

Szczecin, 29.06.2020 r.

dr hab. n. zdr. Bożena Mroczek prof. nadzw. PUM

Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie

Wydział Nauk o Zdrowiu

Pomorski Uniwersytet Medyczny

w Szczecinie

Recenzja

Rozprawy doktorskiej magister **Ewy Taranta**

pt. **Oczekiwania mieszkańców Białegostoku wobec pielęgniarki rodzinnej.**

Badania ilościowe i jakościowe

Promotor:

Prof.dr hab. n. zdr. Ludmiła Marcinowicz

Katedra i Klinika Psychiatrii

Pomorski Uniwersytet Medyczny

w Szczecinie

Wydział Nauk o Zdrowiu

Zgodnie z uchwałą Senatu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, powołującą mnie do wypełnienia obowiązków recenzenta w przewodzie doktorskim **Pani magister Ewy Taranta**, przedkładam recenzję rozprawy przygotowanej pod kierownictwem naukowym Pani prof. dr hab. n. zdr. Ludmiły Marcinowicz.

1. Aktualność i wybór tematu

Dokonując oceny przedstawionej rozprawy należy przede wszystkim wskazać na trafność wyboru jej tematu. Przedmiotem rozprawy doktorskiej jest analiza oczekiwań potencjalnych pacjentów z Białegostoku wobec pielęgniarki rodzinnej. Poruszony przez Doktorantkę problem oczekiwań pacjentów, obywateli wobec personelu medycznego medycyny rodzinnej należy odnieść do całej Polski.

System opieki zdrowotnej w Polsce po zmianach wprowadzonych pod koniec XX wieku wpłynął na konieczność określenia indywidualnych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa z uwzględnieniem terenu zamieszkania, wieku, współistniejących chorób i stylu życia. Zmiany

wprowadzone w organizacji POZ (Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej z 27.10.2017) uwzględniają współudział obywateli w ponoszeniu kosztów – poprzez ubezpieczenia zdrowotne, także podkreślenie zadań POZ związanych z promocją zdrowia, edukacją zdrowotną, profilaktyką i leczeniem. Zadania te mają być realizowane przez zespół terapeutyczny POZ we współpracy z rodziną i osobno z członkami rodziny, w zależności od potrzeb. POZ koordynuje wszelkie działania medyczne w stosunku do pacjentów objętych opieką a rolą pielęgniarki rodzinnej, specjalistki w pielęgniarstwie rodzinnym w tym systemie jest współpraca z lekarzem rodzinnym, praca z rodziną w zakresie rozpoznawania potrzeb zdrowotnych, prowadzenia edukacji zdrowotnej, kształtowania nawyków prozdrowotnych, zmiany stylu życia, rozpoznawania i rozwiązywania problemów wynikających z problemów zdrowotnych.

Personel medycyny rodzinnej ma za zadanie promować zdrowie – aby zmniejszyć obciążenie finansowe opieki zdrowotnej z powodu pogarszania się stanu zdrowia jednostki, rodziny, społeczności. Natomiast w założeniach opieki koordynowanej wskazuje się na skuteczne zapobieganie zaostrzeniom choroby a przez to zmniejszenie liczby hospitalizacji, wizyt w nagłych i niepilnych wypadkach w SOR i śmiertelności pacjentów z przewlekłymi chorobami. W ramach medycyny rodzinnej realizowane są świadczenia opieki domowej nad pacjentem przewlekle chorym i niepełnosprawnym, który nie wymaga leczenia szpitalnego. Według WHO skuteczność opieki domowej powoduje m.in. obniżenie kosztów leczenia szpitalnego poprzez skrócenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu. W związku z powyższym znajomość potrzeb i problemów zdrowotnych występujących w danej społeczności lokalnej, a także oczekiwań wobec systemu opieki zdrowotnej ma istotne znaczenie.

STRUKTURA I ZAWARTOŚĆ ROZPRAWY

Rozprawa została zredagowana w poprawnym języku polskim, liczy 161 stron, składa się z 5 rozdziałów, 4 załączników, trzystronicowych streszczeń – analogicznie w języku polskim i angielskim, bibliografii liczącej 140 pozycji, oraz załączników.

Cytowana literatura przedmiotu obejmuje istotne pozycje piśmiennicze – prace oryginalne i przeglądowe z czasopism punktowanych, monografie i akty prawa. Piśmiennictwo jest dobrze dobrane, w większości aktualne, osobno zamieszczono wykaz aktów prawnych (13 pozycji) i netografię – 7 pozycji. Znacząca część pozycji literaturowych stanowią prace z ostatnich lat, co wskazuje na dobre rozeznanie Doktorantki w obecnym stanie wiedzy oraz wskazuje na orientacji w zmieniających się przepisach prawa.

