



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY

KLINIKA NEUROLOGII
WYDZIAŁU LEKARSKO-STOMATOLOGICZNEGO

Warszawa, 29.11.2023

Prof. dr hab. n.med. i n. o zdr. Izabela Domitrz
Klinika Neurologii
Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Ocena rozprawy doktorskiej mgr Ernesta Wiśniewskiego
z Akademii Wychowania Fizycznego im. Józefa Piłsudskiego w Warszawie
**„Kwalifikacja pacjentów z niespecyficznym bólem odcinka
lędźwiowego kręgosłupa do samodzielnie podejmowanej aktywności
fizycznej jako formy interwencji medycznej na podstawie badania
podmiotowego (wywiadu)”**

w związku z ubieganiem się o stopień naukowy doktora nauk o kulturze fizycznej w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o kulturze fizycznej

- promotorem pracy jest dr hab. n. med. Maciej Krawczyk

Rozprawa doktorska mgr Ernesta Wiśniewskiego omawia ważny problem niespecyficznego bólu odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Doktorant skoncentrował swoje badanie na aspekcie kwalifikacji osób z niespecyficznym bólem odcinka lędźwiowego kręgosłupa do samodzielnie podejmowanej aktywności fizycznej jako formy interwencji medycznej na podstawie badania podmiotowego, co zawarł w tytule rozprawy. Tu wydaje się zbędnym dopisanie „wywiadu”, gdyż oczywistym jest, że badanie podmiotowe jest wywiadem. Badanie Doktoranta oparte jest z jednej strony o autorską ankietę dostępną na platformie elearningowej wypełnianą on-line będącą samooceną chorujących, a z drugiej strony o badanie podmiotowe i przedmiotowe przeprowadzone



WYDZIAŁ LEKARSKO-
STOMATOLOGICZNY
WUM

ul. Ceglowska 80

01-809 Warszawa

www.neurologiawls.wum.edu.pl

tel.: +48 22 569 02 39

faks: +48 22 569 02 07

neurologiawls@wum.edu.pl

przez fizjoterapeutę wg protokołu badania fizjoterapeutycznego. W związku z tym tytuł dysertacji wydaje się wprowadzać w błąd czytającego zwracając uwagę czytającego na badanie przedmiotowe przeprowadzone – w domyśle - przez osobę zawodu medycznego.

Problem podjęty przez Doktoranta jest innowacyjny i nieco kontrowersyjny w swoim ujęciu, gdyż dotyczy samo-diagnozowania pacjentów w zakresie bólów krzyża i po samo-zdiagnozowaniu podejmowania samodzielnej aktywności fizycznej. Wydaje się, że w aktualnej sytuacji polskiej ochrony zdrowia takie podejście do problemu może być pewnym rozwiązaniem dla pacjentów tym bardziej, że Doktorant porównuje samodzielnie przygotowaną autorską ankietę wypełnianą on-line przez osoby z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa z własnoręcznie przeprowadzonym badaniem kontaktowym – podmiotowym i przedmiotowym. Ważne, że podkreśla charakter bólu kręgosłupa jako niespecyficznego (definiuje i różnicuje ból specyficzny i niespecyficzny we Wstępie) i wprowadza w ten sposób w zasadniczy temat dysertacji.

Wyniki przedstawione przez Doktoranta pokazują, że tak przeprowadzone, w podwójny sposób: ankietowy i przez profesjonalistę medycznego, badanie doprowadza do porównywalnych wniosków i na podstawie samo-ankiety możliwe jest wyłowienie osób, u których przyczyna dolegliwości może świadczyć o poważnej chorobie, zagrażającej choremu i konieczna jest konsultacja z najmniej z fizjoterapeutą, a najlepiej z lekarzem. Dodatkowo wyniki wskazują na większą czułość w wyłapywaniu „czerwonych flag” badania ankietowego na platformie elearningowej. We wnioskach powinno jednak znaleźć się twierdzenie, że w każdym przypadku bólów krzyża chory powinien przynajmniej raz skonsultować się z klinicystą – lekarzem rodzinnym, neurologiem, ortopedą, neurochirurgiem. Z drugiej strony należy podkreślić, że wstępne badanie przesiewowe pacjentów z zagrożeniem może mieć znaczenie społeczne – ułatwiające postępowanie z pacjentem bólowym i wykluczenie poważnych zagrożeń oraz przyspieszenie koniecznej i adekwatnej pomocy profesjonalnej lub samo-pomocy.

