

Dr hab. Mariola Czajkowska
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Zakład Propedeutyki Położnictwa
Katedry Zdrowia Kobiety
Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach

Katowice, dn. 6.03.2023r.



Recenzja w postępowaniu habilitacyjnym dotycząca osiągnięcia naukowego pt.: „Analiza wybranych czynników warunkujących przebieg porodu drogami natury w kontekście praktyki położnej i zdrowia prokreacyjnego kobiety”

Przedmiotem postępowania jest wniosek dr n. med. Grażyny Bączek z dnia 11.10.2022. do Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie za pośrednictwem Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu o przeprowadzenie postępowania habilitacyjnego w dziedzinie nauk o zdrowiu i nauk medycznych w dyscyplinie nauki o zdrowiu.

Kandydatka nie ubiegała się poprzednio o nadanie stopnia doktora habilitowanego.

Recenzja zawiera ocenę osiągnięcia naukowego kandydatki na podstawie wymogów określonych w art. 219 ust.1 pkt. 2 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z dnia 20 lipca 2018 (Dz. U. z 2021 r. poz. 478, 619).

Charakterystyka Habilitantki

Dr n. med. Grażyny Bączek uzyskała dyplom położnej w 1988 roku w Medycznym Studium Zawodowym w Lublinie na Wydziale Położnych, następnie kontynuowała swoją naukę na Wydziale Pielęgniarskim Akademii Medycznej w Lublinie uzyskując tytuł Magistra Pielęgniarstwa w 1993 roku. Habilitantka w 2016 roku ukończyła studia podyplomowe „Zarządzanie w Ochronie Zdrowia” na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, a w 2021 roku otrzymała dyplom ukończenia studiów podyplomowych „Executive Master of Business Administration” for Nurses and Midwives w Instytucie Zarządzania Akademii Ekonomiczno – Humanistycznej w Warszawie. W 2022 roku uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa położniczo – ginekologicznego.

Stopień doktora nauk medycznych nadany został Habilitantce Uchwałą Rady II Wydziału lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie z dnia 13 grudnia 2006 roku. Temat rozprawy doktorskiej „*Spoleczno – edukacyjna rola położnej w trajektorii ciąży, porodu, porożu*” .

Od 2000 roku do chwili obecnej Habilitantka jest zatrudniona w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym w Warszawie w Zakładzie Dydaktyki Ginekologiczno – Położniczej Wydziału Nauk o Zdrowiu. Początkowo do roku 2000 zajmowała stanowisko wykładowcy, od 2003 do 2007 roku stanowisko asystenta, natomiast od 2007 jest zatrudniona na stanowisku adiunkta (2017-2019 - stanowisko asystenta, 2019-2021 - stanowisko asystenta naukowo - badawczego). Od 2021 roku pełni funkcję kierownika Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno – Położniczej Wydziału Nauk o Zdrowiu w Warszawie, kierując trzydziestoosobowym zespołem pracowników naukowo – dydaktycznych i dydaktycznych. Zainteresowania Habilitantki dotyczą głównie szeroko rozumianej prewencji zdrowia kobiet ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia prokreacyjnego kobiety, czynników warunkujących przebieg porodu drogami natury oraz praktykę zawodową położnej. W ramach obowiązków dydaktycznych realizuje zajęcia ze studentami na Kierunku Położnictwo na studiach pierwszego i drugiego stopnia z przedmiotów: Podstawy Opieki Położniczej, Techniki Położnicze i Prowadzenie Porodu, Neonatologia i Opieka Neonatologiczna, Badania naukowe w położnictwie, Badanie fizykalne, Promocja zdrowia prokreacyjnego (autorstwo programu kształcenia), Planowanie rodziny, Edukacja w Praktyce Zawodowej Położnej (autorstwo programu kształcenia), Dydaktyka Medyczna (autorstwo programu kształcenia).

Ocena osiągnięcia naukowego

Cykl publikacji habilitacyjnych zatytułowany „**Analiza wybranych czynników warunkujących przebieg porodu drogami natury w kontekście praktyki położnej i zdrowia prokreacyjnego kobiety**” stanowi zbiór 6 oryginalnych artykułów naukowych opublikowanych w czasopismach międzynarodowych znajdujących się na liście MNiSW o łącznym współczynniku oddziaływania (IF) wynoszącym 20,397 IF; oraz punktacji PK/MNiSW: 700, poruszających zagadnienia dotyczące zdrowie prokreacyjne kobiety, czynniki warunkujące przebieg porodu drogami natury oraz praktykę zawodową położnej. Habilitantka jest autorem korespondencyjnym oraz **pierwszym autorem wszystkich publikacji** wchodzących w skład cyklu stanowiącego osiągnięcie naukowe.

