Dr hab. Maria Kózka, prof. UJ
Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM
ds. dydaktycznych i studenckich – studia stacjonarne
Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Klinicznego
Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa UJ CM

Kraków, dnia 14.12.2016 r.

Recenzja

Rozprawy doktorskiej mgr Ilony Książek pt.: *Wpływ przedoperacyjnej analgezji miejscowej na nasilenie dolegliwości bólowych po zabiegach torakoskopowych.*

Na sukces przeprowadzanej procedury chirurgicznej składa się wiele czynników, w tym między innymi prawidłowa kontrola bólu, wczesna mobilizacja i rehabilitacja po zabiegu, co bezpośrednio przekłada się na trzy istotne elementy, wymieniane w wielu publikacjach — czas hospitalizacji, koszty i zadowolenie chorego. Ból pooperacyjny ma wiele mechanizmów, zatem różnorodne podejście należy zastosować w analgezji przed i pooperacyjnej, celem poprawy uśmierzania bólu, z jednoczesnym zmniejszenie liczby powikłań. Mimo poprawy w zrozumieniu mechanizmów bólu, wprowadzaniu nowoczesnych, bezpiecznych analgetyków i technik znieczulenia poziom uśmierzania bólu pooperacyjnego, jak podają badania ankietowe wysoko rozwiniętych krajów europejskich jest wciąż niezadowalający. Nieodpowiednia (nieskuteczna) kontrola bólu pooperacyjnego może prowadzić do negatywnych skutków dla chorego, a mianowicie rozwoju bólu przewlekłego, immunosupresji, zakażeń, gorszego gojenia rany, aktywacji adrenergicznej i jej skutków w postaci incydentów wieńcowych czy niedrożności przewodu pokarmowego, a brak mobilności chorego skutkować może zakrzepicą i zatorowością. Powikłania nie pozostają bez wpływu na funkcjonowanie szpitala, co oznacza, że brak satysfakcji chorego to gorsza ocena

szpitala, wydłużenie czasu hospitalizacji, zwiększenie częstości reoperacji i ponownych przyjęć do szpitala, zwiększenie kosztów opieki i leczenia, zwiększenie częstości wnoszonych skarg i wypłacanych odszkodowań.

Przedstawiona do recenzji praca mgr Ilony Książek pt.: *Wpływ przedoperacyjnej analgezji miejscowej na nasilenie dolegliwości bólowych po zabiegach torakoskopowych* dobrze wpisuje się w nurt, wciąż niedostatecznie reprezentowanych badań w tym zakresie.

Merytoryczna ocena pracy

Praca obejmuje 150 stron tekstu, 189 pozycji piśmiennictwa, 20 rycin i 6 tabel.

Struktura pracy zawiera: wprowadzenie, analizę piśmiennictwa cel pracy, opis grupy badanej, metodykę, wyniki badań, dyskusję, streszczenie w języku polskim i angielskim, piśmiennictwo, spis rycin i tabel.

Uwagi recenzenta do struktury pracy:

- brak zasadności uwzględniania we wprowadzeniu podrozdziałów i następnie kolejnych rozdziałów i podrozdziałów. W opinii recenzenta ta część zyskałaby większą przejrzystość przy układzie wprowadzenie i podrozdziały, bowiem całość dotyczy analizy piśmiennictwa w odniesieniu do tytułu pracy,
- brak wniosków,
- w rozdziale 6 (w spisie treści- s. 4) Autorka użyła niewłaściwego określenia *Opis grupy badawczej*, natomiast w tekście prawidłowo: Opis grupy badanej (s. 62),
- podrozdziały 7.1.- 7.3. zamieszczone w rozdziale metodyka powinny być przeniesione do części pierwszej, ponieważ odnoszą się do analizy piśmiennictwa,
- standard postępowania pielęgniarskiego w zakresie oddziaływań przeciwbólowych w okresie przed i pooperacyjnym w odniesieniu do pacjentów, u których zastosowano zabieg torakoskopowej sumpatektomii piersiowej powinien być zamieszczony po wynikach badań a nie w dyskusji.

We wprowadzeniu Autorka w sposób bardzo ogólny przedstawiła problematykę bólu zwracając uwagę na znaczenie opieki pielęgniarskiej w łagodzeniu u pacjenta negatywnych emocji, mających wpływ na odczucia bólowe. W podrozdziałach do wprowadzenia zaprezentowała definicję bólu przyjętą przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu, charakteryzowała ból ostry, przewlekły i pooperacyjny. Opisała metody farmakologicznego leczenia bólu i oceny bólu z wykorzystaniem różnych skal: numerycznej, wizualno-analogowej, słownej, Wronga- Bakera i wpływ bólu na zachowanie chorego.

