



Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
CHAIR AND DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE
MEDICAL UNIVERSITY OF LUBLIN
ul. Langiewicza 6A, 20-032 Lublin
tel./fax: (+ 48) 815247856
e-mail: med.rodz@umlub.pl

Lublin 2020-05-14

Ocena
Rozprawy na stopień doktora nauk o zdrowiu
mgr Magdalena Czarkowska
Promotor: dr hab.n.med. Lech Panasiuk prof.IMW

Badania demograficzne od dawna zwracają uwagę na fakt starzenia się społeczeństw na całym świecie, co ma i będzie mieć ogromny wpływ na systemy społeczno-polityczne, gospodarcze i socjalne wszystkich państw. Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia zwiększyła się globalnie z 65 lat dla mężczyzn oraz 69 lat dla kobiet w latach 2000-2005 do odpowiednio 69 lat i 73 lat w latach 2010-2015. Pomimo wciąż występujących znaczących dysproporcji między poszczególnymi krajami, różnica w oczekiwanej długości życia między krajami najsilniej rozwiniętymi a innymi krajami rozwijającymi się zmniejszyła się w tym okresie z 11 do 8 lat. W krajach Unii Europejskiej (EU-28) wyniosła w 2016 r. 81,0 lat, odpowiednio 78,2 lat dla mężczyzn i 83,6 lat dla kobiet.

Starzenie się jest zjawiskiem powszechnym i nieodwracalnym. Obserwowane z biegiem lat pogorszenie się stanu zdrowia nie jest jednak tylko konsekwencją starzenia się organizmu. W okresie starości procesy kataboliczne zaczynają przeważać nad anabolicznymi. Ponieważ ogólne tempo przemian metabolicznych obniża się, nie są one tak intensywne i szybkie jak się powszechnie uważa. Proces starzenia i związanych z nim zmian może więc przebiegać bardzo wolno, jeśli nie jest przyspieszany czynnikami zewnętrznymi. Starzenie się organizmu nie musi wiązać się z licznymi schorzeniami i niepełnosprawnością. Obraz osób starszych jest zbyt często przedstawiany w sposób stereotypowy, najczęściej negatywny. Istnieją znaczne różnice w stanie zdrowia oraz stanie funkcjonalnym osób starszych zarówno indywidualne jak i populacyjne w różnych krajach o różnym stopniu rozwoju.

Wytyczne „*WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026*” wskazują na konieczność reorganizacji modelu opieki zdrowotnej z priorytetowym traktowaniem usług opieki podstawowej i społecznej oraz współpracę między nimi. Kładą nacisk na potrzebę zastępowania niektórych form opieki tymi, które są bardziej wydajne tj. przejście z opieki stacjonarnej na ambulatoryjną i podstawową. Tworzenie silnych systemów opieki podstawowej jest niezbędne aby dotrzeć do całej populacji, zrozumieć konkretne potrzeby i preferencje pacjentów, zagwarantować im powszechną i kompleksową opiekę. Podkreślana jest konieczność koordynacji i ciągłej opieki dla osób ze złożonymi problemami zdrowotnymi, w tym szczególnie najstarszych, tworzenie multidyscyplinarnych zespołów opieki podstawowej i kierowanie do niej większej części wydatków przeznaczonych na ochronę zdrowia .

Opieka nad chorymi w podeszłym wieku powinna być opieką holistyczną, skoncentrowaną na konkretnej osobie i jej problemach, nie na pojedynczych chorobach. Priorytetem jest podmiotowość i autonomia pacjenta ze szczególnym zwróceniem uwagi na utrzymanie funkcjonalnej niezależności oraz odpowiedniej jakości życia. Jednym z najważniejszych celów podejmowanych działań powinno być stworzenie indywidualnego planu opieki i wsparcia (CSP: *Care and Support Plan*), którym powinni zostać objęci pacjenci geriatryczni, najslabsi (*frail, vulnerable, weak*) z obniżoną rezerwą homeostatyczną, u których niewielkie zdarzenia stresogenne mogą prowokować bardzo niebezpieczne konsekwencje takie jak upadki, majaczenia, hospitalizacje i w konsekwencji niepełnosprawność, instytucjonalizację i śmierć. Tak znaczące zmiany sprawności funkcjonalnych i poznawczych opisane pojęciem „*unstable disability*” dotyczą grupy co najmniej 5,4 % starszych mężczyzn i 8,8 % starszych kobiet.

U osób w wieku podeszłym poza niezwykle istotnym spadkiem sprawności funkcjonalnej bardzo ważnymi stają się zaburzenia poznawcze (demencja, majaczenie), depresja, zaburzenia równowagi i upadki, nietrzymanie moczu i kału, odleżyny i owrzodzenia, zaburzenia wzroku i słuchu, zespoły jatrogenne, wielochorobowość i wielolekowość. Zostały one opisane przez Isaaca Bernarda w 1976 r., który użył terminu „wielkie problemy geriatryczne” („*giants of geriatrics*”). Uznał, że stany te reprezentują osoby kruche (*frail*) . Definiowane jako wieloczynnikowe schorzenia występujące przy upośledzeniu funkcji kilku narządów sprawiają, że starsi pacjenci są bardziej podatni na sytuacje stresowe, głównie przez spadek sprawności funkcjonalnej .

Celem pracy była ocena efektywności rehabilitacji prowadzonej według wytycznych projektu dziennego domu opieki medycznej (DDOM) poprzez analizę uzyskanych danych w oparciu o standaryzowane testy.

Praca doktorska liczy 179 stron i ma typowy układ. Składa się z następujących rozdziałów: 1. Wstęp, 2. Cele badania, 3. Materiały i metody badań, 4. Wyniki, 5. Dyskusja, 6. Wnioski, 7.i 8. Streszczenie w języku polskim i angielskim. 9. Bibliografia. 10. Spis rycin. 11. Spis tabel. 12. Aneks zawierający: tabele, skale zastosowane w pracy oraz Zgodę komisji bioetycznej. Autorka zamieściła także wykaz skrótów użytych w pracy.

We wstępie Doktorantka w sposób zwięzły i wyczerpujący przedstawiła teoretyczne podstawy podjętych badań.

W rozdziale 2 Autorka sformułowała cel pracy którym była ocena efektywności rehabilitacji prowadzonej według wytycznych projektu dziennego domu opieki medycznej (DDOM) poprzez analizę uzyskanych danych w oparciu o standaryzowane testy. Ponadto sformułowała cele dodatkowe, którymi były:

1. ocena zdolności do samodzielnej egzystencji badanych osób mierzonej za pomocą *skali Barthel* i *skali Lawtona* oraz analiza skuteczności podejmowanych w tym zakresie w DDOM-u interwencji,
2. ocena ryzyka występowania geriatrycznych problemów zdrowotnych u badanych osób mierzonych przy pomocy *skali Ves-13* oraz analiza skuteczności podejmowanych w tym zakresie w DDOM-u interwencji,
3. ocena częstości występowania u badanych osób symptomów depresyjnych mierzonych za pomocą *skali GDS*, oraz analiza skuteczności podejmowanych w tym zakresie w DDOM-u interwencji,
4. ocena skali nasilenia występujących u badanych osób doznań bólowych mierzonych przy pomocy *skali VAS*, oraz analiza skuteczności podejmowanych w tym zakresie w DDOM-u interwencji,
5. ocena ryzyka występowania u badanych osób upadków mierzonego za pomocą *skali Tinetti*, oraz analiza skuteczności podejmowanych w tym zakresie w DDOM-u interwencji,
6. ocena poziomu aktywności fizycznej badanych osób, mierzonego za pomocą *Miedzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej – IPAQ*, oraz analiza skuteczności podejmowanych w tym zakresie w DDOM-u interwencji,

7. analiza zależności pomiędzy skutecznością podejmowanych w DDOM-u interwencji a płcią, wiekiem a poziomem wykształcenia badanych osób oraz długością okresu sprawowanej opieki przez DDOM.

Grupę badaną stanowiły osoby po 60 roku życia uczestniczące w projekcie DDOM utworzonego w Instytucie Medycyny Wsi w Lublinie. W sekcji : „Materiały i metody badań“ znajdujemy szczegółowy opis świadczeń realizowanych w ramach projektu, oraz poszczególnych narzędzi badawczych zastosowanych w pracy: *Skala Barthel*, *Skala oceny instrumentalnych czynności życia codziennego Lawtona*, *Skala VES-13*, *Visual Analogue Scale (VAS)*, *Skala Tinetti*, *Międzynarodowy kwestionariusz aktywności fizycznej (IPAQ)*, *Geriatryczna Skala Depresji*. Analizę zależności od wybranych predyktorów przeprowadzono za pomocą testów nieparametrycznych *Manna-Whitneya* dla płci, *Kruskala-Wallis* dla wykształcenia i korelacji *Spearmana* dla wieku oraz uczestnictwa w programie DDOM.

Rozdział 4 „Wyniki“ składa się z następujących sekcji:

- Organizacja DDOM-u w IMW oraz charakterystyka badanej populacji
 - Ocena skuteczności podejmowanych w DDOM-u interwencji
- Przedstawione wyniki oraz ich analiza świadczą o umiejętnościach badawczych Autorki.

W rozdziale 5 „Dyskusja“ Doktorantka dokonuje zestawienia wyników własnych analiz z obserwacjami innych Autorów. Treść dyskusji wskazuje na posiadanie pełnych kompetencji Autorki w zakresie objętym projektem badawczym.

