



UNIwersYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

Dr hab. n. med. Donata Kurpas, prof. nadzw.
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wrocław, 07.06.2015r.

Recenzja Rozprawy Doktorskiej

Mgr Beaty Kuryłek

***Wpływ leczenia hipoglikemizującego na jakość życia
chorych na cukrzycę typu 2***

W aktualnie promowanym modelu opieki nad pacjentem chorym przewlekle podstawową rolę odgrywa wieloaspektowość podejścia, w tym ocena efektywności opieki przez pryzmat domen jakości życia. W podejściu tym ocena stanu somatycznego pacjentów stawiana jest na równi z określeniem funkcjonowania psychicznego, relacji społecznych i środowiska, jak również oceną jakości opieki z punktu widzenia pacjentów. Cukrzyca typu 2 jako wpływająca na wszystkie wymienione obszary może stanowić modelowy przykład choroby przewlekłej, w której podwyższenie jakości życia we wszystkich domenach – nie tylko związane jest z poprawą funkcjonowania somatycznego, psychicznego i społecznego pacjentów, ale potencjalnie również z wydłużeniem ich życia.

W ramach opieki nad pacjentem chorym przewlekle zaleca się utrzymanie wskaźników klinicznych zgodnych z uaktualnianymi wytycznymi, prewencję powikłań ostrych i przewlekłych oraz uwzględnianie jakości życia pacjenta na każdym z etapów

terapii. Trudność opieki nad tą grupą pacjentów wynika z koniecznością intensyfikacji prewencji pierwotnej i to już od etapu, który jeszcze nie jest źródłem cierpień pacjentów, ale równocześnie decyduje o długości ich życia, a zwłaszcza jego jakości. Wobec powyższego temat przedłożonej do oceny Rozprawy Doktorskiej mgr Beaty Kuryłek jest aktualny i o dużym znaczeniu praktycznym.

Rozprawa ma układ klasyczny – składa się ze 165 stron, zawiera 39 tabel (1 w części teoretycznej, 38 w części opisującej badania Doktorantki), 30 rycin, 5 załączników, 250 pozycji piśmiennictwa.

Wstęp

Doktorantka przedstawia tu definicję cukrzycy, aktualne dane epidemiologiczne, konsekwencje somatyczne i ekonomiczne, metody terapii. Uzupełnienie rozdziału stanowi dookreślenie pojęcia jakości życia, w tym jakości życia zależnej od zdrowia oraz charakterystyka skal wykorzystywanych w ocenie jakości życia, w tym narzędzi stosowanych w analizie jakości życia pacjentów chorych na cukrzycę.

Na podkreślenie zasługuje duża precyzja przedstawienia danych epidemiologicznych oraz prognoz dotyczących chorobowości i zapadalności, w tym analiza danych ogólnoświatowych, europejskich i krajowych. Doktorantka bardzo wnikliwie potraktowała także genezę samego pojęcia jakości życia i narzędzi oceniających jakość życia. Słusznie zwraca uwagę na duży subiektywizm w ocenie tak wielowymiarowego pojęcia jakim jest jakość życia. Stanowi to wprawdzie ogromny walor posługiwania się tym wskaźnikiem, ale równocześnie zobowiązuje do dużej ostrożności przy doborze narzędzi w ramach metodologii projektu badawczego, którego celem jest określenie jakości życia pacjentów.

W pełni uzasadnionym jest podkreślanie w ramach wstępu założenia, że jakość życia jest punktem końcowym wszystkich interwencji zdrowotnych, przy rozumieniu zdrowia jako dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego oraz satysfakcji z poziomu funkcjonowania. Biorąc powyższe pod uwagę – zwłaszcza w chorobach przewlekłych – ocena samych parametrów biochemicznych jest co najmniej niewystarczającą dla ustaleniu aktualnego stanu zdrowia pacjenta.

Ważnym uzupełnieniem Wstępu jest dookreślenie cech psychometrycznych, które dane narzędzie powinno spełniać, aby mogło być wykorzystane w procesie oceny jakości życia.

Rozdział zamyka szczegółowa analiza wybranych skal pomiarowych.

Cel pracy

W rozdziale 2 przedstawiono Cel pracy (główny oraz sześć szczegółowych). Sformułowany jest on prawidłowo, ma wysokie znaczenie poznawcze.

Materiał i Metody

W rozdziale 3 Doktorantka opisuje metodologię projektu badawczego – w tym: miejsce i czas realizacji badania, grupę badaną, narzędzia badawcze, protokół badania i analizy statystyczne. Przed rozpoczęciem badań Doktorantka uzyskała zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku (Uchwała nr R-I-002/201/2010).

