

Warszawa 2022-08-01

**Ocena dorobku naukowego oraz działalności organizacyjnej i dydaktycznej dr n. o zdr. Ewy Rzońcy.**

**1. Ocena działalności naukowej, organizacyjnej i dydaktycznej.**

Dr n. o zdr. Ewa Rzońca urodziła się 1 września 1986 roku w Tanobrzegu. W 2010 roku uzyskała tytuł magistra położnictwa, a w roku 2017 uchwałą Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie stopień doktora w dziedzinie nauk o zdrowiu.

W okresie od 01.10.2011 do 30.09.2016 zatrudniona była na stanowisku asystenta w Zakładzie Podstaw Położnictwa WNoZ Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Następnie do 30.09.2018 roku była wykładowcą w tejże komórce organizacyjnej UM w Lublinie. Od 01.10.2020r do chwili obecnej jest zatrudniona na stanowisku adiunkta w zakładzie Dydaktyki Ginekologiczno- Położniczej WNoZ Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

**Dotychczasowy dorobek naukowy.**

Dorobek naukowy liczy 37 prac oryginalnych opublikowanych w całości z czego 19 w impaktowanych czasopismach z listy filadelfijskiej. Dodatkowo opublikowała 18 prac oryginalnych, lecz w czasopismach nieindeksowanych na liście filadelfijskiej, 7 prac poglądowych oraz 4 rozdziały w podręcznikach. W większości z opublikowanych artykułów była pierwszym autorem. Indeks Hirsha wg bazy Scopus wynosi 5. Główne nurty pracy badawczej dr n. o zdr. Ewy Rzońcy koncentrowały się na następujących zagadnieniach:

1. Ocenie zachowań zdrowotnych kobiet w różnych okresach życia ze szczególnym uwzględnieniem okresu ciąży i przekwitania.
2. Badaniach nad jakością życia u kobiet z zespołem policystycznych jajników czy endometriozy.
3. Ostatni okres badawczy był poświęcony cyklom analiz efektywności działalności zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) w zakresie opieki nad

kobietami w ciąży i noworodkami. Cykl 6 artykułów opublikowanych w recenzowanych czasopismach naukowych jest podstawą do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego nauk o zdrowiu.

Wszystkie prace są niewątpliwie bardzo oryginalne w sposób niezwykle obiektywny i wszechstronny analizują dokonania ZRM w sprawowaniu opieki nad kobietami w ciąży zagrożonej poronieniem czy porodem przedwczesnym. Pomimo retrospektywnego charakteru prowadzonej analizy liczebność badanych kohort jest znamienna i pozwala na wyciąganie niezwykle cennych wniosków.

W publikacji zatytułowanej „Bleeding during pregnancy as a reason for interventions by emergency medical services teams in Poland.” Autorka przeanalizowała 5487 interwencji ZRM u kobiet w ciąży z współistniejącym krwawieniem z dróg rodnych. Poczynione zostały cenne obserwacje epidemiologiczne. Okazało się, że średnia wieku badanych ciężarnych wyniosła 29,61 lat. Większość badanych kobiet z krwawieniem z dróg rodnych była w I ciąży (43,21%), I trymestrze ciąży (66,16%), nie rodziła (47,85%) oraz nie miała poronienia w wywiadzie (88,24%). Do zgłoszeń w przypadku ciężarnych, u których wystąpiło krwawienie z dróg rodnych na terenach wiejskich ZRM były częściej wzywane w okresie letnim (29,52%), w godzinach 19:00 – 6:59 (48,52%), z kodem 1 (48,62%). ZRM składał się najczęściej z dwóch członków (62,39%). Średni czas od przyjęcia zgłoszenia do przekazania ciężarnej do szpitala przez ZRM był dłuższy na terenach wiejskich niż w obszarze miejskim (50,00 vs. 37,23 minut). Należy podkreślić, że badaniem objęto okres 2 lat - styczeń 2018r do grudzień 2019. Publikacja dokumentuje sprawność działania ZRM w opiece nad kobietą z krwawieniami z dróg rodnych.

Kolejna publikacja zatytułowana „Suspected Miscarriage in the Experience of Emergency Medical Services Teams - Preliminary Study.” analizuje interwencje ZRM u kobiet z podejrzeniem poronienia. Średnia wieku badanych ciężarnych z podejrzeniem poronienia, do których wzywano ZRM wyniosła 30,53 lat. Większość badanych była pierwotkami (48,90%), do 13 tygodnia ciąży (76,65%). Dominującym zgłaszanym objawem było krwawienie z dróg rodnych (80,71%). Interwencje ZRM najczęściej odbywały się zimą (27,03%), w godzinach 7:00 - 18:59 (51,87%), w obszarze miejskim (69,23%). Realizowane były głównie w kodzie 2 (55,60%), przez Podstawowe Zespoły Ratownictwa Medycznego (59,12%), w składzie trzyosobowym

(52,20%). ZRM częściej transportowały ciężarne z terenów wiejskich do szpitali, a czas realizacji interwencji był dłuższy niż w przypadku wyjazdów do miast.

