



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY

STUDIUM PSYCHOLOGII ZDROWIA

Warszawa, 17.11.2025

Recenzja rozprawy doktorskiej

mgr Sary Natalii Peplinskiej

**wykonanej pod kierunkiem dr hab. Kamilli Bargiel-Matusiewicz, prof. UW
przedłożonej Radzie Instytutu Psychologii PAN**

**Tytułu rozprawy doktorskiej stanowiącej podstawę ubiegania się w
aktualnym postępowaniu o nadanie stopnia doktora:**

Prężność jako zasób podmiotowy oraz rola optymizmu poznawczego i zachowań
przesądnych w kontekście doświadczanego poziomu stresu i częstotliwości
występowania PTSD u osób żyjących z wirusem HIV

**Ocena układu rozprawy doktorskiej, w tym informacje o jej poszczególnych
częściach składowych**

Rozprawa została przygotowana w postaci monografii w układzie klasycznym
i liczy 221 stron. Składa się z dwóch części: teoretycznej i badawczej,
z zachowaną ciągłą numeracją rozdziałów. Obie części poprzedza Wstęp, który
nie został ujęty w spisie treści. Część teoretyczna składa się z Wprowadzenia oraz
trzech rozdziałów: 1. HIV w kontekście medycznym, psychologicznym
i społecznym, 2. Stres, radzenie sobie i konsekwencje życia z HIV, 3. Wybrane
zasoby osobowe: prężność oraz optymizm poznawczy. W ramach rozdziału 1
omówione zostały takie zagadnienia jak: aspekt medyczny HIV/AIDS,
epidemiologia, terminologia oraz życie z HIV w aspekcie społecznym
i psychologicznym. W ramach rozdziału 2 przedstawiono pojęcie stresu,
fenomenologiczno-poznawczą koncepcję stresu Lazarusa i Folkman, radzenie



ul. Litewska 14/16
00-581 Warszawa
www.zpikm.wum.edu.pl

tel.: +48 116 92 11
zpkm@wum.edu.pl

sobie ze stresem jako proces, strategię i styl oraz myślenie magiczne i zachowania przesądne, a także stres związany z HIV/AIDS, w tym zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia stresowe pourazowe oraz dodatkowe czynniki stresogenne w HIV takie jak stygmatyzacja, piętno zinternalizowane i antycypowane. W ramach rozdziału 3 omówiono prężność, optymizm społeczny, w tym społeczny optymizm poznawczy i indywidualny optymizm poznawczy. W części badawczej znajduje się jeden rozbudowany rozdział Problematyka badań własnych, który składa się z następujących części: Model badawczy, Opis badania, Wyniki badania, Dyskusja. Następne części to Wykaz tabel, Załączniki i Bibliografia.

Wstęp do pracy (poprzedzający obie części) zawiera ogólne ujęcie problemów osób z HIV, a Wprowadzenie (w części teoretycznej) zawiera opis struktury całej pracy – wydaje się, że treści te powinny występować w odwrotnej kolejności. Część teoretyczna ma klarowną strukturę, która bardzo dobrze ukazuje wszystkie kluczowe elementy, które powinny zostać omówione, aby wprowadzić w tematykę badawczą i wykazać się znajomością niezbędnej wiedzy teoretycznej. Rozdział 1 dobrze ukazuje medyczne i psychospołeczne aspekty HIV/AIDS. W rozdziale 2 na szczególną uwagę zasługują części dotyczące myślenia magicznego i zachowań przesądnych rozumianych jako strategie radzenia sobie. Ukazują one ich genezę, możliwe funkcje, różnorodność podejść w tym obszarze, a także ich sytuacyjny charakter w obliczu stresu osób żyjących z HIV/AIDS. Choć zagadnienia te są omawiane w rozdziale dotyczącym stresu i radzenia sobie, to pewien niedosyt budzi brak powiązania tej wiedzy z istniejącymi klasyfikacjami strategii radzenia sobie oraz ich krytycznej analizy. Zwraca także uwagę powtarzanie się niektórych treści w częściach Życie z HIV- aspekt społeczny i psychologiczny (rozdział 1) i Stres związany z HIV/AIDS (rozdział 2). Przykładowo dotyczy to reakcji na diagnozę i lęku przed ujawnieniem statusu serologicznego. Wskazany byłby bardziej precyzyjny dobór treści lub modyfikacje w strukturze pracy. Kolejny ważny element pracy to rozdział 3, który precyzyjnie określa zasoby osobowe będące w centrum

analizowanego problemu badawczego. Szczególne znaczenie ma właściwa konceptualizacja optymizmu poznawczego, który jest relatywnie mało poznanym zagadnieniem naukowym i wyraźnie determinuje oryginalny charakter prezentowanego problemu badawczego.

