UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Katedra i Klinika Geriatrii

Ocena rozprawy doktorskiej mgr Aleksandry Szybalskiej "Czynniki socjodemograficzne a wybrane wskaźniki stanu zdrowia i korzystanie z rehabilitacji medycznej oraz lecznictwa uzdrowiskowego przez osoby w wieku 65 i więcej lat na podstawie badania PolSenior"

Podstawę opracowania recenzji stanowi otrzymane przez mnie pismo Przewodniczącego Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o sygn. URN/RDNoZ-5910-70/18/2020, powołujące się na uchwałę nr 81/2018 z dnia 24 kwietnia 2018 roku ww. Rady, oraz manuskrypt rozprawy doktorskiej na stopień doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki o zdrowiu.

Zgodnie z art.13 ust. 2 i 6 *Ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki* (Dz. U. z 2003 r., nr 65, poz. 595 z późn. zm. Dz. U. z 2017 r. poz. 1789.), jak również art. 185 ustęp 3 *Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym z dnia 20 lipca 2018 roku* (Dz. U. z 2018 r., poz. 1668) rozprawa doktorska pani mgr Aleksandry Szybalskiej ma formę spójnego tematycznie cyklu artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych. Cykl ten składa się z trzech artykułów oryginalnych wydanych drukiem w roku 2018 o łącznym współczynniku oddziaływania IF = 3,844 (wg bazy *Journal of Citation Reports*) i ówczesnej punktacji MNiSW równej 44,0 punkty.

W trzech publikacjach cyklu mgr Aleksandra Szybalska jest pierwszym autorem, co dowodzi, że Doktorantka odegrała wiodącą rolę w sferze koncepcyjnej i realizacyjnej badań, jak również przy przygotowaniu publikacji, tj. interpretacji uzyskanych wyników i opracowaniu manuskryptów. Udział własny we wszystkich trzech publikacjach Autorka określiła na 60%. W dodatku do dysertacji zamieszczono, wymagane *Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 19 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego trybu i warunków przeprowadzania czynności w przewodzie doktorskim, w postępowaniu habilitacyjnym oraz w postępowaniu o nadanie tytułu profesora,* oświadczenia wszystkich współautorów publikacji, zawierające opisy wykonanej przez nich pracy i deklaracje udziału procentowego w ich przygotowaniu, jak również zgodę na wykorzystanie przez mgr A. Szybalską omawianych publikacji w jej rozprawie doktorskiej.

Wykaz publikacji wchodzących w skład cyklu:

1. Szybalska A, Broczek K, Puzianowska-Kuznicka M, Slusarczyk P, Chudek J, Skalska A, Mossakowska M: Self-related health and its association with all-cause mortality of

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 66 50-369 Wrocław
tel.: 71 784 24 28 el./faks: 71 327 09 15 kge@usk.wroc.pl

older adults in Poland: The PolSenior project. Arch Gerontol Geriatr. 2018;79:13-20. IF_{2018}=2.611; MNiSW = 20 pkt.

2. Szybalska A, Broczek K, Slusarczyk P, Kozdron E, Chudek J, Puzianowska-Kuznicka M, Kostka T, M, Skalska A, Mossakowska M: Utilization of medical rehabilitation services among older Poles: results of the POlSenior study. Eur Geratr Med. 2018; 9(5): 669-677. IF_{2018} = 1.233; MNiSW = 15 pkt.
3. Szybalska A, Broczek K, Ślusarczyk P, Kozdroń E, Błędowski P, Chudek J, Mossakowska M: The utilization of health resort treatment services by older people in Poland – results of the PolSenior study. Gerontol Pol. 2018;26(1): 7-13; MNiSW=9 pkt.

Rozprawa doktorska mgr Aleksandry Szybalskiej zawiera kserokopie oryginałów trzech publikacji, a ponadto omówienie zawartości tychże. Omówienie składa się z wszystkich typowych dla rozpraw doktorskich działów: wykaz skrótów użytych w pracy, spisy tabel i rycin, streszczenie w języku polskim i angielskim oraz wstęp i wprowadzenie (*nota bene*: może wystarczyłby jeden z nich), cel rozprawy, materiał i metody oraz wyniki, dyskusję i wnioski.

