

Gdańsk, 20.12 2022 r.



Ocena dorobku naukowego dr n. o zdr. Beaty Dzedzic

w związku z postępowaniem o nadanie stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, dyscyplina nauki o zdrowiu

**Ocena w oparciu o Uchwałę nr 256/2022 Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Z dnia 11 października 2022 roku**

Informacje ogólne o karierze naukowej Habilitantki

Dr n. o zdr. Beata Dzedzic ukończyła w roku 2013 Wydział Nauk o Zdrowiu, kierunek: pielęgniarstwo Warszawski Uniwersytet Medyczny uzyskując stopień magistra pielęgniarstwa. Stopień doktora nauk o zdrowiu uzyskała w roku 2017 na podstawie pracy pt.: „Wpływ edukacji dotyczącej profilaktyki choroby niedokrwiennej serca na zachowania zdrowotne osób w wieku podeszłym”.

Po odbyciu studiów doktoranckich w latach 2013 – 2017 (Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny), Habilitantka została zatrudniona w Zakładzie Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych. Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, w latach 2018 – 2019 jako asystent, a od lipca 2019 do chwili obecnej na etacie adiunkta.

Ocena osiągnięcia naukowego

Jako osiągnięcie naukowe, stanowiące podstawę do nadania stopnia doktora habilitowanego, Habilitantka przedłożyła cykl 5 publikacji opartych na oryginalnych badaniach w tym 4 z pierwszym autorstwem z łączną punktacją IF=16,157; MNiSW =620

Osiągnięcie zostało opatrzone tytułem:

„ANALIZA STANU ZDROWIA PSYCHICZNEGO W WYBRANYCH GRUPACH SPOŁECZNYCH W POLSCE”

W jego skład wchodzi następujące publikacje:

- 1. Dziejic B, Sienkiewicz ZJ, Leńczuk-Gruba AM, Kobos EM, Fidecki W, Wysokiński M.** Prevalence of Depressive Symptoms in the Elderly Population Diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(10):1-9. IF: 3.390; MNiSW: 140
- 2. Dziejic B, Sarwa P, Kobos EM, Sienkiewicz ZJ, Idzik A, Wysokiński M, Fidecki W.** Loneliness and Depression among Polish High-School Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(4):1-11. IF: 3.390; MNiSW: 140
- 3. Kobos E, Knoff B, Dziejic B, Maciąg R, Idzik A.** Loneliness and mental well-being in the Polish population during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2022; 12(2):1-12. IF-2,692; MNiSW: 100
- 4. Dziejic B, Idzik A, Kobos EM, Sienkiewicz Z J, Kryczka T A, Fidecki W, Wysokiński M.** Loneliness and mental health among the elderly in Poland during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1-12. IF: 3.295; MNiSW: 100
- 5. Dziejic B, Kobos E, Sienkiewicz Z, Idzik A.** Mental health of nurses during the fourth wave of the COVID-19 pandemic in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(3):1-12. IF: 3.390; MNiSW: 140

Przy każdej z prac wchodzących w skład „Osiągnięcia” Habilitantka dołączyła opis własnego wkładu w powstanie pracy. Wynika z tego, że Habilitantka wniosła zasadniczy wkład w powstanie każdej z prac. Prace zostały opublikowane w latach 2020 - 2022. Nie znajdują natomiast w nadesłanych materiałach oświadczeń wszystkich współautorów, co powinno być w zwyczaju. Biorąc jednak pod uwagę to że dr n. o zdr. Beata Dziejic w czterech z pięciu

publikacji widnieje jako pierwszy autor, należy założyć rzeczywisty istotny wkład Habilitantki. Celem prac wchodzących w skład „Osiągnięcia” była ocena stanu zdrowia psychicznego wśród wybranych grup społecznych. Badano osoby chore na cukrzycę (typu 2), uczniów szkół średnich, ogólnie mieszkańców Polski w czasie pandemii COVID-19, osoby w wieku 60 lat i starsze jako narażone na negatywny wpływ pandemii COVID-19 oraz pielęgniarki pracujące w placówkach ochrony zdrowia podczas pandemii (COVID-19).

