PODPIS ZAUFANY
KONRAD DARIUSZ
JANOWSKI
18.02.2026 11:46:19 GMT+1
Dokument podpisany elektronicznie
podpisem zaufanym

Warszawa, 18 lutego 2026 r.

Podpis elektroniczny/certyfikat został usunięty podczas anonimizacji dokumentu.

dr hab. Konrad Janowski, prof. Uniwersytetu VIZJA
Wydział Nauk o Człowieku
Uniwersytet VIZJA

Recenzja rozprawy doktorskiej zatytułowanej

Psychosocial Well-being Among Individuals with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis Treatment and Their Caregivers: A Mixed-method Study in Sri Lanka and Poland

przygotowanej przez mgr Darshika Thejani Bulathwatta pod kierunkiem naukowym prof. dr hab. Marioli Bidzan

1. Uwagi ogólne: problematyka, cel i spójność cyklu

Przedłożona do recenzji rozprawa dotyczy psychospołecznego funkcjonowania osób z krańcową niewydolnością nerek poddawanych hemodializie oraz – co szczególnie cenne – doświadczeń i obciążeń ich opiekunów, w dwóch odmiennych kontekstach kulturowo-systemowych: Sri Lanki i Polski. Już na poziomie doboru tematu praca odpowiada na istotną lukę badawczą: w literaturze dominują ujęcia biomedyczne i epidemiologiczne, natomiast długofalowy ciężar dializoterapii, jej „codzienny koszt" psychiczny i społeczny, a zwłaszcza doświadczenia opiekunów, pozostają relatywnie słabiej opisane i wyjaśnione – szczególnie w ujęciach porównawczych i poza kontekstem kultury zachodniej.

W tej perspektywie trafne jest postawienie w centrum takich konstruktów jak jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL), objawy depresyjne i akceptacja choroby, ale również mechanizmy regulacji emocji oraz emocje samoświadomościowe (wstyd i poczucie winy), które mogą mieć szczególne znaczenie w różnicowaniu doświadczenia przewlekłej choroby w kulturach o różnym nasileniu kolektywizmu/indywidualizmu. Autorka jasno formułuje cel badań jako ocenę dobrostanu psychospołecznego pacjentów dializowanych i ich opiekunów oraz eksplorację różnic międzykulturowych, co uzasadnia przyjęcie podejścia mieszanego (*mixed-methods*), pozwalającego powiązać miary standaryzowane z analizą sensów nadawanych chorobie, leczeniu i opiece.

Dokument zanonimizowany za pomocą UG DLP Anonimizator, 2026-11-23 10:23:10

Na podkreślenie zasługuje fakt, że cykl publikacji ma czytelną, logicznie narastającą strukturę. Pierwsza publikacja (*Protocol*) porządkuje ramy projektu badawczego (pytania badawcze, dobór narzędzi, plan analiz i kwestie etyczne), druga praca – przeglądowa – dostarcza uporządkowanego tła teoretyczno-empirycznego dla wątku emocji wstydu/winy w chorobach przewlekłych, badania jakościowe „ożywiają" wyniki poprzez rekonstrukcję doświadczeń pacjentów i opiekunów (najpierw w Sri Lance, następnie w porównaniu Sri Lanka–Polska), a badanie ilościowe zamyka cykl, oferując obraz różnic między grupami w kluczowych wskaźnikach funkcjonowania psychospołecznego. W samej dysertacji Autorka dodatkowo rozdziela cele części empirycznej (publikacje 1, 3, 4, 5) i cel przeglądu (publikacja 2), co wzmacnia wrażenie metodologicznej kontroli nad całością przedsięwzięcia.

Ważnym elementem spójności jest również to, że praca nie ogranicza się do prostego „porównania krajów", ale wiąże różnice psychospołeczne z kontekstem: z jednej strony ze strukturą systemu ochrony zdrowia i dostępnością zasobów, z drugiej – z uwarunkowaniami kulturowymi (np. rola religii i wspólnotowości w Sri Lance *versus* większy nacisk na autonomię i indywidualne strategie radzenia sobie w Polsce). Dzięki temu cykl nie jest zestawem luźno powiązanych publikacji, lecz konsekwentnie rozwijaną analizą tego, jak kultura i system przenikają i nakładają się na doświadczenie choroby i hemodializy.

