie współczynnika rzetelności alfa Cronbacha (jest on adekwatny dla skal typu Likerta). Nie wiadomo, czy alternatywne modele mogłyby być podobnie lub lepiej dopasowane. Podsumowując, jakość przeprowadzonej analizy psychometrycznej oceniam nisko ze względu na brak wystarczającego opisu badanej próby, niejasną jakość przeprowadzonych analiz, a także brak przeprowadzenia analiz trafności przy użyciu zewnętrznych kryteriów.

Czwarta ze wskazanych w osiągnięciu publikacji (Osowiecka, Kurowicki i in., *Current Oncology*, 2023) dotyczy potrzeb pacjentów z rakiem płuc. Tym razem (podobnie jak w publikacji 3) populacja osób badanych jest stosunkowo dobrze opisana w zakresie kryteriów włączenia. Wyniki ponownie prezentują statystyki opisowe – częstotliwość udzielania poszczególnych odpowiedzi. Przeprowadzono również analizę zmiennych socjodemograficznych (np. różnice między kobietami i mężczyznami w zakresie frekwencji udzielania określonych odpowiedzi). Przedstawiony materiał niestety nie wychodzi poza analizę opisową, oraz zależności dwuzmiennowe. Taka analiza zazwyczaj jest uważana za wyniki wstępne w publikacji wydanej w renomowanych czasopismach. Publikacja nr 4 nie opisuje mechanizmów działania, przez które mogą operować potrzeby pacjentów, nie wykazuje czy potrzeby pacjentów (i które z nich) są związane z lub wyjaśniają funkcjonowanie pacjenta (psychologiczne, społeczne; funkcjonalną czy fizyczną jakość życia, itd.). Wreszcie, publikacja prezentuje badania przekrojowe, przeprowadzoną wśród pacjentów w różnym okresie od zakończenia leczenia, nie jest więc wiadomo, czy poziomy niezaspokojonych potrzeb zmieniają się zależnie od zmiany stanu zdrowia czy innych społecznych lub psychologicznych moderatorów (np. udziału w rehabilitacji, powrotu do części wykonywanych ról społecznych itd.).



Piąta publikacja włączona w osiągnięcie naukowe (Osowiecka, Szewiec, Dolińska i in., *Supportive Care in Cancer*, 2024) prezentuje wyniki przekrojowego badania opisowego, w którym ponownie przeprowadzono analizę frekwencji potrzeb pozamedycznych występujących u pacjentów onkologicznych. Populacja osób badanych jest duża, ale biorąc pod uwagę liczbę przeprowadzanych analiz (w samej tabeli 3 jest ich $7 \times 23 = 161$) oraz brak korekty poziomu istotności (np. przy założeniu korekty Bonferroniego, $p < .0003$ byłoby adekwatne przy takiej liczbie testów), która powinna być zastosowana przy wielokrotnych analizach eksploracyjnych. Gdyby zastosować korektę na tzw. *chance findings*, wyniki tylko 6 z 161 analiz byłyby (prawdopodobnie) istotne. Stwierdzone różnice uzyskane w przeprowadzonych analizach nie układają się również w żaden interpretowalny wzór, z którego można by wyciągnąć zasadne konkluzje. Dodatkowo, analizy są przeprowadzane na poziomie pojedynczych pytań, a w publikacji, w której weryfikowano trafność czynnikową tej skali, wskazano istnienie czynników (podskal/zmiennych latentnych), a więc analizy powinny raczej dotyczyć czynników/podskal, a nie poszczególnych itemów kwestionariusza. Podobnie jak w innych publikacjach włączonych w osiągnięcie naukowe, zaprezentowane w publikacji 5 badania nie dostarczają nowej wiedzy, np. o zależnościach między potrzebami a funkcjonowaniem pacjentów, zmianie potrzeb w czasie, różnic w zakresie potrzeb zależnie od rodzaju nowotworu i stopnia zaawansowania choroby czy rodzaju leczenia/czasu, jaki upłynął od ostatniej hospitalizacji/zakończenia leczenia danego typu, itd. Ponownie, analiza koncentruje się na podstawowych danych socjodemograficznych i ponownie zmienne socjodemograficzne są rozpatrywane w izolacji, jako operujące niezależnie. Innym słowy nie wiadomo, czy interakcja między nimi nie wyjaśnia poziomu potrzeb lepiej niż testowanie ich jako niezależnych od siebie zmiennych. Analiza jakościowa również została przeprowadzona poniżej oczekiwanych złotych standardów (np. za pomocą metod Interpretative Phenomenological Analysis czy jakichkolwiek innych zwalidowanych metod). Podsumowując, zaprezentowane wyniki są rozczarowujące – nie prezentują nowych informacji i są trudne do generalizacji.

