

Katedra Medycyny Paliatywnej, Instytut Nauk Medycznych
Collegium Medicum, Uniwersytet Zielonogórski
Szpital Kliniczny im. Heliodora Świącickiego Uniwersytetu
Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
61-245 Poznań, Osiedle Rusa 55, tel./fax: 61 8738 303
E—mail: woiciehleppert@wp.pl

Poznań, dnia 10.01.2023 r.

Recenzja rozprawy doktorskiej Pani Magister Anny Kliś—Kalinowskiej
„Stacjonarna opieka paliatywna w Oddziale Medycyny Paliatywnej
Zakładu

Opiekuńczo—Leczniczego w Krakowie”

Promotor: Prof. dr hab. med. Jerzy Wordliczek

Bardzo dziękuje Wysockiej Radzie Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium
Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie za możliwość recenzji
powyższego dzieła.

Przedstawiona rozprawa doktorska dotyczy niezwykle istotnego problemu,
jaki stanowi opieka paliatywna zapewniana chorym na nowotwory i z
rozpoznaniami innych chorób przewlekłych w warunkach stacjonarnych
oddziału medycyny paliatywnej. Pomimo stałego rozwoju w tym zakresie,
nadal w wielu rejonach kraju liczba łóżek stacjonarnych opieki paliatywnej
jest niewystarczająca, których norma wynosi 130 łóżek na milion
mieszkańców, co w Polsce daje łączną liczbę blisko 5000 łóżek. Natomiast
obecnie w Polsce funkcjonuje około 4000 łóżek opieki paliatywnej łącznie
w oddziałach medycyny paliatywnej i hospicjach stacjonarnych.

Rozprawa doktorska liczy 146 stron, składa się z 8 rozdziałów, 26 tabel, 28
wykresów, 1 ryciny i 178 pozycji piśmiennictwa. W rozdziale 8 (aneks)
znalazły się 2 tabele bez numeracji, w których przedstawiono liczbę historii
chorób wybranych do analizy w poszczególnych latach i liczbę historii
chorób w poszczególnych latach z podziałem na chorych na nowotwory i z
innymi rozpoznaniami. Rozprawę uzupełniają załączniki, w zakresie
których na 17 stronach przedstawiono, m. in. wzór historii choroby,
dokumentację pielęgniarstwa i skale oceny owrzodzeń odleżynowych.

Część teoretyczna rozprawy, która liczy 22 strony, obejmuje pierwszy rozdział (Wstęp), który z kolei obejmuje 4 podrozdziały. Pierwszy podrozdział: Miejsce opieki paliatywnej w medycynie i współczesnym świecie, zawiera podrozdziały: 1. Opieka paliatywna w Polsce i na świecie — rys historyczny, wyjaśnienie pojęć. 2. Filozofia opieki paliatywnej. 3. Zasady opieki paliatywnej. 4. Zadania opieki paliatywnej. 5. Organizacja opieki paliatywnej w Polsce. 6. Dostępność opieki paliatywnej w Polsce. 7. Znaczenie i rola zespołu wielodyscyplinarnego. Kolejne 3 podrozdziały Wstępu, to: Oddział stacjonarny medycyny paliatywnej w Krakowie, Sytuacja chorego objętego opieką paliatywną i Ból u pacjentów objętych opieką paliatywną. W powyższych rozdziałach Doktorantka przedstawiła główne założenia opieki paliatywnej, organizację, w tym oddział medycyny paliatywnej w którym przebywali chorzy włącznie do badania, sytuację i dostępność opieki paliatywnej w Polsce, a także sytuację chorych objętych opieką paliatywną i problematykę bólu występującego w tej grupie pacjentów.

Część badawczą rozprawy otwiera rozdział drugi, w którym Autorka przedstawiła cele badania, które obejmowały zależność pomiędzy natężeniem bólu u chorych na nowotwory i pacjentów z rozpoznaniem chorób innych niż nowotwory, 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 i innymi objawami zgłaszanymi przez pacjentów, które obejmowały: nudności, depresję, lęk, senność, utratę apetytu, samopoczucie, duszność i stan aktywności chorych.

