

Katowice, dn. 11 maja 2025 r.

Dr hab. n. o zdrowiu Mariola Czajkowska, prof. ŚUM

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach

Katedra Zdrowia Kobiety

Zakład Propedeutyki Położnictwa

ul. Medyków 12, 40—752 Katowice

Recenzja rozprawy doktorskiej

Mgr Magdaleny Krauze

pt. „Analiza przebiegu porodu oraz wyników okołoporodowych matek i noworodków po porodzie w domu i Przyszpitalnym Domu Narodzin”

napisanej pod kierunkiem dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyny Bączek

1.OPINIA OGÓLNA

Przedłożona do recenzji dysertacja doktorska przygotowana przez Panią magister Magdalenę Krauze jest opracowaniem, które należy ocenić zdecydowanie bardzo pozytywnie. Jest to praca stanowiąca dowód biegłej orientacji Autorki w projektowaniu i przeprowadzaniu badań, analizy danych i konstruowania wniosków. Podjęty temat jest aktualny, stale kontrowersyjny we współczesnym Położnictwie, poruszający holistyczne uwarunkowania okresu okołoporodowego.

W związku z powyższym podjęte przez Doktorantkę badania są w pełni uzasadnione i przyczyniające się do rozwoju nauk o zdrowiu oraz nauk medycznych, a także nauk społecznych.

2.OCENA MERYTORYCZNA

2.1. Znaczenie problematyki podjętej w recenzowanej rozprawie

Podjęta problematyka badawcza jest nadal relatywnie nowatorska w naukach o zdrowiu i naukach medycznych, a także w naukach społecznych. Pod koniec XX wieku w Polsce zaczęto dokonywać zmian w opiece medycznej sprawowanej nad kobietą w ciąży, w trakcie porodu i w połogu. Postępująca medykalizacja porodów i obciążenie pracą personelu medycznego

sprawującego opiekę nad kobietą wpłynęło na czas jaki lekarze i położne mogą poświęcić opiece i indywidualnemu dopasowaniu do potrzeb rodzących, a także wsparciu. Porody zaczęły przybierać formę medycznego zabiegu, a emocjonalne wsparcie kobiety podczas porodu zostało ograniczone. Odpowiedzią na obniżającą się jakość opieki okołoporodowej była aktualizacja w roku 2018, następnie w 2023 standardów opieki okołoporodowej, która miała na celu poprawę jakości usług zdrowotnych i wsparcia psychicznego świadczonego kobietom w okresie ciąży, porodu.

Opieka okołoporodowa obejmuje opiekę medyczną, edukacyjną i emocjonalną, mającą na celu zapewnienie bezpiecznego procesu porodowego oraz wsparcie fizyczne i psychiczne dla kobiet i ich rodzin. Elementami opieki okołoporodowej są: opieka prenatalna, opieka w trakcie porodu, opieka poporodowa zwana położową, wsparcie psychospołeczne. Wymienione elementy opieki okołoporodowej prowadzą do podniesienia jakości opieki okołoporodowej, która odgrywa kluczową rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa, komfortu i dobrostanu zarówno matki jak i dziecka.

Stałe podnoszenie jakości opieki w procesie porodu i położu pozwala na uzyskanie opieki medycznej o wysokim standardzie, minimalizując jednocześnie ryzyko powikłań, zaspakajając potrzeby fizyczne i emocjonalne z jednoczesnym dostarczeniem wsparcia fizycznego i emocjonalnego w czasie porodu, poszanowanie preferencji i autonomii kobiety rodzącej wyrażane poprzez wspieranie, kontynuację opieki poporodowej z jednoczesnym zapewnieniem dostępu do wysokiej jakości opieki dla wszystkich kobiet, niezależnie od ich statusu społecznego czy ekonomicznego.

Kluczowym elementem standaryzacji jest ścisła współpraca zespołu terapeutycznego tak by koordynacja działań specjalistów zapewniała kompleksową i skoordynowaną opiekę, która będzie się przekładała na zadowolenie kobiet, minimalizując powikłania, poprawę doświadczeń porodowych oraz wpływa pozytywnie na dobrostan matki i dziecka, który oparty jest głównie na poszanowaniu potrzeb i decyzji kobiety

2.2. Metodyka badawcza (założenia, cel, metody)

Celem niniejszego projektu badawczego była analiza wyników okołoporodowych kobiet, które planowo urodziły w domu i w Przyszpitalnym Domu Narodzin oraz zestawienie wyników obu grup z grupą kontrolną kobiet, które urodziły w bloku porodowym, ze szczególnym uwzględnieniem powikłań u matki i noworodka.

