



UNIWERSYTET MEDYCZNY W LUBLINIE
Wydział Nauk o Zdrowiu
ZAKŁAD PODSTAW POŁOŻNICTWA
20-081 Lublin, ul. Staszica 4/6
tel. +48 81 448-68-40; +48 81 448-68-42
e-mail: spupalus@umlub.pl spupalus@gmail.com



Kierownik
Dr hab. n. o zdr. GRAŻYNA IWANOWICZ-PALUS

Lublin, dn.26.07.2019r.

Dr hab. Grażyna Iwanowicz-Palus
Kierownik Zakładu Podstaw Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Recenzja rozprawy doktorskiej na stopień doktora nauk o zdrowiu
mgr MAGDALENY SŁOMA
„PERCEPCJA PORODU DOMOWEGO ORAZ JAKOŚCI NARODZIN
W ZALEŻNOŚCI OD MIEJSCA PORODU”

wykonana pod kierunkiem promotora prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułał
oraz
promotora pomocniczego dr n. med. Katarzyny Krajewskiej-Ferishah
w Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej na Wydziale Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

W ciągu ostatnich dekad poród z wydarzenia intymnego i rodzinnego stał się zdarzeniem medycznym, podlegającym kontroli i procedurom medycznym. Odradzająca się idea porodu naturalnego w warunkach szpitalnych przyniosła zasadnicze zmiany w zakresie opieki okołoporodowej.

Obowiązujące Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (*Dz. U. z 2018r.poz. 1756*) zwraca uwagę na realizację praw pacjenta w zakresie opieki okołoporodowej polegającą m.in. na prawie wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych oraz możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania.

Najważniejszym aspektem przemawiającym za porodami w warunkach pozaszpitalnych, za porodami domowymi jest to, iż odbywają się one w tworzonym wspólnie przez parę środowisku, są oni otoczeni przez świat, w którym żyją na co dzień, co daje im możliwość przeżycia narodzin dziecka jako naturalnego rytmu ich życia, mogą delektować się tą chwilą wspólnie, w atmosferze spokoju i z zachowaniem ich intymności.

Współcześnie w Polsce poród w domu nadal budzi wiele kontrowersji. Społeczeństwo odzwyczaiło się od tego, że dzieci mogą się rodzić w domach. W przeciwieństwie do niektórych krajów Unii Europejskiej (*Wielka Brytania, Niemcy czy Holandia*), organizacja naszej opieki zdrowotnej oraz system ubezpieczeń społecznych i refundacji świadczeń zdrowotnych nie zapewniają prawidłowej opieki rodzinom decydującym się na takie rozwiązanie ciąży.

Mimo to około 3% dzieci rodzi się w Polsce poza szpitalem. Idea porodów domowych powstała w połowie lat osiemdziesiątych, gdy polskie szpitale były miejscami mało

przyjaznymi dla porodów, wówczas wiele kobiet decydowało się na urodzenie dziecka poza szpitalem. Choć dzisiejsze sale porodowe uległy diametralnej zmianie i są przyjazne porodom rodzinnym, to kobiety wybierające dom czy też dom narodzin jako miejsce rozwiązania ciąży kierują się już zupełnie innymi pobudkami.

Kobiety odczuwają silną potrzebę pozostania w środowisku dla siebie znanym, w którym czują się bezpiecznie, chcą mieć wpływ na przebieg porodu i uniknąć często niepotrzebnej medykacji i sztywnych procedur medycznych.

Z reguły rodzice decydujący się na poród domowy są bardzo świadomi swojego wyboru, odpowiednio przygotowani merytorycznie, a sam poród jest dla nich ważnym wydarzeniem rodzinnym.

W piśmiennictwie nie ma zbyt wielu doniesień dotyczących porodu domowego oraz jakości narodzin w zależności od miejsca porodu. W kontekście powyższych danych tematyka badawcza podjęta przez autorkę niniejszej rozprawy doktorskiej wydaje się niezwykle ważna i uzasadniona.

