

dr hab. inż. Barbara Boreczak, prof. URK
Katedra Żywienia Człowieka i Dietetyki
Wydział Technologii Żywności
Uniwersytet Rolniczy w Krakowie

**Recenzja rozprawy doktorskiej
mgr Elwiry Gliwskiej**

pt. „Ocena jakości życia oraz stanu odżywienia pacjentów onkologicznych objętych procedurą leczenia żywieniowego”,

wykonanej w Katedrze Badań Rynku Żywności i Konsumpcji, Instytutu Nauk o Żywieniu Człowieka, Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

Promotor rozprawy doktorskiej Pani **prof. dr hab. Dominika Guzek**

Podstawa formalno-prawna:

- *Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2024 r. poz. 1571 z późn. zm.)*,
- *pismo Przewodniczącej Rady Dyscypliny Technologia Żywności i Żywienia SGGW w Warszawie, Pani prof. dr hab. Ewy Jakubczyk, z dnia 28. 04. 2025 r., o powołaniu na recenzenta ww. rozprawy doktorskiej.*

O c e n a f o r m a l n a

Przedłożona do recenzji rozprawa doktorska stanowi spójny tematycznie cykl następujących, czterech zrecenzowanych artykułów naukowych:

1. **Gliwska, E.; Guzek, D.; Przekop, Z.; Sobocki, J.; Głąbska, D.** Quality of Life of Cancer Patients Receiving Enteral Nutrition: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Nutrients* 2021, 13, 4551. <https://doi.org/10.3390/nu13124551>;
2. **Gliwska, E.; Głąbska, D.; Zaczek, Z.; Sobocki, J.; Guzek, D.** Influence of Enteral Nutrition on Quality of Life in Head and Neck Cancer and Upper Gastrointestinal Tract Cancer Patients within a Pair-Matched Sample. *Nutrients* 2023, 15, 4698. <https://doi.org/10.3390/nu15214698>;
3. **Gliwska, E.; Głąbska, D.; Zaczek, Z.; Sobocki, J.; Guzek, D.** Multifactorial Analysis of Influences on Quality of Life in Cancer Patients. *Nutrients* 2024, 16, 3207. <https://doi.org/10.3390/nu16183207>;
4. **Gliwska, E.; Głąbska, D.; Zaczek, Z.; Sobocki, J.; Guzek, D.** Nutritional Status and Information Provided to Polish Cancer Patients Assessed Using the EORTC QLQ-INFO25 Questionnaire. *Journal of Clinical Medicine* 2025, 14, 697. <https://doi.org/10.3390/jcm14030697>.

Wszystkie wymienione powyżej prace zostały opublikowane w czasopiśmie zamieszczonych na liście Journal Citation Reports (JCR) o wartościach współczynników wpływu Impact Factor (IF), wynoszących odpowiednio 6,706; 4,8; 4,8; 3,0, łącznie 19,306.

Punktacja, zgodnie z wykazem czasopism naukowych MEiN, wynosi każdorazowo 140, co daje łącznie 560.

W pierwszej z wymienionych publikacji udział Doktorantki polegał na uczestnictwie w opracowaniu koncepcji badania oraz współtworzeniu metodologii badania, w tym udziale w analizie baz danych oraz publikacji naukowych, pozyskiwaniu danych z publikacji uwzględnionych w przeglądzie systematycznym, współtworzeniu oryginalnej wersji manuskryptu oraz udziale w przeglądzie i redagowaniu końcowej jego wersji. W kolejnych pracach udział Doktorantki został znacznie poszerzony, polegał bowiem na opracowaniu koncepcji badania, przeprowadzeniu badań, w tym zarządzaniu i analizie danych oraz pozyskaniu danych do badań z Narodowego Instytutu Onkologii oraz Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego w Warszawie. Ponadto jej rola polegała także m.in. na: zarządzaniu projektem, opracowywaniu metodologii, wizualizacji wyników, przygotowaniu wersji roboczej manuskryptu, udziale w przeglądzie i redagowaniu końcowej wersji. Na podkreślenie zasługuje fakt, iż każdorazowo Doktorantka była pierwszym autorem opublikowanych prac i w trzech z nich (publikacje nr 2-4) pełniła także rolę autora korespondencyjnego.

