



Fakulteta za zdravstvo  
Jesenice  
Faculty of Health Care  
Jesenice

Magistrsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA  
ŽENSK V SLOVENIJI: DELJENA SKRB IN  
AVTONOMIJA BABIC**

**MATERNITY CARE SYSTEM IN SLOVENIA -  
SHARED CARE AND AUTONOMY OF  
MIDWIVES**

Mentorica:izr. prof. dr. Brigita Skela Savič Kandidatka: Gordana Njenjić  
Sommentor: red. prof. dr. Marko Lavrič, dr. med.

Jesenice, oktober, 2014

## **ZAHVALA**

Iskreno se zahvaljujem svoji mentorici, izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič, za strokovne nasvete ter somentorju, red. prof. dr. Marku Lavriču, za strokovne predloge in konstruktivne usmeritve pri pisanju pričujočega magistrskega dela.

Za pomoč se zahvaljujem tudi recenzentkama: doc. dr. Maji Sočan in doc. dr. Joci Zurc ter lektorici Kseniji Pečnik, prof. slov. jezika.

Zahvala gre tudi vsem zdravstvenim zavodom, ki so svojim zaposlenim dovolili sodelovati pri izdelavi magistrskega dela, slednjim pa, ker so izpolnili anketne vprašalnike.

Zahvala tudi vsem ostalim, ki so kakorkoli sodelovali pri izdelavi magistrskega dela oz. pripomogli k njegovemu nastanku.

Zahvala je namenjena tudi mojim najbližjim, ki so me v času študija in pisanja magistrskega dela podpirali in mi stali ob strani.

Hvala vsakomur posebej in vsem skupaj, brez vseh vas mi ne bi uspelo.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Zdravstveno varstvo žensk v razvitih evropskih in svetovnih zdravstvenih sistemih pri zdravstveni obravnavi nosečnic vse bolj postavlja v ospredje koncept kontinuirane babiške skrbi; pri tem imajo pomembno vlogo diplomirane babice.

**Cilj:** Cilj magistrske naloge je bil opredeliti vlogo diplomirane babice v slovenskem zdravstvenem sistemu pri zdravstveni obravnavi zdravih nosečnic in vodenju normalnega poroda.

**Metoda:** Raziskava temelji na kvantitativni metodi z neslučajnostnim kvotnim vzorcem. Raziskava je zajela 283 diplomiranih babic in 143 zdravnikov – specialistov ginekologije in porodništva, zaposlenih na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva žensk. Podatki so bili zbrani s strukturiranim vprašalnikom, ki je preverjal stališča anketirancev glede samostojnega dela in poklicnih kompetenc diplomiranih babic. Podatki so bili obdelani z opisno statistiko, s faktorsko analizo, Spearmanovim korelacijskim koeficientom, t-testom za neodvisne vzorce, z enofaktorsko analizo variance (ANOVA) in s koeficientom Cronbach  $\alpha$ .

**Rezultati:** Raziskava je pokazala, da so anketiranci glede vodenja zdrave nosečnosti različnega mnenja ( $t = -4,229$ ,  $p < 0,001$ ): diplomirane babice (PV 4,02) in zdravniki ginekologi (PV 3,55). Pri vprašanju o kompetentnosti diplomiranih babic za opravljanje pregledov pri zdravi nosečnosti so diplomirane babice odgovarjale s PV 3,88, zdravniki pa s PV 3,43 ( $t = -4,000$ ,  $p < 0,001$ ). Na vprašanje, ki se je nanašalo na samostojno spremljanje normalnega poroda s strani diplomiranih babic, so diplomirane babice odgovorile s PV 4,52 in zdravniki porodničarji s PV 4,12 ( $t = -4,221$ ,  $p < 0,001$ ). Na vprašanje, ali imajo diplomirane babice dovolj znanja za samostojno spremljanje normalnega poroda, so med odgovori diplomiranih babic (PV 4,61) in odgovori zdravnikov (PV 4,45) razlike ( $t = -2,208$ ,  $p = 0,028$ ).

**Razprava:** Delo diplomiranih babic je predpisano z direktivami EU. Izvedena raziskava nam da vedeti, da so diplomirane babice mnenja, da bi lahko same v praksi prevzele vodenje zdrave nosečnosti in normalnega poroda. Pri tem je strinjanje zdravnikov pomembno šibkejše. Ugotovitve naše raziskave bodo pripomogle k hitrejši uvedbi klinične poti normalnega poroda v naših porodnišnicah in spremljanju zdrave nosečnosti s strani diplomirane babice.

**Ključne besede:** babica, kompetence, zdrava nosečnost in normalen porod, kontinuirana babiška skrb.

## SUMMARY

**Theoretical background:** Healthcare for women in developed global healthcare systems puts the concept of continuous midwifery care in the medical treatment of pregnant women to the forefront, where an important role is played by registered midwives.

**Aim:** The definition of the role of a registered midwife in the Slovenian healthcare system in the healthcare management of healthy pregnant women and management of a normal delivery.

**Method:** The research is based on a quantitative research method with non-probability quota sampling. The survey was conducted among 283 registered midwives and 143 medical doctors – specialist obstetricians and gynaecologist, providing healthcare for women at the primary, secondary and tertiary level. A structured questionnaire inquiring on the viewpoint of registered midwives working independently and their professional competences was used. Data were processed using descriptive statistics, factor analysis, Spearman correlation coefficient, t-test for independent samples, one-factor analysis of variance (ANOVA) and Cronbach's  $\alpha$ .

**Results:** The research findings showed that, in terms of managing a healthy pregnancy, registered midwives and gynaecologists have a difference in opinion. Registered midwives have a MV 4.02 and gynaecologists' MV is 3.55 ( $t = -4,229$ ,  $p < 0,001$ ). When asked about the competence of registered midwives to performs check-ups during a healthy pregnancy the registered midwives answered with a MV 3.88 and gynaecologists with a MV 3.43 ( $t = -4,000$ ,  $p < 0,001$ ). Registered midwives answered the question regarding registered midwives monitoring a normal delivery independently with a MV 4.52 and obstetricians with a MV 4.12 ( $t = -4,221$ ,  $p < 0,001$ ). The question of registered midwives having adequate knowledge to independently monitor a normal delivery the registered midwives answered with a MV4.61 and doctors with a MV 4.45 ( $t = -2,208$ ,  $p = 0,028$ ).

**Discussion:** The work of registered midwives is prescribed by EU directives. The research that we carried out points to the fact that registered midwives share the opinion that they could manage a normal delivery and a healthy pregnancy independently as a part of their scope of practice, however, the doctors' level of agreement is significantly

lower. The findings of our research will contribute to a faster establishment of a clinical pathway of registered midwives' management of a normal delivery in our maternity hospitals and monitoring a healthy pregnancy.

**Keywords:** midwife, competences, healthy pregnancy and normal delivery, continuous midwifery care.

# KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL</b>	<b>5</b>
2.1	VLOGA BABIC PRI SPREMLJANJU NOSEČNOSTI IN PORODA PRI NAS IN v SVETU	5
2.1.1	Stanje v Sloveniji	5
2.1.2	Izobraževanje babic v Sloveniji	8
2.1.3	Stanje v svetu	10
2.2	ZDRAVA NOSEČNOST IN KOMPETENCE BABIC	12
2.3	BABICE IN NORMALEN POROD	14
2.4	ZADOVOLJSTVO UPORABNIC	15
2.5	ZAKONODAJA IN IZOBRAŽEVANJE	18
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b>	<b>20</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKAVE	20
3.2	RAZISKOVALne HIPOTEZE	20
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	21
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	21
3.3.2	Opis spremenljivk in merskega instrumenta	22
3.3.3	Opis vzorca	22
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	25
3.4	REZULTATI	26
3.5	HIPOTEZE	38
3.5.1	Hipoteza 1	38
3.5.2	Hipoteza 2	38
3.5.3	Hipoteza 3	39
3.5.4	Hipoteza 4	40
3.5.5	Hipoteza 5	41
3.5.6	Hipoteza 6	41
3.5.7	Hipoteza 7	42
3.5.8	Hipoteza 8	42
<b>4</b>	<b>RAZPRAVA</b>	<b>44</b>

<b>5</b>	<b>ZAKLJUČEK</b>	<b>51</b>
<b>6</b>	<b>LITERATURA IN VIRI</b>	<b>53</b>
6.1	LITERATURA	53
6.2	VIRI	64
<b>7</b>	<b>PRILOGE</b>	<b>65</b>
7.1	PRILOGA A: SPSS IZPIS TESTIRANJA RAZLIK IN POVEZANOSTI	
7.2	INŠTRUMENT	



## KAZALO TABEL

Tabela 1: Zaposlitvena raven, trajanje zaposlitve in starost glede na strokovni profil	25
Tabela 2: Matrika rotiranih faktorskih uteži _____	28
Tabela 3: Opis spremenljivk na celotnem vzorcu ter primerjava rezultatov po strokovnem profilu (faktor 1 in 2) _____	30
Tabela 4: Opis spremenljivk na celotnem vzorcu ter primerjava rezultatov po izobrazbi (faktor 2 in faktor 3) _____	31
Tabela 5: Opis spremenljivk na celotnem vzorcu ter primerjava rezultatov po zaposlitveni ravni (faktor 1 ter faktor 1 in 2 hkrati) _____	33
Tabela 6: Opis spremenljivk na celotnem vzorcu ter primerjava rezultatov po zaposlitveni ravni (faktor 2 in faktor 3) _____	34
Tabela 7: Spearmanov koeficient povezanosti trajanja zaposlitve in starosti s stopnjo strinjanja s trditvami _____	36

## KAZALO SLIK

Slika 1: Diagram Scree _____	27
------------------------------	----

## SEZNAM KRAJŠAV

ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
EMA	European Midwives Association
EU	Evropska unija
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
GfG	Gift from God
ICM	International Confederation of Midwives
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
PV	povprečna vrednost
RS	Republika Slovenija
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
UKC	Univerzitetni klinični center

## 1 UVOD

Babica je v skladu z definicijo poklica opredeljena in prepoznana kot odgovorna in zanesljiva strokovnjakinja babiške nege, ki podpira žensko in ji svetuje med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju ter izvaja babiško nego novorojenčka in dojenčka, hkrati pa ima tudi pomembno vlogo pri zdravstveni vzgoji ženske, družine in širše družbene skupnosti (International Confederation of Midwives (ICM), 2011). Z izrazom babica v pričujočem magistrskem delu opredeljujemo vse strokovne profile s področja babištva: srednjo medicinsko sestro babico, srednjo medicinsko sestro babico z zaključenim višješolskim programom zdravstvene nege (višjo medicinsko sestro), višjo medicinsko sestro z opravljeno specializacijo iz porodniško-ginekološke zdravstvene nege, srednjo medicinsko sestro babico z zaključenim visokošolskim programom zdravstvene nege (diplomirano medicinsko sestro) ter diplomirano babico/diplomiranega babičarja (dipl. bab.). Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti je objavilo Ministrstvo za zdravje (2004).

Vlogo diplomiranih babic v zdravstvenih sistemih prepoznava in podpira tudi SZO (2013). Matere in dojenčki so ranljiva skupina populacije in ravno zato je zagotavljanje kontinuirane babiške skrbi za matere in dojenčke ena izmed glavnih nalog babice, zapisanih v Strategijah razvoja in celostne ureditve ginekološko-porodniške službe v Republiki Sloveniji do 2020 (2010) kot tudi del globalnega načrta Združenih narodov za doseg tisočletnih razvojnih ciljev 4 in 5 (Združeni narodi, 2000). Minimalne kompetence diplomiranih babic, ki jih morajo države članice EU zagotavljati diplomiranim babicam znotraj zdravstvenega sistema, so zapisane v Direktivi Evropske unije 36/2005 (Premru Sršen et al., 2011).

V zadnjih desetletjih je v svetovnih in evropskih zdravstvenih sistemih prišlo do korenitih sprememb na področju organizacije in delovanja zdravstvenega varstva žensk, tako npr. na Novi Zelandiji, v Kanadi, Avstraliji ter na Nizozemskem in Danskem (Njenjić, Skela Savič, 2011a). Izvajanje nove zdravstvene politike za zdravje žensk v Veliki Britaniji je pripeljalo tudi do novih strokovnih priporočil za predporodno,

obporodno in poporodno obdobje babiške skrbi v življenju ženske, ki jih je izdelal National Institute for Health and Clinical Excellence ((NICE) 2007).

Področje reproduktivnega zdravja žensk v Sloveniji ureja Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013: Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev (2008), podrobneje pa ga urejajo zakonska določila v Navodilih o spremembah in dopolnitvah za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2002). Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko-porodniške službe v RS do 2020, dokument Ministrstva RS za zdravje, ki je bil sprejet v letu 2010, v svojih zaključkih predlaga, da je treba na primarnem in sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva žensk vključiti diplomirane babice kot samostojne v skrbi za zdrave nosečnice in ženske ter porodnice brez prisotnih dejavnikov tveganja. Mesto poroda naj ostanejo porodniški oddelki bolnišnic, v katerih je mogoče uvesti samostojno babiško enoto (Premru Sršen et al., 2011).

Glede na priporočila NICE (2007) in stališča ICM (2008a) je diplomirana babica primarna izvajalka babiške skrbi za ženske v obdobju materinstva, prav tako pa tudi najučinkovitejša strokovnjakinja za spremljanje normalnega poroda. ICM (2008b) trdi, da bi morala vsaka ženska imeti dostop do babiške skrbi in podporo »ena na eno« (ena babica na eno žensko) v času nosečnosti in poroda. Vse več raziskav dokazuje učinkovitost kontinuirane babiške skrbi, kajti le tako je lahko tudi sicer zagotovljena kakovostna in kulturno sprejemljiva zdravstvena oskrba (Page, 2003).

World Health Organization (2005) poudarja, da mora za prekinitev normalnega, fiziološkega poteka poroda obstajati pomemben razlog. Vse večja medikalizacija porodov in nezadovoljstvo žensk z obporodnimi zdravstvenimi storitvami sta bila razlog za uvedbo sprememb v organizaciji zdravstvenega varstva žensk širom po svetu (Guilliland, Tracy, Thorogood, 2006; NICE, 2006). Mnogi zdravstveni sistemi so se odzvali z uvedbo različnih modelov obporodne babiške skrbi. Te spremembe vključujejo predvsem vnovično uvedbo poroda na domu in ustanovitev samostojnih babiških centrov znotraj ali zunaj bolnišnice (Guilliland et al., 2006).

