ZAKŁAD MEDYCYNY RODZINNEJ
Kierownik: Prof. dr hab. n. med. Sławomir Chlabicz
ul. Mieszka I 4B, 15-054 Białystok **Tel. 85 732 68 20;**

Białystok 20.09.2023

Prof. dr hab. n. med. Sławomir Chlabicz

Kierownik Zakładu

Medycyny Rodzinnej

Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

ul. Mieszka I 4 B

15-054 Białystok

Recenzja rozprawy doktorskiej Anny Pachołek *„Analiza możliwości wykorzystania całościowej oceny geriatrycznej w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej"* na stopień Doktora w dyscyplinie nauki medyczne

Wprowadzenie

Zjawisko starzenia się populacji obserwowane w Polsce i w wielu innych krajach ma olbrzymie oddziaływanie na opiekę zdrowotną, stosunki społeczne, gospodarkę. Niewątpliwie starzenie się społeczeństwa ma wpływ na podstawową opiekę zdrowotną, skutkując m.in. większym zapotrzebowaniem na wizyty w poradniach i w warunkach domowych, większym odsetkiem osób dotkniętych wielochorobowością i polipragmazją, przeorientowaniem systemu opieki na profilaktykę chorób kierowaną szczególnie do osób starszych, jak. np. szczepienia ochronne przeciw pneumokokom i grypie, półpaścowi. Nadal duża część potrzeb zdrowotnych osób starszych pozostaje nieuświadomiona lub nie jest zgłaszana.

ZAKŁAD MEDYCYNY RODZINNEJ
Kierownik: Prof. dr hab. n. med. Sławomir Chlabicz
ul. Mieszka I 4B, 15-054 Białystok **Tel. 85 732 68 20;**

Rozpoznanie potrzeb lub deficytów zdrowotnych osób starszych może umożliwić zaplanowanie działań, które mogą poprawić ich funkcjonowanie, zwiększyć lub utrzymać ich samodzielność w dłuższej perspektywie.

Dostępne są wystandaryzowane narzędzia, typu Całościowej Oceny Geriatrycznej (CGA), pozwalające na bardziej obiektywną i ustrukturyzowaną ocenę pacjenta pod względem medycznym, funkcjonalnym i psychospołecznym.

Narzędzia typu CGA są obecnie powszechnie wykorzystywane w opiece geriatrycznej, natomiast nie były w szerszym zakresie stosowane w podstawowej opiece zdrowotnej, która w Polsce zapewnia opiekę medyczną większości osób w starszym wieku.

Dlatego uważam wybór tematu pracy badawczej Doktorantki, dotyczący możliwości wykorzystania całościowej oceny geriatrycznej w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce, za ważny i trafny z naukowego i praktycznego punktu widzenia

Uwagi ogólne

Przedstawiona mi do recenzji praca zawiera łącznie 110 stron. Rozprawa doktorska jest spójnym tematycznie cyklem 3 oryginalnych artykułów opublikowanych w recenzowanych czasopismach medycznych, z których 2 znajdują się na liście na liście Journal Citation Reports (JCR) i wszystkie posiadają punktację MEiN. Prace wchodzące w skład rozprawy doktorskiej to: 1)"*Comprehensive geriatric assessment in primary care practices: a multi-centred, cross-sectional study in Krakow*", *Poland.* Hippokratia 2020; IF =0,471; MEiN =40, (JCR), 2) praca „*Relationships between quality of life and comprehensive geriatric assessement among seniors – a cross-sectional study in Krakow*", *Poland.* Folia Medica Cracoviensia 2023; MEiN = 70 oraz „*Awareness of caregivers of geriatric deficits among older people-the results of a cross-*

sectional study in Krakow, Poland". BMC Primary Care 2022; IF=2,634, MEiN=100 (JCR). We wszystkich trzech pracach Doktorantka jest pierwszym Autorem. Łączna punktacja to:MEiN-110, IF=3,105

W rozprawie występują następujące rozdziały: spis treści, wprowadzenie, wykaz skrótów, prace wchodzące w skład rozprawy, wstęp, cel, metodyka i materiały, omówienie wyników, podsumowanie i wnioski, streszczenia w języku polskim i angielskim, piśmiennictwo, załączniki oraz oświadczenia współautorów.

Wstęp

We wstępie Doktorantka zawarła istotne informacje związane z tematyką pracy, stanowiące uzasadnienie do podjęcia badań. Nawiązała m.in. do wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia Integrated Care for Older People (ICOPE) propagujących poprawę funkcjonowania pacjentów geriatrycznych poprzez stosowanie badań przesiewowych, pogłębioną diagnostykę oraz wdrożenie działań terapeutycznych. We wstępie przedstawiono informacje uzasadniające wykorzystanie CGA w podstawowej opiece zdrowotnej jako uniwersalnego narzędzia umożliwiającego ustalenie priorytetów leczniczych i rehabilitacyjnych osoby starszej. Rozwinięcie zasygnalizowanych tematów można znaleźć we wstępach do poszczególnych opublikowanych artykułów.