W rozdziale trzecim (Materiał i metody) Doktorantka przedstawiła metodologię i zastosowane narzędzia badawcze oraz charakterystykę badanych pacjentów. Dokonano retrospektywnej analizy 779 losowo wybranych spośród 5193 historii chorób pacjentów przyjętych do Oddziału Medycyny Paliatywnej Zakładu Opiekuńczo—Leczniczego (ZOL) w Krakowie w okresie od 1 marca 1997 r. do 31 grudnia 2013 r. (po 15% chorych hospitalizowanych każdego roku). Do badania wybrano 685 chorych na nowotwory — najczęściej z rozpoznaniem raka płuca (16,9%), raka jelita grubego (8,4%) i raka piersi (8,3%). W grupie 94 pacjentów z innymi rozpoznaniem, ponad połowa chorych została zakwalifikowana do objęcia stacjonarną opieką paliatywną z powodu owrzodzeń odleżynowych (54,3%), następnie miażdżycy uogólnionej i powikłań (36,2%), rzadziej niewydolności oddechowej (12,8%) i kardiomiopatii (2,8%).

Ponad 85% chorych na nowotwory zmarło podczas hospitalizacji w oddziale medycyny paliatywnej. W grupie pacjentów bez choroby nowotworowej, 65% zmarło podczas pobytu w oddziale, a 30% zostało przekazanych do ZOL lub do szpitala. Ta część powinna raczej znaleźć się w rozdziale

Wyniki, podobnie jak porównanie częstości występowania poszczególnych objawów w badanych grupach chorych.

W rozdziale czwartym Wyniki Autorka przedstawiła szczegółowo rezultaty badania. Zaprezentowano je w postaci tekstu uzupełnionego 0 19 tabel i 17 wykresów. W badaniu wykazano, iż natężenie bólu uległo zmniejszeniu w obydwu badanych grupach chorych podczas hospitalizacji — największe natężenie bólu stwierdzono w pierwszym pomiarze, najmniejsze, w ostatnim 3 pomiarze. Hospitalizacja była dłuższa w grupie chorych z rozpoznaniem innymi niż nowotwory. U chorych na nowotwory ból był mniej nasilony u pacjentów starszych, podczas kiedy i chorych z innymi rozpoznaniem ból ulegał nasileniu wraz z wiekiem. U chorych na nowotwory ból wykazywał większe natężenie, jeżeli był zlokalizowany w miejscu występowania nowotworu, a także, jeżeli miał charakter uogólniony i w przypadku występowania odleżyn. Autorka wykazała zależność pomiędzy natężeniem bólu, a płcią — w obydwu grupach ból wykazywał silniejsze natężenie u kobiet.

W zakresie innych objawów stwierdzono większe natężenie objawów: przygnębienia, lęku, nudności, utraty apetytu i gorsze samopoczucie, w grupie chorych na nowotwory, w porównaniu do pacjentów z chorobą nienowotworową, u których z kolei stwierdzono większe natężenie senności i mniejszą aktywność. Odleżyny występowały częściej u pacjentów z chorobą nienowotworową. Hospitalizacja częściej kończyła się zgonem w grupie chorych na nowotwory, pacjenci z chorobą nienowotworową częściej byli wypisywani do innych jednostek.

Czynniki warunkujące natężenie bólu stanowiły: wiek, płeć, etap hospitalizacji, choroby współistniejące i inne objawy. W grupie chorych na nowotwory ból korelował dodatnio z przygnębieniem, sennością, lękiem i dusznością, u pacjentów z chorobą nienowotworową — z lękiem, apetytem, nudnościami i aktywnością.

