

Ocena osiągnięcia habilitacyjnego oraz aktywności naukowej

dr Marioli Wioletty Borowskiej

wykonana w związku z powołaniem w skład komisji w roli recenzenta przez Radę Naukową Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego (NIO-PIB) w postępowaniu w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego dr Marioli Borowskiej.

Na potrzeby niniejszej recenzji poza ustawą z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U.2018 poz. 1668, tekst jednolity z dnia 20 stycznia 2025 r.) zapoznałam się również z materiałami udostępnionymi przez Radę Doskonałości Naukowej¹, w szczególności z poradnikiem pt. „Recenzje w postępowaniach o awans naukowy” (dostęp z dnia 3 grudnia 2025 r.)² oraz Regulaminem postępowania w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego w NIO-PIB³ (zał. do uchwały Rady Naukowej NIO-PIB 180/2023 z dnia 20 września 2023 r.).

Recenzję przygotowałam na podstawie: autoreferatu, który zawiera omówienie osiągnięcia, o którym mowa w artykule 219 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy, oświadczeń autora i współautorów wymienionych w cyklu publikacji o ich indywidualnym wkładzie oraz analizy bibliometrycznej.

Informacje o kandydatce

Mariola Wioletta Borowska ukończyła studia licencjackie na kierunku Zdrowie Publiczne na Wydziale Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM), zaś tytuł magistra otrzymała na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego (UW). W roku 2019 na Wydziale Nauk o Zdrowiu WUM na podstawie pracy pt.: „Czynniki determinujące

¹ <https://www.rdn.gov.pl/dobre-praktyki.poradnik-postepowania-dotyczace-nadawania-stopnia-doktora-habilitowanego.html>

² <https://www.rdn.gov.pl/dobre-praktyki.poradnik-recenzje-w-postepowaniach-o-awans-naukowy.html>

³ https://nio.gov.pl/uploads/postepowania/Uchwala-RN_180_2023.pdf

efektywność finansową outsourcingu w podmiotach leczniczych” uzyskała tytuł doktora nauk o zdrowiu. Naukę kontynuowała na Podyplomowym Studium Prawa Medycznego, Bioetyki i Socjologii Medycyny UW oraz na studiach podyplomowych na kierunku Zarządzanie Promocją Zdrowia i Profilaktyką Chorób na Uczelni Łazarskiego. W 2022 r. rozpoczęła pięcioletnie studia magisterskie na kierunku psychologia w Wyższej Szkole Biznesu – NLU.

Od 2015 r. habilitantka była zatrudniona w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego WUM, gdzie w okresie maj 2019 – wrzesień 2023 zajmowała stanowisko adiunkta. Od października 2023 r. do dziś pracuje na tym samym stanowisku w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej Nowotworów NIO-PIB. Jednocześnie od 2021 r. jest wykładowcą w Wyższej Szkole Inżynierii i Zdrowia w Warszawie. Z załączonej dokumentacji oraz informacji dostępnej na stronie internetowej <https://radon.nauka.gov.pl/dane> wynika, że dr Mariola Borowska nie ubiegała się uprzednio o nadanie stopnia doktora habilitowanego.

Ocena osiągnięcia naukowego składającego się z cyklu publikacji pt.

Doświadczenia pacjenta w polskim systemie opieki zdrowotnej: prawa pacjenta, bezpieczeństwo i jakość usług

Cykl składa się z 13 notowanych w bazach międzynarodowych publikacji o łącznej punktacji MNiSW (dawniej MNiE) 660 i IF 19,5. Omówienie cyklu poprzedzone jest zwięzłym, treściwym wstępem.

Prace ułożone są chronologicznie, a nie merytorycznie, co znacząco utrudnia analizę całości. Ze względu na powiązania tematyczne zostaną omówione w innej kolejności.

Pierwszą grupę prac stanowią publikacje powstałe w oparciu o wyniki grantu badawczego „*Identyfikacja głównych problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej w okresie pandemii SARS-COV-2 – rekomendacje i rozwiązania systemowe*” finansowanego w ramach WUM. Habilitantka była kierownikiem, autorką koncepcji i wykonawcą badania przeprowadzonego na grupie około 800 pacjentów.

Publikacja nr 1

Borowska M., Religioni U., Augustynowicz A.: Patients' Opinions on the Quality of Services in Hospital Wards in Poland, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2023, vol. 20, nr. 1, art. 214. Punkty MNiSW 140 i IF 0; liczba_cytowań 6.

Badanie zostało stosunkowo dobrze zaplanowane i przeprowadzone oraz w miarę poprawnie opisane. Niestety z opisu metody nie dowiadujemy się w jaki sposób był prowadzony „*dobór próby wspierany za pomocą algorytmu służącego do losowego wyboru pacjentów spełniających kryteria próby*”. Nie wiemy zatem, z jakiego zbioru i na podstawie jakiego algorytmu był dokonany dobór. W autoreferacie habilitantka podkreśla, że „*celem badania było*

zbadanie opinii pacjentów na temat jakości usług na poszczególnych oddziałach szpitalnych". Brak natomiast informacji o jakie oddziały chodzi. Nie dowiadujemy się również jak według autorów rozumiana jest hospitalizacja. Zazwyczaj w badaniach rozróżnia się hospitalizację jednodniową i tę, gdy pacjent spędza co najmniej jedną noc w szpitalu. Nie wiemy także czy zastosowany kwestionariusz był autorski, czy też korzystano z gotowego/zmodyfikowanego narzędzia. Mankamenty te nie wpływają na ogólnie pozytywną ocenę pracy. Można dyskutować, czy prezentacja wyników nie mogłaby być bardziej przejrzysta, czy zawsze należy podawać liczbowo dopełnienie odsetek do 100% całości. Autorzy nie ustrzegli się także przed licznymi błędami, z których niektóre, aby zachować ciągłość wywodu, zostały wymienione w załączniku 1.

Wyniki pokazują, że zarówno ogólna ocena świadczonych usług w lecznictwie zamkniętym, jak i poszczególnych zagadnień analizowanych w pracy zależy od czynników społeczno-ekonomicznych. W trakcie czytania publikacji poraziło mnie, że według pacjentów ponad ¼ personelu nie dezynfekowała rąk lub robiła to tylko czasem, a badanie dotyczyło końcowego okresu pandemii, która została zniesiona w maju 2022 r. Szkoda także, że w dyskusji autorka nie odniosła się ani do tego zagadnienia, ani do oceny leczenia bólu, gdzie młodszy pacjenci (18-34 lata) zdecydowanie rzadziej raportowali jego skuteczne uśmierzenie, przy czym różnica nie wynikała z braku potrzeby takiej interwencji. Autorzy opisali ograniczenia badania, podkreślając brak reprezentatywności ze względu na wiek. Nie jest to jedyny efekt selekcji, gdyż widać zdecydowaną nadreprezentację osób z wyższym wykształceniem, co prawdopodobnie wynika ze sposobu przeprowadzania ankiety. Nie dziwiłabym się, gdyby ta nadreprezentacja była wyższa w starszych grupach wiekowych.

Niestety lektura autoreferatu nie wniosła nic nowego, gdyż opis publikacji jest w całości tożsamy ze streszczeniem, a składnia wskazuje na korzystanie z automatycznego tłumacza.

Publikacja nr 2

Borowska M., Augustynowicz A., Olszewski P., Religioni U.: Respecting the Patient's Right to Information in Hospital Wards in Poland – Socio-Economic Determinants of Patients' Opinions, Patient Preference and Adherence, 2023, vol.17, s. 2311-2323. Punkty MNiSW 70 i IF 2,0; liczba cytowań 1.

Omawiana publikacja oparta jest na wynikach tego samego badania, ale autorzy nie powołują się na wcześniej opublikowaną pracę. Powielają opis metodyki i charakterystykę grupy. Nie proponują nawet innej prezentacji danych, np. ujęcia ich w tabeli. Jednak na podstawie analizy charakterystyki grupy w obu publikacjach można stwierdzić, że są to dane pochodzące z jednej ankiety.

