

dr hab. Urszula Mirecka prof. UMCS
Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego
Instytut Filologii Polskiej, Wydział Humanistyczny
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Recenzja

pracy doktorskiej mgr Darii Gleby

pt. „Poczucie własnej skuteczności a funkcjonowanie komunikacyjne osób z afazją. Rola Personalnego Paszportu Komunikacyjnego w procesie terapii neurologopedycznej”

Przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska mgr Darii Gleby liczy 187 stron, z czego 131 stron to, poprzedzony streszczeniem w języku polskim i angielskim oraz spisem treści, tekst główny; opracowanie zawiera także bibliografię obejmującą 181 publikacji (w języku polskim i angielskim), wykaz zamieszczonych w pracy rysunków i tabel oraz aneks z wykorzystanymi w badaniach kwestionariuszami. Tekst główny składa się z *Wprowadzenia*, sześciu rozdziałów poświęconych, kolejno: problematyce zaburzeń komunikowania się osób z afazją (trzy pierwsze rozdziały), narzędziu wykorzystanemu w terapii pacjentów z afazją z grupy eksperymentalnej (rozdział czwarty), metodologii badań własnych (rozdział piąty) i prezentacji wyników przeprowadzonych badań (rozdział szósty), oraz *Podsumowania*. Układ pracy oceniam jako poprawny: kolejność rozdziałów i podrozdziałów jest odpowiednia, treści ustrukturyzowane są właściwie, adekwatnie do charakteru badań i wyznaczonych kierunków analizy materiału empirycznego. Pewnym mankamentem strukturyzacji tekstu jest wydzielanie w obrębie rozdziałów pojedynczych podrozdziałów (np. w rozdziale 1.3. *Rola ośrodkowego układu nerwowego w procesie mówienia* mamy jeden podrozdział: 1.3.1. *Mowa i mózg w świetle najnowszych doniesień naukowych*; analogiczna sytuacja występuje w rozdziałach: 2.1, 2.3, 5.9 i 6.5).

Po zapoznaniu się z przedłożoną do recenzji dysertacją stwierdzam, że pani mgr Daria Gleba wykazała się ogólną wiedzą teoretyczną w zakresie językoznawstwa – świadczą o tym przede wszystkim dwa pierwsze rozdziały (*1. Komunikacja i jej zaburzenia w afazji w świetle*

literatury neurologopedycznej, neurolingwistycznej i neuropsychologicznej, 2. Codzienne funkcjonowanie pacjentów z afazją) przygotowane na podstawie analizy literatury przedmiotu. Opracowując podstawy teoretyczne badań własnych, Doktorantka powołuje się na uznawane za istotne dla polskiej myśli logopedycznej publikacje językoznawcze autorstwa L. Kaczmarka, S. Grabiasa, J. Panasiuk i M. Michalika. W ustaleniach terminologicznych dotyczących mowy oraz kompetencji językowej i komunikacyjnej Doktorantka bazuje na teorii interakcji S. Grabiasa, jako ważne dla opisu procesu komunikacji wskazuje także pojęcie zdolności językowej zdefiniowane na gruncie lingwistyki mentalnej przez J. Mazurkiewicz-Sokołowską, przedstawiając zaś problematykę afazji, zwłaszcza trudności w porozumiewaniu się osób z afazją, odwołuje się do lingwistycznego podejścia proponowanego przez J. Panasiuk. Z prezentacją tych zagadnień pani Daria Gleba poradziła sobie dobrze, wykazała zrozumienie koncepcji stanowiących podstawy teorii zaburzeń mowy.

Należy tutaj zaznaczyć, że wskazany w tytule dysertacji problem badawczy wymagał uwzględnienia nie tylko ujęć językoznawczych, ale także danych z literatury medycznej i psychologicznej, zwłaszcza informacji dotyczących neurobiologicznych uwarunkowań afazji i czynników wpływających na funkcjonowanie komunikacyjne osób z afazją. W celu ukazania tych aspektów analizowanej problematyki Doktorantka sięgnęła do licznych publikacji w języku polskim i angielskim, dobierając literaturę adekwatnie do poszczególnych neurologopedycznych zagadnień; pewne zastrzeżenia w ocenie umiejętności wykorzystania źródeł pojawiają się jedynie odnośnie do częstego powoływania się na abstrakty, a nie dane pochodzące z pełnych tekstów (większość anglojęzycznych pozycji w bibliografii stanowią abstrakty).

