

II KLINIKA NEONATOLOGII
Dr hab. n.med. Tomasz Szczapa, Prof. UMP
GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY SZPITAL
KLINICZNY
60-535 POZNAŃ UL. POLNA 33
☎(48) 61-8419409, FAX (48) 61-8419650
e-mail:tszczapa@ump.edu.pl



II DEPARTMENT OF NEONATOLOGY
Tomasz Szczapa, MD PhD, Associate Professor
POZNAŃ UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES
60-535 POZNAŃ, UL. POLNA 33, POLAND
☎ (48)61-8419409, FAX: (48)61-8419650
e-mail:tszczapa@ump.edu.pl

Recenzja pracy w przewodzie doktorskim

mgr Katarzyny Nowakowskiej-Brewki

p.t.: „Świadomość i realizacja zachowań prozdrowotnych wśród położnic”

Dziekanat Wydziału Nauk o Zdrowiu

wpłynęło dnia 24.10.2023
RPA/9908/2023

Eksperci z dziedziny zdrowia publicznego oraz wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują, że promocję zdrowia należy rozpoczynać jak najwcześniej. Optymalnie jeszcze przed poczęciem, ponieważ styl życia matki przed i w trakcie ciąży może być równie ważny jak czynniki socjodemograficzne i dotychczasowy stan zdrowia. Styl życia i status społeczny matki mogą być ze sobą powiązane, ważną rolę może odgrywać również zaangażowanie członków rodziny. Zagadnienie to wydaje się być szczególnie istotne wobec malejącej liczby urodzeń oraz rosnącego średniego wieku matki w chwili urodzenia pierwszego dziecka w krajach rozwiniętych. Poza wiekiem matki oraz stanem jej zdrowia, czynniki takie jak dieta, aktywność fizyczna oraz używki mogą wpływać dobrostan płodu. Poziom wykształcenia matki może być również ważnym czynnikiem wpływającym na przebieg ciąży. Niższy poziom wykształcenia może wiązać się z niższą świadomością zdrowotną i gorzej wyrażonymi zachowaniami zdrowotnymi; wpływać na styl życia, a tym samym na zdrowie matki, płodu i noworodka. Uwzględniając powyższe przesłanki wybór tematu pracy doktorskiej mgr Katarzyny Nowakowskiej-Brewki jest w pełni uzasadniony.

Rozprawa doktorska Pani mgr Nowakowskiej-Brewki rozpoczyna się od spisu treści, po którym umieszczono wykaz stosowanych skrótów. Spis jest przejrzysty, natomiast zwracają drobne błędy redakcyjne: pominięto w pierwszym punkcie hasło „wstęp”, w tytule

podrozdziału opisanego w punkcie I.8 brakuje spacji, nie opisano jednoznacznie skrótu IZZ (rozdział IV.4) oraz w rozdziale XII nie uwzględniono „Inwentarza Zachowań Zdrowotnych”.

W dalszej części pracy kontynuowany jest typowy układ obejmujący wstęp, cel pracy, materiał i metody, wyniki, dyskusję, wnioski, streszczenia w języku polskim i angielskim, piśmiennictwo, spis tabel i rycin oraz załączniki. Praca liczy 111 stron (w tym 5 stron załączników). Wyniki przedstawiono w 29 tabelach i na 11 rycinach. Piśmiennictwo obejmuje 147 pozycji. Rozprawa nie budzi istotnych zastrzeżeń pod względem językowym ani interpunkcyjnym. W niektórych miejscach brakuje odstępów pomiędzy słowami – np. poza wskazanym już spisem treści również w streszczeniu w języku angielskim (strony 89-90) oraz w piśmiennictwie (np. na stronie 93). Występują drobne pomyłki w pisowni (np. na stronie 12 „*koncepcja pól zdrowia*” zamiast „*pól zdrowia*”; „*podkaracia*” zamiast „*podkarpacia*” na stronie 103), rozdzielna pisownia słowa „*transteoretyczny*” w wykazie skrótów, czy „*alkohol*” w rozwinięciach skrótów anglojęzycznych (np. na stronie 30). Na stronie 75 zamiast „*choroby weneryczne*” lepiej byłoby napisać „*choroby przenoszone drogą płciową*”. Stosowane sformułowania są niekiedy nieprecyzyjne. Np. w pierwszym akapicie pracy Autorka pisze najpierw, że „*tematyka dotycząca zachowań zdrowotnych kobiet jest coraz częściej podejmowana w badaniach naukowych*”, a w kolejnym zdaniu kontynuuje „*stanowi ważną metodę pomiaru stanu zdrowia [...]*”. Czytelnik nie ma pewności jaką metodę Doktorantka ma na myśli?

