

Comparison of demographic factors and selected maternity care variables in women who chose midwife-led or obstetrician-led antenatal care respectively

Porównanie czynników demograficznych i wybranych zmiennych związanych z opieką okołoporodową u kobiet prowadzących ciążę u położnej lub u lekarza

Aleksandra Łata¹, Barbara Baranowska², Piotr Węgrzyn³

¹Student of midwifery, Faculty of Health Sciences, Medical University of Warsaw/

Studentka kierunku Położnictwo, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Centre of Postgraduate Medical Education/Zakład Położnictwa, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

³Department of Obstetrics and Perinatology, Faculty of Health Sciences, Medical University of Warsaw/
Klinika Położnictwa i Perinatologii, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

ORCID:

Barbara Baranowska: 0000-0003-2723-9604

CORRESPONDING AUTHOR/AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Barbara Baranowska

Zakład Położnictwa, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

ul. Żelazna 90, 01-004 Warszawa

e-mail: bbaranowska@gmail.com

STRESZCZENIE

PORÓWNANIE CZYNNIKÓW DEMOGRAFICZNYCH I WYBRANYCH ZMIENNYCH ZWIĄZANYCH Z OPIEKĄ OKOŁOPORODOWĄ U KOBIET PROWADZĄCYCH CIĄŻĘ U POŁOŻNEJ LUB U LEKARZA

Wprowadzenie. Zawód położnej to zawód samodzielny, uprawniony do udzielania części świadczeń z zakresu ginekologii i położnictwa. Kobiety, u których ciąża przebiega w sposób fizjologiczny, mogą skorzystać z prowadzenia ciąży u położnej w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ. Ten model działań umożliwi zachowanie ciągłości opieki, uznawane za korzystne rozwiązanie w obszarze zdrowia matek i dzieci.

Cel pracy. Określenie skali zjawiska prowadzenia ciąży przez położną w Polsce oraz porównanie grup kobiet aktywnie korzystających z Internetu, które wybrały prowadzenie ciąży przez położną lub przez lekarza.

Materiał i metody. Badanie ankietowe zrealizowano w okresie luty-marzec 2018 r. Narzędziem badawczym była ankieta elektroniczna. Do celów analizy wykorzystano pytania dotyczące czynników socjodemograficznych prowadzenia ciąży, edukacji przedporodowej, drogi porodu, interwencji w trakcie porodu oraz doświadczenia porodowego opisanego przez kobiety-internautki. Do opracowania wyników użyto testu niezależności chi-kwadrat, dokładnego testu Fishera, testu U Manna-Whitney'a.

Wyniki i wnioski. Prowadzenie ciąży przez położne nie jest w Polsce zjawiskiem powszechnym. Grupy kobiet decydujących się na odmienną formę prowadzenia ciąży u położnej lub u lekarza różnią się między sobą głównie sytuacją materialną. Kobiety wybierające prowadzenie ciąży przez położną częściej korzystają ze szkoły rodzenia oraz przygotowują plan porodu. Aby upowszechnić model opieki przedporodowej prowadzony przez położne, należy podejmować próby badania motywacji kobiet decydujących się na alternatywny sposób prowadzenia ciąży.

Słowa kluczowe: ciąża, położna, opieka okołoporodowa

ABSTRACT

COMPARISON OF DEMOGRAPHIC FACTORS AND SELECTED MATERNITY CARE VARIABLES IN WOMEN WHO CHOSE MIDWIFE-LED OR OBSTETRICIAN-LED ANTENATAL CARE RESPECTIVELY

Introduction. The midwife profession is an independent profession, entitled to provide part of the services of gynaecology and obstetrics. Women whose pregnancy goes in a physiological way may benefit from midwife-led services as part of the benefits refunded by the National Health Fund. This model makes it possible to maintain continuity of care, considered a beneficial solution in the area of mother and child health.

Aim. Determination of the scale of the phenomenon of midwife-led antenatal care in Poland and comparison of groups of women actively using the Internet who chose midwife-led or doctor-led antenatal care.

Material and methods. The survey was carried out in February-March 2018. The research tool was an electronic questionnaire. Questions regarding socio-demographic factors of pregnancy, antenatal education, labour, intervention during labour and labour experience described by women-Internet users were used for the purpose of the analysis. The Chi-square test of independence, the Fisher's Exact Test and the Mann-Whitney U test were used to develop the results.

