

Akceptuję
HJR ✓

Szczecin 03.07.2023

Dr hab.n.med. Marta Masztalewicz

Klinika Neurologii PUM w Szczecinie

Recenzja rozprawy doktorskiej na stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne lek. Anny Maksymowicz-Śliwińskiej

Tytuł rozprawy: Porównanie doświadczeń opiekunów chorych na stwardnienie boczne zanikowe w Polsce i Niemczech

Promotor: Prof. dr hab.n.med. Magdalena Kuźma-Kozakiewicz

W przedmiotowej rozprawie kandydatka do stopnia doktora nauk medycznych przedstawia dwa powiązane tematycznie artykuły:

- 1) Maksymowicz-Śliwińska A, Lulé D, Nieporęcki K, Ciećwierska K, Ludolph AC, Kuźma-Kozakiewicz M. **The quality of life and depression in primary caregivers of patients with amyotrophic lateral sclerosis is affected by patient-related and culturespecific conditions.** Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener. 2023;24(3- 4):317-326.
i
- 2) Maksymowicz-Śliwińska A, Lulé D, Nieporęcki K, Ciećwierska K, Ludolph AC, Kuźma-Kozakiewicz M. **Attitudes of the caregivers towards prolonging and shortening life in advanced stages of amyotrophic lateral sclerosis.** Folia Neuropathol. 2023 (przyjęta do druku).

Łączny Impact Factor w/w prac to 6,022, z łączną liczbą punktów MNiSW 170.

Są to prace oryginalne. W obu Doktorantka jest pierwszym autorem. Prace powstały w ramach realizacji projektu „Ocena podłoża podejmowania decyzji leczniczych w zaawansowanych stadiach stwardnienia bocznego zanikowego w różnych krajach europejskich (NeedsinALS)” (Nr DZP/2/JPND-II/2014) finansowanego przez NCBiR w latach 2014-2018, w którym Doktorantka brała udział.

Układ rozprawy doktorskiej jest przyjazny dla czytającego.

Na początku przedstawione są publikacje będące podstawą cyklu tematycznego rozprawy oraz wykaz wszystkich publikacji stanowiących dotychczasowy dorobek naukowy Doktorantki, z zasługującym na uwagę łącznym Impact Factor 13,642, punktacją MNiSW 383.

Następnie przedstawiony jest spis treści; po nim, ujęte w spisie: wykaz skrótów użytych w rozprawie, streszczenie w języku polskim i w języku angielskim, w zwięzły sposób przedstawiające założenia, cel, wyniki i wnioski płynące z realizacji przedmiotowych prac.

Dalsza część rozprawy podzielona jest na pięć rozdziałów: 1) wstęp, 2) założenia i cel pracy, 3) kopie publikacji wchodzących w skład cyklu, 4) podsumowanie, 5) wnioski.

Rozprawę kończą w kolejności: wykaz literatury wykorzystanej w omawianiu tematu, kopia pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej co do realizacji prac, określenie indywidualnego wkładu lek. Anny Maksymowicz-Śliwińskiej w powstanie prac stanowiących rozprawę doktorską oraz oświadczenia wszystkich współautorów publikacji określające indywidualny wkład (udział merytoryczny i procentowy) każdego z nich w ich powstanie.

We wstępie, w podrozdziale pierwszym Doktorantka przedstawia istotę Stwardnienia Bocznego Zanikowego (SLA), epidemiologię, symptomatologię choroby, kryteria rozpoznania, dane na temat postępującego przebiegu choroby, powodowanych nią: niepełnosprawnością ruchową, zaburzeń mowy, połykania, zaburzeń oddechowych, zaburzeń poznawczych, behawioralnych.

W podrozdziale drugim wstępu przedstawione są możliwości terapii chorych z SLA. Poza znacznie ograniczonymi możliwościami leczenia przyczynowego, Doktorantka przedstawia zakres leczenia objawowego ukierunkowanego na zmniejszenie spastyczności, ślinotoku, zalegania wydzieliny, zaparc, bólu, a także depresji i bezsenności. Omawia, mające

zastosowanie w zaawansowanym stadium choroby, wydłużające życie metody wspomagające żywienie i oddychanie, tj., przezskórną endoskopową gastrostomię, wentylację nieinwazyjną i wentylację inwazyjną.

