

Prof. dr hab. n. med. Alicja Bartkowska-Śniatkowska  
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatrycznej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego  
Tel. 61 84 91 478  
Tel. kom. 605 558 292  
Poznań 16.08.2023

Ocena rozprawy doktorskiej lek. med. **Katarzyny Witulskiej**  
pod tytułem:

**„Ocena zaspokojenia potrzeb rodziców dzieci leczonych w oddziale intensywnej  
terapii z użyciem kwestionariusza „EMPATHIC-30 POLAND”**

Promotor prof. dr hab. n. med. Andrzej Piotrowski  
Promotor pomocniczy dr n. med. Marek Migdał

Oddział anestezjologii i intensywnej terapii, zwłaszcza dla dzieci (OAIITD), kojarzy się zazwyczaj z niepewnością, lękiem i strachem wynikającymi z ciężkiego, a nawet krytycznie ciężkiego stanu dziecka, zagrażającego bezpośrednio jego zdrowiu czy życiu. Jedną z przyczyn przyjęcia dziecka do oddziału intensywnej terapii są zaburzenia oddechowe i neurologiczne, które stanowią ponad 50% nagłych stanów zagrożenia życia w tej grupie wiekowej pacjentów. Istotne jest właściwe postępowanie rozpoczęte przez zespoły ratownictwa medycznego przedszpitalnego, kontynuowane na szpitalnych oddziałach ratunkowych i później na oddziałach intensywnej terapii dla dzieci. To leczenie ma znaczenie nie tylko dla uratowania życia dziecka, ale decyduje także o jego późniejszej jakości (QOL – Quality of Life), w kontekście ewentualnej niepełnosprawności intelektualnej jak i ruchowej. Drugą grupę dzieci przyjmowanych do OAIITD, stanowią pacjenci, którzy wymagają stabilizacji krążeniowo-oddechowej z zastosowaniem często wentylacji mechanicznej jak i inwazyjnego monitorowania i leczenia po ciężkich i długich zabiegach operacyjnych. Można powiedzieć, że część z nich jest kwalifikowana do przyjęcia do OAIITD w sposób planowy, jednakże część rodziców i/lub opiekunów nie posiada doświadczenia własnego z takiego pobytu i towarzyszy im niepewność, lęk i strach podobny do nagłych przyjęć na OAIITD.

Relacje z rodzicami czy opiekunami niemowląt, małych i większych dzieci, które są leczone na oddziałach intensywnej terapii, wymagają kontaktu i współpracy na wielu płaszczyznach, obejmujących domenę medyczną, pielęgnacyjną, rehabilitacyjną, psychologiczno-emocjonalną, a także organizacyjną. Bywają one trudne i skomplikowane, czasami bezpośrednio po przyjęciu dziecka do OAiITD, co jest zrozumiałe ze względu na nagłość sytuacji, ale także później, gdy leczenie i pielęgnacja nie spełnia oczekiwań i życzenia rodziny, a co wynika z wyczerpania możliwości terapeutycznych i ciężkości stanu dziecka. Dlatego jednym z istotnych elementów na tych oddziałach jest ocena satysfakcji i potrzeb rodziców dzieci leczonych na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii.

W pracy poruszono problem oceny zaspokojenia potrzeb rodziców dzieci wymagających leczenia na oddziale intensywnej terapii poprzez zastosowanie międzynarodowego kwestionariusza EMPATHIC-30 POLAND. Na uwagę zasługuje zastosowanie po raz pierwszy w Polsce narzędzia badawczego, które zostało z powodzeniem użyte nie tylko w wybranych szpitalach europejskich, ale również w Afryce czy Australii. Udział w takich badaniach jest bardzo ważny, gdyż podkreśla nie tylko współpracę międzynarodową, ale także podnosi pozycję naszej rodzimej dziedziny naukowo-klinicznej i stawia ją na podobnym poziomie.

Istotnym aspektem zaprezentowanego badania jest podkreślenie znaczenia oceny potrzeb i oczekiwań rodziców dzieci leczonych na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, nie tylko w miejscu pracy Doktorantki, ale również w pozostałych podobnych oddziałach w Polsce. Doktorantka słusznie założyła, że przydatnym narzędziem do takiej oceny może być i będzie zwalidowany kwestionariusz, który został dotychczas z powodzeniem zastosowany w różnych kulturowo i organizacyjnie państwach. Ciekawe zatem mogą okazać się w przyszłości wyniki otrzymane z innych oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w Polsce, co powinno stać się przedmiotem ogólnopolskiej współpracy i później dyskusji.

