



akceptuję  
Korowca

UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI  
COLLEGIUM MEDICUM  
W KRAKOWIE

Wydział Lekarski

Kraków, dnia 29.09.2025

Dr hab. n. med. Maciej Pilecki  
Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży  
Katedry Psychiatrii WL UJCM

**Recenzja rozprawy doktorskiej lek. Doroty Chmylko-Terlikowskiej pt. „Analiza czynników wpływających na długość hospitalizacji u pacjentów z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego”, wykonanej w Klinice Psychiatrii Wieku Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Anity Bryńskiej.**

Rozprawa lek. Doroty Chmylko-Terlikowskiej pt. „Analiza czynników wpływających na długość hospitalizacji u pacjentów z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego”, będąca podstawą ubiegania się o stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne, koncentruje się na ocenie czynników wpływających na czas trwania hospitalizacji oraz na ryzyko przedterminowego zakończenia leczenia wśród pacjentów z jądłowstrętem psychicznym. Analizą objęto 313 hospitalizacji przeprowadzonych w latach 2008–2022 w Klinice Psychiatrii Wieku Rozwojowego w Warszawie z ogólnej puli 428 hospitalizacji. Po połączeniu 17 hospitalizacji jako jeden pobyt, z analizy wykluczono pacjentów, których hospitalizacja bezpośrednio poprzedzała lub następowała po pobycie w innym oddziale psychiatrii (łącznie 5 pobytów). Usunięto także 16 hospitalizacji powstałych na skutek błędów systemu, powielonych lub z nieprawidłową diagnozą. Z badania wyłączono 29 pobytów, które wynikały z technicznego połączenia hospitalizacji związanych z przyczynami pozapsychiatrycznymi, np. pogorszeniem stanu somatycznego, tymczasowym zamknięciem oddziału czy zmianą siedziby szpitala, a także wypisów do innych oddziałów (np. obserwacyjno-izolacyjnych w związku z COVID-19). Dni spędzone poza oddziałem psychiatrii nie były wliczane do długości hospitalizacji, a dodatkowo nie uwzględniono 48 pobytów z powodu braków w dokumentacji i niewystarczających danych.

W pracy pojawia się informacja, że najczęściej (n= 152) przyjęcie miało charakter przeniesienia z innego oddziału, w 131 przypadkach pacjent był przyjęty w trybie pilnym, 5 razy przyjęcie miało charakter planowy. W 227 przypadkach zakończenie hospitalizacji miało charakter planowy, 66 razy miał miejsce tzw. wypis na żądanie, w 20 przypadkach zakończenie hospitalizacji miało inny charakter, lekarze prowadzący z różnych powodów podjęli decyzję o przeniesieniu pacjenta.

Średni czas pobytu wynosił 78,3 dnia – pacjenci wypisani planowo pozostawali w szpitalu średnio 80,9 dnia, natomiast wypisani na żądanie 67,8 dnia. Przeważającą większość grupy stanowiły pacjentki (96,5%), a średni wiek przy przyjęciu wynosił 14 lat (9,25 18,7).



UNIwersytet Jagielloński  
COLLEGIUM MEDICUM  
W KRAKOWIE

Wydział Lekarski

Wyniki analizy wykazały, że krótszy czas pobytu przy wypisie planowym wiązał się z leczeniem farmakologicznym, uczestnictwem w terapii rodzinnej, wychowywaniem się w rodzinie pełnej oraz wyższym wykształceniem matki – leczenie farmakologiczne miało najsilniejsze skracające działanie. Dłuższy pobyt obserwowano u pacjentów z większą liczbą wcześniejszych hospitalizacji, objętych opieką psychiatryczną przed przyjęciem, zamieszkujących w mieście lub tych, u których w trakcie pobytu dochodziło do zmiany terapeuty. Każda dodatkowa hospitalizacja wydłużała pobyt o niemal miesiąc.

Wśród wypisanych na żądanie, krótszy czas hospitalizacji był związany z wyższym BMI przy przyjęciu, zamieszkiwaniem w mieście, większą liczbą domowników oraz obecnością zaburzeń psychicznych w rodzinie. Dłuższy pobyt wśród osób wypisanych na żądanie dotyczył osób, których ojcowie posiadali wyższe wykształcenie, matek aktywnych zawodowo, pacjentów z nieprawidłowościami w badaniach laboratoryjnych/EKG oraz tych, u których dokonywano zmiany lekarza lub terapeuty podczas leczenia.

