

Kielce, 5.03.2024

dr hab. n. med. Marek Sikorski, prof. UJK

Kierownik

Katedry Ginekologii i Położnictwa

Instytutu Nauk Medycznych

Uniwersytetu Jana Kochanowskiego

w Kielcach

**Recenzja osiągnięcia naukowego oraz całokształtu dorobku naukowego,
dydaktycznego i organizacyjnego dr Anny Marii Michalik w związku z jej
wnioskiem o nadanie stopnia doktora habilitowanego**

Podstawa formalna recenzji

Przewód habilitacyjny dr Anny Marii Michalik w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu wszczęty został na podstawie przedstawionego dorobku, w tym czterech publikacji stanowiących osiągnięcie naukowe będące podstawą do ubiegania się o nadanie stopnia doktora habilitowanego, i zatytułowanego przez Habilitantkę „Czynniki wpływające na preferencje dotyczące sposobu zakończenia ciąży w grupie kobiet niskiego ryzyka położniczego”. Niniejsza recenzja wykonana została na podstawie formalnie przedłożonej dokumentacji.

Z przedłożonej dokumentacji wynika, że spełnione zostały wszystkie wymagania formalne niezbędne do wszczęcia postępowania habilitacyjnego, wynikające z Ustawy z dnia 20/07/2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. Poniższa recenzja opiera się na kryteriach określonych w tej ustawie i obejmuje obok charakterystyki sylwetki naukowej trzy najważniejsze elementy składające się na dorobek Habilitantki, to jest:

- 1) osiągnięcie naukowe będące przedmiotem postępowania habilitacyjnego,
- 2) pozostałe osiągnięcia naukowe,
- 3) dorobek dydaktyczny, organizacyjny i ekspercki

Ocena osiągnięcia naukowego będącego przedmiotem postępowania habilitacyjnego

Charakterystyka osiągnięcia naukowego

Autorka przedstawiła do oceny jako osiągnięcie naukowe cykl czterech publikacji. Wszystkie artykuły to prace oryginalne, oparte na wynikach badań własnych, napisane zespołowo i opublikowane w dwóch renomowanych, indeksowanych czasopismach o zasięgu międzynarodowym:

1. Michalik A, Wójcicka L, Czerwińska-Osiptak A, Zdun-Ryżewska A, Jakitowicz K, Olszewska J, Krauze M, Jakitowicz M. Preferences of women with low obstetric risk for ceasarean or vaginal birth in Poland: Areas for intervention Birth.2021;4892):265-73 , IF 3,081; MNiSW 100
2. Michalik A, Czerwińska-Osiptak A, Szablewska A, Pracowity M, Olszewska J Factors associated with vaginal/cesarean birth attitudes among medical students. Healthcare; 2022;10(3):571-583 IF 3,16; MNiSW 40
3. Michalik A, Wójcicka L, Zdun-Ryżewska A, Czerwińska-Osiptak A, Krzemiński M, Olszewska J, Klasa-Mazurkiewicz D, Huizink AC. Polish adaptation of the pregnancy-related anxiety questionaaire- revised 2 for all pregnant women. Healthcare.2010;9(7): 917-930
4. Michalik A, Pracowity M, Wójcicka L. The assessment of natural vaginal delivery in relation to pregnancy-related anxiety: single-center pilot study. Healthcare.2023;11(10): 1435 IF 3,16, MNiSW 40

Sumaryczny IF dla całego cyklu prac wyniósł 12,56, suma punktów MEiN cyklu wyniosła 220, zaś liczba cytowań cyklu łącznie ze wszystkimi publikacjami Habilitantki - 22, przy współczynniku Hirscha wynoszącym 3. Zwraca uwagę, że Habilitantka jest pierwszym autorem wszystkich 4 prac oryginalnych, przedkładanych jako osiągnięcie naukowe.

