

Dr hab. n. med. Elżbieta Pels

Lublin, 04.09.2021r.

Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

e-mail: elzbieta.pels@umlub.pl

RECENZJA

rozprawy doktorskiej lek. dent. Anny Mari Pantelewicz pt.:
„Stomatologiczne i psychologiczne wskaźniki doświadczania przemocy domowej przez
dzieci i młodzież.”

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Zarząd Międzynarodowych Organizacji Nauk Medycznych, z udziałem lekarza chirurga dziecięcego prof. Bettexa ze Szwajcarii, prezydenta Światowej Federacji Stowarzyszenia Chirurgów Dziecięcych wspólnie opracowali definicję zespołu dziecka maltretowanego, która brzmi następująco: „Za maltretowanie dziecka uważa się każde zamierzone lub niezamierzone działanie osoby dorosłej, społeczeństwa lub państwa, które ujemnie wpływa na zdrowie, rozwój fizyczny lub psychospołeczny dziecka.” Formy przemocy stosowanej wobec dzieci są złożone i obejmują formy krzywdzenia: fizycznego, psychicznego, emocjonalnego, seksualnego, oraz zaniedbywania, czyli zaniechania obowiązku dbania o zaspokajanie potrzeb dziecka.

W polskim prawie karnym dziecko przed złym traktowaniem chroni Art. 207 Kodeksu Karnego, który mówi:

§ 1. Kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Jeżeli czyn określony w § 1 połączony jest ze stosowaniem szczególnego okrucieństwa, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 lub 2 jest targnięcie się pokrzywdzonego na własne życie, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

W przypadku podejrzenia, że dziecko jest ofiarą przestępstwa, lekarz ma obowiązek zgłosić /przekazać/ ten fakt do Prokuratury bądź Policji. Podstawą zgłoszenia jest art. 304 Kodeksu Postępowania Karnego, który mówi o obowiązku powiadomienia ww. organów;

dodatkowe obowiązki zawarte są w §2 w odniesieniu do instytucji państwowych i samorządowych.

W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD – 10) zespół maltretowania umieszczono pod symbolem T74, w tym: zaniedbywanie i porzucenie /poczucia bezpieczeństwa, potrzeb dotyczących: miłości, odżywiania, ubierania, kształcenia, opieki medycznej, higieny/; nadużycie fizyczne /znęcanie się, okrucieństwo, tortury, zadawanie cielesnych kar np. bicie, szczypanie, oparzenia, potrząsanie, duszenie, topienie/; nadużycie seksualne /m.in.: włączanie dziecka w aktywność seksualną, której nie jest ono w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody, zaspokojenie potrzeb innej osoby (dorosłej lub innego dziecka) fotografowanie dzieci dla celów pornograficznych, oglądania czynności seksualnych/; nadużycie psychiczne – określane niekiedy jako „przemoc w białych rękawiczkach”/ciągła krytyka, wyzwiska, wyśmiewanie, straszenie odrzuceniem, stawiane nierealistycznych wymagań, brak okazywania pozytywnych uczuć, oschłość emocjonalna, moralizowanie, szantażowanie/.

Pomimo, jasnej definicji i obowiązujących przepisów prawnych chroniących dzieci przed przemocą, lekarze ciągle nie mają opracowanych standardów postępowania w przypadku podejrzenia o stosowaniu przemocy wobec dzieci i młodzieży. Z uwagi na powyższe problemy wybór tematyki rozprawy doktorskiej lek. dent. Anny Mari Pantelewicz uważam, za trafny i mający istotne znaczenie w praktyce stomatologicznej lekarzy dentystów, a wyniki badań mogą posłużyć do lepszego i systemowego zaangażowania lekarzy w proces rozpoznawania śladów przemocy domowej.

Ocena formalna pracy

Przedstawiona do oceny praca doktorska lek. dent. Anny Mari Pantelewicz opracowanej pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. Doroty Olczak-Kowalczyk w postaci monografii liczy 110 stron druku, zawiera 25 tabel oraz 10 rycin. Piśmiennictwo obejmuje 206 pozycji, w tym 75,7% anglojęzycznych artykułów zamieszczonych w czasopismach naukowych i 24,3% w języku polskim artykułów zamieszczonych w czasopismach naukowych oraz obowiązujących aktów prawnych i danych statystycznych.