Analiza czynników ryzyka przedterminowego zakończenia leczenia wykazała, że najwyższe ryzyko wiąże się z wyższym lub średnim wykształceniem matek (ponad trzykrotnie zwiększone) oraz obecnością chorób psychicznych w rodzinie (ponad dwukrotnie większe). Ryzyko podwyższa także funkcjonowanie w rodzinie niepełnej, liczniejsza grupa domowników, większa liczba wcześniejszych pobytów oraz zmiana terapeuty w trakcie hospitalizacji.

Ryzyko to obniża według badań Doktorantki wyższe wykształcenie ojca, typ restrykcyjny anoreksji, udział w terapii indywidualnej, obecność odchyień w badaniach kardiologicznych i laboratoryjnych, wyższe BMI, starszy wiek, miejskie miejsce zamieszkania, zmiana lekarza w trakcie pobytu oraz aktywność zawodowa matki.

Warto odnotować podział zmiennych na trzy główne grupy: socjodemograficzne, związane z leczeniem przed hospitalizacją oraz związane z przebiegiem pobytu na oddziale, co pozwala na wielowymiarową ocenę zależności i ułatwia interpretację wyników. W zakresie analityki statystycznej zastosowano modele regresji wielorakiej i logistycznej, testy Jarque-Bera i RESET oraz ocenę jakości modeli, co świadczy o wysokiej świadomości metodologicznej Autorki.

Badanie zostało przygotowane z dużą rzetelnością i szczegółowością – Autorka jasno uzasadnia potrzebę realizacji projektu, wskazując ważny problem kliniczny, jakim jest wysoki odsetek pacjentów opuszczających szpital przed osiągnięciem docelowej masy ciała. Szeroki zakres analizowanych zmiennych – zarówno socjodemograficznych, jak i związanych z wcześniejszym leczeniem oraz przebiegiem hospitalizacji – wzmacnia wartość naukową i innowacyjność pracy. Opis procesu kwalifikacji pacjentów i uzasadnienia wykluczeń (np. braki w dokumentacji, wypisy administracyjne, organizacyjne problemy związane z pandemią COVID-19) zwiększają wiarygodność i przejrzystość analizy.



UNIwersYTET JAGIELLOŃSKI  
COLLEGIUM MEDICUM  
W KRAKOWIE

Wydział Lekarski

Po lekturze pracy pojawia się jednak szereg wątpliwości dotyczących metodologii wykonania badania.

Jak wspomniano, 152 pacjentów włączonych do badania przeniesionych zostało z innego oddziału. Pojawia się pytanie z jakich oddziałów były te przyjęcia i jak długo byli w nich hospitalizowani pacjenci? Rozumiem, że były to oddziały pediatryczne, bo pacjentów przenoszonych z oddziałów psychiatrycznych wykluczono z badania. Z doświadczeń autora recenzji wynika, że najczęściej takie przeniesienia mają miejsce z oddziałów pediatrycznych, gdzie hospitalizowani są pacjenci o nasilonych i długo nieleczonych objawach anoreksji. Pośrednio związane bywa to z brakiem adekwatnej reakcji rodziny na narastające objawy. Zdarza się też, że miejsce inicjowania leczenia związane jest z nastawieniem rodziny preferującej rozumienie anoreksji jako choroby somatycznej. Wreszcie przeniesienia pacjenta z oddziału somatycznego związane jest z tym, że ma on czasami już zainicjowane leczenie dietą i stosunkowo szybki osiągnięty w oddziale somatycznym przyrost masy ciała. Wszystkie te elementy mogą istotnie wydłużać lub skracać czas hospitalizacji czy być czynnikiem ryzyka przedwczesnego wypisu. To istotna zmienna, która z jakiegoś powodu nie była analizowana.