Osiągnięcie naukowe zostało scharakteryzowane w Autoreferacie i zatytułowane „Czynniki wpływające na preferencje dotyczące sposobu zakończenia ciąży w grupie kobiet niskiego ryzyka położniczego” Głównym celem badań, których wyniki zaprezentowano w cyklu publikacji, jest wg Habilitantki wyłonienie czynników wpływających na preferencje odnośnie sposobu zakończenia ciąży (poród drogami natury vs cięcie cesarskie w grupie ciężarnych niskiego ryzyka położniczego oraz określenie korelacji pomiędzy poziomem lęku przed porodem z preferencją cięcia cesarskiego, jako metody ukończenia ciąży w grupie kobiet

niskiego ryzyka położniczego. Przed szczegółową analizą merytoryczną osiągnięcia naukowego uważam za istotne zwrócenie uwagi na sytuację prawno-medyczną dotyczącą rozwiązania ciąży w Polsce, a więc w obszarze, w którym badania były prowadzone. W naszym kraju - jak podkreśla Habilitantka - odsetek ciąż rozwiązywanych drogą cięcia cesarskiego należy do jednych z najwyższych w Europie, wynosząc 41-47%, w różnych analizowanych okresach, choć zdecydowanie nie jest to odsetek w Europie najwyższy. Habilitantka uznaje to zjawisko - kierując się wytycznymi WHO - za niekorzystne, wskazując poniekąd słusznie, że jest to wyrazem nadmiernej medykalizacji porodu, poprzez stosowanie zabiegu o potencjalnie wyższej częstości występowania powikłań, w porównaniu do porodu drogami i siłami natury. Stąd więc deklarowana potrzeba identyfikacji pozamedycznych czynników mogących wpływać na wzrost częstości wykonywania obarczonego powikłaniami zabiegu. Ważne w tym kontekście są trzy uwagi.

1. Formalnie w Polsce decyzję o rozwiązaniu ciąży drogą cięcia cesarskiego podejmuje się wyłącznie na podstawie wskazań medycznych, preferencje osobiste pacjentek nie powinny więc mieć w tym aspekcie znaczenia. Patologicznie silny lęk przed porodem - tokofobia - staje się także wskazaniem medycznym, czego wyrazem jest diagnoza psychiatryczna, której praktyczną konkluzją jest zalecenie rozwiązania ciąży drogą cięcia cesarskiego. Nie ma więc tu pola na skuteczne wyrażenie „woli” odbycia porodu taką czy inną drogą. To, w jaki sposób się on odbędzie zależy zatem od bieżącej, często dynamicznie zmieniającej się sytuacji. Odpowiedzi preferencyjne ciężarnych mają więc jedynie deklarytywny charakter, zmieniający się zresztą na przestrzeni czasu trwania ciąży. Jeśli zatem chcemy uznać, że same preferencje ciężarnych co do drogi zakończenia ciąży skutkują wybraniem takiego a nie innego rozwiązania położniczego to musimy przyznać, że cięcia cesarskie wykonywane są w Polsce także „na życzenie”, co nie spełnia żadnych obecnie obowiązujących rekomendacji położniczych. Poruszamy się więc w sferze prawnego zakłamania, co jest - niestety - obszarem badań Habilitantki. Rodzi się pytanie o zasadność takich badań: skoro deklaracje ciężarnych nie powinny przekładać się na praktykę położniczą, jakie mogą więc mieć praktyczne znaczenie kliniczne? Tu docieramy do rzeczywistości, i nie jest demaskatorskim stwierdzeniem, że w wielu przypadkach cięcie cesarskie będące w rzeczywistości zabiegiem wykonywanym na swoiście umotywowane życzenie ciężarnej, w dokumentacji medycznej znajduje uzasadnienie w postaci „miękkich” wskazań do jego wykonania. Podsumowując ten aspekt - pomimo bieżącej sytuacji rekomendacyjnej dotyczącej wskazań do cięcia cesarskiego, preferencje ciężarnych oraz czynniki je modyfikujące należy badać, ponieważ mogą wpływać na odsetek wykonywanych cięć cesarskich. Badania Habilitantki są więc uzasadnione.

2. Poród drogami natury jest wydarzeniem o swoistej dynamice i nie zawsze przewidywalnym zakończeniu. Fatalne następstwa niedotlenienia okołoporodowego lub okołoporodowych urazów, którym nie zawsze udaje się skutecznie zapobiec, są zapewne jedną z głównych przyczyn lęku przed naturalnym rozwiązaniem ciąży. W powszechnym odczuciu, wynikającym z zaufania do współczesnych technik medycznych, jest więc wiara w to, że przejście profesjonalnej kontroli nad procesem porodowym i przeprowadzenie cięcia cesarskiego radykalnie zmniejsza ryzyko poważnych czy wręcz właśnie fatalnych powikłań porodu drogami i siłami natury. Z tego więc powodu oczywistym się staje, że lęk przed powikłaniami porodu będzie kierował ciężarne w stronę cięcia cesarskiego. Otwartym pozostaje zatem inne pytanie - co jest powodem lęku przed porodem i jak można go rzetelnie zmniejszyć, bez bezasadnego wpajania ciężarnym, że poród naturalny jest *a priori* najlepszym rozwiązaniem ich ciąży. I tu ponownie można dojść do wniosku, że badania Habilitabtki są uzasadnione, ponieważ mają na celu identyfikację tych czynników. Osobną sprawą jest, czy wykonane badania rzeczywiście czynniki te zidentyfikowały.
3. Nie można bezkrytycznie zgodzić się, że dla populacji wartością samą w sobie jest niski odsetek przeprowadzanych w jej obrębie cięć cesarskich. To umieralność i zachorowalność okołoporodowa stanowią kluczowe punkty końcowe wyznaczające jakość opieki położniczej w danym kraju. Warto zwrócić uwagę, że w Polsce spektakularna poprawa tych parametrów wyraźnie wiąże się czasowo ze wzrostem częstości wykonywania cięć cesarskich (jak również z radykalną zmianą w zakresie zapobiegania wcześniactwu). Porównanie statystyk pomiędzy naszym krajem i krajami Europy Zachodniej powinno obejmować nie tylko ubolewanie nad wysokim odsetkiem cięć cesarskich w Polsce ale także zwrócenie uwagi na pozytywny, relatywnie niski odsetek porodów odbywających się w naszym kraju w sposób zabiegowy (poród kleszczowy, próżniociąg), co może stanowić wykładnik skompensowania patologii położniczej właśnie poprzez cięcia cesarskie.

Ocena merytoryczna osiągnięcia naukowego

W pierwszym artykule wchodzącym w skład przedstawianego osiągnięcia naukowego - *Preferences of women with low obstetric risk for cesarean or vaginal birth in Poland: Areas for intervention* - Autorzy przeprowadzają badania ankietowe dotyczące preferencji drogi porodu (naturalny / cięcie cesarskie) w grupie 1011 ciężarnych w wieku ciążowym od ukończonego 21 tygodnia do terminu porodu. W chwili przeprowadzenia badania u żadnej z

respondentek nie stwierdzono obecności wskazań do elektywnego cięcia cesarskiego. Stosując walidowane narzędzia oceny psychologicznej, pod postacią State-Trait Anxiety Inventory, Berlin Social Support Scales (BSSS) oraz Kwestionariusz Depresji Becka Autorzy wykazali zarówno znamienne wyższy poziom cechy lęku jak i stanu lęku w grupie kobiet preferujących rozwiązanie drogą cięcia cesarskiego. Podobnie znamienne przedstawiają się w prezentowanych badaniach różnice pomiędzy grupami w zakresie poziomu depresji (wyższy w grupie wybierającej cięcie cesarskie) oraz wyniku w skali BSSS (wyższy w grupie wybierającej poród drogami natury). W praktycznych wnioskach, jakie Autorzy wysnuwają, znajdują się zalecenia dla personelu medycznego (w tym zwłaszcza dla położnych), by dokładali starań informując rzetelnie ciężarne o możliwościach skutecznej interwencji w toku porodu naturalnego, zwłaszcza redukującej poziom bólu związanego z porodem, a także przedstawiali zalety medyczne i więziotwórcze porodu naturalnego. Autorzy zauważają jednak jednocześnie, że istotna większość ciężarnych, które urodziły drogą cięcia cesarskiego, wybiera takie rozwiązanie dla trwającej obecnie u nich ciąży. Wypracowanie odpowiednich narzędzi by zmniejszyć nasilenie lęku przed porodem jest zatem celem, jaki Autorzy stawiają sobie w przyszłych badaniach. Prezentowana praca ma w dużej mierze charakter replikacyjny - znajdujemy wiele podobnych badań w omawianym zakresie - co nie jest istotnym zarzutem. Na uwagę i pozytywne podkreślenie zasługuje bowiem duża grupa przebadanych ciężarnych, zastosowanie od dawna sprawdzonych zarówno klinicznie jak i internetowo, klasycznych narzędzi psychologicznych, doskonała statystyka i ostrożne wnioski. Nasuwa się jednak jedna uwaga merytoryczna, dotycząca jednego z kryteriów włączenia do badania: wiek ciążowy >21 tygodni. Grupa respondentek staje się przez to bardzo heterogenna - różnica 19 tygodni czasu trwania ciąży to okres, w którym wiele postaw badanych ciężarnych może ulec zmianie i bardzo często ulega. Samo wybranie punktu czasowego ciąży, w którym dokonuje się badania tak często labilnych wartości jak poziom lęku czy depresji, może istotnie wpłynąć na wyniki finalne analizy. Ciężarna, nabywająca wraz z upływem czasu trwania ciąży zarówno doświadczeń pozytywnych jak i negatywnych z nią związanych może cechować się innym nastawieniem do konkretnej drogi porodu w 21 tygodniu a innym w 40 tygodniu. Uważam za zasadne w przyszłych opracowaniach Autorów by uwzględnić wiek ciążowy, jako dodatkowe kryterium analizy.