Przedstawiony cykl prac powstał na podstawie badań przeprowadzonych w latach 2015-2022 i jest podsumowaniem wieloletniego autorskiego programu Habilitantki obejmując swoim zasięgiem kilkadziesiąt tysięcy kobiet w okresie okołoporodowym. Przedstawiony w autoreferacie cykl publikacji łączy trzy zasadnicze elementy: zdrowie prokreacyjne kobiety,

czynniki warunkujące przebieg porodu drogami natury oraz praktykę zawodową położnej. Wydłużenie życia Polaków w zdrowiu, poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, przyjęto za jeden z celów poprawy zdrowia prokreacyjnego. Założenia przedstawionego cykl prac są tożsame z Programami Prewencyjnym realizowanymi zarówno w ujęciu ogólnopolskim jak i globalnym. Obszary, w których przyjęte cele są realizowane to m. in. prowadzenie badań nad zdrowiem prokreacyjnym i edukowanie pracowników ochrony zdrowia. Zgodnie z definicją WHO zdrowie reprodukcyjne to stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub ułomności, we wszystkich kwestiach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami. Zgodnie z założeniami opieki ukierunkowanej na zdrowie prokreacyjne kobiety powinny mieć prawo do odpowiedniej opieki zdrowotnej, która umożliwi im bezpieczne przejście przez ciążę i poród. Warunkiem koniecznym dla jakości opieki jest rygorystyczna ocena stosowanych interwencji medycznych, rozwiązywanie pojawiających się problemów, prowadzenie badań oraz opracowywanie i wdrażanie innowacyjnych rozwiązań.

Bezpieczna ciąża i bezpieczny poród jako przedmiot zainteresowania systemu opieki zdrowotnej i nauk, zarówno medycznych jak i nauk o zdrowiu, stanowi punkt wyjścia do prezentowanego projektu. Proces porodu drogami natury uwarunkowany jest szeregiem czynników determinujących jego przebieg. Dobór czynników został oparty w części o Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej. Standard określa poszczególne elementy organizacji opieki okołoporodowej mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do minimum niezbędnych interwencji medycznych. Z tych interwencji wybrano do analizy indukcję porodu, stymulację czynności skurczowej oraz nacięcie krocza. Do wymienionych w standardzie czynników dołączono procedurę farmakologicznego znieczulenia porodu, urazy krocza oraz wskaźniki niemedyczne (socjodemograficzne). Dobór zaproponowanych do analizy zmiennych oparty był o przegląd literatury przedmiotu: indukcja porodu, stymulacja porodu, znieczulenie porodu, nacięcie krocza, pęknięcie krocza, miejsce zamieszkania i pora dnia porodu oraz doświadczenia kliniczne i obserwacje własne, które stanowią najmocniejszą stronę reprezentowanego projektu.

Opieka nad zdrowiem prokreacyjnym oraz opieka nad kobietą rodzącą w przebiegu porodu fizjologicznego to zadania ustawowo przynależne położnej. Do obowiązków położnej należy między innymi prowadzenie porodu fizjologicznego oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej oraz przyjmowanie porodów naturalnych, w przypadku

konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z ułożenia miednicowego. Jest zobowiązana do rozpoznawania nieprawidłowości w przebiegu porodu oraz do podejmowania koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza. Opieka nad kobietą rodzącą oraz znajomość czynników determinujących przebieg porodu to domena praktyki położnej i ważny element kształtujący zdrowie prokreacyjne kobiety. Znajomość tych czynników oraz świadomość ich potencjalnego wpływu na przebieg porodu oraz dobrostan matki i dziecka to podstawa bezpiecznej i efektywnej opieki okołoporodowej.

Habilitantka słusznie podkreśliła, że ze względu na ścisłe powiązania wyżej wymienionych czynników, postępowanie w okresie prokreacyjnym nie jest proste i wymaga złożonego, interdyscyplinarnego podejścia, a ścisła współpraca specjalistów z wielu dziedzin jest wymagana dla uzyskania sukcesu terapeutycznego.

Omówienie cyklu publikacji rozpoczęto od krótkiego wstępu wprowadzającego w zagadnienia, która dotyczyła szczegółowej analizy wybranych czynników warunkujących przebieg porodu drogami natury. Do analizy wybrano czynniki medyczne (indukcja porodu, stymulacja porodu, znieczulenie porodu, nacięcia krocza, pęknięcia krocza) oraz pozamedyczne (miejsce zamieszkania pacjentek, pora dnia porodu i pora roku).