Charakterystyka i ocena formalna rozprawy doktorskiej

Przedstawiona do oceny praca doktorska ma formę jednostronnego wydruku komputerowego w twardej oprawie zawierającego 268 ponumerowanych stron, w tym zasadniczego tekstu 188 stron. Pozostałą część pracy stanowią streszczenia w języku polskim (s. 189-193) i w języku angielskim (s. 194-198), piśmiennictwo (s. 199-212), wykaz tabel (s. 213-216), wykaz rycin (s. 217-218), wykaz załączników (s. 219) oraz aneks, zawierający 22 załączniki (s. 220-268).

W tekście rozprawy zamieszczono 167 tabel i 106 rycin. Lista piśmiennictwa zawiera 195 opisów bibliograficznych. W części początkowej pracy znajduje się trzystronicowy szczegółowy spis treści, pozwalający szybko odnaleźć potrzebny fragment, a jednocześnie dający szczegółową orientację w treści rozprawy oraz wykaz skrótów.

Struktura pracy jest dość typowa dla prac badawczych w zakresie nauk biomedycznych. Pracę rozpoczyna „I. Wstęp”, zawierający 1.1. Wybrane aspekty z historii porodów (1.1.1 *Epoka kamienia*, 1.1.2 *Czasy starożytne*, 1.1.3 *Epoka biblijna*, 1.1.4 *Starożytna Grecja i Rzym*, 1.1.5 *Epoka Bizancjum*, 1.1.6 *Średniowiecze*, 1.1.7 *Porody na ziemiach polskich*, 1.1.8 *Rys historyczny kształcenia położnych*); 1.2. Poród domowy (1.2.1 *Charakterystyka, przygotowanie rodziny*, 1.2.2 *Stowarzyszenie „Dobrze Urodzeni”*); 1.3. Problemy emocjonalne okresu okołoporodowego (1.3.1 *Emocje w ciąży*, 1.3.2 *Zaburzenia psychiczne w ciąży*, 1.3.3 *Stany emocjonalne po porodzie*); 1.4. Rola wsparcia (1.4.1 *Szkoły rodzenia i edukacja przedporodowa*, 1.4.2 *Doula*, 1.4.3 *Rola nowoczesnej położnej*); po którym następują rozdziały: „II. Założenia i cel pracy”, „III. Materiał i metoda” z podrozdziałami: „Dane ogólne”, „Metodologia”, „Szczegółowy opis narzędzi badawczych”, „Metody statystyczne”, „IV. Wyniki” z dziesięcioma podrozdziałami: 4.1 *Grupa badawcza - charakterystyka badanej grupy*, 4.2 *Informacje o porodach*, 4.3 *Informacje na temat zachowania personelu podczas porodu*, 4.4 *Opinie o ostatnim przeżytym porodzie*, 4.5 *Ocena psychometryczna ankietowanych kobiet a miejsce porodu*, 4.6 *Miejsce porodu a wybrane opinie ankietowanych kobiet*, 4.7 *Zależności między doświadczeniem porodowym a preferencjami*, 4.8 *Grupa kontrolna*, 4.9 *Charakterystyka antropometryczna zbiorowości kobiet, które rodziły w domu*, 4.10 *Podsumowanie wyników*” oraz „V. Dyskusja”, „VI

Wnioski”, „VII. Streszczenie” w języku polskim”, „VIII. Summary, „IX. Piśmiennictwo”, „X. Wykaz tabel”, „XI. Wykaz rycin”, „XII. Wykaz załączników” i „XIII. Aneks”.

W numeracji rozdziałów i podrozdziałów zastosowano system dziesiętny.

Z uwagi na fakt, że w pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, w aneksie do pracy zawarto dziewięć wykorzystanych kwestionariuszy: Autorski kwestionariusz ankiety (*adresowany do grupy badanej i do grupy kontrolnej*); Skalę zasobów materialnych rodziny (FAS); Test samooceny wg Bielak; Standaryzowany test podejmowania decyzji; Skalę wsparcia społecznego wg Kmieciak-Baran; Kwestionariusz oceny stylów radzenia sobie ze stresem (CISS); Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES); Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS); Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC).