Dysertacja przedstawiona do recenzji obejmuje załączniki, czyli kopie opublikowanych prac wraz z stosownymi oświadczeniami o udziale autorów w ich przygotowaniu oraz tekst w wymiarze 121 stron, stanowiący przejrzysty i spójny opis załączonych publikacji. Zawiera on streszczenie w języku polskim i angielskim, wykaz skrótów, wymieniony powyżej wykaz publikacji, uzasadnienie wyboru problemu badawczego, cel, zakres pracy i hipotezy badawcze, materiały i metodykę badania, metody badawcze, w tym omówienie wyników, stwierdzenia i wnioski, podsumowanie oraz spis piśmiennictwa (106 pozycje).

Przeprowadzone badania z udziałem respondentów zostały zatwierdzone przez Komisję Bioetyczną Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, z dnia 14 lipca 2021 r. (Uchwała nr 66/2021).

O c e n a m e r y t o r y c z n a

Choroby nowotworowe, zaliczane do przewlekłych i niezakaźnych schorzeń, należą do głównych przyczyn zgonów na świecie. Według prognoz Światowej Organizacji Zdrowia, liczba nowych przypadków nowotworów, zarówno globalnie, jak i w Polsce, będzie systematycznie rosła, co stanowi poważne wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia. Zaawansowana choroba nowotworowa często prowadzi do szeregu negatywnych zmian w organizmie, z których szczególnie istotnym problemem jest niedożywienie. Jest to stan patologiczny, obejmujący cały organizm, który wpływa niekorzystnie na skład ciała, sprawność fizyczną i psychiczną, skuteczność leczenia, odporność, funkcje poznawcze oraz jakość życia. Niedożywienie występuje u 60–80% pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową, a aż 90% osób w terminalnym stadium choroby umiera z objawami wyniszczenia. Zgodnie z kryteriami Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (ESPEN), niedożywienie diagnozuje się na podstawie wskaźnika BMI, niezamierzonej utraty masy ciała oraz wartości beztłuszczowej masy ciała (FFMI). Właściwe leczenie żywieniowe, dostosowane indywidualnie do potrzeb i preferencji pacjenta, odgrywa kluczową rolę w profilaktyce i terapii niedożywienia. Choć preferowaną drogą podaży pokarmu pozostaje droga doustna, w wielu przypadkach konieczne jest wdrożenie żywienia dojelitowego lub pozajelitowego. Mimo że żywienie dojelitowe lub pozajelitowe może być niezbędne, nie jest ono pozbawione wad. Wśród trudności wymienia się m.in. dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego (wzdęcia, nudności, bóle brzucha), ograniczenia w aktywności codziennej oraz negatywne skutki

psychospołeczne – stres, frustrację, izolację społeczną czy problemy zawodowe. Obniżona jakość życia pacjentów onkologicznych przekłada się również na szersze konsekwencje społeczno-ekonomiczne, co wymaga ciągłego monitorowania i wdrażania działań naprawczych z korzyścią dla chorych, ich rodzin, opiekunów oraz całego społeczeństwa.

Niniejsza dysertacja obejmuje analizę jakości życia pacjentów onkologicznych w wymiarze fizycznym, społecznym, poznawczym i emocjonalnym, z wykorzystaniem standaryzowanych kwestionariuszy. Równolegle oceniano stan ich odżywienia oraz sposób żywienia na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej. Na tle niewielkiej liczby badań dotyczących jakości życia w jednorodnych grupach pacjentów onkologicznych, szczególnie z wykorzystaniem standaryzowanych metod i danych porównawczych z populacji polskiej i międzynarodowej, niniejsze badanie stanowi cenny wkład w rozwój wiedzy. Dodatkowo poruszona została problematyka poziomu satysfakcji pacjentów z informacji uzyskiwanych na temat choroby przed i w trakcie leczenia, co może wpłynąć na przyszłościową poprawę jakości opieki zdrowotnej oraz oczekiwanych efektów terapeutycznych.

