

Prof. dr hab. med. Jerzy T. Marcinkowski
kierownik Katedry Medycyny Społecznej, kierownik Zakładu Higieny
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań, dnia 14 lipca 2014 r.

RECENZJA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ

na stopień doktora nauk medycznych pt. „Wpływ stymulacji metodą Wojty na rozwój psychoruchowy dzieci z zespołem Downa” autorstwa mgr Grażyny Elżbiety Dytrych (promotor: prof. dr hab. med. Wojciech Kułak)

– wydana zgodnie z pismem z dnia 5 czerwca 2014 r. prof. dr hab. n. med. Sławomira Terlikowskiego – Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Recenzowana rozprawa doktorska ma typowy układ, a mianowicie zawiera następujące kolejne punkty główne: I. Wykaz skrótów, II. Wstęp, III. Podstawy teoretyczne badań, IV. Metodyka badań, V. Analiza wyników, VI. Dyskusja, VII. Wnioski, VIII. Streszczenie, IX. Summary, X. Piśmiennictwo, XI. Spis rycin, XI. (powinno być XII) Spis tabel, XII. (powinno być XIII) Aneks.

Całość rozprawy doktorskiej obejmuje 147 stron starannego jednostronnego wydruku komputerowego. Patrząc na ryciny i tabele widać wyraźnie, iż Doktorantka przyswoiła sobie wysoki kunszt umiejętności posługiwania się wydrukiem komputerowym. Szczególnie ładnie od strony graficznej zostały opracowane ryciny.

Rozprawę rozpoczyna „1. Wykaz skrótów” poprawnej konstrukcji, poza tym, że mógłby być sporządzony w kolejności alfabetycznej.

W pracy wyraźnie zauważa się myśl przewodnią, rozwijaną systematycznie w kolejnych rozdziałach.

Rozdział „2. Wstęp” rozpoczyna bardzo trafnie dobrane do tematu rozprawy motto Jeana Veniera, z którego wynika, że nieuleczalny zespół Downa może być wyleczony miłością uzdrawiającą zarówno rodziców, jak i dzieci. W tym rozdziale Doktorantka wyjaśnia w sposób bardzo ogólny istotę zespołu Downa. Szczegółowo przedstawia go w kolejnym rozdziale „III. Podstawy teoretyczne badań”, omawiając w kolejnych podrozdziałach takie zagadnienia kliniczne w przebiegu zespołu Downa, jak: niepełnosprawność intelektualna, mowa, rozwój umysłowy. Dalej przedstawia możliwości wspomagania rozwoju psychomotorycznego dziecka z zespołem Downa. Tutaj zaczyna od metody Vojty – co jest najważniejsze ze względu na podjęty temat badawczy – nie pomijając i innych znanych metod, jak: metoda NDT-Bobath, metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne, masaż w ustno-twarzowej terapii regulacji wg koncepcji Castillo Moralesa. Należy stwierdzić, że w rozdziale III przedstawiono wszystkie najważniejsze kwestie związane z podstawami teoretycznymi badań, przy czym nawiązano do aktualnego piśmiennictwa.

W rozdziale „IV. Metodyka badań” przedstawiono kolejno w sposób klasyczny: 1. Cel badań, problemy i hipotezy badawcze, 2. Materiały i metody badawcze wraz z opisem metod badawczych. Rozdział ten kończy charakterystyka grupy badanych. Celem głównym badań było dokonanie analizy porównawczej rozwoju psychomotorycznego dzieci z zespołem Downa, które były rehabilitowane neurofizjologiczną metodą Vojty - z tym, że analizowane przypadki kliniczne podzielono na 2 grupy: 1. rehabilitowanych systematycznie i 2. rehabilitowanych sporadycznie. Dlaczego jedne dzieci rehabilitowane są systematycznie a inne sporadycznie, skoro – jak należy przypuszczać – rodzice i opiekunowie wszystkich dzieci są świadomi korzyści wynikających z systematycznie prowadzonej rehabilitacji? Od strony metodyki badań w sposób zwięzły i przejrzysty ujęto to w podrozdziale „1. Cel badań, problemy i hipotezy badawcze”, przedstawiając problemy główne, a takich wymieniono 4, a następnie hipotezy badawcze, których postawiono 4. Dla zweryfikowania hipotez badawczych przyjęto też problemy szczegółowo w liczbie 5. W podrozdziale „2. Materiał i metody badawcze” przedstawiono najpierw (podrozdział 2.1) opis metod badawczych a następnie charakterystykę badanej grupy. Materiał badawczy stanowiło 45 dzieci z zespołem Downa rehabilitowanych w Klinice Rehabilitacji Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Klinika ta współpracuje w ramach wczesnej interwencji z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy „Dać szansę”. W sposób szczegółowy przedstawiono, jak dokonywano analizy dokumentacji medycznej