Jednocześnie, z perspektywy rygoru rozprawy kumulatywnej, warto zauważyć pewną rozbieżność między założeniami protokołu a finalną realizacją empiryczną w części ilościowej. W protokole planowano liczebność próby po 63 osoby w każdym kraju oraz szerszy zestaw narzędzi (w tym m.in. TOSCA i CECS obok KDQOL-SF, BDI i AIS), podczas gdy w badaniu ilościowym przedstawionym w dysertacji ostatecznie analizowano nieco mniejszą próbę (N = 93; 50 Sri Lanka, 43 Polska) oraz węższy zestaw miar skoncentrowanych na HRQoL, depresji i akceptacji choroby. Oczywiście, nie umniejsza to w żaden sposób wartości całego projektu (zwłaszcza że badania terenowe w populacjach klinicznych i w warunkach odmiennych systemów ochrony zdrowia realnie ograniczają możliwości rekrutacyjne), ale wymaga – w samej narracji rozprawy – możliwie precyzyjnego domknięcia interpretacyjnego: które elementy pierwotnego planu udało się zrealizować w pełnym zakresie, które ograniczono i dlaczego, oraz jakie są konsekwencje tej modyfikacji dla mocy wnioskowania i zakresu generalizacji. W recenzowanej dysertacji informacje te są możliwe do odtworzenia, jednak większa „jawność przejścia" od planu do realizacji wzmocniłaby transparentność projektu.

W rezultacie otrzymujemy pracę konceptualnie spójną i dobrze osadzoną w realiach klinicznych, w której perspektywa ilościowa i jakościowa wzajemnie się dopełniają, a porównanie dwóch kontekstów kulturowo-systemowych nadaje uzyskanym wynikom

dodatkową wartość interpretacyjną. Przyjęty układ cyklu pozwala przejść od ram teoretycznych i planu badań do empirycznego opisu doświadczeń pacjentów i opiekunów, a następnie do ich ilościowego uchwycenia. W tym miejscu zasadne jest zatem przejście do szczegółowej charakterystyki zastosowanej metodologii, w tym doboru próby, narzędzi oraz procedur analitycznych w obu komponentach badania.

2. Ocena metodologii: podejście *mixed-method* i rzetelność warsztatu

Projekt mieszanego doboru metod (*mixed-methods*) jest w tematyce recenzowanej pracy doktorskiej podejściem trafnym i adekwatnym do postawionych celów. Hemodializa – jako procedura przewlekła, rytmizująca codzienność pacjenta i jego otoczenia – generuje złożone konsekwencje psychospołeczne, których nie da się w pełni uchwycić wyłącznie miarami kwestionariuszowymi ani wyłącznie narracją jakościową. Połączenie narzędzi standaryzowanych do pomiaru takich zmiennych, jak jakość życia, depresja, akceptacja choroby oraz wybrane dane kliniczne) z wywiadami półustrukturyzowanymi pozwala z jednej strony opisać skalę i profil obciążeń, a z drugiej – zrekonstruować znaczenia nadawane chorobie, leczeniu i roli opiekuńczej w konkretnych realiach kulturowo-systemowych. Co istotne, w recenzowanej rozprawie komponent jakościowy nie pełni funkcji wyłącznie „ilustracyjnej", lecz staje się równorzędnym źródłem danych umożliwiającym interpretację wyników ilościowych (np. w zakresie wymiarów społecznych jakości życia czy różnic w nasileniu obniżonego nastroju).

`Na poziomie organizacji projektu Autorka konsekwentnie przedstawia logikę badań: od protokołu i uszczegółowienia pytań badawczych, przez eksplorację jakościową doświadczeń, aż po próbę ich ilościowego uchwycenia w ujęciu porównawczym. Taka sekwencja jest spójna z założeniami badań mieszanych, w których dane jakościowe często doprecyzowują kontekst interpretacyjny, ujawniają kategorie niewidoczne w pomiarze standaryzowanym i pozwalają uniknąć nadmiernego „uśredniania" różnic kulturowych.

W części jakościowej na plus należy zaliczyć zastosowanie procedur podnoszących wiarygodność analizy. Autorka opisuje proces transkrypcji wywiadów, tłumaczenie materiału na język angielski z weryfikacją zwrotną (*back-translation*), jak również działania służące zwiększeniu przejrzystości i rzetelności interpretacji, takie jak *member checking* oraz triangulacja danych i perspektyw (wywiady, notatki terenowe, praca zespołowa nad kodowaniem). Jest to zestaw zabiegów, który w badaniach międzyjęzykowych i międzykulturowych ma kluczowe znaczenie, ponieważ ogranicza ryzyko utraty sensu na etapie przekładu, a zarazem wzmacnia „odporność" wniosków na zarzut arbitralności interpretacyjnej.

