



**Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej  
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
CHAIR AND DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE  
MEDICAL UNIVERSITY OF LUBLIN  
Kierownik Dr hab. n. med. Ewa Rudnicka-Drożak**

---

ul. Langiewicza 6A, 20-032 Lublin  
tel./fax: (+ 48) 815247856  
e-mail: med.rodz@umlub.pl

Lublin 2022-10-31

**Recenzja Rozprawy Doktorskiej  
mgr Joanna Siekierka**

**Analiza wybranych potrzeb zdrowotnych osób w podeszłym wieku w Podstawowej Opiece  
Zdrowotnej na podstawie Całościowej Oceny Geriatrycznej oraz sposobu ich realizacji na terenie  
województwa opolskiego.**

**Promotor: dr hab. n. med. Jarosław Drobnik prof. PMWSZ**

Przedstawiona do oceny praca doktorska zawarta jest na 144 stronach. Posiada układ typowy dla tego rodzaju prac: Wykaz skrótów, Wstęp, Rozdział 1 Demograficzne starzenie się populacji województwa opolskiego, Rozdział 2 Pacjent w podeszłym wieku w polskim systemie ochrony zdrowia, Rozdział 3 Całościowa ocena Geriatryczna w praktyce, Rozdział 4 Metodologiczne podstawy badań własnych, Rozdział 5 Wyniki własne, Rozdział 6 Dyskusja, Rozdział 7 Wnioski, Rozdział 8 Streszczenie, Rozdział 9 Summary, Rozdział 10 Bibliografia, Rozdział 11 Spis wykresów, rycin, tabel, Rozdział 12 zawierający 9 załączników – wykorzystanych w pracy narzędzi badawczych.

**Uwagi ogólne**

Zespół geriatryczny (*geriatric syndrome*) jest terminem stosowanym w odniesieniu do powszechnych wśród starszych pacjentów schorzeń, których nie można opisać używając tradycyjnych kryteriów chorób poszczególnych narządów. Są to zaburzenia funkcjonalne i poznawcze, niedożywienie, nietrzymanie moczu, upadki, odleżyny, bezsenność itp. Problemy zdrowotne osób starszych są mniej oczywiste w diagnozowaniu z racji nietypowej prezentacji oraz częstych kłopotów z komunikacją z chorymi (utrata słuchu, upośledzenie funkcji poznawczych itp.). Nieprzykładanie dostatecznej wagi do objawów uznawanych często za cechy normalnego starzenia się, np.

nietrzymanie moczu, niedosłuch czy pogorszenie wzroku, ograniczenia czasowe oraz brak specjalistycznych szkoleń dla pracowników służby zdrowia są kolejnymi przyczynami zbyt małego zainteresowania tymi zagadnieniami. Wreszcie problemy leżące poza tradycyjnym zainteresowaniem medycyny, związane ze stanem psychospołecznym oraz środowiskiem w którym mieszkają chorzy, często współlistnieją z problemami zdrowotnymi i zakłócają ich leczenie. Lekarze nie mają często narzędzi i wskazówek do ich oceny.

Zespoły geriatryczne można badać i podjąć kroki naprawcze, ale też profilaktyczne, wyprzedzające ich rozwinięcie się, posługując się oceną geriatryczną. Termin ten jest używany w odniesieniu do oceny przeprowadzanej przez indywidualnego lekarza, najczęściej lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub geriatrę oraz do bardziej intensywnego programu multidyscyplinarnego czyli całościowej oceny geriatrycznej (COG). Jej zakres oraz intensywność różni się w zależności od miejsca (*settings of care*), w którym jest przeprowadzana: POZ, SOR, szpital, dom opieki długoterminowej itd. Nie jest możliwa do wykonania w pełnym zakresie we wszystkich warunkach z powodu min. braku potrzebnego na jej przeprowadzenie czasu, konieczność koordynowania pracy zespołu wielu specjalistów czy wreszcie brak refundacji niektórych jej elementów.

