

Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik
Kierownik Katedry Opieki Paliatywnej
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

Recenzja rozprawy na stopień doktora nauk o zdrowiu Pani mgr Anny Kliś-
Kalinowskiej pt. „Stacjonarna opieka paliatywna w Oddziale Medycyny Paliatywnej
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie”.

Opieka paliatywna widziana jest obecnie jako forma dodatkowej opieki nad osobami żyjącymi z poważnymi chorobami, niezależnie od rozpoznania i rokowania, która się skupia na łagodzeniu dolegliwości i zmniejszeniu cierpienia spowodowanego chorobą. Celem opieki paliatywnej jest to, aby człowiek chory i jego bliscy mogli żyć jak najpełniej mimo obciążeń i ograniczeń związanych z postępującą chorobą, niezależnie od etapu chorowania. Leczenie ukierunkowane na łagodzenie objawów chorobowych, takich jak ból, stanowi podstawę opieki paliatywnej również dlatego, że jeśli jest zadowalające, umożliwia dotarcie do potrzeb psychospołecznych i duchowych, które często mają największe znaczenie dla osoby chorej. Praca mgr Anny Kliś-Kalinowskiej wpisuje się w nurt badań nad całościową oceną bólu i czynników wpływających na jego intensywność, radzenie sobie z nim oraz na skuteczność jego łagodzenia w populacji chorych na postępujące choroby przewlekłe objętych opieką paliatywną. Praca ma układ typowy dla prac doktorskich, liczy 146 stron i składa się z 5 rozdziałów, po których następuje piśmiennictwo, spis tabel, wykresów i rysunków oraz aneks obejmujący dane na temat liczby badanych spośród hospitalizowanych w poszczególnych latach i załączniki, w których zawarto narzędzia stosowane w badaniu.

Część teoretyczna składa się z 4 podrozdziałów i poświęcona jest miejscu opieki paliatywnej w medycynie, oddziałowi medycyny paliatywnej w Krakowie, sytuacji chorego objętego opieką paliatywną, a także bólowi u pacjentów objętych opieką paliatywną. W drugim rozdziale zaprezentowano cele badania. Doktorantka postanowiła zbadać zależność między stopniem nasilenia bólu w grupie pacjentów z chorobą nowotworową i pacjentów bez choroby nowotworowej a zmiennymi demograficznymi, przyczyną i długością hospitalizacji, rodzajem choroby i czasem jej trwania, znajomością diagnozy przez chorego, wcześniejszym i aktualnym postępowaniem terapeutycznym, występowaniem chorób współistniejących, lokalizacją bólu,