Celem głównym pracy była ocena jakości życia oraz stanu odżywienia pacjentów onkologicznych objętych procedurą leczenia żywieniowego. W związku z tym sformułowano jedną hipotezę główną, cyt.: „Stan odżywienia i sposób przyjmowania pokarmów mają istotny wpływ na jakość życia pacjentów onkologicznych” oraz imponującą liczbę dziesięciu hipotez szczegółowych, cyt:

- „- stan odżywienia pacjentów onkologicznych jest pozytywnie skorelowany z jakością ich życia,
- pacjenci otrzymujący żywienie dojelitowe mają niższą jakość życia w porównaniu do pacjentów odżywiających się doustnie,
- pacjenci onkologiczni z nowotworami głowy i szyi oraz górnego odcinka przewodu pokarmowego charakteryzują się niższą jakością życia w porównaniu z populacją ogólną oraz pacjentami z innymi grupami nowotworów,
- utrata apetytu i związane z nią ograniczenie spożycia pokarmu jest jednym z kluczowych czynników wpływających na obniżenie jakości życia pacjentów onkologicznych,
- aspekty jakości życia, takie jak komfort fizyczny i samopoczucie emocjonalne oraz wsparcie społeczne, są istotnie obniżone u pacjentów z onkologicznych,
- pacjenci onkologiczni, którzy uzyskują wyższe wyniki w skalach objawowych, dotyczących zmęczenia, bólu oraz nudności i wymiotów, charakteryzują się niższą jakością życia,
- skale funkcjonalne, tj. funkcjonowanie fizyczne i społeczne, są istotnymi predyktorami ogólnej oceny stanu zdrowia pacjentów onkologicznych,
- czynniki socjodemograficzne, takie jak płeć oraz wiek mają wpływ na jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową,
- poziom zadowolenia pacjentów onkologicznych z informacji otrzymywanych od personelu medycznego na temat stanu zdrowia, leczenia oraz samodzielnej opieki zależy od rodzaju stosowanej procedury leczenia żywieniowego, płci i wieku pacjentów,
- komunikacja z pacjentem oraz dostęp do informacji o żywieniu i opiece medycznej dostosowane do potrzeb pacjenta ma kluczowe znaczenie dla osiągnięcia wyżej satysfakcji pacjentów onkologicznych i ich percepcji jakości życia”.

Wymienione hipotezy weryfikowano poprzez odpowiednio dobrane metody badawcze, dobrze zaplanowane i konsekwentnie realizowane badania, obejmujące cztery wymienione w dysertacji etapy oraz wyczerpującą interpretację wyników.

Etap I dysertacji opisano w publikacji nr 1, kolejno etap II w publikacji nr 2 oraz etap III w publikacji nr 3 i etap IV w publikacji nr 4.

O szerokim zasięgu przeprowadzonych badań, skutkujących uzyskaniem bardzo licznych wyników, świadczą zastosowane, wyszczególnione poniżej metody.

W celu realizacji założeń badawczych oraz weryfikacji postawionych hipotez, Doktorantka przeprowadziła kompleksowe badania z wykorzystaniem odpowiednio dobranych i rzetelnych narzędzi. Do oceny jakości życia pacjentów onkologicznych posłużono się zwalidowanym kwestionariuszem EORTC QLQ-C30, który mierzy jakość życia w trzech podstawowych wymiarach: fizycznym, psychicznym i społecznym. Międzynarodowy charakter tego narzędzia umożliwił porównanie uzyskanych wyników z danymi z innych krajów europejskich, pozwalając tym samym na analizę szerszych trendów. Uzupełniające informacje dotyczące choroby nowotworowej, jej przebiegu, zastosowanego leczenia, a także dane antropometryczne pacjentów (masa ciała, wzrost) zostały pozyskane z dokumentacji medycznej. Dodatkowo Doktorantka wykorzystała kwestionariusz EORTC QLQ-INFO25, zawierający 25 pytań ocenianych w czterostopniowej skali Likerta, który pozwala na ocenę ilości i jakości informacji przekazywanych pacjentowi przez personel medyczny — dotyczących m.in. diagnozy, leczenia, możliwych skutków ubocznych oraz sposobów radzenia sobie z chorobą. W ramach badań oceniono również stan odżywienia pacjentów, wykorzystując rekomendowaną przez Ministerstwo Zdrowia - skalę Subiektywnej Oceny Stanu Odżywienia (SGA – Subjective Global Assessment). Narzędzie to opiera się na wywiadzie medycznym i badaniu przedmiotowym, uwzględniającym takie czynniki, jak: utrata masy ciała, zmiany w sposobie żywienia, objawy wpływające na spożycie pokarmów, poziom aktywności fizycznej oraz oznaki niedożywienia. Uzupełnieniem powyższych narzędzi były pytania metryczno-socjodemograficzne, dzięki którym pozyskano dane dotyczące płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, statusu zawodowego oraz sytuacji ekonomicznej uczestników badania.

