

Recenzja rozprawy doktorskiej lekarz Alicji Jodczyk-Bargańskiej „Ocena zgodności żywienia szpitalnego z zaleceniami dietetycznymi dla pacjentów kardiologicznych i diabetologicznych w wybranych szpitalach w Polsce z uwzględnieniem aspektów zdrowotnych, prawnych i organizacyjnych”

Choroby sercowo-naczyniowe nadal stanowią główną przyczynę zgonów w Polsce. W 2023 roku odpowiadały one za około 37% zgonów. Rosnąca liczba pacjentów cierpiących na cukrzycę typu 2 przyczynia się do zwiększenia częstości występowania chorób układu sercowo-naczyniowego związanych z miażdżycą. Warto podkreślić, iż czynniki ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego oraz cukrzycy typu 2 wykazują podobną etiologię i często się pokrywają. W związku z tym kluczowe jest ich eliminowanie.

Podstawowym elementem strategii terapeutycznej obejmującej cukrzycę typu 2 oraz choroby sercowo-naczyniowe jest wszechstronna modyfikacja stylu życia. Wszystkie wytyczne European Society of Cardiology (ESC) dotyczące profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych, leczenia cukrzycy i stanu przedcukrzycowego u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego, a także postępowania w przypadku przewlekłego zespołu wieńcowego, jednoznacznie wskazują, że podstawę terapii stanowi leczenie niefarmakologiczne.

Jednym z kluczowych aspektów takiego podejścia jest właściwa dieta, która odgrywa istotną rolę w procesie powrotu pacjenta do zdrowia. Zdrowe żywienie pozytywnie wpływa również na główne czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego, takie jak nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, otyłość oraz cukrzyca typu 2, co przekłada się na obniżenie częstości występowania chorób sercowo-naczyniowych związanych z miażdżycą.

Kluczowym elementem skutecznego postępowania terapeutycznego z pacjentem jest odpowiednie żywienie szpitalne. Rada Europy w Rezolucji dotyczącej żywienia i opieki żywieniowej w placówkach medycznych podkreśliła, że żywienie szpitalne powinno stanowić integralną część procesu leczniczego. Prawidłowo zaplanowane i dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta posiłki nie tylko wspomagają proces leczenia, ale również przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia oraz jakości życia pacjentów. Edukacja żywieniowa, zaczynająca się już na etapie hospitalizacji, odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu korzystnych nawyków żywieniowych. Niewłaściwa jakość żywienia szpitalnego może prowadzić do istotnych konsekwencji zdrowotnych i ekonomicznych, m.in. zwiększenia

kosztów leczenia oraz ryzyka wystąpienia powikłań. W związku z powyższym, podjęcie działań mających na celu poprawę standardów żywienia w polskich placówkach medycznych, obejmujących zarówno organizację posiłków, jak i edukację pacjentów, jest niezbędne dla podniesienia jakości opieki zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę wagę tego zagadnienia, lekarka Alicja Jodczyk-Bargańska podjęła się opracowania danych odnoszących się do modelu żywienia w polskich szpitalach. W ramach pracy doktorskiej sformułowała następujące cele badawcze:

1. Analiza obecnego stanu prawnego i rzeczywistego funkcjonowania żywienia szpitalnego w Polsce.
2. Przedstawienie statusu prawnego zawodu dietetyka w Polsce oraz jego pozycji w strukturze zatrudnienia w placówkach medycznych.
3. Ocena zgodności jadłospisów dedykowanych pacjentom z cukrzycą z rekomendacjami Ministerstwa Zdrowia w programie „Dobry Posilek w Szpitalu”.
4. Analiza zgodności jadłospisów dla pacjentów kardiologicznych z wytycznymi European Society of Cardiology (ESC) z 2021 roku dotyczącymi prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej.
5. Podkreślenie roli odpowiedniego żywienia oraz edukacji żywieniowej jako elementów skutecznej terapii pacjentów diabetologicznych i kardiologicznych.

Przedstawione cele są zgodne z aktualnymi potrzebami polskiego systemu ochrony zdrowia i stanowią istotny wkład w poprawę standardów opieki medycznej.