Podsumowując, część teoretyczna zawiera dobrze ustrukturyzowane i opracowane kluczowe zagadnienia pracy, które właściwie wprowadzają w problematykę badawczą. Potwierdzają także znajomość teoretycznych i klinicznych aspektów omawianej problematyki.

Ocena zastosowanego piśmiennictwa w ramach rozprawy doktorskiej

Piśmiennictwo obejmuje bardzo bogaty zestaw publikacji i liczy 345 pozycji, z czego 106 (31%) opublikowanych zostało w latach 2020-25, w tym 14 pozycji (13%) w roku 2025. Wykorzystano zarówno angielsko- jak i polskojęzyczną literaturę. W przypadku kilku publikacji występują błędy w sposobie cytowania lub zapisie np. pozycja 303 nie istnieje, poprawna jest 185, brak roku wydania w pozycjach 283 i 302. Zasadniczo, jednak dobór piśmiennictwa nie budzi zastrzeżeń.

Wskazanie oraz ocena celu pracy kandydata

Prezentacja problemu badawczego składa się z kilku części. Pierwsza to wprowadzenie dotyczące zależności między zasobami osobowymi, zachowaniami przesądnymi i objawami stresowymi. Wprowadzenie to choć dobrze precyzuje powyższe zależności i charakter uwzględnionych zmiennych, jest zbyt rozbudowane i zawiera szereg powtórzeń w stosunku do części poprzednich.

Następna część to prezentacja modelu teoretycznego testowanego w badaniu. To bardzo klarowne graficzne odzwierciedlenie oczekiwanych zależności w postaci moderowanych mediacji. Część modelu dotycząca roli prężności uwzględnia wszystkie zależności, które powinny być zweryfikowane przy orzekaniu o efekcie mediacji tzn. zależność prężność-nasilenie stresu/objawy PTSD (efekt bezpośredni, który powinien być istotny

statystycznie, aby można było rozważać efekt mediacji po spełnieniu określonych warunków), zależność prężność-zachowania przesądne oraz zależność zachowania przesądne-nasilenie stresu/objawy PTSD. Natomiast w przypadku optymizmu społecznego i indywidualnego model nie zakłada efektu bezpośredniego, co z metodologicznego punktu widzenia oznaczałoby, że w przypadku braku jego istotności nie można orzekać o efekcie mediacji, lecz o efekcie pośrednim bez mediacji w rozumieniu statystycznym (efekt mediacji jest efektem pośrednim, który wymaga spełnienia dodatkowych warunków). Prosiłabym o wyjaśnienie, dlaczego w przypadku prężności Doktorantka uwzględniła bezpośredni efekt predyktora na zmienne wynikowe, a w przypadku optymizmu poznawczego nie. Ze względu na istniejące w literaturze rozróżnienie między efektem pośrednim a efektem mediacji wskazana byłaby także precyzja terminologiczna (Preacher, K.J., Hayes, A.F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36(4), 717-731 oraz Preacher, K.J., Hayes, A.F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891).

Kolejna część prezentacji problemu badawczego dotyczyła różnic między wyróżnionymi w badaniu grupami i obejmowała uzasadnienie doboru porównywanych grup. Uzasadnienie jest klarowne i przekonujące.

W ostatniej części zaprezentowano hipotezy badawcze. Zgodnie z numeracją jest 28 hipotez badawczych, przy czym brakuje hipotezy numer 22, co oznacza, że sformułowano 27 hipotez badawczych w następującym układzie:

- a) H1-H12 dotyczące relacji pomiędzy analizowanymi zmiennymi w ramach modelu moderowanej mediacji,
- b) H13-H16 dotyczące predyktorów nasilenia stresu związanego z życiem z HIV,
- c) H17-H21 dotyczące predykcji spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD,

- d) H23-H28 dotyczące porównań międzygrupowych w odniesieniu do pytania badawczego: Czy predyktory spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD różnią się w grupie osób żyjących z HIV i w grupie osób o ujemnym statusie serologicznym?