Wstęp podzielono na 9 podrozdziałów przedstawionych na 28 stronach. Po jednostronicowym wprowadzeniu przedstawiono definicje i modele zdrowia, czynniki warunkujące zdrowie, zachowania zdrowotne, klasyfikacje, uwarunkowania oraz modele zachowań zdrowotnych. W ostatnim podrozdziale opisano wybrane zachowania zdrowotne kobiet w połogu. W podrozdziale I.2 Autorka słusznie cytuje definicję zdrowia wg WHO w wersji oryginalnej. Wydaje się jednak, że dla części czytelników pomocne byłoby jej tłumaczenie w języku polskim. Z kolei dla osób znających język angielski przydatne mogłoby być rozwijanie w tekście skrótów anglojęzycznych (np. stosowanych na stronach 19-20). Sposób i zakres prezentacji, jak również cytowane piśmiennictwo wskazują na dobrą

znajomość opisywanych zagadnień. Cytowane publikacje w języku polskim i angielskim są prawidłowo dobrane i przedstawione. Obejmują prace publikowane od końca lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku do elektronicznych dokumentów z 2023 roku. Uwagę zwracają jednak pojedyncze, nieco zbyt ogólne jak na rozprawę naukową stwierdzenia takie jak „*kobiety w okresie karmienia piersią powinny przede wszystkim odżywiać się zdrowo, stosować się do zasad prawidłowego żywienia*”. Ponadto, poza stwierdzeniem, że świadomość zachowań zdrowotnych i ich realizacji wśród kobiet w okresie połogu jest „*nieczęstym tematem*” we wstępie brakuje również syntetycznego uzasadnienia podjęcia wybranego przez Doktorantkę tematu badania.

W kolejnym rozdziale przedstawiono cel główny pracy jako „*ocenę wpływu zmian związanych z urodzeniem dziecka na stopień świadomości zachowań prozdrowotnych oraz ich realizację u kobiet w okresie połogu*”. Nie doprecyzowano o jakie konkretne zmiany chodzi. Wydaje się, że wystarczyłoby napisać podobnie jak we wstępie o ocenie potencjalnego związku urodzenia dziecka i zmian świadomości zachowań prozdrowotnych oraz ich realizacji. Dodatkowo, w czterech punktach określono cele szczegółowe: 1) analizę stopnia świadomości zachowań prozdrowotnych oraz ich realizacji u kobiet w połogu w porównaniu z grupą kontrolną nieródek, 2) analizę różnic w poziomie zachowań zdrowotnych w zależności od czasu trwania połogu, 3) analizę korelacji pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi, a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi, 4) analizę zależności pomiędzy świadomością zachowań prozdrowotnych dotyczących noworodka, a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi.

Źródłem danych do przeprowadzenia zaplanowanych analiz były badania ankietowe. Przeprowadzono je w Klinice Patologii Noworodka SPSK nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie oraz wykorzystując serwis społecznościowy „*Facebook*”. Niestety nie podano proporcji pacjentek ankietowanych w sposób tradycyjny oraz za pośrednictwem serwisu „*Facebook*”. Nieznane są także proporcje zbiorów pacjentek z poszczególnych grup serwisu, co mogłoby mieć znaczenie dla interpretacji danych, uwzględniając np. fakt, że jedna z nich dotyczyła porodów domowych. Przydatne byłyby także bardziej szczegółowe