Ponadto celem pracy było opracowanie i analiza wyników okołoporodowych kobiet, które urodziły w domu.

Do zrealizowania powyższego celu pracy, posłużono się 12 pytaniami badawczymi. Dodatkowo postawiono 1 hipotezę badawczą główną i 11 hipotez badawczych, szczegółowych w celu potwierdzenia założeń i celów przyjętych w niniejszej dysertacji.

Po lekturze rozprawy, jestem przekonana, że zakładany cel główny jak i cele szczegółowe, a także hipotezy, na wszystkich etapach projektu badawczego zostały osiągnięte przez Doktorantkę.

Autorka wykazała się wyjątkowo dobrą znajomością metodyką badań, co stanowi nie lada wyzwanie naukowe, a dodatkowo bardzo rzadko spotyka się poprawnie opracowane badania. Zarówno teoretyczny opis metodyki badawczej, jak i przede wszystkim ich poprawne przygotowanie i opracowanie jest jedną z największych zalet przedłożoną mi do recenzji dysertacji doktorskiej. Wszystkie zastosowane metody, choć nie łatwe w praktycznym wykorzystaniu w procesie badawczym, zostały dobrane poprawnie i zapewniły realizację zakładanych celów.

2.3. Struktura rozprawy

Recenzowana rozprawa łącznie z załącznikami liczy 150 stron. Rozprawa składa się z sześciu rozdziałów, z których pierwszy ma charakter wstępu na podstawie przeglądu literackiego, rozdział drugi stanowi cel pracy, rozdział trzeci jest rozdziałem metodycznym, a rozdział czwarty stanowią wyniki, piąty przedstawia porównanie wyników własnych z dostępną literaturą, szósty rozdział stanowią wnioski, dwa końcowe rozdziały podsumowują projekt badawczy. Struktura pracy jest w zasadzie tradycyjna odpowiednia dla tego typu opracowania, ma charakter teoretyczno – empiryczny.

2.4. Wykorzystana literatura

Doktorantka wykorzystała 112 naukowych pozycji bibliograficznych w dysertacji. W literaturze naukowej w większości to publikacje międzynarodowe w języku angielskim, co świadczy o umiejętności wykorzystania przez Autorkę rozprawy, bogatej literatury przedmiotu. W większości publikacje najnowsze wydane w okresie ostatnich dziesięciu lat, co w obecnej wysokiej dynamice rozwoju naukowego jest w pełni zadawalającym wskaźnikiem. Pod względem jakościowym literatura jest dobrana prawidłowo, ponadto jest zróżnicowana i bogata. Na podkreślenie zasługuje umiejętność wykorzystywania najnowszej literatury przedmiotu i liczne odwołania do najnowszych badań światowych w podjętej tematyce.

2.5. Szczegółowa ocena merytoryczna poszczególnych części rozprawy

Pod względem merytorycznym praca zasługuje na pozytywną ocenę. Niniejsze badanie było retrospektywną analizą dokumentacji medycznej ukazującą związek pomiędzy zmienną niezależną, czyli miejscem porodu, a zmiennymi zależnymi wpływającymi na wyniki okołoporodowe matek i noworodków urodzonych w trzech możliwych w Polsce miejscach porodu: w domu (grupa badana - DOM), w Przyszpitalnym Domu Narodzin (grupa badana - DN) oraz w bloku porodowym (grupa referencyjna - BPO) Centrum Medycznego Żelazna Szpital i Przychodnia św. Zofii. Kobiety rodzące w wyżej wskazanych miejscach porodu pozostawały pod opieką położnych zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami w Bloku Porodowym, w Przyszpitalnym Domu Narodzin oraz w domu.

W Polsce nie istnieje żaden krajowy rejestr urodzeń poza szpitalnych, w którym gromadzono by dane z przebiegu planowanego porodu domowego. Dane z GUS nie pozwalają na odróżnienie czy poród poza szpitalny odbył się planowo w domu czy też w sposób nagły, a także czy rodząca pozostawała pod opieką położnych. Położne, które należą do Stowarzyszenia „Dobrze Urodzeni” pracują według jasno opracowanych kryteriów oraz w oparciu o ujednoliconą dokumentację medyczną, a także spełniają wymogi formalno-prawne dla prowadzenia działalności gospodarczej na terenie województwa i są zarejestrowane do właściwej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz posiadają zgodę na wykonywanie praktyki położnej i świadczenie usług medycznych.

