

Katedra Zdrowia  
Kobiety

40-752 Katowice,  
ul. Medyków 12  
[www.katedrazdrowiakobiety.sum.edu.pl](http://www.katedrazdrowiakobiety.sum.edu.pl)

KIEROWNIK  
prof. dr hab. n. med.  
Violetta Skrzypulec-Plinta  
tel.: (+48 32) 208 8751  
fax: (+48 32) 208 8751

SEKRETARIAT  
tel.: (+48 32) 208 8751  
fax: (+48 32) 208 8751  
[jzebracka-mach@sum.edu.pl](mailto:jzebracka-mach@sum.edu.pl)



HR EXCELLENCE IN RESEARCH

**Ocena rozprawy doktorskiej mgr Agnieszki Szyszko-Perłowskiej  
pt. „Analiza przebiegu ciąży i porodu u matek młodocianych oraz poziomu  
wiedzy na temat zachowań seksualnych w Polsce i na Białorusi”  
przygotowanej pod kierunkiem**

**prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułał**

Co roku na świecie w ciążę zachodzi prawie 16 mln nastoletnich dziewcząt w wieku od 15 do 19 lat i 2 mln dziewcząt poniżej 15. roku życia. Polskie statystyki mówią o 10 tys. ciężarnych poniżej 19. roku życia rocznie. Ciężce te stanowią 11% wszystkich ciąż na świecie i są poważnym problemem zdrowia publicznego. Są one obarczone zwiększonym ryzykiem dla matki oraz dla noworodka, wpływają także na pogorszenie czynników socjoekonomicznych młodych kobiet. Wiele nastolatek nie posiada wystarczającej wiedzy dotyczącej możliwych sposobów zapobiegania ciąży, a przecież obecnie dostępnych jest wiele metod antykoncepcji, które z powodzeniem mogłyby być stosowane w tej grupie wiekowej. Ponad 16 mln młodocianych kobiet rocznie rodzi dzieci, z czego zdecydowana większość w krajach rozwijających się. Ciężce młodocianych matek charakteryzują się wyższą śmiertelnością okołoporodową noworodków i matek. Poza oddziaływaniem na zdrowie wpływają także na czynniki socjalne, takie jak przerwanie nauki, wyższy stopień bezrobocia oraz ubóstwa. Wśród nastolatek i młodych kobiet obserwuje się najwyższy odsetek nieplanowanych ciąż w porównaniu z kobietami z innych grup wiekowych. Z badań dotyczących ciąż młodocianych obywaterek Unii Europejskiej wynika, że liczba ciąż wśród nastolatek maleje od 2001 r., jednakże w zróżnicowanym stopniu, w zależności od regionu geograficznego oraz kraju. W Europie Wschodniej wciąż notuje się najwyższy odsetek ciąż młodocianych. W odróżnieniu od danych dotyczących liczby porodów

dane dotyczące liczby przerwanych ciąży są niekompletne lub niedostępne w ponad 1/3 krajów Unii Europejskiej. Liczba ciąży młodocianych jest niższa w krajach, gdzie nie jest wymagana zgoda rodzica na przeprowadzenie aborcji, oraz w rejonach, w których jest większy dostęp do antykoncepcji. Na spadek odsetka ciąży wśród młodocianych mają wpływ zmiany zachowań, takie jak zmiany aktywności seksualnej nastolatków, wzrost stosowania antykoncepcji podczas pierwszego stosunku seksualnego, wzrost częstości stosowania hormonalnych środków antykoncepcyjnych.

Ciąża młodocianych jest wciąż aktualnym problemem medycznym, społecznym, ekonomicznym i prawnym. Stąd też temat pracy Doktorantki, zarówno ze względów poznawczych jak i klinicznych, uważam za istotny, a jego wybór celowy i uzasadniony.

Przedstawiona mi do oceny rozprawa doktorska ma klasyczny układ i zawiera 235 stron, 40 rycin, 92 tabele, streszczenie w języku polskim i angielskim oraz 237 pozycji piśmiennictwa. Dobór piśmiennictwa oceniam pozytywnie, jako uwzględniający najnowsze dane w wybranym zakresie. Osobno Doktorantka przedstawiła wykaz skrótów, a w aneksie rozprawy także dokumentację niezbędną dla uwierzytelnienia badań. Na uwagę zasługuje duża ilość rycin umieszczonych w pracy, które zdecydowanie wzbogacają wartość poznawczą rozprawy i wpływają na jej pozytywny odbiór.