Dobór grupy badanej w opisywanym projekcie i sposób gromadzenia danych były prawidłowe. Doktorantka przedstawiła kryteria włączenia do grupy badanej i kryteria wykluczające. Szczegółowo opisała wykorzystane narzędzia badawcze oraz protokół badania. Przy opisie Kwestionariusza wywiadu rodzi się jednak pytanie dlaczego zrezygnowano z uwzględnienia statusu ekonomicznego badanych, który potencjalnie może wpływać na jakość życia i terapię cukrzycy typu 2, zwłaszcza nefarmakologiczną. Zabrakło także określenia wskaźnika zwrotności – pozwala on pośrednio na wykazanie zainteresowania badanymi ze strony respondentów oraz skuteczności prowadzenia przez Doktorantkę samego procesu przekazywania i zbierania narzędzia badań. Nawet przy założeniu, że wszystkie rozdane ankiety zostały zwrócone Badaczce – warto podkreślić to w sekcji metodologia w ramach manuskryptu publikacji, która niewątpliwie powstanie na bazie opracowanego materiału.

Rozdział 3 zamyka opis przeprowadzonych analiz statystycznych. Pomocnym byłoby wskazanie już na tym etapie, które zmienne nie miały rozkładu normalnego, a w rozdziale zawierającym wyniki umieszczenie w ich przypadku jedynie wartości median oraz zakresu: min – max, w miejsce średnich i odchyłeń standardowych. Stanowiłoby to znaczne ułatwienie przy analizie bogatych wyników.

Na podkreślenie zasługuje dojrzały dobór testów statystycznych.

Wyniki badań

Rozdział 4 przedstawiający wyniki jest logiczną konsekwencją wcześniej opisanego celu i metodologii. Doktorantka zakwalifikowała do badania 300 pacjentów chorujących na cukrzycę typu 2, dzieląc ich na 3 grupy zależnie od metody leczenia (I – pacjenci leczeni

doustnymi preparatami hipoglikemizującymi, II – pacjenci leczeni metodą intensywnej insulinoterapii, III – pacjenci leczeni 1-2 dawkami insuliny na dobę).

Doktorantka przedstawiła analizę socjodemograficzną badanej populacji, szczegółowo omówiła powikłania przewlekłe, stopień metabolicznego wyrównania cukrzycy, realizację zaleceń w zakresie samokontroli glikemii, choroby współwystępujące oraz jakość życia zależną od zdrowia w badanych grupach pacjentów. Następnie Doktorantka przedstawia analizę wpływu metody leczenia na jakość życia i satysfakcję z leczenia, wpływ samokontroli glikemii na jakość życia, metabolicznego wyrównania cukrzycy na satysfakcję z leczenia i jakość życia, zależność między powikłaniami przewlekłymi i jakością życia oraz satysfakcją z leczenia, wpływ powikłań ostrych na jakość życia oraz czynników socjodemograficznych na jakość życia i satysfakcję z leczenia.

Doktorantka w sposób bardzo rzetelny i czytelny prezentuje uzyskane wyniki, analizując badane zmienne i kolejno jakość życia we wszystkich podgrupach pacjentów w odniesieniu do zmiennych klinicznych, jak i socjodemograficznych. W toku badań Doktorantka stwierdziła m.in.: najwyższą satysfakcję z leczenia cukrzycy oraz jakość życia (niezależnie od stosowanego narzędzia) w podgrupie pacjentów pozostających w terapii doustnej. Warto tu podkreślić, że najwyższą jakość życia stwierdzono w domenie społecznej i kolejno: środowiskowej, psychologicznej i somatycznej. W przedstawionych wynikach jakość życia pozostaje w zależności z częstością samokontroli, a satysfakcja z leczenia z poziomem metabolicznego wyrównania cukrzycy. Z kolei wyrównanie metaboliczne cukrzycy wpływa na jakość życia w grupie pacjentów leczonych doustnie. Inne wartościowe obserwacje to określenie, że jakości życia pozostaje w zależności z wartością BMI pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, jak również z występowaniem powikłań i czasem trwania cukrzycy. Doktorantka potwierdza także zależność między występowaniem powikłań i satysfakcją z leczenia (pojawienie się powikłań zmniejsza satysfakcję z leczenia we wszystkich grupach badanych).

