

Gdańsk, 22.05.2023

Recenzja rozprawy na stopień doktora, w dyscyplinie nauk o zdrowiu

mgr Małgorzaty Migut

„Jakość opieki pielęgniarstwa w okresie okołoperacyjnym po zabiegach chirurgicznych części twarzowej czaszki”

Chirurgia szczękowo-twarzowa to młoda specjalność medycyny, której rozkwit i postęp rozpoczął się na początku lat 50 ubiegłego stulecia. Do jej rozwoju przyczyniły się doświadczenia medycyny wojennej i konieczność udzielania pomocy przy obrażeniach twarzy i kości części twarzowej czaszki u poszkodowanych w działaniach wojennych. Rodzaj tych obrażeń wymógł doskonalenie umiejętności w zakresie diagnostyki i terapii, dlatego chirurgia szczękowa stała się faktem, obejmując większy zakres chorób oraz patologii w obrębie twarzoczaszki, jamy ustnej i szyi.

Ważną grupę pacjentów ten specjalności, stanowią chorzy operowani z powodu nowotworów złośliwych umiejscowionych w rejonie części twarzowej czaszki. Leczenie chirurgiczne jest szansą na wyleczenie i pokonanie choroby, wywołuje jednak szereg skutków i następstw ubocznych, trudnych często do zaakceptowania przez chorych, tj. deformacje, zaburzenia anatomiczno-czynnościowe, estetyczne, związane z rekonstrukcją. Może być ono źródłem zmian prowadzących do nieprawidłowego funkcjonowania narządu żucia i układu stomatognatycznego wywołane utratą tkanek jamy ustnej oraz pojawienie się powikłań związanych także z uzupełniającą radioterapią, osłabienie węchu i smaku. W okresie pooperacyjnym pojawiają się deformacje i zniekształcające blizny, konieczność oddychania przez otwór tracheostomijny, możliwe są porażenia i niedowłady w obrębie twarzy, trudności w artykulacji mowy, pooperacyjne obrzęki, zastoje limfatyczne, trudności związane z przyjmowaniem pokarmów i połykaniem, odżywianie przez gastrostomię. W tych sytuacjach opieka pooperacyjna pielęgniarstwa jest nie do przecenienia. Powstaje zatem konieczność szkolenia i edukacji pielęgniarek w zakresie postępowania z chorym w chirurgii szczękowo-twarzowej.

Szpital, jako ważna jednostka organizacyjna w systemie ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej udziela pomocy i całodobowych świadczeń zdrowotnych pacjentom w ramach stacjonarnego pobytu i hospitalizacji. Główne zadanie to leczenie chorych, wykonywanie wysokospecjalistycznych badań diagnostycznych i zabiegów związanych z pobytem chorego, z całodobową obserwacją pod fachową opieką personelu medycznego, tj. lekarzy i pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych i innych. Działalność szpitala i personelu regulują akty prawne dotyczące ochrony zdrowia. Ustawa określa kompetencje pielęgniarstwa oraz wyraźnie wyznacza samodzielność zawodową. Zawód pielęgniarstwa należy do grupy zawodów o podstawowym znaczeniu dla promowania zdrowia, profilaktyki, prowadzenia procesu diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pacjentów. W skutecznym zwalczaniu choroby istnieje potrzeba stosowania nie tylko nowoczesnej aparatury, nowych leków, coraz to

GDAŃSKI UNIwersYTET MEDYCZNY

WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU Z ODDZIAŁEM PIELĘGNIARSTWA Z IMMIT

INSTYTUT PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA

ZAKŁAD PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI

Kierownik: Prof. dr hab. Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska

ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk | 58 349 19 80, 12-47 | wioletta.medrzycka@gumed.edu.pl

nowszych sposobów i metod chirurgicznego postępowania, ale przede wszystkim utrzymania ścisłej współpracy zespołów i personelu medycznego, która pozwoli na poznanie problemów i potrzeb chorego, współpracy z jego rodziną. Postępowanie takie eliminuje uboczne skutki hospitalizacji i leczenia, pozwala choremu świadomie uczestniczyć w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Oprócz terapii, często uciążliwej dla pacjenta, istotna jest opieka pielęgniarstwa, pielęgnacja chorego.