Oceniana rozprawa doktorska jest opracowaniem składającym się z 96 stron maszynopisu. Praca ma układ klasyczny, zawiera 8 głównych rozdziałów oraz 3 dodatkowe podrozdziały, a także piśmiennictwo, spis treści, streszczenia i słowa kluczowe w języku polskim i angielskim oraz wykaz skrótów. W jej skład wchodzi 12 tabel oraz 7 rycin. Uzupełnieniem są załączniki, zawierające raport z tłumaczenia oryginalnego kwestionariusza,

polską wersję kwestionariusza, jak również protokół badania uzupełniony o pozycje piśmiennictwa autorów oryginalnego badania. Praca zawiera 89 pozycji piśmiennictwa, w większości opublikowanych po 2000 roku, chociaż pewna liczba pozycji pochodzi z lat 90-tych ubiegłego wieku i słusznie nie zostały one pominięte, lecz zacytowane przez Doktorantkę, świadcząc o rozległej wiedzy i znajomości tematu. W tamtych bowiem latach, badania jakości wyniku leczenia na oddziale intensywnej terapii dorosłych, czyli tzw. *outcome*, zostały zapoczątkowane i szeroko rozpowszechnione w Polsce min. przez zespół kierowany przez Panią Profesor Laurę Wołowicką z ośrodka poznańskiego, w skład którego wchodziła również osoba recenzentki niniejszej pracy doktorskiej. Niestety nie były one rozszerzone na populację pediatryczną, choć z całą pewnością stanowiły podwaliny późniejszych prac, w tym badania Doktorantki. Autorka wyczerpująco przedstawiła genezę podjęcia przez Nią tego tematu wzorując się na innych badaniach, dzięki którym udało się implementować koncepcję P/FCC do oddziałów intensywnej terapii dziecięcej, a przez to podnieść poziom świadczonych usług medycznych.

Praca w części wstępnej porusza wiele aspektów, od rysu historycznego i definicji intensywnej terapii, poprzez znaczenie badań nad oceną jakości tej terapii, także w aspekcie wyniku końcowego, który jakże trudny jest zazwyczaj do przewidzenia. Autorka z dużą precyzją i dokładnością omówiła ideę opieki skoncentrowanej na pacjencie i jego rodzinie – Patient/Family Centered Care (P/FCC). Ta koncepcja P/FCC jest co raz bardziej powszechna i obowiązująca na świecie, zatem można uznać Doktorantkę za kreatorkę postępu w tej dziedzinie w Polsce, co zasługuje niewątpliwie na wyróżnienie.

Praca posiada dwie główne hipotezy badawcze oraz 5 głównych celów. W mojej opinii nie jest potrzebne ostatnie zdanie w tej części, gdyż nie stanowiło ono celu badania *per se*, a jedynie zapowiedź i chęć dalszych badań i upowszechnienia tego kwestionariusza w pozostałych oddziałach intensywnej terapii dzieci w Polsce. Ten cel z całą pewnością powinien zasługiwać na realizację w najbliższej przyszłości.

Tę część kończy wnikliwy opis metodologii badania, który zasługuje na wyróżnienie, i który powinien stać się wzorcem dla walidacji podobnych narzędzi badawczych w innych badaniach naukowych. Analiza statystyczna została dobrana odpowiednio do badania, uwzględniając czynniki wpływające na adaptację językową kwestionariusza. W celu określenia stopnia rzetelności i trafności uwzględniono ściśle konieczną liczebność grupy badanej w celu prawidłowego procesu walidacji.

W badaniach opartych o kwestionariusze czy ankiety, niezwykle istotny jest współczynnik zwrotu ankiet (RR – Response rate), który również został opisany przez Doktorantkę. Zwykle zadowalający wynik zwrotu ankiet powinien przekraczać 80%. Doktorantce udało się uzyskać wynik 81,8% i choć jak sama przyznaje strategia personalizacji podczas procesu wręczania czy dostarczania kwestionariusza wydawać by się mogła droższa, to jednak z całą pewnością okazała się skuteczna i efektywna.