W pracy analizowane są wyjściowe i końcowe BMI pacjentów. Brak jest jednak danych co do zmiany BMI. To w doświadczeniu autora recenzji najważniejszy czynnik związany z długością hospitalizacji i wypisem na własne żądanie. Znaczenie ma tu też dynamika wzrostu BMI. Jeśli np. mamy do czynienia z szybkim wzrostem BMI decydujemy się wypisać pacjenta szybciej. Mamy nadzieję, że w opiece ambulatoryjnej przyrost masy ciała będzie nadal następował. Jeśli przyrost jest powolny to możemy pacjenta chcieć hospitalizować dłużej. Przy braku postępów w leczeniu rodzice mogą też poszukiwać innych opcji leczenia i wypisać pacjenta na własne żądanie. Czy w badaniu brane były pod uwagę surowe wyniki BMI czy wyniki BMI standaryzowane? To istotna informacja, której zabrakło w pracy. Przy braku standaryzacji wyników analizy BMI robią się wrażliwe na zmienną zakłócającą, jaką jest wiek pacjentów. BMI 14 znaczy co innego dla osoby w wieku 9 i 18 lat. Zagadnienie to wiąże się z kolejnym istotnym pytaniem. Jak uzyskane wyniki mają się do norm wagowych? W praktyce klinicznej często naszym punktem odniesienia nie jest BMI tylko to czy świadczy ono o powrocie do normy wagowej czy też norma nadal nie jest osiągnięta. Uwzględnienie tej zmiennej tj. przedziałów BMI lub oszacowania stanu pacjenta przy wypisie (dobry, zły, średni) mogłoby zmienić charakter otrzymanych wyników. Czy w oddziale, z którego analizowane były dane zawierane są kontrakty z pacjentami na leczenie? Mają one zwykle swoje etapy. W doświadczeniach autora recenzji to w jakim etapie jest pacjent wpływa na decyzje co do wypisu.

Decyzja o wypisie ze szpitala to decyzja związana z wiekiem pacjenta. Przepisy zobowiązują nas do uwzględnienia jego zdania po ukończeniu 15 roku życia. Po ukończeniu 18 roku życia podejmuje on decyzje sam. Czy aspekty te były brane pod uwagę? W tekście pracy podane jest że wypisy były jedynie na żądanie rodziców.



UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI  
COLLEGIUM MEDICUM  
W KRAKOWIE

Wydział Lekarski

Niedosyt pozostawia rozłączna analiza zmiennych związanych ze strukturą rodziny. Wniosek o jednoczesnym znaczeniu faktu niepełności rodziny oraz większej liczebności domowników przy wcześniejszym wypisie jest intrygujący. Czy to zmienne od siebie niepowiązane korelacyjnie ze sobą? Zapewne tak, jeśli włączone zostały do modelu regresji. Czy zatem opisują one jakieś odmienne konstelacje rodzinne czy też ukryty wspólny czynnik? Klasyczne pytanie dotyczy podziału na mieszkańców miasta i wsi. Jak klasyfikowani byli mieszkańcy podwarszawskich ekskluzywnych wiejskich osiedli mieszkaniowych takich jak Podkowa Leśna, Magdalenka oraz okolice Konstancin-Jeziorna? Podział na wieś i miasto w badaniach zmiennych socjologicznych wymaga obecnie dość istotnego uszczegóławiania.

Wypis na żądanie ma swoje różne uzasadnienia. Rodzice czasami ulegają dziecku, które nie chce się leczyć. Często jest to powiązane z zaburzeniami psychicznymi rodziców, depresją czy problemami osobowościowymi ojca lub matki. Zdarza się tak, że wypis związany jest z utratą zaufania do ośrodka, w którym leczy się dziecko z uwagi na brak postępów w leczeniu lub zdarzenia niepożądane, np. przemoc między pacjentami lub próbę samobójczą w oddziale. Tu nie będziemy mieli jakiejś jednorodnej charakterystyki socjodemograficznej grupy rodziców. Wypis na żądanie może być też wynikiem ogólnego braku zaufania do służby zdrowia, poszukiwania pomocy znachorów czy egzorcystów, którzy ulecą dziecko. Tak postępują rodzice mniej wykształceni, mieszkańcy wsi, ale nie wsi podmiejskich skupiających wyższe klasy społeczne. Inni rodzice przenoszą dzieci do innego, np. prywatnego ośrodka, organizują leczenie w ramach opieki ambulatoryjnej, bo ich na to stać i nie mają zaufania do publicznej służby zdrowia. Są to osoby majątne, mieszkające w miastach lub na wsiach, ale takich które są obecnie raczej elitarnymi dzielnicami podmiejskimi. Łatwiej jest im organizować taką opiekę, gdy np. matka nie pracuje. Obecnie zresztą brak zatrudnienia to mylące kryterium. Nie pracują bowiem kobiety zarówno z rodzin wieloproblemowych, jak i z rodzin o dużej ilości dzieci lub rentierki. Wypis na żądanie może być wreszcie wynikiem konfliktu między rodzicami i braku spójności w podejmowaniu decyzji o hospitalizacji dziecka. To rodziny w trakcie rozwodu lub po rozwodzie z nasilonym konfliktem małżeńskim. Bardzo często są to przedstawiciele klasy średniej, stać ich bowiem na prawników i wieloletnie batalie sądowe.

