

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu  
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

dr hab. n. med. i n. o zdr. Paulina Mościcka, prof. UMK  
Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego  
Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Collegium Medicum w Bydgoszczy  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika W Toruniu

Bydgoszcz, dnia 07.01.2026 r.

Recenzja rozprawy doktorskiej **Pani mgr Pauliny Szymańskiej**

z tytułu „Wybrane psychospołeczne aspekty funkcjonowania osób objętych programem Kompleksowe Leczenie Ran Przewlekłych” na stopień DOKTORA W DZIEDZINIE NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU W DYSCYPLINIE NAUKI O ZDROWIU. Promotorem rozprawy jest dr hab. Dariusz Bazaliński, prof. UR, a promotorem pomocniczym jest dr Joanna Przybek-Mita.

Pomimo postępu medycyny rany przewlekłe nadal stanowią poważny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny. Szacuje się, że w Polsce z powodu długotrwanie gojącej się rany cierpi od 650 tysięcy do 1,2 miliona osób. Owrzodzenia zlokalizowane na kończynach dolnych najczęściej są wynikiem choroby podstawowej np. przewlekłej niewydolności żylniej, miażdżycy tętnic kończyn dolnych, cukrzycy, w związku z tym częstość ich występowania wzrasta wraz z wiekiem.

Obecność rany przewlekłej stanowi wyzwanie dla osób sprawujących opiekę i wymaga podejścia holistycznego, w tym ustalenia etiologii, wdrożenia leczenia przyczynowego, działań miejscowych, a także uwzględnienie psychospołecznych aspektów choroby. Długotrwanie gojąca się rana ma wpływ na motywację i zachowania chorego, może być również źródłem negatywnych emocji, takich jak gniew, lęk czy depresja. Rana przewlekła często jest powodem wycofania się z życia rodzinnego i społecznego, ponieważ chory wstydzi się swojego wyglądu, nieprzyjemnego zapachu z zanieczyszczonej i ropiejącej rany. Jej obecność może również mieć wpływ na okresowe lub stałe wycofanie się z życia zawodowego, co obciąża budżet chorego i opieki zdrowotnej. W USA opieka nad chorymi z ranami przewlekłymi pochłania miliardy dolarów. W Europie blisko 2% budżetu przeznaczonego na ochronę zdrowia pochłania leczenie ran przewlekłych. Wysoki koszt związany z opieką nad chorym z raną przewlekłą, niewystarczająca ilość specjalistycznych placówek świadczących kompleksową opiekę opartą na najnowszej wiedzy i praktyce, a także brak odpowiednich rozwiązań

systemowych, wpływają na długotrwałą „wędrowkę” pacjenta od jednego specjalisty do kolejnego i wydłużanie czasu trwania owrzodzenia.

W latach 2012-2014 z inicjatywy przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran (PTLR) wdrożono- początkowo w formie pilotażu, w kolejnych latach już jako program- Kompleksowe Leczenie Ran Przewlekłych (KLRP-1). Program skierowany był do ośrodków specjalistycznych, które mogły zapewnić lepszą dostępność i leczenie chorych z trudno gojącymi się ranami. W 2021 r. poszerzono możliwość udzielania świadczeń w ramach KLRP-2. Jest to świadczenie realizowane na terenie Polski, finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Celem programu było leczenie ran trudno gojących się, profilaktyka oraz edukacja chorych i ich rodzin. Z danych z Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że do 2021 roku KLRP-1, czyli w ciągu 7 lat od wdrożenia KLRP-1 prowadzony był przez 14 placówek ochrony zdrowia w 9 województwach. Obecnie dane z NFZ nie wykazują istotnego wzrostu ilości placówek, w których jest on realizowany. W Polsce brak dotychczas opublikowanych badań oryginalnych oceniających jakość życia i jej determinantów dotyczących osób z ranami kończyn dolnych o etiologii naczyniowej w ramach Kompleksowego Programu Leczenia Ran. Stąd z wielkim zainteresowaniem podjęłam się recenzji pracy doktorskiej p. mgr Pauliny Szymańskiej.