W ocenie recenzentki Omówienie rozprawy, choć dość obszerne, jest bardzo przejrzyste i ułatwia orientację w metodologii i wynikach badań znajdujących się w poszczególnych artykułach. Aczkolwiek uważam, że już na samym wstępie omówienia powinny być umieszczone ogólne informacje o projekcie PolSenior, a zwłaszcza opis zaangażowania Doktorantki w realizację tego projektu, czego efektem był właśnie cykl publikacji tworzących rozprawę doktorską. Informacje powyższe znajdujemy dopiero (nieco schowane) w dziale 8. Omówienia „Materiał i metody".

Ogólnopolski projekt naukowy PolSenior realizowano na zlecenie MNiSW w latach 2007-2012, kierownikiem projektu był pan prof. dr hab. Piotr Błędowski ze Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, a koordynatorem pani dr hab. Małgorzata Mossakowska z Międzynarodowego Instytutu Biologii Molekularnej i Komórkowej (MIBMiK) w Warszawie. Zgodę na prowadzenie badań PoSenior wydała Komisja Bioetyczna Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Projekt PolSenior obejmował populację 5695 mieszkańców naszego kraju złożoną z równolicznych pięcioletnich kohortę wiekowych od 55–59 lat (716 osób w tzw. przedpolu starości) do 90 i więcej lat z zachowaniem tożsamej liczebności kobiet i mężczyzn w każdej z nich. Taki algorytm doboru poszczególnych grup wiekowych zapewnił zawyżoną reprezentację badanych w starszym wieku – pomijanych często w badaniach epidemiologicznych – oraz mężczyzn – żyjących krócej od kobiet. Zastosowany z kolei w badaniach system wag korygujących pozwolił na ustalenie rozpowszechnienia badanych parametrów w całej polskiej populacji w wieku 65 lat i powyżej.

Doktorantka, mgr Aleksandra Szybalska, była członkiem zespołu koordynującego realizację projektu PolSenior w Międzynarodowym Instytucie Biologii Molekularnej i Komórkowej oraz uczestniczyła aktywnie w rozpowszechnianiu wyników tego projektu. Cykl trzech publikacji tworzących omawianą rozprawę doktorską powstał na podstawie wyników uzyskanych w trakcie realizacji części projektu PolSenior.

Za cel wiodący pracy doktorskiej Doktorantka obrała zbadanie samooceny stanu zdrowia i jej związku z umieralnością ogólną oraz korzystania z usług rehabilitacji medycznej i lecznictwa uzdrowiskowego respondentów projektu PolSenior w wieku powyżej 65 lat w zależności od wybranych czynników socjodemograficznych. W odniesieniu do tego elementu pracy moje zaciekawienie wzbudziły uwarunkowania lub motywacja do podjęcia przez Doktorantkę badań nad akurat tymi dwoma zagadnieniami, na pierwszy rzut oka niezbyt ściśle ze sobą powiązanymi (z jednej strony: samoocena zdrowia a umieralność, a z drugiej – determinanty wpływające na dostęp do leczenia rehabilitacyjnego i uzdrowiskowego) z szerokiego i zróżnicowanego panelu problemów analizowanych w projekcie PolSenior.

Doktorantka wyodrębniła także cele szczegółowe rozprawy, których realizacja znalazła swoje odzwierciedlenie w poszczególnych publikacjach cyklu.

Podobać się może syntetyczne przedstawienie przez Doktorantkę informacji zawartych w dziale „Materiały i metody" Omówienia cyklu publikacji. Populacja badanych respondentów przedstawiona w publikacji I liczyła 4049 z ogólnej liczby 4979 osób w wieku 65+ w projekcie PolSenior. Liczebność grupy badanej uległa zwiększeniu do 4813 osób w II i III publikacji (tj. 96,7% całej populacji projektu PolSenior), co było spowodowane poszerzeniem pierwotnej grupy respondentów o ich opiekunów i bliskich (tj. respondentów zastępczych). We wszystkich publikacjach najliczniejszą subpopulację tworzyły osoby w przedziale wiekowym 70–74 lat.

Autorka w trakcie swoich badań skupiła się na analizie wspomnianych już wyżej zasadniczych zmiennych grupujących, czyli samoocenie stanu zdrowia (*self-rated health*; SRH) – praca I; korzystaniu z rehabilitacji medycznej – praca II; oraz korzystaniu z lecznictwa uzdrowiskowego – publikacja III.