Układ dysertacji jest zgodny z wymaganiami stawianymi rozprawom doktorskim, w skład wchodzi 29 stron Wstępu, 2 strony – Założenia, Cel pracy i hipotezy badawcze; 7 stron -

Materiał i metody badawcze; obszernie na 73 stronach – Wyniki badań; Dyskusja na 14 stronach, 2 strony zajmują Wnioski i rekomendacje.

Praca napisana w sposób jasny, ilustrowana jest wieloma, dobrze opisanymi rycinami i tabelami, starannie opracowana pod względem edytorskim.

OCENA CZĘŚCI TEORETYCZNEJ PRACY

Wstęp podzielony został na 5 tematycznych podrozdziałów, a w podrozdziale 1.5 wyodrębniono 2 pod-podrozdziały. Doktorantka w sposób syntetyczny charakteryzuje podstawową opiekę zdrowotną w systemie opieki zdrowotnej w Polsce opierając się o ustawy i zarządzenia Prezesa NFZ. Opisała formy organizacyjno-prawne podmiotów leczniczych prowadzonych przez lekarzy i pielęgniarki, zasady finansowania POZ, w tym ustalanie kosztów procedur oraz opisała sposób generowania kosztów świadczeń zdrowotnych w POZ. W podrozdziale 1.2 scharakteryzowała organizację i funkcjonowanie POZ w województwie podlaskim opierając się o dane statystyczne GUS z 2018 roku oraz czerpiąc informacje z raportu konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego województwa podlaskiego. Doktorantka przytacza liczby pielęgniarek posiadających dodatkowe uprawnienia do pracy w opiece podstawowej, wskazuje na konieczność zdobywania dodatkowych kwalifikacji przez pielęgniarki zatrudnione w POZ. Kwalifikacje pielęgniarek POZ zróżnicowane są ukończonym kursem kwalifikacyjnym – w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarstwa środowiskowego i w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego oraz specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego. Dla lepszego zrozumienia na str. 17 w tabeli 1 Doktorantka przedstawiła różnice pomiędzy pielęgniarstwem środowiskowym a pielęgniarstwem rodzinnym, wskazała także, że posiadanie dodatkowych specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego ułatwia i umożliwia realizację świadczeń zdrowotnych w warunkach wolnego rynku.

Interesujący jest podrozdział **1.5 Wstępu**, w którym Doktorantka na podstawie zgromadzonego piśmiennictwa przedstawia oczekiwania i satysfakcję pacjentów ze świadczeń POZ, wskazując na rosnącą świadomość zdrowotną Polaków, a tym samym powoduje wzrost oczekiwań dotyczących zakresu i jakości świadczonych usług. Podrozdział ten został podzielony na części poświęcone określonym w literaturze kategoriom oczekiwań, takim jak: dostępność do świadczeń, wyposażenie placówki i infrastruktura, kwalifikacje personelu, kompetencje społeczne pielęgniarek – komunikacyjne, asertywne w sytuacjach wymagających asertywności, kompetencje w sytuacjach intymnych i w sytuacjach ekspozycji społecznej – oznaczające bycie obiektem uwagi i potencjalnej oceny ze strony wielu osób.

Na podstawie przeglądu literatury przedmiotu Doktorantka usiłowała określić zakres oczekiwań pacjentów kierowanych do pielęgniarki POZ. Są to przede wszystkim udzielanie porad w chorobie, wskazówki dotyczące radzenia sobie ze stresem, prawidłowego żywienia oraz radzenia sobie z uzależnieniami, zachowań prozdrowotnych, porad na temat ich chorób – możliwych powikłań. Inne oczekiwania adresują wobec pielęgniarki opiekunowie rodzinni – przede wszystkim oczekują wypełniania funkcji opiekuńczo-pielęgnacyjnych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych przewlekle niepełnosprawnych osób. W konkluzji *Wstępu* Doktorantka stwierdziła, że poznanie oczekiwań pacjentów wobec pielęgniarki rodzinnej stanowi obszar nauki wymagający prowadzenia dalszych badań.

Dobrze funkcjonujący system opieki podstawowej przynosi korzyści dla systemu opieki zdrowotnej, jest podstawowym miernikiem funkcjonowania opieki. Kluczowym elementem systemu opieki zdrowotnej są pracownicy ochrony zdrowia. Słusznie zauważa Doktorantka, iż problemem jest odrębne kontraktowanie poszczególnych świadczeń w POZ, brak zespołu medycyny rodzinnej jako fundamentu systemu, niski stopień informatyzacji, brak regulacji prawnych dla rozwoju telemedycyny, oraz nieefektywny system wymiany informacji medycznej.