W podrozdziale trzecim Doktorantka porusza aspekt podejmowania decyzji przez chorego z SLA odnośnie stosowania metod wydłużających życie. Przedstawia tu prawne aspekty zastosowania w/w metod, decyzji o rezygnacji z tych metod, jak też decyzji o skróceniu życia. Przedstawia różnice w prawnym rozwiązaniu tych kwestii w krajach Unii Europejskiej, ze szczególnym uwzględnieniem różnic pomiędzy krajami sąsiadującymi, takimi jak Polska i Niemcy, których populacje badane były w przedmiotowym cyklu prac.

W podrozdziale czwartym skupia się na roli opiekunów chorych z SLA, w związku ze stopniową zależnością chorych od osób trzecich, wynikającą z narastania u nich objawów ruchowych, utratą możliwości klasycznej komunikacji, problemów w spożywaniu posiłków, potrzebą pomocy opiekunów w obsłudze specjalistycznego sprzętu medycznego do przezskórnej gastrostomii endoskopowej i wentylacji nieinwazyjnej, czy urządzeń komunikacyjnych. Porusza również zaangażowanie opiekuna w zapewnienie choremu wielospecjalistycznej opieki; potrzebę samodzielnego podejmowania decyzji w przypadku wystąpienia u chorego zaburzeń poznawczych; potrzebę udzielania choremu wsparcia psychicznego. Na etapie, gdy chorzy nie są w stanie wyrażać decyzji z racji nasilonych zaburzeń mowy czy podejmować ich z uwagi na dysfunkcje poznawcze, opiekunowie bywają powiernikami woli pacjentów i podejmują decyzje zastępcze, co może stanowić dla nich ogromne źródło stresu i dodatkowe obciążenie psychiczne.

Doktorantka zwraca uwagę na fakt, że poza codziennymi wyzwaniem fizycznej i psychicznej opieki nad pacjentem opiekunowie zmagają się także z problemem uzyskania odpowiedniego wsparcia w ramach systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Zwraca uwagę na różnice pewnych rozwiązań w tym zakresie w Polsce i w Niemczech.

Zaznacza, że dotychczasowe badania wykazały, że dłuższy czas opieki przy niskim poziomie wsparcia społecznego wiąże się z pogorszeniem stanu zdrowia fizycznego i psychicznego opiekunów, wyższą śmiertelnością opiekunów chorych z SLA. W związku z wieloma problemami, z którymi na co dzień muszą się mierzyć, może dojść do obniżenia ich nastroju, a w konsekwencji pogorszenia codziennego funkcjonowania. To z kolei ma wpływ na jakość sprawowania opieki nad chorym i poziom stresu samych podopiecznych.

W uzasadnieniu podejmowanego tematu Doktorantka zwraca uwagę na to, że opiekunowie nieformalni odgrywają kluczową rolę w opiece nad chorymi z SLA ze

szczególnym uwzględnieniem wsparcia w czynnościach dnia codziennego, leczeniu farmakologicznym i nefarmakologicznym (PEG, NIV/IV). Pełnią także istotną rolę w podejmowaniu decyzji końca życia. Opieka wymagająca ich pełnego zaangażowania może negatywnie wpływać na jakość ich życia i nastrój. Jej charakter i zakres w poszczególnych krajach może jednak różnić się w zależności od uwarunkowań społecznych, kulturowych, finansowych i prawnych. W związku z tym Doktorantka podjęła się wraz z innymi współbadaczami oceny dobrostanu opiekunów w korelacji z czynnikami zależnymi od pacjenta i opiekuna w dwóch sąsiadujących krajach europejskich, aby wskazać możliwe, modyfikowalne czynniki mogące zmniejszyć obciążenie opieką. Wobec zaangażowania opiekunów w podejmowanie decyzji końca życia ocenie poddano postawy opiekunów wobec tych decyzji w kontekście poszanowania autonomii pacjentów.

Za cel w podejmowanej rozprawie doktorskiej Doktorantka przyjęła:

- 1) prospektywną ocenę czynników warunkujących dobrostan opiekunów chorych na SLA w sąsiadujących krajach europejskich (Polska i Niemcy) o różnym systemie ochrony zdrowia oraz opieki społecznej, a także ich korelację ze stanem klinicznym pacjentów, czynnikami społeczno-demograficznymi i doświadczeniami osobistymi opiekunów;
- 2) prospektywną ocenę stosunku opiekunów do metod przedłużania i skracania życia w zaawansowanych stadiach SLA w obu badanych krajach.

W pierwszej pracy „*The quality of life and depression in primary caregivers of patients with amyotrophic lateral sclerosis is affected by patient-related and culturespecific conditions*”. oceniono jakość życia oraz obecność depresji u 164 opiekunów pacjentów z SLA w Polsce i Niemczech.

Opiekunowie w obu badanych krajach wykazali pozytywną jakość życia w dwóch testach, ACSA (ang. Anamnestic Comparative Self-Assessment) i QOLLTI-F (ang. Quality of Life in Life-Threatening Illness – Family Carer Version questionnaire). W ACSA oceniono jakość życia opiekuna w kontekście innych, ważnych doświadczeń życiowych i wykazano odwrotną zależność między jakością życia a wiekiem opiekuna i czasem trwania choroby. W teście QOLLTI-F definiującym jakość życia na podstawie ograniczeń różnych stref spowodowanych chorobą, niższą jakość relacjonowali opiekunowie pacjentów z objawami behawioralnymi, w gorszym stanie funkcjonalnym, opiekunowie mający depresję i poświęcający więcej czasu na opiekę funkcjonalną. Ostatnia korelacja wynikała z wyników w grupie polskiej. W ocenie

Doktorantki (w mojej opinii słusznej) może to wynikać z różnic we wsparciu opieki socjalnej i systemu ochrony zdrowia w obu krajach.

Dodatkowo w teście QOLLTI-F wyróżniono domeny, które różniły się w zależności od podłoża kulturowego i/lub wsparcia socjalnego opiekunów. W Polsce najniżej ocenioną domeną jakości życia było obciążenie stanem pacjenta, co ma wskazywać na wysoki poziom współodczuwania i lęku o najbliższych. W Niemczech były to perspektywy opiekunów, którzy kierowali się własną autonomią. Domena ta była z kolei jedną z najwyżej ocenianych przez polskich opiekunów, co w ocenie Doktorantki może być uwarunkowane bardziej tradycyjnym modelem rodziny w Polsce, w którym podstawą jest zapewnienie wsparcia niezależnie od stanu zdrowia czy czynników zewnętrznych.

Dodatkowo w pracy wykazano, że dłuższy czas od postawienia rozpoznania choroby związany był z brakiem prywatności i wydłużeniem czasu spędzanego z chorym (domena środowisko), co silniej odczuwali na sobie opiekunowie niemieccy. W Polsce dłuższy czas od rozpoznania wpływał na domenę aspekty finansowe. Doktorantka w dyskusji tłumaczy to prawdopodobną koniecznością zmniejszenia wymiaru pracy na rzecz opieki nad pacjentem.

Zaburzenia behawioralne korelowały negatywnie z jakością życia opiekunów w domenie relacje w Niemczech oraz ze stanem opiekuna w Polsce, co wg Doktorantki różnicuje sposób postrzegania choroby bliskiej osoby przez otoczenie i potrzeby opiekunów w poszczególnych krajach.

Znaczna część opiekunów wykazywała cechy depresji związane z czasem trwania choroby i stanem funkcjonalnym pacjenta, co może ukazywać braki w społecznych aspektach opieki. Dodatkowo nasilenie depresji korelowało z płcią żeńską, a także z obecnością zaburzeń snu u opiekunów i apatii u pacjentów. Depresja dominowała u opiekunów w grupie polskiej w porównaniu z niemiecką. Stwierdzono też wyraźną korelację między czasem spędzonym na opiece funkcjonalnej a depresją w populacji polskiej.

Wnioskiem płynącym z pracy jest potrzeba zapewnienia odpowiedniego wsparcia społecznego i systemu ochrony zdrowia opiekunom chorych z SLA. W Polsce optymalna byłaby pomoc w zakresie codziennej opieki oraz wsparcia finansowego, natomiast w Niemczech w zapewnieniu osobistej przestrzeni opiekunów.

W drugiej pracy analizowano stosunek opiekunów pacjentów chorujących na SLA oraz domniemane postawy pacjentów z punktu widzenia ich opiekunów względem metod wydłużających oraz skracających życie, w przypadku gdyby dozwolone były przez prawo w Polsce i Niemczech.

Aż 69,5% wszystkich opiekunów deklaroowało pozytywne nastawienie do metod wydłużających życie, w tym 82,5% opiekunów polskich i 57,1% niemieckich. Nastawienie takie korelowało pozytywnie z religijnością opiekunów.

Pozytywne nastawienie do metod wydłużających życie korelowało negatywnie z wiekiem pacjenta, co wg interpretacji Doktorantki wskazuje na akceptację przemijania, a także ogólnie gorsze rokowania osób w podeszłym wieku.

