

Ocena rozprawy doktorskiej mgr Bogusławy Kaczor-Pyter
pt. "Aktywność i formy aktywizacji seniorów w domach pomocy społecznej"

Dane demograficzne wskazują, że liczba osób powyżej 60 roku życia w Polsce przekroczyła 20% i nadal ma tendencję wzrostową. W związku z tym wzrasta zapotrzebowanie na różne formy pomocy tej grupie wiekowej, w tym działalności domów pomocy społecznej. Wielokierunkowa aktywizacja seniorów przyczynia się do poprawy ich dobrostanu, a tym samym na pełniejsze czynne funkcjonowanie w społeczeństwie poprzez m.in. pracę zawodową w pełnym lub częściowym wymiarze, czy być pomocnym dla rodziny. W nurt badań nad aktywizacją seniorów wpisuje się oceniana rozprawa doktorska, napisana pod kierunkiem prof. Pawła Januszewicza, znawcy medycyny społecznej. Praca zwraca przede wszystkim uwagę na aspekty psychosocjalne tego problemu, a jednocześnie podsumowuje aktualny stan aktywizacji seniorów na Podkarpaciu.

Przedstawiona do oceny praca liczy 179 stron tekstu. Lekturę pracy ułatwiają 122 tabele i 35 rycin zamieszczonych w tekście. Piśmiennictwo liczy 435 pozycji literaturowych i netograficznych uporządkowanych w kolejności cytowań, w tym 170 polskojęzycznych publikacji czasopiśmienniczych i monograficznych.

Układ pracy jest klasyczny. Składa się ona ze wstępu w którym nakreślono teoretyczne podstawy pracy; metodologicznych podstaw pracy z nakreśleniem celu i problemów badawczych; charakterystyki materiału i metod badawczych; przedstawienia wyników badań; dyskusji zawierającej wnikliwe omówienie wyników i ich krytyczną analizę, wniosków; streszczenia w języku polskim i angielskim; spisu piśmiennictwa. Uzupełnieniem pracy jest spis tabel i rycin oraz załączniki

W liczącej 49 stron części wstępnej doktorantka nakreśla skutki obecnych zmian demograficznych, następnie omawia zagadnienie starości i procesów starzenia, zwracając uwagę na różne formy aktywności i ich rolę w procesie starzenia. W dalszej części Autorka przybliży domy pomocy społecznej jako środowisko aktywności życiowej. Wstęp zamyka omówienie zagadnienia aktywizacji seniorów w domach pomocy społecznej.

Celem głównym pracy jest analiza aktywności i form aktywizowania seniorów mieszkających w domach pomocy społecznej. W związku z tym wyodrębniono następujące szczegółowe problemy badawcze:

1. Czy istnieje związek pomiędzy aktywnością i formami aktywizacji seniorów w domach pomocy społecznej a wybranymi czynnikami socjodemograficznymi?
2. Czy aktywność i formy aktywizacji seniorów w domach pomocy społecznej jest uzależniona od jakości życia badanych seniorów?
3. Czy aktywność i formy aktywizacji seniorów w domach pomocy społecznej jest uzależniona od satysfakcji z życia w domach pomocy społecznej?
4. Jaki jest związek pomiędzy poziomem satysfakcji z życia wśród mieszkańców domów pomocy społecznej a formami aktywizacji seniorów?
5. Jaki jest poziom aktywności fizycznej seniorów w domach pomocy społecznej?
6. Ile czasu seniorzy poświęcają na aktywność? Jakie dominują formy aktywności?
7. Czy uczestnictwo w zajęciach aktywizacyjnych wpływa na poprawę aktywności mieszkańców w domach pomocy społecznej?
8. Czy aktywność i formy aktywizacji seniorów w domach pomocy społecznej jest uzależniona od ogólnej sprawności badanego?
9. Czy istnieje związek pomiędzy aktywnością i formami aktywizacji seniorów w domach pomocy społecznej a oceną akceptacji choroby?
10. Jaka jest hierarchia czynników wpływających na aktywność i formy aktywizacji mieszkańców domów pomocy społecznej?

Badanie przeprowadzono wśród pensjonariuszy 8 domów pomocy społecznej w Rzeszowie, Łańcucie, Brzozie Królewskiej, Krośnie, Mielcu i Chmielniku. Grupa badana liczyła 320 osób (238 kobiet, 82 mężczyzn) w wieku 60-07 lat (średnia wieku $78,05 \pm 7,58$ lat). Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem następujących narzędzi badawczych: Autorski Kwestionariusz Wywiadu. Krótka Skala Oceny stanu Psychicznego (Mini Mental State Examination - MMSE), Skala Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego (Activities of Daily Living - ADL), Kwestionariusz Oceny Jakości Życia Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organisation Quality of Life-Brief - WHOQOL-Brief) Skala Satysfakcji z Życia (Satisfaction of Life Scale - SWLS), Skala Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale - AIS), Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (International Physical Activity Questionnaire - IPAQ). Ocena ta poprzedzona była badaniem pilotażowym z udziałem 50 osób.