analizowanych przypadków, jak zbierano informacje o rodzinach dzieci z zespołem Downa w wieku od 18 do 24 miesięcy za pomocą autorskiej ankiety zawierającej zestaw 32 pytań. Jednak dla dokładniejszego poznania procesów i zjawisk zastosowano metodę obserwacji bezpośrednich dzieci z zespołem Downa podczas sesji terapeutycznych metodą Vojty. Tutaj szczególnie istotnie było dokładne ocenianie postępów w rozwoju psychoruchowych dzieci z zespołem Downa. Jak już wyżej wspomniano, część tych dzieci była stymulowana wspomnianą metodą Vojty systematycznie, zarówno w warunkach domowych, jak i poradnianych, a część tylko sporadycznie. Zastosowano tutaj dla dokładnej diagnozy funkcjonalnej metodę Inwentarza Gunzburga do oceny postępów społecznych. Wyjaśniono w tym miejscu dokładnie, na czym ta metoda polega. W badaniach własnych posłużono się również Poprawionym Profilem Psychoedukacyjnym opracowanym pod kierunkiem prof. Erica Schoplera (PEP-R). Również i tutaj dokładnie wyjaśniono, na czym ta metoda badawcza polega. Ocenianymi elementami skali rozwoju PEP-R były: naśladowanie, percepcja, motoryka mała, motoryka duża, koordynacja wzrokowo-ruchowa, czynności poznawcze, komunikacja – mowa czynna. Analizując ten podrozdział zauważa się, że prowadzone przez Doktorantkę badania kliniczne cechowały się dużą wnikliwością i dokładnością. Dalej przedstawiono zastosowane metody statystyczne – odpowiednio dostosowane do prowadzonych badań. Wspomniano o tym, że Komisja Bioetyczna Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wydała zgodę na prowadzenie wyżej opisanych badań. W dalszej części w podrozdziale 2.3 przedstawiono charakterystykę badanej grupy, w którym to zadaniu badawczym posłużono się autorską ankietą a także wynikami analizy dokumentów medycznych. Wszystkie dzieci z badanej grupy 45 przypadków zespołu Downa były pacjentami Poradni Rehabilitacji Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku i pochodziły z woj. podlaskiego. Przyjęto następujące kryteria włączenia do badań: urodzenie w okresie od 38 do 39 tygodnia ciąży, masa urodzeniowa 2900 ± 250 g. Kryteria wyłączające z badań były następujące: trisomia 21 mozaikowa i trisomia 21 translokacyjna; czyli wszystkie przypadki objęte badaniami własnymi miały tylko pełną trisomię chromosomu 21. Wśród objętych badaniami były 23 dziewczynki i 22 chłopców. Bardzo istotnym jest – w odniesieniu do tematu rozprawy naukowej – fakt, że wszystkie objęte badaniami dzieci były wychowywane w pełnych rodzinach – a jest to tym bardziej ważne, gdy spojrzeć na cel główny badań: dzieci rehabilitowane metodą Vojty 1) systematycznie i 2) sporadycznie.