Stwierdzone zależności były istotne statystycznie. Ponadto stwierdzono także istotną statystycznie zależność pomiędzy liczbą ciąż i liczbą porodów u badanych, a ich wiekiem, poronieniem w przeszłości, miejscem wezwania, kodem wezwania, rodzajem zespołu ( $p < 0,05$ ). Praca powstała na podstawie analizy 1820 przypadków i w mojej opinii pozwala na pośrednią ocenę skuteczności i efektywności działań interwencyjnych ZRM w odniesieniu do kobiet z zagrażającym poronieniem.

Kolejna publikacja z tego cyklu nosi tytuł „Polish Medical Air Rescue interventions concerning pregnant women in Poland — 10-year retrospective analysis.” Celem przeprowadzonych badań było przedstawienie charakterystyki interwencji HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego do kobiet ciężarnych. Badanie zostało przeprowadzone metodą analizy retrospektywnej misji zrealizowanych przez załogi LPR do ciężarnych w Polsce, na podstawie dokumentacji medycznej i operacyjnej załóg HEMS i EMS. Do badań włączono 443 przypadki lotów do wypadków i nagłych zachorowań oraz lotnicze transporty sanitarne, w których udzielono pomocy medycznej ciężarnym w okresie od stycznia 2011 roku do grudnia 2020 roku. Średnia wieku ciężarnych wyniosła 29,72 lat, a najczęstszym rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10 był poród przedwczesny (24,38%). Stwierdzono wyższy odsetek stanu przedrzucawkowego i rzucawki, pęknięcia błon płodowych czy uszkodzeń płodu. Ta publikacja jest bardzo ciekawym opracowaniem z punktu widzenia wykorzystania załóg LPR do pomocy kobietom w ciąży będących ofiarami wypadków czy nagłych zachorowań.

Czwarta praca w cyklu nosi tytuł „ Suspected labour as a reason for Emergency Medical Services team interventions in Poland a retrospective analysis.” W pracy przeanalizowano wykorzystanie ZRM do wezwań z podejrzeniem rozpoczęcia czynności porodowej. Przeanalizowano łącznie 12 816 przypadków. Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 28,24 lat. Wśród badanych dominowały kobiety w terminie porodu (76,59%), dla których to była II ciąża (29,69%), pierwszy poród (32,58%). W analizowanej grupie były pacjentki z nieobciążoną przeszłością położniczą (86,71%), u których występowały skurcze (81,84%), odeszły wody płodowe (53,14%) oraz u których nie stwierdzono krwawienia z dróg rodnych (84,92%). Z przeprowadzonej analizy wynikało, że ciężarne przed terminem porodu, do których były dysponowane ZRM częściej były młodsze (28,71 vs. 28,10 lat). Czas realizacji wyjazdu do kobiet w

ciąży przed terminem porodu był dłuższy niż w przypadku ciąży w terminie porodu (39 vs. 36 min). Z przeprowadzonej analizy wynikało również, że im mniejsza liczba ciąż oraz młodszy wiek kobiety, tym ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego było wyższe. Dodatkowo dowiedziono, że im większa liczba odbytych porodów oraz w grupie kobiet, u których miejscem wezwania było miasto ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego jest wyższe. Powyższe zależności były znamienne statystycznie. Kolejne dwie prace z cyklu będącego przedmiotem oceny pod kątem wniosku ubiegania się o stopień naukowy dotyczą opieki ZRM nad noworodkami.

Publikacja zatytułowana „ Neonatal Transport in the Practice of the Crews of the Polish Medical Air Rescue: A Retrospective Analysis.” Przedstawia analizę 436 przypadków transportów neonatologicznych w okresie styczeń 2012r do grudnia 2018r. W badanej grupie dominowały noworodki płci męskiej (55,05%) oraz zakwalifikowani na podstawie terminu porodu jako noworodki donoszone (54,59%). Średnia wieku pacjentów w czasie transportu wyniosła 37,53 dni (SD=43,53), a średnia masa – 3121,18 gram (SD=802,64). Głównym rozpoznaniem stwierdzanym wśród transportowanych noworodków były wrodzone wady rozwojowe serca (41,28%). Najczęstszą medyczną czynnością ratunkową, której wymagali transportowani pacjenci była intubacja (27,29%), a najczęściej stosowanymi lekami były glukoza (44,04%). Średni czas transportu wyniósł 49,92 minut (SD=27,70), przy średniej odległości transportu 304,27 km (SD 93,05). Dowiedziono, że w grupie wcześniaków iloraz szans jest wyższy w przypadku wrodzonych wad rozwojowych układu krążenia (OR 1,30; 95%CI 0,81–2,08), wrodzonych wad rozwojowych układu pokarmowego (OR 1,70; 95%CI 0,98–2,93), zaburzeń oddychania rozpoczynających się w okresie okołoporodowym (OR 1,29; 95%CI 0,68–2,46) oraz wrodzonych wad rozwojowych układu nerwowego (OR 2,50; 95%CI 0,92–6,77). Natomiast w przypadku płci żeńskiej istnieje większa szansa wystąpienia wrodzonych wad rozwojowych układu pokarmowego (OR 1,17; 95%CI 0,68–2,02), wrodzonych wad rozwojowych wielu układów (OR 1,07; 95%CI 0,38–3,02) oraz pozostałych wad rozwojowych (OR 1,32; 95%CI 0,67–2,60). Publikacja ma istotną wartość poznawczą w zakresie organizacji transportu lotniczego noworodków z wadami wrodzonymi. Ostatnia publikacja nosi tytuł „Polish Medical Air Rescue Crew Interventions Concerning Neonatal Patients.” Analizą objęto 729 misji załóg LPR. Załogi LPR najczęściej były dysponowane do miast (86,83%), transportów sanitarnych (59,67%), realizowanych przez samolot (65,43%), w godzinach 7:00-18:59 (93,14%) oraz w