Realizując cel Doktorantka uzyskała wstępnie ustną zgodę na udział w badaniu 137 rodziców, ale ostatecznie liczba rodziców, którzy dobrowolnie wypełnili kwestionariusz EMPATHIC 30-Poland zmniejszyła się do 112. Kryteria włączenia i wyłączenia zostały jasno określone, ściśle przestrzegane podczas rekrutacji pacjentów, odzwierciedlając realne warunki badania. Wśród osób udzielających odpowiedzi dominowały matki (71,4%) w porównaniu z ojcami (5,4%), chociaż aż ¼ z nich wspólnie wyraziła zainteresowanie tą formą oceny jakości opieki w OITD. Grupa była homogenna, gdyż wszystkie ankietowane osoby były narodowości polskiej, dzięki czemu możliwe było uniknięcie błędów czy trudności w interpretacji języka kwestionariusza.

Kontynuując swój cel, Doktorantka w sposób przejrzysty, czytelny i konsekwentny przedstawiła wyniki badania w oparciu o podział na poszczególne domeny, tj. „informacja, opieka i leczenie, organizacja, udział rodziców i profesjonalizm personelu”. Każda z domen została opisana z uwzględnieniem metody zgodności wewnętrznej szacowanej współczynnikiem  $\alpha$  Cronbacha. Według powszechnie uznanej interpretacji statystycznej współczynnik Cronbacha przekraczający wartość 0,9 uznaje się za doskonały, powyżej 0,8 jako dobry, a powyżej 0,7 za akceptowalny. Autorka w domenie „informacja” uzyskała wartość  $\alpha$  Cronbacha równą 0,78. Na jej „obniżenie” wpłynęła niższa ocena dotycząca codziennych rozmów z zespołem pielęgniarskim, wskazując na ten aspekt opieki jako najbardziej i najpilniej wymagający poprawy. Dwie kolejne domeny – „opieka i leczenie” oraz „profesjonalizm zespołu” – zostały ocenione wysoko, uzyskując współczynnik  $\alpha$  Cronbacha powyżej 0,8, odpowiednio 0,81 i 0,86. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że najniższe oceny uzyskała domena organizacja ze współczynnikiem  $\alpha$  Cronbacha równym wartości 0,64, zwłaszcza w pozycji pt. „Oddział IT był osiągalny telefonicznie. Wokół łóżka naszego dziecka była wystarczająca ilość miejsca”. Te oceny są oczywiście niewystarczająco zadowalające, choć jednocześnie należy podkreślić, że żadna z tych pozycji nie osiągnęła wartości minimalnej. Ostatnia z analizowanych domen dotyczyła „profesjonalizmu personelu” i trzeba przyznać, że chociaż wartość  $\alpha$  Cronbacha wyniosła 0,81, to jednak należy zaznaczyć, że

wszystkie pozycje tej domeny były bardzo zróżnicowane osiągając wartości od minimalnej równej 1 do maksymalnej równej 6, podkreślając różnorodność odczuć i ocen Rodziców.

Dodatkowo, Doktorantka dokonała analizy porównawczej poszczególnych domen takich jak: Informacja, opieka i leczenie, organizacja, udział Rodziców oraz profesjonalizm personelu z następującymi zmiennymi: wiek dzieci leczonych w tym czasie na oddziale, tryb ich przyjęcia na oddział, przyczyna kwalifikacji do przyjęcia na OITD, konieczność stosowania mechanicznej wentylacji, jak również długość tego leczenia. Wyniki potwierdziły, że Rodzice starszych dzieci wyżej ocenili większość domen, poza tą, która dotyczyła ich udziału w sprawowaniu opieki nad dzieckiem. Podobnie ta domena była niżej oceniona przez Rodziców dzieci wymagających intensywnej terapii bezpośrednio w okresie pooperacyjnym. Jak słusznie Autorka zauważyła, należy podjąć działania zmierzające do zmiany podejścia do współuczestniczenia Rodziców dzieci leczonych na oddziałach intensywnej terapii w szeroko pojętym procesie leczenia i opieki. Jednocześnie należy zaznaczyć, że przyjęcie dziecka na OAiTD bezpośrednio po operacji uwarunkowane jest specyficznymi i być może trudniejszymi do wytłumaczenia przesłankami obejmującymi niestabilność układu krążenia czy oddechowego, stąd konieczność minimalizacji aktywnego współuczestnictwa Rodziców. Nie mniej należałoby przeanalizować dodatkowo ten aspekt w celu uzyskania jak najbardziej optymalnego rozwiązania.

Autorka pracy dokonała bardzo wnikliwej analizy statystycznej kwestionariusza EMPATHIC-30 POLAND, udowadniając 100-procentową trafność tego narzędzia badawczego, co po raz kolejny podkreśla zasadność i przydatność wersji polskiej tej ankiety.

