

Dr hab. n. o zdr. Ewa Kleszczewska, prof. PUZ w Suwałkach

Wydział Ochrony Zdrowia

Państwowa Uczelnia Zawodowa

im. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

Recenzja

Rozprawy doktorskiej mgr Wioletty Pogroszewskiej,

zleconej Uchwałą Senatu UMB z dnia 29.06.2023 roku,

wykonanej w Oddziale Neurologii z p/oddziałem Udarowym i Oddziale Rehabilitacyjnym
z p/oddziałem Rehabilitacji Neurologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Łomży.

Promotor pracy: prof. dr hab. n. o zdr. Jolanta Lewko

Promotor pomocniczy: dr n. o zdr. Joanna Zofia Chilińska

Początek trzeciej dekady obecnego wieku pozostaje niekorzystny dla globalnego dobrostanu, a choroby cywilizacyjne, pandemia koronawirusa, kryzysy oraz wojny wpływają negatywnie na długość i jakość życia. Eksperci i naukowcy potwierdzają, że choroby niezakaźne, z chorobami sercowo-naczyniowymi na czele, są i pozostaną globalnie, najczęstszą przyczyną śmierci i niepełnosprawności, zaś badania jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, pozostaną jedną z uznanych miar skuteczności prowadzonych w tym obszarze działań.

XXI wiek charakteryzuje wiele czynników wskazujących, że to właśnie udar mózgu będzie istotnym wyzwaniem zdrowotnym w przyszłości. Pierwszym jest starzenie się populacji. Wiemy, że wraz ze wzrostem długości życia i postępującym starzeniem się populacji, wzrasta ryzyko wystąpienia udaru mózgu, a osoby starsze są bardziej podatne na wiele czynników ryzyka (udar), takich jak: nadciśnienie, cukrzyca, choroby serca czy miażdżycy. Drugim czynnikiem ryzyka jest niezdrowy tryb życia. Ten wzrastający populacyjnie trend charakteryzuje: nieodpowiednia dieta, brak aktywności fizycznej, nadużywanie alkoholu i palenie papierosów, przyczyniając się do wzrostu liczby osób zagrożonych udarem mózgu. Światowe badania wskazują, że trend ten będzie się utrzymywał w przyszłości, a udar mózgu stanie się, większym niż obecnie, problemem zdrowotnym. Kolejnym czynnikiem jest rozwój społeczeństwa konsumpcyjnego. Wzrost urbanizacji i zmiany stylu życia prowadzą do zmiany nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej i większego wystawienia na czynniki ryzyka, takie jak: stres, przemęczenie, niedobór snu czy zanieczyszczenie środowiska, prowadząc do wzrostu chorób związanych z układem sercowo-naczyniowym, w tym do udaru mózgu.

Kleszczewska

Obecne osiągnięcia technologiczne w medycynie przyczyniają się do poprawy diagnostyki, terapii oraz opieki nad pacjentami, co prowadzi do zwiększenia szans na przeżycie po udarze mózgu. Jednakże, zwiększona liczba osób, które pozostaną z poważnymi konsekwencjami neurologicznymi, stwarza potrzebę odpowiednich i skutecznych rozwiązań medycznych i rehabilitacyjnych. Konieczne jest zapewnienie dostępu do specjalistycznych usług medycznych oraz intensywnej rehabilitacji, aby poprawić jakość życia pacjentów i przywrócić im zdolność do samodzielnego funkcjonowania. Stąd **badania dotyczące oceny jakości życia pacjentów po udarze mózgu, zwłaszcza we wczesnym etapie rehabilitacji neurologicznej, mają fundamentalne znaczenie, przyczyniając się do rozwoju wiedzy.**