W dyskusji brakuje zastanowienia się nad przyczyną różnic w ocenach między grupami wiekowymi. Może nią być nie tylko inne oczekiwanie osób starszych, wynikające z doświadczeń wieloletniego korzystania z ochrony zdrowia, ale także odmienne przyczyny hospitalizacji. Z przygotowanej przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH-BIP) publikacji⁴ wynika, że wśród ludzi młodych przyczyną hospitalizacji są u mężczyzn urazy (ok. 40% przypadków), a u kobiet ciąża (>60%), zaś u ludzi w wieku powyżej 55 r.ż. są to nowotwory, choroby układu krążenia oraz inne choroby o charakterze przewlekłym. W kontekście poprzedniej pracy dziwi długi wywód na temat stresu u pielęgniarek spowodowanego pandemią. Czyżby to stres był przyczyną braku przestrzegania zasad aseptyki?

Wnioski, jakie wysnuwają autorzy potwierdzają, że oceny zależą od wieku i dochodu. Szkoda, że nie przeprowadzono głębszej analizy. Najbardziej jednak żal, że badania nie powtórzono w okresie pandemicznym. Habilitantka nie odniosła się także do innych prowadzonych w Polsce badań. Wymieniła co prawda projekt oOpiece.pl, pisząc: „*The survey was validated, as part of the oopiece.pl project, during which the survey was conducted on the given questionnaire, as part of a nationwide survey of patient satisfaction with hospital care.*”. Nie wyjaśnia jednak w jakiej części badanie było projektem autorskim, a w jakiej części opracowaniem wyników zebranych przez innych badaczy. Autor publikacji o metodyce stosowanej w projekcie oOpiece.pl nie jest współautorem żadnej publikacji prezentowanego cyklu⁵. Brak także odwołań do badania PASAT OPEN prowadzonego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. W 2022 r. przebadano 50 tys. pacjentów z ponad 130 szpitali w zakresie doświadczeń z hospitalizacji. Podsumowanie badania w formie raportu na stronach Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia ukazało się w styczniu 2023 r.⁶. Brak odniesienia jest tym dziwniejszy, że współautorzy dwóch omawianych publikacji brali udział w opracowaniu wyników opartych na badaniu PASAT OPEN⁷.

Praca ta zawiera mniej usterek niż poprzednia, ale jedna z nich rzuca się w oczy: “*Most patients in hospital wards were the detractors (37%). The percentage of promoters was only 1% lower (36%) than that of the detractors*”. Błąd ten znajduje się w dyskusji, streszczeniu i został powielony w wersji polskiej w autoreferacie. Świadczy to o bezrefleksyjnym jego przepisaniu,

⁴ Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski i Jej Uwarunkowania 2022

<https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania/> str. 210-212

⁵ <https://nextmedica.pl/wp-content/uploads/2022/06/metodologia-pexd-nextmedica.pdf>

⁶ <https://cmj.gov.pl/podsumowanie-badania-pasat-open-za-2022-rok/>

⁷ https://www.mdpi.com/1660-4601/19/12/7343#Materials_and_Methods

bo nie można podejrzewać, że habilitantka nie rozróżnia procenta (%) od punktu procentowego (pp).

Publikacja nr 3

Borowska M., Religioni U., Mańczuk M.: Hospital Care for Cancer Patients – Education and Respect for Patient Rights, *Healthcare*, 2024, vol. 12, nr 4, nr art. 494, DOI: 10.3390/healthcare12040494. Punkty MNiSW 40 i IF 2,7; liczba cytowań 3.

Publikacja poświęcona jest pacjentom onkologicznym leczonym w NIO-PIB. W badaniu ankietowym zebrano opinie tej specyficznej grupy chorych na temat poziomu obsługi na etapie przyjęcia do szpitala, uprzejmości lekarzy i personelu technicznego, przestrzegania praw pacjenta oraz jakości informacji i opieki medycznej, a także bezpieczeństwa. Skupiono się na badaniu zależności między badanymi zmiennymi. Nie dowiadujemy się natomiast jaki był rozkład odpowiedzi na poszczególne pytania. Uważam to za mankament tej ciekawej pracy. Należy także żałować, że wartości współczynników V Cramera nie zostały podane w postaci macierzy, co znacznie ułatwiłoby analizę i interpretację wyników. Wielkości efektu podawano tylko opisowo: *quite strong, moderately strong, relatively weak*, przy czym terminów tych nie wyjaśniono w metodzie. Nie we wszystkich opracowaniach określeniom słownym odpowiadają identyczne przedziały liczbowe współczynnika V Cramera. Jest to tym dziwniejsze, że istotność statystyczną podawano z dokładnością do 5. miejsca po przecinku.

Autorka zarówno w streszczeniu pracy, jak i w autoreferacie pisze, że „Analiza pozwoliła na zidentyfikowanie obszarów wymagających poprawy w zakresie jakości, bezpieczeństwa oraz komunikacji pomiędzy personelem medycznym, a pacjentami”. Niestety wobec braku prezentacji rozkładu odpowiedzi na poszczególne pytania (w przybliżeniu można to oszacować) identyfikacja tych obszarów jest utrudniona. Badanie pokazało natomiast jak poszczególne składowe wpływają na poczucie bezpieczeństwa i dobrostan pacjentów.

Podkreślono istotność związku pierwszego kontaktu w rejestracji na postrzeganie późniejszych etapów leczenia. Słusznie zauważono (dlaczego w wynikach, a nie w dyskusji?), że uprzejmość recepcjonistek medycznych ułatwia dalsze etapy procesu i wpływa na opinię pacjentów. Jest to szczególnie ważne w tak dużej jednostce jak NIO-PIB, gdzie pacjent na początku zawsze czuje się zagubiony. Życzliwość lekarzy ma natomiast ogromny wpływ na poczucie zaopiekowania i współuczestnictwa w podejmowaniu decyzji. Zachowanie techników medycznych warunkuje zaś poczucie bezpieczeństwa podczas badań i/lub radioterapii.

Obserwacje te potwierdzają, że dobrostan pacjenta i proces leczenia można wspomóc w sposób niegenerujący dodatkowych kosztów. Ma to implikacje praktyczne, pokazuje bowiem precyzyjnie jakie działania mogą znacząco wpłynąć na podejście pacjentów do terapii i ich chęć

współpracy w procesie leczenia. Szkoda tylko, że z wyników nie możemy wywnioskować, gdzie są umiejscowione najsłabsze punkty, które w tym konkretnym szpitalu można poprawić. Nie dowiedzieliśmy się także z autoreferatu, czy poczynione przez autorów obserwacje znalazły odzwierciedlenie w praktyce NIO-BIP, ani czy planowane jest powtórzenie, bądź cykliczne prowadzenie takich badań.

Publikacja nr 12

Borowska M., Świtalski J., Religioni U., Wdowiak K., Mańczuk M.: Hospital care for cancer patients: the impact of support services on the patient experience, *Archives of Medical Science*, 2025, vol. 21, nr 3, s. 1080-1084, DOI: 10.5114/aoms/205073. Punkty MNiSW 100 i IF 3,3; liczba cytowań 0.

Publikacja jest kontynuacją analizy wyników badania opisanego w pracy nr 3 i obejmuje opinie pacjentów o czystości w szpitalu, stosowanym oznakowaniu, łatwości poruszania się po szpitalu, jego wyposażeniu i przystosowaniach do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową. Co dziwne praca nr 3 nie jest cytowana.

Pacjenci bardzo dobrze oceniają czystość, oznakowanie (ponad 90% bardzo dobrze lub dobrze), nieco gorzej łatwość dotarcia w różne części szpitala i wyposażenie pokoi, a najgorzej, ale nadal z przewagą ocen pozytywnych (64%), dostosowania dla osób z niepełnosprawnościami.

Natomiast na temat wyżywienia dowiedzieliśmy się tylko, że pacjenci którzy dobrze je oceniali uważali także posiłki za smaczne, świeże, wystarczająco obfite, o właściwej temperaturze i podane punktualnie. Najsilniejszy wpływ na ogólną ocenę miała terminowość dostarczania jedzenia oraz spełnianie indywidualnych zaleceń dietetycznych, natomiast inne opisane zmienne miały mniejsze znaczenie. Analizując rycinę 1 można oszacować, że pacjenci dobrze oceniali jakość pożywienia (co najmniej 143 osoby bardzo dobrze, a 269 dobrze czyli sumarycznie >80%), co wobec doniesień medialnych o fatalnym wyżywieniu w szpitalach i pogarszającym się stanie odżywienia w trakcie hospitalizacji pokazuje, że nie dotyczy to wszystkich jednostek, czego NIO-PIB może być przykładem.