okresie letnim (28,67%). Dalsze postępowanie z noworodkiem polegało na przekazaniu zespołowi karetki N (64,06%). Średni całkowity czas realizacji misji wyniósł 244,37 minut. Z kolei średni dystans do miejsca zdarzenia wyniósł 251,12 km, a do szpitala - 250,30 km. I tym razem pojawiły się cenne wnioski dotyczące organizacji ZRM w przypadku transportu noworodków.

Wszystkie prace włączone do cyklu są w mojej opinii cennymi analizami służącymi zdobyciu jak najszerszej i obiektywnej wiedzy na temat skuteczności działania ZRM w opiece nad kobietami w ciąży i noworodkami z ciężkimi patologiami lub wrodzonymi wadami. Prace są pionierskie w tym zakresie i stanowią solidną podstawę dla obiektywnej oceny efektywności pionu ratownictwa medycznego w naszym kraju.

#### Działalność dydaktyczno- wychowawcza.

Dr n. o zdr. Ewa Rzońca prowadziła ćwiczenia i seminaria na kierunkach położnictwo, ratownictwo medyczne, dietetyka, fizjoterapia dla studentów I i II stopnia roku Wydziału Nauk o Zdrowiu UM w Lublinie. Prowadzi również ćwiczenia i seminaria na WNoZ Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Pełni funkcję Koordynatora przedmiotu Badania naukowe w położnictwie (kierunek: Położnictwo, studia I stopnia), Badania naukowe w ratownictwie medycznym (kierunek: Ratownictwo Medyczne, studia I stopnia) oraz Podstawy badań klinicznych (kierunek: Ratownictwo Medyczne, studia II stopnia).

Była promotorem szeregu prac licencjackich i 5 prac magisterskich

#### Działalność organizacyjna.

Dr n. o zdr. Ewa Rzońca aktywnie angażuje się w działalność organizacyjną wielu gremiów i była powoływana do szeregu komisji i zespołów uczelnianych.:

- Członek Komisji ds. przygotowania wniosku akredytacyjnego KRSZPiP na kierunku Położnictwo (2017);
- Członek komisji egzaminacyjnej egzaminu praktycznego dla studentów kierunku Położnictwo (2012–2017);
- Członek Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (2016 - 2020);
- Członek Wydziałowej Komisji ds. Jakości Kształcenia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (2016–2020);

- Opiekun roku kierunku Położnictwo (2014–2017);
- Członek Rady Pedagogicznej kierunku Położnictwo w kadencji 2020–2024 w ramach WNoZ WUM;

Ponadto

Realizowała zajęcia na szkoleniach specjalizacyjnych:

- „Pielęgniarstwo ginekologiczno – położnicze” (2016 – 2019) – Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. z siedzibą w Rzeszowie, Placówka Szkoleniowa w Tarnobrzegu edycji w Tarnobrzegu i Chełmie;


- „Pielęgniarstwo neonatologiczne” (2016, 2018, 2020) oraz specjalizacji „Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze” (2017) – Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

- „Pielęgniarstwa Ginekologicznego” (2016) – Stowarzyszenie na Rzecz Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych „NOVUM” w Lublinie.

**Podsumowując dorobek naukowy, organizacyjny i dydaktyczny dr n. o zdr. Ewy Rzońcy, oceniam wszystkie części bardzo wysoko i wnioskuję do komisji habilitacyjnej o nadanie dr n. o zdr. Ewie Rzońcy stopnia naukowego doktora habilitowanego.**

Kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej

Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie

KIEROWNIK  
KLINIKI GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ  
  
Prof. dr hab. med. Mariusz Bidziński

Prof. dr hab. n. med. Mariusz Bidziński