

Wrocław 3.08.2026.

RECENZJA

**dorobku naukowego, działalności dydaktycznej i organizacyjnej
dr n. o zdr. Małgorzaty Terek-Derszniak
w postępowaniu o nadanie stopnia doktora habilitowanego**

Podstawa opracowania recenzji

Recenzję przygotowano na podstawie przedstawionej dokumentacji, obejmującej autoreferat, wykaz osiągnięć naukowych, pełne teksty czterech publikacji tworzących osiągnięcie naukowe oraz oświadczenia współautorów dotyczące indywidualnego wkładu wnioskodawcy. Przy ocenie uwzględniono spójność tematyczną cyklu, jakość metodologiczną badań, ich znaczenie poznawcze i aplikacyjne, a także pozostałą aktywność naukową, dydaktyczną, organizacyjną i popularyzatorską kandydatki.

Nota biograficzna

Pani dr n. o zdr. Małgorzata Terek-Derszniak ukończyła w 2004 r. studia magisterskie na kierunku fizjoterapia na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. W 2010 r. uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, natomiast w 2017 r. stopień doktora nauk o zdrowiu na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach na podstawie rozprawy pt. „Deklarowana aktywność fizyczna mieszkańców Kielc uczestników badania PONS”.

Od 1999 r. jest zawodowo związana ze Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach, gdzie przechodziła kolejne etapy rozwoju zawodowego, a od 1 października 2025 r. kieruje Onkologicznym Centrum Rehabilitacji. Posiada również wieloletnie doświadczenie nauczyciela akademickiego, zdobyte w uczelniach kieleckich. Jej droga zawodowa ukazuje konsekwentne łączenie praktyki fizjoterapeutycznej, dydaktyki oraz badań zorientowanych na rozwiązywanie konkretnych problemów pacjentów onkologicznych.

Ocena osiągnięcia naukowego

Podstawę ubiegania się o stopień doktora habilitowanego stanowi cykl czterech powiązanych tematycznie prac oryginalnych zatytułowany „Determinanty i fenotypy odzyskiwania kontynencji po radykalnej prostatektomii – rola wyjściowego nasilenia nietrzymania moczu, techniki operacyjnej oraz spersonalizowanej rehabilitacji dna miednicy”. Cykl tworzą:

1. Terek-Derszniak M. i wsp. Pelvic Floor Rehabilitation After Prostatectomy: Baseline Severity as a Predictor of Improvement – A Prospective Cohort Study. *Journal of Clinical Medicine*. 2025;14(12):4180. DOI: 10.3390/jcm14124180. *IF 2,900; MEiN 140*.
2. Terek-Derszniak M. i wsp. Continence Recovery After Radical Prostatectomy: Personalized Rehabilitation and Predictors of Treatment Outcome. *Diagnostics*. 2025;15(22):2881. DOI: 10.3390/diagnostics15222881. *IF 3,300; MEiN 70*.
3. Terek-Derszniak M. i wsp. Effectiveness of pelvic floor rehabilitation after radical prostatectomy and continence recovery in relation to surgical technique. *Scientific Reports*. 2026;16:12378. DOI: 10.1038/s41598-026-36972-7. *IF 3,900; MEiN 140*.
4. Terek-Derszniak M. i wsp. Phenotypic stratification predicts the pace, but not the outcome, of continence recovery after radical prostatectomy. *PLOS ONE*. 2025;20(12):e0338900. DOI: 10.1371/journal.pone.0338900. *IF 2,600; MEiN 100*.

Łączny współczynnik wpływu publikacji wchodzących w skład cyklu wynosi 12,700, a łączna punktacja ministerialna 450 punktów. Wszystkie prace opublikowano po uzyskaniu stopnia doktora, w recenzowanych czasopismach indeksowanych w Journal Citation Reports. W każdej publikacji dr Małgorzata Terek-Derszniak jest pierwszą autorką. Z dokumentacji wynika, że jej wkład miał charakter wiodący i obejmował koncepcję oraz projekt badań, prowadzenie procesu badawczego, gromadzenie i opracowanie danych, przygotowanie pierwotnej wersji manuskryptów, a także nadzór i administrowanie projektem. Oświadczenia współautorów są spójne z opisem przedstawionym w autoreferacie.