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (*Uchwała Nr R-I-002/169/2016 z dnia 25.05.2016r.*).

Język pracy odpowiada regułom języka polskiego. Konstrukcje gramatyczne zdań są w poprawne i jasne, także w przypadkach długich zdań złożonych. Tekst został sformatowany w akapity, z zachowaniem konsekwencji edytorskiej w zakresie wcięć i rozmieszczenia głównych partii treści. Odstępy międzywierszowe są stałe. Błędy stylistyczne, interpunkcyjne i edytorskie są bardzo sporadyczne i zapewne przypadkowe.

Charakterystyka i ocena merytoryczna rozprawy doktorskiej

Wstęp pracy napisany w oparciu o przegląd poprawnie dobranych 195 pozycji piśmiennictwa dobrze wprowadza czytelnika w zagadnienia będące przedmiotem badań i uzasadnia jej założenia. W rozdziale tym Autorka przedstawia między innymi wybrane aspekty z historii porodów, uwarunkowania porodu domowego, problemy emocjonalne okresu okołoporodowego oraz rolę wsparcia.

Podsumowując, recenzent stwierdza, że Autorka dokonując opisu dotychczasowego stanu wiedzy, uzasadniła potrzebę podjęcia przedstawionej wyżej tematyki badawczej, a praca spełnia wymagane w tym zakresie od rozpraw doktorskich kryteria istotności i poprawności rzeczowej.

Część badawczą rozprawy rozpoczyna prezentacja celu głównego badania, którym było dokonanie oceny wpływu miejsca porodu na percepcję porodu domowego oraz jakości narodzin.

Cele szczegółowe pracy obejmowały analizę porównawczą pomiędzy kobietami rodzącymi w domu, w domu narodzin, w szpitalu i w prywatnej klinice w kontekście percepcji postrzegania porodu domowego i jakości narodzin w zależności od:

- oczekiwanego wsparcia ze strony partnera, rodziny, położnej, położnika;
- stylów radzenia sobie ze stresem;
- siły ogólnego przekonania jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami;
- satysfakcji z życia;
- stylu podejmowania decyzji;
- samooceny;
- oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia;

- preferencji odnośnie miejsca porodu w grupie kobiet, które jeszcze nie rodziły.

Pewien niedosyt z punktu widzenia metodologii badań budzi brak wskazania w pracy problemów badawczych. W literaturze z zakresu metodologii spotykamy najczęściej rozumienie problemu badawczego, jako pytania lub zbiór pytań, mogący przybierać różne formy pytań.

Warto jednak podkreślić, że pomimo braku problemów badawczych, Doktorantka postawiła cztery hipotezy badawcze:

1. Preferencje odnośnie miejsca kolejnego porodu są determinowane wcześniejszym doświadczeniem kobiety rodzącej.
2. Wsparcie ze strony partnera/męża, rodziny, położnej, lekarza położnika podczas porodu ma duże znaczenie i wpływ na percepcję porodu oraz jakość narodzin.
3. Profil psychometryczny kobiet, decydujących się na poród w domu jest odmienny niż rodzących w szpitalu.
4. Decyzja o podjęciu porodu domu wypływa z braku zaufania do placówek szpitalnych.

Badania przeprowadzono wśród 423 kobiet, które rodziły w miejscach szpitalnych (*publicznych i niepublicznych*) i pozaszpitalnych (*dom rodzinny, dom rodzinny*), stanowiących grupę badaną oraz wśród 150 młodych kobiet, które do tej pory jeszcze nie rodziły (*studentki kierunków medycznych*), stanowiących grupę kontrolną.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem:

- autorskich kwestionariuszy ankiety adresowanych do grupy badanej i do grupy kontrolnej;
- Skalę zasobów materialnych rodziny (FAS - *Family Affluence Scale*);
- Test samooceny wg Bielak;
- Standaryzowany test podejmowania decyzji wg Bielak;
- Skalę wsparcia społecznego wg Kmieciak-Baran;
- Kwestionariusz oceny stylów radzenia sobie ze stresem (CISS);
- Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES);
- Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS);
- Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC).