Spośród chorych na nowotwory, ponad 82% pacjentów do końca okresu hospitalizacji samodzielnie oceniało ból i inne objawy, pomimo iż dla zdecydowanej większości z nich była to ostatnia doba życia. Natomiast u blisko 60% pacjentów z innymi rozpoznaniem, ocena natężenia bólu musiała być dokonywana przez personel medyczny, przy czym 62% chorych nie potrafiło zlokalizować bólu.

W podrozdziale dziewiątym Dyskusja (stanowiącym część rozdziału 5 Dyskusja i wnioski) Doktorantka przedstawiła omówienie uzyskanych wyników. Ten podrozdział jest obszerny (liczy 17 stron) i obejmuje

omówienie uzyskanych wyników w świetle danych uzyskanych przez innych autorów, odnosząc wyniki własnego badania do piśmiennictwa polskiego i zagranicznego. Pod koniec dyskusji Doktorantka przedstawiła najpierw mocne strony rozprawy, a także ograniczenia badania, które wg Autorki obejmowały retrospektywny charakter, ocenę bólu prowadzoną przez personel u chorych z zaburzeniami funkcji poznawczych na podstawie obserwacji, bez zastosowania walidowanych narzędzi oceny bólu w tej grupie pacjentów, a także znacznie mniejszą liczbę pacjentów z chorobami innymi niż nowotwory, w porównaniu do chorych na nowotwory. W podrozdziale tym Doktorantka wykazała znaczną wiedzę dotyczącą leczenia bólu i innych objawów, jednak przedstawionych w znacznie szerszym kontekście aktualnych trendów w opiece paliatywnej, zwłaszcza wczesnej opiece paliatywnej, która pozwala na istotną poprawę jakości i wydłużenia czasu przeżycia pacjentów objętych opieką wspierającą. W podrozdziale Wnioski, Autorka przedstawiła dziewięć wniosków, które odpowiadają na postawione cele rozprawy.

Rozprawę uzupełnia obszerne piśmiennictwo, zarówno polskie, jak i międzynarodowe, aneks zawierający dwie tabele z liczbą i odsetkiem badanych chorych w poszczególnych latach hospitalizacji, z uwzględnieniem liczebności i odsetka pacjentów z chorobami nienowotworowymi i chorymi na nowotwory.

W tym miejscu chciałbym odnieść się do niedostatków przedstawionej rozprawy. Niewątpliwie należałoby do ograniczeń badania zaliczyć fakt, że analiza objęła okres od 1997 do 2013 r., a przez to pewne obserwacje mogą nie w pełni odzwierciedlać obecną sytuację oddziałów medycyny paliatywnej, zasady i praktykę kwalifikacji pacjentów (zarówno z rozpoznaniem nowotworów, jak i innych chorób przewlekłych) do opieki paliatywnej oraz aktualną praktykę kliniczną w zakresie postępowania przeciwbólowego, czy szerzej objawowego.

Nie została jasno przedstawiona metodologia prowadzonych obserwacji, dopiero w podrozdziale Dyskusja można dowiedzieć się, że pierwszy pomiar dotyczył dnia przyjęcia, drugi — po 7 dniach i trzeci — w ostatnim dniu leczenia. Brak podania uzasadnienia wyboru 15% chorych do badania, a także powodu znacznych różnic, pomiędzy liczebnością chorych na nowotwory i z innymi rozpoznaniem, także w poszczególnych latach. Brakuje także uzasadnienia wyboru analizowanego okresu 1997—2013 r. Podanie tych danych przyczyniłoby się do bardziej przejrzystego przedstawienia i uzasadnienia wybranej metody badań. W podrozdziale Dane dotyczące rodzajów schorzeń w badanych grupach, podana suma odsetka pacjentów z chorobami innymi niż nowotwory przekracza 100% (106,1%),

natomiast wśród podanych rozpoznań chorych na nowotwory suma wynosi ok. 75%. Tytuł rozdziału powinien brzmieć Pacjenci i metody.