Przedmiot badań ma istotne znaczenie kliniczne. Nietrzymanie moczu po radykalnej prostatektomii jest częstym następstwem leczenia raka gruczołu krokowego, wpływającym na jakość życia, aktywność społeczną i poczucie bezpieczeństwa chorego. Opracowanie standaryzowanego, a zarazem możliwego do personalizacji modelu fizjoterapii, opartego na obiektywnej ocenie nasilenia objawów, odpowiada zatem na realną potrzebę pacjentów oraz zespołów urologicznych.

Omówienie publikacji wchodzących w skład cyklu

Publikacja P1

Praca P1 otwiera cykl i przedstawia prospektywną obserwację 182 pacjentów po radykalnej prostatektomii, spośród których 106 operowano laparoskopowo, a 76 z użyciem systemu robotycznego. Wszyscy zostali objęci ujednoliconym, wieloetapowym programem rehabilitacji mięśni dna miednicy. Program obejmował przygotowanie przedoperacyjne, ćwiczenia po usunięciu cewnika, nadzorowane sesje fizjoterapeutyczne, biofeedback, obrazowanie ultrasonograficzne, a u wybranych pacjentów także elektrostymulację nerwowo-mięśniową. Wyniki oceniano obiektywnie za pomocą jednogodzinnego testu podpaskowego oraz zużycia środków absorpcyjnych.

Badanie wykazało wyraźną poprawę kontynencji w kolejnych punktach obserwacji. Największą bezwzględną redukcję utraty moczu stwierdzono u chorych z najcięższym wyjściowym nietrzymaniem moczu. Wartością pracy jest zastosowanie jednolitego protokołu, pełna obserwacja analizowanej kohorty oraz wykorzystanie mierzalnego punktu końcowego. Ważny jest także praktyczny wniosek, że wyjściowe nasilenie dolegliwości może służyć do planowania intensywności rehabilitacji.

Najpoważniejszym ograniczeniem P1 jest jednak brak grupy kontrolnej pacjentów niepoddanych ocenianemu programowi fizjoterapii. Po prostatektomii występuje naturalna, zależna od czasu poprawa funkcji zwieraczowej, dlatego w jednoramiennym badaniu kohortowym nie można jednoznacznie oddzielić efektu rehabilitacji od samoistnej rekonwalescencji, wpływu techniki operacyjnej, uczenia się testu ani innych elementów opieki. Z tego względu wyniki przekonująco dokumentują poprawę w trakcie programu i zależność jej skali od stanu wyjściowego, lecz nie stanowią rozstrzygającego dowodu przyczynowego skuteczności samej interwencji. Ograniczenie to nie przekreśla wartości badania, ale wymaga ostrożnego formułowania wniosków i wskazuje na potrzebę przyszłego porównania z grupą kontrolną.

Publikacja P2

W P2 autorka rozwija wcześniejsze obserwacje, koncentrując się na klinicznych, funkcjonalnych i organizacyjnych predyktorach odzyskiwania kontynencji. Analiza wskazuje, że duże wyjściowe nasilenie nietrzymania moczu wiąże się z większą bezwzględną skalą poprawy, ale jednocześnie z mniejszą szansą osiągnięcia pełnej kontynencji. Korzystne znaczenie ma wcześniejsze rozpoczęcie rehabilitacji, a do sześciu miesięcy po operacji kontynencję osiągnęło 80% badanych. Praca trafnie pokazuje, że „poprawa” i „pełne wyleczenie” są odmiennymi punktami końcowymi i nie powinny być interpretowane zamiennie.

