

Warszawa, 12.02.2024 r.

Dr hab. n. med. Dorota Cianciara, prof. CMKP
Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia
Szkoła Zdrowia Publicznego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
e-mail: dorota.cianciara@cmkp.edu.pl

Dział Obsługi Rady ds. Nauki i Doktorantów
WFŁYNĘŁO

13.02.2024

RND/RDN 2-5920-2H/23/13/23/24

Kwestie formalne

Recenzja została przygotowana w związku z postępowaniem o nadanie stopnia doktora habilitowanego dr. n. hum. Tomaszowi Sobierajskiemu (dalej: Habilitant) w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki o zdrowiu, prowadzonym na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, w odpowiedzi na pismo Prof. dra hab. n. med. Bolesława Samolińskiego Przewodniczącego Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu. Podstawą sporządzenia recenzji są zasady wymienione w art. 2019 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z dnia 20 lipca 2018 r. (Dz. U. 2018 poz. 1668 z późn.zm.). Recenzja składa się z 15 ponumerowanych stron.

Zawodowa i naukowa aktywność Habilitanta

Dr Tomasz Sobierajski tytuł zawodowy magistra socjologii uzyskał w 1999 r., a stopień naukowy doktora nauk humanistycznych w zakresie socjologii w 2007 r. na mocy uchwały Rady Naukowej Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego. W Instytucie tym jest zatrudniony od 2003 r., początkowo na studiach doktoranckich, a obecnie jako profesor uczelni w Zakładzie Socjurbanistyki i Badań nad Konfliktem, Ośrodkiem Badań Socjomedycznych.

W zakresie jego zainteresowań i przedmiotu badań mieściła się tematyka religijności (magisterium, doktorat), dynamika i reforma kształcenia zawodowego i ustawicznego oraz doradztwo zawodowe (po doktoracie), a poczynając od około 2010 r. problematyka dotycząca komunikacji medycznej, szczepień ochronnych, antybiotykoodporności, stanu psychosomatycznego Polaków w trakcie pandemii COVID-19, nadciśnienia tętniczego, reumatoidalnego zapalenia stawów, cukrzycy. Jest autorem lub współautorem 20 prac oryginalnych opublikowanych w czasopiśmie zagranicznych (IF= 84,602, MEiN=1710 pkt.), 5 oryginalnych, pełnotekstowych prac naukowych opublikowanych w czasopiśmie zagranicznych nieposiadających IF (MEiN 700), 3 opisów przypadków w czasopiśmie nieposiadających IF, 5 prac poglądowych w czasopiśmie nieposiadających IF, 9 rozdziałów w monografiach / podręcznikach, jedynym autorem 6 monografii, współautorem / współredaktorem 3 monografii oraz 2 streszczeń ze zjazdów międzynarodowych. Sumaryczny współczynnik IF=84,602, sumaryczna punktacja MEiN=2431. Liczba cytowań bez autocytowań wg Web of Science wynosi 46, indeks Hirscha 4. Na różnych konferencjach wygłosił 68 doniesień. Zrecenzował 37 prac naukowych, z których 28 zostało przyjętych do publikacji.

Dr T. Sobierajski uczestniczył w 8 międzynarodowych projektach badawczych w różnych rolach, w tym roli koordynatora projektu, autora metody i narzędzi badawczych, wykonawcy analizy statystycznej, eksperta, współautora raportu, autora materiałów szkoleniowych, prowadzącego warsztaty. Z zagranicznej strony uczestnikami tych projektów były instytucje / organizacje wywodzące się (w kolejności alfabetycznej) z: Austrii, Bułgarii, Francji, Niemiec, Rumunii, Turcji, Węgier, USA, a także międzynarodowa organizacja zajmująca się wolnością prasy.

Dr T. Sobierajski uczestniczył również w 21 projektach naukowo-badawczych realizowanych przez ośrodki polskie, w tym m.in. Warszawski Uniwersytet Medyczny (dalej: WUM), Śląski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Narodowy Instytut

Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny (dalej: NIZP-PZH), Narodowy Instytut Leków, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Ogólnopolski Kongres Ratowników Medycznych, Polskie Stowarzyszenie Chorych na miastenię gravis „Gioconda”, Fundację RZS Nie Rezygnuj. Ponadto po doktoracie uczestniczył w blisko 50 krótkoterminowych projektach badawczych realizowanych na zlecenie różnych podmiotów.

Dr T. Sobierajski prowadzi też działalność dydaktyczną i popularyzatorską. Otrzymał nagrodę dla recenzentów przyznawaną przez koncern wydawniczy MDPI (*Multidisciplinary Digital Publishing Institute*) oraz nagrodę dydaktyczną trzeciego stopnia Rektora WUM za współautorstwo monografii pt. „Jak odpowiadać na wątpliwości rodziców na temat szczepień – wskazówki dla lekarzy”. Jest członkiem *International Society of Global Health* z siedzibą w Szkocji.

Osiągnięcie naukowe, będące podstawą do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego – opis i omówienie

Podstawą do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego jest cykl sześciu powiązanych tematycznie publikacji naukowych, prac oryginalnych pod wspólnym tytułem: „Dynamika psychospołecznych postaw wobec szczepień ochronnych i eksplikacja praktyk szczepień z perspektywy wakcynologii społecznej”. Sumaryczny współczynnik Impact factor dla tych prac, według cytowań czasopism, w których zostały opublikowane, wynosi 43,8. Sumaryczna punktacja Ministerstwa Edukacji i Nauki osiągnięcia naukowego wynosi 770. We wszystkich tych pracach dr T. Sobierajski był pierwszym autorem i jednocześnie autorem korespondencyjnym. Poniżej zostaną kolejno opisane i omówione poszczególne prace z tego cyklu.

1. **Sobierajski T, Bulińska-Stangrecka H, Wanke-Rytt M, Stefanoff P, Augustynowicz, E.** Behavioural and Cognitive Attitudes of Paediatricians towards Influenza Self-Vaccination - Partial Mediation Model. *Vaccines* (Basel) 2022; 10 (8): 1206. <https://doi.org/10.3390/vaccines10081206>. IF=7,8.

Opis

Współautorami artykułu pt. „Behawioralne i poznawcze postawy pediatrów wobec samoszczepienia przeciwko grypie – model częściowej mediacji” są cztery osoby z Polski reprezentujące Politechnikę Warszawską, WUM, Norweski Instytut Zdrowia Publicznego oraz NIZP-PZH. Artykuł został wydrukowany w czasopiśmie *Vaccines* prowadzonym przez MDPI. Publikacja liczy 13 stron, obejmuje 6 tabel, jedną rycinę, odwołania do 40 pozycji bibliograficznych.

Manuskrypt był wysłany do redakcji 16 czerwca 2022 r., zaakceptowany 25 lipca, a opublikowany 29 lipca 2022 r. Manuskrypt był recenzowany przez dwie osoby – jedną, która chciała zachować anonimowość oraz panią dr Giusi Macaluso pracującą w *Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia* w Palermo na Sycylii, która zawodowo zajmuje się patogenami zwierząt.

Celem badania opisanego w tym artykule było omówienie mechanizmu złożonych relacji, które leżą u podłoża zaszczepienia się przez pediatrów przeciwko grypie, a w szczególności związku między „postawą poznawczą” a „postawą behawioralną”. Badanie wykonano w czerwcu i lipcu 2017 r. wśród 403 losowo dobranych lekarzy posiadających specjalizację z pediatrii i przeprowadzających kwalifikacje dzieci do szczepień. W badaniu postawiono trzy hipotezy, które poddano weryfikacji i potwierdzono je. Ustalono m.in., że tzw.

„postawa poznawcza” i „postawa behawioralna” mają związek z zaszczepieniem się pediatrów przeciwko grypie, a „postawa behawioralna” jest mediatorem tej sytuacji.