Bezpośredni kontakt pielęgniarki z chorym hospitalizowanym w oddziale pozwala na rozpoznanie problemów i potrzeb chorego, a następnie - zgodnie z umiejętnościami nabytymi w czasie wieloletniej edukacji i szkoleń - podchodzenie z empatią do potencjalnych problemów, które mogą się pojawić w tym, nie łatwym dla niego, okresie. Profesjonalna opieka pielęgniarstwa wynika z zaawansowania choroby i wiąże się z wieloma procedurami medycznymi i pielęgniarstwowymi. Na różnych etapach pobytu na oddziale opieka pielęgniarstwa przewiduje różne formy postępowania. Mogą to być czynności niezbędne dla określenia stanu ogólnego chorego, uzyskanie informacji koniecznych dla właściwego rozpoznania i diagnozy pielęgniarstwa. W pracy z chorym hospitalizowanym na oddziale pielęgniarka podejmuje czynności dotyczące potrzeb fizjologicznych, stanu psychicznego i emocjonalnego oraz potrzeb duchowych.

Dane z piśmiennictwa wskazują na potrzebę spersonalizowanej, profesjonalnej opieki, realizowanej przez wykwalifikowane i przygotowane merytorycznie zespoły pielęgniarstwa, które wiedzą i kwalifikacjami zawodowymi, łącznie z personelem lekarskim, stanowią ważny element w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym hospitalizowanych chorych. Współczesne pielęgniarstwo podlega ciągłym przeobrażeniom, a od pielęgniarek wymaga się nie tylko umiejętności praktycznych koniecznych w opiece nad chorym, ale także znajomości technik i metod nawiązywania kontaktu z chorymi oraz dbania o komfort psychiczny. Współczesny rozwój techniki i najnowocześniejsze urządzenia nie zawsze ułatwiają pracę pielęgniarki i nie zastępują troskliwości i współczucia okazywanego choremu człowiekowi.

Przedstawiona mi do recenzji rozprawa doktorska mgr Małgorzaty Migut jest starannie zredagowanym i oprawionym wydrukiem komputerowym. Ma klasyczną strukturę i składa się w zasadzie z trzech istotnych części - części tzw. teoretycznej, metodologicznej i empirycznej. Całość pracy liczy 115 stron tekstu z załącznikami. Zawiera 12 rycin, 30 tabel oraz 168 pozycje piśmiennictwa, głównie w języku angielskim. Układ pracy jest konwencjonalny i powszechnie przyjęty w dysertacjach doktorskich.

Pozytywnie mimo drobnych potknięć stylistycznych i merytorycznych (*np. dlatego chirurgia szczękowa stała się faktem i obejmowała większy zakres chorób, patologii twarzy, szczęk, jamy ustnej i szyi*), oceniam część teoretyczną rozprawy doktorskiej w skład której wchodzi wstęp i dwa rozdziały. Zajmuje ona 27 stron. Wstęp jest napisany w sposób poprawny. Jest zwarty, ale jednocześnie dostarcza informacji wprowadzających do pracy doktorskiej.

Cel pracy jest interesujący z poznawczego punktu widzenia, zrozumiały i prawidłowo sformułowany. Postawienie 7 pytań badawczych potwierdza zamierzony cel i systematyzuje pracę.

Rozdział „Materiał i Metody Badań ” został opisany na 6 stronach. Opis doboru narzędzi badawczych, grupy badanej oraz analiza statystyczna, nie budzi w mojej opinii zastrzeżeń. W tym

rozdziale jednakże zabrakło wyraźnie opisanej organizacji badania, a zwłaszcza procedury przeprowadzenia badania.