Wyniki poddano weryfikacji statystycznej z wykorzystaniem programu IBM SPSS Statistics 20

Główną przyczyną pobytu w DPS (5,9%) był brak osób mogących sprawować opiekę w środowisku domowym. Jakość opieki w DPS 45,3% podopiecznych oceniło jako bardzo dobrą, a 46,6% jako dobrą. Swój stan zdrowia 0,6% oceniło jako bardzo dobry, 28,8% - jako dobry, a 31,6% - jako zły.

W ocenie stanu psychicznego w grupie seniorów poniżej 80 roku życia najczęściej stwierdzano wynik prawidłowy (47,8%), natomiast w grupie powyżej 80 roku życia częściej znajdowały się osoby z zaburzeniami poznawczymi, bez otępienia (40,3%), lub z otępieniem średniego/lekkiego stopnia (37,3%; $p=0,0001$)

U osób z wykształceniem wyższym lub średnim częściej ich stan psychiczny oceniany był jako normalny.

Spośród zgłaszanych problemów zdrowotnych najczęściej występowały choroby serca i nadciśnienie tętnicze, następnie choroby stawów i cukrzyca. Większość pacjentów chorowało na 4 lub 5 chorób (odpowiednio 37,5% i 28,8%).

Podczas pobytu w DPS większość czasu seniorzy spędzali biernie, oglądając telewizję. Najczęstszymi czynnymi formami aktywności fizycznej była gimnastyka poranna (81,6%) i krótki spacer (78,4%), a następnie muzykoterapia (73,8%). Poziom aktywności oceniony za pomocą testu IPAQ u większości (76,6%) był niewystarczający i wynosił średnio $408,06 \pm 266,33$ MET*min/tydz. Jako przyczynę niechęci do proponowanych przez DPS form aktywności większość zgłaszała problemy zdrowotne (85,6%) i brak chęci do ich podejmowania. Większość seniorów (77,8%) była sprawna w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego. Wiek nie wpływał na sprawność funkcjonalną, ale kobiety wykazywały się większą sprawnością niż mężczyźni (81,1% vs 68,3%)

Seniorzy w wieku powyżej 80 lat posiadali większą jakość życia w domenie socjalnej niż młodszy seniorzy ($p=0,0182$) i środowiskowej ($p=0,0206$). W zakresie domeny somatycznej i psychologicznej nie wykazano różnic wiekowych. Doktorantka wykazała wpływ poziomu wykształcenia podopiecznych na jakość ich życia. Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia zwiększała się jakość życia. Autorka wykazała, że u osób przebywających w DPS powyżej 5 lat występowała wyższa jakość życia w domenie środowiskowej (64,60 pkt) Niski poziom satysfakcji z jakości życia wykazano u 62,8% seniorów. Nie stwierdzono powiązania satysfakcji z jakości życia z wiekiem, płcią, stanem cywilnym, wykształceniem, ilością chorób przewlekłych i długością czasu pobytu w DPS.

Zaobserwowano dodatnią zależność samooceny sytuacji materialnej i samooceną własnego zdrowia.

Brak akceptacji choroby wykazano u 49,4% seniorów, a średni poziom akceptacji - u 46,3% , natomiast dobrym jej poziom - tylko 4,4% badanych osób.

W liczącej 18 stron Dyskusji Doktorantka zwraca uwagę na fakt, że w Polsce opiekę nad osobami starszymi sprawuje przede wszystkim rodzina, co wynika z tradycji kulturowej konieczności. Placówki bardziej nakierowane są na niesienie opieki osobom samotnym, pozbawionych rodziny. Autorka przytacza zdanie innych autorów wskazujące, że dom opieki jest najlepszym miejscem dla osób senioralnych przy pogorszeniu się ich stanu zdrowia. Należy też uszanować przywiązanie seniorów do swojego miejsca zamieszkania, co dla osób w ostatnich latach życia może mieć pewne walory terapeutyczne. Autorka podkreśla dużą rolę wsparcia ze strony rodziny i opiekunów na aktywność seniorów powołując się na opinię autorów koreańskich. Współistniejące choroby aktywność tę znacznie ograniczają. W dalszej części dyskusji Doktorantka zwraca uwagę na korzystny wpływ ćwiczeń fizycznych na poprawę w zakresie czynności dnia codziennego powołując się na bogate piśmiennictwo.