Oceniając trafność i oryginalność podjętej przez Doktorantkę problematyki badawczej, należy rozpocząć od sformułowanego w dysertacji celu badań: „ocena poczucia sprawstwa w kontekście funkcjonowania komunikacyjnego u osób z długotrwanie utrzymującą się afazją poudarową, a także opisanie roli, jaką ma Personalny Paszport Komunikacyjny w procesie terapii neurologopedycznej pacjentów z zaburzeniami komunikacji językowej o etiologii mózgowej” (str.73/74) – z pewnością można stwierdzić, że badania o tak nakreślonym celu nie były dotąd podejmowane na gruncie polskiej logopedii, są więc oryginalne, a w kontekście praktyki neurologopedycznej wybór tej problematyki badawczej można uznać za trafny. Pani mgr Daria Gleba sięgnęła do psychologicznego pojęcia „poczucie własnej skuteczności”, które przybliżyła w rozdziale 3. *Poczucie własnej skuteczności u pacjentów*

z zaburzeniami afatycznymi, scharakteryzowała w nim także prowadzone w Polsce i na świecie badania nad poczuciem sprawstwa u osób chorych, zwłaszcza pacjentów po udarach, wskazała potrzebę uwzględnienia tej problematyki w polskiej neurologopedii. W rozdziale 4. *Teoretyczne podstawy Personalnego Paszportu Komunikacyjnego – narzędzia do terapii osób dorosłych z afazją* przedstawiła metody znajdujące zastosowanie w logopedycznej terapii pacjentów z afazją, ze szczególnym uwzględnieniem autorskiego narzędzia określanego mianem *Personalnego Paszportu Komunikacyjnego (PPK)*, które, jak Doktorantka słusznie stwierdza, „wpisuje się w założenia podejścia pragmatycznego w procesie rehabilitacji chorych neurologicznie” (str. 53). W opisie narzędzia oraz sposobu jego wykorzystania przez neurologopedę pracującego z osobami, które tworzyły grupę eksperymentalną w badaniach własnych, brakuje jednak prezentacji choćby przykładowych aktów komunikacji (komunikatów tworzonych przez pacjentów posiłkujących się obrazkami i napisami zamieszczonymi w *PPK* oraz komunikatów porozumiewających się z nimi opiekunów i logopedów), nie został też scharakteryzowany materiał językowy proponowany w tym narzędziu (wymienione są jedynie uwzględnione w nim obszary tematyczne). Doktorantka skupiła się na analizie różnych aspektów wykorzystania *PPK*, bazując na ocenie dokonanej przez pacjentów i ich opiekunów w kwestionariuszu zawierającym 9 stwierdzeń wymagających wskazania odpowiedzi *tak/nie* (np. pacjent: *Posługiwanie się paszportem jest dla mnie łatwe*, opiekun: *Posługiwanie się paszportem jest dla niego łatwe*; pacjent: *Wstydę się korzystać z mojego paszportu*, opiekun: *Wstydzi się korzystać ze swojego paszportu*) oraz pytania *Czy Pani/Pana zdaniem Personalny Paszport Komunikacyjny ułatwia porozumiewanie się?* wymagającego zaznaczenia jednej z odpowiedzi: *zdecydowanie tak/ raczej tak/ raczej nie/ zdecydowanie nie*. Doktorantka nie przedstawiła wyników analizy odpowiedzi na pytanie dotyczące ewentualnego ułatwienia porozumiewania się za pomocą *PPK*, a zaprezentowana analiza ilościowa odpowiedzi *tak/nie* dotyczących 9 stwierdzeń doprowadziła do wniosku, że „narzędzie w bardzo dużej mierze spełnia swoją funkcję, jaką jest wspieranie codziennego porozumiewania się osób z afazją” (str. 65).

Przeprowadzone przez Doktorantkę badania, jak słusznie stwierdza, wpisują się w ten nurt badań eksperymentalnych, których dominującą funkcją w logopedii jest funkcja praktyczna – „jej zadaniem jest sprawdzenie skuteczności stosowania różnych metod terapeutycznych” (str. 96). Prezentowana w rozdziale piątym metodologia badań własnych, poza rozwiązaniami, które oceniam pozytywnie, budzi jednak szereg zastrzeżeń. Odnosnie

do procedury doboru pacjentów do badanych grup, a także opisu grup podstawowych (osób z afazją) i grup dodatkowych (opiekunów pacjentów), są to następujące uwagi:

- 1) Nie uzasadniono dysproporcji liczebności osób badanych w grupach podstawowych (grupa pacjentów z afazją posługujących się *PPK* liczyła 15 osób, a grupa pacjentów z afazją, którzy nie posługiwali się *PPK* – 30).
- 2) Nie przedstawiono wystarczającej w badaniach językoznawczych charakterystyki zaburzeń afatycznych pacjentów z obu grup – w pracy znajdujemy tylko ogólne informacje: „W dwu podstawowych grupach znalazły się osoby ze zdiagnozowaną – powyżej 12 miesięcy od momentu badania – afazją ruchową lub mieszaną z przewagą objawów odpowiadających afazji motorycznej o znacznym stopniu nasilenia objawów, będącą wynikiem uszkodzenia lewej półkuli mózgu” (str. 78). Z opisu procedury doboru uczestników badania trudno dowiedzieć się, kto diagnozował zaburzenia afatyczne u pacjentów – czy p. mgr D. Gleba, czy jakiś inny logopeda, a także jakie metody były wykorzystane w toku tej diagnozy. W kontekście informacji pojawiającej się na str. 75, dotyczącej pewnego zróżnicowania głębokości i rodzaju zaburzeń afatycznych u uczestników badania („nieco zróżnicowana głębokość oraz rodzaj zaburzeń afatycznych”), istotnym punktem procedury powinna być logopedyczna ocena czynności językowych i – szerzej – komunikacyjnych każdego pacjenta, poddane zaś analizie dane pochodzące z tej oceny należałoby uwzględnić w charakterystyce badanych grup podstawowych, a następnie pod tym kątem porównać grupy. Takiego opisu nie znajdujemy w pracy – Doktorantka zamieściła tylko krótkie stwierdzenie dotyczące wszystkich badanych osób z afazją: „Pacjenci przejawiali głębokie zaburzenia nadawania mowy, przy stosunkowo dobrze zachowanym rozumieniu komunikatów werbalnych. Charakterystyczne dla respondentów były trudności w zakresie mowy dialogowej, narracyjnej, powtarzania, pisania, a także głośnego czytania (często przy częściowo zachowanej umiejętności czytania globalnego)” (str. 79). W charakterystyce i porównaniu badanych grup w aspekcie komunikacyjnym Doktorantka uwzględniła jedynie dane z kwestionariusza wypełnianego przez pacjentów – były to informacje na temat problemów z mówieniem, czytaniem, pisaniem, rozumieniem, poruszaniem się (odnotowywane na zasadzie: występują/nie występują, w ich analizie nie uwzględniono więc rodzajów poszczególnych trudności ani ich nasilenia).

- 3) W charakterystyce badanych grup pacjentów nie uwzględniono wykształcenia tych osób czy zawodu wykonywanego przez nie przed zachorowaniem, a te dwa czynniki uznawane są za ważne w kontekście zaburzeń porozumiewania się, zwłaszcza w badaniach bazujących na ocenie przez osoby badane ich własnych umiejętności.
- 4) Nie przedstawiono charakterystyki tzw. grup dodatkowych, utworzonych z opiekunów biorących udział w badaniach pacjentów z afazją: 15 opiekunów pacjentów posługujących się *PPK* i 30 opiekunów pacjentów, którzy nie posługiwali *PPK*.

Istotny punkt w ocenie metodologii dotyczy poprawności formułowania problemów i hipotez (założeń badawczych). Doktorantka sformułowała cztery problemy badawcze oraz cztery hipotezy, ale nie podała, które hipotezy odpowiadają poszczególnym problemom badawczym, więc samodzielnie należy podjąć próbę takiego przyporządkowania:

- 1) Odpowiedzią na problem badawczy „Czy, a jeśli tak, to w jakim stopniu, wdrożenie do terapii neurologopedycznej osób z afazją Personalnego Paszportu Komunikacyjnego wpływa na ich poczucie własnej skuteczności?” (str. 73) jest zapewne hipoteza nr 4 „Pacjentów z Personalnym Paszportem Komunikacyjnym cechuje wyższy poziom poczucia własnej skuteczności w sytuacjach komunikacyjnych niż pacjentów bez PPK” (str. 90, 119).
- 2) Odpowiedzią na problem badawczy „Czy dzięki wsparciu przez Personalny Paszport Komunikacyjny pacjenci czują się pewniej w sytuacjach komunikacyjnych i są bardziej zmotywowani do samodzielnego podejmowania rozmów z innymi ludźmi?” (str. 73) jest prawdopodobnie hipoteza nr 1 „Pacjenci z Personalnym Paszportem Komunikacyjnym łatwiej nawiązują rozmowę niż pacjenci bez PPK” (str. 81, 103).
- 3) Odpowiedzią na problem badawczy „Czy pacjenci dostrzegają pozytywne aspekty stosowania Personalnego Paszportu Komunikacyjnego w kontekście ich gotowości komunikacyjnej oraz codziennego porozumiewania się?” (str. 73) może być hipoteza nr 2 „Pacjenci z Personalnym Paszportem Komunikacyjnym czują się bardziej samodzielni w sytuacjach komunikacyjnych niż pacjenci bez PPK” (str. 86, 111) oraz hipoteza nr 3 „Pacjenci z Personalnym Paszportem