ryzykiem wystąpienia odleżyn, a także innymi dolegliwościami zgłaszanymi przez pacjentów. Trzeci rozdział poświęcony jest przedstawieniu metodologii badania i zastosowanych narzędzi, a także charakterystyki uczestników badania. W ramach badania zostało przeanalizowanych 779 losowo wybranych (spośród 5193) historii chorób pacjentów przyjętych do Oddziału Medycyny Paliatywnej Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (ZOL) w Krakowie w okresie 1 marca 1997 do 31 grudnia 2013 roku, po 15% chorych hospitalizowanych w poszczególnych latach. Badaniem objęto dokumentację 685 osób ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową oraz 94 osób cierpiących z powodu innych niż nowotworowa chorób. W mojej ocenie, analiza porównawcza tych dwóch populacji chorych objętych opieką paliatywną jest jednym z ciekawszych aspektów pracy, gdyż wskazuje na konkretne różnice w zakresie profilu ich potrzeb. Spośród chorych na choroby nienowotworowe, ponad połowa została zakwalifikowana do objęcia stacjonarną opieką paliatywną z powodu istnienia owrzodzeń odleżynowych. W analizie retrospektywnej trudno jest określić, czy było to związane z realną koniecznością wdrożenia odpowiedniej terapii przeciwoleżynowej, niemożliwej do zastosowania w innych warunkach, czy też raczej z faktem, iż występowanie odleżyn umożliwia objęcie chorego specjalistyczną opieką paliatywną w sytuacji, gdy nie choruje on na schorzenie znajdujące się na liście rozpoznań pozwalających na taką kwalifikację. Nadal w Polsce osoby bez choroby nowotworowej mają utrudniony dostęp do specjalistycznej opieki paliatywnej w porównaniu z chorymi na nowotwory, chociaż Doktorantka podkreśla w swojej pracy obserwowaną tendencję wzrostową hospitalizacji tych chorych w oddziale medycyny paliatywnej począwszy od 2009 roku. Połowa chorych na choroby nienowotworowe cierpiała z powodu zaburzeń otępiennych i jak pokazała dalsza analiza wyników badania, miało to zasadniczy wpływ na sposób monitorowania objawów. Ponad 85% chorych na nowotwory umierało podczas hospitalizacji w Oddziale Medycyny Paliatywnej. W przypadku osób bez choroby nowotworowej, ok. 2/3 z nich umierało podczas pobytu w oddziale, a prawie 1/3 przekazywana była do innej instytucji (do ZOL lub szpitala). Sugeruje to, że nadal do stacjonarnej opieki paliatywnej w zdecydowanej większości trafiają chorzy w ostatnich tygodniach życia, którzy będą tam umierali. W rozdziale czwartym przedstawiono wyniki badania. Zaprezentowano je w 19 tabelach oraz na 17 wykresach. W badaniu pokazano, iż dolegliwości bólowe uległy zmniejszeniu w istotny sposób w obu grupach chorych. Autorka wykazała istnienie różnego rodzaju zależności pomiędzy intensywnością bólu a wiekiem, płcią, etapem hospitalizacji, lokalizacją bólu, chorobami współistniejącymi, innymi objawami występującymi u chorego, odleżynami i czynnikami ryzyka ich powstania. Niektóre potencjalnie mogą mieć przełożenie na praktykę kliniczną, na

przykład wykazanie relacji wyższego ryzyka powstania odleżyn u chorych na nowotwory z większym nasileniem bólu w trzecim etapie jego oceny, co dla większości oznaczało ostatni dzień życia. Interesująca jest sama obserwacja, iż w przypadku chorych na nowotwory, ponad 82% z nich było w stanie do końca hospitalizacji samodzielnie oceniać swój ból i inne objawy, mimo iż dla zdecydowanej większości z nich była to ostatnia doba przed śmiercią. Przeciwnie, w przypadku prawie 60% osób bez choroby nowotworowej ocena nasilenia bólu musiała być dokonywana przez personel medyczny, a 62% chorych nie było w stanie odpowiedzieć na pytanie o lokalizację bólu. Słusznie Doktorantka uznała uwzględnianie oceny bólu dokonywanej przez personel z wykorzystaniem skali NRS jako ograniczenie badania, podkreślając, że w takim przypadku wskazane byłoby posłużenie się skalą oceniającą reakcje somatyczne, psychosomatyczne i psychospołeczne chorych, pośrednio wskazujące na występowanie bólu. Analizując prowadzone postępowanie przeciwbólowe Autorka wykazała, że w grupie chorych na nowotwory istniała częsta potrzeba modyfikacji tego leczenia. To, że u prawie 40% chorych na nowotwory trzeba było dopiero włączać jakiegokolwiek analgetyki oczywiście może świadczyć o uprzednich zaniedbaniach w opiece nad nimi, ale też może wskazywać na to, iż także w okresie zbliżającej się śmierci pojawiają się nowe dolegliwości bólowe i że niewątpliwie jest to okres wymagający szczególnie uważnego monitorowania skuteczności leczenia objawowego.