W mojej opinii, istnieje kilka kluczowych powodów, dla których tak zdefiniowana praca badawcza jest istotna, to: a) optymalizacja interwencji terapeutycznych, b) dostosowanie programów rehabilitacji, c) informowanie pacjentów i ich rodzin, d) podejmowanie decyzji dotyczących opieki zdrowotnej oraz e) wpływ na politykę zdrowotną. Powszechnie przyjmuje się, że badania nad oceną jakości życia po udarze mózgu umożliwiają specjalistom skuteczniejsze projektowanie interwencji terapeutycznych, a analiza codziennego funkcjonowania pacjentów pozwala na identyfikację obszarów wymagających dalszych interwencji oraz poprawy jakości opieki medycznej. Oczywistym jest też fakt, że naukowa ocena jakości życia pacjentów po udarze mózgu stanowi podstawę do dostosowywania programów rehabilitacyjnych do indywidualnych potrzeb. Ważne są systematyczne badanie wpływu rehabilitacji na różne aspekty jakości życia, takie jak funkcjonowanie fizyczne, emocjonalne i społeczne, co pozwala na precyzyjne dostosowanie terapii, aby zapewnić jak najlepsze rezultaty i wsparcie dla pacjentów. Dodatkowo badania dotyczące jakości życia mają znaczenie dla pacjentów i ich rodzin, umożliwiając im pełniejsze zrozumienie prognoz i perspektyw po udarze mózgu. Pozwalają na realistyczną ocenę wpływu choroby na różne aspekty codziennego funkcjonowania. Naukowo opracowane informacje umożliwiają pacjentom i ich rodzinom podjęcie lepiej dopasowanych decyzji dotyczących leczenia i opieki. Jednocześnie badania nad oceną jakości życia stanowią ważne źródło informacji przy podejmowaniu decyzji dotyczących systemowej opieki zdrowotnej. Pacjenci i ich rodziny mogą wykorzystać te dane do rozważenia dalszych działań związanych z leczeniem, rehabilitacją, wsparciem społecznym i innymi aspektami opieki medycznej. Prace naukowe związane z oceną jakości życia po udarze mózgu dostarczają istotnych danych, które mogą być wykorzystane do doskonalenia polityki zdrowotnej. Te informacje pozwalają na zrozumienie obciążenia chorobą, identyfikację obszarów wymagających większej uwagi oraz efektywne alokowanie zasobów. **Podkreślę: każdy z wymienionych przeze mnie powyżej powodów,**

Kleczewska

znalazł swoje miejsce w pracy doktorskiej pt. „Ocena jakości życia pacjentów po udarze mózgu we wczesnym etapie rehabilitacji neurologicznej” mgr Wioletty Pogroszewskiej.

Recenzowana rozprawa jest ciekawym opracowaniem o układzie typowym dla tego typu dysertacji. Rozprawę podzielono na rozdziały: I. Wstęp, II. Jakość życia w medycynie, III. Zjawisko plastyczności kompensacyjnej mózgu w neurorehabilitacji, IV. Kompleksowe postępowanie rehabilitacyjne pacjentów po udarze mózgu, V. Założenia i cel pracy, VI. Materiał i metoda, VII. Wyniki badań, VIII. Dyskusja i IX. Wnioski. Praca zawiera także: Wykaz skrótów, X. Wytyczne dla działań fizjoterapeutycznych wychodzenia na przeciw potrzebom chorych po udarze mózgu we wczesnym etapie rehabilitacji neurologicznej celem poprawy sprawności, samodzielności i jakości życia, XI. Streszczenie w języku polskim, XII. Streszczenie w języku angielskim, XIII. Piśmiennictwo, XIV. Wykaz tabel, XV. Wykaz rycin, XVII. Zgodę Komisji Bioetycznej oraz XVIII. Zgodę na wykorzystanie kwestionariusza WHOQOL-BREF. Obszerna, licząca 209 obustronnie drukowanych stron praca, ma staranną szatę edycyjną, napisana jest czytelnym, przejrzystym językiem ułatwiającym jej lekturę.

Rozdział I. Wstęp, pogrupowany w podrozdziały, przedstawia zebraną, potwierdzoną naukowo wiedzę, dotyczącą ryzyka udaru mózgu i prognoz epidemiologicznych. Klarownie opisano w nim patofizjologię i współistniejące obok siebie podziały udarów mózgu. Interesujący jest rozdział II., w którym podjęto się charakterystyki pojęcia jakości życia w ujęciu holistycznym, kładąc nacisk na podstawowe definicje jakości życia, w tym uwarunkowanej stanem zdrowia oraz wpływem rehabilitacji na jakość życia u osób, które przeszły udar mózgu. Inspirujący jest rozdział III. opisujący zjawisko plastyczności kompensacyjnej mózgu w neurorehabilitacji prowadzący do rozdziału IV. zestawiającego kompleksowe postępowanie rehabilitacyjne opracowane w różnych ujęciach, w tym czasowych, dla pacjentów po udarze mózgu. Wszystkie przedstawione w „części teoretycznej” informacje uzasadniają celowość podjęcia się przez Doktorantkę badań. **Wartość tej części rozprawy doktorskiej, a tym samym przygotowanie teoretyczne Doktorantki mgr Wioletty Pogroszewskiej, oceniam bardzo dobrze.** Podkreślę też fakt, iż wprowadzony w tej części pracy podział znacząco ułatwia czytanie i porządkuje tekst oraz prowadzi do zdefiniowania założeń, celu badań i hipotez badawczych klarownie opisanych w rozdziale V.