Poruszone wyżej kwestie zostały trafnie odnotowane i wykorzystane w części teoretycznej rozprawy. Doktorantka porusza tu niezwykle ważne kwestie: przedstawia kwestie starzenia się demograficznego, miejsce pacjenta geriatrycznego w polskim systemie ochrony zdrowia i bardzo szczegółowo opisuje Całościową Ocenę Geriatryczną w praktyce.

W moim przekonaniu ta część rozprawy doktorskiej może stanowić oddzielną publikację.

Zasadniczym celem pracy doktorskiej była analiza potrzeb zdrowotnych osób w podeszłym wieku w podstawowej opiece zdrowotnej na terenie województwa opolskiego w oparciu o Całościową Ocenę Geriatryczną. Pojawiające się deficyty zdrowotne pacjentów w wyniku analizy skal i kwestionariuszy COG pacjentów będą wyznaczać problemy zdrowotne, które jednocześnie są utożsamiane z potrzebami zdrowotnymi. Będą stanowiły wyznacznik zapotrzebowania na opiekę.

W celu realizacji celu głównego pracy Doktorantka formułuje pytania badawcze:

1. Czy występują różnice w zakresie potrzeb zdrowotnych osób w podeszłym wieku ze względu na wiek badanych wyrażany na trzech poziomach: 60-65 lat, 66-75 lat >75 lat,
2. Czy występują różnice w zakresie potrzeb zdrowotnych osób w podeszłym wieku ze względu na płeć badanych, miejsce zamieszkania badanych, status materialny, wykształcenie ?
3. Czy występują różnice w zakresie potrzeb zdrowotnych u osób w podeszłym wieku uwzględniając wymiar czynnościowy w zakresie samoopieki?
4. Czy występują różnice w potrzeb zdrowotnych u osób w podeszłym wieku ze względu na wymiar psychiczny?



5. Czy występują różnice w potrzebach zdrowotnych u osób w podeszłym wieku uwzględniając wymiar fizyczny?

6. Czy istnieją różnice w potrzebach zdrowotnych u osób o różnym statusie zamieszkiwania w wymiarze czynnościowym, psychicznym i fizycznym?

W oparciu o postawione pytania badawcze sformułowano następujące hipotezy:

Hipoteza 1: W wyodrębnionych grupach seniorów występują różnice w potrzebach zdrowotnych w obszarze czynnościowym, psychicznym i fizycznym.

Hipoteza 2: Wyodrębnione grupy seniorów różnią się poziomem sprawności czynności samoobsługowych oraz poziomem niezależności w zaspokajaniu potrzeb podstawowych i złożonych.

Hipoteza 3: Wyodrębnione grupy seniorów różnią się poziomem emocjonalności i poziomem funkcji poznawczych

Hipoteza 4: Wyodrębnione grupy seniorów różnią się poziomem mobilności i stopniem ryzyka upadków

Hipoteza 5: Występuje różnica w poziomie sprawności w samoobsłudze oraz w poziomie samodzielności w zaspokajaniu potrzeb podstawowych i złożonych pomiędzy seniorami o płci męskiej i żeńskiej.

Hipoteza 6: Występuje różnica w poziomie sprawności w samoobsłudze oraz w poziomie samodzielności w zaspokajaniu potrzeb podstawowych i złożonych ze względu na miejsce zamieszkania seniorów.

Hipoteza 7: Występuje różnica w poziomie sprawności funkcji poznawczych i w poziomie emocjonalności ze względu na miejsce zamieszkania seniorów, płeć i poziom wykształcenia

Hipoteza 8: Występują różnice w poziomie ryzyka upadku, w poziomie mobilności pomiędzy seniorami o płci męskiej i żeńskiej i ze względu na ich miejsce zamieszkania.

Hipoteza 9: Występuje różnica w stopniu odżywiania pomiędzy seniorami płci męskiej i żeńskiej ze względu na ich poziom wykształcenia.

Hipoteza 10: Występuje różnica w potrzebach zdrowotnych osób w podeszłym wieku uwzględniając różny status zamieszkiwania w gospodarstwie domowym?

Hipoteza 11: Istnieje pozytywny związek pomiędzy poziomem sprawności funkcji poznawczych seniorów a ich poziomem sprawnością w samoobsłudze.