Warto również podkreślić, że dobór wywiadu półustrukturyzowanego jako głównego narzędzia jakościowego jest rozwiązaniem właściwym w populacji klinicznej: pozwala zachować równowagę między potrzebą porównywalności treści (niezbędną w analizie porównawczej Sri Lanka–Polska) a elastycznością umożliwiającą ujawnienie doświadczeń specyficznych kulturowo (np. znaczenia religii, wspólnotowości, ról rodzinnych czy sposobów korzystania z opieki). W dysertacji widać też świadomość ograniczeń typowych dla tego podejścia (m.in. lokalność próby, zależność od jednego/ograniczonej liczby ośrodków), co pozwala traktować część jakościową jako rzetelnie przeprowadzoną eksplorację, a nie jako źródło nieuprawnionych uogólnień.

W części ilościowej na uwagę zasługuje dobór narzędzi i zmiennych, które odpowiadają celom pracy i są czytelne interpretacyjnie w badaniach klinicznych: KDQOL-SF jako miara jakości życia specyficzna dla chorób nerek, BDI jako miara nasilenia objawów depresyjnych oraz AIS jako wskaźnik akceptacji choroby. Uzupełnienie tych danych o wybrane parametry kliniczne (np. hemoglobina, Kt/V) pozwala uniknąć czysto psychologicznego „odcięcia" wyników od kontekstu medycznego i nadaje analizom większą wiarygodność aplikacyjną.

Jednocześnie Autorka uwzględnia czynniki społeczne i deklaruje odniesienie do ramy PROGRESS-Plus przy doborze zmiennych *equity-relevant*. Jest to podejście nowoczesne i szczególnie użyteczne w badaniach porównawczych, ponieważ porządkuje myślenie o nierównościach zdrowotnych i zmniejsza ryzyko, że różnice między grupami zostaną pochopnie przypisane wyłącznie „kulturze", bez uwzględnienia realnych różnic w zasobach, dostępie do opieki czy uwarunkowaniach społeczno-ekonomicznych. W tym sensie metodologiczne osadzenie analiz w perspektywie PROGRESS-Plus wzmacnia zarówno interpretację wyników, jak i potencjalną wartość praktyczną pracy.

Podsumowując, warsztat metodologiczny dysertacji oceniam jako rzetelny, a dobór strategii *mixed-method* jako uzasadniony i odpowiadający złożoności badanego zjawiska. Zastosowane procedury jakościowe zwiększają wiarygodność interpretacji międzykulturowej, natomiast część ilościowa dostarcza uporządkowanego obrazu różnic i zależności, które są następnie sensownie osadzane w materiale narracyjnym.

3. Omówienie publikacji wchodzących w skład cyklu

Publikacja 1: ***Psychosocial well-being among individuals with chronic kidney disease undergoing hemodialysis treatment and their caregivers: A protocol of a mixed method study in Sri Lanka and Poland*** **(Frontiers in Psychology, 2023)**

Publikacja „protokołowa" spełnia swoją rolę: uzasadnia potrzebę badań psychospołecznych w przewlekłej niewydolności nerek, wyraźnie formułuje pytania badawcze dla fazy ilościowej i jakościowej oraz porządkuje cały projekt badawczy. Wartością jest tu nie tylko uporządkowanie projektu, ale także jednoznaczne osadzenie problemu w szerszym kontekście: hemodializa jest przedstawiona jako doświadczenie wykraczające poza aspekt czysto medyczny i obejmujące ograniczenia funkcjonowania, izolację społeczną, obciążenia ekonomiczne oraz zmiany ról rodzinnych, co uzasadnia włączenie perspektywy opiekunów.

Szczególnie wartościowe jest akcentowanie znaczenia emocji (wstyd, poczucie winy) oraz mechanizmów regulacji emocji (np. tłumienie emocji) jako potencjalnych „łączników" pomiędzy kontekstem kulturowym a dobrostanem pacjenta i opiekuna. Protokół pokazuje, że różnice między Sri Lanką i Polską nie mają być wyłącznie porównaniem „dwóch prób", lecz mają odzwierciedlać różne konfiguracje norm społecznych, sposobów radzenia sobie i zasobów systemu ochrony zdrowia.

