

Prof. dr hab. n. med. Jerzy Lasek

Gdańsk, 26.03.2018.

Kierownik Zakładu Propedeutyki Chirurgii  
i Urazów Wielonarządowych

Wydział Lekarski

Gdański Uniwersytet Medyczny

### **Recenzja**

#### **rozprawy doktorskiej na stopień doktora nauk o zdrowiu**

**mgr Beaty Papiernik**

**pt. : „Poziom lęku – stanu i leku – cechy, a odczuwanie dolegliwości bólowych u pacjentów w okresie okołoperacyjnym”**

**Promotorem rozprawy jest Prof. dr hab. n. med. Andrzej Basiński**

Mgr Beata Papiernik w swojej rozprawie doktorskiej podjęła problem lęku i dolegliwości bólowych u chorych poddawanych zabiegom operacyjnym w okresie okołoperacyjnym, tj. tuż przed operacją oraz tuż po operacji chirurgicznej. Obserwacje kliniczne w oddziałach zabiegowych wskazują, iż lęk w tym okresie może wpływać niekorzystnie na końcowy wynik leczenia. Lęk i ból okołoperacyjny u chorego przebywającego w warunkach przymusu sytuacyjnego mogą znacznie pogorszyć efekt nawet najlepiej wykonanej operacji chirurgicznej. Wszelkie działania zmierzające do ograniczenia lub wyeliminowania lęku oraz dolegliwości bólowych mają więc istotne znaczenie praktyczne. W Polsce przeprowadzono nieliczne badania dotyczące tych zagadnień. Wybór tematu rozprawy doktorskiej jest więc nader trafny.

Przedstawiona mi do oceny praca w postaci oprawionego składu komputerowego obejmuje 82 strony; w tym „Wstęp”, „Założenia i cel pracy”, „Materiał i metoda badań”, „Wyniki badań”, „Omówienie wyników i dyskusja”, „Wnioski”, „Streszczenie”, „Bibliografia”, „Załączniki”.

We „Wstępie” Autorka przytoczyła istotne dane dotyczące bólu w wymiarze wieloaspektowym, wielowymiarowym i wielodyscyplinarnym. Zgodnie z klasyczną definicją Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu „ból jest przykrym zmysłowym i emocjonalnym odczuciem związanym z aktualnym lub z potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywanym jako takie uszkodzenie”. Ból jest zjawiskiem subiektywnym, psychicznym i emocjonalnym. Każdy może odczuwać ból w sposób odmienny, na który wpływają wzory reakcji obowiązujące w danej kulturze oraz procesy motywacyjne i emocjonalne. Przedstawiono także model doznania bólowego. Lęk zdefiniowano jako „przykry, intensywnie odczuwany stan złego samopoczucia wywołany niejasnym wrażeniem niesprecyzowanego i bliskiego zagrożenia, wobec którego człowiek czuje się bezbronny i bezsilny”. Przytoczono też przybliżony mechanizm powstawania lęku z uwzględnieniem danych z obszaru neuroanatomii i neurobiologii.

Dla potrzeb zrozumienia całej dysertacji zdefiniowano pojęcie lęku jako cechy oraz lęku jako stanu. Autorka przyjęła „lęk jako nabytą predyspozycję behawioralną lub motyw, który czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających”. Z kolei lęk jako stan zdefiniowano jako część składowych psychologicznych, społecznych, behawioralnych oraz fizjologicznych objawów przejawiających się w różnych formach zachowań, takich jak uczucie oszołomienia, wrażenie bycia wstydlivym, fantazji lękowych oraz zachowań kontrafobicznych.

Doktorantka dokonała charakterystyki koncepcji dotyczących jakości życia. Wskazała, że jakość życia pozostaje ścisłym związkiem ze zdolnościami i możliwościami jednostki do zaspokajania swoich potrzeb. Wskazała na obiektywne trudności w ocenie jakości życia. Charakteryzując ocenę jakości życia należy wyróżnić położenie jako sytuację określoną obiektywnie oraz ocenę opisywanego zjawiska uwarunkowaną poglądami oceniającego. W swoich rozważaniach Autorka wskazuje na jakość życia jako zjawisko wielowymiarowe z uwzględnieniem składnika fizycznego, psychicznego, społecznego oraz sprawności fizycznej.

Korzystne wrażenie sprawia także sposób przedstawienia rozlicznych aspektów związanych z bólem w okresie okresem okołoperacyjnym. Jako chirurga najbardziej zainteresowały mnie w tej części opracowania wywody Autorki dotyczące bólu pooperacyjnego.