Hipotezy mają charakter kierunkowy i są sformułowane w sposób prawidłowy. Wydaje się, jednak, że ze względu na skupienie w badaniu na osobach seropozytywnych, w celach badawczych powinno zostać uwzględnione pytanie, czy postulowany model zależności (H1-H12) jest taki sam dla osób o pozytywnym i negatywnym statusie serologicznym. Można to było osiągnąć albo poprzez uwzględnienie tej zmiennej w modelu albo poprzez testowanie modelu oddzielnie w tych grupach. Proszę Doktorantkę o odniesienie się do tej uwagi.

Wskazanie oraz ocena zastosowanych metod badawczych

W badaniu zostały zastosowane następujące narzędzia badawcze:

- polska wersja Skali Stresu HIV/AIDS autorstwa Pakenhama i Rinaldisa,
- Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) autorstwa Plopy i Markowskiego,
- Kwestionariusz Zachowań Przesądnych opracowany przez Bargiel-Matusiewicz i wsp.,
- Skala Optymizmu Poznawczego opracowana przez Bargiel-Matusiewicz i wsp.,
- Skala Pomiaru Prężności (SPP-25) w adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego,
- kwestionariusz PCL-5 do oceny ryzyka PTSD wg DSM-5 w adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego.

Narzędzia dobrane są właściwie do analizowanych problemów. Są bardzo wnikliwie opisane, z zachowaniem rekomendowanych standardów psychometrycznych. Tam, gdzie było to zasadne, opisane zostały procedury przygotowawcze, przedstawiono wstępne i/lub właściwe analizy psychometryczne wraz niezbędnymi wskaźnikami dotyczącymi struktury czynnikowej, rzetelności i trafności. Przy czym, wszystkie analizy wstępne/przygotowawcze powinny być zamieszczone poza głównym tokiem

rozprawy tj. w załącznikach. W tej sekcji powinny znajdować się także dane dotyczące rzetelności pomiaru dla analizowanych zmiennych to jest te, które znajdują się w tabeli 9 na stronie 102.

W części Opis badania znajdują się kluczowe elementy takie, jak grupa badana, sposób prowadzenia badania, miejsce prowadzenia badania i zastosowane narzędzia, jednak brakuje jednej spójnej części opisującej strategię analityczną i zastosowane metody statystyczne. Fragment pt. Dobór narzędzi statystycznych znajduje się w części Wyniki badań. Niestety, nie jest on uwzględniony w strukturze Rozdziału 4 (oraz spisie treści) oraz ma charakter wybiórczy. Zawiera tylko ogólną informację o modelu ścieżkowym, bez omówienia zastosowanych kryteriów jego oceny (brak informacji o kryteriach doboru i oceny przyjętych wskaźników dobroci dopasowania modelu do danych) oraz ogólną informację o analizach regresji, bez wskazania ich rodzaju i zakresu zastosowania. Brak informacji o innych zastosowanych testach statystycznych (np. analiza wariancji, regresja logistyczna) oraz spełnieniu założeń ich zastosowania. Następnie, w tej samej części zaprezentowany jest szereg tabel z porównaniami grup w zakresie cech demograficznych. Analizy te nie dotyczą bezpośrednio sformułowanych hipotez, mają raczej charakter analiz wstępnych dotyczących osób badanych. Dostarczyły one bardzo ważnych informacji dotyczących specyfiki badanych grup, zwłaszcza odmienności grupy porównawczej. Niestety, w żaden sposób nie zostały ujęte w strukturze rozdziału, a zamieszczenie ich w sekcji „Dobór narzędzi statystycznych” po akapicie o analizach regresji jest niezrozumiałe i utrudniające śledzenia toku myślenia Doktorantki.

Zaprojektowane badanie zostało zatwierdzone przez Komisję do Spraw Etyki Polskiej Akademii Nauk (wniosek numer 29/XII/21).

