

VIDI:

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
RADA DOKTORAN
Prof. dr hab. Agnieszka Hajos

Uniwersytet medyczny we Wrocławiu
BIURO RADY DYSCYPLINY
NAUKI MEDYCZNE

wpl. dnia 10-12-2023

L. dz. RN-BM/ 2263



UNIwersytet MEDYCZNY
w LUBLINIE

Uniwersytet medyczny
we Wrocławiu



RPW/23104/2023 P
Data:2023-12-18

**Recenzja rozprawy doktorskiej lek. Joanny Wizowskiej
pt. „Charakterystyka pacjentów w podeszłym wieku z zaburzeniami
kontaktu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym”.**

Okres starzenia się organizmu ludzkiego jest procesem naturalnym. W tym czasie następują w nim znaczące, nieodwracalne zmiany biologiczne, psychologiczne oraz społeczne. Upośledzone zostają funkcje niemalże wszystkich narządów i układów. Prowadzi to między innymi do nieprawidłowego funkcjonowania mechanizmów kontroli postawy (np. zaburzenia równowagi, zaburzenia chodu), redukcji siły mięśniowej, osłabienia widzenia, nietrzymania moczu i stolca, zaburzeń kontaktu, zaburzeń pamięci, otępienia oraz depresji. Wzrasta ryzyko wystąpienia wielu chorób przewlekłych, a zdolność do regeneracji organizmu jest obniżona. Stopniowe ograniczanie samodzielności w zdecydowany sposób obniża jakość życia ludzi w wieku podeszłym.

Trudno jest podać jednoznaczną definicję wieku podeszłego zwanego również starością. Niewątpliwie jednak należy rozpatrywać ją w powiązaniu z procesem starzenia się. Tak jak sama starość, również jej początek nie jest ściśle określony. Według klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia starość dzieli się na trzy podokresy: pierwszy od 60. do 75. roku życia to wiek podeszły (tzw. wczesna starość), drugi od 75. do 90. roku życia to wiek starczy (tzw. późna starość), trzeci - 90 rok życia i powyżej to wiek sędziwy (tzw. długowieczność). Zgodnie z podziałem gerontologów anglosaskich wiek podeszły obejmuje okres życia pomiędzy 65 a 95 rokiem życia. W połowie XX wieku w Europie odsetek osób powyżej 60. roku życia wynosił 12%, natomiast w 2000 roku przekroczył wartość 20%. W latach 1950-2000 całkowity przyrost ludności na starym kontynencie stanowił jedynie 30%, zaś liczba osób powyżej 60. roku życia wzrosła prawie 2,5-krotnie. Przewiduje się że, w 2050 roku aż 37% całej europejskiej populacji będą stanowiły osoby powyżej 65. roku życia. Jednocześnie obserwuje się stały spadek wśród mieszkańców Europy osób w wieku przed- i produkcyjnym. W efekcie do 2050 roku na każdą osobę w wieku 65 lat lub więcej w Unii Europejskiej będą przypadać tylko dwie osoby w wieku produkcyjnym (15-64 lata), co według Biura Analiz Parlamentu Europejskiego jest „dramatyczną zmianą” w stosunku do sytuacji z 2001 roku, kiedy relacja ta wynosiła jeden do czterech. Zjawisko to dotyczy również Polski. Zgodnie z danymi podanymi przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) w „Roczniku Demograficznym 2019”, w 2018 roku populacja osób po 60. roku życia wyniosła 9,39 miliona. Było to 24,5% populacji całego kraju. Natomiast na początku lat 90-tych XX wieku omawiany odsetek kształtował się na poziomie 15%. Populacja osób powyżej 65. roku życia wynosiła 6,6 miliona osób. Było to 17,2% całej populacji kraju. Z opracowanej przez GUS „Prognozy ludności na lata 2014-2050” wynika że, populacja osób powyżej 65 roku życia wyniesie w 2050 roku 11,1 mln. Ogólna populacja Polski ma wynosić