Results and conclusions. The prenatal care of midwives is not a common phenomenon in Poland. Groups of women who decide on a different form of midwife-led or doctor-led antenatal care differ mainly in the material situation. Women choosing midwife-led antenatal care more often attend antenatal classes and prepare a birth plan. In order to popularize the model of antenatal care provided by midwives, attempts should be made to study the motivation of women who decide on an alternative antenatal care.

Key words: pregnancy, midwife, antenatal care

INTRODUCTION

Throughout history, delivering a baby was considered to be one of the first medical operations. Mainly the oldest, most respected women in the tribe dabbled at midwifery, and they were called “wise women” or “sage femmes” [1, 2]. Knowledge about the care of a pregnant woman, woman giving birth or woman in puerperium was passed from one generation to the next, often from mother to daughter. It was based mainly on observations, and to a large extent also on superstitions [3].

The first mention of the profession of a midwife in the Polish land can be found in the 15th century literature dealing with contemporary obstetrics. It was not until the 18th century that systematic teaching of midwives started and all legal regulations were given. Until the beginning of the 18th century, the midwife profession had not been widely respected, and the level of teaching had significantly differed from the modern one [4]. Currently, future midwives are educated at the academic level in a three-level system: from bachelor’s degree, master’s degree to doctoral studies. The diploma obtained in the course of education is recognised in the European Union, and Polish students of midwifery are valued as specialists in many countries [5].

In Poland, doctor-led antenatal care was considered a common practice. Adoption of the Act on the profession of a nurse and midwife in 2011, defining the midwife profession as independent, strengthened the midwives’ competence in the provision of services in the field of obstetrics and gynaecology [6]. In addition, the Regulation of the Minister of Health introducing the “Standard of Maternity Care” emphasised the role of the midwife in taking care of a woman, thus creating an alternative for pregnant women to choose a person to look after them during physiological pregnancy [7]. Since 22nd December 2016, along with the introduction of Regulation No. 125 of the National Health Fund, pregnant women with physiological course of pregnancy have been entitled to a refund of services of midwife-led antenatal care [8].

There is no official data on the number of midwives providing antenatal care and the number of women benefiting from this type of care. District Chambers of Nurses and Midwives only keep a register of people opening a midwife’s practice, without specifying actions carried out in the area of this practice.

Midwife-led antenatal care was to be a supplement to the availability of obstetric and gynaecological services in many areas of the country, especially in rural areas where this access, according to the report of the Supreme Audit Office, is not provided at an adequate level [9]. Studies

also show that the majority of women are unaware that a midwife may provide antenatal care and the majority would not decide to give up antenatal care provided by an obstetrician-gynaecologist to choose a midwife [10].

AIM

The study was aimed at determining the scale of the phenomenon of midwife-led antenatal care in Poland and comparison of groups of women using a different form of antenatal care provided by a midwife or a doctor.

METHOD

The experience of women giving birth in Polish hospitals was assessed using a cross-sectional study. The study was carried out between 19th February and 20th March 2018. The study tool was an on-line questionnaire filled out by respondents actively using the Internet, available on the website ankieta.rodzicpoludzku.pl as part of the “Maternity Care Monitoring” project funded from the grant of the Batory Foundation in the framework of the programme “Democracy in Action”. The questionnaire included questions about antenatal care, preparation for labour, experience from the admission room, the course of labour and stay in the maternity ward. Questions regarding socio-demographic features of pregnancy, antenatal education, labour, intervention during labour and labour experience described by women were used for the purpose of the analysis below.

When it comes to 11% of the surveyed women, they were below the age of 25, 43.7% were between the age of 26 and 30; another 35.8% were aged 31-35 and 9.5% were older than 36.

As many as 30.4% of respondents came from a city over 500 thousand residents, 17.9 – 21% from smaller cities with a population of from 500 to 50 thousand, and 17.50% from villages.

The majority of the respondents had higher or secondary education (78.9% and 18.9%, respectively). As many as 78.2% of respondents described own financial situation as good or average, and only 0.4% described it as bad or very bad.

The vaginal labour was declared by 63.8% of the respondents, of which 2.5% were assisted births, 36.2% of the respondents gave birth via Caesarean section.

The majority of the respondents gave birth for the first time (65.6%) or the second time (28.8%), the least numerous group were women giving birth for the fourth time or more (0.9%).

When it comes to 44% of the surveyed women, they had induced childbirth, and in 62.9% the labour was sped up with oxytocin.

