



KATEDRA I KLINIKA GINEKOLOGII I ENDOKRYNOLOGII GINEKOLOGICZNEJ
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU
UNIwersytetu Medycznego w Lublinie

Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. n. med. Lechosław Putowski

20-049 Lublin
Al. Raławickie 23
tel. 81 261 18 32 86

Ocena pracy doktorskiej

Magister Romany Wróbel

pt.: „Ocena stanu biopsychospołecznego kobiet w okresie przedporodowym”

Magister Romana Wróbel w swojej rozprawie zaprzecza klasycznemu biomedycznemu modelowi opisującym stan kobiety przed porodem, skłaniając się ku modelowi biopsychospołecznemu. Takie ujęcie problemu podkreśla znaczenie kombinacji trzech rodzajów czynników: biologicznego, psychologicznego i społecznego w postrzeganiu odmiennego stanu jakim jest ciąża. Podejście to pozwala więc na pełniejsze zrozumienie czynników mających wpływ na zapewnienie dobrostanu kobiety ciężarnej, zaspokojenie jej odczuć i oczekiwań związanych w tym wypadku ze sposobem rozwiązania ciąży. Jednym z problemów z którym spotyka się ciężarna, a przez to jej lekarz jest odpowiedź na pytanie: poród siłami natury, czy też poród poprzez cięcie cesarskie?

Odpowiedź na to pytanie jest dla pacjentki i jej rodziny nie tylko wypadkową czynników, które można określić mianem modelu biomedycznego. Ten model bliższy jest osobom, które postrzegają zbliżające się rozwiązanie ciąży w aspekcie szeregu okoliczności, które definiowane są przez stan organizmu matki i dziecka w okresie bezpośrednio przed porodem. Pozostaje jednak dodatkowy zespół elementów, takich jak czynniki psychologiczne, środowiskowe, a także społeczne. Ich rola w dzisiejszych czasach systematycznie się zwiększa, pozostając nie bez wpływu na oczekiwania pacjentki. Tak szeroki zespół czynników wpływający na organizm kobiety określa się je wspólnym mianem modelu biopsychospołecznego. Przyjęcie tego modelu pozwala na pełniejsze zrozumienie kobiety, która znalazła się przed trudną decyzją dotyczącą sposobu rozwiązania ciąży.

Próba wytłumaczenia zmian w ciąży, jako efekt braku kontroli umysłu nad sposobem radzenia sobie z życiem i stresem stanowi inne podejście do odmiennego stanu, który przecież nie jest patologią. Nie jest to jedyny problem, którym zajęła się mgr Romana Wróbel w swojej rozprawie, chociaż omówienie tego zagadnienia stanowi zasadniczą część rozdziału będącego wstępem we wspomnianej pracy. W rozdziale tym zwraca uwagę filozoficzne podejście Doktorantki do odczuć kobiety ciężarnej.

Przedstawiona rozprawa doktorska rozpoczyna się od spisu treści i wykazu skrótów, po którym następuje typowy układ obejmujący wstęp, cel pracy, materiał i metodę, wyniki, dyskusję, wnioski, streszczenie w języku polskim i angielskim oraz piśmiennictwo, na które powołuje się autorka. Rozprawę kończy aneks zawierający spis rycin i tabel, kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej, Skalę Źródła Wsparcia Społecznego, skróconą wersję Kwestionariusza McGilla, Kwestionariusz Lęku Porodowego i Skalę Wsparcia Społecznego.

Rozprawa została umieszczona na 119 stronach maszynopisu. Piśmiennictwo liczy 195 pozycji literaturowych. Wyniki zestawiono w 90 tabelach. Ponadto w pracy umieszczono 2 ryciny, a całość zakończono wspomnianym powyżej aneksem liczącym 32 strony.

Poniżej omówię poszczególne części rozprawy wskazując na wątpliwości, które nasunęły się podczas lektury poszczególnych części.

Praca zawiera bardzo obszerny wstęp, co jednak nie uważam za wadę. We wstępie Pani magister Romana Wróbel omówiła dokładnie zmiany, jakim ulega organizm kobiety w okresie ciąży, jednak nie uchroniła się błędów związanych z wczesnym jej okresem, czyli jednak jeszcze przed implantacją, które przez autorkę zostały zaliczone do okresu zmian obserwowanych w ciąży, a nimi przecież nie są. Ponadto (str. 10) długość trwania ciąży określa się jako 10 miesięcy od momentu poczęcia. Omówienie wcześniejszych okresów ciąży, jakkolwiek zgodne z umownym czasem trwania ciąży nie jest przedmiotem pracy.

Nieścisłości pojawiają się również w dalszej części wstępu (str. 11), gdzie na przykład definiując poród fizjologiczny autorka mówi o porodzie jedynie w położeniu główkowym. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że położenia miednicowego płodu nie można traktować jako patologii.