33,95 miliona osób. Populacja osób powyżej 65 roku życia wyniesie ponad 32%. Prognoza GUS zakłada, że udział osób w wieku poprodukcyjnym w roku 2035 wzrośnie o blisko 11% - w stosunku do roku 2007 i wyniesie 26,7%. GUS szacuje również, że każdego roku przybywać będzie średnio ponad 100 tys. osób w wieku poprodukcyjnym.. Obecnie w Polsce szacuje się, że populacja osób starszych powyżej 65 roku życia stanowi grupę liczącą prawie 7 mln ludzi. Wśród nich: około 2% to osoby obłożnie chore stale pozostające w łóżku, 17% to ludzie mający poważne problemy w zakresie poruszania się w obrębie mieszkania. Osoby starsze przeciętnie chorują na 3-4 choroby przewlekłe i zażywają przewlekłe 4-5 leków. Zaledwie 7% osób w wieku powyżej 75 roku życia nie zgłasza żadnych schorzeń przewlekłych. Swoistą cechą tej populacji jest wielochorobowość.

Starość jest okresem trudnym, człowiek musi zostać do niej odpowiednio przygotowany. Na to, jak jest ten okres przeżywany, mają wpływ różne czynniki zarówno indywidualne, w tym genetyczne, jak i społeczne. Rozwój geriatry i gerontologii przyczyniają się do postępu w działaniach na rzecz poprawy jakości życia w okresie starości. Powszechne przygotowanie się do starości staje się coraz ważniejszym wyzwaniem dla polityki zdrowotnej państw europejskich. Zasadnicze znaczenie w procesie edukacji dla dobrego przeżywania starości ma motywowanie ludzi do aktywności: tak fizycznej, jak i intelektualnej. W miarę przybywania lat potrzeby człowieka się zmieniają, gdyż zmienia się perspektywa życiowa. Z jednej strony ogromnej wagi nabierają banalne sprawy dnia codziennego, z którymi starszy człowiek boryka się z coraz większymi trudnościami na skutek postępującej słabości własnego organizmu, a z drugiej strony ambicje i motywacje, które kierowały zachowaniem i dążeniami w latach wcześniejszych, odchodzą powoli w cień. Pojawia się refleksja dotycząca przeszłości. Coraz częściej przytłaczają myśli o przyszłości i końcu własnego życia. Pojawiają się smutek i strach. Największym problemem społecznym ludzi starszych jest samotność. Często człowiek starszy znajduje się w niekorzystnej sytuacji we własnej rodzinie. W toku licznych i szybkich przemian przeobrażeniu ulega także model rodziny. Znikają dwu-, trzypokoleniowe rodziny, w których osoby starsze mogły liczyć na opiekę i zainteresowanie. Rodzina, która w sferze emocjonalnej wypełniała całe życie usamodzielniała się, a partner często umarł. Seniorzy polscy żyją najczęściej w rodzinach swych dzieci. Rodziny korzystają z obecności oraz pomocy babci czy dziadka do czasu, gdy ci seniorzy są sprawni. Problem pojawia się wówczas, gdy starszy człowiek staje się niesprawny na tyle, że zaczyna to obarczać rodzinę. Rodzina, mimo chęci i starań, nie zawsze sama jest w stanie zapewnić pełną pomoc seniorom.

Starzenie się ludności jest współcześnie zjawiskiem globalnym, dotyczącym wszystkich regionów i niemal wszystkich państw świata. Tendencja ta jest charakterystyczna dla większości krajów Europy, ale Polska jest uważana za kraj, w którym dynamika niekorzystnych zmian cechuje się dużym natężeniem. System Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) został stworzony, aby zapewnić pomoc każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Znaczący przyrost populacji osób starszych w Polsce spowodował wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne świadczone przez jednostki systemu PRM. Szpitalny oddział ratunkowy (SOR) to komórka organizacyjna szpitala (w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej) stanowiąca jednostkę systemu PRM, udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniająca wymagania określone w ustawie o PRM. SOR udziela świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla

stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Postępowanie z pacjentem geriatrycznym wymaga od osób pracujących w systemie PRM specjalnego i indywidualnego podejścia. Zaburzenia kontaktu, określane też jako zaburzenia świadomości (AMS - Altered Mental Status), to zmiany w zachowaniu pacjenta, które są wynikiem upośledzenia czynności struktur mózgowych. Do najważniejszych struktur związanych z tymi zaburzeniami należą kora mózgowa i twór siatkowaty, odpowiedzialne za procesy snu i czuwania, myślenia czy kojarzenia. Zaburzenia te mogą manifestować się w różny sposób, w zależności od stopnia i rodzaju uszkodzenia mózgu, od lekkiego otępienia po poważne stany, takie jak śpiączka. Zaburzenia kontaktu, rozumiane jako zmiany w zachowaniu wynikające z upośledzenia czynności mózgu, są często obserwowane u osób starszych. Te zmiany mogą być związane z bezpośrednim uszkodzeniem mózgu (np. uraz, choroba nowotworowa, neuroinfekcja) lub pośrednio, przez zaburzenia funkcji układu krążenia lub zaburzenia metaboliczne. Zaburzenia świadomości występują u około 5-10% pacjentów przyjmowanych do SOR z czego około 40% stanowią osoby starsze. Ocena poziomu przytomności jest kluczowa w diagnozie i wstępnej ocenie stanu zdrowia pacjenta.

Należy pamiętać, że w miarę upływu czasu starość osiąga każdego, a postęp medycyny z każdą dekadą wydłuża ludzkie życie. Z każdym rokiem rośnie populacja osób starszych i już teraz niezbędne są działania mające na celu stawienie czoła nadciągającym problemom. Odpowiednie procedury postępowania i schematy działania pomagają personelowi medycznemu SOR w podejmowaniu prawidłowych decyzji terapeutycznych. Umiejętność szybkiej weryfikacji głębokości zaburzeń kontaktu, daje możliwość wstępnej oceny stanu ogólnego pacjenta, jego stabilizacji i wdrożenia odpowiedniej terapii. Z uwagi na powyżej przedstawione problemy, wybór tematyki recenzowanej rozprawy doktorskiej uznaję za ważny, aktualny i uzasadniony, nadający się na problematykę badawczą pracy doktorskiej oraz wychodzący naprzeciw oczekiwaniom nauki i praktyki.

Przedstawiona do oceny rozprawa doktorska lek. Joanny Wizowskiej pt. „Charakterystyka pacjentów w podeszłym wieku z zaburzeniami kontaktu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym” liczy 72 strony wydruku komputerowego i posiada typowy dla tego typu dysertacji układ rozdziałów. Praca zawiera wstęp, cele pracy, materiał i metodykę badań, wyniki, dyskusję, wnioski, streszczenie w języku polskim i angielskim, bibliografię oraz spis tabel i rycin. W układzie pracy za spisem treści, który zawiera informacje o elementach składowych rozprawy doktorskiej i ich rozmieszczeniu Doktorantka umieściła spis skrótów istotny dla osób niebędących ekspertami w danej dziedzinie. Stosowanie przez Doktorantkę skrótów jest użyteczne i ułatwia lekturę pracy.

Wstęp został podzielony na osiem podrozdziałów, które dotyczą charakterystyki zaburzeń świadomości (AMS - Altered Mental Status). Rozdział ten zawiera dużo istotnych informacji w obszarze bezpośrednio związanym z tematyką pracy. Doktorantka przedstawiła w nim definicje, klasyfikacje, epidemiologię, patofizjologię i rozpoznawanie zaburzeń świadomości, a także omówiła ich przyczyny oraz zasady oceny stanu ogólnego pacjenta i rokowanie pacjentów z zaburzeniami świadomości. Tekst jest napisany profesjonalnym, ale jednocześnie zrozumiałym językiem, cytowane pozycje literaturowe zostały dobrane właściwie, a przekazywane treści mają klarowny charakter. Bez wątpienia Doktorantka

doskonale orientuje się w poruszanych zagadnieniach. Lektura tego rozdziału nasunęła mi następujące uwagi:

- wstęp poza uzasadnieniem podjętego tematu i omówieniem dotychczasowego stanu badań powinien zawierać także informacje dotyczące całości pracy, napotkanych trudności, zakresu rozważań, a także krótką charakterystykę treści poszczególnych rozdziałów dysertacji;
- objętość poszczególnych podrozdziałów wstępu nie powinna być tak bardzo zróżnicowana, szczególnie podrozdziały 1.2 Epidemiologia występowania zaburzeń kontaktu przy przyjęciu do SOR, 1.3 Przyczyny zaburzeń kontaktu i 1.4 Rozpoznanie zaburzeń stanów świadomości/przytomności mogłyby zawierać szerszą podbudowę teoretyczną odnoszącą się do problematyki podjętej w dysertacji;
- we wstępie mógłby znajdować się podrozdział zawierający charakterystykę szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR), czyli „specyficznej” komórki organizacyjnej szpitala, udzielającej świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Główny cel pracy i cele szczegółowe zostały zrozumiale i prawidłowo sformułowane. Ponadto są one ciekawe i oryginalne z poznawczego punktu widzenia problemu badawczego. W kontekście realizacji celów badawczych Doktorantka powinna sformułować hipotezy i pytania badawcze.

Materiał i metody badawcze uważam za właściwie dobrane. Praca doktorska ma charakter retrospektywnej analizy ilościowej dokumentacji medycznej pacjentów w wieku 65 lat i powyżej, którzy zostali przyjęci do SOR Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu w okresie od 1 stycznia do 31 maja 2021 roku. Analizę statystyczną wyników badań Doktorantka przeprowadziła prawidłowo w oparciu o przyjęte w tego typu opracowaniach testy statystyczne. Doktorantka wykazała się umiejętnością poprawnego stosowania warsztatu analityczno-badawczego, co jest nieodzowne w przypadku prowadzenia badań naukowych. Jednocześnie uważam, że:

- dokumentacja medyczna wykorzystana w pracy powinna być jednoznacznie wymieniona (np. Historia choroby...);
- kryteria włączenia i kryteria wyłączenia powinny być precyzyjniej opisane;
- w tekście tego rozdziału należy zmienić określenia „Grupę badaną stanowili pacjenci...” na „Analizie poddano dokumentację medyczną pacjentów...”.

Badanie przeprowadzono w okresie pandemii COVID-19. Z tego względu w materiale badawczym Doktorantka mogłaby szczególnie wyróżnić dokumentację pacjentów z rozpoznaną infekcją SARS-CoV-2.

W rozdziale „Wyniki” Doktorantka przedstawiła efekty badań zarówno w formie tabelarycznej jak i graficznej oraz omówiła je w tekście. Wyniki badań zostały przedstawione w sposób prawidłowy i łatwy do przyswojenia, chociaż obejmowały obszerny materiał badawczy. Podkreślić należy wnikliwość autorki przy opracowywaniu wyników badań dotyczących dokładnej analizy wszystkich zmiennych.

Dyskusja została przeprowadzona ze znanstwem tematu badań, konsekwentnie, w nawiązaniu do postawionych celów badawczych. Doktorantka skupiła się w niej na istotnych danych dostępnych w piśmiennictwie z przytoczeniem wątpliwości i zastrzeżeń innych badaczy oraz porównała je z wynikami własnych badań. Wielowątkowe treści dyskusji oraz ich dojrzała interpretacja są niewątpliwie wartościowymi elementami rozprawy zasługującymi na wysoką ocenę.

Wyniki przeprowadzonych badań pozwoliły Doktorantce na sformułowanie wniosków, które są zgodne z celami pracy. Uważam, że wnioski nie powinny być jedynie powtórzeniem uzyskanych wyników, ale powinny zawierać także uogólnienia wynikające z otrzymanych interesujących wyników badań.

Doktorantka dokonała szerokiego przeglądu aktualnej literatury przedmiotu, wykorzystując pozycje w języku angielskim i polskim. Przytoczone przez nią piśmiennictwo, na które składa się 81 pozycji zawiera istotne prace związane z tematyką i zakresem rozprawy doktorskiej. Dominują w nim prace opublikowane nie później niż 10 lat temu.

Chciałbym podkreślić, że umieszczenie streszczeń w języku polskim i angielskim podnosi wartość rozprawy doktorskiej.

