



UNIWERSYTET
MEDYCZNY
W ŁODZI

WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU

II KATEDRA I KLINIKA GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWA

Kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Mariusz Grzesiak

ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź, tel. 042 / 271 10 61 e-mail: mariusz.grzesiak@umed.lodz.pl

Łódź, 19.11.2025 r.

Ocena

**osiągnięcia naukowego oraz aktywności naukowej, dydaktycznej i organizacyjnej
doktor Marii Węgrzynowskiej stanowiących podstawę do ubiegania się
o nadanie stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie
nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki o zdrowiu**

Zgodnie z uchwałą Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego powołującą mnie na recenzenta w postępowaniu o nadanie doktor Marii Węgrzynowskiej stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu, po zapoznaniu się z przedłożoną mi dokumentacją przedstawiam swoją opinię.

Przebieg kariery zawodowej

Dr Maria Węgrzynowska w 2009 roku ukończyła studia magisterskie na kierunku etnologia w Instytucie Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu Warszawskiego. Uzyskała tytuł magistra na podstawie pracy pt. „Szpital i jego doświadczanie – o narodzinach

w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki”, napisanej pod opieką prof. dr hab. Zofii Sokolewicz.

W 2016 roku, po ukończeniu studiów doktoranckich w School of Nursing and Human Sciences na Dublin City University w Irlandii, obroniła rozprawę doktorską zatytułowaną „Transnational healthcare practices in the enlarged Europe: the case of Polish migrant women in Ireland and their pregnancy and childbirth practice” przygotowaną pod kierunkiem dr Sabiny Stan, uzyskując tytuł doktora (PhD).

Studia licencjackie na kierunku położnictwo ukończyła w 2019 roku na Wydziale Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

W latach 2013–2014 pełniła funkcję wykładowcy w School of Nursing and Human Sciences, Dublin City University w Irlandii.

Od 2019 roku związana jest z Zakładem Położnictwa Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, gdzie początkowo była starszym wykładowcą, a obecnie pracuje na stanowisku adiunkta.

Ocena osiągnięcia naukowego

Prezentowane przez Habilitantkę osiągnięcie naukowe pt. „*W poszukiwaniu ciągłości opieki: analiza modelu opieki położniczej w Polsce z perspektywy kobiet*” będące podstawą do ubiegania się w aktualnym postępowaniu o nadanie stopnia doktora habilitowanego stanowi, (zgodnie z art. 219 ust. 1 pkt. 2b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.), cykl pięciu powiązanych tematycznie oryginalnych prac naukowych opublikowanych w recenzowanych czasopismach naukowych.

1. Węgrzynowska M. *Private Services and the Fragmentation of Maternity Care in Poland.* Medical Anthropology. 2021; 1–13. [https://doi.org/10.1080/01459740.2021.](https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1883601)

1883601

IF: 3.403; Punktacja MNiSW: 100

2. Węgrzynowska M., Nenko I., Raczkiewicz D., Baranowska B. *Investment in the peace of mind? How private services change the landscape of maternity care in Poland.* Social Science & Medicine. 2023; 337:1-8 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116283>

IF: 4.9; Punktacja MNiSW: 140

3. **Węgrzynowska M.**, Doroszeńska, A., Witkiewicz, M., Baranowska, B. *Polish maternity services in times of crisis: In search of quality care for pregnant women and their babies*. Health Care for Women International. 2020; 14. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1830096>

IF: 1.373; Punktacja MNiSW: 40

4. Baranowska B., **Węgrzynowska M.**, Tataj-Puzyna, U., Crowther, S. *"I knew there has to be a better way": women's pathways to freebirth in Poland*. Women and Birth. 2022; 35(4), e328-e336. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.07.008>

IF: 3.8; Punktacja MNiSW: 70

5. **Węgrzynowska M.**, Sahraoui, N., Nenko, I., Szlendak, B., Baranowska, B. *Ukrainian women's maternity care strategies in Poland after the outbreak of the full-scale war: understanding unequal access to quality care*. Social Science & Medicine. 2024 362: 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117409>

Impact Factor: 4.9; Punktacja MNiSW: 140

Łączne dane bibliometryczne wskazanego powyżej osiągnięcia naukowego:

Współczynnik Wpływu (Impact Factor): 18,376

Punktacja MEiSW: 490

W 4 publikacjach zaliczonych do osiągnięcia naukowego Habilitantka jest pierwszym autorem, w jednej drugim.

W publikacji *„Private Services and the Fragmentation of Maternity Care in Poland”* Autorka podejmuje zagadnienie wpływu medycznych usług na systemie położniczej w Polsce. Wprowadzenie i progresywna ekspansja komercyjnych świadczeń medycznych w ostatnich dekadach znacząco przekształciły krajobraz opieki położniczej w naszym kraju, prowadząc do ukształtowania złożonego i hybrydowego systemu świadczeń zdrowotnych, charakteryzującego się współistnieniem sektora publicznego i prywatnego. Proces ten zainicjował subtelne mechanizmy selekcji pacjentek oraz przyczynił się do postępującej fragmentaryzacji opieki publicznej, której konsekwencje dotyczą w szczególności kobiety dysponujące ograniczonymi zasobami społecznymi lub finansowymi. Spowodował powstawanie swoistych „wysp opieki zdrowotnej” – placówek publicznych charakteryzujących się podwyższonymi standardami

świadczonych usług medycznych. Co istotne, dostęp do tych prestiżowych ośrodków jest obecnie w znacznym stopniu mediowany przez relacje społeczne, które pacjentki nawiązują za pośrednictwem korzystania z usług prywatnych.

Autorka zwróciła uwagę na systematycznie narastające mechanizmy selekcji pacjentek i pogłębianie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej. Kobiety aktywnie angażujące się w nabywanie usług prywatnych często nawiązują zindywidualizowane relacje społeczne z personelem medycznym, co w konsekwencji zapewnia im uprzywilejowany dostęp do bardziej uważnej i spersonalizowanej opieki świadczonej przez doświadczonych specjalistów w renomowanych ośrodkach perinatologicznych. Wskazuje na wytworzenie dwóch odmiennych grup pacjentek. Pierwszej, określanej mianem „częściowo prywatnych”, która dokonując opłat za dodatkowe usługi prywatne w placówkach publicznych, zachowuje dostęp do publicznego finansowania podstawowej opieki szpitalnej. Strategia ta pozwala im na uniknięcie postrzeganych deficytów opieki publicznej, takich jak przewlekłe przepełnienie oddziałów, niedobory personelu czy brak ciągłości opieki medycznej. Drugiej, gromadzącej pacjentki korzystające wyłącznie ze świadczeń publicznych, których pozycja w systemie ochrony zdrowia charakteryzuje się znacznie zwiększoną wrażliwością i niepewnością, mogącej doświadczać polityki priorytetyzacji pacjentek „prywatnych”. Proces ten może prowadzić do stygmatyzacji i marginalizacji pacjentek publicznych, które są postrzegane i traktowane jako osoby pozbawione indywidualnych relacji z personelem oraz społecznego kapitału warunkującego dostęp do optymalnej opieki.

W podsumowaniu Autorka wskazuje, że pomimo oficjalnej narracji prezentującej usługi prywatne jako instrument służący upodmiotowieniu kobiet oraz poprawie jakości opieki położniczej, ich rzeczywisty wpływ na system ochrony zdrowia ma charakter głęboko paradoksalny. Rozwój sektora prywatnego przyczynia się w praktyce do progresywnej fragmentaryzacji usług publicznych oraz systematycznego pogłębiania strukturalnych nierówności w dostępie do opieki medycznej. W konsekwencji dostęp do optymalnej opieki położniczej staje się coraz bardziej determinowany przez zasoby finansowe pacjentki oraz jej zdolność do strategicznego budowania sieci kontaktów społecznych z personelem medycznym, odchodząc od konstytucyjnej zasady powszechnego i równego prawa do świadczeń zdrowotnych.

