Uniwersytet Rzeszowski
Kolegium Nauk Medycznych
Ul. Kopisto 2 a
35-310 Rzeszów
Tel. 17 872-11-95

Dr hab. n. o zdr. Edyta Barnaś, prof. UR
Kolegium Nauk Medycznych
Uniwersytet Rzeszowski

Rzeszów, 12.10.2019r.

Ocena rozprawy doktorskiej
pt. **„Realizacja pierwszego kontaktu „skóra do skóry"**
w warszawskich placówkach położniczych"
napisanej przez mgr **Monikę Salamończyk**
pod kierunkiem **dr hab. n. med. Ewy Dmoch- Gajzlerskiej, prof. WUM**

Moment narodzin jest niepowtarzalną chwilą w życiu każdego człowieka, chwilą która w znaczący sposób wpływa na jego dalsze losy i rozwój osobniczy. Obserwowany od kilkudziesięciu lat w Polsce model pozytywnych zmian w opiece okołoporodowej jest wynikiem zmian organizacyjnych i ustawodawczych w systemie ochrony zdrowia. Najistotniejszą rolę w tym zakresie pełni Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej (Dz.U. 2018, poz.1756), który zastąpił obowiązujące od 2012 r. Rozporządzenie Ministra Zdrowia. Przepisy standardu szczegółowo regulują: 1. zakres świadczeń profilaktycznych, edukacyjnych, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych podczas ciąży; 2. identyfikację czynników ryzyka powikłań okołoporodowych; 3. edukację przedporodową oraz przygotowanie do porodu; 4. postępowanie w poszczególnych okresach porodu, w tym łagodzenie bólu porodowego; 5. opiekę nad noworodkiem i położnicą; 6. opiekę nad kobietą w szczególnych sytuacjach (rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi).

Standard precyzuje zasady postępowania w III okresie porodu. Jednym z działań jest zapewnienie kontaktu „skóra do skóry",podczas którego podjęte powinny być inne czynności, takie jak ocena stanu noworodka oraz identyfikacja noworodka. Kontakt nie powinien być niczym zakłócony przez dwie godziny po porodzie (Standard XIII, 1,8). Odpępnienie i ocena

w skali Apgar mogą odbywać się na brzuchu matki, a wszelkie inne rutynowe czynności, powinny poczekać do zakończenia wczesnego kontaktu „skóra do skóry". Także odbycie porodu zabiegowego, mnogiego czy cięcia cesarskiego nie powinny być przeciwwskazaniem do podjęcia nieprzerwanego kontaktu „skóra do skóry". Po takim porodzie kontakt może być opóźniony, jednak powinien być podjęty w ciągu dwóch godzin po narodzinach dziecka.
Ponadto standard zobowiązuje „podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej do ustalenia wskaźników tej opieki i monitorowania ich, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się w szczególności ograniczaniem interwencji medycznych (...) oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką" (Standard I, 2). Pomiar wskaźników opieki okołoporodowej pozwala na weryfikację jej jakości poprzez ocenę stopnia realizacji zaleceń wynikających ze standardów i rekomendacji.

Biorąc pod uwagę fakt, iż rzetelny monitoring wskaźników opieki jest centralnym punktem funkcjonowania systemów pacjentocentrycznych, niezwykle istotnym wydaje się podjęty przez Autorkę temat oceny realizacji pierwszego kontaktu „skóra do skóry" zarówno pod względem poznawczym jak i empirycznym.

Przedstawiona mi do oceny praca ma formę jednostronnego wydruku komputerowego w twardej oprawie, zawierającego 120 numerowanych stron tekstu. W tekście pracy zamieszczono 87 tabel oraz 3 ryciny. Piśmiennictwo zawiera 167 opisów bibliograficznych. Zastosowano styl Vancouver w cytowaniach, co jest właściwe dla nauk o zdrowiu. Doktorantka cytuje piśmiennictwo opublikowane w zdecydowanej większości po roku 2000, choć zdarzają się pojedyncze pozycje sprzed roku 2000, ogółem jest ich pięć.
Struktura pracy jest poprawna, charakterystyczna dla prac badawczych w naukach o zdrowiu. Główne części oznaczono cyframi arabskimi od 1 do 10. W numeracji rozdziałów i podrozdziałów zastosowano system dziesiętny. Dysertacja ma układ klasyczny i obejmuje: *Wykaz skrótów, Wprowadzenie, Założenia i cele pracy, Materiał i metody, Wyniki badań, Dyskusja, Wnioski, Streszczenie, Summary, Piśmiennictwo, Aneks.* Objętość poszczególnych rozdziałów jest adekwatna do ich zawartości.