Przedstawiając szczegółowo charakterystykę badanych dzieci Autorka posłużyła się m.in. rycinami, ale można się zastanawiać, czy wszystkie z tych rycin były konieczne. Chodzi o rycinę 1, rycinę 8 i rycinę 11, które obrazują zaledwie po 2 liczby. Pozostałe ryciny są bardzo interesujące, jak: rycina 2 przedstawiająca częstość współistniejących wad wrodzonych, rycina 3 ukazująca wiek matek dzieci z zespołem Downa (strona 40). Należy domyślać się, że chodziło tu o wiek matki w okresie urodzenia dziecka – i należałoby to dodać do podpisu pod ryciną. Ta sama uwaga dotyczy ryciny 4 odnoszącej się do wieku ojca. Zaskakuje rycina 6, gdzie uderzająco więcej matek dzieci z zespołem Downa miało wykształcenie średnie i wyższe a znacząco mniej zawodowe i rolnicze. Szczególnie interesująca ze względu na temat rozprawy doktorskiej jest rycina 9 ukazująca wsparcie emocjonalne otrzymywane przez rodzinę dziecka z zespołem Downa; jednak w dwóch przypadkach nikt takiego wsparcia nie udzielał. Kolejna rycina 10, na której przedstawiono nieprzyjemności z tytułu posiadania dziecka z zespołem Downa ukazuje, że w 4 przypadkach nieprzyjemności te pochodziły ze strony służby zdrowia, co przecież nie powinno mieć miejsca. Kluczowe znaczenie – ze względu na obrany temat pracy – ma rycina 11, pokazująca, że w 28 przypadkach dzieci były systematycznie stymulowane metodą Wojty a w 17 niesystematycznie. To zagadnienie jest szczegółowo przedstawiane w tabelach I-VIII, gdzie wyniki są korelowane z otrzymywanym wsparciem, nieprzyjemnościami z tytułu posiadania dziecka z zespołem Downa, poziomem wykształcenia matek i ojców, kolejnością dziecka w rodzinie, miejscem zamieszkania, współistnieniem wad wrodzonych i płcią dziecka.

W rozdziale „V. Analiza wyników badań” problem systematycznego bądź sporadycznego stymulowania dzieci z zespołem Downa metodą Wojty jest problemem nadrzędnym, albowiem pojawia się w każdej z przedstawionych w tym rozdziale rycin – od numeru XII do numeru XXXI. Ryciny te są o ładnej, kolorowej grafice i ukazują wartości średnich arytmetycznych oraz odchyłeń standardowych. Pokazana tutaj jest kolejno samoobsługa dzieci z zespołem Downa (ryc. 12), zakres komunikacji z nimi (ryc. 13), zakres uspołecznienia (ryc. 14), zakres zręczności (ryc. 15), wiek siadania (ryc. 16), wiek czworakowania (ryc. 17), wiek chodzenia (ryc. 18), wiek samodzielnego chodzenia (ryc. 19), zakres percepcji dzieci z zespołem Downa (ryc. 20), zakres motoryki małej tych dzieci (ryc. 21), zakres motoryki dużej tych dzieci (ryc. 22), zakres koordynacji wzrokowo-ruchowej (ryc. 23), zakres czynności poznawczych (ryc. 24), zakres nawiązywania kontaktów (ryc. 25), zakres właściwego zainteresowania

przedmiotami (ryc. 26), różnica między wiekiem życia a wiekiem rozwoju dzieci z zespołem Downa (ryc. 27), średnia wieku rozwoju w miesiącach (ryc. 28). Jak analizuje się każdą z tych rycin, to widać wyraźnie, że systematyczne stymulowanie metodą Wojty daje efekty znaczniejsze aniżeli takie stymulowanie sporadyczne. Rodzi się tutaj zasadnicze pytanie odnoszące się do całości pracy: rodzice, czy opiekunowie, dziecka z zespołem Downa zapewne postrzegają efekty systematycznego rehabilitowania swych dzieci metodą Wojty; dlaczego przeto część z nich nie angażuje się w systematyczne prowadzenie tych ćwiczeń rehabilitacyjnych? Odpowiedzi na te pytania można doszukiwać się analizując kolejne ryciny, jak: wiek ojców dzieci z zespołem Downa (ryc. 30) – okazuje się, że średnia wieku ojców sporadycznie stymulująca swe dzieci metodą Wojty jest wyższą, z czego wynika, iż młodszy ojcowie są bardziej zaangażowani; podobnie sytuacja przedstawia się w odniesieniu do wieku matek (ryc. 31) – i podobnie bardziej zaangażowane w rehabilitację swych dzieci są matki młodsze.