Komunikacyjnym czują się bardziej otwarci na interakcję językową niż pacjenci bez PPK” (str. 87, 116).

- 4) Problem badawczy „Czy Personalny Paszport Komunikacyjny może być istotnym narzędziem wspomagającym terapię logopedyczną osób z afazją?” (str. 73) można wiązać łącznie ze wszystkim czterema cytowanymi hipotezami.

Przeprowadzona przez recenzentkę analiza prowadzi do wniosku, że ostatni z wymienionych wyżej problemów badawczych należałoby potraktować jako główny problem badawczy (i jemu powinna odpowiadać główna hipoteza – nie sformułowana w pracy), a pozostałe cytowane problemy badawcze uznać za problemy szczegółowe i wysunąć odpowiadające im hipotezy. Tego jednak Doktorantka nie uczyniła, co negatywnie rzutuje na ocenę poprawności wskazanych aspektów metodologicznych. Pozytywnie natomiast należy ocenić uzasadnienie wskazanych w dysertacji problemów badawczych oraz sformułowanych hipotez – Doktorantka odwołuje się tutaj do danych z literatury przedmiotu oraz wyników badań przeprowadzonych w grupach dodatkowych (wyników analizy statystycznej odpowiedzi z kwestionariusza wypełnianego przez opiekunów pacjentów z afazją posługujących się *PPK* oraz opiekunów pacjentów z afazją, którzy nie używali *PPK*).

Narzędziem badawczym wykorzystanym w badaniach własnych był „rozbudowany kwestionariusz wywiadu skategoryzowanego” (str. 97) – „kwestionariusz własnej konstrukcji, dotyczący funkcjonowania osób z afazją w zakresie 4 obszarów: łatwości w nawiązywaniu rozmowy, samodzielności pacjentów, otwartości na interakcję językową, poziomu poczucia własnej skuteczności” (str. 98). Zastrzeżenia pojawiają się odnośnie do opisu sposobu wykorzystania tego kwestionariusza w toku badań, a także ich organizacji i przebiegu. Doktorantka pisze: „Zastosowano czcionkę bezszeryfową w powiększonym rozmiarze (Calibri, 16 punktów), tak aby tekst był jak najlepiej dostosowany do potrzeb respondentów”, a dalej: „Przeprowadzone badanie polegało na bezpośredniej rozmowie z respondentami, w celu uzyskania odpowiedzi na pytania” (str. 98) – pojawia się więc wątpliwość, czy respondenci samodzielnie wypełniali odczytywany przez siebie kwestionariusz, czy też odpowiadali na zadawane/odczytywane im pytania. Zakładając, że pytania zawarte w kwestionariuszu były pacjentom odczytywane, istotne jest, czy osoba badająca w jakiś sposób objaśniała te pytania (tutaj pojawia się bowiem kwestia problemów z rozumieniem – takowe wskazało 47% pacjentów z afazją korzystających z *PPK*, a w drugiej grupie 40%). Zakładając zaś, że pacjenci samodzielnie wypełniali odczytywany przez siebie

kwestionariusz, należałoby postawić następujące pytania: 1/ Jak radzili sobie z wypełnieniem kwestionariuszy pacjenci, którzy mieli kłopoty z czytaniem (80% pacjentów z afazją korzystających z *PPK* zgłosiło problemy w czytaniu, a w drugiej grupie 70%)?, 2/ Jak radzili sobie z wypełnieniem kwestionariuszy pacjenci, którzy mieli kłopoty z pisaniem (93% pacjentów z afazją korzystających z *PPK* zgłosiło problemy w pisaniu, a w drugiej grupie 80%)? Doktorantka podaje, że materiał empiryczny zbierano „w trakcie procesu terapeutycznego”, „podczas indywidualnych spotkań przeprowadzono rozmowy z osobami z afazją oraz z ich opiekunami, którzy udzielali odpowiedzi na pytania zawarte w poszczególnych kwestionariuszach wywiadu skategoryzowanego” (str. 100), nie podaje jednak, kto przeprowadzał rzeczony wywiad z 45 pacjentami i 45 opiekunami – czy przeprowadzała je sama, czy robił to ktoś inny. W tekście nie pojawiają się też żadne informacje na temat czasu trwania badania poszczególnych osób, ewentualnych trudności w prowadzeniu badań z wykorzystaniem kwestionariusza (np. problemów pacjentów z rozumieniem pytań), czy komentarzy respondentów odnośnie do stwierdzeń zawartych w kwestionariuszu.

