



Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej
im. Mirosława Mossakowskiego
Polskiej Akademii Nauk

Platforma Badań Translacyjnych w zakresie medycyny regeneracyjnej
dr hab. Anna Sarnowska, prof. IMDiK, Kierownik

tel.: 48 22 608 65 98
e-mail: asarnowska@imdik.pan.pl

Akceptuję

Warszawa, 22.08.2023

**Recenzja rozprawy doktorskiej
lek. Katarzyny Ciećwierskiej**

**„Determinanty dobrostanu pacjentów ze stwardnieniem bocznym zanikowym
w wybranych krajach europejskich”**

Przedstawiona do oceny rozprawa doktorska lek. Katarzyny Ciećwierskiej została wykonana pod kierunkiem Profesor dr. hab. n. med. Magdaleny Kuźmy-Kozakiewicz w Klinice Neurologii Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Rozprawa jest spójnym zbiorem tematycznym dwóch artykułów opublikowanych w recenzowanych czasopismach naukowych, znajdujących się na liście JRC i wysoko punktowanych w strukturze oceny Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Doktorantka jest pierwszym autorem obu prac: „Quality of life and depression in patients with amyotrophic lateral sclerosis - does the country of origin matter?” opublikowanej w czasopiśmie BMC Palliat Care. 2023 Jun 13;22(1):72 i „Religiosity in patients with amyotrophic lateral sclerosis, a cross-country comparison” opublikowanej w czasopiśmie Qual Life Res. 2023 Aug;32(8):2235-2246. Z oświadczeń współautorów dołączonych do dokumentacji wynika, że Jej wkład w powstanie każdej z prac był znaczący i stanowił po 35%.

Badania doktorantki były prowadzone w ramach projektu „Ocena podłoża podejmowania decyzji leczniczych w zaawansowanych stadiach stwardnienia bocznego zanikowego w różnych krajach europejskich; Needs in ALS” (Nr DZP/2/JPND-II/2014) finansowanego przez NCBiR w latach 2014-2018.

Rozprawa posiada formę zszywki, w której dwie wymienione publikacje poprzedzone są opisem w języku polskim.



Poniższa recenzja zawiera ocenę wartości merytorycznej całości pracy doktorskiej oraz zgodności założeń i tematu z osiągnięciami końcowymi, doboru literatury, metod badawczych, wyników pomiarów oraz ich analizy, a nie stanowi oceny merytorycznej poszczególnych publikacji.

Temat poruszony w obu pracach jest obecnie coraz częściej poruszonym problemem w kontekście pacjentów z rozpoznaną chorobą nieuleczalną, w której rolę personelu medycznego jest nie tyle doprowadzenie do wyleczenia, ale towarzyszenie pacjentowi w jego ostatnim okresie życia. U chorych na SLA oraz ich rodziny, często obserwujemy powolną adaptację psychologiczną do postępującej niepełnosprawności ruchowej. Rozpoznanie czynników determinujących dobrostan u tych pacjentów jest niezbędne przy projektowaniu interwencji klinicznych, w celu lepszego ich dostosowania do postępu choroby i spowalniania jej skutków np. poprzez prawidłowe odżywianie czy odpowiednią wentylację.

Recenzowana praca zawiera 28 stron maszynopisu, w tym 114 pozycji piśmiennictwa, nie licząc integralnej części rozprawy, którą stanowią dwie opublikowane, współautorskie artykuły Doktorantki. Praca zawiera: 1) Stronę tytułową; 2) Wykaz publikacji będących podstawą cyklu tematycznego pracy doktorskiej; 3) Wykaz publikacji w dotychczasowym dorobku naukowym lek. Katarzyny Ciećwierskiej; 4) Spis treści; 5) Wykaz skrótów stosowanych w pracy; 6) Wstęp; 7) Założenia i cel pracy; 8) Kopie opublikowanych prac; 9) Podsumowanie; 10) Wnioski oraz 11) Literaturę.