Cele i tezy pracy

Cele pracy obejmowały: ocenę rozpowszechnienia i nasilenia zaburzeń nastroju i funkcji poznawczych, niedożywienia, ograniczeń funkcjonalnych w zakresie podstawowych i złożonych czynności życia codziennego, ryzyka upadków bezsenności i zespołu kruchości – elementów podlegających ocenie w CGA, ocenę jakości życia osoby starszej, ustalenie czy

subiektywna ocena osoby wspomagającej osobę starszą na temat stanu funkcjonowania somatycznego i psychicznego jest zgodna z wynikami testów ujętych w CGA, wyodrębnienie grup pacjentów, w których ocena CGA byłaby najbardziej zasadna.

Materiał i metoda

Badanie miało charakter przekrojowy, obserwacyjny i zostało zrealizowane w latach 2018-2019.

Grupę badaną stanowili pacjenci powyżej 64 roku życia z terenu Krakowa i okolic zgłaszający się na wizyty w poradniach lekarza rodzinnego, a także ich opiekunowie wskazani przez osoby starsze uczestniczące w badaniu. Dokonano losowego wyboru praktyk z puli 47 praktyk współpracujących w edukacji przeddyplomoweji z katedrą Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum.

Badanie opierało się na technice ankiety z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety.

Łącznie wykorzystano 4 grupy narzędzi badawczych (kwestionariuszy): 1) Autorski kwestionariusz opracowany w celu zebrania danych dotyczących pacjenta; 2) CGA – zawierający polskie wersje 8 kwestionariuszy/skal wchodzących w skład tego narzędzia; 3) Kwestionariusz EQ-5D-5L do oceny jakości życia; 4) Autorski kwestionariusz zaprojektowany do zebrania informacji od opiekunów/osób wspomagających na temat możliwości występowania problemów u pacjenta geriatrycznego w obszarach odpowiadających ośmiu obszarom badanym w CGA.

Wywiady w ramach CGA oraz QoL były zbierane przez przeszkolonych badaczy

Wyniki badań

Wyniki badań zostały przedstawione w rozdziale „Omówienie wyników badania cyklu publikacji" oraz w poszczególnych pracach wchodzących w skład rozprawy.

Grupa badana pacjentów geriatrycznych składała się z 438 osób z przewagą kobiet (63%). Średnia wieku w całej grupie wynosiła 75,6 ±7,9 lat. Do analiz wydzielono 3 grupy wiekowe 65-74 lat (50%), 75-84 lata (31%) i ≥85 lat (19%).

Najczęściej identyfikowano deficyty w zakresie objawów depresyjnych (podejrzenie łagodnej depresji u odpowiednio 17, 32 i 40%), ciężkiej depresji u odpowiednio 3, 8 i 9%, zespołu kruchości (u 12, 43 i 72% oraz bezsenności (u 10, 17 i 24%. Zwiększone ryzyko upadków odnotowano odpowiednio u 17, 48 i 65%.

Niesprawność ciężkiego stopnia w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego dotyczyła stosunkowo małego odsetka, odpowiednio 1, 4 i 8%.

W ocenie QoL zrealizowanej z wykorzystaniem narzędzia EQ-5D-5L najczęściej odnotowywanymi dolegliwościami były ból i dyskomfort. Jednocześnie występowanie bólu i dyskomfortu w największym stopniu korelowało z obniżoną jakością życia.

W badaniu oceniającym zgodność opinii opiekunów osób starszych z oceną wynikającą z obszarów objętych CGA stwierdzono, że opiekunowie prawidłowo rozpoznawali deficyty pacjentów w zakresie podstawowych i złożonych czynności życia codziennego, natomiast mniej trafnie identyfikowali zaburzenia nastroju i snu.

Dyskusja

Dyskusja zawarta jest w poszczególnych artykułach. Dyskusja jest napisana sprawnie, świadczy o zaznajomieniu z aktualną literaturą dotyczącą tematyki badawczej. Na podkreślenie

zasługuje fakt umieszczenia informacji obejmujących ograniczenia wynikające z zastosowanych metod. Autorka jest świadoma, że sposób doboru próby, poszczególne sposoby zbierania danych, zastosowane narzędzia i przekrojowy charakter badania posiadają ograniczenia, wskutek czego należy zachować ostrożność przy uogólnianiu wniosków, czy określaniu związków przyczynowo skutkowych.

