

Dr hab. n. o zdr. Dorota Kozieł, prof. UJK  
Instytut Nauk o Zdrowiu  
Collegium Medicum  
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kielce, 27.12.2019 r.

## RECENZJA

**Rozprawy doktorskiej mgr Doroty Ryszewskiej-Łabędzkiej**

*Kwestionariusz EASY-Care Standard 2010 w ocenie funkcjonowania osoby starszej*

**napisanej pod kierunkiem**

**Prof. dr hab. n. med. Katarzyny Wieczorowskiej-Tobis**

**Promotor pomocniczy**

**Dr hab. n. o zdr. Dorota Talarska**

**w Pracowni Geriatrii Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej**

**Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

Dane demograficzne wskazują na starzenie się polskiego społeczeństwa. Proces ten niesie za sobą szereg wyzwań, których nie można potraktować obojętnie. Przyrost liczby osób zwłaszcza w najstarszej grupie wiekowej generuje potrzeby zdrowotne, rehabilitacyjne i opiekuńcze ale też potrzeby mieszczące się w sferze polityki społecznej, finansowej, mieszkaniowej. Wydłużanie się życia ludzkiego i systematyczny wzrost liczby osób starszych wymusza więc konieczność wdrożenia optymalnych rozwiązań na rzecz utrzymania jak najlepszej sprawności tej grupy osób.

W tym kontekście bardzo ważne są wyniki badań przedstawiających funkcjonowanie osób starszych w środowisku ich zamieszkania. Mogą pomóc bardziej właściwie zaplanować politykę senioralną, która tak naprawdę powinna łączyć wiele polityk społecznych. Ocena potrzeb osób starszych może przyczynić się do lepszej alokacji środków przeznaczonych na pomoc w przezwyciężaniu codziennych trudności, tak aby senior mógł jak najdłużej pozostać w rodzinie lub w swoim mieszkaniu.

Przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska obejmuje 102 strony tekstu w układzie zbliżonym do typowych dla prac medycznych i nauk o zdrowiu. Składa się z 11 rozdziałów, 17 tabel i 20 rycin oraz 155 pozycji piśmiennictwa, w tym 96 anglojęzycznych (62%). Doktorantka wykazała się właściwym wyborem aktualnego piśmiennictwa (57% cytowanych prac wydanych było w ostatnim dziesięcioleciu).

We wstępie Autorka uzasadnia wybór tematu i narzędzia badawczego EASY- Care Standard 2010. W kolejnych podrozdziałach przedstawia zmiany w strukturze wieku ludności Polski, konsekwencje starzenia i narzędzia do oceny potrzeb osób starszych.

W tej części pracy Doktorantka wyczerpująco przedstawia zagadnienia związane z tematem korzystając z aktualnego, prawidłowo wybranego piśmiennictwa. Recenzent stwierdza kilka błędów językowych np. str. 10 „Ocena sprawności funkcjonalnej aktualizowana wraz z postępowaniem procesu starzenia oraz chorób przewlekłych jest **podstawowym zadaniem** całościowej oceny geriatrycznej (COG)” lub str. 13 „Niewłączenie do oceny obszaru funkcjonowania psychospołecznego i warunków socjalnych, które w myśl cykli i kaskad geriatrycznych wzajemnie na siebie oddziałują, powoduje, że stosowanie jedynie tej skali prowadzi np. **do niezauważenia potrzeb pacjentów z otępieniem jeśli są oni sprawni fizycznie**”.

Pomimo powyższych uwag uważam, że Doktorantka wykazała się dobrą znajomością i krytycznym podejściem do literatury przedmiotu.

Głównym celem pracy była ocena potrzeb osób starszych w zakresie stanu psychicznego, fizycznego i społecznego wykonana przy pomocy Kwestionariusza EASY-Care Standard 2010 i ich przeanalizowanie z uwzględnieniem samooceny ocenianej skalą SES według Morrisa Rosenberga (ang. Self-Esteem Scale).

W obrębie celu głównego autorka wyróżniła cele szczegółowe, które doprecyzowują przebieg procesu badawczego. Uważam, że cele szczegółowe powinny być raczej przedstawione jako problemy badawcze, które ściśle łączą się z celem badań.

Należy stwierdzić, że cel jest spójny z tematem pracy przyjmując równoważność określeń funkcjonowanie i potrzeby. Zasadne byłoby uzasadnienie w części teoretycznej pracy posługiwania się zastępczo określeniem ocena potrzeb (cel pracy) i ocena funkcjonowania (temat pracy). Temat pracy nie wskazuje również na to, że Doktorantka będzie analizowała oprócz wyników kwestionariusza EASY-Care również samoocenę skalą SES.

Rozdział 3. Materiał i metody zawiera opis grupy badanej i metodyki badań. Do badań włączono 300 osób w wieku powyżej 60 lat bez zaburzeń poznawczych, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu. Wątpliwość recenzenta budzi włączenie do badań osób po operacjach onkologicznych głowy i szyi. Ta grupa może znacząco różnić się od grupy osób starszych zgłaszających się do poradni lekarza rodzinnego czy też uczestników UTW i Koła

Gospodyń Wiejskich w zakresie potrzeb/funkcjonowania. Nie wiemy jak duża była grupa tych osób. Zmiany wymaga również określenie włączenia do badań 300 **przypadkowych** osób na 300 osób, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu oraz bez zaburzeń poznawczych.

Należy podkreślić metodologiczną poprawność kwalifikowania osób starszych do zasadniczego badania poddając ich wcześniejszej ocenie z wykorzystaniem Skróconego Testu Sprawności Umysłowej. Uzyskane wyniki stają się dzięki temu bardziej obiektywne.

Badania przeprowadzono z wykorzystaniem kwestionariusza EASY-Care Standard 2010, w który został poszerzony o trzy skale podsumowujące: skalę poziomu niezależności, ryzyka załamania opieki i ryzyka upadków. Ocenę samoakceptacji i samopostrzegania przeprowadzono z wykorzystaniem skali samooceny według Rosenberga (SES).

Doktorantka właściwie wybrała najnowszą wersję kwestionariusza EASY-Care, którego wykorzystanie, jak udowodniono w badaniach, pozwala na wskazanie pacjentów ze znacznym ryzykiem pogorszenia stanu zdrowia i sprawności w krótkiej perspektywie czasowej. Interesujące jest zestawienie uzyskanych wyników z samooceną osób starszych. Chociaż wybrany kwestionariusz SES nie posiada opracowanych norm dla osób starszych (co komentuje autorka w dyskusji) doktorantka przyjęła właściwie punkty odcięcia stosując metodę proporcjonalną i wyróżniła wyniki niskie i wysokie. Opis zastosowanych metod statystycznych został przedstawiony wyczerpująco. W tej części pracy autorka wymienia również analizowane zmienne. Wydaje się bardziej właściwe umieszczenie tych informacji (oczywiście w rozszerzonej formie) w podrozdziale zmienne i wskaźniki zmiennych.

Rozdział 4. Wyniki badań został przez doktorantkę opracowany bardzo rzetelnie. Wyniki zostały przedstawione graficznie (tabele i ryciny) i opisowo. Tabele i ryciny są czytelne, zrozumiałe i estetycznie zbudowane.

Jak wskazano powyżej włączenie do badania osób po operacjach onkologicznych głowy i szyi (pacjenci po laryngektomii) skutkuje wskazaniem potrzeb, które są konsekwencją choroby i leczenia np. znaczne trudności z porozumiewaniem się.

Najważniejsza uwaga dotyczy stwierdzeń doktorantki, że „najważniejszą niezależną determinantą istnienia potrzeb (w różnych obszarach) było posiadanie opiekuna, które zwiększało szansę wystąpienia potrzeb...). To przecież oczywiste, że osoby starsze

potrzebują opiekuna wtedy kiedy nie mogą funkcjonować samodzielnie. To raczej istnienie potrzeb determinuje konieczność posiadania opiekuna.

Zachęcam również do analizy określenia „... osób zgłaszało istnienie potrzeb”. Uważam, że lepszym określenie byłoby np. u ..... osób zdiagnozowano/ stwierdzono potrzeby w obszarze...

Za bardzo cenne uważam przeprowadzenie analizy wieloczynnikowej, która pozwoliła na wskazanie zmiennych determinujących występowanie potrzeb w badanych obszarach. Autorka uzyskała wyniki wskazujące na to, że dbanie o siebie i poruszanie się pogarsza się wraz z wiekiem, potrzeby dotyczące poczucia bezpieczeństwa zależą od miejsca zamieszkania; zaburzenia wzroku, słuchu i zdolności porozumiewania się są częstsze u osób samotnych a niższe wykształcenie i zamieszkiwanie z kimś miało wpływ na istnienie potrzeb w obszarze warunki mieszkaniowe i sytuacja finansowa. W czterech analizowanych obszarach potrzeby występowały istotnie częściej w grupie osób posiadających opiekuna. Wydaje się, że autorka powinna podkreślić istotną pomoc w zaspokojeniu potrzeb osób starszych przez opiekunów a nie interpretować istnienia potrzeb jako zależnych od posiadania opiekuna. Opiekun, w sposób oczywisty, nie może zmienić samodzielności wykonania czynności a co za tym idzie występowania potrzeb np. pytania z obszaru II: Czy jest Pan/i w stanie samodzielnie zjadać posiłki?, Czy zdarzają się Panu/i problemy z wydalaniem moczu (nietrzymanie moczu)? itd. Podobnie uzyskiwanie wyników lepszych w grupie osób sprawujących opiekę nad innymi osobami należy interpretować jako wyniki pozytywne. To nie sprawowanie opieki poprawia funkcjonowanie, ale jak należy przypuszczać to, że osoba może się kimś opiekować wynika z jego lepszego stanu funkcjonalnego. Podobnie wymaga komentarza stwierdzenie na str. 62 „posiadanie opiekuna – ponad trzykrotnie...” było determinantą niskiej samooceny. Wydaje się bardziej właściwe stwierdzenie, że niską samoocenę zdiagnozowano częściej w grupie osób posiadających opiekuna (bez wskazywania przyczyny co komentuje autorka w dyskusji). W tej części pracy występują nieliczne błędy, które wymagają poprawy przed przygotowaniem do publikacji np. str. 56 jest na ryc. 6 powinno być na ryc. 7.

Recenzent pragnie podkreślić samodzielność doktorantki w zakresie wykorzystania metod analizy statystycznej, przejrzyste przedstawienie wyników badań w tabelach i wykresach z wyeksponowaniem zmiennych istotnych statystycznie.

Rozdział 5. Autorka bardzo starannie dokonuje w dyskusji przeglądu aktualnego piśmiennictwa uzasadniając wybór tematu i narzędzi badawczych a następnie odnosi wyniki swoich badań do wyników innych autorów w tym badania ogólnopolskiego osób starszych PolSenior. Doktorantka odnosi się w dyskusji do grupy osób starszych posiadających opiekuna, w której stwierdziła występowanie potrzeb w 4 z 5 badanych obszarów. Autorka konkluduje, że „wykonana analiza potrzeb i samooceny nie pozwala wskazać co jest skutkiem a co przyczyną”. Wobec zgłoszonych wcześniej uwag uważam te wyjaśnienia za bardzo cenne. Szczególnie zobowiązanie autorki do dalszej analizy potrzeb osób starszych w kontekście posiadania lub braku opiekuna.

Pracę kończy pięć, w większości właściwie sformułowanych wniosków. Przeredagowania wymaga wniosek 2. Jak wskazano wyżej posiadanie opiekuna nie można traktować jako determinantę (czynnik wpływający na coś w zasadniczy sposób) ryzyka załamania opieki i ryzyka upadków. Omówienie wyników w dyskusji przekonuje, że Doktorantka właściwie interpretuje uzyskane wyniki badań.

Zamieszczone powyżej uwagi wynikają z wnikliwej analizy przedłożonego do recenzji tekstu, nie umniejszają jednak znaczenia poznawczego pracy. Wszelkie uwagi recenzenta mogłyby być wykorzystane w dalszych publikacjach autorki.

Reasumując, stwierdzam, że pomimo nielicznych uwag przedstawionych w recenzji praca Pani mgr Doroty Ryszewskiej- Łabędzkiej jest samodzielnym i oryginalnym opracowaniem.

Doktorantka wykazała się dobrą znajomością tematu rozprawy, prawidłowo sformułowała cel pracy, opracowała metodykę badań, opisała wyniki badań oraz wyciągnęła adekwatne do celu wnioski.

Stwierdzam, że praca spełnia wymogi stawiane rozprawom doktorskim i zwracam się do Wysokiej Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu o dopuszczenie Pani mgr Doroty Ryszewskiej- Łabędzkiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Kielce, dnia 27.12.2019 roku

*dr hab. n. o zdr. Dorota Koziel*  
dr hab. ~~Dorota Koziel~~ prof. UJK  
specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego  
*Dorota Koziel* 1404943P