

Recenzja rozprawy doktorskiej
**Postrzeganie roli fizjoterapeuty w rehabilitacji seksualnej pacjentów
po urazie rdzenia kręgowego**
mgr Aleksandry Krzyśków

Przekazana mi do recenzji praca obejmowała 83 strony tekstu ujętego w 8 rozdziałach poprzedzonych spisem 26 rycin i 4 tabel, wykazem skrótów, a także streszczeniem w języku polskim i angielskim. Piśmiennictwo dysertacji zawiera 58 publikacji krajowych i zagranicznych, a na ostatnich 14 stronach pracy zamieszczono załączniki (kwestionariusze badawcze).

We wstępie pracy, stanowiącym jeden duży rozdział, Autorka poruszyła wiele odmiennych kwestii, zasługujących w mojej opinii na odrębne podrozdziały. Jest w nim bowiem mowa o zmianach społecznych w postrzeganiu osób niepełnosprawnych i ich prawa do życia seksualnego. Opisany jest rozwój rehabilitacji seksualnej w Polsce z marginalną (w mojej opinii niewystarczającą) informacją na ten temat w odniesieniu do innych krajów. Przedstawione są potrzeby osób niepełnosprawnych ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb seksualnych. Omówiona jest też rola fizjoterapeuty w procesie rehabilitacji seksualnej, a także sposoby edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych i źródła pozyskiwania informacji na ten temat (zadziwiająco dużo miejsca poświęcono tu źródłom medialnym, pomijając bardzo wiele anglojęzycznych prac badawczych oraz poradników poświęconych tej tematyce). We wstępie scharakteryzowano też zaburzenia seksualno-prokreacyjne wskutek urazu rdzenia kręgowego (URK), przy czym pojawiły się tej części pewne błędy merytoryczne. Kończącą część wstępu poświęcono zagadnieniom satysfakcji z życia osób po URK ze szczególnym uwzględnieniem satysfakcji z życia seksualnego. Szkoda, że Autorka nie odniosła się do wyników wielu prac badawczych, w których osoby po URK oceniały swoje zadowolenie z tego obszaru życia.

W kolejnych dwóch bardzo krótkich rozdziałach (łącznie jedna strona tekstu) przedstawiono cele pracy i pytania badawcze. Głównym celem dysertacji było zasięgnięcie opinii fizjoterapeutów dotyczącej rehabilitacji seksualnej pacjentów po URK, jako części ich kompetencji zawodowych, określenie ich wiedzy z tejże dziedziny oraz wyznaczenie działań z zakresu rehabilitacji seksualnej, które mogły być realizowane w opinii ich samych. Tym razem, oba rozdziały warto byłoby połączyć w jeden.

W rozdziale czwartym przedstawiono materiał i metody badawcze, przy czym wyodrębniono w nim trzy podrozdziały poświęcone: 1) badanym osobom, 2) narzędziom badawczym i 3) metodom statystycznym. Rozdział czwarty jest w mojej opinii zdecydowanie zbyt lakoniczny i nie pozwala na rzetelną ocenę poprawności tworzenia autorskiego narzędzia badawczego, a także poprawności doboru zastosowanych testów statystycznych.

W rozdziale piątym przedstawiono wyniki badań, ilustrując je licznymi rycinami. Niestety wskutek braków w opisie narzędzi badawczych, poszczególne wyniki są niejasne, np. relacje pomiędzy wynikami podanymi w procentach i w punktach. Zupełnie też niejasne są wyniki poszczególnych analiz (np. zróżnicowania poziomu wiedzy ze względu na rodzaj ukończonej uczelni lub zróżnicowania satysfakcji życiowej ze względu na płeć badanych osób) bez podania wyników wyjściowych, które poddano analizie.

Rozdział siódmy stanowi dyskusja, która – jak uważam – zyskałaby na przejrzystości, gdyby podzielono ją na podrozdziały, np. oddzielające omówienie wyników od wskazań dla praktyki rehabilitacyjnej. W rozdziale tym brakuje przede wszystkim samokrytycznej analizy przeprowadzonych badań, ze wskazaniem najsłabszych elementów procedury badawczej, aby kolejni badacze, podejmujący podobne badania, mogli uniknąć tych samych błędów.