W publikacji *„Investment in the peace of mind? How private services change the landscape of maternity care in Poland”* Autorka wraz ze Współpracownikami dokonała analizy wpływu prywatnych usług położniczych na zakres interwencji medycznych oraz jakość opieki perinatologicznej w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem roli relacji interpersonalnych między pacjentkami a personelem medycznym. Badanie ujawniło istotne różnice w skuteczności dwóch modeli prywatnej opieki położniczej. Prywatne konsultacje prenatalne nie wykazały statystycznie istotnych różnic w charakterze opieki ani częstości interwencji medycznych podczas porodu w porównaniu z opieką publiczną. Co więcej, kobiety korzystające z tych konsultacji rzadziej oceniały otrzymaną opiekę jako „dobrą”. Natomiast kobiety objęte dedykowaną opieką położniczą w okresie śródporodowym doświadczały istotnie bardziej uważnej i mniej zmedykalizowanej opieki. Charakteryzowały się one o 49% wyższą częstością porodów w pozycjach wertykalnych, o 62% większą swobodą ruchu podczas monitorowania kardiotokograficznego oraz o 36% niższym ryzykiem pilnego cięcia cesarskiego. Praktyki te posiadają udokumentowane oparcie w dowodach naukowych wskazujących na redukcję czasu trwania porodu i zmniejszenie zapotrzebowania na interwencje medyczne. Mimo tych obiektywnych korzyści, dedykowana opieka położnicza nie eliminowała negatywnych doświadczeń porodowych w subiektywnej ocenie pacjentek. Nie zaobserwowano różnic w częstości indukcji porodu, stosowania oksytocyny czy wykonywania nacięcia krocza. Użytkowniczki prywatnych usług położniczych charakteryzowały się bardzo wyraźnie zdefiniowanym profilem socjodemograficznym: były starsze wiekiem, częściej zamieszkiwały duże ośrodki miejskie oraz posiadały wykształcenie wyższe. Analiza ta wykazała obecność asymetrii w dostępie do optymalnej opieki. Prywatna opieka oferując wymierne korzyści kobietom dysponującym odpowiednimi zasobami finansowymi, jednocześnie pogłębiała dysproporcje w dostępie do wysokiej jakości świadczeń. Jedynie nieliczna grupa kobiet posiadała zdolność do efektywnej nawigacji w systemie oraz pokrycia kosztów tych usług. Należy jednak podkreślić, że prywatne konsultacje prenatalne nie gwarantowały uprzywilejowanego dostępu do szpitali – niewielka liczba kobiet, które doświadczyły odmowy przyjęcia, uczestniczyła w prywatnej opiece prenatalnej. To kontrastuje z wcześniejszymi badaniami jakościowymi sugerującymi, że kobiety poszukują prywatnych usług właśnie w celu zabezpieczenia dostępu do wybranej placówki.

We wnioskach wskazano, że prywatna dedykowana opieka położnicza oferowała wymierne korzyści w postaci zindywidualizowanej opieki i redukcji interwencji medycznych, podczas gdy prywatne konsultacje prenatalne nie wykazały takich przewag. Zidentyfikowano nierówności społeczno-ekonomiczne w dostępie do optymalnej opieki wskazując na pilną potrzebę opracowania uniwersalnych modeli opieki perinatologicznej zapewniających wszystkim kobietom równy dostęp do wysokiej jakości świadczeń, niezależnie od ich statusu socjoekonomicznego.

W publikacji *„Polish maternity services in times of crisis: In search of quality care for pregnant women and their babies”* przeprowadzono systematyczną analizę funkcjonowania polskich usług położniczych w warunkach kryzysu wywołanego pandemią COVID-19, ze szczególnym uwzględnieniem jakości opieki nad kobietami ciężarnymi oraz ich dziećmi. Badanie wykorzystało metodologię jakościową, obejmującą analizę źródeł wtórnych (rekommendacje krajowe, raporty prasowe, bazy danych statystycznych) oraz siedem wywiadów eksperckich przeprowadzonych z profesjonalistami medycznymi i ciężarną kobietą w okresie marzec-maj 2020. Wskazano, że polski system opieki perinatologicznej charakteryzuje się dominacją ginekologów-położników przy marginalizacji roli położnych w opiece prenatalnej. Opieka prenatalna realizowana była głównie przez lekarzy w przychodniach ambulatoryjnych, często zlokalizowanych poza kompleksami szpitalnymi, co w początkowej fazie pandemii okazało się korzystne, minimalizując ekspozycję kobiet na środowisko szpitalne. Niemal wszystkie porody odbywały się w warunkach szpitalnych, przy minimalnym dostępie do alternatyw środowiskowych lub finansowanych publicznie porodów domowych. System charakteryzował się niedoborem lekarzy ginekologów-położników w relacji do populacji, podczas gdy wskaźnik praktykujących położnych był relatywnie wysoki, co wskazuje na niewykorzystany potencjał opieki środowiskowej prowadzonej przez położne. Wysokie wskaźniki interwencji medycznych podczas porodu, włączając cięcia cesarskie, oraz wydłużone hospitalizacje w porównaniu z innymi krajami europejskimi były dodatkowym obciążeniem zasobów szpitalnych.