Rozprawa posiada staranną formę edytorską i jest napisana poprawnym, przejrzystym językiem. Zawarte w pracy tabele i ryciny są poprawne pod względem graficznym. Opisy rycin i tabel są umieszczone w sposób przyjęty w naukach o zdrowiu. W pracy zostały zawarte *Streszczenie* w języku polskim i angielskim, które są zgodne z tekstem pracy. Mają one poprawny, typowy układ streszczenia strukturalnego. Z obowiązku recenzenta odnotowuję fakt, iż zabrakło w nim zdania na temat zasad analizy statystycznej wyników.

Rozprawa zawiera krótki, jednostronicowy *Wstęp* w którym autorka poprawnie wprowadza czytelnika w problematykę poruszoną w pracy.

Kolejne rozdziały *Wprowadzenia* to syntetyczne szesnastostronicowe opracowanie odpowiadające pod względem merytorycznym pracy. Ta część Dysertacji potwierdza gruntowną wiedzę i dobre przygotowanie Doktorantki do realizacji tematu. Autorka poprzez swobodną, jednocześnie zwięzłą narrację wprowadza czytelnika w zagadnienie wyjątkowości pierwszych chwil po porodzie, opisując praktyki stosowane w różnych krajach i grupach etnicznych. Ujęcie historyczne tego aspektu umożliwiło autorce w sposób płynny przejście do przedstawienia istoty pierwszego kontaktu „skóra do skóry", w odniesieniu do różnych sposobów ukończenia ciąży. Warto podkreślić, iż autorka rzetelnie, w sposób obiektywny przedstawia stan wiedzy na temat zasad i warunków kangurowania w odniesieniu do stanu zdrowia dziecka. Rozdział ten zakończono opisem korzyści płynących z kontaktu „skóra do skóry", zarówno dla dziecka jak i rodziców. Do opracowania tej części rozprawy Doktorantka posłużyła się 96 pozycjami piśmiennictwa.

Dobrze zredagowane *Wprowadzenie* umożliwiło Doktorantce określenie założeń i celu pracy. Celem tym była ocena zapewnienia pierwszego kontaktu „skóra do skóry" po porodach drogami natury i cięciach cesarskich w warszawskich placówkach medycznych w świetle obowiązującego Standardu Organizacji Opieki Okołoporodowej oraz wytycznych WHO dotyczących pierwszego kontaktu matki z dzieckiem. Do celu głównego Autorka poprawnie sformułowała sześć problemów badawczych, w tym cztery mają charakter pytań rozstrzygających (rozpoczynające się od partykuły: *Czy?* i *kiedy?).* Dwa pozostałe to pytania dopełnienia. Opisane założenia i cel pracy wskazują na przemyślaną koncepcję badania.

W kolejnym 3 rozdziale pracy *Materiał i metody* Doktorantka kolejno omawia metodę zbierania danych, którą była obserwacja bezpośrednia, natomiast techniką był arkusz obserwacji. Zastosowana metoda oraz technika nie budzą zastrzeżeń, jedynie pojawia się wątpliwość odnośnie osób przeprowadzających badanie- studentek położnictwa studiów licencjackich. Z opisu wynika, iż osoby te były przeszkolone w zakresie prowadzenia badania, nie wyjaśniono jednak czy znały cel badania, czy wiedziały czemu służy to badanie? Pojawia się więc kolejne pytanie- czy Autorka uwzględniła możliwość wystąpienia błędu poznawczego jakim jest efekt obserwatora przy projektowaniu i realizacji badania? Opisane kryteria włączenia i wyłączenia placówek oraz założonych ilości obserwacji, nie budzą zastrzeżeń. Warto byłoby jeszcze zaznaczyć czy czas obserwacji dotyczył tylko dyżurów dziennych czy nocnych też? Jeżeli tak, to czy były różnice związane z procedurą kontaktu „skóra do skóry" ze względu na charakter dyżuru: dzienny/nocny?

