

Dr hab. Dorota Kozieł, prof. UJK
ds. medycznych
Kierownik Katedry Pielęgniarstwa i Położnictwa
Instytut Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kielce, 06.08. 2023 r. Prorektor

RECENZJA

Rozprawy doktorskiej mgr Ewy Czai

Zdolność do samoopieki osób po udarze niedokrwiennym mózgu napisanej pod kierunkiem

Promotora prof. dr hab. Tomasza Grodzickiego

Pracę wykonano w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Udar mózgu jest jedną z głównych przyczyn zgonów i niesprawności w Europie. W miarę starzenia się populacji europejskiej społeczne znaczenie tej choroby będzie wzrastać.

Podstawowe cele w leczeniu udaru skupiają się wokół zapewnienia szybkiego dostępu do kompleksowej, zorganizowanej opieki, szybkiego dostępu do oddziałów udarowych oraz odpowiedniej rehabilitacji i prewencji wtórnej. Istotnym aspektem zapewnienia właściwej opieki pacjentom po udarze jest współpraca wielospecjalistycznego zespołu składającego się z lekarza, wyszkolonych pielęgniarek, fizjoterapeuty, logopedy i terapeuty zajęciowego. Wszyscy powinni znać podstawowe zasady rehabilitacji, która powinna być jak najwcześniej rozpoczęta i kontynuowana po wypisie pacjenta ze szpitala w taki sposób, aby pacjent jak najszybciej odzyskał zdolność do samoopieki. Pacjenci z deficytem powinni być wspierani przez służby medyczne i społeczeństwo, tak aby radzili sobie z czynnościami dnia codziennego. Służby medyczne powinny kontrolować pacjentów i wykrywać ewentualne pogorszenie stopnia sprawności, a następnie, w razie konieczności, organizować rehabilitację.

Dlatego też podjęty przez Doktorantkę temat: ***Zdolność do samoopieki osób po udarze niedokrwiennym mózgu*** uważam za aktualny i ważny.

Przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska obejmuje 92 strony tekstu wraz z załącznikami, w układzie typowym dla prac medycznych i nauk o zdrowiu. Składa się ze spisu treści, streszczenia w języku polskim i angielskim, wykazu skrótów, krótkiego wstępu, celu pracy, omówienia metod i narzędzi badawczych oraz charakterystyki grupy badawczej, omówienia wyników, dyskusji, wniosków, informacji o ograniczeniu badań, piśmiennictwa, spisu tabel, rycin i wykresów oraz aneksu.

W części teoretycznej Doktorantka dokonała przeglądu literatury przedmiotu. Wykorzystała aktualne dane NFZ do przedstawienia trendów epidemiologicznych udaru mózgu w Polsce i w Europie. Doktorantka słusznie podkreśla, że „Celem opieki nad pacjentami po udarze jest dążenie do zmniejszenia inwalidztwa i zapobieganie ponownemu udarowi..... W tej sytuacji szczególnego znaczenia nabiera zdolność do samoopieki...”. Autorka w dalszej części pracy omawia aspekty kliniczne udaru niedokrwiennego mózgu i organizację opieki nad chorym. W ostatniej części definiuje samoopiekę i jej uwarunkowania odwołując się do teorii D. Orem.

W części teoretycznej poruszono najważniejsze i omawiane w dalszej części rozprawy zagadnienia w sposób bardzo skondensowany na 11 stronach tekstu, co nieco utrudnia recenzentowi pełną ocenę znajomości tematu, szczególnie w zakresie funkcjonowania chorych po udarze mózgu w kontekście czynników warunkujących samoopiekę. Uwaga dotyczy także aktualności wykorzystanego piśmiennictwa. W pewnej części piśmiennictwo sprzed 2000 roku.

Pomimo przedstawionych uwag kluczowe problemy zostały omówione co przekonuje o **dobrej znajomości tematu i umiejętności wykorzystania źródeł informacji naukowej.**

Celem pracy było poznanie zakresu i czynników warunkujących samoopiekę u osób po udarze niedokrwinnym. Doktorantka sformułowała 10 problemów badawczych i odpowiadających im hipotez badawczych. Kilka z postawionych problemów badawczych charakteryzuje grupę badaną i nie powinna być sformułowana jako problem badawczy. Stan kliniczny, sprawność funkcjonalna czy poczucie depresji autorka traktuje w dalszej części pracy jako zmienne niezależne. Być może jasne wskazanie badanych zmiennych zależnych i przyjętych zmiennych niezależnych ułatwiłoby śledzenie dalszych analiz.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (MMSE), Skali Udarów Narodowego Instytutu Zdrowia (NIHSS), Wskaźnika Funkcjonalnego Repoty (WFR), Skali Samooceny Depresji Zunga (SSDZ), Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES), Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia typ B (MHLC-B), Skali Wydolności Pacjenta i Opiekuna (SWPiO), Skali Wsparcia Społecznego (SWS) oraz autorskiego kwestionariusza ankiety. Kliniczny podtyp udaru, ciężkość udaru i obciążenie chorobami ustalono na podstawie analizy dokumentacji medycznej.