Analizę uzyskanych wyników badań przeprowadzono stosując bardzo podstawowe metody opisu danych i wnioskowania statystycznego. Analiza porównawcza danych dotyczących pięciu wyodrębnionych grup kobiet polegała głównie na zestawieniu liczości i struktury procentowej odpowiedzi dla cech nominalnych, jednak odrębnie dla grupy badanej i kontrolnej.

Ocenę istotności różnic pomiędzy grupami przeprowadzono stosując test niezależności chi-kwadrat dla cech nominalnych i test Kruskala-Wallisa dla cech liczbowych, jednak stwierdza się brak oznaczenia w prezentowanych wynikach badań wykorzystywanych testów i wartości statystyki.

Dobór metod statystycznych uważam za poprawny, odpowiedni w podstawowym zakresie do przeprowadzonych badań, jednak w opinii recenzenta pozostawiający duże poczucie niedosytu.

Wyniki badań zostały przedstawione opisowo na 139 stronach maszynopisu, uzupełnione 167 tabelami oraz 106 rycinami z bardzo podstawową analizą statystyczną uzyskanych danych, zupełnie odrębnie dla grup badanej i kontrolnej. Tu należy jednak zastrzec, że prezentowane wyniki nie mogą się powtarzać w rycinach i w tabelach. Należy zdecydować się na jeden sposób ich prezentacji.

Podsumowanie wyników stanowią bardzo rozbudowane wnioski, które w opinii recenzenta trudno jednoznacznie odnieść do postawionych czterech hipotez badawczych. Wnioski w tak rozbudowanej formie i liczbie są raczej podsumowaniem badań własnych.

Opinie kobiet na temat ciąży i porodu w zależności od miejsca porodu

- Kobiety rodzące w domu istotnie statystycznie częściej akceptowały stwierdzenia, że poród domowy to alternatywa dla porodu szpitalnego, były przekonane o legalności porodów domowych, o odpłatności za nie i że powinien być opłacany przez NFZ, o jego bezpieczeństwie, o lepszych warunkach porodu, pozytywnej reakcji rodziny, większej możliwości kontaktu z noworodkiem „skóra do skóry” i dłuższym czasem jego trwania, większą możliwością obecności ojca podczas porodu, bardziej wyczerpującymi informacjami o przebiegu porodu i większą satysfakcją odczuwaną z opieki podczas porodu
- W grupie kobiet rodzących w domu wykazano, że istotnie statystycznie częściej osobą udzielającą informacji o przebiegu porodu była położna, pozycją w II okresie porodu była kolankowo-łokciowa, leki przeciwbólowe stosowano na prośbę kobiet, noworodka do piersi przystawiano bezpośrednio po porodzie, zaś matki częściej odczuwały radość, a rzadziej niepokój
- Kobiety rodzące w szpitalu miały istotnie statystycznie częściej wykonywane badanie KTG i zabieg epizjotomii podczas porodu, a kobiety z klinik prywatnych – cięcie cesarskie.
- Czynniki mającymi wpływ na podjęcie decyzji o porodzie domowym w grupach kobiet już rodzących były fizjologiczny przebieg ciąży, niemożność decydowania o porodzie, brak intymności w szpitalu i nieznanostwo położnika i warunki panujące
- Preferencje odnośnie miejsca kolejnego porodu były zdeterminowane przez doświadczenie kobiety rodzącej w danym miejscu, przy czym poród w domu lub w domu narodzin wybierano przede wszystkim z uwagi na poczucie bezpieczeństwa, prywatną klinikę z powodu komfortu psychicznego i fizycznego, a szpital z uwagi na zagwarantowane zaplecze medyczne w postaci sprzętu oraz fachowość kadry medycznej.
- We wszystkich grupach kobiet już rodzących dostrzegane były zagrożenia wynikające z odbywania porodu domowego, najczęściej takie jak ryzyko dla pacjentki, noworodka i brak kadry. Niezależnie od miejsca porodu wsparcie ze strony męża było bardzo wysokie we wszystkich grupach kobiet, ale jednak silniejsze wśród kobiet rodzących w szpitalu czy klinice, niż w domu.
- We wszystkich badanych grupach kobiety otrzymywały wysoki poziom wsparcia ze strony rodziny, przy czym większe poczucie wsparcia miały kobiety rodzące w szpitalach i klinikach, a wśród kobiet rodzących w domu pojawiały się przypadki niskiego wsparcia ze strony rodziny i relatywnie więcej przypadków wsparcia na poziomie średnim.
- Wsparcie ze strony lekarza położnika było wyraźnie wyższe w grupie kobiet rodzących w szpitalach, jednakże biorąc pod uwagę fakt, iż w przypadku porodów domowych lekarz najczęściej nie był obecny przy porodzie, to wykonana analiza nie odzwierciedla rzeczywistej sytuacji w badanych grupach (pozostaje miarą statystyczną).
- Wsparcie informacyjne, instrumentalne i ogólne ze strony położnej było znamienne wyższe w grupie kobiet rodzących w domu.