W Polsce nie występuje krajowy ani regionalny rejestr położnych, które przyjmują porody domowe; ich identyfikację umożliwia strona internetowa Stowarzyszenia „Dobrze Urodzeni”. Dlatego w przypadku planowych porodów domowych Doktorantka wraz ze

Stowarzyszeniem „Dobrze Urodzeni” wystosowała prośbę do wszystkich położnych zrzeszonych w Stowarzyszeniu „Dobrze Urodzeni”, które przyjmują porody domowe na terenie całej Polski, o pomoc w gromadzeniu danych z przebiegu porodu domowego do badania. Położnym tym przekazano specjalny formularz opracowany przez autorkę badania do wypełnienia po zakończonym porodzie domowym. Do badania włączono wszystkie kobiety, które kwalifikowały się do porodu domowego w oparciu o dane z porodów przesłanych przez położne. W formularzu tym gromadzono dane dotyczące przebiegu porodu, transferu, postępowania w porodzie z matką i noworodkiem, stanu noworodka oraz przeznaczono specjalne miejsce na 53 wpisanie uwag oraz innych istotnych danych dotyczących odbytego porodu w domu przez położną wypełniającą formularz. Gromadzono także adresy mailowe położnych, po to by mieć z nimi kontakt. Niektóre położne nie wpisywały wszystkich porodów, które odbyły się pod ich opieką, dlatego proszone były w rozliczeniu miesięcznym o uzupełnienie tych danych. Do badania włączono wszystkie zgłoszone kobiety, które planowo rozpoczęły poród domowy, co stanowiło $n = 851$ kobiet w badanej grupie. Czas gromadzenia tych danych obejmował okres od stycznia 2017 roku do czerwca 2023 roku, w którym to nie zmieniały się zasady prowadzenia porodu domowego, kryteria kwalifikacji do porodu domowego, a także przyczyny i sposób transferów śródporodowych i poporodowych.

Doktorantka uzyskała aprobatę Prezeski Stowarzyszenia, gdyż celem Zarządu było monitorowanie efektów pracy położnych i szacowanie jakości usług okołoporodowych udzielanych przez położne niezależne. W oparciu o formularz zarejestrowano następujące zmienne do analizy: rok porodu, województwo porodu, liczbę poprzednich porodów domowych, wiek rodzącej, wykształcenie rodzącej, liczba ciąż, liczba porodów, tydzień ciąży w dniu porodu, usytuowanie płodu w dniu porodu, choroby współistniejące u matki (czynniki ryzyka ciążowego), wynik wymazu w kierunku *Streptococcus Agalactiae*, czas trwania I okresu porodu, czas trwania II okresu porodu, czas trwania III okresu porodu, kolor płynu owodniowego, czas odpływania płynu owodniowego, ochrona krocza, nacięcie krocza, następstwa ochrony krocza, łączna utrata krwi w porodzie, płeć noworodka, punkty Apgar w 1,3,5 i 10 minucie, waga noworodka, długość noworodka, finalna pozycja rodzącej do porodu, poród przed przyjazdem położnej, leki zastosowane w I, II, III i IV okresie porodu, przyczyny transferu w czasie porodu, przyczyny transferu po porodzie z przyczyn matczynych, przyczyny transferu po porodzie z przyczyn noworodkowych, hospitalizacja noworodka w późniejszych dobach- przyczyny i postępowanie, interwencje u noworodka wykonane przez położną prowadzącą poród, sposób zakończenia porodu po transferze śródporodowym,

postępowanie z matką i noworodkiem po transferze z porodu domowego oraz inne uwagi dotyczące tego porodu, wpisywane swobodnie przez położne.