Celem analizy było poszukiwanie istotnych zmiennych, które wpływają na przebieg porodu drogami natury, zdefiniowanie tych zmiennych i interpretacja ich znaczenia dla procesu porodu oraz wyników maczynych i noworodkowych. Osiągnięcie tego celu może stanowić punkt wyjścia dla krytycznej analizy dotychczasowych okołoporodowych praktyk klinicznych. Wyniki procesu tej krytycznej analizy opartej na dowodach naukowych (przedstawionych w poszczególnych artykułach) mogą stanowić bazę teoretyczną dla modyfikacji dotychczasowych praktyk, procedur czy standardów prowadzenia porodu, by w rezultacie opieki śródporodowej uzyskać optymalne wyniki położnicze i noworodkowe.

Wyniki tej opieki są ściśle związane z dobrostanem matki i dziecka, a w konsekwencji ze zdrowiem prokreacyjnym kobiety.

Wszystkie wymienione wyżej elementy (promocja zdrowia prokreacyjnego, opieka nad kobietą rodzącą i jej dzieckiem, prowadzenie porodu drogami natury) to ustawowo określone kompetencje położnej, dlatego praktyka położnej stała się istotnym odniesieniem realizowanego projektu badawczego.

Wyniki poszczególnych badań prezentują obraz wybranych interwencji medycznych stosowanych w przebiegu porodu (indukcja porodu, stymulacja czynności skurczowej, znieczulenie porodu, nacięcie krocza), urazów spontanicznych krocza oraz wskaźników

niemedycznych (miejsce zamieszkania i pora dnia porodu), które mogą mieć wpływ na ostateczne wyniki matczyne i noworodkowe.

W dalszej części przedstawiono omówienie i znaczenie uzyskanych wyników dla praktyki położniczej. W omówieniu skupiono się głównie na istotnych zmiennych, które mogą być modyfikowane w procesie edukacji zdrowotnej przedkoncepcyjnej i przedporodowej oraz w postępowaniu okołoporodowym personelu medycznego, w tym położnych planujących opiekę śródporodową i prowadzących poród.

Jako pierwszy cel, w przedstawionym do recenzji osiągnięciu naukowym, Habilitantka postawiła sobie analizę korelacji czynników wpływających na indukcję, stymulację porodu, stosowanego znieczulenia, a także wskazań do nacięcia krocza oraz ocenę wyników matczynych i noworodkowych (Retrospective Analysis of the Factors Affecting the Induction of Childbirth in 4350 Women from a Single Center in Warsaw, Poland, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022,19, 9640, 1-12; Use and Effects of Augmentation of Labor with Oxytocin: A Single-Center, Retrospective, Case-Control Study of 4350 Women in Warsaw, Poland, 2015-2020. *Medical Science Monitor*, 2022; 28; Epidural anesthesia during childbirth—retrospective analysis of maternal and neonatal results. *Ginekologia Polska*, 2022; Episiotomy for Medical Indications during Vaginal Birth—Retrospective Analysis of Risk Factors Determining the Performance of This Procedure, *Journal of Clinical Medicine*, 2022,11, 15, 1-14,).

W toku badań wykazano statystycznie istotną zależność między wdrożeniem indukcji porodu a liczbą ciąż, tygodniem ciąży, liczbą porodów, występowaniem chorób przewlekłych i chorób współistniejących z ciążą (cukrzyca ciążowa, cukrzyca, nadciśnienie indukowane ciążą, nadciśnienie przewlekłe i cholestaza ciążowa ($p < 0,05$). Zaobserwowano zwiększony iloraz szans (OR) wykonania indukcji porodu u ciężarnych z cukrzycą ciążową, cukrzycą, nadciśnieniem indukowanym ciążą, nadciśnieniem przewlekłym, cholestazą ciążową i w przypadku ciąży powyżej 40 tygodnia. Stwierdzono mniejszy iloraz szans (OR) wykonania indukcji w drugiej i kolejnej ciąży, podobnie jak w przypadku drugiego i kolejnego porodu. Analiza wykazała statystycznie istotną zależność pomiędzy indukcją porodu a stanem po cięciu cesarskim, preindukcją, znieczuleniem zewnątrzoponowym, nacięciem krocza, porodem rodzinnym, rodzajem porodu, czasem trwania porodu, w tym czasem trwania pierwszego i drugiego okresu porodu, utratą krwi, wynikiem w skali Apgar w 1. minucie po porodzie oraz masą urodzeniową noworodka ($p < 0,05$). Natomiast nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy indukcją porodu a czasem trwania trzeciego okresu porodu i pęknięciem krocza ($p > 0,05$). Stwierdzono mniejszy iloraz szans (OR) indukcji porodu w przypadku