Część rozważań przedstawiona w rozdziale Wyniki, jakkolwiek cenna i interesująca, nie znalazła odzwierciedlenia w celach i częściowo we wnioskach, co dotyczy bólu przebijającego i leczenia farmakologicznego bólu — stosowanych leków przeciwbólowych i ich dróg podania. Warto byłoby porównać uzyskane wyniki z rezultatami analizy przeprowadzonej wśród 803 chorych na nowotwory przez Pana Doktora Sławomira Pawła Woźniaka (Ocena częstości występowania i skuteczności leczenia objawów w zaawansowanej chorobie nowotworowej u chorych leczonych w Zespole Opieki Paliatywnej we Wrocławiu. Rozprawa doktorska, Poznań 2004). We wniosku 4 natężenie bólu warunkuje ryzyko wystąpienia odleżyn, a nie jego monitorowanie. We wniosku 6 należałoby użyć sformułowania objęcie opieką paliatywną domową i ambulatoryjną, zamiast leczenie paliatywne, które zwykle dotyczy leczenia przeciwnowotworowego z założeniem paliatywnym. Ponadto, należałoby ograniczyć treść wniosku 6 do stwierdzenia, iż u chorych objętych wcześniej opieką paliatywną domową i ambulatoryjną stwierdzono w chwili przyjęcia do stacjonarnej opieki paliatywnej większe natężenie bólu, w porównaniu do pacjentów kierowanych z innych jednostek ochrony zdrowia. Przed publikacją dzieła warto również skorygować niektóre niezręczne określenia, np. objawy patologiczne i zastąpić słowem objawy, a także zamiast stopień nasilenia bólu, użyć określenia natężenie bólu.

Pomimo przedstawionych uwag krytycznych, które Autorka może rozważyć przed publikacją rozprawy, przeprowadzone przez Doktorantkę badanie, jako jedno z nielicznych w Polsce, dotyczy analizy objawów i wskazań do przyjęcia do stacjonarnej opieki paliatywnej oraz dalszych losów chorych na nowotwory i z innymi rozpoznaniem. W badaniu zastosowano kwestionariusz Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), który pozwala na trafną i rzetelną ocenę najczęstszych objawów fizycznych i psychicznych, uzupełniony o skalę słowną oceny jakości życia badanych pacjentów. Wyniki badania mogą być wykorzystane w praktyce klinicznej do poprawy jakości opieki zapewnianej zarówno chorym na nowotwory, jak i z innymi schorzeniami przewlekłymi. W ocenie przedstawionego dzieła należy podkreślić szerokie spojrzenie Doktorantki na problem leczenia bólu i innych objawów, w kontekście wymiaru psychologicznego, społecznego i duchowego, co przejawia się, m. in. przedstawieniem koncepcji Dame Cecily Saunders bólu totalnego i trafnymi spostrzeżeniami, które znalazły się w podrozdziale Sytuacja chorego objętego opieką paliatywną. Doktorantka podkreśliła w wielu miejscach rozprawy istotną rolę zapewnienia właściwego wsparcia rodzinom (opiekunom) pacjentów objętych opieką

paliatywną. Wnioski wynikające z analizy retrospektywnej zachęcają do kontynuacji badań, które mogłyby mieć charakter prospektywny, co zapewne zwiększyłyby wiarygodność uzyskanych wyników. Dalsza analiza retrospektywna mogłaby również dotyczyć pacjentów leczonych w okresie 2014—2023 r.

Stwierdzam, iż przedstawione dzieło spełnia kryteria prawne stawiane rozprawie doktorskiej, czyli oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, wykazujące teoretyczną wiedzę w dyscyplinie i posiadanie umiejętności samodzielnego prowadzenia badań naukowych, określone w art. 13, ust. 1 . ustawy o stopniach i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule naukowym w dziedzinie sztuki z dnia 14 marca 2003 r., Dz. U. 2003, Nr 65, poz. 595 z późn. zm., dlatego mam zaszczyt wnosić 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.

Z wyrazami szacunku,

Wojciech Leppert