informacje dotyczące metody realizacji badań ankietowych w sieci – np. czy stosowano jakieś dedykowane narzędzie ankietowe, czy może ankiety przesyłane były za pomocą komunikatora lub pocztą elektroniczną? Czy konieczne było udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania? Na czym polegała opisywana „weryfikacja” ankiet? (odrzucono prawie ¼ kwestionariuszy!) Czy wszystkie osoby uczestniczące w badaniu wypełniły zarówno ankietę autorską i Inwentarz Zachowań Zdrowotnych wg Z. Juczyńskiego? Jaką metodą zapewniano anonimowość uczestnikom badania w sieci? Na jakiej podstawie przyjęto liczebność badanej grupy? Wobec przyjętej metody pozyskiwania danych wydaje się ona niezbyt duża. Kryteria włączenia i kwalifikacji do odpowiedniej grupy obejmowały de facto zgodę na badanie i czas, który upłynął od porodu – wystarczający byłby opis w jednym zdaniu. Wśród kryteriów wyłączenia dość kuriozalnie brzmi „*płeć męska*” – być może Autorka zakładała różnice pomiędzy płcią faktyczną i deklarowaną w serwisie „*Facebook*”? W autorskim kwestionariuszu ankiety moją uwagę zwróciła konstrukcja niektórych pytań, które mogły sugerować odpowiedzi (17, 19). Co interesujące, okazało się jednak, że pojedyncze respondentki wybierały warianty odpowiedzi zawierające stwierdzenia takie jak „*karmienie piersią [...] to strata czasu*”, czy „*dziecko po porodzie brzydko pachnie*” (!). Ponadto, w trzecim pytaniu kwestionariusza znajduje się termin „*waga*”, który lepiej byłoby zastąpić sformułowaniem „*masa ciała*”. Poza autorską ankietą, Doktorantka korzystała również z Inwentarza Zachowań Zdrowotnych według Z. Juczyńskiego opisanego jako kwestionariusz standaryzowany. Przydatne byłoby nieco szersze opisanie tego narzędzia w rozdziale poświęconym metodom wraz z odpowiednim cytowaniem. W zamieszczonym jako załącznik kwestionariuszu znajdują się nieopisane skróty: „*ZZ*”, „*STEN*”, „*PN*”, „*ZP*”, „*PN*” i „*PZ*”. Nie wyjaśniono jak analizowano 25 pozycję kwestionariusza – pytanie otwarte („*Inne, jakie?....*”).

Wyniki zostały przedstawione na 35 stronach. W przeprowadzonych analizach wykorzystano dane pochodzące od 151 respondentek w trzech podgrupach liczących 48-52 osób. Układ graficzny tabel i rycin jest przejrzysty, w większości są one również odpowiednio opisane. W przypadku rycin brakuje jednak dokładniejszej informacji dotyczącej przedstawionych danych (czy jest to średnia, czy może mediana?).

W tabeli 1 przedstawiono dane socjodemograficzne. Nieco zaskakującym zabiegiem było obliczenie BMI na podstawie danych z kwestionariusza. Obliczanie BMI na podstawie przedziałów rodzi wątpliwości metodologiczne (szczególnie przy skrajnych wartościach). Ponadto, w przypadku stwierdzenia różnic statystycznie istotnych w zakresie analizowanych zmiennych należałoby wskazać pomiędzy którymi grupami oraz którymi odpowiedziami wykazano te różnice. Niestety w przedstawionych wynikach takiej informacji nie podano, co istotnie utrudnia ich interpretację. Należałoby doprecyzować czy porównywano poszczególne grupy pomiędzy sobą, czy tylko szukano różnic pomiędzy wszystkimi grupami? (na co wydaje się wskazywać metodologia i sposób prezentacji wyników) Trudne do interpretacji są wyniki „*analiz korelacji danych z ankiety autorskiej*” i „*danych z Inwentarza Zachowań Zdrowotnych*”. Część opracowań wydaje się być raczej porównaniem częstości występowania poszczególnych zachowań (np. tabela 13). Nie jest jasne jak interpretować analizy przedstawione w tabelach zamieszczonych w podrozdziale IV.2.a. Np. w tabeli 21 opisanej jako „*analiza wskaźnika zachowań zdrowotnych wyrażonych punktach, w zależności od zmiennych demograficznych obejmujących wiek i BMI w poszczególnych grupach*” w kolejnych kolumnach podano średnie i odchylenia standardowe dla wybranych przedziałów wieku i BMI, w ostatniej kolumnie opisanej „*analiza statystyczna*” podano wartość jedną wartość „*p*”, natomiast nie jest jasno określone czego ono dotyczy. Różnic pomiędzy grupami dla poszczególnych przedziałów (niektóre wartości wytłuszczoną czcionką), czy może różnic w obrębie grup? Opisując przedstawione w tej i kolejnych tabelach rozdziału wyniki Autorka używa określenia „*korelacje*”, nie podając bliższych informacji jak zostały zbadane. W niektórych wierszach znajdują się elementy opisane w legendzie „*nie spełniono założeń minimalnej liczebności grupy*”, nie podano jednak jakie to były założenia. W pierwszym akapicie rozdziału IV.4 podano informacje, które powinny zostać umieszczone w „*metodach*”. Niektóre z nich wydają się zbędne – np. „*charakter obu narzędzi jest różny, a pytania nie pokrywają się*”. Z drugiej strony, w tym samym rozdziale, Doktorantka raportuje, jak to określiła „*istotności*”, dotyczące porównań wyników badań grupy kontrolnej z połączonymi grupami badanymi dla wybranych pytań nie podając żadnych danych liczbowych ani informacji o wartości „*p*”. Pod koniec rozdziału Autorka napisała jeszcze mniej konkretnie, że „*wykazano [...] zależności względem niektórych*

