

Izvirni znanstveni članek / Original article

## KONCEPT KONTINUIRANE BABIŠKE SKRBI: PERCEPCIJA IN VEDENJE NOSEČNIC

THE CONCEPT OF CONTINUOUS MIDWIFERY CARE: PERCEPTION AND  
BEHAVIOUR OF CHILDBEARING WOMEN

*Gordana Njenjić, Brigita Skela Savič*

**Ključne besede:** babice, kompetence, zdrava nosečnost, kontinuirana babiška skrb

**Key words:** midwives, competences, healthy pregnancy, continuous care

### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Koncept kontinuirane skrbi v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja, prinaša v mnogih evropskih in svetovnih zdravstvenih sistemih veliko prednosti tako za ženske kot babice. Nosečnice, ki vstopijo v sistem zdravstvene obravnave v Sloveniji, babico kot strokovnjakinjo spoznajo šele ob prihodu v porodnišnico. S tem je vloga babice kot samostojne strokovnjakinje v času nosečnosti premalo prepoznana.

**Metode dela:** Uporabili smo deskriptivno metodo dela. Podatki so bili zbrani z anketiranjem 95 nosečnic v tretjem trimesečju nosečnosti, ki so sodelovale v programu Šole za starše na Ginekološki kliniki v Ljubljani aprila 2010. Anketiranje je potekalo anonimno, ob pisnem soglasju anketirank. Na osnovi pregleda literature smo pripravili vprašalnik, ki je zajemal sedemnajst vprašanj, od tega osem vprašanj zaprtega tipa z možnostjo izbora med več odgovori, šest trditev, do katerih so se anketiranke opredelile po Likertovi lestvici z vrednostmi od 1 do 5, ter tri vprašanja odprtega tipa. Obdelavo podatkov smo izvedli s programskim orodjem SPSS.

**Rezultati:** Več kot polovica anketirank v raziskavi je bila starih od 21 do 30 let, 40 % med 31 in 40 let, dobre 3 % nad 41 let. V skupini raziskovank je bilo 90 % prvorodnic. 84 % anketirank se je strinjalo, da so babice samostojna poklicna skupina, 8 % se jih s to trditvijo ni strinjalo, 7 % anketirank ne pozna področja babištva. Na vprašanje, ali je izobraževanje babic predpisano z evropsko direktivo, jih je pritrnilo odgovorilo 47,4 %. O stopnji izobrazbe babic je pravilno odgovorilo 82,1 %. Le 24,2 % anketirank pozna trenutno stanje babištva v sistemu zdravstvenega varstva žensk v Sloveniji. Zadovoljstvo s trenutnim stanjem zdravstvenega varstva žensk v Sloveniji je izrazilo 64,2 % anketirank, medtem ko jih je 35,8 % s trenutnim stanjem nezadovoljnih. Med mnenji anketirank o možnem delokrogu babic ni statistično značilnih razlik glede na starost anketirank. Anketiranke z višjo stopnjo izobrazbe, si želijo isto babico ves čas obravnave ( $p = 0,017$ ).

### ABSTRACT

**Introduction:** The concept of continuous care through pregnancy, labour and the early postnatal period in several European and world health systems offers advantages for both women and midwives. The pregnant women in Slovenia first encounter midwifery professionals in the delivery room whose expertise and competences thus remain only partially recognised.

**Methods:** A descriptive research method was used in the present study. A questionnaire was based on the literature review of the relevant topic. The data were collected through an anonymous survey consisting of eight multiple choice closed-ended questions, six statements where the respondents specified their level of agreement or disagreement on a symmetric one to five agree-disagree Likert scale and three open-ended questions. Included in the study were 95 women in the third trimester of pregnancy who attended the antenatal courses for parents at the Gynecology Clinic of Ljubljana in April, 2010. A written consent was obtained from all the respondents. The data collected were analysed by a SPSS statistical software tool.

**Results:** The respondents belonged to the following age groups: 21 to 30 years (over 50%), 31 to 40 years (40%) and over 40 years (approximately 3%). The sample group included 90 primiparas. 84% of the women agreed with the statement that midwives present an autonomous professional group, 8% disagreed with the statement; 7% of the respondents were not familiar with the scope and competences of midwives. 82.1% were acquainted with their educational level. Only 24.2% of the respondents were familiar with the current position of midwifery practice within the health care system in Slovenia. 64.2% of the women were satisfied with the present women's health care as opposed to 35.8% who expressed their dissatisfaction. There was no statistically significant difference among the respondents as to the scope of practice among the age groups. Women with highest education would prefer being cared for by the same midwife throughout the entire treatment span ( $p = 0,017$ ).

Gordana Njenjić, dipl. m. s., babica, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Šljajmerjeva 3, Ljubljana, e-naslov: gordana.njenjic@hotmail.com

doc. dr. Brigita Skela Savič, viš. med. ses., univ. dipl. org., Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, e-naslov: bskelasavic@vszn-je.si

Prispevek je nastal na osnovi raziskovalnega projekta, opravljenega pri predmetu Na dokazih podprta zdravstvena nega, v sklopu magistrskega študija zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice.

**Diskusija in zaključki:** Rezultati so pokazali, da je vloga babic med slovenskimi nosečnicami premalo znana, zato je potrebno več vložiti v promocijo poklica in njegovo vlogo v družbi. Uveljavitev koncepta kontinuirane skrbi kot najbolj učinkovitega načina obravnave zdrave nosečnice od oblikovalcev zdravstvene politike terja temeljite spremembe. Prav tako morajo odgovornost za spremembe prevzeti strokovna združenja in menedžment babiške nege. Potrebne so nadaljnje raziskave za boljše razumevanje raziskanega pojava in uvajanja sprememb.

## Uvod

Nosečnost in porod sta fiziološki stanji v življenju ženske, ki sta pomembna in enostavna dogodka, a se hkrati lahko spremenita v zelo zapletena. Ta dva dogodka pomembno vplivata na kakovost življenja v poporodnem obdobju. Porod je osrednji dogodek v življenju partnerjev, pa tudi socialni dogodek, ki spremeni njun odnos in status v okolju. Ženske pogosto razmišljajo o porodu, načinu poroda ter tudi o mestu poroda. Zadnje desetletje se pojavljajo vse večje težnje in želje nosečnic po bolj individualni obravnavi med porodom, naravnem poteku poroda, porodu brez medicinskih intervencij, z več gibanja in domačnosti. Pojavljajo se celo želje sicer redkih posameznic, da bi rodile doma. Strokovnjaki so mnenja, da ni več varne poti vrnitve poroda na dom. Večina žensk v Evropi rodi v porodnišnici. Izjema je le Nizozemska, dežela, ki ima dolgoletno tradicijo porodov na domu, z izjemnimi perinatološkimi rezultati. Njihov zdravstveni sistem je pokrit z razvejano mrežo babic na primarnem nivoju, ki samostojno vodijo nosečnost in porod pri ženskah brez dejavnikov tveganja (Pajntar, 2004). V želji ugoditi vse večjemu povpraševanju slovenskih porodnic po drugačnemu načinu poroda, a pri tem ohraniti in zagotoviti varnost za življenje in zdravje matere in otroka bo treba spremeniti organizacijo sistema zdravstvenega varstva žensk. Babice so strokovnjakinje, ki bodo v bodočnosti prevzemale vse večjo vlogo pri obravnavi nosečnic in porodnic. Koncept kontinuirane skrbi v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja prinaša v mnogih evropskih in svetovnih zdravstvenih sistemih veliko prednosti tako za ženske kot babice (The midwife, 2008).

Osnovne kompetence babic je v svojem dokumentu izdal tudi ICM (International Confederation of Midwives), le-te predstavljajo osnovo za delo babic. Za pridobitev strokovnih kompetenc mora biti babica ustrezno izobražena. Z izobrazbo babica doseže določene standarde, spretnosti in znanja ter tudi kompetence za izvedbo in realizacijo le-teh. Model babiške skrbi in kompetenc temelji na dejstvu, da sta nosečnost in rojstvo normalna dogodka v življenju ženske. Model vključuje spremljanje fizične, psihične, duhovne in socialne komponente zdravja žensk in njihovih družin (Železnik et al., 2008). Babice podpirajo ženske v aktivnem sodelovanju in soodločanju za postopke v času obravnave.

**Discussion and conclusions:** The results of the study show that the role of a midwife is not yet fully recognised among the Slovene childbearing women. More effort should be devoted to the promotion and public recognition of the profession. The concept of continuous care across the continuum of pregnancy, labour, birth and the postnatal period requires a changed health policy. The responsibility for the latter lies also on the professional associations and midwifery management. More research should be done for better understanding of the topic and introduction of changes.

Dolžnost babice je tudi omogočiti informirano izbiro (Mednarodni, 2005).

Načrt za babiško nego je sestavljen iz petih korakov: zbiranje informacij, prepoznavanje potencialnih problemov, razvoj natančnega načrta, izvedba načrta, evalvacija. Na žensko osredotočena skrb je temeljna vrtilina babištva. Da bo lahko nemoteno izvajala svoje kompetence, spretnost, znanost in umetnost babištva, mora babica imeti znanje, veščine in vrednote, kot so:

- prepoznavanje nosečnosti, poroda, poporodnega obdobja in menopavze kot normalnih fizioloških in razvojnih procesov;
- zagovarjanje načela »čim manj poseganja v naravni potek«;
- vključevanje znanstvenih dognanj v prakso;
- promocija v družino usmerjene babiške nege;
- opolnomočenje žensk;
- podpora kakovostnim družinskim in medosebnim odnosom;
- promocija neprekinjene babiške nege;
- promocija zdravja, preprečevanje bolezni in zdravstvena vzgoja;
- promocija perspektive javnega zdravja;
- enakopravna babiška nega ogroženih skupin;
- zagovorništvo informirane odločitve, skupnega odločanja in pravice do izbire;
- upoštevanje vrednot in kulturnih vplivov uporabnic babiških storitev;
- znanja o komplementarnih in alternativnih metodah obravnave;
- dobra komunikacija, podpora in svetovanje (Železnik et al., 2008).

Področje reproduktivnega zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji urejata Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (1996) in Zakon o zdravstveni dejavnosti (2002) v svojih navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. V zakonodaji je opredeljena tudi vloga babice v predporodnem varstvu, ki lahko pri zdravi nosečnici opravi pet pregledov v nosečnosti (Njenjić, Prelec, 2003). Drugi predpis, ki ureja področje babištva in njihove kompetence, je evropska direktiva 36/2005 (Directive, 2005). V uvodu je zapisano, da države članice EU babicam zagotavljajo opravljanje babiške dejavnosti.

Koncept kontinuirane skrbi za pacienta se je razvil v 70. letih prejšnjega stoletja kot potreba po integraciji raziskovalnega dela v prakso pri delu s starostniki. Učinkovita kontinuirana skrb zagotavlja ustrezno oskrbo, kjerkoli in kadarkoli je to potrebno, zahteva strokovnjaka ustrezne specialnosti in se izvaja in vseh ravneh zdravstvenega varstva (na domu, zdravstvenih domovih, bolnišnicah) (Kerber et al., 2007).

Kontinuirana skrb za zdravje žensk, novorojenčkov in otrok vključuje zdravstveno varstvo pred nosečnostjo (vključno s storitvami za načrtovanje družine, izobraževanje mladostnic), med nosečnostjo, porodom in po njem. Matere in dojenčki so ranljiva populacija, po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije vsako leto umre 358.000 žensk, štiri milijone novorojenčkov in šest milijonov otrok v starosti od enega meseca do 5 let (Global, 2010). Ravno zato je zagotavljanje kontinuirane skrbi za matere in otroke ena izmed glavnih nalog, prav tako je to tudi del globalnega načrta Združenih narodov za doseg četrtega in petega milenijskega razvojnega cilja (Improve, 2011). Obstajajo različne definicije kontinuirane skrbi za zdravje žensk, novorojenčkov in otrok (Kerber et al., 2007).

V zadnjih desetletjih je v mnogih evropskih in svetovnih zdravstvenih sistemih prišlo do drastičnih sprememb na področju delovanja zdravstvenega varstva žensk. Novi sistem, ki temelji na kontinuirani skrbi za zdravje žensk, je babico prepoznal kot strokovnjakinjo za spremljanje normalne nosečnosti in poroda v skladu z novo definicijo ICM (Lee Davis, Walker, 2011; Skinner, Foureur, 2010). Ženskam po svetu ni povsod ponujena možnost izbire strokovnjaka, ki bo odgovoren za spremljanje njenih želja in potreb ter načrtovanje skrbi za njo in otroka. Ta strokovnjak je v večini evropskih in svetovnih sistemov lahko babica, splošni/družinski zdravnik ali porodničar. 75 % žensk na Novi Zelandiji je izbralo babico (Skinner, Foureur, 2010). Ponekod imajo izdelana nacionalna priporočila, ki vsebujejo tudi seznam kliničnih standardov, ki potrebujejo nadaljnja posvetovanja. Nekateri države imajo tudi priporočila za obravnavo nizko tveganih nosečnic: Nizozemska (Obstetric, 2011), Kanada (Indications, 2010) in Avstralija (National, 2008). Vsi naštetih v svoja priporočila vključujejo sodelovanje z drugimi strokovnjaki: sodelovanje oziroma delitev skrbi, posvetovanje ali mnenje in po potrebi napotitev k specialistu.

Poročilo Changing Childbirth 1994 in njegova priporočila so postala osnova za izvajanje nove zdravstvene politike in zdravja žensk v Veliki Britaniji (Women, 2005). V poročilu so bile jasno začrtane zahtevane spremembe:

- pravica vsake ženske do informirane izbire in aktivne vključitve pri zdravstveni oskrbi;
- oblikovanje zdravstvenega sistema, dostopnega vsem ženskam;

- vključevanje javnosti pri spremljanju in načrtovanju storitev.

Veliko sprememb je bilo skozi desetletje vključenih v sisteme zdravstvenega varstva žensk, vse s poudarkom na avtonomiji babištva, kontinuirani skrbi in uvedbi tako imenovane babiške skrbi (Page, 2003).

Večkrat je bilo poudarjeno, da skrb kontinuiranega strokovnjaka vpliva na večje zadovoljstvo žensk in babicam daje večje poklicno zadovoljstvo in avtonomijo; vpliva tudi na zmanjšanje deleža medicinskih intervencij, podaljšalo se je tudi obdobje izključnega dojenja po šestih tednih (Pairman, McAra-Couper, 2006). Page (2003) v svoji študiji babiškega modela ena na ena trdi, da je pri tem modelu krajša druga porodna doba in večji delež žensk brez poškodb presredka. Skozi stališča žensk opisuje njihovo večje zadovoljstvo zaradi možnosti vključevanja pri sprejemanju odločitev ter višje ravni zaupanja do strokovnjakov – babic. Babice so izrazile izredno poklicno zadovoljstvo, saj so svoje delo opravljale neodvisno, samostojno in v skladu s filozofijo babiškega modela skrbi za ženske.

Zagotoviti kontinuirano skrb je zelo težko v sistemu, kjer je večina babic navajena na delovne izmene in kjer so porod in rojstvo otroka institucionalizirani. Način skrbi za eno žensko zahteva temeljito spremembo v vzorcih dela, sprejemanju odgovornosti in višje ravni znanja veččin. Številne študije so pokazale, da je tisto, kar je najboljše za žensko, najboljše tudi za mnoge babice (Pairman, McAra-Couper, 2006; Lee Davis, Walker, 2011).

Porod brez medicinskih intervencij je najbolj varna oblika poroda (Leap, 1996). S stališča ženske je porod, pri katerem aktivno sodeluje, ima občutek nadzora in je pri svojih željah tudi podprta s strani zdravstvenega osebja, čudovita izkušnja (Enkin et al., 2000). Babice lahko tako uporabijo svoje znanje, veščine in izkušnje, da bo porod najbolj varen in srečen dogodek v življenju vsake ženske. Downe (2006) predlaga, da si morajo babice prizadevati za večje možnosti za normalni porod in rojstvo otroka in hkrati pri tem upoštevati individualnost vsake ženske, predvsem njene čustvene, psihosocialne in fizične potrebe.

V osemdesetih letih prejšnjega stoletja je prišlo do velikih šolskih reform tudi v Sloveniji. Od študijskega leta 1996/1997 poteka visokošolski strokovni študijski program za izobraževanje babic. Ravno zaradi sprememb v prejšnjem stoletju poklic babice v današnjem slovenskem zdravstvenem sistemu ni umeščen tako kot v razvitih evropskih modelih. Skrb za zdrave in bolne nosečnice so prevzeli ginekologi in skrb za ženske in novorojenčke v poporodnem obdobju patornažne medicinske sestre. Koncept kontinuirane babiške skrbi tako ni mogoč. V domačem prostoru se z vidika uporabnic babiških storitev postavlja vprašanje vloge babic.

## Metode

Zastavili smo si naslednje raziskovalne cilje:

- ugotoviti vedenje nosečnic o poklicu diplomirana babica;
- ugotoviti poznavanje zakonskih predpisov za področje babištva s strani nosečnic;
- ugotoviti mnenje nosečnic glede vloge babic in petih pregledov v nosečnosti;
- ugotoviti mnenje nosečnic glede vloge babic pri spremljanju normalnega poroda;
- ugotoviti mnenje nosečnic glede vloge babic v poporodnem obdobju.

Razvili smo dve temeljni hipotezi, pri katerih smo kot neodvisni spremenljivki uporabili starost in stopnjo izobrazbe vključenih v raziskavo. Pri obeh hipotezah smo v okviru stališč (odvisne spremenljivke), ki smo jih preverjali, oblikovali še šest podhipotez, ki jih prikazujemo v rezultatih.

**HIPOTEZA 1:** Stopnja strinjanja s stališči o poklicu diplomirane babice se statistično pomembno razlikuje glede na starost anketirancev. Pri starejših nosečnicah je strinjanje statistično pomembno višje kot pri mlajših.

**HIPOTEZA 2:** Stopnja strinjanja s stališči o poklicu diplomirane babice se statistično pomembno razlikuje glede na izobrazbo anketirancev. Pri bolj izobraženih nosečnicah je strinjanje statistično pomembno višje kot pri manj izobraženih.

## Instrumentarij

Za potrebe raziskave smo razvili anketni vprašalnik, katerega osnova je strokovna literatura (Matko, Prelec, 2007) in spoznanja v stroki (Njenjić, Prelec, 2003; Prelec, 2007). Vprašalnik je zajemal sedemnajst vprašanj. Prva tri vprašanja so se nanašala na ugotavljanje strukture in opisa vzorca, sledila so štiri vprašanja, ki so se nanašala na poznavanje področja babištva. Zadnje vprašanje je bilo vezano na zadovoljstvo z zdravstvenim varstvom. Vprašanja so bila zaprtega tipa z možnostjo izbora med nekaj odgovori. Sledilo je šest trditev, s katerimi smo preverjali stališča respondentov do možnega razširjenega delokroga babic. Tudi to so bila zaprta vprašanja, anketiranci so se do njih opredeljevali po lestvici Likertovega tipa (od 1 – »nikakor se ne strinjam«, do 5 – »popolnoma se strinjam«). Zadnja tri vprašanja so bila odprtega tipa z možnostjo pisanja lastnih odgovorov in se nanašajo na pridobivanje širših informacij glede stanja babištva in zdravstva v Sloveniji.

## Vzorec

Uporabili smo namenski vzorec. Vprašalnik so izpolnile nosečnice, ki so sodelovale v programu Šole za starše v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, Ginekološka klinika, aprila 2010. V raziskavi je sodelovalo 95 nosečnic v zadnji tretjini nosečnosti, ki so obiskovale Šolo za starše na Ginekološki kliniki. Vrnjeni so bili vsi vprašalniki (100 %). Anketiranje je potekalo anonimno, ob pisnem soglasju anketirank. Izpolnjene ankete so nosečnice odložile v zaprto škatlo ob odhodu iz predavalnice. Primerjava po starostni strukturi nam pove, da je bilo v zajetem vzorcu več kot polovico starih od 21 do 30 let, okrog 40 % je bilo starih med 31 in 40 let in 3,2 % starejših od 41 let. Izobrazbena struktura nam kaže visok odstotek (46,3 %) respondentov z univerzitetno izobrazbo, četrtnina (26,3 %) ima srednješolsko izobrazbo, do vključno poklicne šole je zgolj 5,3 % respondentov, približno toliko tudi z dokončanim podiplomskim študijem (6,4 %). 90 % je bilo prvorodnic, osem drugorodnic, le dve nosečnici pričakujeta več kot tretjega otroka.

## Potek raziskave

Anketiranje je potekalo anonimno, ob pisnem soglasju anketirank. Dovoljenje za raziskavo je dal Strokovni kolegij zdravstvene nege na Ginekološki kliniki v Ljubljani. Nosečnice so privolitev za anketiranje potrdile s podpisom. Izpolnjene ankete so nosečnice odložile v zaprto škatlo ob odhodu iz predavalnice.

Vprašalniki so bili obdelani s programom SPSS, verzija 17. Rezultati so prikazani v obliki frekvenčnih distribucij, izračunane so osnovne deskriptivne statistike, za primerjavo med podskupinami je bil uporabljen t-preizkus za neodvisne vzorce. Zadnja tri vprašanja so logično kategorizirana v smiselne kategorije.

## Rezultati

Rezultati o poznavanju poklica so prikazani v Razpredelnici 1 zbirno za posamezne sklope vprašanj. Na vprašanje, če nosečnice vedo, da so babice samostojna poklicna skupina, je 84,2 % nosečnic odgovorilo pritrdilno.

Odgovori anketirank v zvezi s poznavanjem stopnje izobrazbe babic so: 82,1 % jih je odgovorilo, da imajo babice visokošolsko raven izobrazbe, 9,5 % anketirank je odgovorilo, da imajo srednjo izobrazbo, 6,3 % jih meni, da celo univerzitetno izobrazbo.

Z vprašalnikom smo želeli ugotoviti, ali se nosečnice strinjajo z večjo vlogo babic pri porodu. Pri šestih trditvah smo ocenjevali stopnjo strinjanja oziroma nestrinjanja po Likertovi lestvici od 1 do 5. Odgovori so zbrani v Razpredelnici 2 za vsa stališča skupaj.

Prvo vprašanje »Se strinjate, da bi tudi babice skrbele za zdravo nosečnost?« pokaže na visoko povprečno

## Razpredelnica 1. Zbirka trditev o poznavanju poklica babice in vlogi le-tega v zdravstvenem sistemu.

Table 1. A list of statements about familiarity of the midwifery profession and the midwives' role within the healthcare system.

Vprašanje		Da	Ne področja	Ne poznam	Skupaj
Ali veste, da so babice samostojna poklicna skupina v zdravstvu?	število delež (%)	80 84,2	8 8,4	7 7,4	95 100,0
Ste seznanjeni, da imajo babice svoje poklicne kompetence in strokovno delovanje predpisano z evropsko (EU) direktivo?	število delež (%)	45 47,4	26 27,4	24 25,2	95 100,0
Ali poznate trenutno stanje babištva v sistemu zdravstvenega varstva žensk v Sloveniji?	število delež (%)	23 24,2	72 75,8	0 0	95 100,0
Ali ste zadovoljni s trenutnim stanjem zdravstvenega varstva žensk v Sloveniji?	število delež (%)	61 64,2	34 35,8	0 0	95 100,0

## Razpredelnica 2. Stališča anketirank glede dela babic.

Table 2. The respondents' views on the midwives' services.

Trditev		Nikakor se ne strinjam	Se ne strinjam	Delno se strinjam	Strinjam se	Popolnoma se strinjam	Skupaj	PV	SD
Skrb za nosečnost	število	6	12	36	41	95	6	4,18	0,887
	delež (%)	6,3	12,6	37,9	43,2	100	6,3		
Vodenje poroda	število	3	2	17	36	36	94	4,06	0,971
	delež (%)	3,2	2,1	17,9	37,9	37,9	98,9		
Ista babica	število	0	0	4	25	66	95	4,65	0,561
	delež (%)	0	0	4,2	26,3	69,5	100		
Izbira babice	število	2	3	15	28	47	95	4,21	0,966
	delež (%)	2,1	3,2	15,8	29,5	49,5	100		
Spremljanje po porodu	število	1	1	4	39	50	95	4,43	0,724
	delež (%)	1,1	1,1	4,2	41,1	52,6	100		
Pregledi v nosečnosti	število	12	14	32	25	12	95	3,12	1,193
	delež (%)	12,6	14,7	33,7	26,3	12,6	100		

PV – povprečna vrednost; SD – standardni odklon

stopnjo strinjanja anketirank (PV = 4,18). Delež tistih, ki se ne strinjajo, je 20 %. Vprašanje »Se strinjate, da ima babica vse kompetence pri vodenju zdravega poroda?« pokaže na visoko povprečno stopnjo strinjanja anketirank (PV = 4,06). Večina odgovorov, kar 75 %, se razdeli med odgovore »popolnoma se strinjam« oz. »strinjam se«. Odgovori na vprašanje »Se strinjate, da bi imeli isto babico v nosečnosti, ob porodu in v poporodnem obdobju?« pokažejo zelo visoko povprečno stopnjo strinjanja (PV = 4,65). Distribucija odgovorov je izrazito pomaknjena v smer strinjanja oziroma popolnega strinjanja. Delnega strinjanja je le okrog 4 %. Porazdelitev odgovorov na vprašanje »Se strinjate z možnostjo izbire osebne babice za spremljanje poroda?« pokaže na visoko povprečno stopnjo strinjanja (PV = 4,21). Večina odgovorov (80 %) je »strinjam se« oz. »popolnoma se strinjam«. Pri trditvi »Se strinjate, da bi babica spremljala poporodno obdobje?« rezultati pokažejo visoko povprečno stopnjo strinjanja (PV = 4,43). Pritrdilnih odgovorov oz. strinjanja je 94 %. Porazdelitev odgovorov pri vprašanju »Se strinjate, da bi babica opravila pet pregledov v nosečnosti namesto izbranega ginekologa?« pokaže na nekoliko nižjo stopnjo

strinjanja (PV = 3,12). Delež tistih, ki se popolnoma strinjajo, je 12,6 %, 26,3 % se jih strinja, 33,7 % se jih delno strinja.

V Razpredelnici 3 so prikazane deskriptivne statistike za posamezna stališča, primerjalno med starejšimi in mlajšimi ter povzetek t-preizkusov. V prvem stolpcu je prikazano področje, v drugem označena starostna skupina. Sledijo ločeni rezultati za deskriptivne statistike in rezultati t-preizkusa. Pri deskriptivnih statistikah so za primerjani starostni skupini prikazani število nosečnic (N), povprečna vrednost (PV) in standardni odklon (SD). Pri rezultatih t-preizkusa so iz izvorne tabele rezultatov, ki jo generira SPSS, vzeti podatki o t-vrednosti (t), številu stopenj svobode (df) in pomembnosti t-preizkusa (sig).

Dobljeni rezultati t-preizkusa v Razpredelnici 3 ne potrjujejo, da bi bilo mnenje anketirank odvisno od njihove starosti. Rezultati pokažejo, da med starostnimi skupinami ne prihaja do bistveno različnih stališč glede možnega delokroga babic.

Za potrebe tega preizkusa smo združili izobrazbene podskupine v dve približno enako veliki skupini, in sicer posebej tiste, ki imajo izobrazbo do vključno visoke

## Razpredelnica 3. Primerjava starostnih skupin.

Table 3. Comparison according to the age of the respondents.

Področje	Starost	Deskriptivne statistike			Rezultati t-preizkusa		
		število	PV	SD	t	df	sig
Skrb za nosečnost	do 30	54	4,22	,861	0,544	93	0,588
	nad 30	41	4,12	,927			
Vodenje poroda	do 30	53	4,15	,907	0,989	92	0,325
	nad 30	41	3,95	1,048			
Ista babica	do 30	54	4,65	,588	-0,089	93	0,929
	nad 30	41	4,66	,530			
Izbira babice	do 30	54	4,15	1,035	-0,72	93	0,473
	nad 30	41	4,29	,873			
Spremljanje po porodu	do 30	54	4,39	,738	-0,657	93	0,513
	nad 30	41	4,49	,711			
Pregledi v nosečnosti	do 30	54	3,15	1,156	0,302	93	0,763
	nad 30	41	3,07	1,253			

PV – povprečna vrednost; SD – standardni odklon; t – t-vrednost; df – stopnje svobode; sig – statistična pomembnost

## Razpredelnica 4. Primerjava po izobrazbi.

Table 4. Comparison according to the respondents' educational level.

Področje	Izobrazba	Deskriptivne statistike			Rezultati t-preizkusa		
		N	PV	SD	t	df	sig
Skrb za nosečnost	do višja/visoka	44	4,00	1,012	-1,869	92	0,065
	univ. in več	50	4,34	,745			
Vodenje poroda	do višja/visoka	43	4,07	1,033	0,048	91	0,962
	univ. in več	50	4,06	,935			
Ista babica	do višja/visoka	44	4,50	,629	-2,428	78,378	0,017
	univ. in več	50	4,78	,465			
Izbira babice	do višja/visoka	44	4,07	,998	-1,262	92	0,21
	univ. in več	50	4,32	,935			
Spremljanje po porodu	do višja/visoka	44	4,36	,838	-0,774	92	0,441
	univ. in več	50	4,48	,614			
Pregledi v nosečnosti	do višja/visoka	44	3,18	1,225	0,489	92	0,626
	univ. in več	44	4,00	1,012			

PV – povprečna vrednost; SD – standardni odklon; t – t-vrednost; df – stopnje svobode; sig – statistična pomembnost

šole, in posebej tiste z univerzitetno ali višjo izobrazbo. Osnovne deskriptivne statistike in povzetek t-preizkusa so prikazani v Razpredelnici 4.

V Razpredelnici 4 je razvidno, da med posameznimi pari podskupin ne prihaja do bistvenih razlik. Razlike se pojavljajo v spremenljivki »ista babica«. Razlike med povprečnimi vrednostmi so v tem primeru statistično pomembne ( $p = 0,017$ ). Možnost napake je manjša od 5 %.

Izstopa še spremenljivka »skrb za nosečnost«, ki kaže preizkus za stališče »Se strinjate, da bi tudi babice skrbele za zdravo nosečnost?«. Razlike med povprečnimi vrednostmi v tem primeru niso statistično pomembne ( $p = 0,065$ ), kažejo pa se določene tendence, da se višje izobražene nosečnice bolj nagibajo v smer »popolnega strinjanja« z zgornjo trditvijo.

Pri zadnjih treh vprašanjih, ki so bila odprtega tipa, smo odgovore kategorizirali v več ožjih kategorij. Pri odgovoru nosečnic glede delovišč babic oziroma kje se z babicami najpogosteje srečujejo, smo prejeli odgovore, da se anketiranke z babicami največkrat srečujejo v porodnišnici (44 %), 16 % anketirank se z babicami sreča v zdravstvenem domu in ginekoloških ambulantah in 23 % anketirank v šolah za starše. Na področju izboljšanja pravic enajst anketirank želi več ultrazvočnih pregledov, devet anketirank bi si želelo srečati babico pred porodom, sedem anketirank izbere osebne babice pri porodu, štiri anketiranke bi želele porod na domu s strokovno pomočjo. Sedem anketirank meni, da je za izboljšave na področju babištva pomembno strokovno delo in prijaznost babic, enajst anketirank je odgovorilo, da bi potrebovali večjo prepoznavnost v medijih,

tri anketiranke menijo, da so potrebne tudi zakonske spremembe.

## Diskusija

Hipotezo »Stopnja strinjanja s stališči o poklicu diplomirane babice se statistično pomembno razlikuje glede na starost anketirancev. Pri starejših nosečnicah je strinjanje statistično pomembno višje kot pri mlajših,« zavrnamo pri vseh opazovanih spremenljivkah.

Hipotezo »Stopnja strinjanja s stališči o poklicu diplomirane babice se statistično pomembno razlikuje glede na izobrazbo anketirancev. Pri bolj izobraženih nosečnicah je strinjanje statistično pomembno višje kot pri manj izobraženih,« zavrnamo, razen pri spremenljivki »ista babica«, kjer raziskava pokaže razlike med skupinama glede na stopnjo izobrazbe.

Na žensko osredotočena skrb je temeljna vrlina babištva, ki predstavlja filozofijo zdravstvene skrbi za žensko v obdobju materinstva in daje prednost željam in potrebam uporabnikov in poudarja pomen ozaveščene izbire, kontinuirane skrbi, klinično učinkovitost, odzivnost in dostopnost (Woman, 2005). Raziskava nam da nekaj primerljivih izhodišč za razmislek o razvoju babištva v Sloveniji. Page (2003) opisuje spremembe v različnih sistemih zdravstvenega varstva žensk, vse s poudarkom na avtonomiji babištva, kontinuirani skrbi in uvedbi tako imenovane babiške skrbi. Pairman in McAra-Couper (2006) poudarjata, da skrb babice kot kontinuiranega strokovnjaka vpliva na večje zadovoljstvo žensk, baticam pa daje večje poklicno zadovoljstvo in avtonomijo; vpliva tudi na zmanjšanje deleža medicinskih intervencij, kot so uporaba epiduralne analgezije, stopnja epiziotomije in operativno dokončanje poroda. Avtorja prav tako opisujeta, da je zadovoljstvo žensk večje predvsem zaradi večje možnosti osebne nadzora in vključevanja pri sprejemanju odločitev ter višje ravni zaupanja do batic. Sauls (2002) navaja, da takšen odnos pomembno vpliva na zmanjšano uporabo analgetikov med porodom, manjši delež operativnega dokončanja poroda in zmanjšan delež carskih rezov.