Information about the survey was posted in social media and in traditional media. The condition for inclusion in the study was the birth of a child in 2017-2018 in one of the Polish hospitals. All respondents agreed to take part in the study. The number of 8378 completed questionnaires was analysed. In the analysis of results, data was weighed according to the data of Statistics Poland. Marginal weighing according to the province and mother's place of residence (city or village) was applied.

The study obtained the consent of the Bioethics Committee at the Medical University of Warsaw number AKBE/232/2017.

The Chi-square test of independence (X^2), the Fisher's Exact Test and the Mann-Whitney U test were used to develop the results. The analysis was performed at the significance level of 0.05 in SPSS, R and Excel.

RESULTS

In the studied group, the vast majority were women who chose doctor-led antenatal care, only 1.7% ($n=140$) of the respondents benefited from midwife-led care in this respect.

Compared groups differing in terms of the person providing antenatal care did not show any significant differences in terms of socio-demographic features, such as the number in individual age groups, education of the respondents and place of residence.

In the group which chose midwife-led antenatal care, women more often indicated good or very good financial situation (85.6%) compared to those who received doctor-led care (76.9%) (Tab. 1).

■ Tab. 1. A comparison of women receiving doctor-led and midwife-led antenatal care in terms of their financial situation

Financial situation	Who provided the antenatal care				
	Doctor		Midwife		Sum
	N	%	n	%	N
Very good	1.746	21.34%	34	24.46%	1.780
Good	4.549	55.60%	85	61.15%	4.634
Average	1.856	22.69%	17	12.23%	1.873
Bad	28	0.34%	1	0.72%	29
Very bad	2	0.02%	2	1.44%	4
Total	8.181	100.00%	139	100.00%	8.320
Fisher's Exact Test: $p < 0.001$					

Significant differences between groups in terms of preparation for labour were demonstrated. Women receiving midwife-led antenatal care significantly more often attended antenatal classes and prepared a birth plan (Tab. 2 and 3).

■ Tab. 2. The relationship between the choice of the person providing the antenatal care and participation in antenatal classes

Antenatal classes	Who provided the antenatal care				
	Doctor		Midwife		Sum
	n	%	n	%	n
Yes	4.255	51.65%	119	85.00%	4.374
No	3.983	48.35%	21	15.00%	4.004
Total	8.238	100.00%	140	100.00%	8.378
Chi-square test of independence: $X^2(1)=61.36$, $p < 0.001$					

■ Tab. 3. Comparison of the surveyed groups in terms of having a birth plan

Birth plan	Who provided the antenatal care				
	Doctor		Midwife		Sum
	n	%	n	%	n
Yes	4.728	57.39%	68	48.57%	4.796
No	3.510	42.61%	72	51.43%	3.582
Total	8.238	100.00%	140	100.00%	8.378
Chi-square test of independence: $X^2(1)=4.38$, $p < 0.05$					

The way of labour and intervention during labour (including labour induction and speeding up delivery) did not show any significant differences between the groups.

DISCUSSION

Midwives, in the course of education taking place at the higher education level, acquire relevant skills and competence which entitle them to independently provide some of the services in the field of obstetrics and gynaecology. Thanks to the "Act on the profession of a nurse and midwife" and other legal acts, midwives become significant members of the therapeutic team in the care of a pregnant woman, woman in labour, woman in puerperium and a newborn [11,12,13].

Currently, women with a physiological course of pregnancy have the right to use the model of antenatal care offered by midwives for free. However, so far, no research has been carried out in Poland to determine the percentage of women using this form of care. As our study shows, only a small number of women decide on this alternative antenatal care. The majority of respondents – Internet users had higher education and came from the city. Considering the fact that midwives who provide antenatal care independently run the practice mainly in large cities (e.g. Warsaw, Opole), it can be concluded that the results obtained may not reflect the size of the phenomenon on the national scale. The characteristics of women choosing care of midwives should be clarified by conducting a study among midwives practising this model of care.

It should be assumed that to a large extent, the lack of financing by the National Health Fund observed until recently and the commercial nature of this type of services could have a significant influence on women's decisions. It is also indicated by the fact that in most cases the midwife-led antenatal care was chosen by women decla-

ring good or very good material status (85%). Therefore, there is a need for further research on the motivation of women who choose the midwife-led care model.