Badanie przeprowadziła grupa badawcza DSG metodą wywiadów telefonicznych wspomaganym komputerowo (*computer-assisted telephone interview*, CATI) z zachowaniem standardów prowadzenia badań tego typu. Ze względu na zakres i charakter badania odstąpiono od oceny etycznej projektu badania i nie budzi to moich zastrzeżeń. Badanie było sfinansowane z Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz funduszy norweskich (*EEA and Norway Grants*).. Autorzy nie zgłaszali konfliktu interesów.

Udział dra T. Sobierajskiego polegał na konceptualizacji badania, analizie formalnej, napisaniu, redagowaniu i poprawianiu artykułu.

Omówienie

Wg deklaracji Autorów podstawą tego badania był model częściowej mediacji, stworzony przez nich na bazie teorii zachowań interpersonalnych (*Theory of Interpersonal Behaviour*) sformułowanej przez Harry'ego Triandisa w 1977 r. (str. 2 z 13). Podpieranie się tą teorią uważam za problematyczne z dwóch powodów.

Po pierwsze, teoria ta nie łączy się jednoznacznie z celem badania, ponieważ dotyczy zachowań międzyludzkich, relacji między nimi, co nie jest tożsame z poddaniem się szczepieniu, w tym przeciwko grypie. To są różne zachowania, odbywają się w innych kontekstach i mają inne drivery. Bardziej odpowiedni byłby kierunek analizy opierający się na koncepcji *SAGE Working Group*, tj. na tzw. modelu 3C (*confidence, complacency, convenience*). Uwzględnia on trzy czynniki, takie jak zaufanie (np. do szczepionki, personelu, systemu zdrowia), spokój ducha (np. samoskuteczność) oraz szeroko rozumianą wygodę i dostępność. Model ten zaproponowano w 2014 r., czyli 3 lata wcześniej, niż podjęto omawiane badanie. Pierwotnie proponowano go do opisu uwarunkowań wątpliwości wobec szczepionek (*vaccine hesitancy*), ale jest powszechnie używany zarówno do oceny czynników, które są powiązane z przyjęciem szczepionek jak odmową ich przyjęcia. Doczekał się niemałej liczby rozszerzeń i modyfikacji

Po drugie, autorzy dokonali bardzo swobodnej interpretacji tej teorii. Spośród czterech zmiennych, które są zawarte w tym modelu (z czego w skład trzech wchodzi sześć elementów) wybrali dwie zmienne i nadali im nowe nazwy. O ile rozumiem koncepcję Autorów, to oryginalna zmienna dotycząca postaw (składająca się z dwóch elementów: przekonań dotyczących wyników zachowania oraz oceny wyników) została nazwana „postawą poznawczą” i zoperacjonalizowana (str. 4 z 13) jako wsparcie dla szczepień (w skali: silne – średnie – ani za, ani przeciw). Natomiast oryginalna zmienna dotycząca częstości dotychczasowego zachowania została przemianowana na „postawę behawioralną” i zoperacjonalizowana jako poddawanie własnego dziecka szczepieniom ochronnym (w skali: poddaję tylko szczepieniom obowiązkowym – poddaję szczepieniom obowiązkowym i niektórym zalecanym – poddaję szczepieniom obowiązkowym i wszystkim zalecanym – w ogóle nie szczepię własnego dziecka). I tu pojawiają się pytania: na jakiej podstawie teoretycznej wyróżniono tzw. postawę poznawczą i behawioralną, skoro fachowo określa się to poznawczym i behawioralnym komponentem postawy. Dlaczego i po co oryginalna zmienna pn. częstość dotychczasowego zachowania została uznana za tzw. postawę behawioralną. Żadna z tych kwestii nie została wyjaśniona w rozdziale o metodach, ani też podjęta w dyskusji.

Metodyczny, warsztatowy aspekt pracy jest poprawny. Kwestionariusz składał się z 17 pytań. Badanie było poprzedzone pilotażem wykonanym przez Autorów wśród losowo dobranych pediatrów. Na pochwałę zasługuje postawienie hipotez badawczych, co jest zbyt rzadko spotykane w pracach polskich badaczy z obszaru zdrowia publicznego. Najważniejszą tabelę i rycinę, podsumowującą całe badanie, umieszczono w dyskusji, co nie najlepszym

rozwiązaniem. Wskazano dwa ograniczenia przeprowadzonego badania, tj. jego przekrojowy i ilościowy charakter. Ograniczeniem tego badania, nie wykazany przez Autorów, jest także to, że grupa badawcza została scharakteryzowana tylko poprzez płeć, wiek metrykalny oraz doświadczenie / czas pracy mierzony w latach. Nie badano zaś (lub nie opisano?) miejsca praktyki lekarzy (regionu bądź wielkości miejscowości), a zmienna ta może mieć wpływ na wyniki badania.

W warstwie językowej zwracają uwagę dwie sprawy. Zgodnie z dobrym obyczajem w badaniach w dziedzinie zdrowia publicznego w kwestionariuszach (kafeterii) i opisie wyników w stosunku do samooceny respondentów (w dowolnym wymiarze) staramy się nie używać się słów wartościujących, takich jak „zły” (*very bad, bad*). Do oszacowania i prezentacji samooceny wiedzy o szczepionkach można było użyć innej, bardziej neutralnej konstrukcji pytań, aby respondenci mogli np. zgodzić się (lub nie) z tym, że mają odpowiednią wiedzę względnie określać ją na skali wystarczająca – niewystarczająca. Ponadto w tekście artykułu czterokrotnie użyto terminu „*immunization*”, który ma inne znaczenie niż „*vaccination*”.

2. **Sobierajski T, Rykowska D, Wanke-Rytt M, Kuchar E.** Vaccine or Garlic-Is It a Choice? Awareness of Medical Personnel on Prevention of Influenza Infections. *Vaccines* (Basel). 2022; 11(1): 66. doi: 10.3390/vaccines11010066. IF=7,8.

Opis

Współautorami artykułu pt. „Szczepionka czy czosnek – czy to jest wybór? Świadomość personelu medycznego w zakresie zapobiegania zakażeniom grypą” jest trzech polskich badaczy reprezentujących WUM. Artykuł został wydrukowany w czasopiśmie *Vaccines* prowadzonym przez MDPI. Publikacja liczy 32 strony, obejmuje 9 tabel, spośród których jedna ma formę tabelo-ryciny, 38 rycin oraz 74 pozycji bibliograficznych, w większości z lat 2020-2022

Manuskrypt był zgłoszony do redakcji 7 listopada 2022 r., aktualizowany 16 grudnia, zaakceptowany 19 grudnia, a opublikowany 28 grudnia 2022 r. Został zrecenzowany przez dwie osoby – dra Rodneya P. Jonesa, statystyka związanego z obszarem opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii oraz dra Taqueera Hussaina Mallhie’ego, farmakologa klinicznego pracującego w Arabii Saudyjskiej.

Wnosząc z tytułu artykułu celem prezentowanego badania było rozpoznanie świadomości pracowników ochrony zdrowia na temat siedmiu różnych metod zapobiegania grypie, jednak w innych miejscach pisano o rozpoznaniu wiedzy, postaw, bądź przekonań na ten temat. Badanie wykonano w sierpniu i wrześniu 2020 r. (w innym miejscu podano, że we wrześniu i październiku tegoż roku) wśród 950 pracowników (lekarzy, pielęgniarek i personelu administracyjnego), którzy zostali dobrani sposobem celowo-losowym i byli zatrudnieni w trzech szpitalach należących do Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM, tj. Centralnego Szpitala Klinicznego, Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus oraz Dziecięcego Szpitala Klinicznego, a także w całości wypełnili kwestionariusz badawczy. Postawiono trzy hipotezy, które potwierdzono za pomocą różnych kalkulacji. Ustalono m.in., że największy odsetek ogółu badanych jako całkowicie skuteczną metodę zapobiegania grypie wskazał mycie rąk (52,8%) oraz unikanie kontaktu z chorymi (49,3%). Całkowitą skuteczność szczepień przeciwko grypie wskazało ok. 30% badanych. Wskazanie szczepień jako metody skutecznej charakteryzowało lekarzy, pracowników szpitala dziecięcego oraz osób młodszych i z krótszym ze stażem pracy.