Publikacja 2: ***The cross-cultural differences in shame and guilt among individuals with chronic diseases. A scoping review*** **(Polish Psychological Forum / Polskie Forum Psychologiczne, 2024)**

Przegląd stanowi dobre „tło emocjonalno-kulturowe" dla głównego tematu dysertacji. Autorka syntetyzuje wyniki 20 badań empirycznych i porządkuje je w pięć obszarów tematycznych (doświadczenia indywidualne, zachowania ryzykowne, opieka, postawy społeczne/stygmatyzacja, autopercepcja). W efekcie otrzymujemy spójną mapę tego, jak emocje samoświadomościowe funkcjonują w chorobie przewlekłej oraz jak różnie mogą być aktywizowane i przeżywane w kulturach kolektywistycznych i indywidualistycznych.

Wartością tego opracowania jest też uporządkowanie wniosków w sposób, który ma bezpośredni potencjał aplikacyjny: wskazuje, że w praktyce wsparcia psychospołecznego nie wystarczy „wiedzieć, że pacjent ma trudne emocje", lecz trzeba rozumieć ich sens kulturowy (np. komponent oceny społecznej *vs*. odpowiedzialności osobistej), bo od tego zależy gotowość do ujawniania problemu, korzystania z pomocy i podejmowania zachowań zdrowotnych.

W mojej ocenie jest to publikacja wartościowa i dobrze dobrana do cyklu.

Publikacja 3: ***All good without anything good. Beyond survival: Understanding the psychosocial experiences of individuals with chronic kidney disease and their caregivers in Sri Lanka*** **(Health Expectations, 2024)**

Publikacja jakościowa oparta na próbie ze Sri-Lanki wnosi ważną perspektywę „od wewnątrz": pokazuje, jak hemodializa i przewlekła niewydolność nerek oddziaływaują standard/jakość życia, strategie radzenia sobie oraz doświadczenia kontaktu z systemem ochrony zdrowia. Zidentyfikowane trzy tematy (*impact on standard of living/quality of life, coping strategies, medical experience*) są spójne z celem projektu i dobrze „unoszą" ciężar interpretacyjny: pozwalają rozumieć dobrostan nie jako pojedynczy wskaźnik, lecz jako splot ograniczeń, sensów i praktyk codzienności.

Szczególnie istotne jest uwypuklenie roli tradycyjnych przekonań i praktyk oraz wspólnotowości w sposobie rozumienia choroby i radzenia sobie. Ten element nadaje wynikom ciężar kulturowy i tłumaczy, dlaczego podobne obciążenia kliniczne mogą być przeżywane w odmienny sposób: akceptacja, nadzieja, rezygnacja czy poszukiwanie wsparcia mogą mieć inne „uzasadnienia" i inne konsekwencje społeczne w badanej populacji.

Ograniczeniem (typowym dla badań jakościowych w warunkach klinicznych) jest niewielka liczebność i osadzenie w jednym ośrodku, jednak w dysertacji potraktowano to jako część eksploracyjną projektu, a wnioski – przy zachowaniu ostrożności – zachowują adekwatność do uzyskanych danych empirycznych.

Publikacja 4: ***Contrasting cultures, shared struggles: A qualitative analysis of the experiences of end-stage kidney disease patients and their caregivers in Poland and Sri Lanka*** **(SAGE Open Nursing, 2025)**

W publikacji porównawczej Autorka pokazuje zarówno „wspólne rdzenie" doświadczeń (fizyczne i psychiczne obciążenia, ograniczenia życia codziennego, ciężar procedur i zależność od systemu), jak i różnice wynikające z kontekstu kulturowego i systemowego. W Sri Lance wyraźniej wybrzmiewają bariery infrastrukturalne, koszty i ograniczone zasoby, w Polsce zaś częściej pojawia się wątek autonomii, samostanowienia i aktywnego poszukiwania informacji oraz wsparcia w ramach bardziej uporządkowanej opieki. Na plus oceniam rzetelny opis procedury tłumaczeń oraz próbę uzyskania „kulturowej jednorodności" w obrębie porównywanych grup (dobór pod kątem narodowości i religii), co zwiększa klarowność interpretacji różnic i ogranicza ryzyko „mieszania" wątków kulturowych z różnicami wewnątrzgrupowymi.

Z drugiej strony, taka strategia doboru – choć uzasadniona analitycznie – może ograniczać uogólnianie wyników na bardziej zróżnicowane populacje pacjentów i opiekunów w obu krajach. Warto, by ten aspekt był w dyskusji jednoznacznie nazwany jako świadomy

kompromis między „czystością porównania” a zakresem generalizacji (w dysertacji ograniczenia są wskazywane, ale ten punkt zasługuje na szczególne wyeksponowanie).

Publikacja 5: ***Psychosocial well-being among individuals with end-stage kidney disease undergoing hemodialysis treatment in Sri Lanka and Poland: An explorative study*** **(Psychology, Health & Medicine – manuscript under review)**

Badanie ilościowe stanowi potrzebne „domknięcie” cyklu: porównuje pacjentów ze Sri Lanki i Polski pod względem jakości życia, nasilenia objawów depresyjnych i akceptacji choroby, przy uwzględnieniu danych socjodemograficznych i części wskaźników klinicznych (m.in. hemoglobina, Kt/V). W artykule czytelnie opisano dobór próby (N=93; 50 Sri Lanka, 43 Polska), zastosowane narzędzia oraz sposób analiz (testy różnic, miary efektu, procedury w SPSS, odwołanie do PROGRESS-Plus przy doborze czynników społecznych).

Wartością tej publikacji są wyniki wskazujące na istotnie wyższe nasilenie objawów depresyjnych po w próbie ze Sri-Lanki oraz gorsze funkcjonowanie w wybranych wymiarach jakości życia, w tym w obszarach społecznych. Wnioski te pozostają spójne z obrazem uzyskanym w wywiadach, gdzie silniej wybrzmiewały ograniczenia zasobów, bariery systemowe i ekonomiczne oraz konsekwencje społeczne choroby.

Najistotniejsze ograniczenia (przywoływane również przez Autorkę) wynikają z przekrojowego charakteru badania i umiarkowanej liczebności próby, co ogranicza możliwość formułowania wniosków przyczynowych i wymaga ostrożności w generalizowaniu interpretacji. Jednocześnie, jako praca eksploracyjna w ujęciu porównawczym, publikacja ta spełnia ważną funkcję: porządkuje obraz różnic i wskazuje, które wymiary dobrostanu psychospołecznego są szczególnie wrażliwe na kontekst systemowy i społeczny, a które mogą mieć bardziej „uniwersalny” charakter.

4. Mocne strony cyklu i uwagi ogólne krytyczne

Do najmocniejszych stron rozprawy zaliczam przede wszystkim trafność podjętej problematyki i jej społeczną doniosłość. Pacjenci z przewlekłą niewydolnością nerek poddawani hemodializie należą do grup szczególnie obciążonych zarówno somatycznie, jak i psychicznie, a dializoterapia – z uwagi na przewlekłość, narzucany rytm zabiegów oraz ograniczenia funkcjonowania – stanowi doświadczenie, które realnie „przebudowuje” codzienność. Istotnym walorem recenzowanej pracy doktorskiej jest konsekwentne włączenie perspektywy opiekunów, którzy w literaturze bywają traktowani marginalnie, choć w praktyce

klinicznej i społecznej często ponoszą znaczną część kosztów choroby (emocjonalnych, organizacyjnych, ekonomicznych) i współtworzą środowisko radzenia sobie pacjenta.

Drugą mocną stroną cyklu jest konsekwentne uwzględnienie kontekstu kulturowego i systemowego, co w badaniach nad dobrostanem psychospołecznym ma znaczenie fundamentalne. Autorka nie ogranicza się do rejestrowania różnic między grupami, ale stara się je interpretować w świetle odmiennych warunków funkcjonowania systemów ochrony zdrowia, dostępności zasobów, norm społecznych oraz oczekiwań dotyczących ról rodzinnych i opiekuńczych. W praktyce klinicznej jest to perspektywa szczególnie cenna, ponieważ pozwala rozumieć, że dobrostan pacjenta nie jest wyłącznie funkcją parametrów medycznych, ale w znacznym stopniu zależy od środowiska społecznego, wsparcia i „ram" systemu, w którym leczenie się odbywa. Na szczególne podkreślenie zasługuje zresztą sam fakt zestawienia w jednym projekcie badawczym tak odległych od siebie kultura jak kultura polska i Sri Lanki.

Na wyróżnienie zasługuje także rzetelność części jakościowej. Autorka opisuje i stosuje procedury zwiększające wiarygodność analizy w badaniach międzyjęzykowych i międzykulturowych: transkrypcje, tłumaczenie z weryfikacją (*back-translation*), *member checking* oraz triangulację źródeł i perspektyw (wywiady, notatki terenowe, praca zespołowa nad kodowaniem). Dzięki temu wnioski jakościowe nie sprawiają wrażenia intuicyjnych czy arbitralnych, lecz wynikają z transparentnego procesu analitycznego, co istotnie wzmacnia wiarygodność wniosków wypływających ze zrealizowanego projektu.