Wykonane w bardzo szerokim zakresie badania i dokonane obserwacje pozwoliły na zweryfikowanie wszystkich wymienionych w dysertacji hipotez badawczych i na ich podstawie sformułowanie bardzo istotnych stwierdzeń i wniosków.

W etapie pierwszym dokonano analizy dostępnej literatury na temat jakości życia pacjentów onkologicznych leczonych z zastosowaniem i bez zastosowania żywienia dojelitowego, pacjentów leczonych różnymi metodami żywienia dojelitowego lub żywionych dietami dojelitowymi o różnym składzie, a także pacjentów żywionych dojelitowo i pozajelitowo. W opracowaniu przeglądu systematycznego korzystano z trzech anglojęzycznych baz danych (PubMed, Cochrane Library oraz Web of Science), w których opublikowano prace do czerwca 2021 r. Doktorantka wraz z współautorami dokonała rzetelnej, trzyetapowej selekcji wyszukanych 761 publikacji, stosując odpowiednie kryteria włączenia i wyłączenia. Kolejno, poddano ocenie jakość badań zawartych w wyszukanych publikacjach przy użyciu odpowiednich narzędzi badawczych, stosując m.in. 9-stopniową skalę Newcastle-Ottawa. Ostatecznie do analizy wykorzystano 16 prac naukowych. W rezultacie przeprowadzonej analizy, stwierdzono, że żywienie dojelitowe pozytywnie wpływa na jakość życia pacjentów onkologicznych, poprawiając zarówno stan psychiczny, jak i odżywienie oraz zmniejszając ryzyko powikłań. Zaleca się jego stosowanie zawsze, gdy to możliwe, w celu zapobiegania i leczenia niedożywienia. Choć korzyści są znaczące, żywienie dojelitowe może wiązać się z pewnymi komplikacjami, które obniżają komfort życia. Doktorantka stwierdza, że ważny jest także stan odżywienia pacjenta przed rozpoczęciem terapii. Z uwagi na ograniczoną liczbę badań, potrzebne są jednak dalsze analizy na bardziej jednorodnych grupach chorych.

W etapie drugim zrekrutowano 108 pacjentów spośród ponad 500 ze diagnozowaną chorobą nowotworową, z największym odsetkiem pacjentów z nowotworem krtani, kolejno złośliwym nowotworem wargi, jamy ustnej i gardła oraz w mniejszym odsetku z nowotworem przełyku, sutka i żołądka, oraz sporadycznie z nowotworem jelita cienkiego, trzustki czy innych