W Centrum Medycznym Żelazna położne opiekują się kobietami z ciążą niskiego ryzyka i z niskim ryzykiem powikłań w trakcie porodu w sposób samodzielny, niezależnie od miejsca porodu. Zarówno w bloku porodowym jak i w Przyszpitalnym Domu Narodzin położna prowadząca poród odpowiada za opiekę nad kobietą rodzącą oraz nad noworodkiem zachowując zasadę ciągłości opieki w trakcie porodu. Do porodu z niskim ryzykiem powikłań nie wzywa się rutynowo lekarza ginekologa i neonatologa. Do asysty wchodzi druga położna. Taka organizacja pracy położnych nie jest standardem w Polsce i nie jest powszechna. Przyszpitalny Dom Narodzin Centrum Medycznego Żelazna prosperuje od czasu jego powstania aż do dziś, na niezmiennych warunkach funkcjonowania. O jego istnieniu kobiety są informowane na stronie spółki, w szkołach rodzenia akredytowanych przez CM Żelazna oraz w social mediach. Koszty porodu pokrywane są przez NFZ, a zasady kwalifikacji są powszechnie uznawane i przestrzegane przez pracowników medycznych szpitala. Nie każda kobieta na początku porodu przybywająca do izby przyjęć decyduje się na poród w domu narodzin. Jest to decyzja oparta na ostatecznym zdaniu kobiety rodzącej, po określeniu kryteriów kwalifikacyjnych ryzyka powikłań w porodzie. Jeśli rodząca nie zdecyduje się na poród w Przyszpitalnym Domu Narodzin, wówczas przyjmowana jest do sali porodowej w celu odbycia porodu. Z uwagi na największą liczbę porodów na terenie całego Mazowsza oraz ze względu na wprowadzone zasady zachowanej samodzielności zawodowej położnych opiekujących się rodzącymi powstał zamysł jednośrodkowego badania. Tym bardziej, że dyżurujące położne w Przyszpitalnym Domu Narodzin odbywają również dyżury w sali porodowej stanowiąc integralną część całego zespołu położnych przyjmujących porody w Centrum Medycznym Żelazna. Dane kobiet rodzących w bloku porodowym i w Przyszpitalnym Domu Narodzin Centrum Medycznego Żelazna, pozyskano na podstawie elektronicznej dokumentacji medycznej. Wszystkie dane dotyczące przebiegu porodu są umieszczone w elektronicznym systemie Asseco Medical Management Solutions (AMMS). Elektroniczna dokumentacja medyczna umożliwiła uzyskanie wszystkich danych dotyczących stanu zdrowia matki i noworodka w czasie całego pobytu od przyjęcia aż do wypisu ze szpitala. Ewidencja porodu w formie książki porodowej również prowadzona jest elektronicznie i w przypadku porodów drogami natury, za wprowadzenie danych dotyczących przebiegu porodu, odpowiadają położne przyjmujące porody w bloku porodowym oraz w Przyszpitalnym Domu Narodzin. W marcu 2023 roku zwrócono się do Dyrekcji szpitala z prośbą

o udostępnienie danych dotyczących przebiegu porodu kobiet rodzących w Centrum Medycznym Żelazna i po uzyskaniu zgody, otrzymano dane z systemu informatycznego w formie pliku excel. Poproszono o dane z okresu tożsamego dla porodów domowych, stąd analiza obejmowała również okres od stycznia 2017 r. do czerwca 2023 r. W tym czasie odnotowano $n = 26\,967$ porodów pojedynczych, z których wykluczono planowe cięcia cesarskie $n = 8689$ oraz porody zabiegowe <37 tygodnia ciąży $n = 690$ i uzyskano grupę kobiet, które urodziły drogą pochwową o liczbie $n = 17\,588$. Dzięki ewidencji miejsca porodu na terenie szpitala Centrum Medycznego Żelazna w systemie elektronicznego wykazu porodów AMMS, możliwe było rozróżnienie miejsca porodu na BPO i Dom Narodzin, w związku z tym wyłoniono zbiór kobiet, których miejscem porodu był Przyszpitalny Dom Narodzin, co stanowiło liczbę $n=1826$. Na tym etapie całą grupę kobiet, które urodziły w Przyszpitalnym Domu Narodzin włączono do badania i zakwalifikowano tę grupę jako grupę badaną. Spośród liczby $n = 15762$ kobiet, które urodziły w bloku porodowym, w oparciu o kryteria wykluczenia z badania, wyłoniono kobiety z niskim ryzykiem ciążowym, które mogły urodzić pod opieką położnych. Kryteria wykluczenia obejmowały: poród <37 tygodnia ciąży, poród zabiegowy <37 tygodnia ciąży, preindukcja i indukcja porodu, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca w ciąży, cholestaza wewnątrzwątrobową, zaburzenia wzrastania płodu (IUGR, LGA), nieprawidłowe AFI, HELLP, wady wrodzone płodu. Po zastosowaniu tych kryteriów uzyskano grupę 7684 porodów niskiego ryzyka w obrębie bloku porodowego, które mogły stanowić grupę kontrolną (BPO).