Ocena psychometryczna ankietowanych kobiet w zależności od miejsca porodu

- Kobiety rodzące w domu lub w domu narodzin charakteryzowały się racjonalnym stylem podejmowania decyzji, miały znamienne niższy poziom stylu unikowego rozwiązywania

problemów, angażowania się wobec problemów w działania zastępcze oraz uciekania w kontakty towarzyskie i częściej wykazywały wysoki poziom stylu zadaniowego.

- Kobiety, które rodziły w szpitalach istotnie częściej prezentowały styl unikowy z tendencją do wysokiego poziomu angażowania się w czynności zastępcze i częściej podejmowały kontakty towarzyskie, jako antidotum na problemy życiowe.
- Nie stwierdzono znaczących różnic w ocenie własnej skuteczności pomiędzy kobietami z porównywanych, a poziom satysfakcji z życia był podobny niezależnie od miejsca ostatniego porodu.
- Poczucie wewnętrznej kontroli zdrowia było wysokie we wszystkich porównywanych grupach, jednakże wśród kobiet rodzących w domu była znacząco mniejsza wiara we wpływ przypadku i innych osób na poziom zdrowia, a z kolei kobiety rodzące w szpitalach najmocniej odczuwały wpływ innych osób na swoje zdrowie i miały najniższe poczucie decydowania o swoim zdrowiu.

Opinie ankietowanych nierodzących

- W grupie kobiet nie rodzących co dziesiąta ankietowana nie planowała posiadania dzieci w przyszłości, większość nie uczestniczyłaby w zajęciach szkoły rodzenia i była zdania, że kobieta ma możliwość wyboru miejsca porodu, że mąż/partner powinien mieć możliwość towarzyszenia kobiecie podczas porodu, że najwygodniejszą pozycją porodową jest pozycja kuczna, a najbardziej niezbędny element podczas porodu respondentki to zachowanie intymności oraz monitorowanie zdrowia dziecka poprzez badanie KTG.
- W opinii większości nie rodzących dziecko powinno być przystawiane do piersi zaraz po porodzie, rodzące powinny mieć wsparcie przede wszystkim od położnej i lekarza obecnego przy porodzie, a położna i lekarz powinni przekazywać informację na temat przebiegu porodu.
- Ankietowane nie rodzące najczęściej za cechy wyróżniające postawę położnej uznały profesjonalizm, zaangażowanie i życzliwość, a lekarza – profesjonalizm, doświadczenie zawodowe, życzliwość i zaangażowanie .
- Poród w grupie kobiet nierodzących najczęściej kojarzył się z radością, ale też z niepokojem, lękiem i zdenerwowaniem.
- Kobiety nierodzące z pewnym dystansem podchodziły do opcji wyboru porodów domowych, większość nie wiedziała czy są one legalne, płatne , ale także uznała dom za bezpieczne miejsce.
- Kobiety nierodzące za najważniejsze czynniki wpływające na decyzję rodzenia w domu uznały fizjologiczny przebieg ciąży, warunki panujące w domu, prawidłowy przebieg poprzednich ciąż i porodów i strach przed szpitalem, jednakże większość była zdania, że rodzina zareagowałaby negatywnie na wieść o decyzji odbycia porodu w warunkach domowych
- Największym obciążeniem dla porodów domowych jest zdaniem respondentek ryzyko jakie niesie poród dla kobiety i noworodka.