W rozdziale ósmym przedstawiono cztery wnioski pracy, które w rzeczywistości są powtórzeniem wyników. W moim przekonaniu należałoby przemyśleć i odmiennie sformułować lub usunąć niektóre wnioski, np. twierdzenie, że „fizjoterapeuci w Polsce w zdecydowanej większości nie posiadają wiedzy z zakresu rehabilitacji seksualnej...” jest w mojej opinii bez wartości naukowej, gdyż zgromadzone w procesie badawczym dane są niewystarczające do formułowania takiej konkluzji. Pojęcie rehabilitacji seksualnej jest bardzo szerokie i obejmuje między innymi: samoakceptację, poprawę komunikacji interpersonalnej, stwarzanie dobrych warunków dla intymności, trenowanie doznań zmysłowych z całego ciała, umiejętny dobór technik seksualnych itp. Poza tym proces rehabilitacji seksualnej uzupełnia znajomość technik wywoływania erekcji u mężczyzn po URK, technik pobierania nasienia, metod wspomaganego rozrodu, prowadzenia ciąży i porodu u kobiet po URK, metod antykoncepcji itd. Mając tego świadomość, twierdzenie we wnioskach pracy, że Polscy fizjoterapeuci nie posiadają tej wiedzy na podstawie jednego, subiektywnego i bardzo ogólnego pytania w kwestionariuszu („Jak Pan(i) ocenia swoją wiedzę z zakresu rehabilitacji seksualnej pacjentów po urazie rdzenia kręgowego?”) jest zupełnie nieuzasadnione. Tylko obiektywny test wiedzy na ten temat mógłby być podstawą do stawiania podobnych wniosków (przy założeniu, że badana grupa byłaby reprezentatywna dla środowiska polskich fizjoterapeutów).

Doktorantka podjęła w swojej pracy z pewnością bardzo istotny problem dotyczący tego czy i w jakim zakresie fizjoterapeuci powinni być zaangażowani w proces rehabilitacji seksualnej osób po URK. O tym, że wiedza na ten temat jest niezwykle potrzebna osobom po URK wskazują wcześniejsze badania naukowe, np. Andersona (2004), w których autor stwierdził, na podstawie badań 681 osób po URK, że dla osób z paraplegią odzyskanie zaburzonych funkcji seksualnych było najistotniejszym celem w procesie rehabilitacji, natomiast dla osób z tetraplegią celem numer dwa, zaraz po odzyskaniu sprawności kończyn górnych. Nadal jednak nie wiadomo, zwłaszcza w polskich realiach, kto powinien, na jakim etapie rehabilitacji kompleksowej i w jakim zakresie prowadzić rehabilitację seksualną osób po URK? Pytania te są niezwykle istotne dla efektywnej rehabilitacji wielu osób, które każdego roku ulegają w Polsce URK. Urazy te dotyczą przede wszystkim osób młodych, pomiędzy 20-tym a 30-tym rokiem życia, tj. w okresie, w którym człowiek osiąga pełną dojrzałość seksualną i kiedy jej utrata jest najdotkliwiej odczuwana.

Po uważnym przeczytaniu dysertacji stwierdzam jednak, że Autorka nie wykorzystwała dobrze okazji do solidnego opracowania, niewątpliwie ciekawego, zagadnienia badawczego. W związku z tym uważam, że przedstawiona do recenzji praca powinna zostać poprawiona i uzupełniona przez Autorkę według poniższych uwag, zastrzeżeń i sugestii.