nieokreślonych fragmentów dróg żółciowych. Do dalszych badań zaproszono 99 z nich i kolejno wybrano jedynie osoby żywione dojelitowo, które na podstawie określonych kryteriów (lokalizacji nowotworu w tym samym obszarze anatomicznym, identycznej płci oraz wieku ± 5 lat) połączono w 25 dopasowanych par, przy czym grupę badaną stanowili pacjenci otrzymujący żywienie dojelitowe, a grupę kontrolną pacjenci nieobjęci takim wsparciem. Analizę oparto na danych uzyskanych z kwestionariusza EORTC QLQ-C30 wypełnianego przez pacjentów oraz na retrospektywnej analizie dokumentacji medycznej. W toku przeprowadzonych badań Doktorantka wraz z zespołem wykazała, że głównymi czynnikami wpływającymi na jakość życia były: utrata masy ciała, przynależność do grupy badanej lub kontrolnej oraz wiek pacjentów. W porównaniu zarówno z generalną populacją pacjentów onkologicznych, jak i populacją ogólnopolską, uzyskane wyniki były niższe od wartości referencyjnych w zakresie funkcjonowania oraz wyższe bądź porównywalne w odniesieniu do objawów, takich jak zmęczenie oraz nudności i wymioty. Pacjenci żywieni dojelitowo częściej uzyskiwali niższe wyniki w skalach funkcjonalnych oraz wyższe w skalach objawowych w porównaniu z osobami nieotrzymującymi takiego wsparcia. Tym samym, uzyskane dane podkreślają złożony charakter zależności pomiędzy chorobą nowotworową, stanem odżywienia a jakością życia pacjentów.

W etapie trzecim przeprowadzono badanie przekrojowe z udziałem 108 pacjentów, którzy zostali poddani selekcji na podstawie odpowiednich kryteriów włączenia (m.in. pacjenci pełnoletni, ze diagnozowaną chorobą nowotworową, znający język polski). Odpowiedzi pacjentów na pytania zawarte w kwestionariuszach oceniających jakość życia (EORTC QLQ-C30 oraz QLQ INFO25) oraz dostępne parametry stanu odżywienia, sposobu żywienia, poziomu wiedzy pacjentów na temat swojej choroby oraz ich satysfakcji z otrzymanych informacji poddano wieloczynnikowej analizie, uwzględniając także wybrane zmienne socjodemograficzne. Analiza jednoczynnikowa i wieloczynnikowa wykazała, że oprócz zmiennych socjodemograficznych oraz związanych z lokalizacją, przebiegiem i leczeniem choroby nowotworowej – w tym rodzaju nowotworu – na jakość życia mogą wpływać również czynniki związane z deklarowaną przez pacjentów potrzebą poszukiwania informacji żywieniowych oraz konsultacji z dietetykiem. Choć aktywne poszukiwanie informacji żywieniowych może odzwierciedlać istniejące trudności zdrowotne, nadmiar tych informacji może prowadzić do przeciążenia poznawczego, utrudniając pacjentom ich zapamiętanie i zrozumienie. Tym samym Doktorantka wnioskuje, iż powyższe elementy powinny być uwzględniane w całościowym, tzw. holistycznym podejściu do opieki nad pacjentem onkologicznym.

W etapie czwartym w grupie 104 pacjentów przeprowadzono analizę stanu odżywienia na podstawie wskaźnika masy ciała (BMI) oraz kwestionariusza Subiektywnej Oceny Stanu Odżywienia (SGA) i satysfakcji z uzyskiwanych informacji odnośnie choroby i metod jej leczenia, wykorzystując właściwe kwestionariusze (EORTC INFO-25). Otrzymane dane poddano analizom statystycznym umożliwiającym wykazanie istotnych zależności między stanem odżywienia, poziomem satysfakcji a ogólnym stanem zdrowia. W toku przeprowadzonych przez Doktorantkę badań stwierdzono, że pacjenci płci żeńskiej, osoby nieotrzymujące żywienia dojelitowego oraz młodszy pacjenci byli mniej usatysfakcjonowani z otrzymywanych informacji, co może mieć negatywny wpływ na jakość ich życia. Tym samym, Doktorantka wraz z zespołem wnioskuje, że efektywna komunikacja oraz spersonalizowane wsparcie informacyjne stanowią kluczowe komponenty kompleksowej opieki, warunkujące poprawę jakości życia pacjentów onkologicznych.