Hipoteza 12: Istnieje negatywny związek pomiędzy poziomem ryzyka upadku seniorów a ich stopniem odżywiania.

Sekcja: 4.4 „Charakterystyka grupy badanej i metody badawcze“ zawiera informację na temat zgody Komisji Bioetycznej Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu Nr 10/PI/2019, a także na temat grupy badanej. Grupę badaną stanowili pacjenci korzystający z porad Podstawowej Opieki Zdrowotnej, pozostający na listach aktywnych wybranych przychodni POZ. Wiek ankietowanych pacjentów mieścił się w przedziałach wiekowych: 60-65 rok życia, 66-75 rok życia, powyżej 75 roku życia.

Badania przeprowadzono na terenie Województwa Opolskiego. Podmioty lecznicze POZ, w których przeprowadzano badania to duże ośrodki medyczne obejmujące swoim zasięgiem obszary miejsko - wiejskie:

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum „, Opole
2. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Medyk” Kluczbork
3. Prudnickie Centrum Medyczne S.A. - Prudnik
4. Opolskie Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o - Korfantów
5. MegaMed Sp z.o.o Oddział w Opolu Przychodnia Lekarska

Opolskie Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o - .Korfantów i MegaMed Sp z.o.o Oddział w Opolu Przychodnia Lekarska są przychodniami obejmującymi swym działaniem tylko obszary wiejskie.

W dysertacji znajdziemy także informacje na temat :

kryteriów włączenia do badania którymi były: pacjenci będący na listach aktywnych POZ, wiek badanych: 60-65 r ż, 66-75 r ż, > 76 r ż, prawo do podejmowania decyzji/zgody na badanie oraz kryteriami wyłączenia do badania którymi były: osoby poniżej 60 r ż, osoby ubezwłasnowolnione, osoby niezdolne do podejmowania decyzji.

Badania wykonano od 01.09.2019r - 30.01.2021r z przerwami.

Wyniki badań przeprowadzonych przez Doktorantkę są przedstawione na 55 stronach w rozdziale 5. Ta część pracy zawiera ogromny materiał faktograficzny i analizy statystyczne w większości w formie skondensowanej, tabelarycznej i wykresów.

Dyskusja przynosi krytyczne omówienie uzyskanych wyników , oraz ich zestawienie z wynikami uzyskanymi przez innych badaczy.

Doktorantka na podstawie zebranego materiału formułuje następujące wnioski:

#### **Wniosek 1**

W oparciu o analizy wybranych skal i kwestionariuszy Całościowej Oceny Geriatrycznej wykazano, że seniorzy powyżej 75 roku życia mają największe potrzeby zdrowotne we wszystkich wymiarach: czynnościowym, psychicznym i fizycznym niż osoby od 66 do 75 roku życia. Seniorzy od 60 do 65 r ż są najbardziej sprawni i samodzielni w obszarze czynnościowym, psychicznym i fizycznym.

#### **Wniosek 2**

Na podstawie przeprowadzonych badań za pomocą wybranych skal Całościowej Oceny Geriatrycznej płeć badanych nie jest czynnikiem warunkującym funkcjonowanie osoby starszej pod względem sprawności w zakresie samoobsługi, funkcjonowania psychicznego i fizycznego.



### **Wniosek 3.**

W wyniku analiz przeprowadzonych badań, wykazano różnice w zakresie potrzeb zdrowotnych osób w podeszłym wieku ze względu na miejsce zamieszkania. Seniorzy zamieszkujący miasta średniej wielkości (od 20 tys. do 100 tys. ludności) wyróżniają się większą sprawnością i samodzielnością w życiu codziennym w wymiarze czynnościowym, psychicznym i sprawnością fizyczną. Największe potrzeby zdrowotne odnotowano wśród mieszkańców wsi i małego miasta poniżej 20 tys. mieszkańców

### **Wniosek 4.**

Analizując stan emocjonalności ze względu na status materialny wykazano, że różnica w występowaniu depresji umiarkowanej dotyczyła głównie seniorów, którzy określili swój status materialny jako zły (501zł - 1000zł/osobę) i dobry (2001zł - 3000zł/osobę) podczas gdy brak depresji posiadały osoby starsze o bardzo złym (<500zł/osobę) i bardzo dobrym statusie materialnym (powyżej - 3001zł/ osobę).