Uwagi metodologiczne

1. Niejasny jest sposób, w jaki Autorka dokonała stworzenia własnego narzędzia badawczego poprzez modyfikację narzędzi innych autorów. Sposób doboru/eliminacji poszczególnych pytań powinien zostać szczegółowo przedstawiony i racjonalnie uzasadniony w rozdziale „IV 2. Metody”. Należy też podać sposób analizy odpowiedzi udzielonych przez respondentów, a także w jaki sposób rozwiązano problem braków danych (jeśli takie były). Jeżeli narzędzie własne obejmuje skalę pomiaru jakiejś zmiennej, to powinno się wykonać analizę psychometrycznych właściwości tej skali (przynajmniej analizę rzetelności i wewnętrznej spójności), a wyniki analiz zamieścić w pracy.
2. W odniesieniu do skali SWLS, mimo iż była wcześniej stosowana, też należy opisać ją szczegółowo (ilość pytań, sposób odpowiedzi i ich oceny), a także właściwości psychometryczne skali dla populacji osób po URK (na podstawie wcześniejszych publikacji). Proszę podać kto i w jaki sposób dokonał tłumaczenia skali SWLS na język polski. W aneksie pracy zamieszczono pytania skali SWLS podając ośmiostopniową skalę odpowiedzi (od 0 do 7), a oryginalne narzędzie posiada skalę siedmiostopniową (od 1

do 7). Opisano też jedynie skrajne odpowiedzi skali, tj. 0 i 7, a oryginalna skala zawiera opis każdej odpowiedzi punktowej. Jeśli badania do pracy doktorskiej przeprowadzono na podstawie narzędzia z takimi błędami, to wszystkie wyniki w pracy oparte o skalę SWLS są bezwartościowe.

3. Autorka pisze, że badania miały charakter ogólnopolski, ale nie wiadomo czy były reprezentatywne dla badanych populacji. Proszę opisać jak dokonano doboru próby badawczej. Proszę też uzasadnić podział osób po URK na trzy grupy ze względu na czas od urazu (podział nie powinien być arbitralny).
4. Sposób analizy statystycznej powinien być przedstawiony w taki sposób, aby nie było wątpliwości, jakimi testami zostały zbadane poszczególne zależności i związki. Proszę zweryfikować sposób interpretacji niektórych wyników, np. o istotności korelacji Spearmana świadczy poziom istotności związku p , a nie współczynnik korelacji ρ (str. 31), tzn. możliwa jest sytuacja, w której $\rho > 0,30$, a korelacja będzie nieistotna, jak również możliwa jest sytuacja odwrotna. W przypadku analizy danych ilościowych proszę podać wyniki badania normalności rozkładu analizowanych zmiennych oraz jednorodności wariancji.
5. Należy określić, co jest zmienną zależną w pracy oraz jakie są zmienne niezależne.
6. W rozdziale „IV 1. Osoby badane” proszę zamieścić tabele ze szczegółowymi danymi demograficznymi badanych grup, a nie tylko wybrane informacje w rodzaju: „większość respondentów pochodziło z miejscowości liczących ponad 100 tysięcy mieszkańców (66,4%)” (str. 29).
7. W rozdziale „V Wyniki” muszą być podane wyniki podstawowe (wyjściowe) do wykonanych analiz, np. wyniki szczegółowe skali SWSL w formie tabeli itd.

Uwagi merytoryczne i redakcyjne

1. Wstęp pracy warto podzielić na podrozdziały nazwane adekwatnie do treści i wzbogacić o publikacje angielskojęzyczne. Już w roku 1999, opisując brytyjski system kompleksowej rehabilitacji osób po URK, wskazywałem jak system edukacji pacjentów po URK został rozwiązany w jednym z największych specjalistycznych szpitali na świecie dla osób po tego typu urazach, tj. National Spinal Injuries Centre, Stoke Mandeville Hospital (Postępy Rehabilitacji, 1999). W pracach badawczych poświęconych ocenie poziomu wiedzy na temat zdrowia osób po URK (w tym także wiedzy na temat zaburzeń seksualnych) zwracałem uwagę, jak jest to istotny problem dla osób po URK w Polsce (Postępy Rehabilitacji, 1998; Postępy Rehabilitacji, 2002), a także przedstawiałem poziom wiedzy