Omówienie wyników w świetle danych innych autorów Doktorantka przedstawiła na 17 stronach w rozdziale dziewiątym, odnosząc wyniki własnego badania do piśmiennictwa polskiego i zagranicznego. Warto podkreślić, że Doktorantka zadbała o przedstawienie ograniczeń swojego badania związanych z retrospektywnym charakterem analizy, z oceną dokonywaną przez personel w przypadku chorych z zaburzeniami funkcji poznawczych oraz z dysproporcją liczbową między grupami chorych na choroby nowotworowe i nienowotworowe. Niewątpliwie należałoby również do ograniczeń badania zaliczyć to, że analiza objęła okres do 2013 roku, a przez to pewne obserwacje niekoniecznie muszą odzwierciedlać np. obecną sytuację oddziałów medycyny paliatywnej czy kwalifikacji chorych na choroby nienowotworowe do opieki paliatywnej albo też aktualną praktykę kliniczną w zakresie postępowania przeciwbólowego. Rozprawa kończy się dziewięcioma wnioskami odnoszącymi się do postawionych celów badawczych.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na niedostatki w przedstawionej rozprawie. Tytuł pracy: „Stacjonarna opieka paliatywna w Oddziale Medycyny Paliatywnej Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie” nie odzwierciedla w sposób przejrzysty celów badawczych w całości

poświęconych analizie bólu. Owszem, Doktorantka bada także inne współistniejące objawy oraz porównuje problemy występujące w obu grupach chorych i poświęca temu tematowi pierwszą część dyskusji. Nie zmienia to jednak faktu, że analiza tych parametrów prowadzona jest w odniesieniu do ich wpływu na sam ból, występujący u chorego. Stąd wydaje się wskazanym doprecyzowanie tytułu tak, by odnosił się do bólu i był przez to spójny z celami i wnioskami badawczymi, jasno wskazując, czego dotyczyła analiza prowadzona przez Autorkę. Wątpliwości budzi skrótowy opis metodologii badania — zwykle analiza retrospektywna dotyczy całej dokumentacji medycznej z danego okresu, stąd konieczne byłoby przedstawienie zasadności wyboru liczby analizowanych historii (15% z każdego roku), a także sposobu przeprowadzania doboru losowego. Jest to ważne zwłaszcza w odniesieniu do proporcji chorych na choroby nowotworowe i menowotworowe. Ze względu na znaczące miejsce w rozprawie poświęcone analizie porównawczej tych dwóch grup chorych, wskazane byłoby dołączenie np. danych na temat rzeczywistej liczby hospitalizowanych chorych na choroby nienowotworowe, tego ile procent wszystkich tych chorych stanowi 94 z nich włączonych do badania. Warto doprecyzować, czy cenna uwaga Doktorantki o tendencji wzrostowej hospitalizacji chorych na choroby nienowotworowe od 2009 roku dotyczy rzeczywistych danych, czy też odnosi się do liczby tych chorych na choroby nienowotworowe, którzy trafili do puli wszystkich wylosowanych do analizy historii. W części teoretycznej, Doktorantka chcąc zacytować „aktualną” definicję bólu, przytacza tę z 2016, autorstwa Williams and Craig, która była przejawem dyskusji w gronie

Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (IASP, International Association for the Study of Pain) dotyczącej propozycji nowych definicji. Dopiero w 2018 roku IASP powołał grupę ekspercką do tego zadania, co po 2 latach zaowocowało ogłoszeniem nowej definicji bólu rozszerzonej o 6 punktów pomocnych w rozumieniu pojęcia bólu (Raja et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020; 161:1976-82). Jeśli sama Doktorantka odwołuje się do IASP, to warto byłoby w rozważaniach teoretycznych na temat patomechanizmów bólu przewlekłego wspomnieć o obecnie szeroko dyskutowanym bólu nocycyplastycznym, a także o współczesnym podejściu do bólu przewlekłego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-II, już obowiązującą w wielu krajach od stycznia 2022 (w Polsce — na etapie wdrażania). Formalne uznanie bólu przewlekłego pierwotnego za chorobę samą w sobie oraz po raz pierwszy wyodrębnienie bólu u chorego na nowotwór, zarówno tego spowodowanego przez guz, jak i tego będącego efektem leczenia onkologicznego, w

