



ZAKŁAD RATOWNICTWA MEDYCZNEGO
UNIwersytetu Medycznego w Lublinie
20 – 081 Lublin, ul. Staszica 4/6
tel. /81/ 448-68-30, /81/ 448-68-32, fax /81/ 448-68-31

e-mail: medkat@umlub.pl



Recenzja pracy doktorskiej mgr Mariusza Celińskiego

pt. Analiza przyczyn i skutków interwencji zespołów ratownictwa medycznego wobec osób w podeszłym wieku na przykładzie wybranych miast na prawach powiatu

Okres starzenia się organizmu ludzkiego jest procesem nieuchronnym. W tym czasie zachodzą w nim zmiany nieodwracalne. Upośledzone zostają funkcje niemalże wszystkich narządów. Prowadzi to między innymi do nieprawidłowego funkcjonowania mechanizmów kontroli postawy (np. zaburzenia równowagi, zaburzenia chodu), redukcji siły mięśniowej, osłabienia widzenia, nietrzymania moczu i stolca, zaburzenia pamięci, otępienia oraz depresji. 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 w 2014 roku „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 aż 32,7% 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. W latach 2010-2020 wzrost ten będzie nawet dwukrotnie wyższy. 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, 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. Zapewnienie gotowości ludzi, zasobów i jednostek organizacyjnych jest zadaniem dysponentów jednostek systemu PRM. Znaczący przyrost populacji osób starszych w Polsce spowodował wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne świadczone przez jednostki systemu PRM. Postępowanie z pacjentem geriatrycznym wymaga od osób pracujących w systemie PRM specjalnego i indywidualnego podejścia. 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. Z uwagi powyżej przedstawione problemy, podjęte przez Doktoranta badania mające na

celu analizę przyczyn i skutków interwencji zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) wobec osób w podeszłym wieku oceniam bardzo wysoko.

Przedstawiona do oceny rozprawa doktorska mgr Mariusza Celińskiego pt. „Analiza przyczyn i skutków interwencji zespołów ratownictwa medycznego wobec osób w podeszłym wieku na przykładzie wybranych miast na prawach powiatu” liczy 148 stron 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, piśmiennictwo, wykaz rycin (4 ryciny), wykaz tabel (73 tabele), a także aneks, w którym Doktorant umieścił „Kartę zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego”, Kartę medycznych czynności ratunkowych” oraz Uchwałę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

W układzie pracy za spisem treści, który zawiera informacje o elementach składowych pracy i ich rozmieszczeniu Doktorant powinien umieścić spis skrótów i wyjaśnienie używanej terminologii. Byłoby to niezmiernie istotne dla osób niebędących ekspertami w danej dziedzinie. Wprawdzie zdecydowana większość skrótów jest „rozwijana” w miejscu ich pierwszego użycia, jednak podczas czytania pracy zdecydowanie łatwiej jest korzystać z takiego zestawienia, niż wracać do tekstu w poszukiwaniu miejsca gdzie został rozszyfrowany.

Wstęp został podzielony na trzy podrozdziały, które dotyczą biologicznych, psychologicznych, społecznych i ekonomicznych aspektów starzenia się, najczęstszych problemów zdrowotnych pacjentów geriatrycznych z perspektywy zespołów ratownictwa medycznego oraz charakterystyki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w Polsce. Doktorant przedstawił w nim aktualny stan wiedzy w obszarze bezpośrednio związanym z tematyką pracy. Rozdział ten jest napisany bardzo starannie, cytowane pozycje literaturowe dobrane zostały właściwie, a przekazywane treści mają klarowny charakter. Bez wątplenia Doktorant doskonale orientuje się w poruszanych zagadnieniach. Lektura tego rozdziału nasunęła mi jednak kilka zastrzeżeń:

- wstęp powinien zawierać informacje dotyczące całości pracy, przesłanki podjęcia tematu, napotkanych trudności, zakresu rozważań, a także krótką charakterystykę treści poszczególnych rozdziałów dysertacji;
- Doktorant powinien zmienić używane w tekście konstrukcje osobowe (np. „możemy podzielić”) na bezosobowe (np. „podzielono”);
- nazwy własne powinny być pisane wielką literą;
- Doktorant powinien ujednoczyć używanie w tekście pracy nazw własnych i ich skrótów, tzn. pierwsze użycie to pełna nazwa np. zespół ratownictwa medycznego, a następnie skrót – ZRM (vide „spis skrótów”);
- należy używać prawidłowych nazw aktów prawnych (np. na str. 30 nazwa nieprawidłowa „Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku”). Cytując akty normatywne, należy kolejno podać: nazwę aktu prawnego, nazwę organu który go wydał (nie dotyczy Ustaw), datę wydania oraz tytuł aktu;
- Doktorant nie powinien mylić urazu z obrażeniami, które są skutkiem urazu. Obrażenia się leczy, urazom można tylko zapobiegać.