Badanie zostało przeprowadzone przez Autorów metodą ankietową (prawdopodobnie audytoryjnie) za zgodą Komisji Bioetycznej WUM bez finansowania zewnętrznego. Autorzy nie zgłaszali konfliktu interesów.

Udział dra T. Sobierajskiego polegał na konceptualizacji badania, analizie statystycznej, napisaniu wersji roboczej, recenzji i redakcji, nadzorze.

Omówienie

Odnosząc się do warstwy teoretycznej tego badania, trzeba najpierw zapytać kim według Autorów są *health workers* (HWs), czy są to ogólnie pracownicy ochrony zdrowia czy tylko pracownicy opieki medycznej (*health care workres*, HCWs). Interpretując literalnie użycie tego terminu, zastanawia po co Autorzy włączyli do wprowadzenia artykułu tezy o tym, że „Pracownicy ochrony zdrowia, to jedni z wiodących edukatorów w zakresie profilaktyki zdrowotnej, w tym wiedzy na temat wirusa grypy i szczepień przeciwko grypie”, „wiedza pracowników może przekładać się na dyspozycje edukacyjne w zakresie profilaktyki”, a „Lekarze i pielęgniarki powinni informować pacjentów o sposobach zapobiegania zakażeniu się grypą podczas spotkań z pacjentami”. Idąc takim tokiem rozumowania, tj. edukacji pacjentów, niepotrzebne było włączenie personelu administracyjnego do grupy badawczej. Wątpliwie było też włączenie lekarzy i pielęgniarek, niezależnie od posiadanej przez nich specjalizacji lekarskiej lub pielęgniarskiej czy oddziału, w którym pracują. W istocie wiodącą rolę w edukacji pacjentów dotyczącej szczepień mają lekarze rodzinni i inni profesjonaliści pracujący w POZ. A zatem bardziej przekonujące byłoby stwierdzenie, że rozpoznanie wiedzy / świadomości / postaw / przekonań pracowników ochrony zdrowia może mieć przyszłe zastosowanie do ich zmiany, większej wszczepialności oraz poprawy bezpieczeństwa pacjentów i współpracowników, a także potencjalnego modelowania zachowań współpracowników, pacjentów czy ich rodzin.

W artykule występują terminy, takie jak wiedza, świadomość, postawa, przekonania, częściowo zamiennie. Stwierdzono też np., że: „wiedza pracowników ochrony zdrowia przekłada się na ich przekonania oraz „wiedza (...) jest zakorzeniona w publicznej świadomości” (str. 2 z 32). Jednak związek wiedzy ze świadomością i przekonaniem jest bardziej złożony dlatego formułując takie zdania należałoby zachować ostrożność, a najlepiej byłoby podawać definicje użytych terminów.

Aspekt metodyczny pracy jest poprawny, niemniej trzeba zauważyć, że nie jest jasny sposób przeprowadzenia badania. Powiedziano, że jeden z autorów osobiście kontaktował się z respondentami (str. 2 z 32), którzy zostali poinformowani o dobrowolnym udziale i poufnym charakterze badania. Oznacza to kontakt z 1233 osobami, które przystąpiły do badania, a ponieważ badanie przeprowadzono metodą PAPI, to można przypuszczać, że przeprowadzono je metodą audytoryjną. Nie byłoby nic zdrożnego w tym, aby powiedzieć o tym jednym słowem, zwłaszcza przy tak dużej objętości artykułu.

Kwestionariusz ankiety składał się z 13 pytań, pytania merytoryczne miały różnorodną konstrukcję. W części z nich zastosowano stosunkowo rzadko stosowaną 7-stopniową skalę Likerta. Przy czym przy prezentacji opinii respondentów o skuteczności różnych metod podział ten uległ zatarciu, ponieważ zastosowano sumę 3 kategorii (tj. raczej skuteczna + skuteczna + całkowicie skuteczna oraz całkowicie nieskuteczna + nieskuteczna + raczej nieskuteczna; ryciny od 1 do 35). I taki wariant analizy zastosowano do weryfikacji hipotezy 1 oraz 3. Natomiast do weryfikacji hipotezy 2 zastosowano tylko kategorie brzeżne (tj. całkowicie skuteczna oraz całkowicie nieskuteczna; ryc. 36 i 37). Zastanawia więc, czy odmiennosc ta miała wpływ na potwierdzenie hipotez badawczych.

Narzędzie było poddane pilotażowi, w którym oceniono – jak powiedziano – jego „*effectiveness*”, czyli skuteczność. Polegało to na ocenie „*usefulness*” oraz „*relevance*”, co prawdopodobnie odpowiada testowi na rzetelnosc (*reliability*) skoro wykonano test alfa-Cronbacha oraz trafność (*validity*). Testy te wykonano w grupie 23 osób, które nie zostały scharakteryzowane.

Wyniki badania zostały zaprezentowane bardzo szczegółowo i ocena każdej z siedmiu analizowanych metod (maski ochronne, mycie rąk, szczepienia przeciwko grypie, unikanie kontaktu z chorymi, jedzenie czosnku, przyjmowanie preparatów z inozyną, przyjmowanie witaminy C) została przedstawiona na pięciu oddzielnych rycinach według płci, wieku, typu szpitala, zawodu oraz stażu pracy. Łącznie daje to 35 rycin i utrudnia porównanie danych. Znacznie lepszym rozwiązaniem byłoby tu zastosowanie tzw. wykresów radarowych dostępnych w Excelu, na których można, przy zachowaniu odpowiedniej skali, pokazać więcej danych, które są warte porównania. W części dotyczącej ograniczeń badania zwrócono uwagę, że respondentami byli pracownicy szpitali akademickich, którzy w znacznej liczbie kształcą młode kadry, toteż ich wiedza może być większa niż przeciętnie wśród lekarzy i pielęgniarek. Sugerowano przeprowadzenie takiego badania w innych szpitalach.

W pracy widoczne są problemy z tłumaczeniem lub redakcją tekstu. Poza problemami wspomnianymi powyżej (pracownicy, przekonania) moją uwagę zwróciło np. zdanie, że: „*nearly half a million die annually from respiratory illnesses resulting from influenza*” (str. 1 z 32) oraz określenie „*health prevention*” (str. 1 z 32). Termin „*illness*” z pierwszego przykładu oznacza subiektywne poczucie dolegliwości / złego zdrowia / chorowania, ale nie obiektywnie zdiagnozowaną chorobę. Właściwe byłoby tu sformułowanie „*influenza-related deaths*”. W drugim przykładzie pojawiła się „profilaktyka zdrowia”, a powinno być użyte określenie „profilaktyka chorób” (*disease prevention*). Poza tym takie same frazy zostały przetłumaczone w różny sposób. I tak: w tabeli 2 (str. 5 z 32) występują: FI-*fully ineffective*, DI-*definitely ineffective*, RI-*rather ineffective*, NINE-*neither ineffective nor effective*, RE-*rather effective*, DE-*definitely effective*, FE-*fully effective*, zaś na rycinie 38 (str. 26 z 32) te same kategorie nazwano inaczej: TIN-*totally ineffective*, IN-*ineffective*, RIN-*rather ineffective*, NINE-*neither ineffective nor effective*, RE-*rather effective*, E-*effective*, TE-*totally effective*. Poza tym dobrze byłoby w tabelach dać legendę, która objaśnia skróty np. dla mediany czy ilorazu szans. W słowach kluczowych użyto terminu „*immunization*”, który w MeSH-u jest terminem nadrzędnym wobec „*vaccination*” i ma szersze znaczenie.