W pierwszej wchodzącej w skład „Osiągnięcia” pracy (*Prevalence of Depressive Symptoms in the Elderly Population Diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus*) zauważono, że choroby współistniejące u leczonych z powodu cukrzycy pacjentów w wieku powyżej 65 r.z. korelują w stopniu istotnym z uzyskanym wynikiem w skali GDS (Geriatric Depression Scale), podobnie jak stan cywilny, BMI oraz czas trwania choroby (cukrzyca). Wprawdzie skala GDS nie jest skalą diagnostyczną to w tekście pracy i w omawiającym wyniki fragmencie Autoreferatu dość swobodnie stosuje się terminu „depresja”, pomimo że Autorzy sami zwracają uwagi na to, że nie miała miejsca weryfikacja kliniczna uzyskanych wyników, czyli faktyczne potwierdzenie lub wykluczenie występowania zaburzeń nastroju. Jak zaznaczono w tekście pracy, z czym należy się zgodzić, jest to badanie pilotażowe, a więc i wyniki muszą mieć znaczenie tymczasowe i wymagać dalszej weryfikacji.

W kolejnej publikacji (*Loneliness and Depression among Polish High-School Students. International Journal of Environmental Research and Public Health*) dokonano identyfikacji częstości występowania problemów psychicznych, takich jak objawy depresji, lęku, agresji i poczucia osamotnienia wśród młodzieży w okresie adolescencji. Populacją badaną byli uczniowie szkół średnich (300 osób). Zgodnie z wynikiem skali HADS-M (Hospital Anxiety and Depression Scale) występowanie objawów depresji określono u 23% badanych uczniów. W skali DJGLS (De Jong Gierveld Loneliness Scale) bardzo poważne poczucie samotności stwierdzono u 6,67% licealistów, u 42,3% wykazano samotność umiarkowaną. W podskali samotności społecznej poważne poczucie samotności wykazano u 22,7% uczniów, natomiast w podskali samotności emocjonalnej u 16,7% badanych. Wyniki badania wskazały na częstsze występowanie objawów depresji wśród dziewcząt w porównaniu z chłopcami. Poczucie samotności było istotnie skorelowane z występowaniem zaburzeń depresyjnych.

W publikacji wymienionej na miejscu trzecim (*Loneliness and mental well-being in the Polish population during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study*) ocenie poddano u 890 osób,

mieszkańców Polski, poczucie samotności, poziom lęku, depresji i rozdrażnienia w czasie pandemii COVID-19. W tym wypadku dobór próby badanej miał charakter losowy. Z istotniejszych wyników uzyskanych w badaniu można odnotować to, że wraz ze spadkiem samooceny ogólnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego wzrostowi ulegały wartości uzyskane przez ankietowanych w skali poczucia samotności oraz lęku, depresji i rozdrażnienia. Interesujące i na pewno wymagające dalszych badań jest większe natężenie lęku, depresji i rozdrażnienia oraz wyższe poczucie samotności u osób młodszych. Natomiast trudno uznać za zaskakujące, w świetle wcześniejszej wiedzy, to że nasilenie lęku, depresji i rozdrażnienia rośnie wraz z niższą samooceną sytuacji finansowej badanych oraz ich niższymi dochodami. Wraz z wyższą punkcją objawów lęku i depresji w samoocenie HADS rośnie również poczucie samotności.

Czwarta z publikacji (*Loneliness and mental health among the elderly in Poland during the COVID-19 pandemic*) dotyczyła występowania lęku, objawów depresji, drażliwości i samotności w grupie osób w wieku powyżej 60 lat. Podstawą badania była samoocena badanych za pośrednictwem Internetu w oparciu o skale kliniczne (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-M) i University of California Los Angeles loneliness scale (R-UCLA)). Wyniki wskazują na istotny związek występowania zaburzeń depresyjnych (a właściwie objawów mogących sugerować występowanie zaburzeń depresyjnych) z poczuciem samotności.

Ostatnia z włączonych do „Osiągnięcia” prac (*Mental health of nurses during the fourth wave of the COVID-19 pandemic in Poland*) omawia wyniki badań nad występowaniem objawów depresji, lęku i stresu u pielęgniarek pracujących w placówkach ochrony zdrowia podczas pandemii COVID-19. Do badania włączono 333 osoby. Do wartych głębszej analizy wyników należy obserwacja według, której u absolwentów liceum medycznego lub studium medycznego występował wyższy poziom objawów depresji i lęku w porównaniu z osobami posiadającymi wykształcenie wyższe. Ponadto niekorzystny związek z badanymi zjawiskami (depresja, lęk) mógł wykazywać staż pracy w zawodzie pielęgniarki. Badania podobnie jak poprzednie oparte były na samoocenie, za pośrednictwem Internetu, tym razem wykorzystano skalę Depression Anxiety Stress Scale (DAS).

Niewątpliwie badania przedstawione w powyższych publikacjach są ważne dla lepszego poznania zjawiska problemów psychicznych wśród ludności. Trudno jednak nie zgłosić kilku uwag. Publikacje wchodzące w skład „Osiągnięcia” dotyczą odmiennych grup badanych i w znacznym stopniu różnią się stosowaną metodologią, jak również odnoszą się zasadniczo do odmiennych

problemów. W zasadzie każde z nich jest osobnym zagadnieniem badawczym, przez to trudno w tym wypadku mówić o spójnym cyklu prac prezentującym konsekwentny kierunek badawczy.