W kolejnych rozdziałach i podrozdziałach w sposób syntetyczny, logiczny i zgodnie z aktualną wiedzą przedstawiła zasady leczenia bólu nowotworowego, pooperacyjnego oraz zadania pielęgniarki w leczeniu bólu uwzględniając obowiązujące regulacje prawne, nowoczesne podejście w ujęciu Międzynarodowej Klasyfikacji Interwencji Pielęgniarskich (ICNP), założenia programu „Szpital bez bólu" i innych uznanych programów.

Autorka założyła w pracy dwa cele: poznawczy i praktyczny. Celem poznawczym była: *ocena retrospektywna wpływu przedoperacyjnej analgezji miejscowej na nasilenie dolegliwości bólowych oraz zużycia różnych rodzajów leków przeciwbólowych po zabiegach torakoskopowej sumpatektomii piersiowej.* Natomiast celem praktycznym: *określenie standardu postępowania pielęgniarskiego w zakresie oddziaływań przeciwbólowych w okresie przed i pooperacyjnym u pacjentów, u których zastosowano* zabieg *torakoskopowej sumpatektomii piersiowej* (s.61). Przedstawione cele sformułowane są poprawnie, brak jednak ich uszczegółowienie w formie problemów badawczych, natomiast w wynikach badań przedstawiono szczegółową analizę uwzględniając rodzaj interwencji, czas po zabiegu i płeć badanych.

Badaniem objęto 92 pacjentów dorosłych leczonych operacyjnie z powodu zaburzeń układu współczulnego, w tym 59 osób z nadpotliwością piersiową o lokalizacji dłoniowej lub dłoniowo-pachowej i 33 osoby z napadowym czerwienieniem twarzy. Grupa objęta badaniem leczona była w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Szpitalu Fundacji Sanitas w okresie od 10.01. 2012 roku do 1.09.2015 roku. Kryterium włączenia do badań stanowiła klasa I American Society of Anestezjolog (ASA).

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (NKEBN/418/2007) w zakresie stosowania wideoskopowej sympatektomii w leczeniu nadpotliwości piersiowej.

Badania przeprowadzono w 2 etapach. W pierwszym etapie badań oceniono dolegliwości bólowe oraz zużycie leków przeciwbólowych dzieląc badanych na 3 podgrupy: grupa 0 bez ostrzykiwania miejsca operowanego przed wprowadzeniem trokarów wideotorakoskopowych, grupa N- ostrzykiwanie miejsca operowanego 0,9% roztworem NaCL w objętości 5 ml., grupa B- ostrzykiwanie miejsca operowanego 0,5 % roztworem Bupiwakainy w objętości 5 ml. W drugim etapie oceniono nasilenie dolegliwości bólowych oraz zużycie leków przeciwbólowych pomiędzy dwoma badanymi grupami: grupa B- ostrzykiwanie miejsca operowanego 0,5 % roztworem Bupiwakainy w objętości 5 ml., grupa D- stosowanie przedoperacyjnej blokady

nerwów międzyżebrowych w linii przykręgosłupowej w rzucie 3,4,5 nerwu międzyżebrowego za pomocą 2 ml 0,5 % Bupiwakainy w każdej lokalizacji. Do monitorowania skuteczności oceny leczenia przeciwbólowego zastosowano skalę numeryczną, na której stopień nasilenia bólu określają liczby od 0-10.

Do analizy danych wykorzystano program STATISTICA 11.0 PL. wykorzystując analizę parametryczną (test ANOVA) i nieparametryczną (test U- Manna Whitneya i h- Kruskala – Wallisa), a w odniesieniu do danych skategoryzowanych zastosowano test Chi^2.

Przyjęta metodyka badań umożliwiła zebranie materiału oraz analizę uzyskanych wyników i ich prezentację.

W ocenie przeprowadzonych badań i ocenie pracy pojawia się jednak pewna wątpliwość wynikająca z zamieszczonego opisu grupy badanej (s.62) *badaniem objęto 92 pacjentów dorosłych leczonych operacyjnie z powodu zaburzeń układu współczulnego, w tym 59 osób z nadpotliwością piersiową o lokalizacji dłoniowej lub dłoniowo-pachowej i 33 osób z napadowym czerwienieniem twarzy,* w kontekście zgody Komisji Bioetycznej w zakresie stosowania wideoskopowej sympatektomii w leczeniu nadpotliwości piersiowej oraz braku w dalszej części pracy informacji o grupie z napadowym czerwienieniem twarzy. W rozdziałach 7.1-7.3 Autorka opisuje: zasady kwalifikacji do operacji chorych z nadpotliwością pierwotną, endoskopową sympatektomię piersiową jako metodę leczenia operacyjnego oraz metody leczenia nieoperacyjnego nie odnosząc się do napadowego czerwienienia twarzy. Prezentując wyniki odnosi się ogólnie do 92 wykonanych zabiegów i oceny bólu w okresie pooperacyjnym. Zgłoszone zastrzeżenie powinno zostać wyjaśnione przez Doktorantkę w trakcie obrony pracy.