Rozprawę poprzedzają streszczenia w języku polskim i angielskim, oraz uzupełniają załączniki zawierające dokumentację niezbędną do badań z udziałem pacjentów i oświadczenie wszystkich współautorów publikacji określające indywidualny udział (merytoryczny i procentowy) każdego z nich w powstaniu publikacji. Jako ostatnią pozycję, doktorantka opisała bardzo szczegółowo swój wkład w powstanie prac stanowiących rozprawę doktorską.

Streszczenia zamieszczone w języku polskim i angielskim przedstawione są w sposób zwięzły, ale bardzo komunikatywny i umożliwiają szybkie zapoznanie się z problematyką i wynikami pracy.

Struktura podziału treści pracy, jak również kolejność rozdziałów nie budzi wątpliwości. Tekst jest napisany poprawną polszczyzną i starannie edytowany, choć doktorantka nie uchroniła się od kilku błędów interpunkcyjnych i skrótów myślowych.

Autorka nadała chronologiczną numerację stron w dołączonych publikacjach (oprócz oryginalnej numeracji wydawniczej), co znacznie ułatwiło odszukiwanie opisywanych zagadnień. Wstęp zawiera ogólną wiedzę dotyczącą genetyki i przebiegu opisywanej choroby. Na tym tle doktorantka przedstawia przesłanki do prowadzenia swoich badań. Możemy w nim odnaleźć 8 podrozdziałów dotyczących 1) Stwardnienia bocznego zanikowego, 2) Postaci klinicznych/fenotypów SLA, 3) Epidemiologii i czynników ryzyka choroby 4) Rokowania i leczenia, 5) Dobrostanu, 6) Jakości życia pacjentów z SLA, 7) Depresji wśród w/w pacjentów oraz 5) Religijności pacjentów z SLA. W tej części pracy zwraca uwagę szerokie podejście Doktorantki do materiału opisanego w licznie cytowanych pozycjach piśmiennictwa, świadczące o znajomości prezentowanych zagadnień.

Cel pracy doktorskiej został sformułowany jasno i dotyczył dwóch wyodrębnionych, choć komplementarnych kwestii: oceny wybranych determinant dobrostanu pacjentów z SLA w trzech krajach europejskich (Polska, Niemcy i Szwecja) i ich korelacji z czynnikami społeczno-demograficznymi, klinicznymi i psychologicznymi oraz analizy religijności u chorych z SLA w zależności od kraju pochodzenia (Polska, Niemcy), czynników demograficznych, klinicznych i psychologicznych w ocenie długoterminowej.

Zarówno cel jak i zakres badań, w powiązaniu z wynikami innych autorów, zostały w rozprawie określone jednoznacznie.

Załączone dwie publikacje stanowią odpowiedź na postawione przez doktorantkę założenia i cele.

W pierwszej pracy doktorantka skupiła się na jakości życia i ocenie nastroju w dość dużej, jak na tę rzadką jednostkę chorobową, grupie pacjentów (314 chorych). Dość ciekawym był pomysł porównania chorych z różnych kulturowo, społecznie i ekonomicznie krajów, t.j. Polska, Niemcy i Szwecja. We wszystkich badanych krajach stwierdzono niższą globalną i subiektywną jakość życia u pacjentów z SLA w porównaniu



Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej
im. Mirosława Mossakowskiego
Polskiej Akademii Nauk

Platforma Badań Translacyjnych w zakresie medycyny regeneracyjnej
dr hab. Anna Sarnowska, prof. IMDiK, Kierownik

tel.: 48 22 608 65 98
e-mail: asarnowska@imdik.pan.pl

z grupami kontrolnymi. Obserwowano także istotne różnice międzypopulacyjne, z najwyższą jakością życia oraz najmniejszą ilością pacjentów zgłaszających objawy depresji w populacji szwedzkiej w porównaniu z pozostałymi dwiema grupami. Jednocześnie w grupie niemieckich i szwedzkich pacjentów z SLA stwierdzono istotnie wyższy poziom depresji w porównaniu z osobami zdrowymi. Zupełnie inny wynik uzyskano w populacji polskiej, gdzie nie obserwowano różnic w poziomie depresji pomiędzy pacjentami, a osobami zdrowymi, a nasilenie bólu było nawet wyższe w polskiej grupie kontrolnej. Wyniki te doktorantka wiąże m.in. z tzw. „polską kulturą narzekania”. W badaniach doktorantka zauważyła również ujemną korelację pomiędzy czasem trwania choroby, a rozwojem depresji we wszystkich badanych populacjach pacjentów. Uzyskane wyniki wskazują na konieczność uwzględniania podłoża kulturowego w celu obiektywizacji danych dotyczących nastroju i jakości życia.