Doktorant przyjął dwa cele pracy: poznawczy (ocena porównawcza dwóch procesów podejmowania decyzji o kwalifikacji pacjentów z bólem odcinka lędźwiowego kręgosłupa do różnych kategorii interwencji medycznych) oraz aplikacyjny (ocena kluczowych elementów wywiadu, które podlegają procesom parametryzacji i dają szansę na powtarzalne wyniki przy kwalifikowaniu chorych z zespołem bólowym odcinka lędźwiowego kręgosłupa do samodzielnie podejmowanej aktywności fizycznej). Poza



tym postawił sobie cztery logiczne pytania badawcze: na ile trafna i adekwatna będzie decyzja o kwalifikacji osób z bólem odcinka lędźwiowego kręgosłupa do różnych interwencji medycznych (samodzielna praca pacjenta, fizjoterapia, konsultacja lekarska), podejmowana na podstawie samodzielnie wypełnianej przez pacjentów ankiety, w porównaniu do kwalifikacji na podstawie badania wykonanego przez profesjonalistę medycznego?, w jakim stopniu możliwe będzie podjęcie decyzji o zakwalifikowaniu pacjenta z zespołem bólowym odcinka lędźwiowego kręgosłupa do interwencji medycznej, opartej na samodzielnej aktywności fizycznej, jeśli pacjent w ankiecie uskarża się jedynie na sporadycznie występujący ból o niskiej intensywności, bez promieniowania do kończyny dolnej, a wykluczone zostało ryzyko bólu o podłożu swoistym?, w jakim stopniu intensywność i topografia objawów bólowych, a także częstość ich występowania, mogą być istotnymi czynnikami przy podejmowaniu decyzji o wyborze interwencji medycznej u osób z bólem odcinka lędźwiowego kręgosłupa?, w jakim stopniu zamknięta forma zadawanych pytań w wywiadzie zwiększa szansę na uzyskanie powtarzalnych odpowiedzi, a co za tym idzie – w jaki sposób wpłynie to na podejmowanie dalszych działań diagnostycznych lub terapeutycznych? W kontekście celów i pytań badawczych sformułował cztery jasne hipotezy: jeśli przeprowadzony wywiad w badaniu będzie oparty na wystandaryzowanych pytaniach i odpowiedziach, tj. precyzyjnie określonych ich wartościach, to kwalifikacja do różnych form interwencji medycznych, podejmowana wyłącznie na podstawie wywiadu zbieranego w formie kwestionariusza ankietowego do samodzielnego wypełniania, nie różni się istotnie od wywiadu (połączonego z badaniem przedmiotowym) przeprowadzonego przez profesjonalistę medycznego (należy podkreślić, że mowa tu o fizjoterapeucie); stwierdzenie w wywiadzie sporadycznie występującego bólu o niskiej intensywności i bez promieniowania do kończyny, przy jednoczesnym wykluczeniu ryzyka bólu o podłożu swoistym, daje wysokie prawdopodobieństwo kwalifikacji do interwencji medycznej opartej wyłącznie na aktywności fizycznej - w tym przypadku nie jest wymagane (tu raczej należałoby stwierdzić „bezwzględnie konieczne”, gdyż „wymagane” powinno być, choć możliwe, że w terminie odroczonym) dalsze badanie podmiotowe i badania dodatkowe; intensywność i topografia objawów bólowych, a także częstość ich występowania są głównymi czynnikami predykcyjnymi przy podejmowaniu decyzji o wyborze interwencji medycznej u osób z niespecyficznym bólem kręgosłupa; jeżeli w badaniu ankietowym zastosuje się zamkniętą formę pytań oraz określi



precyzyjnie odpowiedzi do wyboru, wówczas zwiększy się powtarzalność odpowiedzi, co wpłynie z kolei na możliwości standaryzacji przy podejmowania decyzji według takich samych kryteriów ocen.

Doktorant konsekwentnie odpowiada na zadane pytanie i realizuje postawione cele oraz adekwatnie formułuje wniosek dotyczący „właściwego zabezpieczenia dostępności do profesjonalnych usług medycznych, dla osób z bólem krzyża, które tej pomocy faktyczne potrzebują, zasadne jest dokonywanie wstępnej kwalifikacji pacjentów z niespecyficznym bólem kręgosłupa do samodzielnie podejmowanej aktywności fizycznej - kluczowe w tym rozwiązaniu jest to, aby kwalifikacji mógł w sposób bezpieczny dokonać sam pacjent, bez angażowania lekarzy i fizjoterapeutów”. Kolejnym wnioskiem jest stwierdzenie, że „wykorzystanie rozwiązań informatycznych, zbudowanych w oparciu o algorytmy podejmowania decyzji, jest dziś działaniem możliwym i koniecznym do wdrożenia w diagnostyce przewlekłych bólów krzyża, wymaga to jednak dalszych badań, a uproszczenie opisów medycznych w ankiecie wpłynie najprawdopodobniej na poprawę rozumienia pytań i powtarzalność udzielanych odpowiedzi, co warto uwzględnić przy projektowaniu dalszych badań”. Te dwa wnioski zapisane jako 2 i 3 są dość kontrowersyjne, ale wpisują się w aktualne czasy i dążenie do tworzenia sztucznej inteligencji, której wykorzystanie nieuchronnie będzie spotykane jako „znak czasów”. Kontrowersyjność rozwiązania wynika z pominięcia roli lekarza i w dalszej kolejności fizjoterapeuty. Kolejny wniosek pracy – „zastosowanie testowanych i proponowanych rozwiązań wpisuje się w ‘pozytywną koncepcję zdrowia’ i może mieć szerszy, korzystny wpływ na zmianę postrzegania problemu bólu krzyża w społeczeństwie oraz na częściej podejmowaną aktywność fizyczną jako podstawowe działanie profilaktyczne” jest adekwatny do dążenia zwiększania aktywności fizycznej jako profilaktyki wielu chorób cywilizacyjnych, w tym schorzeń kręgosłupa. A wzięcie pod uwagę ostatniego wniosku „należy rozważyć zastosowanie nowego narzędzia ankietowego, weryfikowanego w tym badaniu do wspomagania procesu diagnostycznego, w celu przyspieszenia skierowania pacjenta z bólem okolicy kręgosłupa lędźwiowego do właściwej ścieżki leczenia” jest koniecznością w diagnozowaniu poważnych schorzeń związanych z bólem kręgosłupa.