W reakcji systemu na pandemię i zidentyfikowane wyzwania podjęto promocję telemedycyny, wdrożono procedury przesiewowe oraz zakazano obecności osób towarzyszących i odwiedzin. Kryzys zintensyfikował jednak nierówności w dostępie

do opieki – kobiety korzystające z publicznych przychodni doświadczały bardziej fragmentarycznej opieki w porównaniu z pacjentkami prywatnych świadczeniodawców dysponujących infrastrukturą telemedyczną. Kluczowym wyzwaniem okazała się fragmentaryzacja opieki położniczej oraz brak współpracy pomiędzy grupami zawodowymi (lekarze, położne, pielęgniarki). Wytyczne wydawane podczas pandemii koncentrowały się na procedurach mikropoziomowych, pomijając kwestie systemowe i współpracę interprofesjonalną.

W podsumowaniu Autorka wskazała, że opieka środowiskowa oraz zdolność do utrzymania ciężarnych kobiet poza szpitalami są kluczowe w sytuacjach kryzysowych, redukując obciążenie szpitali i ryzyko infekcji. Dowody naukowe wspierają model opieki prowadzonej przez położne, który jest efektywny finansowo i bezpieczny. Jednocześnie redukuje nierówności w dostępie do usług medycznych i charakteryzuje się wyższą satysfakcją pacjentek i niższymi wskaźnikami interwencji medycznych.

W publikacji „*I knew there has to be a better way”: women’s pathways to freebirth in Poland*” przedstawiono zagadnienie fenomenu freebirth – porodu domowego bez profesjonalnej asysty położniczej lub medycznej – jako konsekwencji systemowych deficytów w opiece położniczej w Polsce, a nie świadomego pierwszego wyboru kobiet. Badanie wykorzystało podejście jakościowe łączące elementy etnografii terenowej i cyfrowej, obejmujące wywiady strukturyzowane z kobietami, które doświadczyły freebirth, analizę grup wsparcia online oraz źródła wtórne. Jako jeden z celów obrano zidentyfikowanie elementów opieki medycznej prowadzących do decyzji o porodzie bez asysty.

Decyzje o freebirth wynikały z wcześniejszych negatywnych doświadczeń z opieką położniczą charakteryzującą się nadmierną medykacją i brakiem poszanowania autonomii pacjentek. Wśród nich dominowały brak poczucia sprawczości, ignorowanie ich życzeń, oraz przymusowe stosowanie procedur medycznych, doświadczenia przemocy położniczej, braku intymności i nieprofesjonalnych komentarzy personelu. Istotnym czynnikiem była niezgodność między potrzebami kobiet a dostępnymi usługami. Ograniczona dostępność i sztywność usług porodów domowych, które nie są finansowane publicznie w Polsce, utrudniały znalezienie

odpowiedniej asysty położniczej. Kobiety decydujące się na freebirth rozwijały silne przekonanie o własnej zdolności do bezpiecznego porodu bez interwencji medycznych oraz wczesnego rozpoznawania powikłań. Przygotowanie obejmowało samokształcenie i pracę nad nastawieniem psychicznym. Pomimo często negatywnej motywacji początkowej, kobiety opisywały zjawisko freebirth jako doświadczenie pozytywne oraz wzmacniające ich podmiotowość, akcentując znaczenie autonomii, swobody ruchu oraz aktywnego udziału partnerów i członków rodziny. W podsumowaniu autorzy stwierdzili, że freebirth w Polsce jest przede wszystkim reakcją na niedostatki systemu opieki położniczej — zarówno szpitalnej, jak i domowej — a nie preferowaną formą porodu. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na pilną potrzebę transformacji polskich usług położniczych w celu eliminacji nadmiernej medykalizacji, wzmocnienia poszanowania autonomii pacjentek oraz zwiększenia dostępności opieki skoncentrowanej na potrzebach kobiet.