Walorem bogatych wyników jest pozostawienie kilku pytań bez odpowiedzi – w procesie przygotowywania publikacji warto np. przeprowadzić analizę wieloczynnikową, aby dookreślić wzajemne zależności między zmiennymi wpływającymi na jakość życia w całej grupie badanych pacjentów, gdzie metoda terapii byłaby jedną ze zmiennych określających. Pozwoliłoby to na ustalenie – czy większe znaczenie dla jakości życia ma metoda terapii, występowanie powikłań, czas trwania terapii, a może wyrównanie metaboliczne pacjentów. Tak złożona analiza przekracza jednak w moim odczuciu ramy Rozprawy Doktorskiej.

Dyskusja

W rozdziale 5 Doktorantka przedstawia aktualny stan wiedzy w zakresie postępowania terapeutycznego u pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, w tym zalecenia dotyczące monitoringu klinicznego wyrównania metabolicznego chorych. Zwraca uwagę dojrzałe dobrane piśmiennictwo, omawiające wyniki wieloośrodkowych badań klinicznych.

Doktorantka słusznie podkreśla w tym rozdziale znaczenie samokontroli pacjentów oraz trudności związane z intensyfikacją insulinoterapii, zwracając szczególną uwagę na powikłania ostre. Precyzyjnie omawia wymieniane w piśmiennictwie zmienne mające wpływ na jakość życia, systematycznie konfrontując je z wynikami uzyskanymi w badaniu własnym. Uwagę zwraca duży dystans do wyników własnych, dojrzała krytyka i obiektywizm w przedstawianiu uzyskanych danych, w tym ujemnych stron i ograniczeń badania własnego.

Założeniem dyskusji jest unikanie powtórzenia danych liczbowych, wymienionych w rozdziale wyniki. Jednak w przypadku przedstawionej do recenzji Rozprawy Doktorskiej, ze względu na charakter badania i bogactwo uzyskanych wyników, w sposób znaczący ułatwia to analizę dyskutowanych aspektów.

Wnioski

Konkluzje z badań własnych zostały poprawnie sformułowane w ramach rozdziału 6. Doktorantka wnioskuje, że najlepsze wyrównanie metaboliczne występowało w grupie pacjentów leczonych doustnie, u których czas trwania cukrzycy typu 2 był najkrótszy, a predyktorami niskiej jakości życia pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 są: brak wyrównania metabolicznego, insulinoterapia, codzienne pomiary glikemii w ramach samokontroli, rygor dietetyczny, długi czas trwania cukrzycy (ok. 20 lat), występowanie powikłań przewlekłych i ostrych (w przypadku pacjentów leczonych doustnie), niski poziom wykształcenia i wiek podeszły chorych.

Rozprawę uzupełnia Streszczenie w j. polskim i angielskim oraz spis piśmiennictwa, w którym 18,4% pozycji pochodzi z ostatnich 5 lat, a blisko 60% to publikacje anglojęzyczne. Korekty wymagają opisy bibliograficzne stron internetowych.

Pracę zamykają spisy licznych tabel oraz rycin, a także załączniki zawierające zgodę Komisji Bioetycznej UM w Białymstoku, informację dla pacjenta, formularz świadomej

zgody na udział w badaniu, kwestionariusz wywiadu oraz formularze narzędzi wykorzystanych w badaniu.

Wprawdzie Rozprawa zawiera nieliczne błędy edytorskie i stylistyczne, z pewnością zostaną one jednak skorygowane przez Doktorantkę w procesie przygotowania wyników niniejszej Rozprawy w formie publikacji.

Podsumowując – chciałabym podkreślić przemyślaną metodologię oraz wnikliwą analizę obszernych danych, jak również obiektywizm ich przedstawienia. Uwagi krytyczne wymienione w niniejszej recenzji nie zmniejszają wartości przedstawionej do recenzji Rozprawy Doktorskiej, a jedynie mają stanowić wskazówkę, na które elementy warto zwrócić uwagę przy edytowaniu publikacji.

Opracowanie Pani mgr Beaty Kuryłek spełnia wymogi stawiane rozprawom doktorskim – mam więc zaszczyt przedstawić Wysokiej Radzie Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wniosek o dopuszczenie Pani mgr Beaty Kuryłek do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Jednocześnie wnioskuję o wyróżnienie Rozprawy Doktorskiej Pani mgr Beaty Kuryłek ze względu na jej wysoki potencjał aplikacyjny. Wyniki pracy stanowią bowiem cenne źródło informacji nie tylko dla wielodyscyplinarnego zespołu zajmującego się opieką nad pacjentami chorymi na cukrzycę typu 2, w tym zespołów ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej, czy poradni diabetologicznych, ale także stowarzyszeń pacjentów.


Dr hab. n. med. Donata Kurpas, prof. nadzw.