

UNIWERSYTET MEDYCZNY W LUBLINIE

Wydział Nauk o Zdrowiu

KATEDRA ROZWOJU POŁOŻNICTWA

Zakład Opieki Specjalistycznej w Położnictwie

20-081 Lublin, ul. Staszica 4/6

tel. +48 81 448-68-40; +48 81 448-68-42; +48 603 234 560

e-mail: grazyna.iwanowicz-palus@umlub.pl
spupalus@gmail.com

Lublin, dn. 22.05.2023r.

Dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus, prof. UM

Kierownik Zakładu Opieki Specjalistycznej w Położnictwie

Katedry Rozwoju Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**Recenzja rozprawy doktorskiej na stopień doktora nauk medycznych i nauk
o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu mgr SYLWI
LISOWSKIEJ**

***„UWARUNKOWANIA DECYZJI O MEDYKALIZACJI PORODU
FIZJOLOGICZNEGO PODEJMOWANE PRZEZ RODZĄCE I WPŁYW
TYCH DECYZJI NA PRZEBIEG PORODU”***

**wykonana pod kierunkiem promotora prof. dr hab. Jolanty Jaworek
w Zakładzie Fizjologii Medycznej w Instytucie Fizjoterapii Wydziału Nauk
o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (*Dz. U. z 11 września 2018 r. poz. 1756 z późn. zm.*) jest polskim standardem opieki okołoporodowej – opieki sprawowanej w czasie ciąży, podczas porodu fizjologicznego, porodu oraz opieki nad noworodkiem.

Ten polski standard opieki okołoporodowej, określa poszczególne elementy opieki medycznej mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.

Medykalizacja opieki okołoporodowej jest traktowana głównie jako rozszerzająca się dominacja profesji medycznej nad naturalnym i niepatologicznym zjawiskiem, jakim jest poród oraz jako proces, w wyniku którego naturalne zdarzenia wpisane w życie każdego człowieka traktowane są jako problemy medyczne, wymagające medycznej diagnozy i kontroli z położeniem nacisku na ryzyko, patologię i leczenie.

W polskich szpitalach standardowo stosuje się wiele interwencji medycznych, które mają na celu przyspieszenie porodu i usprawnienie jego przebiegu. Środki farmakologiczne podawane pacjentkom mają dać możliwość pełnego kontrolowania sytuacji – od pierwszej do ostatniej fazy porodu. Ową zdolność do kontroli odczytuje się powszechnie raczej w kategoriach gwarancji bezpieczeństwa dla rodzącej i noworodka niż jako manipulację naturalnego procesu, jakim jest poród.

W kontekście medykalizacji porodu należy wspomnieć o prawie kobiet rodzących do wyrażania świadomej i swobodnej zgody na interwencje medyczne. Podczas porodu kobiety mają możliwość decydowania o wyborze metod medykalizacji porodu lub też rezygnują z nich wybierając np. naturalne metody radzenia sobie z bólem porodowym. Decyzje te opierają się na doświadczeniach, oczekiwaniach i odczuciach związanych z porodem.

Prawo do pełnej informacji w połączeniu z świadomym i swobodnym podejmowaniem decyzji daje rodzącej nie tylko poczucie sprawstwa, ale również doktorantce przesłankę do badań w przedmiotowym zakresie.

W świetle powyższych danych tematyka badawcza podjęta przez autorkę niniejszej rozprawy doktorskiej wydaje się być uzasadniona.

Charakterystyka i ocena formalna rozprawy doktorskiej

Przedstawiona do oceny praca doktorska ma formę jednostronnego wydruku komputerowego w twardej oprawie zawierającego 103 ponumerowane strony, w tym zasadniczego tekstu 77 stron. Pozostałą część pracy stanowi streszczenie w języku polskim (s. 5-6) i w języku angielskim (s. 7-8), spis piśmiennictwa (s. 78-92), spis tabel (s. 93-94) oraz aneks zawierający kwestionariusze ankiety z formularzem zgody (s. 95-103).

W tekście rozprawy zamieszczono 21 tabel. Lista piśmiennictwa zawiera 168 opisów bibliograficznych. W części początkowej pracy znajduje się dwustronicowy spis treści, pozwalający szybko odnaleźć potrzebny fragment, a jednocześnie dający ogólną orientację w treści rozprawy oraz wykaz skrótów stosowanych w pracy.

Struktura pracy jest dość typowa dla prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Pracę rozpoczyna 2. Streszczenie pracy (w języku polskim i angielskim) część teoretyczna stanowiąca przegląd literatury przedmiotu (3. Wstęp, w tym: 3.1. Poród fizjologiczny; 3.2. Medykalizacja porodu; 3.3. Obszary medykalizacji porodu; 3.4 Hormonalne uwarunkowania porodu), a w dalszych częściach rozprawy odnajdujemy: 4. Założenia badań własnych; 5. Wyniki badań; 6. Dyskusję; 7. Wnioski; 8. Piśmiennictwo; 9. Spis tabel; 10. Aneks.

W numeracji rozdziałów i podrozdziałów zastosowano system dziesiętny. Struktura pracy jest przejrzysta i logiczna, została zachowana właściwa proporcja poszczególnych elementów.

Poszczególne części są koherentne i zgodne ze swoimi tytułami. Treść pracy zgodna z tytułem dysertacji.

Język pracy odpowiada regułom języka polskiego. Konstrukcje gramatyczne zdań są poprawne i jasne, także w przypadku długich zdań złożonych. Tekst został sformatowany w akapity, z zachowaniem konsekwencji edytorskiej w zakresie wcięć i rozmieszczenia głównych partii treści. Odstępy międzywierszowe są stałe. Edytorsko praca jest bardzo staranna, czytelna, ilustrowana tabelami.

Charakterystyka i ocena merytoryczna rozprawy doktorskiej

Wstęp pracy napisany w oparciu o przegląd poprawnie dobranych 168 pozycji piśmiennictwa wprowadza czytelnika w zagadnienia będące przedmiotem badań i uzasadnia jej założenia. W rozdziale tym, Autorka przedstawia krótką prezentację porodu fizjologicznego, medykalizacji porodu (*definicję medykalizacji, medykalizację porodu fizjologicznego, historię medykalizacji porodu, demedykalizację porodu, czynniki wpływające na podjęcie decyzji*), obszary medykalizacji porodu (*stymulacja porodu i indukcja porodu*) oraz hormonalne uwarunkowania porodu (*oksytocyna, endorfiny, kortyzol, adrenalina*).

Należy podkreślić, że opracowanie treści części teoretycznej jest syntetyczne i komunikatywne. Rozważania Autorki są dobrze wyrażone, opierają się na właściwie dobranych materiałach źródłowych. Doktorantka wykazała się umiejętnością posługiwania się cytowanym piśmiennictwem uwzględniającym wiodący udział obcojęzycznych pozycji medycznych związanych z tematem dysertacji.

Podsumowując, recenzent stwierdza, że Autorka dokonując opisu dotychczasowego stanu wiedzy, uzasadniła potrzebę podjęcia przedstawionej wyżej tematyki badawczej, a praca spełnia wymagane w tym zakresie od rozpraw doktorskich kryteria istotności i poprawności rzeczowej.

Część badawczą rozprawy rozpoczyna prezentacja celu głównego badania, którym była ocena zaangażowania rodzących kobiet w podejmowanie decyzji o wyborze metod medykalizacji lub rezygnacji z interwencji medycznych w przebieg porodu oraz próba określenia zależności między podejmowaniem decyzji o wyborze metody medykalizacji porodu bądź jej zaniechaniu, a stężeniem we krwi wybranych hormonów wpływających na przebieg porodu i biorących udział w reakcji stresowej.

Doktorantka sformułowała 7 pytań badawczych i odpowiadających im 7 hipotezy badawczych.

Pytania badawcze:

- 1) Czy wiedza o przebiegu porodu wpływa na proces podejmowania przez rodziców decyzji o wyborze medykalizacji porodu lub rezygnacji z interwencji medycznych w trakcie porodu?
1. Czy wiedza o metodach medykalizacji porodu wpływa na wybór metody interwencji medycznych lub rezygnację z medykalizacji podczas porodu przez rodziców?

2. Czy postęp porodu ma wpływ na decyzję o wyborze medykalizacji porodu lub jej zaniechaniu?
3. Czy możliwość podejmowania decyzji dotyczących wyboru medykalizacji porodu lub rezygnacji z tych metod wpływa na satysfakcję z porodu?
4. Jaki rodzaj medykalizacji wybierany jest najczęściej i czy rodzaj zastosowanej metody medykalizacji porodu różni się u pierworódek i wieloródek?
5. Czy poczucie własnej skuteczności, przekonania o kontroli bólu, intensywność odczuwanego bólu oraz czas trwania porodu ma wpływ na podjęcie decyzji o medykalizacji?
6. Czy podjęta przez kobiety decyzja o medykalizacji porodu lub jej zaniechaniu wpływa na osoczowe stężenia wybranych hormonów związanych z przebiegiem akcji porodowej i stresu?

Hipotezy badawcze:

- 1) Wiedza o przebiegu porodu, pochodząca z profesjonalnych źródeł, wpływa na podjęcie decyzji o rezygnacji ze stosowania medykalizacji podczas porodu.
- 2) Wiedza o stosowanych podczas porodu metodach medykalizacji wpływa na wybór preferowanej metody medykalizacji porodu.
- 3) Częściej z medykalizacji porodu rezygnują rodzące, u których obserwuje się szybki postęp porodu.
- 4) Możliwość podejmowania decyzji dotyczących wyboru medykalizacji porodu lub rezygnacja z tych metod zwiększa satysfakcję z porodu.
- 5) Najczęściej wybieranym sposobem medykalizacji zarówno przez pierworódki jak i wieloródki jest znieczulenie zewnątrzoponowe.
- 6) Kobiety, które mają wyższe poczucie własnej skuteczności i są przekonane o tym, że same poradzą sobie z dolegliwościami częściej rezygnują z metod medykalizacji porodu. Na decyzję o rezygnacji z medykalizacji porodu może wpływać niższy poziom bólu podczas porodu i szybki przebieg porodu.
- 7) Decyzja rodzących o stosowaniu lub zaniechaniu medykalizacji porodu wpływa na osoczowe stężenia hormonów odpowiedzialnych za przebieg akcji porodowej i obniża poziom hormonów stresu.

Badania przeprowadzono w okresie od maja 2017 roku do stycznia 2019 roku, wśród 107 kobiet – pacjentek hospitalizowanych w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego w Krakowie.

Do badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety oraz analizę dokumentacji medycznej pacjentek (I etap badania) i badania biochemiczne (II etap badania). Zastosowano autorski kwestionariusz ankiety i trzy standaryzowane kwestionariusze:

- Kwestionariusz Przekonań na Temat Kontroli Bólu (Beliefs About Pain Control Questionnaire BPCQ).

- Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (Generalized Self Efficacy Scale GSES)
- Skala Oceny Bólu (VAS) jest to skala wizualno-analogowa (Visual Analogue Scale VAS).

Analiza dokumentacji pozwoliła na zgromadzenie informacji dotyczących przebiegu porodu: stopnia rozwarcia szyjki macicy, przebiegu czynności skurczowej macicy, daty i godziny porodu, występowania obrażeń poporodowych, czasu trwania I, II i III okresu porodu, leków stosowanych podczas porodu oraz powikłań.

Przeprowadzono także badania biochemiczne obejmujące pomiar stężeń w osoczu krwi hormonów: kortyzolu, beta-endorfiny, oksytocyny i adrenaliny.

Do badań włączono kobiety, które spełniały określone kryteria włączenia:

- poród fizjologiczny między 37-42 tygodniem trwania ciąży
- poród w położeniu podłużnym główkowym
- prawidłowy przebieg ciąży
- brak chorób przewlekłych: chorób związanych z ciążą (np. cukrzyca, nadciśnienie, choroby tarczycy)
- świadoma zgoda na badanie.

Kryteria wyłączenia z badania stanowiły:

- brak zgody na badanie
- poród przedwczesny (między 22 a 36 tygodniem trwania ciąży)
- nieprawidłowy przebieg ciąży
- choroby przewlekłe rodzącej
- planowane rozwiązanie ciąży przez cięcie cesarskie

W przebiegu drugiego etapu badania do badanej grupy włączono respondentki, które spełniły następujące kryteria włączenia do badania: - zgoda na badanie

- poród prawidłowy
- poród w położeniu podłużnym główkowym
- prawidłowy przebieg porodu
- prawidłowo pobrana, oznakowana i zabezpieczona próbka krwi.

Kryteria wyłączenia z badania:

- brak zgody na badanie
- cięcie cesarskie
- poród przedwczesny
- nieprawidłowy przebieg porodu
- nieprawidłowo pobrana, oznakowana i niezabezpieczona próbka.

Dobór metod i technik badawczych oceniam jako trafny, korespondujący z postawionym celem badań. Zastosowanie odpowiednich narzędzi, przyniosło interesujący poznawczo i ważny ze względów praktycznych materiał badawczy.

Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej oraz obowiązującymi regulacjami prawnymi. Ponadto projekt badań uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (Opinia numer 122.6120.316.2016 z dnia 23 lutego 2017 roku).

Aby zobiektywizować wyniki badań, doktorantka poddała je analizie statystycznej stosując odpowiednie metody, na właściwym poziomie istotności. Dobór metod statystycznych uważam za prawidłowy, odpowiedni do zakresu przeprowadzonych badań.

Wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej wykorzystując pakiet statystyczny Statistica 12,5. Analizę zmiennych ilościowych przeprowadzono wyliczając średnią, odchylenie standardowe, medianę oraz kwartyle. Analizę zmiennych jakościowych przeprowadzono wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości.

Do oceny zależności zmiennych jakościowych min. socjodemograficznych, metod medykalizacji porodu oraz charakterystyki przygotowania badanych do porodu wykorzystano test χ^2 . Zastosowano analizy nieparametryczne ze względu na małą liczbę badanych w części grup, a wyniki zostały zaprezentowane jako mediany, odchylenia standardowe, średnie, dolny i górny kwartył. Różnice między dwoma niezależnymi grupami poddano analizie statystycznej z zastosowaniem testu U Manna-Whitneya.

Korelację Pearsona wykorzystano do przetestowania związków między stężeniami hormonów we krwi, a poziomem bólu (skalą VAS), skalą uogólnionej własnej skuteczności (skala GSES) i przekonaniem na temat kontroli bólu (kwestionariuszem BPCQ).

Podsumowując stwierdzam, że zarówno zastosowana metodyka badań oraz metody i narzędzia analizy statystycznej spełniają kryteria poprawności warsztatu naukowego i bardzo dobrej praktyki klinicznej. Doktorantka zrealizowała założone cele badawcze.

Wyniki badań zostały przedstawione opisowo na 30 stronach maszynopisu, uzupełnione 21 tabelami, co ułatwia przekaz i odbiór treści.

W podsumowaniu analizy uzyskanych wyników badań własnych Autorka sformułowała 7 wniosków szczegółowych wynikających z badań.

1. Na decyzję o medykalizacji porodu ma wpływ liczba przebytych ciąży i porodów; im większa ich liczba, tym częściej zapada decyzja o rezygnacji z medykaliczacją porodu.
2. Wiedza o stosowanych metodach medykalizacji porodu wpływa na wybór metody medykaliczacją porodu. Najczęściej wybieraną metoda medykaliczacją było znieczulenie zewnątrzoponowe .
3. Im bardziej zaawansowany był poród oceniany na podstawie stopnia rozwarcia szyjki macicy, tym częściej rodzące rezygnowały z zastosowania medykaliczacją porodu.

4. Podjęcie przez kobiety decyzji o medykalizacji porodu lub zaniechaniu medykalizacji zwiększało satysfakcję z porodu. Nie wykazano jednak istotnej różnicy opinii, pomiędzy kobietami które korzystały z medykalizacji i tymi, które jej nie stosowały.
5. Rodzaj zastosowanej medykalizacji różnił się u pierworódek w porównaniu z wieloródkami; oksytocyna podawana była częściej wieloródkom, rzadziej pierworódkom, natomiast łagodzenie bólu z zastosowaniem znieczulenia zewnątrzoponowego było częściej wybierane przez pierworódki.
6. Na decyzje podejmowane podczas porodu wpływały dolegliwości bólowe i sposoby radzenia sobie z nimi. Częściej o medykalizacji porodu decydowały kobiety, według których kontrola bólu porodowego wynikała z wpływu przypadkowych zdarzeń.
7. Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic w średnich osoczowych stężeniach adrenaliny, p-endorfiny, kortyzolu i oksytocyny, pomiędzy kobietami które zdecydowały o medykalizacji porodu a tymi, które z niej zrezygnowały.

Na podkreślenie zasługuje oryginalność pracy, ale także jej wartość praktyczna, dlatego też z jej uniwersalnymi tezami powinni zapoznać się przyszli beneficjenci kolejnych projektów naukowo-badawczych w przedmiotowym zakresie.

O oryginalności rozwiązania danego problemu naukowego stanowi przede wszystkim empiryczna część pracy i podsumowując tę część, pragnę podkreślić, że wyniki zostały opracowane poprawnie i nie budzą zastrzeżeń merytorycznych.

W dalszej części pracy, następuje krytyczna dyskusja wyników własnych na tle badań już opublikowanych, w jakiej części są one zgodne, a w jakiej dostarczają wyników różnych od tych w dostępnych publikacjach i czym można te różnice wytłumaczyć. Im praca więcej wnosi nowych oryginalnych elementów metodycznych tym szerzej należałoby je tutaj omówić, co też uczyniła Doktorantka i potwierdziła tym samym przygotowanie do prowadzenia działalności naukowo-badawczej.

Streszczenia, zarówno polskojęzyczne, jak i w języku angielskim, odpowiadają zawartości rozprawy i pozwalają szybko zorientować się w jej treści.

Lista bibliografii załącznikowej (piśmiennictwa) zawiera 168 opisów bibliograficznych. Autorka zastosowała typowy dla publikacji w czasopismach bio-medycznych sposób sporządzania bibliografii załącznikowej według kolejności cytowania w tekście. Jest to rozwiązanie typowe i zalecane dla artykułów w czasopismach, jednak w publikacjach o charakterze zwartym, a takim jest praca doktorska, celowym i praktycznym wydaje się zachowanie w bibliografii załącznikowej kolejności alfabetycznej. Rozwiązaniem alternatywnym, mogło być uzupełnienie pracy o alfabetyczny indeks nazwisk cytowanych autorów.

Należy jednak podkreślić, że bibliografia jest starannie dobrana. Zwraca uwagę takt, że literatura pochodzi głównie z ośrodków zagranicznych, ale również polskich, tym samym

autorka analizuje dane związane z prowadzonymi przez nią badaniami zarówno o charakterze międzynarodowym, uniwersalnym, jak i lokalnym. Pod względem merytorycznym dobór pozycji piśmiennictwa jest prawidłowy, adekwatny do omawianego tekstu i myśli Autorki.

Podsumowanie i wniosek końcowy recenzenta

Przedstawiona dysertacja doktorska posiada bardzo mocne, pozytywne strony, do których należy przede wszystkim:

- trafny wybór tematu, uwzględniający wagę problematyki badawczej, w której istnieje niedostatek wiedzy oraz potrzeby praktyczne
- obszar badań wpisujący się w nurt rozwoju dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu
- samodzielne rozwiązanie problemu badawczego – co przemawia za przygotowaniem Doktorantki do prowadzenia działalności naukowo-badawczej.

Opierając się na całościowej ocenie - stwierdzam, że Autorka, przedstawionej mi do recenzji dysertacji, wykazała się umiejętnością prowadzenia pracy naukowej, właściwym doborem materiału, także rzetelnym i sumiennym podejściem do otrzymanych wyników, jak również niezbędnym w pracy naukowej krytycznym i zwięzłym spojrzeniem na otrzymane wyniki. Autorka wykazała się dużą umiejętnością myślenia syntetyczno-analitycznego oraz dojrzałością naukowca w zakresie krytycznego spojrzenia na swoje badania i badania innych.

Podsumowując, należy podkreślić, iż przedstawiona do recenzji praca stanowi przykład bardzo interesującego opracowania naukowego. W swojej pracy Doktorantka udowodniła, iż potrafi dokonać właściwego doboru w szerokim zakresie metod badawczych, pozwalających na prawidłowe rozwiązanie postawionego celu pracy. Wysoko oceniam nie tylko walory naukowe i poznawcze przedstawionej do recenzji dysertacji, ale również wiedzę i umiejętności praktyczne Doktorantki, które w niniejszej pracy zostały ujawnione.

W mojej opinii oceniana praca spełnia wymagane od rozpraw doktorskich kryteria istotności i poprawności rzeczowej.

Stwierdzam, że rozprawa doktorska mgr Sylwia Lisowska pt.: „*Uwarunkowania decyzji o medykalizacji porodu fizjologicznego podejmowane przez rodzące i wpływ tych decyzji na przebieg porodu*”, spełnia wymogi stawiane rozprawom naukowym na stopień doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu określone w *Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 19 stycznia 2018r. w sprawie szczegółowego trybu i warunków przeprowadzania czynności w przewodzie doktorskim, w postępowaniu habilitacyjnym oraz postępowaniu o nadanie tytułu profesora* (Dz.U. 2018 poz. 261) w związku z art. 179 ust. 1 *Ustawy z dnia 3 lipca 2018r. Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* (Dz. U. z 2018 poz.

1669), stanowiąc oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, a Doktorantka wykazała się ogólną wiedzą teoretyczną w danej dziedzinie i dyscyplinie naukowej oraz posiada umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej.

Mam więc zaszczyt przedłożyć Radzie Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie moją pozytywną ocenę rozprawy wraz z wnioskiem o dopuszczenie Doktorantki mgr Sylwii Lisowskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus, prof. UM
Kierownik Zakładu Opieki Specjalistycznej w Położnictwie
Katedry Rozwoju Położnictwa
WNoZ UM w Lublinie