Dlatego wybór tematu pracy doktorskiej „Wybrane psychospołeczne aspekty funkcjonowania osób objętych programem Kompleksowe Leczenie Ran Przewlekłych” uważam za uzasadniony, bardzo ważny i potrzebny. Nie bez znaczenia w przypadku nauk stosowanych jest uzasadnienie merytoryczne poparte doświadczeniem zawodowym, a także jej wzrastającą aktywnością naukową.

**Układ przedstawionej mi do recenzji rozprawy doktorskiej** jest zgodny z pisaniem prac badawczych. Praca składa się z części teoretycznej (w tym spisu treści i stosowanych w pracy skrótów), celu, metodyki badań, wyników badań, dyskusji, wniosków, streszczenia, postulatów, ograniczeń badania, spisu tabel (96), spisu rycin (80), załączników w tym zgody Komisji Bioetycznej. Nazewnictwo poszczególnych rozdziałów jest zgodne z tematem pracy. Piśmiennictwo zawiera łącznie 172 pozycje literatury polskiej i anglojęzycznej.

**W części teoretycznej** Doktorantka przedstawiła problematykę owrzodzeń w literaturze światowej, a także etiopatogenezę najczęściej występujących ran w okolicy kończyn dolnych, czyli zmian powstałych w przebiegu niewydolności żylniej, tętniczej i w przebiegu cukrzycy. Szczegółowo przedstawione zostały koncepcje i metody leczenia ran, w tym strategia TIMERS oraz koncepcja Higieny Rany. Doktorantka bazując na najnowszych wytycznych i literaturze zachodniej opisała metody leczenia autolitycznego, biologicznego oraz fizykalnego. Omówione zostały metody leczenia przeciwbólowego w warunkach domowych, a także na podstawie dobrze dobranego piśmiennictwa zaprezentowane zostały treści dotyczące jakości życia chorych z ranami przewlekłymi. Doktorantka zaprezentowała obecne kompetencje i kwalifikacje pielęgniarek do profilaktyki i leczenia ran, nawiązując również do prac związanych z rozwojem APN (z ang. *Advanced Practice Nurse*) w Polsce, które w najbliższym czasie ma stanowić najwyższy szczebel funkcjonowania zawodowego. Przedstawione zostały również założenia i koncepcja Kompleksowego Leczenia Ran Przewlekłych (KLRP) i opisano proces wdrożenia w 2014 roku KLRP-1, w kolejnych latach KLRP-2.

Część teoretyczna zawarta została na 69 stronach maszynopisu i jest bardzo interesująca. Treści wzbogacone są o ryciny obrazujące stan kliniczny owrzodzeń, a także czytelnie opisane schematy i tabele. Z obowiązku recenzenta chciałabym zwrócić uwagę na błędy literowe np.: *recurrent C<sub>2r</sub>* (prawidłowo *C<sub>6r</sub>*) (str.17), Debriment (str.33), ocentenidyną (str.36), absorbcyjny (str.42), podudzenia (str.48), które nie obniżają wartości tej części pracy.

**Głównym celem badań** była ocena funkcjonowania osób z ranami przewlekłymi leczonymi ambulatoryjnie w ramach kompleksowego leczenia ran. Doktorantka prawidłowo zdefiniowała łącznie 5 problemów badawczych stawiając odpowiednie hipotezy robocze, na które w dalszym przebiegu pracy stara się konsekwentnie odpowiedzieć używając dobrze dobranej metodyki badawczej.

Problemy badawcze:

1. W jakim stopniu wybrane zmienne socjodemograficzne takie jak: wiek, płeć, stan cywilny, zamieszkanie mają wpływ na życie codzienne, ciało, psychikę oraz subiektywny poziom jakości życia?
2. Jaka jest zależność pomiędzy takimi zmiennymi jak; stan odżywienia, stopień samoopieki, jakość życia w obszarze życia codziennego, ciała oraz psychiki a subiektywnym poziomem jakości życia?
3. W jakim stopniu dolegliwości somatyczne (rodzaj rany, czas od wystąpienia rany, wysięk, ból, powierzchnia rany, głębokość destrukcji) determinują subiektywną jakość życia?
4. Czy działania terapeutyczne wynikające z kompleksowego programu leczenia ran wpływają na proces leczenia rany i poprawę jakości życia badanych objętych KLRP?