ciężarnej, u której w przeszłości ciąża została ukończona drogą cięcia cesarskiego. Wykazano również, że indukcja porodu zwiększa ryzyko zastosowania znieczulenia zewnątrzoponowego i nacięcia krocza. Stwierdzono także wyższy iloraz szans (OR) indukcji porodu w przypadku porodu rodzinnego. Ponadto indukcja porodu zwiększa szanse na poród zabiegowy, ale zmniejsza szanse na zakończenie ciąży przez cesarskie cięcie. Przeprowadzone analiza wykazała, że w przypadku indukcji porodu czas trwania pierwszego okresu porodu była krótszy, ale czas trwania drugiego okresu i całego porodu był dłuższy. Powyższe korelacje były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Na podstawie przeprowadzonych badań Habilitantki wykazano, że stymulacja porodu była częściej stosowana u młodszych kobiet (30,5 vs 31,8), nie pozostających w związkach małżeńskich (22,8% vs 18,1%) oraz z wyższym wskaźnikiem BMI (27,4 vs 27,1). Dotyczyło to również kobiet, które doświadczyły mniej ciąż (1,5 vs 2,1) i porodów (1,3 vs 1,8). Rzadziej stymulację stosowano w grupie kobiet z cukrzycą ciążową (7,1% vs 9,7%), z nadciśnieniem indukowanym ciążą (2,1% vs 2,85) i nadciśnieniem przewlekłym (0,3% vs 0,8%). Wszystkie korelacje były istotne statystycznie ($p < 0,05$). Stymulacja porodu była częściej wykonywana u kobiet, które w przeszłości nie miały cięcia cesarskiego (93,8% vs 83,6%), które miały wykonaną preindukcję porodu (cewnik Foleya, amniotomia) (2,8% vs 1,7%) oraz znieczulenie zewnątrzoponowe (64,1% vs 22,8%). W grupie poddanej stymulacji rzadziej dochodziło do pęknięcia krocza (20,0% vs 25,7%), ale częściej wykonywano nacięcie krocza (45,9% vs 17,8). Stymulacja była częściej stosowana w przypadku porodów rodzinnych (32,9% vs 26,3%). W wyniku stymulacji poród częściej kończył się porodem drogami natury (fizjologicznym – 79,2% vs 69,7%; operacyjnym – 6,0% vs 1,1%). W tej samej grupie wydłużył się czas trwania I okresu porodu (376,9 vs 270,1 min), II okresu (35,9 vs 23,7 min) i całego porodu (384,4 vs 233,8 min) oraz zaobserwowano większą utratę krwi (415,7 vs 414,2 min). Stymulacja skutkowała również obniżeniem punktacji w skali Apgar u noworodków – oceniano ją częściej poniżej 7 punktów w 1. minucie (3,6% vs 1,4%) i 5. minucie (0,6% vs 0,2%) po porodzie. Noworodki matek poddanych stymulacji porodowej charakteryzowały się większą masą urodzeniową (3521,4 vs 3504,4 g) i były dłuższe (54,9 vs 54,8 cm). Korelacje te były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Analiza statystyczna wykazała, że znieczulenie zewnątrzoponowe częściej wykonywane jest w grupie młodszych kobiet (30,6 vs 31,8), nie pozostających w związku małżeńskim (22,7%) - $p < 0,05$. u pierwiastek (57,5%) i pierworódek (67,1%), w bardziej zaawansowanych ciążach (39,4 vs 39,2). Zależność ta dotyczy również współistnienia chorób takich jak cukrzyca ciążowa (12,0%), nadciśnienie indukowane ciążą (3,6%), cholestaza

ciążowa (1,3%), a także podwyższone BMI (22,2 vs 22,0). Stwierdzono również, że znieczulenie zewnątrzoponowe częściej wykonywano u rodzących bez VBAC (93,8%), posiadających plan porodu (9,5%) rodzących z osobą towarzyszącą (66,5%). Istotnie częściej znieczulenie porodu stosowano u rodzących z preindukcją porodu (12,3%), indukcją (30,3%) i stymulacją czynności skurczowej oksytocyną (44,8%). Powyższe korelacje były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