Opiekunowie pacjentów zostali dodatkowo poproszeni o określenie domniemanych decyzji pacjentów dotyczących chęci użycia poszczególnych metod wydłużenia życia (PEG, IV, NIV) w zaawansowanym stadium choroby. Doktorantka ocenia, że odpowiedzi dotyczące poszczególnych metod były istotnie niższe (odpowiednio 38,4%; 29,9%; 54,9%) niż deklarowane wcześniej własne nastawienie opiekunów do zastosowania metod przedłużających życie, ogółem bez podziału na metody. W mojej ocenie nie jest to zbyt trafne porównanie. Inaczej było by w sytuacji, gdyby pytanie o stosunek opiekuna do metod wydłużających życie uwzględniało poszczególne metody. Natomiast zgadzam się z tym, że sam fakt pozytywnego nastawienia opiekunów do metod wydłużających życie nie musi pokrywać się z nastawieniem do poszczególnych interwencji mających określone powikłania i niosących za sobą dodatkowe obciążenie w opiece.

Jedynie 38,7% opiekunów deklaroowało pozytywne nastawienie do metod skracających życie. W całej grupie postawa ta korelowała negatywnie z religijnością opiekunów i postawą, że wiara/duchowość może mieć istotny wpływ na decyzje końca życia. Pozytywne nastawienie do metod skracających życie korelowało również z niższą jakością życia samych opiekunów i dłuższym czasem od rozpoznania choroby, co w ocenie Doktorantki sugeruje, że opiekunowie byli narażeni na negatywne aspekty opieki, a także źle radzili sobie z postępem choroby. Doktorantka zaznacza, że w kontekście opisanej wcześniej w literaturze istotnej adaptacji pacjentów do choroby wraz z czasem jej trwania, wydaje się, że u opiekunów sytuacja wygląda odmiennie. Zgadzam się, że jest to niezwykle istotne w kwestii podejmowania przez nich decyzji zastępczych na podstawie domniemanego nastawienia (nie zawsze prawidłowo odczytywanego) samych pacjentów.

Opiekunowie niemieccy nie tylko istotnie częściej byli pozytywnie nastawieni do metod skracających życie (51,2% vs. 26,2% polskich opiekunów), ale także istotnie częściej poszukiwali informacji na temat aktywnego skracania życia lub eutanazji, co w ocenie Doktorantki może mieć związek z kulturowo ukształtowanym podejściem do decyzji końca życia.

Według opiekunów, pacjenci otrzymywali informacje o metodach wydłużających lub skracających życie najczęściej na własną prośbę. Czas otrzymywania tych informacji nie korelował z nastawieniem do deklarowanego przez opiekunów zastosowania w przyszłości metod wydłużających/skracających życie w żadnej z badanych populacji.

Mimo wnikliwego omówienia wyników drugiej pracy, brakuje mi przedstawienia w rozprawie wynikających z niej wniosków. Aczkolwiek chciała bym zaznaczyć, że nie umniejsza to znacząco całości rozprawy.

Wnioski te są ujęte w oryginale pracy, gdzie Doktorantka wraz z współautorami podaje, że:

- 1) *Wybór leczenia przy końcu życia w stwardnieniu bocznym zanikowym jest wyzwaniem zarówno dla pacjentów, jak i ich opiekunów.*
- 2) *Opiekunowie wykazują generalnie pozytywną postawę do metod wydłużających życie i negatywną w stosunku do skracania życia.*
- 3) *Pozytywna postawa wobec zastosowania w przyszłości metod wydłużających życie była istotnie częściej stwierdzana wśród polskich opiekunów w porównaniu do niemieckich. Polscy opiekunowie istotnie rzadziej niż Niemcy wykazywali pozytywną postawę wobec metod skracających życie.*
- 4) *Obok wpływu religijności w obu krajach, większa akceptacja metod skracających życie wśród opiekunów z obu krajów korelowała z gorszą jakością życia opiekunów i czasem trwania choroby, co może wskazywać na gorsze radzenie sobie z postępem choroby i słabszą adaptacją do sytuacji wśród opiekunów w porównaniu do postawy samych chorych, ocenianej w innej pracy. (W tym wniosku Doktorantka odnosi się do wyników pracy, której współautorem była Promotor przedmiotowej rozprawy doktorskiej – Pani Prof. dr hab.n.med Magdalena Kuźma-Kozakiewicz. Istotne jest, że wyniki odnoszą się do doświadczeń własnych Ośrodka, do którego przynależy Doktorantka) .*
- 5) *W świetle wcześniej zgłoszonych rozbieżności między domniemanymi opiniami opiekunów a samymi pacjentami z SLA, stwierdzone w pracy bliskie podobieństwo odpowiedzi opiekunów do prawdopodobnych postaw pacjentów zgłaszanych przez opiekunów może wskazywać, że wielu opiekunów mogło faktycznie wyrazić własne (ukształtowane kulturowo) postawy wobec metod końca życia, a nie odpowiednią decyzję zastępczą. Stąd należy położyć większy nacisk na dokładne omówienie przyszłych opcji leczenia pacjentów z ALS w obecności ich opiekunów. Ta postawa może wspierać przyszłą decyzję zastępczą zgodną z autentyczną wolą pacjenta*

Swoją rozprawę Doktorantka kończy następującymi wnioskami:

Pomimo różnic w systemie świadczenia opieki zdrowotnej i społecznej, a także istotnie różnego poziomu satysfakcji z rozwiązań systemowych:

1. Uzyskano porównywalne, pozytywne wyniki jakości życia polskich i niemieckich opiekunów pacjentów z SLA. Obecność depresji przeważała w grupie polskiej, wykazując podłoże populacyjno-kulturowe. W obu badanych populacjach depresja korelowała z czasem trwania choroby, apatią (ECAS-B) i stanem funkcjonalnym pacjentów, co pośrednio może wskazywać na większe obciążenie opieką. Nasilenie zaburzeń nastroju korelowało także z płcią żeńską i obecnością zaburzeń snu opiekunów. Zarówno jakość życia (w obu populacjach), jak i nastrój (w populacji polskiej) były istotnie niższe u opiekunów bardziej obciążonych opieką funkcjonalną. Pozostałymi czynnikami negatywnie wpływającymi na jakość życia były: stan funkcjonalny i zaburzenia behawioralne pacjentów, zaburzenia depresyjne i snu opiekunów oraz czas trwania choroby. Zaobserwowano różnice pomiędzy domenami warunkującymi jakość życia w populacji polskiej i niemieckiej.

2. W przeważającej grupie opiekunów pacjentów z SLA wykazano pozytywne nastawienie do metod przedłużających życie oraz negatywne nastawienie do metod skracających życie. Stwierdzono przy tym obecność istotnych różnic międzypopulacyjnych w nastawieniu opiekunów do stosowania metod wydłużających i skracających życie w zaawansowanym stadium choroby. W obu krajach pozytywne nastawienie do metod wydłużających życie korelowało z religijnością opiekuna i negatywnie z wiekiem pacjenta, a do metod skracających życie - z dłuższym czasem od rozpoznania i niższą jakością życia opiekunów, co świadczy o niewydolnych mechanizmach adaptacyjnych opiekunów do przedłużającego świadczenia opieki. Wyniki autorskich badań świadczą o potrzebie zapewnienia wsparcia rodzinom pacjentów z SLA w zależności od kraju życia (w Polsce m.in. na odciążeniu finansowym, a w Niemczech na zapewnieniu osobistej przestrzeni i czasu dla opiekunów), co może przełożyć się na poprawę opieki nad chorymi. Dodatkowo badania zwracają uwagę na wpływ czynników obciążających opiekunów podczas wydawania decyzji zastępczych. Okresowe omawianie decyzji końca życia z pacjentem w obecności opiekunów ma szansę zwiększyć prawdopodobieństwo, że przyszłe decyzje zastępcze będą podjęte w zgodzie z rzeczywistą wolą pacjenta.

Wnioski odpowiadają na postawione cele. Obowiązkiem moim, jako recenzenta jest zwrócenie uwagi, że w ostatnim zdaniu wniosku pierwszego brakuje rozwinięcia myśli o to jakiego rodzaju są to różnice i co z tego wynika. Odpowiedzią na to jest zdanie zawarte we wniosku drugim, gdzie Doktorantka pisze, że *„Wyniki autorskich badań świadczą o potrzebie zapewnienia wsparcia rodzinom pacjentów z SLA w zależności od kraju życia (w Polsce m.in. na odciążeniu finansowym, a w Niemczech na zapewnieniu osobistej przestrzeni i czasu dla opiekunów), co może przelożyć się na poprawę opieki nad chorymi.”*

Zdanie to w o opinii recenzenta nie pasuje do odpowiedzi na zadany cel drugi. Być może umieszczenie go w tym miejscu jest błędem redakcyjnym.