Publikacja szósta, (Osowiecka, Szewiec, Nowakowski i in., *Frontiers in Psychology*, 2025) prezentuje dalsze analizy przeprowadzone w tej samej próbie, jaką wykorzystano w badaniu 5. Tym razem przeprowadzono analizy między zmiennymi socjodemograficznymi a czynnikami (podskalami



potrzeb) oraz porównano grupy z różnymi rodzajami raka do grupy pacjentów z rakiem piersi. W tej publikacji wykonano analizę wielozmiennową (efekt wieku, rodzaju gospodarstwa domowego i umiejscowienia raka). Szkoda, że nie uwzględniono w nim innych zmiennych dotyczących choroby czy innych zmiennych socjodemograficznych: na przykład, w analizie dwuzmiennowej wskazano, iż poziom wykształcenia jest związany z poziomem potrzeb, jednakże tej zmiennej nie wprowadzono do analizy wielozmiennowej, co można uznać za błąd. Nie jest również wiadomo, jaka jest wielkość efektów dla stwierdzonych zależności. Niestety, nie sprawdzono również zależności nieliniowych (a w przypadku wieku można sądzić, iż takie zależności mogą mieć miejsce). Sposób prowadzenia analiz i ich dobór nie pozwolił na wyodrębnienie populacji wrażliwej (vulnerable), w której poziom potrzeb byłby istotnie mniej zaspokojony. Nie wiadomo, dlaczego potrzeby są niezaspokojone i na co to niezaspokojenie może wpływać. Nie można w związku z tym stwierdzić, iż badania dostarczają znaczącej wiedzy w zakresie wyjaśnienia tego, jaka populacja pacjentów ma największe potrzeby pozamedyczne, dlaczego takie potrzeby się pojawiają, na co wpływają i jak na nie oddziaływać w efektywny i akceptowalny dla pacjenta sposób.

Siądma publikacja (Osowiecka, Rucińska, Abe i in., *Scientific Reports*, 2025) jest najlepszą z prac w cyklu publikacji – porównano w niej populacje z trzema rodzajami nowotworów (piersi, płuca i jelita grubego), otrzymujących różnego rodzaju leczenie (radykalne, paliatywne). Przeprowadzone analizy dotyczą różnic między pacjentami w poziomie zapotrzebowania na informację. Ponownie, analizy mają liczne słabości, wśród których kluczowe to: (1) brak kontroli poziomu edukacji w analizach wielozmiennowych czy w analizach dotyczących zapotrzebowania na specyficzne informacje związane z chorobą (edukacja – jak wynika ze wstępnych analiz – jest ważnym korelatem zapotrzebowania na informację. Trzeba sprawdzić czy inne zmienne wyjaśniają coś ponad tę zmienną uboczną); (2) brak korekty poziomu istotności w związku z wielokrotnymi, eksploracyjnymi analizami (moje pobieżne wyliczenia wskazują że $p < .0017$ byłoby adekwatne przy ok. 30 analizach, ale jest ich chyba więcej). Jeśli przyjąć poprawkę Bonferroni, to jedynie 4 wyniki z zaprezentowanych byłyby istotne i interpretowalne, a więc konkluzje byłyby zupełnie inne niż zaprezentowane w publikacji.