Rezultati izvedene raziskave kažejo, da si večina anketirank želi izbrati babico za spremljanje nosečnosti in poroda. Podobne ugotovitve navajata Skinner in Foureur (2010). Stopnja strinjanja anketirank z različnimi trditvami o baticah (skrb za nosečnost, vodenje poroda, ista babica, izbrana babica, spremljanje po porodu, pregled v nosečnosti) je bila izrazito pomaknjena k odgovoru »strinjam se« oziroma pri trditvi »ista babica v nosečnosti, porodu in poporodnem obdobju« k odgovoru »popolnoma se strinjam«, kar kaže na primerljivost rezultatov z že izvedeno raziskavo (Skinner, Foureur, 2010).

V raziskavi smo ugotovili razlike med bolj izobraženimi in manj izobraženimi nosečnicami, in sicer si bolj izobražene nosečnice bolj želijo »iste babice«

kot manj izobražene nosečnice. Raziskava pokaže, da starost anketirank z mnenji o opazovanih spremenljivkah ni povezana. Večina anketirank ve, da so babice samostojna poklicna skupina, kar je spodbuden rezultat. Skoraj polovica anketirank je seznanjena s poklicnimi kompetencami babice, predpisanimi z evropsko direktivo. Večina anketirank ve, da so babice visokošolsko izobražene. Dve tretjini anketirank je zadovoljnih z zdravstvenim varstvom žensk v Sloveniji. Le ena petina anketirank pozna stanje babištva v Sloveniji, kar je slab rezultat.

Vedno več nosečnic želi imeti svojo babico oziroma kontinuirano skrb v času nosečnosti in poroda. ICM v svojih stališčih podpira uporabo modela »v zdravje orientirane skrbi« (health oriented model of care) bolj kot »v bolezen usmerjeno skrb« (disease-oriented model of care) (The midwife, 2008). V slovenskem zdravstvenem sistemu je trenutno zelo težko zagotoviti kontinuirano babiško skrb, kot jo poznajo evropski in svetovni zdravstveni sistemi. Starejše generacije batic so bile šolane za deljeno vlogo z ginekologiji, novejša generacija batic pa si želijo prevzeti večjo samostojnost in odgovornost pri delu z nosečnicami.

O neodvisni, avtonomni babiški praksi govorimo takrat, ko je babica v partnerstvu z žensko in zagotavlja celovito skrb skozi nosečnost, porod in poporodno obdobje na lastno odgovornost (Pairman, McAra-Couper, 2006). To pomeni tudi, da so vse odločitve ob informirani izbiri sprejete v sodelovanju z žensko. Mnogo avtorjev promovira na žensko osredotočeno skrb in pomembnost vključitve žensk v sprejemanje odločitev, ki se jih dotikajo (Cooke, 2005; Hamilton, 2009). Naša raziskava pokaže, da so anketirane nosečnice pripravljene za sprejem babice kot strokovnjakinje, ki jih lahko spremlja skozi nosečnost in porod; strinjanje anketirank se povečuje s stopnjo njihove izobrazbe.

Vsaka ženska mora imeti dostop do babiške skrbi in podpore v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja oziroma do individualne babiške skrbi s poznano babico (The midwife, 2008) oziroma še več, vsaka ženska bi morala poznati babico, ki bo lahko zagotovila kontinuirano babiško skrb – tako imenovano »izbrano babico« (Lee, 1997), kar pa je v tem trenutku v slovenskem zdravstvenem sistemu redka praksa. Za opravljanje kontinuirane skrbi so potrebne temeljite spremembe v zdravstveni zakonodaji, nacionalnih strokovnih priporočilih ter organizaciji dela na primarnem in sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva.

Omejitev raziskave je majhen vzorec. V prihodnosti je potrebno podobno raziskavo z dodanimi spremenljivkami opraviti na večjem vzorcu nosečnic. Kljub vsemu naši rezultati dajejo izhodišča za razpravo o potrebnem izboljšanju trenutne prakse, za pripravo strategije dela v strokovni Sekciji medicinskih sester in batic Slovenije pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, batic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, ki jo je potrebno

podpreti s pravnim redom Evropske unije – evropsko direktivo 36/2005 (Directive, 2005). Stremeti je potrebno k razvoju takšnega zdravstvenega varstva žensk, ki bo vlogo babic prepoznal na vseh ravneh. Vsekakor je potreben konsenz vseh strokovnjakov zdravstvene grupe, ki sodelujejo v zdravstveni obravnavi žensk (babice in zdravnikov), glede poklicnih kompetenc in odgovornosti upoštevaje sprejeta nacionalna strokovna priporočila. Ministrstvo za zdravje je kot nosilec organizacije zdravstvenega varstva v Sloveniji odgovorno, da bo babicam omogočeno avtonomno babiško delo v skladu z definicijo poklica, ki jo je zapisal ICM, in evropsko direktivo 36/2005 kot minimalnim standardom obsega dela babic.

## Zaključek

Na žensko osredotočena skrb žensko obravnava kot posameznico z vsemi potrebami, spoštuje njeno kulturo, identiteto in v proces vključuje njeno družino. Povečana medikalizacija rojstva in deljena skrb za nosečnico, porodnico in otročnico ni povzročila samo omejitve avtonomije babiškega poklica, ampak tudi spremembo odnosa med babico in žensko. Pomembno vlogo pri ponovni vzpostavitvi tega odnosa ima vzpostavitev sistema kontinuirane skrbi tudi v Sloveniji po vzoru sodobnih zdravstvenih sistemov v Evropi, Avstraliji in Novi Zelandiji.

Nujno je potrebno mnenja in izkušnje nosečnic, pozitivne rezultate dela in modele dobre prakse predstavljati tudi širši javnosti; skozi vseživljenjsko učenje graditi karierni razvoj in stroko graditi tudi na znanstvenoraziskovalnem delu in pozitivni promociji vrednot babištva (Warwick, 2010). Sodelovanje med babicami in drugimi zdravstvenimi delavci naj bo konstruktivno in usmerjeno na potrebe žensk. Za doseg tega cilja je potrebno medsebojno zaupanje in podpora vseh babic.