Pomiarów SHR dokonywano z użyciem wizualnej skali analogowej (VAS) z zakresem od 0 do 10 punktów, gdzie liczba 0 oznaczała subiektywnie najgorszy stan zdrowia, zaś liczba 10 – najlepszy. Uwzględniano tylko odpowiedzi od respondentów z zachowanymi w miarę zdolnościami poznawczymi (ocenianymi skalą *Mini-Mental State Examination*), w skrajnych przypadkach zakwalifikowanymi jako otępienie lekkiego stopnia. Nasuwa się pytanie: jaką wartość punktową wyniku MMSE przyjęto jako punkt odcięcia dyskwalifikujący od włączenia do badania oraz na jakiej podstawie z badanej populacji wyłączano z testu samooceny zdrowia (SRH) osoby z zaawansowanym otępieniem – bo z pewnością nie ograniczano się do zastosowania testu MMSE, badania o charakterze wyłącznie przesiewowym?

Ponadto ocenie została poddana częstość korzystania przez badanych z rehabilitacji medycznej (i ew. jej form) w okresie 12 miesięcy poprzedzających okres przeprowadzenia ankiety. Przy analizie udziału respondentów w usługach lecznictwa uzdrowiskowego dokonano rozróżnienia na finansowanie ze środków publicznych i samofinansowanie.

Wyniki badań Doktorantki oparte zostały także na analizach kilku zmiennych socjodemograficznych, takich jak: płeć, grupa wiekowa, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, status zawodowy przed emeryturą, samoocena statusu socjoekonomicznego oraz posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

W badaniach uwzględnione zostały cechy związane ze zdrowiem: SRH, stan funkcjonalny (oceniany skalą ADL Katza i IADL Lawtona), stan wzroku i słuchu, liczba chorób przebytych (uwzględniono w sumie 22 choroby), objawy depresyjne (oceniane skalą GDS; Geriatryczną Skalą Oceny Depresji), doznane upadki oraz występowanie bólu przewlekłego (> 3 miesiące) i jego natężenie.

Do kolejnej grupy analizowanych zmiennych należały cechy związane ze stylem życia, czyli: palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, aktywność fizyczna i wskaźnik masy ciała (BMI).

Jak wyjaśnia Doktorantka, z powodu specyfiki badanych zagadnień, dobór analizowanych zmiennych w kolejnych publikacjach I–III nie był identyczny. Przypadł mi do gustu pomysłowy sposób klarownego przedstawienia rozkładu analizowanych zmiennych w Tab. 3.

Najistotniejsze wyniki przedstawione w publikacji I – *Szybalska A, Broczek K, Puzianowska-Kuznicka M, Slusarczyk P, Chudek J, Skalska A, Mossakowska M: Self-related health and its association with all-cause mortality of older adults in Poland: The PolSenior project. Arch Gerontol Geriatr. 2018;79:13-20* – można zawrzeć w następujących punktach: (1) Jako dobry swój stan zdrowia oceniło 40,2% badanych, jako ewidentnie zły – 8,1%, podczas gdy największy odsetek respondentów (51,7%) wybrało odpowiedź pośrednią, deklarując, że subiektywnie oceniają swój stan zdrowia jako przeciętny. Zastanawiające, czy na wybór takiej właśnie odpowiedzi nie wpływa fakt, że ta ostatnia opcja jest najbardziej neutralna i przez to, może najłatwiejsza do wyboru (?). (2) Do niezadowolenia ze stanu swojego zdrowia byli bardziej skłonni badani w zaawansowanym wieku, z niższym statusem ekonomicznym, gorszym stanem funkcjonalnym (ALD i IADL), upośledzeniem narządów zmysłu, małą aktywnością fizyczną, objawami depresyjnymi, wielochorobowością, a także, co ciekawe, niespożywający alkoholu. (3) Wyłącznie w grupie kobiet stwierdzono korelacje pomiędzy subiektywnie dobrym zdrowiem a wyższym poziomem wykształcenia i prawidłowym wskaźnikiem masy ciała. (4) Wykryto zależność pomiędzy ryzykiem zgonu a SHR (subiektywną oceną stanu zdrowia). Test *log-rank* wykazał istotne różnice w 5-letnim przeżyciu według kategorii SHR dla obu płci ($p < 0{,}001$). Faktycznie najwięcej zgonów w okresie 5-letnej obserwacji stwierdzono u tych osób, które oceniały wcześniej swój stan zdrowia jako zły (kobiety: 36,2% , mężczyźni: 55,3%), podczas gdy u badanych z „dobrym zdrowiem" odsetek zgonów kształtował się jako 17,5% u kobiet i 26,6% u mężczyzn. Najciekawsza jest jednak obserwacja, że wśród respondentów z „przeciętnym zdrowiem" po 5 latach od testu SHR odsetek zgonów był relatywnie wysoki – odpowiednio wśród kobiet 21,6% i 32,9% u mężczyzn. Czy Doktorantka proponuje jakąś hipotezę tłumacząco tę obserwację?