## 5. Jakie są różnice w ocenie jakości życia w grupie zasadniczej a próbie kontrolnej?

### Hipotezy badawcze:

Hipoteza 1. Osoby pozostające w związkach mieszkający w mieście prezentują wyższą jakość życia w porównaniu z pozostałymi badanymi. Zakłada się, że wiek i płeć nie mają wpływu na wybrane zmienne warunkujące jakość życia z raną. Osoby z raną przewlekłą prezentują niską jakość życia.

Hipoteza 2. Osoby bez cech niedożywienia, wydolne w zakresie samoopieki prezentują wyższą jakość życia, ciała oraz psychiki wykazują wyższy subiektywny poziom jakości życia.

Hipoteza 3. Takie zmienne jak nasilenie dolegliwości somatycznych (wysięk, ból), obecne przez dłuższy czas i powierzchnia rany wpływają negatywnie na ocenę jakości życia. Zakłada się, że rodzaj rany nie ma wpływu na ocenę jakości życia.

Hipoteza 4. Uczestnictwo w KLRP wpływa pozytywnie na proces leczenia oraz pozytywnie warunkuje jakość życia badanych.

Hipoteza 5. Grupa zasadnicza objęta KLRP prezentuje wyższą jakość życia w porównaniu do badanych w grupie kontrolnej.

### Material i metody

Material stanowili chorzy z raną o etiologii naczyniowej zlokalizowanej na kończynie dolnej, którzy byli leczeni w celowo wybranej placówce ochrony zdrowia w obrębie województwa podkarpackiego prowadzącej leczenie ambulatoryjne pacjentów z ranami przewlekłymi i realizującej program KLRP-1. Badania prowadzono przez 12 miesięcy i spośród łącznej grupy 509 chorych, ostatecznie do grupy badanej zakwalifikowano 75 pacjentów spełniających kryteria (deklaracja zgody, uszkodzenie skóry wg NPIAP min. 2°, Wifl 1, etiologia o podłożu naczyniowym, czas wystąpienia rany min. 6 tyg., ale nie dłużej niż 36 miesięcy). W tej grupie większość, 28 chorych (37,2%) stanowili pacjenci z owrzodzeniem żylnym, 23 chorych (30,7%) z owrzodzeniem tętniczo-żylnym oraz 22 chorych (29,3%) z owrzodzeniem w przebiegu cukrzycy i 2 pacjentów (2,7%) z owrzodzeniem tętniczym. W grupie badanej było 31 kobiet (41,3%) i 44 mężczyzn (58,7%) mężczyzn. Wiek badanych był zróżnicowany i wahał się w przedziale od 39 do 94 lat. Do grupy kontrolnej zakwalifikowano 75 chorych, którzy nie byli objęci programem KLRP-1. Rozkład chorych pod względem etiologii był porównywalny: 28 chorych (37,2%) z owrzodzeniem żylnym, 22 pacjentów (29,3%) z owrzodzeniem w przebiegu cukrzycy, 20 chorych (26,7%) z tętniczo-żylnym i 5 chorych (6,7%) z tętniczym. W grupie kontrolnej było 35 kobiet (46,7%) i 40 mężczyzn (53,3%), w wieku od 36 do 91 lat. Doktorantka wykorzystała kilka narzędzi m.in.: skalę Barthel, NPIAP, RYB, WAGNER, Wifl, kwestionariusze: WHOQoL-BREF, Wound-QoL-17, MPQ.