3. **Sobierajski T, Rzymski P, Wanke-Rytt M.** The Influence of Recommendation of Medical and Non-Medical Authorities on the Decision to Vaccinate against Influenza from a Social Vaccinology Perspective: Cross-Sectional, Representative Study of Polish Society. *Vaccines (Basel)* 2023; 11(5): 994. doi: 10.3390/vaccines11050994. IF=7,8.

Opis

Współautorami artykułu pt. „Wpływ zaleceń władz medycznych i niemedycznych na decyzję o zaszczepieniu się przeciwko grypie z perspektywy wakcynologii społecznej: reprezentatywne, przekrojowe badania społeczeństwa polskiego” są dwie osoby reprezentujące Uniwersytet Medyczny w Poznaniu oraz WUM. Artykuł został wydrukowany w czasopiśmie *Vaccines* prowadzonym przez MDPI. Publikacja liczy 15 stron, obejmuje 4 tabele i jedną rycinę oraz odwołania do 63 pozycji bibliograficznych.

Manuskrypt był zgłoszony 19 kwietnia 2023 r., zrecenzowany 13 maja, zaakceptowany 15 maja i opublikowany 17 maja 2023 r. Był recenzowany przez cztery osoby, z czego trzy są anonimowe, a czwartą był Tao Zhang, który nie udostępnił informacji osobowych.

Celem badania prezentowanego w tym artykule było rozpoznanie wpływu autorytetów medycznych / obiektywnych (lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów) oraz autorytetów osobowych / subiektywnych (rodzina, przyjaciele) przy namyśle nad zaszczepieniem się przeciwko grypie. Badanie sondażowe przeprowadzono w październiku 2022 r. na reprezentatywnej próbie mieszkańców Polski w liczbie 805 osób. Postawiono pięć pytań badawczych. Między innymi stwierdzono, że przy namyśle nad zaszczepieniem się przeciwko

grypie największą siłą wpływu miałyby opinie lekarzy, zwłaszcza wśród osób w wieku 65 i więcej lat. Opinia farmaceuty miałyby niewielkie, choć istotne statystycznie znaczenie dla mężczyzn i osób w wieku 35-49 lat. Opinia pielęgniarki oraz przyjaciela / członka rodziny nie miałyby istotnego wpływu.

Badanie przeprowadziła firma badawcza (bez podania jej nazwy) metodą wywiadu internetowego wspomaganego komputerowo (*computer assisted web interview*, CAWI) z zachowaniem odpowiednich standardów. Można domyślać się, że firmą tą była SW Research, której panel badawczy liczy 805 osób. Badanie uzyskało akceptację Komisji Bioetycznej WUM, nie było dofinansowane z zewnątrz. Autorzy nie zgłaszali konfliktu interesów.

Udział dra T. Sobierajskiego polegał na konceptualizacji i zaprojektowaniu badania, przeprowadzeniu analizy statystycznej, napisaniu wersji roboczej.

Omówienie

Patrząc od strony teoretycznej nie jestem przekonana do deklaracji, że problem badawczy roli autorytetów jako tzw. driverów do szczepień będzie analizowany z perspektywy wakcynologii społecznej. Zgodnie z autorem referatem dra T. Sobierajskiego wakcynologia społeczna została powołana do życia przez niego samego, co potwierdził w zdaniu: „(...) związany ze szczepieniami (...) bardzo silny (...) element psychospołeczny, skłonił mnie w ramach poszukiwań naukowych, do stworzenia na obrzeżach wakcynologii, socjologii i nauk o zdrowiu interdyscyplinarnej subdyscypliny, wakcynologii społecznej” (autoreferat, str. 15). I jest to według Niego gałąź socjologii.

Wakcynologia początkowo była gałęzią *stricte* medyczną, nauką oraz inżynierią wytwarzania szczepionek i obejmowała nauki podstawowe, immunologię, technologię produkcji, ocenę kliniczną, strategię dystrybucji. Z czasem zakres zainteresowania dziedziny poszerzył się o bezpieczeństwo oraz kwestie prawne, etyczne i ekonomiczne wytwarzania i stosowania szczepionek. Między innymi z powodu narastającego zjawiska niepewności i uchylania się od szczepień nadszedł czas kolejnego rozszerzenia optyki wakcynologii o aspekty psychologiczne, społeczne i polityczne (w znaczeniu anglojęzycznego słowa *policy*, czyli polityki publicznej). Czy jednak jest to dostatecznym argumentem do wyłonienia wakcynologii społecznej, czy może jest to próba zbyt czarna i PR-owa. Na korzyść wyłonienia „nowego” odłamu wakcynologii przemawia potrzeba pozycjonowania problematyki społeczno-politycznej związanej ze szczepieniami. Na niekorzyść przemawia brak odpowiednika w terminologii anglojęzycznej i to przy lawinie prac poświęconych rozlicznym niemedycznym kontekstom szczepienia lub nieszczepienia się. Poza tym obszar zainteresowań owej wakcynologii został zakreślony i szeroko, i chaotycznie.

W przedmiotowej pracy (str. 2 z 15) Autorzy stwierdzili, że szczepienia należy postrzegać z perspektywy zjawiska społecznego i aktywności społecznej (*social phenomena and social actions*), które należy wyjaśniać za pomocą siatki teoretycznej nauk społecznych, a celem wakcynologii społecznej jest badanie, analizowanie i opisanie wpływów społecznych na postawy ludzi w stosunku do szczepień. I tu zgoda. Jednak dalej Autorzy przeszli do szerszej perspektywy i stwierdzili, że „Wakcynologia społeczna, jako interdyscyplinarna ścieżka badań naukowych, koncentruje się między innymi na analizie zjawiska szczepień na styku biomedycznego i holistycznego modelu zdrowia”. Po czym podjęli próbę wyjaśniania istoty modelu holistycznego, który nazwali modelem społecznym (?). Stwierdzili, że holistyczna koncepcja zdrowia koresponduje (?) ze współczesnym podejściem do zdrowia, w którym uwzględnia się kwestie fizyczne, społeczne i psychiczne. Pochodzenia modelu holistycznego dopatryli się w definicji zdrowia wg Konstytucji WHO z 1946r. oraz teorii salutogeny Aarona Antonowsky’ego, w tym poczucia koherencji. Wywód ten nie jest ani czytelny, ani bezdyskusyjny, a jeśli ma realne znaczenie dla idei wakcynologii społecznej, to powinien być lepiej udokumentowany. Trzeba tu podkreślić, że model holistyczny odnosi się do równowagi

ciała, umysłu i ducha, jest podstawą nurtu wellness i bywa osobiście interpretowany w kontekście medycyny komplementarnej i alternatywnej. A w naukach o zdrowiu przeważa podejście z perspektywy społeczno-ekologicznego (społeczno-środowiskowego) modelu zdrowia. Podejście holistyczne jest natomiast dość żywotne w literaturze dotyczącej opieki medycznej nad pacjentem.

W części metodycznej, w opercjonalizacji koncepcji autorytetu przyjęto, że chodzi tu o osobowe źródła informacji, z którymi dochodzi do komunikacji bezpośredniej. Na podstawie wcześniejszych polskich badań jako źródła informacji wybrano lekarzy, pielęgniarki, i farmaceutów jako autorytety medyczne oraz przyjaciół, rodzinę jako osobowe autorytety społeczne. Spośród grona potencjalnych autorytetów wykluczono celebrytów, influencerów i polityków, z którymi respondenci zazwyczaj nie mają osobistych kontaktów. Badanie wykonano na początku sezonu grypowego, tj. jesienią 2022 r.

