

Prof. dr hab. n. med. Adam Windak

Katedra Medycyny Rodzinnej

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Recenzja rozprawy doktorskiej lek. Aleksandra Michała Biesiady

pt. „Interwencja z zakresu opieki paliatywnej

w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”,

przygotowanej pod opieką naukową promotorów:

dr hab. n. med. Agnieszki Mastalerz-Migas, prof. UM we Wrocławiu,

oraz dr hab. n. med. Aleksandry Ciałkowskiej-Rysz, prof. UM w Łodzi

Celem przedstawionej do recenzji rozprawy doktorskiej było zbadanie kluczowych elementów interwencji z zakresu opieki paliatywnej, takich jak komunikacja z pacjentem, stosowanie leków opioidowych oraz kierowanie pacjentów do specjalistycznej opieki paliatywnej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Praca została zrealizowana w Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, a na jej przeprowadzenie doktorant uzyskał stosowną zgodę komisji bioetycznej tej uczelni.

Zasadniczą część pracy stanowi cykl czterech, następujących artykułów, opublikowanych w krajowych i międzynarodowych czasopismach naukowych:

1. Biesiada AM, Ciałkowska-Rysz A, Mastalerz-Migas A. Communicating a negative prognosis by primary care physicians. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*. 2022;14(4):189-196. doi:10.5114/pm.2022.127091.

2. Biesiada A, Ciałkowska-Rysz A, Mastalerz-Migas A. Palliative medicine specialist and general practitioner interactions: national survey. *BMJ Supportive & Palliative Care* Published Online 4th of January 2024. doi: 10.1136/spcare-2023-004670

3. Biesiada A, Ciałkowska-Rysz A, Mastalerz-Migas A. Opioid Treatment in Primary Care: Knowledge and Practical Use of Opioid Therapy. MDPI Healthcare. January 2024. doi: 10.3390/healthcare12020217

4. Biesiada A, Ciałkowska-Rysz A, Mastalerz-Migas A. Subcutaneous drug supply in the practice of a primary care physician – a literature review. Family Medicine & Primary Care Review. 2023;25(4):449-454. doi:10.5114/fmpcr.2023.132619.

Całość rozprawy została przygotowana w postaci zawierającego 105 stron manuskryptu, podzielonego na 12 rozdziałów, w których zaprezentowano kolejno: 1. Wykaz publikacji stanowiących rozprawę doktorską, 2. Wykaz stosowanych skrótów, 3. Streszczenie w języku polskim, 4. Streszczenie w języku angielskim, 5. Wstęp, 6. Cele pracy, 7. Materiał i metody pracy, 8. Wyniki, 9. Wnioski, 10. Cykl publikacji stanowiący pracę doktorską (kopie 4 opublikowanych artykułów), 11. Załączniki (zawierające kopię zgody Komisji Bioetycznej na realizację badania, formularze wykorzystywane w badaniu i oświadczenia współautorów), 12. Bibliografię. Manuskrypt został przygotowany w sposób przejrzysty, z dużą starannością i dbałością o spełnienie wysokich wymogów edytorskich. Pod względem formalnym jego zawartość pozwala na wyrobienie sobie opinii co do założeń, metodologii, uzyskanych wyników oraz wniosków z przeprowadzonego badania, które ma być podstawą do ubiegania się o stopień doktora nauk medycznych.

Przechodząc do oceny merytorycznej na początku pragnę podkreślić społeczne znaczenie oraz wagę wybranego przedmiotu badań. Jak słusznie zauważa w rozprawie sam doktorant, znaczna część pacjentów wymagających różnych form opieki paliatywnej nie otrzymuje stosownych świadczeń. Wszystkich oczekiwani w tym zakresie nie są w stanie zapewnić hospicja, oddziały i poradnie specjalistyczne, głównie z uwagi na niedobór wyspecjalizowanych kadr medycznych. Wsparcie w tym zakresie mogliby zaoferować lekarze rodzinni, którzy z uwagi na charakter swojej specjalizacji mogą i powinni podejmować pewne działania z zakresu opieki paliatywnej. Muszą jednak w tym celu posiadać wiedzę, umiejętności i kompetencje niezbędne do fachowego i bezpiecznego udzielania tego rodzaju świadczeń. Podjęcie zatem badań próbujących ustalić obecny stan rzeczy, jak i potrzeby edukacyjne w tym zakresie jest nie tylko jak najbardziej zasadne, ale wręcz konieczne. Przemawiające za tym argumenty zostały w sposób przejrzysty i przekonujący zestawione we Wstępie do rozprawy.

Cele pracy zostały przedstawione enumeratywnie, z których większość nie budzi zastrzeżeń. Nie do końca jednak jest jasne co doktorant miał na myśli pisząc o ocenie przygotowania lekarzy POZ. Bardziej właściwe mogłoby być wskazanie jakie jego aspekty (wiedza, umiejętności, postawy, kompetencje) są przedmiotem badania. Zważywszy też na przyjętą metodologię badań, cel, którym miałyby być „analiza umiejętności” nie był możliwy do zrealizowania za pomocą badania kwestionariuszowego, nadającego się głównie do badania opinii, wiedzy, a w pewnym stopniu także postaw i kompetencji.

Wybór metodologii badań nie budzi zastrzeżeń. Na uznanie zasługuje zrekrutowanie dużej liczby uczestników badania, co było możliwe dzięki włączeniu w jego realizację struktur dwóch towarzystw naukowych. Wielkość badanych populacji spełniała oczekiwania liczności próby dla uzyskania założonej mocy wykorzystywanych testów statystycznych. Sposób rekrutacji uczestników (convenience sampling) nie pozwalał jednak na wyłonienie reprezentatywnej próby, a co za tym idzie ogranicza możliwość generalizacji wyników badania na ogół populacji lekarzy POZ w Polsce. Dobitnie obrazuje to charakterystyka demograficzna respondentów (średni wiek znacząco niższy od średniej wieku lekarzy POZ w całym kraju). Pewne wątpliwości budzi także okres przeprowadzenia badania. W opisie zawartym na stronie 28 znajduje się informacja, że zostało ono przeprowadzone pomiędzy 10 czerwca 2020, a 10 czerwca 2023 roku. Taki przedział czasowy jest dalej podany w opisie artykułu II (i samym artykule), dla dwóch pozostałych podany jest okres od 10 czerwca 2020 do 10 czerwca 2021. Jednocześnie liczba uczestników badania w poszczególnych artykułach jest zbliżona (744 w artykule I i 746 w artykułach II i III). Jakiej jest wyjaśnienie tych rozbieżności?

Jako narzędzie w badaniu doktorant wykorzystał kwestionariusz autorski, który poddał badaniu pilotażowemu. Tutaj pojawia się kolejna rozbieżność metodologiczna. Na stronie 28 znajduje się informacja, że uczestniczyło w nim 20 lekarzy, podczas gdy w poszczególnych artykułach (I i III) podano, że w pilotażu brało udział 10 lekarzy. Skąd ta rozbieżność? W opisie narzędzia brak informacji na temat jego walidacji. W artykule III znajduje się informacja, że narzędzie badawcze poddane zostało walidacji, nie podano jednak jakiej i w jaki sposób przeprowadzonej. W opisie narzędzia brakuje określenia typu „zobiektywizowana wiedza” (czy chodzi o kompetencje?) oraz „subiektywna wiedza” (samooceńca?).

W odniesieniu do IV artykułu cyklu wybraną metodą badawczą był przegląd literatury, który w omówieniu (strona 31), ale już nie samym artykule, doktorant nazwał systematycznym, z czym trudno się zgodzić. Przegląd systematyczny co do zasady cechuje się wysokim stopniem formalizmu i ilościowymi metodami analizy. W mojej ocenie przeprowadzony przegląd bardziej odpowiada cechom mapowania lub przeglądu narracyjnego (scoping lub narrative review), choć w rzeczy samej nie istnieje jedna, powszechnie akceptowana klasyfikacja przeglądów literatury.

W rozprawie, a szczególnie części zawierającej omówienie czterech artykułów zabrakło mi krytycznego omówienia zastosowanej metody oraz znaczenia uzyskanych wyników. Ograniczenia w tym zakresie są nieodłączną cechą każdego badania i dyskusja nad nimi powinna stanowić element każdej publikacji naukowej, w tym także rozprawy doktorskiej. Jednocześnie należy jednak podkreślić, że omówienie zalet i ograniczeń stanowi wyodrębniony element artykułów II i III, choć zabrakło go zwłaszcza w artykule I.

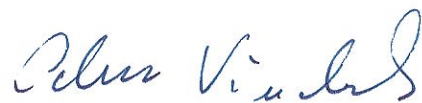
Na koniec warto zauważyć, że nie wszystkie zgromadzone dane zostały poddane analizie i/lub zaprezentowane. Dotyczy to w szczególności odpowiedzi na pytania otwarte obydwu ankiet, co wymagałoby zastosowania odrębnych, jakościowych metod analizy. Zakładam jednak, że ten materiał wciąż jest w posiadaniu autorów i z całą pewnością może stanowić podstawę do przygotowania kolejnych, ciekawych publikacji, do czego gorąco zachęcam.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że zalety recenzowanej rozprawy zdecydowanie przeważają nad wymienionymi powyżej zastrzeżeniami. Jej wartość poznawcza i praktyczne znaczenie uzyskanych wyników są nie do przecenienia. Na uznanie zasługuje też dogłębne i wysoce kompetentne omówienie przedmiotu badań, co wskazuje na głębokie zrozumienie i rzetelne zgłębienie przez doktoranta zagadnień związanych z realiami sprawowania opieki paliatywnej w warunkach POZ w Polsce. Podkreślenia wreszcie wymaga sposób przygotowania rozprawy w oparciu o cykl powiązanych tematycznie artykułów, opublikowanych w recenzowanych czasopismach naukowych o uznanej wartości. Taka forma to niewątpliwie przykład dobrej praktyki, która moim zdaniem powinna stanowić standard w rozprawach na stopień doktora, a na pewno wymaga docenienia.

Konkludując uważam, że przedstawiona do recenzji rozprawa udowadnia ogólną wiedzę teoretyczną kandydata w dyscyplinie nauk medycznych oraz jego umiejętność

samodzielnego prowadzenia pracy naukowej. Jednocześnie stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego i przedstawia oryginalne rozwiązanie w zakresie zastosowania wyników własnych badań naukowych w sferze ochrony zdrowia. Dlatego uważam, że rozprawa spełnia wymagania określone w art. 187 ust. 1 – 4 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce wobec rozpraw na stopień doktora i wnoszę do wysokiej Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu o dopuszczenie lek. Aleksandra Michała Biesiady do dalszych etapów przewodu doktorskiego. Jednocześnie zważywszy na wysoki walor poznawczy, formę prezentacji oraz wcześniejszą publikację wyników w postaci cyklu artykułów, wnoszę o jej wyróżnienie.

Kraków, 14 sierpnia 2024



Prof. dr hab. n. med. Adam Windak