Za mocną stroną uznaję próbę przełożenia wyników na praktykę: obiektywny test podpaskowy może identyfikować osoby wymagające intensywniejszego, wcześniejszego i dłuższego wsparcia. Autorzy uczciwie wskazują ograniczenia obejmujące brak randomizacji i grupy kontrolnej, użycie testu jednogodzinnego zamiast 24-godzinnego, brak pełnych danych o doświadczeniu operatorów oraz niedoskonały pomiar przestrzegania zaleceń domowych. Takie przedstawienie granic wnioskowania zwiększa wiarygodność interpretacji.

Publikacja P3

P3 dotyczy relacji między techniką operacyjną a wczesnym odzyskiwaniem kontynencji. Pacjenci po prostatektomii wspomaganej robotycznie częściej rozpoczynali rehabilitację z lepszym stanem funkcjonalnym niż pacjenci po prostatektomii laparoskopowej. Po wdrożeniu jednolitego programu rehabilitacyjnego różnice między grupami zmniejszały się, co sugeruje, że technika operacyjna wpływa przede wszystkim na punkt wyjścia procesu rekonwalescencji, natomiast dalszy przebieg zależy również od nasilenia objawów i organizacji rehabilitacji.

Interpretacja porównania LRP i RARP wymaga jednak szczególnej ostrożności. Kryteria kwalifikowania poszczególnych pacjentów do metody laparoskopowej albo robotycznej nie zostały opisane na tyle szczegółowo, aby można było wykluczyć systematyczne różnice między grupami. Badanie nie było randomizowane, a o wyborze techniki mogły decydować dostępność systemu robotycznego, preferencje i doświadczenie chirurgów, okres leczenia oraz cechy kliniczne nieuwjęte w modelach statystycznych. Operacje wykonywało ponadto dwóch operatorów robotycznych i pięciu laparoskopowych, bez możliwości pełnej korekty względem doświadczenia i krzywej uczenia. Zależność między techniką a kontynencją może zatem częściowo wynikać z niedostatecznie jasno określonych kryteriów włączenia do porównywanych grup. Warto podkreślić, że sama autorka wyraźnie dostrzega to ograniczenie.

Publikacja P4

Ostatnia publikacja wykorzystuje metody eksploracyjne do fenotypowej stratyfikacji chorych. Na podstawie cech klinicznych i onkologicznych wyodrębniono trzy grupy różniące się tempem odzyskiwania kontynencji, choć nie ostatecznym wynikiem rehabilitacji. Ujęcie to stanowi interesujący krok w kierunku personalizacji opieki: pacjenci z łagodniejszymi objawami i korzystniejszym profilem mogą wymagać innej intensywności nadzoru niż osoby z ciężkim nietrzymaniem moczu i bardziej obciążającym profilem onkologicznym.

Analiza klasteryzacyjna ma jednak charakter eksploracyjny, została przeprowadzona w jednej kohorcie, a najmniejszy klaster liczył jedynie 20 osób i cechował się słabszą stabilnością. Zaproponowane fenotypy oraz ścieżka decyzyjna wymagają zewnętrznej walidacji w niezależnych, większych i wieloośrodkowych populacjach. Autorka formułuje ten postulat wprost, co należy ocenić pozytywnie.

Spójność, oryginalność i znaczenie osiągnięcia

Cztery publikacje tworzą logiczny ciąg badawczy. P1 dokumentuje poprawę w ramach wdrożonego programu i rolę wyjściowego nasilenia nietrzymania moczu; P2 identyfikuje predyktory poprawy oraz osiągnięcia pełnej kontynencji; P3 włącza do modelu technikę operacyjną; P4 poszukuje klinicznie użytecznych fenotypów procesu zdrowienia. Jest to zatem rzeczywisty cykl powiązanych prac, a nie zbiór publikacji zestawionych wyłącznie wspólną tematyką.