W publikacji „Ukrainian women's maternity care strategies in Poland after the outbreak of the full-scale war: understanding unequal access to quality care” Habilitantka dokonała analizy doświadczeń i strategii ukraińskich imigrantek w zakresie opieki położniczej w Polsce po rozpoczęciu wojny w lutym 2022 roku, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu zasobów ekonomicznych, społecznych i kulturowych.

Na podstawie przeprowadzonych półstrukturyzowanych wywiadów wyodrębniono trzy kategorie: imigrantki stałe, cyrkulacyjne i wojenne. Mimo formalnego dostępu do publicznych usług, kobiety napotykały liczne przeszkody takie jak długie okresy oczekiwania, dyskryminację i barierę językową. Dominującą strategią, szczególnie wśród lepiej sytuowanych imigrantek, było korzystanie z prywatnych usług finansowanych z własnych środków, motywowane obawą przed złym traktowaniem w placówkach publicznych. Powszechne było poszukiwanie ukraińsko- lub rosyjskojęzycznych lekarzy jako „kulturowych mediatorów”. Część kobiet implementowała transnarodowe praktyki zdrowotne, utrzymując kontakty z personelem medycznym na Ukrainie. Zasoby ekonomiczne, sieci społeczne i czas pobytu w Polsce decydowały o zdolności dostępu do lepszej opieki. Imigrantki stałe z odpowiednimi zasobami najefektywniej nawigowały w systemie polskiej opieki zdrowotnej. Imigrantki wojenne i cyrkulacyjne, pozbawione sieci społecznych i możliwości ekonomicznych,

charakteryzowały się zwiększoną wrażliwością i potrzebą wsparcia.

We wnioskach wskazano, że dostęp do wysokiej jakości opieki położniczej był determinowany przez kapitał finansowy, społeczny i kulturowy. Istniejące nierówności wymuszają w przyszłości podjęcie strategicznych działań ograniczających dysproporcję w dostępie do świadczeń zdrowotnych, uwzględniających heterogeniczność populacji imigrantów.

Przedłożone osiągnięcie naukowe jest spójnym tematycznie cyklem 5 prac, w których Habilitantka (jako główny pierwszy autor w czterech i drugi autor w jednej publikacji) wraz ze Współpracownikami podjęła kluczowe aspekty transformacji i funkcjonowania polskiego systemu opieki położniczej. Dokonała identyfikacji i analizy kluczowych problemów systemowych takich jak pogłębiająca się stratyfikacja, nadmierna hierarchia zawodowa i medykalizacja, prywatyzacja fragmentująca usługi publiczne i pogłębiająca nierówności czy zaburzone funkcjonowanie w warunkach wzmożonej migracji. We wnioskach wskazała na pilną potrzebę kompleksowej reformy mającej na celu przywrócenie zasad powszechnego dostępu, wdrożenie opartych na dowodach modeli opieki prowadzonej przez położne, redukcję niepotrzebnej medykalizacji, rozwój infrastruktury opieki środowiskowej oraz usunięcie barier kulturowych i językowych dla populacji imigrantów. Przedstawiony do recenzji cykl publikacji jest nie tylko znaczącym teoretycznym osiągnięciem naukowym, ale również przyczynkiem do dalszych badań mających istotne znaczenie praktyczne i systemowe.

Ocena aktywności naukowej

Dorobek naukowy dr Marii Węgrzynowskiej powstały po uzyskaniu stopnia doktora (PhD), niewłączony do osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust.1 pkt. 2 Ustawy Prawo o Szkolnictwie Wyższym i Nauce z dnia 20 lipca 2018 roku (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.) obejmuje pełnotekstowe publikacje naukowe oryginalne i poglądowe.

Zgodnie załączoną analizą bibliometryczną Habilitantka jest współautorką 38 publikacji naukowych w języku angielskim i polskim o łącznej punktacji **IF 51,823** (po wyłączeniu cyklu publikacji stanowiących dokonanie naukowe **IF 33,447**).

