

Recenzja

Pracy doktorskiej mgr Jacka Jana Sobola nt.: Ocena sposobów postępowania fizjoterapeutycznego w wybranych schorzeniach kręgosłupa lędźwiowego w oparciu o własny materiał doświadczalny

Promotor: prof. dr hab. n. farm. Włodzimierz Opoka

Promotor pomocniczy: dr n. med. Grzegorz Mańko

Wydział Farmaceutyczny UJ CM w Krakowie

Schorzenia, a w szczególności te zaliczane do grupy „zespoły bólowe kręgosłupa” o etiologii przeciążeniowo- zwyrodnieniowej to najczęstsze przypadki dolegliwości kręgosłupa. Odcinek lędźwiowy kręgosłupa jest najczęściej spotykaną dolegliwością w praktyce fizjoterapeuty. Z tych przesłanek wychodząc cel pracy należy uznać za ważny zarówno z terapeutycznego jak i społecznego punktu widzenia.

Opis pracy

Praca doktorska składa się z dwóch części:

- 1) maszynopisu właściwej rozprawy doktorskiej (stron – 97),
- 2) aneksu w którym zawarto opis wszystkich przypadków (stron- 111).

Struktura pracy jest prawidłowa i typowa dla prac naukowo-badawczych. Na początku pracy umieszczono spis treści, który zawiera następujące elementy:

1. Wykaz stosowanych skrótów
2. Wstęp (p .r. 1.1;1.2;1.3;1.4)
3. Metody leczenia zachowawczego (z 16-toma podrozdziałami)
4. Leczenie operacyjne
5. Założenia i cel pracy
6. Materiał i metoda badań (Rozdz.5., w tym podrozdziały: 5.1. Materiał badawczy, 5.2.Metoda badań; 5.3. Metody statystyczne; 5.4. Metody oceny)
7. Wyniki
8. Dyskusja
9. Wnioski
10. Streszczenia (w j. polskim i j. angielskim)
11. Piśmiennictwo
12. Spis tabel

13. Spis rycin

14. Spis schematów

Uwagi: Wątpliwości budzą dwa elementy: p. r. 5.4. Metody oceny, które powinny być częścią p. r.5.2. Metoda badań oraz rozdział czwarty; : Leczenie operacyjne, które nie jest celem tej pracy.

Celem niniejszej pracy była ocena leczenia (rehabilitacji) osób z dolegliwościami bólowymi lędźwiowo-krzyżowego odcinka kręgosłupa po zastosowaniu Autorskiego Indywidualnego Postępowania Fizjoterapeutycznego (określonego skrótem – AIPF).

Na AIPF składało się kilkanaście metod należących do różnych obszarów problemowych fizjoterapii lub masażu. Najliczniej prezentowane były techniki mięśniowo-powięziowe (10), następnie z obszaru terapii manualnej (5) zorientowanej ortopedycznie. Ponadto ćwiczono na bieżni oraz wykorzystano aparat – Verte Trak (dotyczy trakcji kręgosłupa).

Z opisu historii leczenia (Aneks) dowiadujemy się, że stosowano także różne formy masażu.

Opis – charakterystyka poszczególnych metod terapii często budzi zastrzeżenia natury merytorycznej, gdyż zawiera treści (elementy) nie dotyczące istoty samej metody.

Pytania badawcze

Cel pracy Autor postanowił zrealizować poprzez postawienie szeregu (8) pytań badawczych, są to:

1. Czy wszystkie metody i techniki zastosowane w całym procesie leczenia fizjoterapeutycznego są równie skuteczne w stanie ostrym jak i przewlekłym?
2. Czy ustąpienie bólu, w leczeniu stanów ostrych jest równoznaczne z odzyskaniem siły mięśni osłabionych?
3. Czy techniki lub metody manipulacji stawowych krótko dźwigniowych (HVLA) kręgosłupa lędźwiowego z transpozycją ciała są najskuteczniejsze w ostrej fazie choroby dyskowej?
4. Czy technika Colota jest najskuteczniejsza w terapii spondylozy kręgosłupa lędźwiowego?
5. Czy zmniejszenie dolegliwości bólowych jest równoznaczne ze zwiększeniem dystansu w chodzie w spondylozie odcinka lędźwiowo-krzyżowego?
6. Czy zmniejszenie dolegliwości bólowych jest równoznaczne z poprawieniem koordynacji ruchu, siły mięśniowej, stereotypu ruchu, ergonomii życia codziennego?
7. Czy po ustąpieniu objawów klinicznych u pacjentów z dyskopatią w odcinku lędźwiowym kręgosłupa wymagana jest kontynuacja terapii w formie profesjonalnego medycznego treningu?
8. Czy u osób ze spondylozą ustąpienie bólu, zwiększenie dystansu w trakcie chodu, wymaga dalszej terapii ukierunkowanego treningu medycznego?

Niektóre terminy użyte w pytaniach są – niejasne (trening medyczny), ponadto często pytania nie mają związku z metodami badań. Autor nie postawił hipotez badawczych, co zapewne pozwoliłoby lepiej zrozumieć sens danego pytania. Nie stawiam jednak w tym względzie zarzutu Autorowi, gdyż uważam, że hipotezy badawcze mają wartość roboczą i nie należą do standardów metodologicznych.

Materiał badawczy

Łącznie zbadano 100 przypadków w 2 grupach z uwzględnieniem rodzaju patologii; grupa I (50 osób zarówno kobiety jak i mężczyźni w wieku –średnio ok. 43 lat) to przypadki dyskopatii L4/L5 z objawami neurologicznymi, grupa II (50 osób zarówno kobiet jak i mężczyzn w wieku powyżej 70 lat ze spondylozą lędźwiową, stenozą kanału kręgowego i stenozą otworów międzykręgowych. W Pracy podano kryteria włączenia (6) i wyłączenia (5) osób do badań.