Payment for these services could have been a barrier and contributed to the limitation of access to the offices of midwives providing antenatal care. The introduction of a refund should facilitate the continuity of midwife's care over a pregnant woman and then a woman in labour, at the same time providing the woman with the right to choose the person providing antenatal care. This solution also allows for increasing the availability of a specialist doctor for pregnant women with complicated pregnancy, belong to high risk groups [14, 15]. Enabling midwife-led antenatal care, ensuring continuity of care and getting to know the person providing maternity services early, has a number of positive consequences, including clinical and organisational benefits, as well as better psychosocial results [16, 17, 18].

Analysing our data, it can be noticed that pregnant women who chose midwife-led antenatal care more often had a birth plan and attended antenatal classes. It is difficult to determine with certainty whether this form of a woman's greater involvement in the antenatal period results from care provided by the midwife or whether the choice of the midwife on the pregnant woman is an additional element of involvement in preparation for childbirth. The birth plan is one of more important changes primarily in the mentality and organisation of work of those who undertake to care for a woman during pregnancy [19]. It is a document that a woman draws up with the person responsible for her [20]. It should be assumed that a midwife, whose task is to support a natural birth during antenatal care, devotes more time to educational activities and has space to create and discuss the birth plan with the pregnant woman, specifying in it all individual preferences regarding procedures and medical treatment, as well as the details of antenatal care. This largely allows avoiding routine and outdated hospital procedures which are not in line with the expectations of the women giving birth. However, one should bear in mind that the birth plan should show the possibilities, at the same time taking into account the current health and obstetric situation as well as prognosis regarding the course of labour [19].

Studies show that groups of women – Internet users who decide for a different form of antenatal care generally differ only slightly. The characteristics of both groups are certainly influenced by the way data is collected. Answers were provided by women actively using the Internet, hence probably small demographic differences between the groups. The main differentiating determinants were the material situation, prenatal education and having a birth plan. No significant differences in the manner of labour and the number of medical interventions used during labour were observed. Further studies should be carried out on the largest possible group of respondents allowing comparison of obstetric and neonatal results in the case of women who decide on an alternative antenatal care. To this end, surveys should be carried out among

randomly selected women after childbirth so that access to the Internet and efficiency in using it are not factors which significantly affect the selection of respondents.

Popularisation of the model of midwife-led antenatal care gives an opportunity to increase access to care for women living in areas with a small number of obstetricians-gynaecologists, and thus brings benefits related to the efficiency of expenditure in the health care system. However, this requires both raising awareness of women and encouraging midwives to run independent practice in this area. The financing of these benefits may lead to a noticeable increase in the availability of care for pregnant women, especially in rural areas, where it is not adequately guaranteed. Universal midwife-led antenatal care could ensure an equal level of services for all women, regardless of the area in which they live as well as the material situation.

CONCLUSIONS

1. Currently, midwife-led antenatal care is a rare situation in Poland.
2. More often women with a higher socio-economic status decide on antenatal care provided by a midwife.
3. Women who receive antenatal care of a midwife more often have a birth plan and attend antenatal classes.

Porównanie czynników demograficznych i wybranych zmiennych związanych z opieką okołoporodową u kobiet prowadzących ciążę u położnej lub u lekarza

WPROWADZENIE

Na przestrzeni dziejów, przyjmowanie porodu uznawane było niejako za jedno z pierwszych działań medycznych. Akuszerką parafy się głównie najstarsze, najbardziej szanowne w plemienu kobiety, nazywane „mądrymi” lub „babami” [1,2]. Wiedza dotycząca opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą czy położnicą przekazywana była z pokolenia na pokolenie, często z matki na córkę. Opierała się ona głównie na obserwacjach, a w dużej mierze również przesądach czy zabobonach [3].

Pierwsze wzmianki o zawodzie położnej na ziemiach polskich odnaleźć można w XV wiecznej literaturze rozprawiającej o ówczesnym położnictwie. Dopiero w XVIII wieku nastąpiło oficjalne systemowe nauczanie położnych oraz nadanie im wszelkich regulacji prawnych. Do początku XVIII wieku zawód położnej nie był powszechnie szanowany, a poziom nauczania znacząco odbiegał od współczesnego [4]. Obecnie przyszłe położne kształcone są na poziomie akademickim w systemie trójstopniowym: począwszy od nauczania licencjackiego, poprzez magisterskie, skończywszy na studiach doktoranckich. Dyplom uzyskany w toku kształcenia uznawany jest w Unii Europejskiej, a polskie adeptki sztuki położniczej w wielu krajach cenione są jako specjalistki [5].