Na podstawie uzyskanych wyników badań Doktorantka sformułowała bardzo liczne wnioski stwierdzając m.in., że:

jakość życia pacjentów onkologicznych była pozytywnie skorelowana ze stanem ich odżywienia, co wskazuje na konieczność ciągłego jego monitorowania i dążenia do jak

najlepszej poprawy. Pacjenci żywieni dojelitowo charakteryzowali się niższą jakością życia, co może być związane ze stopniem zaawansowania choroby i występowaniem niedożywienia. W związku z tym Doktorantka podkreśliła konieczność jak najwcześniejszego wdrożenia interwencji żywieniowej. Osoby z nowotworami głowy, szyi i górnego odcinka przewodu pokarmowego wykazywały niższą jakość życia w porównaniu z grupami referencyjnymi, co wskazuje na konieczność zastosowania szczególnego wsparcia medycznego, psychologicznego i żywieniowego w tej grupie pacjentów. Utrata apetytu i zmniejszone spożycie wiązały się z pogorszeniem zdrowia, bólem i problemami ze snem u pacjentów onkologicznych, co wskazuje na konieczność podejmowania skutecznego leczenia żywieniowego. Co niezwykle istotne, Pacjenci odczuwali obniżoną jakość życia w sferze fizycznej, emocjonalnej i społecznej, co może determinować jakość i efektywność leczenia. Objawy takie jak ból, wymioty i bezsenność dodatkowo obciążały pacjentów, pogarszając jakość ich życia. Lepsze funkcjonowanie fizyczne, społeczne i emocjonalne przekładało się na lepszy ogólny stan zdrowia. Mężczyźni osiąkali wyższą jakość życia w sferze poznawczej, emocjonalnej i społecznej. Wiek pacjentów odrywał istotną rolę w subiektywnej ocenie jakości życia – starsi pacjenci częściej skarżyli się na problemy ze snem, ale ich ogólna jakość życia nie odbiegała od deklarowanej przez pacjentów młodszych. Płeć i wiek stanowiły ważne determinanty, wpływające na satysfakcję z informacji przekazywanych przez personel medyczny, przy czym kobiety i młodsze osoby wykazywały mniejszy poziom satysfakcji z uzyskiwanych informacji.

W tekście przedstawionej do oceny dysertacji znalazło się kilka, wyszczególnionych poniżej uchybień.

Doktorantka pisze, cyt.:

- „Pacjenci z grupy badanej częściej doświadczali obniżonej jakości życia w porównaniu do wartości referencyjnych, zwłaszcza w zakresie funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego i społecznego.” (str. 69, wiersz 6 od góry) oraz „Pacjenci onkologiczni doświadczali obniżonej jakości życia w porównaniu do wartości referencyjnych...” (str.104, wiersz 12 od dołu),
- proszę o wyjaśnienie, jakie wartości referencyjne Doktorantka miała na uwadze.

- „Metoda ta pozwoliła na ocenę zależności między zmienną zależną i kilkoma zmiennymi niezależnymi w procesie stopniowego usuwania zmiennych...” (str. 71, wiersz 9 od góry). Prosiłabym o doprecyzowanie tego stwierdzenia w kontekście uzyskanych wyników.

- „Sytuacja ekonomiczna pacjentów ma istotny, negatywny wpływ na wynik skali trudności finansowych ($p = 0,0223$), co sugeruje, że pacjenci w gorszej sytuacji ekonomicznej częściej doświadczają trudności finansowych” (str. 75, wiersz 12 od góry) oraz „Z kolei objawy wymiotów/nudności mają negatywny wpływ na jakość życia ($p = 0,0251$)” (str.75, wiersz 2 od dołu).

Czy powyższe stwierdzenia nie są zbyt oczywiste, aby umieszczać je w dysertacji?

-,...wiek pacjentów ma istotny wpływ na nasilenie trudności ze snem a więc starsi pacjenci mogą częściej zmagać się z problemami ze snem” (str. 73, wiersz 3 od dołu). Czy stwierdzenie ujęte powyżej faktycznie jest czynnikiem unikatowym w odniesieniu do osób zmagających się z nowotworami, czy dotyczy ogólnie osób starszych niezależnie od występującej choroby nowotworowej?

Ponadto, jak zawsze w tego typu opracowaniach, w przedłożonej dysertacji zdarzają się uchybienia gramatyczne i interpunkcyjne.