W sposób wyczerpujący natomiast opisano stanowisko Komisji Bioetycznej względem projektu, który nie był eksperymentem medycznym i nie wymagał zgody Komisji Bioetycznej. Uzyskano natomiast zgody 11 podmiotów leczniczych na realizację projektu w tych jednostkach. Do realizacji użyto autorskiego arkusza obserwacji, który zawierał trzy części. Pierwsza była częścią stałą (ogólne dane metryczkowe), druga dotyczyła porodu a trzecia różniła się w zależności od sposobu ukończenia porodu (drogami natury vs. cięcie cesarskie). Pytania były sformułowane poprawnie, dotyczyły formy pierwszego kontaktu, długości trwania, miejsca realizacji i czynników wpływających pozytywnie bądź negatywnie na jego przebieg. Całość narzędzi umieszczono na końcu w *Załączniku 10.3 i 10.4 (s.116-119).*

Analizę statystyczną uzyskanych wyników opracowano poprawnie w oparciu o program Statistica 13. W przypadku zmiennych ilościowych zastosowano statystyki opisowe: średnią arytmetyczną, medianę, maksimum, minimum, odchylenia standardowe. Analizę zmiennych jakościowych dokonano przy pomocy liczności i odsetka. Do porównania zmiennych jakościowych użyto testu Chi^2 Pearsona, przy zmiennych ilościowych użyto test U Manna-Whitneya. Ocena istotności statystycznej została przeprowadzona na poziomie $p<0,05$ co jest typowe dla nauk o zdrowiu.

Wyniki badań zostały opisane w sposób czytelny i przejrzysty w rozdziale 4 *(s.28-74).* Wyniki w sposób logiczny zostały podzielone na dwie podgrupy, ze względu na rodzaj ukończenia ciąży. Ta część pracy jest spójna z celem pracy i wskazuje na sumienność Doktorantki w opracowaniu danych. Ogółem analizie poddano 304 obserwacji porodów ukończonych drogami natury oraz 196 porodów ukończonych drogą cięcia cesarskiego. W celu pokazania całościowej analizy przy przygotowywaniu pracy do publikacji warto byłoby podać informacje na temat ilości porodów ogółem w prowadzonym okresie obserwacji i ile z tych porodów nie spełniło kryteriów włączenia?

W grupie po porodzie drogami natury: średni czas trwania ciąży wyniósł 39,11±1,12 tygodnia, najczęściej rodziły one w pozycji klasycznej. Średnia liczba osób biorących udział w porodzie wyniosła 3,59±2,05 (do liczby obserwacji nie wliczano: rodzącej, osoby towarzyszącej (ojca dziecka) oraz obserwatora). W grupie noworodków urodzonych drogami natury 86,52% w 1. minucie życia otrzymało 10 punktów w skali Apgar a w 5. minucie życia było to 99,34% noworodków. Bezpośrednio po urodzeniu, przed odpępnieniem w 90,13% przypadków noworodka umieszczano na klatce piersiowej matki. Zalecaną długość pierwszego kontaktu matki z dzieckiem, trwającą dwie godziny lub więcej, zaobserwowano w 23,03% przypadków. Najczęściej decyzję o przerwaniu kontaktu matki z dzieckiem w ciągu 1-ych dwóch godzin podjął personel medyczny i było to związane z wykonywaniem