Doktoranta w swojej pracy wykorzystuje umiejętnie kilka narzędzi, które pozwalają ocenić jakość opieki pielęgniarstwa. Skala NSNS (The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale) składa się z 3 części. Pierwsza ocenia doświadczenia związane z opieką pielęgniarstwą, na które składa się 26 twierdzeń (15 pozytywnych i 11 negatywnych). Odpowiedzi są ułożone zgodnie z 7-stopniową skalą Likerta. Poprzez analizę wyników możliwe jest określenie doświadczenia (0–100 punktów). Zgodnie z kluczem 100 oznacza najlepsze doświadczenia, a 0 oznacza najgorsze doświadczenia, jakie można sobie wyobrazić. Druga część skali składa się z 19 elementów opieki pielęgniarstwa. W tej części respondenci oceniają poziom satysfakcji własnej z opieki pielęgniarstwa w 5-stopniowej skali Likerta. Liczba uzyskanych punktów waha się od 0 do 100. Uzyskanie 100 wykaże pozytywną satysfakcję z opieki pielęgniarstwa, natomiast 0 całkowity brak satysfakcji z opieki. Trzecia część zawiera dane demograficzne, społeczne pacjentów i ich pobytu w szpitalu. Druga wykorzystana skala to Szpitalna Skala Samooceny Łęku i Depresji, która jest krótkim, 14-punktowym narzędziem samooceny. Jest ona przeznaczona do przesiewowej oceny lęku i depresji u pacjentów hospitalizowanych. Kluczem do oceny jest 4-stopniowa skala Likerta (0–3). Wyniki obu aspektów, lęku i depresji, są sumowane. Punktacja od 0 do 7 oznacza umiarkowaną normę, natomiast liczby punktów od 8 do 10 są już wartościami granicznymi i oznaczają zaburzenia lękowe i depresyjne o niewielkim nasileniu. Wartość punktowa od 11 do 21 oznacza, że występują zaburzenia lękowo-depresyjne lub przedstawia całkowicie rozwinięty zespół lękowy i/lub depresyjny. Ważnym aspektem w leczeniu pacjentów chirurgicznych jest ból, który w dużej mierze wpływa na jakość opieki i satysfakcję z tej opieki. Wykorzystana w pracy Karta monitorowania i leczenia bólu pooperacyjnego składa się z informacji o pacjencie (dane, rodzaj zabiegu, data i godzina), zastosowanym leczeniu podczas zabiegu, leczeniu, jakie jest zalecane po powrocie chorego z bloku operacyjnego (część uzupełniana przez lekarza), a także miejsce, w którym jest informacja dotycząca chorób współistniejących oraz jakie były stosowane dodatkowe metody leczenia bólu. W dolnej części karty, którą wypełniają pielęgniarki, jest pomiar natężenia bólu w skali numerycznej NRS przed i 30 minut po podaniu leku w kolejnych dobach pobytu. Po zastosowaniu interwencji farmakologicznej i nefarmakologicznej pielęgniarka odnotowuje poziom natężenia odczuwanego bólu. Ponadto, Doktorantka wykorzystuje w pracy metodę Servqual, która ma duże znaczenie w praktyce. Dzięki zastosowaniu tego narzędzia badawczego, jakim jest kwestionariusz, możliwe jest wskazanie i zrozumienie problemów związanych z jakością świadczonych usług, a w konsekwencji zastosowanie środków naprawczych i poprawa jakości opieki. Okazuje się, że różne postrzeganie usługi medycznej przez pacjenta powoduje powstanie luk między tym, co oferuje usługodawca a tym, co otrzymuje pacjent.

Rozdział „Wyniki badań” został przedstawiony na 27 stronach. Na wstępie doktorantka przedstawia dane demograficzne badanej grupy respondentów. W dalszej części rozdziału autorka w sposób czytelny i rzeczowy przedstawia otrzymane wyniki dotyczące grupy pacjentów. Badanie miało charakter ankietowy i przeprowadzono je wśród 522 chorych operowanych w Klinice Chirurgii Szcękowo-Twarzowej Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie, w okresie od 1 stycznia 2018 do 31 grudnia 2018 roku.