W pierwszej części pracy, Doktorantka uszeregowała trzy rozdziały (zauważa się pomyłkę przy numeracji rozdziałów), jednak bez typowego dla tego typu prac naukowych wstępu. W pierwszym rozdziale Doktorantka opisuje ciążę i poród młodocianych jako problem społeczny i socjoekonomiczny na świecie i w Polsce. Drugi rozdział obejmuje temat ciąży i porodu młodocianych jako problem zdrowotny. Trzeci rozdział jest poświęcony zagadnieniom społeczno-kulturowych uwarunkowań zachowań seksualnych z uwzględnieniem najnowszych trendów w Polsce i na świecie.

Nie mam zastrzeżeń wobec części teoretycznej rozprawy. Poza brakiem klasycznego wstępu, zarówno pod względem treściowym jak i formalnym została ona opracowana w sposób prawidłowy. Autorka wykazała, że zapoznała się z najważniejszymi a także najnowszymi pracami z tej dziedziny.

Założenia i cel pracy został określony jasno i precyzyjnie i dodatkowo z krótkim wprowadzeniem, który przybliży trochę koncepcję badań Doktorantki oraz wyjaśnia ich celowość. Pierwszym i głównym celem pracy jest ocena przebiegu ciąży, porodu i stanu noworodka u matek młodocianych w latach 2004-2008 w Polsce i na Białorusi, a także zbadanie poziomu wiedzy oraz opinii młodzieży w Polsce i na Białorusi na temat antykoncepcji i zachowań seksualnych człowieka, w celu określenia deficytu wiedzy i ewentualnego stworzenia programu edukacyjnego w tym zakresie. Założenia pracy Doktorantki obejmują także próbę odpowiedzi na sześć szczegółowych pytań badawczych, formułują 6 hipotez oraz zakładają praktyczny aspekt wykorzystania uzyskanych wyników, a mianowicie opracowanie, zgodnie z zaleceniami Europejskiego Ruchu na Rzecz Zapewnienia Jakości Opieki Pielęgniarskiej (The European Quality Assurance Network), standardu edukacji seksualnej młodzieży w kontekście przygotowania do świadomego macierzyństwa.

Badania zostały przeprowadzone za zgodą Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, uzyskano także zgody dyrekcji szpitali, w których rodziły młodociane matki oraz szkół i uczelni w Białymstoku i w Grodnie. Analizie poddano młodociane matki i młodocianych respondentów z Polski i Białorusi z uwagi na fakt, że posiadający obywatelstwo białoruskie to druga najliczniej reprezentowana grupa cudzoziemców na terenie Polski. Uznano więc, że młodociana ciężarna z Białorusi, może być potencjalną pacjentką w Polsce.

W I etapie badań analizie została poddana dokumentacja medyczna 125 nieletnich matek rodzących i hospitalizowanych w Szpitalu w Grodnie w latach 2004-2008 oraz 263 historie chorób pacjentek hospitalizowanych w latach 2004-2008 w Polsce. Do zbierania danych, skonstruowano autorski arkusz w języku polskim oraz rosyjskim. W II etapie dokonano analizy wyników badań uzyskanych z autorskiego kwestionariusza ankiety dotyczącego poziomu wiedzy i opinii na temat antykoncepcji i zachowań seksualnych człowieka, przeprowadzonych wśród młodzieży ze szkół średnich i pierwszego roku studiów. Ogółem rozprawdzono 700 ankiet w Polsce i 200 w Grodnie, zaś do badania wykorzystano 657 ankiet w Polsce i 164 w Grodnie. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza

ankietowego. W III etapie opracowano standard edukacji seksualnej młodzieży w kontekście przygotowania jej przez położną do świadomego macierzyństwa.

Część metodyczna rozprawy została prawidłowo zaprojektowana i szczegółowo przedstawiona. Zwraca jednak uwagę nierównomierność grup, zarówno na pierwszym jak i na drugim etapie badania.

W rozdziale poświęconym wynikom badań, Doktorantka bardzo klarownie i bardzo szczegółowo, na 90 stronach, z wykorzystaniem 39 rycin oraz 90 tabel, przedstawiła obszerne wyniki swoich badań. Najistotniejsze, w mojej opinii wyniki uzyskane na podstawie przeprowadzonego badania:

- na Białorusi wiek badanych (matek) był istotnie niższy niż w Polsce,
- w Polsce największa grupa kobiet zgłosiła się do ginekologa między 11. a 15. tc (31,9%), zaś na Białorusi kobiety były pod opieką medyczną przed 10. tygodniem (32,8%),
- wśród dolegliwości w ciąży: wysoce istotną różnicę obserwowano w przypadku obrzęków, cukrzycy i istotną w przypadku nadciśnienia (częściej na Białorusi). Wysoce istotną w przypadku nudności i wymiotów (częściej w Polsce),
- poród odbył się częściej >39 tc w Polsce i >37 tc na Białorusi,
- w przypadku nieprawidłowości, wysoce istotne wydaje się częstsze stwierdzenie na Białorusi zwężenia płaszczyzny wchodu (w Polsce częściej stwierdzone prawidłowe wymiary miednicy kostnej),
- poród samoistny (bez farmakologicznej stymulacji) był częstszy na Białorusi (68%) niż w Polsce (48,67%),
- poród drogami natury częściej w przypadku białoruskich kobiet (80,8% vs 66,5% Polska),
- poród operacyjny dwukrotnie częściej w przypadku młodych Polek (31,9% vs 17,6%),
- wśród wskazań do cięcia cesarskiego: najczęstszym wskazaniem w Polsce jest „zagrożająca zamartwica płodu”. Wskazanie: „choroby matki, w tym niewspółmierność porodowa” w przypadku kobiet białoruskich wykazuje wysoce istotną różnicę,

- nacięcie krocza stosowano częściej w Polsce 62,4% vs 51,2%,
- pęknięcie krocza występowało częściej na Białorusi 12,8% vs 3,04%,
- średnia utrata krwi była wyższa w Polsce. Wśród innych powikłań znacznie częściej w Polsce obserwowano niedokrwistość, nieprawidłowe gojenie się rany oraz uszkodzenie brodawek sutkowych (co ciekawe, częściej na Białorusi nie stwierdzano powikłań),
- w Polsce dzieci matek nastoletnich rodziły się z wyższą masą urodzeniową i większą długością ciała. Wyniki położnicze dotyczące stanu urodzeniowego noworodków były również wyższe w Polsce (wyższa punktacja w skali Apgar), natomiast dzieci matek białoruskich częściej rodziły się w stanie średnim, z cechami zamartwicy.

W przypadku badania zachowań seksualnych na uwagę zasługuje fakt nierównomiernej grupy pod względem płci (zdecydowanie więcej kobiet), co jest istotne statystycznie. Odsetek młodzieży po inicjacji seksualnej był wyższy wśród polskich nastolatków, jednak należy zwrócić uwagę, że wiek badanych był niższy na Białorusi. W większości pierwszy stosunek w obu grupach był całkowicie przemyślany, najczęstszą formą stosowanej antykoncepcji była prezerwatywa (i stosunek przerywany, który ukazuje niski poziom edukacji seksualnej). Ponadto, ok. 17% nastolatków w obu grupach nie stosowało żadnego zabezpieczenia w czasie kontaktów seksualnych. Seks dla zdecydowanej większości jest konsekwencją głębokiego uczucia, rzadziej w opinii badanych wiąże się z zaspakajaniem własnych potrzeb lub potrzeb partnera. Badanie ukazało jednocześnie stan wiedzy młodzieży polskiej i białoruskiej. Wśród najciekawszych, a zarazem zatrważających wyników, wymienia się uważanie prezerwatywy jako najskuteczniejszej metody antykoncepcji oraz braku możliwości zajścia w ciążę w czasie pierwszego stosunku płciowego przez Białorusinów, stosowania metod domowych – płużkania pochwy w przypadku pęknięcia prezerwatywy (6% Polaków i 13% Białorusinów). Głównymi źródłami wiedzy na temat seksualności w obu grupach są rówieśnicy. Dodatkowo, w obu grupach ponad połowa ankietowanych wyraża chęć poszerzania wiedzy na tematy związane z seksualnością człowieka. W badaniu przedstawione zostały istotne różnice wynikające z płci badanych (w grupie polskiej). Mężczyźni wcześniej niż kobiety podejmowali współżycie i cechowali się znacznie wyższą liczbą partnerów seksualnych oraz ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, np. przygodnym seksem. W sytuacji nieplanowanej ciąży, istotną różnicę wykazano w przypadku

dopuszczania możliwości przerwania nauki aby wychować dziecko, w przypadku kobiet oraz możliwości dokonania aborcji w przypadku mężczyzn. W zakresie pozyskiwania wiedzy na tematy związane z seksualnością na uwagę zasługuje fakt, iż mężczyźni częściej korzystali z Internetu i filmów, kobiety z porad lekarskich. W badaniu wykazano, że wiedza w zakresie seksualności jest słaba, przy czym wskaźnik jest niższy na Białorusi i zależy od płci i deklaracji wyznawania wiary. **Pozytywnym wynikiem jest chęć i potrzeba edukacji seksualnej**, jednak przekonanie to również zależy od płci i wiary.

