Prof. zw. dr hab. med. Grzegorz Dzida

Oddział Diabetologii

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych

Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Lublin, 8.października 2019r.

Ocena rozprawy doktorskiej mgra Marcina Obrębskiego:

„Ocena związku postaw wobec odżywiania ze stanem klinicznym oraz przebiegiem leczenia u osób z cukrzycą typu 2."

Cukrzyca ze względu na jej epidemiczny charakter stanowi poważny problem społeczny o charakterze globalnym. Filozofia leczenia cukrzycy w XXI wieku uległa gruntownej zmianie. Podstawową zasadą terapii cukrzycy jest indywidualizacja zarówno w zakresie celów terapeutycznych jak i metod leczenia. Konieczne jest postępowanie wieloczynnikowe, w tym staranie o poprawę komfortu życia pacjentów. Niezbędnymi elementami skutecznego leczenia są edukacja i współpraca pacjenta z zespołem terapeutycznym. Wszystkie te kroki mają swój cel nadrzędny – redukcję ryzyka sercowo-naczyniowego i w efekcie wydłużenie życia pacjentów z cukrzycą. Według najnowszego stanowiska ekspertów ADA/EASD z 2018 roku już we wstępnej ocenie pacjenta z cukrzycą powinniśmy mieć na uwadze jego motywację do leczenia , a na każdym etapie leczenia dbać o dobrostan emocjonalny (*emotional well- being*) . Sposób odżywiania pacjenta z cukrzycą ma kluczowe znaczenie w skutecznym leczeniu. Wiele danych naukowych wskazuje na to, że wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 szczególnie często występują zaburzenia odżywiania. Ich rozpoznanie umożliwia właściwą interwencję behawioralną. Stąd z wielkim zainteresowaniem zapoznałem się z dysertacją doktorską mgra Marcina Obrębskiego.

Temat rozprawy wybrany przez Doktoranta i jego Promotora uważam za aktualny i uzasadniony.

Przedstawiona do recenzji rozprawa ma układ typowy dla dysertacji doktorskich i składa się ze 101 stron druku ilustrowanego 6 rycinami oraz zawiera 30 tabel.

Pracę rozpoczyna spis treści a następnie dobrze napisane streszczenie w języku polskim, odzwierciedlające najważniejsze aspekty pracy. Zdaniem recenzenta wskazane byłoby zamieszczenie również streszczenia w języku angielskim. Kolejny rozdział stanowi kompetentnie napisane wprowadzenie w obszar badawczy obejmujące 14 stron. Szczególnym walorem tego rozdziału jest jego skondensowana forma. Na uwagę zasługuje część poświęcona „żarłocznemu jedzeniu" *(binge eating)*. Rozdział ten zawiera wszystkie najistotniejsze informacje uzasadniające podjęcie przez Doktoranta i Promotora Prof. dra hab. med. Andrzeja Kokoszkę tego zadania badawczego.

W następnej części dysertacji jasno precyzuje 3 cele pracy:

1. Ocena w badaniu przekrojowym, w momencie rozpoczęcia leczenia insuliną, bądź jej analogami, różnic między grupą z oraz grupą bez zaburzonych postaw wobec odżywiania pod względem stanu klinicznego oraz związku postaw wobec odżywiania ze stanem klinicznym osób chorych na cukrzycę typu 2

2. Ocena w badaniu prospektywnym różnic między grupą z oraz grupą bez zaburzonych postaw wobec odżywiania w momencie rozpoczęcia leczenia insuliną, bądź jej analogami, pod względem stanu klinicznego w kolejnych etapach badania oraz związku postaw wobec odżywiania w momencie rozpoczęcia leczenia insuliną, bądź jej analogami ze stanem klinicznym w kolejnych etapach badania.

3. Ocena zależności postaw wobec odżywiania z regularnością omijania zaleconych dawek insuliny lub jej analogów.

Następnie Autor określa szczegółowo elementy poszczególnych celów pracy i formułuje 3 cele dodatkowe:

4. Ocena wielkości zmian mierzonych zmiennych w badaniu prospektywnym

5. Ocena różnicy pomiędzy badanymi z i bez zaburzonych postaw wobec odżywiania pod względem wielkości zmian mierzonych zmiennych

6. Ocena związku wielkości zmian mierzonych zmiennych pomiędzy sobą.

Kolejny rozdział przedstawia 9 sformułowanych hipotez badawczych, które Doktorant zamierzał poddać weryfikacji.