Należy żałować, że to ciekawe badanie nie znalazło podsumowania ani w postaci publikacji, ani w autoreferacie. Nie sprawdzono mianowicie jak kształtują się relacje między jakością analizowanych usług, a ogólną opinią pacjentów onkologicznych na temat bezpieczeństwa oraz jakości opieki medycznej. Jako ograniczenia badania podano też brak dokładnych danych demograficznych. Nie dowiedzieliśmy się jednak jakie dane były zbierane. Nie wyobrażam sobie bowiem badania, w którym w ogóle nie ma metryczki. Nawet podstawowe dane obejmujące płeć i grupę wiekową pozwalają na przeprowadzenie głębszej analizy. Wiedza taka mogłaby wpłynąć na lepsze dostosowanie opieki szpitalnej do potrzeb pacjenta. Pozwoliłoby

to na przygotowanie ciekawszej pełnotekstowej publikacji, gdyż omawiana została opublikowana jako list, co obniża jej rangę.

Publikacja nr 6

Salas Carretero R., **Borowska M.**: Cancer-dedicated infrastructures (CDIs) and associated risks for its user – the link between architecture and cancer, *Nowotwory. Journal of Oncology*, 2024, vol. 74, nr 4, s. 271-285. Punkty MNiSW 100; nienotowany w Web of Science.

Tematycznie związana z poprzednimi, jest pracą poglądową stanowiącą przegląd systematyczny piśmiennictwa dotyczącego infrastruktury dedykowanej nowotworom (CDI) i jej oddziaływania na proces terapeutyczny i odczucia pacjenta. Od architektury i planowania przestrzeni zależy bowiem wiele zmiennych analizowanych w poprzednio omówionych pracach habilitantki. Do analizy zakwalifikowano 13 prac uwzględniających CDI na wielu poziomach, z uwzględnieniem różnych użytkowników. Planowanie przestrzeni wymaga bowiem nie tylko spojrzenia z perspektywy personelu, ale także pacjenta i jego bliskich. Podkreślono znaczenie zachowania właściwych proporcji pomiędzy potrzebą prywatności, a chęcią interakcji społecznych, która zależy od fazy choroby i konieczności zapewnienia bezpieczeństwa. Niewielka liczba prac, która spełniła dość szerokie kryteria włączenia, świadczy o tym, że badania powinny być kontynuowane. Zmiany metod leczenia, postęp techniczny, coraz liczniejsza grupa pacjentów w starszym wieku, a także rosnące wymagania wszystkich użytkowników systemu powinny być uwzględnione w projektowaniu nowych i adaptacji starszych jednostek leczących chorych na choroby nowotworowe.

O ile w czterech omawianych wcześniej pracach dr Mariola Borowska była autorką koncepcji, metodologii, analizy danych i manuskryptu i jej rolę można określić jako wiodącą, to w tej pracy opracowanie koncepcji, analiza formalna, opracowanie metodologii i wizualizacji danych były udziałem pierwszego autora, zaś habilitantka współuczestniczyła w zebraniu i analizie danych, przygotowaniu oryginalnego manuskryptu, recenzji i edycji oraz była autorem korespondencyjnym.

Publikacja nr 4

Chmielewska-Ignatowicz T., Religioni U., **Borowska M.**, Pawlikowski J., Białoszewski A., Neumann-Podczaska A., Merks P.: Patient Experience in Neoplastic Disease in Light of the Statements of Doctors Who Are Oncological Patients, *Journal of Patient Experience*, 2024, vol. 11, nr art. 23743735241279643. Punkty MNiSW 20 i IF 1,8; liczba cytowań 0.

Ta bardzo ciekawa praca oparta jest o wywiady pogłębione z lekarzami, którzy cierpieli na chorobę nowotworową. Zgodnie z oświadczeniami pierwszej autorki Tomiry Chmielewskiej-Ignatowicz jej udział polegał na „*opracowaniu koncepcji, analizie formalnej, przeprowadzeniu badania, przygotowaniu oryginalnego manuskryptu, recenzji i edycji*”. Jest zatem oczywiste, że to jej rola była wiodąca. W przygotowaniu i edycji manuskryptu brali też udział Jakub

Pawlikowski oraz Piotr Merks. W tej sytuacji, mimo że dr Mariola Borowska jest zaznaczona jako autor korespondencyjny nie mogą zaliczyć tej publikacji do jej osiągnięcia naukowego, tym bardziej, że nie podano informacji, że praca ta nie stanowi podstawy w postępowaniu awansowym innej osoby.

Publikacja nr 5

Merks P., Drelich E., Religioni U., Jakubowska M., **Borowska M.**, Kaźmierczak J., Blicharska E., Plagens-Rotman K., Chelstowska B., Vaillancourt R., Doniec Z.: Implementation of evidence-based pharmacy food supplement patient counselling in the community pharmacy as part of the Coordinated Medicine Care Pilot (KOOL) in Poland, *Family Medicine & Primary Care Review*, 2024, vol. 26, nr 3, s. 325-331. DOI: 10.5114/fmper.2024.142009. Punkty MNiSW 20 i IF 0,4; liczba cytowań 0.

Również w tej publikacji udział habilitantki nie był wiodący. Co prawda dr Mariola Borowska była autorem korespondencyjnym, ale nie brała udziału w projektowaniu badania, zbieraniu danych i analizie statystycznej. Według oświadczenia współuczestniczyła w analizie danych, przygotowaniu oryginalnego manuskryptu i ewidencji literatury. Na tej podstawie nie można określić precyzyjnie jej wkładu w powstanie pracy, a co za tym idzie zaliczyć do osiągnięcia naukowego.

Publikacja nr 7

Merks P., Kowalczyk A., Howell A., Białoszewski A., Strocka J., Krajewska E., Pinkas J., Ostrowski J., Staniszewska A., Neumann-Podczaska A., Brzozowska M., Augustynowicz A., **Borowska M.**, Drab A., Herda J., Kaźmierczak J., Religioni U.: Advancing Pharmaceutical Care in Community Pharmacies in Poland: A Blueprint for Enhanced Patient Care Quality, *Healthcare*, 2024, vol. 12, nr 21, nr art. 2109. DOI: 10.3390/healthcare12212109. Punkty MNiSW 40 i IF 2,7; liczba cytowań 1.

Ta poglądowa publikacja, w której dr Mariola Borowska jest jednym z 17 autorów także nie może być włączona do jej osiągnięcia naukowego. Z czterech załączonych oświadczeń wynika, że habilitantka współuczestniczyła z innymi autorami w przygotowaniu oryginalnego manuskryptu, recenzji i jego edycji. Natomiast nie uczestniczyła w opracowaniu koncepcji i metodologii badania. Należy zatem określić jej udział jako marginalny.

Publikacja nr 8

Merks P., Religioni U., **Borowska M.**, Hechman R., Konstany M., Kaźmierczak J., Chelstowska B., Vaillancourt R., Drab A., Wdowiak K.: Ukrainian Patients' Perspectives on Advanced Pharmaceutical Services Provided by Polish Pharmacists: A Cross-Border Support Initiative, *Patient Preference and Adherence*, 2025, vol. 19, s. 185-191. DOI: 10.2147/PPA.S477925. Punkty MNiSW 70 i IF 2,0; liczba cytowań 0.

Spośród dziewięciu współautorów cztery osoby dołączyły oświadczenia. Dwie z nich brały udział w: opracowaniu koncepcji badania, metodologii, przygotowaniu oryginalnego manuskryptu, recenzji i edycji manuskryptu, superrewizji manuskryptu. Dwie pozostałe, tak jak habilitantka, w przygotowaniu oryginalnego manuskryptu, recenzji i jego edycji. Indywidualny wkład dr Marioli Borowskiej, zgodnie z jej oświadczeniem, polegał zatem na „*administrowaniu publikacji manuskryptu*”.