W Polsce prowadzenie ciąży przez lekarza uznawane było za praktykę powszechną. Uchwalenie Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej w 2011r. określające zawód położnej samodzielnym, wzmocniło kompetencje położnych z zakresu udzielania świadczeń w dziedzinie położnictwa i ginekologii [6]. Dodatkowo rozporządzenie Ministra Zdrowia wprowadzające „Standard opieki okołoporodowej” podkreśliło rolę położnej w opiece nad kobietą, tym samym tworząc ciężarnym alternatywę wyboru osoby, która ma nad nimi sprawować opiekę w czasie ciąży fizjologicznej [7]. Z dniem 22 grudnia 2016 r. wraz z wprowadzeniem Zarządzenia nr 125 Narodowego Funduszu Zdrowia kobietom ciężarnym z fizjologicznym przebiegiem ciąży przysługuje refundacja świadczenia prowadzenia ciąży u położnej [8].

Brakuje oficjalnych danych dotyczących liczby położnych prowadzących ciążę oraz liczby kobiet korzystających z tego rodzaju opieki. Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych prowadzą jedynie rejestr osób zakładających praktykę położnej, bez określania konkretnych działań prowadzonych w obszarze tejże praktyki.

Prowadzenie ciąży przez położne miało stanowić uzupełnienie dostępności do świadczeń położniczo-ginekologicznych w wielu obszarach kraju, szczególnie wiejskich, gdzie dostęp ten, jak wynika z raportu Najwyższej Izby Kontroli, nie jest odpowiednio zapewniony [9]. Badania pokazują również, że większość kobiet nie jest świadoma,

iż położna może prowadzić ciążę oraz większość nie zdecydowałaby się na rezygnację z prowadzenia ciąży przez lekarza położnika-ginekologa na rzecz położnej [10].

CEL

Badanie miało na celu próbę określenia skali zjawiska prowadzenia ciąży przez położną w Polsce, oraz porównanie grup kobiet korzystających z odmiennej formy prowadzenia ciąży przez położną lub przez lekarza.

METODA

Doświadczenia kobiet rodzących w polskich szpitalach oceniano za pomocą badania przekrojowego. Badanie zrealizowano między 19 lutego a 20 marca 2018 r. Narzędziem w badaniu była ankieta elektroniczna wypełniana on-line przez aktywnie korzystające z Internetu respondentki, dostępna na stronie ankieta.rodzicpoludzk.pl w ramach projektu „Monitoring opieki okołoporodowej” sfinansowanego z grantu Fundacji Batorego w ramach programu „Demokracja w działaniu”. Ankieta zawierała pytania o prowadzenie ciąży, przygotowanie do porodu, doświadczenia z izby przyjęć, przebieg porodu i pobytu na oddziale położniczym. Do celów poniższej analizy wykorzystano pytania dotyczące cech socjodemograficznych prowadzenia ciąży, edukacji przedporodowej, drogi porodu, interwencji w trakcie porodu oraz doświadczenia porodowego opisanego przez kobiety.

W wieku poniżej 25 lat było 11% badanych kobiet, pomiędzy 26-30 lat 43,7%;kolejne 35,8% miało 31-35 lat, a 9,5% powyżej 36 roku życia.

Z miasta powyżej 500 tys. mieszkańców pochodziło 30,4% badanych, z mniejszych miast o liczbie mieszkańców 500- 50 tys. 17,9-21%, a ze wsi 17,50%.

Większość badanych miała wykształcenie wyższe lub średnie (odpowiednio 78,9% oraz 18,9%). Jako dobrą lub przeciętną własną sytuację materialną określiło 78,2% badanych, jedynie 0,4% określiło ją jako złą lub bardzo złą.

Poród pochwoy deklarowało 63,8% badanych, z czego 2,5% stanowiły porody zabiegowe, 36,2% badanych urodziło poprzez cesarskie cięcie.

Większość badanych rodziła po raz pierwszy (65,6%), lub drugi (28,8%), najmniej liczną grupę stanowiły kobiety rodzące czwarty raz lub więcej (0,9%).

Poród indukowany miało 44% badanych, a u 62,9% przyspieszano poród za pomocą oksycyliny.

Informacja o badaniu była umieszczona na portalach społecznościowych oraz w tradycyjnych mediach. Warunkiem włączenia do badania było urodzenie dziecka w latach 2017-2018 r., w jednym z polskich szpitali. Wszystkie respondentki wyraziły zgodę na badanie.