Wartość teoretyczną rozprawy doktorskiej, a tym samym przygotowanie teoretyczne Doktorantki oceniam bardzo dobrze.

OCENA METODYKI BADAŃ

W **Założeniach** Autorka uzasadniła wybór tematu wskazując na potrzebę wypełnienia i uzupełnienia dotychczasowych badań o świadczenia zdrowotne realizowane w odniesieniu do osób w wieku rozwojowym i produkcyjnym. Na przeprowadzenie badań uzyskała Doktorantka zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Głównym celem pracy była analiza i opisanie oczekiwań mieszkańców Białegostoku wobec pielęgniarki rodzinnej. Do zrealizowania tego celu Doktorantka uszczegółowiła cel główny do 6 celów szczegółowych, sformułowała hipotezę główną i 4 hipotezy szczegółowe (str. 35-36).

Doktorantka zastosowała metody ilościowe i jakościowe badań, co zostało opisane w rozdziale trzecim – **Materiał i metody badawcze**. Uzasadniając taki dobór metod Doktorantka wskazała na rosnące znaczenie triangulacji metodologicznej, szczególnie w badaniach społecznych dotyczących zachowań konsumenckich do jakich zdaniem Doktorantki można zaliczyć zachowania świadczeniobiorców usług medycznych w POZ i opiece specjalistycznej. Zastosowana metoda sondażu diagnostycznego w oparciu o kwestionariusz autorski zawierający pytania zamknięte jednokrotnego wyboru realizowana była w powiązaniu z

projektem badawczym „Białystok PLUS”, który Doktorantka opisała szczegółowo na stronach 38-39. Pytania jednokrotnego wyboru nie pozwalają na pogłębioną odpowiedź, dlatego Doktorantka uzupełniła zebrane dane informacjami pozyskanymi w badaniach jakościowych. Doktorantka na str. 40 w podrozdziale 3.3 Badanie jakościowe, zastosowała, jak napisała „*półustrukturyzowany wywiad indywidualny*”. Zdaniem Recenzenta jest to określenie niefortunne, choć w języku potocznym spotykane, należałoby zastąpić określeniem „wywiad częściowo ustrukturyzowany”, stosowany szeroko w badaniach naukowych w różnych dziedzinach i dyscyplinach naukowych (np. w dziedzinie nauk medycznych, humanistycznych i społecznych). Analizie poddano dane uzyskane od 412 osób, które wzięły udział w badaniu Białystok PLUS.

Badania jakościowe prowadzone metodą wywiadu indywidualnego w grupie 37 pacjentów w latach 2016-2019. W tabeli 2 na str. 42 Doktorantka przedstawiła zasady prowadzenia wywiadu i opisała sposób w jaki dostosowała się do tych zasad. Po osobistym przeprowadzeniu 37 wywiadów Doktorantka stwierdziła, iż: „uzyskano nasycenie danych i podjęto decyzje o zakończeniu rekrutacji nowych uczestników badania”. Taka decyzja badacza jest w pełni uzasadniona. Czas poświęcony na jeden wywiad wynosił od 20 do 50 minut.

Narzędzia badawcze zostały omówione, dobrane właściwie do przyjętych celów i założeń pracy. Badania przeprowadzono w oparciu o uzyskaną zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku R-I-002/448/2016. Analizie statystycznej poddano wyniki badań ilościowych, wyniki badań jakościowych przedstawiono opisowo.

OCENA CZĘŚCI BADAWCZEJ

Rozdział **Wyniki badań** zawarto na stronach od 44 do 116, wyniki badań ilościowych przedstawiono w 40 tabelach oraz na 15 rycinach, badania jakościowe przedstawiono w formie opisowej, i w tabelach, jest dobrze przygotowaną częścią dysertacji. Rozdział rozpoczyna charakterystyka badanych, podrozdziały zostały wyznaczone testowaniem poszczególnych hipotez.

Wszystkie wyniki ilościowe poddano analizie statystycznej przedstawiono w 36 tabelach i w sposób interesujący omówiono, w zależności od rodzaju zmiennych na 31 stronach w kontekście uzyskania odpowiedzi na postawione pytania badawcze.

Interesujący jest podrozdział, w którym Doktorantka opisała uzyskane wypowiedzi badanych na postawione pytania dotyczące oczekiwań wobec pielęgniarstwa rodzinnego. Jest to część pracy, którą polecam szczególnie pielęgniarkom zatrudnionym w POZ jak również dydaktykom realizującym program w przedmiocie pielęgniarstwo rodzinne w kształceniu przed i po dyplomowym.