Przedstawiona w rozdziale szóstym analiza wyników badań ma charakter ilościowy – za pomocą analizy statystycznej (test chi-kwadrat) porównano wyniki obu grup podstawowych, co stanowiło podstawę weryfikacji hipotez badawczych. Zamieszczona w tabelach prezentacja danych liczbowych – wyrażonych w procentach wyników badań (odpowiedzi pacjentów posługujących się *PPK* i pacjentów nie używających *PPK*) oraz danych dotyczących istotności statystycznej różnic wyników w poszczególnych pytaniach kwestionariusza – jest przejrzysta, nie dostrzegam zasadności powielania sporej części tych wyników na wykresach, co uczyniła Doktorantka. Analiza podzielona została na 4 części, odpowiadające poszczególnym hipotezom badawczym, przy czym nie zawsze jest jasne, dlaczego dane pytanie zostało przyporządkowane tej, a nie innej hipotezie, np. przy hipotezie nr 1: „Pacjenci z Personalnym Paszportem Komunikacyjnym łatwiej nawiązują rozmowę niż pacjenci bez *PPK*” pojawiają się m.in. pytania/stwierdzenia: „Czy brakuje ci czegoś w codziennej komunikacji”, „W kontaktach z ludźmi czuję się swobodnie”, „Jestem zadowolony ze swoich kontaktów” – te pytania/stwierdzenia pewnie mogłyby pojawić się przy hipotezie nr 3: „Pacjenci z Personalnym Paszportem Komunikacyjnym czują się bardziej otwarci na interakcję językową niż pacjenci bez *PPK*”, a z kolei przypisane hipotezie 3.

pytania dotyczące rozmów z opiekunami i rozmów z obcymi równie dobrze można byłoby dołączyć do hipotezy 1.

Formułując wnioski z przeprowadzonych analiz, Doktorantka odnosi je do cytowanych w recenzji czterech hipotez, przy czym owe wnioski są praktycznie tożsame z hipotezami, np. wniosek 1: „pacjenci z afazją, którzy na co dzień korzystają z Personalnego Paszportu Komunikacyjnego łatwiej nawiązują rozmowę niż osoby z afazją, które nie korzystają z takiego narzędzia wspomagającego komunikację” (str. 127). Z takiego sposobu prezentacji wniosków można domniemywać, że Doktorantka twierdzi, iż hipotezy zostały zweryfikowane pozytywnie; wprost pisze o tym w końcowej części pracy: „W odniesieniu do wyników uzyskanych w przeprowadzonych badaniach, można stwierdzić, że potwierdziły się wszystkie 4 hipotezy, które zostały sformułowane w ramach niniejszej dysertacji” (str. 132). Taka interpretacja wyników badań budzi jednak poważne wątpliwości, ponieważ większość różnic międzygrupowych okazała się nieistotna statystycznie – w odniesieniu do poszczególnych hipotez przedstawia się to następująco:

- 1) Na 10 pytań kwestionariuszowych odnoszących się do hipotezy 1. jedynie 3 pytania wiążą się z odpowiedziami różnicującymi grupy na poziomie istotności statystycznej ($p < 0,01$, $p < 0,05$).
- 2) Na 7 pytań kwestionariuszowych odnoszących się do hipotezy 2. jedynie 2 pytania wiążą się z odpowiedziami różnicującymi grupy na poziomie istotności statystycznej ($p < 0,01$).
- 3) Na 6 pytań kwestionariuszowych odnoszących się do hipotezy 3. jedynie 1 pytanie wiąże się z odpowiedzią różnicującą grupy na poziomie istotności statystycznej ($p < 0,01$).
- 4) Na 12 pytań kwestionariuszowych odnoszących się do hipotezy 4. jedynie 3 pytania wiążą się z odpowiedziami różnicującymi grupy na poziomie istotności statystycznej ($p < 0,01$, $p < 0,05$).