standardowych zabiegów po urodzeniu. W czasie trwania bezpośredniego kontaktu matki z dzieckiem w 97,37% przypadków przystawiono noworodka do piersi matki, z czego w ¼ przypadków czas trwania pierwszego karmienia wyniósł powyżej 30. minut. Wśród zmiennych dotyczących liczby porodów, czasu trwania ciąży a jakością pierwszego kontaktu matki z dzieckiem nie wykazano istotnych zależności. Także liczba punktów w skali Apgar otrzymana przez noworodka w 10. minucie życia, nie wpływała istotnie na żaden analizowany aspekt opieki. Jedynie zaobserwowano istotną różnicę między liczbą punktów w skali Apgar uzyskaną w 5. minucie życia noworodka a przyczyną zakończenia kontaktu matki z dzieckiem z powodu wykonania rutynowych zabiegów po porodzie ($p=0,031$). Ponadto wykazano, iż liczba osób przebywających w sali porodowej ma wpływ na długość przebywania dziecka na klatce piersiowej matki, im mniej osób tym szybszy kontakt matki z dzieckiem ($p<0,001$) i dłuższy kontakt matki z dzieckiem ($p<0,001$) a także dłużej trwało pierwsze karmienie noworodka ($p<0,001$). Jednym z czynników wpływających na czas rozpoczęcia pierwszego kontaktu matki z dzieckiem, była referencyjność szpitala- częściej kontakt bezpośrednio po porodzie był inicjowany w ośrodkach o III stopniu referencyjności ($p=0,01$). Ponadto rodzaj porodu- drogami i siłami natury oraz udział położnej dokonującej oceny stanu noworodka po porodzie miały pozytywny wpływ na jakość pierwszego kontaktu matki i dziecka.

W zakresie danych zebranych z 196 obserwacji po cięciu cesarskim, wykazano, iż średni czas trwania ciąży wyniósł 38,78±1,31 tygodnia. Dla ponad 58% badanych był to pierwszy poród. Większość kobiet miała zastosowane znieczulenie przewodowe podczas cięcia cesarskiego (95,92% przypadków). W grupie noworodków urodzonych drogą cięcia cesarskiego 72,45% w 1. minucie życia otrzymało 10 punktów w skali Apgar a w 5. minucie życia było to 94,39% noworodków. Zauważono związek pomiędzy formą pierwszego kontaktu a liczbą uzyskanych punktów- im więcej dziecko otrzymało punktów tym częściej układano je prawidłowo na klatce piersiowej matki tj. nagie, okryte bielizną. Połowa obserwowanych noworodków bezpośrednio po urodzeniu była poddana wstępnej ocenie stanu ogólnego na stanowisku resuscytacjo- zabiegowym. Czas trwania pierwszego kontaktu był zróżnicowany, od kilku sekund (30,10%) do kilkunastu minut (16,84%). Najdłuższy czas od 16. do 30. minut zaobserwowany jedynie w 6% przypadków. Częściej pierwszy kontakt był inicjowany, gdy ojciec dziecka przebywał w szpitalu oraz gdy mniej osób przebywało przy stanowisku resuscytacyjno- zabiegowym ($p=0,003$). Wśród czynników które miały wpływ na zalecaną formę pierwszego kontaktu była referencyjność szpitala, częściej odbywało się to

w ośrodkach o III stopniu referencyjności (p=0,023). Po zakończonym zabiegu (do 2 godzin po urodzeniu) noworodek najczęściej znajdował się w łóżeczku noworodkowym (70,42%).

Warto podkreślić, że dzięki zachowanej konsekwencji w prezentowaniu i właściwym omówieniu uzyskanych wyników, Autorce udało się uzyskać przejrzystość i logiczność prezentacji.