W następnym rozdziale „Materiał i metoda" Doktorant przedstawia kontekst badania jako części projektu badawczego „ Wpływ czynników psychologicznych na skuteczność leczenia cukrzycy typu 2.", który uzyskał zgodę Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Badanie miało charakter prospektywny, przeprowadzone było trzykrotnie – w pierwszym miesiącu po wprowadzenia leczenia insuliną bądź jej analogami, po 6 oraz po 12 miesiącach od pierwszego badania. Do udziału zakwalifikowano 68 pacjentów, w wieku 38-71 lat, w tym 31 (45,6 %) mężczyzn oraz 37 (54,4 %) kobiet. Wykorzystano następujące narzędzia:

1. Kwestionariusz Postaw wobec Odżywiania EAT-26

2. Kwestionariusz do Przesiewowego Badania Występowania Napadów Żarłocznego Jedzenia,

3. Krótka Skala Lęku i Depresji (KSSDL),

4. Kwestionariusz Obszarów Problemowych w Cukrzycy (Problem Areas In Diabetes Questionnaire, PAID).

Przebieg cukrzycy oceniano poprzez pomiar odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c) oraz liczbą nowych powikłań.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej właściwie dobranymi testami statystycznymi.

Rozdział 6. prezentujący uzyskane wyniki obejmuje 27 stron a uzyskane dane przedstawione zostały przez Doktoranta w postaci tabel i rycin. Niewątpliwym walorem tego rozdziału jest jego przejrzystość i zwięzła forma, bez zbędnych informacji z wyróżnieniem w druku najważniejszych wyników.

Doktorant wykazał, że u 18.5% badanych występują zaburzone postawy wobec odżywiania i aż u ponad 40% przesiewowe cechy żarłocznego jedzenia. Osoby z zaburzonymi postawami wobec odżywiania różniły się istotnie statystycznie od osób bez takich postaw wyższym odsetkiem HbA1c, stopniem nasilenia problemów z jedzeniem. Osoby z rozpoznanym żarłocznym jedzeniem różniły się istotnie od osób bez żarłocznego jedzenia nasileniem objawów depresyjnych. Były one również młodsze od osób wolnych od zaburzeń postaw wobec odżywiania

W badaniu przekrojowym nasilenie zaburzonych postaw wobec odżywiania mierzone EAT korelowało dodatnio ze skalą lęku KSSDL , skalą problemów z emocjami PAID, skalą problemów z jedzeniem PAID , wynikiem ogólnym PAID oraz korelował ujemnie z wiekiem badanych .Skala bulimii EAT korelowała dodatnio ze skalą depresji oraz skalą lęku KSSDL a także wynikiem ogólnym KSSDL , nasileniem problemów z emocjami, z jedzeniem i ze wsparciem a także z wynikiem ogólnym w skali PAID.. Skala odchudzania EAT korelowała dodatnio ze skalą lęku KSSDL , wynikiem ogólnym PAID a także z nasileniem problemów z emocjami oraz z jedzeniem mierzonych tą skalą oraz korelowała ujemnie z wiekiem badanych.

Mierzone narzędziem przesiewowym nasilenie żarłocznego jedzenia korelowało dodatnio w badaniu przekrojowym ze skalą depresji, skalą leku oraz wynikiem ogólnym KSSDL, a także ze skalą problemów z emocjami, skalą problemów z leczeniem, skalą problemów z jedzeniem, skalą problemów ze wsparciem oraz wynikiem ogólnym mierzonymi w kwestionariuszu PAID.

Grupy osób z oraz bez rozpoznanych w momencie badania zaburzonych postaw wobec odżywania nie różniły się istotnie między sobą pod względem stanu klinicznego w późniejszych pomiarach (po 0.5 i 1 roku). Osoby z

rozpoznanym żarłocznym jedzeniem w pierwszym pomiarze w stosunku do osób bez żarłocznego jedzenia, miały jedynie istotnie wyższe nasilenie objawów depresyjnych i lękowych w trzecim pomiarze. Nasilenie zaburzonych postaw wobec odżywiania w momencie rozpoczęcia badania korelowało dodatnio z nasileniem objawów depresyjnych i lękowych oraz nasileniem obszarów problemowych w cukrzycy podczas drugiego i trzeciego pomiaru.

Nasilenie skali kontroli kwestionariusza EAT korelowało odwrotnie proporcjonalnie z deklarowaną częstotliwością omijania dawek insuliny.

W trakcie trwania obserwacji istotnie zmieniło się nasilenie cechy bulimii mierzonych skalą bulimii EAT. Zmniejszył się istotnie odsetek HbA1c (średnio 0 1,4% co należy uzna za różnice istotną klinicznie). Zwiększyła się jednocześnie liczba powikłań.

W następnym rozdziale dysertacji Doktorant omawia uzyskane wyniki w oparciu o dobrze dobraną aktualną literaturę światową. Na podkreślenie zasługuje fakt, że Autor ustosunkowuje się do uzyskanych wyników z dużą ostrożnością, zdając sobie sprawę z ograniczeń przeprowadzonych badań własnych. Ciekawe wydają się rozważania Doktorantki na temat wpływu wprowadzenia insulinoterapii na stan psychiczny pacjentów.