W oparciu o dane z systemu elektronicznego Centrum Medycznego Żelazna zarejestrowano następujące zmienne do analizy: rok porodu, miejsce porodu, personel obecny przy porodzie i ich funkcje, wiek rodzących, liczba ciąż, liczba porodów, tydzień ciąży w dniu porodu, położenie i ułożenie płodu w momencie porodu, obciążenia zdrowotne rodzącej, wynik wymazu w kierunku *Streptococcus Agalactiae*, czas trwania I, II, i III okresu porodu, kolor płynu owodniowego i czas odpływania płynu owodniowego do urodzenia dziecka, ochrona krocza, nacięcie krocza, urazy krocza (pęknięcie krocza, pęknięcie śluzówki pochwy, pęknięcia warg sromowych mniejszych, pęknięcie okołocewkowe), urazy szyjki macicy (pęknięcie szyjki macicy), urazy ścian pochwy, krwiak pochwy, łączna utrata krwi po porodzie, krwotok położniczy, transfuzja krwi, wyłyżeczkowanie jamy macicy, ręczne wydobycie popłodu, wynicowanie macicy, finalna pozycja porodowa, sposób ukończenia porodu, rozpoznania według klasyfikacji ICD-10 po porodzie, antybiotykoterapia w czasie porodu, profilaktyka antybiotykowa w czasie porodu, zastosowanie oksytocyny w I, II i III okresie

porodu, zastosowanie silnych leków uterotonicznych w III lub IV okresie porodu (karbetocyna), zgon noworodka, płeć noworodka, waga i długość noworodka, punktacja w skali Apgar w 1., 3., 5., i 10. minucie życia, rozpoznania według klasyfikacji ICD-10 noworodka oraz epikryzę noworodka. Bazy danych zostały połączone, a ewidentne omyłki pisarskie w danych zostały zarejestrowane jako brakujące i usunięte z arkusza przeznaczonego do analizy. Po tym etapie uzyskano trzy zbiory danych BPO, DN i DOM wobec których zastosowano propensity score matching. Ze względu na ujawnione braki w dokumentacji medycznej odrzucono dokumentacje niepełne z Przyszpitalnego Domu Narodzin oraz porodu w domu. Ze względu na dysproporcje liczebności w grupach, które mogły wpływać zakłócająco na przeprowadzone analizy zdecydowano o zastosowaniu metody Propensity Score Matching (PSM). Na potrzeby doboru zastosowano alokację 2 do 1 (dobierano pozostałe grupy względem grupy porodów w domu ze względu na najmniejszą liczebność tej grupy), uwzględniając następujące zmienne: liczba ciąż, liczba porodów, wiek rodzącej, tydzień ciąży w momencie porodu. PSM przeprowadzono metodą najbliższego sąsiedztwa, opierając się na regresji logistycznej jako metodzie pomiaru dystansów.

Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej. Raport z danymi był zanonimizowany i uniemożliwiał identyfikację rodzącej. Projekt badania został przedłożony do Komisji Bioetycznej przy Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, która wydała oświadczenie, iż projekt ze względu na retrospektywny charakter nie wymaga zgody (AKBE/128/2024).

Dane przedstawiono w formie tabel oraz wykresów typu box-plot. Zmienne ilościowe przedstawiono jako średnią z odchyleniem standardowym oraz jako medianę z pierwszym i trzecim kwartylem. Normalność oceniono przy pomocy testu Shapiro Wilka oraz pomocniczo histogramów i wykresów kwantyl-kwantyl. Do porównań międzygrupowych zmiennych jakościowych zastosowano test Chi2-Pearsona. Dla zmiennych ilościowych o rozkładzie normalnym zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA) lub test t, zaś dla zmiennych ilościowych o rozkładzie innym niż normalny zastosowano test Kruskalla-Wallisa lub test Wilcoxona. Do modelu regresji logistycznej, oceniającego OR dla wybranych zmiennych zależnych jako zmienną niezależną wybrano miejsce porodu, a jako czynniki zakłócające wybrano zmienne takie jak: wynik wymazu na GBS, status podania oksytocyny w I, II i III okresie porodu, czas odpływania płynu owodniowego, waga noworodka oraz długość noworodka. Wartości p mniejsze od 0,05 uznawano za istotne. Analizę wykonano przy użyciu języka R w środowisku Rstudio.