Mimo, że poszczególne badania dotyczyły odmiennych grup wiekowych to nie dostrzegam aby ten fakt miał istotny wpływ na ich metodologię. Przykładowo oczekiwaną procedurą przy ocenie aspektów funkcjonowania psychicznego osób starszych jest ocena czynności poznawczych, które mogą mieć kluczowe znaczenie tak na postrzeganie swojej sytuacji zdrowotnej, jak i samo rozumienie treści zawartych w wykonywanych skalach klinicznych. Niewątpliwym istotnym ograniczeniem wszystkich badań prezentowanych w „Osiągnięciu” jest brak weryfikacji klinicznej ocenianych stanów. Na ten fakt wskazują sami Autorzy. W efekcie można mówić jedynie o poczuciu takich czy innych objawów, bez ich rzeczywistego (klinicznego) potwierdzenia. Samo posługiwanie się pojęciem „depresja”, „zaburzenia lękowe” wymaga potwierdzenia diagnostycznego zgodnie z jasno przyjętymi kryteriami zawartymi w odpowiednich systemach diagnostycznych. Wyniki skal klinicznych mają zawsze znaczenie jedynie pomocnicze w określaniu stopnia nasilenia zaburzenia lub jako narzędzie skryningowe, dopiero początkujące proces diagnostyczny.

Innym zastrzeżeniem związanym z metodologią prowadzonych badań jest to, że pewne zjawiska próbowano określać przy pomocy zaledwie pojedynczego narzędzia. Standardową procedurą przy badaniach dotyczących zjawisk psychopatologicznych za pomocą narzędzi służących do kwantyfikacji jest stosowanie skal (lub innych narzędzi) kontrolnych, których wyniki dają pewien wgląd w rzetelność wykonania narzędzia podstawowego. Jest to szczególnie istotne wówczas kiedy badanie oparte jest na skalach samooceny, co miało miejsce w przedstawianych badaniach.

Dodatkowo w mojej opinii opieranie się jedynie na danych socjodemograficznych nie daje podstaw do wysuwania jakichkolwiek wniosków o znaczeniu klinicznym dotyczących przyczyn obserwowanych zjawisk. Przykładowo w prezentowanych badaniach zupełnie nie uwzględniono aspektów psychologicznych poprzez wprowadzenie odpowiednich narzędzi. W efekcie wyniki przeprowadzonych badań ograniczone są wyłącznie do określenia wartości uzyskanych w stosowanych metodach pomiaru (skale samooceny). Wszelkie wnioski natury ogólniejszej nie wydają się uprawomocnione. Szczególnie zastrzeżenia mogą budzić niektóre sformułowania przedstawione jako podsumowanie cyklu publikacji zebranych w „Osiągnięciu” a przedstawione w Autoreferacie.

Podam przykłady:

- „Obecność objawów depresyjnych zaobserwowanych w badaniu przeprowadzonym wśród pacjentów geriatrycznych sprzyja deterioracji ich jakości ich życia” – nie widzę miarodajnej metody do oceny jakości życia
- „Jedna czwarta badanych nastolatków doświadczyła zaburzeń lękowych i depresyjnych” – w oparciu o jakie kryteria wzmiankowane zaburzenia zdiagnozowano ?

- „W badaniu oceniającym stan zdrowia psychicznego ogółu populacji podczas pandemii COVID-19 wynika, że pandemia może wpływać na zdrowie psychiczne jednostek....” – zapewne tak jest w istocie, ale badanie tego nie udowadnia, co najwyżej wskazuje na takie subiektywne odczucia respondentów
- „Dokonując oceny stanu zdrowia psychicznego osób starszych w czasie pandemii COVID-19 u jednej piątej uczestników zaobserwowano zaburzenia lękowe i depresyjne” – jak poprzednio – w oparciu o jakie kryteria ?
- „Niniejsze badania dostarczyły nowych danych na temat stopnia natężenia cierpienia psychicznego w różnych grupach społecznych, a także czynników nasilających problemy zdrowia psychicznego.” – stosowana metodologia nie daje podstaw do drugiej części wniosku

Nie kwestionuję wartości przeprowadzonych badań, jednak obowiązkiem recenzenta jest dokonać oceny zgodnie z wytycznymi Ustawodawcy, a te mówią wprost (art. 16 ust. 1) o badaniach, które stanowią „... znaczny wkład autora w rozwój określonej dyscypliny naukowej lub artystycznej...”.