Publikacja nr 9

Religioni U., Barrios-Rodríguez R., Requena P., **Borowska M.**, Ostrowski J.: Enhancing Therapy Adherence: Impact on Clinical Outcomes, Healthcare Costs, and Patient Quality of Life, *Medicina-Lithuania*, 2025, vol. 61, nr 1, nr art. 153. DOI: 10.3390/medicina61010153. Punkty MNiSW 40 i IF 2,4; liczba cytowań 41.

Podobnie jak w poprzednich przypadkach udział dwóch pierwszych autorów polegał na: *„opracowaniu koncepcji i projektu badania, metodologii, analizie danych oraz interpretacji, przygotowaniu oryginalnego manuskryptu, recenzji i edycji manuskryptu oraz ostatecznego zatwierdzenia manuskryptu”*. Dr Mariola Borowska tak jak trzeci i ostatni autor oświadczyła, że brała udział na wszystkich etapach pracy poza opracowaniem koncepcji. Taki podział ról nie pozwala na włączenie publikacji do osiągnięcia habilitacyjnego.

Publikacja nr 10

Religioni U., Vaillancourt R., Kazmierczak J., Blicharska E., **Borowska M.**, Chelstowska B., Pinkas J., Barańska A., Wdowiak K., Neumann-Podczaska A., Plagens-Rotman K., Fehir-Sola K., Pochrzest-Motyczyńska A., Merks P.: Patient Opinions and Satisfaction Regarding Pharmacists Delivering Vaccinations in Community Pharmacies, *Journal of Patient Experience*, 2025, vol. 12, nr art. 23743735241309473, DOI: 10.1177/23743735241309473. Punkty MNiSW 20 i IF 1,8; liczba cytowań 1.

W omawianej pracy dr Mariola Borowska jest jednym z 14 współautorów i autorem korespondencyjnym. Natomiast pierwszy i ostatni autor zgodnie poświadczili, że ich udział *„polegał na opracowaniu koncepcji badania, zebraniu i interpretacji danych, przygotowaniu oryginalnego manuskryptu”*, zaś udział habilitantki *„polegał na analizie danych oraz interpretacji, przygotowaniu oryginalnego manuskryptu”*. Oświadczenia nie są tożsame z deklaracjami w artykule. Z oświadczeń można wnosić, że analiza danych była twórczym wkładem habilitantki w powstanie pracy, natomiast w części *„Authors' contribution”* zaznaczono, że analizę danych i statystykę opracowała AB, czyli Agnieszka Barańska. Habilitantka zatem była jedną z czterech osób interpretujących niezbyt skomplikowane dane oraz jedną z trzynastu współtworzących manuskrypt. Jestem szczerze zdziwiona, że napisanie tak prostej pracy wymagało udziału aż ośmiu współautorów, których jedynym wkładem było przygotowanie krótkiego manuskryptu. Praca ukazała się prawie 3,5 roku po zakończeniu badania (wrzesień 2021 – marzec 2025), dlatego wyniki stały się nieaktualne, gdyż w tym czasie pacjenci potwierdzili dobrą opinię o szczepieniach w aptekach, często wybierając tę opcję. W okresie od stycznia 2024 do lipca 2025 co dziesiąte szczepienie było wykonywane w aptece, a odsetek ten z pewnością wzrośnie, gdyż obecnie farmaceuci mogą podawać szczepionki przeciw 11 chorobom, a szczepi ponad 1600 aptek na terenie całego kraju⁸.

⁸ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/od-25-sierpnia-2025-roku-wiecej-szczepien-w-aptekach-za-podanie-szczepionki-zaplaci-nfz.8816.html> dostęp z 22 grudnia 2025

Publikacja nr 11

Borowska M., Sikora-Koperska A.: The importance of health-related quality of life (HRQoL) assessment in oncology care for adolescents and young adults (AYA), *Nowotwory. Journal of Oncology*, 2025, vol. 75, nr 2, s. 72-77. DOI:10.5603/njo.104826. Punkty MNiSW 100; nienotowany w Web of Science.

Trudno oceniać pracę, która skrzy się od błędów. Już we wstępie, pisząc o opóźnieniach w diagnozie powołano się na pracę z 2013 r., a przecież 12 lat w diagnostyce to przepaść. Dane epidemiologiczne z 2020 r. według autorek znajdują się w publikacji z 2006 r. (patrz załącznik). W publikacji znajdują się także powielane błędne cytowania innych autorów świadczące o niesięganiu do oryginalnych prac. Artykuł, który miał być przeglądem systematycznym nie zawiera wielu ważnych prac. Odnośniki do nich można znaleźć w przeglądach systematycznych, które cytuję w załączniku. Z powyższych powodów trudno ocenić pracę jako znaczący wkład w dziedzinę nauk medycznych.

Publikacja nr 13

Borowska M., Religioni U., Merks P., Doniec Z.: Patient satisfaction in the light of healthcare resources in hospitals, *Family Medicine & Primary Care Review*, 2025; vol. 27, nr 2, s. 166-172. DOI: 10.5114/fmper.2025.149502. Punkty MNiSW 20 i IF 0,4; liczba cytowań 0.

Praca oparta jest na wynikach uzyskanych w badaniu opisanym jako osiągnięcie naukowe w pozycjach nr 1 i 2. Poddano w niej analizie ocenę jakości opieki szpitalnej (mierzonej indeksem rekomendacji pacjentów) w zależności od liczby łóżek i personelu medycznego w poszczególnych województwach. O ile idea takiej analizy wydaje się być uzasadniona, to wykonanie i prezentacja wyników pozostawia bardzo wiele do życzenia. Co ciekawe w pracy tej autorki nie powołują się na dwie wcześniejsze publikacje, za to powielają opis badania i charakterystykę grupy.

W tabeli 1 przedstawiono liczbę lekarzy, pielęgniarek i położnych zatrudnionych w poszczególnych województwach z podziałem na typ zatrudnienia (po co ten podział?). Osobom, które nie wiedzą, że województwa w Polsce bardzo różnią się pod względem liczby ludności, może się wydawać, że lubuskie i opolskie to pustynie, w których trudno o opiekę medyczną. W tabeli 1 powinny znaleźć się dane dotyczące liczby łóżek szpitalnych, lekarzy oraz pielęgniarek i położnych zatrudnionych w tym typie placówek przypadających na 10 tys. obywateli. Dopiero stwierdzenie, że między województwami istnieją wyraźne różnice upoważniałoby do dalszych analiz. Dla utrudnienia w piśmiennictwie nie podano strony internetowej, na której te niezbędne dane się znajdują⁹. Tablicę odnośnie do lekarzy oznaczono nr. 2.8.1. Po przeliczeniu wskaźnik liczby lekarzy pracujących w szpitalach waha się od 18,7 w województwie podkarpackim do 32,4 w województwie łódzkim. Taka rozpiętość upoważnia

⁹ <https://ezdrowie.gov.pl/porta1/home/badania-i-dane/biuletyn-statystyczny>

do dalszej analizy. Dodatkowo ani z tej pracy, ani z dwóch poprzednich nie dowiemy się jaką liczbę ankiet uzyskano w poszczególnych województwach. Wiemy natomiast, że grupa zbadanych nie była reprezentatywna.

Również lektura kolejnej tabeli wzbudza konsternację. W tabeli 1 podano liczbę lekarzy, pielęgniarek oraz położnych, zaś z tabeli 2 wynika, że w analizie uwzględniono liczbę łóżek, lekarzy oraz sumę liczby lekarzy i pielęgniarek. Nie wiadomo także po co w przypadku każdego pytania podawano w każdej kolumnie $n=801$, skoro wystarczyło podać to w opisie tabeli.

W dyskusji autorzy w żaden sposób nie odnoszą się do wyników swojego badania, które sugeruje, że ocena jakości opieki nie zależy ani od wskaźnika liczby łóżek, ani personelu medycznego. Mnie nasuwa się pytanie czy uczestnicy badania podawali województwo zamieszkania, czy też to w którym znajdował się szpital. Informacja, że pytano o miejsce zamieszkania znajduje się w publikacji nr 1.