Komentując wyniki badań, Doktorantka skupia się na kwestiach związanych z pytaniami, które wykazały istotne statystycznie różnice między grupami eksperymentalnymi, pomija zaś te, które nie różnicują grup – nie podejmuje się zatem interpretacji wszystkich wyników badań własnych. Nie argumentuje swojego stanowiska dotyczącego pozytywnej weryfikacji hipotez. Mimo to w pracy pojawiają się konkluzje typu: „[...] pacjenci po udarze mózgu, którzy nie posługują się Personalnym Paszportem Komunikacyjnym charakteryzują się

niższym poczuciem własnej skuteczności niż pacjenci, u których podczas rehabilitacji wprowadzono narzędzie wspierające porozumiewanie się” (str. 132). Doktorantka pisze także, że „Wyniki prac badawczych zrealizowanych w ramach niniejszej dysertacji nasuwają wnioski, że poziom poczucia sprawstwa u pacjentów z afazją koreluje z poziomem funkcjonowania komunikacyjnego osób z zaburzeniami językowego porozumiewania się, spowodowanymi udarem mózgu” (str. 128), chociaż tego typu zależności nie były poddawane analizie.

W związku z tym, że zaprezentowana w dysertacji metodologia badań budzi szereg zastrzeżeń, podobnie jak przedstawiona przez Doktorantkę interpretacja wyników przeprowadzonych analiz statystycznych, trudno jest pozytywnie ocenić wartość uzyskanych rezultatów oraz ich znaczenie dla nauki i praktyki.

Odnosząc się do kwestii poprawności formalno-językowej, stwierdzam, że praca została w miarę starannie przygotowana pod względem językowym i edytorskim, błędy i potknięcia pojawiają się stosunkowo rzadko (wśród nich dominują błędy literowe i interpunkcyjne, zdarzają się także ortograficzne w zapisie tytułów czasopism w bibliografii). Streszczenie w języku angielskim nie budzi zastrzeżeń poza użyciem terminu „neurological therapy” na określenie „terapii neurologopedycznej”.

W podsumowaniu oceny rozprawy doktorskiej pani mgr Darii Gleby chciałabym podkreślić, że Doktorantka trafnie dokonała wyboru problematyki badawczej – badania poświęcone poczuciu sprawstwa u osób z afazją poudarową, w aspekcie ich funkcjonowania komunikacyjnego, nie były dotąd prowadzone na gruncie polskiej logopedii, nie była także dotychczas oceniana rola metod alternatywnej i wspomagającej komunikacji w terapii neurologopedycznej pacjentów z afazją – prezentowane badania można zatem uznać za oryginalne. Dysertacja jest zasadniczo poprawna pod względem formalno-językowym i wykazuje ogólną wiedzę teoretyczną Doktorantki w dyscyplinie naukowej: językoznawstwo.

Niestety, istotne zastrzeżenia budzi zaprezentowana przez p. mgr Darię Glebę metodologia badań własnych – dotyczą one procedury doboru pacjentów do badanych grup i ich opisu, powiązania hipotez z problemami badawczymi, a także przedstawienia sposobu wykorzystania narzędzia badawczego (kwestionariusza) w toku badań oraz ich organizacji i przebiegu. Zastrzeżenia dotyczą również pewnych aspektów analizy wyników badań: braku uzasadnienia powiązania części pytań kwestionariusza z konkretnymi hipotezami,

nieuzasadnionego twierdzenia o pozytywnej weryfikacji hipotez w sytuacji występowania nieistotnych statystycznie różnic międzygrupowych w większości analizowanych zjawisk, braku interpretacji wyników badań, które nie różnicują grup. Wskazane w recenzji uchybienia metodologiczne oraz braki, nieścisłości i błędy w interpretacji wyników badań sprawiają, że nie mogę pozytywnie ocenić wartości uzyskanych rezultatów oraz ich znaczenia dla nauki i praktyki, a także stwierdzić, że Doktorantka opanowała umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej.

KONKLUZJA

Stwierdzam, że rozprawa doktorska mgr Darii Gleby pt. „Poczucie własnej skuteczności a funkcjonowanie komunikacyjne osób z afazją. Rola Personalnego Paszportu Komunikacyjnego w procesie terapii neurologopedycznej”, przygotowana na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu Gdańskiego pod kierunkiem dr hab. Ewy Czaplewskiej, prof. UG, nie spełnia warunków określonych w art. 13.1. ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym.

Lublin, 9.03.2021 r.



Urszula Mirecka