Za najważniejszy wkład naukowy i praktyczny uznaję opracowanie oraz analizę modelu opieki, który łączy leczenie operacyjne z oceną funkcjonalną i fizjoterapią prowadzoną od okresu przedoperacyjnego do sześciu miesięcy po usunięciu cewnika. Osiągnięcie dostarcza danych przemawiających za koniecznością wczesnej oceny testem podpaskowym. Jego wynik może wpłynąć na planowanie intensywności fizjoterapii. Szczególna wartość pracy wynika z osadzenia w realnej praktyce klinicznej i wdrożenia programu do rutynowej opieki.

Ograniczenia cyklu są istotne: wszystkie analizy dotyczą tej samej, jednośrodkowej kohorty, brakuje randomizowanego porównania z grupą kontrolną, a ocena techniki operacyjnej jest trudna do przeprowadzenia ze względu na nieostre kryteria włączenia. Nie niweluje ich rozbudowana analiza statystyczna. Jednocześnie wnioskodawczyni nie pomija tych słabości. Świadomość różnicy między obserwacją związku a wykazaniem przyczynowości jest wyrazem dojrzałości naukowej. Kandydatka traktuje ograniczenia nie jako formalny dodatek, lecz jako punkt wyjścia do kolejnych badań.

W dalszym rozwoju programu zasadne byłoby przeprowadzenie wielośrodkowego badania porównawczego, z prospektywnie zdefiniowanymi kryteriami kwalifikacji do LRP i RARP, uwzględnieniem krzywej uczenia operatorów, standaryzowanym pomiarem realizacji ćwiczeń i grupą kontrolną. Pozwoliłoby to zweryfikować przyczynowy efekt rehabilitacji oraz trwałość zaproponowanych fenotypów.

Ocena pozostałego dorobku naukowego

Poza cyklem habilitacyjnym dorobek kandydatki obejmuje 20 publikacji naukowych, w tym 17 pełnotekstowych prac oryginalnych opublikowanych w czasopismach z Journal Citation Reports, jedną pracę oryginalną w czasopiśmie bez Impact Factor, opis przypadku oraz pracę przeglądową. Łącznie w dorobku wykazano 21 oryginalnych pełnotekstowych prac w czasopismach z IF o sumarycznej wartości 53,400. Według przedstawionej analizy bibliometrycznej publikacje kandydatki uzyskały 225 cytowań w Web of Science Core Collection, w tym 197 bez autocytowań, oraz 225 cytowań w Scopus, w tym 202 bez autocytowań. Indeks Hirscha wynosi 7 w obu bazach.

Tematyka pozostałych prac obejmuje m.in. fizjoterapię onkologiczną, obrzęk limfatyczny, aktywność fizyczną i zachowania zdrowotne, epidemiologię nowotworów oraz funkcjonowanie pacjentów po leczeniu onkologicznym. Dorobek ukazuje stopniowe przejście od szeroko rozumianych badań populacyjnych i rehabilitacji onkologicznej do wyspecjalizowanego programu badawczego dotyczącego zaburzeń kontynencji po prostatektomii. Jest ilościowo i jakościowo wartościowy, a poziom cytowań potwierdza zauważalny odbiór prac w środowisku naukowym.

Kandydatka jest współautorką 26 referatów prezentowanych na konferencjach krajowych i międzynarodowych, odbyła staż naukowy w Oddziale Klinicznym Urologii i Urologii Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie oraz od 2021 r. recenzuje prace dla czasopisma „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”. Słabiej rozwiniętymi elementami działalności są dotychczasowy brak udziału w konkursowych projektach badawczych oraz ograniczony wymiar współpracy zagranicznej. Nie podważają one jednak oceny osiągnięcia, a wskazują naturalne kierunki dalszego wzmacniania samodzielności i umiędzynarodowienia badań.