Podsumowując, osiągnięcie Kandydatki ma pewne silne strony, takie jak pozyskanie podstawowych informacji epidemiologicznych o liczbie wybranych potrzeb psychospołecznych (niestety, nie pozyskano wiedzy o poziomie tych potrzeb) w populacji pacjentów z chorobą nowotworową. Testowane potrzeby pozamedyczne nie są jednak spójne z żadnym z modeli potrzeb ludzkich czy potrzeb pacjenta w sytuacji choroby. W efekcie braku pogłębionej analizy dorobku badaczy w zakresie opartych o badania modeli potrzeb pacjenta, pewne wymiary potrzeb pacjenta nie są uwzględnione (np. zarządzanie chorobami współwystępującymi i efektami ubocznymi leczenia, potrzeby dotyczące poprawy wskaźników funkcjonowania w życiu codziennym i realizacji społecznych ról życiowych, itd.).

Wkład w rozwój epidemiologii należy uznać za niewielki: badania nie biorą pod uwagę trajektorii choroby, nie uwzględniają interakcji między zmiennymi socjodemograficznymi (testują jedynie ich proste efekty). Nie wiemy więc, jaka populacja może być szczególnie wrażliwa (mieć szczególnie wysoki poziom niezaspokojonych potrzeb) oraz w jakim momencie procesu adaptacji do choroby poziom danych potrzeb może być szczególnie wysoki (lub może w innych okresach dominują różne potrzeby). Analizowane w badaniach Kandydatki zależności pozwalają na ocenę dwuzmiennowych i prostych zależności (nie biorących pod uwagę potencjalnych mediacji czy moderacji między predyktorami), i koncentrują się niemal wyłącznie na predyktorach dotyczących podstawowych zmiennych socjodemograficznych (a więc zmiennych, które można raczej uznać za zmienne uboczne). Dotyczą więc zmiennych, dla których stwierdzono już dobrze ustalone wzorce efektów we wcześniejszych badaniach. Nowatorstwo przeprowadzonych badań i wkład w rozwój dyscypliny i dziedziny jest niski.

Od strony warsztatu metodologicznego większość badań zaprezentowanych w osiągnięciu ma słabości, które zwiększają ryzyko błędów z przeprowadzonego wnioskowania statystycznego. Duża liczba analiz w każdej z publikacji i jednocześnie eksploracyjny charakter celów badań zwiększa ryzyko tzw. chance findings (zwłaszcza w małych próbach), co z kolei podwyższa ryzyko, że wyniki nie będą replikowalne w przyszłych/innych badaniach.

Zaprezentowane osiągnięcie pozbawione jest mechanistycznego podejścia: poszukiwania psychospołecznych (czy pozamedycznych) mechanizmów wyjaśniających poziom/występowanie



potrzeb, konsekwencje tych potrzeb. Mam tu również na myśli zaproponowanie modelu wskazującego na to, jakie czynniki (na które można oddziaływać) determinują zmianę w potrzebach. Brak jest choć jednego badania podłużnego, a także badania eksperymentalnego, pozwalającego na weryfikację takich mechanizmów. W związku z tym badania nie wnoszą znaczącej wiedzy w wyjaśnianie mechanizmów leżących u podstaw występowania danych potrzeb lub ich zaspakajania. Brak jest założeń o złożonych interakcjach między determinantami; większość współczesnych modeli wyjaśniających, jak rozwijają się potrzeby psychospołeczne i na co one oddziałują, zakłada właśnie interakcje między zmiennymi, a nie ich proste efekty. Wnioski wynikające z przeprowadzonych badań nie mają implikacji dla postępowania diagnostycznego lub planowania interwencji pozamedycznych dla pacjentów: nie wiadomo u kogo szczególnie warto przeprowadzić interwencje, na jakim etapie leczenia/choroby nowotworowej warto prowadzić oddziaływania, czego takie oddziaływania mogłyby dotyczyć oraz czy obszary oddziaływania (wsparcie społeczne lub niezaspokojone potrzeby) mogłyby wiązać się z poprawą funkcjonowania pacjentów w jakimkolwiek zakresie. Nie wiemy, jakie są determinanty niezaspokojonych potrzeb (poza zmiennymi socjodemograficznymi, które nie są modyfikowalne w interwencjach).