Dyskusja jest napisana bardzo poprawnie. Autorka w sposób niezwykle precyzyjny i obejmujący wiele wątków dokonała analizy i porównań różnic w ocenach Rodziców z grupy badanej z wynikami uczestników badań w innych krajach. Ten fragment z całą pewnością może okazać się przydatny podczas wdrożenia idei Patient/Family Centered Care (P/FCC) lub jej modyfikacji, jeśli została już wcześniej wprowadzona.

Praca jest wyraźnie kilkuwątkowa. Największa część obejmuje analizę poszczególnych domen zamieszczonych w kwestionariuszu. Kolejna część ocenia profesjonalizm zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego. Czwarta i ostatnia część kwestionariusza umożliwia przedstawienie własnych opinii respondentów. Niestety nie zostały one wyczerpująco przedstawione w części dotyczącej wyników.

W kolejnym akapicie Autorka opisuje ograniczenia swoich badań, podkreślając małą liczbę uzyskanych ankiet. W mojej opinii współczynnik zwrotu ankiet wynoszący 81,8%

należy uznać za wystarczający, zwłaszcza, że nie odbiega on od wyników uzyskanych w innych krajach. Drugim ograniczeniem, według Doktorantki, była mało zróżnicowana i wyselekcjonowana grupa badawcza, co również nie znajduje potwierdzenia w mojej opinii a jedynie podkreśla rzeczywiste warunki badania, w pełni odzwierciedlając codzienną kliniczną sytuację na oddziale. W mojej opinii zbyt samokrytyczny jest również argument tzw. „dłuższego pobytu na OITD”, który trudno porównać w poszczególnych państwach ze względu na specyfikę organizacji ochrony zdrowia jak również brak twardych danych statystycznych. Nie mniej ciekawe byłoby uzyskanie powyższych danych z Polski, Europy czy nawet całego świata i dokonanie wieloczynnikowej analizy przyczyn przyjęć oraz wczesnych i odległych wyników leczenia, co pozwoliłoby w pewien sposób na ocenę długości czasu leczenia na oddziałach intensywnej terapii dla dzieci i wpływu na wyniki końcowe leczenia. Jednakże, czy dałoby to rzeczywistą i konkretną odpowiedź, co jest lepsze dla pacjenta leczonego na oddziale intensywnej terapii, mam uzasadnione wątpliwości biorąc pod uwagę indywidualizację czy wręcz personalizację leczenia.

Doktorantka sformułowała pięć wniosków w pracy. Wszystkie wnioski w pełni odpowiadają celom badawczym. Z kolei hipotezy badawcze zostały poddane analizie w rozdziale pt. Dyskusja. Wniosek drugi można by przedstawić mniej ogólnie poprzez dokładniejsze określenie, że poziom satysfakcji – Rodziców, z opieki - nad ich dzieckiem, był wysoki. Podobnie we wniosku trzecim warto byłoby zastąpić słowa „zajmuje się ich dzieckiem” bardziej profesjonalnym medycznym określeniem np. pielęgniarką/lekarzem prowadzącym.

Moje uwagi i pewne zastrzeżenia ograniczają się do użycia przez Doktorantkę „zwyczajowych, potocznych stwierdzeń” takich min. jak „ci, co tego nie zrobili, po prostu się wstydzą” i dalej „paternalistyczne podejście do świadczonych usług, ma się świetnie”, a także określenie, że ciężkość stanu klinicznego „ma się nijak do oceny satysfakcji Rodziców”. Pewien sprzeciw budzą we mnie także zastosowane wielokrotnie sformułowania „otrzymana opieka” czy „dostarczana opieka”, dla określenia procesu leczenia i pielęgnowania pacjenta na oddziale intensywnej terapii dla dzieci. Tę wątpliwość podkreśla i dodatkowo definiuje miejsce przeprowadzenia badania, czyli „oddział intensywnej terapii dla dzieci”, a nie intensywnej opieki dla dzieci. Dodatkowo kolidują one z poprawnością języka polskiego, choć wynikają pewnie z bezpośredniego tłumaczenia z języka angielskiego, czyli „critical care”. O ile takie lub podobne sformułowania można zastosować w bezpośrednim kontakcie z rodzicami np.

dostarczanie opieki (i to nie zawsze) dla ułatwienia porozumienia, o tyle w medycznej literaturze zasadne jest stosowanie określenia intensywnej terapii, która nie jest identyczna z opieką.