Autorka sformułowała trzy następujące cele:

- 1) zbadanie zależności pomiędzy przedoperacyjnym lękiem, a pooperacyjnym bólem,
- 2) zbadanie związku pomiędzy poziomem leku – stanu u chorych przed operacją i poziomem leku – cechy, a odczuwaniem bólu,
- 3) zbadanie ogólnej jakości życia w zależności od stanu zdrowia

Badania przeprowadzono na grupie 147 chorych leczonych w trzech klinikach zabiegowych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego GUMed, tj. w Klinice Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej (chorzy przyjęci do zabiegu amputacji w obrębie kończyny), w Klinice Chirurgii Szcękowo - Twarzowej (chorzy z obrażeniami szcękowo-twarzowymi do zabiegu rekonstrukcyjnego), w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej (chorzy zakwalifikowani do operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca). Testy psychologiczne i kwestionariusze kierowane były do osób pełnoletnich. Każda osoba była badana dwukrotnie. Lęk jako stan i lęk jako cechę badano w okresie przedoperacyjnym za pomocą polskiej wersji kwestionariusza samooceny STAI (State Anxiety Inventory), natomiast dolegliwości bólowe za pomocą skali VAS (Visual Analogue Scale). Na tym etapie zbierano także dane społeczno - demograficzne. W okresie pooperacyjnym odczucia bólowe oceniano przy pomocy skali VAS oraz zmodyfikowanej wersji testu McGill Pain Questionnaire. W tej części badania chorzy określali swoją jakość życia przy pomocy kwestionariusza SF-36v2. Na badania uzyskano zgodę Niezależnej Komisji Bioetycznej ds. Badan Naukowych GUMed.

Wszystkie obliczenia statystyczne przeprowadzono przy pomocy pakietu statystycznego StatSoft



Inc.(2011) STATISTICA .version 10.0 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel.

Szczegółowe wyniki swoich badań Doktorantka przedstawiła w rozdziale „Wyniki badań w 7 tabelach i na 13 wykresach. Nie stwierdzono istotnej korelacji pomiędzy bólem a lekiem – stanem i lękiem – cechą. Wykazano, że przy przyjęciu do szpitala chorzy odczuwali silne dolegliwości bólowe. Bóle zmniejszały się w trzeciej dobie pooperacyjnej, szczególnie wśród chorych po zabiegach chirurgicznych w obrębie twarzoczaszki oraz po interwencjach chirurgicznych na sercu. Natężenie bólu było wyraźnie większe wśród pacjentów po zabiegach amputacyjnych w obrębie narządu ruchu. Dokonano analizy badań dotyczących wpływu leku - stanu i lęku – cechy na wybrane zmienne. Wykazano, że różnice w nasileniu lęku – stanu względem płci, wieku, miejsca zamieszkania oraz wykształcenia nie różniły się znamienne. Nie stwierdzono korelacji lęku – cechy i lęku – stanu w odniesieniu do liczby osób w rodzinie oraz wysokości dochodów. Wyraźna była jednak zależność pomiędzy wiekiem chorych, a lękiem jako cechą; wraz ze wzrostem wieku wzrastał poziom lęku – cechy. Szczegółowe porównania wykazały, że osoby zakwalifikowane do zabiegu amputacyjnego w obrębie narządu ruchu miały znamienne wyższy poziom leku od osób kwalifikowanych do operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca. Osoby kwalifikowane do operacji w obrębie twarzoczaszki wykazywały niższy poziom lęku jako cechy niż chorzy kwalifikowani do zabiegu amputacji oraz do operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca

Badając wskaźniki jakości życia nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie sprawności fizycznej, stanów prowadzących do ograniczeń w pracy, witalności oraz stanu zdrowia w zależności od płci. W obszarach dotyczących problemów emocjonalnych, funkcjonowania społecznego, zdrowia psychicznego oraz dolegliwości bólowych kobiety oceniały gorzej jakość życia niż mężczyźni. Sprawność fizyczna wyżej oceniana był wśród mieszkańców wsi niż u mieszkańców miast. Grupa chorych oczekujących na zabieg amputacyjny wyraźnie gorzej oceniała jakość życia we wszystkich badanych wskaźnikach. Wyniki badań zdają się wskazywać na to, że nie tylko odpowiednia premedykacja farmakologiczna ma korzystne znaczenie, lecz także przygotowanie psychiczne, które powinno łagodzić niepokój i lęk.

W przedstawianiu rozlicznych wyników swych dociekań Autorka posłużyła się właściwymi testami statystycznymi.

Moja krytyczna uwaga dotyczy tego, że opisy wykresów umieszczono ponad rysunkami, a nie pod nimi, co jest powszechnie stosowane w podobnych opracowaniach.

W rozdziale „Omówienie wyników i dyskusja” Autorka w sposób szczegółowy i wnikliwy odniosła się do aspektów z zakresu metodyki badawczej oraz wyników innych autorów, starając się także skomentować uzyskane wyniki własne w wydzielonych grupach pacjentów. W dociekaniach tych dostrzegam krytyczne spojrzenie Doktorantki na uzyskane wyniki własne. Uważam jednak, że w niewystarczającym stopniu podkreślono fakt, iż analizowane grupy chorych były niejednorodne. Jako chirurga szczególnie zainteresowały mnie wnikliwe i krytyczne rozważania Autorki związane z lękiem i bólem okołoperacyjnym. .