Podsumowanie i wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań Doktorantka sformułowała 6 wniosków, które wskazują m.in. na celowość:

1) przeprowadzania testów wśród pacjentów geriatrycznych POZ, zwłaszcza ukierunkowanych na wykrywanie zaburzeń nastroju, snu oraz zespołu kruchości
2) przeprowadzania CGA przede wszystkim wśród najstarszej grupy pacjentów, gdzie prawdopodobieństwo wykrycia istotnych deficytów jest największe
3) wykorzystania profilu pacjentów z uwzględnieniem wieku, płci, miejsca zamieszkania przy kwalifikacji do objęcia CGA
4) wykonywania obiektywnych testów określających zaburzenia nastroju i snu – wywiad zbierany od opiekunów w tym zakresie może nie zawierać poprawnych informacji
5) zwrócenia uwagi na dolegliwości bólowe jako istotną przyczynę obniżenia jakości życia

Wnioski są sformułowane prawidłowo i wynikają z przeprowadzonych badań a także odpowiadają na szczegółowe cele pracy.

Piśmiennictwo

Piśmiennictwo zostało wybrane starannie, cytowane są najistotniejsze prace dotyczące opisywanego zagadnienia.

Podsumowanie

Praca została bardzo starannie przygotowana. Powstała w oparciu o opublikowane i zrecenzowane prace oryginalne, powiązane tematycznie. Podkreślenia wymaga właściwy wybór tematu badawczego. Chociaż zastosowanie CGA do określenie całościowego stanu pacjentów w wieku starszym nie jest nowością, to oryginalność pracy wynika z zastosowania tego narzędzia w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce, powiązania wyników oceny obszarów objętych CGA z oceną subiektywną opiekunów osób starszych oraz powiązania z oceną jakości życia . Na podkreślenie zasługuje też praktyczny aspekt prowadzonych badań, wyniki odnoszą się do podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie realizowana jest duża część świadczeń medycznych na rzecz pacjentów starszych.

Cele prace zostały przedstawione jasno. Część poświęcona materiałom i metodom została bardzo starannie opracowana. Szczegółowo opisano wszystkie etapy badania umożliwiające jego odtworzenie. Podane zostały kryteria kwalifikowalności do badania i wykluczenia, doboru próby, opisano i załączono wykorzystywane narzędzia badawcze wraz z informacją o ich walidacji w języku polskim oraz interpretacją. Również opis metod statystycznych nie budzi zastrzeżeń.

Metodologia nie jest pozbawiona ograniczeń wynikających m.in. ze sposobu doboru próby i ograniczenia badania do osób przychodzących do lekarza rodzinnego, co spowodowało, że wielu pacjentów lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z największymi ograniczeniami zostało wykluczonych z badania.

ZAKŁAD MEDYCYNY RODZINNEJ
Kierownik: Prof. dr hab. n. med. Sławomir Chlabicz
ul. Mieszka I 4B, 15-054 Białystok **Tel. 85 732 68 20;**

Jeszcze raz należy podkreślić, że Autorka jest świadoma tych ograniczeń, wszystkie zostały odpowiednio omówione w poszczególnych artykułach i że taka świadomość świadczy o dojrzałości naukowej. .

Zgromadzony materiał badawczy jest bardzo duży – zebranie informacji od liczącej ponad 400 osób grupy badanej, z różnych miejsc, z wykorzystaniem kilku narzędzi wymagało niewątpliwie dużego nakładu czasu i pracy.

Wnioski wynikające z badania zostały trafnie sformułowane i odpowiadają na postawione cele. Być może wśród zależności pominiętych we wnioskach warto też zwrócić uwagę na wynikające z przeprowadzonych badań istotne ryzyko upadków.

Mając powyższe na uwadze stwierdzam, że przedstawiona mi do recenzji praca spełnia wymogi stawiane rozprawom doktorskim, w tym wymogi określone w Rekomendacjach dyscypliny nauki medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego jako obowiązujące w postępowaniach o nadanie stopnia doktora. Dlatego zwracam się do Rady Dyscypliny nauki medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego z wnioskiem o dopuszczenia lek. Anny Pachołek do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Jednocześnie wnoszę o wyróżnienie pracy doktorskiej lek. Anny Pachołek. Łączna sumaryczna punktacja 3 artykułów oryginalnych wg listy MEiN wynosi 210, co spełnia wymogi stawiane pracom zasługującym na wyróżnienie. Dodatkowymi argumentami za wyróżnieniem rozprawy są: wyjątkowa staranność przy opracowaniu i opisywaniu metodologii pracy, bazowanie na bardzo dużym materiale badawczym, duża sprawność przy jego opracowaniu i wyciąganiu wniosków, umiejętność krytycznego spojrzenia na uzyskane wyniki.

Sławomir Chlabicz