Z kolei, jednoczynnikowa analiza przy użyciu regresji proporcjonalnego hazardu Coxa wykazała w odniesieniu do obu płci istotnie statystycznie wyższe ryzyko zgonu w kategorii „zdrowie przeciętne" w porównaniu z kategorią „zdrowie dobre"; podobnie przy porównaniu podgrup ze „zdrowiem przeciętnym" *versus* podgrupy ze „zdrowiem złym". Jednakże korekta pod względem wieku ujawniła istotną statystycznie różnicę stopnia ryzyka zgonu wyłącznie pomiędzy podgrupami ze stanem zdrowia ocenionym jako „dobre" *versus* „złe", nadal dla obu płci. Czy ten wynik potwierdzałby hipotezę recenzentki, że kategoria SHR „zdrowie przeciętne" jest najmniej miarodajna? Pytanie do PT Doktorantki.

Z kolei analiza wieloczynnikowa przy użyciu regresji proporcjonalnego hazardu Coxa, w której uwzględniono 12 zmiennych istotnie statystycznie związanych z SHR (poza wiekiem, m.in., IADL, charakter pracy zawodowej, wielochorobowość, depresję, spożywanie alkoholu, aktywność fizyczną) doprowadziła do konkluzji, że SRH była niezależnym czynnikiem prognostycznym umieralności ogólnej wyłącznie u badanych kobiet deklarujących zły stan zdrowia w porównaniu z tymi ze zdrowiem dobrym. Wśród badanych mężczyzn nie stwierdzono natomiast istotnego związku poziomu SHR z umieralnością ogólną bez względu na raportowaną wcześniej kategorię stanu zdrowia. Można by postawić luźną tezę, że mężczyźni przywiązują mniejsza wagę do własnego zdrowia i dlatego nie są zdolni do adekwatnej oceny jego stanu. Jaka jest opinia Doktorantki w tej kwestii?

Kolejna publikacja cyklu – *Szybalska A, Broczek K, Slusarczyk P, Kozdron E, Chudek J, Puzianowska-Kuznicka M, Kostka T, M, Skalska A, Mossakowska M: Utilization of medical rehabilitation services among older Poles: results of the POlSenior study. Eur Geratr Med. 2018; 9(5): 669-677* – zawiera wyniki analizy korzystania z rehabilitacji medycznej przez 4813 badanych > 65 r.ż. w okresie 12 miesięcy poprzedzających ich udział w projekcie PolSenior. Okazało się, że udział w procesie rehabilitacji zadeklarował jeden na sześciu respondentów, przy czym akces malał wraz z narastającym wiekiem badanych; mniejszy udział w zabiegach rehabilitacyjnych zanotowano, co zrozumiałe, wśród mieszkańców wsi, niż miast; Odsetek korzystających z zabiegów wśród osób z wykształceniem wyższym był 2,5-krotnie wyższy, aniżeli u tych z wykształceniem podstawowym, zaś wśród pracujących w przeszłości umysłowo był 2-krotnie wyższy niż u pracowników fizycznych i aż 4-krotnie wyższy, aniżeli wśród rolników. Respondenci z orzeczeniem o niepełnosprawności 2-krotnie częściej korzystali ze świadczeń rehabilitacyjnych w porównaniu z osobami bez takiego orzeczenia. Także ankietowani odczuwający ból przewlekły istotnie częściej uczestniczyli w programach rehabilitacyjnych , niż osoby bez bólu (22,2% *vs.* 13.8%). Wykazano ponadto, że badani mniej sprawni w zakresie IADL rzadziej korzystali z rehabilitacji, niż osoby sprawne. Co zastanawiające, nie stwierdzono istotnej zależności pomiędzy występowaniem upadków, samoceną sytuacji ekonomicznej oraz samoceną stanu zdrowia (SHR) a korzystaniem z dobrodziejstw rehabilitacji.