Rozprawa doktorska lekarki Alicji Jodczyk-Bargańskiej przyjmuje formę spójnego tematycznie zbioru trzech publikacji naukowych, w tym dwóch artykułów oryginalnych oraz jednej pracy przeglądowej, opublikowanych w międzynarodowych, recenzowanych czasopiśmie naukowych. W dwóch z trzech publikacji doktorantka pełniła funkcję pierwszego autora, natomiast we wszystkich pracach była autorem korespondencyjnym. Łączna punktacja publikacji włączonych do rozprawy, wyrażona poprzez wskaźnik Impact Factor, wynosi 7,8. Suma punktów, zgodnie z systemem oceny Ministerstwa Edukacji i Nauki (MEiN), wynosi 280 punktów.

Rozprawa, obejmująca 106 stron, posiada klasyczną strukturę charakterystyczną dla prac doktorskich opartych na cyklu publikacji. Składa się z: wykazu publikacji stanowiących

podstawę naukową rozprawy, spisu treści, omówienia opracowanych prac wraz z wnioskami, kopii publikacji wchodzących w skład rozprawy, oświadczeń współautorów potwierdzających ich udział w przygotowaniu publikacji oraz streszczeń w języku polskim i angielskim. Całość uzupełnia kopia zgody komisji bioetycznej na przeprowadzenie badań, których wyniki zostały opublikowane w drugiej i trzeciej publikacji (AKBE/258/2023).

Rozprawa została opracowana w sposób przejrzysty i zrozumiały, zachowując właściwą strukturę i proporcje pomiędzy poszczególnymi częściami. Wyniki uzyskane w toku badań oraz ich dyskusja zostały przedstawione w sposób rzetelny i zgodny z zasadami naukowego opisu w publikacjach stanowiących podstawę pracy doktorskiej.

Pierwsza z prac, zatytułowana „Czym żywimy naszych pacjentów? Analiza danych o jakości żywienia w polskich szpitalach ze szczególnym uwzględnieniem pacjenta kardiologicznego”, opublikowana została w Folia Cardiologica w 2024 roku. Celem pracy było przedstawienie szerokiej perspektywy problematyki żywienia szpitalnego w Polsce. Manuskrypt koncentrował się na jakości i organizacji żywienia, podkreślając systemowe niedomogii, takie jak brak standardów żywienia szpitalnego, niewystarczający nadzór dietetyczny oraz ich negatywny wpływ na proces leczenia pacjentów. Praca ta zidentyfikowała także istotną lukę badawczą, wskazując na niedobór rzetelnych i aktualnych danych dotyczących jakości żywienia w polskich szpitalach. Brak tych danych utrudnia formułowanie wniosków oraz opracowywanie skutecznych strategii poprawy tego obszaru.

Wobec powyżej wspomnianych niedostępnych danych dotyczących żywienia w polskich szpitalach, dwa kolejne manuskrypty mają na celu uzupełnienie tej luki poprzez szczegółową analizę jadłospisów szpitalnych. Druga praca, zatytułowana „Assessment of special hospital meals for diabetic patients. Discrepancies between provided meals, model menus and dietary guidelines: a hospital diet medical investigation (HDMI) study”, została opublikowana w czasopiśmie Archives of Medical Science” w 2024 roku. We wrześniu 2023 roku wszedł w życie pilotażowy program „Dobry posiłek w szpitalu” opracowany przez Ministerstwo Zdrowia. Miał on na celu ułatwienie dostępu do porad dietetycznych w szpitalach oraz wdrożenie modelu żywieniowego dostosowanego do potrzeb pacjentów. Wyniki badania przekrojowego prowadzone przez Doktorantkę wykazały brak zgodności jadłospisów dedykowanych pacjentom diabetologicznym z rekomendacjami „Dobry posiłek w szpitalu”. Wykazano liczne nieprawidłowości, w tym brak urozmaicenia diety, nadmierną ilość soli,

nasyconych kwasów tłuszczowych oraz mono- i disacharydów. Stwierdzono również niedostateczną podaż nasion roślin strączkowych i ryb. Wszystkie szpitale spełniły pięć kryteriów dotyczących: spożycia białka, węglowodanów, błonnika, produktów pełnoziarnistych oraz warzyw i owoców. Pięć szpitali spełniło osiem z trzynastu kryteriów, a dwa szpitale siedem z trzynastu kryteriów.