Dokazi kažejo, da porodi žensk, ki rodijo v samostojni babiški enoti bolnišnice, pogosteje potekajo normalno kot pa porodi žensk, ki rodijo v standardni porodniški enoti bolnišnice (NICE, 2008). Raziskave v državah, kjer so diplomirane babice osrednji zdravstveni delavci v skrbi za ženske brez prisotnih dejavnikov tveganja v nosečnosti (Mahmood, 2003; Tracy et al., 2005) in v samostojnih babiških enotah bolnišnic potrjujejo, da so samostojne babiške enote bolnišnic varne in nudijo enako kakovostno babiško skrb (Sandall et al., 2010; Wieggers, 2009). V teh enotah je izvedenih manj medicinskih posegov (Mead, Kornbrot, 2004; Suzuki et al., 2011), delež carskih rezov in instrumentalnih vaginalnih porodov je nižji (NICE, 2008; Overgaard et al., 2011), manjša je uporaba analgezije in rezanja presredka (Mead, Kornbrot, 2004), obenem pa je večje tudi zadovoljstvo žensk z babiško oskrbo (Warwick, 2010). Prav tako so enaki ali boljši tudi perinatalni rezultati mater in novorojenčkov (Brocklehurst, 2011).

Diplomirane babice imajo posebno mesto v zdravstvenem varstvu žensk in otrok. Poiskati morajo svojo pot do ženske in njene družine, jo seznaniti z obstoječimi možnostmi poroda in jo podpreti pri izbiri načina rojevanja ter pri sprejemanju odgovornosti za lastne odločitve. V strokovni javnosti so vse pogostejše razprave o izbiri kraja poroda in o tem, kako izboljšati počutje mater in novorojenčkov med porodom (Jomeen, Martin, 2008).

Edwards (2008) na podlagi dokazov iz svoje študije navaja, da je izbira kraja poroda pomembna, a zapletena in težka odločitev: »Izbira ni preprosta in ženske so pogosto postavljene v vrtinec vplivov in mnenj strokovnjakov, institucij in tistih okoli njih.« Ne glede na izide porodov še vedno večina žensk sprejema porod v porodnišnici kot normo in kot najvarnejšo možnost. Nasprotno pa Savage (2007) trdi, da je malo dokazov, da je porod v bolnišničnem okolju najvarnejša možnost tudi za ženske z nizkim tveganjem in da imajo lahko porodi doma ali v babiški enoti veliko pozitivnejši izid in z bistveno manj porodniškimi intervencijami.

Hadjigeorgiou s sodelavci (2012) navaja, da je izbira kraja poroda mnogih žensk medicinsko usmerjena. Njihova navedba temelji na analizi 23 objavljenih raziskav, v

katerih so ženske podale svoje izkušnje z izbiro kraja poroda. Avtorji tega dela tudi menijo, da ima vsaka ženska pravico do izbire kraja poroda tudi v Sloveniji, vendar so v trenutni zdravstveni ureditvi te možnosti omejene.

V slovenskem zdravstvenem sistemu še vedno prevladuje biomedicinski model babiške skrbi za ženske v času nosečnosti in poroda (Prelec, 2011). Ženske imajo sicer dober dostop do javnih zdravstvenih storitev, vendar pa v času nosečnosti med zdravstveno obravnavo srečujejo različne zdravstvene strokovnjake, med njimi predvsem zdravnike – specialiste ginekologije in porodništva, medicinske sestre in diplomirane babice. 23 % slovenskih žensk nima izbranega osebnega ginekologa (Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije, 2010). Porodi na domu ali v samostojnih porodnih enotah so zelo redki in predstavljajo manj kot 1 % vseh porodov (Nacionalni perinatalni informacijski sistem, 2013). Prva samostojna babiška enota bolnišnice je bila odprta leta 2011, in sicer v okviru Bolnišnice za ženske bolezni in porodništvo Postojna. Odraža prizadevanja zdravstvenih strokovnjakov, ki so prisluhnili potrebam in željam žensk po bolj naravnem pristopu k porodu. Če povzamemo bistvo babiške skrbi za zdravo nosečnico z naravnim, fiziološkim porodom, lahko trdimo, da gre predvsem za premik od medikaliziranega poroda k zelo intimnemu porodu, za katerega je značilno sodelovanje oz. partnerstvo med žensko, ki rojeva in diplomirano babico, ki jo pri tem razumevajoče spremlja in podpira, pri čemer ves čas pazi, da ima ženska občutek, da je spoštovana, upoštevana in varna ter da obvlada svoje telo in dogajanje okoli sebe (Premru Sršen et al., 2011).

## 2 TEORETIČNI DEL

Definicija poklica babice, ki jo je sprejela ICM junija 2011 v Durbanu v Južnoafriški republiki, se glasi (International Confederation of Midwives, 2011): »Babica je oseba, ki je uspešno zaključila javno priznan študijski program babištva, ki temelji na ICM osnovnih kompetencah za babiško prakso in ICM standardih za izobraževanje babic; je vpisana v register zdravstvenih delavcev, je pridobila licenco za opravljanje babiške dejavnosti, uporablja strokovni naslov babica in dokazuje usposobljenost za izvajanje babiške prakse. Babica je prepoznana kot odgovorna in zanesljiva strokovnjakinja, ki dela v partnerstvu z žensko, jo podpira, neguje, ji svetuje med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju. Spremlja žensko med porodom, pri čemer se zaveda lastne odgovornosti, izvaja pa tudi babiško nego novorojenčka in dojenčka. Ta skrb vključuje preventivne ukrepe, promocijo normalnega poroda, prepoznavanje zapletov pri materi in otroku, dostop do zdravstvene oskrbe ali druge ustrezne pomoči ter izvedbo nujnih ukrepov. Babica ima pomembno vlogo pri zdravstveni vzgoji in izobraževanju ženske, družine in širše družbene skupnosti. Njeno delovanje vključuje perinatalno vzgojo, pripravo na odgovorno starševstvo, posega pa tudi na področje zdravja žensk, spolnega ali reproduktivnega zdravja ter zdravja otrok. Babica lahko deluje na domu, v skupnosti, v bolnišnicah, na klinikah ali v zdravstvenih domovih.«

### 2.1 VLOGA BABIC PRI SPREMLJANJU NOSEČNOSTI IN PORODA PRI NAS IN V SVETU

#### 2.1.1 Stanje v Sloveniji

Evropska komisija je v Bruslju predstavila t. i. Zeleno knjigo, ki je predpisani dokument za evropske delavce s področja zdravstva. Dokument je pri nas obravnavala delovna skupina za zdravstveno in babiško nego na Ministrstvu za zdravje, ki je marca 2009 vse predloge in mnenja k vsebini dokumenta posredovala Evropski komisiji (Tičar, 2009). Namen tega dokumenta je zaznati morebitne težave, s katerimi se srečujejo zdravstveni delavci v EU. Naše diplomirane babice se prav tako kot babice v tujini vsakodnevno

srečujejo z izzivi in dogajanji, ki jih je zaradi strokovnosti in prijazne babiške oskrbe žensk treba vključevati v delo.

Rožmanova (2007, str. 160–4) pravi, da »v primerjavi s preteklostjo, ko so se pri nas porodi odvijali še na domu porodnice, čustvena vez med babico in porodnico ni več tako pristna, globoka in sproščena. Babica ni več družinska svetovalka, ne oskrbuje več nosečnic, otročnic in novorojenčkov, prav tako ni več prisotna pri porodih na domu, ker za to ni pooblaščen s strani porodniške stroke«. Prav tako meni, da se je položaj babice poslabšal, »saj med njene poklicne kompetence sodi le pomoč ženskam pri porodu v porodnišnici. V času porodov na domu pa je imela absolutni primat na področju porodne pomoči.«

Iz definicije poklica babic, ki jo je podala ICM (2011), je razvidno, da so delovna mesta za babice lahko zelo različna, poklicne aktivnosti babic pa zajemajo področje primarne, sekundarne in terciarne ravni zdravstvenega varstva žensk v njihovem predporodnem, obporodnem in poporodnem obdobju.

Prelec (2007) navaja, da največ slovenskih babic najdemo v obporodni skrbi za žensko in novorojenčka in le peščico babic v predporodnem in poporodnem zdravstvenem varstvu žensk. Nekatere nosečnice si želijo nemedikalizirani, torej fiziološki, naravni porod. Vse več nosečnic se odloči za porod v tujini, ker jim pri nas pri porodu ne moremo zagotoviti izbrane babice, ali pa se odločajo za porod na domu z izbrano babico iz tujine. Strokovno združenje na področju babištva je v preteklosti večkrat podalo svoje javno mnenje glede pomislekov o strokovnosti teh oseb, predvsem pa skrb za varnost zdravja novorojenčka in porodnice (Sekcija medicinskih sester babic, 2010).

V Sloveniji je nosilec zdravstvene dejavnosti zdravnik (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2002). Pravica do izbire zdravstvenega strokovnjaka v času nosečnosti je nekaj, kar pri nas ženske najbolj pogrešajo (Prelec, 2008). Vse bolj pereč problem je tudi dejstvo, da se ležalna doba zdrave otročnice in novorojenčka v porodnišnici zelo krajša in tudi zato bo treba v prihodnosti zagotoviti kontinuirano babiško skrb za otročnice in novorojenčke na domu (Premru Sršen, 2014).



Področje reproduktivnega zdravstvenega varstva v RS urejata Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (1992, 1993 in 1996) in Zakon o zdravstveni dejavnosti (1992, 1995, 1996 in 2002). Vloga diplomirane babice je opredeljena na področju preventivnega zdravstvenega varstva žensk na primarni ravni, kjer lahko diplomirana babica pri zdravi nosečnici samostojno opravi pet pregledov (Navodila o spremembah in dopolnitvah za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2002). Drugi predpis, ki ureja področje babištva in poklicne kompetence babic, je evropska Direktiva št. 36/2005 Evropske Unije (2005), v uvodu katere je zapisano, da države članice EU zagotavljajo babicam opravljanje babiške dejavnosti in jih vključujejo v zdravstveno zakonodajo. V raziskavi, ki je zajela 96 nosečnic v ljubljanski regiji, sta Njenjić in Skela Savič (2011b) potrdili, da so potrebe in želje žensk po večji vlogi diplomiranih babic v času nosečnosti in poroda prisotne tudi v Sloveniji. Kot je praksa v državah EU, bi morale slovenske babice delovati na vseh področjih, ki jih predpisuje evropska Direktiva št. 36/2005. Zagotovitev opravljanja babiške dejavnosti v Sloveniji skladno s predpisano direktivo bi omogočila kontinuiteto babiške skrbi. To pomeni babiško skrb za žensko v času pred nosečnostjo, med zdravo nosečnostjo, med porodom in v poporodnem obdobju. Babica bi potemtakem opravljala preglede nosečnic, vodila bi porod ter skrbela za zdravega novorojenčka, sodelovala pri zdravstveni vzgoji žensk in njihovih družin, izvajala predporodno pripravo na starševstvo in svetovala pri načrtovanju življenja v družini ob prihodu novorojenčka do šestega tedna njegove starosti. Tak način dela prinaša številne prednosti tako za družino kot za babico (Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v republiki Sloveniji do 2020 (2010). Večji premik k porodu s poudarkom na osredotočenosti na porodnico bi lahko naredili le s prehodom na samostojen porod ob podpori babice, kar predvideva evropska Direktiva št. 36/2005 (Premru Sršen et al., 2011). Wagner (2007), perinatolog in nekdanji direktor Oddelka za zdravje žensk in otrok pri SZO, meni, da trenutno stanje v Sloveniji, kar se tiče obporodne babiške skrbi žensk, odraža usmerjenost na zdravstvene delavce, ne pa na porodnico samo, saj ne podpira porodnice pri njenem porodnem načrtu; o avtonomiji porodnice torej ne moremo govoriti. To pomeni, da porodnica ni v središču pozornosti zdravstvenih delavcev in ne more sama odločati o svojih potrebah. Avtor istočasno poroča, da so porodi, ki jih vodijo babice, ne glede na okolje, v katerem ženska rodi, najvarnejši za

žensko in otroka in istočasno porodnico tudi najbolj čustveno izpolnjujejo. Poklicne kompetence babic, ki naj bi jih Slovenija po vključitvi v EU upoštevala in izvajala, so napisane v sektorski Direktivi 36/2005/EG. Dokument Ministrstva za zdravje: Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v RS (2010) predlaga:

1. da se upoštevajo Priporočila NICE: ANTENATAL CARE, Routine Care for the Healthy Pregnant Women;
2. da se upoštevajo Priporočila NICE: POSTNATAL CARE, Routine Postnatal Care of Women and Newborn Babies, ki opredeljujejo skrb za otročnico in novorojenčka;
3. da izvajanje evropske Direktive 2005/36/EG kot minimalnega standarda na področju babištva omogoča tudi prenos določenih kompetenc z zdravnika na babico;
4. da se upošteva resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«;
5. da izvajanje zakonskih določil v Navodilu o spremembah in dopolnitvah Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, ki je zapisano v Ur. l. RS, št. 33/2002, omogoča babici opravljanje petih pregledov v nosečnosti.

Predlagane spremembe bi, če bi jih vse upoštevali, tudi pri nas prinesle veliko pozitivnega. Iz Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v republiki Sloveniji do 2020 (2010) je razvidno, da se spremembe ne nanašajo samo na družino, ampak tudi na področje zdravstvenih storitev, ki bi bile cenejše in bi pozitivno vplivale na strokovni zdravstveni kader.

### 2.1.2 Izobraževanje babic v Sloveniji

V času vključevanja Slovenije v EU je babištvo postalo bolj javno prepoznavno. Članice, ki vstopijo v EU, so dolžne v zdravstveni sistem vključiti babico za področje normalne nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Potemtakem je bilo treba urediti tudi izobraževanje za babice. Prva visokošolska strokovna študijska smer za babištvo je bila pri nas uvedena v šolskem letu 1995/1996 pod nazivom Zdravstvena nega porodniško-ginekološke smeri. Evropski visokošolski strokovni študij babištva je bil prenovljen v šolskem letu 2004/2005. Ta se navezuje na področje, ki ga je EU opredelila za medsebojno priznavanje poklicnih kvalifikacij v zdravstvu. Za to področje

veljajo t. i. sektorske direktive, ki vsebujejo bistvene zahteve o izobraževanju diplomiranih babic in seznam delovnih področij oz. dejavnosti, ki naj bi potem zagotovile opravljati delo diplomantom babištva (Skoberne, 2009).

Prvostopenjski visokošolski strokovni študijski program babištva traja 3 leta (6 semestrov) in obsega skupaj 180 kreditnih točk po ECTS-ju. Strokovni naslov, ki ga pridobi diplomant, je diplomirana babica oziroma diplomirani babičar. Temeljni cilj visokošolskega strokovnega študijskega programa babištvo je usposobiti zdravstvenega strokovnjaka s področja ginekologije in reproduktivnega zdravstvenega varstva na predporodni, obporodni in poporodni ravni.

Visokošolski strokovni študijski program babištva temelji na:

- dejavnostih babic, ki jih predpisujejo sektorske direktive EU,
- načelih evropskega visokega šolstva (Bolonjski deklaraciji),
- Zakonu o visokem šolstvu RS,
- potrebah populacije,
- upoštevanju sodobnih usmeritev razvoja babiške stroke,
- predvidevanju potreb po kadrih v prihodnosti,
- dosedanjem delu in izkušnjah babic ter drugih zdravstvenih delavcev na obravnavanem področju,
- smernicah SZO o varovanju in pospeševanju zdravja (cilji SZO za 21. stoletje),
- pobudah profesionalnih organizacij (ICM, EMA, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester – babic).