Celem zasadniczym przeprowadzonych badań była ocena jakości życia, satysfakcji z życia oraz ocena funkcji motorycznych pacjenta po udarze mózgu we wczesnym etapie rehabilitacji neurologicznej. Autorka (pomocniczo) zdefiniowała cele szczegółowe, które objęły ustalenie: (1) jak pacjenci oceniają jakość swojego życia w zakresie funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego oraz w środowisku w świetle grupy porównawczej, (2)

Klecińska

w jaki sposób pacjenci oceniają stan swojego zdrowia psychicznego i jaka jest kondycja psychiczna badanej grupy, w jakim stopniu pacjenci oceniają swoją sprawność fizyczną i zdolność do samodzielnego podejmowania podstawowych czynności dnia codziennego oraz czy stopień akceptacji choroby u pacjentów hospitalizowanych wpływa na ich zdolność radzenia sobie w trudnej sytuacji i aktualną samoocenę stanu zdrowia. Aby je realizować mgr Wioletta Pogroszewska postawiła trzy hipotezy badawcze: (1) udar mózgu obniża jakość życia pacjentów we wszystkich sferach funkcjonowania pacjenta, (2) wczesna rehabilitacja neurologiczna wpływa na poprawę samodzielności i niezależności funkcjonalnej pacjenta po udarze mózgu oraz (3) niwelowanie neurologicznych objawów ubytkowych podnosi akceptację choroby, poprawia satysfakcję życia oraz jakość życia pacjenta po udarze mózgu.

W rozdziale VI. Materiał i metoda szczegółowo scharakteryzowano narzędzia badawcze tj.: autorski kwestionariusz, kwestionariusz Oceny Jakości Życia WHOQOL-BREF, Skandynawską Skalę Udarów Mózgu (SSS), Indeks Barthel (BI), Kwestionariusz Samooceny Depresji Becka (BDI), Kwestionariusz SWLS Dienera (skala satysfakcji z życia), Skalę Akceptacji Choroby (AIS) oraz trzy (wydzielone kryteriami włączenia) grupy pacjentów. Ocenianą pracę realizowano od maja 2018 r. do czerwca 2020 r., również w okresie pandemii Covid-19, w czasie kiedy zdrowie jednostki i populacji stało się priorytetem, dostęp do medycyny w związku z obciążeniem medyków był ograniczony, a szpital, w którym prowadzono badania decyzją Wojewody Podlaskiego przekształcono w Jednoimienny. Powyższe determinanty **wpłynęły** na liczebność badanych grup. **Podkreślam: praca doktorska została logicznie zaplanowana, a jej założenia i cel określono jasno i precyzyjnie.**

Analizy statystyczne przeprowadzono, przy współpracy informatyka/statystyka, standardowymi metodami (STATISTICA wersja 7.0, Test U Manna-Whitneya, Test ANOVA Kruskala-Wallis) dla cech nominalnych z wyróżnieniem liczności i częstości występowania poszczególnych wariantów badanych cech lub wyznaczeniu statystyk opisowych dla cech mierzalnych. Za istotne statystycznie uznano prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$, za wysoce istotne na poziomie $p < 0,01$ a bardzo wysokie $p < 0,001$.