Autorski kwestionariusz ankiety składał się z 13 pytań, został opisany i w wersji anglojęzycznej dołączony w suplementie. Poinformowano, że kwestionariusz był poddany rygorystycznej walidacji, pilotaż wykonano w grupie 30 osób, link do kwestionariusza został wysłany mailem do respondentów z panelu badawczego SW Research.

W badaniu nie dochodzono statusu zaszczepienia respondentów, a pytano jedynie o to „W jakim stopniu opinia następujących osób [pielęgniarka, lekarz, farmaceuta w aptece, ktoś z rodziny / przyjaciół] miałaby znaczenie, gdybyś chciał/-a się zaszczepić? przeciwko grypie (*To what extent would the opinion/opinion of the following people matter if you wanted to get vaccinated against influenza*; suplement). A zatem pytano o to co mogłoby mieć znaczenie, a nie co miało znaczenie / wpływ na decyzję o zaszczepieniu się o ile respondent zaszczepił się. Są to jednak dwie różne deklaracje. Rozumiem przyczynę takiego postępowania, sprowadzającą się do problemów z przeprowadzeniem badania w grupie osób zaszczepionych. Na podstawie zebranego materiału ustalono, że osoby, które deklarowały się jako zdecydowani zwolennicy szczepień znacznie częściej potwierdzały możliwy wpływ autorytetów medycznych na decyzję o szczepieniu, niż osoby, które deklarowały, że są zdecydowanymi przeciwnikami szczepień. A zatem pozytywna postawa wobec szczepienia idzie w parze z opinią o możliwym dużym wpływie profesjonalistów medycznych, a negatywna postawa z opinią o małym wpływie profesjonalistów. Mówiąc w uproszczeniu oznacza to, że przekonani do szczepień są jednocześnie „posłuszni” profesjonalistom. W dyskusji Autorzy stwierdzili, że: „Podsumowując, przyszłe kampanie mające na celu zwiększenie wskaźnika szczepień przeciw grypie w Polsce powinny integrować różne grupy pracowników służby zdrowia, nie tylko lekarzy, a także obejmować farmaceutów, ponieważ będą oni prawdopodobnie wzorami do naśladowania dla decyzji podejmowanych przez ogół społeczeństwa”, a we wnioskach, że: „w procesie edukacji społeczeństwa na temat szczepień przeciw grypie lekarze, pielęgniarki i farmaceuci powinni być wzmocnieni w roli autorytetów medycznych”. Bez odpowiedzi pozostaje jednak kluczowe pytanie: dla kogo mają być autorytetem – przekonanych do szczepień czy wąpiących. Oczywiście jest, że wyniki tego badania nie dają odpowiedzi na to pytanie, jednak Autorzy mogli podzielić się z czytelnikami swoją wiedzą czy przemyśleniami na ten węzłowy problem, zwłaszcza z perspektywy wakcynologii społecznej.

Wskazano ograniczenia i mocne strony badania. Jako ograniczenie podano to, że badanie prowadzono w czasie, gdy toczyły się debaty nad rolą farmaceutów w procesie kwalifikowania do szczepień i ich wykonywania, co mogło mieć wpływ na opinie respondentów. Ze swojej strony dodałabym to, że badanie przeprowadzono w trakcie wykonywania szczepień przeciwko COVID-19 i obowiązywania unijnego certyfikatu COVID-19 (był ważny do czerwca 2023 r.), co pewnie także zaburza tło badania.

W aspekcie redakcyjnym: tabela 3 ma niewłaściwy tytuł, bowiem powinien on brzmieć: związek (siły) wpływu osobowych źródeł informacji z cechami demograficznymi respondentów. Pięciokrotnie użyto terminy „immunization”, w tym jako sowo kluczowe.

4. **Sobierajski T**, Krzywański J, Mikulski T, Pokrywka A, Krysztofiak H, Kuchar E. Sports Elite Means Vaccine Elite? Concerns and Beliefs Related to COVID-19 Vaccines among Olympians and Elite Athletes. *Vaccines* (Basel) 2022; 10(10):1676. doi: 10.3390/vaccines10101676. IF=7,8.

Opis

Współautorami artykułu pt. „Czy elita sportowców jest elitą w szczepieniu się? Obawy i przekonania związane ze szczepionkami przeciwko Covid-19 wśród olimpijczyków i elity sportowców” jest pięć osób reprezentujących Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej oraz WUM. Artykuł został wydrukowany w czasopiśmie *Vaccines* prowadzonym przez MDPI. Publikacja liczy 19 stron, obejmuje 11 tabel, z czego jedna ma formę tabelo-ryciny, 2 ryciny, 40 pozycji bibliograficznych.

Manuskrypt został zgłoszony 31 sierpnia 2022 r, zrecenzowany 23 września, zaakceptowany 30 września i opublikowany 8 października 2022 r. Był zrecenzowany przez trzy osoby: dra Arri Eisena z *Emory University* (Atlanta, USA) który zajmuje się głównie bioetyką, dra Sharada Prasad Wasti pracującego w Wielkiej Brytanii, który zajmuje się globalnym zdrowiem publicznym oraz jedną osobą anonimową.

Celem opisanego badania było rozpoznanie postaw sportowców olimpijskich i elitarnych wobec szczepień przeciwko COVID-19. Badanie przeprowadzono w okresie od września do listopada 2021 r. wśród 1073 zawodników kadry narodowej Polski, z czego do analizy wykorzystano 895 kwestionariuszy. Próba ta stanowi ok. 12% stanu liczebnego kadry narodowej. W badaniu postawiono pięć pytań badawczych. Ustalono między innymi, że sportowcy najczęściej wskazywali wpływ trenera jako przyczynę zaszczepienia i niezaszczepienia się przeciwko COVID-19. Sportowcy, którzy nie zaszczepili się częściej niż pozostali wyrażali zastrzeżenia dotyczące szczepień przeciwko COVID-19 – brak zaufania do rządu, lekarzy i szczepionek, przekonanie, że wymaganie szczepień ogranicza prawa obywatelskie, a także częściej zaprzeczali temu, że choroba wykluczy ich z treningów czy zawodów oraz może mieć długoterminowy wpływ na ich zdrowie. Autorzy stwierdzili, że badane aspekty należą do subdyscypliny socjologii zwanej wakcynologią społeczną.

Badanie przeprowadzały osoby przeszkolone przez Autorów przy wykorzystaniu metody opisanej jako bezpośredni indywidualny wywiad kwestionariuszowy (*pen and paper interview*, PAPI), ale w innym miejscu opisanej jako dystrybucja i odebranie kwestionariuszy samodzielnie wypełnionych przez respondentów. Badanie uzyskało akceptację Komisji Bioetycznej WUM i nie miało finansowania zewnętrznego. Autorzy nie zgłaszali konfliktu interesów.

Udział dra T. Sobierajskiego polegał na konceptualizacji i zaprojektowaniu metody badawczej, przeprowadzeniu analizy statystycznej, napisaniu wersji roboczej.

Omówienie

Teoretyczne wprowadzenie do artykułu jest adekwatne, zwarte, wolne od ozdobników, skoncentrowane na wpływie pandemii COVID-19 na funkcjonowanie sportowców i znaczeniu dla nich szczepień przeciwko COVID-19. W dyskusji Autorzy zwrócili uwagę, że motywacja sportowców do zaszczepienia się była silnie powiązana z normami społecznymi wyznawanymi przez grupę referencyjną (trenerów, drużynę i rodzinę). Fakt ten powiązano – słusznie – z teorią planowanego zachowania wg Ajzena (*theory of planned behavior*), zgodnie z którą zamiar podjęcia zachowania jest pod kontrolą trzech zmiennych, tj. postaw wobec zachowania,

postrzegania własnej kontroli nad tym zachowaniem oraz tzw. norm subiektywnych, czyli percepcji oczekiwań innych ważnych osób wobec podjęcia tego zachowania.