Zależności między doświadczeniem porodowym a preferencjami

- Preferencje odnośnie miejsca kolejnego porodu były zdeterminowane przez doświadczenie kobiety rodzącej w danym miejscu, ponieważ kobiety rodzące w domu, w większości chciały nadal tam rodzić, rodzące w klinice czy w szpitalu także w większości wskazywały takie samo miejsce, jednakże w przypadku szpitala liczba osób preferująca dla przyszłego porodu inne miejsca była największa (27,8%).
- Występowała istotna statystycznie zależność pomiędzy uzasadnieniem wyboru miejsca dla planowanych porodów - dom lub dom narodziń wybierano przede

wszystkim z uwagi na poczucie bezpieczeństwa, prywatną klinikę z powodu komfortu psychicznego i fizycznego, a szpital z uwagi zagwarantowane zaplecze medyczne w postaci sprzętu oraz fachowość kadry medycznej.

- Występowała istotna statystycznie zależność pomiędzy miejscem porodu a określeniem porodu naturalnego - kobiety rodzące w domu w 100% wybierały określenie pozytywne, a wśród rodzących w szpitalach i w jeszcze większym stopniu w prywatnej klinice, większość traktowała poród, jako zdarzenie zdrowotne niosące za sobą pewne ryzyko dodatkowej interwencji medycznej.
- Wykazano istotne statystycznie różnice w stwierdzeniach określających poród naturalny w zależności od miejsca porodu w zakresie doboru pozycji porodu, używania środków farmaceutycznych, obecności męża/osoby towarzyszącej, stosowania udogodnień, uczęszczania do szkoły rodzenia.

O oryginalności rozwiązania danego problemu naukowego stanowi przede wszystkim empiryczna część pracy i podsumowując tę część, pragnę podkreślić, że wyniki zostały opracowane poprawnie i nie budzą zastrzeżeń merytorycznych.

W dalszej części pracy, następuje krytyczna dyskusja wyników własnych na tle badań już opublikowanych, w jakiej części są one zgodne, a w jakiej dostarczają wyników różnych od tych w dostępnych publikacjach i czym można te różnice wytłumaczyć. Im praca więcej wnosi nowych oryginalnych elementów metodycznych tym szerzej należałoby je tutaj omówić, co też uczyniła Doktorantka i potwierdziła tym samym przygotowanie do prowadzenia działalności naukowo-badawczej.

Streszczenia, zarówno polskojęzyczne, jak i angielskie, odpowiadają zawartości rozprawy i pozwalają się szybko zorientować w jej treści.

Lista bibliografii załącznikowej (piśmiennictwa) zawiera 195 opisów bibliograficznych. Autorka zastosowała typowy dla publikacji w czasopismach bio-medycznych sposób sporządzania bibliografii załącznikowej według kolejności cytowania w tekście. Jest to rozwiązanie typowe i zalecane dla artykułów w czasopismach, jednak w publikacjach o charakterze zwartym, a takim jest praca doktorska, celowym i praktycznym wydaje się zachowanie w bibliografii załącznikowej kolejności alfabetycznej. Rozwiązaniem alternatywnym, mogło być uzupełnienie pracy o alfabetyczny indeks nazwisk cytowanych autorów.

Bibliografia jest obszerna i starannie dobrana. Zwraca uwagę takt, że literatura pochodzi zarówno z ośrodków polskich, jak i zagranicznych, tym samym autorka analizuje dane związane z prowadzonymi przez nią badaniami zarówno o charakterze międzynarodowym, uniwersalnym, jak i lokalnym.