Pracę podsumowuje 12 wniosków *(in extenso)*:

1. Istnieją istotne zależności pomiędzy zaburzonymi postawami wobec odżywiania a stanem klinicznym osób z cukrzycą typu 2 oraz zmianami w ich stanie klinicznym.
2. Osoby z zaburzonymi postawami wobec odżywiania, w momencie rozpoczęcia badania, charakteryzowały się młodszym wiekiem, wyższym poziomem HbA1c oraz większym nasileniem problemów z jedzeniem i emocjami w stosunku do osób bez zaburzonych postaw wobec odżywiania.
3. Osoby z rozpoznanym przesiewowo żarłocznym jedzeniem, w momencie rozpoczęcia badania, charakteryzowały się większym nasileniem objawów depresyjnych niż osoby bez rozpoznanego żarłocznego jedzenia.

4. Nasilenie zaburzonych postaw wobec odżywiania koreluje dodatnio z nasileniem objawów lęku oraz problemów z emocjami i jedzeniem w badaniu przekrojowym.
5. Nasilenie żarłocznego jedzenia koreluje dodatnio z nasileniem objawów lęku i depresji oraz nasileniem problemów z emocjami, leczeniem, jedzeniem oraz wsparciem w badaniu przekrojowym.
6. Nasilenie cech bulimii i żarłocznego jedzenia korelowało z nasileniem objawów lęku i depresji oraz obszarów problemowych w badaniu prospektywnym.
7. Z zaburzonych postaw wobec odżywiania cechy bulimii oraz żarłocznego jedzenia mają związek z największą liczba zmiennych określających stan kliniczny badanych zarówno w badaniu przekrojowym jak i w badaniu prospektywnym.
8. Na przestrzeni badania istotnie zmalał poziom HbA1c, wzrosła liczba powikłań oraz nasiliły się cechy bulimii.
9. Zmiana nasilenia zaburzonych cech wobec odżywiania dodatnio korelowała ze zmianą poziomu HbA1c.
10. Zmiany nasilenia zaburzonych postaw wobec odżywiania dodatnio korelowała ze zmianą nasilenia objawów depresji.
11. Uzyskane wyniki uzasadniają konieczność regularnej przesiewowej diagnozy osób z cukrzyca typu 2 pod kątem wykrywania zaburzonych postaw wobec odżywiania.
12. Konieczne są dalsze badania prospektywne na większej grupie badanych.

Wnioski 11. i 12. nie wynikają bezpośrednio z przeprowadzonych badań i mają charakter spekulatywny.

Następnie czytelnik znajduje zestawienie piśmiennictwa. Jest ono aktualne, dobrze dobrane, obejmuje 87 pozycji literaturowych.

Na zakończenie Doktorant umieszcza 10 załączników dzięki temu czytelnik ma pełny wgląd w sposób przeprowadzenia badania i gromadzenia danych.

Jako recenzent chciałbym w czasie publicznej obrony dysertacji uzyskać odpowiedź doktoranta na następujące pytania:

1. Czy na badane zmienne psychologiczne mogły mieć wpływ epizody hipoglikemii nierozerwalnie związane z wprowadzeniem insulinoterapii, które mogę wpływać na sposób odżywiania i nasilać reakcje lękowe?

2. W czym Doktorant upatruje przyczyn zwiększenia się ilości powikłań cukrzycy w trakcie obserwacji mimo poprawy parametrów wyrównania cukrzycy (HbA1c) ?

3. Czy opisana zależność wyższych wyników skali kontroli EAT z lepszym „compliance" może mieć znaczenie praktyczne – czy interwencja psychologiczna zwiększająca poczucie kontroli może przynieść poprawę stosowania się do zaleceń lekarskich?

Reasumując, całość rozprawy oceniam bardzo dobrze. Temat pracy jest aktualny i interesujący. Cel pracy został w pełni osiągnięty w oparciu o prawidłowo dobraną metodykę. Uzyskane wyniki badań omówione zostały ze świadomością ograniczeń badań własnych.

Wnioski kończące pracę dowodzą, że cel badania został w pełni realizowany.

Przedstawiona do recenzji praca stanowi własny dorobek naukowy Autora i świadczy o umiejętności samodzielnego przeprowadzenia badań w oparciu o odpowiednie instrumentarium badawcze , stanowiąc oryginalne rozwiązanie problemu naukowego.

Uzyskane wyniki wnoszą element nowości do współczesnego stanu wiedzy a także niosą ze sobą ważny aspekt praktyczny.

Wniosek końcowy:

Rozprawa doktorska mgra Marcina Obrębskiego spełnia warunki obowiązującej Ustawy (art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki Dz. U. z 2016 r. poz. 882) odnośnie stopnia doktora nauk medycznych, bowiem:

1. Rozprawa stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego;
2. Doktorant wykazał ogólną wiedzę teoretyczną w dyscyplinie nauki o zdrowiu;
3. Doktorant wykazał się umiejętnością samodzielnego prowadzenia pracy naukowej.

W związku z art. 179 ust. 1 Ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. „Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz, U. 2018 poz.1669), *mam zaszczyt i przyjemność zwrócić się do Wysokiej Rady Naukowej Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z wnioskiem o dopuszczenie mgra Marcina Obrębskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.*

Prof. dr hab. med. GRZEGORZ DZIDA
Specjalista chorób wewnętrznych
hipertensjologii, diabetologii
7471222

Prof. dr hab. med. Grzegorz Dzida