Aspekt metodyczny jest poprawny, niemniej nie do końca wiadomo w jaki sposób przeprowadzono to badanie (z udziałem ankietera czy bez niego). Autorski kwestionariusz ankiety składał się z 28 pytań, w większości zamkniętych, i został opisany. Narzędzie było poddane pilotażowi w grupie 30 osób. Podano informacje o dostępności szczepień przeciwko COVID-19 dla kadry narodowej i olimpijczyków. Wskazano na ograniczenia badania i zwrócono uwagę na problem nadreprezentacji osób zaszczepionych w grupie elitarnych sportowców w stosunku do populacji generalnej w Polsce i Europie. Wyjaśniono, że mogło to być spowodowane swoistym przymusem zaszczepienia, aby uniknąć eliminacji z zawodów i zaprzepaszczenia wysiłku włożonego w treningi. Poza tym Autorzy zastrzegli się, że w piśmiennictwie międzynarodowym jest niewiele prac na podobny temat, co miało wpływ na zakres dyskusji w artykule. W moim odczuciu nie miało to złego wpływu na zakres czy jakość dyskusji, ponieważ poświęcono więcej miejsca na informacje o teorii Ajzena, z pożytkiem dla subdyscypliny wakcynologii społecznej. Zwłaszcza, że termin ten został wprowadzony jako słowo kluczowe tego artykułu.

W aspekcie redakcyjnym: w tabeli 2 brakuje w główce informacji o tym, w której kolumnie podane są liczby i odsetki dla sportowców zaszczepionych, a w której dla niezaszczepionych. Niemniej można się tego dość łatwo domyślić. Jak poprzednio – kilkakrotnie w tekście oraz w słowach kluczowych użyto słowa „immunization”.

5. **Sobierajski T, Rzymiski P, Wanke-Rytt M.** Impact of the COVID-19 Pandemic on Attitudes toward Vaccination: Representative Study of Polish Society. *Vaccines (Basel)* 2023; 11(6):1069. doi: 10.3390/vaccines11061069. IF=7,8.

Opis

Współautorami artykułu pt. „Wpływ pandemii COVID-19 na postawy wobec szczepień: reprezentatywne badanie społeczeństwa polskiego” są dwie osoby reprezentujące Uniwersytet Medyczny w Poznaniu oraz WUM. Artykuł został wydrukowany w numerze specjalnym czasopisma *Vaccines* wydawanego przez MDPI. Publikacja obejmuje 15 stron, 3 tabele, 2 ryciny i 74 pozycje piśmiennictwa.

Manuskrypt został zgłoszony 5 maja 2023 r., zrecenzowany 19 maja, zaakceptowany 5 czerwca i opublikowany 6 czerwca 2023 r. Numer specjalny, o którym mowa, nosił tytuł *Vaccines hesitancy and public health*, a jego gościnnymi redaktorami byli prof. dr Francisco Javier Pérez-Rivas oraz prof. dr María Julia Ajejas Bazán z *School of Nursing, Physiotherapy and Podiatry* w *Complutense University* w Madrycie. Wydawnictwo nie podało informacji o recenzentach, ani przebiegu procesu recenzowania.

Celami opisanego badania było oszacowanie związku zaszczepienia się przeciwko COVID-19 z rekomendacją lekarza i ogólną postawą wobec szczepień oraz zmian w zaufaniu do wszystkich szczepień w wyniku pandemii i związanego z nią dyskursu. Postawiono trzy pytania. Badanie przeprowadzono w październiku 2022 r. na losowej reprezentatywnej próbie 805 Polaków. Ustalono m.in., że zwolennicy szczepień częściej zaszczepili się przeciwko COVID-19 oraz, że zastosują się do zaleceń lekarza niż – jak to nazwano – przeciwnicy (*opponents*).

Badanie przeprowadziła firma badawcza SW Research metodą wywiadu internetowego wspomaganego komputerowo (CAWI) z zachowaniem odpowiednich standardów profesjonalnych. Badanie uzyskało akceptację Komisji Bioetycznej WUM i nie miało finansowania zewnętrznego. Autorzy nie zgłaszali konfliktu interesów.

Udział dra Sobierajskiego polegał na konceptualizacji i zaprojektowaniu metody badawczej, przeprowadzeniu analizy statystycznej, napisaniu wersji roboczej.

Omówienie

W warstwie teoretycznej moją uwagę zwróciło kilka kwestii. Zdając sobie sprawę z trudności semantycznych, tytuł artykułu, w którym zapowiedziano informacje na temat wpływu epidemii jest niewspółmierny do treści. Abstrahując od faktu, że w naukach o zdrowiu wpływ mierzy się w badaniach eksperymentalnych, a nie przekrojowych, korelacyjnych, to brak solidnego komentarza w dyskusji na temat zapowiedzianego wpływu pandemii jest niezrozumiały. Zwłaszcza, że w wynikach znalazło się kilka ciekawych ustaleń, w tym takie, że tylko wśród zdecydowanych zwolenników najczęściej doszło do wzrostu zaufania do szczepień, podczas gdy wśród umiarkowanych zwolenników, umiarkowanych przeciwników i zdecydowanych oponentów najczęściej doszło do zmniejszenia zaufania. Jeśli Autorom zależało na zwróceniu uwagi na zapowiedziany aspekt „wpływu” mogli tę pracę zatytułować np. jako zmiany w postrzeganiu szczepień ochronnych w wyniku pandemii.

Zgodnie z informacjami podanymi we wstępie badanie oparto na podłożu teorii tożsamości społecznej wg Tajfela i Turnera (my vs oni) oraz teatralnej idei autoprezentacji wg Goffmana z 1956 r. (maskująca gra na froncie, gra za kulisami, dramaturgia wydarzenia). Zapowiedź taka wydaje mi się przedwczesna we wstępie, ponieważ nie znajduje ona odzwierciedlenia w zmiennych badania, a w dyskusji nie wykazano w jednoznaczny sposób związku z obu teoriami.

Nieco pochopna jest hipoteza postawiona w dyskusji, że 15% zdecydowanych zwolenników szczepień nie zaszczepiło się przeciwko COVID-19 z powodu problemów w komunikacji zdrowotnej w czasie pandemii, takich jak np. używanie żargonu naukowego, podczas gdy podstawowej przyczyny można upatrywać w organizacji systemu szczepień, która była nieodpowiednia do potrzeb ludności. Postawienie takiej hipotezy otworzyło jednak Autorom przestrzeń do zaznaczenia rangi komunikacji w zdrowiu, co samo w sobie jest tu jakąś wartością dodaną.

Ustalono również, że ponad połowa respondentów niezaszczepionych przeciwko COVID-19 stwierdziła, że nie będzie kierować się zalecaniem lekarza, jeśli poleci zaszczepienie się. A blisko połowa ogółu badanych zadeklarowała, że po otrzymaniu zalecenia lekarza przyjęcia danej szczepionki, będzie chciała skonsultować się z innym pracownikiem ochrony zdrowia lub porównać to z informacjami dostępnymi w Internecie. Dane te wskazują niezbicie, że w tzw. populacji generalnej zaufanie do lekarzy w kwestii szczepień jest nadwyrężone. I fakt ten stoi w sprzeczności z tezami z artykułów opisanych powyżej (patrz punkty 1, 2, 3), dla których punktem wyjścia była idea wiodącej roli lekarzy w edukowaniu i szczepieniu się.

Warstwa metodyczna jest dostosowana do celów badania i poprawna. Autorski kwestionariusz ankiety składał się z 13 pytań zamkniętych. Narzędzie było poddane walidacji ad hoc przez ekspertów oraz pilotażowi w grupie 30 osób. W ograniczeniach badania wspomniano o pomiarze w jednym punkcie czasu oraz – jeśli dobrze interpretuję słowa Autorów – o potrzebie zbadania większej grupy czynników, które mogą mieć związek ze zmianą zaufania do szczepień.