Wartość indeksu Hirscha dla całego dorobku wynosi 5 wg. Web of Science All Databases, a wg Scopus – 7.

Jako dodatkowe osiągnięcie naukowe Habilitantka przedstawiła cykl 2 publikacji:

1. Baranowska B., Szykiewicz P., Pawlicka P., Sys D., Węgrzynowska M., Kajdy A., Doroszevska A. Health care providers' perceptions of quality of childbirth and its associated risks in Poland. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2021; 50(4) 464-474.

IF: 2.042; Punktacja MNiSW: 140

2. Nenko I., Baranowska B., Szlendak, B., Sahraoui N., Węgrzynowska M. "We were left to our own devices": Midwives' experiences of providing maternity care to Ukrainian women in Poland after the outbreak of the full-scale war in Ukraine. *Women and Birth*. 2024; 37(4): 1-7.

IF: 4.4; Punktacja MNiSW: 70

W przedstawionej publikacji przeprowadzono analizę sposobów myślenia położnych i lekarzy na temat jakości porodu oraz powiązania tych perspektyw z postrzeganiem samego porodu i towarzyszącego mu ryzyka. W krajach o wysokim poziomie dochodów przeważa technokratyczny i redukcjonistyczny model opieki okołoporodowej, który opiera się na rozdzieleniu sfery cielesnej od psychicznej oraz koncentruje się na krótkoterminowych rezultatach. W tym podejściu jakość porodu jest oceniana przede wszystkim na podstawie wskaźników zachorowalności i śmiertelności okołoporodowej. Jednakże od ponad dwóch dekad badacze zajmujący się położnictwem wskazują

na konieczność przyjęcia bardziej holistycznego podejścia do definiowania jakości porodu, w którym doświadczenie narodzin traktowane jest jako fundamentalne i społecznie zakorzenione wydarzenie ludzkie, a nie wyłącznie proces medyczny. Wyniki przeprowadzonych badań sugerują, że część uczestników badania deklarowała bardziej społecznie akceptowalne stanowisko, a nie to, które jest bliższe ich doświadczeniu pracy w obszarze opieki położniczej w Polsce.

Z perspektywy położnych przeanalizowano również stopień przygotowania polskiego systemu opieki położniczej do świadczenia wysokiej jakości usług imigrantkom, które przybyły do Polski w pierwszych miesiącach po wybuchu wojny w Ukrainie. Na podstawie przeprowadzonych badań Autorka zaproponowała szereg usprawnień dotyczących

programów szkoleniowych i wytycznych dla personelu medycznego, a także wsparcia komunikacyjnego i psychologicznego.

Od 2016 roku, po uzyskaniu stopnia doktora, Maria Węgrzynowska aktywnie uczestniczyła w wielośrodkowych i międzynarodowych badaniach wielodyscyplinarnych zespołów naukowych. Zakres podejmowanej problematyki badawczej cechował się znaczną rozpiętością i dotyczył m.in.:

- zastosowania skali Robsona w analizie cięć cesarskich
- strategii w podejmowaniu decyzji o porodzie drogami natury po przebytym uprzednio cięciu cesarskim
- analizy wskaźników instrumentalnego porodu drogami natury i cesarskiego cięcia oraz jakość opieki zdrowotnej nad matką i noworodkiem w placówkach prywatnych w porównaniu z publicznymi
- oceny własnych umiejętności studentów położnictwa w kontekście wspierania porodu naturalnego
- poprawy opieki nad ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem

Habilitantka pełni rolę wykonawcy w krajowych oraz międzynarodowych projektach badawczych, takich jak *International Network Exploring Midwifery Students' Confidence in Physiological Birth* czy *IMAGINE EURO: Improving maternal and newborn care*, realizowanych przez zespoły naukowe z różnych uczelni oraz Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Aktywnie współpracuje z ośrodkami naukowymi w Europie i na świecie.