Istotną zmienną są tutaj decyzje lekarskie. Wypis na żądanie to nie jest decyzja mechaniczna. Zdarza się, że jak rodzic przychodzi do nas z prośbą o wypis na żądanie, godzimy się na niego bez dyskusji. Czasami po prostu wpisujemy pacjenta a czasami traktujemy to jako wypis na żądanie. Zależy to od wielu czynników, ale raczej takich, które nie są związane ze stanem pacjenta. Wypis na żądanie jest wtedy zabiegiem formalnym, w którym, jesteśmy już spokojni o pacjenta, nie kończy on jednak określonego kontraktu czasu hospitalizacji. W innych przypadkach zaczynamy negocjacje związane z próbą zatrzymania pacjenta w oddziale. Staramy się go odwlekać. Zdarza się, że nie decydujemy się na niego i informujemy sąd rodzinny o konieczności leczenia pacjenta wbrew woli rodziców.

Nie ma zatem jednego powodu wypisu na żądanie i jednej grupy czynników sprawczych. Szkoda, że Autorka pracy nie analizowała powodów wypisu w deklaracjach





UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI  
COLLEGIUM MEDICUM  
W KRAKOWIE

Wydział Lekarski

rodziców czy postaw lekarskich. Mogłoby to poprawić jakość wniosków. Być może jednak danych tych nie było w dokumentacji.

Pewne uwagi można mieć tu do analiz statystycznych. Skorygowany współczynnik determinacji ( $R^2$  skorygowany) jest bardziej wiarygodny, ponieważ uwzględnia liczbę zmiennych. Jeśli wartość  $R^2$  skorygowanego osiąga maksimum w 7 kroku, to każde dalsze dodawanie zmiennych prowadzi do pogorszenia jakości modelu. Zignorowanie faktu pogarszania się  $R^2$  skorygowanego po 7 i analizy w oparciu o wartość  $R^2$  jest kontrowersyjne metodologicznie. Powody tej decyzji są przez Autorkę jednak wyjaśnione. Zdaje sobie ona sprawę z kontrowersji decyzji.

Weryfikacja wyników w oparciu o test Jarque Bera oraz testu RESET Ramsey'a wskazuje, że nie wszystkie założenia są spełnione idealnie i wyniki wymagają uważnej interpretacji oraz ewentualnej poprawy modelu. Dobrze świadczy o Autorce pracy uwzględnienie takich analiz. Wskazuje na jej dojrzałość badawczą. Celem prac naukowych na etapie doktorskim nie są przede wszystkim odkrycia naukowe, ale nauka rzetelnej metodologii badawczej.

Autorowi recenzji brakuje prostego porównania grupy wypisanych na żądanie z tymi, którzy zakończyli leczenie o czasie np. w oparciu o test t-Studenta. Czy wypis na żądanie związany jest z gorszym stanem pacjentów przy wypisie? To istotna informacja, której brakuje.

Czy Autorka brała pod uwagę inne analizy statystyczne? Użycie metod regresji związane jest z założeniem, że badamy jedno zjawisko, na które wpływ mają poszczególne uwzględnione w analizie czynniki. Czy jednak wypis na żądanie to jedno zjawisko, czy kilka zjawisk o złożonym charakterze i różnych mechanizmach decyzyjnych prowadzących do podobnej decyzji rodziców i pacjentów? Być może pełniejszych danych mogłaby dostarczyć tutaj analiza np. skupień, która pozwoliłaby zobaczyć podgrupy wśród badanej populacji z uwzględnieniem zmiennej wypisu na żądanie.