Trzecia praca, „Examining the Nutrition of Cardiological Patients in Hospitals: Evaluating the Discrepancy between Received Diets and Reference Diet Based on ESC 2021 Guidelines-Hospital Diet Medical Investigation)(HDMI) Study” została opublikowana w czasopiśmie *Nutrients* w 2023 roku. Celem pracy była ocena zgodności jadłospisów pacjentów kardiologicznych z wytycznymi ESC 2021 wykazała, że we wszystkich badanych posiłkach dominowały produkty pochodzenia zwierzęcego, a tylko nieliczne jadłospisy spełniały minimalne kryteria jakościowe. Największe rozbieżności dotyczyły nadmiaru tłuszczów nasyconych, soli i dosładzanych napojów oraz niedoboru błonnika pokarmowego, owoców i niesolonych orzechów. Wszystkie szpitale pomyślnie spełniły cztery kryteria, do których zaliczały się spożycie warzyw i ryb, ograniczenie spożycia czerwonego mięsa oraz unikanie alkoholu. Jeden szpital spełnił sześć z jedenastu kryteriów, 3 szpitale spełniły pięć z jedenastu kryteriów, a 3 spełniły jedynie cztery z jedenastu kryteriów.

Doktorantka w swoich publikacjach przedstawiła uzyskane wyniki w sposób klarowny i zrozumiały. Artykuły zostały wzbogacone o tabele oraz ryciny, które ułatwiają odbiorcy interpretację omawianych zagadnień oraz prezentowanych danych. Analizy statystyczne zostały przeprowadzone z należytą starannością, co istotnie podnosi wartość naukową publikacji. Dyskusje zawarte w artykułach są logicznie skonstruowane oraz merytorycznie rzetelne. Doktorantka trafnie dokonuje porównań uzyskanych wyników z danymi dostępnymi w literaturze naukowej, a jej krytyczne podejście do własnych badań demonstruje wysoki poziom dojrzałości naukowej.

Uzyskane wyniki umożliwiły Doktorantce ich podsumowanie i przedstawienie kluczowych wniosków:

- Dostępne dane na temat jakości żywienia szpitalnego w Polsce są ograniczone i nieaktualne. Najnowsza rzetelna analiza zawarta w Raporcie NIK z 2018 r. została przeprowadzona w latach 2015-2017. W celu uzyskania obiektywnej oceny sytuacji

oraz wdrażania odpowiednich działań konieczne jest przeprowadzenie obszernych, ogólnopolskich badań.

- W trzech z siedmiu badanych szpitali na oddziałach nie był na stałe zatrudniony dietetyk. W Polsce brakuje systemowego podejścia do zatrudniania dietetyków w szpitalach oraz regulacji prawnych definiujących ich rolę jako członków zespołu terapeutycznego. Dietetycy nie zostali uwzględnieni w regulacjach ustawowych zawodów medycznych. Obecne ramy prawne częściowo definiują warunki jego wykonywania, ale nie jest on uznawany za zawód medyczny, w związku z czym nie jest uwzględniany w strukturze zatrudnienia w placówkach ochrony zdrowia.
- Poddane analizie jadłospisy otrzymywane przez pacjentów diabetologicznych nie spełniały rekomendacji „Dobry posiłek w szpitalu” oraz były niedostosowane do wymagań tej grupy pacjentów.
- Analizowane posiłki otrzymywane przez pacjentów kardiologicznych nie były zgodne z wytycznymi ESC 2021. W sześciu z siedmiu przebadanych placówek nie było dostępnej diety dedykowanej pacjentowi kardiologicznemu. Zamiast nich oferowane były diety ogólne, niedostosowane do zaleceń.
- Brak kształtowania korzystnych i eliminowania niekorzystnych nawyków żywieniowych podczas hospitalizacji może prowadzić do potencjalnych błędów dietetycznych po wypisie ze szpitala, co z kolei może skutkować pogorszeniem regulacji glikemii i profilu lipidowego oraz zwiększoną podatnością na powikłania chorób przewlekłych.
- W sytuacji, gdy lekarze i pielęgniarki są często obciążeni nadmiarem obowiązków, a dostępność dietetyków w szpitalach jest niewielka, posiłki podawane pacjentom odgrywają kluczową rolę, będąc niekiedy jedynym źródłem edukacji żywieniowej.
- Obecny system żywienia szpitalnego w Polsce wymaga pilnych zmian, obejmujących zarówno opracowanie i wdrożenie specjalistycznych jadłospisów dostosowanych do potrzeb pacjentów, jak i systemowe zatrudnienie dietetyków w placówkach medycznych, co pozwoliłoby na skuteczniejszą kontrolę jakości posiłków oraz edukację żywieniową pacjentów.