Zwieńczeniem przedstawionej dysertacji jest rozdział **Dyskusja**, w którym mgr Ewa Taranta porównuje uzyskane wyniki w zrealizowanym badaniu z odnotowanymi w innych publikacjach. Dyskusja napisana na 13 stronach została podzielona na krótkie wprowadzenie i dwa podrozdziały związane z zastosowanymi metodami badań – **podrozdział 5.1** dotyczy podsumowania wyników badań ilościowych (na 6 stronach) i podrozdział **5.2** podsumowania wyników badań jakościowych (na 7 stronach). Cała dyskusja przeprowadzona jest w sposób syntetyczny, rozpoczyna się podsumowaniem celu badań, pozwala ocenić oryginalność oraz nowatorstwo przeprowadzonych badań. Stanowi krytyczną ocenę wyników badań własnych w odniesieniu do badań literaturowych.

Doktorantka we wprowadzeniu do Dyskusji wskazuje na zmianę roli pacjenta w XXI wieku, osoby świadomej swoich praw, wykazującej gotowość do podejmowania decyzji w sprawach swojego zdrowia. Jest także pacjent menadżerem opieki i „współproducentem zdrowia” oceniającym uzyskiwane świadczenia i artykułujący swoje oczekiwania, jak wskazała Doktorantka na str. 117. Świadomość swoich praw powoduje, że pacjenci otrzymują opiekę stosownie do swoich potrzeb zdrowotnych. Już omówienie jednego z zasadniczych pytań związanych z problemem badawczym a dotyczącym znajomości pielęgniarstwa rodzinnego budzi refleksje. Z jednej strony wzrasta społeczna świadomość przysługujących praw, wzrastają oczekiwania wobec personelu POZ także wobec opieki stacjonarnej, a zaledwie co czwarty badany senior znał pielęgniarstwo rodzinne, do którego złożył deklarację. Wielu pacjentów nie jest zorientowanych w roli i kompetencjach pielęgniarstwa rodzinnego. Na stronie 118 Doktorantka słusznie podkreśliła, cytując: *„Wyniki te sugerują, że osoby samotne powinny mieć wiedzę na temat opieki pielęgniarstwa rodzinnego, do której mogliby się zwrócić o wsparcie”*. W tym miejscu należy przypomnieć, że pielęgniarstwo środowiskowe / rodzinne planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarstwa nad chorym, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczenia obejmując opieką: zdrowych i chorych niezależnie od płci i wieku, osoby niepełnosprawne, osoby w stanie terminalnym. Doktorantka dwa razy, na str. 119 i 120 powtórzyła, że osoby o dochodach powyżej 2500 PLN chętniej korzystają z sektora prywatnych usług zdrowotnych, a na str. 120 wyjaśnia, iż osoby o dochodach powyżej 2500 PLN nie zgłaszały oczekiwań wobec świadczeń pielęgniarstwa rodzinnego, ze względu na większe możliwości korzystania z sektora niepublicznego. Spostrzeżenia Doktorantki muszą budzić refleksje nad kondycją ochrony zdrowia w Polsce, szczególnie dotyczącego opieki podstawowej. Sprowadzenie roli pielęgniarstwa rodzinnego do świadczeń leczniczych wynikających z funkcji terapeutycznej jest nieporozumieniem biorąc pod uwagę funkcje zawodowe pielęgniarek w odniesieniu do podmiotu opieki, jak:

wychowawcza, opiekuńcza, promowania zdrowia, profilaktyczna, terapeutyczna i rehabilitacyjna oraz funkcje zawodowe pielęgniarek dotyczące wykonywania zadań na rzecz własnego zawodu, jak funkcja kształcenia, zarządzania i naukowo-badawcza. Prezentowane wyniki badań jakościowych wskazują, że oczekiwania, zwłaszcza seniorów wymuszają na pielęgniarkach wykonywanie zadań wykraczające znacznie poza wskazane funkcje, są niedostosowane do kompetencji pielęgniarki rodzinnej. Podsumowując, rozdział ten jest interesujący poznawczo, wskazuje na pełną dojrzałość i świadomość naukową Doktorantki.

OCENA WYNIKÓW I WNIOSKI KOŃCOWE

Doktorantka sformułowała 7 wniosków, które są w zasadzie powtórzeniem wyników badań, ale wnioski 4, 5 i 7 uznać należy za istotne dla praktyki pielęgniarki POZ, mają pełne uzasadnienie w uzyskanych wynikach. Doktorantka podkreśliła, że pojęcie „dobra pielęgniarka rodzinna” obejmuje cechy indywidualne, umiejętności interpersonalne, system wartości oraz profesjonalizm.

