

Gdańsk, 9 sierpnia 2023 r.

RECENZJA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ

mgra Piotra A. Janiewicza

EMOCJONALNOŚĆ NEGATYWNA I JAKOŚĆ SNU A PERCEPCJA BÓLU U PACJENTÓW PO ENDOPROTEZOPLASTYCE STAWU BIODROWEGO

napisanej pod kierunkiem dr hab. Magdaleny Błażek, prof. uczelni

na Wydziale Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej Gdańskiego
Uniwersytetu Medycznego

Chociaż alloplastyka stawu biodrowego w wyniku różnych chorób przewlekłych (przede wszystkim w chorobie zwyrodnieniowej stawów, RZS) czy urazów stawu biodrowego obecnie wydaje się dość powszechnym, wręcz rutynowym zabiegiem, umożliwiającym powrót do normalnego funkcjonowania, to często zapomina się o tym, że nadal jest poważną interwencją chirurgiczną, niosącym duże ryzyko powikłań.

Sam zabieg związany jest także z różnymi, głównie negatywnymi emocjami, przejawiającymi się, jak podkreśla Autor dysertacji (s. 30) zarówno poprzez pobudzenie ośrodkowego i autonomicznego układu nerwowego (pobudzenie), w odpowiedzi werbalnej lub niewerbalnej na konkretne poznane wydarzenie (poznanie) oraz w subiektywnym odbiorze stanu podanych emocji (wyrażenie). Emocje negatywne w okresie okołoperacyjnym pełnią funkcję regulacyjną. Lęk i strach stają się jednymi z głównych czynników modyfikujących przyszłe doznania bólowe, ale też mają bezpośrednie wpływ na cały zaplanowany proces medyczny i uzyskane efekty lecznicze wyniku przeprowadzanego zabiegu operacyjnego. Charakter odczuwanych dolegliwości bólowych pooperacyjnych zależy od urazu wynikającego z naruszenia ciągłości w wyniku ingerencji chirurgicznej, rozległości samego uszkodzenia tkanek podczas zabiegu operacyjnego oraz działania analgezji przed-, wśród- i pooperacyjnej, a także nasilenia lęku, jakie chory odczuwał przed zabiegiem operacyjnym.

Doktorant wyszedł naprzeciw oczekiwaniom osób po alloplastyce stawu biodrowego poświęcając swoją rozprawę zagadnieniom niezwykle rzadko prezentowanym w literaturze, a odnoszącym się do emocjonalności negatywnej i jakości snu w kontekście percepcji bólu u pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego.

Podjęcie się tego zamierzenia zasługuje na uwagę i już w tym miejscu podkreślić bym chciała oryginalność zamierzeń badawczych oraz ważne metodologiczne założenia pracy.

OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA PRACY

Przedłożona mi do recenzji rozprawa doktorska ma postać klasycznej dysertacji. Dysertacja liczy 179 stron, ma układ typowy dla prac o charakterze teoretyczno-empirycznym. Zawiera dobrze wprowadzający do problematyki pracy *Wstęp*, trzy rozdziały teoretyczne *Endoprotezoplastyka stawu biodrowego*, *Doświadczenia emocjonalne w okresie okołoperacyjnym*, *Doznania bólowe* oraz dwa rozdziały empiryczne (*Metodologia badań własnych*, *Wyniki*). Dysertację kończy *Dyskusja*, *Wnioski*, *streszczenie w języku polskim i angielskim*, *Bibliografia*, *Spis tabel* i *Spis rycin* oraz *Aneksy*.

Tytuł pracy w pełni odpowiada treściom w niej zawartym, jest stylistycznie oraz metodologicznie prawidłowy, daje potencjalnemu czytelnikowi wskazówkę, jakiego obszaru eksploracji naukowej dotyczy dysertacja.

Rozdział I. *Endoprotezoplastyka stawu biodrowego* to kompendium wiedzy na temat zabiegu chirurgicznego, podczas którego dysfunkcyjny staw biodrowy (z powodu choroby lub urazu) zostaje zastąpiony implantem protezy biodra. Autor dysertacji przytacza tu definicje endoprotezoplastyki stawu biodrowego, anatomie i biomechanikę stawu biodrowego, jak również opisuje budowę i rodzaje endoprotez stawu biodrowego. Ponadto definiuje bardzo precyzyjnie wskazania jak i przeciwwskazania do tego typu zabiegu oraz podaje możliwe powikłania operacyjne.