Na kolejnych piętnastu stronach rozdziału *Dyskusja* Autorka odnosi się do wyników uzyskanych przez innych Autorów i dokonuje syntezy wyników badań własnych. W rozdziale tym Autorka wykorzystuje 87 pozycji piśmiennictwa polskiego i anglojęzycznego. Sposób interpretacji wyników własnych, zastosowany logiczny podział akapitów zgodnie z wcześniej zaprezentowanymi wynikami, ułatwiają odbiór czytanego tekstu. Doktorantka z należytą ostrożnością interpretuje wyniki własne, wskazując na mocne i słabe strony projektu badawczego, co świadczy o dojrzałości naukowej Doktorantki. Przygotowując rozprawę do publikacji warto byłoby jeszcze odnieść swoje wyniki do pracy Stanisz M. Realizacja kontaktu „skóra do skóry" w kontekście wytycznych Standardu opieki okołoporodowej w wybranych szpitalach województwa zachodniopomorskiego (Piel. Pol 2018). Z obowiązku recenzenta odnotowuję pojedyncze błędy redakcyjne w tej części pracy: *s.76* w akapicie pierwszym wyniki własne Autorka odnosi do wyników przeprowadzonych przez FRpL, jednak nie podaje numeru cytowanej pozycji; podobny błąd pojawia się na *s.80*- brak numeru cytowanej pozycji FRpL oraz badania Niedośpiał. Te pojedyncze niedociągnięcia nie umniejszają jednak wartości tej części opracowania, którą charakteryzuje dynamika narracji oraz właściwe spojrzenie na ograniczenia badania, z jednoczesnym wskazaniem obszaru do dalszych badań.

Wyciągnięte przez Doktorantkę *Wnioski* odpowiadają wynikom badań i znajdują odniesienie w problemach badawczych. Autorka wysunęła osiem wniosków końcowych tj.:

1. Wytyczne WHO i zalecenia zawarte w Standardzie Organizacyjnym Opieki Okołoporodowej dotyczące pierwszego, bezpośredniego kontaktu matki z dzieckiem po porodzie drogami natury i po cięciu cesarskim często nie są realizowane prawidłowo.
2. Kontakt matki z dzieckiem po porodach drogami natury w większości szpitali jest rozpoczynany bezpośrednio po urodzeniu, jednak jego czas trwania jest krótszy niż zalecany.
3. Inicjacja kontaktu matki z dzieckiem po cięciu cesarskim nie jest realizowana zgodnie z zaleceniami, dotyczy to zarówno momentu jego rozpoczęcia, a także czasu trwania oraz formy.
4. Najczęściej przyczyną przerwania kontaktu matki z dzieckiem było wykonywanie u noworodka standardowych zabiegów po urodzeniu.

5. Inicjacja karmienia piersią po porodach drogami natury najczęściej odbywała się w czasie realizacji pierwszego kontaktu matki z dzieckiem.
6. Pierwszy kontakt matki z dzieckiem był szybciej inicjowany i trwał dłużej w przypadkach, gdy w sali porodowej znajdowała się ograniczona liczba osób.
7. Opiekę nad dzieckiem do 30 minut po cięciu cesarskim w połowie przypadków podejmował ojciec.
8. Analiza przeprowadzonych badań wskazuje na konieczność usystematyzowania wiedzy związanej z realizacją zaleceń Standardu Organizacji Opieki Okołoporodowej oraz wytycznych WHO i wykazania priorytetowych działań w tym zakresie.

Podsumowując stwierdzam, że oceniania praca doktorska zatytułowana „Realizacja pierwszego kontaktu „skóra do skóry" w warszawskich placówkach położniczych" napisana przez mgr Monikę Salamończyk:

1. Posiada szereg aspektów poznawczych i empirycznych i stanowi podstawę do dalszych badań.
2. Podane uwagi w większości mają charakter dyskusyjny i nie wpływają na ogólną pozytywną ocenę pracy.
3. Potwierdza przygotowanie Doktorantki do dalszego prowadzenia działalności naukowo – badawczej.

Uważam, że przygotowana przez mgr Monikę Salamończyk rozprawa doktorska spełnia wymogi określone w art. 13. Ustawy z dnia 14 marca 2013 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65 poz. 1786 z późn. zm.), Rozporządzeniem MNiSW z dn.19 stycznia 2018r. w sprawie szczegółowego trybu (...) oraz Ustawie- Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z dnia 20 lipca 2018 r. (Dz.U.2018 poz.1668), w zw. z art. 179 ust.1 ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. Przepisy wprowadzające ustawę- Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 30 sierpnia 2018 r. poz. 1669).

Wnoszę więc do Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wniosek o dopuszczenie mgr Moniki Salamończyk do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Dr hab. Edyta Barnas, prof. UR
Edyta Barnas