Pri nas torej pridobimo izobrazbo diplomirana babica/babičar in licenco za opravljanje dela, ko uspešno zaključimo triletni visokošolski strokovni študijski program babištva na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani, kjer je bil študijski program v letu 2004/2005 usklajen z evropskimi direktivami (Predstavitveni študijski program Zdravstvene fakultete v Ljubljani, 2009).

### 2.1.3 Stanje v svetu

Poglejmo si sistem izobraževanja v nekaterih državah, ki izkazujejo dobre rezultate preko primerov dobre prakse. V nekaterih državah obstaja možnost za razširitev vloge babice pri babiški skrbi za žensko. Obstajajo celo možnosti študija babištva na magistrski in doktorski ravni, ki vključuje raziskovalno delo v zdravstvenem okolju ali na univerzi (Job description, 2013).

#### Babištvo v Veliki Britaniji

Babice so Združenem kraljestvu Velike Britanije in Severne Irske samostojni zdravstveni delavci, ki prevzemajo odgovornost za mater in novorojenčka v času nosečnosti, poroda in 28 dni poporodnega obdobja, po potrebi tudi dlje. V Veliki Britaniji vloga splošnih zdravnikov in zdravnikov specialistov ginekologije in porodništva v predporodnem in obporodnem obdobju žensk ni tako opazna, saj skoraj vse preglede nosečnic opravijo babice same v lokalnih ginekoloških ambulantah ali jih opravljajo skupaj s splošnimi zdravniki. Nosečnica mora na pregled k specialistu ginekologije in porodništva le v primeru, ko so prisotni dejavniki tveganja za rizično nosečnost. V skladu z zakonodajo Velike Britanije imajo ženske pravico do svobodne izbire mesta poroda (Hull Jurković, 2004). Izobrazbo pridobijo babice na univerzi v sklopu tri- ali štiriletnega študijskega programa babištva. Študenti babištva ne plačajo šolnine in so upravičeni tudi do štipendije. Po zaključku študija morajo biti babice vpisane v register zdravstvenih delavcev, da lahko opravljajo zdravstveno dejavnost. Vsi, ki opravljajo babiški poklic, morajo biti registrirani tudi v lokalnih nadzornih organih. Večina babic dela v porodnišnicah in zdravstvenih ustanovah, nekaj pa jih je neodvisnih – so torej samostojne babice. Njihova naloga so začetna srečanja z nosečnico, upravljanje babiških centrov, izvajanje porodne babiške nege na domu in vodenje poroda. Samostojne babice imajo svoj odzivnik in so odgovorne za določeno geografsko področje oziroma regijo. Kadar je potrebno, sodelujejo z nadzornimi ambulantami (Nursing and Midwifery Council, 2009).

### Babištvo v Kanadi

Po več desetletjih intenzivnega političnega lobiranja so sedaj babice javne uslužbenke in del zdravstvenega javnega sistema. Registrirane babice izvajajo ustrezno diagnostiko, npr. osnovne preiskave krvi, ultrazvočne preiskave in celo predpisujejo določena zdravila. Za lajšanje porodne bolečine lahko izvajajo akupunkturo, lahko uporabljajo vakuumske ekstraktorje oz. opravljajo vakuumski porod in lahko asistirajo ginekologu-porodničarju pri opravljanju carskega reza. Za te dodatne aktivnosti potrebujejo dodatno izobraževanje in potrdila (The University of British Columbia, 2013).

### Babištvo na Novi Zelandiji

Na Novi Zelandiji ima babištvo status samostojnega poklica od leta 1990 dalje. Takrat se je zakon spremenil in ločil zdravstveno in babiško nego na strokovnem in pravnem področju in ju priznal kot ločeni stroki. Ženske lahko, da si zagotovijo porodniško oskrbo, izbirajo med babico, splošnim zdravnikom in specialistom ginekologije in porodništva. V 78 % izberejo babico, v 8 % splošnega zdravnika, v 8 % specialista ginekologije in porodništva in v 6 % neznano osebo. Babice zagotavljajo ženski porodniško oskrbo od začetka nosečnosti do zaključenih šest tednov po porodu. Domena babice sta vodenje normalne nosečnosti in poroda, če pa pride do odstopanj oz. zapletov, se babica posvetuje z zdravnikom – specialistom ginekologije in porodništva ali pa nosečnico napoti k njemu. Babice morajo opraviti štiriletno dodiplomsko izobraževanje na področju babištva, da se lahko registrirajo v register zdravstvenih delavcev (New Zealand College of Midwives, 2012).

### Babištvo na Nizozemskem

Babice so neodvisni strokovnjaki pri vodenju normalnega poroda. Na Nizozemskem je prisotna tudi praksa rojevanja na domu, čeprav odstotek teh porodov v zadnjih desetletjih upada. Od vseh porodov je bilo od 2005 do 2008 29 % porodov na domu. Ta številka je v času od 2007 do 2010 upadla na 23 %. Babištvo je na splošno organizirano kot zasebna praksa. Ženske pa rojevajo tudi v ambulantah in porodnišnicah. Izbrano imajo svojo babico, ki samostojno vodi porod. Specialisti ginekologije in porodništva prevzemajo porode samo v primerih zapletov ali v drugih nujnih primerih, ko je potrebno njihovo posredovanje. Poleg vodenja poroda in izvajanja porodne nege so

babice tiste, ki skrbijo za nosečnico, nadzorujejo njeno nosečnost ter izvajajo vzgojo za zdrav način življenja. Glavni cilj zdravstvene vzgoje je seznanitev nosečnice z zdravim življenjskim slogom: z zanjo ustrezno oz. zdravo prehrano, s škodljivimi posledicami pitja alkohola, s pomembnostjo preživljanja prostega časa na njej prijazen način idr. Babice svetujejo ženskam tudi pri izbiri kontracepcije in celo pri neplodnosti. Babiško izobraževanje traja štiri leta na štirih univerzah v državi. Vsa zdravstvena oskrba, ki jo izvede babica bodisi na domu porodnice bodisi v ambulantah ali porodnišnicah, je pravno zaščitena in v celoti poplačana s strani zavarovalnice (KNOV, 2012).

## 2.2 ZDRAVA NOSEČNOST IN KOMPETENCE BABIC

V Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) je določen normativ v preventivnem zdravstvenem varstvu žensk: na najmanj 9000 žensk, starejših od 13 let, pride en specialist ginekologije in porodništva, ena višja medicinska sestra in najmanj 0,5 zdravstvenega tehnika oz. srednje medicinske sestre s ciljem, da bi število žensk do leta 2000 padlo z 9000 na 6500. Na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva žensk veljajo kadrovske normative iz Zelene knjige, sprejete daljnjega leta 1982. Zelena knjiga poleg normativov vsebuje tudi seznam zdravstvenih storitev ter časovne normative za izvedbo posameznih zdravstvenih storitev, ovrednotene v minutah in točkovno. Zeleno knjigo so sestavili zdravniki za zdravnice in druge zdravstvene delavce. Za babico, zaposleno v porodnem bloku, je predpisanih 150 porodov na leto. V tuji literaturi, vezani na normative v babiški negi, je težko najti primerljive zdravstvene sisteme, po katerih bi se lahko zgledovali. Birthrate plus report je izračun normativov za diplomirane babice, ki ga je naredil The Royal College of Midwives. Zajema vse nivoje zdravstvenega varstva – primarnega, sekundarnega in terciarnega kot tudi porode po različnih modelih in v različnih okoljih (v porodnišnicah, babiških enotah, na domu). Model za izračune predvideva tudi stopnjo babiške oskrbe, ki jo nosečnica, porodnica ali otročnica potrebuje. Za porodnišnice na terciarnem nivoju predvideva še dodatnih 10 % potreb po babicah.

Leta 2002 se je v Sloveniji pojavila določba, da pet preventivnih pregledov pri zdravi nosečnici opravi diplomirana babica ali za samostojno delo z nosečnicami posebej

usposobljena diplomirana medicinska sestra. Če v ginekološkem timu ni zaposlena diplomirana babica ali za pregled zdravih nosečnic posebej usposobljena diplomirana medicinska sestra, opravi preglede zdravih nosečnic specialist ginekologije in porodništva, kot je zapisano v Navodilu o spremembah in dopolnitvah Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2002). V našem prostoru do sedaj ni bilo posebnih usposabljanj za diplomirane medicinske sestre, na osnovi katerih bi lahko opravljale preglede zdravih nosečnic (kot je omenjeno zgoraj), ne obstajajo pa tudi nobeni novejši normativi, tako da se sprašujemo, na kakšen način bo zaživel zgoraj omenjeni predpis. Svetla točka za diplomirane babice je Modra knjiga standardov in normativov v zdravstveni in babiški negi in oskrbi (2013), v kateri je vpisana (samo) diplomirana babica. Nekateri zdravstveni zavodi so, da bi ugodili predpisom, zgoraj omenjena navodila tudi upoštevali in imeli strokovno srečanje na temo spremljanja zdravih nosečnic v dispanzerju za ženske. Ob tem je bilo zapisano (Takač, 2011, str. 10): »V UKC Maribor so usposobili diplomirane medicinske sestre za drugi, peti, sedmi, osmi in deveti preventivni pregled. To pomeni, da diplomirana medicinska sestra samostojno pregleda zdravo nosečnico v 16., 32., 37., 38. in 39. tednu nosečnosti. Pri drugem pregledu diplomirana medicinska sestra nosečnico povpraša po njenem počutju in morebitnih težavah ter ji svetuje v zvezi s potekom nosečnosti. V materinsko knjižico vpiše izvide predhodno opravljenih preiskav /.../, nosečnici izmeri še velikost trebuha in posluša plodove srčne utripe. Ob zadnjih pregledih se z nosečnico pogovori tudi o začetku in načinu poroda in ji svetuje, kdaj je pravi čas za odhod v porodnišnico.«

Babiška stroka meni, da medicinska sestra nima zadosti znanja za opravljanje zgoraj navedenih pregledov in tudi ne za opravljanje mnogih drugih, ki zgoraj niso omenjeni, vendar jih je treba opraviti. Kot smo zapisali že zgoraj, je v direktivah Uradnega lista EU zabeleženo, da lahko diplomirano babico nadomesti tista oseba, ki ima zaključeno srednjo štiriletno babiško šolo in potem višjo oziroma visoko izobrazbo iz zdravstvene nege. Lahko pa jo nadomesti tudi oseba, ki ima višjo oziroma visoko izobrazbo iz zdravstvene nege ter pridobljeno izobrazbo nadgradi s specializacijo iz ginekološko-porodniške smeri, ker pač v nekem določenem obdobju sistem ni nudil drugih možnosti za izobraževanje s področja babištva (Železnik et al., 2008).

Dejavnosti diplomiranih babic po vključitvi Slovenije v EU so jasno zapisane v evropski Direktivi št. 36/2005. Med drugim je zapisano, da diplomirana babica sodeluje tudi pri izobraževanju žensk in družin ter izvaja predporodno pripravo na starševstvo in svetuje parom pri načrtovanju družine. V Strategijah razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v republiki Sloveniji do 2020 (2010) je zapisano in povzeto, da v državah, kot so Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Portugalska, Španija, Švedska in Združeno Kraljestvo, babice prevzemajo in izvajajo dela in naloge, ki so jim predpisane. Pri pregledu dejavnosti babic v teh državah smo opazili, da te države upoštevajo in vključujejo evropske direktive v svoje zakone o zdravstveni dejavnosti.

### **2.3 BABICE IN NORMALEN POROD**

V skladu z definicijo je normalen porod, ki je brez znakov tveganja in kakršnih koli patoloških sprememb za otroka in mater. V UKC Ljubljana je bila uvedena klinična pot za normalen porod (Kavšek, 2012). V državah Združenega kraljestva so zaradi višje stopnje porodnih intervencij naredili raziskavo klinične poti za vodenje normalnega poroda. Raziskava je ugotavljala vlogo zdravnika, diplomirane babice in babiške nege med porodom. Klinična pot je dokumentirano zaporedje postopkov od sprejema porodnice do rojstva otroka, ki se vrstijo v primernih časovnih okvirih in jih izvede multidisciplinarni tim. Sledenje klinični poti pomaga porodnici pri počasnem premiku skozi klinične izkušnje do zelenega cilja, to je do rojstva otroka. Namen je podpreti in spodbuditi diplomirane babice k vodenju normalnega poroda s končnim ciljem zmanjšati nepotrebne medicinske intervencije oziroma porodne posege (Hunter, Segrott, 2010).

V Britanski Kolumbiji – Kanadi je bila narejena raziskava, s katero so ugotavljali količino medicinskih intervencij med porodom in po porodu pri ženskah, ki so jih spremljale babice, in pri tistih, kjer je bil vodja poroda zdravnik. Pokazalo se je, da imajo zdrave ženske, ki načrtujejo rojstvo v porodnišnici ob spremstvu babice v primerjavi z ženskami, ki rodijo ob spremstvu zdravnika, nižjo stopnjo porodniških posegov. Podobno je tudi pri novorojenčku nižja stopnja poporodnih intervencij in



obolevnosti. Ugotovitve študije nakazujejo na potrebo vključitve diplomirane babice v vsa porodniška okolja in na potrebo priprave in izobraževanja porodnic na porod ter na babiško oskrbo in nego skupaj z zdravniki (Janssen et al., 2007).

Premru Sršen (2007, str. 191–6) pravi, da naj bi bila skrb naše družbe ustvariti družini prijazno porodništvo. V našem prostoru je približno 70 % zdravih nosečnic, ki v času poroda ne potrebujejo medicinskih postopkov in zdravil. Porod pri zdravi nosečnici z zdravim plodom bi morala voditi diplomirana babica, zdravnik naj bi nastopil šele s pojavom zapletov. Ne glede na način vodenja poroda, želje nosečnice ali priporočila zdravstvenega osebja je za varen in prijeten potek poroda najpomembnejši ustrezen medsebojni odnos med nosečnico, njenim partnerjem oziroma spremljevalcem in zdravstvenimi strokovnjaki.

V Sloveniji je v skladu z zakonodajo za porode odgovoren izključno zdravnik, vendar v veliki večini porodnišnic pri zdravi nosečnici in zdravem plodu porod vodi babica. »Humanizacija poroda se je že dolgo nazaj začela, kjer so babice intuitivno vodile porode in kjer je bila porodnica center dogajanja, sodelovala je pri odločanju in imela občutek nadzora nad dogajanjem in seboj« (Novak Antolič, 2007, str. 175–9).

## 2.4 ZADOVOLJSTVO UPORABNIC

Pri pregledu strokovne literature se je izkazalo, da ni bilo narejenih prav veliko raziskav na temo zadovoljstva uporabnic. V nadaljnjem tekstu je citirano nekaj sociologinj in drugih strokovnjakov, ki so prepoznali ta problem in se trudili za spremembe na tem področju. Pahor (2006, str. 12–33) pravi, da je pregled literature pokazal, da se je na tem področju precej raziskovalo v tujini, v slovenskem prostoru pa doživljanje rojevanja še ni bilo sistematično obravnavano in raziskovano.

O tem, kako in koliko so ženske v času nosečnosti, poroda ter poporodnega obdobja zadovoljne (oz. nezadovoljne) z zdravstvenimi strokovnjaki in njihovimi storitvami, govori študija »Porodnišnice za današnji čas«. Rezultati so pokazali precejšnji procent zadovoljstva žensk (Mivšek, 2006, str. 73–103).

Habermas (1984 povz. po Pahor, 2007, str. 49–72) in Scambler (1987 povz. po Pahor, 2007, str. 49–72) ugotavljata, da obstaja potreba po tem, da bi lahko diplomirane babice in drugi porodni pomočniki nudili ženskam čim bolj kakovostno pomoč in podporo v obporodnem obdobju. Do sedaj subjektivni vidik žensk, to je njihovo doživljanje obporodnega zdravstvenega varstva, v Sloveniji ni bil sistematično proučevan. Pri raziskovanju porodov se s perspektive osredotočenosti na žensko najpogosteje, kot pravi Pahor, kot teoretični okvir uporabljajo feministične teorije ali kritične teorije družbe. Kot teoretični okvir za razumevanje poroda s perspektive žensk pa lahko uporabimo Habermasovo razlago razlike med svetom življenja, to je med dejanskimi potrebami in željami porodnic, in med zdravstvenim sistemom.

Mivšek (2007, str. 74) pravi »da bi bilo potrebno pred uvedbo sprememb na boljše v zdravstvenem varstvu preglejati trenutno stanje in tudi želje uporabnic«.

V našem prostoru so nosečnice načeloma zadovoljne nosečnice, kot je povedala raziskovalka Mivšek (2006), vendar se kaže, da je vedno več nosečnic, ki imajo drugačna pričakovanja in želje predvsem pri rojevanju, kot pa jim je ponujeno v okviru zdravstvenega sistema. Novak Antolič (2006, str. 91) pravi, da »bodoči starši pričakujejo idealno nosečnost in rojstvo idealnega otroka in v večini primerov je res tako. Med porodom si želijo ob sebi babico, ki jo poznajo«.

Za veliko bolezni in stanj v nosečnosti uporabljamo presejalne teste. Pri presejalnih testih se moramo zavedati, da obstajajo lažno pozitivni in lažno negativni izvidi. Izvid diagnostičnega testa pa lahko odkrije popolnoma nepričakovano stanje. Nosečnost lahko zapletejo prej obstoječe bolezni; izida za mater in otroka ni vedno mogoče napovedati in v takih primerih naj prevzamejo vodenje nosečnosti in/ali poroda zdravniki specialisti ginekologije in porodništva (Novak Antolič, 2007).

Habermas (1984 povz. po Pahor, 2007, str. 49–72) pravi, da so zaradi razslojitve poklicnih skupin obporodnih pomočnikov na osnovi znanstvenih ugotovitev osrednje mesto obporodnih pomočnikov dobili zdravniki ginekologi in porodničarji in z njimi tudi biomedicinski pristop k rojevanju. Babice so zaradi podrejene vloge v

institucionaliziranem zdravstvenem varstvu bolj na strani zdravnikov kot porodnic. Zdravstvena nega in babištvo sta tipičen primer systemske podreditve sveta življenja zdravstvenemu sistemu. Nekateri glasovi v obporodnem zdravstvenem varstvu žensk torej ne pridejo do izraza, so neslišni. Razlogi za tako stanje so predvsem v političnih okoliščinah, ki omejujejo svobodno razpravo. Te okoliščine je treba izpostaviti tudi na področju zdravstva in s tem pripomoči k odpravljanju deformirane komunikacije, ki temelji na odnosih moči.

Ko govorimo o na žensko osrediščeni obporodni skrbi, moramo govoriti o pogojih, ki ženski zagotavljajo avtonomnost. Ženske v svojem življenju preprosto ne morejo zavzeti enakopravnih položajev, dokler so neenakosti vpisane v strukture, hkrati pa je vsakdanje življenje nenehen dokaz, da imajo ženske moč, da se neenakosti upirajo. V življenjskem prehodu med porodom, ki si ga ženske kot izkušnjo vsaj v neki meri delijo, lahko razvijejo uvid v posamezne situacije, v katerih se znajdejo druge ženske kot matere, in dobro razumejo njihove potrebe; nekaterim ta položaj omogoči refleksijo o položaju žensk nasploh in njihovo kritiko (Drglin, 2007, str. 105–56).

Avtorici Njenjić in Skela Savič (2011b) sta raziskovali, koliko so ženske seznanjene s trenutnim stanjem pri nas – torej koliko so seznanjene z informacijami o obporodnem zdravstvenem varstvu žensk. Vse večje število nosečnic si želi imeti svojo babico oziroma kontinuirano babiško skrb v času nosečnosti in poroda. Avtorici sta ugotovili, da je v našem sistemu zelo težko zagotoviti pravo kontinuirano babiško skrb, kot jo poznajo evropski in svetovni zdravstveni sistemi. Ugotovili sta tudi, da so bile starejše generacije babic izučene za to oz. so tako strokovno usposobljene, da babiško oskrbo nosečnice delijo z zdravniki specialisti ginekologije in porodništva, novejše generacije babic pa si želijo večjo samostojnost in odgovornost pri delu z nosečnicami in porodnicami. Za opravljanje kontinuirane babiške skrbi so potrebne temeljite spremembe v zdravstveni zakonodaji, v nacionalnih strokovnih priporočilih ter v organizaciji dela na primarnem in sekundarnem pa tudi na terciarnem nivoju zdravstvenega varstva.

## 2.5 ZAKONODAJA IN IZOBRAŽEVANJE

ICM je v letu 2003 po raziskavah v praksi naredil in sprejel dokument »Osnovne kompetence za babiško prakso«, ki predstavlja obenem vodilo in pričakovana znanja, ki naj bi jih diplomirane babice imele po končanem izobraževanju. Dokument temelji na takrat veljavni definiciji poklica babice, potrjeni in sprejeti s strani ICM, SZO in FIGO. Dokument temelji na visokošolskem izobraževanju diplomirane babice. Poenotenje izobraževanja naj bi veljalo za evropsko regijo z namenom lažjega poenotenja različnih poklicnih in strokovnih kvalifikacij, ker je mobilnost zdravstvenih delavcev velika. Ne glede na pobude in predloge ICM in SZO se v EU upoštevajo smernice direktiv, v katerih je opredeljeno samo število praktičnih in teoretičnih ur, ne pa tudi ravni, na katerih naj bi potekalo izobraževanje. Nekatere države članice EU imajo izobraževanje pod okriljem bolnišnic, v nekaterih državah članicah pa poteka izobraževanje na univerzitetni ravni (ICM, 2003 povz. po Fleming, 2007, str. 31–46).

Evropa ima svoj uradni list, ki določa poklicne profile, ki delajo v zdravstvu, med katere sodijo tudi diplomirane babice. Evropski parlament je natančno opredelil direktive na področju babištva. To področje zajema: izobraževanje oziroma usposabljanje diplomiranih babic, dokazila o formalni strokovni kvalifikaciji, opravljanje babiške dejavnosti oziroma babiškega poklica in pridobljene pravice. Izobraževanje diplomiranih babic naj bi zajemalo najmanj 2300 ur teoretičnega dela in 2300 ur prakse. Direktiva evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES govori o priznavanju poklicne kvalifikacije za diplomirano babico (Uradni list EU, 2005).

V Uradnem listu EU (2005) je zapisan način usposabljanja diplomiranih babic, ki se po nekaterih državah razlikuje, a je v mejah zahtevanega. Razlika med posameznimi državami je v tem, kdo je vršilec izobraževanja: zdravstveni zavodi ali univerze. Za opravljanje dejavnosti babiškega poklica se uporablja dokument, ki ga izda zdravstveni zavod ali univerza, v katerem države članice dovoljujejo opravljati vsaj minimum, ki je predpisan in naveden v Uradnem listu EU. Ta isti Uradni list predpisuje tudi pridobivanje pravic diplomirane babice glede na kvalifikacije iz predpisanih usposabljanj (ibid.).

V Sloveniji dosegamo te normative v predpisani zakonodaji (Zakon o zdravstveni dejavnosti na področju primarne ravni, 2003) in evropski Direktivi 36/2005 (Uradni list EU, 2005). Države članice EU zagotavljajo diplomiranim babicam opravljanje babiške dejavnosti in jih vključujejo v zakone s področja zdravstvene dejavnosti.

Evropski uradni list predpisuje dva načina izobraževanja za diplomirane babice. Prvi način je ta, ki smo ga že opisali po direktivah in traja najmanj tri leta, v drugem primeru pa imajo medicinske sestre možnost po svoji zaključeni izobrazbi nadaljevati študij, ki traja 18 mesecev, in si s tem pridobiti licenco iz babištva. Podoben program je bil pripravljen za nadaljevanje babiškega študija iz višje zdravstvene šole že v začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja, kot ga imajo in predlagajo v 40 čl. Uradnega lista EU pod alinejo b., da se s posebnim usposabljanjem s polno časovno obveznostjo za diplomirane babice, ki traja 18 mesecev (smer II) in vključuje vsaj študijski program, opisan v točki 5.5.1. priloge V, ki ni v skladu z enakovrednim usposabljanjem medicinske sestre za zdravstveno nego (ibid.). S takim načinom izobraževanja si kandidat/-ka pridobi licenco za opravljanje babiškega poklica.

Pri nas smo poskusili s podobnim načinom izobraževanja. Zaradi dolgotrajnega študija na takrat višjem (sedaj visokostrokovnem) izobraževanju ni bilo zanimanja za tovrstno izobraževanje. Pripravljeni program je čakal nekaj let na eno samo generacijo, ki je v letu 1992/1993 končala specializacijo za porodniško-ginekološko zdravstveno nego na ta način. Potem za tak način izobraževanja ni bilo več zanimanja.

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKAVE

Namen magistrskega dela je, da z rezultati raziskave prispevamo k reorganizaciji in uvajanju sprememb zdravstvenega varstva žensk v Sloveniji na področju primarne, sekundarne in terciarne ravni.

Cilji raziskave so:

- ugotoviti in primerjati mnenja diplomiranih babic in ginekologov-porodničarjev o kompetencah diplomirane babice pri spremljanju zdrave nosečnosti in normalnega poroda;
- primerjati mnenja in stališča diplomiranih babic in ginekologov-porodničarjev glede na njihovo starost in leta delovanja na področju zdravstvenega varstva žensk;
- ugotoviti razlike v mnenjih anketirancev glede na zaposlitveno raven zdravstvenega varstva žensk;
- predlagati ukrepe za izboljšanje na strokovnem področju.

#### 3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

V okviru raziskave smo si postavili naslednje hipoteze:

- Hipoteza 1: »Babice z več delovne dobe se čutijo bolj kompetentne za spremljanje zdrave nosečnosti kot babice z manj delovne dobe.«
- Hipoteza 2: »Babice z več delovne dobe se čutijo bolj kompetentne za spremljanje poroda kot babice z manj delovne dobe.«
- Hipoteza 3: »Babice menijo, da so bolj kompetentne za sodelovanje pri porodu in vodenju nosečnosti, kot to menijo zdravniki.«
- Hipoteza 4: »Babice menijo, da bi morale biti v večji meri vključene v proces nosečnosti in poroda, kot to menijo zdravniki.«
- Hipoteza 5: »Babice menijo, da jim zdravniki pogosteje prepuščajo vodenje zdrave nosečnosti, kot to menijo zdravniki.«

- Hipoteza 6: »Starejše babice in babice z daljšo delovno dobo menijo, da imajo babice več izkušenj za opravljanje pregledov in vodenje zdrave nosečnosti, kot to menijo mlajše babice oz. babice s krajšo delovno dobo.«
- Hipoteza 7: »Starejše babice in babice z daljšo delovno dobo menijo, da bi babice morale imeti večjo vlogo pri spremljanju normalnega poroda, kot to menijo mlajše babice oz. babice s krajšo delovno dobo.«
- Hipoteza 8: »Zaposleni na terciarni ravni menijo, da so babice v večji meri kompetentne za sodelovanje pri porodu in vodenju nosečnosti, kot to menijo zaposleni na primarni ravni.«

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabljena je bila kvantitativna raziskava z uporabo anketne metodologije. Podatki za empirični del so bili pridobljeni s strukturiranim vprašalnikom, ki so ga izpolnjevale diplomirane babice in ginekologi-porodničarji na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega varstva žensk. Teoretični del temelji na pregledu strokovne literature. Pregledali smo domačo in tujo strokovno literaturo s področja babištva. Število zadetkov je bilo dodatno omejeno na leta 2003 do 2013. Ključne besede, ki smo jih uporabili pri iskanju tuje literature, so: babica, kompetence, fiziološka nosečnost in porod, kontinuirana babiška skrb. Uporabili smo podatke iz virtualnih knjižnic: COBISS, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) in INTERMID (online archive of peer – reviewed articles from the British Journal of Midwifery), International Journal of Nursing Studies. V prvem sklopu iskanja je bilo število zadetkov 98469 (CINAHL) in 12739 (INTERMID). Po uporabi vseh ključnih besed se je število besed zmanjšalo na 79 (CINAHL) in še vedno preko 520 zadetkov za INTERMID. Upoštevana je bila uporaba najbolj relevantne literature za obdobje 2003–2013. Uporabili smo polna besedila 22 člankov. Ostala strokovna literatura je pridobljena iz strokovnih knjig domačih in tujih avtorjev in iz strokovnih knjižnic.

### 3.3.2 Opis spremenljivk in merskega instrumenta

Za potrebe raziskave smo razvili vprašalnik. Merski instrument smo sestavili na podlagi podobnih vprašalnikov (Reime et al., 2004; Wiklund et al., 2011) in literature z raziskovalnega področja (Polit et al., 2001; Mesec, 2000).

Vprašalnik smo glede ustreznosti vprašanj v pilotski raziskavi dvakrat preverili z manjšo skupino zdravstvenih strokovnjakov iz Ginekološke klinike v Ljubljani, in sicer s tremi zdravniki ginekologi-porodničarji in s štirimi diplomiranimi babicami. Prvo preverjanje se je nanašalo na ustreznost uporabljenih strokovnih izrazov, drugo pa na razumljivost vprašanj. Glede na dobljene pripombe smo vprašalnik dopolnili. Vprašalnik je preverjal stališča anketirancev do poklicnih kompetenc diplomiranih babic in ginekologov-porodničarjev. Vprašalnik sta sestavljala dva dela: del A in del B. V delu A, ki je bil sestavljen iz štirih vprašanj in je vseboval kontinuirane, nominalne in ordinalne spremenljivke, kot so izobrazba, delovišče, leta zaposlitve in starost respondentov, smo iskali demografske značilnosti raziskave. Del B je bil sestavljen iz 29 vprašanj po vzoru Likertove lestvice, ki preverjajo stališča respondentov z vrednostmi od 1 do 5 (pri čemer 1 pomeni »se zelo ne strinjam«, 2 – »ne strinjam se«, 3 – »delno se strinjam«, 4 – »se strinjam« 5 pa »zelo se strinjam) in vprašanja izbirnega tipa. Vprašalnik je v prilogi 8.