Ocena działalności dydaktycznej, organizacyjnej i popularyzatorskiej

Aktywność dydaktyczna dr Małgorzaty Terek-Derszniak jest wieloletnia i różnorodna. Prowadziła zajęcia dla studentów fizjoterapii z zakresu fizjoterapii w kardiologii, pulmonologii i onkologii, badań czynnościowych, terapii manualnej, odnowy biologicznej, masażu leczniczego, protetyki i ortotyki, a także zajęcia z fizjoterapii onkologicznej dla studentów kierunku lekarskiego. Uczestniczyła w komisjach egzaminacyjnych oraz prowadziła szkolenia zawodowe, w tym kursy tapingu rehabilitacyjnego.

Szczególnie wysoko oceniam działalność organizacyjną i wdrożeniową. Kandydatka była inicjatorką i współtwórczynią programu fizjoterapii po radykalnej prostatektomii w Świętokrzyskim Centrum Onkologii oraz kierowała zespołem odpowiedzialnym za jego realizację. Opracowała także program indywidualnej rehabilitacji onkologicznej, który stał się podstawą projektu realizowanego w ramach Funduszy Europejskich dla Świętokrzyskiego 2021–2027; pełni w nim funkcję kierownika merytorycznego. Od 2025 r. organizuje pracę Onkologicznego Centrum Rehabilitacji. Działania te dowodzą zdolności do przekładania wyników i wiedzy eksperckiej na trwałe rozwiązania systemowe.

Na podkreślenie zasługuje także współtworzenie programów i treści kursów internetowych z fizjoterapii onkologicznej dla Krajowej Izby Fizjoterapeutów, współautorstwo opracowania dotyczącego nowotworów złośliwych w województwie świętokrzyskim przygotowanego na zamówienie Ministerstwa Zdrowia oraz działalność popularyzatorska prowadzona m.in. na Chęcińskim Uniwersytecie Trzeciego Wieku. Profil ten pokazuje odpowiedzialność społeczną i umiejętność komunikowania wiedzy poza wąskim środowiskiem naukowym.

Podsumowanie i wniosek końcowy

Przedstawiony do oceny cykl publikacji jest tematycznie spójny, powstał po uzyskaniu stopnia doktora i dokumentuje konsekwentnie zrealizowany program badawczy. Dr Małgorzata Terek-Derszniak odegrała w nim rolę inicjatorki, pierwszej autorki i osoby kierującej realizacją badań. Osiągnięcie wnosi wartościową wiedzę o czynnikach wpływających na odzyskiwanie kontynencji po radykalnej prostatektomii oraz dostarcza podstaw do personalizacji rehabilitacji dna miednicy.

Moja ocena pozostaje pozytywna pomimo wskazanych zastrzeżeń metodologicznych. Najważniejsze z nich to brak grupy kontrolnej w P1 oraz nie w pełni przejrzyste kryteria doboru pacjentów do operacji laparoskopowej i robotycznej, co ogranicza możliwość wnioskowania przyczynowego. Zastrzeżenia te powinny wyznaczać kierunek następnego etapu badań, lecz nie niweczą oryginalności i znaczenia całego osiągnięcia. Co istotne, kandydatka sama rozpoznaje ograniczenia opublikowanych prac i formułuje wnioski z należytą ostrożnością. Uważam to za dowód dojrzałości naukowej oraz rzetelności badawczej.

Całokształt dorobku naukowego, aktywność dydaktyczna i popularyzatorska, a zwłaszcza udokumentowana zdolność do tworzenia i wdrażania modeli opieki rehabilitacyjnej, pozwalają uznać dr n. o zdr. Małgorzatę Terek-Derszniak za dojrzałą i samodzielną badaczkę, której osiągnięcie stanowi znaczący wkład w rozwój nauk o zdrowiu, w szczególności fizjoterapii onkologicznej i rehabilitacji urologicznej.

W konsekwencji z pełnym przekonaniem pozytywnie oceniam przedstawione osiągnięcie naukowe oraz pozostały dorobek kandydatki i popieram nadanie dr n. o zdr. Małgorzacie Terek-Derszniak stopnia doktora habilitowanego.

Prof. dr hab. med. Tomasz Szydelko