W aspekcie teoretyczno-metodyczno-językowym warto zwrócić uwagę na przyjęty sposób samookreślania się respondentów wobec szczepień. W pytaniu dotyczącym bycia za lub przeciw szczepionkom, co zostało opisane jako *supporter* oraz *opponent*, nie dano respondentom szansy bycia pośrodku, czyli ani za, ani przeciw, względnie przyznania się do braku zdania na ten temat. Przyjęte w badaniu rozwiązanie ma pewne plusy, ale też minusy, co

zasługiwałyoby na podkreślenie w ograniczeniach tego badania. W omawianym badaniu ponad połowa respondentów (56,9%) zadeklarowała umiarkowany stosunek do szczepień, przy czym umiarkowane wsparcie wyraziło 41,2% ogółu. Moim zdaniem wynik taki pokazuje, że respondenci nie mieli możliwości wyrażenia swobodnej opinii w tej kwestii. Ponadto Autorzy stwierdzili, że grupa umiarkowanych respondentów (czyli sześciu na dziesięciu) jest „prawdopodobnie głównym celem propagandy antyszczepionkowej”. Jeśli przyjąć takie założenie, tym bardziej ważne staje się rozpoznanie owej grupy respondentów umiarkowanych i rozdzielenie ich na podgrupy. Jednocześnie trzeba odnotować, że podział na zwolenników szczepionek (*supporter*) oraz przeciwników (*opponent*) zastosowany w tym, kilku poprzednich badaniach oraz w następnym (patrz punkt 1, 3, 4, 6) nie oddaje spektrum tzw. *vaccine hesitancy*. Adekwatny, znacznie lepszy byłby tu podział wg kryteriów: *full acceptance, low hesitancy, high hesitancy, undecided, resistant*, który oddaje wspomniane spektrum.

6. **Sobierajski T**, Małecka I, Augustynowicz E. Feminized vaccine? Parents' attitudes toward HPV vaccination of adolescents in Poland: A representative study. *Hum Vaccin Immunother.* 2023; 19(1): 2186105. doi: 10.1080/21645515.2023.2186105. IF=4,8.

Opis

Artykuł pt. „Sfeminizowana szczepionka? Postawy rodziców wobec szczepień przeciwko HPV młodzieży w Polsce: badanie reprezentatywne” powstał przy udziale dwóch współauterek z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i NIZP-PZH. Artykuł został opublikowany w czasopiśmie *Human Vaccines & Immunotherapeutics* wydawanym przez *Taylor & Francis Group*. Obejmuje 12 stron, 9 tabel, 5 rycin, 62 pozycje piśmiennictwa.

Manuskrypt został nadesłany 7 listopada 2022 r, recenzowany 8 lutego 2023 r. i zaakceptowany 24 lutego tegoż roku. Wydawnictwo nie podaje informacji o procesie recenzowania.

Głównym celem badania było rozpoznanie wiedzy i postaw rodziców wobec szczepień przeciwko HPV. Postawiono pięć pytań badawczych. Badanie przeprowadzono we wrześniu 2022 r. na kwotowo-losowej próbie rodziców dzieci w wieku 9-15 lat liczącej 360 osób płci obojga. Ustalono m.in., że ok. 60% respondentów słyszało o szczepionce przeciwko HPV, a ok. jedna trzecia wykazywała pozytywną postawę wobec szczepień przeciwko HPV. Rodzice, którzy zaszczepili swoje dziecko przeciwko COVID-19, częściej zaszczepiliby swoje dziecko przeciwko HPV.

Badanie w formie wywiadu telefonicznego wspomaganego komputerem (CATI) przeprowadzały odpowiednio przeszkolone osoby z Biostat Centrum Badawczo-Rozwojowego przy Ministerstwie Przedsiębiorczości i Technologii zgodnie z zasadami etycznymi. Badanie zostało dofinansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025. Autorzy nie zgłaszali konfliktu interesów.

Udział dra Sobierajskiego polegał na konceptualizacji i zaprojektowaniu metody badawczej, walidacji danych, przeprowadzeniu analizy statystycznej, napisaniu wersji roboczej i udziale w końcowej redakcji tekstu.

Omówienie

Zaczynając od kwestii metodycznej: fragment badania polegający na tym, aby respondentom - rodzicom, matkom lub ojcom, którzy zadeklarowali niechęć do zaszczepienia własnego dziecka przeciwko HPV przedstawiać listę chorób, które może powodować zakażenie HPV, aby następnie zapytać ich czy teraz uważają już, że chcą zaszczepić dziecko nosi znamiona quasi eksperymentu. Eksperyment ten, biorąc pod uwagę zasady Deklaracji Helsińskiej na temat zasad etycznych w badaniach medycznych z udziałem ludzi, a także stosując się do zasad etycznych w działaniach zdrowia publicznego, jest nie do

zaakceptowania z etycznego punktu widzenia. I dziwi mnie, że Autorzy uznali, że Centrum Badawczo-Rozwojowe Biostat gwarantowało etyczne przeprowadzenie badania. Zarazem Autorzy nie poinformowali, aby to badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej WUM. Uważam zatem, że **artykuł ten nie powinien być brany pod uwagę do dorobku Habilitanta.** Pomimo tego poniżej przedstawiam swoje uwagi.

Teoretyczny wstęp do artykułu rozpoczyna się od informacji, że według danych Krajowego Rejestru Nowotworów zachorowania i umieralność na raka szyjki macicy w Polsce w 2018 r. wynosiły odpowiednio 12,2/100 tys. oraz 5,4/100 tys. Nie podano przy tym czy są to współczynniki surowe (rzeczywiste) czy standaryzowane. Współczynnik zgonów wydał mi się zaniżony, toteż sięgnęłam do źródła i uzyskałam inne dane. Po wybraniu w Rejestrze odpowiednich kategorii uzyskałam następujące wyniki: zachorowania – współczynnik surowy 12,23/100 tys., umieralność – wsp. surowy 8,03/100 tys. Zbliżony poziom umieralności na nowotwór szyjki macicy (C53) podano także w opracowaniu NIZP-PZH pt. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, 2020”, w którym podano, że w 2018 r. rzeczywisty współczynnik umieralności wynosił 8,0/100 tys., a standaryzowany 7,7/100 tys. ludności (strona 103 i 104 opracowania PZH). Równocześnie – dla porównania – Autorzy artykułu przywołali dane z Rejestru na temat nowotworów głowy i szyi, ale w Rejestrze nie wyróżnia się ani takiej lokalizacji, ani takiej grupy nowotworów.

Dalej we wstępie, po informacjach o szczepieniach przeciwko HPV, Autorzy słusznie stwierdzili, że do analizy uwarunkowań szczepienia dzieci przeciwko HPV można wykorzystać model przekonań zdrowotnych (*health belief model*, HBM). Ale powołując się na ten model nie byli należycie staranni, albowiem powołali się na niewłaściwe piśmiennictwo, model opisali w sposób mylący, w badaniu w ogóle go nie wykorzystali, a w dyskusji nie powiązali z wynikami.

