

dr hab. n. med. Mariusz Korkosz, prof. UJ
Klinika Reumatologii i Immunologii Wydziału Lekarskiego
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Oddział Kliniczny Reumatologii, Immunologii i Chorób Wewnętrznych
Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Kraków, 15.09.2024

Recenzja

rozprawy doktorskiej mgr Marty Cichoń-Krzysiek pt. „Wpływ wybranych metod terapii zajęciowej na funkcję kończyny górnej i jakość życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów”.

W ostatnich latach opublikowano szereg prac poświęconych znaczeniu nowych technologii terapii zajęciowej w rehabilitacji, i szerzej, w kompleksowym i wielodyscyplinarnym leczeniu pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS). RZS jest autoimmunologiczną układową chorobą tkanki łącznej obejmującą stawy oraz narządy i tkanki pozastawowe. W przebiegu choroby dochodzi do uszkodzenia przez przewlekły proces zapalny tkanek stawowych i okołostawowych co prowadzi do pogorzenia funkcji stawów i odbija się niekorzystnie na sprawności narządu ruchu pacjenta i jakości jego życia.

Z tego względu uważam za trafny i interesujący temat rozprawy doktorskiej mgr Marty Cichoń-Krzysiek poświęconej ocenie efektu niektórych metod terapii zajęciowej na funkcję kończyny górnej i jakość życia pacjentów z RZS.

Przedstawiona do recenzji praca zawarta jest na 118 stronach, posiada 25 rycin, 40 tabel i uzupełniona jest 116 pozycjami piśmiennictwa. Układ formalny tekstu, tj. jego

struktura i treść jest poprawny i odpowiada rozprawie doktorskiej.

We wstępie Autorka w gruntowny sposób omawia zagadnienia związane z tematem rozprawy, tj. (1) charakterystykę RZS ujmującą epidemiologię, etiopatogenezę, obraz kliniczny i wpływ choroby na sprawność funkcjonalną kończyny górnej oraz jakość życia, oraz (2) charakterystykę terapii zajęciowej z ujęciem rysu historycznego, omówienie szeregu definicji wypracowanych przez lata przez towarzystwa naukowe oraz zakresu i możliwości współczesnej terapii zajęciowej, podkreślając jej dynamiczny rozwój.

Cele pracy doktorskiej zostały dobrze sformułowane. Całość podjętego wysiłku naukowego Doktorantki zasadza się na analizie wpływu autorskiego modelu terapii zajęciowej na szereg istotnych zmiennych charakteryzujących funkcję kończyny górnej i jakość życia pacjentów z RZS. Doktorantka zbadała (1) czy programy terapii zajęciowej wpłyną na poprawę analizowanych zmiennych w ciągu 6-tygodniowego badania, oraz (2) jak plasuje się program autorski – w porównaniu do terapii zajęciowej najczęściej prowadzonej w Polsce, tj. arteterapii i do grupy nie poddanej terapii zajęciowej pod kątem funkcji kończyn górnej i jakości życia. Przy czym, w obrębie funkcji kończyn górnej Doktorantka badała zarówno siłę chwytu, zręczność i zakres ruchu ale także wpływ na wykonywanie, na uprzednio wytypowanej na podstawie kwestionariuszy najważniejszej dla badanej grupy pacjentów czynności dnia codziennego, tj. przygotowania posiłków.

Program badawczy objął 55 kobiet z RZS, które przydzielono do jednej z trzech grup: (1) grupa A [n=19] – program z wykorzystaniem interaktywnego urządzenia Pablo System, (2) grupa B [n=19] – program arteterapii i (3) grupa C [n=17] – nie poddana terapii zajęciowej. Program w grupach A i B prowadzono przez 6 tygodni (3 razy w tygodniu po 55 min). Dwukrotnie, przed i po zakończeniu programu, wykonano szereg zaplanowanych badań i kwestionariuszy oceniających zmienne charakteryzujące funkcję kończyny górnej i jakość życia. Analiza statystyczna zgromadzonego materiału dała Doktorantce możliwość wyciągnięcia i sformułowania wniosków.

W sumie recenzent zgadza się, że metody i narzędzia badawcze, zostały

odpowiednio dobrane, a umiejętność ich zastosowania i interpretacji uzyskanych wyników nie budzi wątpliwości. Analiza statystyczna uzyskanych wyników była względnie prosta i z punktu widzenia recenzenta przeprowadza została poprawnie.

W trakcie analizy zmiennych wyjściowych i końcowych Doktorantka stwierdziła szereg istotnych różnic w obrębie danej grupy a także pomiędzy grupami. Analiza funkcji kończyny górnej ujawniła, że w domenie zręczności w grupie A i B doszło do istotnej poprawy, a w grupie A poprawiła się również siła i zakres ruchu. Program realizowany przez grupę A okazał się istotnie skuteczniejszy niż program grupy B w poprawie wszystkich trzech domen funkcji, tj. zręczności, siły i zakresu ruchu. Tylko w grupie A, jako jedynej uzyskano poprawę wybranej czynności dnia codziennego, a poprawa była istotnie lepsza niż w grupie B. Podobnie, tylko w grupie A uzyskano poprawę jakości życia w obszarze fizycznym, która była istotnie lepsza niż w grupie B. W żadnej z badanych grup nie uzyskano poprawy jakości życia w obszarze psychicznym.

Analizując poszczególne rozdziały pracy można stwierdzić, że Wstęp omawia niezbędne informacje potrzebne do zrozumienia podjętego tematu badawczego, Cele Pracy i Pytania Badawcze zdefiniowane są jednoznacznie, Materiał i Metody Badań przedstawiają charakterystykę badanych i wyczerpująco zastosowane techniki badawcze, które są odpowiednio dobrane, podobnie jak metody statystyczne. Wyniki pokazują w zasadzie wszystkie przeprowadzone analizy a w Dyskusji Autorka ujęła kluczowe dla pracy badawczej elementy, tj. przedstawienie własnych danych w kontekście wyników innych autorów oraz zwrócenie uwagi na uzyskane wyniki, które następnie posłużyły formułowaniu wniosków końcowych w prawidłowy sposób.

Do mocnych stron techniczno-organizacyjnych pracy należy niewątpliwie przeprowadzenie badań w wysokospecjalistycznej Pracowni Terapii Zajęciowej Centralnego Laboratorium Badawczego AWF w Krakowie, która jak zakłada recenzent nie ma swojej puli pacjentów z RZS, a więc należało ją pozyskać z innych ośrodków. Recenzent wyobraża sobie jakie musiało być zaangażowanie Doktorantki i zapewne zespołu Pracowni w zebraniu i zbadaniu tej grupy pacjentów. Niewątpliwie zastosowanie nowych technologii, zarówno do pomiarów jak i prowadzenia treningu

jest również zaletą tej pracy, tym bardziej, że technologie te, podobnie jak w innych dyscyplinach medycznych rozwijają się dynamicznie i zwrócenie uwagi środowisku terapeutów zajęciowych na nowe narzędzie ma swoją wartość w planowaniu kompleksowej opieki nad pacjentami z RZS i być może innymi chorobami dotyczącymi narządu ruchu. Ponadto zastosowanie przez Doktorantkę terapii indywidualnej w grupie badanej, jak się wydaje ma przewagę nad najczęściej stosowaną terapią grupową, pozwalając wniknąć w potrzeby, możliwości i oczekiwania naszych pacjentów, i z tego powodu recenzent uważa, że był to trafny wybór. Dodatkowo, praca Doktorantki, jako jedna z pierwszych w tym obszarze powinna zwrócić uwagę nie tylko środowiska terapeutów zajęciowych ale również specjalistów reumatologów, ortopedów i rehabilitacji medycznej i z tego względu powinna być prezentowana na różnych zjazdach naukowych aby ujrzeć światło dzienne.

Doceniając pracę Autorki w pozyskaniu materiału badawczego i jego analizie, a następnie zorganizowaniu całej pracy pod kątem warunków jakie ma spełniać praca kwalifikująca do tytułu doktora nie mogę z obowiązku akademickiego pominąć pewnych uwag, do których jako powołany recenzent mam prawo ale również obowiązek.

- (1) Recenzent żałuje, że Doktorantka nie uwzględniła w pracy mężczyzn. Biorąc pod uwagę różnice pomiędzy płciami w postrzeganiu dolegliwości RZS (co znajduje odbicie w kwestionariuszach tzw. Patient Reported Outcomes), percepcji bólu, w występowaniu zjawiska katastrofizacji bólu i radzenia sobie z trudnościami, oraz odpowiedzi na zastosowane leczenie farmakologiczne i różnice w osiąganiu celów terapeutycznych, zgromadzony materiał mógłby posłużyć do ewentualnego stwierdzenia różnic pomiędzy płciami w skuteczności zastosowanej terapii zajęciowej.
- (2) Remisja w RZS jest w literaturze ściśle zdefiniowana i służą do tego złożone kalkulatory oceny aktywności RZS, np. DAS-28, CDAI, SDAI. Kalkulatory te oparte są o liczbę stawów obrzękniętych, liczbę stawów bolesnych, wskaźniki ostrej fazy (OB lub CRP), subiektywną ocenę oddziaływania choroby na stan zdrowia pacjenta i ocenę badającego. Odpowiednio wyliczone wartości liczbowe tych walidowanych przez lata i stosowanych w reumatologii

kalkulatorów decydują czy pacjent aktualnie znajduje się w okresie remisji lub w okresie niskiej, średniej czy wysokiej aktywności choroby. Doktorantka jedynie zaznaczyła, że kryterium włączenia do programu był stan remisji, nie podając szczegółowo wg której metody oceny aktywności. Progi odcięcia i metodyka obliczenia wyniku liczbowego aktywności RZS różnią się, czego efektem jest spełnienie kryterium remisji w jednym a kryterium niskiej aktywności choroby w drugim kalkulatorze. Recenzent zakłada, że kwalifikowano do badania tylko takie pacjentki, które w ocenie kierującego reumatologa były w okresie remisji, wg najczęściej stosowanego w Polsce kalkulatora DAS-28 i że właśnie kierujący wziął na siebie odpowiedzialność za zaszeregowanie danej pacjentki do okresu remisji.

- (3) Według recenzenta charakterystyka grupy jest zbyt skromna. Zdając sobie sprawę, że Doktorantka działała poza ośrodkiem reumatologicznym i nie miała dostępu do pełnej dokumentacji pacjenta recenzent rozumie, że niektóre dane były poza zasięgiem Autorki. Brakuje recenzentowi szczególnie informacji o raportowanej przez pacjenta długości sztywności porannej, która jest zdeterminowana aktywnością zapalenia i w przypadku remisji jest nieobecna lub jest krótka, tzn. poniżej 15-30 min, długości trwania choroby – pacjentki dłużej chorujące mają bardziej uszkodzony narząd ruchu, wartości CRP lub/i OB (pacjenci zazwyczaj posiadają takie informacje o swoich wynikach, szczególnie chorujący przewlekłe) czy współchorobowości – choroby sercowo-naczyniowe, przewlekłe infekcje, depresja lub zaburzenia nastroju odbijają się np. na NRS bólu i jakości życia. Z tego względu uważam, że grupa mogła być bardzo heterogenna. W charakterystyce pacjentek Doktorantka podała informację np. o miejscu zamieszkania i wykształceniu, które jak się wydaje nie zostały naukowo „skonsumowane” w pracy. Biorąc również pod uwagę niezbyt liczne grupy badane oraz brak kryteriów przydziału do danej grupy – jak Doktoranta decydowała do której grupy trafia kolejny pacjent nie zostało przedstawione, uważam, że uzyskane wyniki należy potraktować pilotowo, i kontynuować badania na szerszą skalę wg precyzyjnego protokołu aby praca była publikowalna w recenzowanych pismach.
- (4) Poprawa w zakresie bólu, stwierdzona przez Doktorantkę powinna być również traktowana ostrożnie, o czym sama nadmienia w Dyskusji, str. 85-86. Odczuwanie bólu w RZS jest wypadkową szeregu czynników, m.in. kondycji

psychologicznej, zjawiska katastrofizacji bólu, współchorobowości nie mówić już o efekcie placebo podjętej interwencji nefarmakologicznej. Generalnie zjawiska biologiczno-psychologiczno-społeczne oddziałują na percepcję bólu i wymagają ujęcia w analizach regresji, aby potwierdzić czy podjęta przez Doktorantkę interwencja rzeczywiście odpowiada za poprawę bólu, co jak recenzent rozumie, ze względu na nieliczną próbę i heterogenność grupy nie było możliwe.

- (5) Obecność grupy kontrolnej zdrowych osób, dobranych płcią i wiekiem powinien być uwzględniony w kolejnych badaniach, podobnie jak wydłużenie czasu obserwacji, nawet wykraczający poza okres aktywnego udziału w programie terapii zajęciowej aby stwierdzić długotrwałe efekty podjętego wysiłku, o czym sama Autorka wspomina w Dyskusji, str. 87. Podobnie, minimalną liczebność grupy/grup należy zdefiniować wcześniej (analiza siły statystycznej) aby uzyskane wyniki odzwierciedlały jednoznacznie istotne różnice.

Wyżej wymienione uwagi recenzenta nie mają w żadnym wypadku decydującego wpływu na obraz całości dokonania naukowego Autorki, a być może posłużą za wskazówki do dalszej pracy badawczej. W związku z powyższym wnoszę do Rady Naukowej Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie o dopuszczenie mgr Marty Cichoń-Krzysiek do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 187 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018 r. poz. 1668 z późn. zm.).

Podpis jest prawidłowy

Dokument podpisany przez
Mariusz Korkosz
Data: 2024-09-27 09:20:50
CEST



dr hab. med. Mariusz Korkosz, prof. UJ