klasyfikacji ICD jako ból przewlekły wtórny wzmacnia tylko znaczenie wyboru tematyki badawczej przez Doktorantkę. Autorka nie ustrzegła się błędów językowych, w tym omyłek dotyczących nazwisk autorytetów w dziedzinie opieki paliatywnej, takich jak Cicely Saunders (str. 13), Jeanne Garnier (str. 15), czy prof Balfour Mount (str. 16). Wskazanim byłoby zwrócenie większej uwagi na klarowność przekazu i skorygowanie pewnych mylących określeń. Na przykład w podrozdziale poświęconym organizacji badania (str. 46), opis: „Badanie zostało przeprowadzone w latach 1997-2013 w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Krakowie” wymaga korekty, np. „W ramach badania przeanalizowano dokumentację chorych hospitalizowanych w latach 1997-2013 gdyż samo badanie zostało przeprowadzone, jak Doktorantka tłumaczy w dalszej części tekstu, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej w 2013 roku. Inny przykład — w podrozdziale poświęconym charakterystyce grupy badanej (str. 48) można przeczytać, iż mężczyźni stanowili większość grupy chorych na nowotwory (48,8%, n=334) w porównaniu z grupą chorych na choroby nienowotworowe (41,5%, n=39)”. Oczywiście w żadnej z tych grup mężczyzn nie stanowili większości, a jedynie w grupie chorych na nowotwory różnica w rozkładzie płci jest mniejsza niż w grupie chorych na choroby nienowotworowe. Numeracja prezentowanych tabel nie zgadza się z ich numeracją w zbiorczym spisie oraz z odnośnikami do tabel w samym tekście, począwszy od tabeli II (str. 42) aż do tabeli XXIX (str. 92). Autorka nie ustrzegła się też błędów w zakresie stosowania jednolitego systemu prezentowania referencji (np. to samo czasopismo w jednym przypisie podane jest w pełnej nazwie, w innym — jako skrót), użycia nieprawidłowej nazwy publikacji (ref. nr 54), czy też przywoływania starszego wydania książkowego (ref. 47 - Interna Szczeklika z 2006 roku; podczas gdy jest to corocznie uaktualniana pozycja, z najnowszym wydaniem z 2022). Badaniem objęto okres do końca 2013 roku, stąd można dyskutować, czy w okresie ostatnich 9 lat nie doszło do zmian w zakresie profilu chociażby dostępności opieki paliatywnej dla chorych na choroby nienowotworowe, wcześniejszego obejmowania chorych na choroby nowotworowe i menowotworowe tego typu opieką, wzmocnienia opieki domowej na tyle, by oddziały medycyny paliatywnej przede wszystkim służyły pomocą w zakresie poprawy łagodzenia cierpienia u chorych czy możliwości „wytchnienia” dla ich bliskich, a nie prawie jedynie (jak pokazano w obecnym badaniu w odniesieniu do chorych na nowotwory) stanowić miejsce umierania.

Pomimo wspomnianych niedociągnięć dostrzegam potencjalne znaczenie przeprowadzonego przez Doktorantkę badania, mając nadzieję, iż obserwacje z obecnej retrospektywnej analizy

staną się dla niej zachętą i motywacją do pogłębienia działalności badawczej na tym polu. Cennym mogłoby być badanie prospektywne z włączeniem narzędzi, umożliwiających bardziej wiarygodną ocenę objawów dokonywaną przez personel w przypadku chorych z zaburzeniami funkcji poznawczych. Wartościowym byłoby wdrożenie oceny bólu totalnego z zastosowaniem obecnie dostępnych narzędzi, pozwalających na identyfikację innych niż fizyczne, składowych bólu totalnego. Mógłby to być ważny krok w kierunku oceny skuteczności praktykowania całościowego podejścia do łagodzenia bólu u chorego objętego opieką paliatywną.

Podsumowując, przedstawiona do recenzji praca spełnia wymagania stawiane rozprawie doktorskiej na stopień naukowy doktora nauk o zdrowiu, przeto mam zaszczyt wnieść do Wysokiej Rady Dyscypliny Nauki o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie o dopuszczenie mgr pielęgniarstwa Anny Kliś-Kalinowskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Bydgoszcz, 8 listopad 2022

Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik