



Gdański Uniwersytet Medyczny

Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej

mgr Marta Gallas

Bezpieczeństwo świadczeniobiorców w Programie Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży

Rozprawa Doktorska

Promotor - dr hab. Aleksandra Gaworska-Krzemińska, prof. uczelni

Promotor pomocniczy - dr Katarzyna Pogorzelszyk

Gdańsk, 2023

Spis treści

Wstęp	4
I. Wybrane elementy z historii i praktyki położnictwa na świecie	7
1.1 Rozwój opieki położniczej	7
1.2. Opieka okołoporodowa w wybranych państwach europejskich	11
1.2.1. Holandia	11
1.2.2. Wielka Brytania	12
1.2.3. Austria	13
II. Modele opieki nad kobietą ciężarną w Polsce	14
2.1. Klasyczny model opieki okołoporodowej	14
2.1.1. Edukacja przedporodowa	16
2.1.2. Postępowanie w trakcie porodu	17
2.1.3. Opieka nad noworodkiem.....	18
2.1.4. Wizyty patronażowe	18
2.2. Program Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży	19
2.2.1 Założenia programu	20
III. Zasady rozliczania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia	21
3.1. Rozliczanie świadczeń w klasycznym modelu opieki	21
3.2. Rozliczanie świadczeń w programie Koordynowanej nad Kobieta w Cięży	22
IV. Cel i metodyka badań	25
4.1. Cel badań	25
4.2. Problem badawczy i hipotezy	25
4.3. Metody, techniki i narzędzia badawcze	26
4.4. Materiał i organizacja badań	27
4.5. Ograniczenia badania	28
V. Wyniki badań	29
5.1. Dane pozyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia	29
5.1.1 Prowadzenie ciąży przez położne	30
5.1.2 Prowadzenie ciąży przez lekarzy	32
5.1.3. Prowadzenie ciąży w ramach Programu Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży	34
5.2. Wyniki badań pacjentek objętych Programem Koordynowanej Opieki... nad Kobieta w Cięży	36
5.2.1. Ocena opieki ambulatoryjnej.....	36

5.2.2 Ocena opieki szpitalnej	38
5.2.3. Ocena opieki w trakcie porodu.....	42
5.3. Wyniki badań pacjentek objętych tradycyjnym modelem opieki	43
5.3.1. Charakterystyka respondentek	43
5.3.2 Wiedza i opinie kobiet na temat opieki okołoporodowej.....	45
5.3.3 Propozycje zmian w opiece okołoporodowej	54
5.4. Wyniki badania położnych	56
5.4.1 Charakterystyka respondentów.....	56
5.4.2 Opinie i doświadczenia respondentów	58
5.4.3 Propozycje zmian w Programie KOC	61
5.5 Wyniki badań lekarzy	64
5.5.1. Charakterystyka respondentów.....	64
5.5.2 Opinie i doświadczenia lekarzy	66
5.5.3 Propozycje zmian w Programie KOC	69
5.6. Podsumowanie opinii położnych i lekarzy na temat funkcjonowania KOC	69
5.7. Weryfikacja hipotez badawczych	71
5.7.1. Ocena zmiany w roli położnej	71
5.7.2. Porównanie oceny opieki okołoporodowej w Programie KOC z klasycznym	72
modelem opieki	72
5.7.3. Ocena poczucia bezpieczeństwa świadczeniobiorców i porównanie wybranych efektów pracy lekarza i położnej w opiece okołoporodowej.....	88
5.7.4. Podsumowanie związków istotnych statystycznych.....	94
VI. Dyskusja	99
VII. Wnioski końcowe	111
Streszczenie.....	112
Abstrakt	113
Piśmiennictwo.....	114
Spis tabel, wykresów i rycin.....	123
Załączniki.....	131

Wstęp

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wyodrębniono definicję świadczeniobiorcy, jest nim osoba posiadająca uprawnienia do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych na podstawie comiesięcznie opłacanych składek. Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Mogą oni korzystać ze świadczeń w podmiotach, które mają zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) [1].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), już 2013 roku w Światowym Raporcie Zdrowia „Badania dla powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej”, zaleciła przywódcom zwiększenie liczby badań nad systemami opieki zdrowotnej. Ich celem ma być takie zarządzanie systemem ochrony zdrowia, które zapewni świadczeniobiorcom dostęp do wysokiej jakości usług przy ograniczonych środkach finansowych. Aktualnie prowadzone badania w większości dotyczą nowoczesnych technologii, a nie lepszego wykorzystania już istniejących metod, dlatego WHO zaleca ukierunkowanie badań również na reorganizację systemu [2].

W opublikowanym w 2020 r. Sprawozdaniu Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2018 r. Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży, wykazano, że w 2018 roku nastąpiło 388 tys. urodzeń żywych, tym samym zanotowano spadek o 0,4 pkt w stosunku do roku ubiegłego tj. 2017. w Polsce już od 30 lat notuje się niską liczbę urodzeń, która to nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń [3].

Zgodnie z danymi z Głównego Urzędu Statystycznego najwyższa płodność u kobiet notowana jest w wieku 26-31 lat, czyli średnio 6-8 lat później niż na początku XXI wieku. w latach 1990-2000 mediana wieku kobiet rodzących dziecko wynosiła 26 lat, tymczasem w 2018 r. 30 lat. Współczynnik umieralności niemowląt na 1000 urodzeń żywych w 2017 roku wyniósł 4,0, podobny, jednak nieco niższy wyniki odnotowano w 2022 roku – 3,8 [4].

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są obowiązane do zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej w szczególności poprzez opiekę prenatalną nad płodem oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży. Pamiętać należy, iż jakość opieki okołoporodowej jest czułym miernikiem polityki zdrowotnej państwa, natomiast wskaźnik umieralności niemowląt jest jednym z mierników stanu zdrowia społeczeństwa oraz poziomu świadczeń. Dlatego jednym z nadrzędnych celów

opieki okołoporodowej jest zagwarantowanie prawidłowego przebiegu ciąży oraz jak najwcześniejsze rozpoznanie wszelkich nieprawidłowości i zagwarantowanie odpowiedniego leczenia.

W Polsce istnieją dwa modele opieki nad kobietą w ciąży. Pierwszy, klasyczny model, gdzie kobieta wybiera lekarza ginekologa lub położną, która będzie prowadzić jej ciążę, następnie decyduje się na szpital, w którym urodzi dziecko, a po porodzie wybiera położną która m.in. przeprowadzi wizyty patronażowe. Drugą możliwością jest udział w Programie Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Ciąży (KOC), który został wprowadzony w lipcu 2016 r. w ramach Programu, już na samym początku ciąży pacjentka decyduje w którym szpitalu chce urodzić, a następnie spośród pracowników szpitala przydzielany jest jej zespół specjalistów, w skład którego wchodzi położna, lekarza ginekolog-położnik oraz lekarze szpitala. to szpital zostaje podmiotem, którego zadaniem jest koordynacja opieki nad ciężarną [5]. po przystąpieniu do Programu szpital musi udostępnić ciężarnej informacje na temat placówek, które mają podpisane umowy ze szpitalem koordynującym na realizację opieki w ramach KOC. Szpital musi wskazać poradnię ginekologiczno – położniczą, gabinet położnej i oddział ginekologiczno-położniczy. do Programu mogą przystąpić tylko placówki realizujące minimum 600 porodów rocznie na każdym z trzech stopni referencyjności [6].

W tabeli 1 przedstawiono liczbę świadczeń udzielonych kobietom w ciąży w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rozliczonych jako standardowe porady w zakresie położnictwa i ginekologii, z okresu, gdy zbierano dane do niniejszej dysertacji [3].

Tabela 1. Liczba świadczeń udzielonych ciężarnym w 2018 r. w ramach specjalistycznej opieki ambulatoryjnej

	Kobiety do 35 r.ż.	Kobiety w wieku 35 lat i starsze
Liczba porad	1 299 678	266 605
Liczba kobiet objętych opieką	260 568	60 470
Liczba porodów	341 473	
Liczba porodów zakończonych cięciem cesarskim	148 116	
Liczba znieczuleń zewnątrzoponowych	18 725	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ

Wskaźnik cięć cesarskich zmniejszył się w 2018 r. do 43,65% w stosunku do 2016 r., kiedy to wynosił 45,8%.

W tabeli 2 natomiast przedstawiono liczbę świadczeń udzielanych kobietom w ciąży w ramach Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży (KOC) od października do grudnia 2018 r. [3].

Tabela 2. Liczba świadczeń w ramach KOC

Liczba porodów ogółem	7 394
Liczba cięć cesarskich	3 271
Liczba znieczuleń podanych do porodu drogami natury	860

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ

Właściwe rozwiązania organizacyjne w systemie opieki zdrowotnej mogą wpłynąć na jej jakość i poziom zadowolenia świadczeniobiorcy oraz świadczeniodawcy. W opiece okołoporodowej są także jednym z czynników mających wpływ na stan zdrowia noworodka czy współczynnik umieralności niemowląt, który zarazem jest jednym ze wskaźników oceny stanu zdrowia populacji. Niniejsza rozprawa doktorska jest związana z poszukiwaniem najbardziej efektywnej oraz dającej zadowolenie kobietom, metody opieki medycznej podczas ciąży i w okresie okołoporodowym w Polsce.

I. Wybrane elementy z historii i praktyki położnictwa na świecie

1.1 Rozwój opieki położniczej

W niektórych źródłach historycznych można przeczytać, że historia położnictwa jest tak stara, jak stara jest rodzina, ponieważ od zarania dziejów, to kobiety pełniły najistotniejsze funkcje w tym obszarze. Już w Starym Testamencie opisano dwie najważniejsze role przypadające kobiecie, to rodzenie dzieci oraz pomoc w przychodzeniu noworodka na świat. W krajach Starożytnego Wschodu również dużo uwagi poświęcano porodom. W Babilonii porody odbierały położne, którym towarzyszył lekarz, był on jednak wyłącznie doradcą i pomagał położnym w porodach powikłanych. Kobiety najczęściej rodziły w domach w wybranej przez siebie pozycji: siedzącej, kucznej, leżącej i innych. w przypadku śmierci rodzącej, wykonywano cesarskie cięcie. Próbowano przewidywać płeć dziecka, poprzez obserwowanie czoła kobiety, gdy było białe miała się urodzić córkę, gdy czerwone syna. Próbowano również przewidzieć zagrożenia porodu przedwczesnego, poronień czy rokowań w ciąży bliźniaczej [7].

W Starożytnym Egipcie praca położnych została dobrze zorganizowana, istniała naczelna położna, której podlegały pozostałe położne. Porody odbywały się najczęściej w domach bądź świątyniach w których znajdowały się sale porodowe. W trakcie porodu, kobiety przybierały pozycję siedzącą (istniało już wtedy krzesło porodowe), klęczącą, bądź leżącą w zależności od panującego obyczaju. Stosowano również zabiegi obracania płodu, używano kleszy porodowych, czy wykonywano cesarskie cięcie (pierwsza wzmianka na ten temat pochodzi z 140 r. n.e. w dziele zwanym Mischnajoth wspomniano o zabiegu wykonanym na żywej kobiecie) [8].

W Chinach, już przed nową erą istniały przepisy prawne odnoszące się do leczenia, organizacji opieki medycznej oraz samych lekarzy. Istotnym były zasady higieny, znane zarówno położnym jak i kobietom ciężarnym, co dawało możliwość prowadzenia porodu w miarę bezpiecznie. Kobiety najczęściej rodziły w domu w wybranej przez siebie pozycji. Stosowano również środki uśmierzające ból w trakcie porodu, którymi były wyciągi z maku czy konopi indyjskich. Położna miała również swoje asystentki, które pomagały jej przy porodzie. w razie niepowodzenia położniczego wzywano do pomocy lekarza chirurga [7].

W Starożytnej Grecji opieka okołoporodowa była ściśle związana z religią, zgodnie z mitologią, opiekunką narodziń była Hera. Najważniejszym w medycynie greckiej był Hipokrates zwany jeszcze za życia ojcem medycyny. Uważał organizm człowieka za harmonijną całość. W zakresie położnictwa wiele jego spostrzeżeń było prawidłowych,

za nieprawidłowe uznaje się dzisiaj przekonanie o tym, że macica ma budowę dwurożną, nie wiadano również o istnieniu jajników, oraz uważano, że do zapłodnienia dochodzi w czasie krwawienia miesięcznego lub zaraz po nim. Hipokrates uważał też, że do poronień dochodzi na skutek zbyt szybkiego wzrostu płodu w stosunku do wzrostu macicy, lub słabego nasienia. Uważano również pozycję główkową za jedyną właściwą do porodu, wszelkie inne ułożenia płodu zmieniano poprzez wstrząsanie kobietą, kołysanie na drabinie lub wprowadzano ją na schody. W Starożytnej Grecji panowało również przekonanie, że płód urodzony w 7 miesiącu ciąży, ma większe szanse na przeżycie, niż ten urodzony w 8. Stosowano również badania wewnętrzne oraz cesarskie cięcie na martwej kobiecie. Osobą odpowiedzialną za poród była położna, lekarze proszeni byli jedynie o pomoc w nieprawidłowym przebiegu porodu [7].

W Starożytnym Rzymie prym w opiece okołoporodowej wiódł Soranus z Efezu, lekarz, który studia medyczne ukończył w Aleksandrii. Jest twórcą ponad 30 dzieł z zakresu położnictwa, przeznaczonych dla położnych. W swoich dziełach zwalczał magię i zabobony. W przeciwieństwie do Greków nie uznawał wstrząsania kobietą, wprowadzania jej na schody czy drabinę w celu obrócenia płodu. Wprowadził wiele narzędzi stosowanych w położnictwie np. wzierniki, strzykawki stosowane do iniekcji domacicznych, czy sondy. W Starożytnym Rzymie porody przyjmowały położne, w domu, a pozycją najczęściej przyjmowaną przez rodzącą, była pozycja siedząca na krześle porodowym. Poza przyjmowaniem porodów, położne opiekowały się położnicą, dbały o odżywienie i pielęgnację noworodka oraz udzielały porad w zakresie zapobiegania ciąży [7].

W średniowieczu wiele miast zostało zniszczone, a co za tym idzie zniszczono uczelnie i ich dzieła. Upadek dotychczasowej cywilizacji zmusił ludność do tworzenia nowej gospodarki, prawa czy medycyny. Uczelnie zaczęto tworzyć przy klasztorach i katedrach, dlatego medykami najczęściej byli duchowni, którzy nie chcieli zajmować się położnictwem. Nieliczni lekarze świeccy pomagali położnym przy powikłanych porodach, w większości jednak położne musiały opierać się na własnej wiedzy i doświadczeniu. z powodu braku dostępu do usług położnych, kobiety najczęściej rodziły same. Największym problemem opisywanych czasów był brak higieny, szerzący się bród i epidemie dżumy, ospy, duru, czerwonki. po porodach często występowała gorączka połogowa [8].

Następnie, zaczęły pojawiać się szpitale klasztorne, zwłaszcza Benedyktyni przyczynili się do rozwoju medycyny. W XII wieku podzielono medycynę na wewnętrzną i zewnętrzną po czym zabroniono duchownym wykonywać krwawe zabiegi w tym pomagać przy porodach, dlatego w XIII wieku otworzono pierwsze świeckie uniwersytety. Również w XIII wieku zaczęto zwracać większą uwagę na higienę, zaczęto budować łaźnie miejskie. w Polsce w 1244 w Krakowie powstał pierwszy szpital położniczy, był on jednocześnie przytułkiem dla ubogich

i bezdomnych. Przy porodach tam odbywających się najczęściej pomagały inne starsze kobiety przebywające w tym miejscu, ponieważ nie sprowadzano kobiet zajmujących się odbieraniem porodów [9].

Rozkwit nauki nastąpił na przełomie XV i XVI wieku w dobie epoki odrodzenia, słynnym jej przedstawicielem był Ambroży Pare (1516-1590), który przyczynił się do rozwoju zarówno chirurgii jak i położnictwa, zaproponował np. odbieranie porodu na łóżku zamiast krzesła porodowym. Zwrócił również uwagę na dużą wartość badania wewnętrznego, rozpowszechnił szycie krocza, co ciekawe nigdy nie skończył studiów medycznych [10].

W Gdańsku otworzono 10 szpitali-przytułków. Niestety nie pracowali w nich ani lekarze, ani położne, szpital nie korzystał również z apteki znajdującej się w mieście. Dopiero w XVII wieku szpital zatrudnił jednego lekarza i jednego cyrulika, nie zajmowali się oni jednak porodami [8].

Również w epoce odrodzenia zaczęły powstawać pierwsze szkoły dla położnych, zwrócono uwagę na niewielką wiedzę medyczną kobiet zajmujących się przyjmowaniem porodów i zmuszono je do nauki. W XV wieku został opisany zawód akuszerki, określono zakres jej uprawnień i obowiązków np. konieczność zdania egzaminu komisyjnego i praktyki przy starszej akuszerce trwające 3-4 lata. W przypadku, gdy w małych miastach lub na wsiach nie było możliwości nauki i odbycia praktyk, przyszła akuszerka musiała uzyskać świadectwo moralności wydane przez władze świeckie lub kościelne. w 1573 wydano regulamin dla akuszerki i akuszerów (najczęściej lekarzy) w którym nakazano dbać o higienę, myć ręce przed badaniem oraz zakazano picia alkoholu [11].

W 1640 roku w Paryżu powstała pierwsza szkoła położnych wyłącznie dla kobiet. Jednak od połowy XVII wieku coraz częściej to mężczyźni, lekarze akuszerzy trudnią się położnictwem. Przełamali oni opory kobiet, które coraz chętniej oddawały się pod bardziej kompleksową opiekę lekarską (zabiegi, operacje, leki), dlatego działalność położnych traciła na znaczeniu, szczególnie w miastach. Położne zmuszone zostały do podejmowania współpracy z lekarzami. Pod koniec XVII wieku w Anglii po raz pierwszy użyto kleszczy porodowych, które następnie zyskały rozgłos w całej Europie [7].

Najważniejszymi odkryciami XIX wieku były, narkoza oraz aseptyka i antyseptyka. za początek powszechnego użycia środków znieczulających przy porodzie uznaje się zastosowanie ich podczas cesarskiego cięcia u królowej Wiktorii. Natomiast Ludwik Pasteur, Robert Koch oraz Józef Lisner przyczynili się do rozpowszechnienia mycia rąk przed badaniami i zabiegami operacyjnymi przy użyciu odpowiednich środków, wygotowywaniu narzędzi chirurgicznych, czy rozpylaniu w szpitalach kwasu karbolowego tworzącego mgłę antyseptyczną w obawie przed kurzem. Wszystkie powyższe działania doprowadziły do zmniejszenia śmiertelności okołoperacyjnych z 40 % do 3% [9].

Na początku XX wieku liczba położnych na ziemiach polskich była niewielka, ponad 80% porodów odbywało się bez obecności położnej bądź lekarza. Ponadto ok. 20% matek i 15% noworodków umierało z powodu błędów popełnianych przez babki wiejskie próbujące zastępować położne, stąd w 1911 roku położne na Pomorzu i w Wielkopolsce otrzymały prawo praktyki w Kasach Chorych, które dostarczały im wszelkie niezbędne materiały do pracy. W 1905 roku powstał w Polsce pierwszy związek zawodowy Akuszerki Miasta Warszawy, walczący o lepsze warunki pracy i życia dla położnych [9,10].

W czasie zaborów położna podejmująca pracę musiała zgłosić swoją obecność do władzy administracji politycznej, lekarza urzędowego oraz właściwego urzędu gminy, okazać dokumenty potwierdzające ukończenie szkoły dla położnych i zdanie egzaminu. Następnie zgłaszała swoją obecność w parafii, w lokalnych gazetach mogła umieścić ogłoszenie o swojej działalności oraz umieścić tablicę przed swoim domem z informacją z napisem położna lub akuszerka w zależności od regionu zamieszkania [8,9]. Po porodzie miała obowiązek przez 9 dni opiekować się kobietą i noworodkiem. Odwiedzała ją dwa razy dziennie lub zamieszkiwała z nią, jeśli istniała taka konieczność. w tym czasie położna prowadziła edukację odnośnie do opieki nad dzieckiem [10].

W okresie międzywojennym, kiedy nastąpił gwałtowny wzrost liczby ludności, problem z niewystarczającą liczbą położnych stał się jeszcze bardziej widoczny. Swoją działalność rozpoczęły po wojnie zarówno publiczne jak i prywatne szkoły dla położnych. Nauka w nich trwała od 1 do 2 lat, bez względu na to ile trwała nauka, położne miały takie same obowiązki. od 1922 roku położne co roku zaczęły organizować Zjazdy Związku Położnych, który powstał w 1920 roku. Celem i zadaniami związku była walka o doksztalcenie i uregulowanie prawne zawodu [10,11].

W okresie okupacji (1939-1945) to władze okupacyjne podejmowały decyzje dotyczące zatrudniania położnych. w 1941 roku powstał projekt zreformowania nauki w szkołach położnych, naukę podzielono na 6 okresów nauczania na zmianę, 3 okresy nauczania teoretycznego z nauczaniem praktycznym. Nauka w szkole nadal pozostała 2 letnia [12].

Po wojnie nastąpił rozwój medycyny, powstały liczne akademie medyczne i szkoły medyczne. Praktycznie w każdym województwie znajdowała się szkoła położnych [12]. W 1945 roku powstało Ministerstwo Zdrowia, które zaczęło regulować pracę pracowników medycznych. Niestety niewystarczająca liczba położnych i nagły wzrost liczby ludności po wojnie powodował, że część kobiet wciąż korzystała z pomocy „babeł” które jeszcze w 1957 roku odbierały nawet 10% porodów. Wraz z upływem kolejnych lat kobiety coraz chętniej rodziły w szpitalach i klinikach zamiast w domu. w tym czasie powstały również liczne izby porodowe. Położne poza opieką okołoporodową coraz częściej prowadziły również działalność edukacyjną i profilaktyczną. W latach 50 wolnopracujące położne odbierające porody

domowe przestały praktycznie istnieć [10,13]. Aktualnie, aby uzyskać prawo wykonywania zawodu położnej w Polsce należy ukończyć studia licencjackie (6-8 semestrów). Położna na dyplomie ma tytuł zawodowy – licencjat położnictwa. Dyplomy te są równoważne we wszystkich krajach Unii Europejskiej, reguluje to specjalna Dyrektywa dotycząca wzajemnego uznawania kwalifikacji.

1.2. Opieka okołoporodowa w wybranych państwach europejskich

1.2.1. Holandia

W 2018 r. w Holandii odnotowano 161 653 urodzeń żywych., współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 3,1 na 1000 porodów żywych. System opieki okołoporodowej w Holandii różni się znacząco od modelu polskiego. Opiekę nad kobietą ciężarną sprawuje wyłącznie położna w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, jeśli ciąża przebiega prawidłowo, położnica nie ma żadnej wizyty u lekarza w trakcie ciąży. W 2018 roku 89,9% pierworódek znajdowała się pod opieką położnej na początku ciąży, pozostałe 10% miało od początku wskazania do opieki specjalistycznej. Spośród tych 89,9%, 59,2% znajdowało się pod opieką położnych przez całą ciążę. Pozostałe kobiety musiały w trakcie ciąży trafić pod opiekę specjalistyczną. Najczęstszą przyczyną było nadciśnienie, położenie pośladkowe płodu, cukrzyca, czy opóźnienie wzrostu płodu. Spośród kobiet rodzących w domu 65% zostało w trakcie porodu przeniesione do szpitala, najczęstszą tego przyczyną była chęć otrzymania znieczulenia. Ostatecznie 18,5% kobiet urodziło tylko pod opieką położnej w wybranym przez siebie miejscu. Inaczej sytuacja wygląda u wieloródek, 35,9% kobiet urodziło pod opieką położnej, a 64,1% w szpitalu pod specjalistyczną opieką. Cięcia cesarskie od kilku lat plasują się na poziomie 14% [14].

Na początku ciąży kobieta wybiera położną, która ma prowadzić jej ciążę, następnie, jeżeli ciąża przebiega prawidłowo wybiera miejsce porodu, czy ma to być szpital, przyszpitalny dom porodowy, czy poród domowy. W każdym z tych miejsc rodzącej towarzyszy wybrana położna. W sytuacji wyboru szpitala, gdy wszystko przebiega prawidłowo, kobieta zostaje wypisana wraz z dzieckiem do domu 3 godziny po porodzie. W trakcie całej ciąży ma dwukrotnie wykonywane badanie USG, pomiędzy 9 a 10 tygodniem ciąży i pomiędzy 20 a 22 tygodniem ciąży, które również wykonywane są przez położną. W trakcie ciąży w Holandii z wyjątkiem badania szyjki macicy, którego się nie wykonuje, kobieta ciężarna ma wykonywany ten sam panel badań. Położna ma możliwość przepisania podstawowych leków, również to położna bada noworodka po porodzie. co istotne położna jest dostępna dla pacjentki 24 godziny na dobę. Edukację w ramach przygotowania do porodu i późniejszej opieki nad noworodkiem

kobiety otrzymują zarówno w trakcie wizyt kontrolnych u położnych, jak również w ramach szkoły rodzenia [14,15].

Po porodzie kobieta otrzymuje pomoc jest to tzw. pomoc poporodowa - kraamverzorgster. Pomoc tą kobieta otrzymuje na pierwszych 8 do 10 dni. Opieka ta sprawowana jest przez pielęgniarkę położniczą, która często asystuje położnej przy porodzie domowym. Jest to pomoc zarówno w opiece na noworodkiem, nauka odpowiedniego przystawiania do piersi, kontrola rany poporodowej, nauka odpowiedniej higieny, jak również pomoc przy drobnych pracach domowych jak zmiana pościeli, przygotowanie posiłku, czy odbiór starszych dzieci ze szkoły. Czas trwania tej pomocy zależy od ubezpieczenia może trwać od 3 do nawet 8 godzin dziennie. Minimalny czas to 24h maksymalny 80h w ciągu 10 dni. Pomoc ta nie jest całkowicie darmowa, co roku Ministerstwo Zdrowia ustala, ile wynosić będzie wkład własny, w 2018 r. wynosił 4 euro za godzinę [16].

1.2.2. Wielka Brytania

W Wielkiej Brytanii dane statystyczne przedstawiane są za okres od marca, do marca kolejnego roku. w roku 2018-2019 na świat przyszło 603 766 dzieci, współczynnik umieralności niemowląt wynosił 3,6 na 1000 porodów żywych. z danych wynika, że w tym czasie 50% porodów odbyło się siłami natury, 33% były porodami indukowanymi, natomiast 17% ciąż zakończyło się cesarskim cięciem. 60% pacjentek otrzymało w trakcie porodu środki znieczulające lub leki przeciwbólowe. 47% ciąż prowadzonych było przez położne. Opieka nad kobietą ciężarną w Wielkiej Brytanii również znacznie różni się od opieki otrzymywanej w Polsce. Gdy kobieta dowiaduje się, że jest w ciąży kontaktuje się albo z położną, albo z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Gdy ciąża przebiega prawidłowo to położna sprawuje opiekę nad kobietą ciężarną [17]. Ciężarna zapewniona ma dwa badanie USG, pierwsze pomiędzy 8 a 14 tygodniem ciąży, drugie pomiędzy 18 a 21 tygodniem ciąży, badania te każdorazowo wykonywane są w szpitalach. Gdy kobieta jest pierworódką ma zapewnionych 10 wizyt kontrolnych u położnej w trakcie całej ciąży. W przypadku kolejnej ciąży wizyt jest 7. Wizyty kontrolne mogą odbywać się w domu pacjentki, w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, w szpitalu lub w centrach dziecięcych (Children's Centre). Obowiązkowo zapewniony ma również udział w szkole rodzenia. Badania wykonywane podczas wizyt kontrolnych nie różnią się od badań wykonywanych w Polsce. Podczas pierwszej wizyty, położne zwracają dużą uwagę na sytuację domową pacjentki, z kim mieszka czy ma zapewnioną pomoc ze strony najbliższych oraz na zdrowie psychiczne. Narodowa Służba Zdrowia na swojej stronie internetowej zapewnia również kobietom dostęp do podstawowych informacji na temat prawidłowej diety w trakcie ciąży, informacji na temat aktywności

fizycznej, jak również szeregu aplikacji które mają wspierać pacjentkę w ciąży. Raz w miesiącu kobiety mogą w trakcie ciąży i do 4 roku życia dziecka, otrzymać darmowe vouchery na świeże lub mrożone warzywa i owoce, krowie mleko, mleko modyfikowane oraz witaminy. Gdy poród nastąpił w szpitalu lub domu narodzin i wszystko przebiega prawidłowo, kobieta wraz z noworodkiem zostaje wpisana do domu w ciągu 6-24h od porodu. Pacjentce przysługują 3 wizyty położnej po porodzie [17, 18, 19].

1.2.3. Austria

Zgodnie z danymi w 2018 roku w Austrii urodziło się 85 535 dzieci, współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 3,2 na 1000 porodów żywych, 30% kobiet rodziło swoje dziecko w wieku 30-35 lat, 25% w wieku 25-30 lat. 30% ciąż zakończyło się cesarskim cięciem, w trybie pilnym odbyło się 14,7% zabiegów, 15,3% w trybie planowym [20].

W Austrii ciążę prowadzi lekarz ginekolog, na pierwszej wizycie pacjentka otrzymuje tzw. Książeczkę matka-dziecko (Mutter-Kind-Pass). Służy ona do otrzymywania profilaktycznej opieki zdrowotnej w okresie ciąży i do ukończenia przez dziecko 5 roku życia. Zalecone w niej badania muszą być realizowane zgodnie z planem, w przypadku pominięcia wizyty kobieta będzie miała problem z otrzymaniem wsparcia finansowego po porodzie, oraz późniejszym zapisaniem dziecka do przedszkola. Kobieta w trakcie ciąży odwiedza lekarza 5 razy, do ukończenia 16 tygodnia ciąży, pomiędzy 17 a 20 tygodniem ciąży, 25 a 28, 30 a 34 i pomiędzy 35 a 38 tygodniem ciąży. Badanie USG ma wykonywane trzykrotnie, pomiędzy 8 a 12 tygodniem ciąży, 18 a 22 i 30 a 34 tygodniem ciąży. Pomiędzy 18 a 22 tygodniem ciąży istnieje możliwość jednorazowego skorzystania z porady położnej. Podczas porady położna porusza tematy przebiegu ciąży, porodu, porożu, karmienia piersią, zachowań prozdrowotnych w tym okresie oraz innych możliwości wsparcia. Kobiety mogą również mieć wizytę domową położnej codziennie od dnia wypisu ze szpitala do 5 dnia po porodzie. co istotne odbycie wizyty u położnej nie jest warunkiem dalszego otrzymywania pełnego zasiłku na opiekę nad dzieckiem, w przeciwieństwie do wizyt lekarskich. Co ciekawe wysokość zasiłku wychowawczego jest ściśle powiązana z prawidłowym wykonaniem i potwierdzeniem w Książeczce pierwszych 10 wizyt lekarskich (5 matki w ciąży i 5 z dzieckiem po urodzeniu). Wystarczy, że tylko jedno badanie nie zostanie przeprowadzone w terminie 1300 euro zostaje potrącone z zasiłku, w przypadku przyjmowania zasiłku przez oboje rodziców kwota ta zostaje potrącona od każdego z rodziców osobno. Zgodnie z przepisami Ustawy o ochronie macierzyństwa kobiety w ciąży nie mogą pracować od 8 miesiąca ciąży. Otrzymują w tym czasie zasiłek w wysokości ich miesięcznych zarobków. Prawo do zasiłku mają również do 8 tygodni po porodzie [21].

II. Modele opieki nad kobietą ciężarną w Polsce

2.1. Klasyczny model opieki okołoporodowej

W 2018 roku Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej zostały wprowadzone zmiany dotyczące opieki okołoporodowej obowiązujące od stycznia 2019 r. Rozporządzenie to uchyliło obowiązujące dotąd Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Podmiot wykonujący działalność leczniczą z zakresu opieki okołoporodowej musi ustalić wskaźniki tej opieki, monitorować je nie rzadziej niż raz w roku, starać się ograniczać interwencje medyczne wobec ciężarnej i dziecka oraz badać satysfakcję kobiet objętych opieką.

Do głównych zadań osoby sprawującej opiekę nad kobietą ciężarną należą, w szczególności:

- ocena stanu zdrowia ciężarnej, płodu oraz noworodka,
- wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka wystąpienia patologii,
- kontrola wyników badań pacjentki w tym oznaczenia grupy krwi,
- prowadzenie porodu z ukierunkowaniem na poród naturalny,
- sprawowanie opieki nad ciężarną, położnicą i noworodkiem,
- w przypadku pojawienia się wskazań, zapewnienie kobiecie opieki specjalistycznej,
- wsparcie rodzącej i jej bliskich w trakcie porodu i położu,
- w razie konieczności zapewnienie szybszej terminacji ciąży.

W sytuacji pojawienia się objawów patologicznych, gdy to położna sprawuje opiekę nad kobietą ciężarną, musi ona niezwłocznie przekazać pacjentkę pod opiekę lekarza położnika. Rozporządzenie określa również zakres świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych, konsultacji medycznych i działań z zakresu promocji zdrowia, które powinny zostać wykonane u kobiet w ciąży, tj.:

- Do 10 tygodnia ciąży powinno się wykonać badanie przedmiotowe i podmiotowe, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, określić wskaźnik BMI, ocenić ryzyko ciążowe, przekazać pacjentce informacje o możliwości wykonania badań w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie. Przeprowadzić z kobietą rozmowę dotyczącą zdrowego stylu życia, nawyków żywieniowych, zakazu picia alkoholu czy brania używek. Jeżeli pacjentka zdecyduje, żeby jej ciążę prowadziło położna w tym czasie powinna odwiedzić również lekarza. do 10 tygodnia ciąży powinno się wykonać również szereg

badan diagnostycznych m.in.: oznaczenie grupy krwi, morfologię, badanie ogólne moczu, cytologię, zalecenie kontroli stomatologicznej, badanie w kierunku HIV i HCV, badanie w kierunku różyczki i toksoplazmozy, badanie VDRL, czy oznaczenie TSH.

- Pomiędzy 11-14 tygodniem ciąży należy wykonać ciążarnej badanie USG, badanie podmiotowe i przedmiotowe, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała, ocenić ryzyko ciążowe oraz ryzyko i nasilenie objawów depresji oraz propagować zdrowy styl życia.
- Pomiędzy 15-20 tygodniem ciąży ponownie należy wykonać badanie podmiotowe i przedmiotowe, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała, ocenić ryzyko ciążowe oraz propagować zdrowy styl życia. Wykonać morfologię oraz badanie ogólne moczu.
- Pomiędzy 18-22 tygodniem ciąży pacjentka powinna mieć wykonane ponowne badanie USG.
- Pomiędzy 21-26 tygodniem ciąży należy rozpocząć u pacjentki edukację przedporodową. Jeżeli osobą sprawującą opiekę nad ciężarną nie jest położna podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) to należy skierować pacjentkę do położnej POZ w celu objęcia edukacją przedporodową. Ponownie istnieje również konieczność wykonania badania przedmiotowego oraz podmiotowego, ocena czynności serca płodu, pomiar ciśnienia tętniczego i masy ciała, ocena ryzyka ciążowego, propagowanie zdrowego stylu życia. Wykonanie badania stężenia glukozy we krwi, badania ogólnego moczu, przeciwciał anti-D u kobiet Rh (-). U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze badanie w kierunku toksoplazmozy (IgM). w przypadku gdy to położna sprawuje opiekę nad kobietą ciężarną należy ją skierować ponownie na wizytę do lekarza położnika pomiędzy 24-26 tygodniem ciąży.
- Pomiędzy 27-32 tygodniem ciąży ponownie należy wykonać badanie podmiotowe i przedmiotowe, ocenić czynność pracy serca płodu, wykonać pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała, ocenić ryzyko ciążowe oraz propagować zdrowy styl życia. Wykonać badanie ogólne moczu, morfologię krwi, USG, ponownie przeciwciała anti-D u kobiet Rh (-) oraz w przypadku wskazań podać immunoglobuliny anti-D (28–30 tydzień ciąży).
- Pomiędzy 33-37 tygodniem ciąży wykonujemy badanie przedmiotowe i podmiotowe, badanie położnicze, ocenę wymiarów miednicy, ocenę czynności serca płodu, pomiar ciśnienia tętniczego, ocenę ruchów płodu, badanie gruczołów sutkowych, pomiar masy ciała, ocenę ryzyka ciążowego, ocenę ryzyka i nasilenia depresji i propagować zdrowy styl życia. Należy wykonać badanie krwi, ogólne moczu, antygeny HBs, w kierunku wirusa HIV, posiew z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących

(35–37 tydzień ciąży) oraz badanie VDRL, HCV w grupie kobiet o zwiększonym ryzyku zakażenia.

- Pomiędzy 38-39 tygodniem ciąży badanie przedmiotowe i podmiotowe, badanie położnicze, ocenę czynności serca płodu, pomiar ciśnienia tętniczego, ocenę ruchów płodu, pomiar masy ciała, ocenę ryzyka ciążowego, morfologię krwi i badanie ogólne moczy. w przypadku opieki sprawowanej przez położną należy trzeci raz skierować pacjentkę do lekarza położnika.
- Po 40 tygodniu ciąży wykonujemy badanie przedmiotowe i podmiotowe, badanie położnicze, ocenę ruchów płodu, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała, ocenę ryzyka ciążowego KTG oraz USG. w przypadku prawidłowego wyniku USG i KTG zaleca się pacjentce kolejną wizytę za 7 dni na kolejne badanie. w trakcie tej wizyty należy ustalić również z pacjentką datę hospitalizacji, tak aby poród nastąpił przed końcem 42 tygodnia ciąży.

Jak wynika z powyższego Rozporządzenia kobieta w trakcie ciąży powinna odbyć 8 wizyt kontrolnych u lekarza bądź położnej. Nawet gdy opiekę nad kobietą ciężarną sprawuje położna, konsultacja lekarska powinna odbyć się trzykrotnie: do 10. tygodnia ciąży, pomiędzy 24., a 26. i 38., a 39. tygodniem ciąży. Pozostałych 5 wizyt może zrealizować położna. w przypadku ciąży fizjologicznej pacjentka powinna być konsultowana nie rzadziej niż co 3-4 tygodnie [22].

2.1.1. Edukacja przedporodowa

W ramach opieki okołoporodowej to położna odpowiada za przeprowadzenie edukacji przedporodowej. Edukacja może być przeprowadzona w formie indywidualnej bądź grupowej. Edukacja przedporodowa w formie indywidualnej jest również obowiązkiem lekarza położnika. Edukacja obejmuje zarówno okres ciąży jaki i połóg. w trakcie ciąży położnica powinna dowiedzieć się jak przebiega okres ciąży i rozwój płodu, ustalić z położną plan opieki przedporodowej. W planie tejże opieki położna powinna zawrzeć możliwości dołączenia kobiety do prowadzonych programów zdrowotnych np. badań prenatalnych czy badań echokardiograficznych płodu. Poznać wpływ diety, aktywności fizycznej czy zawodowej oraz używek na rozwój ciąży. Położna powinna poinformować ciężarną jakie dolegliwości mogą się u niej pojawić i jak może sobie z nimi radzić. Poznać podstawowe informacje na temat chorób zakaźnych okresu okołoporodowego oraz szczepień. Należy również przeprowadzić z ciężarną rozmowę na temat problemów psychologicznych mogących pojawić się w okresie ciąży i porodu. Położna powinna również poruszyć temat przepisów prawnych, praw pacjenta, prawa rodzinnego, czy ochrony prawnej kobiet ciężarnych i matek. Plan opieki przedporodowej powinien zostać dołączony do dokumentacji medycznej ciężarnej.

Następnie należy z pacjentką przeprowadzić rozmowy dotyczące przygotowania do porodu i planu porodu. Omówić pierwsze objawy porodu oraz stany nagle wymagające natychmiastowej wizyty w szpitalu. Należy omówić z kobietą możliwości, które będzie miała w trakcie samego porodu: aktywny poród, poród rodzinny, pozycje porodowe, możliwości niefarmakologicznego oraz farmakologicznego łagodzenia bólu porodowego, sprzęt jaki będzie mogła wykorzystać podczas porodu. Położna powinna poruszyć temat cięcia cesarskiego, omówić korzyści i zagrożenia zarówno dla matki jak i dziecka. Na koniec powinna poinformować pacjentkę o możliwości deponowania tkanek płodu w celu pozyskania komórek macierzystych. Ciężarnej należy również udostępnić możliwość wyboru miejsca porodu, czy ma to być szpital, czy miejsce pozaszpitalne. Omówić wskazania i przeciwwskazania do obu miejsc. Jeśli to możliwe podmiot realizujący działalność leczniczą z zakresu opieki okołoporodowej, może udostępnić pacjentce możliwość obejrzenia miejsca w której planuje dobrać poród.

Kolejnym krokiem w opiece przedporodowej jest omówienie z pacjentką okresu poporodowego, przekazania jak przebiega połóg, powrót do płodności oraz psychologiczne aspekty połogu. Należy poruszyć również zagadnienia związane z karmieniem piersią oraz opieką nad noworodkiem i niemowlęciem. Opowiedzieć jakie działania profilaktyczne będą podejmowane wobec jej dziecka, jak powinna postępować z dzieckiem po wyjściu ze szpitala. co istotne od 21. tygodnia ciąży do 31. tygodnia ciąży położnicy przysługuje wizyta u położnej raz w tygodniu oraz od 32. tyg. do rozwiązania - dwa razy w tygodniu [22].

2.1.2. Postępowanie w trakcie porodu

Kobietę rodzącą należy traktować z szacunkiem oraz umożliwić jej możliwość podejmowania decyzji dotyczących jej i noworodka. Personel szpitala powinien zwrócić uwagę na mowę zarówno werbalną jak ton głosu, słowa jak i pozawerbalną, postawa ciała, kontakt wzrokowy. Powinno zapytać się rodzącej o jej potrzeby i oczekiwania i w miarę możliwości je realizować. Każda osoba sprawująca opiekę nad rodzącą powinna się z nią osobiście przywitać, przedstawić się oraz wyjaśnić swoją rolę w opiece nad nią. Personel powinien prezentować postawę spokojną oraz wzbudzającą zaufanie. Należy szanować prywatność oraz poczucie intymności rodzącej. Osoby opiekujące się rodzącą powinny zapoznać się z jej planem porodu i w miarę możliwości go realizować, przedstawić kobiecie możliwości łagodzenia bólu, wykorzystania aktywności fizycznej oraz optymalnych pozycji podczas porodu oraz wzywania pomocy. Rodząca powinna mieć również możliwość spożywania płynów, również w aktywnej fazie porodu. Decyzję dotyczącą spożycia pokarmów podejmuje osoba sprawująca opieką nad kobietą. Przed wykonaniem każdej procedury medycznej

personel powinien uzyskać osobną zgodę. Personel powinien również umożliwić rodzącej obecność osoby bliskiej.

Pacjentka ma prawo do łagodzenia bólu porodowego obejmujące metody niefarmakologiczne takie jak aktywność fizyczna, przyjmowanie odpowiednich pozycji również z wykorzystaniem dostępnego sprzętu, techniki oddechowe, masaże, immersja wodna, czy akupresura oraz farmakologiczne [22].

2.1.3. Opieka nad noworodkiem

Opieka pielęgnacyjna zarówno nad dzieckiem jak i matką należy do zadań położnej. Położna powinna oznakować noworodka, przeciąć pępowinę, ocenić noworodka w skali Apgar, jeśli istnieje taka możliwość to ocena ta powinna się odbyć na brzuchu matki. Następnie położna nadzoruje pierwsze karmienie piersią oraz wykonuje wszelkie procedury profilaktyczne. Ważnym aspektem jest również umożliwienie matce nieprzerwanego kontaktu skóra do skóry przez dwie godziny po porodzie, w trakcie którego należy zachęcić kobietę do rozpoczęcia karmienia piersią. Wszelkie procedury podejmowane wobec dziecka powinny być wykonywane w obecności i po uzyskaniu zgody matki. Następnie dziecko powinno w ciągu 12 godzin od porodu zostać zbadane przez neonatologa w obecności jednego z rodziców.

Przed wypisem matki i dziecka ze szpitala należy przygotować zewnętrzną dokumentację medyczną noworodka która zawierała będzie między innymi zalecenia dotyczące żywienia dziecka, instruktaż w zakresie przystawiania dziecka do piersi oraz informację o konieczności wyboru położnej POZ która wykona wizyty patronażowe.

Informacje dotyczące karmienia piersią powinny być spójne i zgodne z najnowszą wiedzą, należy przeprowadzić instruktaż w zakresie prawidłowego przystawiania do piersi oraz różnorodnych pozycji karmienia. w przypadku trudności z karmieniem położna powinna zdiagnozować problem na podstawie oceny umiejętności ssania i wdrożyć postępowanie zgodne z aktualną wiedzą na temat laktacji, tak aby umożliwić skuteczne karmienie noworodka mlekiem z piersi matki. Podanie sztucznego mleka może nastąpić wyłącznie na zalecenie lekarza lub wyłączną decyzję matki. Nie należy również podawać noworodkowi smoczka do czasu ustabilizowania się laktacji [22].

2.1.4. Wizyty patronażowe

Do zadań położnej w trakcie wizyt patronażowych należy w szczególności: ocena stanu ogólnego położnicy, stanu mięśnia macicy, rany krocza, ilości i jakości odchodów połogowych, stanu gruczołów piersiowych i brodawek oraz czynności pęcherza moczowego i jelit. Położna

powinna ocenić również laktację, higienę ciała oraz stan psychiczny kobiety. do zadań położnej należy również sprawdzenie stanu ogólnego noworodka, jego stanu skóry, odruchów, odżywienia, oczu, stanu kikutu pępowinowego, sposobu zapewnienie higieny ciała oraz higieny i bezpieczeństwa pomieszczenia, w którym przebywa noworodek. Powinna również zwrócić uwagę na relacje rodzinne i wydolność opiekuńczą rodziny, zachęcać do karmienia naturalnego, informować o konieczności zgłaszania się z dzieckiem na szczepienia ochronne oraz poinformować o konieczności odwiedzenia lekarza położnika w ósmym tygodniu po porodzie. Udzielić porad na temat czynności higienicznych wykonywanych u noworodka, zdrowego stylu życia, sposobach radzenia sobie ze stresem, prowadzić edukację zdrowotną ze szczególnym uwzględnieniem wpływu palenia na zdrowie dziecka, picia alkoholu w trakcie karmienia piersią, profilaktyki raka piersi i szyjki macicy. Położna powinna wykonać nie mniej niż 4 wizyty patronażowe. w trakcie wizyt położna może również zdjąć kobiecie szwy z krocza oraz brzucha, motywować do prowadzenia aktywności fizycznej oraz instruktaz odnośnie do kinezyterapii w położu. Powinna również udzielić informacji osobie bliskiej położnicy na temat zamian emocjonalnych zachodzących w położu oraz możliwości udzielenia pomocy i wsparcia położnicy, jak również wskazać instytucje w których możliwe jest uzyskanie pomocy [22].

2.2. Program Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Ciąży

Niezależnie od modelu opieki okołoporodowej w ramach którego kobieta zdecyduje się prowadzić ciążę, schemat wizyt oraz badań realizowanych w trakcie ciąży jest taki sam. Został opisany w klasycznym modelu. Kobieta decydując się na przystąpienie do Programu musi podpisać umowę, w której zostaje zobowiązana do korzystania z usług wyłącznie placówki realizującej KOC, nie ma możliwości korzystania z opieki medycznej w podmiotach nierealizujących Programu. Szpital podpisując umowę na realizację Programu nie może świadczyć opieki nad kobietą ciężarną w ramach klasycznego modelu opieki [5,14]. Podmiotem koordynującym opiekę jest szpital, który posiada oddział ginekologiczno-położniczy. Wszystkie działania, którymi objęta jest kobieta w ciąży nadzoruje szpital do jego obowiązków należy również opracowanie schematu organizacyjnego realizacji KOC oraz przygotowanie indywidualnego planu opieki perinatalnej.

Po przystąpieniu do Programu pacjentka otrzymuje „Informację dla kobiety objętej koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży” która jest zgodna z wytycznymi zapisanymi w załączniku 5 do Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2018 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” [6] oraz załącznikiem 12 do Zarządzenie Nr 45/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie [24], w których znajdują się informacje dotyczące kontaktu z osobą opiekującą się kobietą ciężarną, czy to lekarzem, czy położną. Przez całą ciążę szpital, który jest podmiotem koordynującym ma obowiązek umożliwić kobiecie możliwość 24 godzinnego kontaktu z wykwalifikowanym personelem, jego obowiązkiem jest również koordynacja wszystkich niezbędnych w trakcie ciąży konsultacji medycznych. Musi współpracować z lekarzem POZ oraz pielęgniarką, na liście których znajduje się kobieta [25]. Szpital na I poziomie referencyjnym musi ustalić również zasady konsultacji i współpracy z ośrodkiem na II lub III poziomie referencyjnym, który zapewnia konsultacje w przypadku wystąpienia nieprawidłowości w przebiegu ciąży [26]. W przypadku wystąpienia niepowodzeń położniczych szpital koordynujący ma za zadanie zapewnić pacjentce opiekę psychologiczną [25,27].

Pacjentka zostaje włączona do opieki koordynowanej już podczas pierwszej porady, w placówce która realizuje KOC. Natychmiastowo zostaje to odnotowane w systemie NFZ i od tego momentu pacjentka nie może już korzystać z opieki poza KOC. Od razu kobieta musi również dokonać wyboru osoby prowadzącej ciążę, czy to będzie lekarz czy położna [26].

2.1.1 Założenia programu

Głównym z założeń Programu zapisanym w załączniku 4a do zarządzenia Nr 125/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 grudnia 2016 r. jest zapewnienie „Pełnoprofilowej opieki nad kobietą w ciąży, realizowanej zgodnie ze standardami gwarantującymi, w przypadkach występowania powikłań lub sytuacji niepowodzeń położniczych, wczesne postawienie diagnozy i odpowiednie postępowanie terapeutyczne oraz zapewnienie wielodyscyplinarnej skoordynowanej specjalistycznej opieki nad matką i noworodkiem, ze szczególnym uwzględnieniem opieki psychologicznej.” Ponadto kobieta ma mieć zagwarantowany łatwiejszy dostęp do świadczeń zarówno w trakcie ciąży jak i po porodzie, zarówno dla niej jak i noworodka. Dostępność do świadczeń zagwarantowanych w trakcie ciąży, również ma ulec poprawie dzięki możliwości prowadzenia ciąży przez położną [27].

III. Zasady rozliczania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia

3.1. Rozliczanie świadczeń w klasycznym modelu opieki

W klasycznym modelu opieki świadczenia rozliczane są po wykonaniu procedur odpowiednich dla danego okresu ciąży. Szczegółowe informacje zawarte są w tabeli 3.

Tabela 3. Wycena świadczeń wykonywanych u kobiet w ciąży w klasycznym modelu opieki

Nazwa świadczenia	Wartość punktowa	Wartość wyrażona w zł oraz punktowa w przypadku prowadzenia ciąży przez położną
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie do 10 tyg.	229	215 zł
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 11 do 14 tyg.	152	140 zł
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 15 do 20 tyg.	152	140 zł
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 21. do 26 tyg.	181	168 zł
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 27. do 32 tyg.	152	140 zł
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 33. do 37 tyg.	152	140 zł
świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 38. do 39 tyg.	152	140 zł
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie po 40 tyg.	152	140 zł
Podanie immunoglobuliny anti-RhD pacjentce RhD-ujemnej w 28-30 tyg. ciąży	1	1 pkt
Świadczenie kontrolne końcowe	6	6 pkt
Poród	1893	1893 pkt
Opieka nad noworodkiem	1082	1082 pkt
Wizyta u położnej w edukacji przedporodowej	31 zł	31 zł

Wizyta patronażowa	29 zł	29 zł
SUMA	4304 pkt i 60 zł	1283 zł i 2982 pkt

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z Katalog nr 1 zarządzenia Nr 160/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2021 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Świadczenia te wykonywane są zgodnie z postanowieniami określonymi w rozporządzeniu o opiece okołoporodowej. Rozliczenie świadczenia możliwe jest po wykazaniu w raporcie statystycznym świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych. Świadczenie nie może być rozliczane w przypadku realizacji umowy, której przedmiotem jest Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży [28,29]. Ponadto istnieje również możliwość rozliczenia świadczeń z wykorzystaniem charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych.

3.2. Rozliczanie świadczeń w programie Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży

Szpital realizujący Program rozliczany jest ryczałtem. Wysokość ryczałtu jest zależna od tygodnia ciąży w którym ciężarna przystąpiła do Programu. w sytuacji pojawienia się powikłań w trakcie ciąży istnieje możliwość zwiększenia ryczałtu. Wycena ta obejmuje opiekę nad kobietą w ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do 6 tygodni od urodzenia.

W niniejszej pracy skupiono się wyłącznie na prowadzeniu ciąży fizjologicznej oraz porodzie bez powikłań. Dlatego w wykazie świadczeń znajdują się jedynie świadczenia z I poziomu referencyjnego (KOC I), ponieważ poziomy II i III w opiece koordynowanej obejmują cięższe nefizjologiczne oraz powikłane porody [30]. Szczegółowa wycena zawarta jest w tabeli 4.

Tabela 4. Wycena świadczeń KOC

Nazwa świadczenia	Wartość punktowa w przypadku prowadzenia ciąży przez lekarza	Wartość punktowa w przypadku prowadzenia ciąży przez położną
Ryczałt KOC I - od I trymestru ciąży	6086	6086
Ryczałt KOC I - od 15 tygodnia ciąży	5590	-
Ryczałt KOC I - od 33 tygodnia ciąży	5142	-
Wizyta patronażowa położnej	27	-

--	--	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z Załącznik 2 do Zarządzenia Nr 129/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09 lipca 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Placówka ma możliwość zwiększenia ryczałtu, gdy osiągnie odpowiednie parametry jakościowe, są nimi:

- odsetek porodów rozliczanych jako fizjologiczne powyżej 75% - wzrost wyceny o 2%,
- minimum 60% kobiet objętych KOC od 21 tygodnia ciąży – powoduje wzrost finansowania o 4%,
- odsetek cięć cesarskich poniżej 25% dla szpitali na I i II poziomie referencyjności i 40% dla szpitali na III poziomie referencyjności cięć cesarskich – wzrost finansowania o 2%,
- 100% pacjentek u których zrealizowano pełen plan opieki - wzrost finansowania o 2%,
- odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe, 10% lub więcej – wzrost finansowania o 2%,
- liczba noworodków urodzonych w złym stanie ogólnym (poniżej 4 pkt. Apgar) nieprzekraczająca 1% – wzrost finansowania o 1%,
- przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród pacjentek objętych opieką koordynowaną, i uzyskanie co najmniej 60% zwrotnych odpowiedzi – wzrost o 1%.

Świadczeniodawca wyróżnił również następujące parametry:

- odsetek kobiet objętych programem, które urodziły w podmiocie koordynującym powyżej 80%,
- średni czas hospitalizacji poporodowej 3 dni lub poniżej u co najmniej 90% pacjentek,
- liczba porodów odebranych przez położne w ciążach przez nie prowadzonych.

Niestety nie mają one obecnie wpływu na wzrost wyceny [27,30,31,32].

Po upływie 3 miesięcy od daty rozpoczęcia realizacji KOC parametry jakościowe są sprawdzane. Następnie sprawozdania muszą być przedstawiane w okresach trzymiesięcznych, pod warunkiem, że w ocenianym okresie odbyło się minimum 100 porodów [26].

W 2018 roku Program koordynowanej opieki był realizowany w 25 szpitalach natomiast w 2019 roku w 29 [33]. Po zrealizowaniu wszystkich parametrów jakościowych finansowanie wyglądałoby następująco (tabela 5):

Tabela 5. Wycena świadczeń w ramach KOC po skorygowaniu o parametry jakościowe

Nazwa świadczenia	Wartość punktowa w przypadku prowadzenia ciąży przez lekarza	Wartość punktowa w przypadku prowadzenia ciąży przez położną

Ryczałt KOC i - od I trymestru ciąży	6938	6938
Ryczałt KOC i - od 15 tygodnia ciąży	6261	-
Ryczałt KOC i - od 33 tygodnia ciąży	5759	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z Załącznik 2 do Zarządzenia Nr 129/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09 lipca 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W przypadku konieczności hospitalizacji matki bądź dziecka na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub dziecka na oddziale neonatologicznym rozliczenia następuje w oparciu o odrębną wycenę świadczeń.

W ramach pilotażu programu, który rozpoczął się w 2016 roku w sytuacji, w której szpital nie zrealizował parametrów jakościowych wycena KOC ulegała skorygowaniu wskaźnikiem 0,7. w tabeli 6 przedstawiono wycenę po skorygowaniu.

Tabela 6. Wycena świadczeń w ramach KOC po skorygowaniu

Nazwa świadczenia	Wartość punktowa w przypadku prowadzenia ciąży przez lekarza	Wartość punktowa w przypadku prowadzenia ciąży przez położną
Ryczałt KOC i - od I trymestru ciąży	4260	4260
Ryczałt KOC i - od 15 tygodnia ciąży	3913	-
Ryczałt KOC i - od 33 tygodnia ciąży	3599	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z Załącznik 2 do Zarządzenia Nr 129/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09 lipca 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Po wprowadzeniu programu w 2017 roku zrezygnowano ze stosowania korekty wyceny w przypadku niespełnienia parametrów jakościowych.

IV. Cel i metodyka badań

4.1. Cel badań

Celem głównym podjętego przedsięwzięcia badawczego była ocena funkcjonowania Programu Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży (KOC) oraz jego skutków w aspekcie bezpieczeństwa pacjentek, ich dzieci oraz słuszności wprowadzenia rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia publicznego. Cel ten został zrealizowany poprzez porównanie dwóch modeli opieki tj. KOC i klasycznego modelu opieki nad kobietami ciężarnymi w Polsce.

Cele szczegółowe:

- ocena zakresu wdrożenia Programu Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży w polskich szpitalach,
- ocena częstości prowadzenia ciąży przez położne w Polsce w ramach KOC i w tradycyjnym modelu,
- poznanie opinii kobiet ciężarnych, które korzystały z Programu o KOC o świadczeniach realizowanych przez położne i lekarzy,
- poznanie opinii kobiet ciężarnych, które korzystały z klasycznego modelu o świadczeniach realizowanych przez położne i lekarzy,
- poznanie opinii kobiet ciężarnych obu badanych grup o rozwiązaniach organizacyjnych i poczuciu bezpieczeństwa,
- poznanie opinii położnych i lekarzy na temat rozwiązań organizacyjnych i bezpieczeństwie świadczeniobiorców w Programie KOC.

4.2. Problem badawczy i hipotezy

Główny problem badawczy:

Czy wprowadzenie Programu KOC wpłynęło na zmianę roli położnej, zwiększenie poziomu wiedzy, poczucia bezpieczeństwa i zadowolenia kobiet w ciąży, oraz słuszność rozwiązań systemowych w Polsce?

Hipotezy badawcze:

1. Po wprowadzeniu Programu Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży w roku 2016, liczba prowadzonych przez położne ciąż uległa zwiększeniu,
2. Środki gwarantowane przez NFZ na realizację świadczeń położnych nie są przez ciężarne w pełni wykorzystywane,

3. Wśród pacjentek panuje przekonanie, że lekarz posiada większą wiedzę i kompetencje do prowadzenia ciąży niż położne,
4. Kobiety nie posiadają pełnej wiedzy w zakresie aktualnych rozwiązań systemowych, roli położnej i lekarza w zakresie świadczeń udzielanych w trakcie ciąży,
5. Kobiety, które korzystały z Programu o KOC wyżej oceniają otrzymywane świadczenia w ramach opieki okołoporodowej niż pacjentki, które korzystały z klasycznego modelu opieki.
6. Bezpieczeństwo świadczeniobiorców w ramach Programu Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży jest wyżej oceniane przez pacjentki, położne i lekarzy, niż w klasycznym modelu opieki.

4.3. Metody, techniki i narzędzia badawcze

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. w badaniu zastosowano cztery narzędzia badawcze, w tym jedno opracowane przez NFZ i trzy autorskie (szczegółowy zakres pytań i narzędzia znajdują się z załącznikach dysertacji). Autorskie narzędzia badawcze zostały przygotowane na podstawie kwestionariusza ankiety NFZ oraz założonych celów badawczych. Etapy postępowania badawczego zostały opisane poniżej (4.4.). W celu pozyskania opinii od kobiet korzystających z klasycznego modelu opieki, na stronach ogólnopolskich, tematycznie związanych z ciążą, umieszczono link do badania z prośbą o wypełnienie. Do wszystkich szpitali w Polsce realizujących Program KOC wysłano linki do ankiet skierowanych do lekarzy i położnych. Każdy, kto przystąpił do badania, wraz z ankietą, uzyskał elektroniczną informację o jego celowości i zapewnieniu o anonimowości. Przystąpienie do badania było formą wyrażenia świadomej zgody na udział w nim. Badanie było anonimowe. na jego realizację uzyskano pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (nr NKBBN/530/2019-2020). Dane zostały objęte analizą statystyczną w kierunku korelacji w celu otrzymania obiektywnego poglądu na omawiane zagadnienia; tj. czy istnieją zależności potwierdzające słuszność realizacji i kontynuacji KOC w Polsce.

Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 28 oraz programu statystycznego STATA 13. Zmienne typu jakościowego zostały przedstawione za pomocą licznosci oraz wartości procentowych. w celu wykrycia zależności pomiędzy cechami jakościowymi wykonano test chi-kwadrat. Jako poziom błędu statystycznego przyjęto 5%. Próg istotności statystycznej zdefiniowano na $p < 0,05$. Wyniki badań przedstawiono w tabelach oraz na wykresach.

4.4. Materiał i organizacja badań

Badanie zostało przeprowadzone w latach 2019-2021 na grupie 4939 osób, w tym: 3216 kobiet korzystających z Programu KOC, 1642 kobiet, które zostały objęte klasycznym modelem opieki, oraz 81 lekarzy i położnych (jako świadczeniodawców w programie KOC, a wcześniej w klasycznym modelu).

Badanie zostało podzielone na kilka etapów:

Etap I – badanie kobiet objętych KOC

W pierwszym etapie badania, uzyskano zgodę z NFZ, na wykorzystanie danych z Centrali NFZ, dotyczących liczby i rodzaju świadczeń udzielanych przez placówki medyczne, lekarzy i położne w zakresie opieki okołoporodowej w latach 2017-2020, w tym KOC. W pierwszej połowie 2020 roku wysłano pisma, do wszystkich (27) szpitali realizujących Program Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży w Polsce, z prośbą o udostępnienie wypełnianych przez pacjentki kwestionariuszy ankiet NFZ do analizy. Zgodę na udostępnienie wypełnionych kwestionariuszy uzyskano z 8 szpitali (33%) zlokalizowanych na terenie całej Polski. Zebrano dane bezpośrednio ze szpitali (dane z kwestionariusza NFZ za lata 2017-2019), poprzez samodzielne przepisywanie wypełnionych ankiet do programu MS Excel 2016. Narzędzie badawcze składało się z 3 części oznaczonych symbolami A, S i P. Pierwsza (A) dotyczyła opieki ambulatoryjnej i składało się na nią 8 pytań jednokrotnego wyboru. Druga (S) skupiała się na opiece w szpitalu, zawartych w niej było 13 pytań jednokrotnego wyboru, trzecia część (P) oceniała opiekę w trakcie porodu, zawierała 4 pytania jednokrotnego wyboru.

Kryterium włączenia było prowadzenie aktualnej ciąży w ramach KOC. Po weryfikacji danych, do analizy włączono materiał od 3216 kobiet.

Etap II – badanie kobiet objętych tradycyjnym modelem

W kolejnym kroku stworzono autorskie narzędzie badawcze przygotowane na podstawie kwestionariusza ankiety Narodowego Funduszu Zdrowia. Składało się z 35 pytań jednokrotnego i wielokrotnego wyboru, oraz jednego pytania otwartego. Następnie ankietę udostępniono on-line na stronach związanych tematycznie z opieką okołoporodową. Badanie przeprowadzono w 2020 roku. Jako *kryterium włączenia* do badania przyjęto poród do 6 miesięcy od chwili przeprowadzenia badania. W przypadku, kiedy kobieta była w ciąży więcej niż raz, została poinformowana, aby brać pod uwagę tylko ostatnią ciążę. Jako *kryterium wyłączenia* z badania przyjęto poród dłużej niż 6 miesięcy temu oraz prowadzenie ciąży w ramach KOC. Po weryfikacji danych, do analizy włączono materiał od 1642 kobiet.

Etap III – badanie położnych i lekarzy

Trzecim krokiem było przygotowanie narzędzi badawczych i pozyskanie opinii położnych oraz lekarzy na temat funkcjonowania Programu KOC. Badanie przeprowadzono w pierwszej połowie 2021 roku przy wykorzystaniu metody CAWI. Link do ankiety został wysłany

do wszystkich szpitali w Polsce realizujących KOC. Zwrotność jednak nie była wysoka. Przy jej pomocy pozyskano opinię 45 położnych oraz 36 lekarzy. Narzędzie badawcze dla położnych składało się z 19 pytań jednokrotnego oraz wielokrotnego wyboru i jednego pytania otwartego, poprzedzonych pytaniami metryczkowymi. Natomiast dla lekarzy z 11 pytań jednokrotnego oraz wielokrotnego wyboru oraz dwóch pytań otwartych.

Etap IV – opracowanie oraz dobór metod statystycznych w celu analizy zebranych danych

W ostatnim etapie badań zgromadzony materiał poddany został ilościowej oraz jakościowej analizie statystycznej przy wykorzystaniu MS Excel 2016 oraz programu statystycznego STATA 13. Zmienne typu jakościowego zostały przedstawione za pomocą licznosci oraz wartości procentowych. w celu wykrycia zależności pomiędzy cechami jakościowymi wykonano test chi-kwadrat. Celem weryfikacji hipotez badawczych użyto pakietu IBM SPSS Statistics 28. Za jego pomocą wyliczono testy niezależności chi-kwadrat w celu oceny zależności pomiędzy zmiennymi jakościowymi (skategoryzowanymi). Jako miary relacji w tabelach 2 x 2 użyto współczynnika F_i (Φ), zaś dla tabel większych ($m \times n$, gdzie m i/lub $n > 2$: zależności pomiędzy dwiema zmiennymi nominalnymi, spośród których co najmniej jedna przyjmuje więcej niż dwie wartości) zastosowano współczynnik V Cramera (V_c). Miary te przyjmują wartości w zakresie od 0 do 1, gdzie 0 oznacza brak relacji a 1 całkowitą zależność między zmiennymi. Za poziom istotności przyjęto $\alpha = 0,05$. Wyniki badań przedstawiono w tabelach, wykresach oraz w formie opisowej.

4.5. Ograniczenia badania

Przedstawione w pracy badania oparte były przede wszystkim na dwóch bazach danych charakteryzujących różne perspektywy prowadzenia ciąży w Polsce. Pierwsza z nich pochodziła z danych pozyskanych od pacjentek realizujących Program KOC w ramach NFZ, druga zaś od pacjentek korzystających z klasycznego modelu opieki. Ze względu na brak wpływu na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety opracowanego przez NFZ, nie było możliwości pełnego porównania wszystkich danych, szczególnie pozwalających na analizę charakterystyki kobiet ciężarnych, ponieważ ankieta NFZ nie zawierała takich pytań. Mając jednak na uwadze duże liczby badanych osób i dane pozyskiwane z raportów GUS (opisane w części teoretycznej dysertacji) o profilu kobiet rodzących, można założyć, iż obie grupy badanych kobiet ciężarnych w Polsce były jednorodne. Pomimo powyższego, całość zebranych danych oraz dokonane analizy z przeprowadzonych badań, uznano za na tyle wartościowe, że stały się one podstawą do dalszych rozważań i wniosków.

V. Wyniki badań

5.1. Dane pozyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia

Jak wynika z danych opublikowanych przez Główny Urząd Statystyczny liczba urodzeń w 2017 roku wynosiła w Polsce ok 400 tys., a w 2019 roku urodziło się już ok. 30 tys. dzieci mniej. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 7 [34,35,36].

Tabela 7. Liczba urodzeń w poszczególnych latach

Rok	2017	2018	2019
Liczba urodzeń	403 083	389 455	376 192

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z GUS

Również z danych udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że zarówno liczba udzielanych świadczeń jak i liczba osób którym te świadczenia są udzielane z roku na rok maleje. w 2020 roku liczba udzielonych świadczeń z zakresu N01 Poród naturalny wynosiła ok 140 tys., a więc była 22% mniejsza niż 2017 roku. Również liczba cięć cesarskich zmalała o 19%. Jednak stosunek cięć cesarskich do sumy porodów naturalnych i porodów przy pomocy cięcia cesarskiego, każdego roku jest taki sam i wynosi ok 38%. Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 8 oraz 9.

Tabela 8. Liczba udzielonych świadczeń w latach 2017-2020

Liczba świadczeń								
	2017		2018		2019		2020	
Nazwa produktu kontraktowego	N	%	N	%	N	%	N	%
N01 PORÓD naturalny	181 675	63	166 341	62	156 873	63	142 625	62
N01 PORÓD cesarskie cięcie	108 448	37	102 387	38	95 059	38	87 985	38
SUMA PORODÓW	290 123		268 728		251 932		230 610	
N20 Noworodek wymagający normalnej opieki	212 503		196 767		177 082		157 539	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ

Tabela 9. Liczba osób którym udzielone zostały świadczenia w latach 2017-2020

Liczba osób								
	2017		2018		2019		2020	
Nazwa produktu kontraktowego	N	%	N	%	N	%	N	%
N01 PORÓD naturalny	181 630	63	166 300	62	156 847	62	142 599	62
N01 PORÓD cesarskie cięcie	108 441	37	102 381	38	95 049	38	87 980	38
SUMA PORODÓW	290 071		268 681		251 896		230 579	

N20 Noworodek wymagający normalnej opieki	211 482	195 917	176 434	156 950
---	---------	---------	---------	---------

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ

5.1.1 Prowadzenie ciąży przez położne

Ciąże prowadzone przez położne w Polsce to wciąż rzadkość. Jak przedstawiono w tabeli 10 w 2017 roku, położne do 10 tyg. ciąży prowadziły 459 cięż pacjentek, co nie jest nawet 1% wszystkich ciężarnych w tym okresie. Następnie z każdym tygodniem ciąży liczba pacjentek będących pod opieką położnych malała, dochodząc do 168 w 38-39 tygodniu ciąży. Pierwszy wyraźny spadek obserwujemy po wizycie u położnej pomiędzy 15 a 20 tygodniem ciąży. Podobnie maleje liczba świadczeń udzielanych przez położne (tabela 11).

Tabela 10. Liczba osób których ciążę prowadziła położna w latach 2017-2020

Liczba osób w poszczególnych latach				
Nazwa produktu kontraktowego	2017	2018	2019	2020
Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie do 10. tyg. ciąży	453	591	640	491
Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 11. do 14. tyg. ciąży	437	546	611	422
Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 15. do 20. tyg. ciąży	440	550	609	429
Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 21. do 26. tyg. ciąży	369	556	570	402
Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 27. do 32. tyg. ciąży	295	544	506	400
Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 33. do 37. tyg. ciąży	234	478	479	353
Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 38. do 39. tyg. ciąży	168	384	363	293
Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie po 40. tyg. ciąży	93	218	182	162

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ

Tabela 11. Liczba świadczeń udzielonych przez położne w latach 2017-2020

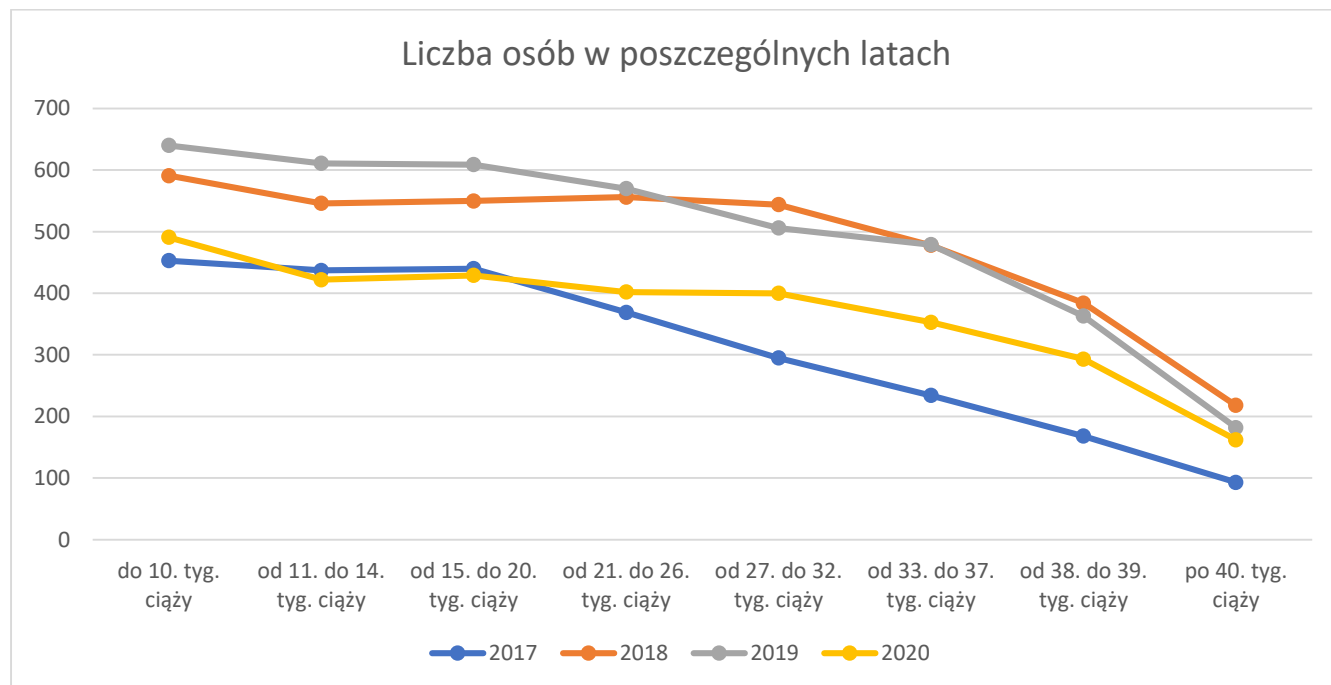
Liczba świadczeń udzielonych przez położne w poszczególnych latach				
Nazwa produktu kontraktowego	2017	2018	2019	2020
Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie do 10. tyg. ciąży	459	593	644	492
Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 11. do 14. tyg. ciąży	441	547	612	424
Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 15. do 20. tyg. ciąży	441	550	612	431

Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 21. do 26. tyg. ciąży	371	556	572	402
Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 27. do 32. tyg. ciąży	296	544	507	400
Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 33. do 37. tyg. ciąży	234	478	481	354
Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 38. do 39. tyg. ciąży	169	386	363	293
Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie po 40. tyg. ciąży	93	219	219	162
Razem	1944	3873	4010	2958

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ

Jak przedstawiono na wykresie 1 największa liczba kobiet, u których ciąża prowadzona była przez położną zanotowana została w roku 2019 (640 kobiet w początkowym okresie ciąży). co istotne liczba ta od 2017 roku stopniowo wzrastała osiągając swój szczyt właśnie w roku 2019 by 2020 gwałtownie spaść (491 kobiet na początku ciąży) prawie do poziomu 2017 roku (453 pacjentki).

Wykres 1. Liczba osób których ciążę prowadziła położna w latach 2017-2020



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ

5.1.2 Prowadzenie ciąży przez lekarzy

Liczba świadczeń udzielanych przez lekarzy, z roku na rok maleje co niewątpliwie związane jest z malejącą corocznie liczbą urodzin. Jak przedstawiono w tabeli 12 w 2017 lekarze udzielili ponad 280 tys. świadczeń, w 2020 roku było ich niecałe 219 tys.

Tabela 12. Liczba świadczeń udzielonych przez lekarzy w latach 2017-2020

Liczba świadczeń udzielonych przez lekarzy w poszczególnych latach				
Nazwa produktu kontraktowego	2017	2018	2019	2020
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie do 10. tyg.	45 561	43 072	42 147	37 023
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 11. do 14. tyg.	37 515	34 397	33 569	28 640
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 15. do 20. tyg.	43 008	38 264	37 352	32 404
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 21. do 26. tyg.	43 011	38 509	37 049	32 887
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 27. do 32. tyg.	41 303	37 166	35 738	31 624
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 33. do 37. tyg.	37 827	33 729	32 557	29 144
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 38. do 39. tyg.	25 011	23 382	22 608	20 170
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie po 40. tyg.	8 035	7 666	7 617	6 700
Razem	281 271	256 185	248 637	218 592

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ

Analogicznie, co przedstawiono w tabeli 13, co roku maleje liczba osób objętych opieką okołoporodową. w 2017 roku do 10 tyg. ciąży prawie 45 tys. kobiet było objętych opieką lekarską, 2020 roku liczba ta spadła do niecałych 37 tys.

Tabela 13. Liczba osób których ciążę prowadził lekarz w latach 2017-2020

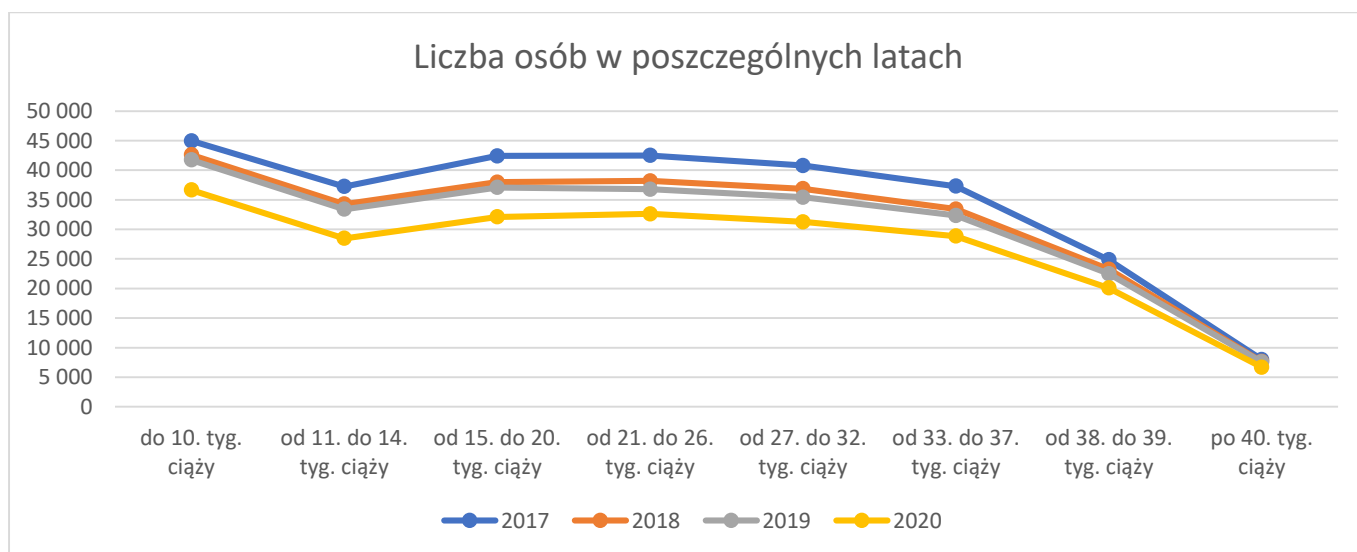
Liczba osób w poszczególnych latach				
Nazwa produktu kontraktowego	2017	2018	2019	2020
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie do 10. tyg.	44 970	42 605	41 736	36 653
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 11. do 14. tyg.	37 250	34 261	33 411	28 476
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 15. do 20. tyg.	42 415	37 972	37 079	32 108
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 21. do 26. tyg.	42 488	38 205	36 784	32 605

Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 27. do 32. tyg.	40 778	36 857	35 434	31 274
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 33. do 37. tyg.	37 306	33 432	32 344	28 854
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 38. do 39. tyg.	24 844	23 252	22 509	20 077
Świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie po 40. tyg.	7 990	7 650	7 591	6 687

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ

Jak obrazuje wykres 2 corocznie liczba pacjentek objętych opieką okołoporodową po 10 tyg. spada średnio o 20% by na wizycie po 15 tyg. ciąży wzrosnąć o 10% i utrzymywać się na podobnym poziomie do 32 tyg. ciąży. Następnie po 33 tyg. ciąży liczba pacjentek systematycznie spada.

Wykres 2. Liczba osób u których ciążę prowadził lekarz w latach 2017-2020



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ

Świadczenia położnych w Polsce głównie odbywają się przy okazji wizyt pacjentek u lekarza oraz wizyt patronażowych. W 2017 roku położne odbyły ponad 436 tys. wizyt edukacyjnych pomiędzy 21 a 31 tyg. ciąży (tabela 14), co jak przedstawiono w tabeli 15 równa się średnio 5 wizytom przypadającym na 1 pacjentkę oraz prawie 773 tys. świadczeń po 32 tyg. ciąży, czyli 6 wizyt przypadających na 1 pacjentkę. W 2020 roku natomiast liczba ta spadła do 388 tys. udzielonych świadczeń pomiędzy 21 a 31 tyg. ciąży - średnio 4 wizyt przypadających na 1 pacjentkę oraz ok 730 tys. świadczeń pomiędzy 21 a 31 tyg. ciąży - średnio 6 wizyt przypadających na 1 pacjentkę. Wizyty patronażowe natomiast corocznie realizowane są na tym samym poziomie i jedna pacjentka odbywa średnio 4 wizyty (tabela 15).

Tabela 14. Liczba świadczeń udzielanych przez położne w latach 2017-2020

Liczba świadczeń udzielonych przez położne w poszczególnych latach				
Nazwa produktu kontraktowego	2017	2018	2019	2020
Wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży	436 120	438 238	487 567	388 065
Wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 32 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania	772 764	784 991	858 364	729 598
Wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży – wada letalna płodu	23	14	6	6
Wizyta patronażowa położnej poz po porodzie	1 631 169	1 603 837	1 576 084	1 349 944

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ

Tabela 15. Liczba osób objętych opieką okołoporodową położnej w latach 2017-2020

Liczba osób w poszczególnych latach				
Nazwa produktu kontraktowego	2017	2018	2019	2020
Wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży	93 386	92 961	107 838	88 158
Średnia liczba wizyt przypadająca na 1 pacjentkę (Wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży)	5	5	4	4
Wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 32 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania	117 477	117 719	132 640	112 648
Średnia liczba wizyt przypadająca na 1 pacjentkę (Wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 32 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania)	6	7	6	6
Wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży – wada letalna płodu	5	3	5	2
Średnia liczba wizyt przypadająca na 1 pacjentkę (Wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży – wada letalna płodu)	5	2	1	3
Wizyta patronażowa położnej poz po porodzie	462 923	454 738	449 163	417 452
Średnia liczba wizyt przypadająca na 1 pacjentkę (Wizyta patronażowa położnej poz po porodzie)	4	4	4	3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ

5.1.3. Prowadzenie ciąży w ramach Programu Koordynowanej Opieki nad Kobiętą w Cięży

Liczba ciąż prowadzonych przez położną wzrosła z 7 w 2017 roku do 20 w roku 2020 co przedstawiono w tabeli 16 oraz 17.

Tabela 16. Liczba świadczeń udzielonych przez położne w ramach KOC w latach 2017-2020

Liczba świadczeń udzielonych przez położne w poszczególnych latach				
Nazwa produktu kontraktowego	2017	2018	2019	2020
Ryczałt KOC I, w przypadku prowadzenia ciąży przez położną	7	1	0	20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ

Tabela 17. Liczba osób objętych opieką przez położne w ramach KOC w latach 2017-2020

Liczba osób w poszczególnych latach				
Nazwa produktu kontraktowego	2017	2018	2019	2020
Ryczałt KOC I, w przypadku prowadzenia ciąży przez położną	7	1	0	20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ

Liczba świadczeń udzielanych przez lekarzy w ramach KOC co roku wzrasta, z 2007 świadczeń w 2017 roku do ponad 14 tys. w roku 2020 co przedstawiono w tabeli 18 oraz 19.

Tabela 18. Liczba świadczeń udzielonych przez lekarzy w ramach KOC w latach 2017-2020

Liczba świadczeń udzielonych przez lekarzy w poszczególnych latach				
Nazwa produktu kontraktowego	2017	2018	2019	2020
Ryczałt KOC i - od I trymestru ciąży	167	794	931	1 019
Ryczałt KOC i - od 15 tygodnia ciąży	71	348	448	739
Ryczałt KOC i - od 33 tygodnia ciąży	1 769	6 247	8 120	12 496
Razem	2 007	7 389	9 499	14 254

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ

Tabela 19. Liczba osób objętych opieką lekarską w ramach KOC w latach 2017-2020

Liczba osób w poszczególnych latach				
Nazwa produktu kontraktowego	2017	2018	2019	2020
Ryczałt KOC i - od I trymestru ciąży	167	794	931	1 019
Ryczałt KOC i - od 15 tygodnia ciąży	71	348	448	739
Ryczałt KOC i - od 33 tygodnia ciąży	1 769	6 247	8 120	12 496
Razem	2 007	7 389	9 499	14 254

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ

Również liczba świadczeń udzielanych przez położne w ramach wizyt patronażowych w KOC co roku wzrasta. w 2017 roku położne odbyły 457 wizyt patronażowych (tabela 20) co równa się 3 wizytom patronażowym przypadającym na 1 pacjentkę (tabela 21). w 2020 roku położne zakontraktowały 3 473 wizyty, co równa się 4 wizytom patronażowym przypadającym na 1 pacjentkę.

Tabela 20. Liczba świadczeń udzielonych przez położne w ramach wizyt patronażowych w KOC w latach 2017-2020

Liczba świadczeń udzielonych przez położne w poszczególnych latach				
Nazwa produktu kontraktowego	2017	2018	2019	2020
Wizyta patronażowa położnej (KOC I)	457	2 112	3 007	3 473

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ

Tabela 21. Liczba osób które skorzystały z wizyt patronażowych w KOC w latach 2017-2020

Liczba osób w poszczególnych latach				
Nazwa produktu kontraktowego	2017	2018	2019	2020
Wizyta patronażowa położnej (KOC I)	130	543	781	930
Liczba wizyt przypadająca na 1 pacjentkę	3	4	4	4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ

5.2. Wyniki badań pacjentek objętych Programem Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży

Materiał badawczy został zebrany osobiście z 8 szpitali realizujących KOC na terenie całej Polski. Łącznie analizie poddano 3216 kwestionariuszy. W sytuacji, gdy na dane pytanie nie odpowiedziały wszystkie badane osoby, obliczenia wykonywano w oparciu o rzeczywistą liczbę osób.

5.2.1. Ocena opieki ambulatoryjnej

Jak wynika z przeprowadzonej podstawowej analizy danych większość kobiet (92%) miała możliwość wyboru osoby, która będzie prowadzić jej ciążę: lekarza lub położną. Szczegółowe przedstawienie wyników zawiera tabela 22.

Tabela 22. Możliwość wyboru osoby prowadzącej ciążę (położna lub lekarz)

A1: Czy miała Pani możliwość wyboru osoby prowadzącej ciążę (położna lub lekarz)?		
Tak	2962	92%
Nie	250	8%
Razem	3212	100%

Większość kobiet (85%) na pierwszej wizycie u osoby, która prowadziła jej ciążę ustaliła plan opieki nad nią i dzieckiem (tabela 23).

Tabela 23. Plan opieki nad matką i dzieckiem

A2: Czy przy pierwszej wizycie osoba prowadząca ciążę uzgodniła z Panią plan opieki nad Panią i dzieckiem?		
Tak	2719	85%
Nie	493	15%
Razem	3212	100%

W trakcie wizyt w poradni 89% ankietowanych miała możliwość wykonać zlecone badania diagnostyczne (tabela 24).

Tabela 24. Możliwość wykonania badań diagnostycznych w opiece ambulatoryjnej

A3: Czy w opiece ambulatoryjnej (w poradni) mogła Pani wykonać zlecone badania diagnostyczne?		
Tak	2821	89%
Nie	368	11%
Razem	3189	100%

Jak wynika z przeprowadzonego badania 86% kobiet uzyskała w opiece ambulatoryjnej informacje na temat praktycznego oraz teoretycznego przygotowania do porodu (tabela 25). Tyle samo kobiet otrzymało również informacje na temat pielęgnacji noworodka oraz karmienia piersią (tabela 26).

Tabela 25. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu

A4: Czy uzyskała Pani w opiece ambulatoryjnej (u położnej lub w poradni) informacje na temat praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu?		
Tak	2764	86%
Nie	445	14%
Razem	3209	100%

Tabela 26. Informacje na temat pielęgnacji noworodka i karmienia piersią

A5: Czy uzyskała Pani w opiece ambulatoryjnej (u położnej lub w poradni) informacje na temat pielęgnacji noworodka i karmienia piersią?		
Tak	2767	86%
Nie	443	14%
Razem	3210	100%

Jak wynika z otrzymanych danych tylko 72% badanych miała możliwość kontaktowania się w sytuacjach nagłych z osobą kompetentną. Jednak na poradę lekarską w nagłych sytuacjach mogło liczyć już 78% kobiet. Szczegółowe dane zawarto w tabeli 27 oraz 28.

Tabela 27. Możliwość kontaktu, w nagłych sytuacjach w ciągu 24 godzin z osobą kompetentną

A6: Czy miała Pani możliwość kontaktu, w nagłych sytuacjach w ciągu 24 godzin z osobą kompetentną?		
Tak	2290	72%
Nie	95	3%
Nie dotyczy	817	25%
Razem	3202	100%

Tabela 28. Możliwość konsultacji lekarskich w nagłej sytuacji

A7: Czy w sytuacjach nagłych mogła Pani liczyć na poradę lekarską?		
Tak	2509	78%
Nie	39	1%
Nie dotyczy	660	21%
Razem	3208	100%

na pytanie dotyczące poczucia bezpieczeństwa w oferowanej opiece ambulatoryjnej w trakcie ciąży większość kobiet odpowiedziała, że czuła się bardzo dobrze (71%) oraz dobrze (24%). Szczegółowe dane zawarto w tabeli 29.

Tabela 29. Poczucie bezpieczeństwa w opiece ambulatoryjnej

A8: Czy czuła się Pani bezpieczna w oferowanej przez nas opiece ambulatoryjnej?		
Bardzo dobrze	2275	71%
Dobrze	771	24%
Raczej dobrze	148	5%
Źle	5	0%
Bardzo źle	0	0%
Razem	3199	100%

5.2.2 Ocena opieki szpitalnej

Kobiety oceniają organizację przyjęcia na oddział bardzo dobrze – 74% oraz dobrze – 21%. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 30.

Tabela 30. Ocena organizacji przyjęcia na oddział

S1: Jak ocenia Pani organizację przyjęcia na oddział?		
Bardzo dobrze	2394	74%
Dobrze	677	21%
Raczej dobrze	109	4%
Źle	22	1%
Bardzo źle	2	0%
Nie dotyczy	11	0%
Razem	3215	100%

Na pytanie dotyczące przestrzegania zasad prywatności w trakcie pobytu w szpitalu 81% kobiet odpowiedziało, że prywatność była zawsze zachowana, natomiast 18% , że zazwyczaj tak (tabela 31).

Tabela 31. Zachowanie zasad prywatności w trakcie pobytu w szpitalu

S2: Czy w trakcie pobytu opieka nad Panią była sprawowana z zachowaniem zasad prywatności (np. podczas zbierania wywiadu, badania, udzielania informacji, porodu)?		
Tak, zawsze	2626	81%
Zazwyczaj tak	565	18%
Rzadko	23	1%
Nie, nigdy	2	0%
Razem	3216	100%

W kolejnym pytaniu pacjentki zostały zapytane, czy informacje udzielane przez personel szpitala, dotyczące zdrowia zarówno jej jak i dziecka były udzielane w sposób zrozumiały. 83% ankietowanych zawsze otrzymywała zrozumiałe informacje, 16% kobiet zazwyczaj tak. Szczegółowe informacje zawarto w tabeli 32.

Tabela 32. Udzielane informacje na temat stanu zdrowia pacjentki i jej dziecka

S3: Czy podczas pobytu w szpitalu udzielano Pani, w sposób zrozumiały, informacji o stanie zdrowia Pani i dziecka?		
Tak, zawsze	2675	83%
Zazwyczaj tak	508	16%
Rzadko	28	1%
Nie, nigdy	5	0%
Razem	3216	100%

86% ankietowanych zawsze, 13% zazwyczaj była informowana o planowanym postępowaniu medycznym i przygotowaniu do badań bądź porodu (tabela 33).

Tabela 33. Informowana o planowanym postępowaniu medycznym i przygotowaniu do badań porodu

S4: Czy była Pani informowana o planowanym postępowaniu medycznym i przygotowaniu do badań / porodu?		
Tak, zawsze	2782	86%
Zazwyczaj tak	406	13%
Rzadko	23	1%
Nie, nigdy	1	0%
Razem	3212	100%

W kolejnym pytaniu ankietowane zostały zapytane, czy miały możliwość wyboru osoby prowadzącej poród, czy to będzie lekarz, czy położna. Odpowiedź twierdzącą udzieliło 51% ankietowanych, negatywną natomiast 49% (tabela 34).

Tabela 34. Możliwość wyboru osoby prowadzącej poród (położna lub lekarz)

S5: Czy miała Pani możliwość wyboru osoby prowadzącej poród (położna lub lekarz)?		
Tak	1610	51%
Nie	1581	49%
Razem	3191	100%

Pacjentki uważają, że w trakcie pobytu w szpitalu dostępność lekarza w razie potrzeby była bardzo dobra – 71% oraz dobra – 25%. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 35.

Tabela 35. Ocena lekarza: Dostępność lekarza w razie potrzeby

S6: Ocena lekarza: Dostępność lekarza w razie potrzeby		
Bardzo dobra	2271	71%
Dobra	815	25%
Raczej dobra	114	4%
Zła	9	0%
Bardzo zła	3	0%
Razem	3212	100%

Staranność wykonywanych przez położne zabiegów bądź opatrunków w trakcie pobytu pacjentki w szpitalu, była bardzo dobra – 88% odpowiedzi, albo dobra – 11% odpowiedzi (tabela 36).

Tabela 36. Ocena położnych: Staranność wykonywanych zabiegów/opatrunków

S7: Ocena położnych: Staranność wykonanych zabiegów/opatrunków		
Bardzo dobra	2819	88%
Dobra	345	11%
Raczej dobra	44	1%
Zła	5	0%
Bardzo zła	0	0%
Razem	3213	100%

87% ankietowanych uważa, że dostępność położnych w razie potrzeby, w trakcie pobytu w szpitalu była bardzo dobra, 11% natomiast, że dobra. Szczegółowe dane zawarto w tabeli 37.

Tabela 37. Ocena położnych: Dostępność w razie potrzeby

S8: Ocena położnych: Dostępność w razie potrzeby		
Bardzo dobra	2793	87%
Dobra	367	12%
Raczej dobra	47	1%
Zła	3	0%
Bardzo zła	4	0%
Razem	3214	100%

Bardzo dobrze (87%) oraz dobrze (11%) został przez ankietowane oceniony sposób pielęgnowania przez położne, pacjentki miały poczucie szacunku oraz poszanowania godności. Szczegółowe dane zawarto w tabeli 38.

Tabela 38. Ocena położnych: Pielęgnowanie w atmosferze szacunku i poszanowania godności

S9: Ocena położnych: Pielęgnowanie w atmosferze szacunku i poszanowania godności		
Bardzo dobra	2785	87%
Dobra	367	11%
Raczej dobra	55	2%
Zła	3	0%
Bardzo zła	4	0%
Razem	3214	100%

W 95% przypadków personel szpitala interesował się odczuwanym przez pacjentkę bólem (tabela 39). Natomiast 85% ankietowanych otrzymała w razie potrzeby skuteczne leczenie przeciwbólowe (tabela 40).

Tabela 39. Zainteresowanie personelu medycznego odczuwanym przez pacjentkę bólem

S10: Czy w trakcie pobytu personel zadawał pytania dotyczące natężenia odczuwanego przez Panią bólu?		
Tak	3057	95%
Nie	157	5%
Razem	3214	100%

Tabela 40. Możliwość otrzymania skutecznego leczenia przeciwbólowego

S11: Czy, w razie potrzeby, otrzymywała Pani skuteczne leczenie przeciwbólowe?		
Tak	2730	85%
Nie	65	2%
Nie dotyczy	414	13%
Razem	3209	100%

Większość kobiet (90%) w razie potrzeby otrzymywała od położnych pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku. Szczegółowe dane zawarto w tabeli 41.

Tabela 41. Pomoc ze strony położnych w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku

S12: Czy, w razie potrzeby położna pomagała w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku?		
Tak	2892	90%
Nie	42	1%
Nie dotyczy	280	9%
Razem	3214	100%

Co istotne 74% ankietowanych zdecydowanie tak, 18% tak oraz 7% raczej tak, wybrałyby ponownie ten sam szpital jako miejsce swojego porodu. Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 42.

Tabela 42. Ponowny wybór tego samego szpitala jako miejsce swojego porodu

S13: Czy, gdyby można cofnąć czas, wybrałaby Pani ponownie nasz szpital jako miejsce swojego porodu?		
Zdecydowanie tak	2376	74%
Tak	592	18%
Raczej tak	212	7%
Nie	23	1%
Zdecydowanie nie	13	0%
Razem	3216	100%

5.2.3. Ocena opieki w trakcie porodu

Kolejna część badań dotyczyła opieki położnych w trakcie porodu. Liczba badanych znacznie się zmniejszyła, ponieważ większość badanych nie wypełniła tej części ankiety. Obliczenia zostały oparte o rzeczywiste liczby osób dla danego pytania. 71% kobiet uważa, że zdecydowanie tak, położna otaczała ją oraz jej dziecko profesjonalną opieką, 25% ankietowanych uważa, że tak. Szczegółowe dane zawarto w tabeli 43.

Tabela 43. Profesjonalna opieka położnych

P1: Czy czuła Pani, że położna otacza Pani dziecko profesjonalną opieką?		
Zdecydowanie tak	800	71%
Tak	281	25%
Raczej tak	40	4%
Nie	3	0%
Zdecydowanie nie	1	0%
Razem	1125	100%

67% ankietowanych uważa, że zdecydowanie położna potrafiła rozwiązać niepokoje i wątpliwości swoimi profesjonalnymi radami, 27% kobiet uważa, że tak potrafiła, 6%, że raczej tak (tabela 44).

Tabela 44. Porady ze strony położnej

P2: Czy położna potrafiła rozwiązać Pani niepokoje / wątpliwości profesjonalnymi poradami?		
Zdecydowanie tak	749	67%
Tak	303	27%
Raczej tak	63	6%
Nie	8	1%
Zdecydowanie nie	1	0%
Razem	1124	100%

W kolejnym pytaniu kobiety zostały poproszone o udzielenie odpowiedzi na pytanie dotyczące zainteresowania ze strony położnych stanem psychicznym kobiety. Najczęściej udzielane odpowiedzi to zdecydowanie tak (50%), tak (32%) oraz raczej tak (13%). Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 45.

Tabela 45. Zainteresowanie ze strony położnej stanem psychicznym pacjentki

P3: Czy położna była zainteresowana Pani stanem psychicznym w okresie porodu?		
Zdecydowanie tak	555	50%
Tak	357	32%
Raczej tak	139	13%
Nie	56	5%
Zdecydowanie nie	3	0%
Razem	1110	100%

Zdecydowanie tak (58%), tak (27%), oraz raczej tak (14%), gdyby można było cofnąć czas kobiety wybrałyby ponownie tą samą położną do opieki w trakcie porodu. (tabela 46).

Tabela 46. Ponowny wybór tej samej położnej

P4: Czy, gdyby można cofnąć czas, wybrałyby Pani ponownie naszą położną do opieki w okresie porodu?		
Zdecydowanie tak	560	58%
Tak	248	27%
Raczej tak	138	14%
Nie	12	1%
Zdecydowanie nie	4	0%
Razem	962	100%

5.3. Wyniki badań pacjentek objętych tradycyjnym modelem opieki

Badanie przeprowadzono w latach 2019 - 2020 roku, objęto nimi 1642 ankietowane korzystające z opieki w ramach tradycyjnego modelu opieki. Dane zostały objęte analizą statystyczną w kierunku korelacji w celu otrzymania obiektywnego poglądu na omawiane zagadnienia.

5.3.1. Charakterystyka respondentek

Z przeprowadzonej analizy statystycznej wynika, że najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w wieku 26-30 lat (52%), zamieszkujące miasta powyżej 50 tys. mieszkańców (53%), z wykształceniem wyższym (80%). Kolejne były kobiety w wieku 31-35 lat (28%) zamieszkujące miasta powyżej 50 tys. mieszkańców (63%), z wykształceniem wyższym (90%). Najmniej liczna grupę stanowiły kobiety powyżej 40 roku życia (0,5%), zamieszkiwały

wieś (38%) oraz miasta do 50 tys. mieszkańców (38%), z wykształceniem wyższym (75%).
Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 47.

Tabela 47. Charakterystyka respondentek

Grupa wiekowa	N	% w grupie	miejsce zamieszkania	N	% w grupie	wykształcenie	N	% w grupie
18-25	254	14,97%	wieś	100	39,37%	podstawowe	5	1,97%
			miasto do 50 tys. mieszkańców	53	20,87%	średnie	125	49,21%
			miasto powyżej 50 tys. mieszkańców	101	39,76%	zawodowe	8	3,15%
						wyższe	116	45,67%
26-30	885	52,18%	wieś	248	28,02%	podstawowe	0	0,00%
			miasto do 50 tys. mieszkańców	171	19,32%	średnie	170	19,21%
			miasto powyżej 50 tys. mieszkańców	466	52,66%	zawodowe	10	1,13%
						wyższe	705	79,66%
31-35	469	27,65%	wieś	97	20,68%	podstawowe	0	0,00%
			miasto do 50 tys. mieszkańców	77	16,42%	średnie	46	9,81%
			miasto powyżej 50 tys. mieszkańców	295	62,90%	zawodowe	1	0,21%
						wyższe	422	89,98%
30-40	80	4,71%	wieś	10	12,50%	podstawowe	0	0,00%
			miasto do 50 tys. mieszkańców	18	22,50%	średnie	8	10,00%
			miasto powyżej 50 tys. mieszkańców	52	65,00%	zawodowe	0	0,00%
						wyższe	72	90,00%
40+	8	0,47%	wieś	3	37,50%	podstawowe	0	0,00%
			miasto do 50 tys. mieszkańców	3	37,50%	średnie	2	25,00%
			miasto powyżej 50 tys. mieszkańców	2	25,00%	zawodowe	0	0,00%
						wyższe	6	75,00%

Jak wynika z otrzymanych danych najliczniejszą grupę stanowiły ankietowane, które miały za sobą jedną (41%) bądź dwie (41%) ciąży (tabela 48) oraz jeden (47%) lub dwa (46%) porody (tabela 49).

Tabela 48. Liczba ciąż kobiet ankietowanych

4. Liczba Pani ciąż		
Jedna	677	41%
Dwie	675	41%
Trzy	211	13%
Cztery	63	4%
Pięć	16	1%
Razem	1642	100%

Tabela 49. Liczba porodów respondentek

5. Liczba Pani porodów		
Jeden	775	47%
Dwa	763	46%
Trzy	87	5%
Cztery	14	1%
Pięć	3	1%
Razem	1642	100%

5.3.2 Wiedza i opinie kobiet na temat opieki okołoporodowej

Kolejna część badań skupiona była wokół wiedzy kobiet na temat opieki okołoporodowej. z przeprowadzonej analizy wynika, że kobiety najczęściej w trakcie całej ciąży odwiedzają lekarza 11-15 razy (49%) lub 7-10 razy (40%). Szczegółowe dane zawarto w tabeli 50.

Tabela 50. Liczba wizyt u lekarza

6. Ile wizyt u lekarza odbyła Pani w trakcie całej ciąży?		
3 - 6	51	3%
7 - 10	649	40%
11 - 15	808	49%
16 - 20	115	7%
Powyżej 20	19	1%
Razem	1642	100%

Tylko 1% ciąż ankietowanych prowadzona była przez położne, pozostałe 99% kobiet korzystało z opieki lekarskiej w trakcie całej ciąży (tabela 51).

Tabela 51. Prowadzenie ciąży

7. Kto prowadził Pani ciążę?		
Lekarz	1625	99%
Położna	17	1%
Razem	1642	100%

Jak wynika z otrzymanych danych niestety 60% ankietowanych w trakcie ciąży nie była na ani jednej wizycie u położnej, 14% odwiedziło położną 2-5 razy, 12% tylko raz.

Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 52.

Kobiety młode, z wykształceniem wyższym wykazują większą skłonność do korzystania z opieki położnej w trakcie ciąży ($p=0,018$, $Chi^2=9,015$).

Tabela 52. Liczba wizyt u położnej

8. Ile wizyt u położnej odbyła Pani w trakcie całej ciąży?		
0	992	60%
1	199	12%
2-5	225	14%
6-10	125	8%
11-20	101	6%
Razem	1642	100%

Większość ankietowanych - 60% w trakcie ciąży korzystała wyłącznie z prywatnej opieki medycznej, 28% kobiet chodziło do lekarza zarówno prywatnie jak i w ramach NFZ, tylko 11% korzystała wyłącznie z opieki NFZ (tabela 53).

Brak jest zależności statystycznej pomiędzy formą opieki – prywatną/publiczną a koniecznością hospitalizacji ($p=0,619$, $Chi^2=0,835$).

Tabela 53. Forma opieki

9. Czy korzystała Pani z opieki medycznej prywatnej, czy w ramach NFZ?		
Prywatnej	996	61%
NFZ	182	11%
Prywatnej i NFZ	464	28%
Razem	1642	100%

W kolejnym pytaniu kobiety zostały zapytane o hospitalizację w trakcie ciąży, 76% ankietowanych nie przebywała w szpitalu, 24% musiała z opieki szpitalnej skorzystać (tabela 54). Kobiety, które zostały hospitalizowane najczęściej w szpitalu przebywały 2-4 dni (38%), lub 5-10 dni (29%). Szczegółowe dane zawiera tabela 55.

Brak jest zależności pomiędzy zawodem wykonywanym osoby prowadzącej ciążę a koniecznością hospitalizacji ($p=0,315$, $Chi^2=1,652$).

Tabela 54. Hospitalizacja w ciąży

10. Czy w trakcie ciąży była Pani hospitalizowana?		
Tak	387	24%
Nie	1255	76%
Razem	1642	100%

Tabela 55. Czas trwania hospitalizacji

11. Jeśli tak, ile trwała hospitalizacja?		
Liczba dni	Liczba odpowiedzi	Wartość procentowa
1	70	17%
2-4	160	38%
5-10	121	29%
11-20	42	10%
Powyżej 20	23	6%
Razem	416	100%

Tylko 59% ankietowanych rodziło drogami i siłami natury, 41% kobiet miała wykonane cesarskie cięcie (tabela 56). 48% cięć cesarskich wykonano zostało planowo, 46% natomiast ze wskazań nagłych (tabela 57).

Istnieje zależność statystyczna pomiędzy profesją osoby prowadzącej ciążę a formą porodu (cesarskie cięcie/siłami natury) – kobiety będące pod opieką położnej decydują się na poród siłami natury ($p=0,048$, $\chi^2=11,033$).

Tabela 56. Forma porodu

12. Czy urodziła Pani drogami i siłami natury, czy poprzez cesarskie cięcie?		
Drogami natury	970	59%
Cesarskie cięcie	672	41%
Razem	1642	100%

Tabela 57. Przyczyny cięcia cesarskiego

13. Jeśli poprzez cesarskie cięcie, czy był to poród planowany ze względów medycznych, ze wskazań nagłych czy inne (itp. osobiste preferencje)?		
Wskazania nagłe	311	46%
Planowane	324	48%
Inne	46	6%
Razem	681	100%

Ankietowane zapytano również o karmienie piersią, 82% kobiet karmi dziecko naturalnie, 18% podaje mleko modyfikowane (tabela 58%).

Brak zależności statystycznej pomiędzy zawodem osoby opiekującej się ciążą, a późniejszym karmieniem piersią ($p=0,381$, $Chi^2=1,542$).

Tabela 58. Karmienie piersią

14. Czy karmi Pani dziecko piersią?		
Tak	1345	82%
Nie	297	18%
Razem	1642	100%

Kolejne pytanie dotyczyło punktacji w skali Apgar, 97% dzieci ankietowanych otrzymało 8-10 punktów, 4-7 2%, 0-3 otrzymało 1% dzieci. co ciekawe, wszystkie 17 ciąż prowadzonych przez położną, zostało zakończone urodzeniem noworodka ocenionego na 8-10 punktów. Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 59.

Brak zależności statystycznej pomiędzy zawodem osoby opiekującej się ciążą, a oceną dziecka w skali Apgar ($p=0,108$ $Chi^2=2,547$).

Tabela 59. Punkty w skali Apgar

15. Ile punktów w skali Apgar uzyskało Pani dziecko po urodzeniu?			Lekarz	Położna
8 do 10	1602	97%	1585	17
4 do 7	28	2%	28	-
0 do 3	12	1%	12	-
Razem	1642	100%	1625	17

Tylko 58% ankietowanych wie, że położna w Polsce ma możliwość samodzielnego prowadzenia ciąży (tabela 60).

Kobiety z większych miast, z wykształceniem wyższym niż podstawowe wykazują się większą wiedzą na temat uprawnień położnych do prowadzenia ciąży ($p=0,019$, $Chi^2=11,938$).

Tabela 60. Możliwość samodzielnego prowadzenia ciąży przez położną

17. Czy położna w Polsce ma możliwość samodzielnego prowadzenia ciąży?		
Tak	946	58%
Nie	696	42%
Razem	1642	100%

Większość ankietowanych – 74% na początku ciąży nie miała możliwości wyboru kto będzie prowadził jej ciążę lekarz czy położna (tabela 61).

Analiza statystyczna wykazała związek pomiędzy miejscem zamieszkania a możliwością wyboru osoby prowadzącej ciążę – kobiety z miast dużych częściej statystycznie mogły o tym elemencie prowadzenia ciąży zdecydować ($p = 0,046$, $Chi^2=2,706$).

Tabela 61. Możliwość wyboru osoby prowadzącej ciążę

18. Czy na początku ciąży miała Pani możliwość wyboru kto będzie prowadził Pani ciążę – lekarz czy położna?		
Tak	421	26%
Nie	1221	74%
Razem	1642	100%

Tylko 35% ankietowanych na pierwszej wizycie u osoby prowadzącej jej ciążę, miała możliwość ustalenia planu opieki nad nią (tabela 62).

Brak zależności statystycznej pomiędzy zawodem osoby opiekującej się ciążą a zaplanowaniem opieki nad matką i dzieckiem podczas pierwszej wizyty specjalistycznej ($p=0,104$; $Chi^2=3,677$).

Tabela 62. Plan opieki nad ciążarną

19. Czy na pierwszej wizycie u osoby prowadzącej ciążę, został z Panią uzgodniony plan opieki nad Panią?		
Tak	578	35%
Nie	1064	65%
Razem	1642	100%

Kolejne pytanie dotyczyło planu opieki nad noworodkiem, tylko 4% ankietowanych ustaliło taki plan na pierwszej wizycie u osoby prowadzącej ciążę (tabela 63).

Tabela 63. Plan opieki nad noworodkiem

20. Czy na pierwszej wizycie u osoby prowadzącej ciążę, został z Panią uzgodniony plan opieki nad noworodkiem?		
Tak	59	4%
Nie	1583	96%
Razem	1642	100%

Pacjentki w trakcie wizyt u położnej najczęściej poruszały tematy związane z dolegliwościami ciążowymi np. mdłości, obrzęk nóg itp. (53%), ustalały plan porodu (47%) oraz poruszały tematy związane karmieniem piersią (42%). w odpowiedzi inne, najczęściej pacjentki podawały, że nie miały żadnych wizyt u położnej, położna wykonywała tylko KTG i kontrolowała wagę, poruszały tematy związane z dietą w ciąży, pielęgnacją noworodka, opowiadały o pierwszych symptomach porodu. Poruszały kwestie dotyczące wyboru szczepień, pierwszej pomocy oraz obostrzeń związanych z pandemią COVID-19. Padały również bardzo niepokojące odpowiedzi jak: namawianie do stosowania diety dla kobiety karmiącej, picia bawarki czy podawanie noworodkowi wody z glukozą kiedy płacze. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 64.

Tabela 64. Tematy poruszane w trakcie wizyt u położnej

21. Jakie tematy poruszano podczas wizyt u położnej?		
Konsultacja wyników badań	338	32%
Porady dotyczące dolegliwości ciążyowych (mdłości, obrzęk nóg itp.)	483	53%
Wyprawka dla noworodka	296	32%
Karmienie piersią	382	42%
Plan porodu	430	47%
Inne	82	9%

Większość ankietowanych – 67% miała możliwość w sytuacjach nagłych natychmiast skontaktować się z osobą prowadzącą jej ciążę (tabela 65).

Brak zależności statystycznej pomiędzy zawodem osoby opiekującej się ciążą a możliwością skontaktowania się z nią w sytuacji nagłej/niepokojącej ($p=0,089$, $Chi^2=8,061$).

Tabela 65. Możliwość natychmiastowego kontaktu z lekarzem bądź położną

22. Czy w trakcie ciąży w nagłych przypadkach miała Pani możliwość natychmiastowego kontaktu (24h na dobę) z lekarzem prowadzącym, bądź jeśli ciąża była prowadzona przez położną z położną?		
Tak	1095	67%
Nie	547	33%
Razem	1642	100%

67% kobiet w trakcie porodu otrzymywała skuteczne leczenie przeciwbólowe (tabela 66).

Tabela 66. Leczenie przeciwbólowe w trakcie porodu

23. Czy w trakcie porodu, w razie potrzeby otrzymywała Pani skuteczne leczenie przeciwbólowe?		
Tak	1095	67%
Nie	547	33%
Razem	1642	100%

W trakcie pobytu w szpitalu 60% pacjentek otrzymała pomoc ze strony położnych w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku (tabela 67).

Tabela 67. Opieka ze strony położnych

24. Czy w trakcie pobytu w szpitalu, położna pomagała w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku?		
Tak	991	60%
Nie	651	40%
Razem	1642	100%

Zdecydowana większość pacjentek (79%) otrzymywała od personelu medycznego opiekę sprawowaną z zachowaniem zasad prywatności (tabela 68).

Tabela 68. Zachowanie zasad prywatności w trakcie opieki

25. Czy w trakcie pobytu w szpitalu opieka nad Panią sprawowana była z zachowaniem zasad prywatności?		
Tak	1296	79%
Nie	346	21%
Razem	1642	100%

Niestety, niewiele ponad połowa pacjentek – 53%, podczas pobytu w szpitalu miała możliwość skorzystać z porad doradcy laktacyjnego (tabela 69).

Kobiety będące pod opieką położnej zdecydowanie częściej miały możliwość skorzystania z opieki/rozmowy ze specjalistą laktacyjnym ($p=0,028$, $\chi^2=10,546$).

Tabela 69. Możliwość skorzystania z porad doradcy laktacyjnego

26. Czy podczas pobytu w szpitalu miała Pani możliwość skorzystać z porad doradcy laktacyjnego?		
Tak	864	53%
Nie	778	47%
Razem	1642	100%

Kolejne pytanie dotyczyło wizyt patronażowych realizowanych u pacjentek w domu po porodzie, u 52% kobiet odbyły się 2-5 wizyt, 21% pacjentek miało tylko 1 wizytę, u 13% nie odbyła się żadna wizyta. Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 70.

Tabela 70. Liczba wizyt patronażowych

27. Ile wizyt patronażowych położnej po porodzie odbyło się w Pani domu?		
0	218	13%
1	339	21%
2 - 5	851	52%
6 - 10	234	14%
Razem	1642	100%

W trakcie wizyt patronażowych kobiety najczęściej poruszały tematy związane z higieną noworodka (85%), dotyczące trudności w karmieniu piersią (62%), oraz te związane z dolegliwościami związanymi z ranami poporodowymi. Ponadto ankietowane miały możliwość wpisać jakie inne tematy poruszały, najczęściej wymienianymi były: żółtaczka, ból brzucha u dziecka, kąpanie, część kobiet zwróciła uwagę, że położna tylko zważyła dziecko i wypełniła dokumenty. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 71.

Tabela 71. Tematy poruszane z położną w trakcie wizyt patronażowych

28. Jakie tematy poruszała Pani podczas tych wizyt?		
Dotyczące trudności w karmieniu piersią	929	62%
Dotyczące higieny noworodka	1272	85%
Dotyczące sposobu ubierania noworodka	413	28%
Dotyczące dolegliwości związanych z ranami poporodowymi	885	59%
Dotyczące depresji poporodowej	259	17%
Inne	51	3%

35% ankietowanych uważa, że położna w trakcie wizyt patronażowych zdecydowanie rozwiewała jej wszelkie wątpliwości, 28% uważa, że raczej tak, 25%, że tak. Szczegółowe dane zawarto w tabeli 72.

Tabela 72. Pomoc ze strony położnej

29. Czy położna rozwiała Pani wszelkie wątpliwości?		
Zdecydowanie tak	507	35%
Tak	346	25%
Raczej tak	407	28%
Nie	117	8%
Zdecydowanie nie	60	4%
Razem	1437	100%

Kolejne pytanie dotyczyło zainteresowania ze strony położnych stanem psychicznym kobiet w okresie połogu, 25% ankietowanych uważa, że położna zdecydowanie była zainteresowana, 22%, uważa, że raczej tak, 21%, raczej tak. Niestety 32% położnych nie zainteresowało się stanem psychicznym swoich pacjentek. Szczegółowe dane zawarto w tabeli 73.

Tabela 73. Zainteresowanie ze strony położnych stanem psychicznym pacjentki

30. Czy położna była zainteresowana Pani stanem psychicznym w okresie połogu?		
Zdecydowanie tak	373	25%
Tak	320	22%
Raczej tak	307	21%
Nie	373	25%
Zdecydowanie nie	99	7%
Razem	1472	100%

45% ankietowanych zdecydowanie była zadowolona z opieki lekarza w trakcie ciąży, 30% odpowiedziała, że tak, jest zadowolona, tylko 6% pacjentek nie była zadowolona z opieki

lekarskiej. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 74. Co ciekawe, 17 spośród tych ciąż prowadzone było przez położną, wtedy z opieki lekarskiej zdecydowanych było 12% kobiet, odpowiedź tak udzieliło 41% ankietowanych, natomiast niezadowolonych było 18% pacjentek.

Tabela 74. Zadowolenie z opieki sprawowanej przez lekarza w trakcie ciąży

31. Czy jest Pani zadowolona z opieki lekarza w trakcie ciąży?		
Zdecydowanie tak	733	45%
Tak	484	30%
Raczej tak	307	19%
Nie	93	5%
Zdecydowanie nie	22	1%
Razem	1639	100%

Tylko 17% ankietowanych zdecydowanie jest zadowolona z opieki położnej w trakcie ciąży, 23% udzieliło odpowiedzi, tak jestem zadowolona, natomiast 27% nie jest zadowolona z opieki położnej. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 75.

Kobiety będące pod opieką położnej wyrażały duże zadowolenie (większe niż w przypadku lekarza jako osoby prowadzącej) ze współpracy/przebiegu ciąży ($p=0,009$, $Chi^2=15,205$).

Tabela 75. Zadowolenie z opieki sprawowanej przez położną w trakcie ciąży

32. Czy jest Pani zadowolona z opieki położnej w trakcie ciąży?		
Zdecydowanie tak	211	17%
Tak	289	23%
Raczej tak	395	32%
Nie	249	20%
Zdecydowanie nie	87	7%
Razem	1231	100%

Kolejne pytanie dotyczyło poczucia bezpieczeństwa w trakcie ciąży, 42% kobiet zdecydowanie czuło się bezpiecznie, 29% udzieliło odpowiedzi, tak czułam się bezpiecznie, natomiast 7% ankietowanych nie czuło się bezpiecznie w trakcie ciąży. W podziale w zależności od osoby sprawującej opiekę nad kobietą ciężarną wyniki plasują się podobnie. Szczegółowe dane zawarto w tabeli 76.

Tabela 76. Poczucie bezpieczeństwa w trakcie ciąży

33. Czy osoba prowadząca Pani ciążę dawała Pani poczucie bezpieczeństwa w trakcie całej ciąży?						
			Lekarze		Położne	
Zdecydowanie tak	684	42%	679	42%	6	35%
Tak	477	29%	472	29%	4	24%
Raczej tak	357	22%	353	22%	4	24%
Nie	107	6%	104	6%	3	17%
Zdecydowanie nie	17	1%	17	1%	0	0%
Razem	1642	100%	1625	100%	17	100%

Ten sam szpital do porodu zdecydowanie wybrałyby 43% ankietowanych, 26% kobiet udzieliło odpowiedź tak, wybrałabym ten sam szpital, 13% kobiet natomiast, nie wybrałyby tego samego szpitala do porodu. Szczegółowe dane zawarto w tabeli 77.

Tabela 77. Ponowny wybór tego samego szpitala do porodu

34. Czy ponownie wybrałyby Pani ten sam szpitala do porodu?		
Zdecydowanie tak	710	43%
Tak	434	26%
Raczej tak	270	17%
Nie	133	8%
Zdecydowanie nie	95	6%
Razem	1642	100%

Ponad połowa kobiet (63%) uważa, że lekarz posiada większą wiedzę na temat prowadzenia ciąży niż położna (tabela 78).

Tabela 78. Wiedza dotycząca prowadzenia ciąży

35. Czy według Pani lekarz posiada większą wiedzę na temat prowadzenia ciąży niż położna?		
Tak	1033	63%
Nie	609	37%
Razem	1642	100%

5.3.3 Propozycje zmian w opiece okołoporodowej

Ostatnie pytanie w kwestionariuszu, było pytaniem otwartym, kobiety zostały poproszone o wpisanie propozycji zmian jakie należałoby wprowadzić w opiece okołoporodowej. Wiele kobiet zauważyło konieczność zmian w samym systemie, z części odpowiedzi wynika, iż należałoby wprowadzić większą edukację okołoporodową czy szersze wsparcie, ich wypowiedzi/postulaty przedstawiały się następująco (nie stosowano korekty językowej):

- Chciałabym, aby USG i, II i III trymestru były wykonywane w ramach NFZ jako obowiązkowe,

- Refundowane wizyty u fizjoterapeuty uroginekologicznego dla każdej kobiety w ciąży i połogu,
- Opieka psychologa jako standard po porodzie,
- Tak, aby nawet lekarze, którzy prowadzą prywatną praktykę mogli wypisywać skierowanie na nieodpłatne badania dla kobiet w ciąży,
- Badania prenatalne i genetyczne testy powinny być darmowe dla wszystkich,
- W małym mieście nie mamy dostępu do położnej w trakcie ciąży a przydałaby się. Ciążę prowadził dr w miejscowości oddalonej o 100km od miejsca zamieszkania.
- Opiekę położnych i opiekę doradców laktacyjnych w trakcie ciąży. w mniejszych miastach powinien być zwiększony nacisk na taką opiekę, a także przy lekarzach prywatnych powinna także dyżurować położna
- Ogólnodostępne znieczulenie,
- Więcej udzielanych porad przed ciążą, większa dostępność szkół rodzenia na NFZ lub upowszechnienie roli położnej w czasie ciąży,
- Na początku ciąży omówienie, co przysługuje kobiecie ciężarnej, jakie ma opcje (typu prowadzenie ciąży przez położną),
- Opieka laktacyjna,
- Możliwość wyboru pozycji do porodu,
- Wprowadzić jednolite "zasady pielęgnacji noworodka" w szpitalach. Jedne położne mówiły o dezynfekcji kikutu pępownego 3x dziennie, inne o suchej pielęgnacji. ta sama sytuacja dotyczy laktacji i diety matki karmiącej. Wiele informacji się ze sobą wyklucza (szczególnie położne "starej daty" mają bardzo nieaktualna wiedzę i przekazują ja dalej). Codziennie inna położna i inne wytyczne a na koniec przychodzi pediatra i dorzuca swoje 3 grosze,
- Na pewno kobieta powinna mieć dostęp do doradcy laktacyjnego oraz personel (położne i lekarze) powinni uzupełnić swoją wiedzę. Większość położnych czy pielęgniarek na oddziale położniczym posiadała nieaktualna wiedzę dotycząca karmienia piersią. Powtarzano mity o diecie matki karmiącej, nie pozwalano pic soków czy jeść różnych rzeczy. na pewno powinno zmienić się również podejście dotyczące kontaktu skóra do skóry po cc, pomoc przy przystawieniu do piersi. Mnie nawet nie spytano, czy pozwalałam na podanie butelki, nie zaproponowano ściągnięcia siary lub pomocy przy przystawieniu noworodka tuż po porodzie. Zabrano dziecko i tyle. Sama musiałam się dopraszać, żeby przynieśli mi córkę,
- Podejście. Kobieta w ciąży to nie kolejna paczka na taśmie produkcyjnej,

- Teraz wiem, że położne odgrywają znacznie większą rolę niż ginekolog. Zaufałabym położnym i każdej kobiecie w ciąży taka opiekę fundowała podobnie jak fizjoterapeuty uroginekologicznego,
- Żeby opieka NFZ wyglądała tak jak prywatnie,
- Więcej pracy z położną w czasie ciąży,
- Tak. Chciałabym, aby były szanowane i uznawane zasady standardów opieki okołoporodowej, bo niestety dalej jest z tym problem,

Była również część kobiet która nie zmieniłaby niczego: Myślę, że ta opieka jest w porządku. Kobiety w Polsce co 3-4 tygodnie mają wizyty, w UK jest to zdecydowanie rzadziej. Padały także odpowiedzi, że warunki w szpitalach powinny się zmienić, że powinien być dostęp co cięcia cesarskiego na życzenie.

5.4. Wyniki badania położnych

Badanie przeprowadzono w pierwszej połowie 2021 roku na grupie 45 położnych, przy wykorzystaniu metody CAWI.

5.4.1 Charakterystyka respondentów

Najliczniejszą grupę ankietowanych stanowiły położne w wieku 41-60 lat (75%) zamieszkujące miasta do 50 tys. mieszkańców, ich staż pracy wynosi powyżej 25 lat. Kolejna grupa to położne w wieku 22-28 lat (14%) zamieszkujące miasta do 50 tys. mieszkańców, oraz miasta powyżej 50 tys. mieszkańców ich staż pracy wynosi 1-5 lat. Najmniejszą grupę stanowiły położne w wieku 29-40 lat. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 79.

Tabela 79. Charakterystyka respondentów

Wiek	Lokalizacja miejsca pracy	N	% w grupie wiekowej	% w grupie badanej	Staż pracy	N	% w grupie badanej
22-28	Wieś	0	0	0	1-5 lat	6	13
	Miasto do 50 tyś. mieszkańców	3	50	6	6-10 lat	0	0

	Miasto 51 - 500 tys. mieszkańców	3	50	6	11-25 lat	0	0
29-40	Wieś	3	60	6	1-5 lat	2	4
	Miasto do 50 tys. mieszkańców	0	0	0	6-10 lat	3	7
	Miasto 51 - 500 tys. mieszkańców	2	40	4	11-25 lat	0	0
41-60	Wieś	3	9	6	1-5 lat	0	0
	Miasto do 50 tys. mieszkańców	19	57	44	6-10 lat	3	7
	Miasto 51 - 500 tys. mieszkańców	12	34	28	11-25 lat	0	0

Położne w wieku 41-60 lat w większości pracują w placówkach realizujących opiekę w ramach NFZ (82%), wszystkie położne w wieku 29-40 lat, które wzięły udział w badaniu pracowały wyłącznie w placówce realizującej świadczenia w ramach NFZ. Położne w wieku 22-28 lat pracowały zarówno prywatnie jak i w placówce świadczącej usługi w ramach NFZ. Szczegółowe informacje umieszczono w tabeli 80.

Tabela 80. Miejsce pracy

Wiek	N i % grupy badanej	Praca w ramach NFZ (N)	[%] w grupie wiekowej	Praca w placówce prywatnej i NFZ (N)	[%] w grupie wiekowej
22-28	6 (14%)	3	50	3	50
29-40	5 (11%)	5	100	0	0
41-60	33 (75%)	27	82	6	18

5.4.2 Opinie i doświadczenia respondentów

Wszystkie położne biorące udział w badaniu pracowały w ramach Programu Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Ciąży (tabela 81).

Tabela 81. Praca w ramach KOC

5. Czy realizuje Pani/Pan świadczenia w ramach Programu Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Ciąży (KOC)?		
Tak	45	100%
Nie	0	0%
Razem	45	100%

Żadna z położnych nie prowadziła samodzielnie ciąży (tabela 82), nie zdarzyło im się również prowadzić ciąży pacjentki i następnie przekazać pod opiekę lekarza w sytuacji niepowodzenia położniczego (tabela 83).

Tabela 82. Samodzielne prowadzenie ciąży

6. Czy zdarzyło się Pani/Panu samodzielnie prowadzić całą ciążę pacjentki?		
Tak	0	0%
Nie	45	100%
Razem	45	100%

Tabela 83. Samodzielne prowadzenie ciąży, a następnie oddanie pod opiekę lekarza

7. Czy zdarzyło się Pani/Panu prowadzić przez pewien czas ciążę pacjentki, następnie przekazać ją pod opiekę lekarza?		
Tak	0	0%
Nie	45	100%
Razem	45	100%

Większość (73%) położnych nie zgodziłaby się poprowadzić samodzielnie ciąży (tabela 84).

Analiza statystyczna zależności wykazała, iż to młodsze stażem położne z większym prawdopodobieństwem zgodziłyby się prowadzić ciążę samodzielnie ($p=0,043$). Dodatkowo, na taką decyzję ma wpływ miejsce realizowania pracy zawodowej. Zdecydowanie częściej odpowiedzi pozytywnej udzieliły położne pracujące w większych miejscowościach ($p=0,024$).

Tabela 84. Nastawienie do samodzielnego prowadzenia ciąży

8. Czy gdyby pacjentka poprosiła Panią/Pana o poprowadzenie jej ciąży, zgodziłaby się Pani/Pan?		
Tak	12	27%
Nie	33	73%
Razem	45	100%

Ponad połowa położnych (53%) nie spotyka się z ciężarnymi w trakcie ciąży, 23% ankietowanych spotykało się z kobietami 7-10 razy w trakcie całej ciąży, 15% ankietowanych odbywało spotkania z ciężarnymi tylko przed wizytami u lekarza. Szczegółowe dane zawarto w tabeli 85. *Analiza korelacji nie wykazała istnienia zależności statystycznych.*

Tabela 85. Średnia liczba wizyt u położnej

9. Ile średnio wizyt jedna pacjentka w trakcie całej ciąży odbywa u Pani/Pana, oprócz spotkań przed wizytą u lekarza?		
Tylko przed wizytami u lekarza	6	15%
1-6	0	0%
7-10	9	23%
11-15	3	7%
Powyżej 15	0	0%
Nie prowadzę takich wizyt w ramach mojej pracy	21	53%
Razem	39	100%

W trakcie spotkań z pacjentką położne najczęściej rozmawiają na temat karmienia piersią (62%), udzielają im porad dotyczących dolegliwości ciążowych (54%), ustalają z ciężarnymi plan porodu (54%), oraz poruszają zagadnienia związane z depresją poporodową (54%). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 86.

Analiza zależności wykazała, że im położna jest młodsza stażem pracy, tym więcej tematów z pacjentkami porusza ($p=0,027$).

Tabela 86. Tematy poruszane w trakcie spotkań z pacjentką

10. Jakie tematy podczas spotkań porusza Pani/Pan z pacjentką?		
Konsultacja wyników badań	9	23%
Porady dotyczące dolegliwość ciążowych (mdłości, obrzęk nóg itp.)	21	54%
Wyprawka dla noworodka	18	46%
Karmienie piersią	24	62%
Plan porodu	21	54%
Zagadnienia dotyczące depresji poporodowej	21	54%
Nie prowadzę takich wizyt w ramach mojej pracy	12	31%

Tylko 58% położnych umożliwia swoim pacjentkom możliwość kontaktu z nimi 24h na dobę w nagłych sytuacjach (tabela 87).

W przypadku tego pytania, podobnie do poprzedniego, to młode położne wykazują się większym zaangażowaniem w opiekę nad pacjentką. Istnieje bowiem powiązanie pomiędzy ich stażem pracy a możliwością kontaktu z nimi przez całą dobę ($p=0,016$).

Tabela 87. Możliwość kontaktu 24h na dobę

11. Czy ciężarne pacjentki znajdujące się pod Pani/Pana opieką otrzymują od Pani/Pana możliwość kontaktu w sytuacjach nagłych (24h na dobę)?		
Tak	21	58%
Nie	15	42%
Razem	36	100%

Większość ankietowanych położnych w ramach swojej pracy nie wykonuje wizyt patronażowych (tabela 88).

Ponownie, jak w przypadku powyższych pytań, to położne ze stażem pracy poniżej 5 lat najczęściej wykonują wizyty patronażowe ($p=0,011$).

Tabela 88. Wizyty patronażowe

12. Czy wykonuje Pani/Pan wizyty patronażowe? (Jeśli nie, proszę przejść do pytania 15)		
Tak	9	20%
Nie	36	80%
Razem	45	100%

Położne, które wykonują wizyty patronażowe, odwiedzają pacjentkę 4-6 razy (tabela 89).

Tabela 89. Średnia liczba wizyt patronażowych u jednej pacjentki

13. Ile średnio wizyt patronażowych realizuje Pani/Pan u jednej pacjentki?		
1	0	0%
2-3	0	0%
4-6	9	100%
7-10	0	0%
Powyżej 10	0	0%
Razem	45	100%

W trakcie wizyt patronażowych najczęściej poruszają tematy związane z trudnościami w karmieniu piersią (80%) oraz te dotyczące depresji poporodowej (20%) (tabela 90).

Tabela 90. Tematy poruszane w trakcie wizyt patronażowych

14. Jakie tematy podczas tych spotkań porusza Pani/Pan z pacjentką?		
Dotyczące trudności w karmieniu piersią	12	80%
Dotyczące higieny noworodka	0	0%
Dotyczące sposobu ubierania noworodka	0	0%
Dotyczące dolegliwości związanych z ranami poporodowymi	0	0%
Dotyczące depresji poporodowej	3	20%

W kolejnym pytaniu położne zostały poproszone o wymienienie trudności jakie widzą w prowadzeniu przez nie ciąży, najczęściej padającą odpowiedzią było brak otwartej postawy u niektórych lekarzy w zakresie rozwoju autonomii zawodowej położnej (53%), brak wiedzy pacjentek, że istnieje taka możliwość (13%) oraz strach przed konsekwencjami w razie niepowodzenia położniczego (13%). Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 91.

Analiza statystyczna wykazała, iż to położne z najdłuższym stażem pracy najczęściej są przekonane o istnieniu problemu w zakresie braku otwartej postawy w zakresie rozwoju autonomii zawodowej położnej ($p=0,014$).

Tabela 91. Trudności związane z prowadzeniem ciąży przez położną

15. Jakie widzi Pani/Pan trudności odnośnie do prowadzenia przez Panią/Pana samodzielnie ciąży?		
Brak otwartej postawy u niektórych lekarzy w zakresie rozwoju autonomii zawodowej położnej	24	53%
Brak możliwości samodzielnego wystawiania zwolnień na 2 tyg. dla pacjentek	3	7%
Brak wiedzy pacjentek, że istnieje taka możliwość	6	13%
Strach przed konsekwencjami w razie niepowodzenia położniczego	6	13%
Niewystarczająca wiedza	3	7%
Wszystkie odpowiedzi	3	7%
Razem	45	100%

5.4.3 Propozycje zmian w Programie KOC

Kolejna część badań, dotyczyła propozycji zmian jakie należałoby wprowadzić w Programie KOC. Większość położnych uważa, że należy zwiększyć wiedzę społeczeństwa

na temat Programu i jego możliwości (60%) oraz przeprowadzić szkolenia zawodowe (27%). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 92.

Tabela 92. Proponowane rozwiązania systemowe

16. Jakie rozwiązania systemowe należałoby wprowadzić, aby zdecydowała się Pani/Pan poprowadzić ciążę?		
Możliwość samodzielnego wystawiania zwolnień na 2 tyg. przez położne	3	7%
Doszkolenie zawodowe	12	27%
Zwiększenie wiedzy społeczeństwa na ten temat	27	60%
Wszystkie prawidłowe	1	2%
Razem	43	100%

Zdecydowana większość położnych (93%) uważa, że pacjentki mogą czuć się w programie bezpieczne. Pozostałe 7% ankietowanych uważa, że pacjentki nie mogą czuć się bezpiecznie, jedna położna jako argument wskazała: „Jeśli jest dobrze prowadzona opieka to tak, natomiast w moim miejscu pracy poza szkołą rodzenia w tym programie nic się nie dzieje”. Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 93.

Tabela 93. Poczucie bezpieczeństwa pacjentek w Programie KOC

17. Czy według Pani/Pana pacjentki w Programie KOC mogą czuć się bezpiecznie?		
Tak	42	93%
Nie	3	7%
Dlaczego, nie	Jeśli jest dobrze prowadzona opieka to tak, natomiast w moim miejscu pracy poza szkołą rodzenia w tym programie nic się nie dzieje	
Razem	45	100%

Jako plusy programu położne w szczególności wymieniają możliwość prowadzenia pacjentki od początku ciąży do końca porodu, przez jeden zespół medyczny (80%) oraz zwiększenie bezpieczeństwa pacjentek będących pod opieką jednego zespołu specjalistów (67%). Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 94.

Tabela 94. Plusy programu KOC

18. Jakie są według Pani/Pana plusy Programu?		
Możliwość prowadzenia pacjentki od momentu ciąży do porodu przez jeden zespół	36	80%
Zwiększenie bezpieczeństwa pacjentek będących pod opieką jednego zespołu specjalistów	30	67%
Lepsza wycena świadczeń	12	26%
Wprowadzenie parametrów jakościowych wpływających na wysokość wyceny KOC	9	20%

Jako minusy Programu położne wskazały więcej obowiązków związanych z Programem KOC np. wypełnianie większej liczby dokumentów (53%) oraz brak możliwości skorzystania przez pacjentki ze specjalistów w innych placówkach w ramach świadczeń NFZ. Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 95.

Analiza w kierunku występowania zależności wykazała, iż niezależnie od stażu pracy, położne opowiadają się za problemem związanym z brakiem możliwości skorzystania w ramach NFZ z usług specjalistów w innych placówkach ($p=0,022$).

Tabela 95. Minusy Programu KOC

19. Jakie są według Pani/Pana minusy Programu?		
Pacjentki nie mają możliwości skorzystania w ramach NFZ ze specjalistów w innych placówkach	21	47%
Za duża presja nakładana przez NFZ na zmniejszenie ilości cięć cesarskich	6	13%
Więcej obowiązków związanych z Programem KOC (np. wypełnianie dokumentów)	24	53%
Wprowadzenie parametrów jakościowych wpływających na wysokość wyceny KOC	0	0%
Nieodpowiednia wycena świadczeń	9	20%
Inne: Nie wiem, czy jest tak wszędzie, natomiast w moim miejscu pracy lekarz za skierowanie ciężarnej do szpitala otrzymuje 150-300 zł, położna za przyjęcie porodu kompletnie nic.	3	7%

Ostatnie pytanie w przeprowadzonym badaniu, było pytaniem nieobowiązkowym, otwartym, położne zostały poproszone o wskazanie możliwych zmian systemowych odnośnie do prowadzenia ciąży przez położną, padły dwie odpowiedzi:

- Zwiększenie świadomości społeczeństwa, ustawowo większa pokora i mniejsza chciwość lekarzy (położne przecież odbiorą im pacjentki), albo wprowadzenie obowiązku zgłoszenia się przez ciężarną w pierwszej kolejności do położnej (UK, Holandia), a w przypadku patologii ciąży przeniesienie opieki do lekarza. Wynagrodzenie dla położnych w ramach KOC za prowadzenie ciąży, dostępność pod telefonem i przyjęcie porodu.
- Większa samodzielność zawodowa.

5.5 Wyniki badań lekarzy

Badanie przeprowadzono w pierwszej połowie 2021 roku na grupie 36 lekarzy, przy wykorzystaniu metody CAWI.

5.5.1. Charakterystyka respondentów

Najliczniejszą grupę ankietowanych stanowili lekarze w wieku 45-60 lat (47%), zamieszkujący miasta od 51-500 tys. mieszkańców, o stażu pracy ponad 25 lat. Druga grupa to lekarze w wieku 31- 44 lata (37%) zamieszkujący również miasta od 51-500 tys. mieszkańców o stażu pracy 6 -10 lat. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 96.

Tabela 96. Charakterystyka respondentów

Wiek	N i % grupy badanej	Lokalizacja miejsca pracy	N	% w grupie wiekowej	% w grupie badanej	Staż pracy	N	% w grupie badanej
25-30	3 (8%)	Wieś	0	0	0	1-5 lat	3	8
		Miasto do 50 tys. mieszkańców	0	0	0	6-10 lat	0	0
			3	100	8	11-25 lat	0	0

		Miasto 51 - 500 tyś. mieszkańców				Ponad 25 lat	0	0
31-44	13 (37%)	Wieś	3	23	8	1-5 lat	6	17
		Miasto do 50 tyś. mieszkańców	0	0	0	6-10 lat	7	19
		Miasto 51 - 500 tyś. mieszkańców	10	77	28	11-25 lat	0	0
						Ponad 25 lat	0	0
45-60	17 (47%)	Wieś	0	0	0	1-5 lat	0	0
		Miasto do 50 tyś. mieszkańców	2	12	5	6-10 lat	0	0
		Miasto 51 - 500 tyś. mieszkańców	15	88	43	11-25 lat	0	0
						Ponad 25 lat	17	47
60+	3 (8%)	Wieś	0	0	0	1-5 lat	0	0
		Miasto do 50 tyś. mieszkańców	0	0	0	6-10 lat	0	0
		Miasto 51 - 500 tyś. mieszkańców	3	100	8	11-25 lat	3	8
						Ponad 25 lat	0	0

Lekarze najczęściej pracowali zarówno w placówce świadczącej usługi w ramach NFZ jak i w placówkach prywatnych. Szczegółowe dane zawarto w tabeli 97.

Tabela 97. Miejsce pracy respondentów

Wiek	N i % grupy badanej	Praca w ramach NFZ (N)	[%] w grupie wiekowej	Praca w placówce prywatnej i NFZ (N)	[%] w grupie wiekowej
25-30	3 (8%)	0	0	3	100
31-44	13 (37%)	4	31	9	69
45-60	17 (47%)	5	29	12	71
60+	3 (8%)	0	0	3	100

5.5.2 Opinie i doświadczenia lekarzy

Pacjentki odwiedzają lekarzy średnio 8-12 (92%) razy w trakcie całej ciąży (tabela 98). *Podobnie do wyników analogicznych pytań z części badania poświęconego położnym, to osoby z najmniejszym stażem pracy (lekarze ze stażem do lat 5) opowiadają się za większą liczbą spotkań z pacjentkami, aniżeli ich starsi koledzy ($p=0,043$).*

Tabela 98. Średnia liczba wizyt pacjentek w trakcie ciąży

5. Ile (średnio) wizyt jedna pacjentka w trakcie całej ciąży odbywa u Pani/Pana?		
5-7	0	0%
8-12	33	92%
13-17	3	8%
Powyżej 17	0	0%
Razem	36	100%

W trakcie wizyt lekarze poruszają z pacjentkami zagadnienia związane z planem porodu (100%), możliwościach znieczulenia podczas porodu (93%), czy udzielają porad dotyczących dolegliwości ciążowych (83%). Szczegółowe dane zawarto w tabeli 99.

Tabela 99. Tematy poruszane w trakcie wizyt z pacjentką

6. Jakie tematy, oprócz badań kontrolnych, podczas spotkań porusza Pani/Pan z pacjentką? (jest możliwość zaznaczenia kilku odpowiedzi)		
Porady dotyczące dolegliwości ciążowych	30	83%
Plan porodu	36	100%
Możliwości znieczulenie podczas porodu	33	91%

Wyprawka dla noworodka	3	8%
Karmienie piersią	12	33%
Inne: praca, sex	3	8%

67% ankietowanych lekarzy umożliwia pacjentkom kontakt 24h na dobę w nagłych sytuacjach (tabela 100).

Tabela 100. Możliwość kontaktu 24h na dobę w sytuacjach nagłych

7. Czy ciężarne pacjentki znajdujące się pod Pani/Pana opieką otrzymują od Pani/ Pana możliwość kontaktu w sytuacjach nagłych (24h na dobę)?		
Tak	24	67%
Nie	12	33%
Razem	36	100%

Większość ankietowanych (92%) nigdy nie przejęła od położnej prowadzącej ciążę opieki nad pacjentką (tabela 101).

Tabela 101. Przejęcie opieki nad ciężarną, która wcześniej była pod opieką położnej

8. Czy zdarzyło się Pani/Panu przejąć pod opiekę kobietę ciężarną wcześniej prowadzoną przez położną?		
Tak	1	8%
Nie	35	92%
Razem	36	100%

Wszyscy respondenci uważają, że pacjentki mogą czuć się bezpiecznie w Programie Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Ciąży (tabela 102).

Tabela 102. Poczucie bezpieczeństwa pacjentek w Programie KOC

9. Czy według Pani/Pana pacjentki w Programie KOC mogą czuć się bezpiecznie?		
Tak	36	100%
Nie	0	0%
Razem	36	100%

Jako plusy programu lekarze najczęściej wskazywali możliwość prowadzenia pacjentki od momentu ciąży do porodu, przez jeden zespół medyczny (92%), lepszą wycenę świadczeń (67%), oraz zwiększenie bezpieczeństwa pacjentek będących pod opieką jednego zespołu specjalistów (58%). Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 103.

Tabela 103. Plusy Programu

10. Jakie są według Pani/Pana plusy Programu? (jest możliwość zaznaczenia kilku odpowiedzi)		
Możliwość prowadzenia pacjentki od momentu ciąży do porodu przez jeden zespół lekarski	33	92%
Zwiększenie bezpieczeństwa pacjentek będących pod opieką jednego zespołu specjalistów	21	58%
Lepsza wycena świadczeń	24	67%
Wprowadzenie parametrów jakościowych wpływających na wysokość wyceny KOC	6	17%

Jako minusy programu respondenci wskazywali więcej obowiązków związanych z Programem KOC np. wypełnianie dokumentów (75%), wprowadzenie parametrów jakościowych wpływających na wysokość wyceny KOC (50%), czy brak możliwości skorzystania przez pacjentki z opieki specjalistów pracujących w innych placówkach w ramach NFZ (42%). Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 104.

Tabela 104. Minusy Programu

11. Jakie są według Pani/Pana minusy Programu? (jest możliwość zaznaczenia kilku odpowiedzi)		
Pacjentki nie mają możliwości skorzystania w ramach NFZ ze specjalistów w innych placówkach	15	42%
Za duża presja nakładana przez NFZ na zmniejszenie ilości cięć cesarskich	9	25%
Więcej obowiązków związanych z Programem KOC (np. wypełnianie dokumentów)	27	75%
Wprowadzenie parametrów jakościowych wpływających na wysokość wyceny KOC	18	50%
Nieodpowiednia wycena świadczeń	3	8%

5.5.3 Propozycje zmian w Programie KOC

Kolejne pytanie było pytaniem otwartym, nieobowiązkowym, respondenci zostali poproszeni o zaproponowanie zmian jakie powinny zostać wprowadzone w Programie.

Uzyskano następujące odpowiedzi:

- Lepsza wycena,
- Jeśli pacjentka zgłasza się do porodu, a nie była objęta programem KOC, to żeby nie trzeba było wprowadzać przed dodaniem porodu wizyty w poradni,
- Ankiety online dla pacjentek - bez potrzeby wprowadzania samemu do systemu.

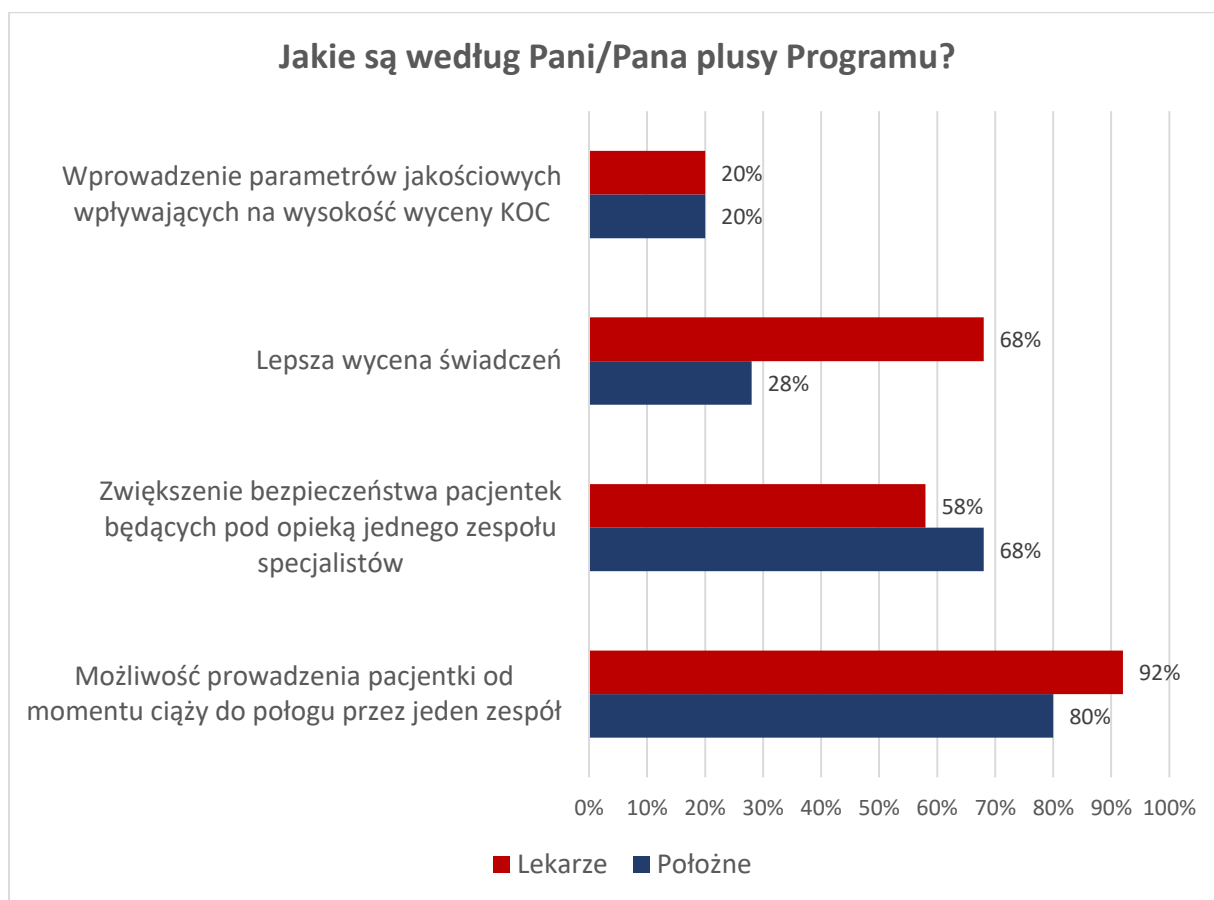
W ostatnim, również otwartym i nieobowiązkowym pytaniu poproszono ankietowanych o zaproponowanie przyszłych zmian systemowych dotyczących opieki nad kobietą ciężarną w Polsce. Uzyskano następujące odpowiedzi:

- KOC,
- Utrzymanie/rozszerzenie programu KOC po jego ewentualnych modyfikacjach. w placówce, w której pracuję, sprawdza się on moim zdaniem dobrze, ale słyszałem o problemach w innych miastach. Jakie to problemy nie chce rozwijać, gdyż są to rzeczy zasłyszane, być może plotki.

5.6. Podsumowanie opinii położnych i lekarzy na temat funkcjonowania KOC

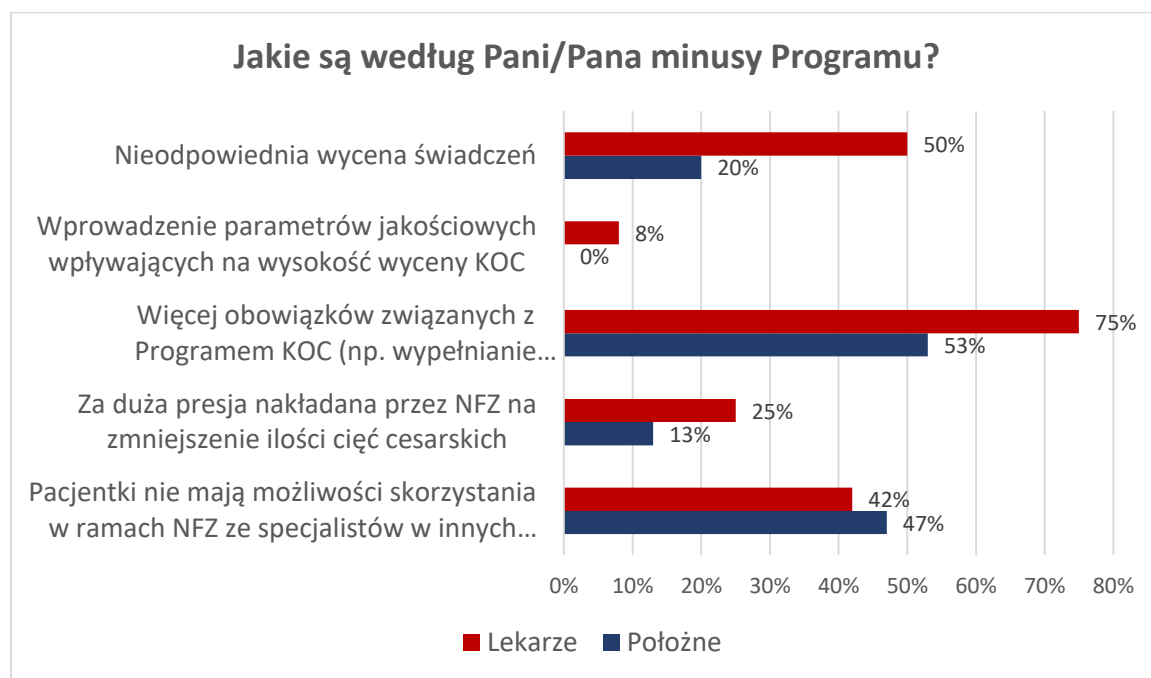
Zarówno lekarze jaki i położne, za największy plus Programu uznają możliwość prowadzenia pacjentki od momentu ciąży do porodu przez jeden zespół. Jako drugi w kolejności plus lekarze uznają lepszą wycenę świadczeń, położne natomiast zwiększenie bezpieczeństwa pacjentek będących pod opieką jednego zespołu specjalistów. Szczegółowe dane przedstawiono na wykresie 3.

Wykres 3. Plusy programu



Jako największy minus zarówno lekarze jak i położne uznają zwiększenie obowiązków związanych z Programem np. wypełnianie większej liczby dokumentów. Drugi w kolejności minus według lekarzy to nieodpowiednia wycena świadczeń. Położne natomiast jako drugi minus wymieniają brak możliwości skorzystania przez pacjentki w ramach NFZ ze specjalistów pracujących w innych placówkach, u lekarzy ta odpowiedź znajdowała się na trzecim miejscu. Szczegółowe dane umieszczono na wykresie 4.

Wykres 4. Minusy programu



5.7. Weryfikacja hipotez badawczych

W poniższym podrozdziale przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 28. Za jego pomocą wyliczono testy niezależności chi-kwadrat w celu oceny zależności pomiędzy zmiennymi jakościowymi (skategoryzowanymi). Jako miary relacji w tabelach 2 x 2 użyto współczynnika F_i (ϕ), zaś dla tabel większych ($m \times n$, gdzie m i/lub $n > 2$: zależności pomiędzy dwiema zmiennymi nominalnymi, spośród których co najmniej jedna przyjmuje więcej niż dwie wartości) zastosowano współczynnik V Cramera (V_c). Miary te przyjmują wartości w zakresie od 0 do 1, gdzie 0 oznacza brak relacji a 1 całkowitą zależność między zmiennymi.

5.7.1. Ocena zmiany w roli położnej

H.1. po wprowadzeniu Programu Koordynowanej Opieki nad Kobiętą w Cięży w 2016 roku, liczba prowadzonych przez położne ciąż uległa zwiększeniu.

Hipotezę potwierdzono na podstawie zebranego materiału z NFZ z okresu prowadzonych badań. Jak wynika z danych pozyskanych z NFZ w 2017 roku położne w ramach KOC prowadziły 7 ciąż, liczba ta uległa zwiększeniu do 20 w 2020 roku, co jednak stanowi mniej niż 1% ciąż w badanym okresie.

H.2. Środki gwarantowane przez NFZ na realizację świadczeń położnych nie są przez ciężarne w pełni wykorzystywane.

Hipotezę potwierdzono na podstawie zebranego materiału z NFZ z okresu prowadzonych badań. z danych pozyskanych z NFZ ustalono, że pomiędzy 21 a 31 tygodniem ciąży pacjentki odwiedzają położną średnio 5 razy, natomiast po 32 tygodniu ciąży 6, co daje łącznie 11 wizyt. Tymczasem NFZ refunduje 32 takie wizyty w trakcie całej ciąży. Świadczy to o tym, że środki te nie są w pełni wykorzystywane.

H.3. Wśród pacjentek panuje przekonanie, że lekarz posiada większą wiedzę i kompetencje do prowadzenia ciąży niż położna.

Hipotezę potwierdzono na podstawie przeprowadzonych badań wśród kobiet ciężarnych. w przeprowadzonym badaniu większość kobiet (63%) ankietowanych uważa, że lekarz posiada większą wiedzę i kompetencje do prowadzenia ciąży, niż położna.

H.4. Kobiety nie posiadają pełnej wiedzy w zakresie aktualnych rozwiązań systemowych, roli położnej i lekarza w zakresie świadczeń w trakcie ciąży.

Hipotezę potwierdzono na podstawie przeprowadzonych badań wśród kobiet ciężarnych. Jak wynika z przeprowadzonego badania 42% kobiet nie wie, że położna ma możliwość samodzielnego prowadzenia ciąży, a 74% kobiet w tradycyjnym modelu nie miało możliwości wyboru, kto jej ciążę będzie prowadził.

5.7.2. Porównanie oceny opieki okołoporodowej w Programie KOC z klasycznym modelem opieki

H.5. Kobiety, które korzystały z Programu o KOC wyżej oceniają otrzymywane świadczenia w ramach opieki okołoporodowej niż pacjentki, które korzystały z klasycznego modelu opieki.

Hipotezę potwierdzono na podstawie przeprowadzonych badań wśród badanych kobiet obu grup. Poniżej znajdują się wyniki z poszczególnych obszarów badawczych.

Jak przedstawiono na wykresie 5 ramach Programu KOC pacjentki częściej (92%) miały na początku ciąży, możliwość wyboru, kto będzie prowadził ich ciążę, lekarz czy położna, niż pacjentki korzystające z opieki w ramach standardowego modelu opieki (26%). Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 105.

Wykres 5. Możliwość wyboru, kto będzie prowadził ciążę pacjentki

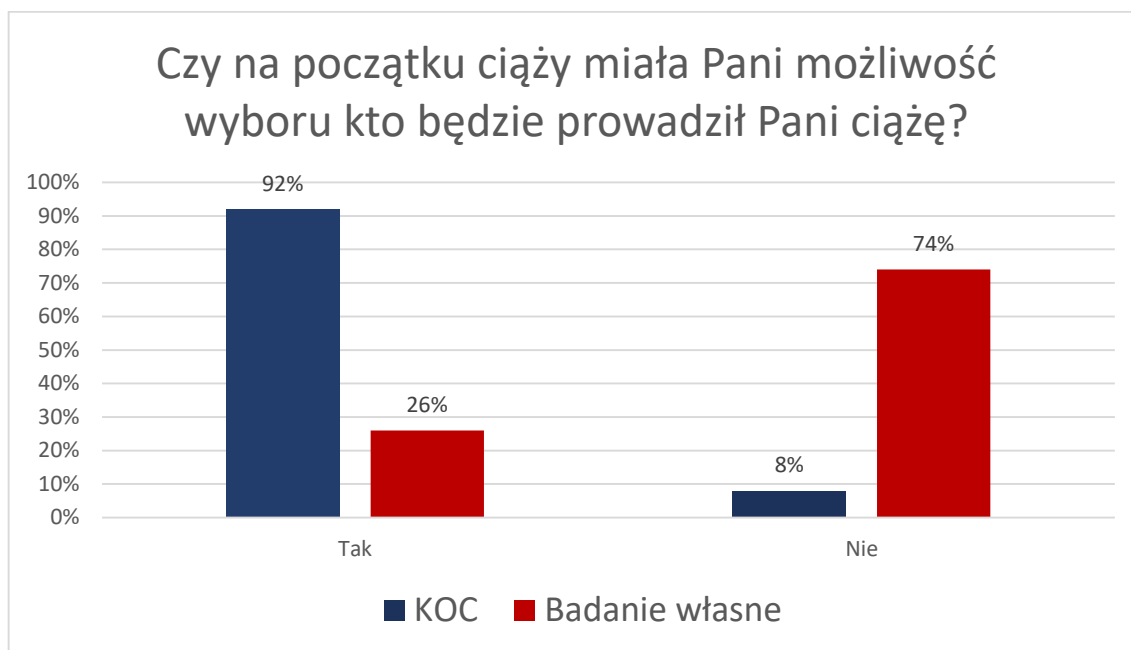


Tabela 105. Możliwość wyboru, kto będzie prowadził ciążę pacjentki

	KOC	Model klasyczny
Tak	2962	421
Nie	250	1221
SUMA	3212	1642
Tak (%)	92%	26%
Nie (%)	8%	74%

W celu przeanalizowania różnic w możliwości wyboru osoby prowadzącej ciążę pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki, wykonano test niezależności chi-kwadrat. Wyniki przedstawiono w tabeli 106.

Tabela 106. Rezultaty analizy chi-kwadrat dla różnic w możliwości wyboru osoby prowadzącej ciążę pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki

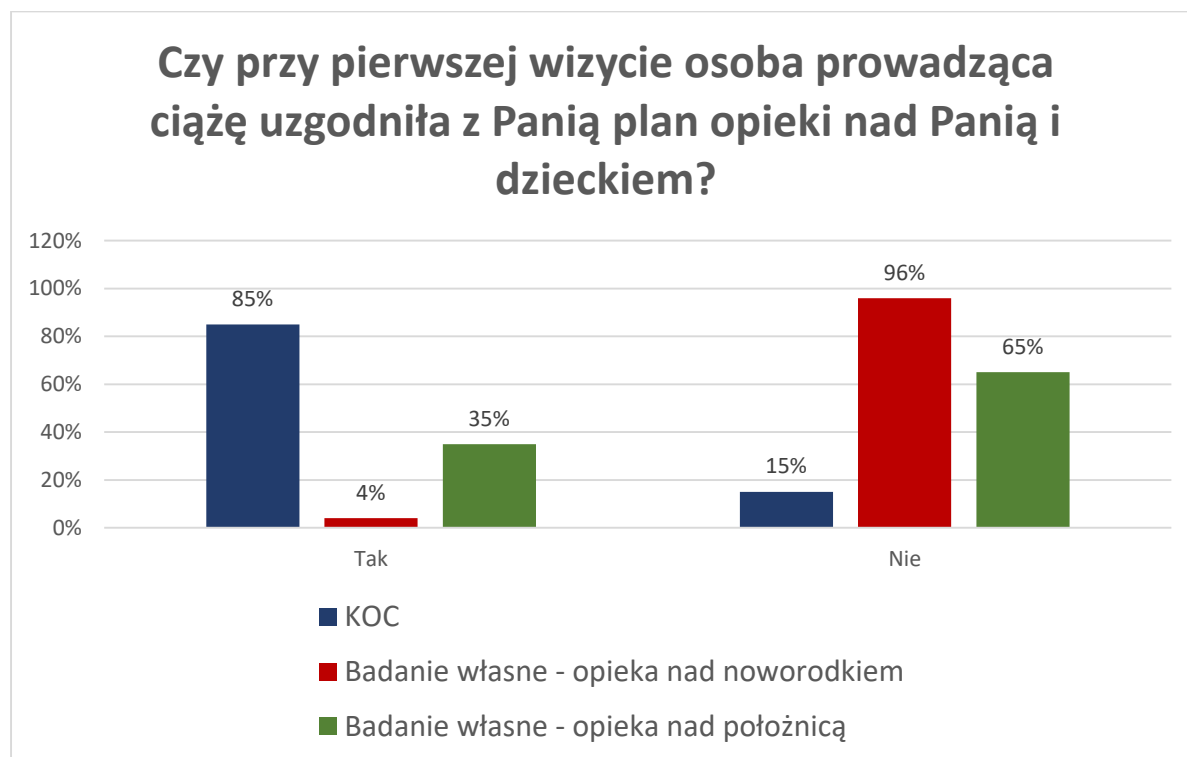
		Grupa				Ogółem		χ^2	p	Φ
		opieka w ramach KOC		opieka w ramach klasycznego modelu		N	%			
		N	%	N	%					
Możliwość wyboru osoby prowadzącej ciążę	nie	254 _a	7,9%	1221 _b	74,4%	1476	30,4%	2270,54	<0,001	0,68
	tak	2962 _a	92,1%	420 _b	25,6%	3382	69,6%			
Ogółem		3216	100,0%	1641	100,0%	4858	100,0%			

χ^2 – rezultat testu chi-kwadrat; p – istotność testu chi-kwadrat; Φ – siła efektu; każda litera w indeksie dolnym oznacza podzbiór Grupy, których proporcje kolumny nie różnią się znacząco od siebie na poziomie 0,05

Analiza wykazała istotne różnice w możliwości wyboru osoby prowadzącej ciążę pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki. W celu ustalenia jakie są to dokładnie zależności wykonano dodatkowe analizy post hoc (wyniki umieszczono w indeksach dolnych tabeli 106). Okazało się, że **większość kobiet, która miała możliwość wyboru osoby prowadzącej ciążę, realizowała opiekę w ramach KOC.**

Z analizy danych wynika, że pacjentki realizujące opiekę w ramach KOC zdecydowanie częściej na pierwszej wizycie ustalały z osobą prowadzącą ciążę plan opieki nad nią i dzieckiem. Jak przedstawiono na wykresie 6, 85% pacjentek KOC ustaliło plan opieki, kobiety korzystające z tradycyjnego modelu opieki częściej ustalały plan opieki nad sobą – 35% niż nad noworodkiem – 4%. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 107.

Wykres 6. Plan opieki nad pacjentką i dzieckiem



Następnie w celu przetestowania różnic w możliwości uzgodnienia planu opieki w czasie ciąży na pierwszej wizycie pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat. Rezultaty zaprezentowano w tabeli 108.

Tabela 107. Plan opieki nad pacjentką i dzieckiem

	Badanie NFZ	Model Klasyczny	
		Plan opieki nad noworodkiem	Plan opieki nad Panią
Tak	2719	59	578
Nie	493	1583	1064
SUMA	3212	1642	1642
Tak (%)	85%	4%	35%
Nie (%)	15%	96%	65%

Tabela 108. Wyniki analizy chi-kwadrat dla różnic w możliwości uzgodnienia planu opieki w czasie ciąży na pierwszej wizycie pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki

	Grupa						χ^2	p	Φ	
	opieka w ramach KOC		opieka w ramach klasycznego modelu		Ogółem					
	N	%	N	%	N	%				
Możliwość uzgodnienia planu opieki w czasie ciąży na pierwszej wizycie	nie	497 _a	15,5%	1582 _b	96,4%	2080	42,8%	2906,57	<0,001	0,77
	tak	2719 _a	84,5%	59 _b	3,6%	2778	57,2%			
Ogółem		3216	100,0%	1641	100,0%	4858	100,0%			

χ^2 – rezultat testu chi-kwadrat; p – istotność testu chi-kwadrat; Φ – siła efektu; każda litera w indeksie dolnym oznacza podzbiór Grupy, których proporcje kolumny nie różnią się znacząco od siebie na poziomie 0,05

Odnotowano istotne różnice w możliwości uzgodnienia planu opieki w czasie ciąży na pierwszej wizycie pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki. W celu ustalenia jakie są to dokładnie zależności wykonano dodatkowe analizy post hoc (wyniki umieszczono w indeksach dolnych tabeli 108). Okazało się, że **większość kobiet, która miała możliwość uzgodnienia planu opieki w czasie ciąży na pierwszej wizycie realizowała opiekę w ramach KOC.**

Jak przedstawiono na wykresie 7, zarówno kobiety realizujące opiekę w ramach KOC (72%), jak i w tradycyjnym modelu opieki (67%), miały możliwość skorzystać w razie potrzeby z kontaktu z osobą kompetentną w ciągu 24 godzin. Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 109.

Wykres 7. Możliwość kontaktu z osobą kompetentną w ciągu 24 godzin

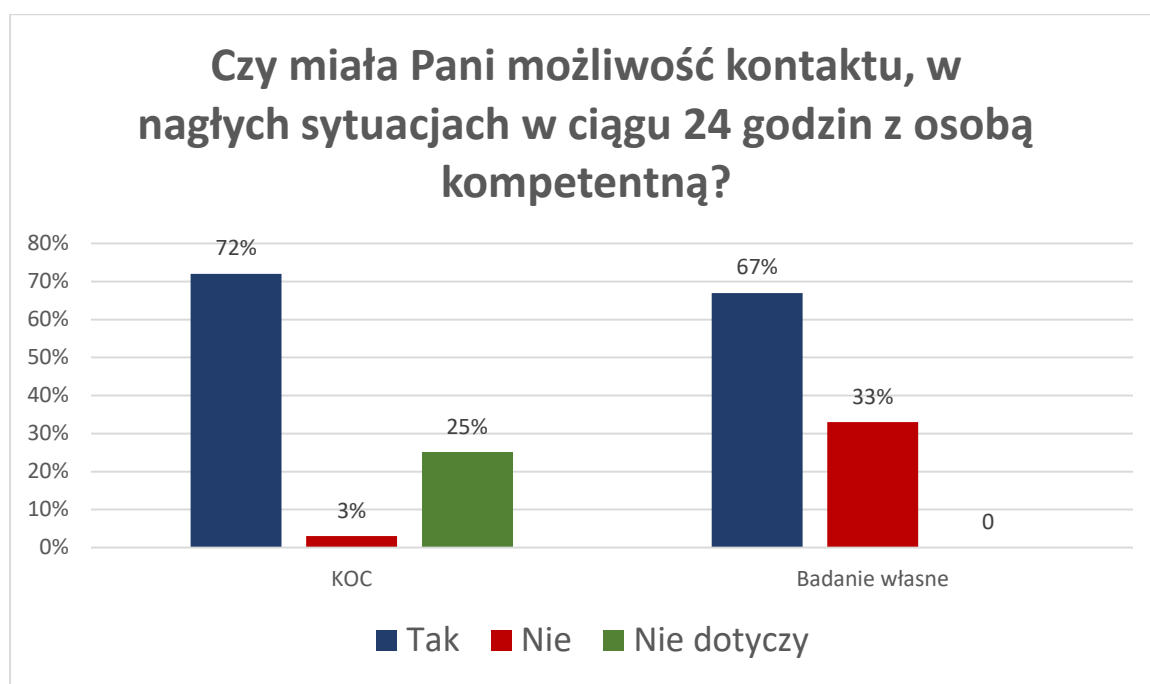


Tabela 109. Możliwość kontaktu z osobą kompetentną w ciągu 24 godzin

	KOC	Model klasyczny
Tak	2290	1095
Nie	95	547
Nie dotyczy	817	0
SUMA	3203	1642
Tak (%)	72%	67%
Nie (%)	3%	33%
Nie dotyczy (%)	25%	0%

Kolejno w celu przeanalizowania różnic w możliwości natychmiastowego kontaktu w sytuacji nagłej pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciężę w ramach klasycznego modelu opieki wykonano test niezależności chi-kwadrat. Wyniki przedstawiono w tabeli 110.

Tabela 110. Rezultaty analizy chi-kwadrat dla różnic w możliwości natychmiastowego kontaktu w sytuacji nagłej pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciężę w ramach klasycznego modelu opieki

		Grupa						χ^2	p	V _c
		opieka w ramach KOC		opieka w ramach klasycznego modelu		Ogółem				
		N	%	N	%	N	%			
Możliwość natychmiastowego kontaktu w sytuacji nagłej	nie	110 ^a	3,4%	546 ^b	33,3%	656	13,5%	1137,51	<0,001	0,48
	tak	2289 ^a	71,2%	1095 ^b	66,7%	3384	69,7%			
	nie dotyczy	817 ^a	25,4%	0 ^b	0,0%	818	16,8%			
Ogółem		3216	100,0%	1641	100,0%	4858	100,0%			

χ^2 – rezultat testu chi-kwadrat; p – istotność testu chi-kwadrat; V_c – siła efektu; każda litera w indeksie dolnym oznacza podzbiór Grupy, których proporcje kolumny nie różnią się znacząco od siebie na poziomie 0,05

Stwierdzono istotne różnice w możliwości natychmiastowego kontaktu w sytuacji nagłej pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciężę w ramach klasycznego modelu opieki. W celu ustalenia jakie są to dokładnie zależności wykonano dodatkowe analizy post hoc (wyniki umieszczono w indeksach dolnych tabeli 110). Okazało się, że **większość kobiet, która miała możliwość natychmiastowego kontaktu w sytuacji nagłej realizowała opiekę w ramach KOC.**

Z przedstawionych na wykresie 8 danych wynika, że 85% kobiet korzystających z opieki w ramach KOC otrzymywała skuteczne leczenie przeciwbólowe w razie potrzeby, niewiele mniej – 67%, kobiet w tamach tradycyjnego modelu opieki, również takie leczenie otrzymywało. Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 111.

Wykres 8. Możliwość otrzymania leczenia przeciwbólowego

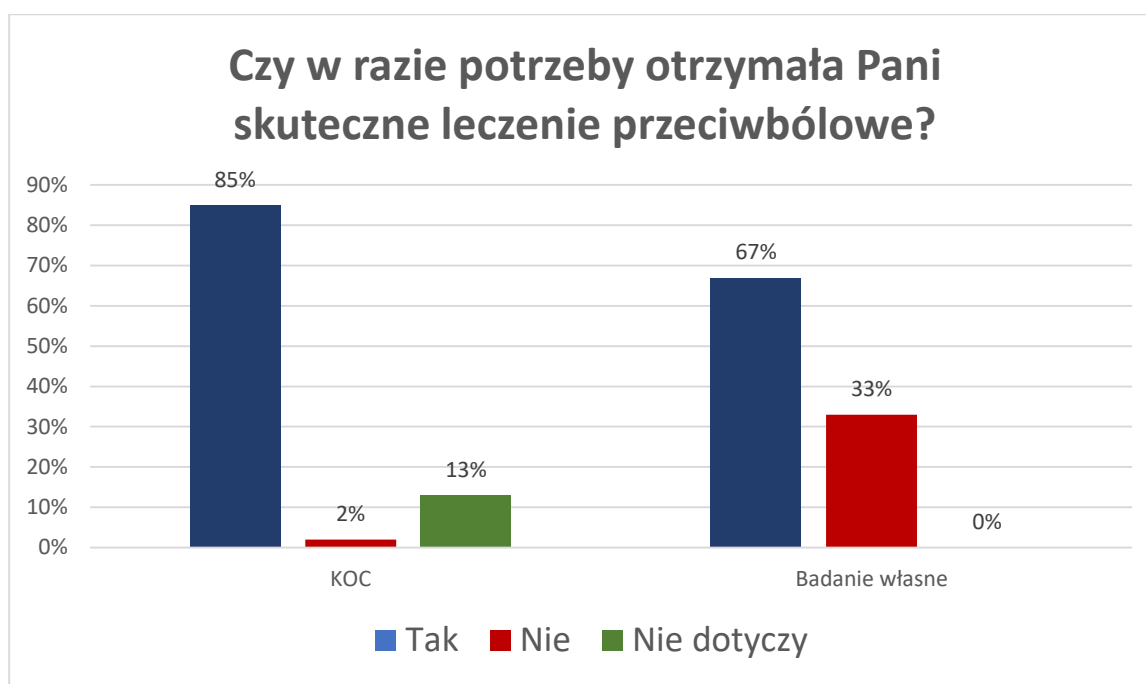


Tabela 111. Możliwość otrzymania leczenia przeciwbólowego

	KOC	Model klasyczny
Tak	2730	1095
Nie	65	547
Nie dotyczy	414	0
SUMA	3209	1642
Tak (%)	85%	67%
Nie (%)	2%	33%
Nie dotyczy (%)	13%	0%

Również w celu przeanalizowania różnic w skutecznym leczeniu przeciwbólowym pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciężę w ramach klasycznego modelu opieki wykonano test niezależności chi-kwadrat. Wyniki przedstawiono w tabeli 112.

Tabela 112. Rezultaty analizy chi-kwadrat dla różnic w skutecznym leczeniu przeciwbólowym pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciężę w ramach klasycznego modelu opieki

		Grupa				Ogółem		χ^2	p	V _c
		opieka w ramach KOC		opieka w ramach klasycznego modelu						
		N	%	N	%					
Skuteczne leczenie przeciwbólowe	nie	73 _a	2,3%	536 _b	32,7%	609	12,5%	1054,24	<0,001	0,47
	tak	2730 _a	84,9%	1105 _b	67,3%	3835	78,9%			
	nie dotyczy	413 _a	12,9%	0 _b	0,0%	414	8,5%			
Ogółem		3216	100,0%	1641	100,0%	4858	100,0%			

χ^2 – rezultat testu chi-kwadrat; p – istotność testu chi-kwadrat; V_c – siła efektu; każda litera w indeksie dolnym oznacza podzbiór Grupy, których proporcje kolumny nie różnią się znacząco od siebie na poziomie 0,05

Analiza wykazała istotne różnice w skutecznym leczeniu przeciwbólowym pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciężę w ramach klasycznego modelu opieki. W celu ustalenia jakie są to dokładnie zależności wykonano dodatkowe analizy post hoc (wyniki umieszczono w indeksach dolnych tabeli 112). Okazało się, że **większość kobiet, która oceniła leczenie przeciwbólowe jako skuteczne realizowała opiekę w ramach KOC.**

Jak wskazuje wykres 9, kobiety będące pod opieką w ramach KOC znacznie częściej otrzymywały pomoc ze strony położnej w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku (90%), niż kobiety w tradycyjnym modelu opieki (60%). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 113.

Wykres 9. Pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku

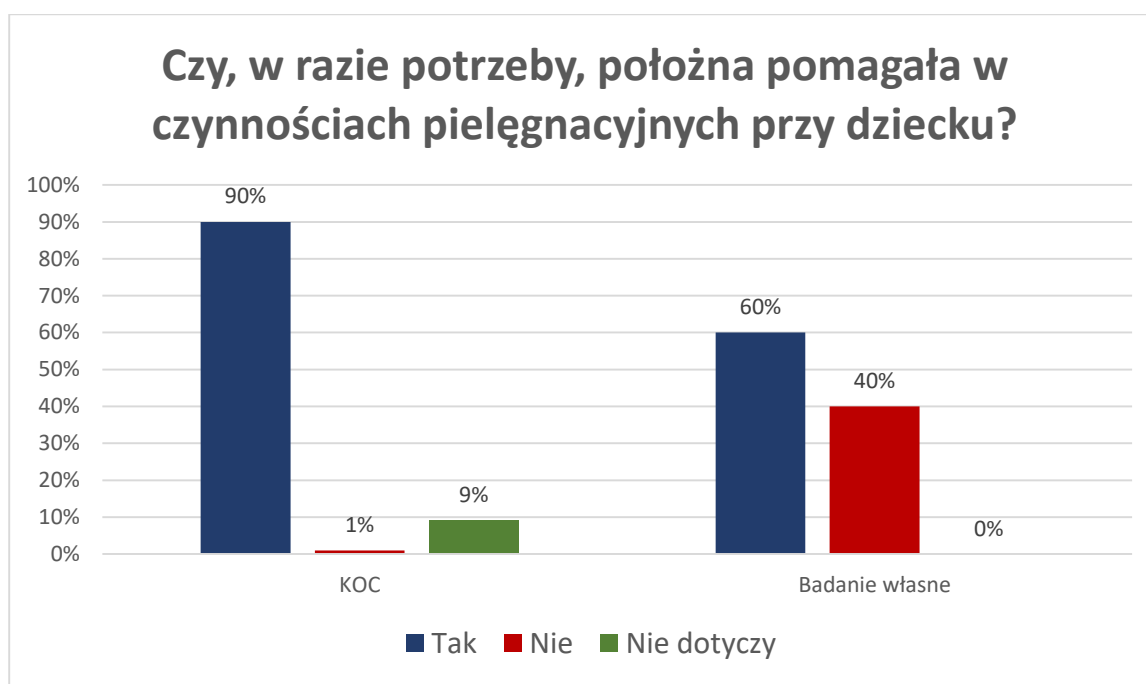


Tabela 113. Pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku

	KOC	Model klasyczny
Tak	2892	991
Nie	42	651
Nie dotyczy	280	0
SUMA	3214	1642
Tak (%)	90%	60%
Nie (%)	1%	40%
Nie dotyczy (%)	9%	0%

Także w celu przetestowania różnic w otrzymanej pomocy w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciężę w ramach klasycznego modelu opieki przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat. Rezultaty zaprezentowano w tabeli 114.

Tabela 114. Wyniki analizy chi-kwadrat dla różnic w otrzymanej pomocy w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki

		Grupa				Ogółem		χ^2	p	V _c
		opieka w ramach KOC		opieka w ramach klasycznego modelu						
		N	%	N	%	N	%			
Pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku	nie	45 _a	1,4%	650 _b	39,6%	695	14,3%	1370,00	<0,001	0,53
	tak	2892 _a	89,9%	991 _b	60,4%	3883	79,9%			
	nie dotyczy	279 _a	8,7%	0 _b	0,0%	280	5,8%			
Ogółem		3216	100,0%	1641	100,0%	4858	100,0%			

χ^2 – rezultat testu chi-kwadrat; p – istotność testu chi-kwadrat; V_c – siła efektu; każda litera w indeksie dolnym oznacza podzbiór Grupy, których proporcje kolumny nie różnią się znacząco od siebie na poziomie 0,05

Odnotowano istotne różnice w otrzymanej pomocy w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki. W celu ustalenia jakie są to dokładnie zależności wykonano dodatkowe analizy post hoc (wyniki umieszczono w indeksach dolnych tabeli 114). Okazało się, że **większość kobiet, która otrzymała pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku realizowała opiekę w ramach KOC.**

Jak wynika z analizy danych przedsawtionych na wykresie 10, zdecydowanie więcej kobiet korzystających z KOC zdecyduje się ponownie wybrać ten sam szpital do porodu (74%), niż kobiet z tradycyjnego modelu opieki (43%). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 115.

Wykres 10. Ponowny wybór tego samego szpitala do porodu

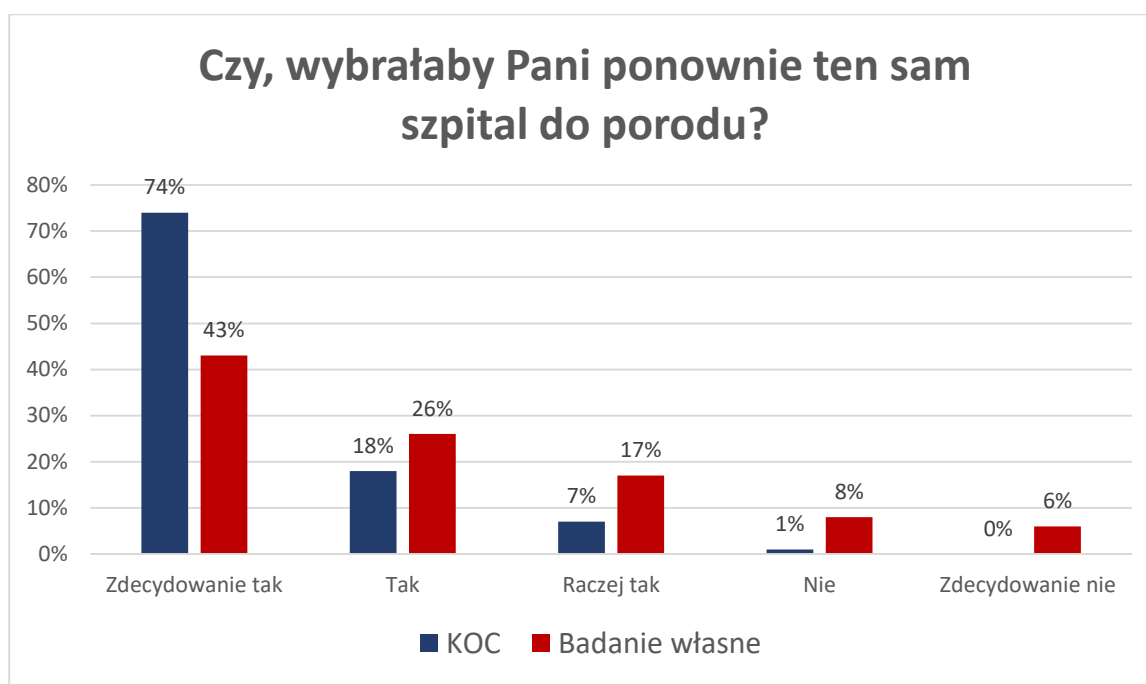


Tabela 115. Ponowny wybór tego samego szpitala do porodu

	KOC	Model tradycyjny
Zdecydowanie tak	2376	710
Tak	592	434
Raczej tak	212	270
Nie	23	133
Zdecydowanie nie	13	95
SUMA	3216	1642
Zdecydowanie tak (%)	74%	43%
Tak (%)	18%	26%
Raczej tak (%)	7%	17%
Nie (%)	1%	8%
Zdecydowanie nie (%)	0%	6%

Następnie w celu przeanalizowania różnic w ponownym wybraniu tej samej placówki do porodu pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki wykonano test niezależności chi-kwadrat. Wyniki przedstawiono w tabeli 116.

Tabela 116. Rezultaty analizy chi-kwadrat dla różnic w ponownym wybraniu tej samej placówki do porodu pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki

		Grupa				Ogółem		χ^2	p	V _c
		opieka w ramach KOC		opieka w ramach klasycznego modelu						
		N	%	N	%	N	%			
Ponowne wybranie tej samej placówki do porodu	zdecydowanie nie	13 _a	0,4%	95 _b	5,8%	108	2,2%	627,1 2	<0,001	0,3 6
	nie	23 _a	0,7%	133 _b	8,1%	156	3,2%			
	raczej tak	212 _a	6,6%	270 _b	16,5%	482	9,9%			
	tak	592 _a	18,4%	434 _b	26,4%	1026	21,1%			
	zdecydowanie tak	2376 _a	73,9%	709 _b	43,2%	3085	63,5%			
Ogółem	3216	100,0%	1641	100,0%	4857	100,0%				

χ^2 – rezultat testu chi-kwadrat; p – istotność testu chi-kwadrat; V_c – siła efektu; każda litera w indeksie dolnym oznacza podzbiór Grupy, których proporcje kolumny nie różnią się znacząco od siebie na poziomie 0,05

Odnotowano istotne różnice w ponownym wybraniu tej samej placówki do porodu pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki. W celu ustalenia jakie są to dokładnie zależności wykonano dodatkowe analizy post hoc (wyniki umieszczono w indeksach dolnych tabeli 116). Okazało się, że **większość kobiet, która zdecydowanie ponownie wybrałaby tą samą placówkę do porodu realizowała opiekę w ramach KOC.**

Jak przedstawiono na wykresie 11 zarówno u kobiet w Programie KOC (81%), jak i w tradycyjnym modelu opieki (79%), opieka w szpitalu była sprawowana z zachowaniem zasad prywatności. Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 117.

Wykres 11. Sprawowanie opieki z zachowaniem zasad prywatności



Tabela 117. Sprawowanie opieki z zachowaniem zasad prywatności

	KOC	Model klasyczny
Tak, zawsze	2626	1296
Zazwyczaj	565	0
Rzadko	23	0
Nie, nigdy	2	346
SUMA	3216	1642
Tak, zawsze (%)	81%	79%
Zazwyczaj (%)	18%	0%
Rzadko (%)	1%	0%
Nie, nigdy (%)	0%	21%

W przypadku powyższego pytania przeprowadzenie analizy nie było możliwe, ponieważ w odpowiedziach zawartych w ankietach zastosowano różne skale, możliwości odpowiedzi w ankiecie KOC były 4 stopniowe: tak, zawsze; zazwyczaj; rzadko; nie, nigdy; natomiast w ankiecie w klasycznym modelu opieki umieszczono skalę dwustopniową: tak; nie.

Zdecydowanie więcej kobiet korzystających z opieki w ramach KOC (67%) otrzymywała od położnej wyczerpujące odpowiedzi na zadawane przez pacjentkę pytania, niż kobiet korzystających z tradycyjnego modelu opieki (35%). Szczegółowe dane przedstawiono na wykresie 12 oraz w tabeli 118.

Wykres 12. Wsparcie położnych

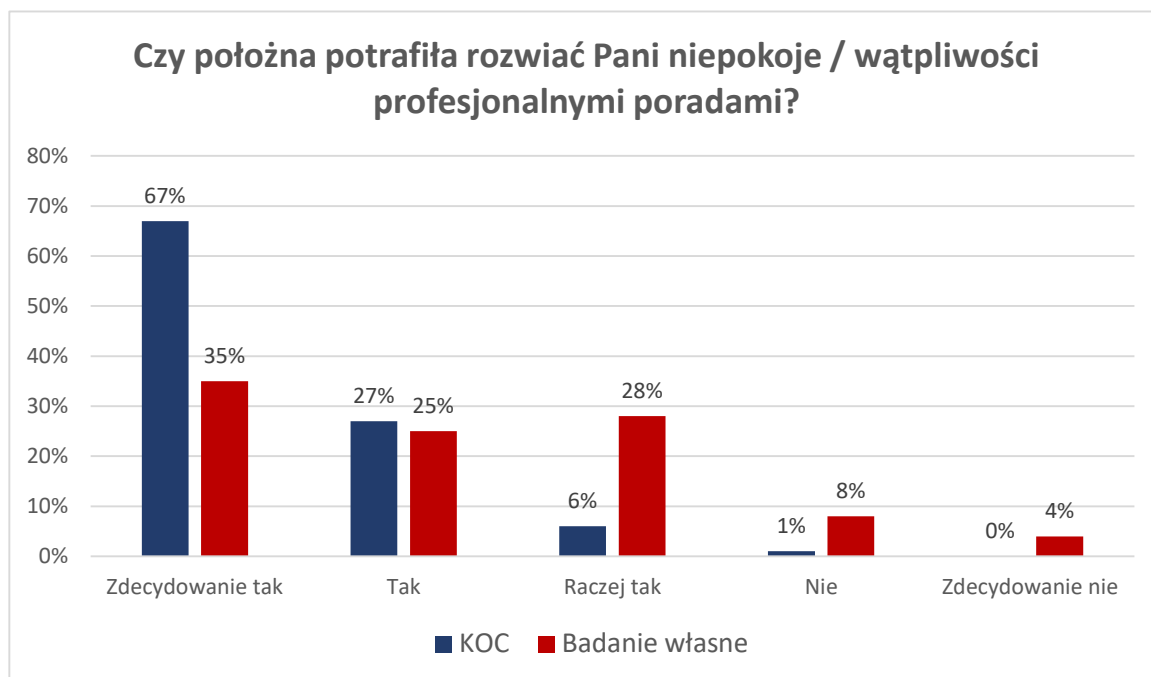


Tabela 118. Wsparcie położnych

	KOC	Model klasyczny
Zdecydowanie tak	749	507
Tak	303	346
Raczej tak	63	407
Nie	8	117
Zdecydowanie nie	1	60
SUMA	1124	1462
Zdecydowanie tak (%)	67%	35%
Tak (%)	27%	25%
Raczej tak (%)	6%	28%
Nie (%)	1%	8%
Zdecydowanie nie (%)	0%	4%

Dodatkowo w celu przetestowania różnic w dostępie do profesjonalnych porad położnej pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciężę w ramach klasycznego modelu opieki przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat. Rezultaty zaprezentowano w tabeli 119.

Tabela 119. Wyniki analizy chi-kwadrat dla różnic w dostępie do profesjonalnych porad położnej pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciężę w ramach klasycznego modelu opieki

		Grupa				Ogółem		χ^2	p	V _c
		opieka w ramach KOC		opieka w ramach klasycznego modelu						
		N	%	N	%	N	%			
Profesjonalne porady położnej	zdecydowanie nie	1 _a	0,1%	60 _b	4,1%	61	2,4%	422,80	<0,001	0,40
	nie	8 _a	0,7%	117 _b	8,0%	125	4,8%			
	raczej tak	62 _a	5,5%	407 _b	27,8%	469	18,1%			
	tak	303 _a	27,0%	373 _a	25,5%	676	26,1%			
	zdecydowanie tak	749 _a	66,7%	506 _b	34,6%	1255	48,5%			
Ogółem	1123	100,0%	1463	100,0%	2586	100,0%				

χ^2 – rezultat testu chi-kwadrat; p – istotność testu chi-kwadrat; V_c – siła efektu; każda litera w indeksie dolnym oznacza podzbiór Grupy, których proporcje kolumny nie różnią się znacząco od siebie na poziomie 0,05

Stwierdzono istotne różnice w dostępie do profesjonalnych porad położnej pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciężę w ramach klasycznego modelu opieki. W celu ustalenia jakie są to dokładnie zależności wykonano dodatkowe analizy post hoc (wyniki umieszczono w indeksach dolnych tabeli 119). Okazało się, że **większość kobiet, która zdecydowanie miała dostęp do profesjonalnych porad położnej realizowała opiekę w ramach KOC.**

5.7.3. Ocena poczucia bezpieczeństwa świadczeniobiorców i porównanie wybranych efektów pracy lekarza i położnej w opiece okołoporodowej

H.6. Bezpieczeństwo świadczeniobiorców w ramach Programu Koordynowanej Opieki nad Kobiętą w Ciąży jest wyżej oceniane przez pacjentki, położne i lekarzy, niż w klasycznym modelu opieki.

Hipotezę potwierdzono na podstawie porównania uzyskanych wyników badań przeprowadzonych wśród kobiet uzyskujących świadczenia w obu modelach oraz opiniach personelu medycznego. Poniżej wyniki z poszczególnych obszarów badawczych.

Z przedstawionych na wykresie 13 danych zauważono, że więcej kobiet korzystających z KOC (71%) czuło się bezpiecznie w trakcie całej ciąży, niż kobiet z tradycyjnego modelu opieki (42%). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 120.

Wykres 13. Poczucie bezpieczeństwa w ciąży

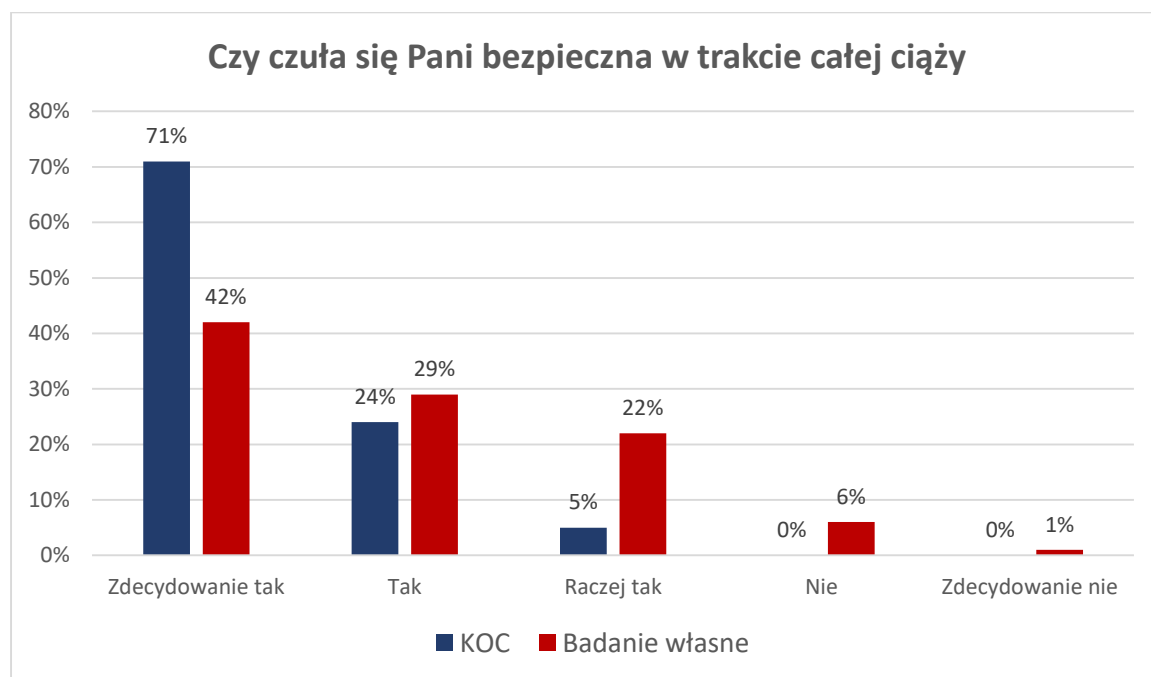


Tabela 120. Poczucie bezpieczeństwa w ciąży

	KOC	Model klasyczny
Zdecydowanie tak	2275	684
Tak	771	477
Raczej tak	148	357

Nie	5	107
Zdecydowanie nie	0	17
SUMA	3199	1642
Zdecydowanie tak (%)	71%	42%
Tak (%)	24%	29%
Raczej tak (%)	5%	22%
Nie (%)	0%	6%
Zdecydowanie nie (%)	0%	1%

Dalej w celu przetestowania różnic w poczuciu bezpieczeństwa w opiece ambulatoryjnej pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat. Rezultaty zaprezentowano w tabeli 121.

Tabela 121. Wyniki analizy chi-kwadrat dla różnic w poczuciu bezpieczeństwa w opiece ambulatoryjnej pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki

		Grupa				Ogółem		χ^2	p	V _c
		opieka w ramach KOC		opieka w ramach klasycznego modelu						
		N	%	N	%					
Poczucie bezpieczeństwa w opiece ambulatoryjnej	zdecydowanie nie	0 _a	0,0%	17 _b	1,0%	17	0,4%	691,79	<0,001	0,38
	nie	5 _a	0,2%	107 _b	6,5%	112	2,3%			
	raczej tak	148 _a	4,6%	357 _b	21,8%	505	10,4%			
	tak	771 _a	24,1%	476 _b	29,0%	1247	25,8%			
	zdecydowanie tak	2275 _a	71,1%	684 _b	41,7%	2959	61,1%			
Ogółem		3199	100,0%	1641	100,0%	4840	100,0%			

χ^2 – rezultat testu chi-kwadrat; p – istotność testu chi-kwadrat; V_c – siła efektu; każda litera w indeksie dolnym oznacza podzbiór Grupy, których proporcje kolumny nie różnią się znacząco od siebie na poziomie 0,05

Zaobserwowano istotne różnice w poczuciu bezpieczeństwa w opiece ambulatoryjnej pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciężę w ramach klasycznego modelu opieki. W celu ustalenia jakie są to dokładnie zależności wykonano dodatkowe analizy post hoc (wyniki umieszczono w indeksach dolnych tabeli 121). Okazało się, że **większość kobiet, która zdecydowanie miała poczucie bezpieczeństwa w opiece ambulatoryjnej realizowała opiekę w ramach KOC.**

Z analizy przedstawionych na wykresie 14 danych wynika, że zdecydowanie więcej położnych w Programie KOC (67%) była zainteresowanych stanem psychicznym ankietowanych, niż w tradycyjnym modelu opieki (25%). Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 122.

Wykres 14. Zainteresowanie ze strony położnej, stanem psychicznym pacjentki

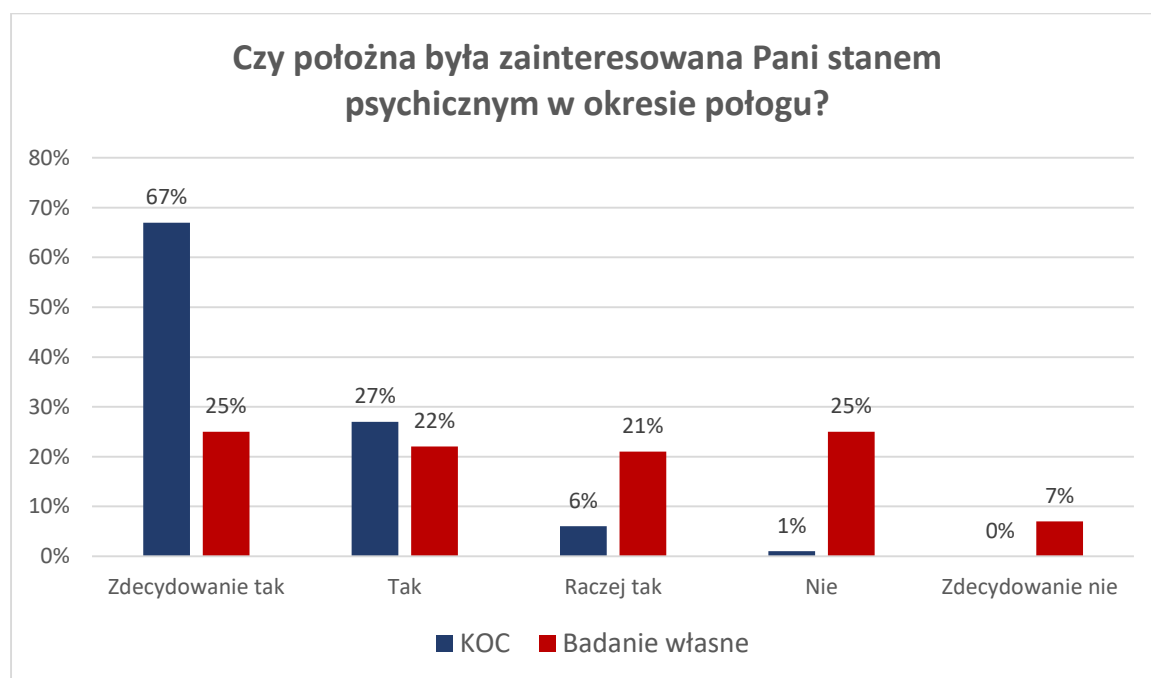


Tabela 122. Zainteresowanie ze strony położnej, stanem psychicznym pacjentki

	KOC	Model klasyczny
Zdecydowanie tak	749	373
Tak	303	320
Raczej tak	63	307
Nie	8	373
Zdecydowanie nie	1	99
SUMA	1124	1472
Zdecydowanie tak (%)	67%	25%

Tak (%)	27%	22%
Raczej tak (%)	6%	21%
Nie (%)	1%	25%
Zdecydowanie nie (%)	0%	7%

Ponadto w celu przeanalizowania różnic w poziomie zainteresowania stanem psychicznym w okresie połogu przez położną pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciężę w ramach klasycznego modelu opieki wykonano test niezależności chi-kwadrat. Wyniki przedstawiono w tabeli 123.

Tabela 123. Rezultaty analizy chi-kwadrat dla różnic w poziomie zainteresowania stanem psychicznym w okresie połogu przez położną pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciężę w ramach klasycznego modelu opieki

		Grupa				Ogółem	χ^2	p	V _c
		opieka w ramach KOC		opieka w ramach klasycznego modelu					
		N	%	N	%				
	zdecydowanie nie	3 _a	0,3%	99 _b	6,7%	102	4,0%		
Zainteresowanie stanem psychicznym w okresie połogu przez położną	nie	56 _a	5,0%	373 _b	25,4%	429	16,6%	383,03	<0,001
	raczej tak	139 _a	12,5%	307 _b	20,9%	446	17,3%		
	tak	357 _a	32,2%	320 _b	21,8%	677	26,2%		
	zdecydowanie tak	555 _a	50,0%	372 _b	25,3%	927	35,9%		
	Ogółem	1110	100,0%	1471	100,0%	2581	100,0%		

χ^2 – rezultat testu chi-kwadrat; p – istotność testu chi-kwadrat; V_c – siła efektu; każda litera w indeksie dolnym oznacza podzbiór Grupy, których proporcje kolumny nie różnią się znacząco od siebie na poziomie 0,05

Zaobserwowano istotne różnice w poziomie zainteresowania stanem psychicznym w okresie połogu przez położną pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciężę w ramach klasycznego modelu opieki. W celu ustalenia jakie są to dokładnie zależności wykonano dodatkowe analizy post hoc

(wyniki umieszczono w indeksach dolnych tabeli 123). Okazało się, że **większość kobiet, która zdecydowanie odczuwała zainteresowanie stanem psychicznym w okresie porodu przez położną realizowała opiekę w ramach KOC.**

Wszyscy lekarze w trakcie wizyt rozmawiali z pacjentkami na temat planu porodu, natomiast w grupie położnych tylko 54% ankietowanych zaznaczyło tą odpowiedź. 83% ankietowanych lekarzy rozmawiała również na temat dolegliwości ciążyowych, w grupie położnych temat ten poruszyło 54% badanych. Tematem które położne poruszały najczęściej - 62%, było karmienie piersią, podczas gdy w grupie lekarzy odpowiedź ta padła tylko u 33% ankietowanych. Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 124 oraz na wykresie 15.

Wykres 15. Tematy poruszane z pacjentką w trakcie wizyt



Tabela 124. Tematy poruszane z pacjentką w trakcie wizyt

	Położne	Lekarze
Plan porodu	21	36
Karmienie piersią	24	12
Wyprawka dla noworodka	18	3
Porad dotyczące dolegliwości ciążyowych	21	30
Plan porodu (%)	54%	100%
Karmienie piersią (%)	62%	33%
Wyprawka dla noworodka (%)	46%	8%

Porady dotyczące dolegliwości ciążowych (%)	54%	83%
--	-----	-----

Jak pokazano na wykresie 14, położne oraz lekarze w podobnym stopniu umożliwiają pacjentkom kontakt z nimi 24h na dobę w sytuacjach nagłych. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 125 oraz na wykresie 16.

Wykres 16. Umożliwienie kontaktu 24h na dobę

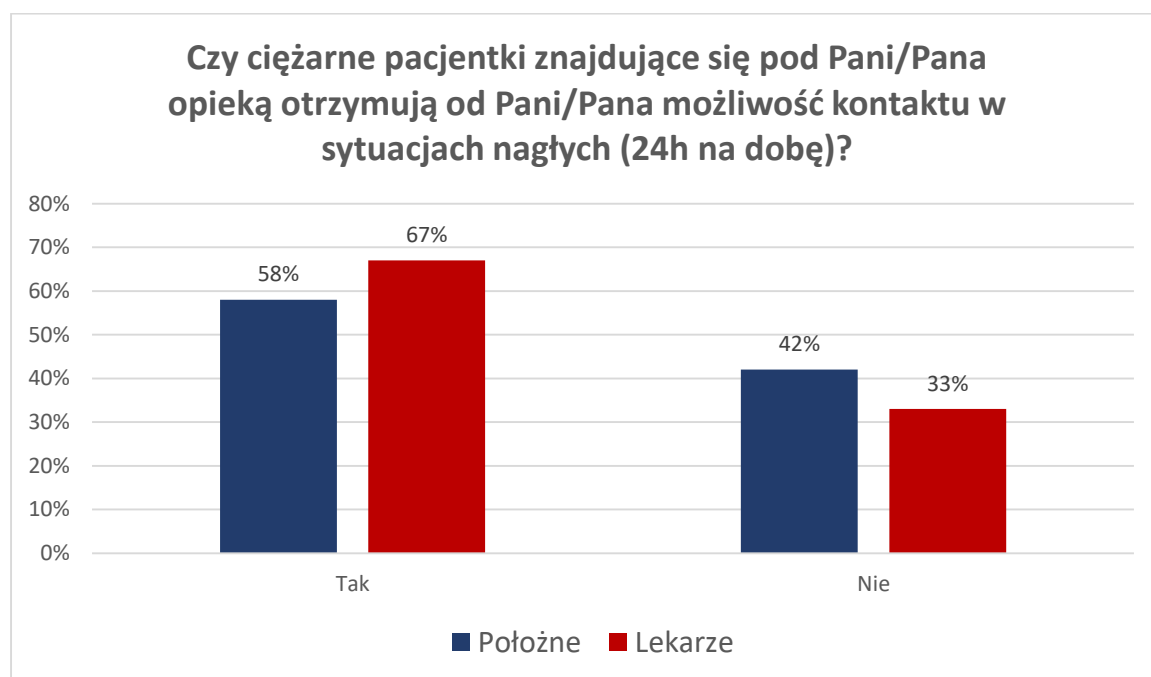


Tabela 125. Umożliwienie kontaktu 24h na dobę

	Położne	Lekarze
Tak	21	24
Nie	15	12
SUMA	36	36
Tak (%)	58%	67%
Nie (%)	42%	33%

Jak przedstawiono na wykresie 17, wszyscy lekarze oraz 93% położnych uważają, że pacjentki mogą czuć się w Programie KOC bezpiecznie. Szczegółowe dane umieszczono w tabeli 126.

Wykres 17. Opinia personelu na temat bezpieczeństwa Programu

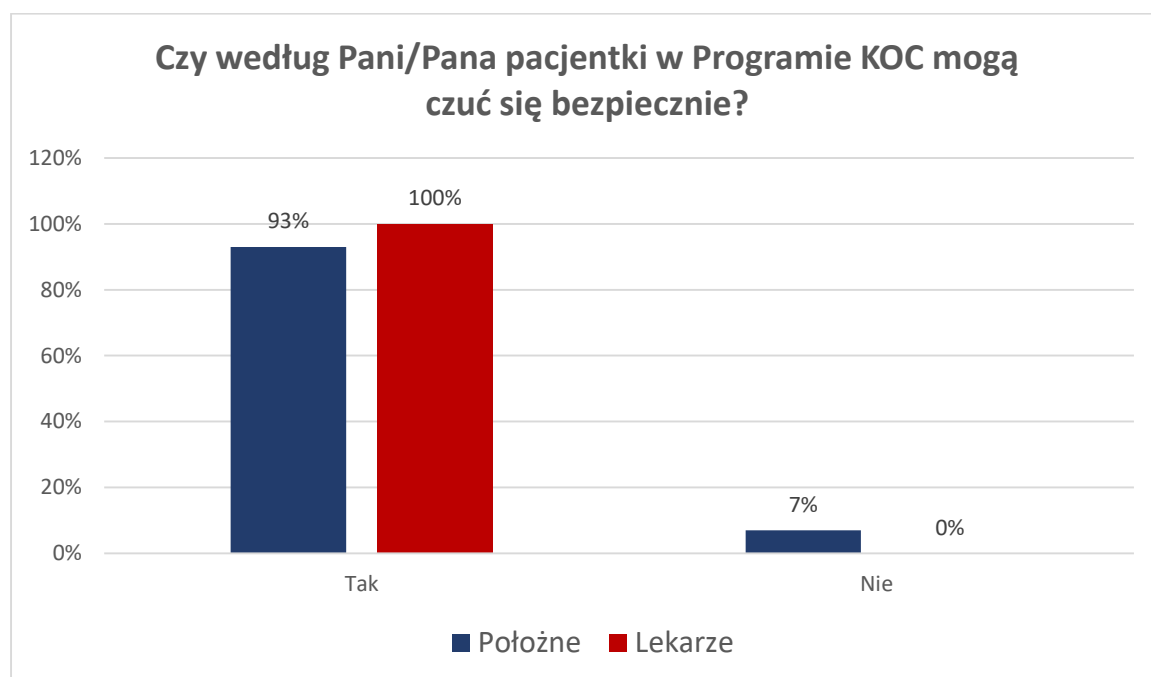


Tabela 126. Poczucie bezpieczeństwa

	Położne	Lekarze
Tak	42	36
Nie	3	0
SUMA	45	36
Tak (%)	93%	100%
Nie (%)	7%	0%

5.7.4. Podsumowanie związków istotnych statystycznych

Jak zaprezentowano powyżej, na drodze analizy statystycznej poszczególnych zagadnień branych pod uwagę w przedstawionym badaniu, dowiedziono kilku niezwykle istotnych zależności statystycznych, a także, w niektórych przypadkach jej brak – co również stanowiło potwierdzenie wstępnych założeń, czy szeroko spotykanych opinii publicznych dotyczących wybranych zagadnień. Wszystkie one są wynikiem prac skupionych wokół całości danych włączonych do badania (tj. badań przeprowadzonych wśród pacjentek realizujących Program KOC, badań przeprowadzonych wśród pacjentek korzystających z klasycznego modelu opieki oraz badań przeprowadzonych wśród położnych i lekarzy pracujących w ramach Programu KOC). Poniżej przedstawiono podsumowanie badań własnych oraz krótką interpretację

otrzymanych wyników, gdzie szukano odpowiedzi na temat roli położnej w aspekcie bezpieczeństwa zdrowia populacyjnego w obszarze opieki nad kobietą ciężarną.

Tabela 127. Analiza statystyczna badanych kobiet w klasycznym modelu opieki okołoporodowej

L.p.	Zależność	p	Chi ²
1	Wykazano zależność statystyczną pomiędzy miejscem zamieszkania a możliwością wyboru osoby prowadzącej ciążę – <i>kobiety z miast dużych częściej statystycznie mogły samodzielnie zadecydować</i>	0,046	2,706
2	Kobiety młode, z wykształceniem wyższym wykazują większą skłonność do korzystania z opieki położnej w trakcie ciąży	0,018	9,015
3	Brak jest zależności pomiędzy zawodem wykonywanym osoby prowadzącej ciążę a koniecznością hospitalizacji	0,315	1,652
4	Brak jest zależności statystycznej pomiędzy formą opieki – prywatną/publiczną a koniecznością hospitalizacji	0,619	0,835
5	Istnieje zależność statystyczna pomiędzy profesją osoby prowadzącej ciążę a formą porodu (cesarskie cięcie/siłami natury) – kobiety będące pod opieką położnej decydują się na poród siłami natury	0,048	11,033
6	Brak jest zależności statystycznej pomiędzy zawodem osoby opiekującej się ciążą a późniejszym karmieniem piersią	0,381	1,542
7	Brak jest zależności statystycznej pomiędzy zawodem osoby opiekującej się ciążą a oceną dziecka w skali Apgar	0,108	2,547
8	Kobiety z większych miast, z wykształceniem wyższym niż podstawowe wykazują się większą wiedzą na temat uprawnień położnych do prowadzenia ciąży	0,019	11,938
9	Brak jest zależności statystycznej pomiędzy zawodem osoby opiekującej się ciążą a zaplanowaniem opieki nad matką i dzieckiem podczas pierwszej wizyty specjalistycznej	0,104	3,677

10	Kobiety będące pod opieką położnej wyrażały duże zadowolenie (większe niż w przypadku lekarza jako osoby prowadzącej) ze współpracy/przebiegu ciąży	0,009	15,205
11	Brak jest zależności statystycznej pomiędzy zawodem osoby opiekującej się ciążą a możliwością skontaktowania się z nią w sytuacji nagłej/niepokojącej	0,089	8,061
12	Kobiety będące pod opieką położnej zdecydowanie częściej miały możliwość skorzystania z opieki/rozmowy ze specjalistą laktacyjnym	0,028	10,546
Analiza statystyczna badania położnych		p	
13	Młodsze stażem położne z większym prawdopodobieństwem zgodziłyby się prowadzić ciążę samodzielnie	0,043	
14	Położne realizujące swoją praktykę w większych miejscowościach częściej zgodziłyby się prowadzić ciążę samodzielnie	0,024	
15	Im położna jest młodsza stażem pracy, tym więcej tematów z pacjentkami porusza w trakcie spotkań w czasie ciąży	0,027	
16	Młode położne wykazują się większym zaangażowaniem w opiekę nad pacjentką. Istnieje bowiem powiązanie pomiędzy ich stażem pracy, a możliwością kontaktu z nimi przez całą dobę	0,016	
17	Położne ze stażem pracy poniżej 5 lat najczęściej wykonują wizyty patronażowe	0,011	
18	Położne z największym stażem pracy najczęściej są przekonane o istnieniu problemu w zakresie braku otwartej postawy w zakresie rozwoju autonomii zawodowej położnej	0,014	
Analiza statystyczna badania lekarzy		p	
19	Lekarze z najmniejszym stażem pracy (do lat 5) opowiadają się za większą liczbą spotkań z pacjentkami aniżeli ich starsi koledzy	0,041	

Powyższe wyniki mogą stanowić potwierdzenie, iż aktualne kompetencje położnych w Polsce, pozwalają na bezpieczne prowadzenie kobiet ciężarnych (w ciąży fizjologicznej) samodzielnie, świadczą o tym poniższe dane:

- Brak jest zależności pomiędzy zawodem wykonywanym osoby prowadzącej ciążę a koniecznością hospitalizacji,
- Brak jest zależności statystycznej pomiędzy zawodem osoby opiekującej się ciążą, a późniejszym karmieniem piersią,
- Brak jest zależności statystycznej pomiędzy zawodem osoby opiekującej się ciążą, a oceną dziecka w skali Apgar,
- Brak jest zależności statystycznej pomiędzy zawodem osoby opiekującej się ciążą, a zaplanowaniem opieki nad matką i dzieckiem podczas pierwszej wizyty specjalistycznej,
- Brak jest zależności statystycznej pomiędzy zawodem osoby opiekującej się ciążą, a możliwością skontaktowania się z nią w sytuacji nagłej/niepokojącej.

Dodatkowe wyniki wzmacniające słusność tej zmiany legislacyjnej to:

- Istnieje zależność statystyczna pomiędzy profesją osoby prowadzącej ciążę, a formą porodu (cesarskie cięcie/siłami natury) – kobiety będące pod opieką położnej decydują się częściej na poród siłami natury,
- Kobiety będące pod opieką położnej wyrażały duże zadowolenie (większe niż w przypadku lekarza jako osoby prowadzącej) ze współpracy/przebiegu ciąży,
- Kobiety będące pod opieką położnej zdecydowanie częściej miały możliwość skorzystania z opieki/rozmowy ze specjalistą laktacyjnym.

VI. Dyskusja

Jeszcze przed wprowadzeniem Programu Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Ciąży, Narodowy Fundusz Zdrowia jako jedno z podstawowych założeń programu przedstawiał zwiększenie prestiżu zawodu położnej, poprzez wprowadzenie nowych rozwiązań systemowych, które ułatwią położnym samodzielne prowadzenie ciąży [37]. Miało w tym pomóc między innymi wyodrębnienie dedykowanych położnym kodów jednostkowych produktów finansowanych przez NFZ [38]. Niestety jak wynika z danych, otrzymanych z Centrali NFZ, liczba ciąż prowadzonych przez położne w ramach klasycznego modelu opieki jest niewielka. Dla przykładu w 2020 roku położne rozpoczęły prowadzenie 491 ciąż, rozliczonych w ramach produktu 5.01.00.0000131, czyli wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie do 10 tygodnia ciąży. Stanowi to, niecały 1% wszystkich ciąż w danym okresie w Polsce. Niestety w okresie od 38 do 39 tygodnia ciąży, w ramach produktu 5.01.00.0000137 rozliczono już tylko 293 ciążę, co oznacza, że około 40% ciąż prowadzonych przez położne zostało przekazanych pod opiekę lekarza. Pierwszy wyraźny spadek opieki położnych obserwujemy po wizycie u położnej pomiędzy 15 a 20 tygodniem ciąży. w tym okresie u pacjentki wykonywane jest USG tzw. „połówkowe”, dlatego można przypuszczać, że kobiety ciężarne były przekazywane przez położne pod opiekę lekarza z powodu wykrytych w trakcie badania powikłań ciążowych. Następnie liczba ta systematycznie spada do końca ciąży. w ramach KOC liczba ciąż prowadzonych przez położne jest jeszcze mniejsza niż w ramach klasycznego modelu opieki. w 2020 roku położne w KOC rozliczyły tylko 20 ciężarnych w ramach kodów 5.10.00.0000146 oraz 5.10.00.0000147. Choć na przestrzeni lat, od 2017 do 2020 obserwujemy wzrost liczby prowadzonych ciąż z 7 do 20, to jednak wciąż jest to marginalna liczba w stosunku do wszystkich ciąż prowadzonych w ramach KOC w analizowanym okresie (1769 w 2017 roku i 12 496 w roku 2020), a co za tym idzie wskazana wytyczna NFZ nie została spełniona. w przeprowadzonym badaniu własnym, skierowanym do położnych, żadna z położnych nie prowadziła ciąży samodzielnie, a 60% ankietowanych położnych uważa, że powinno się zwiększyć wiedzę społeczeństwa na ten temat. Jednak 73% położnych nie zgodziłoby się samodzielnie prowadzić ciąży. Jako powód 53% ankietowanych wskazała brak otwartej postawy u niektórych lekarzy w zakresie rozwoju autonomii zawodowej położnej. Wykazano natomiast, statystyczną zależność pomiędzy stażem pracy, a chęcią prowadzenia ciąży przez położne, młodsze stażem położne z większym prawdopodobieństwem zgodziłyby się prowadzić ciążę samodzielnie ($p=0,043$), oraz miejscem zamieszkania, położne

prowadzące swoją praktykę w większych miejscowościach częściej zgodziłyby się prowadzić ciężę samodzielnie ($p=0,024$).

Ponadto zauważyć, że w ramach ubezpieczenia zdrowotnego pacjentkom przysługuje 28 nieodpłatnych spotkań z położną przed porodem. Prawie 69% kobiet realizujących ciężę w ramach klasycznego modelu opieki skorzystało z tej możliwości wykorzystując średnio 5 wizyt z 11 im przysługujących pomiędzy 21 a 31 tygodniem ciąży. co ciekawe z wizyt u położnej w okresie od 32 tygodnia ciąży do rozwiązania skorzystało już 85% ciężarnych, wykorzystując jednak, tylko (średnio) 6 wizyt z 21 możliwych. Wynika to, prawdopodobnie z niewiedzy, że takie prawo im przysługuje. Położna w Polsce najczęściej sprawuje opiekę nad matką i noworodkiem po porodzie (są to minimum 4 dodatkowe, poza tymi przed porodem spotkania), zaś pozostałe zadania położnej, takie jak promocja zdrowia i edukacja, które powinny mieć miejsce w ciągu tych 32 spotkań przed porodem, realizowane są marginalnie [39,40]. co potwierdzają uzyskane dane, w 2019 roku kobiety odbyły średnio 4 wizyty patronażowe. Ponadto jak wynika z kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli (NIK) w 2016 roku, większość kobiet (72%) odpowiedziało, że nie zostało przez swojego lekarza skierowane do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu edukacji przedporodowej [41,42]. Tematy jakie najczęściej poruszają położne w trakcie spotkań z pacjentką w ciąży to karmienie piersią (62%), plan porodu (54%), zagadnienia dotyczące depresji poporodowej (54%) oraz porady dotyczące dolegliwości ciążowych (mdłości, obrzęk nóg itp.) (54%). co ciekawe, im położna jest młodsza stażem pracy, tym więcej tematów z pacjentkami porusza w trakcie spotkań w czasie ciąży ($p=0,027$). Lekarze natomiast w trakcie wizyt poruszają tematy związane z planem porodu (100%), możliwości znieczulenia w trakcie porodu (91%) oraz porady dotyczące dolegliwości ciążowych (83%). Lekarze z najmniejszym stażem pracy (do lat 5) opowiadają się za większą liczbą spotkań z pacjentkami aniżeli ich starsi koledzy ($p=0,041$).

W powyższej analizie wzięto pod uwagę rok 2019 w związku z wybuchem pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 w marcu 2020 roku. Niestety w trakcie pandemii dostęp zarówno do lekarzy jak i położnych zwłaszcza na początku, został ograniczony, co obrazują otrzymane dane, pomiędzy 21 a 31 tygodniem ciąży kobiety odbywały średnio 4 wizyty, po 32 tygodniu ciąży do rozwiązania 6, wizyt patronażowych natomiast tylko 3. z raportu Fundacji Rodzic po Ludzku wynika, że w trakcie pandemii co czwarta pacjentka (26%) z własnej woli zrezygnowała z części wizyt u lekarza i położnej [43].

Polki wciąż, częściej w trakcie ciąży wolą korzystać z porad lekarza niż położnej. Być może wynika to z powszechnie panującej w Polsce opinii, iż lekarze są bardziej kompetentni

od położnych w zakresie opieki nad kobietą ciężarną i cieszą się większym zaufaniem. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia, położna posiada wiedzę i umiejętności niezbędne do opieki nad kobietą ciężarną w czasie trwania całej ciąży i istnieją podstawy prawne do świadczenia wyżej wymienionych usług. w przeprowadzonym badaniu własnym 63% ankietowanych uważa, że lekarz posiada większą wiedzę i kompetencje do prowadzenia ciąży, niż położna. co więcej, 42% kobiet nie wie, że położna ma możliwość samodzielnego prowadzenia ciąży. Nadto wykazano zależność statystyczną pomiędzy wykształceniem i miejscem zamieszkania kobiet, a wiedzą na temat uprawnień położnych. Kobiety z większych miast, z wykształceniem wyższym niż podstawowe wykazują się większą wiedzą na temat uprawnień położnych do prowadzenia ciąży ($p=0,019$, $\chi^2=11,938$). Powinno się więc zwrócić uwagę na edukację kobiet z mniejszych miejscowości, z niższym wykształceniem w zakresie uprawnień położnych do prowadzenia ciąży.

W raporcie przygotowanym na podstawie kontroli przeprowadzonej przez NIK, wykazano, że w 2015 roku 85% ankietowanych kobiet nie miało możliwości wyboru osoby prowadzącej poród [44]. Tymczasem jak wynika z przeprowadzonego badania własnego w ramach Programu KOC pacjentki częściej (92%) miały na początku ciąży, możliwość wyboru, kto będzie prowadził ich ciążę, lekarz czy położna, niż pacjentki korzystające z opieki w ramach standardowego modelu opieki (26%). Co wskazuje, że w ramach klasycznego modelu opieki nad kobietą ciężarną położnice rzadziej, niż w ramach KOC mogą podejmować samodzielną decyzję. Rzecznik Praw Obywatelskich w swoim wystąpieniu również zwraca uwagę na zagadnienie możliwości wyboru przez rodzącą, płci osoby odbierającej poród. Dla części rodzących kwesta bycia pod opieką kobiety bądź mężczyzny jest istotna, zwłaszcza należy umożliwić kobiecie możliwość wyboru, w przypadku, gdy doświadczyła przemocy seksualnej lub wynika to z jej potrzeb kulturowych [45].

W badaniach amerykańskich również zwrócono uwagę na konieczność zwiększenia opieki okołoporodowej sprawowanej przez położną. W przeprowadzonej analizie zauważono, że opieka położnej podczas porodu wiązała się ze zmniejszeniem liczby interwencji medycznych oraz zmniejszeniem o 40% liczby cięć cesarskich [46]. W badaniu własnym wykazano istotność statystyczną pomiędzy profesją osoby prowadzącej ciążę, a formą porodu (cesarskie cięcie/siłami natury) – kobiety będące pod opieką położnej, częściej decydowały się na poród siłami natury ($p=0,048$, $\chi^2=11,033$). Zmniejszenie liczby cięć cesarskich, to kolejne założenie programu KOC. Niestety nie dysponujemy danymi dotyczącymi liczby cięć cesarskich przeprowadzonych w programie KOC. Poza KOC, cesarskim cięciem

rozwiązywanych jest 38% ciąż w Polsce. Co istotne, zmniejszenie liczby cięć cesarskich jest jednym z parametrów jakościowych programu KOC wpływającym na jego wycenę.

Zgodnie z wprowadzonymi w 2019 roku standardem opieki okołoporodowej [22] kobieta już na pierwszej wizycie u osoby prowadzącej ciążę, powinna ustalić plan opieki nad nią i dzieckiem. Tymczasem, w ramach klasycznego modelu opieki tylko 35% kobiet ustaliło plan opieki nad sobą i tylko 4% plan opieki nad noworodkiem. Podobny wynik uzyskano w 2016 roku, w badaniu przeprowadzonym przez NFZ, 43% kobiet wskazało, że miało przygotowany plan opieki [47]. co interesujące, w ramach KOC większość pacjentek – 85% miało ustalony plan opieki nad sobą i dzieckiem.

W swoich najnowszych wytycznych „*Intrapartum care for a positive childbirth experience*”, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zwraca szczególną uwagę na zapewnienie pełnej szacunku opieki położniczej, która prowadzi do zmniejszenia zachorowalności oraz śmiertelności matek. W dokumencie podkreślono znaczenie indywidualnego podejścia do każdej pacjentki oraz efektywnej komunikacji, ponadto stwierdzono, że najważniejszą wartością dla kobiet jest pozytywne doświadczenie porodu [48]. Na przyszłe decyzje związane z prokreacją niewątpliwie wpływ ma stres doświadczany w trakcie porodu, zaobserwowano, że wcześniejsze negatywne doświadczenia porodowe wpływają na decyzję o opóźnieniu kolejnej ciąży oraz prośbami matki o cięcie cesarskie przy kolejnym porodzie [49,50]. Jak wynika z analizy danych badań własnych, zdecydowanie więcej kobiet korzystających z KOC zdecyduje się ponownie wybrać ten sam szpital do porodu (74%), niż kobiet z klasycznego modelu opieki (43%). Raport przygotowany przez Fundację Rodzić po Ludzku w 2018 roku na podstawie monitoringu oddziałów położniczych, ukazał szereg nieprawidłowości związanych z opieką nad kobietą ciężarną m.in., lekceważące oraz obraźliwe zachowania ze strony personelu medycznego wobec kobiet rodzących [51,52]. Tymczasem profesjonalna opieka medyczna oraz poszanowanie godności pacjenta powinny stanowić filar opieki medycznej [53,54]. W raporcie NIK również nie przedstawiono przychylnych danych, w szpitalach nie zapewniano pacjentkom intymności w trakcie porodu, w 10 z 16 badanych szpitali, sale porodowe i gabinety lekarskie były przygotowane w taki sposób, że przy otwarciu drzwi osoby postronne mogły zobaczyć kobietę w sytuacji intymnej. Wyniki badań własnych wskazują jednak, że zarówno pacjentki korzystające z opieki w ramach KOC (81%) oraz te w standardowym modelu opieki (79%) miały zapewnioną opiekę z zachowaniem zasad prywatności. Kontrola NIK przeprowadzona była w 2016 roku, badania własne 2-3 lata później, co sugeruje, że opieka nad kobietą ciężarną w powyższym zakresie uległa poprawie [41]. Dla przykładu w Chile tylko 56% kobiet czuło, wsparcie oraz szacunek ze strony personelu

medycznego [53]. W Wielkiej Brytanii natomiast na pytanie – Czy czułaś się szanowana przez położne i inny personel medyczny? – 82% respondentów udzieliło pozytywnej odpowiedzi [55]. Jednak w podobnym badaniu przeprowadzonym wśród kobiet z niepełnosprawnością, niestety ponad połowa z nich – 56% zaznaczyła, że świadczeniodawcy w trakcie opieki położniczej nie traktują ich w wymaganym szacunku [56].

Kolejnym ważnym elementem opieki okołoporodowej jest możliwość zastosowania znieczulenia w trakcie porodu. Jedną z najczęstszych obaw kobiet związanych z ciążą i porodem jest właśnie ból w trakcie porodu [57]. Wyróżnić możemy formy niefarmakologicznego oraz farmakologicznego łagodzenia bólu. Farmakologiczne, to znieczulenie zewnątrzoponowe, gazy do kontroli bólu oraz dożyłne opioidy. do niefarmakologicznych zaliczamy poród w wodzie i zanurzenie w wodzie, przezskórną elektryczną stymulację nerwów (TENS), aromaterapię, akupunkturę i akupresurę oraz techniki masażu [58,59]. W 2016 roku Fundacja Rodzić po Ludzku przeprowadziła monitoring wszystkich szpitali w Polsce. Z otrzymanych danych wynika, że ramach niefarmakologicznego łagodzenia bólu w trakcie porodu 98% ankietowanych szpitali proponuje pacjentce pracę z oddechem, 97% kąpiel lub prysznic, 86% masaż, około 50% okłady, jedynie 38% szpitali ma możliwość zapewnienia pacjentkom przezskórnej stymulacji elektrycznej TENS [60,61]. Jednak jak wynika z kontroli NIK tylko 64% ankietowanych kobiet otrzymało propozycje zmiany pozycji w trakcie porodu, ćwiczenia oddechowe zaledwie 54%, 45% spacer, tylko 34% rodzących otrzymało propozycje prysznica. Realnie, z niefarmakologicznych sposobów łagodzenia bólu skorzystało zaledwie 30% kobiet [44]. W ramach farmakologicznego uśmierzania bólu, szpitale najczęściej deklarują dostęp do analgezji wziewnej – 84%, znieczulenia zewnątrzoponowego 49%, tylko 30% zapewnia petydynę. Kobiety deklarują natomiast, wykorzystanie metody wziewnej – 51%, 40% znieczulenie zewnątrzoponowe, jedynie 13% petydynę. Znieczulenie zewnątrzoponowe najczęściej – 83% jest dostępne w szpitalach o III stopniu referencyjności i jedynie w 36% szpitali z I stopniem. Jako największy problem z dostępem do powyższej metody łagodzenia bólu, szpitale wskazują niewystarczającą liczbę anestezjologów [62]. Natomiast w przeprowadzonym badaniu własnym 85% kobiet korzystających z opieki w ramach KOC otrzymywała skuteczne leczenie przeciwbólowe, mniej – 67%, kobiet w ramach tradycyjnego modelu opieki takie leczenie otrzymało. W Wielkiej Brytanii 30% rodzących kobiet korzysta ze znieczulenia zewnątrzoponowego, w Szkocji 22%, natomiast w Stanach Zjednoczonych aż 73% [63]. W 2017 roku w Indiach przeprowadzono badanie wśród lekarzy oraz pacjentek oddziału położniczego szpitala klinicznego na temat dostępności i zastosowania znieczulenia w trakcie

porodu. Ponad połowa badanych – 59% chciała w trakcie porodu otrzymać znieczulenie zewnątrzoponowe, natomiast tylko 13% je otrzymało [64]. W Irlandii natomiast kobiety jako najistotniejszy aspekt wyboru placówki do porodu zaznaczały szpital z większą dostępnością do środków przeciwbólowych [65]. Zastosowanie znieczulenia w trakcie porodu wiąże się w wyższymi wskaźnikami satysfakcji z porodu oraz zwiększa chęć ponownego zajścia w ciążę [60,66]. Jednak, jak wynika z badań przeprowadzonych w Polsce w 2018 roku, wciąż istnieje konieczność edukacji kobiet w zakresie możliwości łagodzenia bólu porodowego [67]. Znieczulenie zewnątrzoponowe wciąż pozostaje złotym standardem w łagodzeniu bólu [60].

Na depresję poporodową cierpi 10-20% kobiet na całym świecie [68]. Związane jest to z wielką zmianą, jaka następuje w życiu kobiet i koniecznością radzenia sobie ze stresem pojawiającym się w okresie okołoporodowym. Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii przez organizację charytatywną „4Children” dowodzą, że 49% kobiet, u których występują objawy depresji, nie korzysta z pomocy profesjonalistów. Aż 71% kobiet zmaga się z depresją przez ponad 2 miesiące zanim zgłosi się do specjalisty. Głównym tego powodem jest panujące nierzadko przekonanie, iż choroba ta nie jest na tyle poważna, aby konieczna była pomoc lekarska. Część matek (33%) boi się reakcji otoczenia oraz skutków prawnych przyznania się do choroby. Ponad jedna czwarta badanych uzyskała wystarczającą pomoc ze strony rodziny. Niestety, część (13%) nie może zgłosić się na leczenie, ponieważ nie ma wystarczającego wsparcia partnera. Warto zaznaczyć, że niektóre kobiety (12%) nie posiadają wystarczającej wiedzy na temat depresji, by ją rozpoznać [69]. Jak wynika z przeprowadzonych badań własnych w Programie KOC 67% położnych była zainteresowana stanem psychicznym kobiet po porodzie, w tradycyjnym modelu opieki tylko 25%, mimo, iż monitorowanie stanu psychicznego położnicy należy do obowiązku położnej. Jednak część kobiet, pomimo zainteresowania ze strony położnych nie ujawnia swoich problemów, wynika to z faktu niskiej samooceny, pacjentki wstydzą się przyznać, że sobie nie radzą, strachu przed negatywną oceną ze strony innych osób, brakiem zaufania do położnej lub braku wystarczającej ilości czasu [70]. W Indonezji w 2019 roku opracowano aplikację na telefon służącą do wczesnego wykrywania depresji poporodowej. Aplikacja opiera się na Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EPDS), którą wypełniają kobiety, a w razie niepokojących wyników, pojawia im się komunikat o konieczności skontaktowania się z położną [71]. Aplikacja może niewątpliwie pomóc położnym w realizacji ich zadań. Panuje powszechne przekonanie, że rola matki powinna być spełnieniem dla kobiety, że powinna ona spędzać z dzieckiem cały czas, a opieka nad niemowlęciem być źródłem radości i zadowolenia. Niestety, bardzo często rzeczywistość wygląda zupełnie inaczej, co umacnia w kobiecie przekonanie o nieporadności, bezradności,

oraz prowadzi do niezadowolenia, smutku i frustracji [72]. Badania Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego dowodzą, że dziecko matki z depresją poporodową w okresie noworodkowym jest mniej aktywne, bardziej drażliwe, zaś w niemowlęctwie: charakteryzuje się mniejszym przyrostem masy ciała, obniżoną siłą mięśniową oraz opóźnieniem rozwoju motorycznego [73]. Jak wykazały badania, depresja w trakcie ciąży zwiększa ryzyko porodu przedwczesnego niemal dwukrotnie [74]. Ponadto silna zależność noworodka od matki nasila stres u rodzica i zwiększa ryzyko podejmowania nieodpowiednich praktyk. Badania populacyjne ALSPAC dowiodły, że depresja negatywnie i trwale wpływa na rozwój dziecka. Dzieci matek z depresją cztery razy częściej mają problemy z zachowaniem pomiędzy 3 a 4 rokiem życia, a jej konsekwencje widoczne są nawet w 18 roku życia dziecka [75]. Dlatego ważne jest, aby kobieta znalazła w ciągu dnia czas, który poświęci sobie.

W Polsce 98% kobiet rozpoczyna karmienie piersią, natomiast w 6 tygodniu życia dziecka, naturalnie karmi już tylko 46% kobiet, do 6 miesiąca 42%. Jak wynika z raportu „*Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej? Wizyty położnej podstawowej opieki zdrowotnej i u ginekologa-położnika*” przygotowanego w 2017 roku, - prawie połowa położnych nie poruszała z pacjentkami tematu korzyści wynikających z karmienia piersią [76]. Ponadto połowa kobiet, nie została poinformowana o rekomendowanym przez Polskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci, karmieniu dziecka wyłącznie piersią do ukończenia 6 miesiąca życia [77]. W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej wyraźnie zaznaczono, że już w ramach edukacji przedporodowej kobieta powinna otrzymać edukację w zakresie karmienia piersią, wsparcia w laktacji oraz rozwiązywania problemów z laktacją. W trakcie porodu powinna otrzymać instruktaż w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i pomoc w karmieniu piersią. Położna powinna również nadzorować pierwsze karmienie piersią oraz przekazać matce informacje spójne i zgodne z aktualną wiedzą [22]. Badania wskazują, że kobiety, które otrzymują wsparcie od położnej, już w trakcie porodu, znacznie częściej odnoszą powodzenie w karmieniu piersią przez zalecane 6 miesięcy życia dziecka, niż te które w trakcie ciąży odwiedzają tylko lekarza [78]. W badaniu własnym pacjentki objęte Programem KOC częściej – 93%, niż te będące w klasycznym modelu opieki – 60% uważały, że położna rozwiewała wszelkie ich wątpliwości. Należałoby się zastanowić jakie są przyczyny braku porozumienia pomiędzy położną, a pacjentką w pozostałych 40%. Czy wynika to z kwestii braków kadrowych, a co za tym idzie, niewystarczającej ilości czasu, który położna może poświęcić pacjentce, czy może to zaniedbanie położnych? Jednym z wniosków z międzynarodowego badania przeprowadzonego z udziałem, francuskich,

holenderskich, angielskich oraz niemieckich położnych był brak odpowiedniej ilości czasu, który położna może poświęcić kobiecie [79]. Podobne wnioski wysunięto w Raporcie sporządzonym w Polsce. Ponadto zauważono, że ponad połowa położnych, nie posiada aktualnej wiedzy dotyczącej zaleceń odnośnie do karmienia naturalnego. Proponowane przez położne rozwiązania problemów z karmieniem były łatwiejsze, ale nie prawidłowe [80]. Na problem ten zwróciły również uwagę ankietowane w badaniu własnym, pisały: „Wprowadzić jednolite *”zasady pielęgnacji noworodka” w szpitalach*”. Na przykład: jedno położne mówiły o dezynfekcji kikutu pępowninowego 3x dziennie, inne o suchej pielęgnacji. Ta sama sytuacja dotyczy laktacji i diety matki karmiącej. Wiele informacji się ze sobą wyklucza...”. Wyniki badań Bączyk i wsp. pokazują, że jako podstawowe źródło wiedzy o laktacji kobiety uznają książki (64%), doradcę laktacyjnego (63%) położne (54%) oraz Internet (50%). Autorytetem dla matek karmiących powinni być specjaliści ochrony zdrowia, a niestety duża grupa kobiet omawia swoje problemy na forach internetowych [81]. W przeprowadzonym badaniu własnym wykazano statystyczną zależność pomiędzy opieką położnych, a możliwością skorzystania z porad doradcy laktacyjnego. Kobiety będące pod opieką położnej zdecydowanie częściej miały możliwość skorzystania z rozmowy ze specjalistą laktacyjnym ($p=0,028$, $\chi^2=10,546$). Stanowisko przedstawione przez IFMSA – Poland, jednoznacznie wskazuje konieczność zwiększenia nakładów finansowych przez Ministerstwo Zdrowia na szkolenie personelu medycznego z zakresu laktacji. Zauważają również potrzebę nałożenia na szpitale konieczności zatrudniania przynajmniej jednego doradcy laktacyjnego [82]. W raporcie z 2018 r. „Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku?” przedstawiono, że tylko 38% kobiet miało możliwość skorzystania z porady doradcy laktacyjnego. W przeprowadzonym badaniu własnym 53% kobiet po porodzie skorzystało z porad doradcy w klasycznym modelu opieki. Może wskazywać, że zachodzą w Polsce zmiany prowadzące do lepszej dostępności do doradców laktacyjnych [80]. We wspomnianym powyżej raporcie, jako główne przyczyny zaprzestania karmienia piersią, prawie 26% młodych matek wskazało brak odpowiedniej wiedzy odnośnie do zalet karmienia piersią, 23% uważa, że karmienie naturalne zajmuje zbyt dużo czasu. Ankietowane jako problem wymieniały również, ból brodawek, bolesność i trudność karmienia oraz, że nie radzą sobie z karmieniem, ponieważ nikt nie mówił, jak trudne jest karmienie. Jako czynniki, które najczęściej przeszkadzają w karmieniu młode matki wskazują nieodpowiednią technikę przystawiania do piersi, dopajanie oraz dokarmianie dziecka, jak również stres i przemęczenie. Jako czynnik, który mógłby pomóc w karmieniu, pacjentki najczęściej wskazywały odpowiedni instruktaż dotyczący technik karmienia [83]. W przeprowadzonym badaniu

własnym, ankietowane kobiety miały możliwość w pytaniu otwartym napisać, co chciałyby zmienić w opiece nad kobietą ciężarną. Wiele z nich wskazywało naukę laktacji oraz uświadamianie społeczeństwa, że karmienie piersią często nie jest łatwe i wiąże się z problemami i bólem. Wiele kobiet wskazywało, że jest to najbardziej zaniedbany aspekt opieki okołoporodowej. w Wielkiej Brytanii 81% kobiet rozpoczyna karmienie piersią, jednak w 6 tygodniu życia dziecka naturalnie karmi już tylko 24% kobiet, do 6 miesiąca tylko 1%, co plasuje ten kraj jako jeden z krajów o najniższym wskaźniku karmienia piersią na świecie. Jako główne przyczyny tego stanu podaje się negatywne postawy wobec karmienia w miejscach publicznych i miejscu pracy oraz brak wiedzy kobiet na temat korzyści płynących z karmienia piersią [84,85]. W Holandii natomiast większość kobiet rozpoczyna karmienie naturalne, jednak po pierwszym tygodniu życia dziecka piersią karmi 64% kobiet, trzy miesiące później 47%, po 6 miesiącach 39%, czyli podobnie jak w Polsce. co może sugerować, że wyłączna opieka położnych w trakcie ciąży nie ma decydującego wpływu na późniejsze karmienie piersią [86].

Poczucie bezpieczeństwa jest to stan emocjonalny, w którym jednostka czuje się bezpieczna, pewna siebie i wolna od niepokoju i wątpliwości [87]. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa kobiet w trakcie ciąży i porodu powinno być jednym z podstawowych elementów opieki zdrowotnej [88]. W przeprowadzonym badaniu własnym *kobiety korzystające z KOC (71%) czuło się bezpiecznie w trakcie całej ciąży, niż kobiety korzystające z tradycyjnego modelu opieki (42%)*. Ponadto 95% kobiet w Programie KOC odczuwało poczucie bezpieczeństwa również w ramach opieki ambulatoryjnej. Dodatkowo kobiety będące pod opieką położnej wyrażały duże zadowolenie (większe niż w przypadku lekarza, jako osoby prowadzącej ciążę) ze współpracy oraz przebiegu ciąży ($p=0,009$, $\chi^2=15,205$). Ponadto wszyscy lekarze oraz 93% położnych uważają, że pacjentki mogą czuć się w Programie KOC bezpiecznie. Jak powszechnie wiadomo, stres negatywnie wpływa na zdrowie zarówno matki jak i płodu. Badania naukowe donoszą, że stres odczuwany przez dziecko w okresie prenatalnym może mieć wpływ na przedwczesny poród, zaburzenia kardiologiczne, niską masę urodzeniową, czy zaburzenia oddechowe [88,89]. Również kobiety będące pod wpływem silnego stresu w trakcie porodu mają trudności z urodzeniem dziecka. na poczucie bezpieczeństwa kobiet w trakcie ciąży i porodu wpływ niewątpliwie mają jakość opieki i dostępność do świadczeń zdrowotnych. Obecność i profesjonalne wsparcie oferowane przez położne, lekarzy i personel szpitala przyczynia się do tworzenia poczucia bezpieczeństwa matek [90,91]. W badaniu przeprowadzonym w Brazylii w 2016 roku zdefiniowano podstawowe elementy mające wpływ na poczucie bezpieczeństwa kobiet, a były nimi:

obecność partnera w trakcie porodu, odległość do najbliższego szpitala, jakość i czas przyjęcia na oddział, dostęp do odpowiedniego transportu do szpitala, brak prywatności, dostęp do specjalistów zarówno w trakcie ciąży jak i w szpitalu, obecność położnej na sali w trakcie porodu, oraz problemy w komunikacji z personelem medycznym. Utrudnienia w popycie i podaży, które zakłócają korzystanie ze świadczeń zdrowotnych związanych z porodem, są uważane za podstawowe elementy budzące stres u kobiet ciężarnych [92]. W Szwecji, podobnie jak w Polsce w ramach klasycznego modelu opieki, pacjentki spotykają się z położną w czasie ciąży w wybranej przez siebie placówce, a następnie rodzą z personelem medycznym na oddziałach szpitalnych. Tymczasem, badanie przeprowadzone w Szwecji w 2019 roku pokazuje, że 95% kobiet chciałoby rodzić z położną, którą poznały przed porodem, co jednocześnie zmniejszyłoby poziom odczuwanego przez nie lęku. Ma to miejsce w Programie KOC. Ponadto Szwedzi zwracają uwagę na przemoc położniczą, która prowadzi do urazów porodowych, złego traktowania, dezinformacji czy braku świadomej zgody na działania medyczne [93]. W przeprowadzonym badaniu własnym zarówno położne – 80%, jak i lekarze 92% jako plus programu, wskazują możliwość prowadzenia pacjentki przez jeden zespół, a co za tym idzie 67% położnych i 58% lekarzy wskazuje zwiększenie bezpieczeństwa pacjentek. W metaanalizie przeprowadzonej w 2018 roku zwrócono również uwagę, że brak położnej na sali porodowej stwarza poczucie niepewności również u ojca [94]. W oparciu o te ustalenia znaczącą rolę w budowaniu poczucia bezpieczeństwa mają niewątpliwie pracownicy ochrony zdrowia, którzy poprzez swoje podejście do pacjentki i jej partnera, mogą zwiększać ich szanse na pozytywne doświadczenia podczas ciąży i porodu [95,96].

Jednym z następnych założeń Programu KOC jest zapewnienie pacjentkom możliwości kontaktu ze specjalistą w ciągu 24 godzin w sytuacjach nagłych. z przeprowadzonego badania własnego okazało się, że 67% lekarzy oraz 58% położnych daje pacjentkom taką możliwość. Wśród pacjentek, 72% kobiet miało taką możliwość w Programie, poza nim 67% miało taką opcję. Jest to kolejny element mający zapewnić pacjentkom poczucie bezpieczeństwa. Brak jest zależności statystycznej pomiędzy zawodem osoby opiekującej się ciążą, a możliwością skontaktowania się z nią w sytuacji nagłej ($p=0,089$, $Ch2=8,061$), co świadczy o zapewnianiu tej usługi na podobnym poziomie przez oba zawody. Istnieje natomiast zależność pomiędzy wiekiem, a możliwością skontaktowania się z położną, młode położne wykazują się większym zaangażowaniem w opiekę nad pacjentką. Istnieje bowiem powiązanie pomiędzy ich stażem pracy, a możliwością kontaktu z nimi przez całą dobę ($p=0,016$).

Jeszcze przed wprowadzeniem Programu KOC wiele środowisk medycznych zgłaszało swoje wątpliwości odnośnie do wprowadzenia Programu. Stowarzyszenie Niezależna

Inicjatywa Rodziców i Położnych Dobrze Urodzeni [97,98], zwróciło szczególną uwagę na centralizację opieki w dużych ośrodkach, a co za tym idzie, ograniczenie pacjentkom mieszkającym w mniejszych miejscowościach dostępu do opieki zdrowotnej oraz medykacja porodów [99]. Program jest realizowany jedynie w dużych ośrodkach realizujących minimum 600 porodów rocznie. Program do 2022 roku nie został powszechnie wprowadzony w całej Polsce, jedynie chętne szpitale mogą dobrowolnie przystąpić do Programu, więc nie wiadomo jakie rozwiązania zaproponuje NFZ w powyższym zakresie. W przeprowadzonym badaniu 47% ankietowanych położnych zwraca uwagę na brak możliwości skorzystania w ramach NFZ ze specjalistów w innych placówkach. Może dobrym rozwiązaniem byłoby podpisanie umów szpitali z mniejszymi ośrodkami zdrowotnymi i realizacja opieki na zasadach outsourcingu. w tym przypadku jednak mniejsze ośrodki straciłyby swoją niezależność. Podobne obawy zgłaszały w swojej petycji Położne Środowiskowo-Rodzinne [100] obawiając się ograniczenia samodzielności zawodowej i swobody działalności gospodarczej. W przeprowadzonym badaniu własnym zauważono statystyczną zależność pomiędzy stażem pracy, a autonomią zawodu, położne z najdłuższym stażem pracy, najczęściej są przekonane o istnieniu problemu w zakresie braku otwartej postawy lekarzy w zakresie rozwoju autonomii zawodowej położnej ($p=0,014$). Również w pytaniu otwartym ankietowane zwracały uwagę na powyższy problem wpisując, że zmianie powinny ulec: „Zwiększenie świadomości społeczeństwa, ustawowo większa pokora i mniejsza chciwość lekarzy (położne przecież nie odbiorą im pacjentki) albo wprowadzenie obowiązku zgłoszenia się przez ciężarną w pierwszej kolejności do położnej (UK, Holandia), a w przypadku patologii ciąży przeniesienie opieki do lekarza. Wynagrodzenie dla położnych w ramach KOC za prowadzenie ciąży, dostępność pod telefonem i przyjęcie porodu. Większa samodzielność zawodowa”. Jako minus programu zarówno położne – 53%, jak i lekarze – 75%, wskazują na więcej obowiązków związanych z Programem KOC (np. wypełnianie dokumentów).

W badaniu zwrócono również uwagę na wycenę świadczeń udzielanych w ramach Programu: 56% lekarzy i 26% położnych uważa, że wycena świadczeń jest lepsza. Prowadząc ciążę w ramach Programu stawka punktowa zarówno dla lekarza, jak i dla położnej jest równa i wynosi 6086 pkt, natomiast poza nim stawka lekarza wynosi 4304 pkt, natomiast dla położnej 2982 zł i 1283 zł. Zauważyć więc można znaczącą różnicę.

Wprowadzenie parametrów jakościowych również budziło w środowisku kontrowersje [101,102], zwłaszcza te dotyczące zmniejszenia liczby cięć cesarskich. Obawiano się, czy presja nałożona na lekarzy, nie będzie wpływała na bezpieczeństwo świadczeniobiorców.

W przeprowadzonym badaniu własnym połowa lekarzy oraz 20% położnych wprowadzenie parametrów jakościowych wymienia jako minus programu. Jednak tylko 25% lekarzy i 13% położnych czuje presję ze strony NFZ związaną z koniecznością zmniejszenia liczby cięć cesarskich.

Podsumowując, można stwierdzić, że zrealizowane badania wpisują się w ogromną potrzebę oceny słuszności i bezpieczeństwa świadczeniobiorców wprowadzonej zmiany organizacyjnej, jaką jest KOC w opiece nad kobietą ciężarną w Polsce. Wyniki badań porównujących oba modele wskazują na słuszność wprowadzenia opieki koordynowanej nad kobietą ciężarną, jak i na wyższy poziom poczucia bezpieczeństwa.

VII. Wnioski końcowe

Na podstawie zgromadzonych danych, przeglądu piśmiennictwa oraz przeprowadzonych badań własnych, wyciągnięto następujące wnioski końcowe:

1. Wprowadzenie modelu opieki nad kobietą ciężarną KOC nie wpłynęło na diametralną zmianę roli położnej. Mimo, zwiększenia liczby porodów prowadzonych samodzielnie przez położne, to nadal większość kobiet w Polsce nie posiada pełnej wiedzy w zakresie aktualnych rozwiązań systemowych, roli położnej i lekarza w zakresie świadczeń udzielanych w trakcie ciąży.
2. Aktualne kompetencje położnych w Polsce, pozwalają na bezpieczne prowadzenie kobiet ciężarnych (w ciąży fizjologicznej) samodzielnie.
3. Wśród pacjentek panuje przekonanie, że lekarz posiada większą wiedzę i kompetencje do prowadzenia ciąży niż położne. Przekłada się to, na niepełne wykorzystywanie środków gwarantowanych przez NFZ na realizację świadczeń położnych.
4. Kobiety, które korzystały z Programu o KOC wyżej oceniają otrzymywane świadczenia w ramach opieki okołoporodowej niż pacjentki, które korzystały z klasycznego modelu opieki.
5. Bezpieczeństwo świadczeniobiorców w ramach Programu Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży jest wyżej oceniane przez pacjentki, położne i lekarzy, niż w klasycznym modelu opieki.
6. Wprowadzenie Programu KOC jest pozytywnie oceniane przez kobiety ciężarne, położne i lekarzy. Uważają, że ciągłość opieki sprawowanej przez ten sam personel medyczny jest jednym z najważniejszych elementów wpływających na bezpieczeństwo pacjentek i ich dzieci, potwierdzają to również badania międzynarodowe.
7. Program Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży, ze względu na wyższy poziom zadowolenia pacjentek i personelu medycznego, można uznać za słuszne rozwiązanie systemowe w Polsce. Należy jednak zwiększyć poziom wiedzy kobiet ciężarnych, aby każda mogła samodzielnie podjąć decyzję o wyborze modelu i osoby prowadzącej.