Ocena części rozprawy doktorskiej dotyczącej omówienia wyników badań

W badaniu wzięło udział ostatecznie 405 osób, należących do czterech grup badanych:

Grupa 1 - osoby żyjące z wirusem HIV (grupa seropozytywna), n=87

Grupa 2 - osoby z diagnozą uzależnienia od substancji psychoaktywnych, n=46

Grupa 3 - osoby seropozytywne zmagające się z diagnozą uzależnienia od substancji psychoaktywnych, n=49

Grupa 4 - osoby bez diagnozy uzależnienia o ujemnym statusie serologicznym (grupa porównawcza), n=223.

Dostrzegalna jest znacząca dysproporcja w liczebności grup i nadreprezentacja osób z grupy porównawczej. Mała liczebność w grupach badanych została wyjaśniona trudnym dostępem do osób badanych, prowadzeniem badań w określonym ośrodku oraz w czasie dotkniętym pandemią COVID-19.

Prezentację wyników właściwych poprzedzają, wspomniane wcześniej, analizy porównawcze badanych grup. W tabelach 1-5 przedstawione zostały porównania grup pod względem płci, wieku, poziomu wykształcenia, wielkości miejscowości zamieszkania, stanu cywilnego, sytuacji zawodowej osób badanych. Analizy te ograniczają się do zestawień procentowych, bez zastosowania testów statystycznych. Wyniki tych analiz były podstawą doboru zmiennych kontrolowanych w modelu ścieżkowym, podczas, gdy nie przedstawiono danych ukazujących zależności np. wykształcenia i płci (moderatory) ze zmiennymi modelu.

Następnie przedstawiono wyniki analiz confirmacyjnych dla kwestionariuszy MBQ i SS-HIV. To ważne wyniki, jednak nie są bezpośrednio związane z problemami i hipotezami badawczymi, a dotyczą jedynie zastosowanych narzędzi. Dla ciągłości wywodu, powinny one być zamieszczone w części dotyczącej narzędzi badawczych lub załączniku. Podobnie jak korelacje między podskalami kwestionariusza MBQ.

Następnie, w tabelach 10-16 i na rysunkach 2-14 przedstawiono porównania grup w zakresie: nasilenia stresu (ogółem i podskal), optymizmu poznawczego (ogółem i podskal), myślenia magicznego (ogółem i podskal), objawów PTSD (ogółem i podskal), ryzyka diagnozy PTSD, prężności (ogółem

i podskal) oraz stresu związanego z życiem z wirusem HIV (u osób seropozytywnych oraz żyjących z wirusem HIV i uzależnionych).

Następnie, w tabelach 17-20 przedstawiono wyniki dwuzmiennowych analiz korelacyjnych w wybranych konfiguracjach. Analiza modelu ścieżkowego powinna być poprzedzona prezentacją zależności korelacyjnych dotyczących wszystkich zmiennych uwzględnionych w modelu. Przykładowo, przedstawiono korelacje między prężnością a optymizmem poznawczym (które nie były zakładane w modelu teoretycznym), a nie przedstawiono korelacji prężność-zachowania przesądne, prężność-nasilenie stresu/objawy PTSD czy zachowania przesądne-nasilenie stresu/objawy PTSD. Proszę Doktorantkę o wyjaśnienie takiego wyboru.

Następnie, przedstawione zostały analizy ścieżkowe. Ponownie zaprezentowany został model teoretyczny. Dopasowanie modelu uzyskano na podstawie indeksów modyfikacji. Przedstawiono także (dwukrotnie) graficzną prezentację modelu empirycznego, który uzyskał dobre parametry dopasowania do danych. W tej części Doktorantka dokonała także podsumowania potwierdzenie/odrzućenia hipotez badawczych 1-12 (miejscem właściwym jest dyskusja).

Następnie, przedstawione zostały analizy dotyczące predyktorów nasilenia stresu związanego z życiem z HIV, przy czym do modelu włączono tylko cztery predyktory (prężność, społeczny i indywidualny optymizm poznawczy oraz działania magiczne), bez zmiennych demograficznych oraz predyktorów spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD, oddzielnie dla grup osób zakażonych wirusem HIV i grupa osób niezakażonych wirusem HIV, także bez uwzględnienia zmiennych demograficznych.