Rozdział „Dyskusja” w zakresie przeprowadzonego badania, uważam za bardzo satysfakcjonujący. Liczy ona 7 stron. Walorem pracy jest niewątpliwie bardzo starannie i w dojrzały sposób przeprowadzona dyskusja. Autorka pracy nawiązując do bogatej literatury przedmiotu stara się konfrontować wyniki badań własnych z rezultatami analiz teoretycznych i statystycznych innych badaczy.

W rozdziale „Wnioski” autorka wysunęła je na podstawie postawionych celów i problemów badawczych, są one poprawnie skonstruowane i postawione w odpowiedniej hierarchii. Moja krytyczna uwaga odnosi się do celu a następnie wniosku dotyczącego „opracowania schematu dotyczącego opieki pielęgniarstwa po operacjach chirurgiczno-szczękowych”; doktorantka nie przeprowadzała badania dotyczącego wypracowania schematu opieki, może on na podstawie wyników badań stanowić jedynie dodatek w zaleceniach jako implikacje do praktyki pielęgniarstwa.

Wnioski wynikają z otrzymanych wyników i postawionych pytań badawczych, są satysfakcjonujące, ale nie powinny być rozdzielane jako odpowiedzi na postawione cele i osobno problemy badawcze. Problem badawczy jest uzupełnieniem celu badań, i przygotowując rozprawę do publikacji należałoby dokonać korekty.

Piśmiennictwo zostało dobrane bardzo dobrze. Zawiera najważniejsze prace, zarówno polskie jak i zagraniczne, w głównej mierze przeważają pozycje anglojęzyczne z omawianego obszaru badawczego, w tym prace najnowsze.

Zamieszczone streszczenie strukturalne w języku polskim i angielskim rozprawy, w adekwatny sposób charakteryzuje całą rozprawę doktorską, jest dość obszerne jak na streszczenie.

Wartościową częścią rozprawy są „Załączniki” ułatwiające lekturę opracowania, w których Autorka umieściła wykorzystanie w badaniach kwestionariusze.

Podsumowując uważam, że przedstawiona mi do recenzji praca doktorska mgr Małgorzaty Migut wnosi oryginalny i samodzielny wkład do badań, nad jakością opieki pielęgniarstwa w okresie okołoperacyjnym po zabiegach chirurgicznych części twarzowej czaszki. Praca ma wymiar praktyczny, może być pomocna nie tylko w chirurgii, ale również w innych dziedzinach medycyny, gdzie może posłużyć jako informacja o jakości opieki dla decydentów Szpitali i innych placówek Ochrony Zdrowia. W literaturze możemy znaleźć pozycje omawiające jakość opieki, ale darmo szukać takich narzędzi w standardach szpitalnych - jako dodatkowe narzędzie oceniające funkcjonowanie danego oddziału czy kliniki. Pragnę zaznaczyć, iż moje nieliczne uwagi krytyczne nie ujmują w żadnym wypadku wartości merytorycznej pracy, mają charakter formalny i nie pomniejszają wartości pracy pod względem merytorycznym. Z uwagi na wagę poruszanych problemów zachęcam do kontynuowania badań w tym zakresie.

Otrzymane wyniki badań uważam za ciekawe i mające szanse na publikację w liczących się czasopiśmie naukowych. Podjęcie tak ważnej tematyki, wysoki poziom merytoryczny pracy oraz umiejętność posługiwania się warsztatem naukowym upoważniają mnie do stwierdzenia, że oceniana dysertacja spełnia warunki wymagane do ubiegania się o stopień doktora nauk o zdrowiu.

Mam zaszczyt przedłożyć Wysokiej Radzie Naukowej Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego mój wniosek o dopuszczenie mgr Małgorzaty Migut do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Z wyrazami szacunku

Zakład Pielęgniarstwa
Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki
prof. dr hab. Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska


Kierownik