Odnosząc się do niskiego poziomu satysfakcji z życia u większości badanych seniorów (62,8%) Doktorantka tłumaczy tym, że DPS nie jest wyczekiwany miejscem, gdzie seniorzy chcieliby spędzić resztę życia. Podkreśla istotny wpływ wykształcenia sytuacji materialnej i wyższej samooceny zdrowia dla poziomu satysfakcji z życia, co jest zgodne z przytaczanymi opiniami innych autorów. Co więcej, wskazuje, że wyższy poziom satysfakcji wpływa stymulująco na aktywność fizyczną i znacznie skraca ilość czasu spędzonego w pozycji siedzącej.

Akceptacja choroby w skali 8-40 u badanych osób, mieszkańców woj. podkarpackiego wynosiła $19,00 \pm 6,1$ pkt, co odpowiadało poziomowi umiarkowanemu. Powołuje się także na opinię Kaczmarczyka mówiącą, że podopieczni DPS gorzej akceptują ograniczenia spowodowane procesem chorobowym, niż osoby zamieszkujące w środowisku rodzinnym.

W dalszej części Dyskusji Autorka poświęca sporo uwagi wielu korzystnym aspektom ćwiczeń fizycznych w prewencji chorób, wskazując na zaniedbania w naszej populacji. Wskazuje na konieczność wdrożenia interwencyjnych programów aktywizacji fizycznej i rekreacyjnej, dedykowanych mieszkańcom DPS w Polsce, na wzór programów dotyczących aktywizacji w innych krajach europejskich.

Na podstawie przeprowadzonych analiz Doktorantka wysnuła następujące wnioski:

1. Spośród czynników socjodemograficznych, które wpływają istotnie statystycznie na poziom aktywności i formy aktywizowania seniorów to: płeć stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, ilość chorób oraz źródło utrzymania. Wystarczający poziom aktywności fizycznej prezentowały częściej kobiety, osoby stany wolnego, mieszkańcy wsi oraz osoby z wykształceniem średnim i wyższym. Poziom aktywności wśród seniorów nie zależał istotnie od ich wieku, samooceny stanu zdrowia i samooceny sytuacji materialnej.

2. Jakość życia badanych oceniona skalą WHOQOL-brief kształtowała się na poziomie niskim, zwłaszcza w domenie psychologicznej i somatycznej, na wyższym w dziedzinie socjalnej, a najwyższym w dziedzinie środowiskowej. Na jakość życia badanych wpływał wiek, poziom wykształcenia samoocena sytuacji materialnej, czas pobytu w DPS, samoocena stanu zdrowia i podejmowanie aktywności fizycznej.

3. Seniorzy, których satysfakcja z życia była przeciętna lub wysoka, poświęcali częściej na siedzenie w dni powszednie poświęcali mniej czasu (poniżej 2 godzin) niż osoby z niską satysfakcją z życia, różnice te były istotne statystycznie. Satysfakcja z życia nie wpłynęła istotnie na preferowane formy aktywności fizycznej proponowanej przez DPS.

4. Poziom satysfakcji z życia oceniony skalą SWLS był na poziomie niskim. Satysfakcja z życia nie związana była istotnie z wiekiem, płcią, stanem cywilnym, źródłem utrzymania, miejsce zamieszkania przez przyjęciem do placówki oraz długością przebywania w placówce. Satysfakcja z życia zwiększała się istotnie wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia seniorów, wyższą samooceną sytuacji materialnej oraz wyższą oceną stanu zdrowia. Wykazano brak istotnego statystycznie związku między satysfakcją z życia a wielochorobowością.

5. Poziom aktywności fizycznej oceniony za pomocą międzynarodowego kwestionariusza IPAQ był niewystarczający w przypadku większości badanych seniorów (MET* min/tydz. <600), Nikt z badanych nie uzyskał wysokiego poziomu aktywności fizycznej.

6. Badania wykazały, że średnio seniorzy w DPS na aktywność fizyczną tj, chodzenia poświęcają średnio 23 minuty dziennie, natomiast ponad połowa badanych seniorów spędza co najmniej 2 godziny siedząc. Stwierdzono, że spośród oferowanych przez DPS form aktywności kobiety częściej od mężczyzn wybierały krótki spacer, zajęcia manualne oraz bibułkarstwo, a mężczyźni preferowali gry stolikowe.

7. Uczestnictwo w zajęciach aktywizowania w małym stopniu wpływały na poprawę aktywności badanych seniorów, Stwierdzono, że czas aktywizacji wybranymi formami aktywności

proponowanymi przez DPS zależał istotnie od płci badanych. Kobiety istotnie częściej od mężczyzn poświęcały więcej czasu na krótki spacer, zajęcia manualne i bibułkarstwo.