Przedstawiony dorobek naukowy jest wynikiem konsekwentnej oraz spójnej ścieżki badawczej podjętej przez Kandydatkę do habilitacji. Opublikowane prace świadczą o Jej wysokich kwalifikacjach w zakresie realizacji projektów naukowych, co potwierdzają trafny dobór problematyki, adekwatnie zastosowane metody oraz szczegółowa analiza uzyskanych wyników. Część tych publikacji powstała dzięki współpracy między jednostkami akademickimi. Należy podkreślić, że rezultaty przeprowadzonych eksperymentów zostały pozytywnie ocenione i opublikowane w międzynarodowych recenzowanych czasopismach medycznych, a ich wartość wynika nie tylko z wysokiego poziomu merytorycznego, ale również z możliwości praktycznego zastosowania.

Ocena działalności dydaktycznej, organizacyjnej i popularyzującej naukę

Od 2019 roku dr Maria Węgrzynowska jest zatrudniona kolejno na stanowisku wykładowcy, a następnie adiunkta w Zakładzie Położnictwa Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP). W tym czasie sprawowała funkcję kierownika naukowego i administracyjnego kursów specjalistycznych obejmujących zagadnienia z zakresu medycyny humanistycznej, metod badań jakościowych, opieki międzykulturowej, komunikacji medycznej oraz modelu opieki skoncentrowanej na kobiecie. Organizowane przez nią szkolenia skutecznie uzupełniły standardowy program kształcenia położnych w Polsce i były spójne z Jej zainteresowaniami badawczymi.

W roku akademickim 2021/2022 dr Węgrzynowska prowadziła zajęcia z informacji naukowej dla studentów położnictwa na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. W tym samym okresie wygłosiła także siedem wykładów gościnnych w znaczących instytucjach krajowych, takich jak Uniwersytet im. Adama Mickiewicza (UAM), Polska Akademia Nauk (PAN), Warszawski Uniwersytet Medyczny (WUM) oraz na arenie międzynarodowej – w Dublin City University, w Irlandii.

Działalność dydaktyczna dr Marii Węgrzynowskiej wyróżnia się wysokim poziomem samodzielności, innowacyjnością tematyczną, bogatym doświadczeniem międzynarodowym oraz skutecznym integrowaniem wiedzy merytorycznej z umiejętnościami organizacyjnymi.

W roku 2023 dr Węgrzynowska uczestniczyła jako panelistka w spotkaniu poświęconym książce „Jakby motyl frunął: okołoporodowe doświadczenia kobiet” autorstwa Dominiki Dzido. Wydarzenie miało charakter popularyzatorski i umożliwiło transfer wiedzy naukowej dotyczącej doświadczeń okołoporodowych do szerokiego grona odbiorców. Aktywność popularyzatorska dr Węgrzynowskiej obejmuje również cykl wykładów gościnnych wygłoszonych w uznanych instytucjach naukowych (wskazanych w działalności dydaktycznej), co świadczy o jej zaangażowaniu w upowszechnianie wyników badań zarówno w środowisku akademickim, jak i poza nim.

Od 2022 roku dr Maria Węgrzynowska pełni funkcję koordynatora oraz organizatora kursów doszkalających w Zakładzie Położnictwa CMKP. Zakres obowiązków na tym stanowisku obejmuje planowanie, organizację oraz nadzór merytoryczny nad szkoleniami

specjalistycznymi skierowanymi do pracowników służby zdrowia, wymagając kompetencji w zakresie zarządzania procesami edukacyjnymi i koordynacji działań dydaktycznych jednostki. Prowadząc równocześnie dziesięć kursów specjalistycznych jako kierownik naukowy i administracyjny, dr Węgrzynowska potwierdza swoje wysokie kompetencje organizacyjne oraz umiejętność skutecznego zarządzania wieloma projektami dydaktycznymi.

Wnioski

Przedstawione przez doktor Marię Węgrzynowską osiągnięcie naukowe pt. *„W poszukiwaniu ciągłości opieki: analiza modelu opieki położniczej w Polsce z perspektywy kobiet”* wnosi do nauk medycznych istotny wkład wiedzy i wraz z omówionym powyżej całokształtem dorobku naukowego, dydaktycznego i organizacyjnego spełnia kryteria określone w art. 219 ust.1 pkt. 2 Ustawy Prawo o Szkolnictwie Wyższym i Nauce z dnia 20 lipca 2018 roku (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.).

Popieram wniosek o nadanie stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu i wnoszę o dopuszczenie do kolejnych etapów postępowania habilitacyjnego.

Prof. dr hab. n. med. Marjusz Grzesiak