W ostatniej z cyklu publikacji – *Szybalska A, Broczek K, Ślusarczyk P, Kozdroń E, Błędowski P, Chudek J, Mossakowska M: The utilization of health resort treatment services by older people in Poland – results of the PolSenior study. Gerontol Pol. 2018;26(1): 7-13* – Doktorantka przedstawiła wyniki analizy uczestnictwa badanych seniorów w pobytach uzdrowiskowych w ciągu trzech lat przed realizacją projektu PolSenior. Korzystanie z lecznictwa uzdrowiskowego zadeklarowało 10,7% wszystkich respondentów, przy czym ok. 25% z nich skorzystało ze świadczeń opłacanych zarówno ze środków publicznych, jak i własnych, przy czym ich liczba malała wraz z wiekiem. I ponownie, 2-krotnie częściej z możliwości wyjazdu do uzdrowiska korzystali respondenci z orzeczeniem o niepełnosprawności, mieszkańcy miast (3-krotnie częściej), osoby z wykształceniem wyższym aż 5-krotnie częściej niż ci z wykształceniem podstawowym, a pracujący w przeszłości umysłowo 2,5-krotnie częściej niż pracownicy fizyczni i 4-krotnie częściej aniżeli rolnicy.

Respondenci sprawni funkcjonalnie (ADL, IADL) częściej korzystali z pobytów w uzdrowiskach. Wieloczynnikowa analiza regresji logistycznej wykazała, że status zawodowy przed przejściem na emeryturę, występowanie bólu przewlekłego oraz samoocena zarówno sytuacji ekonomicznej, jak i stanu zdrowa nie były niezależnymi czynnikami warunkującymi korzystanie z lecznictwa uzdrowiskowego.

Opis wyników badań przedstawionych w rozprawie doktorskiej kończy podsumowanie analiz statystycznych zaprezentowane dodatkowo graficznie w postaci przejrzystych tabel nr 4 i 5.

I tak, analizy jednoczynnikowe wykazały, że do czynników istotnie statystycznie związanych ze wszystkimi analizowanymi zmiennymi grupującymi, czyli z SHR (samooceną stanu zdrowia), korzystaniem z rehabilitacji medycznej i korzystaniem z leczenia uzdrowiskowego należały: wiek, poziom wykształcenia, status zawodowy przed przejściem na emeryturę oraz stan funkcjonalny w zakresie ADL i IADL.

Ponadto SHR okazała się niezależnym czynnikiem prognostycznym umieralności ogólnej wyłącznie u kobiet o złym stanie zdrowia w porównaniu z kobietami o dobrym stanie zdrowia.

Z kolei wyniki wieloczynnikowych analiz regresji logistycznej wykazały, że do czynników oddziałujących na korzystanie zarówno z zabiegów rehabilitacyjnych, jak i leczenia uzdrowiskowego należały: wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności oraz stan funkcjonalny w zakresie IADL. Ból okazał się istotny tylko w odniesieniu do korzystania z rehabilitacji, ale już nie do leczenia uzdrowiskowego. Natomiast nie miała znaczenia dla uczestnictwa w obu formach leczenia wcześniejsza samoocena stanu zdrowia przez respondentów, co oznacza, że subiektywne postrzeganie jakości własnego zdrowia nie przekładało się w konsekwencji na udział w programach poprawiających stan zdrowia.

Na podkreślenie zasługuje fakt zastosowania, niezbędnego w populacyjnych badaniach epidemiologicznych, szerokiego panelu nowoczesnych narzędzi statystycznych. Poza wspomnianymi powyżej analizą regresji logistycznej, z prezentacją danych w postaci ilorazów szans, jednoczynnikową i wieloczynnikową analizą regresji proporcjonalnego hazardu Coxa, Doktorantka, w zależności od potrzeby, korzystała także z metody Kaplana-Meiera i testu *log-rank* oraz testu Chi^2 i testu Cochrana-Armitrage'a (*nb.* te nazwiska powinno się odmieniać).

W Dyskusji Doktorantka wykazała się biegłością merytoryczną i swobodą lingwistyczną, omawiając uzyskane przez siebie wyniki i porównując je z dostępnymi danymi literaturowymi. Piśmiennictwo w liczbie 151 pozycji, głównie z ostatniej dekady, w tym także pozycje z 2019 roku (z dominacją źródeł internetowych), ułożono w kolejności cytowania. Wnioski, wypływające z danych przedstawionych w trzech publikacjach, mają charakter uogólnionych stwierdzeń i mogą być traktowane jako klarowne wskazówki dotyczące metodologii dalszych badań nad populacją osób starszych, jak i wytyczne w zakresie koniecznych modyfikacji systemu opieki zdrowotnej nad seniorami.