Zanesljivost instrumenta smo preverili s Cronbachovim  $\alpha$  koeficientom notranje konsistence. Koeficient Cronbach  $\alpha$  ima vrednost 0,882, kar pomeni, da so spremenljivke dovolj notranje konsistentne, da lahko sklepamo, da je merski instrument zanesljiv.

### 3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni kvotni vzorec. Kvote smo razdelili v dve strokovni skupini, od katerih smo razdelili 50 % enot ene strokovne skupine in 50 % enot druge, kar istočasno pomeni 50 % strokovne populacije v Sloveniji na področju zdravstvenega varstva žensk.



V raziskavi so sodelovale babice in zdravniki specialisti ginekologije in porodništva s primarnega, sekundarnega in terciarnega nivoja zdravstvenega varstva žensk. V Registru zdravstvenih izvajalcev Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije je bilo na dan 4. 5. 2012 vpisanih 665 aktivnih izvajalcev v dejavnosti babiške nege – babic. Termin v pričujočem delu vključuje spekter izobrazb vseh, ki delujejo na tem področju: srednja medicinska sestra babica, srednja medicinska sestra babica s končano višješolsko izobrazbo zdravstvene nege (viš. med. ses.), višja medicinska sestra s specializacijo iz porodniško-ginekološke zdravstvene nege, srednja medicinska sestra babica s končano visokošolsko izobrazbo zdravstvene nege (dipl. m. s.) in diplomirana babica/babičar (dipl. bab.).

V Registru Zbornice zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije (pridobljeno na sedežu Zbornice dne 27. 6. 2012) je zabeleženih 334 aktivnih zdravnikov v zdravniški službi na področju ginekologije in porodništva na vseh treh nivojih zdravstvenega varstva žensk.

Po prvem stiku z zdravstvenimi zavodi in ko so bile urejene zahtevane formalnosti glede dovoljenja za opravljanje raziskave, smo razdelili vprašalnike. Vprašalnike smo posredovali vsem 14 regijam v Sloveniji, in sicer v vse porodnišnice: UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za perinatologijo; Splošna bolnišnica Celje, Ginekološko-porodniški oddelek; UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo; Koper SBI – Oddelek za ginekologijo in porodništvo; Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna; Splošna bolnišnica »dr. Franca Derganca« Nova Gorica; Porodnišnica Šempeter pri Novi Gorici; Bolnišnica Jesenice, Ginekološko-porodniški oddelek; Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj; SB Novo mesto, Ginekološko-porodniški oddelek; Splošna bolnišnica Brežice, Ginekološko porodni oddelek; Splošna bolnišnica Trbovlje, Ginekološko porodni oddelek; Splošna bolnišnica Murska Sobota, Ginekološko-porodniški oddelek; Bolnišnica Slovenj Gradec, Oddelek za ginekologijo in porodništvo in Splošna bolnišnica Ptuj, Ginekološko-porodni oddelek. V UKC Maribor so zavrnilo sodelovanje, kljub temu da smo predložili vso zahtevano dokumentacijo in dokazila za opravljanje

raziskave. V vseh regijah so bili vprašalniki poslani tudi na primarni nivo zdravstvenega varstva žensk (v zdravstvene domove in zasebne ginekološke ambulante). Na primarnem nivoju je bilo zajetih 50 % vseh zaposlenih diplomiranih babic v posamezni regiji; na sekundarnem in terciarnem nivoju tudi 50 % vseh zaposlenih v posamezni regiji. Zdravnikov ginekologije in porodništva je bilo na primarnem nivoju zajetih 50 % zaposlenih v posamezni regiji; na sekundarnem in terciarnem nivoju pa tudi 50 % vseh zaposlenih v posameznih regijah.

Med anketirance je bilo razdeljenih 500 vprašalnikov, in sicer 333 diplomiranim babicam in 167 zdravnikom ginekologom-porodničarjem. Vrnjenih je bilo 426 vprašalnikov, od tega 283 vprašalnikov s strani diplomiranih babic in 143 vprašalnikov s strani zdravnikov ginekologov-porodničarjev, kar pomeni 85,2 % odziv na nivoju celotnega vzorca oziroma 85,0 % odziv diplomiranih babic ter 85,6 % odziv zdravnikov.

V tabeli 1 je predstavljena struktura vzorca, in sicer zaposlitvena raven, trajanje zaposlitve ter starost glede na stroko anketirancev. V vzorec je vključenih 426 oseb, od tega 143 (33,6 %) zdravnikov specialistov ginekologije in porodništva, zaposlenih v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu žensk, ter 283 (66,4 %) diplomiranih babic, prav tako zaposlenih na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega varstva žensk. Struktura vzorca glede na zaposlitveno raven nam kaže, da je vseh zaposlenih skupaj na primarni ravni 137 (32,2 %), na sekundarni ravni obeh strokovnih skupin 203 (47,7 %), vseh zaposlenih na terciarni ravni pa 86 (20,2 %), med zdravniki in diplomiranimi babicami pa ni bistvenih razlik v deležu zaposlenih na posamezni zaposlitveni ravni. 126 (29,6 %) anketirancev ima deset let ali manj delovne dobe, od 11 do 20 let delovne dobe ima nekaj več kot četrtina anketirancev (25,4 %), od 21 do 30 let delovne dobe ima 20,2 % anketirancev, kar 24,6 % pa jih ima več kot 30 let delovne dobe. Med zdravniki precej izstopa delež zaposlenih od 11 do 20 let (40,6 %), med diplomiranimi babicami pa delež zaposlenih več kot 30 let (30,0 %). Največ anketirancev je starih od 51 do 55 let (22,5 %), po pogostosti sledijo anketiranci v starostni skupini od 46 do 50 let (17,1 %), razmeroma visok delež (16,2 %) pa

predstavljajo anketiranci, stari od 31 do 35 let. Tako pri vzorcu zdravnikov kot pri vzorcu diplomiranih babic delež anketirancev, starejših od 50 let, presega 30 %.

**Tabela 1: Zaposlitvena raven, trajanje zaposlitve in starost glede na strokovni profil**

		Izobrazba				Skupaj	
		Zdravnik		Babica			
		Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek
<b>Zaposlitvena raven</b>	Primarna raven	47	32,9 %	90	31,8 %	137	32,2 %
	Sekundarna raven	69	48,3 %	134	47,3 %	203	47,7 %
	Terciarna raven	27	18,9 %	59	20,8 %	86	20,2 %
<b>Trajanje zaposlitve v letih</b>	do 5 let	15	10,5 %	49	17,3 %	64	15,0 %
	6 –10 let	20	14,0 %	42	14,8 %	62	14,6 %
	11–20 let	58	40,6 %	50	17,7 %	108	25,4 %
	21–30 let	30	21,0 %	56	19,8 %	86	20,2 %
	31 ali več let	20	14,0 %	85	30,0 %	105	24,6 %
	Brez odgovora	0	0,0 %	1	0,4 %	1	0,2 %
<b>Starost</b>	do 25	0	0,0 %	20	7,1 %	20	4,7 %
	26–30	7	4,9 %	46	16,3 %	53	12,4 %
	31–35	18	12,6 %	51	18,0 %	69	16,2 %
	36–40	18	12,6 %	16	5,7 %	34	8,0 %
	41–45	31	21,7 %	14	4,9 %	45	10,6 %
	46–50	21	14,7 %	52	18,4 %	73	17,1 %
	51–55	27	18,9 %	69	24,4 %	96	22,5 %
	nad 56	21	14,7 %	15	5,3 %	36	8,5 %
<b>Skupaj</b> (število, odstotek po izobrazbi)		143	33,6 %	283	66,4 %	426	100,0 %

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

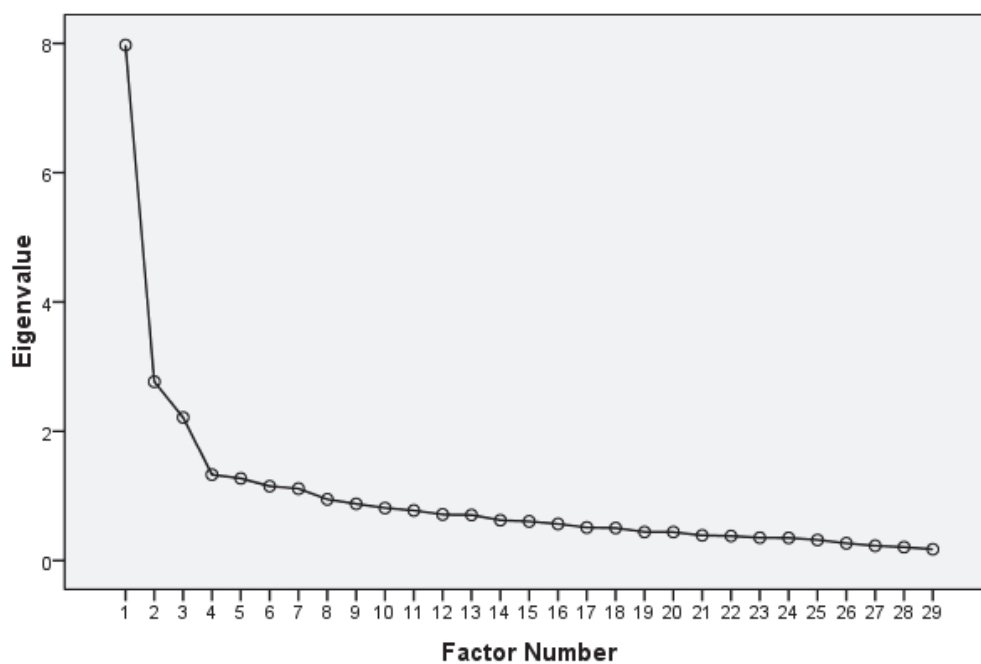
Pri izvajanju raziskave so kot anketarji sodelovali člani Izvršnega odbora Strokovne sekcije medicinskih sester in babic, ki deluje v okviru Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Tako smo pridobili naslove odgovornih oseb za raziskovanje v zdravstvenih zavodih. Kontaktne osebe so dobile vprašalnike in spremna pisma, ki so jih posredovale zaposlenim na zahtevanih področjih v svojih regijah. Anketiranci so izpolnjeno anketo vrnili s priloženo kuverto na naslov izvajalke študije. Vsak anketar je sam določil, koliko oseb bo anketiral oz. kolikšno kvoto z določeno poklicno stopnjo bo anketiral.

Izvedba anketiranja je potekala od meseca novembra 2012 do aprila 2013. Podatke smo obdelali z računalniškim programom SPSS, različica 18. Merske karakteristike vprašalnika smo preverjali s Cronbachovim koeficientom alfa. S faktorsko analizo (metoda glavnih osi s pravokotno rotacijo Varimax) smo pojasnili strukturo podatkov. Rezultate osrednje raziskave smo ročno vnesli v program, podatke v obliki tabel smo prikazali z osnovno deskriptivno statistiko (frekvenčne porazdelitve za kategorične spremenljivke, s katerimi smo opisali vzorec ter povprečno vrednost in standardni odklon za spremenljivke, merjene z Likertovo lestvico). Rezultate smo predstavili na več ravneh, in sicer smo predstavili povprečne vrednosti in standardni odklon strinjanja z 29 trditvami na celotnem vzorcu ter ločeno na vzorcih, razdeljenih po stroki (zdravniki in babice), ter na vzorcih, razdeljenih po zaposlitveni ravni (primarna, sekundarna in terciarna raven). S t-testom za neodvisne vzorce smo preverili, ali obstaja statistično značilna razlika v stopnji strinjanja med zdravniki ginekologi in porodničarji in diplomiranimi bobicami ter če obstaja statistično značilna razlika v stopnji strinjanja med zaposlenimi na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Pri slednjih smo primerjali vse pare (primarni s sekundarnimi, primarni s terciarnimi in sekundarni s terciarnimi) ter pri tem upoštevali Bonferronijev popravek, saj gre za primerjavo med več pari vzorcev (post-hoc test enofaktorski analizi variance (ANOVA)). S Spearmanovim korelacijskim koeficientom smo preverili, če je stopnja strinjanja s trditvami statistično značilno povezana s trajanjem zaposlitve in starostjo. Statistično značilne razlike med skupinami in statistično značilne povezanosti smo preverjali s 95 % stopnjo zaupanja.

### 3.4 REZULTATI

S faktorsko analizo smo s poenostavitvijo kompleksnih, latentnih povezav med množico spremenljivk, merjenih z Likertovo lestvico strinjanja, poskušali razkriti skupne razsežnosti oz. faktorje, kar nam je omogočilo boljši vpogled v osnovno strukturo podatkov. Faktorska analiza je lahko tudi ena od metod redukcije podatkov, vendar smo jo v nalogi uporabili le za vpogled v strukturo porazdelitev spremenljivk. Faktorsko analizo smo izvedli po metodi glavnih osi, za lažjo interpretacijo rezultatov pa smo na faktorskih utežeh izvedli pravokotno rotacijo Varimax. Na podlagi diagrama Scree, ki prikazuje lastne vrednosti posameznih faktorjev in na podlagi katerega lahko ocenimo,

kakšen delež celotne variabilnosti posamezni faktor pojasnjuje, smo določili, da lahko strukturo naših spremenljivk najbolj pojasnimo s tremi faktorji, saj se diagram po tretjem faktorju zelo očitno lomi, vsi nadaljnji faktorji pa pojasnijo le majhen delež skupne variabilnosti spremenljivk. Kaiser-Meyer-Olkinova mera primernosti vzorca ima vrednost 0,861, Bartlettov test sferičnosti pa je statistično značilen ( $p < 0,001$ ), torej lahko sklepamo, da so podatki primerni za izvedbo faktorjske analize. Prvi faktor pojasni 25,5 %, drugi 7,3 % tretji pa 5,5 % celotne variabilnosti, vsi trije faktorji skupaj pa pojasnijo 38,4 % variabilnosti vseh 29 spremenljivk, zajetih v faktorjski analizi.



Slika 1: Diagram Scree

**Tabela 2: Matrika rotiranih faktorskih uteži**

	Faktor		
	1	2	3
Babica je dovolj kompetentna za vodenje zdrave nosečnosti.	<b>0,632</b>	0,429	0,132
Vključitev babice v spremljanje zdrave nosečnosti bi pripomoglo k zmanjšanju stroškov storitve.	<b>0,613</b>	0,222	0,075
Skupna obravnava babice in ginekologa bi izboljšala zadovoljstvo nosečnice s storitvijo.	<b>0,606</b>	0,259	0,014
Babice bi v prihodnje šivale poškodbe porodne poti.	<b>0,572</b>	0,365	-0,063
Babice imajo izkušnje za opravljanje pregledov v zdravi nosečnosti.	<b>0,559</b>	0,317	0,205
Nosečnica bi morala imeti možnost izbrati babico, ki bi jo spremljala v času poroda.	<b>0,555</b>	0,042	0,021
Babice bi v prihodnje šivale prerez presredka.	<b>0,555</b>	0,386	-0,085
Babice si želijo izvajati 5 pregledov v normalni nosečnosti.	<b>0,545</b>	0,416	0,026
Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju poroda.	<b>0,544</b>	0,032	0,134
Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju nosečnosti.	<b>0,542</b>	0,265	-0,023
Izkušnje poroda bi bile za ženske boljše, če bi babico že prej spoznale.	<b>0,531</b>	0,104	-0,151
Zdravniki so zaradi velikega števila nosečnic, ki jih obravnavajo, preobremenjeni.	<b>0,518</b>	-0,073	0,128
Zdravniki bi potrebovali več časa za obravnavo posamezne nosečnice.	<b>0,500</b>	-0,031	0,131
Babice bi jemale bris materničnega vratu.	<b>0,450</b>	0,202	-0,108
Babica je dovolj kompetentna za spremljanje normalnega poroda.	0,190	<b>0,739</b>	0,124
Babice si želijo spremljati normalen porod.	0,188	<b>0,681</b>	0,064
Babica je kompetentna za izvajanje pregleda posteljice.	0,294	<b>0,632</b>	-0,063
Babica je kompetentna za izvajanje prereza presredka.	0,022	<b>0,615</b>	-0,001
Babice imajo dovolj znanja za spremljanje normalnega poroda.	0,076	<b>0,551</b>	0,152
Za zadovoljstvo žensk z izkušnjo poroda je najpomembnejši odnos babica – porodnica.	0,409	<b>0,487</b>	0,141
Babice so usposobljene za ugotavljanje nosečnosti z visokim tveganjem.	0,440	<b>0,476</b>	0,143
Babištvo v Sloveniji se hitro prilagaja trendom v svetu.	-0,017	-0,005	<b>0,692</b>
Zdravniki prepuščajo vodenje zdrave nosečnosti babicam.	0,365	0,109	<b>0,577</b>
Razdelitev dela med babicami in zdravniki je primerna in optimalna.	-0,059	-0,031	<b>0,489</b>
Nosečnice enako zaupajo tako zdravniku kot babici.	0,225	0,192	<b>0,480</b>
Skrb za nosečnice v slovenskem zdravstvenem sistemu je optimalna.	-0,170	0,000	<b>0,459</b>
Nosečnice poznajo in ločijo kompetence babice in zdravnika ginekologa.	0,091	-0,001	<b>0,445</b>
Zdravniki prepuščajo spremljanje normalnega poroda babicam.	-0,072	0,334	<b>0,433</b>
Babice v Sloveniji kompetentno in strokovno izvajajo programe priprave na porod za nosečnice.	0,258	0,202	<b>0,382</b>

Metoda ekstrakcije: metoda glavnih osi.

Metoda rotacije: Varimax s Kaiserjevo normalizacijo.

Rotacija, izvedena v 5 iteracijah.

Tabela 2 prikazuje rotirane faktorske uteži na posamezno spremenljivko. Na podlagi teh uteži lahko ocenimo, katere spremenljivke najbolj pojasnjujejo posamezni faktor. Večja kot je (absolutna) vrednost uteži, v večji meri spremenljivka pojasnjuje izločeni faktor.

Najpogosteje uporabljena meja, kjer lahko sklepamo, da spremenljivka pojasnjuje določeni faktor, je 0,4. Glede na vrednosti rotiranih faktorskih uteži smo ocenili, da spremenljivke, ki najbolj merijo prvi faktor, merijo mnenje o primernosti vključevanja diplomiranih babic v proces nosečnosti in poroda. Višja ocena torej pomeni, da se anketiranec bolj strinja, da bi babice lahko bile v večji meri vključene v proces nosečnosti in poroda. Skupni imenovalec spremenljivk, ki v največji meri pojasnjujejo drugi faktor, je mnenje o kompetentnosti diplomiranih babic za sodelovanje pri porodu in vodenju nosečnosti. Višja ocena torej pomeni, da se anketiranec bolj strinja, da so diplomirane babice kompetentne za sodelovanje pri porodu in vodenju nosečnosti. Spremenljivke, ki v največji meri pojasnjujejo tretji faktor, pa merijo mnenje o kakovosti babištva v Sloveniji z vidika primernosti razdelitve dela med zdravniki ginekologi in diplomiranimi babicami. Višja ocena v tem primeru pomeni, da se anketiranec bolj strinja, da je kakovost babištva v Sloveniji na visoki ravni, saj se hitro prilagaja sodobnim trendom, ki spodbujajo večje vključevanje diplomiranih babic, hkrati pa zdravnikom prepuščajo naloge, za katere ne bi bilo primerno, da bi jih opravljale diplomirane babice, in tako naprej.

V tabelah 3 in 4 so predstavljene opisne statistike (povprečne vrednosti in standardni odkloni) za sklop spremenljivk, merjenih z Likertovo lestvico. Podatki so predstavljeni za celoten vzorec ter ločeno za vzorec zdravnikov in diplomiranih babic. Če se odgovori zdravnikov in diplomiranih babic statistično značilno razlikujejo med seboj, smo preverili s t-testom za neodvisne vzorce. V tabeli 3 so predstavljene opisne statistike za spremenljivke, ki se najbolj močno vežejo (imajo vrednost rotirane faktorske uteži vsaj 0,4) na faktor 1, ki meri mnenje o primernosti vključevanja diplomiranih babic v proces nosečnosti in poroda, ter na spremenljivke, ki se najbolj močno vežejo na faktor 1 in 2 hkrati (faktor 2 meri mnenje o kompetentnosti diplomiranih babic za sodelovanje pri porodu in vodenju nosečnosti). V tabeli 4 so predstavljene opisne statistike za spremenljivke, ki se najbolj močno vežejo na faktor 2, spremenljivke, ki se najbolj močno vežejo na faktor 3, ki meri mnenje o kakovosti babištva v Sloveniji ter opisne statistike za spremenljivko, ki je ni mogoče uvrstiti v nobenega od treh faktorjev, saj ima rotirane faktorske uteži na vse tri faktorje manjše od 0,4 (spremenljivka »Babice v

Sloveniji kompetentno in strokovno izvajajo programe priprave na porod za nosečnice«).

**Tabela 3: Opis spremenljivk na celotnem vzorcu ter primerjava rezultatov po strokovnem profilu (faktor 1 in 2)**

Trditvev	Skupaj PV (SO)	Izobrazba <sup>a</sup>		t-test
		zdravnik PV (SO)	babica PV (SO)	t (p)
Vključitev babice v spremljanje zdrave nosečnosti bi pripomogla k zmanjšanju stroškov storitve.	3,79 (1,07)	3,62 (1,21)	3,87 (0,99)	-2,139 (0,033)
Skupna obravnava babice in ginekologa bi izboljšala zadovoljstvo nosečnice s storitvijo.	4,37 (0,88)	4,06 (1,08)	4,53 (0,71)	-4,679 (0,000)
Babice bi v prihodnje šivale poškodbe porodne poti.	2,86 (1,31)	2,53 (1,33)	3,02 (1,27)	-3,694 (0,000)
Babice imajo izkušnje za opravljanje pregledov v zdravi nosečnosti.	3,73 (1,07)	3,43 (1,15)	3,88 (1)	-4 (0,000)
Nosečnica bi morala imeti možnost izbrati babico, ki bi jo spremljala v času poroda.	3,75 (1,15)	3,51 (1,13)	3,88 (1,14)	-3,13 (0,002)
Babice bi v prihodnje šivale prerezani presredek.	3,03 (1,26)	2,75 (1,25)	3,17 (1,24)	-3,278 (0,001)
Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju poroda.	2,9 (1,18)	2,67 (1,29)	3,01 (1,1)	-2,714 (0,007)
Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju nosečnosti.	3,64 (1,00)	3,57 (1,05)	3,68 (0,97)	-0,999 (0,318)
Izkušnje poroda bi bile za ženske boljše, če bi babico že prej spoznale.	4,15 (0,94)	3,97 (0,96)	4,24 (0,92)	-2,836 (0,005)
Zdravniki so zaradi velikega števila nosečnic, ki jih obravnavajo, preobremenjeni.	3,76 (1,03)	3,9 (1,02)	3,68 (1,04)	2,088 (0,037)
Zdravniki bi potrebovali več časa za obravnavo posamezne nosečnice.	4,14 (0,85)	4,07 (0,92)	4,18 (0,81)	-1,268 (0,205)
Babice bi jemale bris materničnega vratu.	2,94 (1,23)	2,48 (1,2)	3,17 (1,19)	-5,622 (0,000)
Babica je dovolj kompetentna za vodenje zdrave nosečnosti.	3,86 (1,03)	3,55 (1,17)	4,02 (0,91)	-4,229 (0,000)
Babice si želijo izvajati 5 pregledov v normalni nosečnosti.	3,66 (1,11)	3,36 (1,16)	3,82 (1,06)	-4,055 (0,000)
Za zadovoljstvo žensk z izkušnjo poroda je najpomembnejši odnos babica – porodnica.	4,33 (0,9)	3,77 (1,13)	4,62 (0,59)	-8,42 (0,000)
Babice so usposobljene za ugotavljanje nosečnosti z visokim tveganjem.	3,13 (1,07)	2,71 (1,19)	3,34 (0,94)	-5,551 (0,000)

PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon

t – t-statistika, p – statistična značilnost t-testa za neodvisne vzorce

V sklopu spremenljivk, ki merijo mnenje o primernosti vključevanja diplomiranih babic v proces nosečnosti in poroda, se anketiranci najbolj strinjajo s trditvijo, da bi skupna obravnava diplomirane babice in ginekologa-porodničarja izboljšala zadovoljstvo



nosečnice s storitvijo (PV = 4,37), najmanj pa se strinjajo s trditvijo, da bi v prihodnje diplomirane babice šivale poškodbe porodne poti (PV = 2,86). S praktično vsemi trditvami, ki merijo faktor 1 in hkrati faktor 1 in 2, se diplomirane babice statistično značilno bolj strinjajo kot zdravniki, le s trditvijo, da so zdravniki zaradi velikega števila nosečnic, ki jih obravnavajo, preobremenjeni, se statistično značilno bolj strinjajo zdravniki ginekologi. Statistično značilnih razlik med zdravniki in diplomiranimi babcami nismo ugotovili v strinjanju s trditvami, da imajo diplomirane babice premajhno vlogo pri spremljanju nosečnosti ter da bi zdravniki potrebovali več časa za obravnavo posamezne nosečnosti ( $p > 0,05$ ) (tabela 3).

**Tabela 4: Opis spremenljivk na celotnem vzorcu ter primerjava rezultatov po izobrazbi (faktor 2 in faktor 3)**

Trditev	Skupaj	Izobrazba <sup>a</sup>		t-test
		zdravnik PV (SO)	babica PV (SO)	t (p)
Babica je dovolj kompetentna za spremljanje normalnega poroda.	4,46 (0,75)	4,27 (0,9)	4,55 (0,64)	-3,31 (0,001)
Babice si želijo spremljati normalen porod.	4,38 (0,85)	4,12 (0,99)	4,52 (0,74)	-4,221 (0,000)
Babica je kompetentna za izvajanje pregleda posteljice.	4,16 (0,95)	3,99 (1,02)	4,25 (0,89)	-2,641 (0,009)
Babica je kompetentna za izvajanje prereza presredka.	4,31 (0,96)	3,92 (1,14)	4,51 (0,79)	-5,561 (0,000)
Babice imajo dovolj znanja za spremljanje normalnega poroda.	4,56 (0,68)	4,45 (0,76)	4,61 (0,63)	-2,208 (0,028)
Babištvo v Sloveniji se hitro prilagaja trendom v svetu.	3,18 (0,98)	3,15 (0,87)	3,2 (1,04)	-0,571 (0,568)
Zdravniki prepuščajo vodenje zdrave nosečnosti babcam.	2,87 (1,24)	2,69 (1,21)	2,96 (1,25)	-2,083 (0,038)
Razdelitev dela med babcami in zdravniki je primerna in optimalna.	2,97 (0,94)	2,97 (0,89)	2,97 (0,96)	-0,068 (0,945)
Nosečnice enako zaupajo zdravniku kot babici.	2,95 (1,04)	2,88 (1,09)	2,98 (1,01)	-0,947 (0,344)
Skrb za nosečnice v slovenskem zdravstvenem sistemu je optimalna.	3,5 (0,92)	3,51 (1,01)	3,49 (0,88)	0,178 (0,859)
Nosečnice poznajo in ločijo kompetence babice in zdravnika ginekologa.	2,75 (1)	2,68 (1,02)	2,79 (0,98)	-1,109 (0,268)
Zdravniki prepuščajo spremljanje normalnega poroda babcam.	3,95 (0,99)	3,83 (0,93)	4 (1,02)	-1,695 (0,091)
Babice v Sloveniji kompetentno in strokovno izvajajo programe priprave na porod za nosečnice.	3,77 (1)	3,52 (1,03)	3,89 (0,96)	-3,555 (0,000)

PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon

t – t-statistika, p – statistična značilnost t-testa za neodvisne vzorce

S trditvami, ki merijo mnenje o kompetentnosti diplomiranih babic za sodelovanje pri porodu in vodenju nosečnosti, torej trditvami, ki predstavljajo samo drugi faktor, se v veliki meri strinjajo tako diplomirane babice kot zdravniki ginekologi-porodničarji, saj se povprečna vrednost giblje od 3,92 za strinjanje zdravnikov s trditvijo, da je diplomirana babica kompetentna za izvajanje prereza presredka, do kar 4,61 za povprečno vrednost strinjanja diplomiranih babic s trditvijo, da imajo dovolj znanja za spremljanje normalnega poroda. Z vsemi trditvami, ki merijo kompetentnost diplomiranih babic, se diplomirane babice strinjajo statistično značilno bolj kot zdravniki. Diplomirane babice se tudi statistično značilno bolj strinjajo s trditvijo, da diplomirane babice v Sloveniji kompetentno in strokovno izvajajo programe priprave na porod za nosečnice. Od sklopa trditev, ki merijo mnenje o kakovosti babištva v Sloveniji, predvsem z vidika primerne razdelitve dela med zdravniki in diplomiranimi babicami, se anketiranci najbolj strinjajo s trditvijo, da zdravniki prepuščajo spremljanje normalnega poroda diplomiranim babicam ( $PV = 3,95$ ), pri večini trditev pa ni statistično značilnih razlik med diplomiranimi babicami in zdravniki ginekologije in porodništva, le s trditvijo, da zdravniki prepuščajo vodenje zdrave nosečnosti diplomiranim babicam, se statistično značilno bolj strinjajo diplomirane babice kot zdravniki (tabela 4).