W przestrzeni medialnej pojawiają się informacje na temat wyników uzyskanych w ramach projektu PASAT OPEN¹⁰. Zawiera je także Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta (RPP) z roku 2022¹¹. Niestety trafiłam tylko na wrywkowe opracowanie naukowe oparte na tych badaniach, co budzi zdziwienie, bo jest to z pewnością skarbnica wiedzy.

Podsumowanie osiągnięcia naukowego

Dorobek dr Marioli Borowskiej, który na pierwszy rzut oka wyglądał na bardzo bogaty po głębszej analizie okazał się o wiele słabszy. Ze względu na brak precyzyjnego opisanie udziału kandydatki w powstaniu poszczególnych publikacji i zgodnie z dokonaną oceną do osiągnięcia habilitacyjnego dr Marioli Borowskiej mogłam zakwalifikować w sumie siedem prac. Jest to w zgodzie z interpretacją zawartą w poradniku Rady Doskonałości Naukowej¹ „*Konieczne zatem jest, w przypadku prac współautorskich, wyodrębnienie indywidualnego, merytorycznego udziału tej osoby w powstanie danej pracy, co jest warunkiem dokonania oceny osobistych osiągnięć stanowiących znaczny wkład w rozwój określonej dyscypliny*”. Podobny zapis znajdujemy w Regulaminie postępowania w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego w NIO-PIB (§1. pkt 3)³. Są publikacje, szczególnie te multidyscyplinarne, wieloosrodkowe, będące efektem wieloletniej pracy całych zespołów, w których kilku autorów może mieć znaczący udział w powstaniu koncepcji, opracowaniu metodyki, wytwarzając lub opracowując dane dotyczące poszczególnych zagadnień. W tym przypadku nie otrzymaliśmy

¹⁰ <https://www.pap.pl/aktualnosci/badanie-96-proc-pacjentow-jest-przekonanych-o-bezpieczenstwie-opieki-w-szpitalu-0>

¹¹ <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/91FDED23FB96ABA9C1258A18005A2F9C/%24File/3630.pdf>

informacji czy i jaki był rzeczywisty udział habilitantki w sześciu artykułach, których nie zaliczyłam do cyklu.

Ostatecznie uwzględniłam pięć prac oryginalnych i dwie pogładowe, które opublikowano w większości w czasopismach o niewielkim zasięgu, w tym w czasopismach uznanych za „drapieżne”¹². Ich sumaryczny Impact Factor to 8,4, a punkty MNiSW 660. Najlepsza praca z cyklu (nr 12, IF 3,3) została przesłana do redakcji jako „*Research letter*”, a nie publikacja pełnotekstowa, co obniża jej rangę. Również liczba cytowań publikacji jest niska. Największą liczbę cytowań ma praca nr 1 opublikowana w czasopiśmie, które m.in. ze względu na sztuczne podbijanie liczby cytowań zostało usunięte z listy JRC¹¹. Oczywiście wpływ na tę niską cytowalność ma fakt, że pierwsza z publikacji z cyklu ukazała się w grudniu 2022 r., zaś trzy w roku 2025.

Autoreferat sprawia wrażenie przygotowanego w pośpiechu i bez zrozumienia roli jaką pełni w udowodnieniu znaczącego wkładu kandydatka w rozwój określonej dyscypliny naukowej. Byłoby zdecydowanie lepiej, gdyby dr Mariola Borowska zamiast dołączać prace, w których jej udział twórczy jest marginalny, pokusiła się o podsumowanie swoich badań lub też ich pogłębioną interpretację i rozwinięcie, bądź określiła perspektywy ich kontynuacji. Opis osiągnięcia, poza krótkim wstępem, zawiera tylko streszczenia załączonych artykułów, będące zasadniczo tłumaczeniami streszczeń zawartych w publikacjach. Nie dowiadujemy się jaki wpływ na obecny stan wiedzy miały badania dr Marioli Borowskiej i co stanowi jej rzeczywiste osiągnięcie naukowe.

Lektura czterech prac oryginalnych, których habilitantka jest pierwszą autorką i pomysłodawczynią badań, mimo zauważonych w nich licznych błędów, napawała nadzieją i dawała podstawę pod dalszy rozwój badaczki. Niestety uważna lektura dwóch późniejszych publikacji nr 11 i 13 spowodowała, że wniosek dr Marioli Borowskiej o przeprowadzenie postępowania w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego uważam za przedwczesny. Te dwie prace są dowodem braku solidności i dojrzałości naukowej oraz stoją na granicy uczciwości wymaganej od pracownika nauki¹³. Nie wskazują także na osiągnięcie przez dr Mariolę Borowską samodzielności badawczej, bo wszystkie prace oryginalne, których jest

¹² Przykładowo The International Journal of Environmental Research and Public Health (IJERPH) posiadał w 2021 r. IF 4.6, ale Clarivate usunął go z listy JRC w 2023 r.

¹³ Kodeks Etyki Pracownika Naukowego <https://www.rdn.gov.pl/dobre-praktyki.poradnik-recenzje-w-postepowaniach-o-awans-naukowy.html>

autorem koncepcji powstały na podstawie dwóch ankiet realizowanych w okresie pandemii i nie widać próby ich kontynuacji, mimo że sama kandydatka podkreśla, że „*Regularne badania satysfakcji pacjentów mają kluczowe znaczenie dla monitorowania przestrzegania praw pacjentów, oceny jakości usług oraz identyfikacji obszarów wymagających poprawy. Badania te odgrywają istotną rolę w spełnianiu standardów akredytacyjnych i zapewnianiu bezpieczeństwa w placówkach medycznych*”. Nie dowiadujemy się czy badania są lub będą powtórzone, ani czy wyniki miały wpływ na poprawę opieki, np. w NIO-BIP, w którym prowadzono badania, i w którym habilitantka obecnie pracuje.

Opis osiągnięcia naukowego nie może być tylko zlepkiem streszczeń nie do końca powiązanych ze sobą publikacji, ale powinien przekonać recenzentów, że kandydat osiągnął dojrzałość naukową, która pozwoli mu nie tylko na prowadzenie niezależnych, samodzielnych badań, ale także na kształcenie przyszłych kadr. Pragnę podkreślić, że to rolą i obowiązkiem kandydata jest wykazanie, że spełnia warunki awansu naukowego. Ani autoreferat, ani lektura załączonych publikacji mnie do tego nie przekonały.

Biorąc pod uwagę publikacje włączone do osiągnięcia habilitacyjnego, oraz sposób ich prezentacji w autoreferacie, stwierdzam, że dr Monika Borowska nie przedstawiła osiągnięcia stanowiącego istotny wkład w rozwój dyscypliny nauki medycznej, o którym mowa w art. 219 ust. 1 pkt 2 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

Omówienie pozostałego dorobku

Po uzyskaniu stopnia doktora, poza pracami włączonymi do osiągnięcia, Mariola Borowska opublikowała 13 prac oryginalnych o łącznym IF = 36,26, punktacji MNiSW 1480, jedną pracę poglądową (IF=4,4, MNiSW 140) i pracę popularnonaukową (IF=4,4, MNiSW 140). Według *Web of science* ogólna liczba cytowań wynosi 76, z czego ponad 40 przypadło na jedną publikację przeglądową. Całkowity Index Hirscha wynosi 6.

Zainteresowania naukowe dr Marioli Borowskiej były bardzo szerokie. Zajmowała się całą gamą zagadnień związanych z polityką zdrowotną, w tym: działaniami samorządów lokalnych w przeciwdziałaniu otyłości, aktywizacji osób starszych, programami szczepień profilaktycznych, profilaktyką nowotworów piersi, a także normalizacją i walidacją kwestionariuszy m.in. do badania przekonań o kontroli bólu (BPCQ), czy skali MINI-Mac u pacjentów z chorobą nowotworową. Dwie publikacje, których habilitantka jest pierwszym autorem poświęciła problemom outsourcingu w polskich podmiotach medycznych. Ta ciekawa tematyka nie była jednak kontynuowana.

Obecnie dr Mariola Borowska jest członkinią trzech zespołów badawczych: MULTI-PONS – kontynuacja obserwacyjnego kohortowego badania prospektywnego PONS w zakresie monitorowania zjawiska wielochorobowości w populacji finansowanego przez Agencję Badań Medycznych; PONS2-PURE POLAND – Prospektywne Epidemiologiczne Badanie Ludności Miejskiej i Wiejskiej w ramach grantu WUM oraz projektu zleconego przez Samorząd Województwa Mazowieckiego.

