

Warszawa, 18.01.2021 r.

dr hab. n. med. Anna Wilmowska – Pietruszyńska, profesor U.Ła.  
Wydział Medyczny  
Uczelnia Łazarskiego

## **RECENZJA**

**Rozprawy doktorskiej mgr Karola Pawlaka**

**pt. „Ocena stopnia niesamodzielności na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji  
Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) i jej korelacja związana z jakością  
życia osób starszych”.**

Promotor: dr hab. n. med. prof. nadzw. Andrzej Fal

Wydziału Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Od wielu lat obserwujemy w Polsce nasilający się proces starzenia społeczeństwa. W populacji mieszkańców naszego kraju systematycznie rośnie udział osób starszych. Według badania przeprowadzonego przez GUS nt. sytuacji osób starszych w Polsce w 2018 roku, osoby starsze w wieku 60 lat i więcej stanowiły blisko 25% mieszkańców w porównaniu z rokiem 2010, gdzie wskaźnik ten kształtował się na poziomie 19,6%. W strukturze osób starszych dominowały osoby w wieku 60-64 lata. Udział pozostałych grup wraz ze wzrostem wieku był niższy.

Od 2016 roku rozpoczęło się zwiększanie liczby osób w wieku 80 lat i więcej. W wiek późnej starości wchodzi osoby urodzone między końcem drugiej wojny światowej, a początkiem lat sześćdziesiątych. Liczba ludności w wieku 60 lat i więcej w roku 2030 ukształtuje się na poziomie 10,8 mln osób, a w 2050 roku 13,7 mln osób.

Wobec przewidywanego spadku liczby ludności do roku 2050 o 4,5 mln osób, populacja w wieku 60 lat i więcej stanowić będzie około 40% społeczeństwa.

W 2018 roku 59,2% osób w wieku 16 lat i więcej oceniło swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry. Osoby w wieku 60 lat i więcej znacznie rzadziej wskazywały na dobry lub bardzo dobry stan swojego zdrowia. Jedynie 1,9 % osób w wieku senioralnym uznało swój stan zdrowia jako bardzo dobry, odpowiedź „dobry” wskazało 23,8% seniorów. Lepiej swój stan zdrowia wśród seniorów oceniali mężczyźni niż kobiety. Dobry lub bardzo dobry stan zdrowia według swojej oceny miało 28,0% mężczyzn i 24,1% kobiet. Znaczne różnice w samoocenie stanu zdrowia osób w wieku 60 lat i więcej można dostrzec biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania. Dobrze lub bardzo dobrze swoje zdrowie oceniało 28,4% mieszkańców miast oraz 21,1% mieszkańców wsi. Na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające przez 6 miesięcy lub więcej skarżyło się 38,2% osób wieku 16 lat i więcej. W przypadku osób w wieku senioralnym aż 67% uskarżało się na tego typu dolegliwości (częściej kobiety - 69,2% niż mężczyźni - 63,8%).

Ograniczenia zdolności do wykonywania czynności dnia codziennego z powodu problemów zdrowotnych, trwających co najmniej 6 miesięcy stwierdzono u 24% ludności w wieku 16 lat i więcej (poważne ograniczenie - 7,5%, niezbyt poważne – 16,4% osób). Natomiast w grupie 60 lat i więcej udział osób o ograniczonej zdolności wykonywania czynności wyniósł w 2018 roku 45,2% (poważne ograniczenie – 15,3%, ograniczenie niezbyt poważne 29,9% osób). Brak ograniczenia w wykonywaniu czynności stwierdzono u 54,8% osób w wieku senioralnym. Lepiej ocenili swoją sprawność mężczyźni niż kobiety.

Porównując ograniczoną zdolność wykonywania czynności wśród mieszkańców miast i wsi należy zauważyć wyższy odsetek osób z poważnie ograniczoną zdolnością do wykonywania czynności wśród seniorów mieszkających w mieście (15,6%) niż na wsi (14,7%). Na wsi odsetek osób z ograniczoną, ale niezbyt poważnie zdolnością do wykonywania czynności wśród seniorów w 2018 r. ukształtował się na poziomie 32,3%, natomiast w mieście na poziomie 28,5%.

Wzrastająca wraz z wiekiem wielochorobowość powoduje wzrost odsetka osób niezdolnych w różny sposób do samodzielnej egzystencji (niesamodzielnymi), wymagających



opieki i pomocy osób drugih. Przyjęto, że niesamodzielność wynika z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu. Niezdolność do samodzielnej egzystencji powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy osób drugih w wykonywaniu czynności dnia codziennego w zakresie: odżywiania, przemieszczania, pielęgnacji ciała i załatwiania potrzeb fizjologicznych.

Do dnia dzisiejszego brak regulacji prawnej dotyczącej niesamodzielności i jej stopni, stwarza problemy przy ustalaniu tego stanu i duże problemy w ustalaniu niezbędnego wsparcia przysługującego tym osobom. Opracowano i stosowano wiele różnych skal i testów do oceny sprawności funkcjonalnej, oceny potrzebnego wsparcia i efektywności procesów rehabilitacji (m. in. ADL, IADL, Wskaźnik Funkcjonalny Repty).