Streszczenie

Wstęp. W Polsce istnieją dwa modele opieki nad kobietą w ciąży. Pierwszy, klasyczny model, gdzie kobieta wybiera lekarza lub położną, która będzie prowadzić jej ciążę, następnie decyduje się na szpital, w którym urodzi dziecko, a po porodzie wybiera położną która m.in. przeprowadzi wizyty patronażowe. Drugą możliwością jest udział w Programie Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży (KOC), który został wprowadzony w lipcu 2016 r. w ramach Programu, już na samym początku ciąży pacjentka decyduje w którym szpitalu chce urodzić, a następnie spośród pracowników szpitala przydzielany jest jej zespół specjalistów, w skład którego wchodzi położna, lekarza ginekolog-położnik oraz lekarze szpitala. To szpital zostaje podmiotem, którego zadaniem jest koordynacja opieki nad ciężarną.

Cel badań. Celem głównym badania była ocena funkcjonowania Programu Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży (KOC) oraz jego skutków w aspekcie bezpieczeństwa świadczeniobiorców oraz słuszności wprowadzenia rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia publicznego.

Material i metody. Badanie zostało przeprowadzone w latach 2019-2021 na grupie 4939 osób, w tym: 3216 kobiet korzystających z Programu KOC, 1642 kobiet, które zostały objęte tradycyjnym modelem opieki, oraz 81 lekarzy i położnych. Badanie zostało przeprowadzone za pomocą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. W badaniu zastosowano cztery narzędzia badawcze, w tym jedno opracowane przez NFZ i trzy autorskie. Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 28 oraz programu statystycznego STATA 13.

Wyniki i wnioski. Wyniki uzyskanych badań wskazały, że większość kobiet (85%) korzystających z opieki w ramach KOC otrzymywała skuteczne leczenie przeciwbólowe, natomiast w ramach tradycyjnego modelu opieki tylko 67%. Kobiety będące pod opieką w ramach KOC znacznie częściej otrzymywały pomoc ze strony położnej w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku (90%), niż kobiety w tradycyjnym modelu opieki (60%). Program Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży, ze względu na wyższy poziom zadowolenia pacjentek i personelu medycznego, można uznać za bezpieczne i słusne rozwiązanie systemowe w Polsce. Należy jednak, zwiększyć poziom wiedzy kobiet ciężarnych w zakresie aktualnych rozwiązań systemowych, roli położnej i lekarza odnośnie do świadczeń udzielanych w trakcie ciąży, aby każda kobieta mogła samodzielnie podjąć decyzję o wyborze modelu i osoby prowadzącej.

Abstract

Introduction. There are two models of care for pregnant women in Poland. The first is referred to as the traditional model in which the pregnant woman chooses separately her obstetrician, a midwife, and the hospital where she will give birth. After the birth, she chooses a midwife who will carry out patronage visits. The second option is the Coordinated Care for Pregnant Women Program (KOC), which was introduced in July 2016. At the very beginning of pregnancy the patient's only decision is in which hospital she wants to deliver the baby and she is presented with a team of healthcare professionals consisting of a gynecologist-obstetrician, midwife, and other staff from among the hospital. The hospital becomes the entity whose task is to coordinate the care of the pregnant woman.

Aim. The main aim of the study was to assess the functioning of the Coordinated Care Program for Pregnant Women (KOC) and its effects in terms of the safety of beneficiaries and the appropriateness of introducing systemic solutions in the field of public health.

Material and methods. Our study was conducted in 2019-2021 on a group of 4,939 people, including: 3,216 women using the KOC Program, 1,642 women covered by the traditional care model, and 81 doctors and midwives. The study was conducted using a diagnostic survey, survey technique. The study used four research tools, including one developed by the National Health Fund and three original ones. Statistical analyzes were performed using the IBM SPSS Statistics 28 package and the STATA 13 statistical program.

Results and conclusions. The results of the obtained research indicated that the majority of women (85%) receiving care in KOC received effective pain relief treatment, while under the traditional care model only 67%. Women in KOC care were much more likely to receive help from a midwife in child care activities (90%) than women in the traditional care model (60%). Due to the higher level of satisfaction of patients and medical staff, the Coordinated Care for Pregnant Women Program can be considered a safe and appropriate systemic solution in Poland. However, it is necessary to increase the level of knowledge of pregnant women regarding current system solutions, the role of midwives and doctors regarding services provided during pregnancy, so that each woman can make her own decision about the choice of model and healthcare professionalist.

Piśmiennictwo

1. Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Warszawa 2004 r.
2. World Health Organization: The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240690837>, dostęp 05.04.2023r.
3. Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w 2018 r. Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o Planowaniu Rodziny, Ochronie Płodności Ludzkiej i Warunkach Dopuszczalności Przerwywania Ciąży, Warszawa 2020 r.
4. GUS, Badania statystyczne: Urodzenia. Dzietność; Zgony. Trwanie życia; na bazie rejestrów administracyjnych. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/zgony-niemowlat,35,1.html>, dostęp 15.003.2023 r.
5. Zarządzenie z dnia 11 kwietnia 2019 w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, Warszawa 2019 r.
6. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, Załącznik nr. 12 do: Zarządzenie z dnia 11 kwietnia 2019 w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, Warszawa 2019 r.
7. Matuszewska E.: Zarys historii zawodu położnej, REA, Warszawa 2012
8. Pisarski T., Obara M., Waszyński E.: Szkoły i Twórcy współczesnej ginekologii Polskiej, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Poznań 1991
9. Waszyński E.: Historia położnictwa i ginekologii w Polsce, Volumed, Wrocław 2000
10. Urbanek B.: Zawód położnej na ziemiach polskich w XIX i XX wieku, Śląska Akademia Medyczna, Instytut Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk, Kwiecieński, Katowice 2004
11. Kurowska H: Akuszerka na ziemiach Polskich w świetle przepisów oraz literatury medycznej z końca XVIII i pierwszej połowy XIX wieku, Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra 2015
12. Barszczewski W.: Praca akuserek w Królestwie Polskim w i połowie XIX wieku. Próba oceny historycznej, prawnej i socjologicznej, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, 2017, DOI: 10.15290/sp.2016.24.04, <http://hdl.handle.net/11320/5228>, dostęp 05.06.2022 r.
13. Smerdka A., Pięta B.: Historyczne aspekty zawodu położnej w latach 1900-1918 na ziemiach polskich oraz ich porównanie ze współczesnością, Kwartalnik Naukowy

- Fides et Ratio, 3(39)2019, 2019, <https://doi.org/10.34766/fetr.v3i39.131>, dostęp 10.04.2022 r.
14. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 oraz 2019 rok. <https://www.nfz.gov.pl>, dostęp 9.06.2021 r.
 15. Perined.: Perinatale zorg in Nederland anno 2018, Landelijke perinatale cijfersen duiding, Utrecht 2019
 16. Dane Holenderskiego Ministerstwa Zdrowia: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/>, dostęp 14.08.2021 r.
 17. <https://www.kraamzorghetgroenekruis.nl/kraamzorg/wat-doet-een-kraamverzorgster/>, dostęp 14.08.2021 r.
 18. <https://www.nhs.uk/>, dostęp 15.08.2021 r.
 19. NHS Maternity Statistics – England 2019, <https://digital.nhs.uk>, dostęp 16.08.2021 r.
 20. Care Quality Commission.: NHS Patient Survey Programme, 2018 survey of women’s experiences of maternity care, Statistical release, 2019
 21. Federalny Urząd Statystyczny Austria, https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/geborene/022899.html, dostęp 16.08.2021 r.
 22. Dz.U. 2018 poz. 1756: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Warszawa 2018 r.
 23. Zarządzenie Nr 73/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r.: w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, Warszawa 2016
 24. Zarządzenie Nr 45/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, Warszawa 2019
 25. Zarządzenie Nr 30/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2018 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, Warszawa 2018
 26. Załącznik nr 14 do Zarządzenia Nr 45/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, Warszawa 2019

27. Załącznik nr 4a do zarządzenia Nr 125/2016/DSOZ Prezesa NFZ 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”, Warszawa 2016
28. Załącznik 2 do Zarządzenia Nr 129/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09 lipca 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
29. Katalog nr 1 zarządzenia Nr 160/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2021 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej
30. Załącznik nr 1 Zarządzenia Zarządzenie Nr 45/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie
31. Zarządzenie Nr 35/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie
32. Załącznik nr 7 do zarządzenia Nr 30/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 marca 2018 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, Warszawa 2018
33. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 oraz 2019 rok. <https://www.nfz.gov.pl>, dostęp 9.06.2021 r.
34. Główny Urząd statystyczny: Rocznik Demograficzny 2018, Warszawa 2018, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2018,3,12.html>, dostęp 22.06.2021 r.
35. Główny Urząd statystyczny: Rocznik Demograficzny 2019, Warszawa 2019, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2019,3,13.html>, dostęp 22.06.2021 r.

36. Główny Urząd statystyczny: Rocznik Demograficzny 2020, Warszawa 2020, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2020,3,14.html>, dostęp 22.06.2021 r.
37. Narodowy Fundusz Zdrowia <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiazczeniodawcy/koordynowana-opieka-nad-kobieta-w-ciazy-koc/aktualnosci/>, dostęp 18.02. 2022 r.
38. Narodowy Fundusz Zdrowia, materiały pokonferencyjne: „Koordynowana opieka zdrowotna nad kobietą w ciąży – czy można prowadzić ciążę bez położnej?”, <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiazczeniodawcy/koordynowana-opieka-nad-kobieta-w-ciazy-koc>, dostęp 18.02.2022 r.
39. Najwyższa Izba Kontroli: Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, Kraków 2011
40. Najwyższa Izba Kontroli: Wystąpienie pokontrolne P/10/144/LWR-4101-14-01/2010, Wrocław 2011
41. Najwyższa Izba Kontroli: Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych, nr ewidencyjny: P/15/065, Warszawa 2016, <https://www.nik.gov.pl/kontrole/wyniki-kontroli-nik/>, dostęp 12.02.2022 r.
42. Smerdka A.: Independence and competences of a midwife in basic health care system in Poland, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 1 (42) 2015
43. Fundacja Rodzic po Ludzku: Opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID-19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego, Warszawa 2021, https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2021-12/Raport_Fundacji_Rodzic_po_ludzku_2021.pdf, dostęp 18.02.2022 r.
44. Najwyższa Izba Kontroli: Informacja o wynikach kontroli, Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych, nr ewidencyjny: 203/2015/P/15/065/LBI, Warszawa 2015, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11621,vp,13972.pdf>, dostęp 14.02.2022 r.
45. Rzecznik Praw Obywatelskich, Pismo skierowane do Ministra Zdrowia numer: V.7010.112.2015.EO, Warszawa 2017 <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Wyst%C4%85pienie%20RPO%20do%20Ministra%20Zdrowia%20-standardy%20opieki%20oko%C5%82oporodowej.pdf>, dostęp, 14.02.2022 r.
46. Souter V., Nethery E., Kopas ML., i wsp.: Comparison of Midwifery and Obstetric Care in Low-Risk Hospital Births, *Obstet Gynecol.* 2019 Nov;134(5):1056-1065. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003521

47. Narodowy Fundusz Zdrowia, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/przyszle-mamy-coraz-bardziej-swiadome-swoich-praw-wynika-z-ankiety-przeprowadzonej-przez-nfz,6886.html>, dostęp 22.02.2022 r.
48. World Health Organization recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
49. Baranowska B.: The Quality of Childbirth in The Light of Research the New Guidelines of The World Health Organization and Polish Perinatal Care Standards, *Dev Period Med.* 2019 Mar; 23(1): 54–59, DOI: 10.34763/devperiodmed.20192301.5459,
50. Shorey S, Yang YY, Ang E. The impact of negative childbirth experience on future reproductive decisions: a quantitative systematic review. *J Adv Nurs.* 2018;74(6):1236–1244, DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.13534>
51. Fundacja Rodzić po Ludzku: Raport z monitoringu oddziałów położniczych, Opieka okołoporodowa kobiet w świetle doświadczeń kobiet, Warszawa 2018
52. Witek Z.: Regulacje prawne w zakresie opieki okołoporodowej w Polsce w kontekście projektu nowego standardu organizacyjnego, *Studia Prawa Publicznego*, Nr 3 (23)2018, DOI: 10.14746/spp.2018.3.23.7
53. Łaska-Formejster A., Adamczyk P., Muzioł Vidal A.: Humanizacja opieki okołoporodowej warunkiem zdrowego społeczeństwa, Standardy a rzeczywistość na przykładzie Polski i Chile, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2020, DOI: <http://dx.doi.org/10.18778/8220-134-5.01>
54. Morton C.H.: Can respectful maternity care save and improve lives?, *Birth* 46(2019), DOI: <https://doi.org/10.1111/birt.12444>
55. The Dignity Survey 2013: Women's And Midwives' Experiences Of Uk Maternity Care, London 2013, <https://birthrights.org.uk/wp-content/uploads/2013/10/Birthrights-Dignity-Survey-1.pdf>, dostęp 22.02.2022 r.
56. Hall J., Hundley V., Collins B., Irleand J.: Dignity and respect during pregnancy and childbirth: a survey of the experience of disabled women, *BMC Pregnancy and Childbirth*: 328(2018), DOI: 10.1186/s12884-018-1950-7
57. Rozek M., Smiech Z., Kolacz M., i wsp.: Pain relief during labor – what do we know and what should we know? Research based on the student population in Warsaw, *Wiad Lek.* 2020;73(7):1339-1344, DOI: 10.36740/WLek202007106
58. Smolarek n., Pięt M., Żurawska J., i wsp.: Alternatywne sposoby łagodzenia bólu porodowego, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 1 (46) 2016

59. Majchrzak M., Mika M., Gałazka I., i wsp.: Sposoby łagodzenia bólu porodowego w doświadczeniu położnic, *Zdr Dobrost* 2014;2:91-98
60. Pietrzak J., Mędrzycka-Dąbrowska W., Tomaszek L., i wsp.: a Cross-Sectional Survey of Labor Pain Control and Women's Satisfaction, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19(3)2022, DOI: 10.3390/ijerph19031741
61. Kamakshi G., Anju G., Tania S., i wsp.: Epidural Analgesia during Labor: Attitudes among Expectant Mothers and Their Care Providers, *Anesth Essays Res.* 2018 Apr-Jun; 12(2): 501–505, DOI: 10.4103/aer.AER_48_18
62. Fundacja Rodzić po Ludzku: Raport z monitoringu oddziałów położniczych, medykalizacja porodu w Polsce, Warszawa 2017, http://www.oipip.krosno.pl/media/pliki/07042017/RAPORT_Medykalizacja_porodu_w_Polsce.pdf, dostęp 23.02.2022 r.
63. Babaoglu G., Kilicaslan B., Yilbas A.A., i wsp.: Effects of different analgesic methods used for vaginal delivery on mothers and fetuses, *Turkish Journal of Medical Sciences*, 50(4)930-936, 2020, DOI: <https://doi.org/10.3906/sag-1911-61>
64. Kearns R.J., Shaw M., Gromski P.S.: Association of Epidural Analgesia in Women in Labor With Neonatal and Childhood Outcomes in a Population Cohort, *Anesthesiology*, 4(10)2021, DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.31683
65. Larkin P., Begley C.M., Devane D.: Women's preferences for childbirth experiences in the Republic of Ireland; a mixed methods study, *BMC Pregnancy and Childbirth* 17(19)2017,
66. Czech I., Fuchs P., Fuchs A., i wsp.: Pharmacological and non-pharmacological methods of labour pain relief—establishment of effectiveness and comparison, *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Dec 1;15(12), DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15122792>
67. Gałazka M., Gałaś D., Trębacz M., i wsp.: Ocena wiedzy kobiet ciężarnych na temat porodu oraz metod łagodzenia bólu porodowego, *Pielęgniarstwo Polskie*, 73(3)2019
68. Kossakowska K.: Depresja poporodowa matki i jej konsekwencje dla dziecka i rodziny, *Życie i Płodność. Ujęcie Interdyscyplinarne*, 2019, DOI: <https://doi.org/10.34766/fetr.v3i39.127>
69. Fundacja 4Children: *Suffering in Silence*, Wielka Brytania 2011, https://www.4children.org.uk/Files/e5370a06-db65-4277-97ae-a0ed00b549c0/Suffering-in-Silence_NewCover.pdf, date accessed: 22.01.2022 r.

70. Mule V., Reilly N.M., Schmied V., Kingston D., Austin M.P.V.: Why do some pregnant women not fully disclose at comprehensive psychosocial assessment with their midwife? *Women and Birth*, 2021, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.001>
71. Nurbaeti I., Syafii M., Lestari K. B.: Developing an android-based application for early detection of postpartum depression symptoms in Indonesia, *Belitung Nursing Journal*, 2021, DOI: <https://doi.org/10.33546/bnj.1308>
72. Chrzan-Dętkoś M., Lech K.: The role of early psychological intervention in the prevention and treatment of postpartum depression, *Psychoterapia* 1 (188) 2019, DOI: <https://doi.org/10.12740/PT/106445>
73. Kossakowska K.: Prevention of postpartum depression – the role of health professionals in identifying risk factors and symptoms of the disease, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, <http://31.186.81.235:8080/api/files/view/33663.pdf>, date accessed: 22.04.2021r.
74. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia, *Obstet. Gynecol.* 2000; 95: 487–490, DOI: 10.1016/s0029-7844(99)00602-x
75. Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A.: Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA* 2018; 75(3): 247–253. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2017.4363
76. Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M.: Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej? Wizyty położnej podstawowej opieki zdrowotnej i u ginekologa-położnika, Raport z badania Centrum Nauki o Laktacji, 2017, https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/raport_2017.pdf, dostęp 22.02.2022 r.
77. Szajewska H., Socha P., Horvath A., i wsp.: Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci, *Standardy Medyczne/Pediatrics*, (18) 2021, https://ptghizd.pl/cm/uploads/2021/04/smp_01_2021_zasady_zywienia_zdrowych_niemowlat.pdf, dostęp 22.02.2022 r.
78. Wallenborn J.T., Masho S.W.: Association between Breastfeeding Duration and Type of Birth Attendant, *Pregnancy*, 2018, DOI: 10.1155/2018/7198513
79. Swerts M., Westhof E., Bogaerts A., Lemiengre J.: Supporting breast-feeding women from the perspective of the midwife: a systematic review of the literature, *Midwifery*, 2016, DOI: 10.1016/j.midw.2016.02.016

80. Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M.: Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? Opieka położnej na oddziale położniczym, wizyta u lekarza medycyny rodzinnej oraz wizyty u doradców/konsultantów laktacyjnych, Raport z badania Centrum Nauki o Laktacji, 2018, <https://docplayer.pl/104753375-Czy-polska-jest-krajem-przyjaznym-matce-karmiacej-i-jej-dziecku.html>, dostęp 22.02.2022 r.
81. Marczyńska – Kołacz B., Szepieniec W.K., Szymanowski P.: Ocena poziomu wiedzy wśród kobiet rodzących pierwsze dziecko o zaletach karmienia naturalnego i deklarowanej długości karmienia piersią, Państwo i Społeczeństwo, 2019, DOI: 10.34697/2451-0858-pis-2019-1-004
82. Pieńkowska A., Bugajski M., Bielachowicz A.: Stanowisko oficjalne Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland na temat karmienia piersią, 2020, <http://www.ifmsa.pl/news/67/stanowisko-oficjalne>, dostęp 22.02.2022 r.
83. Iwanowicz-Palus G., Bogusz R.: Opinie młodych matek na temat laktacji i roli położnej w promowaniu karmienia piersią, Raport z Badań, Polskie Towarzystwo Położnych, 2018, http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2019/06/aktualnosc_i_streszczenie_raportu_badanie_opinii_mlodych_matek_na_temat_laktacji.pdf, dostęp 23.03.2022 r.
84. Unicef United Kingdom, find out about breastfeeding rates in the UK and our work to improve them, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/about/breastfeeding-in-the-uk/>, dostęp 26.02.2022 r.
85. Ciampo L.A., Ciampo I.R.L.: Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health, Rev Bras Ginecol Obstet 2018, 40(6):354-359, DOI: 10.1055/s-0038-1657766
86. Hentges M., Pilot E.: Making it “work”: mothers’ perceptions of workplace breastfeeding and pumping at Dutch universities, International Breastfeeding Journal, (87) 2021, DOI: <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00433-w>
87. Klamut R.: Bezpieczeństwo jako pojęcie psychologiczne, Ekonomia i Nauki Humanistyczne 19 (4/2012), DOI: 10.7862/rz.2012.einh.26
88. Sarkar P., Bergman K., Fisk NM., i wsp.: Ontogeny of foetal exposure to maternal cortisol using mi trimester amniotic fluid as a biomarker, Clin Endocrinol 2007;66(5):636-640.5.

89. Grote NK., Bridge J.A., Gavin AR. i wsp.: a meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction, *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(10):1012-1024
90. Vignato J., Beck C.T., Conley V. i wsp.: The Lived Experience of Pain and Depression Symptoms during Pregnancy, *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2021, 01;46(4):198-204. DOI: 10.1097/NMC.0000000000000724.
91. Ronnerhag m., Severinsson E., Haruna M. i wsp.: Qualitative study of women's experiences of safe childbirth in maternity care, *Nurs Health Sci*, 2018, 20(3):331-337, DOI: 10.1111/nhs.12558
92. Szydełko J., Szydełko M., Piątek D., w wsp.: Wpływ chronicznego stresu u kobiet w ciąży na kształtowanie się zachowań żywieniowych u ich potomstwa w życiu postnatalnym, *Medical Review* 2016; 14 (1): 83–92, DOI: 10.15584/medrev.2016.1.7
93. Franchi J.V.O., Peloso S.M., Ferrari R.A.P., i wsp.: Access to care during labor and delivery and safety to maternal health, *Rev Lat Am Enfermagem*, 2020(8)28:3292, DOI: 10.1590/1518-8345.3470.3292
94. United Nations Special Rapporteur, Födelsehuset: Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth, Sweden, 2019, <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/F%C3%B6delsehuset.pdf>, dostęp 26.05.2022 r.
95. Werner-Bierwisch T., Pinkert C., Niessen K., i wsp.: Mothers' and fathers' sense of security in the context of pregnancy, childbirth and the postnatal period: an integrative literature review, *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018, 4;18(1):473 DOI: 10.1186/s12884-018-2096-3
96. Kruse A.R., Lauszus F.F., Forman A.: Effect of early discharge after planned cesarean section on recovery and parental sense of security. a randomized clinical trial, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2021, 100(5):955-963, DOI: 10.1111/aogs.14041.
97. https://www.petycjeonline.com/razem_ratujmy_opiek_okooporodow, dostęp, 2.03.2022 r.
98. <https://parenting.pl/programie-opieki-koordynowanej-nad-kobieta-w-ciazy-jestes-zaczy-przeciw>, dostęp 2.03.2023 r.
99. Dyda N.: Realizujesz umowy z NFZ w zakresie ginekologii? KOC i zmiany od dnia 1 lipca 2016 r. otulą także Ciebie, *Prawo Medyczne*, <https://prawo-medyczne.info/realizujesz-umowy-z-nfz-w-zakresie-ginekologii-koc-i-zmiany-wprowadzone-od-1-lipca-2016-r-otula-takze-ciebie>, dostęp 02.03.2022 r.

100. <https://mamadu.pl/126915,ciemzarne-bez-prawa-wyboru-specjalisty-i-miejscaprodu-kolejne-dobre-zmiany>, dostęp 2.03.2023 r.
101. <https://rodzicpoludzku.pl/rzecznictwo/komentarz-fundacji-rodzic-po-ludzku-do-skoordynowanej-opieki-nad-kobieta-w-ciazy-2/>, dostęp 2.03.2023 r.
102. <https://www.politykazdrowotna.com/25139,fiasko-koc-a-opieka-nad-ciezarnymi-malo-koordynowana> dostęp 2.03.2023 r.

Spis Tabel

Tabela 1	Liczba świadczeń udzielonych ciężarnym w 2018 r. w ramach specjalistycznej opieki ambulatoryjnej.....	5
Tabela 2	Liczba świadczeń w ramach KOC.....	6
Tabela 3	Wycena świadczeń wykonywanych u kobiet w ciąży w klasycznym modelu opieki.....	21
Tabela 4	Wycena świadczeń KOC.....	22
Tabela 5	Wycena świadczeń w ramach KOC po skorygowaniu o parametry jakościowe.....	23
Tabela 6	Wycena świadczeń w ramach KOC po skorygowaniu.....	24
Tabela 7	Liczba urodzeń w poszczególnych latach.....	29
Tabela 8	Liczba udzielonych świadczeń w latach 2017-2020.....	29
Tabela 9	Liczba osób którym udzielone zostały świadczenia w latach 2017-2020.....	29
Tabela 10	Liczba osób których ciężę prowadziła położna w latach 2017-2020...	30
Tabela 11	Liczba świadczeń udzielonych przez położne w latach 2017-2020....	30
Tabela 12	Liczba świadczeń udzielonych przez lekarzy w latach 2017-2020.....	32
Tabela 13	Liczba osób których ciężę prowadził lekarz w latach 2017-2020.....	32
Tabela 14	Liczba świadczeń udzielanych przez położne w latach 2017-2020....	34
Tabela 15	Liczba osób objętych opieką okołoporodową położnej w latach 2017-2020.....	34
Tabela 16	Liczba świadczeń udzielonych przez położne w ramach KOC w latach 2017-2020.....	35
Tabela 17	Liczba osób objętych opieką przez położne w ramach KOC w latach 2017-2020.....	35
Tabela 18	Liczba świadczeń udzielonych przez lekarzy w ramach KOC w latach 2017-2020.....	35
Tabela 19	Liczba osób objętych opieką lekarską w ramach KOC w latach 2017-2020.....	35
Tabela 20	Liczba świadczeń udzielonych przez położne w ramach wizyt patronażowych w KOC w latach 2017-2020.....	35
Tabela 21	Liczba osób które skorzystały z wizyt patronażowych w KOC w latach 2017-2020.....	36

Tabela 22	Możliwość wyboru osoby prowadzącej ciążę (położna lub lekarz)....	36
Tabela 23	Plan opieki nad matką i dzieckiem.....	36
Tabela 24	Możliwość wykonania badań diagnostycznych w opiece ambulatoryjnej.....	37
Tabela 25	Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu.....	37
Tabela 26	Informacje na temat pielęgnacji noworodka i karmienia piersią.....	37
Tabela 27	Możliwość kontaktu, w nagłych sytuacjach w ciągu 24 godzin z osobą kompetentną.....	37
Tabela 28	Możliwość konsultacji lekarskich w nagłej sytuacji.....	38
Tabela 29	Poczucie bezpieczeństwa w opiece ambulatoryjnej.....	38
Tabela 30	Ocena organizacji przyjęcia na oddział.....	38
Tabela 31	Zachowanie zasad prywatności w trakcie pobytu w szpitalu.....	39
Tabela 32	Udzielane informacje na temat stanu zdrowia pacjentki i jej dziecka..	39
Tabela 33	Informowana o planowanym postępowaniu medycznym i przygotowaniu do badań porodu.....	39
Tabela 34	Możliwość wyboru osoby prowadzącej poród (położna lub lekarz)...	40
Tabela 35	Ocena lekarza: Dostępność lekarza w razie potrzeby.....	40
Tabela 36	Ocena położnych: Staranność wykonywanych zabiegów/opatrunków	40
Tabela 37	Ocena położnych: Dostępność w razie potrzeby.....	40
Tabela 38	Ocena położnych: Pielęgnowanie w atmosferze szacunku i poszanowania godności.....	41
Tabela 39	Zainteresowanie personelu medycznego odczuwanym przez pacjentkę bólem	41
Tabela 40	Możliwość otrzymania skutecznego leczenia przeciwbólowego.....	41
Tabela 41	Pomoc ze strony położnych w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku.....	41
Tabela 42	Ponowny wybór tego samego szpitala jako miejsce swojego porodu..	42
Tabela 43	Profesjonalna opieka położnych.....	42
Tabela 44	Porady ze strony położnej.....	42
Tabela 45	Zainteresowanie ze strony położnej stanem psychicznym pacjentki..	43
Tabela 46	Ponowny wybór tej samej położnej.....	43
Tabela 47	Charakterystyka respondentek.....	44
Tabela 48	Liczba ciąż kobiet ankietowanych.....	45

Tabela 49	Liczba porodów respondentek.....	45
Tabela 50	Liczba wizyt u lekarza.....	45
Tabela 51	Prowadzenie ciąży.....	46
Tabela 52	Liczba wizyt u położnej.....	46
Tabela 53	Forma opieki.....	46
Tabela 54	Hospitalizacja w ciąży.....	47
Tabela 55	Czas trwania hospitalizacji.....	47
Tabela 56	Forma porodu.....	47
Tabela 57	Przyczyny cięcia cesarskiego.....	47
Tabela 58	Karmienie piersią.....	48
Tabela 59	Punkty w skali Apgar.....	48
Tabela 60	Możliwość samodzielnego prowadzenia ciąży przez położną	48
Tabela 61	Możliwość wyboru osoby prowadzącej ciążę.....	49
Tabela 62	Plan opieki nad ciężarną.....	49
Tabela 63	Plan opieki nad noworodkiem.....	49
Tabela 64	Tematy poruszane w trakcie wizyt u położnej.....	50
Tabela 65	Możliwość natychmiastowego kontaktu z lekarzem bądź położną.....	50
Tabela 66	Leczenie przeciwbólowe w trakcie porodu.....	50
Tabela 67	Opieka ze strony położnych.....	50
Tabela 68	Zachowanie zasad prywatności w trakcie opieki.....	51
Tabela 69	Możliwość skorzystania z porad doradcy laktacyjnego.....	51
Tabela 70	Liczba wizyt patronażowych.....	51
Tabela 71	Tematy poruszane z położną w trakcie wizyt patronażowych.....	52
Tabela 72	Pomoc ze strony położnej.....	52
Tabela 73	Zainteresowanie ze strony położnych stanem psychicznym pacjentki	52
Tabela 74	Zadowolenie z opieki sprawowanej przez lekarza w trakcie ciąży.....	53
Tabela 75	Zadowolenie z opieki sprawowanej przez położną w trakcie ciąży....	53
Tabela 76	Poczucie bezpieczeństwa w trakcie ciąży.....	54
Tabela 77	Ponowny wybór tego samego szpitala do porodu.....	54
Tabela 78	Wiedza dotycząca prowadzenia ciąży.....	54
Tabela 79	Charakterystyka respondentów.....	56
Tabela 80	Miejsce pracy.....	57
Tabela 81	Praca w ramach KOC.....	58

Tabela 82	Samodzielne prowadzenie ciąży.....	58
Tabela 83	Samodzielne prowadzenie ciąży, a następnie oddanie pod opiekę lekarza.....	58
Tabela 84	Nastawienie do samodzielnego prowadzenia ciąży.....	58
Tabela 85	Średnia liczba wizyt u położnej.....	59
Tabela 86	Tematy poruszane w trakcie spotkań z pacjentką.....	59
Tabela 87	Możliwość kontaktu 24h na dobę.....	60
Tabela 88	Wizyty patronażowe.....	60
Tabela 89	Średnia liczba wizyt patronażowych u jednej pacjentki.....	60
Tabela 90	Tematy poruszane w trakcie wizyt patronażowych.....	61
Tabela 91	Trudności związane z prowadzeniem ciąży przez położną.....	61
Tabela 92	Proponowane rozwiązania systemowe.....	62
Tabela 93	Poczucie bezpieczeństwa pacjentek w Programie KOC.....	62
Tabela 94	Plusy programu KOC.....	63
Tabela 95	Minusy Programu KOC.....	63
Tabela 96	Charakterystyka respondentów.....	64
Tabela 97	Miejsce pracy respondentów.....	66
Tabela 98	Średnia liczba wizyt pacjentek w trakcie ciąży.....	66
Tabela 99	Tematy poruszane w trakcie wizyt z pacjentką.....	66
Tabela 100	Możliwość kontaktu 24h na dobę w sytuacjach nagłych.....	67
Tabela 101	Przejęcie opieki nad ciężarną, która wcześniej była pod opieką położnej.....	67
Tabela 102	Poczucie bezpieczeństwa pacjentek w Programie KOC.....	67
Tabela 103	Plusy Programu.....	68
Tabela 104	Minusy Programu.....	68
Tabela 105	Możliwość wyboru, kto będzie prowadził ciążę pacjentki.....	73
Tabela 106	Rezultaty analizy chi-kwadrat dla różnic w możliwości wyboru osoby prowadzącej ciążę pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki.....	74
Tabela 107	Plan opieki nad pacjentką i dzieckiem.....	75
Tabela 108	Wyniki analizy chi-kwadrat dla różnic w możliwości uzgodnienia planu opieki w czasie ciąży na pierwszej wizycie pomiędzy	76

	pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki.....	
Tabela 109	Możliwość kontaktu z osobą kompetentną w ciągu 24 godzin.....	77
Tabela 110	Rezultaty analizy chi-kwadrat dla różnic w możliwości natychmiastowego kontaktu w sytuacji nagłej pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki.....	78
Tabela 111	Możliwość otrzymania leczenia przeciwbólowego.....	79
Tabela 112	Rezultaty analizy chi-kwadrat dla różnic w skutecznym leczeniu przeciwbólowym pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki.....	80
Tabela 113	Pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku.....	81
Tabela 114	Wyniki analizy chi-kwadrat dla różnic w otrzymanej pomocy w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki.....	82
Tabela 115	Ponowny wybór tego samego szpitala do porodu.....	83
Tabela 116	Rezultaty analizy chi-kwadrat dla różnic w ponownym wybraniu tej samej placówki do porodu pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki.....	84
Tabela 117	Sprawowanie opieki z zachowaniem zasad prywatności.....	85
Tabela 118	Wsparcie położnych.....	86
Tabela 119	Wyniki analizy chi-kwadrat dla różnic w dostępie do profesjonalnych porad położnej pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki.....	87
Tabela 120	Poczucie bezpieczeństwa w ciąży.....	88
Tabela 121	Wyniki analizy chi-kwadrat dla różnic w poczuciu bezpieczeństwa w opiece ambulatoryjnej pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki.....	89

Tabela 122	Zainteresowanie ze strony położnej, stanem psychicznym pacjentki..	90
Tabela 123	Rezultaty analizy chi-kwadrat dla różnic w poziomie zainteresowania stanem psychicznym w okresie porodu przez położną pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki.....	91
Tabela 124	Tematy poruszane z pacjentką w trakcie wizyt.....	92
Tabela 125	Umożliwienie kontaktu 24h na dobę.....	93
Tabela 126	Poczucie bezpieczeństwa.....	94
Tabela 127	Analiza statystyczna badanych kobiet w klasycznym modelu opieki okołoporodowej.....	

Spis Wykresów

Wykres 1	Liczba osób których ciążę prowadziła położna w latach 2017-2020....	31
Wykres 2	Liczba osób u których ciążę prowadził lekarz w latach 2017-2020.....	33
Wykres 3	Plusy programu.....	70
Wykres 4	Minusy programu.....	71
Wykres 5	Możliwość wyboru, kto będzie prowadził ciążę pacjentki.....	73
Wykres 6	Plan opieki nad pacjentką i dzieckiem.....	75
Wykres 7	Możliwość kontaktu z osobą kompetentną w ciągu 24 godzin.....	77
Wykres 8	Możliwość otrzymania leczenia przeciwbólowego.....	79
Wykres 9	Pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku.....	81
Wykres 10	Ponowny wybór tego samego szpitala do porodu.....	83
Wykres 11	Sprawowanie opieki z zachowaniem zasad prywatności.....	85
Wykres 12	Wsparcie położnych.....	86
Wykres 13	Poczucie bezpieczeństwa w ciąży.....	88
Wykres 14	Zainteresowanie ze strony położnej, stanem psychicznym pacjentki...	90
Wykres 15	Tematy poruszane z pacjentką w trakcie wizyt.....	92
Wykres 16	Umożliwienie kontaktu 24h na dobę.....	93
Wykres 17	Opinia personelu na temat bezpieczeństwa Programu.....	94

Załączniki – narzędzia badawcze

Załącznik nr 1 – Kwestionariusz NFZ (KOC)

Załącznik nr 2 – Kwestionariusz skierowny do kobiet z modelu klasycznego

Załącznik nr 3 – Kwestionariusz skierowny do Położnych

Załącznik nr 4 - Kwestionariusz skierowny do Lekarzy