W rozdziale „Dyskusja” Autorka ponownie zajmuje się ukazaniem wpływu rehabilitacji metodą Wojty na rozwój psychomotoryczny dzieci z zespołem Downa skupiając się nad porównywaniem uzyskanych wyników pomiędzy dziećmi systematycznie i sporadycznie stymulowanymi tą metodą. Tutaj szczególnie ważne jest ukazanie czynników wpływających na systematyczność rehabilitowania metodą Wojty - i to zarówno w warunkach domowych, jak i poradnianych przez terapeutę. Autorka podkreśla, że nie może odnieść wyników badań własnych do innych polskich badań tego rodzaju, ponieważ takowych nie było, a te, które przeprowadzono, dotyczyły głównie skuteczności metody Wojty w przypadku dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Przedstawiona została historia doświadczeń stosowania metody Wojty w Polsce oraz korzyści ze stosowania tej metody. Autorka koncentruje się na wczesnej interwencji leczniczo-wychowawczej u dzieci z zespołem Downa podkreślając dużą rolę środowiska rodzinnego. Bardzo ważne jest tutaj kształtowanie prawidłowego rozwoju więzi między matką a dzieckiem; także między ojcem a dzieckiem. Doktorantka akcentuje, że z Jej badań własnych wynika, iż dzieci z zespołem Downa, które były systematycznie stymulowane metodą Wojty, aż średnio o 2 miesiące wcześniej osiągały wiek siadania, czworakowania i chodzenia. W rozdziale akcentowane jest to, że rehabilitacja wymaga wielokierunkowego, kompleksowego działania i powinna obejmować wszystkie sfery rozwoju dziecka. Autorka docieka zależności pomiędzy systematyczną rehabilitacją dziecka a poziomem wykształcenia rodziców, miejscem zamieszkania, sytuacją ekonomiczną rodziny, liczbą rodzeństwa. Pocięszającym

jest to, że obecnie wszystkie niemowlęta z zespołem Downa są pod opieką poradni specjalistycznych (endokrynologicznej, kardiologicznej, neurologicznej, rehabilitacyjnej, okulistycznej oraz genetycznej). I tutaj po raz kolejny Autorka akcentuje, że to od ścisłej współpracy wspomnianych specjalistów z rodzicami zależą postępy w rozwoju dziecka z zespołem Downa. A więc ciągle ta sama kwestia, zaakcentowana już na wstępie pracy, gdzie przytoczono motto Jeana Veniera – prawdziwa miłość do dziecka przejawia się wielkim uporem w systematycznym prowadzeniu zalecanych przez lekarzy metod terapii, w tym metody Vojty. Jednym z istotnych czynników jest sposób traktowania w najbliższym środowisku dzieci z zespołem Downa. Tu może mieć znaczenie m.in. poziom wykształcenia rodziców, a przede wszystkim właściwy klimat wychowawczy. Autorka omawia, jak ważna jest jak najwcześniejsza rehabilitacja wielospecjalistyczna z pomocą nie tylko lekarza, ale i psychologa, logopedy, foniatry, fizjoterapeuty oraz endokrynologa. Szczególnie ważne są pierwsze 4 lata z życia dziecka. W rozdziale tym, omawiając program kompleksowej rehabilitacji dzieci, podkreślono, że każde dziecko ma złożoną osobowość z wieloma uzdolnieniami, ale także z wieloma brakami. Czyli poszczególne przypadki dzieci z zespołem Downa są bardzo zróżnicowane. W rehabilitowaniu dzieci można natrafiać na wiele przeszkód. Na przykład przeszkodą może być nadreaktywność, bądź słaba reaktywność dziecka na bodźce dotykowe. Bardzo ważne jest to, co Autorka pisze o rodzicach dzieci. Mianowicie do stymulacji metodą Vojty w warunkach domowych nie nadają się rodzice labilni emocjonalnie, niedojrzali, niecierpliwi. Aby rehabilitacja przyniosła efekty, rodzic musi być w stosowaniu metody Vojty sumienny, systematyczny i konsekwentny w działaniu. Z całą pewnością nie jest łatwo być takim wzorcem rodzica na co dzień. Przecież chodzi tutaj o systematyczność, upór w działaniu, a nie sporadyczność. Każdego dnia należy dziecku poświęcić czas na rehabilitowanie. I tutaj można by ciągnąć ten wątek: co składa się na wielkość rodzica? Doktorantka pisze o przejawach miłości rodzicielskiej (str. 88) i że znaczenia tejże miłości nie da się przecenić, miłości do dziecka wymagającego więcej niż zdrowi rówieśnicy. Z badań własnych Autorki wynika, że tylko w dwóch przypadkach rodziny dzieci z zespołem Downa nie otrzymały wsparcia a w czterech przypadkach wystąpił niewłaściwy sposób przekazania informacji ze strony służby zdrowia – tak więc pod tym względem sytuacja przedstawia się korzystnie, chociaż oczywiście można postulować o jeszcze lepsze działania. Tutaj bardzo ważnym jest pełna akceptacja upośledzenia dziecka przez rodziców – co wpływa korzystnie na rozwój tych dzieci i daje im

poczucie bezpieczeństwa. Podsumowując dyskusja napisana jest ciekawie, wielowątkowo i ukazuje, co jest najważniejsze w pomyślnym rehabilitowaniu dziecka z zespołem Downa – miłość do tego dziecka przejawiająca się w codziennym trudzie jego rehabilitowania.