Praca została zredagowana w sposób typowy dla rozpraw doktorskich, którą podzielono na następujące rozdziały: Wstęp z trzema podrozdziałami /20 stron/, Cel pracy, Materiał i metoda z trzema podrozdziałami /6 stron/, Wyniki badań z częścią stomatologiczną i psychologiczną /25 stron/, Dyskusja podzielona na 5 podrozdziałów /13 stron/, Wnioski, Bibliografia oraz Aneks. Na początku manuskryptu podano słowa kluczowe w języku polskim

i angielskim, spis tabel, spis rycin, wykaz użytych skrótów oraz streszczenie w języku polskim i angielskim.

Ocena merytoryczna pracy

Na początku rozprawy doktorskiej zamieszczono strukturalne streszczenie rozprawy doktorskiej w języku polskim i angielskim, które wprowadzają czytelnika w syntetyczny sposób w najważniejsze zadnienia niniejszej pracy.

Rozdział Wstęp podzielony jest na 3 podrozdziały: Wprowadzenie, Badany problem na tle literatury przedmiotu oraz Badanie pilotażowe.

W pierwszym podrozdziale Wstępu lek. dent. Anna Maria Pantelewicz szczegółowo omawia problem dzieci maltretowanych w ujęciu historycznym i prawnym. Przedstawia psychologiczne aspekty dzieci pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych. Następnie Doktorantka podaje, iż problem pomocy dzieciom jest złożony, ponieważ przyczyny są wieloczynnikowe a dzieci są zależne od swoich opiekunów – sprawców i często nie są w stanie ocenić swojej własnej sytuacji i poprosić o pomoc, jednocześnie prawie zawsze wstydzą się szukać pomocy. Autora podaje przykłady z literatury, iż dzieci, dorastające w rodzinie, w której konflikty, niewłaściwe zachowanie, agresja, a często także przemoc, zaniedbywanie i wykorzystywanie przez poszczególnych członków rodziny występują w sposób ciągły, przyjmują taki model rodziny za normalny. Przytaczane przez Doktorantkę dane pochodzące ze statystyk czy to Komendy Głównej Policji czy dane z Ministerstwa Sprawiedliwości lub zgłoszenia medyczne na podstawie liczby założonych „Niebieskich Kart” mówiące o skali problemu dzieci będących ofiarami przemocy są porażające a i tak należy przyjąć, że nie wszystkie zdarzenia są odnotowywane formalnie.

W dalszej części Wstępu Doktorantka omawia konieczność włączenia lekarzy i lekarzy dentyistów w rozpoznawanie przemocy stosowanej wobec dzieci i młodzieży a tym samym w udzielanie kompleksowej pomocy tej grupie pacjentów. Opieka stomatologiczna dla tych dzieci nie zawsze jest łatwo dostępna a niekiedy brakuje w otoczeniu tych pacjentów doświadczonych lekarzy dentyistów, którzy mogli by w pełni poprowadzić ich leczenie stomatologiczne. W tym kontekście Doktorantka stara się odpowiedzieć na pytanie jak rozpoznać wykorzystywanie i zaniedbywanie dzieci w gabinecie stomatologicznym. Równocześnie stawia pytanie czy jest możliwe wykrycie takich działań wobec dzieci na podstawie badania stomatologicznego oraz obserwacji zachowania dziecka.

W drugim podrozdziale Wstępu Doktorantka przedstawia problem przemocy na podstawie przeglądu literatury angielsko-, hiszpańsko- i polskojęzycznej z bazy danych: Pubmed/Medline, EBSCO, Wiley Online Library, EMBASE i biblioteki Warszawskiego

Uniwersytetu Medycznego. Proces weryfikacji literatury został przeprowadzony za pomocą diagramu PRISMA. Analiza przeprowadzona przez Doktorantkę wykazała Jej dobrą znajomość omawianych zagadnień. Doktorantka umiejętnie wprowadza Czytelnika w zagadnienia, które są przedmiotem Jej pracy doktorskiej, wykazując, iż podobne problemy dotyczą dzieci w wielu krajach także o wysokich standardach życia społecznego.