Uważam, że merytoryczna strona pracy nie budzi zastrzeżeń. Założone przez Doktorantkę cele badawcze zostały zrealizowane. Struktura pracy jest spójna, logiczna i podporządkowana realizacji celu badawczego. W rozprawie zastosowano standardową formę układu graficznego i tekstowego. Praca zawiera graficzne odzwierciedlenia wyników analiz w postaci tabel (25 tabel) i rycin (2 ryciny) co podnosi wartość informacyjną rozprawy i stanowi istotne uzupełnienie dla dociekań badawczych. Tabele i ryciny są skonstruowane prawidłowo, z zachowaniem odpowiedniej formy i stylistyki. Praca jest ciekawa i przydatna środowisku zajmującemu się ratownictwem medycznym, odnosi się bowiem do istotnego problemu praktycznego jakim jest coraz częstsze zaopatrywanie w SOR pacjentów w starszym wieku, w tym z zaburzeniami kontaktu.

Rozprawa doktorska została napisana poprawnym językiem i starannie przygotowana od strony edytorskiej, aczkolwiek, jak w każdym dłuższym tekście, czytelnik znajdzie w niej drobne niedociągnięcia interpunkcyjne, literowe, stylistyczne, gramatyczne oraz uproszczenia i nieściśności. Poniżej wymienione zostały te, które zwróciły moją szczególną uwagę. Jednocześnie podkreślam, że usterki te nie wpływają na wartość merytoryczną rozprawy i nie stwarzają żadnych problemów w zakresie rozumienia tekstu.

- zmienić używane w tekście konstrukcje osobowe (np. „mamy”, „oceniają”) na bezosobowe (np. „stwierdzono”, „ocenia się”);

- zmienić stosowany czas teraźniejszy na przeszły (str. 54 ... W badanej grupie pacjentów śmiertelność krótko- i długoterminowa jest wyższa...) - (...była wyższa.);

- zastosować określenie „rycina (ryc.)”;

- poprawić ...demnacja (str 54), układu oddechowe (str. 52);

- poprawić „...pacjent doznał urazu na skutek upadku” – Nie należy mylić urazu z obrażeniami, które są skutkiem urazu. Orażenia się leczy, urazom można tylko zapobiegać.

Ponadto praca powinna zawierać skan zgody Komisji Bioetycznej.

Zamieszczone w recenzji uwagi lub zastrzeżenia dotyczą w większości strony redakcyjnej pracy lub mają charakter polemiczny i nie wpływają na pozytywną ocenę dysertacji jako całości. Mają one, w moim zamyśle, być pomocne w dalszych pracach badawczych Doktorantki.

Reasumując, stwierdzam że oceniana przeze mnie praca doktorska pt. „Charakterystyka pacjentów w podeszłym wieku z zaburzeniami kontaktu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym” jest oryginalnym i samodzielnym osiągnięciem badawczym Doktorantki oraz wykazuje jej wiedzę teoretyczną w dziedzinie dotyczącej rozprawy. Wszystkie elementy, które decydują o wartości rozprawy naukowej, w tym: umiejętność wprowadzenia w problematykę badawczą,

uzasadnienie wyboru tematyki pracy, jasność sformułowanych celów badawczych, sposób prezentacji wyników i ich analizę, jak również logikę wnioskowania, oceniam pozytywnie. Ponadto uważam, że przeprowadzone badania mają duże znaczenie poznawcze i znaczną przydatność praktyczną dla rozwoju medycyny ratunkowej oraz poprawy funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce. Osoby w podeszłym wieku są szczególnie narażone na zaburzenia kontaktu ze względu na naturalne procesy starzenia się mózgu oraz większą podatność na różne schorzenia. Rozumienie tego zjawiska ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia właściwej opieki medycznej i wsparcia społecznego tej grupie populacji.

Przedstawiona do oceny rozprawa doktorska lek. Joanny Wizowskiej pt. „Charakterystyka pacjentów w podeszłym wieku z zaburzeniami kontaktu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym” spełnia warunki określone w art. 13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. 2003.65.595 z późn. zm.) w związku z art.179 ust. 1 Ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. – Przepisy wprowadzające Ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. 2018.1669 z późn. zm.). Wnoszę zatem do Wysokiej Rady Dyscypliny Nauki Medycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu o dopuszczenie lek. Joanny Wizowskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

ppłk. rez. dr hab. n. med. Mariusz Goniewicz prof. UML



Signed by /
Podpisano przez:

Mariusz
Goniewicz

Date / Data:
2023-12-13
18:44

podpis recenzenta

Lublin, 05 grudnia 2023 r.