Praca jest napisana i zredagowana wyjątkowo starannie. Wszystkie elementy pracy są opisane jednoznacznie. Terminologia specjalistyczna jest objaśniona.

W pracy wykorzystano obszerne piśmiennictwo zarówno polskojęzyczne jak i angielskojęzyczne. Dane bibliograficzne obejmują 212 pozycji.

W wyniku przeprowadzonej dyskusji wyników Autorka przedstawia następujące wnioski:

1. Podejmowane w ramach DDOM interwencje okazały się skuteczne w zakresie poprawy zdolności do samodzielnej egzystencji badanych osób. O ile w dniu rozpoczęcia pobytu w zdecydowanie większym

stopniu wymagali oni opieki innych osób, o tyle po zakończeniu w większości mogli funkcjonować samodzielnie, korzystając jedynie z niewielkiej pomocy.

2. Realizowane przez DDOM interwencje zdecydowanie zmniejszyły narażenie badanych osób na występowanie geriatrycznych problemów zdrowotnych.
3. Interwencje przeprowadzane w ramach programu zmniejszyły nasilenie występujących u badanych osób dolegliwości bólowych, które w dniu rozpoczęcia pobytu były określane jako bardzo duże, natomiast po jego zakończeniu jako umiarkowane.
4. Działania realizowane w ramach DDOM-u spowodowały zmniejszenie nasilenia symptomów depresyjnych występujących u badanych osób, aczkolwiek u większości badanych, zarówno w dniu rozpoczęcia jak i w dniu zakończenia pobytu w placówce.
5. Podejmowane w ramach DDOM-u interwencje spowodowały zmniejszenie ryzyka wystąpienia u badanych osób upadków, które w dniu rozpoczęcia pobytu w placówce były wysokie, natomiast po jego zakończeniu zostało zminimalizowane.
6. Realizowane w ramach programu interwencje spowodowały wzrost poziomu aktywności fizycznej badanych osób, aczkolwiek zarówno w dniu rozpoczęcia pobytu, jak i po jego zakończeniu poziom tej aktywności był niewystarczający.
7. Nie stwierdzono zależności uzyskanego efektu terapeutycznego od płci i poziomu wykształcenia, oraz – w zdecydowanej większości przypadków, od wieku badanych osób. Wykazano jedynie, że redukcja ilości czasu przeznaczonego na przebywanie w pozycji siedzącej była statystycznie najmniejsza w najstarszej grupie wiekowej. Stwierdzono natomiast, że silniejszy efekt poprawy w wykonywaniu instrumentalnych czynności dnia codziennego, w obciążeniu umiarkowaną aktywnością fizyczną oraz w redukcji wypadków, ale jedynie w tej części skali Tinetti, która dotyczyła zaburzeń chodu, uzyskano u osób będących pod opieką DDOM-u najdłużej, natomiast lepszy rezultat zmniejszenia dolegliwości bólowych uzyskano wśród pacjentów przebywających w placówce przez okres najkrótszy.

8. Wydaje się, że dzienne domy opieki medycznej spełniające zarówno potrzeby medyczne, społeczne jak i edukacyjne osób starszych powinny stać się świadczeniem gwarantowanym finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Podsumowanie:

Przedstawiona mi do oceny praca dotyczy istotnego zagadnienia, co znajduje odzwierciedlenie w przeglądzie piśmiennictwa przedmiotu. Cel główny pracy został osiągnięty. Warto podkreślić użyteczny charakter osiągniętych wyników badań. Jest to bardzo dobrze udokumentowana i opracowana praca wymagająca od Autorki bardzo dobrego przygotowania teoretycznego i praktycznego.

Dodatkowo za pozytywną oceną przemawia fakt, że jest to dobrze przemyślana koncepcja, uzasadniona teoretycznie i zweryfikowana empirycznie.

W podsumowaniu stwierdzam że rozprawa doktorska mgr Magdaleny Czarkowskiej pt. "Ocena efektywności rehabilitacji ambulatoryjnej osób po 60 roku życia realizowanej według projektu „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Lublinie” spełnia warunki określone w art. 13 ust.1 z dnia 14.03.2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki, (Dz. U. nr 65, poz. 595 z późn. zm.) to jest stanowi oryginalne rozwiązanie zagadnienia naukowego oraz dowodzi ogólnej wiedzy teoretycznej i umiejętności tworzenia warsztatu badawczego.

Przedkładam zatem wniosek do Wysokiej Rady Naukowej Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie o dopuszczenie mgr Magdaleny Czarkowską do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Ewa Rudnicka-Drożak

Dr hab. n. med.
Ewa Rudnicka-Drożak
medycyna ogólna
spec. medycyny rodzinnej
spec. zdrowia publicznego
9717993