Pewnego uściślenia z zakresu formalno-prawnego wymagałoby również określenie oddziału intensywnej terapii dla dzieci. Niestety, zgodnie z definicjami umieszczonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii z dnia 18 stycznia 2022 roku, w Polsce obowiązują dwa określenia tj. oddział anestezjologii dla dzieci i/lub oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci. Zatem publikując pracę w czasopiśmie w języku polskim należałoby używać ostatniego określenia, gdyż nie ma w polskich strukturach szpitalnych oddziału intensywnej terapii dla dzieci bez anestezjologii, co oczywiście nie będzie wymagane w publikacji angielskiej, która dopuszcza określenie Paediatric Intensive Care Unit (PICU).

Po zapoznaniu się z pracą chcę skierować dodatkowe pytania i sugestie do Doktorantki:

1. Jakie mogą być przyczyny najniżej ocenionego pytania dotyczącego braku zainteresowania tym, czego doświadczają Rodzice podczas leczenia ich dziecka na oddziale intensywnej terapii.
2. Ciekawym byłoby uzupełnienie danych w tabeli 1 dotyczących czasu leczenia na OITD dzieci przyjętych w trybie planowym vs nieplanowym.
3. Interesującym i istotnym uzupełnieniem pracy byłby opis własnych opinii Rodziców z ostatniej części kwestionariusza pt. „Chętnie dowiemy się więcej na temat Państwa doświadczenia na naszym oddziale. Poniżej znajdują Państwo miejsce, aby opisać swoją historię.”
4. Komentarza wymaga stwierdzenie sugerujące bezsprzecznie i autorytarnie, że wszystkie oddziały intensywnej terapii dla dzieci w Polsce stosują restrykcyjną politykę odwiedzin i co więcej, uznane jest to za polską normę. Po pierwsze nie ma potwierdzenia tego przypuszczenia w tekście, a także może to być krzywdzące i niesprawiedliwe dla tych ośrodków, w których jest inny regulamin odwiedzin. Poza tym wielokrotnie w ostatnich kilku latach na konferencjach Sekcji Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej prezentowane były wykłady i warsztaty obejmujące ideę P/FCC, przyczyniając się z całą pewnością do zmian w tym zakresie.

Odpowiedzi na powyższe pytania, jak również doprecyzowanie powyższych sugestii może wpłynąć z całą pewnością na publikację wyników tej pracy w czasopiśmie o zasięgu międzynarodowym.

Oceniana rozprawa doktorska przedstawia bardzo ciekawy temat, dzięki czemu czyta się ją z dużym zainteresowaniem. Wartość pracy podkreśla jej międzynarodowy charakter, poprzez zastosowanie narzędzia badawczego użytego przez inne ośrodki w Europie i na świecie. Autorka zastosowała metody badawcze a także statystyczne w sposób jak najbardziej prawidłowy. Podkreślę jeszcze raz, że proces walidacji kwestionariusza powinien być uznany za wzorzec dla innych badaczy z Polski. Praca napisana jest poprawnym językiem, z zachowaniem prawidłowego układu. Piśmiennictwo zostało dobrane jak najbardziej prawidłowo i wyczerpująco.

Wobec niezwykle ważnego charakteru jednego z głównych aspektów pracy, jakim jest ocena jakości procesu leczenia i pielęgnowania dzieci na oddziałach intensywnej terapii przez Rodziców/Opiekunów oceniam pracę bardzo pozytywnie. W mojej opinii **praca lek. Katarzyny Witulskiej pt. Ocena zaspokożenia potrzeb rodziców dzieci leczonych w oddziale intensywnej terapii z użyciem kwestionariusza EMPATHIC-30 POLAND** zasługuje na wyróżnienie, a zastosowane narzędzie badawcze w postaci Kwestionariusza EMPATHIC-30 POLAND powinno zostać wprowadzone jako obowiązkowe we wszystkich oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w Polsce.

Rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. *o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki* oraz §6. Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 19 stycznia 2018r. , *w sprawie szczegółowego trybu i warunków przeprowadzenia czynności w przewodzie doktorskim, w postępowaniu habilitacyjnym oraz postępowaniu o nadanie tytułu profesora.*

Wniosuję zatem do Rady Naukowej Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie o dopuszczenie lek. Katarzyny Witulskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Prof. dr hab. n. med. Alicja Bartkowska-Śniatkowska

Alicja Bartkowska-Śniatkowska