Ocena ogólnej wiedzy teoretycznej osoby ubiegającej się o nadanie stopnia doktora w określonej dyscyplinie oraz umiejętności samodzielnego prowadzenia pracy naukowej przez osobę ubiegającą się o nadanie stopnia doktora

Wprowadzenie do tematu, omówienie wyników prac stanowiących podstawę do ubiegania się o stopień doktora nauk medycznych jest podparte szeroko danymi z piśmiennictwa. Oceniając sposób ich przedstawienia, dobór piśmiennictwa, należy stwierdzić, że **Doktorantka ma szeroką i aktualną wiedzę w temacie stwardnienia bocznego zanikowego, jak też aspektów opieki nad chorymi z SLA. W ocenie recenzenta wykazała się kompetencją w zakresie podejmowanego tematu.**

W oparciu o opis udziału Doktorantki w powstawaniu przedmiotowych prac z oświadczeniami współautorów należy stwierdzić, że miała ona znaczący, przeważający udział w ich powstaniu. Była istotnie zaangażowana w gromadzeniu materiału badawczego, w samodzielnym gromadzeniu materiału. Odpowiada częściowo za analizę statystyczną zgromadzonego materiału. Przygotowała pierwotną wersję manuskryptów obu publikacji, z aktywną pracą nad przygotowaniem ostatecznej ich wersji. **Wszystko to przemawia za pozyskaną przez Doktorantkę umiejętnością samodzielnego prowadzenia pracy naukowej.**

Ocena oryginalności rozwiązania problemu naukowego

Temat opieki nad chorym z SLA był już podejmowany w literaturze wcześniej, aczkolwiek zmieniające się warunki socjoekonomiczne, warunki opieki medycznej, sprawiają, że to co było wiadomo prawie 20 lat temu nie może być brane pod uwagę w czasie obecnym.

Analiza tematu w kontekście uwarunkowań społecznych, kulturowych, finansowych i prawnych jest niezwykle ważna dla opracowania wymiernego, przydatnego wsparcia opiekunom chorych przewlekle, gdzie choroba jest nie tylko problemem samego chorego, ale staje się obciążeniem dla osób bliskich choremu, niezależnie od ich gotowości do pełnienia opieki.

Na podstawie analizy dostępnej literatury, mogę stwierdzić, że prace będące przedmiotem ocenianej przeze mnie rozprawy doktorskiej lek. med. Anny Maksymowicz-Śliwińskiej **cechują się oryginalnością i mogą stanowić inspiracje** do poszukiwania rozwiązań w naszym Kraju w jak najlepszym wspieraniu opieki nad chorym z SLA. Życzę tego chorym i ich opiekunom.

Ocena spełnienia wymogu odnośnie charakteru rozprawy doktorskiej

Przedmiotem rozprawy doktorskiej lek. med. Anny Maksymowicz-Śliwińskiej są dwa powiązane tematycznie artykuły naukowe, powstałe w ramach realizacji projektu „Ocena podłoża podejmowania decyzji leczniczych w zaawansowanych stadiach stwardnienia bocznego zanikowego w różnych krajach europejskich (NeedsinALS)” (Nr DZP/2/JPND-II/2014) finansowanego przez NCBiR w latach 2014-2018, w którym Doktorantka brała czynny udział.

Prace, chociaż dwie, dostarczają szerokiej wiedzy na temat doświadczeń opiekunów chorych z SLA. O wartości tych prac świadczy również ich publikacja w czasopiśmie o zasługującym na uznanie wskaźniku wpływu.

Stwierdzam, że tym samym **spełniony jest warunek dotyczący charakteru rozprawy doktorskiej.**

Podsumowując

Rozprawa doktorska lek. med. Anny Maksymowicz-Śliwińskiej pt.: *Porównanie doświadczeń opiekunów chorych na stwardnienie boczne zanikowe w Polsce i Niemczech* spełnia warunki określone w art. 13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. nr 65, poz. 595 z późn. zm.) w związku z art. 179 ust. 1 ustawy z dnia 3 lipca 2018r. Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018r. poz. 1669 z późn. zm.)”.

W związku z powyższym przedkładam Wysokiej Radzie Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wniosek o dopuszczenie lek. med. Anny Maksymowicz-Śliwińską do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

1962516 dr hab. n. med. Marta Maszalewicz
Marta Maszalewicz
specjalista neurolog, neuropatolog