Kolejny artykuł osiągnięcia naukowego Habilitantki - Factors associated with vaginal/cesarean birth attitudes among medical students - stanowi analizę postaw względem drogi rozwiązania ciąży, jaką prezentuje grupa 748 ankietowanych studentów różnych kierunków medycznych, przy szczególnym uwzględnieniu skumulowanych odpowiedzi na pytanie o to, która w ich przekonaniu droga jest bezpieczniejsza. Z badań wynika, że najbardziej

jednorodna pod względem przekonania o wyższym bezpieczeństwie porodu drogami natury jest grupa studentów położnictwa (a więc przyszłych położnych), w której 96% wyraziło taką opinię. Nie jest to zaskakujące - co zresztą podkreślają Autorzy - gdyż to właśnie na tym kierunku studiów poświęca się najwięcej czasu na omówienie techniki prowadzenia porodu drogami natury ze szczególnym uwypukleniem zalet takiego porodu. Może budzić zaniepokojenie, że jedynie 68% studentów wydziału lekarskiego - a więc w tym także przyszłych położników - uważa poród drogami natury za bezpieczniejszy i korzystniejszy dla rodzących niż cięcie cesarskie. Autorzy starają się wyjaśnić to zjawisko poczuciem niepokoju przyszłych lekarzy związanego z rezultatem niejednokrotnie komplikującego się porodu naturalnego i koniecznością podejmowania decyzji o przeprowadzeniu zabiegu cięcia cesarskiego. Ma to swoje podłoże w środowisku prawnym i - jak sugerują Autorzy - powoduje, że przyszli lekarze uważają zdecydowanie częściej niż przyszłe położne, iż cięcie cesarskie jako droga rozwiązania ciąży jest nie tylko bezpieczniejsze dla rodzącej, ale także dla nich samych. Uznałbym taki wynik badania - w przeciwieństwie do Autorów - za pozytywny dowód na poczucie odpowiedzialności przyszłych położników, bo wszakże to oni a nie położne będą decydować o losach finału ciąży i wbrew doktrynalnym zaleceniom wykazują w tym zakresie stosowną powściągliwość. Osobną kwestią jest relatywnie niski odsetek respondentów uważających poród drogami natury za bezpieczniejszy od cięcia cesarskiego wśród studentów takich kierunków jak farmacja, czy analityka medyczna. Prawdopodobnie - jak sugerują Autorzy - odzwierciedla to raczej potoczne odczucia panujące w społeczeństwie skomunikowanym internetowo niż realny wpływ edukacji uniwersyteckiej, w toku której mało czasu poświęca się położnictwu na tych przykładowych kierunkach. Pracę uważam za ważny wkład w rozumienie sposobu w jaki proces edukacji formuje przekonania przyszłych praktyków związanych z położnictwem i może stać się kanwą dalszych badań nad jego stosowną i odpowiedzialną modyfikacją. Także ta praca cechuje się dużą przejrzystością analizy statystycznej i trafnością wnioskowania.