Analizę statystyczną wykonano w programie IBM SPSS Statistics v. 21. W celu oceny zmiennych wykorzystano statystyki opisowe, histogramy, wykresy skrzynkowe i rozrzutu oraz testy normalności rozkładów Kołmogorowa-Smirnowa. Analizy zależności między zmiennymi oraz weryfikację hipotez badawczych wykonano w oparciu o następujące techniki analityczne: korelację r Pearsona, korelację rang rho Spearmana, testy Kruskalla-Wallisa oraz U Manna-Whitneya różnic rozkładów zmiennych zależnych w kategoriach zmiennych niezależnych, test chi-kwadrat niezależności zmiennych w tabelach krzyżowych oraz test znaków rangowanych Wilcoxon'a w przypadku porównania zmiennych w dwóch próbach zależnych.

Uważam, że Doktorantka dokonała słusznego wyboru narzędzi do badań i analizy danych. Drobną sugestią dotyczy kolejności zaprezentowanych treści rozdziału „Materiał i metody”. W pierwszej kolejności zazwyczaj opisuje się grupę badaną i jej liczebność, a następnie opisuje się metody zastosowane w badaniu. Z obowiązku recenzenta chciałabym zapytać, czy u chorych wykonywany był pomiar wskaźnika kostka ramię.

**Wyniki badań** dają w pełni odpowiedź na wszystkie postawione problemy badawcze. Rozdział ten jest ciekawie przedstawiony i starannie opracowany statystycznie i zawiera 6 podrozdziałów. Wyniki badań zostały przedstawione w 96 tabelach i 80 rycinach starannie przygotowanych z niezbędnym komentarzem, co sprawia, że rozdział ten czyta się łatwo i jest on zrozumiały. W badaniach wykazano m.in., że w grupie chorych leczonych w ramach KPLR proces gojenia przebiegał szybciej, a pacjenci wykazywali wyższe poczucie jakości życia.

**Omówienie wyników badań** jest wnikliwe i obszerne i obejmuje ustosunkowanie się do problemów badawczych postawionych w pracy. Doktorantka porównuje swoje wyniki wynikające z badań własnych z badaniami przeprowadzonymi przez innych Autorów, ponadto posługuje się starannie dobranym piśmiennictwem. Zwłaszcza, że program KLRP, pomimo, że utworzony został w 2014 roku, realizowany jest zaledwie w kilkunastu ośrodkach w Polsce. W związku z powyższym niewiele jest publikacji związanych z jego realizacją i wpływem na jakość życia chorych objętych tym rodzajem opieki ambulatoryjnej.

Piśmiennictwo zawiera 172 pozycji, zwłaszcza anglojęzycznych ale i polskich, pochodzących z podkarpackiego ośrodka, gdzie Doktorantka jest albo autorem albo współautorem, co wskazuje na jej duże zaangażowanie w rozwój naukowy. Z obowiązku recenzenta chciałabym jedynie zauważyć, że pozycje w piśmiennictwie 38 i 44 oraz 52 i 58 są takie same.

**Wymienione uwagi, sugestie** nie zmieniają mojej pozytywnej opinii jako Recenzenta. Sumując ocenę pragnę stwierdzić, że przedstawiona do recenzji praca „Wybrane psychospołeczne aspekty funkcjonowania osób objętych programem Kompleksowe Leczenie Ran Przewlekłych” na stopień DOKTORA W DZIEDZINIE NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU W DYSCIPLINIE NAUKI O ZDROWIU odpowiada wymogom wartościowej rozprawy doktorskiej. Doktorantka

wykazała się dużą wiedzą w tym bardzo trudnym temacie, posiada umiejętności obserwacji i oceny faktów klinicznych, odpowiedniego do tematu badań doboru piśmiennictwa, a także umiejętności interpretacji zebranych danych.

Pozytywna ocena rozprawy doktorskiej, odpowiadająca warunkom Ustawy o tytule naukowym i stopniach naukowych, upoważnia mnie do przedłożenia Wysokiej Radzie Naukowej Kolegium Nauk Medycznych Dyscypliny Nauk Medycznych w Rzeszowie wniosku o dopuszczenie **Pani mgr Pauliny Szymańskiej** do dalszych etapów przewodu doktorskiego.