Kolejną zaletą jest przejrzysta struktura cyklu i sensowna sekwencja publikacji: od protokołu, poprzez przegląd literatury porządkujący wątek emocji samoświadomościowych, po badania jakościowe i finalnie analizę ilościową. Taki układ czyni z dysertacji całość spójną narracyjnie i metodologicznie – czytelnik ma pewność, że poszczególne artykuły nie są zestawem niezależnych prac, lecz elementami jednego programu badawczego.

Wreszcie, warto podkreślić potencjał aplikacyjny uzyskanych wyników. Zestawienie danych ilościowych z materiałem narracyjnym daje podstawy do formułowania rekomendacji dla praktyki: dotyczących obszarów szczególnego ryzyka (np. obniżony dobrostan społeczny, nasilone objawy depresyjne), ale także możliwych kierunków interwencji (wsparcie opiekunów, uwzględnienie barier systemowych, praca z doświadczeniem wstydu i winy, wrażliwość kulturowa komunikacji medycznej). Ten wymiar jest szczególnie istotny w badaniach prowadzonych w populacjach klinicznych.

Uwagi krytyczne – niepodważające ogólnej bardzo wysokiej wartości pracy – koncentrują się wokół kilku zagadnień natury metodologiczno-interpretacyjnej.

Po pierwsze, zauważalna jest rozbieżność między planem protokołu a finalną realizacją części ilościowej (w szczególności w zakresie planowanych liczebności i zestawu narzędzi). Jak już wskazano, w badaniach terenowych w populacjach klinicznych tego typu modyfikacje bywają nieuniknione, jednak w dysertacji kumulatywnej warto je możliwie jednoznacznie „domknąć" krótkim komentarzem syntetyzującym powody zmian i ich konsekwencje dla interpretacji wyników (np. zakres generalizacji, moc statystyczna, możliwość testowania bardziej złożonych zależności).

Po drugie, trzeba odnotować ograniczenia uogólniania, wynikające z rekrutacji w ograniczonej liczbie ośrodków, doboru celowego oraz relatywnie niewielkich prób jakościowych i umiarkowanej próby ilościowej. Nie jest to zarzut wyjątkowy ani dyskwalifikujący, lecz element, który wymaga konsekwentnego zachowywania ostrożności w formułowaniu wniosków i podkreślania eksploracyjnego charakteru części porównawczej.

5. Konkluzja

Konkludując, przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska w formie cyklu publikacji stanowi spójny i wartościowy projekt badawczy, łączący perspektywę ilościową i jakościową oraz w sposób świadomy wpisujący uzyskane wyniki w różnice kulturowo-systemowe pomiędzy Sri Lanką a Polską. Na szczególne podkreślenie zasługuje konsekwentne włączenie perspektywy opiekunów oraz umiejętne zestawienie danych standaryzowanych z materiałem narracyjnym, co pozwala nie tylko opisać poziom dobrostanu psychospołecznego, ale również zrozumieć jego uwarunkowania w realiach codziennego funkcjonowania z chorobą przewlekłą i leczeniem hemodializą.

Całość stanowi dowód dojrzałości warsztatu badawczego Autorki: zdolność do projektowania i prowadzenia badań w populacji klinicznej, uwzględniania wymogów etycznych i organizacyjnych badań terenowych oraz kompetencję w zakresie analizy i interpretacji danych wrażliwych kulturowo. Wnioski mają istotny potencjał aplikacyjny – wskazują obszary szczególnego ryzyka psychospołecznego i mogą stanowić przesłankę do rozwijania działań wspierających zarówno pacjentów dializowanych, jak i ich opiekunów, w sposób dostosowany do kontekstu społecznego i systemowego.

W mojej ocenie rozprawa spełnia wszystkie wymagania stawiane pracom doktorskim w dyscyplinie psychologia, w związku z czym wnoszę o dopuszczenie Autorki do dalszych etapów postępowania w sprawie nadania stopnia doktora.

Jednocześnie, z uwagi na wszystkie wymienione w recenzji atuty pracy, wnioskuję o nadanie Doktorantce wyróżnienia lub dyplomu z wyróżnieniem, zgodnie z obowiązującą procedurą.