Treści zawarte w tym rozdziale są niezmiernie ważne do zrozumienia charakteru zabiegu, ale też możliwych konsekwencji, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, a co za tym idzie funkcjonowania emocjonalnego pacjentów przed i po alloplastyce stawu biodrowego.

W rozdziale II. *Doświadczenia emocjonalne w okresie okołoperacyjnym*, Badacz ponownie zaczyna od zdefiniowania kluczowych dla niego zagadnień, w tym wypadku emocji, podaje ich klasyfikacje ze względu na kategorie oraz liczbę, a następnie przytacza najważniejsze w

kontekście tematyki podjętych badań teorii emocji (fizjologiczno - somatyczne, neurobiologiczne, poznawcze oraz konstruowanej emocji). Rozdział ten kończy podrozdział odnoszący się do regulacyjnej funkcji emocji negatywnych w okresie okołoperacyjnym.

Pozwala to zrozumieć nie tylko emocje u osób przed i po zabiegu alloplastyki stawu biodrowego i ich złożoność, ale też to, jak emocje wpływają na myśli, zachowanie oraz fizjologię, przekładając się na możliwe zaburzenia snu oraz percepcję bólu, modyfikując jego subiektywne doświadczanie, a także na aktywizowanie różnych strategii radzenia sobie.

Rozdział 3 nosi tytuł *Doznania bólowe*. Doktorant ponownie rozpoczyna rozdział od zdefiniowania penetrowanego zagadnienia, tym razem bólu, opisuje jego patofizjologię, klasyfikacje, a następnie przechodzi do dość szczególnego rodzaju bólu, bólu pooperacyjnego, wskazując na złożoność zjawiska, nie tylko z uwagi na swój charakter, ale przede wszystkim na dolegliwości mające szczególny charakter właśnie w okresie pooperacyjnym.

Następnie zajmuje się oceną bólu pooperacyjnego, zdając sobie sprawy z tego, że narażenie pacjentów na zwiększone odczuwanie dolegliwości bólowych po zabiegu powinno iść w parze ze skutecznym leczeniem przeciwbólowym, stąd systematyczne dokonywanie oceny natężenia bólu w tym okresie jest niezbędne.

Układ części teoretycznej (i całej pracy) oraz struktura podziału treści jest prawidłowa.

Autor dysertacji z dużym znawstwem porusza się prezentując kolejne zagadnienia.

Treści zawarte w części teoretycznej są spójne wewnętrznie i adekwatnie dobrane, nie tylko do tytułu pracy doktorskiej, ale są także zgodne z problemami zasygnalizowanymi w tytułach rozdziałów oraz podległych im podrozdziałów. Rozważania teoretyczne zostały oparte na odpowiednio dobranej literaturze przedmiotu, nie tylko polskiej, ale także anglojęzycznej.

Język jakim posługuje się jest komunikatywny i poprawny stylistycznie, co czyni pracę interesującą i wartościową również pod względem merytorycznym. Co ważne, widać, że Doktorant bardzo dobrze nie tylko zna problematykę, jaką przedstawił w części teoretycznej rozprawy, ale także ją czuje. Przebija z niej duża troska o pacjenta, o jego komfort, o poprawę jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia.

Oceniana część teoretyczna pracy doktorskiej stanowi bardzo dobrą podstawę teoretyczną do sformułowania celów i problemów badań oraz odpowiadających im pytań i hipotez badawczych.

OCENA ROZPRAWY, REALIZACJI CELU BADAŃ I ORYGINALNEGO WKŁADU AUTORA

Celem niniejszego projektu badawczego jest ocena emocjonalności negatywnej oraz zaburzeń snu i ich wpływ na odczuwaną percepcję bólu u pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. Badacz sformułował także trzy cele szczegółowe, obejmujące:

- analizę lęku, depresji i rozdrażnienia u pacjentów przed i po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego;
- ocenę zaburzeń snu u pacjentów oczek na zabieg operacyjny alloplastyki;
- ocenę bólu u chorych poza zabiegu operacyjnym.