Trzecia praca wskazana jako element osiągnięcia naukowego Habilitantki - Polish adaptation of the pregnancy-related anxiety questionnaire- revised 2 for all pregnant women - stanowi wynik przetłumaczenia na język polski i zwalidowania w środowisku polskich ciężarnych narzędzia psychologicznego opracowanego pierwotnie przez zespół Huizink i wsp oceniającego poziom lęku związanego swoiście z ciążą (PRAQ - pregnancy-related anxiety questionnaire. O ile nie można mówić w tym przypadku o oryginalności Autorów w zakresie samego kwestionariusza, to zasługuje na podkreślenie jego adaptacja do warunków polskich, przeprowadzona z wielką starannością i spełniająca wszelkie warunki uzyskania rzetelnego narzędzia, które może być zastosowane w kraju. O znaczeniu oceny

lęku związanego z ciążą w kontekście jego wpływu na przebieg zarówno samej ciąży jak i jej zakończenia powstało już wiele opracowań (w tym kolejna, czwarta praca Habilitantki włączona do osiągnięcia naukowego), panował jednak niedobór swoistych metod ten właśnie lęk w sposób ilościowy szacujących. W sposób logiczny zatem Autorzy tworząc polską wersję kwestionariusza i walidując ją uzyskali znaczące narzędzie do zastosowania w dalszych - zarówno swoich jak i pozostałych - badaniach.

Badania te - zrealizowane w formie pilotażowej i jednośrodkowej - przedstawia Habilitantka w czwartej pracy składającej się na jej osiągnięcie naukowe: *The assessment of natural vaginal delivery in relation to pregnancy-related anxiety: single-center pilot study*. Przeprowadzone zostały w grupie 84 rodzących w terminie. Przyjmując za punkt rozdzielający rodzące na dwie grupy - o niskim i wysokim poziomie leku związanego z ciążą - wartość PRAQ na poziomie 30 punktów Autorzy stwierdzili istotnie dłuższy czas pierwszego, drugiego i trzeciego okresu porodu w grupie z wysoką wartością PRAQ, a także wyższy w tej grupie odsetek rozwiązań zabiegowych (w tym drogą cięcia cesarskiego) oraz niższe wartości APGAR odzwierciedlające gorszą adaptację noworodka. Wnioski, jakie formułują Autorzy wydają się być logicznie implikowane drobiazgową analizą statystyczną i mogą być podsumowane jako negatywny, w wielu analizowanych aspektach, wpływ zwiększonego lęku związanego z ciążą na przebieg porodu. Co do pracy nasuwają się jednak pewne uwagi merytoryczne. Pierwszą z nich jest brak jednoznacznego rozdzielania grupy rodzących drogami natury na te, które tą drogą rodzą po raz pierwszy i po raz kolejny. Byłby to zabieg oczywisty, biorąc pod uwagę to, że czas trwania zasadniczo wszystkich okresów porodu u rodzących po raz kolejny drogami natury jest krótszy, niż u tych które rodzą tą drogą po raz pierwszy. Kolejną uwagą jest rozbieżność między drobiazgowością analizy statystycznej różnic w czasie trwania poszczególnych okresów porodu a metodami pomiaru tych czasów oraz powtarzalnością tych pomiarów. Praktyka kliniczna nie pozwala na precyzyjne określenie kiedy zakończył się pierwszy a rozpoczął drugi okres porodu i zawsze jest to - i prawdopodobnie pozostanie - tylko szacunek. Kolejną uwagą jest włączenie do badania, co prawda nielicznych, rodzących drogami natury po przebytych cięciu cesarskim. Jak sami Autorzy wykazali we wcześniejszej pracy, u takich rodzących występuje *a priori* zwiększony poziom lęku przed porodem drogami natury i elektywnie mają one tendencje do wyboru porodu drogą kolejnego cięcia. Co więcej, pomimo braku jednoznacznych przeciwwskazań do porodu naturalnego taki poród po cięciu (tzw VBAC - vaginal delivery after cesarean) traktowany jest jako *de facto* próba porodu naturalnego, obarczona swoicie wyższym odsetkiem konwersji do ponownego cięcia cesarskiego. Pomimo zatem atrakcyjnie brzmiących wniosków, mocno sugerujących negatywny wpływ

zwiększonego poziomu lęku na przebieg porodu, należy do takich konkluzji podchodzić z ogromną ostrożnością, jeśli opieramy się na wynikach badań Autorów. I tu kolejna uwaga - ta praca ma także charakter replikacyjny, powiela bowiem już opublikowane obserwacje. Autorzy zdają się mieć tego świadomość, przytaczając co najmniej dziewięć publikacji na ten sam temat. Na korzyść pracy przemawia zaś fakt zastosowania przez Autorów walidowanego przez nich samego narzędzia psychologicznego (PRAQ), przeprowadzenie badań w populacji kobiet polskich oraz świadomość, że jest to badanie pilotażowe. W tym miejscu na podkreślenie zasługuje to, że pomimo, iż wśród Autorów nie znajdujemy żadnego, który dysponowałby wykształceniem psychologicznym (a przynajmniej nic w przedłożonych materiałach o tym nie wiemy), proces pozyskiwania i obróbki danych pozyskanych z zastosowania narzędzi psychologicznych jest bardzo sprawny i kreatywny.