Pod względem merytorycznym dobór pozycji piśmiennictwa jest prawidłowy, adekwatny do omawianego tekstu i myśli Autorki. Jednak zastrzeżenia budzi sporządzony spis piśmiennictwa, m.in.:

- brak wydawnictwa czy też miejsca wydania pozycji zwartych (*np. pozycja nr 1, 2, 5, 8, ..., 26, 58, ..., 102-105, ..., 188*)
- dwukrotne bądź trzykrotne wskazywanie tej samej pozycji, *np.: Ulman- Włodarz I., Poręba A., Kwiatkowska E., Szafarczyk A.L Poród z udziałem ojca – wpływ na kształtowanie więzi w rodzinie. Kliniczna Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia 2007,43,3,52-56 (2 x); Waszyński E.: Historia położnictwa i ginekologii w Polsce.*

Volumed, 2000 (2x); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. (Dz. U. 2018 poz. 1756) – 3 x.

- nieujednolicony zapis tytułów czasopism – pełne nazwy / skróty.

Z poczucia obowiązku recenzenta pragnę również zwrócić uwagę na załączniki w Aneksie od numeru 1 do numeru 10, zamieszczenie, których, nie ma uzasadnienia (*ich wykorzystania i odniesienia w tekście pracy*) oraz w ogóle brak załącznika nr 12.

Podsumowanie i wniosek końcowy recenzenta

Przedstawiona dysertacja doktorska posiada zarówno mocne, jak i nieznacznie słabsze strony opracowania. Pozytywne strony pracy to przede wszystkim:

- trafny wybór tematu, uwzględniający ważność problematyki badawczej, w której istnieje znaczny niedostatek wiedzy oraz potrzeby praktyczne
- obszar badań wpisujący się w nurt rozwoju dziedziny / dyscypliny nauk o zdrowiu
- samodzielne rozwiązanie problemu badawczego – co przemawia za przygotowaniem Doktorantki do prowadzenia działalności naukowo-badawczej.
- brak badań naukowych w prezentowanym temacie wskazuje, iż Doktorantka zapoczątkowała pionierskie badania w obszarze, który był do tej pory mało dostrzegany.

Słabsze stron pracy wykazane we wcześniej części recenzji, nie wpływają w sposób istotny na pozytywną ocenę recenzowanego elementu pracy. Uważam, iż błędy te są możliwe do szybkiej poprawy autorskiej przed ewentualną publikacją pracy i nie umniejszają wartości poznawczej i praktycznej niniejszej rozprawy.

Podsumowując, wybór tematu przez Doktorantkę był uzasadniony zarówno ze względu na społeczny charakter problemu oraz niedostatek wiedzy w podjętym obszarze dociekań naukowych. W mojej opinii oceniana praca spełnia wymagane od rozpraw doktorskich kryteria istotności i poprawności rzeczowej.

Stwierdzam, że rozprawa doktorska mgr Magdaleny Słoma pt.: „Percepcja porodu domowego oraz jakości narodzin w zależności od miejsca porodu”, spełnia wymogi stawiane rozprawom naukowym na stopień doktora nauk o zdrowiu określone w *Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 19 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego trybu i warunków przeprowadzania czynności w przewodzie doktorskim, w postępowaniu habilitacyjnym oraz postępowaniu o nadanie tytułu profesora* (Dz.U. 2018 poz. 261) w związku z art. 179 ust. 1 *Ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* (Dz. U. z 2018 poz. 1669), stanowiąc oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, a Doktorantka wykazała się ogólną wiedzą teoretyczną w danej dyscyplinie naukowej oraz posiada umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej.

Mam więc zaszczyt przedłożyć Wysokiej Radzie Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku moją pozytywną ocenę rozprawy wraz z wnioskiem o dopuszczenie Doktorantki mgr Magdaleny Słoma do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Dr Grażyna Ivanowicz-Palus
Wydziału Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
20-081 Lublin, ul. Staszica 4/6
tel. 81 448-68-40, 81 448-68-42, fax 81 448-68-41

KIEROWNIK
Zakładu Podstaw Położnictwa
Wydziału Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Dr hab. n. o zdr. Grażyna Ivanowicz-Palus