W drugiej pracy doktorantka przeanalizowała religijność oraz jej wpływu na jakość życia i nastrój u pacjentów z SLA i osób zdrowych. Analizą zostali objęci pacjenci i osoby zdrowe w dwóch krajach: Polska i Niemcy, w których poziom religijności ogólnej jest znacząco różny. Badania nie wykazały, aby pacjenci z SLA byli bardziej religijni niż osoby z grup kontrolnych. Jedynie w grupie pacjentów niemieckich stwierdzono istotnie wyższy poziom religijności prywatnej w porównaniu do grupy kontrolnej. Wykazano istotnie wyższe wskaźniki religijności publicznej, prywatnej i ogólnej w grupie polskiej w porównaniu z grupą niemiecką. Nie stwierdzono zależności pomiędzy dysfunkcją ruchową (ALSFRS-R), a religijnością publiczną w żadnej z grup pacjentów. Wykazano natomiast ujemną korelację między prywatną religijnością, a dysfunkcją ruchową wśród chorych niemieckich. Nie stwierdzono również wzrostu religijności wraz z postępem choroby. Wśród polskich i niemieckich osób chorych i zdrowych, nie stwierdzono korelacji religijności, z depresją ani z jakością życia.

Opis metodologii i przedstawione wyniki są odpowiednio dokładne i umożliwiają innym badaczom powtórzenie badania w celu weryfikacji wyników na innym materiale. Zastosowane testy, sposób opisu wyników oraz dalsza ich interpretacja wskazują, że doktorantka swobodnie i z dużą wiedzą porusza się w prezentowanej dziedzinie.

W rozdziale **Podsumowanie** omówiono i uzasadniono opublikowane wyniki. Interpretując wyniki, Doktorantka wykazała się dużą znajomością literatury w omawianej dziedzinie, choć należy podkreślić, że tematyka obu prac jest niszowa, a ośrodek, w którym Doktorantka wykonywała pracę jest jednym z wiodących w tej dziedzinie.

Cytowane **piśmiennictwo** zawiera wybrane dane dotyczące przedmiotu badań, w tym również najnowsze pozycje.

Przedstawione punkty w rozdziale **Wnioski** zawierają adekwatne odpowiedź na postawione wcześniej w pracy cele. Na podstawie przeprowadzonych badań doktorantka następujące wnioski, stanowiące logiczne podsumowanie uzyskanych wyników.

- Chorzy z SLA relacjonują istotnie niższą jakość życia oraz wyższą depresję (poza populacją polską) w porównaniu do osób zdrowych. Poziom depresji wśród pacjentów różni się istotnie w zależności od badanej populacji, z największym nasileniem w populacji polskiej. Czas trwania choroby jest jedynym uniwersalnym czynnikiem klinicznym korelującym z powyższymi determinantami dobrostanu: depresją oraz jakością życia u mężczyzn, co wskazuje na wysokie zdolności adaptacyjne chorych. Negatywną korelację niesprawności z jakością życia i depresją wykazano jedynie u pacjentów niemieckich, co może wskazywać na tło kulturowe zjawiska.
- Ogólna religijność pacjentów z SLA zależy przede wszystkim od kraju pochodzenia. Nie koreluje ona z parametrami klinicznymi (poza depresją w zespole zamknięcia) ani nie ulega zmianie wraz z czasem trwania choroby, pomimo narastania niesprawności i depresji. Wyższy poziom prywatnej religijności i jej korelację z niesprawnością ruchową zaobserwowano w grupie niemieckiej, co wskazuje na możliwą rolę duchowości w przeżywaniu utraty zdrowia fizycznego w tej populacji. Wyniki badań dobitnie świadczą o potrzebie zapewnienia wsparcia opiekunom pacjentów z SLA, które różni się w zależności od populacji (warunków społeczno-ekonomicznych, wsparcia bliskich, organizacji pomocy).