W przypadku zastosowania znieczulenia średnia utrata krwi była mniejsza (403,0 vs 443,4), a długość hospitalizacji była dłuższa (4,5 vs 4,2) niż w grupie kontrolnej ($p < 0,05$). Model regresji logistycznej wykazał, że ryzyko nacięcia krocza (OR = 5,539; CI = 5,169-5,935) zwiększa się ponad pięciokrotnie a ryzyko pęknięcia krocza (OR = 2,190; CI = 2,036-2,356) zwiększa się dwukrotnie w przypadku znieczulenia zewnątrzoponowego. Istnieje również zwiększone ryzyko porodu zabiegowego (OR = 2,668; CI = 2,255-3,156), jednocześnie ryzyko cesarskiego cięcia zmniejsza się ponad pięciokrotnie (OR = 0,043; CI = 0,036-0,052). Zaobserwowano również zwiększone ryzyko średniego i złego stanu noworodka, ale tylko w 1 i 3 minucie.

W toku badań wykazano, że nacięcie krocza wykonywano częściej u młodszych kobiet (30,62 vs. 31,32 lata), mieszkanek miast (88,2%) a stwierdzone korelacje były istotne statystycznie ($p < 0,05$). Nie stwierdzono istotnych korelacji między nacięciem krocza a stanem cywilnym badanych kobiet ($p > 0,05$). Nacięcie krocza było zabiegiem istotnie częściej stosowanym u pacjentek w pierwszej ciąży, rodzących po raz pierwszy, u kobiet ze zdiagnozowaną cukrzycą ciążową, po przebytych cięciu cesarskim (VBAC) oraz z wyższym wskaźnikiem BMI. Dodatkowo wykazano, że istotnie częściej nacięcie krocza wykonywano u pacjentek rodzących na sali porodowej (versus Dom Narodzin), u których stosowano oksytocynę w I lub II okresie porodu, w I i II okresie porodu łącznie oraz u pacjentek, u których zastosowano znieczulenie zewnątrzoponowe porodu.

Analiza materiału wskazała, że w grupie badanej (z nacięciem krocza) czas trwania I i II okresu porodu był dłuższy. Episiotomia była istotnie częściej wykonywana w grupie rodzących, którym towarzyszyła osoba bliska (poród rodzinny) i które urodziły noworodki płci męskiej. Powyższe wyniki były statystycznie istotne ($p < 0,05$). Stwierdzono również, że pęknięcia krocza występowały częściej w grupie kontrolnej, tj. u kobiet, które miały nie miały nacięcia krocza. Zauważono, że utrata krwi podczas porodu była większa w grupie badanej, która była również istotnie dłużej hospitalizowana. W grupie kobiet rodzących z nacięciem krocza masa urodzeniowa dziecka i jego obwód głowy były większe, a stan noworodka po porodzie był częściej oceniany na ≤ 7 punktów w skali Apgar w 1 i 3 minucie.

Wiedza o potencjalnych skutkach i powikłaniach danych procedur to podstawa bezpieczeństwa matki i dziecka, wymagająca dalszych badań w tym obszarze i stworzenia zunifikowanych algorytmów postępowania dotyczących zasadności i sposobu stymulacji, indukcji porodu, zastosowanego znieczulenia oraz wskazań do nacięcia krocza ze szczególnym uwzględnieniem personalizacji wskazań w zależności od sytuacji położniczej pacjentki w przebiegu porodu. Identyfikacja czynników wpływających na częstotliwość i zasadność stosowania wyżej wymienionych procedur medycznych jest wskazana dla zapewnienia wysokiej jakości opieki okołoporodowej, opartej na dowodach naukowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Wiedza na temat czynników determinujących korzystanie z niektórych procedur medycznych, jest niezbędna do planowania bezpiecznej i skutecznej opieki okołoporodowej z jednoczesnym ograniczeniem nieuzasadnionych interwencji i niepotrzebnych powikłań.