W rozdziale VII. Wyniki Doktorantka szczegółowo opisuje uzyskane rezultaty, kładąc nacisk na etapy: I - 5 dni od incydentu naczyniowego OUN, II - przed wypisem z Oddziału Neurologicznego z p/oddziałem Udarowym oraz III - okres rehabilitacji w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej. W grupie I w odstępie 5 dni od incydentu chorobowego stosując skale (SSS) wykazano, w 11,49% ciężki udar, 64,86% średni udar, a 23,65% lekki udar. Zaobserwowano, że z każdym kolejnym etapem badania następował spadek przypadków ze średnim udarem (z 64,86% do 15,54%), a zwiększała się grupa pacjentów z cechami lekkiego

Kleszczyńska

udar (z 23,65% do 75,68%). To dowód na skuteczności rehabilitacji. W obszarze dysfunkcji fizycznych (BI), prowadzono analizę poziomu samodzielności chorego takich jak: higiena osobista, spożywanie posiłków, korzystanie z toalety, zmiana pozycji i przemieszczanie się, ubieranie się i kontrola zwieraczy. Z każdym etapem leczenia sprawność fizyczna badanych ulegała poprawie, co potwierdził spadek liczby przypadków ze średnim nasileniem niepełnosprawności (z 64,19% do 13,51%), a wzrost odsetka pacjentów z lekką niepełnosprawnością (z 22,97% do 74,33%). Skuteczność leczenia oceniono także w sferze psychicznej (AIS). Wraz postępowaniem leczenia poziom akceptacji choroby podnosił się (47,98%, 53,38%, 52,70%). Zbadano również zjawisko występowania epizodów depresyjnych: w I etapie u 83,78% wystąpił epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu, a u 9,46% o znacznym nasileniu. Problem depresji nie dotyczył jedynie 6,76% pacjentów, ale odsetek ten wzrastał wraz z kolejnym etapem terapii: II etap 7,4% i III etap 29,05%. W III etapie zaobserwowano spadek u pacjentów z epizodem depresyjnym o umiarkowanym nasileniu do 53,38%. Natomiast nastąpił wzrost przypadków z epizodem o znacznym nasileniu 17,57% (według skali Becka). W tej części pracy zwraca wagę solidny, oparty na gruntownych podstawach warsztat pracy. **Moim zdaniem przedstawione wyniki badań są udokumentowane właściwie.** Autorka dokonała też analizy występujących korelacji badanych parametrów, które zostały dobrze opracowane i zaprezentowane w postaci 60 rycin i 44 tabel.

Rozdział VIII. to sprawnie warsztatowo poprowadzona (aż 15 stronicowa) dyskusja, w której w świetle zebranego piśmiennictwa naukowego, mgr Wioletta Pogroszewska przeanalizowała własne wyniki. W dysertacji wykorzystano różnorodne źródła bibliograficzne dotyczące obszaru wybranej do opisu wiedzy (cytowano 277 pozycji z czego 8,7% pozycji opublikowano w ostatnich 5 latach). Należy podkreślić **właściwy dobór piśmiennictwa oraz jego umiejętne przytaczanie i interpretowanie.** W świetle zawartych w tym rozdziale treści Autorka jawi się nie tylko jako badacz rzetelny, lecz także dokładny i kompetentny. Uważam, że **dyskusja jest rzeczowa i prowadzona na odpowiednim poziomie, a z pracy wynikają logicznie wnioski:**

1. Zaimplementowany proces usprawniania pacjenta po incydencie naczyniowym OUN przyczyniał się do poprawy jego samodzielności ruchowej i niwelował zaistniałe objawy niepełnosprawności.
2. Powstały deficyt neurologiczny w następstwie udaru mózgu obniżał się wraz z każdym etapem realizowanych zabiegów rehabilitacyjnych podejmowanych w trakcie spersonalizowanej terapii leczniczej.