Ażeby to wyjaśnić trzeba zacząć od informacji, że HBM został opracowany przez Irwina Rosenstocka, Godfrey'a Hochbauma i współpracowników w latach 50 XX w. dla potrzeb *U.S. Public Health Service* w celu zwiększenia zgłaszalności na rentgenowski skrining w kierunku gruźlicy, ponieważ w tym czasie, w porównaniu do lat bezpośrednio po drugiej wojnie światowej, znacząco spadło zainteresowanie takim badaniem. Nieco później model ten zaczęto w USA wykorzystywać do propagowania szczepień ochronnych dzieci. W pierwotnym zamyśle miał być stosowany do profilaktycznych zachowań zdrowotnych. Z czasem model został wykorzystany w innych krajach, a także do innych celów (roli chorego oraz motywów do wizyt u lekarza) oraz podlegał modyfikacjom. I tak oto Habilitant i współautorki wpadli w pułapki. Stwierdzili, że jednym z najlepszych pól teoretycznych do rozważenia szczepień przeciwko HPV jest model przekonań zdrowotnych wg Marshalla Beckera z 1974 r. (str. 2, lewa kolumna). Jednakże prof. Becker z *Johns Hopkins University* nie jest twórcą modelu HBM, a w przywołanej pracy wykazał zasadność jego stosowania w stosunku do tzw. roli chorego, a więc zachowań innych niż profilaktyczne. W kolejnym zdaniu Autorzy stwierdzili, że: „Założenia tej teorii opierają się na dwóch zmiennych zaczerpniętych z teoretycznych rozważań o działaniach indywidualnych i społecznych. Po pierwsze, od wartości, jaką jednostka przypisuje danemu działaniu, aby doprowadziło ono do określonego celu. Po drugie, indywidualne oszacowanie prawdopodobieństwa, że dane działanie doprowadzi do osiągnięcia określonego celu”. Podparli się przy tym artykułem z 1988r. opracowanym przez trzech autorów (Irwina Rosenstocka, Victora Strechera, Marshalla Beckera), który dotyczył modyfikacji HBM, poszerzenia jego pierwotnego zakresu poprzez dodanie zmiennej samoskuteczności. Trzeba tu dodać, że model HBM jest typowym modelem intrapersonalnym, czyli takim, w którym to charakterystyka jednostki wpływa na zachowanie i nie uwzględnia się w nim wpływów społecznych, toteż z założenia nie może on opierać się na „rozważaniach o działaniach społecznych”. Clou modelu, jego właściwe składowe tj. percepcja podatności, ciężkości, korzyści i barier (*susceptibility, severity, benefits, barriers*), zostało omówione na końcu tego passusu, a można było od tego zacząć i na tym poprzestać, gdyby predyktory te były *expressis verbis* zmiennymi czy wskaźnikami tego badania. Niestety, tak się nie stało, za to w dyskusji ponownie pojawia się skąpy wątek HBM, w którym tym razem wymieniono jego inne składniki, takie jak zagrożenie, skuteczność, bariery i korzyści (*threat, efficacy, barriers, and benefits*).

Z metodycznego punktu widzenia zwraca uwagę, że Autorzy nie posłużyli się schematem badania znanym od dekad i powszechnie stosowanym (choć ma pewne ograniczenia), czyli tzw. KAP (*knowledge, attitude, practices*) lub jak czasami jest to nazywane

KAB (*knowledge, attitude, behavior*), bądź rozszerzane do KABP (*knowledge, attitude, beliefs, behavior*). W wyniku tego np. fakt uprzedniego zaszczepienia dziecka szczepionkami obowiązkowymi i/lub zalecanymi wg PSO oraz przeciwko COVID-19 nazwano postawami, zamiast zachowaniami. Wnosząc z kolejności opisu badanych zmiennych respondenci byli pytani o wiedzę na końcu, a nie na początku badania. Zaufanie do lekarza trzeba by uzać za postawę, ewentualnie, przekonanie, itd. Słowem schemat ten precyzyjnie pokazuje i nazywa grupy zmiennych w badaniach tego rodzaju, a wybór wskaźników w kontekście danego badania leży już w gestii badacza. Można powiedzieć, że schemat ten jest standardem w badaniach z obszaru nauk o zdrowiu.

Autorski kwestionariusz ankiety składał się z 18 pytań zamkniętych. Wszystkie pytania były jednokrotnego wyboru, niektóre miały charakter dychotomiczny. Ponownie zastosowano podział na zwolenników i przeciwników szczepień. Należy przypuszczać, że w kafeterii zastosowano skróconą skalę Likerta, tj. respondenci nie mogli być niezdecydowani. Narzędzie zostało poddane ewaluacji na grupie 12 rodziców dzieci w wieku 9–15 lat.

Ogólnie, z redakcyjnego punktu widzenia artykuł jest w porządku. Niemniej opis wyników procedury polegającej na tym, że rodzicom, którzy zadeklarowali niechęć do zaszczepienia dziecka przeciwko HPV przedstawiano listę chorób, które może powodować zakażenie HPV, aby następnie zapytać ich czy wiedzą, jakie ryzyko niesie to zakażenie i czy teraz uważają, że chcą zaszczepić dziecko jest nieklarowny, a w tabeli 9 wystąpił błąd, tj. powinno być $n=127$, a nie $n=360$. Jak poprzednio, również tutaj używano terminu „*immunization*”.

Osiągnięcie naukowe, będące podstawą do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego – podsumowanie

W cyklu 6 powiązanych tematycznie artykułów naukowych Habilitant konsekwentnie skupia się na bardzo ważnej i obecnie bardzo popularnej w skali międzynarodowej problematyce dotyczącej czynników powiązanych z przyjmowaniem szczepień ochronnych i uchylaniem się od nich. Problematyka ta ma kluczowe znaczenie dla prowadzenia skutecznej krajowej polityki zdrowotnej i ochrony zdrowia ludności.

Habilitant wykazuje umiejętność i dużą wprawę w nawiązywaniu współpracy interdyscyplinarnej i międzyinstytucjonalnej, znajdowaniu źródeł finansowania oraz organizacji badań sondażowych, a także w typowej obróbce statystycznej badań ilościowych. Cechą charakterystyczną jego badań jest stosunkowo wąski zakres tematyczny, ograniczona liczba wykorzystywanych zmiennych niezależnych i zależnych oraz poszukiwanych korelatów. W pewnym stopniu jest to powiązane – jak sędzę – z wykorzystaniem badań typu omnibus (patrz punkt 1, 3, 5 i pewnie 6), które są tańsze i wygodniejsze, ale mają swoje ograniczenia. Są to badania, które nie wymagają ekstremalnie dużych nakładów czasu, dają możliwość stosunkowo łatwych obliczeń, szybkiego przystąpienia do opracowania manuskryptów oraz wysyłki manuskryptów do cieszących się wzięciem wydawców czasopism w otwartym dostępie, które mają specyficzny tryb recenzowania. Wszystko to ku zadowoleniu autorów, ich macierzystych instytucji, a przede wszystkim wydawcy. W przedstawionych artykułach dostrzega się niedopracowanie redakcyjne, co ma – jak przypuszczam – związek z ekspresowym trybem pracy nad nimi. Zdecydowanie słabszą stroną tych badań jest podbudowa teoretyczna. Tu Habilitant ma niewystarczające rozeznanie w podejściach, teoriach, modelach, schematach czy zwyczajach, a także zasadach etycznych istotnych w dziedzinie zdrowia publicznego, czy też formalnej dyscyplinie nauk o zdrowiu. Odwołując się do definicji zdrowia publicznego, więcej w tych badaniach jest warsztatu (sztuki) niż nauki. Nie sprzyja to możliwości powtórzenia lub odtworzenia (*repeatability, reproducibility*) tych badań.

Największa wartość poznawczą i potencjalnie praktyczną mają publikacje opatrzone powyżej numerami 4 oraz 5.

Konkluzja

Rozważając wszystkie „za” i „przeciw” stwierdzam, że zgodnie z art. 219 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym z dnia 20 lipca 2018 r. (Dz. U. 2018 poz. 1668 z późn.zm) dorobek dra Tomasza Sobierajskiego spełnia wymogi dotyczące ubiegania się o stopień doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki o zdrowiu i wnoszę do Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie Habilitanta do dalszych etapów procedury habilitacyjnej.

Zorata Chalcio

Warszawa, 12 lutego 2020 r.