W pracy brakuje opisu metod leczenia w oddziale, z którego pochodzą dane, np. jeśli psychoterapia indywidualna obniża ryzyko wypisu na żądanie a terapia rodzin skracą czas hospitalizacji, to ciekawym jest, kiedy są one zlecane? Czy wszystkim pacjentom, czy tylko wybranej grupie. Artefaktem wydaje się wniosek, że zmiana lekarza w trakcie leczenia zmniejsza ryzyko wypisu na żądanie. Dłużej leczeni pacjenci mają częściej zmiany lekarzy, bo są dłużej leczeni. Tu znowu brakuje danych o oddziale. Czy pacjentów prowadzą specjaliści i zmieniają się z jakichś przyczyn losowych, czy są to lekarze rezydenci i kończą staż?

Analiza wyników przygotowana jest w sposób poprawny. Na uwagę zwraca szerokie odniesienie do literatury przedmiotu. 1/3 cytacji pochodzi z okresu dziesięciu lat przed opublikowaniem pracy, co stanowi normę dla prac odnoszących się do zmiennych socjodemograficznych w analizach klinicznych. Błędy w zapisie pozycji bibliograficznych są nieliczne.



UNIwersytet Jagielloński  
COLLEGIUM MEDICUM  
W KRAKOWIE

Wydział Lekarski

Reasumując praca ma typowe wady pracy klinicznej, retrospektywnej. Wyniki dotyczą jednego ośrodka i przewagi pacjentów miejskich, co ogranicza możliwość uogólnienia wniosków. Brak grupy kontrolnej uniemożliwia jednoznaczne ustalanie zależności przyczynowych, a deficyty dokumentacyjne i organizacyjne szpitala w trakcie projektu skutkowały pominięciem niektórych zmiennych. Praca opiera się na danych, które posiadamy a nie tych, które wydają się nam najistotniejsze. Autorka sama dostrzega to ograniczenie w omówieniu wyników. Jest to ten rodzaj pracy, w której jej ograniczenia są dla nas jasne już po jej przeprowadzeniu. Nie wiemy bowiem jakie dane uda nam się uzyskać z historii chorób. Nie może być to elementem krytyki pracy. Z mojej perspektywy jednak najważniejsze pytanie do Autorki dotyczy tego jakie dane by zbierała mając możliwość prowadzenia badania prospektywnego?

Pomimo powyższych zastrzeżeń pracę oceniam jako dobrą. Praca dotyczy ważnego zagadnienia, jest przygotowana metodologicznie poprawnie i przyczynia się do przyrostu wiedzy w analizowanym temacie. Co najważniejsze, skłania do zadawania kolejnych pytań badawczych. Wskazuje ona na gotowość Autorki do zajmowania się trudnymi w realizacji i wymagającymi dużego nakładu pracy tematami. Dotyczy ona istotnego zagadnienia klinicznego. Przygotowanie dysertacji wymagało dużego nakładu pracy i uważności w analizowaniu z reguły niekompletnych i różnie gromadzonych danych klinicznych. Z uwzględnieniem powyższych uwag dobór metodologii jest poprawny. Analizy przeprowadzone są w zasadniczym swoim zakresie w sposób wnikliwy i rzetelny. Praca wnosi istotny wkład w zrozumienie mechanizmów związanych z porażką w leczeniu jadłowstrętu psychicznego w warunkach klinicznych. Z mojej perspektywy najciekawszy wniosek dotyczy wpływu zmiany terapeuty na stabilność leczenia i znaczenia terapii rodzin w skróceniu hospitalizacji. Pomimo tego, iż anoreksja psychiczna kieruje naszą uwagę w stronę kalorii i ciała jednym z najważniejszych czynników leczących jest relacja terapeutyczna. Troska o jej stabilność w świetle uzyskanych wyników może być istotnym prognostykiem sukcesu w leczeniu. Warto pogłębić to zagadnienie w prospektywnym badaniu wieloośrodkowym pozwalającym na bardziej wnikliwe zrozumienie zależności wykazanych w analizie. Praca powinna być traktowana jako punkt wyjścia zarówno do dalszych projektów naukowych, jak i do budowy nowych praktyk opieki psychiatrycznej nad młodymi pacjentami z anoreksją nervosa.

Rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 187 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t.j. Dz.U. 2023, poz. 742 z późn. zm).

Zwracam się do Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie lek. Doroty Chmyłko-Terlikowskiej do dalszych etapów postępowania w sprawie nadania stopnia doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, dyscyplinie nauki medyczne.

Dr hab. n. med. Maciej Pilecki