W rozdziale VII przedstawiono wnioski, z których wynika, iż systematyczna rehabilitacja dzieci z zespołem Downa daje korzystne, wymierne efekty. Wnioski są sformułowane przejrzysto i poprawnie.

Streszczenie (rozdział VIII) i summary (rozdział IX) opracowano poprawnie, poza tym, iż streszczenia powinny jeszcze zawierać tytuły; szczególnie chodzi tutaj o tytuł w języku angielskim, który powinien być zamieszczony w opracowaniu bibliotecznym.

Piśmiennictwo do pracy dobrano w sposób prawidłowy. Zostało ono podzielone na część zasadniczą (127 pozycji ułożonych alfabetycznie) oraz piśmiennictwo ze stron internetowych (od pozycji 128 do pozycji 135). Wprawdzie większość pozycji piśmiennictwa jest polskojęzyczna, ale część jest obcojęzyczna.

Zamieszczono spis rycin (rozdział X), których jest w pracy 31, oraz wykaz tabel, których jest w pracy 8.

Pracę kończy rozdział „XII. Aneks” zawierający załączniki, jak: 1) profil psychoedukacyjny – arkusz podsumowujący, PEP-R Arkusz ocen od 1 do 10, arkusz obliczeń, 2) Podręcznik do Inwentarza PPAC H.C. Gunzburga do Oceny postępu w Rozwoju Społecznym (osób z upośledzeniem umysłowym) Tadeusza Witkowskiego, oraz 3) kwestionariusz wywiadu użyty w badaniach.

W pracy zwracają uwagę bardzo ładnie wykonane kolorowe ryciny. Szczególnie wyraźnie widać troskę Autorki o staranne i systematyczne przedstawienie wszystkich wyników badań własnych. Następnie w rozdziale „VI. Dyskusja” zostały szczegółowo omówione wszystkie istotne wyniki badań własnych, z których wyciągnięto prawidłowe wnioski (rozdział VIII). Studiując rozprawę doktorską zauważa się, że Autorka wykonała w sposób poprawny badania własne, w przedstawienie których włożyła dużo pracy. W rezultacie stworzyła ciekawe w czytaniu dzieło, w którym czytelnik znajdzie szereg interesujących przemyśleń dotyczących rehabilitowania metodą Vojty dzieci z zespołem Downa. Najbardziej Autorka zaakcentowała jak ważna jest systematyczność w rehabilitowaniu upośledzonego dziecka, co daje wymierne korzyści. Ta systematyczność w rehabilitowaniu własnego dziecka, które jest upośledzone, jest wyrazem miłości rodzicielskiej – i pisanie o tym jest najbardziej

humanistycznym wątkiem w całej rozprawie doktorskiej. Rozprawa doktorska przedstawia coś więcej, niż wyniki badań własnych, gdyż zawiera wysublimowane wątki o rozważaniach na temat miłości rodzicielskiej i form, w jakich się ono może wyrażać. Z całości pracy widać nie tylko dojrzałość naukową Autorki, ale także Jej wrażliwość i chęć pomocy dzieciom z zespołem Downa – co jest postawą nader szlachetną.

Całość rozprawy doktorskiej robi bardzo dobre wrażenie, wskazując jednoznacznie na opanowanie warsztatu naukowego przez Autorkę. Dlatego też z pełnym przekonaniem stwierdzam, że rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 z późn. zm.) i wnoszę do Wysokiej Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku o dopuszczenie mgr Grażyny Elżbiety Dytrych, Autorki rozprawy doktorskiej pt.: „Wpływ stymulacji metodą Vojty na rozwój psychoruchowy dzieci z zespołem Downa” do dalszych etapów przewodu doktorskiego.



Prof. dr hab. med.
Jerzy T. Marcinkowski