Badania prowadzono od lutego 2007 r. do lutego 2009 roku w grupie chorych leczonych wcześniej w Oddziale Udarowym Kliniki Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie z

powodu pierwszego udaru niedokrwiennego mózgu. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (brak załączonej zgody).

W badaniach wzięło ostatecznie udział 105 pacjentów ze 118 wcześniej zakwalifikowanych do badania, które zgłosiły się na wizytę kontrolną do Poradni Prewencji Wtórnej Udaru w okresie 2-3 miesięcy od zachorowania. Brakuje informacji o sposobie wyliczenia ostatecznej liczby osób biorących udział w badaniu. Pozostaje otwarte pytanie, czy badanie przeprowadzono w reprezentatywnej grupie chorych. Należało również zaznaczyć, że badaniu poddano wyłącznie osoby z lekkim lub umiarkowanym udarem. Doktorantka przeprowadziła jednak rzetelną analizę z wykorzystaniem kilku kwestionariuszy standaryzowanych na grupie homogenicznie dobranych chorych, co pozwala na wyciągnięcie wniosków.

Badanie zostało zaplanowane poprawnie metodologicznie. Kryteria włączenia i wyłączenia są jasne. Narzędzia badawcze właściwie dobrane do realizacji celu badania. Część metodologiczna pracy przygotowana jest starannie. Autorka z dużą dokładnością opisała wykorzystane metody, techniki i narzędzia badawcze.

Ponad połowa badanych miała udar w zakresie części przedniego unaczynienia (PACI). Stwierdzono istotną poprawę wyników skali NIHSS po 2-3 miesiącach od udaru. Do najczęściej utrzymujących się dysfunkcji należy niedowład (65,7%) i zaburzenia czucia (27,6%). Większość miała średni i wysoki poziom wiedzy o udarze mózgu (w sumie 79%). Najczęściej pacjenci mieli trudności z lokomocją, wchodzeniem pod prysznic lub do wanny i ubieraniem. Jedna trzecia badanych doświadcza łagodnej depresji. Blisko 42% posiada niski a 45,7% wysoki poziom poczucia własnej skuteczności. Typ silny wewnętrzny umiejscowienia kontroli zdrowia posiada 38,1% badanych. Poziom wydolności samoopiekuńczej badanych był średnio wysoki (51,4%) i wysoki (48,6%), natomiast zakres wydolności opiekuna był średnio niski (41,9%) i niski (55,2%). Ponad połowa badanej grupy doświadcza wysokiego poziomu wsparcia społecznego. Kobiety i mężczyźni prezentowali podobny zakres wydolności samoopiekuńczej. Im starsi są pacjenci tym mniejszy jest zakres samoopieki. Im większe miasto, wyższe wykształcenie i lepsze warunki socjalno-bytowe, tym większy jest zakres samoopieki. Badani z podtypem udaru LACI i POCI różnili się istotnie w zakresie wydolności samoopiekuńczej, jeżeli dobrze odczytuję zapis pod tabelą „średnie dzielące indeks literowy różnią się między sobą na poziomie $p < 0,05$ ”. Autorka interpretuje te wyniki inaczej. Proszę o wyjaśnienie podczas obrony. Wydolność samoopiekuńcza jest ujemnie powiązana z

ciężkością udaru i dodatkowo z oceną stanu psychicznego. Obecność nadciśnienia tętniczego i cukrzycy typu II ograniczała poziom samoopieki. Osoby z niedowładem, niedowidzące i z afazją cechowały się mniejszym poziomem samoopieki, ale chorzy z zaburzeniami czucia prezentowali wyższy poziom samoopieki. Jak można zinterpretować ten wynik? Badane wskaźniki somatyczne i psychospołeczne istotnie różnicowały wydolność samoopiekuńczą pacjenta. Analiza regresji liniowej wykazała, że najsilniejszym czynnikiem powiązanim z wydolnością samoopiekuńczą była sprawność funkcjonalna i obecność depresji.