W trzecim podrozdziale Autorka prezentuje założenia oraz wstępne wyniki programu pilotażowego. Szczególnie doceniam fakt, iż Doktorantka przygotowując się do rozprawy doktorskiej przeprowadziła badanie pilotażowe, dzięki któremu mogła w swojej rozprawie uwzględnić te zagadnienia (zarówno stomatologiczne jak i psychologiczne), które mają najistotniejszy wpływ na rozpoznanie i diagnostykę stomatologiczną pacjentów doświadczający różnych form przemocy. Badanie to pozwoliło Doktorantce uwzględnić te zagadnienia z zakresu psychologii, które mogą być pomocne w rozpoznaniu dziecka krzywdzonego w pierwszym kontakcie z lekarzem dentystą.

Kolejny rozdział to cel pracy. Doktorantka założyła nadrzędny cel pracy oraz 5 celów szczegółowych. Cel główny zakładał określenie psychologicznych i stomatologicznych wskaźników ryzyka przemocy w rodzinie oraz stworzenie algorytmu postępowania lekarza dentysty w przypadku podejrzenia jej stosowania wobec dzieci i młodzieży oraz stworzenie kwestionariusza oceny zachowania dziecka w gabinecie pod kątem oceny występowania przemocy domowej. Cele szczegółowe to:

1. Psychologiczna ocena zachowania dzieci i młodzieży, pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych i normatywnych, w gabinecie stomatologicznym;
2. Ocena kliniczna ich stanu uzębienia, higieny jamy ustnej, dziąseł, skutków zaniedbań leczniczych w jamie ustnej oraz zachowań prozdrowotnych w odniesieniu do zdrowia jamy ustnej;
3. Określenie symptomów psychologicznych i klinicznych wskazujących na stosowanie przemocy wobec dzieci i młodzieży;
4. Wyodrębnienie czynników ryzyka patologii w obrębie jamy ustnej u dzieci i młodzieży pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych i normatywnych;
5. Opracowanie algorytmu postępowania lekarza dentysty w przypadku podejrzenia stosowania przemocy wobec pacjentów w wieku rozwojowym.

Doktorantka postawiła także 4 hipotezy badawcze:

1. Dzieci z rodzin dysfunkcyjnych charakteryzują się specyficznymi reakcjami i zachowaniem w gabinecie stomatologicznym.

2. Dzieci z rodzin dysfunkcyjnych w badaniu stomatologicznym wykazują oznaki zaniedbania stomatologicznego pod względem: higienicznym, stanu zdrowia błon śluzowych, zaawansowania choroby próchnicowej.
3. Wśród dzieci z rodzin dysfunkcyjnych częściej występują urazy oraz parafunkcje w obrębie jamy ustnej.
4. Lekarz dentysta podczas badania i leczenia pacjenta może określić psychologiczne i stomatologiczne wskaźniki ryzyka przemocy w rodzinie.

Przedstawione cele i hipotezy są przejrzyste i dobrze sprecyzowane.

Rozdział „Materiał i metoda” podzielono na 3 podrozdziały: okres i miejsce przeprowadzanego badania, grupa badana i metody badawcze

W pierwszym podrozdziale został podany okres przeprowadzonego badania, tj., od lutego 2017 roku do lutego 2018 roku w Warszawie, w Zakładzie Stomatologii Dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz w ramach współpracy z Warszawskim Centrum Wspierania Rodzin „Rodzinna Warszawa” i regionalnymi Ośrodkami Pomocy Społecznej, w poszczególnych placówkach CWR „Rodzinna Warszawa” oraz Ośrodkach Pomocy Społecznej. Doktorantka podała informacje o uzyskanej zgodzie Komisji Bioetycznej przy Warszawskim Uniwersytecie Medycznym (nr KB/14/2017).

W drugim podrozdziale podano informacje o włączeniu dzieci do grupy badanej i grupy kontrolnej a także o warunkach wykluczenia pacjentów z badania. Na uwagę zasługuje duża liczba pacjentów objętych badaniem. Początkowo do grupy badanej zakwalifikowano 496 pacjentów, jednak 83 rodziców/opiekunów odmówiło podpisania formularza zgody na badanie, stąd do projektu badawczego włączono 404 dzieci. Grupa kontrolna stanowiła 378 osób.