Kandydatka aktywnie uczestniczyła w 10 kongresach. Udział ten jest udokumentowany trzema streszczeniami ze zjazdów międzynarodowych i siedmioma z krajowych.

Habilitantka może wykazać się współpracą z jednostkami krajowymi (NIO-BIP, WUM, UKSW). Jedynym śladem współpracy międzynarodowej jest członkostwo w *The Beryl Institute*, który nie jest instytucją naukową.

Poza kierowaniem grantem uczelnianym WUM „*Identyfikacja głównych problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej w okresie pandemii SARS-COV-2 – rekomendacje i rozwiązania systemowe*” (20 tys. zł) nie udokumentowano sukcesów w pozyskiwaniu środków na badania.

Habilitantka podaje, że jest recenzentką w aż 12 czasopismach naukowych i w ciągu trzech lat zrecenzowała około 60 artykułów.

Osiągnięcia dydaktyczne, organizacyjne i popularyzujące naukę

W ramach działalności pedagogicznej na WUM w latach 2015-2023 habilitantka prowadziła zajęcia na kierunkach: Dietetyka, Pielęgniarstwo i Ratownictwo medyczne z następujących przedmiotów: Marketing i zarządzanie w dietetyce, Zdrowie publiczne, Ekonomia, Mikroekonomia, Makroekonomia, Ekonomia środowiska, Ekonomia i zarządzanie w ochronie zdrowia, Finansowanie w ochronie zdrowia oraz Analizy strategiczne w zarządzaniu. Obecnie jest zatrudniona w Wyższej Szkole Inżynierii i Zdrowia w Warszawie, gdzie na trzech kierunkach wykłada przedmioty: Prawo i ekonomika w ochronie zdrowia, Zdrowie publiczne oraz w języku angielskim w ramach programu Erasmus: *Health promotion – analysis of needs, creation and implementation of health programs* i *Public Health*.

Na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku wykłada na studiach MBA, prowadzi także kursy w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w ramach Szkoły Zdrowia Publicznego. Habilitantka prowadziła także 19 prac dyplomowych, w tym 13 w 2023 r. o bardzo zróżnicowanej tematyce.

Podziw budzą również osiągnięcia organizacyjne dr Marioli Borowskiej. Współorganizowała siedem konferencji, w tym dwie międzynarodowe. W latach 2019-2023 była koordynatorką do spraw dydaktycznych WUM.

Habilitantka podaje, że pracuje także w zespole przy RPP w ramach projektu współpracy RPP z pełnomocnikami pacjentów w podmiotach leczniczych oraz, że była członkiem I Lokalnej Komisji Etycznej ds. Doświadczeń na Zwierzętach w Warszawie. Prowadziła też cykl wykładów popularyzatorskich o prawach pacjenta na zlecenie PZU Zdrowie, gdzie pełniła funkcję Rzecznika Zdrowia.

W 2023 r. otrzymała zespołową nagrodę im. Ludwika Rajchmana I stopnia przyznaną przez NIZP PZH-BIP.

Podsumowanie

Wysoko oceniam działalność dydaktyczną dr Moniki Borowskiej, jej bardzo szerokie zainteresowania oraz współpracę z RPP i samorządem. Kandydatka wykazuje też dużą aktywność publikacyjną. Jednak, zgodnie z literą prawa, stanowisko recenzenta może się opierać wyłącznie na ocenie osiągnięcia naukowego wskazanego przez habilitanta. Osiągnięcie to ma stanowić znaczący wkład w rozwój określonej dyscypliny, czego wykazanie jest w całości obowiązkiem kandydata do awansu naukowego.

Niestety, przedstawione dzieło w mojej ocenie nie spełnia wymagania art. 219 ust. 1 pkt 2 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478) do nadania stopnia doktora habilitowanego. Nie precyzuje bowiem wkładu dr Marioli Borowskiej w dziedzinę nauk medycznych i nauk o zdrowiu, ani jej roli w rozwój dyscypliny nauki medyczne.

Wniosek uważam za przedwczesny i niedopracowany. Sprawia wrażenie zestawu dość przypadkowych artykułów, połączonych tylko zwartym wstępem. Sześciu publikacji ze względu na brak wyszczególnienia osobistego wkładu habilitantki nie mogłam zaliczyć do cyklu. Autoreferat poza streszczeniami prac nie zawiera żadnego podsumowania, ani głębszej refleksji. Także publikacje włączone do osiągnięcia posiadają liczne poważne wady świadczące o braku dokładności i precyzji naukowej, czego należy oczekiwać od osoby starającej się o tytuł samodzielnego pracownika nauki.

Budzi także zdziwienie, że dr Mariola Borowska chce ubiegać się o stopień doktora habilitowanego w dyscyplinie **nauki medyczne**, skoro cały jej dorobek mieści się w dyscyplinie **nauki o zdrowiu**. Świadczy o tym także wybór czasopism, którym bliżej do *Health Science* niż *Medicine*.

Z uwagi na powyższe, nie popieram wniosku dr n. o zdr. Marioli Borowskiej o nadanie stopnia naukowego doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki medyczne.

Wniosek końcowy

Po zapoznaniu się z całością dostarczonej dokumentacji, a w szczególności z autoreferatem i publikacjami włączonymi do osiągnięcia, nie znajduję wystarczających argumentów, aby poprzeć wniosek dr Marioli Borowskiej o nadanie jej stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki medyczne. Stwierdzam, że dr Mariola Borowska nie spełnia wymagań ustawowych.



Dr hab. n. o zdr. Małgorzata Mossakowska

Wykaz niektórych błędów w publikacjach wchodzących w skład osiągnięcia naukowego

Publikacja nr 1

W pracy zarówno w tytule, jak i w treści używane jest sformułowanie „*hospital wards*”, a nawet „*particular hospital wards*”, tymczasem informacje o oddziałach nie były zbierane.

W streszczeniu wyniki i konkluzje mieszają się ze sobą.

W metodzie błędnie definiowany jest *NPS* – *net promotor score*, który jest różnicą między odsetkiem promotorów, a krytyków i jego wynik kształtuje się od -100 do +100 dla tego badania *NPS* wynosi -2. To, co jest opisywane jako *NPS* jest „*patient recommendation index*” (*PRI*) mierzonym w 11-stopniowej skali i opisanym prawidłowo w publikacji nr 2.

Opis charakterystyki grupy jest nieprzejrzysty, a podawanie dochodu w polskiej walucie nie jest informatywne dla zagranicznego czytelnika. Dochód należy podawać w odniesieniu do np. minimalnej/średniej pensji lub w walucie EURO.

Tabela 1 nie ma głębszego sensu. Nie niesie bowiem żadnych dodatkowych informacji poza ogólnym rozkładem zmiennej *PRI*. Można by ją ograniczyć do dwóch pierwszych kolumn. Zamiast tej tabeli powinna być przedstawiona charakterystyka grupy w podziale na krytyków, osoby o neutralnej opinii i promotorów. Pokazałoby to, czy inne mierzone zmienne miały związek z chęcią polecenia szpitala. Nie wyjaśniono też co oznaczają + w tej tabeli. Nie opisano tego także w tabeli 2, ale tam można się tego domyślić, a opisy w tekście „*less often*”, „*more often*” bez podania danych statystycznych w prezentacji wyników nie są poprawne, jeśli nie doda się, że dotyczy to średniej. Można też zastosować zapis (*xx vs the mean, p = zz*).

Również błędne jest zdanie „*Statistically significant differences were observed for persons with an income of up to PLN 3000 net (the answer 'sometimes' was indicated 21% less often) and for those with a net income of PLN 3001–5000 (the answer 'sometimes' was indicated 33% more often)*” nie wiemy bowiem rzadziej i częściej od czego. Podobnie błędny jest opis tabeli 2 w tekście. Prawidłowy jest natomiast opis tabeli 3.

W tabeli 6 i 7 górne wiersze (*Bottom two boxes*) zostały pomyłone z dolnymi, co widać po zsumowaniu odsetek. Opis też nie jest przejrzysty wystarczyło napisać „*YES + Rather YES*” i „*NOT + Rather NOT*”.