Kucarska

3. W okresie do 5 dni po incydencie naczyniowym OUN zaobserwowano u pacjentów trudności w akceptacji zaistniałej sytuacji zdrowotnej. Stan ten ulegał zmianie w toku procesu leczenia i wraz z osiągniętą poprawą stanu zdrowia poziom akceptacji choroby podnosił się.
4. W zakresie badanej satysfakcji z życia uzyskano wyniki niskie i przeciętne na początkowym etapie leczenia, co świadczy o tym, iż udar mózgu w znacznym stopniu negatywnie wpływał na zdrowie psychiczne chorego. Tendencję wzrostową poziomu satysfakcji z życia obserwowano na kolejnych etapach prowadzonej terapii poudarowej.
5. Osoby po incydencie naczyniowym OUN przejawiały objawy wystąpienia epizodu depresji o umiarkowanym i znacznym nasileniu. Zaobserwowano, że z każdym etapem realizowanych zabiegów rehabilitacyjnych oraz w zależności od dalszego kierunku podjętej terapii zwiększała się grupa pacjentów bez epizodu depresyjnego.
6. Z każdym kolejnym etapem leczenia zwiększała się grupa osób po udarze mózgu zadowolonych z aktualnego stanu zdrowia.
7. Jakość życia pacjentów we wczesnym etapie rehabilitacji neurologicznej była najniższa w sferze psychicznej i fizycznej. Efekty terapii leczniczej przyczyniały się do poprawy jakości życia we wszystkich sferach.
8. Stwierdzono, że im niższe upośledzenie fizyczne po przebytych epizodach udarowym, tym wyższa ocena jakości życia pacjenta.
9. Stwierdzono, że im niższe upośledzenie neurologiczne po przebytych epizodach udarowym, tym wyższa ocena jakości życia pacjenta.
10. Wykazano istotność różnic wartości średnich oceny jakości życia na etapie rehabilitacji w warunkach szpitalnych i domowych, gdzie stwierdzono, że im wyższy poziom akceptacji choroby, tym wyższa ocena jakości życia pacjenta.
11. Wykazano istotność różnic wartości średnich oceny jakości życia w końcowym okresie hospitalizacji pacjenta w Oddziale Neurologicznym z p/oddziałem Udarowym oraz na etapie rehabilitacji w warunkach szpitalnych i domowych, gdzie stwierdzono, że im wyższy poziom satysfakcji z życia, tym wyższa ocena jakości życia pacjenta.
12. Wykazano istotność różnic wartości średnich oceny jakości życia na etapie leczenia do 5 dni po incydencie naczyniowym OUN, gdzie stwierdzono, że im większe nasilenie depresji, tym niższa ocena jakości życia pacjenta.
13. Rehabilitacja neurologiczna pacjenta po udarze mózgu podnosi jego jakość życia we wszystkich obszarach jego funkcjonowania.

Kleńcisze

Moim zdaniem aspekt praktyczny, zawarty w rozdziale X. Wytyczne dla działań fizjoterapeutycznych wychodzenia na przeciw potrzebom chorych po udarze mózgu we wczesnym etapie rehabilitacji neurologicznej celem poprawy sprawności, samodzielności i jakości życia, **jest niezwykle ważny**. Uważam, że przedstawione badania oceny jakości życia pacjentów po udarze mózgu we wczesnym etapie rehabilitacji neurologicznej odgrywają istotną rolę w rozwijaniu wiedzy na ten temat. Optymalizacja interwencji terapeutycznych, dostosowanie programów rehabilitacji, informowanie pacjentów i ich rodzin, podejmowanie decyzji dotyczących opieki zdrowotnej oraz wpływ na politykę zdrowotną są kluczowymi obszarami, w których takie badania mają zasadnicze znaczenie.

Na koniec wspomnę, że rozprawę napisano poprawnym językiem. W pracy nie uniknięto uchybień, o charakterze redakcyjnym: np. str. 19, w. 5 jest „choroba” a powinno być „chorobą”, str. 26, w. 15 powtórzenie wyrazu „odpowiednich”, str. 28 brak wydzielenia punktu czwartego, str. 55 w. 7 powtórzenie wyrazu „statystyczne”. Rozważyć by można zmianę sposobu podania wartości procentowych rycin: 16, 29, 42, 55 tak aby poprawić ich czytelność. Przed publikacją pracy należy też obowiązkowo ujednolicić zapisy piśmiennictwa. Stwierdzone uchybienia nie umniejszają wartości dysertacji. **Pracę ze względu na jej aktualność i włączenie się w nurt badań, oceniam pozytywnie.**

Biorąc pod uwagę wszystkie elementy przeprowadzonej oceny, mogę z pełną odpowiedzialnością stwierdzić, że rozprawa doktorska **Pani mgr. Wioletty Pogroszewskiej „Ocena jakości życia pacjentów po udarze mózgu we wczesnym etapie rehabilitacji neurologicznej”** spełnia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa. Dlatego wnoszę, do Senatu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, o dopuszczenie mgr Wioletty Pogroszewskiej do dalszych etapów postępowania o nadanie stopnia doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu.



dr hab. n. o zdr. Ewa Kleszczewska
prof. PUZ w Suwałkach

Białystok, 10.08.2023