Poród to jedno z najważniejszych i wyjątkowych wydarzeń w życiu kobiety i jej bliskich, wiąże się ono jednak z ryzykiem wystąpienia różnych powikłań okołoporodowych u kobiet, takich jak obrażenia krocza, które mogą pojawić się w przebiegu porodu siłami natury. Należy podkreślić, że 85% kobiet doznaje urazu krocza, a co najmniej jedna trzecia z nich doświadcza samoistnego jego pęknięcia. Kolejnym analizowanym parametrem w ocenianym osiągnięciu naukowym był wpływ urazów spontanicznych na dobrostan matki i dziecka (Trauma during Non-Operative Childbirth—Retrospective Analysis of Perineal Laceration Risk Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022,19, 1-12.). Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że badane kobiety z samoistnym uszkodzeniem tkanek miękkich kanały rodne były starsze ($M = 31,9$) i miały wyższe BMI (27,4 vs 26,9) niż w grupie kontrolnej. Pacjentki te charakteryzowały się również częściej niż w grupie kontrolnej wykształceniem wyższym (89,6%) i stałym związkiem (85,1%). Osoby, u których wystąpiły uszkodzenia tkanek miękkich częściej były w pierwszej ciąży (29,9%), były pierwiastkami (35,1%) i posiadały zdiagnozowaną cukrzycę ciążową (8,9%). Powyższe zależności były istotne statystycznie ($p < 0,05$). Nie stwierdzono związku między występowaniem pęknięcia krocza a miejscem zamieszkania, nadciśnieniem ciążowym ani cholestazą ciążową ($p > 0,05$).

Spontaniczne urazy krocza częściej występowały u pacjentek rodzących w szpitalu (81,2%), w porodzie siłami natury po cięciu cesarskim (VBAC) (4,9%), otrzymujących oksytocynę w II okresie porodu (0,8%). Czas trwania II okresu porodu był dłuższy w porównaniu z grupą kontrolną (23,4 vs 21,6 min). Noworodki matek, u których stwierdzono urazy krocza częściej otrzymywały 7 i więcej punktów w skali Apgar w pierwszej minucie po porodzie (99,3%).

Ponadto noworodki te miały wyższą masę urodzeniową (3529,1 vs 3464,4 gramów) i obwód głowy (34,8 vs 34,6 cm) w porównaniu z noworodkami matek bez urazów krocza. Wskazane korelacje były istotne statystycznie ($p < 0,05$). Nie stwierdzono związku pomiędzy wystąpieniem urazów krocza a zastosowaniem oksytocyny w I okresie porodu, podaniem oksytocyny w I i II okresie porodu, wykonaniem znieczulenia zewnątrzoponowego, czasem trwania I okresu porodu i punktacją noworodka w 5. i 10. minucie w skali Apgar ($p > 0,05$).

Znajomość powyższych czynników może być wykorzystana w ramach edukacji przedkonceptyjnej przy projektowaniu planu porodu i podczas porodu, w celu uniknięcia medycznie nieuzasadnionych procedur, które mogą generować kolejne komplikacje (tzw. kaskada interwencji). Konieczne jest prowadzenie dalszych badań dotyczących problemu urazów krocza podczas porodu w celu zminimalizowania ich negatywnych konsekwencji.

Ostatnim analizowanym parametrem był wpływ wskaźników niemedycznych na przebieg porodu. Doświadczenie porodowe opiera się na interakcji uwarunkowań fizycznych, psychologicznych, emocjonalnych i społecznych, którym towarzyszą różne czynniki położnicze. Poród analizowany jest m.in. pod kątem jego rodzaju, sprawowanej opieki, czynników położniczych oraz doświadczenia kobiet (Place of residence and time of day as factors affecting the course of vaginal delivery. *Ann Agric Environ Med.* 2022).

Analiza wykazała, że rodzące kobiety zamieszkujące wieś były młodsze (30,9 vs 31,3), miały wykształcenie poniżej wyższego (wykształcenie podstawowe – 2,4% vs 1,7%; średnie – 16,2% vs 10,1%), były w związku (86,1 % vs 81,6%) i częściej miały wyższe BMI (27,8 vs 27,0) niż kobiety z miast. Ponadto kobiety mieszkające na wsi częściej były w drugiej lub kolejnej ciąży (II ciąża – 36,5% vs 36,3%; III i kolejna ciąża – 31,4% vs 23,9%) i rodziły drugie i kolejne dziecko (II poród – 40,8% vs 39,4%; III i kolejna ciąża – 21,2% vs 14,2%) niż kobiety z miast. Stwierdzone zależności były istotne statystycznie ($p < 0,05$). Analiza statystyczna wykazała, że między 07:00 a 18:59 częściej rodziły kobiety będące w pierwszej ciąży (39,9% vs 37,8%) i rodzące po raz pierwszy (46,2% vs 44,4%). Stwierdzone zależności były istotne statystycznie ($p < 0,05$). Analiza statystyczna wykazała, że w godzinach 19:00–06:59 dzieci częściej rodzą się zimą (24,1% vs 23,3%) niż wiosną (26,0% vs 24,5%). Ponadto w godzinach 07:00–18:59 częściej wykonywano indukcję porodu (20,7% vs 19,1%), znieczulenie zewnątrzoponowe (35,4% vs 34,0%) oraz nacięcie krocza (29,1% vs 27,8%). Natomiast w godzinach 19:00–06:59 czas trwania II okresu porodu (27,1 vs 27,8 min), a także całego porodu (299,1 vs 306,3 min) był krótszy. Stwierdzone zależności były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Omówione powyżej badania i wnioski z nich wynikające sugerują możliwość i zasadność modyfikacji opieki przedkoncepcyjnej i perinatalnej zarówno w obszarze edukacji zdrowotnej kobiet i mężczyzn (kształtowanie postaw prozdrowotnych) jak i kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie refleksyjnego (uzasadnionego) stosowania procedur przed i śródporodowych. Wskazują również na potrzebę zindywidualizowanego podejścia do opieki nad pacjentką rodzącą z uwzględnieniem jej uwarunkowań społeczno – demograficznych.