Konkludując, nie mogę pozytywnie ocenić osiągnięcia w odniesieniu do dwóch podstawowych zadań nauki, czyli opisu rzeczywistości (co się dzieje?) i wyjaśnienia rzeczywistości (dlaczego? jakie mechanizmy tkwią u podstaw danych zjawisk?). W konkluzji oceniam, iż wkład w rozwój dyscypliny nie jest znaczący.

3. Ocena istotności aktywności naukowej realizowanej w więcej niż jednej instytucji naukowej

Kandydatka prowadzi współpracę badawczą z partnerami badawczymi spoza Polski. W wyniku podejmowanej współpracy badawczej powstały publikacje włączone w osiągnięcie naukowe. Niestety nie jest jasne, czy na tę współpracę pozyskała finansowanie. Poza wymienioną finansowaną współpracą, która zaowocowała publikacjami, Kandydatka ma również w dorobku współpracę z badaczami z innych ośrodków krajowych, dobrze udokumentowaną publikacjami



wykazanymi w ogólnym dorobku naukowym. Kandydatka uczestniczyła w stażu naukowym w National Cerebral and Cardiovascular Center Research Institute w Osace, Japonia (3 tygodnie). Jest również zaangażowana w organizację wymiany między ośrodkami naukowymi w Polsce i Japonii.

Biorąc pod uwagę udokumentowaną współpracę badawczą z innymi ośrodkami, która jest kluczowa dla analizowanego kryterium, konkluduję, iż dorobek Kandydatki w tym zakresie w pełni zasługuje na pozytywną ocenę.

4. Ocena innych osiągnięć – dydaktycznych lub popularyzujących

Dorobek Kandydatki w zakresie kształcenia studentów jest w pełni satysfakcjonujący. Przykładowo, prowadzi zajęcia dotyczące zdrowia publicznego, promocji zdrowia, podstaw psychologii i statystyki dla studentów pielęgniarstwa, ratownictwa oraz medycyny w Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim. Prowadzi również zajęcia w CMPK dotyczące podstaw opieki paliatywnej w onkologii. Prowadzi także zajęcia dla lekarzy w regionalnej izbie lekarskiej oraz w oddziale Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Kandydatka jest również opiekunem studenckiego koła naukowego oraz, co niezwykle cenne, publikuje we współpracy ze studentami kół naukowych.

Kandydatka pozyskała grant MINIATURA NCN oraz lokalne dofinansowanie projektów badawczych. Jest również popularyzatorem nauki – prezentuje wyniki badań np. w letniej Akademii Onkologicznej dla dziennikarzy lub w miesięczniku Okręgowej Izby Lekarskiej. Kandydatka była nagradzana przez rektora uczelni macierzystej za osiągnięcia naukowe.

Podsumowując, dorobek popularyzacyjny, dydaktyczny i pozanaukowy jest adekwatny i oceniam go pozytywnie.

5. Konkluzja

Podsumowując osiągnięcia naukowe i inne dokonania **Pani dr Karoliny Osowieckiej**, uważam, iż przedstawione osiągnięcia **nie stanowią** wystarczającego uzasadnienia dla nadania stopnia doktora habilitowanego, zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 219 ustawy z dnia 20 lipca



**Uniwersytet
SWPS**

13

2018 r., Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668 z późniejszymi zmianami).



Prof. dr hab. Aleksandra Łuszczynska, FEHPS, FIAAP,

Senior Co-Editor, Health Psychology – *Social Science and Medicine*

Wydanie 13, 2018 r.