Autorka wykazała się tu niezbędną wiedzą medyczną oraz imponującą znajomością szerokiego wachlarza problemów psychologicznych związanych zwłaszcza ze specyfiką chorych poddawanych różnym zabiegom operacyjnym. Rozważania Doktorantki w tej części dysertacji są dojrzałe i mogą przyczynić się do wzbogacenia obszaru wiedzy na temat rzadko poruszanych problemów medycznych. Skłaniają do refleksji, że przedstawiciele dyscyplin zabiegowych zbyt mało uwagi poświęcają problemom łagodzenia lęku i bólu u chorych w okresie okołoperacyjnym.

Tę część rozprawy oceniam wysoko, pomimo poczynionej uwagi krytycznej.

W rozdziale „Wnioski” Doktorantka sformułowała 3 krótkie wnioski starając się odpowiedzieć na postawione wcześniej cele.

We wniosku nr 1 stwierdza (cyt): „Badania wykazały, że występuje zależność między przedoperacyjnym lękiem, a pooperacyjnym bólem w odniesieniu do grupy zbadanych chorych”.

Nie scharakteryzowano jednak dokładniej wskazanej zależności.

We wniosku nr 2 (cyt): „Stwierdzono, że rodzaj zabiegu chirurgicznego jest czynnikiem różnicującym nasilenie lęku stanu i cechy, a odczuwaniem dolegliwości bólowych”. Moim zdaniem, we wniosku tym zawarty jest pewien skrót myślowy, gdyż nie uwzględniono choroby, której przebieg, czas trwania oraz stopień zaawansowania determinują wybór rodzaju zabiegu operacyjnego.

We wniosku nr 3 (cyt): „Stwierdzono ścisły związek między jakością życia, a aktualnym stanem zdrowia badanych chorych”. W mojej ocenie, brakuje doprecyzowania, na czym ów ścisły związek polega.

W „Bibliografii” Doktorantka umieściła 108 pozycji w języku polskim i angielskim. Są to w większości ważne doniesienia, opublikowane po roku 2000. Doktorantka wykazała się dobrą umiejętnością wykorzystania pozycji piśmiennictwa, zwłaszcza we „Wstępie” i w „Omówieniu wyników i dyskusji” rozprawy.

Zamieszczone streszczenie rozprawy w adekwatny sposób charakteryzuje całą rozprawę doktorską. W moim przekonaniu, wyraźnie brakuje jednak streszczenia w języku angielskim.

Wartościową częścią rozprawy są „Załączniki” ułatwiające lekturę opracowania, w których Autorka umieściła wykorzystywane w badaniach kwestionariusze oraz skalę.

Z obowiązku recenzenta wskazuję na niedostatki w interpunkcji oraz „błędy drukarskie” na stronach 5, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 25, 66. Ponadto moją wątpliwość budzi przytoczone w pracy określenie „pacjenci z urazami szczękowo-twarzowymi”. Korzystniej byłoby stosować określenie „pacjenci po urazach szczękowo-twarzowych, albo „pacjenci z obrażeniami szczękowo-twarzowymi”. Kolejna uwaga dotyczy określenia „pacjenci po zabiegu amputacji narządu ruchu”, co może błędnie sugerować, że amputowano cały narząd ruchu. W istocie byli to „chorzy po zabiegu amputacji w obrębie narządu ruchu”.

Chciałbym jednak podkreślić, że poczynione przeze mnie krytyczne uwagi, wynikające z obowiązku recenzenta, nie umniejszają istotnie znacznej wartości ocenianej rozprawy oraz mojej pozytywnej oceny ogólnej. Opracowania naukowe podejmujące tematy związane z aspektami



psychologicznymi wśród chorych po operacjach chirurgicznych są relatywnie nieliczne w rodzimym piśmiennictwie. Rozprawa jest elementem poznania ważnych problemów zdrowia publicznego.

W podsumowaniu stwierdzam, że przedłożona mi do oceny **rozprawa mgr Beaty Papiernik pt.: „Poziom lęku – stanu i leku – cechy, a odczuwanie dolegliwości bólowych u pacjentów w okresie okołoperacyjnym”** jest **samodzielnym i oryginalnym rozwiązaniem istotnego problemu naukowego zdrowia publicznego, dowodzi wiedzy medycznej i znajomości tematu Autorki oraz odpowiada warunkom określonym w art.13 Ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. 2003.65.595.)** spełniając wszystkie warunki wymagane dla rozprawy na stopień doktora nauk o zdrowiu.

Biorąc powyższe pod uwagę, przedkładam Wysokiej Radzie Wydziału Nauk o Zdrowiu z OP i IMMIT Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wniosek o dopuszczenie mgr Beaty Papiernik do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

KIEROWNIK  
Zakładu Propedutyki Chirurgii i Urazów Wielonarządowych  
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego  
Prof. dr hab. n. med. Jerzy Lasek