We wszystkich trzech publikacjach ocenianego cyklu zastosowano typową dla publikacji naukowych strukturę tekstu, wykorzystano adekwatne źródła literatury tematu, w tym publikacje najnowsze. W opinii recenzentki w przypadku rozprawy doktorskiej w formie cyklu

prac, zwłaszcza jeśli ukazały się w recenzowanych czasopismach z listy *Journal Citation Reports*, należy uwzględnić fakt przejścia ocenianych prac przez tryb *peer-review*, co automatycznie pozostawia recenzentowi jedynie rolę wyrażenia subiektywnej oceny znaczenia opisanych wyników dla nauki i praktyki.

Podsumowując, podjęty przez Doktorantkę obszar badań naukowych należy uznać za bardzo ważki w kontekście rosnącej lawinowo populacji osób w wieku podeszłym i koniecznością stworzenia systemu kompleksowej opieki nad ich zdrowiem i ogólnym dobrostanem, włączając w to działania prewencyjne i rehabilitacyjne. Omawiana rozprawa autorstwa mgr Aleksandry Szybalskiej stanowi istotny wycinek opracowania wyników uzyskanych w trakcie projektu PolSenior-1. Badanie to, mające w swej strukturze, założeniach i zasięgu charakter pionierski, dostarczyło niezwykle cennej i przydatnej diagnozy w zakresie wielorakich aspektów sytuacji zdrowotnej i socjoekonomicznej starszych mieszkańców naszego kraju. Uzyskane w projekcie wyniki i obserwacje posiadają unikatowe walory poznawcze i praktyczne. Dały one asumpt do sformułowania nowatorskich zaleceń dla polityki zdrowotnej i społecznej wobec coraz liczniejszej w Polsce populacji seniorów. Będę z pewnością wyrazicielką powszechnej satysfakcji środowiska zajmującego się problemami osób w podeszłym wieku, że udało się po 10 latach w ramach Narodowego Programu Zdrowia pomyślnie zorganizować drugą edycję badań PolSenior-2, realizowanych w latach 2016–2020 roku. Porównanie aktualnych obserwacji z wynikami badania PolSenior-1 wskażą na dominujące trendy i wyzwania w zakresie sytuacji zdrowotnej osób w wieku podeszłym w Polsce oraz pozwolą zmodyfikować i poszerzyć działania profilaktyczne i interwencyjne w odniesieniu do tej populacji. Mamy też wszyscy nadzieję na możliwość prowadzenia w przyszłości longitudinalnych badań gerontologicznych.

W opinii recenzentki Doktorantka, mgr Aleksandra Szybalska, wykazała się bardzo dobrym opanowaniem warsztatu eksperymentalnego, dojrzałością, samodzielnością i inwencją oraz umiejętnością prowadzenia projektu naukowego we współpracy z innymi naukowcami, a także zdolnością do skutecznego zaprezentowania uzyskanych rezultatów własnych badań w postaci publikacji w wysoko punktowanych czasopismach naukowych.

Wniosek końcowy: Przedstawiona mi do recenzji rozprawa doktorska mgr Aleksandry Szybalskiej spełnia warunki określone w art.13 ust.1 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. Nr 65, poz. 595, z późn. zm. Dz. U. z 2017 r. poz. 1789), stanowi bowiem bezsprzecznie oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, a także wykazuje ogólną wiedzę teoretyczną Kandydatki w dyscyplinie nauki o zdrowiu oraz umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej. W związku z powyższym zwracam się do Wysokiej Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o przyjęcie pracy pt. "Czynniki socjodemograficzne a wybrane wskaźniki stanu zdrowia i korzystanie z rehabilitacji medycznej oraz lecznictwa uzdrowiskowego przez osoby w wieku 65 i więcej lat na podstawie badania PolSenior" jako rozprawy doktorskiej oraz dopuszczenie jej Autorki, mgr Aleksandry Szybalskiej, do dalszych etapów przewodu na stopień doktora nauk medycznych i nauk o

zdrowiu. Ze względu na wyjątkowo ważne walory poznawcze i praktyczne wnoszę jednocześnie o wyróżnienie powyższej rozprawy doktorskiej.

Wrocław, 3 marca 2020 r.

Prof. dr hab. Małgorzata Sobieszczańska

M. Sobieszczańska