

prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkowicz  
Akademia Pomorska w Słupsku  
Wydział Nauk o Zdrowiu

Gdańsk, 15.04.2018 r

### Ocena pracy doktorskiej

**mgr Beaty Papiernik**

**na temat: „Poziom lęku – stanu i lęku – cechy a odczuwanie dolegliwości bólowych w okresie okołoperacyjnym ”**

Promotor: Prof. dr hab. n. med. Andrzej Basiński

Wysoka Rado,

Zgodnie z uchwałą Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu z dnia 18.01.2018 r. podjąłem się oceny pracy doktorskiej na stopień doktora nauk o zdrowiu p. mgr Beaty Papiernik. Tytuł pracy **„Poziom lęku – stanu i lęku – cechy a odczuwanie dolegliwości bólowych w okresie okołoperacyjnym ”**

Problematyka pracy dotyczy istotnej sprawy zarówno z punktu widzenia podmiotowego podejścia wobec pacjentów, ale także z punktu widzenia efektywności opieki pooperacyjnej. W jednym i drugim przypadku mamy do czynienia ze zjawiskami, które obciążają jakość życia pacjentów a pośrednio wpływają na efektywność leczenia. Wzmoczony lęk oraz ból są zjawiskami niepożądanymi w procesie leczenia, w tym leczenia operacyjnego. Ponadto te dwa zjawiska, czy odczucia natury psychologicznej, są ze sobą powiązane. Stąd też podjęcie się przez Doktorantkę badania tego obszaru jest z wszech miar sensowne i potrzebne.

Praca ma typowy układ prac doktorskich i składa się z dwóch zasadniczych części, części tzw. teoretycznej oraz części badań własnych. Całość obejmuje 82 strony. W części pierwszej Doktorantka opisuje zjawisko bólu, lęku i koncepcje oceny jakości życia. W rozdziale o bólu Autorka zjawisko bólu opisuje w świetle najnowszy koncepcji uwzględniających bio-psycho-społeczne podejście. Wskazuje na powiązanie bólu zarówno z emocjami, ale także z przekonaniem jednostki na temat bólu, a nawet z cechami osobowości jednostki. W części dotyczącej bólu pooperacyjnego Autorka wiąże fizjologiczne procesy bólu z klinicznym wykładnikiem bólu w postaci cierpienia. W dalszej części Doktorantka omawia zjawisko lęku i tutaj również posługuje się modelem bio-psycho-społecznym. Wyróżnia i omawia powszechnie przyjęty w psychologii podział zjawiska lęku na dwa jego rodzaje mianowicie lęk jako cecha i lęk jako stan. W ostatnim rozdziale części pierwszej Autorka omawia rozumienie pojęcia jakości życia w zasadniczej części skupiając się na

Dziekanat Wydziału Nauk o Zdrowiu

23 MAJ 2018

Wpł. dnia.....

Nr-DNZ/ 179/2018 .....

koncepcji oceny jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia tzw. HRQL (*Health-Related Quality of Life*).

Drugą część pracy Doktorantka rozpoczyna od przedstawienia założeń i celów pracy. Celem pracy jest :

1. Zbadanie zależności jaka zachodzi między przedoperacyjnym lękiem a pooperacyjnym bólem w odniesieniu do grupy chorych poddanych zabiegowi amputacji narządu ruchu w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, chorych zakwalifikowanych do operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego oraz u chorych poddanych zabiegowi po urazach szczękowo- twarzowych w Klinice Chirurgii Szczękowo- Twarzowej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego
2. Zbadanie związku między poziomem lęku stanu u pacjentów przed operacją i poziomem lęku cechy a odczuwaniem bólu.
3. Zbadanie ogólnej oceny jakości życia w zależności od aktualnego stanu zdrowia badanych chorych.

Następnie dokonano charakterystyki grupy badawczej, która obejmowała 147 chorych leczonych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku. Pacjenci tworzyli trzy grupy badawcze. Grupa I-K liczyła 47 osób i składała się z pacjentów zakwalifikowanych do operacyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej. Druga grupa (II-S) składała się z 50 osób – pacjentów z urazami szczękowo – twarzowymi, którzy byli zaopatrywani i leczeni w Klinice Chirurgii Szczękowo – Twarzowej. Trzecią grupę oznaczoną symbolem III-O tworzyło 50 pacjentów po zabiegu amputacji narządów ruchu zaopatrywanych i leczonych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej. Badane grupy charakteryzują odmienne obciążenia i różny kontekst psychologiczny ich sytuacji klinicznej, a jednocześnie łączy je zabieg chirurgiczny jako zjawisko wysoko lękotwórcze. Dobór grup badawczych jest więc przemyślany i sensowny.

Do postawionych założeń i celów badawczych zostały zastosowane adekwatne narzędzia badawcze. Narzędzia te, są powszechnie stosowane a także posiadają znane i dobre właściwości psychometryczne. Ocenę lęku dokonano za pomocą Kwestionariusza Samoceny – STAI badającego lęk – stan i lęk – cechę autorstwa Ch. Spielbergera w adaptacji do polskich warunków. Z kolei do badania natężenia i charakteru bólu, zastosowano dwa

narzędzia: Skalę VAS (Visual Analogue Scale) oraz Kwestionariusz McGill w wersji skróconej. Do badania jakości życia zastosowano Kwestionariusz SF-36 v 2. Ponadto zastosowano ankietę do gromadzenia wybranych danych społeczno – demograficznych.