Tematyka badawcza rozprawy doktorskiej lek. Katarzyny Cieciewskiej jest oryginalna, zagadnienie ważne poznawczo, treść pracy odpowiada tematowi określone

w tytule, wnioski odpowiadają na postawione na początku pracy cele. Na uznanie zasługuje rzetelna dyskusja otrzymanych wyników w oparciu o aktualne i należycie wykorzystane źródła literaturowe.

Czytając zarówno wstęp jak i podsumowanie, nasuwają się jednak następujące uwagi:

- kilkakrotnie doktorantka wymienia jako determinantę dobrostanu - depresję. Jako, że termin dobrostanu wywodzi się z psychologii pozytywnej, w tym miejscu użyłabym raczej terminu samopoczucie lub stopień zadowolenia.
- nie znalazłam również definicji/opisów pozwalających na lepsze zrozumienie często używanych w pracy pojęć t.j. religijność ogólna, publiczna i prywatna. Zwłaszcza warto jest podkreślić różnice pomiędzy religijnością ogólną, a publiczną
- doktorantka miejscami zastosowała również bezpośrednie tłumaczenie z języka angielskiego. W przypadku korelacji, w języku angielskim określanej jako *positive or negative correlation*, w języku polskim podział ten został ustalony jako korelacja dodatnia lub ujemna. Zwłaszcza określając korelację pomiędzy depresją, a religijnością, łatwiej jest zrozumieć termin korelacja dodatnia, niż pozytywna.
- w podsumowaniu, doktorantka opisując ujemną korelację pomiędzy religijnością prywatną, a dysfunkcją ruchową wśród chorych niemieckich, tłumaczy to zjawisko możliwą zwiększoną rolą sprawności ruchowej w społeczeństwie niemieckim – czy można prosić o rozwinięcie tej myśli?
- w drugim wniosku dotyczącym religijności, doktorantka wskazuje na jej korelację z niepełnosprawnością ruchową, ale nie określa, czy jest to korelacja dodatnia czy ujemna

Przedstawione powyżej nieliczne, drobne uwagi nie umniejszają wartości pracy doktorskiej. Przedstawiona praca nie budzi żadnych wątpliwości co do oryginalności.

Podsumowując, stwierdzam, że przedłożona rozprawa doktorska 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 2018 r. Przepisy wprowadzające ustawę



Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej
im. Mirosława Mossakowskiego
Polskiej Akademii Nauk

Platforma Badań Translacyjnych w zakresie medycyny regeneracyjnej
dr hab. Anna Sarnowska, prof. IMDiK, Kierownik

tel.: 48 22 608 65 98
e-mail: asarnowska@imdik.pan.pl

— Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1669 z późn.zm.) i wnoszę o dopuszczenie lek. Katarzyny Ciećwierskiej do dalszych etapów obrony pracy doktorskiej przed Wysoką Radą Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Ze względu na dużą aplikacyjność uzyskanych wniosków, wartość merytoryczną zweryfikowaną ich opublikowaniem w recenzowanych czasopismach naukowych, znajdujących się na liście JRC i wysoko punktowanych w strukturze oceny Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz biorąc pod uwagę dotychczasowy dorobek naukowy Doktorantki (12 publikacji o łącznym współczynniku oddziaływania $IF= 39, 874$ pkt. MEiN) wnoszę o wyróżnienie przedstawionej mi do recenzji rozprawy.

Dr hab. n. med. Anna Sarnowska, Prof. IMDiK

Platforma Badań Translacyjnych
w zakresie Medycyny Regeneracyjnej
KIEROWNIK


dr hab. n. med. Anna Sarnowska, prof. IMDiK

INSTYTUT MEDYCYNY
DOŚWIADCZALNEJ I KLINICZNEJ
im. Mirosława Mossakowskiego
POLSKIEJ AKADEMII NAUK
Platforma Badań Translacyjnych
w zakresie Medycyny Regeneracyjnej
02 106 Warszawa, A. Pawińskiego 5