Wyniki badań Doktorantki są bardzo ciekawe, o dużym znaczeniu poznawczym i klinicznym.

W dyskusji Doktorantka sprawnie przedstawia i ocenia poruszane w dysertacji zagadnienia na tle doniesień piśmienniczych i rezultatów badań innych autorów. Dyskusja jest rzeczowa, logicznie prowadzona, osobno traktuje temat ciąży młodocianych i osobno zachowań seksualnych wśród młodzieży, konsekwentnie idąc za planem badań.

Wnioski końcowe i odpowiedzi na pytania badawcze korespondują całkowicie z celem pracy i znajdują rzetelne, merytoryczne uzasadnienie w uzyskanych wynikach badań. W Polsce i na Białorusi cięższe młodocianych dominowały u dziewcząt w wieku 17 lat i powyżej 17 roku życia. Na rozpoczęcie inicjacji seksualnej miał wpływ kraj pochodzenia, płeć badanych oraz wykształcenie rodziców i praktyki religijne. W Polsce i na Białorusi bardzo młody wiek matki miał negatywny wpływ na częstotliwość wizyt u lekarza, przebieg ciąży i porodu. W Polsce i na Białorusi wykazano deficyt wiedzy młodzieży na temat seksualności człowieka, na co wpływ miała płeć i preferowane praktyki religijne. W Polsce i na Białorusi przeważała opinia o potrzebie edukacji seksualnej i rozpoczęcia jej jak najwcześniej, jednakże była ona zależna od płci badanych i preferowanych praktyk religijnych. Na edukatora w Polsce i na Białorusi badani najczęściej wskazywali pracowników szkoły, posiadających aktualną wiedzę i rodziców, rzadziej lekarzy, pielęgniarki i położne.

Oprócz wniosków Doktorantka przedstawiła także postulaty, co dowodzi dojrzałości naukowej Autorki badań. Doktorantka bardzo słusznie zauważa pilną potrzebę edukacji seksualnej młodzieży oraz opieki medycznej i pedagogiczno-psychologicznej dla młodocianych matek i ojców.

Doktorantka podkreśla także, iż należy zwrócić uwagę przedstawicieli personelu medycznego na znaczenie edukacji seksualnej na różnych etapach świadczonych usług medycznych i uzmysłowić im, jak ważną rolę powinni odgrywać w tym zakresie. Nieplanowane ciążę nastolatek stanowią problem zdrowia publicznego w większości krajów. Kobiety, które zaszły w ciążę jako nastolatki, zazwyczaj mają gorsze wykształcenie, częściej narażone są na bezrobocie w porównaniu z kobietami z innych grup wiekowych. Na wysoki odsetek nieplanowanych ciąż wśród młodocianych, wpływa brak elementarnej wiedzy dotyczącej życia seksualnego oraz skutecznych metod antykoncepcji. Aby zapobiec występowaniu ciąż młodocianych, należy umożliwić dostęp do informacji dotyczących antykoncepcji oraz do skutecznych metod antykoncepcji. W tym kontekście, opracowanie przez Doktorantkę standardu edukacji seksualnej młodzieży w celu przygotowania jej przez położeń do świadomego macierzyństwa, uważam za godne samych pozytywnych uwag.

W osobnym rozdziale Doktorantka weryfikuje hipotezy badawcze. Dodatkowo, wylicza także ograniczenia, które sama wychwyciła podczas I i II etapu swoich badań. Pytanie, na ile można było tych ograniczeń uniknąć przy projektowaniu i realizacji badania.

Całość rozprawy doktorskiej mgr Agnieszki Szyszko-Perłowskiej oceniam pozytywnie. Doktorantka z całą pewnością dowiodła, że jest badaczem potrafiącym dobrać ciekawy, aktualny temat badawczy o dużym znaczeniu poznawczym i klinicznym. Ponadto Autorka rozprawy wykazała się odpowiednim przygotowaniem merytorycznym i metodologicznym. Zebrany materiał został w rzetelny sposób przeanalizowany oraz stał się podstawą do wyciągnięcia prawidłowych, logicznych wniosków. Doktorantka nie ustrzegła się kilku błędów edytorskich, ale nie wpływa to na ostateczny odbiór pracy.

**Kończąc ocenę rozprawy doktorskiej mgr Agnieszki Szyszko-Perłowskiej stwierdzam, że przedstawiona mi do oceny praca spełnia wszystkie wymogi stawiane rozprawom doktorskim i na tej podstawie zwracam się do Wysokiego Senatu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku o dopuszczenie mgr Agnieszki Szyszko-Perłowskiej do dalszych etapów postępowania przewodu doktorskiego.**