Wyniki badań zaprezentowano opisowo i graficznie na rycinach. Badania wykazały, że zastosowanie przedoperacyjnego ostrzyknięcia miejsca operowanego bupiwakainą w grupie kobiet pozwala na zmniejszenie dolegliwości bólowych do 8 godzin od zabiegu, mniejszy wpływ wykazano w grupie mężczyzn. Ponadto badania nie wykazały istotnej statystycznej różnicy na obniżenie natężenia bólu pooperacyjnego w grupie, u której zastosowano przed operacją blokadę nerwów międzyżebrowych w rzucie wykonywanego cięcia.

W dyskusji liczącej 16 stron Autorka porównała wyniki badań własnych z rezultatami uzyskanymi przez innych autorów odnosząc się zarówno do badań z nadpotliwością piersiową jak również do badań w odniesieniu do innych grup schorzeń poddanych tym samym interwencjom. Dyskusja napisana jest rzetelnie i świadczy o dobrej znajomości zagadnienia

oraz umiejętnością analizowania i syntetyzowania. W dyskusji zamieściła Doktorantka opracowany pielęgniarski standard okołooperacyjnego postępowania przeciwbólowego zgodnie z celem praktycznym określonym w pracy (s. 61). W opinii recenzenta ta część powinna stanowić odrębny rozdział zamieszczony po wynikach badań. W opracowanym standardzie brakuje definicji, którą Autorka przyjęła w formułowaniu diagnoz pielęgniarskich, bowiem w literaturze przedmiotu przyjmuje się różne klasyfikacje np. NANDA (Północnoamerykańskiego Towarzystwa Diagnoz Pielęgniarskich), ICNP (Międzynarodowa Klasyfikacja Interwencji Pielęgniarskich), Klasyfikacja Opieki Klinicznej (CCC), Klasyfikacja Domowej Opieki Zdrowotnej, Terazus kliniczny przyjęty w Danii, Holandii czy Wielkiej Brytanii lub Europejska Klasyfikacja Opieki Pielęgniarskiej (ENP).

Przedstawione diagnozy są sformułowane nieprawidłowo bez względu na przyjętą klasyfikację, bowiem stanowią wynik koniecznych interwencji. Zgodnie z przyjętą definicją diagnozy pielęgniarskiej wg NANDA jest to określenie reakcji pacjenta na aktualny lub potencjalny problem zdrowotny. Ból [10013950] wg. ICNP jest definiowany jest jako nasilenie przykrego odczucia cielesnego, subiektywne zrelacjonowanie cierpienia, grymas, zmiana napięcia mięśni, samoobronne zachowania, zawężone pole uwagi, zmiany w postrzeganiu upływu czasu, przerwanie kontaktów społecznych, pogorszony proces myślowy, zachowanie rozpraszające, niepokój i utrata apetytu. Natomiast ból spowodowany raną [10021243] to termin należący do osi: przedmiot opieki, oznaczający odczucie bólu wywołane raną lub zlokalizowane w tkance wokół rany, w zależności od charakteru rany ból określany jako ostry, tnący, rwący lub jako tępy, tlący, dokuczliwy, tkliwy uciskowo, nieobecny przy rozległych uszkodzeniach zakończeń nerwowych, które warunkują możliwość

doznawania bólu. Przykładowe diagnozy wg ICNP: ból [10023130], ból ostry [10000454], ból przewlekły [10000546], ból ustępujący [10027917], brak bólu [10029008], kontrola bólu [10025831].

Sądzę, że przedstawione recenzji uwagi krytyczne, wątpliwości i własne sugestie zostaną uwzględnione w ewentualnym przygotowaniu pracy do druku i będą dla Doktorantki stanowić podstawą pogłębionej refleksji w dalszym jej rozwoju zawodowym i naukowym.

Ocena końcowa

Recenzowana praca doktorska Pani mgr Ilony Książek pt.: *Wpływ przedoperacyjnej analgezji miejscowej na nasilenie dolegliwości bólowych po zabiegach torakoskopowych* dotyczy ważnego problemu odnoszącego się do aspektu poznawczego i praktycznego.

Doktorantka wykazała się umiejętnością organizowania badań, ich prowadzenia, analizy wyników i ich prezentacji. Rozprawa doktorska spełnia kryteria określone w obowiązujących przepisach prawa (Ustawy z dnia 14. 03. 20103 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki – Dz. U. Nr 65, poz. 595 z późn. zm.). Na tej podstawie zwracam się do Wysokiej Rady Wydziału Nauki o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskie i Tropikalnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie Pani mgr Ilony Książek do dalszych etapów przewodu doktorskiego.