Badani byli pacjentami z Województwa Mazowieckiego objętymi leczeniem rehabilitacyjnym w latach 1999 – 2013 (okres 14 lat)- brak informacji z jakich konkretnie placówek służby zdrowia pochodzili (jest to wymóg metodologiczny).

Metoda badań (5.2.)

W zakres badań wchodziły:

- wywiad (z uwzględnieniem historii choroby i bólu),
- badanie neurologiczno-ortopedyczne (w tym m.in. siła mięśni, zakresy ruchu biernego wraz z oporem końcowym), testy funkcjonalne i chód,
- badanie fizjoterapeutyczno-ortopedyczne (ruchy, oraz testy funkcjonalne).

Niezrozumiały dla recenzenta jest p. r. 5.4.pt.: Metody oceny (to też metoda badania).

Do metod badań należy także – statystyka (p. r. 5.3., s.48) – objętość tekstu to 8 wierszy, bez przypisu do literatury. Ponownie do metod statystyki Autor nawiązuje w p .r. 6.1., s. 59), uważam to za błąd, powinno to być w jednym miejscu.

Skala bólu Laitinena nie powinna wchodzić w skład AIPS, s.55). Za ZN (program) uznałem opis – AIPF.

Wyniki

Wyniki (bez jasnego wprowadzenia do rozdziału) przedstawiają tabele, wykresy i ryciny.

Tab.1. Płeć oraz postawiona diagnoza w poszczególnych grupach osób

Tab2. Zastosowane metody leczenia w poszczególnych grupach osób

Tab.3. Statystyki opisowe dotyczące wieku oraz długości terapii w poszczególnych grupach osób

Tab.4. Związki pomiędzy długością terapii oraz analizowanymi zmiennymi w poszczególnych grupach osób

Tab.5. Częstość występowania nasilenia bólu oraz ograniczenie aktywności ruchowej w poszczególnych grupach osób przed i po terapii

Tab.6. Częstość występowania nasilenia bólu z podziałem na płeć przed oraz po terapii

Tab.7. Wyniki testu statystycznego dotyczące porównań między grupami w zakresie analizowanych parametrów przed oraz po terapii

Tabele powyższe opatrzone krótkim komentarzem z podkreśleniem ważniejszych kwestii, bądź zwróceniem uwagi na poziom istotności statystycznej. Wyniki oprócz tabel ilustrują wykresy i ryciny łącznie(8).

Podsumowanie wyników: analiza wyników dotyczy wybranych aspektów, rodzi się pytanie co z niektórymi parametrami wymienionymi w metodzie badań, na przykład z siłą mięśni?

Dyskusja

W dyskusji Autor porusza rolę terapii manualnej, jej środki w formie mobilizacji i manipulacji w leczeniu zespołów bólowych kręgosłupa. Brak w dyskusji podkreślenia, co uważamy za patologię na gruncie terapii manualnej – tej zorientowanej ortopedycznie – mam na myśli – zablokowanie lub za Hartmanem – dysfunkcję somatyczną, gdyż tylko te przypadki poddaje się terapii poprzez mobilizacje/manipulacje. Nie stwierdziłem żadnych odnośników do literatury w tym zakresie (uważam to za błąd). Odnoszę wrażenie, że Autor nie do końca dobrze rozumie istotę podejścia do pacjenta w sposób holistyczny. Tu zasadniczą rolę odgrywa edukacja, a tej kwestii w dyskusji nie poruszono. Osteopatia jako taka nie jest podejściem holistycznym (to nadinterpretacja, choć nie jest to wymysł Autora tej pracy).

Autor przytacza przykłady prac- publikacji, które omawiają programy terapii i ich efekty w przypadkach dyskopatii i spondylezy, nawiązuje do wyników badań własnych, co spełnia zasadnicze kryterium oceny dyskusji w pracach naukowych.

Wnioski

Wnioski w liczbie 8, to odpowiedzi na postawione pytania badawcze.

Piśmiennictwo

Do napisania pracy wykorzystano 102 pozycje literatury- wszystkie pozycje z wyjątkiem jednej pracy (poz.78) są w języku angielskim. Przypisy do literatury wykonano w systemie – Vancouverskim (tj. kolejności cytowania). W 2 przypadkach (poz. 95 i 96) wykonano noty bibliograficzne w systemie harwardzkim (nie należy mieszać systemów w pracy).

Inne

Odniosę się w kilku zdaniach do – Aneksu, zawiera on opis wszystkich 100 badanych przypadków z uwzględnieniem diagnostyki wykonanej różnymi technikami oraz przebiegu terapii. Szczególną uwagę zwrócono na ocenę bólu. Lektura aneksu, którego objętość (111 stron) przekracza objętość samej pracy (97 stron) stanowi cenne kompendium metod fizjoterapeutycznych. Opracowanie takie wymagało olbrzymiej pracy intelektualnej i dużego nakładu pracy. Aneks jednak nie stanowił warunku pozytywnej oceny pracy doktorskiej.

Wniosek końcowy

Pomimo stwierdzenia w pracy kilku uchybień natury metodologicznej, terminologicznej i redakcyjnej, pracę doktorską mgr Jacka Jana Sobola oceniam pozytywnie. Stwierdzam, że jego rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art.13 ust.1 ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U.nr 65, poz. 595, z późn.zm.) i wnioskuję do Rady Dyscypliny Nauki o Zdrowiu UJ CM w Krakowie o dopuszczenie mgr Jacka Jana Sobola do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Recenzent:

Prof. dr hab. Tadeusz Kasperczyk

Kraków 22.10.2024