Celem pracy było poznanie stanu biopsychospołecznego kobiet w okresie 7 dni przed spodziewanym porodem, na co składała się ocena lęku porodowego, ocena wsparcia społecznego, ocena bólu i dolegliwości somatycznych. Grupę badaną podzielono na ciężarne oczekujące na poród siłami natury i przed spodziewanym rozwiązaniem cięciem cesarskim. W badaniu zastosowano Kwestionariusz Lęku Poporodowego (KLP II) opracowany przez Leszka Putyńskiego i Mariusza Paciorka, Kwestionariusz Źródła Wsparcia Społecznego opracowany przez Michaela Nielanda, Skali Wsparcia Społecznego - Danuty Zarzyckiej, wersji skróconej Kwestionariusza Bólowego McGilla, a także autorską ankietę, która dotyczyła danych socjogeograficznych i przeszłości położniczo-ginekologicznej.

W rozdziale **Metody statystyczne** pragnę zwrócić uwagę na niejasne sformułowanie „cecha ilorazowa” (str. 37).

W rozdziale **wyniki** Autorka stosuje pojęcia takie jak: najczęściej, najwięcej, większość, czy zdecydowana większość. Nie są to sformułowania jasne, w świetle przeprowadzonej prawidłowo analizy statystycznej.

Omawiając tabelę 3. wprowadzono niejasne sformułowanie „ W kohorcie B-1 odnotowano więcej kobiet w wieku 18-25 lat”, co sugeruje przeprowadzenie analizy w oparciu jedynie o liczbę n. Ponieważ nie jest jasne w jaki sposób przeprowadzono

randomizację, trudno się zgodzić z takimi wnioskami. Prawidłowo powinno się analizować odsetek kobiet w poszczególnych przedziałach wiekowych.

Tabele 17 jest powtórzeniem tabeli 18 i nie wnosi nowych treści.

W analizie niektórych tabel (np. tabela 32) zwraca uwagę zastosowanie czasu przeszłego np. „z instytucji przedszkola częściej korzystały” a nie „korzystałyby”. Stwarza to wrażenie, że badanie wykonano później, czyli po porodzie.

W interpretacji Doktorantki wyższe uczucie lęku porodowego towarzyszyło badanym, które poszukiwały informacji na temat rozwoju dziecka i wpływu używek na przebieg ciąży w porównaniu do kobiet, które nie interesowały się tego typu informacjami. Powstaje więc pytanie, czy nie jest tak, że w wyniku na skutek wejścia w posiadanie informacji na temat rozwoju dziecka, nie indukowały u siebie wyższego poziomu lęku (Tabela 70)? Analogiczne pytanie nasuwa się podczas analizy tabeli 71 i 72.

Cenne i zastanawiające jest to, że wyższy poziom lęku towarzyszył kobietom odbywającym wizyty w ramach umowy z NFZ, a nie finansowanych ze środków własnych. Dotyczy to jednak ciężarnych, u których rozwiązanie ciąży zaplanowano drogą cięcia cesarskiego (tabela 75).

Wyniki zaprezentowane w tabeli 78-80 mogą mieć natomiast niebagatelne znaczenie społeczne. Kobiety, które mające duże wsparcie społeczne, a u których planowano rozwiązanie cięciem cesarskim cechowały się mniejszym lękiem przed zbliżającym się porodem. Podobnego trendu nie zaobserwowano w grupie kobiet, które miały rodzić siłami natury (tab. 78-80).

Badanie leku przed porodem zdominowało początek **dyskusji**. Lęk przed porodem został dokładnie przedyskutowany w oparciu o dostępną literaturę przedmiotu.

W wyniku badań własnych wskazano na silną potrzebę objęcia programem wsparcia grupy ciężarnych żyjących w kohabitacji.

W rozdziale dyskusja Autorka stwierdza, że w publikacji Marylowskiej-Topolskiej i wsp. najwyższy poziom lęku notowany jest w trzecim trymestrze ciąży. Jakkolwiek jest to zgodne z prawdą to podobnych badań nie przeprowadzono w ocenianej rozprawie doktorskiej. Tak więc te wyniki badań „nie zostały potwierdzone” przez autorkę rozprawy.

Oczekiwać należy, że wyższy poziom leku będzie występował u kobiet rodzących po raz pierwszy. Wyniki badań własnych Pani mgr Romany Wróbel nie wykazywały jednak istotności statystycznej, która została stwierdzona przez badaczy prowadzących podobne badania w innych grupach etnicznych (hinduski). Wyraźnie wskazuje to na odmienności populacji polskiej.

Zadziwiające jest to, że kobiety, u który planowano wykonanie cięcia cesarskiego w poszukiwanych informacjach koncentrowały się na wskazaniach i przeciwwskazaniach

do takiego rozwiązania ciąży, przebiegu samego zabiegu, rekonwalescencji, natomiast pacjentki które miały rodzić siłami natury częściej wybiegały myślami poza okres porodu.