Dopiero w 2001 roku Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), która stworzyła możliwość ujednoliconej biopsychospołecznej oceny funkcjonalnej pacjentów.

W przedstawionej do oceny rozprawie na stopień doktora nauk o zdrowiu autor dokonuje oceny poziomu niesamodzielności i jakości życia osób starszych wymagających pomocy w wykonywaniu czynności dnia codziennego z zastosowaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Jest to niezmiernie ważny temat, gdyż w naszym kraju do dnia dzisiejszego nie wprowadzono metod jednolitej oceny upośledzenia funkcjonalnego, a także stopniowania niesamodzielności.

Praca składa się z 7 rozdziałów, obejmuje 101 stron w tym 40 tabel oraz 190 pozycji właściwie dobranej i aktualnej polsko i anglojęzycznej piśmiennictwa. W części teoretycznej autor omawia sytuację demograficzną Polski w kontekście starzenia się społeczeństwa. Wzrastająca liczba osób starszych (w 2050 roku prognozowane 40% społeczeństwa) stwarza konieczność pilnego utworzenia sprawnego systemu wsparcia i opieki dla osób niesamodzielnych, zróżnicowanego w zależności od stopnia i rodzaju upośledzenia funkcjonalnego. Następnie omawia proces starzenia oraz związane z nim zmiany biologiczne, psychiczne i społeczne a także wielochorobowość procesu starzenia, czyli współistnienie u jednej osoby wielu przewlekłych procesów chorobowych skutkujących zacieraniem się granic między fizjologicznymi objawami procesu starzenia, a objawami chorobowymi.

Przedstawia także w podrozdziale 1.4 definicję niesamodzielności czyli wynikającą z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu niezdolność do samodzielnej egzystencji powodującą konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy osób innych przy wykonywaniu czynności dnia codziennego w zakresie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała oraz zaspokajania potrzeb fizjologicznych a także jej stopniowanie. W następnym podrozdziale poświęconym ocenie funkcjonalnej osób starszych omawia skale i testy stosowane do oceny sprawności osób starszych, oceny ich funkcjonowania, a także oceny niezależności w zakresie samoobsługi, lokomocji, kontroli zwieraczy, zdolności komunikacji i świadomości społecznej (Pomiar Niezależności Funkcjonalnej - FIM). Przedstawia również skalę oceny pacjenta geriatrycznego, która uwzględnia obszary zarówno podstawowych jak i złożonych czynności dnia codziennego (EASY – CARE).

Podrozdział 1.6 części teoretycznej poświęcony jest ocenie funkcjonalnej osób starszych, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) składającą się z dwóch części:

- Część 1 „Funkcjonowanie i niepełnosprawność” obejmująca ocenę funkcji i struktur organizmu oraz aktywności i uczestnictwa,
- Część 2 „Czynniki kontekstowe”, do których zalicza się czynniki osobowe i czynniki środowiskowe.

W podrozdziale 1.7 Doktorant omawia pomiar zdrowia i niepełnosprawności według kwestionariusza Disability Assessment Schedule (WHO-DAS), który umożliwia ocenę w sześciu dziedzinach, a mianowicie: funkcji poznawczych, poruszania się, dbania o siebie, utrzymywania dobrych relacji z innymi ludźmi, aktywności życiowej i poziomu uczestnictwa w życiu społecznym.

W ostatnim podrozdziale przedstawia zagadnienia dotyczące jakości życia osób starszych (Quality of Life), czyli głównego wyznacznika pomyślnego starzenia się oznaczające zachowanie dobrego stanu zdrowia i uczestnictwa w życiu społecznym. Autor przytacza pojęcie „aktywnego starzenia się” wprowadzone przez WHO, które odnosi się nie tylko do aktywności fizycznej czy zawodowej, ale także do aktywnego uczestnictwa w życiu



społecznym, kulturalnym, gospodarczym czy obywatelskim, dla utrzymania samodzielności osób starszych oraz promocji potrzeby zachowania zdrowia i integracji społecznej.

Celem głównym pracy jest ocena poziomu niesamodzielności i jakości życia osób starszych wymagających pomocy w czynnościach życia codziennego na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).

Sformułowano cztery pytania badawcze:

- jaki jest poziom niesamodzielności badanej grupy,
- które obszary związane z aktywnością i uczestnictwem stwarzają badanym osobom największe problemy,
- jaka jest jakość życia badanej grupy w zależności od stopnia niesamodzielności oraz które obszary aktywności i uczestniczenia opisane za pomocą wybranych kategorii ICF są najsilniej skorelowane z poszczególnymi domenami jakości życia osób badanych,
- w których obszarach codziennego funkcjonowania niezbędne jest wsparcie osób trzecich.