Uwagi i pytania do części opisującej wyniki badań

1. Tabele są dzielone, co utrudnia śledzenie wyników.
2. Wykresy powinny być podpisane pod ich zawartością.
3. Na jakiej podstawie określono poziom wiedzy chorych (niski, średni, wysoki)?
4. Kto odpowiadał na pytania dotyczące wydolności opiekuna?
5. W opisach tabel 21, 22, 23,24, 28 i wykresach 4-6 zabrakło pełnego określenia zmiennej wydolność samopiekuńcza (jest wydolność). Doktorantka również w tekście często używa skrótu wydolność pacjenta dla wydolności samoopiekuńczej.
6. Doktorantka powinna zwracać większą uwagę na jednorodną terminologię. Raz używa określenia zakres innym razem poziom samoopieki lub wydolność pacjenta i wydolność samoopiekuńcza pacjenta. Z opisu użytego narzędzia wynika, że Doktorantka określa poziom samoopieki.

Podsumowując rozdział prezentujący wyniki badań stwierdzam, że Doktorantka przeprowadziła kompletną analizę statystyczną wyników badania z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi badawczych. Wyniki zostały zilustrowane za pomocą starannie opracowanych tabel i wykresów i poparte analizą statystyczną z wykorzystaniem odpowiednio dobranych metod.

W kolejnej części pracy mgr Ewa Czaja przeprowadziła dyskusję uzyskanych wyników z wynikami innych badań. W tej części badań Autorka odnosi się nie tylko do przedstawionych wcześniej wyników, ale również do szczegółowych odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszach. Doktorantka zwraca uwagę na różnice w definiowaniu samoopieki, co utrudnia porównanie wyników różnych badań. Krytycznie ocenia możliwość uogólniania wyników z uwagi na dobór chorych w lepszym stanie klinicznym. Pytania, które pojawiają się w trakcie analizy wyników badań znajdują odpowiedź podczas czytania sekcji Dyskusja. Ta część pracy napisana jest poprawnie stylistycznie i gramatycznie.

Autorka sformułowała 5 wniosków podsumowujących uzyskane wyniki badań. Wszystkie odnoszą się do głównego tematu i celu pracy. Uzupełnieniem wniosków są 4 postulaty, które trafnie wskazują na wykorzystanie uzyskanych wyników.

Zamieszczenie w pracy informacji o ograniczeniach badania przekonuje o dobrym przygotowaniu Doktorantki do dalszej pracy naukowej. Autorka zdaje sobie sprawę z włączenia do badań tylko grupy chorych w lepszym stanie klinicznym i zmotywowanych do kontynuacji leczenia w Poradni Prewencji Wtórnej Udarów.

Pracę kończy spis piśmiennictwa uszeregowana według kolejności alfabetycznej. Doktoranta przeanalizowała 109 pozycji piśmiennictwa polsko i anglojęzycznego. Zwraca uwagę dużą liczbą prac zwartych (monografii naukowych i podręczników) publikowanych przed 2000 rokiem. W dalszej pracy naukowej i publikacji wyników rozprawy doktorskiej należy zwrócić większą uwagę na korzystanie z aktualnego piśmiennictwa publikowanego w czasopiśmie naukowych. Zapis piśmiennictwa nie zawsze jest pełny. Brakuje stron, raz podawani są wszyscy autorzy prac innym razem nazwiska są wy kropkowane, raz podaje nr DOI innym razem nie.

W spisie tabel znajdują się różne opisy od faktycznie wskazanych w tekście.

W podsumowaniu stwierdzam, że Doktorantka wykazała się wyborem ważnego tematu, właściwie określiła cel badań i metodykę. Badania przedstawiła z dużą starannością i rzetelnością. W pracy pojawiły się drobne błędy literowe i gramatyczne, ale całość pracy napisana jest bardzo starannie.

Wyniki badań rozszerzają ogólną wiedzę na temat czynników determinujących zdolność do samoopieki chorych po udarze niedokrwiennym mózgu i mogą być przydatne w praktyce lekarskiej i pielęgniarskiej. Doktorantka wykazała się ogólną wiedzą teoretyczną w zakresie wybranego tematu badań oraz posiada umiejętność samodzielnego prowadzenia badań naukowych.

Przedstawione w tekście recenzji uwagi i pytania nie umniejszają znaczeniu pracy i mogą być wyjaśnione podczas obrony rozprawy doktorskiej oraz wykorzystane w przyszłej pracy naukowej.

Podsumowując, przedłożona mi do oceny rozprawa doktorska Pani mgr Ewy Czai spełnia warunki określone w art. 13. ustęp 1. Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. 2003,65,595 z późn. zm.) w związku z art. 179 ust.1 Ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. – Przepisy wprowadzające

Ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018,1669, z późn. zm.). Wnoszę do Rady Dyscypliny Nauki o Zdrowiu UJ o dopuszczenie mgr Ewy Czai do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Kielce, dnia 06 sierpnia 2023 roku

dr hab. Dorota Koziel prof. UJK