polskich fizjoterapeutów w tym obszarze (Fizjoterapia Polska, 2012). Publikacje te wiążą się ściśle z tematem, który podjęto w recenzowanej pracy doktorskiej. Sądzę, że nawiązanie do nich we wstępie pozwoli w bardziej precyzyjny sposób sformułować problem badawczy w nawiązaniu do polskich realiów. Autorka powinna we wstępie odnieść się także do bogatego, anglojęzycznego piśmiennictwa z zakresu badań dotyczących zaburzeń seksualno-prokreacyjnych osób po URK, np. *Sexual Health Following Spinal Cord Injury* (2010). W publikacji tej autorzy przeprowadzili meta-analizę ponad 200 prac badawczych z tego obszaru i na tej podstawie sformułowali najistotniejsze odkrycia w zakresie leczenia zaburzeń seksualno-prokreacyjnych osób po URK.

2. Sugeruje także podział Dyskusji na trzy podrozdziały poświęcone: 1) omówieniu i porównaniu głównych wyników badań, 2) wskazań słabych elementów pracy (ang. *Study limitations*) oraz 3) potencjalnych implikacji praktycznych.
3. Wnioski końcowe nie powinny być prostym powtórzeniem wyników badań.
4. Określenie „fizjoterapia kompleksowa” sugeruje zastąpić pojęciem „rehabilitacja kompleksowa”, które jest znaczeniowo szersze. Rehabilitacja seksualna nie może być elementem fizjoterapii kompleksowej, ale mieści się w obszarze rehabilitacji kompleksowej.
5. Uważam także, że w pracy naukowej, jaką jest dysertacja doktorska, należy unikać określeń kolokwialnych w rodzaju: „hity”, „wózkersi” itp. Niektóre pojęcia w pracy są niejasne i wymagają wytłumaczenia, np. „wtórna kastracja” (str. 53).
6. Sir Ludwig Guttmann stworzył pierwsze na świecie centrum leczenia i rehabilitacji osób po URK w Stoke Mandeville w Wielkiej Brytanii. Był też twórcą i propagatorem sportu osób niepełnosprawnych (inicjatorem ruchu paraolimpijskiego), ale twierdzenie, że jest „ikoną rehabilitacji seksualnej” (str. 11) jest nieuzasadnione.
7. W tabeli nr 1 pt. „Konsekwencje poziomu uszkodzenia rdzenia kręgowego dla funkcji seksualnych” (str. 19) są błędne informacje w odniesieniu do mężczyzn po URK. Nie wiadomo też dlaczego w tabeli są informacje na temat płodności kobiet, która dotyczy funkcji prokreacyjnych.
8. Również twierdzenie, że „większość kobiet pomimo URK jest płodna” (str. 22) sugeruje, że URK wpływa na zdolności rozrodcze kobiet, co nie jest prawdą.
9. Uważam także, że ostatecznie poprawioną pracę doktorską warto poddać korekcie językowej, gdyż jest w niej wiele błędów interpunkcyjnych (zwłaszcza brak lub

nieuzasadnione użycie przecinków), a zdarzają się także błędy ortograficzne (łączna/rozłączna pisownia wyrazów).

W konkluzji chciałbym podkreślić, że podjęty przez mgr Aleksandrę Krzyśków temat pracy doktorskiej uważam za bardzo istotny dla rozwoju tego obszaru wiedzy i praktyki rehabilitacyjnej, a wypunktowane powyżej niedoskonałości pracy – mimo, iż liczne – to jednak dające się poprawić przy odpowiednim zaangażowaniu i sumienności Doktorantki. W przekonaniu, że mgr Krzyśków zechce skorzystać z zamieszczonych w recenzji uwag i sugestii, traktując je jako naukę w procesie doskonalenia swojego warsztatu badawczego, wnoszę do Wysokiej Rady Wydziału Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu o skierowanie niniejszej pracy do uzupełnienia i poprawek, a następnie do ponownej recenzji.