Przeanalizowano 8378 wypełnionych ankiet. W analizie wyników dane zostały ważone według danych GUS. Zastosowano ważenie brzegowe po województwie i miejscu zamieszkania matki (miasto lub wieś).

Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej przy Warszawskim Uniwersytecie Medycznym o numerze AKBE/232/2017.

Do opracowania wyników użyto testu niezależności chi-kwadrat (X^2), dokładnego testu Fishera, testu U Manna-Whitney'a. Analizę wykonano przy poziomie istotności 0,05 w programach SPSS, R i Excel.

WYNIKI

W badanej grupie zdecydowaną większość stanowiły kobiety, które prowadziły ciążę u lekarza, jedynie 1,7% ($n=140$) badanych korzystało w tym zakresie z opieki położnej.

Porównywane grupy różniące się ze względu na osobę prowadzącą ciążę nie wykazywały istotnych różnic pod względem cech socjodemograficznych takich jak liczebności w poszczególnych grupach wiekowych, wykształcenie badanych oraz miejsce zamieszkania.

W grupie osób, które wybrały prowadzenie ciąży przez położną, częściej kobiety wskazywały na dobrą lub bardzo dobrą sytuację materialną (85,6%) w porównaniu do tych, które prowadziły ciążę u lekarza (76,9%) (Tab. 1).

■ Tab. 1. Porównanie kobiet prowadzących ciążę u lekarza i położnej pod względem sytuacji materialnej

Sytuacja materialna	Kto prowadził ciążę				
	Lekarz		Położna		Razem
	N	%	n	%	N
Bardzo dobra	1 746	21,34%	34	24,46%	1 780
Dobra	4 549	55,60%	85	61,15%	4 634
Przeciętna	1 856	22,69%	17	12,23%	1 873
Zła	28	0,34%	1	0,72%	29
Bardzo zła	2	0,02%	2	1,44%	4
Suma	8 181	100,00%	139	100,00%	8 320

Dokładny test Fishera: $p < 0,001$

Wykazano istotne różnice między grupami pod względem przygotowania do porodu. Kobiety korzystające z opieki położnej w czasie ciąży znacząco częściej korzystały ze szkoły rodzenia oraz przygotowywały plan porodu (Tab. 2 i 3).

■ Tab. 2. Związek pomiędzy wyborem osoby prowadzącej ciążę a udziałem w szkole rodzenia

Szkola rodzenia	Kto prowadził ciążę				
	Lekarz		Położna		Razem
	n	%	n	%	n
Tak	4 255	51,65%	119	85,00%	4 374
Nie	3 983	48,35%	21	15,00%	4 004
Suma	8 238	100,00%	140	100,00%	8 378

Test niezależności chi-kwadrat: $X^2(1)=61,36$, $p < 0,001$

■ Tab. 3. Porównanie grup badanych pod względem posiadania planu porodu

Plan porodu	Kto prowadził ciążę				
	Lekarz		Położna		Razem
	n	%	n	%	n
Nie	4 728	57,39%	68	48,57%	4 796
Tak	3 510	42,61%	72	51,43%	3 582
Suma	8 238	100,00%	140	100,00%	8 378

Test niezależności chi-kwadrat: $X^2(1)=4,38$, $p < 0,05$

Droga porodu oraz wystąpienie interwencji podczas porodu (w tym indukcja porodu oraz przyspieszanie porodu) nie wykazywało na istotne różnice między grupami.

DYSKUSJA

Położne, w toku kształcenia odbywającego się na poziomie studiów wyższym, nabywają odpowiednich umiejętności oraz kompetencje uprawniające je do samodzielnego udzielania części świadczeń z dziedziny położnictwa i ginekologii. Dzięki „Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej” i innym aktom prawnym, położne stają się znaczącymi członkami zespołu terapeutycznego w opiece nad kobietą ciężarną, rodzącą, położnicą oraz noworodkiem [11,12,13].

Kobietom o fizjologicznym przebiegu ciąży obecnie przysługuje prawo do nieodpłatnego skorzystania z modelu opieki przedporodowej oferowanego przez położne. Dotychczas jednakże nie prowadzono w Polsce badań pozwalających na określenie odsetka kobiet korzystających z tej formy opieki. Jak wynika z naszych badań, jedynie niewielka liczba kobiet decyduje się na ten alternatywny sposób prowadzenia ciąży. Większość respondentek-internautek posiadała wyższe wykształcenie i pochodziła z miasta. Biorąc pod uwagę, że położne prowadzące samodzielnie ciążę prowadzą praktykę głównie w dużych miastach (np. Warszawa, Opole) wnioskować można, że uzyskane wyniki mogą nie oddawać skali zjawiska w perspektywie ogólnopolskiej. Charakterystykę kobiet wybierających opiekę położnych należałoby doprecyzować przeprowadzając badanie wśród położnych praktykujących ten model opieki.