### **Wniosek 5.**

Określając poziom funkcji poznawczych względem posiadanego wykształcenia, osoby z wykształceniem wyższym charakteryzowali się większą sprawnością funkcji poznawczych w porównaniu z seniorami posiadającymi inny poziom wykształcenia. Seniorzy z wykształceniem podstawowym oznaczali się największymi deficytami związanymi ze sprawnością funkcji poznawczych w obszarze zdrowia psychicznego.

### **Wniosek 6.**

Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano brak różnic w stopniu odżywienia osób w podeszłym wieku ze względu na wykształcenie. Natomiast wykazano różnice w ocenie poziomu związanego z możliwością niedożywienia osób w podeszłym wieku ze względu na miejsce zamieszkania. Niedożywienie i związane z nim potrzeby zdrowotne dotyczą głównie mieszkańców wsi podczas gdy ryzyko niedożywienia dotyczy ludności miejskiej.

### **Wniosek 7.**

W analizie potrzeb zdrowotnych seniorów uwzględniając wymiar czynnościowy w zakresie samoopieki, osoby powyżej 75 roku są bardziej zależni codziennych czynnościach od pomocy osób drugich niż seniorzy w wieku od 66 - do 75 roku życia. Przy czym osoby od 60 do 65 roku życia charakteryzują się większą samodzielnością i niezależnością.

### **Wniosek 8.**

W analizie potrzeb zdrowotnych w ocenie sprawności fizycznej w kierunku ryzyka upadków osoby w przedziale wiekowym od 60 do 65 roku życia są najmniej narażeni na ryzyko upadków niż seniorzy w wieku od 66 do 75 roku życia. Wysoki stopień ryzyka upadków związany ze znacznie ograniczoną

mobilnością w ściśle określonym czasie i funkcjami motorycznymi są osoby starsze powyżej 75 roku życia i seniorzy mieszkający na wsi.

### **Wniosek 9**

W ocenie potrzeb zdrowotnych osób w podeszłym wieku z uwzględnieniem statusu zamieszkiwania wykazano że i osoby samotne oznaczali się większą sprawnością w życiu codziennym niż osoby mieszkające z rodziną. Podobnie wykazali się większą sprawnością funkcji poznawczych, większą mobilnością w ściśle określonym czasie oraz mniejszym stopniem ryzyka upadków jak osoby mieszkające z rodziną. Nie wykazano natomiast różnic w poziomie emocjonalności.

Bogata, bibliografia składająca się z: 127 publikacji, 4 aktów prawnych, 13 raportów i 10 dostępów internetowych jest trafnie dobrana i dobrze wykorzystana.

Gratuluje Doktorantce i Promotorowi Panu Prof. Jarosławowi Drobnikowi. niezwykle wartościowej pracy, która wnosi szereg informacji które mogą mieć praktyczne implikacje. Mam nadzieję, że ten temat będzie kontynuowany.

### **Podsumowanie**

Podsumowując, pragnę podkreślić, że Autorka jest doskonale zorientowana w zagadnieniach, które podjęła w swoich badaniach, sprawnie posługuje się instrumentarium naukowym, wyciąga uzasadnione obserwowanymi wynikami wnioski. Przygotowana dysertacja, a w szczególności jej wyniki mogą znaleźć zastosowanie praktyczne.

W mojej opinii, recenzowana praca w pełni spełnia warunki określone w art. 13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym (Dz. U. z 2017 r., poz. 1789, ze zm.) co upoważnia mnie do wystąpienia do Rady Naukowej Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu z wnioskiem o dopuszczenie mgr Joannę Siekierkę do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

**Dodatkowo wnioskuję o wyróżnienie pracy.**

**Dr hab. n. med.**  
**Ewa Rudnicka-Drożak**  
medycyna ogólna  
spec. medycyny rodzinnej  
spec. zdrowia publicznego  
8717993