V tabelah 5 in 6 so predstavljene opisne statistike (povprečne vrednosti in standardni odkloni) za sklop spremenljivk, merjenjih z Likertovo lestvico, glede na zaposlitveno raven. Če se stopnja strinjanja statistično značilno razlikuje med zaposlenimi na različnih zaposlitvenih ravneh, smo preverili s t-testom za neodvisne vzorce z upoštevanjem Bonferronijevega popravka, saj gre za primerjavo več parov vzorcev (primarni s sekundarnimi, primarni s terciarnimi in sekundarni s terciarnimi). V tabeli 5 so trditve, ki se najbolj vežejo na faktor 1 in hkrati na faktor 1 in 2, v tabeli 6 pa so trditve, ki se najbolj vežejo na faktor 2 in na faktor 3 ter ena trditev, ki je ni mogoče uvrstiti v nobenega od treh faktorjev.

**Tabela 5: Opis spremenljivk na celotnem vzorcu ter primerjava rezultatov po zaposlitveni ravni (faktor 1 ter faktor 1 in 2 hkrati)**

Trditev	Zaposlitvena raven <sup>a</sup>		
	Primarna (A) PV (SO)	Sekundarna (B) PV (SO)	Terciarna (C) PV (SO)
Vključitev babice v spremljanje zdrave nosečnosti bi pripomogla k zmanjšanju stroškov storitve.	3,77 (1,12)	3,75 (1,01)	3,91 (1,14)
Skupna obravnava babice in ginekologa bi izboljšala zadovoljstvo nosečnice s storitvijo.	4,23 (1,02)	4,42 (0,84)	4,49 (0,7)
Babice bi v prihodnje šivale poškodbe porodne poti.	2,72 (1,33)	2,82 (1,31)	3,18 (1,24) A
Babice imajo izkušnje za opravljanje pregledov v zdravi nosečnosti.	3,77 (1,11)	3,61 (1,09)	3,94 (0,94)
Nosečnica bi morala imeti možnost izbrati babico, ki bi jo spremljala v času poroda.	3,77 (1,12)	3,65 (1,2)	3,97 (1,06)
Babice bi v prihodnje šivale prerez presredka.	3,01 (1,26)	2,92 (1,29)	3,29 (1,15)
Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju poroda.	3,06 (1,18)	2,82 (1,12)	2,84 (1,28)
Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju nosečnosti.	3,58 (0,95)	3,55 (1,04)	3,94 (0,92) A B
Izkušnje poroda bi bile za ženske boljše, če bi babico že prej spoznale.	4,01 (1,02)	4,2 (0,91)	4,27 (0,86)
Zdravniki so zaradi velikega števila nosečnic, ki jih obravnavajo, preobremenjeni.	3,99 (0,89) B C	3,65 (1,08)	3,64 (1,09)
Zdravniki bi potrebovali več časa za obravnavo posamezne nosečnice.	4,26 (0,75)	4,1 (0,91)	4,05 (0,85)
Babice bi jemale bris materničnega vratu.	2,78 (1,16)	2,97 (1,28)	3,12 (1,22)
Babica je dovolj kompetentna za vodenje zdrave nosečnosti.	3,77 (1,15)	3,78 (0,99)	4,19 (0,86) A B
Babice si želijo izvajati 5 pregledov v normalni nosečnosti.	3,69 (1,13)	3,58 (1,16)	3,81 (0,96)
Za zadovoljstvo žensk z izkušnjo poroda je najpomembnejši odnos babica – porodnica.	4,23 (1,06)	4,34 (0,84)	4,48 (0,75)
Babice so usposobljene za ugotavljanje nosečnosti z visokim tveganjem.	3,15 (1,13)	3,03 (1,04)	3,33 (1,02)

PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon

a. Rezultati temeljijo na dvostranskem t-testu za neodvisne vzorce pri 95 % stopnji zaupanja ( $p < 0,05$ ). Črka ob povprečni vrednosti in standardnem odklonu predstavlja skupino oz. vzorec, ki ima statistično značilno manjšo povprečno vrednost.

Pri večini trditev, ki merijo mnenje o primernosti vključevanja diplomiranih babic v proces nosečnosti in poroda, ni statistično značilnih razlik med zaposlenimi na različnih ravneh. Izkazalo se je sicer, da se zaposleni na terciarni ravni v primerjavi z zaposlenimi na primarni ravni statistično značilno bolj strinjajo s trditvijo, da bi babice v prihodnje šivale poškodbe porodne poti, zaposleni na terciarni pa se v primerjavi z zaposlenimi na primarni in sekundarni ravni tudi statistično značilno bolj strinjajo s trditvijo, da imajo diplomirane babice premajhno vlogo pri spremljanju nosečnosti ter da je diplomirana babica dovolj kompetentna za vodenje zdrave nosečnosti. Zaposleni na primarni ravni

pa se, v primerjavi z zaposlenimi na preostalih dveh ravneh, statistično značilno bolj strinjajo s trditvijo, da so zdravniki zaradi velikega števila nosečnic, ki jih obravnavajo, preobremenjeni (tabela 5).

**Tabela 6: Opis spremenljivk na celotnem vzorcu ter primerjava rezultatov po zaposlitveni ravni (faktor 2 in faktor 3)**

Trditev	Zaposlitvena raven <sup>a</sup>			ANOVA
	Primarna (A) PV (SO)	Sekundarna (B) PV (SO)	Terciarna (C) PV (SO)	F (p)
Babica je dovolj kompetentna za spremljanje normalnega poroda.	4,29 (0,83)	4,47 (0,73)	4,7 (0,58) A	8,261 (0,000)
Babice si želijo spremljati normalen porod.	4,27 (0,94)	4,39 (0,83)	4,56 (0,73) A	2,986 (0,052)
Babica je kompetentna za izvajanje pregleda posteljice.	3,84 (1,06)	4,26 (0,88) A	4,44 (0,76) A	13,623 (0,000)
Babica je kompetentna za izvajanje epiziotomije.	4,21 (0,88)	4,24 (1,07)	4,62 (0,72) A B	5,722 (0,004)
Babice imajo dovolj znanja za spremljanje normalnega poroda.	4,4 (0,71)	4,59 (0,69) A	4,71 (0,55) A	6,224 (0,002)
Babištvo v Sloveniji se hitro prilagaja trendom v svetu.	3,5 (0,88) B C	3,08 (1,01)	2,91 (0,95)	12,306 (0,000)
Zdravniki prepuščajo vodenje zdrave nosečnosti babicam.	3,22 (1,26) B C	2,7 (1,26)	2,71 (1,04)	8,384 (0,000)
Razdelitev dela med babicami in zdravniki je primerna in optimalna.	2,94 (0,84)	3,1 (0,95) C	2,7 (0,99)	5,882 (0,003)
Nosečnice enako zaupajo zdravniku kot babici.	2,99 (1,11)	2,91 (0,99)	2,98 (1,04)	0,319 (0,727)
Skrb za nosečnice v slovenskem zdravstvenem sistemu je optimalna.	3,87 (0,8) B C	3,44 (0,91) C	3,05 (0,89)	24,239 (0,000)
Nosečnice poznajo in ločijo kompetence babice in zdravnika ginekologa.	2,88 (0,97) C	2,79 (0,98) C	2,48 (1,01)	4,558 (0,011)
Zdravniki prepuščajo spremljanje normalnega poroda babicam.	4,01 (0,88)	3,95 (1,03)	3,84 (1,07)	0,856 (0,426)
Babice v Sloveniji kompetentno in strokovno izvajajo programe priprave na porod za nosečnice.	4,04 (0,92) B C	3,68 (1,02)	3,54 (0,99)	8,495 (0,000)

PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon

F – F-statistika, p – statistična značilnost enofaktorske analize variance (ANOVA)

a. Rezultati temeljijo na dvostranskem t-testu za neodvisne vzorce pri 95 % stopnji zaupanja. Črka ob povprečni vrednosti in standardnem odklonu predstavlja skupino oz. vzorec, ki ima statistično značilno manjšo povprečno vrednost.

Zaposleni na primarni ravni se statistično značilno manj strinjajo s sklopom trditev, ki merijo izključno mnenje o kompetentnosti diplomiranih babic za sodelovanje pri porodu in vodenju nosečnosti, v primerjavi z zaposlenimi na sekundarni ravni pa se statistično značilno manj strinjajo s trditvama, da je diplomirana babica kompetentna za izvajanje pregleda posteljice ter da imajo diplomirane babice dovolj znanja za spremljanje normalnega poroda. V sklopu spremenljivk, ki merijo kakovost babištva v Sloveniji z vidika primernosti razdelitve dela med zdravniki ginekologi in diplomiranimi babicami, se zaposleni na primarni ravni v primerjavi z zaposlenimi na sekundarni in terciarni ravni statistično značilno bolj strinjajo s trditvami, da se babištvo v Sloveniji hitro prilagaja trendom v svetu, da zdravniki ginekologi prepuščajo vodenje zdrave nosečnosti diplomiranim babicam ter da je skrb za nosečnice v slovenskem zdravstvenem sistemu optimalna. S slednjo trditvijo pa se v primerjavi z zaposlenimi na terciarni ravni statistično značilno bolj strinjajo tudi zaposleni na sekundarni ravni, ki se v primerjavi z zaposlenimi na terciarni ravni tudi statistično značilno bolj strinjajo s trditvijo, da je razdelitev dela med diplomiranimi babicami in zdravniki ginekologi primerna in optimalna. Zaposleni na terciarni ravni se v primerjavi z zaposlenimi na primarni in sekundarni ravni tudi statistično značilno manj strinjajo s trditvijo, da nosečnice poznajo in ločijo kompetence diplomirane babice in zdravnika ginekologa, zaposleni na primarni ravni pa se v primerjavi z zaposlenimi na sekundarni in terciarni ravni statistično značilno bolj strinjajo s trditvijo, da diplomirane babice v Sloveniji kompetentno in strokovno izvajajo programe priprave na porod za nosečnice (tabela 6).

**Tabela 7: Spearmanov koeficient povezanosti trajanja zaposlitve in starosti s stopnjo strinjanja s trditvami**

Trditev	Trajanje zaposlitve	Starost
Vključitev babice v spremljanje zdrave nosečnosti bi pripomogla k zmanjšanju stroškov storitve.	-0,024	-0,090
Skupna obravnava babice in ginekologa bi izboljšala zadovoljstvo nosečnice s storitvijo.	-0,130**	-0,205**
Babice bi v prihodnje šivale poškodbe porodne poti.	-0,038	-0,125**
Babice imajo izkušnje za opravljanje pregledov v zdravi nosečnosti.	0,054	-0,008
Nosečnica bi morala imeti možnost izbrati babico, ki bi jo spremljala v času poroda.	0,016	-0,054
Babice bi v prihodnje šivale prerezan presredek.	-0,008	-0,109*
Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju poroda.	0,141**	0,129**
Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju nosečnosti.	-0,079	-0,124*
Izkušnje poroda bi bile za ženske boljše, če bi babico že prej spoznale.	-0,117*	-0,173**
Zdravniki so zaradi velikega števila nosečnic, ki jih obravnavajo, preobremenjeni.	-0,063	-0,019
Zdravniki bi potrebovali več časa za obravnavo posamezne nosečnice.	-0,092	-0,073
Babice bi jemale bris materničnega vratu.	-0,010	-0,079
Babica je dovolj kompetentna za vodenje zdrave nosečnosti.	-0,045	-0,135**
Babice si želijo izvajati 5 pregledov v normalni nosečnosti.	-0,103*	-0,153**
Za zadovoljstvo žensk z izkušnjo poroda je najpomembnejši odnos babica – porodnica.	0,050	-0,086
Babice so usposobljene za ugotavljanje nosečnosti z visokim tveganjem.	0,008	-0,094
Babica je dovolj kompetentna za spremljanje normalnega poroda.	-0,069	-0,100*
Babice si želijo spremljati normalen porod.	-0,054	-0,134**
Babica je kompetentna za izvajanje pregleda posteljice.	-0,055	-0,113*
Babica je kompetentna za izvajanje epiziotomije.	0,025	-0,067
Babice imajo dovolj znanja za spremljanje normalnega poroda.	-0,015	-0,050
Babištvo v Sloveniji se hitro prilagaja trendom v svetu.	0,271**	0,260**
Zdravniki prepuščajo vodenje zdrave nosečnosti babicam.	0,132**	0,084
Razdelitev dela med babicami in zdravniki je primerna in optimalna.	0,078	0,120*
Nosečnice enako zaupajo zdravniku kot babici.	0,084	0,035
Skrb za nosečnice v slovenskem zdravstvenem sistemu je optimalna.	0,252**	0,276**
Nosečnice poznajo in ločijo kompetence babice in zdravnika ginekologa.	0,178**	0,189**
Zdravniki prepuščajo spremljanje normalnega poroda babicam.	0,006	-0,083
Babice v Sloveniji kompetentno in strokovno izvajajo programe priprave na porod za nosečnice.	0,103*	0,022

\* p < 0,05, \*\* p < 0,01

S Spearmanovim korelacijskim koeficientom smo preverili, kako sta trajanje zaposlitve in starost anketirancev povezana s stopnjo strinjanja z 29 navedenimi trditvami. Izkazalo se je, da se z daljšanjem zaposlitve statistično značilno viša stopnja strinjanja s trditvami, da imajo diplomirane babice premajhno vlogo pri spremljanju poroda, da se babištvo v Sloveniji hitro prilagaja trendom v svetu, da zdravniki prepuščajo vodenje zdrave nosečnosti diplomiranim babicam, da je skrb za nosečnice v slovenskem zdravstvenem sistemu optimalna, da nosečnice poznajo in ločijo kompetence

diplomirane babice in zdravnika ginekologa ter da diplomirane babice v Sloveniji kompetentno in strokovno izvajajo programe priprave na porod za nosečnice, po drugi strani pa se statistično značilno manjša strinjanje s trditvami, da bi skupna obravnava diplomirane babice in ginekologa izboljšala zadovoljstvo nosečnice s storitvijo, da bi bile izkušnje poroda za žensko boljše, če bi babico že prej spoznale, ter da si diplomirane babice želijo izvajati 5 pregledov v normalni nosečnosti. Statistično značilno pozitivno povezanost starosti s stopnjo strinjanja s trditvami smo ugotovili pri trditvah, ki se nanašajo na mnenje o kakovosti babištva v Sloveniji z vidika primernosti razdelitve dela med zdravniki ginekologi in diplomiranimi bobicami. Z višanjem starosti se namreč statistično značilno viša stopnja strinjanja s trditvijo, da se babištvo v Sloveniji hitro prilagaja trendom v svetu, da je razdelitev dela med diplomiranimi bobicami in zdravniki ginekologi primerna in optimalna, da je v slovenskem zdravstvenem sistemu optimalna tudi skrb za nosečnice ter da nosečnice poznajo in ločijo kompetence diplomirane babice od kompetenc zdravnika ginekologa. Po drugi strani se s starostjo statistično značilno manjša strinjanje s trditvami, da bi skupna obravnava diplomirane babice in ginekologa izboljšala zadovoljstvo nosečnice s storitvijo, da bi diplomirane babice v prihodnje šivale prerezan presredek ter poškodbe porodne poti, da imajo diplomirane babice premajhno vlogo pri spremljanju nosečnosti, da bi bil porod boljša izkušnja za ženske, če bi babico že prej spoznale, da so diplomirane babice dovolj kompetentne za vodenje zdrave nosečnosti, izvajanje pregleda posteljice in spremljanje normalnega poroda, da si tudi želijo spremljati normalen porod, ter s trditvijo, da si diplomirane babice želijo izvajati 5 pregledov v normalni nosečnosti (tabela 7).