Do tak sformułowanego celu Badacz postawił problem (dlaczego nie pytanie?) główny: *Jaki jest wpływ emocji negatywnych i zaburzenia snu na ocenę dolegliwości bólowych?* oraz 2 problemy szczegółowe i odpowiadające im hipotezy. Są one poprawnie sformułowane i mają osadzenie w teorii, w tym psychologicznej oraz literaturze przedmiotu. Jednakże w mojej ocenie doktorant sformułował pytania badawcze, a nie problemy. Problem badawczy jest to zagadnienie, które kierunkuje przedsięwzięcia badawcze autora pracy, w tym przypadku doktorskiej, musi być skonkretyzowany i uściślony np. *wpływ emocji negatywnych i zaburzenia snu na ocenę dolegliwości bólowych*. Jednakże, jak wskazuje literatura, problem badawczy najlepiej przedstawić w postaci pytania lub kilku pytań, co Doktorant pokazał.

Cele pracy zostały przez Badacza zrealizowane z wykorzystaniem różnorodnych metod badawczych, do których należą:

1. do pomiaru percepcji bólu:
 - Skala wizualno-analogowa (Visual Analogue Scale, VAS)
 - Numeryczna Skala Szacunkowa (Numerical Rating Scales, NRS)
 - Zmodyfikowana Skala Bólu Leitinena

Pomiar percepcji bólu był wykonywany siedmiokrotnie, pierwszy pomiar został przeprowadzony wieczorem w dniu zabiegu, kolejne rano i wieczorem w 1., 2. i 3. dobie po zabiegu.

2. Do oceny reakcji na ból:

- Skala DOLOPLUS – 2

obserwacja reakcji pacjenta na ból była dokonana czterokrotnie, pierwszy pomiar został przeprowadzony wieczorem w dniu zabiegu, kolejne trzy w 1., 2. i 3 dobie po zabiegu.

3. Negatywna emocjonalność:

- (HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale) Zigmond i Snaith, w polskiej adaptacji Majkowicza, de Walden – Gałuszko i Chojnackiej-Szawłowskiej
- Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI Spielbergera i Gorsuch, w polskiej adaptacji Spielbergera, Strelaua, Tysarczyka i Wrześniewskiego (doktorant źle odmienił s. 89 nazwisko prof. Jana Strelaua)

4. Ocena snu:

- Ateńska Skala Bezsenności Soldatosa, Dikeosa, Paparrigopoulou, w polskiej adaptacji Fornal-Pawłowskiej, Wołyńczyk-Gmaj i Szelenbergera

5. Ankieta własna, obejmująca dane na temat płci, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, miejsca zamieszkania, wcześniejszych operacji każdego pacjenta, a także czasu hospitalizacji (liczba dni), terminu zabiegu (czas od przyjęcia) oraz terminu wypisu (czas od zabiegu).

Ponadto wykorzystano Krótką Skalę Oceny Stanu Psychicznego MMSE (Mini-Mental State Examination) przed rozpoczęciem właściwego badania innymi narzędziami.

Wszystkie metody i narzędzia badawcze są trafnie dobrane.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej do spraw badań naukowych przy gdańskim Uniwersytecie medycznym (zgoda nr NKEBN 219/2011 z dnia 15.06.2011. oraz NKBBN/223/2021 z dnia 18.02.2021).

Badanie przeprowadzono wśród pacjentów hospitalizowanych w NZOS Zdrowie Sp. Z o.o. w Kwidzynie na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (N=130).

Badacz określił bardzo precyzyjnie kryteria włączające i wyłączające z badania.

Zastosowano adekwatne do celów pracy analizy statystyczne, w tym zaawansowane.

Przeprowadzone badania przyniosły ważne ustalenia, m.in. to, że przeciętnie uciążliwość bólu, jego percepcja oraz reakcja na ból zmniejszała się pomiaru na pomiar. Niezmiernie ważnym wynikiem było wyodrębnienie dwóch grup badanych osób: o podwyższonej percepcji bólu i o obniżonej percepcji bólu. Badacz zauważył, iż osoby należące do profilu podwyższonej percepcji bólu raportowały silniejszą intensywność bólu, większą jego uciążliwość oraz bardziej negatywną reakcję na ból już od pierwszego pomiaru wykonanego w dniu zabiegu.

Te (i inne) wyniki mają znaczenie praktyczne, wskazują na konieczność indywidualizacji podejmowanych oddziaływań specjalistycznych w zależności od istniejących zasobów psychologicznych, choćby przejawianej emocjonalności. Przekładać się mogą na efekty rehabilitacji pooperacyjnej tej grupy osób.