W trzecim podrozdziale Doktorantka przedstawiła metody badawcze, na które składały się: wywiad medyczny i środowiskowy, badanie kliniczne, zasady oceny psychologicznej pacjentów oraz analizy ich akt personalnych.

Uzyskane wyniki zostały poddane analizie statystycznej. Są one odpowiednio dobrane do charakteru przeprowadzonych badań i uzyskanych wyników badania klinicznego i oceny psychologicznej.

Rozdział „Wyniki” jest najobszerniejszy. Uzyskane przez Doktorantkę wyniki badań zostały przedstawione bardzo dokładnie, z dużym wkładem pracy. Dane, jakie zostały uzyskane w trakcie prowadzonego badania klinicznego i oceny psychologicznej zostały przedstawione w tabelach i zobrazowane na rycinach.

Na uwagę zasługują zaobserwowane przez Doktorantkę istotne zależności pomiędzy większym zaawansowaniem choroby próchnicowej, złą higieną jamy ustnej, nasilonymi

stanami zapalnymi dziąseł, większą liczbą uprawianych parafunkcji, urazów zębów a doświadczoną przemocą zarówno fizyczną, seksualną czy psychiczną. W grupie pacjentów badanych niepokojąco wysoki /91,63%/ jest wskaźnik nieleczonej próchnicy zębów, przy równocześnie bardziej rozległych czynnych ubytkach próchnicowych zarówno w zębach mlecznych jak i stałych. Niekorzystne zmiany w obrębie jamy ustnej były obserwowane istotnie częściej u dzieci i młodzieży doświadczających różnych form przemocy w stosunku do dzieci z grupy kontrolnej. U dzieci z rodzin dysfunkcyjnych istotnie częściej były obserwowane przez Doktorantkę charakterystyczne dla dziecka maltretowanego zmiany na błonie śluzowej o różnym stopniu gojenia.

Zaobserwowane przez Doktorantkę wyniki części psychologicznej są ciekawe i ważne z klinicznego punktu widzenia. Zachowania takie jak: poczucie winy, samookaleczanie, brak podstawowej higieny, niedopasowany ubiór – za duży, za mały, nieodpowiedni do pory roku lub płci, zachowania autoagresywne, agresywne czy regresywne, nadmierna pewność siebie, ale również obniżony nastrój i motywacja istotnie częściej występują u dzieci z grupy badanej w porównaniu z dziećmi z grupy kontrolnej. Niektóre z tych zachowań u dzieci i młodzieży z grupy kontrolnej w ogóle nie występują.

Obecność przemocy seksualnej zwiększała prawdopodobieństwo wystąpienia obniżonego nastroju i motywacji, pojawienia się zachowań regresywnych oraz nadmiernego lęku.

Zastosowana przez Doktorantkę analiza korelacji rang Spearmana między czynnikami socjoekonomicznymi a rodzajem doświadczanej przemocy wykazała odwrotną korelację pomiędzy statusem ekonomicznym i poziomem wykształcenia a występowaniem przemocy.

W mojej ocenie, co bardzo pragnę podkreślić, ta część projektu badawczego jest szczególnie cenna i jednocześnie trudna do realizacji w kompleksowym ujęciu stomatologicznym i psychologicznym. Stąd moje uznanie dla Promotora i Promotora pomocniczego w tak dobrym pokierowaniem młodym naukowcem w dążeniu do ustalenia rzetelnych dowodów naukowych wpływu patologicznych zachowań wobec dzieci i młodzieży, które w społeczeństwie, nie tylko w naszym kraju, tak często są nierozpoznawane we właściwym czasie.

Dyskusję Doktorantka przeprowadziła rzetelnie i kompetentnie. Świadczy ona o dobrej znajomości zagadnień zawartych w rozprawie doktorskiej i umiejętności Autorki do dobrze przemyślanych spostrzeżeń. Doktorantka przedstawiła ciekawie ujęte badania własne i poddała je krytycznej analizie w odniesieniu do badań innych autorów, co dowodzi, że dobrze opanowała materiał badawczy i umiejętnie dokonała właściwej weryfikacji swoich badań w świetle

doniesień krajowych i światowych. Ta umiejętność potwierdza, że Doktorantka dobrze wypełniła zalecenia, jakie są wymagane przy redagowaniu prac naukowych.