W dyskusji nieprawidłowo napisano „*Patients aged 18–24 indicated 37% more often the answer that they were only sometimes given tasty and fresh meals, and 14% less often that they were ...*”. Natomiast w opisie wyników zapis jest prawidłowy, np.: „*A total of 37% of those aged 18–24 years indicated that they were only sometimes given tasty and fresh meals, and only 14% of this group declared that...*”. Po powtórnej lekturze publikacji odnoszę wrażenie, że autorzy nie widzą tej różnicy, bo błąd powtarza się wielokrotnie.

W dyskusji autorzy powołują się na wyniki nieprzedstawione wcześniej i dotyczą one odpowiedzi na pytanie otwarte. Błędnie przetłumaczono nazwę SP SK nr 4 w Lublinie. Na stronach jest *Independent Public Clinical Hospital No. 4* i oczywiście czytelnicy mają wiedzieć, że Lublin leży w Polsce. Dziwi też powoływanie się w dyskusji na pielęgniarki skoro pytanie

dotyczyło „*medical staff*”, co jest pojęciem szerszym. Po przeczytaniu publikacji nr 2 nie mam pewności jak brzmiało pytanie, na które odpowiadali uczestnicy badania.

Ogólnie dyskusja nie odnosi się do wyników badania, a jeśli już to trzeba się tego domyślać. Podkreślony fragment dotyczy opisywanego badania, co nie wynika z tekstu, który jest początkiem akapitu: *„Statistically significant differences were observed with respect to the quality of meals, mainly in the younger age groups (18–24 and 25–34). Patients aged 18–24 indicated 37% more often the answer that they were only sometimes given tasty and fresh meals, and 14% less often that they were always served meals of adequate quality and hygienic standards. Patients aged 25–34 significantly more often (21%) indicated that their meals had never been tasty, fresh and hygienically served. A study on patient satisfaction with stationary health care services in the Kujawsko–Pomorskie Voivodship indicated a high level of patient dissatisfaction with the meals served...”*. Wystarczyło napisać *we observed*. Nie jest to jedyne miejsce, w który można się poczuć zagubionym: *„In the study presented in this paper, the elderly patients assessed this aspect of health care much better than patients from other age groups. In the study, the patients drew attention, not only to the quality of services, but also to the conditions which they stayed in. The standard of equipment was viewed as an aspect that affected the patient’s comfort during hospitalization. The results of the study showed that the vast majority of patients were satisfied with the conditions which they stayed in [32–34]”*. Tymczasem odnośniki do piśmiennictwa dotyczą trzech innych badań.

W informacji odnośnie do finansowania badania nie podano, że był to grant WUM. Nie było to finansowanie zewnętrzne, ale w autoreferacie habilitantka powołuje się na grant.

Publikacja nr 2

W końcówce dyskusji zacytowana jest publikacja nr 1 włączona do osiągnięcia, ale cytacja jest nieprawidłowa, bo pierwsza publikacja nie obejmowała tematyki informowania pacjentów o ich prawach podczas przyjęcia do szpitala. Publikacja nr 1 została wysłana do druku 18 listopada 2022 r., zaakceptowana 21 grudnia, natomiast omawianą pracę wysłano 26 czerwca 2023 r., było więc dość czasu, aby odnieść się do pracy we wstępie i metodzie, chyba że autorzy chcieli ukryć, że część wyników została już opublikowana.

W metodzie ponownie podkreślono znaczenie odpowiedzi na pytanie otwarte *„All responses from the open-ended question were analyzed and the data aggregated according to those responses that appeared most frequently. Several such types of answers that appeared most frequently were classified”*. W wynikach nie znalazłam tych informacji, poza ogólnikowym zdaniem: *„The detractors mainly criticized long waiting time for hospital admission, poor quality of medical and nursing care, and tasteless meals. Some of the detractors also indicated highly important factors that could have affected the poor quality of care such as the shortage of medical staff, and too heavy workload on medical staff.”*. Taki opis uważam za niewystarczający. Sformułowanie takie mogłoby się znaleźć w dyskusji lub podsumowaniu. W wynikach aż prosi się o dane liczbowe.

W publikacji nr 1 odsetek krytyków wynosił **38%**, zaś w publikacji nr 2 napisano: *„36% of the respondents were promoters, 27% were neutral respondents, and 37% were detractors.”*. Skoro liczba respondentów nie uległa zmianie to wynik także nie powinien ulec zmianie.

Tak jak w publikacji nr 1 informacji, że wyrażenia częściej i rzadziej odnoszą się do średniej dla całej grupy nie doszukamy się w tekście. Informacja ta jest podana tylko w opisie tabeli. Dane dotyczące istotności statystycznej są zapisywane z dokładnością do piątego miejsca po przecinku. Nie są to wymagania wydawnictwa.

„*The results for nursing and medical staff have been presented separately*” – pielęgniarki są personelem medycznym, a ten błąd jest powtarzany.

W tabeli 1 w ostatnim wierszu zamiast *Always* jest napisane *Never*.

Zdanie w konkluzji jest bardzo nieprecyzyjne: „*There were no statistically significant differences in the perception of having their rights to information respected in the groups of patients of different professions*”. Nie zbierano bowiem danych na temat zawodów pacjentów.

Publikacja nr 3

Obszerne opisywanie w metodzie części badania, której nie uwzględniono w tym opracowaniu nie znajduje uzasadnienia, szczególnie że w publikacji 12 nie ma żadnego odniesienia do omawianej pracy. Natomiast autocytowanie publikacji 2 w publikacji 3 jest nieuzasadnione, gdyż nie odnosi się ona w ogóle do pacjentów onkologicznych, a w takim kontekście została zacytowana: „*In a cancer patient's case, information about treatment, care for the patient after leaving the hospital, and the rules the patient must follow at home are critical in a holistic approach to chronic disease [13]*”.

„*The fifth and sixth parts and the last part, an open-ended question, were analyzed in another study*”. Tu powinien być użyty czas przyszły, bo publikacja ukazała się rok później.

Powtarzają się natomiast dziwne zapisy wartości p , np.: „*Patients who had access to appropriate pain management ($p = 0.00946$) and psychological care ($p < 0.05$)...*”, by dalej przeczytać „*A weak correlation ($p = 0.04768$)*”.

Dyskusja we fragmentach wygląda na przepisana ze streszczeń publikacji, na które powołują się autorzy. Np. cały fragment 4.1. *Medical Receptionist Interactions and Initial Patient Experience* jest tożsamy ze streszczeniem pracy cytowanej w pozycji [14].

„*Cancer patients often express a preference for individual over group therapy, pointing to the need for personalized psychological care [17]*” Poz. 17 piśmiennictwa nie odnosi się do pacjentów onkologicznych, a „*Participants were 224 university students, men and women from two ethnic groups (Jewish and Arab) in Israel.*”.

Publikacja nr 8

„*Siemianowice Śląskie, near the Polish-Ukrainian border.*” – Siemianowice Śląskie dzieli od granicy z Ukrainą ponad 300 km.

Publikacja nr 10

Stwierdzenia w publikacji „*Respondents with a primary education less frequently than others strongly agreed with the examined statements, while among respondents with secondary and basic vocational education, the highest percentages of "strongly agree" responses were observed*” nie zostały poparte danymi statystycznymi.

HW

To samo dotyczy kolejnych stwierdzeń „*Respondents living in cities with a population above 500 thousand inhabitants most often strongly agreed with the examined statements, while among individuals residing in cities with a population of 200–500 thousand inhabitants, such a response appeared the least frequently. None of the described relationships were statistically significant.*”.

Publikacja nr 11

Publikacja ta zawiera wiele błędów. Cytuję:

„*In 2020, approximately 112 000 cases of cancer were reported among AYA in Europe, accounting for 5% of all new cancer diagnoses in this region. The most common cancers within this[3]*”. W piśmiennictwie poz. [3] to publikacja z 2006 r. Dane, które podają autorki znajdują się w poz. piśmiennictwa [11]. W tej zaś nie zgadza się lista autorów. Ponieważ załączony do autoreferatu plik nie był ostateczny sprawdziłam na stronie wydawnictwa, że na późniejszym etapie nie dokonano korekty¹⁴. Dotyczy to też pozostałych błędów.