Doktorant umiejętnie przeprowadza wywód naukowy od wprowadzenia w tematykę badawczą, choć wydaje się, że nie eksploruje wystarczająco tematu we wstępie. Przedstawia metody i materiał prawidłowo, choć nie jest jasne dlaczego dokonał takiego



doboru osób do badania (wybór zakładów pracy i osób w danych zakładach oraz czas prowadzenia badania). Niemniej wykazał się umiejętnością poprowadzenia pracy badawczej oraz bardzo dobrej analizy danych z przejrzystym i starannym pokazaniem wyników w formie zarówno opisowej jak i graficznej w postaci tabel i rycin. Krytycznie podchodzi do uzyskanych wyników i na ich tle przedstawia wyżej opisane wnioski odzwierciedlające pytania badacze. Zwraca również uwagę na ograniczenia pracy co potwierdza dojrzałość badawczą Doktoranta.

Rozprawa jest poprawnie zbudowana, z przejrzystym układem, z ładnie zaprojektowaną szatą graficzną, prawidłowo i jasno napisana w bezbłędnym, całkowicie poprawnym języku polskim. Doktorant przyjął schemat tworzenia dysertacji w typowym układzie, który obejmuje, także zgodnie ze spisem treści: Streszczenie, Wstęp, Cel pracy z pytaniami badawczymi oraz hipotezami badawczymi, Materiał i metoda (przygotowanie materiału, analizy oraz opracowanie statystyczne i porównawcze badań nie budzą wątpliwości), Wyniki, Dyskusja, Wnioski, Piśmiennictwo, Spis tabel i rycin oraz Załączniki. Wszystkie części pracy mają uzasadnienie i poparcie w kolejnych częściach pracy, zawarte treści wynikają z siebie i są logiczne. Co prawda praca liczy jedynie 65 stron, z czego tekst dysertacji, bez piśmiennictwa, tabel i załączników liczy 45, a początkowe 9 stron to dwa streszczenia - w języku polskim i angielskim oraz strony tytułowe. Ponadto piśmiennictwo liczy jedynie 41 pozycji, choć napisane schludnie i poprawnie, wydaje się, że tak mała liczba pozycji nie wyczerpuje tematu w dotychczasowych badaniach pola zainteresowania Doktoranta, który sam w podrozdziale „Uzasadnienie podjętych badań” stwierdza „w literaturze znajdziemy również obszerną dyskusję”. Co ważne Doktorant uzyskał zgodę Senackiej Komisji Etyki Badań Naukowych Akademii Wychowania Fizycznego w 2015 roku co wpisał do dysertacji, choć nieco wątpliwości budzi odległy czas uzyskania zgody Komisji Etyki w kontekście niejasnego czasu prowadzenia badania i rozpoczęcia procesu doktorskiego.

Powyższe uwagi przytaczam z obowiązku recenzenta, nie umniejszając one pozytywnej oceny pracy przedstawionej mi do recenzji i należy podkreślić, że badania mgr Ernesta Wiśniewskiego stanowią ważny głos w dyskusji na temat udziału i roli fizjoterapeuty w postępowaniu z chorym z bólami kręgosłupa, szczególnie w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, są oryginalne, choć nieco kontrowersyjnym z punktu widzenia lekarskiego rozwiązaniem w zakresie zastosowania jedynie samodzielnego narzędzia



ankietowego - niemniej Doktorant wykazuje umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej oraz logicznego uargumentowania swojej tezy.

Podsumowując uważam, że zgodnie z art. 191 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, praca spełnia wymogi stawiane rozprawom na stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauk o kulturze fizycznej i wnioskuję do Rady Nauk o Kulturze Fizycznej Akademii Wychowania Fizycznego im. Józefa Piłsudskiego w Warszawie o dopuszczenie mgr Ernesta Wiśniewskiego do dalszych etapów postępowania w przewodzie doktorskim.

Z wyrazami szacunku,

Izabela Domitrz



WYDZIAŁ LEKARSTWA
STOMATOLOGICZNY
WUM

ul. Ceglowska 80
01-809 Warszawa
www.neurologiawls.wum.edu.pl

tel.: +48 22 569 02 39
faks: +48 22 569 02 07
neurologiawls@wum.edu.pl