Przypuszczać należy, że w dużym stopniu, funkcjonujący do niedawna brak finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia i komercyjny charakter tego typu świadczenia w istotny sposób mogły wpłynąć na decyzje kobiet. Sugeruje to także fakt, że w większości, na opiekę położnej podczas ciąży, decydowały się kobiety deklarujące dobry lub bardzo dobry status materialny (85%). Istnieje zatem potrzeba prowadzenia dalszych badań dotyczących motywacji kobiet wybierających model opieki prowadzonej przez położną.

Odpłatność za te świadczenia mogła stanowić barierę i przyczynić się do ograniczenia dostępności do gabinetów położnych prowadzących ciążę. Wprowadzenie refundacji powinno ułatwić zachowanie ciągłości opieki położnej nad kobietą ciężarną, a następnie rodzącą, jednocześnie zapewniając kobiecie prawo wyboru osoby

prowadzącej ciążę. Takie rozwiązanie pozwala także na zwiększenie dostępności lekarza specjalisty dla kobiet będących w ciąży powikłanej, należących do grup wysokiego ryzyka [14,15]. Umożliwienie prowadzenia ciąży przez położną, zapewnienie ciągłości opieki i wcześniejszego poznania osoby świadczącej usługi okołoporodowe, niesie za sobą szereg pozytywnych konsekwencji, w tym korzyści kliniczne, organizacyjne, jak również lepsze wyniki psychospołeczne [16, 17,18].

Analizując nasze dane, można zauważyć, że kobiety ciężarne, które prowadziły ciążę u położnych częściej posiadały plan porodu oraz uczęszczały na zajęcia prowadzone w szkołach rodzenia. Trudno jednoznacznie określić, czy ta forma większego zaangażowania kobiety w okresie przedporodowym wynika z opieki sprawowanej przez położną, czy to właśnie wybór położnej, na osobę sprawującą ciążę jest dodatkowym elementem zaangażowania w przygotowanie do porodu. Plan porodu stanowi jedną z ważniejszych zmian przede wszystkim w mentalności oraz organizacji pracy osób, które podejmują się sprawowania opieki nad kobietą w okresie ciąży [19]. Jest dokumentem, który kobieta sporządza wraz z osobą za nią odpowiedzialną [20]. Zakładać należy, że położna której zadaniem jest wspieranie naturalnego porodu, w czasie prowadzenia ciąży poświęca więcej czasu na działania edukacyjne, a także ma również przestrzeń na stworzenie i omówienie z ciężarną planu porodu, określając w nim wszystkie indywidualne preferencje dotyczące procedur oraz postępowania medycznego, a także samego sposobu prowadzenia porodu. W głównej mierze pozwala to na uniknięcie wystosowania wobec nich rutynowych i przestarzałych procedur szpitalnych niezgodnych z oczekiwaniami samych rodzających. Należy jednak pamiętać, że plan porodu powinien pokazywać możliwości, uwzględniając przy tym aktualną sytuację zdrowotną oraz położniczą, a także rokowania co do przebiegu porodu [19].

Badania pokazują, że grupy kobiet-internautek decydujących się na odmienną formę prowadzenia ciąży zasadniczo różnią się jedynie w niewielkim stopniu. Na charakterystykę obu grup z pewnością wpływa sposób zbierania danych. Odpowiedzi udzielały kobiety aktywnie korzystające z Internetu, stąd zapewne niewielkie różnice demograficzne pomiędzy grupami. Głównymi determinantami różnicującymi były sytuacja materialna oraz edukacja przedporodowa i posiadanie planu porodu. Nie zaobserwowano znaczących różnic w sposobie porodu oraz liczbie interwencji medycznych stosowanych w trakcie porodu. Należy przeprowadzić kolejne badania, na możliwe jak najliczniejszej grupie badanych pozwalające na porównywanie wyników położniczo–noworodkowych u kobiet decydujących się na alternatywny sposób prowadzenia ciąży. W tym celu badania ankietowe powinny zostać przeprowadzone u losowo wybranych kobiet po porodzie, aby dostęp do Internetu i sprawność w korzystaniu z niego, nie były czynnikami w istotny sposób wpływającymi na dobór respondentek.

Upowszechnienie modelu opieki przedporodowej sprawowanej przez położną daje szansę na zwiększenie dostępu do opieki dla kobiet zamieszkujących rejony o małej liczbie lekarzy położników-ginekologów, a tym

samym przynosi korzyści związane z efektywnością wydatków w systemie ochrony zdrowia. Wymaga ono jednak zarówno uświadamiania kobiet, jak i zachęcania położnych do podjęcia samodzielnej praktyki w tym zakresie. Dzięki finansowaniu tych świadczeń może dojść do zauważalnego zwiększenia dostępności do opieki nad kobietami ciężarnymi szczególnie w obszarach wiejskich, gdzie nie jest ona odpowiednio zagwarantowana. Powszechne prowadzenie ciąży u położnej mogłoby zapewnić jednakowy poziom usług dla wszystkich kobiet, niezależnie od rejonu, w którym mieszkają, a także sytuacji materialnej.

WNIOSKI

1. Prowadzenie ciąży przez położną jest obecnie w Polsce sytuacją bardzo rzadko spotykaną.
2. Na opiekę sprawowaną przez położną w czasie ciąży częściej decydują się kobiety o wyższym statusie socjoekonomicznym.
3. Kobiety korzystające z prowadzenia ciąży przez położną częściej mają ustalony plan porodu i uczestniczą w zajęciach szkoły rodzenia.

REFERENCES/PIŚMIENNICTWO

1. Matuszewska E. Kobiety trudniące się położnictwem w Polsce do końca XVIII wieku (baby, mądre, doktorki, akuszerki). [w:] Matuszewska E, red. Zarys Historii Zawodu Położnej. Warszawa: Rea; 2012.
2. Waszyński E. Historia położnictwa i ginekologii w Polsce. [w:] Rozwój położnictwa i ginekologii na świecie. Wrocław: Corentis; 2012. s. 1–9.
3. Chwierot N, Leśniczak B, Krasomski G. Od prostej empatii do fachowej opieki położniczej. *Położna Nauka i Praktyka*. 2014; 1(25): 56–61.
4. Cholewicka D, Dmoch-Gajzlarska E. Zawód położnej na ziemiach polskich. *Położna Nauka i Praktyka*. 2018; 1(41): 40–47.
5. Felcenloben M. Szkoły położnych na ziemiach polskich w ujęciu historycznym. *Położna Nauka i Praktyka*. 2010; 4(12): 56–60.
6. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. *Dz.U.* 2011, nr 174, poz. 1039.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. *Dz.U.* Poz. 1756.
8. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem oraz zmiany niektórych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”. 125/2016/DSOZ.
9. Najwyższa Izba Kontroli. Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich. Report No.: 1/2018/P/17/061/LBI.
10. Leja-Szpak A, Bulanda K, Jaworek J. Opinia ciężarnych na temat kompetencji położnych w aspekcie prowadzenia ciąży fizjologicznej. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2018; 1(67): 97–105.
11. Karkowska D. Sprawowanie przez położną opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2015.
12. Iwanowicz - Palus G. Położna w systemie opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną. [w:] Opieka nad kobietą ciężarną, red. A.M. Bień, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa; 2009, s. 31–33.
13. Jędrzejewska L. Nowe wyzwania dla położnych. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2012; 1-2: 44–46.
14. Petersen J. Samodzielność zawodowa położnych w Królestwie Duńskim. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2012; 1-2: 66–67.
15. Karzel K. Opieka sprawowana przez samodzielne położne. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2012; 5: 30–31.

16. Symon A, Pringle J, Down S et al. Antenatal care trial interventions: a systematic scoping review and taxonomy development of care models. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017; 17(1): 8.
17. Tracy S, et al. Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@ NGO, a randomised controlled trial. *The Lancet* 2013; 382 (9906): 1723-1732.
18. Sutcliffe K, et al. Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. *Journal of advanced nursing* 2012; 68(11): 2376-2386.
19. Jędrzejewska L. Zmiany w opiece okołoporodowej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2012; 5: 528-529.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. *Dz.U.* 2018; poz. 1756.

Manuscript received/Praca zgłoszona do czasopisma:
26.02.2019 r.

Manuscript accepted/Praca zaakceptowana do druku:
01.03.2019 r.

Translation/Tłumaczenie: AKADEMIA Martyna Stefaniuk