W związku z powyższym proszę Doktorantkę o wyjaśnienie opisanego w pracy rezultatu, cyt. „Pacjenci, którzy nie deklarowali konsultacji z dietetykiem, uzyskali wyższe wyniki w domenie funkcjonowania poznawczego i pełnienia ról społecznych, natomiast pacjenci zgłaszający konsultację z dietetykiem osiągalili wyższe wyniki w zakresie zmęczenia (skala objawowa) i utraty apetytu (miara pojedyncza) niż pacjenci, którzy jej nie zgłaszali. W przypadku funkcjonowania społecznego i ogólnego stanu zdrowia zaobserwowano wyższe wyniki dla osób, które nie deklarowały konsultacji z dietetykiem, w porównaniu do tych, które ją deklarowały ...” (str. 81, wiersze 4-10 od góry).

Proszę również o rozwinięcie zastosowanego sformułowania, cyt. „pacjenci z utratą masy ciała częściej doświadczają problemów z zaparciami” (str. 74, wiersz 1 od dołu).

P o d s u m o w a n i e

W niniejszej rozprawie doktorskiej przeprowadzono kompleksowe badania z wykorzystaniem starannie dobranych metod badawczych. Rzetelna analiza i trafna interpretacja uzyskanych wyników umożliwiły weryfikację postawionych hipotez oraz sformułowanie istotnych wniosków, które wzbogacają istniejący zasób wiedzy prezentowanej w literaturze międzynarodowej. Wyniki badań porównano bowiem z danymi pochodzącymi z innych krajów, co pozwoliło na szerszy kontekst interpretacyjny. Szczególną uwagę poświęcono znaczeniu stanu odżywienia – zarówno początkowego, jak i obserwowanego w trakcie terapii onkologicznej – a także sposobowi przyjmowania pokarmów i czynnikom socjodemograficznym wpływającym na jakość życia pacjentów z nowotworami głowy, szyi oraz górnego odcinka przewodu pokarmowego. Wyniki jednoznacznie wskazują na potrzebę wdrażania wczesnych interwencji żywieniowych oraz stosowania indywidualnego podejścia w opiece nad pacjentami onkologicznymi. Rozprawa autorstwa mgr Elwiry Gliwskiej wnosi istotny wkład do rozwoju dyscypliny technologia żywności i żywienia. Poruszony problem badawczy ma duże znaczenie nie tylko w aspekcie teoretycznym, ale również praktycznym i aplikacyjnym, co dodatkowo podkreśla wartość tej pracy naukowej.

W n i o s e k k o ń c o w y

Przedstawiona do oceny rozprawa doktorska mgr Elwiry Gliwskiej pt. „Ocena jakości życia oraz stanu odżywienia pacjentów onkologicznych objętych procedurą leczenia żywieniowego”, zrealizowana pod kierunkiem Pani prof. dr hab. Dominiki Guzek, w pełni odpowiada wymogom stawianym rozprawom doktorskim, w myśl Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2024 r. poz. 1571 z późn. zm.).

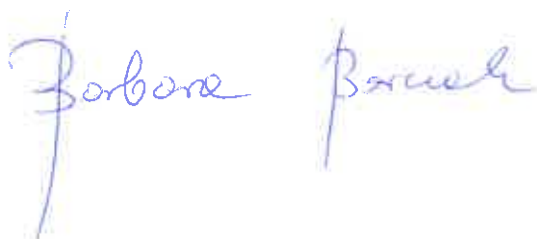
Doktorantka wykazała się bardzo dobrą znajomością tematu, popartą przedstawionym przeglądem literatury, opanowaniem szerokiego warsztatu badawczego oraz umiejętnością opisywania i interpretacji i wyników.

W związku z powyższym zwracam się do Rady Dyscypliny Technologia Żywności i Żywienia, Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie o dopuszczenie Pani mgr Elwiry Gliwskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Kraków, 18.06.2025 r.

Recenzent

dr hab. inż. Barbara Boreczak, prof. URK



PRIORYTET
PRIORITAIRE

Biuro OBSŁUGI NAUKI
ul. Nowoursynowska 166
02-787 WARSZAWA

PRIORYTET
PRIORITAIRE



R



2024