Podsumowując tę część oceny - osiągnięcie naukowe przedstawione przez Habilitantkę pomimo nielicznych uwag, uważam za wartościowy i istotny wkład w rozwój dyscypliny nauk o zdrowiu.

Ocena pozostałych osiągnięć naukowych

Według przedstawionej analizy bibliometrycznej dorobek Habilitantki przed uzyskaniem stopnia doktora nauk medycznych w roku 2012 objął ogółem 17 prac naukowych opublikowane w czasopisach, przy czym tylko jedna z nich była artykułem oryginalnym, o sumarycznym IF wynoszącym 17 i z sumaryczną punktacją MNiSW wynoszącą 97. Po uzyskaniu stopnia doktora Habilitantka opublikowała w czasopismach 12 prac oryginalnych oraz pozostałych o sumarycznym współczynniku oddziaływania wynoszącym 21,999 i punktacją MNiSW wynoszącą 764. Na podkreślenie zasługuje fakt, że sumaryczny wskaźnik oddziaływania prac, w których Habilitantka jest pierwszym autorem wynosi 15,542 Jednocześnie liczba cytowań związana ze wszystkimi publikacjami wyniosła 18 (nie uwzględniając autocytowań), przy współczynniku Hirscha wynoszącym 3.

Poza pracami uznanymi za osiągnięcie naukowe za najbardziej wartościowe publikacje Habilitanta uważam następujące prace badawcze: Multicenter study on midwifery students' attitude towards abortion and it's place in their future practice: comparison of respondents at early and late stages of the university education (Nurse Educ. Pract.,; 2019, (35) s 42-47) oraz Demographic factors determining termination of pregnancy following detection of lethal fetal malignancy (J. Matern. Fetal Neonat. Med.,; 2014, (27) s 1301-1304.

Przy takim dorobku naukowym uznać można Habilitantkę za naukowca aktywnego, potrafiącego opracować zarówno niszowe tematy z zakresu badań psychologicznych jak i ściśle powiązane z nimi zagadnienia kliniczne.

Reasumując stwierdzam, że cały publikowany dorobek Habilitantki jest merytorycznie istotny, obszerny, zróżnicowany, był dobrze opublikowany i w związku z tym jest dość często cytowany, uzasadniając stwierdzenie, że dostatecznie opanowała ona nowoczesny warsztat naukowy, co umożliwiła samodzielne prowadzenie badań w dyscyplinie nauki o zdrowiu a także kierowanie takimi badaniami i ocenę dorobku naukowego innych osób.

Ocena dorobku dydaktycznego, organizacyjnego i eksperckiego

Działalność dydaktyczna

Pani dr Anna Michalik od roku 2005 prowadzi zajęcia dydaktyczne na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym będąc zatrudniona w Zakładzie Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa. Prowadzi zajęcia na kierunku Położnictwo z przedmiotów: techniki położnicze i prowadzenie porodu, badanie fizykalne, organizacja diagnostyki prenatalnej, praktyka położnicza oparta na dowodach naukowych a także na kierunku pielęgniarstwo (English Division) - Obstetrics, gynecology and obstetrical-gynecological nursing, a także na kierunku Lekarskim (English Division) - Nursing care activities. Jest jednocześnie kierowniczką dydaktyczną przedmiotów, które prowadzi. Jest promotorką 30 prac magisterskich na kierunku Położnictwo i Pielęgniarstwo oraz 50 prac licencjackich na kierunku Położnictwo. Dr Anna Michalik jest także promotorką pomocniczą dwóch prac doktorskich oraz współautorką rozdziału w podręczniku „Techniki położnicze i prowadzenie porodu”.