W mojej ocenie przedstawione jako „Osiągnięcie” badania nie spełniają tak określonego warunku. Biorąc pod uwagę dziedzinę badań za istotne, poszerzające dotychczasową wiedzę należy uznać takie badania, które pozwalają w oparciu o uzyskane wyniki opracować programy profilaktyczne lub profilaktyczno – lecznicze. Tymczasem prezentowane wyniki uznać można jedynie za wstępny etap wymagający w dalszej kolejności weryfikacji uzyskanych danych oraz co, najistotniejsze ściślejszego zdefiniowania grup ryzyka oraz przede wszystkim czynników odpowiedzialnych za niepożądane stany psychiczne. Nawet przy założeniu, że uzyskane wyniki znajdują potwierdzenie w stanie klinicznym, to przedstawione badania jedynie w wielkim przybliżeniu określają konkretne grupy podwyższonego ryzyka, nie dając informacji o rzeczywistych czynnikach ryzyka. Z prezentowanych badań najbliższym tego celu zdaje się być praca poświęcona personelowi pielęgniarskiemu eksponowanemu na zagrożenia związane z Covid-19. Mimo, że badania te budzą wątpliwości odnośnie doboru próby, to jednak mogą prowadzić do ważnych praktycznych spostrzeżeń. Niestety tak jak i pozostałe ograniczają się do wstępnej fazy poznania problemu.

Reasumując uważam dorobek naukowy przedstawiony w powyższych pięciu publikacjach za interesujący. Brakuje w nim jednak pogłębionej, dalszej analizy obserwowanych zjawisk. Trudno wobec tego uznać dorobek naukowy przedstawiony w „Osiągnięciu” jako stanowiący znaczący wkład w rozwój dyscypliny.

Ocena dodatkowego dorobku naukowego

Zgodnie z zamieszczoną w nadesłanej dokumentacji Analizą Bibliometryczną dr n. o zdr. Beata Dziedzic opublikowała poza „Osiągnięciem Habilitacyjnym” 5 prac oryginalnych przed uzyskaniem stopnia naukowego doktora (MNiSW=33), oraz po uzyskaniu stopnia 14 prac oryginalnych i 2 poglądowe. Łącznie z pracami wliczonymi w skład „Osiągnięcia”: IF=26,573; MNiSW=1400. Liczba cytowań z bazy Web of Science z autocytowaniami - 17, bez autocytowań -17, Indeks Hirscha według bazy Web of Science -3. Liczba cytowań z bazy Scopus z autocytowaniami - 16, bez autocytowań -14, Indeks Hirscha według bazy Scopus – 3

Habilitantka wskazuje zasadniczo na jeden kierunek badawczy realizowany przez pewien okres czasu. Są to badania nad poziomem wiedzy oraz zachowań zdrowotnych wśród osób starszych na temat choroby niedokrwiennej serca. Jak wskazuje najważniejszym osiągnięciem tego projektu była realizacja programu edukacyjnego wśród osób starszych z rozpoznaną chorobą niedokrwinną serca i uzyskanie poprawy w zakresie ocenianych parametrów. Niewątpliwie badania tego rodzaju mają wartość kliniczną, jednak trudno dopatrzeć się w uzyskanych wynikach elementów nowych, istotnie wzbogacających dotychczasową wiedzę. Czynniki będące przedmiotem przedstawianych badań były bowiem już wcześniej znane i szeroko omawiane w literaturze. Trudno również nie zwrócić uwagi, na to, że badania te w większości trudno zakwalifikować jako mające miejsce po uzyskaniu stopnia doktora. Świadczyć o tym mogą daty publikacji poszczególnych artykułów.

Poza pracami związanymi z tematyką schorzeń kardiologicznych Habilitantka opublikowała 12 innych prac opartych o własne badania. Poza dwoma pracami dotyczącymi problematyki wywołanej pandemią COVID-19, które w pewien sposób łączą się z tematyką publikacji zebranych w „Osiągnięciu”, dotyczą one zróżnicowanych problemów. Trudno wobec tego wskazać na jednolity, konsekwentnie realizowany kierunek badawczy. Podsumowując wyniki przedstawione w publikacjach zawartych w części „Informacja o wykazaniu się istotną aktywnością naukową” trzeba stwierdzić, że dr n. o zdr. Beata Dziedzic podejmowała ważne tematy, jednak praktycznie w każdym przypadku brakuje pogłębionej, dalszej analizy naukowej postrzeganych zjawisk. W efekcie, podobnie jak to ma miejsce w odniesieniu do badań osób z problemami kardiologicznymi, trudno tutaj wskazać na osiągnięcia mający istotny wpływ na rozwój wiedzy, a jest to oczekiwany warunek, które powinny spełniać badania będące podstawą do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego. Recenzent