Przeprowadzona dyskusja wskazuje na dużą interdyscyplinarną wiedzę Autora pracy, wnikliwość psychologiczną oraz umiejętność krytycznej analizy problemu. Jednocześnie uwidacznia się duża umiejętność analizy i syntezy.

Dysertacja mgra Piotra A. Janiewicza wychodzi naprzeciw trudnym wyzwaniom. A ponieważ w takim ujęciu nie podejmowano dotąd badań jest pracą oryginalną, podejmującą istotną i nader aktualną problematykę, także z perspektywy dużego znaczenia społecznego.

Oceniając całościowo rozprawę doktorską pragnę w tym miejscu podkreślić drobne uwagi, a także jej mocne strony.

Jeśli chodzi o uwagi, Badacz, mimo tego, iż praca przygotowana jest starannie nie uniknął pewnych błędów np. związanych z prawidłowym nazwiskiem, jest s. 37 i w Piśmiennictwie s.138 „Jelska”, powinno być „Jasielska” (https://psychologia.amu.edu.pl/produkt/sielska-a-2013-charakterystyka-i-konsekwencje-potocznego-rozumienia-emocji-poznan-wydawnictwo-naukowe-uam/?doing_wp_cron=1691424142.3387160301208496093750). Czasem nie uwzględnia płci przy odmianie nazwisk, np. Strelau, gdy powinno być Strelaua (s. 89).

Chociaż praca jest dysertacją w obszarze nauk o zdrowiu, Doktorant używa bardzo statystycznego języka, np. poziom lęku, a nie lepiej nasilenie/natężenie? Tak jak w przypadku oceny bólu/

We wnioskach (na początku podrozdziału) zamieszczono też wyniki, należałoby je przenieść do rozdziału Wyniki.

W aneksach nie należy umieszczać prawnie chronionych narzędzi psychologicznych, np. STAI czy MMSE.

Szkoda także, że Badacz najprawdopodobniej nie zarejestrował swych badań w bazie ClinicalTrials.gov, co ułatwiłoby publikację tych wartościowych wyników w czasopiśmie światowym, do czego ogromnie zachęcam Autora.

Walory dysertacji obejmują:

1. bardzo dobrze przygotowany przegląd badań, w szczególności odnoszący się do negatywnej emocjonalności,
2. innowacyjny, oryginalny charakter badań,
3. wagę podjętych problemów;
4. brak zastrzeżeń natury metodologicznej co do przeprowadzonych badań, które zostały zaplanowane, zrealizowane i zanalizowane bardzo starannie ;
5. wielokrotne pomiary percepcji bólu i reakcji pacjenta na ból;
6. dotarcie do dużej, starannie wyselekcjonowanej liczby piśmiennictwa;
7. pokazanie bardzo wartościowych rezultatów;
8. przełożenie wyników na aplikacyjność.

Uzyskane przez Doktoranta wyniki, poddane badawczej analizie, wypełniają oczekiwania recenzenta odnośnie do kwalifikacji poznawczej i poziomu rozprawy naukowej, w tym wypadku doktorskiej, pozwalając na jej bardzo pozytywną ocenę.

Całość rozprawy, w tym dyskusja wyników, potwierdzają, że Badacz posiada dużą wiedzę interdyscyplinarną, przede wszystkim, medyczną, pielęgnarską, psychologiczną pozwalającą

na bardzo szczegółową analizę uzyskanych wyników, dowodzi krytycznego sposobu myślenia Autora.

Rozprawa doktorska jest pracą oryginalną, w której Doktorant rozwiązuje postawiony problem w sposób, który potwierdza jego umiejętności do prowadzenia pracy naukowej.

Biorąc powyższe pod uwagę, **stwierdzam, że przedłożona mi do recenzji dysertacja mgra Piotra A. Janiewicza EMOCJONALNOŚĆ NEGATYWNA JAKOŚĆ SNU A PERCEPCJA BÓLU U PACJENTÓW PO ENDOPROTEZOPLASTYCE STAWU BIODROWEGO w pełni spełnia wymogi stawiane pracom doktorskim, zgodnie z Ustawą o tytułach i stopniach naukowych.**

Mam więc zaszczyt przedstawić Radzie Dyscypliny nauk o Zdrowiu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wniosek o dopuszczenie mgra Piotra A. Janiewicza do dalszych etapów postępowania doktorskiego.

Mariola Bidzan