8. Ogólna sprawność badanych seniorów mierzona za pomocą skali ADL wpływała na aktywność i formy aktywizacji. Wykazano, że wystarczający poziom aktywności fizycznej posiadały częściej osoby bardziej sprawne funkcjonalnie, natomiast czas siedzenia w dni powszednie nie zależał istotnie od stanu funkcjonalnego seniorów. Najczęściej preferowaną formą aktywności był krótki spacer, a formą aktywizowania muzykoterapia i gry stolikowe.

9. Akceptacja choroby oceniono skalą AIS, wyniki wykazały, że brak akceptacji choroby dotyczył prawie połowy badanych seniorów. Wystarczający poziom aktywności fizycznej posiadali częściej seniorzy ze średnim i dobrym poziomem akceptacji choroby, natomiast poziom akceptacji choroby nie wpływał znacząco na czas siedzenia w dni powszednie.

10. Poziom aktywności fizycznej seniorów związany był istotnie statystycznie z płcią, wielochorobowością, samooceną stanu zdrowia oraz jakością życia badanych seniorów. Wykazano, że wystarczającą aktywność fizyczną posiadali rzadziej mężczyźni. Dysponowanie wystarczającym poziomem aktywności fizycznej częściej występowało u osób, które posiadały zły stan zdrowia lub nie potrafiły ocenić stanu swojego zdrowia oraz wśród seniorów z wyższą jakością życia w domenie somatycznej i socjalnej.

Oceniając pracę uważam, że proporcje poszczególnych części pracy są właściwie dobrane, czytelnie podzielone na rozdziały i podrozdziały.

Cel pracy i pytania są jasno sformułowane i korespondują z tytułem pracy. Metodyka badań została właściwie dobrana do założonych celów badań.

Wyniki przedstawione są w sposób bardzo czytelny i jasny. Analiza wyników jest bardzo szeroka i dogłębna

W bardzo dobrze rozdziale poświęconym dyskusji Doktorantka wykazała się dużą znajomością zagadnienia, podała właściwą interpretację i krytycznie odniosła się do własnych wyników. Szeroko omówiła wyniki własne odnosząc je do badań innych autorów. Przytacza wiele opinii autorów polskich i obcych.

Wnioski odpowiadają na pytania postawione w celach pracy, ale są bardziej komentarzami niż wnioskami. Byłyby bardziej czytelne gdyby Autorka ujęła je w formie precyzyjnie sformułowanych pojedynczych zdań. Nie ma potrzeby podpierania ich uzasadnieniami, skoro znajdują się one w tekście Dyskusji i w streszczeniu. Wnioski napisane

są rozwlekłe, przez co stają się mniej zrozumiałe. Wniosek 3 i 9 wymagają przeredagowania stylistycznego.

Materiał badany dotyczy seniorów z terenu Podkarpacia, dlatego uważam, że powinno to być ujęte w tytule pracy.

Rozprawa napisana jest w sposób przejrzysty, dobrym językiem polskim. Zamiast określenie "istotna statystycznie różnica" można zamiennie używać terminu "znamienna statystycznie różnica" albo "znamienna różnica" Uniknie się częstych powtórzeń

Ryciny i tabele są czytelne i dobrze ilustrują wyniki badań.

Piśmiennictwo jest dobrze dobrane i odpowiednio cytowane; zawiera istotne klasyczne pozycje literaturowe, a głównie opiera się na doniesieniach z ostatnich lat. Doktorantka oparła się w dużej mierze na piśmiennictwie polskim, co uważam za duży plus pracy.

Dużym atutem pracy jest jej aktualność. Zwiększa się odsetek osób po 60 roku życia. Praca zasygnalizowała pewne niedociągnięcia w aktywizacji ruchowej naszego społeczeństwa, nie tylko seniorów. Praca przyniosła odpowiedź na pewne pytania i stawia nowe:

- na ile zmieni się aktywizacja w DPS po kilku latach?
- ocena aspektów psychologicznych u podopiecznych DPS;
- zagadnienia dietetyczne w żywieniu seniorów, w tym u pensjonariuszy DPS

Po analizie pracy stwierdzam, że rozprawa doktorska mgr Bogusławy Kaczor- Pyter pt.: "Aktywność i formy aktywizacji seniorów w domach pomocy społecznej" stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, a Doktorantka wykazała się wiedzą teoretyczną w dyscyplinie nauk o zdrowiu oraz posiada umiejętność samodzielnego prowadzenia badań naukowych.

Reasumując pracę oceniam wysoko i stwierdzam, że rozprawa Bogusławy Kaczor- Pyter pt.: "Aktywność i forma aktywizacji seniorów w domach pomocy społecznej" w pełni odpowiada warunkom stawianym pracom na stopień naukowy doktora nauk o zdrowiu i dlatego wnoszę do Wysokiej Rady Naukowej Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego o dopuszczenie Doktorantki do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Jednocześnie wnoszę o wyróżnienie pracy