Badanie zostało przeprowadzone w trzech etapach: Etap I – ten etap procesu badawczego obejmował analizę literatury przedmiotu, opracowanie koncepcji badania oraz formalne poinformowanie Zarządu Stowarzyszenia „Dobrze Urodzeni – niezależna inicjatywa rodziców i położnych” o zamiarze objęcia badaniem położnych będących członkiniami Stowarzyszenia oraz ich podopiecznych planujących porody domowe. W ramach przygotowań opracowano formularz do systematycznego gromadzenia danych, który został przesłany położnym uczestniczącym w badaniu. Dane zbierano regularnie w formie comiesięcznych raportów utrzymując stały kontakt z położnymi za pośrednictwem poczty elektronicznej. Następnie określono koncepcję pracy, metody badania oraz uzyskano zgodę Dyrekcji Centrum Medycznego Żelazna Szpital i Przychodnia św. Zofii na wykorzystanie dokumentacji medycznej pacjentek, które w tym szpitalu urodziły.

Etap II – złożenie wniosku do Komisji Bioetycznej przy Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, która wydała oświadczenie, że przyjęła do wiadomości projekt badania i ze względu na retrospektywny charakter nie wymaga zgody Komisji Bioetycznej (AKBE/128/2024).

Etap III – polegał na analizie dokumentacji medycznej 10361 kobiet, które urodziły w domu, Przyszpitalnym Domu Narodzin i w bloku porodowym pod opieką położnych, w okresie od stycznia 2017 do czerwca 2023 roku. Do ostatecznej analizy uwzględniono dokumentację 4046 pacjentek, która następnie została opracowana statystycznie.

Wyniki badań przedstawiono w 6 podrozdziałach, które szczegółowo reprezentują zmienne wpływające na przebieg okresu okołoporodowego i przedstawiają czynniki determinujące korelacje pomiędzy zmiennymi.

Wnioski są wyprowadzone z zebranego materiału empirycznego w sposób zadawalający. Pozwoliłabym jednak sobie na podział na wnioski i postulaty w rozdziale formułującym podsumowanie badań – lista wniosków. Dodatkowo Autorka wyszczególniła kierunki dalszych badań w tej tematyce, co niewątpliwie świadczy o jej dojrzałości naukowej, ze szczególnym uwzględnieniem wyzwań oraz propozycji rozwiązań

2.6. Język i formalna strona rozprawy

Od strony językowej i formalnej recenzowaną dysertację doktorską oceniam bardzo dobrze. Jak w każdym tego typu opracowaniu, również i w pracy przedstawionej przez mgr Magdalenę Krauze można znaleźć pojedyncze usterki redakcyjne, literowe, które w żaden

sposób nie wpływają na nowatorski charakter pracy, nie należy w moim osądzie przywiązywać do nich zbyt dużej wagi.

Zunifikowana bibliografia pozwala na przejrzystą ocenę wykorzystanej w dysertacji literatury. Rekapitulując, pod względem redakcyjnym i lingwistycznym, a także w zakresie stosowania poprawnych zasad dla odsyłaczy bibliograficznych, pracę oceniam bardzo wysoko.

3. WNIOSKI I KONKLUZJA KOŃCOWA

Przedstawiona mi do recenzji **Rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 187 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz.1668 z późn. zm.)** :

- stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, który wpływa na poprawę jakości kształcenia,
- wykazuje ogólną wiedzę teoretyczną Doktorantki,
- potwierdza umiejętność Doktorantki w zakresie samodzielnego prowadzenia pracy naukowej.

Do najważniejszych **mocnych stron** recenzowanej rozprawy zaliczyć należy:

- dużą przejrzystość pracy i uporządkowany wywód naukowy,
- solidne ramy metodologiczne, w tym właściwy dobór metod badawczych i ich dokładny opis,
- przeprowadzenie badań na wysokim poziomie,
- rzetelne opracowanie wyników badań empirycznych,
- umiejętność formułowania samodzielnych wniosków.

Reasumując, stwierdzam, że recenzowana rozprawa doktorska mgr Magdaleny Krauze pt. **„Analiza przebiegu porodu oraz wyników okołoporodowych matek i noworodków po porodzie w domu i Przyszpitalnym Domu Narodzin”** spełnia wymogi stawiane rozprawom doktorskim w w/w Ustawie i na tej podstawie wnioskuję do Rady Naukowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego o jej dopuszczenie do publicznej obrony.

Jednocześnie wnioskuję o **wyróżnienie** przedłożonej do recenzji rozprawy doktorskiej mgr Magdaleny Krauze pt. **„Analiza przebiegu porodu oraz wyników okołoporodowych matek i noworodków po porodzie w domu i Przyszpitalnym Domu Narodzin”**.