- Konieczne jest podjęcie działań na poziomie systemowym, obejmujących reformy prawne, regularny monitoring jakości żywienia szpitalnego oraz edukację zarówno personelu medycznego, jak i pacjentów, aby zapewnić skuteczne wsparcie dietetyczne w terapii chorób przewlekłych i zapobiegać błędom żywieniowym po hospitalizacji.

Warto zauważyć, że prace będące przedmiotem rozprawy doktorskiej nie są wolne od pewnych ograniczeń. Jednym z nich jest niewielka liczba szpitali objętych badaniem oraz brak losowego doboru lokalizacji. Ponadto, znaczna większość badanych placówek stanowiła jednostki III stopnia referencyjności. Należy przypuszczać, że wyniki mogłyby się różnić, gdyby próbę badawczą stanowiła bardziej zróżnicowana grupa szpitali, obejmująca równe liczebnie jednostki I, II oraz III stopnia referencyjności. Doktorantka w sposób wyczerpujący omawia ograniczenia przeprowadzonych badań wyłącznie w jednej z publikacji.

Z obowiązku recenzenta pragnę zwrócić uwagę na kilka istotnych elementów:

- Rozdział „Materiał i metodyka” został opisany zbyt pobieżnie w dysertacji.
- Brakuje załącznika z pełnym wzorem kwestionariusza, który był wypełniany przez badane szpitale w ramach badania.
- Na stronie 14 znajduje się zdanie: „Wykazano, że dokładniejsze stosowanie się do jej założeń skutkuje 10% redukcją częstości występowania i śmiertelności z powodu chorób sercowo-naczyniowych oraz 8% redukcją śmiertelności z dowolnej przyczyny (31).” – zdanie jest niejednoznaczne i wymaga korekty pod względem stylistycznym i logicznym.
- Doktorantka powołuje się na wytyczne ESC z 2021 r, w bibliografii są zacytowane wytyczne ESC dotyczące niewydolności serca – moje pytanie jest następujące, dlaczego właśnie te wytyczne zostały wybrane przez Doktorantkę?

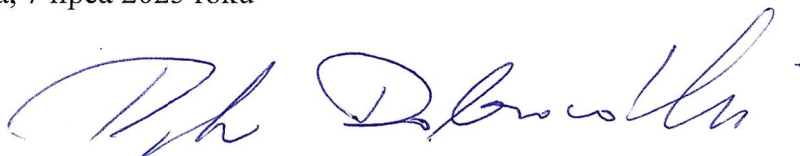
Lektura publikacji wchodzących w skład cyklu badawczego nasunęła mi również następujące pytania do Doktorantki:

- Które z wyników opublikowanych prac doktorantka uznaje za najważniejsze i najpilniejsze do implementacji w codziennej praktyce?

Wnoszę do Wysokiej Rady Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie lekarki Alicji Jodczyk-Bargańskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego. Rozprawa doktorska spełnia warunki określone w Art.187 ust.1-4 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tj. Dz.U.2018 poz. 1668 z późn. zm.).

Prof. dr hab. n. med. Piotr Dobrowolski

Warszawa, 7 lipca 2025 roku



Prof. dr hab. n. med. Piotr Dobrowolski
specjalista kardiolog
PWZ 2312184