

Wrocław, dnia 4.05.2014 r.

Recenzja pracy doktorskiej mgr Malwiny Pawik

Praca mgr Malwiny Pawik pt. „Wpływ Krioterapii ogólnoustrojowej na funkcjonowanie psychofizyczne pacjentów ze stwardnieniem rozsianym” obejmuje 92 strony zwartego, jednostronnie drukowanego materiału badawczego, uzupełnionego o dodatkowe 21 stron z 6 załącznikami. Treść pracy w odpowiada tematowi określonymu w tytule. Praca składa się ze strony tytułowej, spisów treści, rycin, tabel, wykazu skrótów, streszczeń po polsku i angielsku oraz właściwej pracy rozpisanej w VII części: wstępu, celu pracy, pytań i badawczych, materiału i metod badań, wyników, dyskusji, wniosków i piśmiennictwa. Praca uzupełniona jest wykazem piśmiennictwa (174 pozycje) oraz dodatkowej części w której prezentowane są załączniki. Układ pracy, struktura, podział, kolejność rozdziałów opracowane są zgodne z wymogami dla prac doktorskich.

Doktorantka podejmuje temat funkcjonowania psychofizycznego pacjentów ze stwardnieniem rozsianym poddawanych krioterapii. Celem badań była ocena wpływu krioterapii ogólnoustrojowej na samopoczucie, jakość życia i sprawność fizyczną chorych na SM.

Niniejsza recenzja składa się z kilku części, w których kolejno omawiane są główne wątki pracy

Poruszany problem jest obecnie społecznie ważny i w perspektywie kolejnych lat, wraz ze starzejącym się społeczeństwem, niniejsze badania stanowiąc będą odniesienie dla kolejnych prac. Badania dość szeroko, bo zarówno od strony psychologicznej jak i sprawnościowej próbują zweryfikować zmiany w czasie rehabilitacji. Toteż należy podkreślić wielodyscyplinarne podejście doktorantki do podjętych i zaprezentowanych w pracy badań. Dobrze opracowana część wstępna pracy ukierunkowuje wprowadza czytelnika w istotę problemu. Część ta dotyczy aspektów etiologicznych oraz kryteriów diagnostycznych choroby w stwardnieniu rozsianym. Opracowana jest klarownie i od strony merytorycznej nie budzi zastrzeżeń

Metodologia. Procedura włączenia do badań, ustalenie kryteriów (również wyłączenia) nie budzi zastrzeżeń. Również losowe przydzielenie do jednej z trzech grup (rodzaj terapii). Budzi natomiast wątpliwości liczebność. Przy 20 osobowej grupie z podziałem na płeć, stan cywilny, pracę zawodową czy leczenie dodatkowe interferonem brane są pod uwagę pojedyncze osoby. Z oczywistych matematycznych względów wynik badań ma wówczas ma mniejszą wartość. Dotyczy to również 10 zabiegów w komorze krioterapii przeprowadzonych w ciągu zaledwie dwóch tygodni. Wprawdzie autorka pisze na s. 60 w cz. dyskusyjnej, że „Stwardnienie rozsiane to choroba nieprzewidywalna, a przyczyny jej kolejnych rzutów są wciąż nieznane. Bardzo trudno jest więc dobrać jednorodną grupę chorych do konkretnej interwencji terapeutycznej i ocenić jej efekty”. Doktorantka zdaje więc sobie z tego sprawę. Oczywiście to jest tylko słaby punkt badań, natomiast generalnie praca nie budzi wątpliwości od strony metodologicznej. Prawidłowo zastosowane metody statystyczne a pomiar skuteczności interwencji rehabilitacyjnej był badany dwukrotnie (przed i po). Czytelnie przedstawione i opisane wyniki.