Podsumowując, prace stanowiące rozprawę habilitacyjną dr n. med. Grażyny Bączek mają niezmiernie istotne znaczenie poznawcze i praktyczne. Cykl publikacji w mojej opinii spełnia wszystkie kryteria obowiązujące w przewodzie habilitacyjnym. Przeprowadzone przez Habilitantkę badania i wyciągnięte wnioski mogą stanowić kolejny krok w długofalową inwestycję w zdrowie prokreacyjne kobiet, a wieloaspektowość przedstawionych badań, pozwala również na permanentny rozwój badacza.

Dodatkowo pragnę podkreślić, że dzięki swojej pracy i dużej aktywności, Habilitantka uzyskała znaczne uznanie polskiego i międzynarodowego środowiska, czego wyrazem są liczne wystąpienia na konferencjach i zjazdach krajowych oraz zagranicznych.

Ocena dorobku naukowego nie wchodzącego w zakres osiągnięcia naukowego

Dr n. med. Grażyna Bączek poza osiągnięciem naukowym jest autorem i współautorem 96 publikacji (artykuły zagraniczne, polskie, polskie rozdziały w książce, polska książka, polska redakcja) w tym 16 prac posiadających IF, oraz 80 z punktacją MNiSW. Łączny współczynnik oddziaływania (IF) wszystkich prac naukowych (cykl-osiągnięcie naukowe 20,397/700 plus pozostałe poza cyklem 35,841/1860) wynosi 56,238, a punktacja MNiSW 2560. Liczba cytowań bez autocytacji wg bazy Web of Science wynosi 28, a Indeks Hirscha(h-indeks) 3.

Poza omówionym cyklem prac, dorobek naukowy Habilitantki dotyczy w głównej mierze zagadnień z zakresu bezpieczeństwa pracy, organizacji pracy, komunikacji w zespole interdyscyplinarnym, bezpieczeństwa pacjenta, zachowań prozdrowotnych kobiet i współczesnych wyzwań, jakości opieki położniczej, edukacji zdrowotnej i profilaktyki w położnictwie i ginekologii, ginekologii operacyjnej oraz ginekologii onkologicznej.

Habilitantka jest autorem i współautorem 33 rozdziałów w książkach polskich oraz współredaktorem 3 książek polskich. Tematyka dotyczy wybranych zagadnień bezpieczeństwa oraz historii kształcenia położnych. Monografie zasługują na szczególną uwagę, bowiem

powstały w związku z potrzebą opracowania podręczników przydatnych w osiągnięciu przez studentów położnictwa i pielęgniarstwa odpowiednich kwalifikacji zawodowych.

Członkostwo w komitetach redakcyjnych i radach naukowych czasopism

Dr n. med. Grażyna Bączek jest członkiem rady naukowej „Biblioteka Położnej PZWL” , „ European Journal of Midwifery” oraz była zastępcą redaktora naczelnego (do 2019 roku) w czasopiśmie „Położna Nauka i Praktyka PZWL”.

Udział w pracach zespołów badawczych

Habilitantka pełniła funkcje Koordynatora Wojewódzkiego prac badawczych dla województwa mazowieckiego w projekcie badawczym Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie pt. „Przeprowadzenie kompleksowych badań epidemiologicznych dotyczących sposobu żywienia i stanu odżywienia kobiet ciężarnych wraz z identyfikacją czynników ryzyka zaburzeń odżywiania, oceną poziomu aktywności fizycznej, poziomu wiedzy żywieniowej oraz występowania nierówności w zdrowiu” wykonywany w ramach Celu Operacyjnego nr 1 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020 „Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywiania oraz aktywności fizycznej społeczeństwa.