Do analizy statystycznej zastosowano właściwe procedury badawcze za pomocą licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA v. 10.0.

Wyniki badań zaprezentowano zarówno w tabelach jak i przejrzystych rycinach. Dokonano porównań między grupowych w zakresie badanych zmiennych. Na podstawie badań wykazano, że w czasie przyjęcia do szpitala pacjenci odczuwali dość silne dolegliwości bólowe, które uległy znacznemu obniżeniu w trzeciej dobie po zabiegu, choć nadal były one bardziej nasilone w grupie pacjentów, u których dokonano amputacji narządów ruchu. Również nasilenie lęku w grupie pacjentów u których dokonano amputacji narządu ruchu było wyższe w stosunku do pozostałych grup badawczych. Ta grupa charakteryzowała się również obniżonym poziomem jakości życia.

Bardzo mocną stroną recenzowanej pracy doktorskiej jest ta część pracy, która obejmuje omówienie wyników badań oraz dyskusję. Doktorantka w tej części wykazała, dużą znajomość literatury przedmiotu że potrafi swobodnie poruszać się wśród współczesnych badań dotyczących problematyki badawczej, którą wybrała jako przedmiot pracy doktorskiej. Ponadto, Autorka wnosi wiele istotnych uwag wynikających z bardzo dobrej znajomości sytuacji psychologicznej i klinicznej badanych pacjentów i ich funkcjonowania pod tym względem, oddziałów z których rekrutowani byli pacjenci. W moim przekonaniu jest to duża wartość dodana i potwierdza dojrzałość Doktorantki w rozumieniu sytuacji psychologicznej badanych pacjentów. Jej obserwacje przyczyniły się do tego, że Autorka w swoich wnioskach nie operuje się jedynie na suchych danych liczbowych, ale potrafi je zinterpretować w znacznie szerszym kontekście.

Doktorantka kończy zasadniczą część pracy następującymi wnioskami:

1. Badania wykazały, że bardzo ważne jest przygotowanie psychiczne chorego w okresie przedoperacyjnym, co w konsekwencji może spowodować odczuwanie mniejszych dolegliwości bólowych.
2. Stwierdzono, że rodzaj zabiegu chirurgicznego jest czynnikiem różnicującym nasilenie lęku jako stanu i lęku jako cechy oraz odczuwanie dolegliwości bólowych
3. Stwierdzono ścisły związek między jakością życia, a aktualnym stanem zdrowia badanych chorych.

We wniosku nr 1, choć w analizie statystycznej nie stwierdzono istotnej korelacji pomiędzy nasileniem lęku przed zabiegiem operacyjnym a natężeniem bólu po operacji to jednak w oparciu o analizę klinicznej i psychologicznej sytuacji chorych w klinikach w których operowano badane osoby, to jednak ze względu na to, że prowadzono tam intensywne przygotowanie psychiczne pacjentów przed operacją, doszło do zmniejszenia ich poziom lęku i w konsekwencji mogło spowodować zmniejszenie dolegliwości bólowych. Bądź też zmienna „przygotowanie pacjenta do operacji” miała bezpośredni wpływ na zmniejszenie dolegliwości bólowych bez zmiennej pośredniczącej jaką jest poziom lęku. Z tych badań wynika inspiracja do tego, aby w przyszłości w sposób bardziej wymierny kontrolować tę zmienną. Ta sytuacja choć nie była w sposób zamierzony kontrolowana i mierzona mogła wpłynąć na brak statystycznie istotnej zależności pomiędzy poziomem lęku przed operacją a poziomem odczuwanego bólu po operacji jak to wynika z wielu danych z piśmiennictwa. To spostrzeżenie wskazuje na potrzebę rozwijania, w sposób bardziej powszechny i usystematyzowany, programu przygotowania pacjentów przed operacją. Z wniosku drugiego wynika, że należy ostrożnie interpretować relacje pomiędzy lękiem a bólem w sytuacji braku zróżnicowania rodzaju zabiegu operacyjnego. Wydaje się więc, że nie ma tu ogólnego, jednolitego wzorca zależności pomiędzy nasileniem lęku a nasileniem bólu pooperacyjnego. Pod tym względem jest to dość ważny wniosek.

Wniosek trzeci o ścisłym związku między jakością życia a aktualnym stanem zdrowia jest dość banalny. Choć w badaniach nad jakością życia bywa tak, że ocena jakości życia, która jest z natury subiektywna różni się od obiektywnej oceny stanu zdrowia. Te różnice, jak się wydaje, częściej występują w chorobach przewlekłych. W tym przypadku mamy do czynienia z sytuacją stosunkowo krótkotrwałą – stan pooperacyjny.

Wysoka Rado, w moim przekonaniu przedstawiona do recenzji rozprawa na stopień doktora nauk o zdrowiu pt: : „**Poziom lęku – stanu i lęku – cechy a odczuwanie dolegliwości bólowych w okresie okołoperacyjnym** ” 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. z póź. Zm.) w związku z czym z przyjemnością przedstawiam Wysokiej Radzie Wydziału Nauk o Zdrowiu z OP i IMMiT Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wniosek o dopuszczenie p. **mgr Beatę Papiernik** do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

prof. dr hab. *Mikołaj Majkowiak*  
specjalista psychologii klinicznej