Działalność organizacyjna

Habilitantka posiada rozległe osiągnięcia w zakresie organizacyjnym. W latach 2015-2018 była Przewodniczącą Akademickiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Położnych w Gdańsku. Jest współautorką regularnych raportów akredytacyjnych kierunku Położnictwo GUMed. W latach 2005 - 2017 była członkiem komitetów organizacyjnych i naukowych dorocznych konferencji naukowych organizowanych przez Katedrę Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu GUMed. Przez wiele lat była opiekunką Studenckiego Koła Naukowego „Przyszłe Położne”. Od roku 2012 pełni funkcję przewodniczącej komisji egzaminacyjnej do przeprowadzenia praktycznego egzaminu dyplomowego na studiach I stopnia na kierunku Położnictwo. Jest także autorką scenariuszy, egzaminatorem i organizatorem przebiegu

egzaminów OSCE (Objective, Structured Clinical Examination) z przedmiotów Techniki położnicze i prowadzenie porodu oraz Badanie fizykalne, na studiach I stopnia na kierunku Położnictwo. Dr Anna Michalik jest także członkiem Wydziałowej Komisji Wydziału Nauk o Zdrowiu ds Zapewnienia Jakości Kształcenia oraz od roku 2022 - przewodniczącą Komisji Rekrutacyjnej na Wydziale Nauk o Zdrowiu GUMed.

Aktywność naukowa realizowana w więcej niż jednej uczelni lub instytucji naukowej

Dr Anna Michalik ukończyła trzyletni program edukacyjny European Academy of Nursing Science dla studentów studiów doktoranckich odbywając coroczne wizyty studyjne na uniwersytetach Maastricht University - Królestwo Niderlandow, University of York - Wielka Brytania oraz Trinity College - Irlandia. W roku 2008 odbyła trzytygodniową wizytę studyjną na University of Florida, gdzie zapoznała się z amerykańskim systemem kształcenia pielęgniarek i położnych i stopniem ich samodzielności zawodowej. Rezultatem tej współpracy był referat Educating midwives: blending care in Poland and USA - wygłoszony podczas konferencji International Confederation of Midwives w Glasgow w roku 2008. W roku 2013 brała udział w projekcie Unii Europejskiej - COHAB realizowanym na Klaipedos Universitetas w Litwie, którego celem była kontynuacja i rozszerzenie programów rozwoju i integracji krajow nadbałtyckich wraz z intensyfikacją współpracy w zakresie edukacji, w tym również dotyczącej dziedziny pielęgniarstwa. W roku 2016 zapoznała się z fińskim systemem kształcenia pielęgniarek i położnych oraz z nowoczesnymi metodami edukacji i prowadzenia badań naukowych przebywając na University of Turku - Finlandia. Kandydatka współpracuje także z prof Anja Huizink z Department of Clinical Development Psychology z Vrije Universiteit w Amsterdamie, czego owocem jest między innymi opracowanie i walidowanie w warunkach polskich kwestionariusza oceniającego lęk związany z ciążą. Poza wymienionymi obszarami współpracy z ośrodkami naukowo-dydaktycznymi za granicą, Habilitantka utrzymuje owocną współpracę także z ośrodkami akademickimi w kraju. Należą do nich Uniwersytet Medyczny w Poznaniu (Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu), Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Wydziału Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W ramach tej współpracy opublikowano pięć referatów prezentowanych podczas konferencji międzynarodowych.

Konkluzja

Biorąc pod uwagę zamieszczoną wyżej ocenę osiągnięcia naukowego w postaci czterech artykułów zatytułowanych łącznie „Czynniki wpływające na preferencje dotyczące sposobu zakończenia ciąży w grupie kobiet niskiego ryzyka położniczego” oraz pozostałego dorobku naukowego, a także osiągnięć dydaktycznych i organizacyjnych, stwierdzam, że dr Anna Michalik spełnia wymagania stawiane osobom kandydującym do nadania stopnia naukowego doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauk o zdrowiu, określonych w Ustawie z dnia 20/07/2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

W związku z powyższym wnoszę do Komisji Habilitacyjnej o przeprowadzenie postępowania habilitacyjnego dr Anny Michalik oraz do Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku o podjęcie uchwały o nadaniu dr Annie Michalik stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauk o zdrowiu.

Kielce, 5 marca 2024



dr hab. n. med. Marek Sikorski, prof UJK