Poz. [21] nie zawiera informacji na temat „*Asthma Control Questionnaire*”. Pomyłka ta wzięła się stąd, że w pracy Weldring i Smith 2013 cytowanej jako poz. [22] błędnie zacytowano pracę Black, Jenkinson [poz. 21] i autorki powieliły ten błąd. Świadczy to o cytowaniu piśmiennictwa bez zapoznania się z oryginalnymi tekstami.

Również w poz. [24] nie znalazłam informacji na temat odsetka pacjentów pozytywnie oceniających szpital. Znajduje się ona natomiast w poz. [28].

Również publikacja [25] nie zawiera informacji na temat „*Martini Clinic in Garmay*”. Badanie Basch i wsp. było prowadzone w *Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nowy York, USA*. Pozycja [26] nie dotyczy zaś pacjentów „*Erasmus Medical Center in the Netherlands*”, ale Danii i w kolejnym paragrafie została zacytowana prawidłowo.

Odnoszę wrażenie, że również w innych przypadkach autorki nie korzystały z oryginalnych publikacji. Jako kolejny przykład podam cytowaną stronę internetową¹⁵. Tekst w pracy przeglądowej jest prawie wiernym tłumaczeniem umieszczonego na stronie glospacienta.pl, której żadna z autorek przeglądu nie jest redaktorem. Dla porównania:

„*Another practical use of PROM in the UK has been in the care of colorectal cancer patients. PROM are fundamental in the current National Health Service (NHS) framework, facilitating patient choice and ensuring quality and standard-setting services. Thirty-five study participants completed a questionnaire designed to address four key areas: patients' perception of their general health, the psychological impact of a colorectal cancer diagnosis, the stigma surrounding colorectal cancer, and identification of unmet needs. The most commonly reported unmet needs included an inability to function (30.8%), uncertainty about the future (30.8%), and concerns for the well-being of loved ones (30.8%). Most (88.5%) felt wellinformed, and 92.3% believed they had received adequate information on managing the disease and its side effects. Providing cancer patients with a safe space in a small group supported by clinicians and psychologists, where patients can freely discuss issues, was highly valued by patients.*

¹⁴ https://journals.viamedica.pl/nowotwory_journal_of_oncology/article/view/104826/81952

¹⁵ <https://glospacienta.pl/rehabilitacja/jakosc-zycia/561,prom-i-prem>

emphasizing the importance of a multidisciplinary approach and the significant role of psychological rehabilitation in recovery.”.

Na stronie internetowej w 2021 r. napisano:

„W Wielkiej Brytanii doświadczenia z zakresu stosowania PROM zostały zebrane w opiece nad pacjentami z nowotworem jelita grubego. Miary wyników zgłaszane przez pacjentów (PROM) są podstawowym narzędziem w ramach obecnej Narodowej Służby Zdrowia (NHS) w Wielkiej Brytanii, używanym w celu ułatwienia wyboru pacjentom oraz zapewnienia jakości i wzorcowych usług. **Kwestionariusz wypełniło 35 uczestników badania. Kwestionariusz został zaprojektowany tak, aby zająć się czterema kluczowymi obszarami, takimi jak: postrzeganie przez pacjenta ogólnego stanu zdrowia, psychologiczny wpływ diagnozy raka jelita grubego, piętno otaczające raka jelita grubego i identyfikowanie niezaspokojonych potrzeb. Badania ujawniły, że **trzy najczęściej zgłaszane niezaspokojone potrzeby to niezdolność do działania – 30,8%, niepewność co do przyszłości – 30,8% oraz obawy o zmartwienia osób bliskich – 30,8%. 88,5% pacjentów czuje się odpowiednio poinformowanych, a 92,3% ma poczucie, że otrzymali wystarczające informacje na temat radzenia sobie z chorobą i działaniami niepożądanymi.** Zapewnienie bezpiecznego miejsca pacjentom onkologicznym w niewielkiej grupie wspieranej przez klinicystów i psychologów, w którym pacjenci mogą swobodnie omawiać problemy, jest przez pacjentów postrzegane bardzo pozytywnie. Podkreśla to potrzebę multidyscyplinarnego podejścia oraz tego, że rehabilitacja psychologiczna powinna odgrywać znaczącą rolę w ścieżce powrotu do zdrowia.”.**

Powołanie się na źródło nie upoważnia do kopiowania tekstu, nawet po jego przetłumaczeniu. Fragment ten można zatem uznać za plagiat, a w najszcześliwszym przypadku jako autoplgiat, bo tekst na stronie nie jest podpisany. Co ciekawe, wiele z wcześniejszych fragmentów też wygląda na zaczerpnięte z tej strony.

Również poz. [30] jest cytowana błędnie, gdyż publikacja z **2010 r.** nie może odnosić się do konsensusu z roku **2015**. Praca, do której odnosi się omawiany fragment (Ferrari et al.) została zacytowana pod nr. [10].

Z niewiadomych powodów autorki nie odniosły się do żadnego z przeglądów systematycznych zespołu australijskich badaczy:

Tanner S, Engstrom T, Lee WR, Forbes C, Walker R, Bradford N, Pole JD. Mental health patient-reported outcomes among adolescents and young adult cancer survivors: A systematic review. *Cancer Med.* 2023 Sep;12(17):18381-18393. doi:10.1002/cam4.6444. Epub 2023 Aug 18. PMID: 37596768; PMCID: PMC10524059.

Engstrom T, Tanner S, Lee WR, Forbes C, Walker R, Bradford N, Pole JD. Patient reported outcome measure domains and tools used among adolescents and young adults with cancer: A scoping review. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2023 Jan;181:103867. doi: 10.1016/j.critrevonc.2022.103867. Epub 2022 Nov 22. PMID:36427770.

Tanner S, Engstrom T, Forbes C, Patel D, Lee WR, Walker R, Bradford N, Pole JD. Physical function patient-reported outcomes among adolescent and young adult cancer survivors: A systematic review. *Cancer Med.* 2024 Mar;13(6):e7046. doi: 10.1002/cam4.7046.

Forbes C, Tanner S, Engstrom T, Lee WR, Patel D, Walker R, Bradford N, Pole JD. Patient Reported Fatigue Among Adolescent and Young Adult Cancer Patients Compared to Non-Cancer Patients:

okey

A Systematic Review and Meta-Analysis. J Adolesc Young Adult Oncol. 2024 Apr;13(2):242-250. doi: 10.1089/jayao.2023.0094. Epub 2023 Oct 30.

Nie odnoszą się też do publikacji, gdzie w tytule jest odwołanie do PROM:

Law K, Harris E, McCabe MG, Yorke J, van der Veer SN. Measurement Properties of Patient-Reported Outcome Measures for Adolescent and Young Adult Survivors of a Central Nervous System Tumor: A Systematic Review. J Adolesc Young Adult Oncol. 2024 Feb;13(1):40-54. doi: 10.1089/jayao.2023.0048. Epub 2023 Jun 12.


Nie można tego tłumaczyć zasadą niepowoływania się na prace przeglądowe, skoro przywołano artykuł Osmani et al. [30].

Publikacja nr 13

W opisie wyników napisano „*Staff’s treatment of patients with attention and interest The correlations are minimal and statistically insignificant, suggesting that the size of the hospital or the number of staff does not impact patients’ perceptions of the attention and interest shown by the staff*”.

W badaniu nie pytano pacjentów o wielkość szpitala, chyba że dane pochodziły np. z portalu oOpiece.pl, gdzie takie informacje są dostępne. Po drugie jeśli korelacja jest nieistotna statystycznie to znaczy, że najprawdopodobniej jest przypadkowa. W tym przypadku istotności podane w tabeli 2 były > 0.9 .

W dyskusji autorzy powołują się na ogólnopolskie badanie [31, 32] nie wspominając, że było ono prowadzone ćwierć wieku wcześniej. Pozycja literatury [34] nie dotyczy Mazowsza, jak napisano w tekście, ale pacjentów „oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej i oddziału chirurgii ogólnej na terenie województwa małopolskiego”¹⁶.



¹⁶ <https://www.monz.pl/pdf-73566-10386?filename=10386.pdf>