Wnioski w liczbie 5 wynikają z uzyskanych wyników badania klinicznego i oceny psychologicznej. Odpowiadają na założony cel nadrzędny badania oraz cele szczegółowe. Za szczególnie cenny uważam wniosek 4 z dwoma załącznikami – opracowany algorytm postępowania lekarza dentysty w przypadku podejrzenia stosowania przemocy wobec dzieci i młodzieży oraz kwestionariusz oceny ryzyka występowania przemocy domowej i zaniedbania, który pozwoli lekarzom włączyć się w proces pomocy poszkodowanym pacjentom.

Z obowiązku recenzenta mam kilka uwag do przedstawionej mi do oceny rozprawy doktorskiej:

- w tytule tabeli 10 opisującej uzębienie mieszane należy dodać wskaźnik puwz/PUWZ i puwp/PUWP
- str. 10 błąd literowy – obserwowanymi nie obserwowanym
- odnotowałam brak tabeli 23,
- należy skorygować zapis index PUFA w streszczeniu w języku angielskim,
- str. 16, 19, 20, 21 – proponowałabym zamienić określenie „służba zdrowia” na „opieka zdrowotna” lub zamiennie „system ochrony zdrowia”,
- str. 19 – błąd literowy zamiast „danie” należy wpisać „dane”,
- str. 20 zamiast „art. 340” należy wpisać „Art. 304” ponieważ przetaczany cytat jest treścią Art. 304 Kodeksu Postępowania Karnego, również w bibliografii w pozycji 47 należy podać Kodeks Postępowania Karnego a nie Kodeks Karny zamieszczony w Dzienniku Ustaw tego samego dnia tj., 6 czerwca 1997r.
- str. 50 – w tytule ryciny 6 należy zapisać „wskaźnika PUWZ” nie „wskaźnika PUW” oraz w opisie tej ryciny składowe zapisać wielką literą, ponieważ opisywane wskaźniki dotyczą uzębienia stałego,
- str. 69 – błąd interpunkcyjny – brak przecinka po słowie „próchnicowa”

Wszystkie powyższe uwagi nie umniejszają merytorycznej wartości rozprawy, którą oceniam jako bardzo wartościową. Wkład pracy w realizację projektu badawczego, uzyskane wyniki badań oraz wnioski z nich wynikające a także opracowany kwestionariusz świadczą o bardzo dobrym przygotowaniu merytorycznym Doktorantki do przeprowadzania badań naukowych. Wskazują na Jej zaangażowanie w niesieniu pomocy pacjentom i wrażliwość na problemy dzieci i młodzieży doświadczających przemocy domowej.

Podsumowując niniejszą recenzję uważam, iż przedłożona mi do oceny rozprawa doktorska pt. „Stomatologiczne i psychologiczne wskaźniki doświadczania przemocy domowej przez dzieci i młodzież” spełnia warunki określone w art. 13 ust. 1 Ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki z dnia 14 marca 2003 roku (Dz. U. Nr 65, poz. 595, z późn. zm.). Dlatego też zwracam się do Wysokiej Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z wnioskiem o przyjęcie pracy i dopuszczenie lek. dent. Anny Mari Pantelewicz do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Jednocześnie ze względu na klinicznie ważny aspekt poruszanych zagadnień, walory naukowe oraz możliwość wykorzystania w praktyce stomatologicznej zaobserwowanych przez Doktorantkę istotnych zależności prezentowanych w rozprawie doktorskiej a także opracowany kwestionariusz oceny ryzyka występowania przemocy domowej z równoczesnym podaniem algorytmu postępowania dla lekarzy dentystów w omawianych kwestiach, wnoszę o wyróżnienie rozprawy doktorskiej.

Dr hab. n. med. Elżbieta Pels

Dr hab. n. med. Elżbieta Pels
lek. stomatologii ogólnej
specjalista stomatologii zachowawczej
5479887