Podsumowując prezentację wyników badań, mogę stwierdzić, że ma ona charakter niejednorodny. Pierwsze części mają słabą i dość przypadkową organizację, natomiast kolejne, które dotyczą wprost postawionych problemów badawczych stanowią bardzo wartościową część pracy, która w sposób uporządkowany ukazuje wyniki badań właściwych. Również dyskusja, która ma

spójną i logiczną strukturę zasługuje na uznanie. Ma ona dojrzały charakter i zawiera szereg bardzo interesujących powiązań i interpretacji, które pozwalają na głębszą analizę uzyskanych wyników. Zawiera systematyczną analizę poszczególnych wyników i precyzyjne odniesienie do hipotez badawczych. Wyniki dotyczące roli i powiązań optymizmu poznawczego z zachowaniami przesądnymi i nasileniem stresu/objawów PTSD są na tyle nowym i interesującym wątkiem, że rekomendowałabym przygotowanie odrębnej publikacji na ten temat. Z kolei, ze względu na dość zaskakujące niektóre wyniki (np. dotyczące ryzyka PTSD w grupach), szczególnej wartości nabiera analiza ograniczeń badań i umiejętność krytycznego spojrzenia na własne dokonanie naukowe. Przy czym wskazana byłaby nieco większa ostrożność przy formułowaniu wniosków np. w przypadku predyktorów ryzyka diagnozy PTSD Doktorantka stwierdza, że „Siła opisywanych zależności była odmienna w tych dwóch grupach” (strona 158) podkreślając, że procent wyjaśnianej wariancji objawów PTSD był większy w grupie osób seropozytywnych w porównaniu z grupami niezakażonymi (odpowiednio 41,2% i 23,5%). Nie odnosi się jednak to faktu, że wartości współczynników OR były niemal identyczne w obu grupach, różne natomiast były liczebności tych grup (odpowiednio 136 i 269), a największe ryzyko objawów PTSD było u osób z podwójną diagnozą.

Uwagi formalne

Zasadniczo, praca przygotowana jest starannie, z zachowaniem standardów dysertacji naukowej. Niestety, Doktorantka nie ustrzegła się pewnych uchybień formalnych, jak błędy literowe w tekście, błędy w oznaczeniu lub opisie tabel (np. tabela 17), brak liczebności w tytułach tabel czy brak spójności w terminologii dotyczącej myślenia magicznego, czynności magicznych i zachowań przesądnych.

Informacja o ewentualnych nieprawidłowościach, które pojawiły się w ocenianej rozprawie doktorskiej

Dostrzeżone przeze mnie nieprawidłowości zostały wskazane powyżej przy okazji analizy poszczególnych elementów dysertacji. Nie mają one jednak determinującego znaczenia, które wpłynęłyby krytycznie na oceną końcową.

Ocena czy rozprawa doktorska prezentuje ogólną wiedzę teoretyczną Kandydata w dyscyplinie albo dyscyplinach oraz umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej lub artystycznej

W mojej ocenie rozprawa prezentuje ogólną wiedzę teoretyczną Kandydatki oraz umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej.

Ocena czy rozprawa doktorska stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego

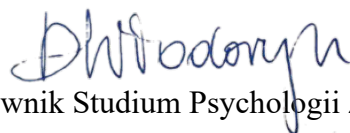
Stwierdzam, że recenzowana rozprawa doktorska stanowi oryginalne rozwiązanie problemu badawczego.

Wniosek końcowy

Rozprawa doktorska mgr Sary Natalii Peplinskiej pt. Prężność jako zasób podmiotowy oraz rola optymizmu poznawczego i zachowań przesądnych w kontekście doświadczanego poziomu stresu i częstotliwości występowania PTSD u osób żyjących z wirusem HIV, wykonana pod kierunkiem dr hab. Kamili Bargiel-Matusiewicz, prof. UW, spełnia kryteria stawiane rozprawom doktorskim, określone w art. 187 Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz. 1668 z późn. zm).

W związku z powyższym zwracam się do Rady Instytutu Psychologii PAN o dopuszczenie mgr Sary Natalii Peplinskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

dr hab. Dorota Włodarczyk



Kierownik Studium Psychologii Zdrowia
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego