

Aleksander Ronikier

Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Sabiny Mastej

pt.” Polska adaptacja i walidacja Bostońskiego Kwestionariusza Zespołu Cięśni Nadgarstka (Boston Carpal Tunnel Questionnaire)

Schorzenia aparatu ruchu stanowią największą część zadań rehabilitacji i w dużej mierze decydują o przyszłości i jakości życia pacjentów usprawnianych z powodu tych chorób. W zgodnej opinii ortopedów, traumatologów, fizjoterapeutów i w szczególności terapeutów zajęciowych (których w Polsce niestety nie ma) sprawność funkcjonalna ręki i dłoni stanowi niezwykle ważną część osobniczej motoryki i w wielu przypadkach decyduje o zakresie samodzielności osobniczej leczonego i usprawnianego pacjenta.

Aby poszerzyć diagnostykę funkcjonalną w fizjoterapii wzorem medycyny innych dziedzin w coraz większym zakresie do tych badań wprowadzane są nowe metody pomiarowe, do których możemy zaliczyć także badania przy użyciu wystandaryzowanych kwestionariuszy. Celem tych badań jest sondowanie opinii leczonych i rehabilitowanych pacjentów na temat oceny ich stanu zdrowia, stosowanych metod leczenia i rehabilitacji. Wykorzystywanie badań kwestionariuszowych służyć może także do oceny jakości życia ludzi dotkniętych poważnymi schorzeniami i wynikającej z tego niepełnosprawności. Dodatkowym argumentem za stosowaniem diagnostyki w fizjoterapii z wykorzystaniem kwestionariuszy przemawia także fakt, że w większości polskich oddziałów rehabilitacyjnych brakuje specjalistycznej aparatury pomiarowej i w ocenie okresowej postępów rehabilitacji i planowania usprawniania musimy posługiwać się tymi metodami. Warto także wspomnieć, że te metody kwestionariuszowe wykorzystywane są powszechnie w badaniach prowadzonych w pracach magisterskich licznych uczelni w Polsce kształcących

fizjoterapeutów. Można zatem przyjąć, że pomimo skromnych możliwości aparaturowo- diagnostycznych polskiej fizjoterapii chyba w zbyt małym zakresie stosujemy techniki sondażu kwestionariuszowego w praktyce polskiej fizjoterapii.

Przedstawiony w rozprawie doktorskiej Autorki test Bostoński oceny skuteczności leczenia ZCN uznany został jako bardzo wartościowy diagnostycznie i rekomendowany do stosowania u pacjentów z tym zespołem w porównaniu do kilku innych kwestionariuszy diagnostycznych w tym schorzeniu cytowanych we wstępie pracy. Dlatego też przetłumaczenie go i przystosowanie do polskich warunków praktyki fizjoterapeutycznej uważam za uzasadnione także wobec faktu, że nie był on w Polsce do tej pory szerzej stosowany. Wartość naukową i kliniczną testu Bostońskiego wzmacnia informacja, że został on opracowany przez specjalistów z Uniwersytetu Harvarda i opublikowany w prestiżowym czasopiśmie medycznym „Journal Bone Joint Surgery” co skutkowało, że opisano go także w innych specjalistycznych publikacjach medycznych i zachęciło do wielu badań przy jego wykorzystaniem na Zachodzie. Rodzi się jednak pytanie dlaczego zatem dotychczas w Polsce w tej diagnostyce wykorzystywany był mniej wartościowy DASH (Disabilities Arm, Shoulder and Hand Questionnaire), czy MHQ (Michigan Hand Outcomes Questionnaire) a nie test Bostoński. Może zatem to zaniedbanie zostało przez Doktorantkę naprawione.

Miejmy świadomość, że ZCN objawia się bardzo wieloma różnymi dolegliwościami (stany zapalne, ból, parastezje, zmiany czucia, ograniczenia manipulacyjne, zaniki mięśniowe) zatem warto było zbadać w jakim zakresie te objawy występują u różnych pacjentów i jak wpływają na ich życie.

Podejmując zadanie adaptacji i określenia wartości diagnostycznej tego testu we wstępnej części pracy przedstawiła Autorka wartościową dydaktyczną i

naukowo informację o sposobach prowadzenia takiej walidacji w zamierzeniach badawczych. Przedstawiła Doktorantka obszerną analizę rzetelności, trafności i czułości badań z wykorzystaniem kwestionariuszy głównie anglojęzycznych. Informację tę mogą wykorzystać także dydaktycy opiekujący się pracami magisterskimi z fizjoterapii aby w pełni spełniały one wymóg naukowości i poprawności metodologicznej.

Rozpatrując przydatność dydaktyczną przeprowadzonych przez Doktorantkę badań należy chyba przypomnieć, że sprawność manipulacyjna ręki najbardziej jest potrzebna w czynnościach życia codziennego a wiedzę z tego zakresu powinni mieć głównie terapeuci zajęciowi, których kształcenie w Polsce dopiero rozpoczynamy. Warto zatem w programach kształcenia w tej specjalności wykorzystać treści zawarte w ocenianej pracy doktorskiej

Leczeniu i fizjoterapii schorzeń aparatu ruchu nieodłącznie towarzyszy ból i ponieważ zgodnie z zaleceniami ICF (Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonalnej) i WCPT diagnostyką bólu w pierwszej fazie jego występowania i zakresu nasilenia powinien zajmować się fizjoterapeuta zatem dobrze, że Doktorantka włączyła badania bólu w powiązaniu z innymi wskaźnikami funkcjonalnymi analizowanymi w opisywanym kwestionariuszu. Należało wspomnieć, że w tej sytuacji do opieki nad tymi pacjentami powinien włączyć się lekarz (przy czuciu bólu powyżej 5 pkt. w skali VAS wymagana jest interwencja lekarska)

Oceniając zatem badanie bólu badanej populacji, zdiagnozowano zakres odczuwania przez pacjentów bólu w skali VAS- 5.7pkt. zatem należało wspomnieć czy badani byli konsultowani lekarsko. Analizując dalej korelację pomiędzy czuciem bólu a skalami SNO (Skala Nasilenia Objawów) oraz skali SSF (Skala Stanu Funkcjonalnego) zaobserwowano, że ta pierwsza jest silniej

skorelowana z bólem w porównaniu ze skalą SSF. Dowodzi to, że ból towarzyszy w zasadzie większości zabiegów fizjoterapeutycznych i powinien być wnikliwie obserwowany.

Z uznaniem należy odnotować, że zdołała Autorka zebrać tak liczny materiał do badań i to tylko z jednej przychodni oraz, że analizę Kwestionariusza Bostońskiego wzbogaciła o ocenę kinezyterapeutyczną aparatu ruchu testami Phalena i Tinela zakresu ruchu w nadgarstku i zakresu czucia tej części ciała.

Celem poszerzenie interpretacji uzyskanych informacji z testu Bostońskiego korelowała Autorka opisane parametry z danymi uzyskanymi także w innych testach kwestionariuszowych niepełnosprawności kończyny górnej takich jak QuickASH oraz testach badania jakości życia SF-36 (Short Form Medical Outcome Study). Wspomniane testy wykorzystywane są obecnie w Polsce i wskazują na przydatność tych metod diagnostycznych w polskiej fizjoterapii. Do tych obserwacji porównawczych dodała Autorka analizę ich przydatności także w połączeniu z parametrami charakteryzującymi pracę zawodową i aktywność sportową. Ta poszerzona analiza wykazała, że ta zależność nie jest znacząca.

Opisując wykorzystanie w swoich badaniach kwestionariusza oceny jakości życia SF-36 wykazano słabą zależność korelacyjną danych SF-36 z obserwacjami kwestionariusza Bostońskiego. W tym zakresie sama Autorka przyznaje w opisie trafności badań, że może wykorzystała niewłaściwy kwestionariusz bowiem SF-36 odnosi się do pacjentów kardiologicznych gdzie problemem leczniczym nie jest niesprawność ruchowa spowodowana schorzeniem lecz spadek wydolności fizycznej pacjentów rehabilitacji kardiologicznej i ich obawy o nawrót choroby.

Może bardziej trafne w tej sytuacji byłoby zastosowanie innych testów badania jakości życia takich jak Euro- Quality of Life czy HR QoL Schipperera od lat stosowanych w medycynie. Ponieważ niesprawność kończyny górnej a w

szczegółności ręki ogranicza możliwości życiowe może właściwym byłoby także zastosowanie popularnego w fizjoterapii testu ADL (Activity of Daely Living)

A teraz kilka problemów, które wyniknęły z badań, a które chciałbym przedyskutować z Doktorantką i uzyskać Jej interpretację opisanych zjawisk. Odnotowano słabą pozytywną korelację pomiędzy zakresem obserwowanych wskaźników funkcjonalnych a siłą mięśni ręki a przecież z pobieżnych obserwacji można wysnuć wniosek, że im sprawniejsza ręka tym większa siła mięśni, które tę rękę poruszają.

Trzymiesięczny okres stosowania w fizjoterapii badanych pacjentów fali uderzeniowej wpłynął jednoznacznie korzystnie na funkcję ręki jednak brak w opisie metody badań informacji czy zastosowano tylko ten zabieg. Wydaje się wątpliwe aby w tak długim okresie czasu badani nie stosowali nawet samodzielnie jakiś zabiegów kinezyterapeutycznych poprawiając siłę mięśni i ruchomość stawową kończyny górnej.

Oczekuję także opinii Autorki w kwestii czy tak różne metody leczenia badanych (hydrokompresja, leczenia chirurgiczne, leki, leczenia zachowawcze) bardzo zróżnicowane w czasie i natężeniu dolegliwości chorobowych w tym zakresie nie miało wpływu na uzyskane wyniki badań.

I na końcu drobne uwagi do ewentualnego rozpatrzenia.

Może niepotrzebne jest 2- krotne opisywanie metody adaptacji kulturowo-językowej i sposobu tłumaczeń kwestionariuszy wykorzystywanych do badań w medycynie.

Czy zbyt szczegółowe badanie trafności zadawanych pytań w kwestionariuszu Bostońskim (szukanie korelacji pomiędzy poszczególnymi jego fragmentami) i zbyt daleko idące odejście od oryginału tego narzędzia badawczego nie

spowoduje, że nie będzie mógł on być wykorzystywany w planach publikacji tych badań prowadzonych w Polsce z zamiarem opublikowania ich zagranicą.

Mam świadomość, że podstawowym założeniem badawczym była ocena wartości diagnostycznej testu Bostońskiego, ale w przedstawionych wnioskach nie ma stwierdzenia o roli fali uderzeniowej w procesie fizjoterapii a przecież te zabiegi stanowiły podstawę do oceny przydatności diagnostycznej pytań kwestionariusza.

W bogatym spisie literatury dominują badania z Korei, Arabii, Chin brak mi jednak prac polskich specjalistów zajmujących się badaniami funkcji ręki

(profesorów Seyfrieda, Pieniążka, Karpiłowskiej)

W końcowym wniosku pracę oceniam bardzo wysoko z naukowego a także dydaktycznego punktu widzenia. Wyniki badań analizowane zostały przy wykorzystaniu właściwych metod statystycznych. Poszerzone i zweryfikowane zostały w ocenianej rozprawie doktorskiej metody badań z wykorzystaniem kwestionariuszy w fizjoterapii co uznać można za uzupełnienie braków w zakresie stosowania takich metod diagnostycznych w polskiej fizjoterapii.

Wnioskuje zatem o przyjęcia pracy z wyróżnieniem oraz zwracam się do Wysokiej Rady Naukowej Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego o dopuszczenia Doktorantki do dalszych etapów postępowanie doktorskiego

Warszawa dn. 24.01.2021r


Aleksander Ronikier