oczywiście może się mylić w swojej ocenie, tym bardziej, że nie jest ekspertem w zakresie zdrowia publicznego. Jednak odwołanie się do obiektywnych parametrów oceny aktywności naukowej, zdaje się wskazywać na zasadność stwierdzenia o braku istotnego wpływu na rozwój wiedzy. Wskaźnik IF dorobku poza „Osiągnięciem” wynosi 10,416, co przy łącznej liczbie 22 prac nie jest wartością wysoką. Bardziej jednak, w mojej opinii, miarodajna dla oceny dorobku będzie liczba cytowań publikacji Habilitantki. Wynosi ona (bez autocytowań) wg Web of Science 17, a wg bazy Scopus 14. Niestety świadczy to o nikłym wpływie przedstawionych do oceny publikacji na środowisko naukowe.

Dodatkowo dr n. o zdr. Beata Dziejic współredagowała 7 rozdziałów w podręcznikach dotyczące tematyki pielęgniarskiej, w tym opieki nad ludźmi starszymi.

Ważne do odnotowania jest współautorstwo 31 rozdziałów w podręcznikach, również o tematyce związanej głównie z opieką pielęgniarską oraz 46 referatów oraz 62 plakatów przedstawionych na konferencjach krajowych naukowych i naukowo - szkoleniowych.

W nadesłanych materiałach będących podstawą do przygotowania opinii nie znajdują jakichkolwiek informacji o zaangażowaniu Habilitantki we współpracę międzynarodową. Ponadto brak jest informacji o uczestnictwie, a tym bardziej sprawowaniu funkcji kierowniczej w programach badawczych finansowanych ze źródeł zewnętrznych (tzw. grantów). W zasadzie w ogóle nie ma informacji o uczestnictwie w jakimkolwiek programie naukowo – badawczym, bowiem jak wynika z opisu zawartego w „Autoreferacie” trudno uznać rolę Habilitantki w programie „Event Holter” (pomijając i to, że nie podano numeru grantu) za działalność ściśle naukową. Ponadto trudno jest uznać przewodniczenie sesjom podczas konferencji za dowód na współpracę naukową międzyuczelnianą.

Dr n. o zdr. Beata Dziejic wymienia dwie nagrody J.M. Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego jako nagrody za działalność naukową. Nie wydaje się to jednak ściśle jako, że pierwsza z nagród zastała przyznana za redakcję i recenzję monografii, a druga bezpośrednio za działalność dydaktyczną.

Oceniając dodatkowy dorobek naukowy dr n. o zdr. Beaty Dziejic trzeba podkreślić niewątpliwie dużą aktywność czego efektem są liczne publikacje, zwłaszcza dotyczy to liczby rozdziałów w podręcznikach oraz aktywnego udziału w konferencjach naukowych i naukowo – szkoleniowych krajowych.

Trudno jednak w publikowanych wynikach dopatrzeć się naukowych osiągnięć, o których można z całym przekonaniem powiedzieć, że są nowatorskie, umożliwiają lepsze poznanie istoty badanych zjawisk i przez to stanowiących istotny i uznany przez środowisko naukowe wkład dla rozwoju dyscypliny.

Tym samym nie znajduję podstaw do stwierdzenia, że dorobek towarzyszący dr n. o zdr. Beata Dziejcie jest znaczący dla rozwoju dyscypliny.

Podsumowanie

W oparciu o otrzymane dokumenty uważam, że zarówno wyniki badań przedstawionych w publikacjach tworzących „Osiągnięcie” jak i prezentowany „dorobek dodatkowy” nie dają podstaw do stwierdzenia, że jest to wkład znaczący dla rozwoju dyscypliny. Pomimo dość znacznej liczby prac, trudno wskazać na wyniki o uniwersalnej wartości poznawczej. W pewien sposób wiąże się z tym znacząco niska liczba cytowań, brak udokumentowanej współpracy międzynarodowej, brak informacji o uczestnictwie w programach badawczych finansowanych ze źródeł zewnętrznych.

Tym samym stwierdzam, że oceniany dorobek naukowy dr n. o zdr. Beaty Dziejcie nie może być klasyfikowany jako znaczący dla rozwoju dyscypliny i tym samym nie spełnia warunków określonych w art. 219 ust 1 pkt2. Ustawy z dnia 20.07.2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

KIEROWNIK KATEDRY


prof. dr hab. med. Leszek Bidzan