Badaniem objęto 300 osób w wieku 60 lat i więcej wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu, zgłoszonych do udziału w projekcie „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych - nowe standardy kształcenia i opieki” (POWER, Oś priorytetowa II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym) mieszkających we własnych mieszkaniach na terenie województw: podkarpackiego, śląskiego, wielkopolskiego, mazowieckiego i warmińsko-mazurskiego. Wszyscy uczestnicy wyrazili zgodę na udział w badaniu.

Narzędziami badawczymi był zestaw 20 kategorii w zakresie aktywności i uczestniczenia ICF niezbędnych do oceny stopnia niesamodzielności osób starszych, a także niżej wymienione skale i narzędzia do oceny funkcjonowania: skala Katza (ADL) do oceny podstawowych czynności dnia codziennego, skala Lawtona (IADL) do oceny złożonych czynności dnia codziennego, skala Berga (BBS) do oceny równowagi, skala Barthel do oceny sprawności funkcjonalnej pacjenta, kwestionariusz WHO-DAS 2,0 do oceny niesamodzielności, test „Timed Up and Go” do oceny chodu i ryzyka upadku. Przy określaniu stopnia niesamodzielności ocenie podlegały: mobilność, samoobsługa, kształtowanie codziennego

życia i kontaktów społecznych. Każdy obszar z zakresu aktywności i uczestnictwa był oceniany za pomocą kwalifikatorów. Do oceny jakości życia zastosowano krótką wersję kwestionariusza WHOQOL - BREF pozwalającą ocenić jakość życia w czterech dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiska. Poziom bólu został oceniony za pomocą wizualno-analogowej skali VAS.

Dobór materiału i narzędzi badawczych nie budzi zastrzeżeń. Nie podano metody przeprowadzenia analizy statystycznej uzyskanych wyników badań.

W rozdziale czwartym „Wyniki badań” autor przedstawił charakterystykę badanej grupy osób spełniających kryteria włączenia do badania według płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego i deklarowanych miesięcznych dochodów oraz ze względu na sytuację zdrowotną. Następnie przedstawił podział badanej grupy ze względu na ocenę czynników środowiskowych w miejscu zamieszkania, otoczeniu miejsca zamieszkania, ocenę możliwości pomocy ze strony najbliższych, a także jakości życia osób badanych. Dokonał także oceny poziomu niesamodzielności w sferze mobilności, samoobsługi oraz kształtowania czynności dnia codziennego i kontaktów społecznych w podziale na stopnie niesamodzielności.

W rozdziale piątym „Omówienie wyników badań i dyskusja” Doktorant przedstawił wyniki własnych badań i porównał je z wynikami badań w tym zakresie prowadzonymi przez innych autorów.

Wnioski wynikające z badań odpowiadają założonym celom pracy, aczkolwiek ich kolejność powinna być zgodna z kolejnością sformułowanych pytań badawczych. Wniosek szósty jest odpowiedzią na trzecie pytanie badawcze, a odpowiedź na czwarte pytanie badawcze jest zawarta we wniosku 3, 4 i 5, w którym Doktorant dodatkowo wykazał, w których obszarach codziennego funkcjonowania niezbędne jest wsparcie osób drugich, w zależności od stopnia niesamodzielności.

Dalsza część pracy stanowią streszczenia w jęz. polskim i angielskim oraz 190 pozycji piśmiennictwa polsko i anglojęzycznego związanego z tematyką pracy. W pracy stwierdzono nieliczne usterki stylistyczne i językowe, np.:



- str. 20, 53, 56 – proponuję unikać sformułowania „posiadanie stopnia niepełnosprawności”;
- str. 75 – Doktorant pisze „Celem pracy było..... zaproponowanie sposobu wdrożenia systemu ICF do polskiej opieki zdrowotnej i społecznej... „ – nie sformułowano takiego celu pracy;
- str. 80 – proponuję sformułowanie w zakresie „opieki społecznej” zastąpić sformułowaniem „ pomocy społecznej”
- str. 84 – proponuję sformułowanie „...osoba niesamodzielna, która z powodu choroby bądź naruszenia funkcji organizmu...”, zamienić sformułowaniem „.... Osoba niesamodzielna, która z powodu naruszenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu...”, ponieważ naruszenie funkcji organizmu jest następstwem choroby lub urazu.

Uwagi powyższe nie mają istotnego wpływu na wartość merytoryczną pracy.

Odnosząc się do całości pracy, należy podkreślić że Doktorant podjął się trudnego ale ważnego aplikacyjnie zadania. Wykazał się znajomością literatury przedmiotu we wszystkich częściach pracy.

W mojej ocenie przedłożona do recenzji praca doktorska mgr Karola Pawlaka pt. „Ocena stopnia niesamodzielności na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) i jej korelacja związana z jakością życia osób starszych” 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 (Dz.U. Nr 65, poz. 595 z późn. zm.) i wnoszę o dopuszczenie Doktoranta do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Pragnę również podziękować Radzie Dyscypliny Nauki o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu za obdarzenie mnie zaszczytem recenzowania powyższej rozprawy doktorskiej.