Udział w trzech projektach badawczych pt.: *Innowacje w medycynie - racjonalizacja kosztów opieki okołoporodowej/ wykorzystanie potencjału zawodowego położnych, Badania adaptacji do sytuacji pandemii w różnych środowiskach, Analiza czynników warunkujących przebieg ciąży, porodu i porożenia w odniesieniu do stanu matki i dziecka oraz zdrowia prokreacyjnego kobiety – retrospektywne badania kohortowe.*

Habilitantka otrzymała 3 nagrody zespołowe, 2 nagrody indywidualne za działalność dydaktyczną, w roku 2011 Brązowy Krzyż Zasługi, 2013 roku Medal Srebrny za Długoletnią Służbę, w 2021 rok Srebrny Krzyż Zasługi oraz Odznaka Honorowa „Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia”.

Ocena działalności dydaktycznej i organizacyjnej

W ramach działalności organizacyjnej Habilitantka stale współpracuje z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych CKPPiP będąc wielokrotnie

Przewodniczącą Państwowej Komisji Egzaminacyjnej do przeprowadzenia egzaminu państwowego w dziedzinie specjalizacji z pielęgniarstwa położniczego, położniczo-ginekologicznego, rodzinnego jak również będąc członkiem Zespołu ds. weryfikacji pytań egzaminacyjnych do specjalizacji z pielęgniarstwa ginekologicznego, położniczego, rodzinnego dla położnych (tworzenie banku pytań), a także Członkiem Zespołu ds. oceny dorobku naukowego uczestników specjalizacji z pielęgniarstwa neonatologicznego, położniczego i ginekologicznego. Stale bierze udział w ewaluacji programów specjalizacyjnych dla położnych będąc również Przewodniczącą Zespołu Autorów programu Specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno – położniczego.

Promując zawód położnej, pod patronatem Ministra Zdrowia, Habilitantka była organizatorem Konkursu Ogólnopolskiej Olimpiady Wiedzy „Położna Przyszłości” - 2 edycje. W ramach współpracy z Ministerstwem Zdrowia dr n. med. Grażyna Bączek jest członkiem Zespołu ds. kompetencji zawodowych położnych przy Ministerstwie Zdrowia i Departamencie Pielęgniarek i Położnych. Od dwóch kadencji współpracuje z zespołem Konsultantów województwa mazowieckiego (Urząd Wojewódzki w Warszawie) – będąc Konsultantem dla Województwa Mazowieckiego (druga kadencja) w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.

W ramach pracy na rzecz Uczelni, Habilitantka była członkiem Rady Wydziału WNoZ oraz członkiem Senatu, jest przewodniczącą Rady programowej WNoZ dla Kierunku Położnictwo, członkiem Komisji ds. nostryfikacji dyplomów, członkiem Wydziałowej Komisji ds. Jakości Kształcenia, a także opiekunem Studenckiego Naukowego Koła Położnych w Zakładzie Dydaktyki Ginekologiczno – Położniczej. Była również promotorem pomocniczym w 3 zakończonych przewodach doktorskich oraz promotorem i recenzentem licznych prac licencjackich oraz magisterskich.

Uczestnictwo w programie Erasmus

Wizyty monitoringowe połączone z wykładami dla studentów Położnictwa (Ecoles Sages – Femmes, Faculte Maieutique) na Uniwersytetach w Lille (2013), Bordeaux (2014), Strasbourg (2015), Paris (2016), Marseille (2017), Montpellier (2018), Walencja (2020) – zakwalifikowana – wyjazd odwołany ze względu na pandemię.

Wniosek końcowy

Po zapoznaniu się z życiorysem zawodowym, działalnością dydaktyczną i dorobkiem naukowym dr n. med. Grażyny Bączek stwierdzam, że Habilitantka spełnia wymagania określone w Ustawie z dnia 20 lipca 2018r. (z późn. zm.) Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce w sprawie kryteriów oceny osiągnięć osoby ubiegającej się o nadanie stopnia doktora habilitowanego. Działalność i dorobek naukowy wykazuje się systematycznym wzrostem. Habilitantka posiada znaczne osiągnięcia dydaktyczne i organizacyjne.

W związku z powyższym popieram wniosek dr n. med. Grażyny Bączek o nadanie stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauki medycyny i nauki o zdrowiu, w dyscyplinie nauki o zdrowiu.

KIEROWNIK
Zakładu Propedeutyki Położnictwa
Katedry Zdrowia Kobiet
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
(Signature)
dr hab. n. o. zdrowiu Mariola Czajkowska