## Literatura

- Cooke P. Helping women to make their own decisions. In: Raynor MD, Marshall JE, Sullivan A, eds. *Decision making in midwifery practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2005: 127–40.
- Directive EU 2005/36 /EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of the professional qualifications. *Offic J Eur Union*. 2005; L255/22. Dostopno na: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:en:PDF> (8. 5. 2011).
- Downe S. Engaging with the concept of unique normality in childbirth. *Br J Midwifery*. 2006;14(6):352–6.
- Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2000: 288–320.
- Global strategy for women's and children's health. New York: World Health Organization; 2010: 1–5.
- Hamilton A. Comfort and support in labour. In: Fraser DM, Cooper MA, eds. *Myles textbook for midwives*. 15th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2009: 493–9.
- Improve maternal health: goal 5. Millennium development goals. United Nations. Dostopno na: <http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml> (10. 5. 2011).
- Indications for discussion, consultation and transfer of care. College of Midwives of British Columbia; 2010. Dostopno na: <http://www.cmhc.bc.ca/pdf.shtml?Registrants-Handbook-12-01-Indications-for-Discussion-Consultation-and-Transfer-of-Care> (10. 5. 2011).
- Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*. 2007;370(9595):1358–69. doi:10.1016/S0140-6736(07)61578-5 PMID: 17933651
- Leap N. 'Persuading' women to give birth at home - or offering real choice? *Br J Midwifery*. 1996;4(10):536–8.
- Lee Davis D, Walker K. Case-loading midwifery in New Zealand: bridging the normal/abnormal divide 'with woman'. *Midwifery*. 2011;27(1):46–52. doi:10.1016/j.midw.2009.09.007 PMID: 19910090
- Lee G. The concept of continuity-what does it mean? In: Kirkham MJ, Perkins ER, eds. *Reflections on midwifery*. London: Bailliere Tindall; 1997: 1–25.
- Matko S, Prelec A. Babiški porod. In: Premru - Sršen T, ed. *20 let Porodnišnice Ljubljana*. Ljubljana: Klinični oddelek za perinatologijo, Ginekološka klinika; 2007: 29–33.
- Mednarodni kodeks etike za babice. *Utrip*. 2005;13(4):41–2.
- National midwifery guidelines for consultation and referral. Australian College of Midwives; 2008. 2nd ed. Dostopno na: [www.midwives.org.au/Portals/8/Documents/standards%20&%20guidelines/Consultation%20Referral%20Guidelines%20Sept%202008.pdf](http://www.midwives.org.au/Portals/8/Documents/standards%20&%20guidelines/Consultation%20Referral%20Guidelines%20Sept%202008.pdf) (9. 5. 2011).
- Njenjić G, Prelec A. Babice v praksi. In: Kralj B, Navinšek S, eds. *Babištvo skozi čas: zbornik ob 250-letnici ustanovitve Babiške šole v Ljubljani*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2003: 27–35.
- Obstetric manual. Final report of the obstetric working group of the National Health Insurance Board of the Netherlands; 2011. Dostopno na: [http://europe.obgyn.net/nederland/?page=/nederland/richtlijnen/vademecum\\_eng\\_sec5](http://europe.obgyn.net/nederland/?page=/nederland/richtlijnen/vademecum_eng_sec5) (10. 5. 2011).
- Page L. One-to-one midwifery: restoring the »with woman« relationship in midwifery. *J Midwifery Womens Health*. 2003;48(2):119–25. doi:10.1016/S1526-9523(02)00425-7 PMID: 12686944.
- Pairman S, McAra-Couper J. Theoretical frameworks for midwifery practice. In: Pairman S, Pincombe J, Thorogood C, Tracy SK, eds. *Midwifery-preparation for practice*. Sydney: Churchill Livingstone Elsevier; 2006: 237–57.
- Pajntar M. Osnovni pogoji poroda. In: Pajntar M, Novak - Antolič Ž, eds. *Nosečnost in vodenje poroda*. Ljubljana: Cankarjeva založba; 2004: 112–7.
- Prelec A. So že pogoji in čas za izbrano babico? In: Kvas A, Klemeč D, Keršič Ramšak I, eds. *Zdravstvena nega včeraj, danes, jutri, ... : ob 80-letnici delovanja medicinskih sester v ljubljanski regiji: zbornik*, Ljubljana, 27. novembra 2007. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2007: 151–4.
- Sauls DJ. Effects of labor support on mothers, babies, and birth outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002;31(6):733–41. PMID: 12465870.
- Skinner JP, Foureur M. Consultation, referral, and collaboration between midwives and obstetricians: lessons from New Zealand. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55(1):28–37. doi:10.1016/j.jmwh.2009.03.015 PMID: 20129227.
- The midwife is the first choice health professional for childbearing women. International Confederation of Midwives (2008). Dostopno na: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2010/Position%20Statements%202010/39.%20The%20midwife%20is%20the%20first%20choice%20of%20healthcare%20professional%20for%20childbearing%20women.pdf> (10. 5. 2011).
- Warwick C. Delivering high quality midwifery care: the priorities, opportunities and challenges for midwives (DH 28/9/09). *Midwifery*. 2010;26(1):9–12. doi:10.1016/j.midw.2009.11.006 PMID: 20056299



26. Women centred care: position paper. Royale College of Midwives; 2005. Dostopno na: <http://www.rcm.org.uk/college/policy-practice/guidelines/rcm-position-statements/position-statements/> (11. 5. 2011).
27. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list Republike Slovenije št. 9/1996.
28. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije št. 33/2002.
29. Železnik D, Filej B, Brložnik M, Buček Hajdarevič I, Dolinšek M, Istenič B, et al. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008: 32–8.