Główny cel pracy i cele szczegółowe zostały zrozumiale i prawidłowo sformułowane. Ponadto są one ciekawe i oryginalne z poznawczego punktu widzenia problemu badawczego. Doktorant sformułował także hipotezy i pytania badawcze, które doprecyzowują założone przez niego cele pracy.

Praca doktorska ma charakter retrospektywnej analizy ilościowej dokumentów tj. Kart Zlecenia Wyjazdu (KZW) oraz Kart Medycznych Czynności Ratunkowych (KMCR) zespołów ratownictwa medycznego Stacji Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Białej Podlaskiej i Stacji Ratownictwa Medycznego SP ZOZ w Chełmie oraz dokumentacji medycznej pacjentów (Karta informacyjna), którzy po wcześniejszym zaopatrzeniu przez personel medyczny ZRM, zostali przetransportowani do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR) wojewódzkich szpitali specjalistycznych w Białej Podlaskiej i w Chełmie. Badanie przeprowadzono w okresie od czerwca 2019 roku do marca 2020 roku. Analizie poddano 1200 arkuszy dokumentacji medycznej pacjentów w podeszłym wieku (osób w wieku co najmniej 65 lat), którym pomocy udzielały ZRM z terenu powiatów bialskiego i chełmskiego w województwie lubelskim.

Materiał i metody badawcze uważam za właściwie dobrane i prawidłowo opisane w stosownym rozdziale pracy. Analizę statystyczną wyników badań Doktorant przeprowadził prawidłowo w oparciu o przyjęte w tego typu opracowaniach testy statystyczne. W tekście tego rozdziału należy zmienić określenie „Analizą objęto 1200 pacjentów w podeszłym wieku...” na „Analizie poddano 1200 arkuszy dokumentacji medycznej pacjentów w podeszłym wieku...”

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

Dyskusja została przeprowadzona ze znawstwem tematu badań, konsekwentnie, w nawiązaniu do postawionych celów badawczych. Doktorant skupił się w niej na istotnych danych dostępnych w piśmiennictwie z przytoczeniem wątpliwości i zastrzeżeń innych badaczy dotyczących wykonywanych medycznych czynności ratunkowych oraz porównał 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 Doktorantowi na sformułowanie w pełni udokumentowanych 6 wniosków, które zasadniczo odpowiadają na postawione w rozdziale „Cel pracy” problemy badawcze. Uważam, że część wniosków jest powtórzeniem wyników badań i mogłaby być inaczej zredagowana aby jednoznacznie podkreślać wyniki badań i wskazywać rozwiązania poprawiające efektywność systemu PRM.

Przytoczone przez Doktoranta piśmiennictwo, na które składają się 103 pozycje zawiera istotne prace związane z tematyką rozprawy doktorskiej. Dominują w nim prace opublikowane nie później niż 10 lat temu.

Chciałbym podkreślić, że Doktorant zachował prawidłowe proporcje treści i formy pracy. Ponadto umieszczenie streszczeń w języku polskim i angielskim podnosi wartość rozprawy

doktorskiej. Jednak dla bardziej „klasycznego” układu pracy streszczenia powinny być umieszczone po wykazie piśmiennictwa.

Uważam, że merytoryczna strona pracy nie budzi zastrzeżeń. Założone przez Doktoranta cele badawcze zostały zrealizowane. Praca jest ciekawa i przydatna środowisku zajmującemu się ratownictwem medycznym, odnosi się bowiem do istotnego problemu praktycznego jakim jest postępowanie zespołów ratownictwa medycznego wobec osób w podeszłym wieku. Przedstawione w recenzji uwagi lub zastrzeżenia dotyczą w większości strony redakcyjnej pracy lub mają charakter polemiczny i nie wpływają na pozytywną ocenę recenzowanej rozprawy doktorskiej.

Reasumując, stwierdzam że oceniana przeze mnie praca doktorska pt. „Analiza przyczyn i skutków interwencji zespołów ratownictwa medycznego wobec osób w podeszłym wieku na przykładzie wybranych miast na prawach powiatu” jest oryginalnym i samodzielным osiągnięciem badawczym Doktoranta oraz wykazuje jego wiedzę teoretyczną w dziedzinie dotyczącej rozprawy. 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.

Przedstawiona do oceny rozprawa doktorska mgr Mariusza Celińskiego 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.) określone w przepisach prawa dotyczących stopni i tytułów naukowych. Wnoszę zatem do Wysokiej Rady Kolegium Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku o dopuszczenie mgr Mariusza Celińskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Kierownik
Zakładu Ratownictwa Medycznego
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
dr hab. n. med. Mariusz Goniewicz



Lublin 24 listopada 2020 r.