zmiennych socjodemograficznych”, nie podając żadnych dodatkowych informacji ani odniesień do tabel czy rycin.

Dyskusję przedstawiono na 12 stronach. Rozdział rozpoczyna się od powtórzenia niektórych informacji ze wstępu i metod. W dalszej części rozdziału konfrontowano uzyskane wyniki z obserwacjami innych badaczy. Cytowane publikacje zostały poprawnie dobrane. W niektórych miejscach stawiane tezy przedstawiono w dość zawiły sposób. Np. na stronie 77 Doktorantka stwierdza, że *„społeczeństwo charakteryzuje się dość wysokim poziomem świadomości dotyczącym negatywnych konsekwencji spożywania alkoholu przez kobiety ciężarne”* ale w kolejnym zdaniu kontynuuje już w odmiennym tonie *„łatwo jednak zauważyć braki w wiedzy na temat ogólnej jego szkodliwości”* (!). Trudne do zrozumienia jest również zdanie na stronie 81: *„[...] na wskaźnik zachowań zdrowotnych z grupy badanej I miało wpływ jedynie wykształcenie oraz stan cywilny, co może świadczyć o tym, że kobiety w pierwszym tygodniu po porodzie charakteryzuje najmniej zróżnicowane natężenie zachowań zdrowotnych, niezależne od większości badanych zmiennych demograficznych.”* Wniosek dotyczący braku wpływu urodzenia dziecka na zachowania zdrowotne kobiet jest zbyt ogólny. Po pierwsze, należałoby doprecyzować, że obserwacja dotyczy okresu połogu (tak jak określono to w celu pracy). Po drugie, wskazać na ostrożną interpretację uzyskanych wyników ze względu na ograniczenia metodologiczne pracy, szczególnie stosunkowo małą liczebność grupy oraz niejednolite źródła pozyskanych danych (ankiety tradycyjne oraz media społecznościowe).

Liczne wnioski odpowiadają zasadniczo celom pracy, choć mogłyby być uszeregowane w zgodności z przedstawioną wcześniej listą celów szczegółowych. Część z nich brzmi jak powtórzenie wyników. Wniosek numer 7 jest zbędny. Wykracza poza założone cele, jest zbyt ogólny i wydaje się nie mieć uzasadnienia w przedstawionych wynikach.

Po dokładnej analizie przedstawionej mi do oceny rozprawy doktorskiej mgr Katarzyny Nowakowskiej-Brewki stwierdzam, że spełnia ona wymagania stawiane rozprawom na stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu. W związku z powyższym zgłaszam do

Rady Naukowej Dyscypliny Nauki o Zdrowiu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie wniosek o dopuszczenie mgr Katarzyny Nowakowskiej-Brewki do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Kierownik
II Kliniki Neonatologii

Dr hab. n. med. Tomasz Szczapa prof. UMP