Za niepokojący, aczkolwiek bardzo istotny fakt należy uznać źródła. W których respondentki szukały informacji na temat porodu. W wynikach własnych autorki zwraca uwagę skłonność do poszukiwania informacji na temat porodu w powszechnie dostępnym „Internecie”, co oczywiście nie zawsze pozwala na uzyskanie rzetelnych informacji i raczej przypomina „grzebanie w śmietniku”. Pomimo, że drugim źródłem informacji jest lekarz wskazane by było zwrócenie uwagi pacjentek na możliwości pozyskania rzetelnej wiedzy medycznej.

Drugim istotnym elementem, który podnosi Doktorantka w swojej rozprawie jest konieczność zwiększenia roli położnej, jako źródła wiedzy dla ciężarnych. Przyczyny mniejszego udziału tej grupy w przekazywaniu informacji pacjentkom została szczegółowo omówiona w rozdziale dyskusja.

Na podkreślenie zasługuje też fakt pozytywny wpływ wsparcia społecznego na samopoczucie kobiet rodzących. Jak należy się spodziewać statystycznie wyższego wsparcia oczekiwały kobiety przygotowujące się do rozwiązania cięciem cesarskim i tu też oczekiwania kobiet zostały zaspokojone w większym stopniu.

Za interesujące uważam wykazanie uzależnienia wsparcia społecznego w zależności od planowanego sposobu zakończenia ciąży. Badania takie stanowią oryginalny wkład Autorki. Badania tego typu nie były dotychczas prowadzone. Na większe wsparcie społeczne mogły liczyć pacjentki po przebytym cięciu cesarskim w poprzedniej ciąży, co można traktować, jako oryginalny wkład autorki w badany temat. Nie ulega wątpliwości, że w grupie zakwalifikowanych do cięcia cesarskiego wyższe wsparcie społeczne, szczególnie ze strony męża przyczynia się do obniżenia poziomu lęku przed zbliżającym się rozwiązaniem ciąży.

Wnioski z badań przedstawione przez Autorkę w liczbie 6 odpowiadają w pełni założeniom dysertacji badawczej i wskazują przede wszystkim na dużą rolę wsparcia społecznego w zmniejszeniu lęku przed zbliżającym się porodem. Autorka nie uniknęła sformułowań typowych dla rozdziału, gdzie dyskutuje się wyniki badań, a nie podsumowuje, jak na przykład: wniosek nr 2 „Może być to jedna z przyczyn...”, wniosek nr 4 „Wbrew powszechnym opiniom...”, wniosek 6 „W obliczu zaprezentowanych badań...”. Ponadto uważam, że wniosek nr 6, jakkolwiek słuszny i wypływa z przeprowadzonych badań, to jest zbyt daleko idący.

W Streszczeniu, w akapicie „Wnioski” pojawia się zdanie, które nie powinno się tam znaleźć: „Każda ze sfer prawidłowego funkcjonowania ciężarnej jest wzajemnie od siebie uzależniona.”.

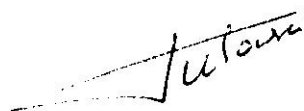
Doktorantka w dysertacji odwołuje się do piśmiennictwa polskiego i anglojęzycznego. Pragnę zwrócić jedynie uwagę na zły zapis pozycji literaturowej nr 195.

Przedstawione powyżej uwagi w żadnym stopniu nie umniejszają mojej wysokiej oceny przygotowanej przez mgr Romanę Wróbel rozprawy doktorskiej. Liczne sugestie,

przemyślenia, i przedstawione przeze mnie komentarze, które nasuwają się podczas lektury wskazują na fakt, że praca zaciekawia i rodzi ogromną ilość nowych idei. Stanowi o tym właściwie dobrany temat, prawidłowo przeprowadzone badanie, a także właściwie przeprowadzona dyskusja uzyskanych wyników. Doktorantka krytycznie podchodzi do zastosowanych przez siebie metod badawczych, wskazując na konieczność prowadzenia dalszych badań. Reasumując, praca ma wysoką wartość poznawczą i ważną dla praktyki nie tylko pielęgniarstwa. Wyniki powinny zostać udostępnione położnym i lekarzom położnikom świadczącym opiekę nad kobietą ciężarną.

Podsumowując, na podstawie przedstawionej mi do oceny rozprawy doktorskiej Pani mgr Romany Wróbel pt.: „Ocena stanu biopsychospołecznego kobiet w okresie przedporodowym”, po jej wnikliwym przeczytaniu stwierdzam, że praca stanowi samodzielne i oryginalne dzieło oraz spełnia wszelkie wymagania stawiane rozprawom na stopień naukowy doktora. Na podstawie przedstawionej rozprawy mogę stwierdzić, że Kandydatka wykazała się oryginalnym rozwiązaniem problemów naukowych, wykazała się ogólną wiedzą teoretyczną oraz umiejętnościami samodzielnego prowadzenia badań naukowych.

Mam więc zaszczyt przedstawić Wysokiej Radzie Wydziału Medycznego, Uniwersytetu Rzeszowskiego pozytywną ocenę rozprawy wraz z wnioskiem o dopuszczenie Pani mgr Romany Wróbel do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ułtowa'.