Pytania badawcze. Autorka dysertacji stawia tylko dwa pytania badawcze. Jedno dotyczy stanu psychicznego, a drugie sprawności fizycznej. Oba są mało precyzyjne, gdyż na „stan psychiczny” składa się znacznie więcej wymiarów, nie tylko te zmienne, które mierzy doktorantka. Toteż właściwsze byłoby powołanie się na „wybrane wymiary stanu psychicznego”. Podobnie jest ze sprawnością fizyczną. Samo pojęcie „sprawność fizyczna” jest bardzo szerokie. Inaczej ujmuje ją Gilewicz czy Trześniowski jako „gotowość organizmu ludzkiego do podejmowania i rozwiązywania trudnych zadań ruchowych w różnych sytuacjach życiowych...”, a inaczej Przewęda, kładąc nacisk na motoryczność czy Chromiński odwołując się do genetycznych właściwości człowieka, takich jak: uzdolnienia ruchowe, konstytucji somatycznej, sprawności zmysłów, temperament oraz odpowiednie proporcje ciała. Zatem, podobnie jak w „stanie psychicznym” również i w „sprawności fizycznej” należało zawęzić do wymiaru badań izokinetycznych (Biodex) tylko niektórych grup mięśniowych. Notabene urządzeń tej firmy jest cała gama i zasadnym byłoby wskazanie jakie urządzenie zostało użyte do pomiaru siły mięśni zginaczy i prostowników.

Narzędzia zostały wybrane prawidłowo. Natomiast recenzent ma wątpliwość, co do zastosowanej Skali SF-36 oraz Skali HADS właśnie w tej wersji. W wypadku SF-36 rodzi się pytanie o zbyt niską czułość narzędzia w odniesieniu do badanej grupy jeśli mamy na uwadze jakość życia. Pomiar tylko niektórych aspektów zdrowia fizycznego (funkcjonowanie,

dolegliwości, bóle, witalność) oraz zdrowia psychicznego (ogólne poczucie zdrowia, funkcjonowanie społeczne, emocjonalne, psychiczne) to niewystarczająco, aby mówić o jakości życia. W wypadku HADS rodzi się pytanie, dlaczego nie została użyta zmodyfikowana Skala HADS-M (w polskiej modyfikacji Majkowicza, de Walden-Gałuszko, Chojnackiej-Szawłowskiej). W tej wspomnianej wersji, bok podskal depresji i lęku dołączona jest podskala agresji. Warto przypomnieć, że pierwotnie autorzy tej skali, czyli Zigmond i Snaith, skonstruowali metodę, a było to dość dawno, bo w latach 80. głównie z myślą o somatycznych pacjentach w odróżnieniu od pomiaru lęku i depresji u pacjentów psychiatrycznych. Jednak wraz z rozwojem badań psychosomatycznych w latach 90 a dotyczących styku relacji emocji i ciała już doskonale wiemy, że podczas choroby pacjent konfrontuje się ze znacznie szerszym spektrum negatywnych emocji. Lęk i depresja sytuują się na biegunie wycofania a agresja i złość na biegunie ekspansji. Czy to przypadkiem nie odzwierciedla ukrytych relacji między pacjentem a tzw. służbą zdrowia w warunkach polskich? Wiadomo też, że emocje uzależnione jest od różnych czynników. Jednym z nich może być osoba prowadząca ćwiczenia lub zabiegi rehabilitacyjne. O tym doktorantka nie wspomina. Z wielu badań wynika, że to określone cechy osobowościowe osoby prowadzącej w wielu sytuacjach decydują o samopoczuciu uczestników sesji czy terapii. Sama autorka w cz. dyskusyjnej przyznaje, że *„Specyfiką SM jest fakt, iż poziom samopoczucia oraz kondycji fizycznej jest w tym schorzeniu zmienny, zmienia się każdego dnia i zależna jest od wieku czynników”* (s.72).

Modele rehabilitacji? Autorka odwołuje się do „próby stworzenia 3 modeli rehabilitacji” (choćby na s. 60, 68, 72, 74, 75). Czy słowo „model” jest aby tym właściwym? Recenzent sam nie jest pewien, jak to stosowane jest w środowisku rehabilitacyjnym i ma wątpliwości, czy akurat w tym wypadku należało użyć słowa „model”. Jest to bardziej „wybór sposobu czy procedury rehabilitacji”? Być może w wypadku mniej lub bardziej kompleksowej „strategii” uznanej w środowisku od lat, jeśli czas interwencji jest obliczony na miesiące lub lata termin „model” ma zasadność. Raczej wskazuje na ugruntowany system oddziaływania, który tworzony był przez długi okres czasu, przykładowo można mówić o „polskim modelu rehabilitacji profesora Degi”

Niedokończone wątki pracy. W niektórych poruszanych wątkach pracy doktorantka owszem rozpoczyna jakieś zagadnienie, podaje wyniki badań, ale już niestety nie kontynuuje. Oto przykład, autorka pracy pisze na s. 50, że „analiza skuteczności poszczególnych form

terapii w powiązaniu z aktywnym życiem zawodowym bądź jego brakiem wskazuje na lepsze wyniki wśród pacjentów niepracujących...”. Owszem interesujący to wątek badań, szczególnie, że w grupie KrioGim statystycznie istotnym zmianom uległy wszystkie parametry. Szkoda jednak, że w dalszej części pracy doktorantka nie komentuje ani nie podejmuje próby interpretacji tego wyniku. Z badań wynika, że każda interwencja przyniosła pozytywne skutki. Autorka na s. 61 pisze, że „w niniejszych badaniach, bez względu na rodzaj ocenianej interwencji... występuje znaczna poprawa samopoczucia w drugim punkcie pomiarowym”. Czy to oznacza, że gdyby wprowadzono kolejną grupę, która zamiast ćwiczeń i krioterapii miała możliwość spotkania się rozmowy na ciekawy temat, to samopoczucie uległoby poprawie? A może szkoda, że takiej grupy nie było. Nie jest komentowany *Indeks Mobilności Revermead*, dlaczego? W innym miejscu doktorantka powołując się na pracę Dalgasa i wsp. z 2010 domyślnie stwierdza, że „korzyści regularnej aktywności fizycznej” mogą mieć dłuższy pozytywny wpływ na badane osoby. U Dalgasa i wsp. Owszem ćwiczenia wpływają na poprawę samopoczucia i utrzymują się przez 12 tyg. po zakończeniu programu, ale nie do końca jest to zasadne w badaniach doktorantki. Różnica polega na tym, że wspomniani autorzy piszą to w odniesieniu do 12 tygodniowego (a nie 2 tyg.) treningu, a więc trochę innej niż u doktorantki sytuacji.

Merytoryczna dyskusja jest prowadzona poprawnie i dość szeroko, obejmuje 16 stron. W części wstępnej dyskusji autorka dysertacji analizuje trudne i specyficzne aspekty stwardnienia rozsianego jako jednostki chorobowej. Można jednak zastanawiać się na niektórym uproszczeniach czy stereotypami, które autorka dość niefortunnie przyjęła. Cytuję przykładowo zdanie z pracy „Piętno choroby zmusza pacjentów do zmierzenia się z niepełnosprawnością czy perspektywą przedwczesnej śmierci” (s. 60) Nie tyle piętno, co sama choroba i nie tylko choroba, ale też samo życie i jego przemijanie. Choroba jest częścią życia i umierania, tylko pytanie, kto i kiedy tego doświadcza. Inne zdanie z tej samej strony wymagające doprecyzowania, gdyż pisząc „Stwardnienie rozsiane to choroba nieprzewidywalna, a przyczyny jej kolejnych rzutów są wciąż nieznanne” niewiele wnosi, jest nadto ogólnikowe. Czy są choroby przewidywalne? i czy ich kolejne fazy czy „rzuty” są bardziej znane? Domyślam się, że doktorantce chodzi raczej o społeczne spostrzeganie choroby czy też kliniczne rozpoznanie rokowania w odniesieniu akurat do tej którą się zajmuje. Inny przykład dość banalnego stwierdzenia a raczej oczywistości, że „im dłużej trwa choroba, tym gorszą odnotowano sprawność fizyczną, ogólny stan zdrowia oraz funkcjonowanie emocjonalne” (s.64). Inny przykład oczywistości w dodatku nie do końca

sprawdzonej typu „*Już kilkanaście lat temu udowodniono, iż regularne ćwiczenia aerobowe wykazują poprawę wydolności układu krążenia*” (s.74). To, że ćwiczenia aerobowe mają pozytywny wpływ (ćwiczenia niczego nie „wykazują”!) na układ krążenia to jest oczywistość, ale to, że udowodniono to kilkanaście lat temu? To już ufam, że pomyłka doktorantki!!! „Ta oczywistość” jest znana od co najmniej kilkudziesięciu lat. Nie do końca jasne jest zdanie „*Wcześniejsze badania wykazały, że depresja jest ważnym, niezależnym czynnikiem mentalnego stanu zdrowia w aspekcie jakości życia*” – tu chyba coś zanadto uproszone. Po pierwsze depresja nie jest czynnikiem, a chorobą, po drugie co znaczy „mentalny stan zdrowia w aspekcie jakości życia”? (s.63). Chyba chodzi o „zdrowie psychiczne jako składową jakości życia”? Istotne jest, aby opisując sferę dotyczącą psyche używać właściwych pojęć, gdyż określenia „mentalny”, „psychiczny” czy „umysłowy” nie stosuje się zamiennie, gdyż mają różne zabarwienia i konotacje.

Wnioski. Przedstawione w czterech punktach, klarowne i odpowiadające na pytania badawcze. Brak jednak w cz. dyskusyjnej szerszego wyjaśnienia dlaczego najmniej jednoznaczne wyniki badań izokinetycznych uzyskano w grupie interwencji łączonej. Podobny niedosyt odczuwa się w braku wyjaśnienia różnic między kobietami i mężczyznami w odczuwaniu pozytywnych zmian w samopoczuciu psychicznym. Jak doktorantka to wyjaśnia?

Piśmiennictwo. Praca uzupełniona jest o piśmiennictwo, które obejmuje 174 pozycje, nawiązujące merytorycznie do poruszanego tematu. Za wyjątkiem kilku, wszystkie publikacje są aktualne (po roku 2000), zdecydowana większość publikowana w prestiżowych periodykach naukowych w języku angielskim. Ponadto w końcowej części dołączane są załączniki kopii narzędzi badawczych. Skoro autorka powołuje się na pracę Dalgasa i wsp. To bez wątpienia warto było powołać się na inne badania wspomnianego autora, mianowicie na pracę *Relations between 6 minute walking distance and 10 meter walking speed in patients with multiple sclerosis and stroke* (Arch Phys Med Rehabil 2012; 93(7):1167-72).

Recenzent przy omawianiu kolejnych części pracy, przede wszystkim koncentrował się na tych aspektach pracy, które wydawały mu się mniej jasne czy kontrowersyjne. Obecnie chciałby wyraźnie wskazać na mocne strony pracy:

1. Społecznie ważny i klarownie przedstawiony problem badawczy.
2. Psychosomatyczne, interdyscyplinarne spojrzenie na problem choroby.
3. Dobrze skonstruowany proces badawczy z podziałem na trzy grupy i odpowiednio dobrane narzędzia badawcze.
4. Prawidłowo dobrane metody statystyczne.
5. Wyniki badań własnych przedstawione są szczegółowo i kompetentnie.
6. Dojrzałe, wyczerpująco merytorycznie poprowadzona dyskusja w odniesieniu do prac innych autorów oraz wyników badań własnych.
7. Właściwie dobrane pozycje piśmiennictwa i aktualne źródła.
8. Poprawny styl formułowania myśli oraz przejrzysta strona edytorska pracy

W odczuciu recenzenta praca stanowi nowe ujęcie problemu w odniesieniu do rehabilitacji osób ze stwardnieniem rozsianym. Autorka pracy, pani Malwina Pawik konsekwentnie przeprowadza kolejne etapy procesu badawczego. Dlatego też recenzent nie ma wątpliwości, że autorka pracy potrafi samodzielnie przeprowadzić eksperyment naukowy oraz ma opanowaną technikę formułowania myśli w formie dysertacji naukowej.

Wnoszę o dopuszczenie Pani mgr Malwiny Pawik do obrony pracy doktorskiej

Wrocław, dnia 4.05.2014 r.

podpis

Kierownik
Katedry Nauk Humanistycznych
i Promocji Zdrowia

.....
dr hab. Lesław Kulmatycki,
prof. AWF Wrocław