Istotnym walorem dysertacji jest przydatność wyników badań w praktyce pielęgniarskiej oraz w kształceniu kadr medycznych, bowiem poruszane problemy mogą być adresowane do innych pracowników medycznych.

Reasumując:

Przedłożona do oceny praca doktorska Pani mgr Ewy Taranta dotyczy ważnego szerszego zagadnienia satysfakcji ze świadczeń opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej realizowanej przez pielęgniarki, dowodzi dobrej znajomości przez Autorkę zagadnień związanych z pielęgniarstwem rodzinnym i umiejętności interpretacji uzyskanych wyników. Rozprawa doktorska Pani mgr Ewy Taranta przedstawia wartość naukową, teoretyczną i praktyczną. Stąd też oceniam pracę jako bardzo dobrą, ponieważ analizuje istotny zawodowo i społecznie problem oczekiwań pacjentów oraz ma dużą wartość teoretyczną i praktyczną.

UWAGI RZECZOWE, KWESTIE REDAKCYJNE, PYTANIA DO AUTORA

Podczas lektury nasuwa się kilka uwag i sugestii do meritum prezentowanych zagadnień, kwestii technicznych o mniejszym znaczeniu, dotyczących niektórych szczegółowych aspektów pracy, jak również drobnych uwag o charakterze redakcyjnym.

Oto uwagi rzeczowe i sugestie:

1. Korzystne dla przedłożonej do recenzji rozprawy byłoby nieco szersze opisanie udziału Doktorantki w badaniach w ramach kohortowego badania „Białystok PLUS”.
2. Pytani: Czy 5 pytań dotyczących oczekiwań wobec pielęgniarki rodzinnej (załącznik nr 3, str. 160) był dołączony do 300-pytaniowego kwestionariusza w projekcie Białystok PLUS, czy był odrębnym dokumentem?
3. Na str. 39 czytamy: „do autorskiego kwestionariusza ankiety dołączona była skala samooceny stanu zdrowia zastosowana w badaniu Białystok PLUS i tu znajdujemy określenie: „podobna do skali termometru”, określała stan zdrowia na skali od 0 do 100”. Ale we wzorze kwestionariusza ankiety – Zał. Nr 3, str. 160, nie znajdujemy załączonej skali, natomiast wyniki uzyskane z badania tą skalą znajdujemy na stronach 74-77.
4. Rozprawa zawiera pojedyncze błędy stylistyczne i edytorskie, które z pewnością zostaną skorygowane podczas redagowania publikacji, do czego bardzo zachęcam Doktorantkę z uwagi na aktualny i ważny problem związany z oczekiwaniami pacjentów POZ i satysfakcji z opieki medycznej.

Reasumując mogę stwierdzić, że rozprawa doktorska Pani magister Ewy Taranta, dotyczy aktualnego problemu związanego ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych a realizowanymi przez pielęgniarkę rodzinną oraz oczekiwań pacjentów adresowanych do pracowników POZ, stanowi cenne źródło informacji na temat funkcjonowania tej opieki w Polsce i konieczności wprowadzenia systemowych.

PODSUMOWANIE

Pomimo tych kilku uwag natury porządkującej i precyzującej pewne aspekty rozprawy doktorskiej, mające na celu zwiększenie potencjału publikacyjnego, pragnę podkreślić, że nie zmniejszają one wartości merytorycznej zarówno przeprowadzonych badań, analiz jak i wniosków. Część uwag ma charakter dyskusyjny a pozostałe charakter edytorski.

Równocześnie pragnę stwierdzić, co następuje:

1. rozprawa doktorska **Pani magister Ewy Taranta** pt. „Oczekiwania mieszkańców Białegostoku wobec pielęgniarstwa rodzinnego. Badania ilościowe i jakościowe” stanowi oryginalne rozwiązanie przez Doktorantkę zagadnienia naukowego;
2. w przedstawionej do oceny rozprawie Doktorantka wykazała się ogólną wiedzą teoretyczną z zakresu pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu;
3. lektura przedłożonej pracy potwierdza umiejętności Doktorantki do prowadzenia pracy naukowej.

Rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 13 ust. 1 Ustawy z dnia 14 marca 2003 o stopniach i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. Nr 65, poz. 595, z późn. zm).

Wobec powyższego ma zaszczyt przedstawić Senatowi Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wniosek o dopuszczenie mgr Ewy Taranta do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Bożena Mroczek

dr hab.n.zdr. Bożena Mroczek prof.nadzw.PUM

Szczecin, 29.06.2020 r.