Opozoriti je treba, da so vrednosti Spearmanovega korelacijskega koeficienta povsod, kjer smo ugotovili statistično značilno povezanost, precej nizke ( $|0,1| < r_s < |0,3|$ ), kar pomeni, da je kljub temu da gre sicer za statistično značilno povezanost, ta povezanost je zelo šibka in je rezultate treba jemati nekoliko zadržkom.

Pri interpretaciji preverjanja razlik med skupinami (primerjava med diplomiranimi bobicami in zdravniki ter primerjava med zaposlenimi na različnih zaposlitvenih ravneh) ter povezanosti trajanja zaposlitve in starosti s stopnjo strinjanja s trditvami smo

zaradi boljše preglednosti označili samo, če gre za statistično značilne razlike ( $p < 0,05$ ), pri Spearmanovem korelacijskem koeficientu pa tudi vrednost koeficienta, na podlagi katerega smo lahko sklepali o moči in smeri povezanosti, saj drugi podatki za interpretacijo rezultatov niso bistveni. Izpisi celotnih rezultatov testiranja razlik in povezanosti so v prilogi A (priloga 8).

### 3.5 HIPOTEZE

#### 3.5.1 Hipoteza 1

Prva hipoteza se glasi: *»Babice z več delovne dobe se čutijo bolj kompetentne za spremljanje zdrave nosečnosti kot babice z manj delovne dobe.«*

Na vzorcu diplomiranih babic ( $n = 283$ ) smo s Spearmanovim korelacijskim koeficientom preverili, kakšna je stopnja povezanosti med trajanjem zaposlitve in strinjanjem s trditvijo, da je diplomirana babica dovolj kompetentna za vodenje zdrave nosečnosti. Izkazalo se je, da med trajanjem zaposlitve in strinjanjem z navedeno trditvijo ni statistično značilne povezanosti ( $r_s = -0,011$ ,  $p = 0,860$ ), tako da ni mogoče sprejeti hipoteze, da se diplomirane babice z več delovne dobe čutijo bolj kompetentne za spremljanje zdrave nosečnosti kot diplomirane babice z manj delovne dobe.

#### 3.5.2 Hipoteza 2

Druga hipoteza se glasi: *»Babice z več delovne dobe se čutijo bolj kompetentne za spremljanje poroda kot babice z manj delovne dobe.«*

Na vzorcu diplomiranih babic ( $n = 283$ ) smo s Spearmanovim korelacijskim koeficientom preverili, kakšna je stopnja povezanosti med trajanjem zaposlitve in strinjanjem s trditvijo, da je diplomirana babica dovolj kompetentna za spremljanje normalnega poroda. Izkazalo se je, da med trajanjem zaposlitve in strinjanjem z navedeno trditvijo ni statistično značilne povezanosti ( $r_s = -0,071$ ,  $p = 0,240$ ), tako da ni



mogoče sprejeti hipoteze, da se diplomirane babice z več delovne dobe čutijo bolj kompetentne za spremljanje poroda kot diplomirane babice z manj delovne dobe.

### 3.5.3 Hipoteza 3

Tretja hipoteza se glasi: *»Babice menijo, da so bolj kompetentne za sodelovanje pri porodu in vodenju nosečnosti, kot to menijo zdravniki.«*

Glede na t-test za neodvisne vzorce se diplomirane babice v primerjavi z zdravniki statistično značilno bolj strinjajo z vsemi devetimi trditvami faktorja 2, torej trditvami, ki merijo mnenja o kompetentnosti diplomiranih babic za sodelovanje pri porodu in vodenju nosečnosti (tabela 3 in 4, priloga A). To so trditve:

1. *»Babica je dovolj kompetentna za vodenje zdrave nosečnosti«* ( $t = -4,229$ ,  $p < 0,001$ ).
2. *»Babice si želijo izvajati 5 pregledov v normalni nosečnosti«* ( $t = -4,055$ ,  $p < 0,001$ ).
3. *»Babica je dovolj kompetentna za spremljanje normalnega poroda«* ( $t = -3,31$ ,  $p = 0,001$ ).
4. *»Babice si želijo spremljati normalen porod«* ( $t = -4,221$ ,  $p < 0,001$ ).
5. *»Babica je kompetentna za izvajanje pregleda posteljice«* ( $t = -2,641$ ,  $p = 0,009$ ).
6. *»Babica je kompetentna za izvajanje epiziotomije«* ( $t = -5,561$ ,  $p < 0,001$ ).
7. *»Babice imajo dovolj znanja za spremljanje normalnega poroda«* ( $t = -2,208$ ,  $p = 0,028$ ).
8. *»Za zadovoljstvo žensk z izkušnjo poroda je najpomembnejši odnos babica – porodnica«* ( $t = -8,42$ ,  $p < 0,001$ ).
9. *»Babice so usposobljene za ugotavljanje nosečnosti z visokim tveganjem«* ( $t = -5,551$ ,  $p < 0,001$ ).

Tretjo hipotezo sprejmemo in trdimo, da diplomirane babice menijo, da so bolj kompetentne za sodelovanje pri porodu in vodenju nosečnosti, kot to menijo zdravniki.

### 3.5.4 Hipoteza 4

Četrta hipoteza se glasi: *»Babice menijo, da bi morale biti v večji meri vključene v proces nosečnosti in poroda, kot to menijo zdravniki,«*

Glede na t-test za neodvisne vzorce se diplomirane babice v primerjavi z zdravniki statistično značilno bolj strinjajo s kar 12 trditvami, ki se najbolj močno povezujejo s prvim faktorjem, ki meri mnenja o primernosti vključevanja diplomiranih babic v proces nosečnosti in poroda. To so trditve:

1. *»Babica je dovolj kompetentna za vodenje zdrave nosečnosti«* ( $t = -4,229$ ,  $p < 0,001$ );
2. *»Vključitev babice v spremljanje zdrave nosečnosti bi pripomoglo k zmanjšanju stroškov storitve«* ( $t = -2,139$ ,  $p = 0,033$ );
3. *»Skupna obravnava babice in ginekologa bi izboljšala zadovoljstvo nosečnice s storitvijo«* ( $t = -4,679$ ,  $p < 0,001$ );
4. *»Babice bi v prihodnje šivale poškodbe porodne poti«* ( $t = -3,694$ ,  $p < 0,001$ );
5. *»Babice imajo izkušnje za opravljanje pregledov v zdravi nosečnosti«* ( $t = -4,000$ ,  $p < 0,001$ );
6. *»Nosečnica bi morala imeti možnost izbrati babico, ki bi jo spremljala v času poroda«* ( $t = -3,130$ ,  $p = 0,002$ );
7. *»Babice bi v prihodnje šivale prerezan presredek«* ( $t = -3,278$ ,  $p = 0,001$ );
8. *»Babice si želijo izvajati 5 pregledov v normalni nosečnosti«* ( $t = -4,055$ ,  $p < 0,001$ );
9. *»Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju poroda«* ( $t = -2,714$ ,  $p = 0,007$ ).
10. *»Izkušnje poroda bi bile za ženske boljše, če bi babico že prej spoznale«* ( $t = -2,836$ ,  $p = 0,005$ ).
11. *»Zdravniki so zaradi velikega števila nosečnic, ki jih obravnavajo, preobremenjeni«* ( $t = 2,088$ ,  $p = 0,037$ );
12. *»Babice bi jemale bris materničnega vratu«* ( $t = -5,622$ ,  $p < 0,001$ ),

zato lahko četrto hipotezo sprejmemo in trdimo, da diplomirane babice menijo, da bi morale biti v večji meri vključene v proces nosečnosti in poroda, kot to menijo zdravniki (tabela 3, priloga A).

### 3.5.5 Hipoteza 5

Peta hipoteza se glasi: *»Babice menijo, da jim zdravniki pogosteje prepuščajo vodenje zdrave nosečnosti, kot to menijo zdravniki.«*

Diplomirane babice se statistično značilno bolj strinjajo s trditvijo, da zdravniki prepuščajo vodenje zdrave nosečnosti babicam ( $t = -2,083$ ,  $p = 0,038$ ), tako da lahko peto hipotezo sprejmemo in trdimo, da diplomirane babice menijo, da jim zdravniki pogosteje prepuščajo vodenje zdrave nosečnosti, kot to menijo zdravniki (tabela 3).

### 3.5.6 Hipoteza 6

Šesta hipoteza se glasi: *»Starejše babice in babice z daljšo delovno dobo menijo, da imajo babice več izkušenj za opravljanje pregledov v zdravi nosečnosti, kot to menijo mlajše babice oz. babice s krajšo delovno dobo.«*

Na vzorcu diplomiranih babic ( $n = 283$ ) smo s Spearmanovim korelacijskim koeficientom preverili, kako sta starost in trajanje zaposlitve povezana s strinjanjem s trditvijo, da imajo diplomirane babice izkušnje za opravljanje pregledov v zdravi nosečnosti. Ugotovili smo šibko, a statistično značilno pozitivno povezanost tako pri povezanosti s starostjo ( $r_s = 0,137$ ,  $p = 0,021$ ) kot pri povezanosti s trajanjem zaposlitve ( $r_s = 0,155$ ,  $p = 0,009$ ), tako da lahko šesto hipotezo sprejmemo in trdimo, da starejše diplomirane babice in diplomirane babice z daljšo delovno dobo menijo, da imajo diplomirane babice več izkušenj za opravljanje pregledov v zdravi nosečnosti, kot to menijo mlajše diplomirane babice oz. diplomirane babice s krajšo delovno dobo.

### 3.5.7 Hipoteza 7

Sedma hipoteza se glasi: *»Starejše babice in babice z daljšo delovno dobo menijo, da bi babice morale imeti večjo vlogo pri spremljanju poroda, kot to menijo mlajše babice oz. babice s krajšo delovno dobo.«*

Na vzorcu diplomiranih babic ( $n = 283$ ) smo s Spearmanovim korelacijskim koeficientom preverili, kako sta starost in trajanje zaposlitve povezana s strinjanjem s trditvijo, da imajo diplomirane babice premajhno vlogo pri spremljanju poroda. Ugotovili smo šibko, a statistično značilno pozitivno povezanost tako pri povezanosti s starostjo ( $r_s = 0,182$ ,  $p = 0,002$ ) kot pri povezanosti s trajanjem zaposlitve ( $r_s = 0,153$ ,  $p = 0,010$ ), tako da lahko sedmo hipotezo sprejmemo in trdimo, da starejše diplomirane babice in diplomirane babice z daljšo delovno dobo menijo, da bi diplomirane babice morale imeti večjo vlogo pri spremljanju poroda, kot to menijo mlajše diplomirane babice oz. diplomirane babice s krajšo delovno dobo.

### 3.5.8 Hipoteza 8

Osma hipoteza se glasi: *»Zaposleni na terciarni ravni menijo, da so babice v večji meri kompetentne za sodelovanje pri porodu in vodenju nosečnosti, kot to menijo zaposleni na primarni ravni.«*

Glede na rezultate Bonferronijevega testa se zaposleni na terciarni ravni v primerjavi z zaposlenimi na primarni ravni statistično značilno bolj strinjajo s prav vsemi trditvami, ki merijo izključno mnenje o kompetencah diplomiranih babic za sodelovanje pri porodu in vodenju nosečnosti, to so trditve:

1. *»Babica je dovolj kompetentna spremljanje normalnega poroda«* ( $p < 0,001$ );
2. *»Babice si želijo spremljati normalen porod«* ( $p = 0,045$ );
3. *»Babica je kompetentna za izvajanje pregleda posteljice«* ( $p < 0,001$ );
4. *»Babica je kompetentna za izvajanje epiziotomije«* ( $p = 0,006$ );
5. *»Babice imajo dovolj znanja za spremljanje normalnega poroda«* ( $p = 0,003$ ),

tako da lahko osmo hipotezo sprejmemo in trdimo, da zaposleni na terciarni ravni menijo, da so diplomirane babice v večji meri kompetentne za sodelovanje pri porodu in vodenju nosečnosti, kot to menijo zaposleni na primarni ravni (tabela 6, priloga A).

## 4 RAZPRAVA

Magistrsko delo predstavlja primerjavo dela in kompetenc babic pri nas z delom in kompetencami babic drugje v evropskem prostoru. Predstavljeno je bilo delo in izobraževanje diplomiranih babic v Evropi in v določenih primerih tudi širše, v svetu. V mednarodnih priporočilih National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE (2007) in National Childbirth Trust (2011) je zapisano, da naj bi imele ženske pravico izbrati kraj za rojevanje, a navkljub temu se je v zadnjem desetletju v Sloveniji rodilo več kot 99 % vseh otrok v porodnišnicah (Slovensko združenje za perinatalno medicino in Ginekološka klinika Ljubljana, 2013). Predmet raziskovalnega dela za magistrsko delo so mnenja diplomiranih babic in ginekologov-porodničarjev o primarnem, sekundarnem in terciarnem področju zdravstvenega varstva žensk. Proučili smo mnenja obeh poklicnih skupin, vezana na vodenje zdrave nosečnosti in normalnega poroda. Tudi zdravstvena politika je prepoznala potrebe po spremembah na tem področju in poudarila, da bi morale imeti več skrbi za zdrave ženske diplomirane babice (Državni zbor, 2008). Ministrstvo za zdravje je v Strategijah razvoja in celostne ureditve porodniško ginekološke službe v Sloveniji do 2020 (2010) zapisalo, naj se porodi še naprej odvijajo v porodnišnicah, a predstavilo je tudi možnosti odprtja samostojnih babiških enot v sklopu porodnišnic. Rezultati govorijo o dejanskem stanju na vseh področjih, ki zajemajo zdravstveno varstvo žensk, ne glede na to, da je Ministrstvo za zdravje že zdavnaj v Uradnem listu Republike Slovenije (Zakon o zdravstveni dejavnosti na področju primarne ravni, 2003) zapisalo svoje predloge.

Namen magistrskega dela je, da z rezultati raziskave prispevamo k reorganizaciji in uvajanju sprememb zdravstvenega varstva žensk v Sloveniji na področju primarne, sekundarne in terciarne ravni. Pri večini trditev, ki merijo mnenje o primernosti vključevanja diplomiranih babic v proces nosečnosti in poroda ni statistično značilnih razlik med zaposlenimi na različnih ravneh. Izkazalo se je sicer, da se zaposleni na terciarni ravni v primerjavi z zaposlenimi na primarni ravni statistično značilno bolj strinjajo s trditvijo, da bi diplomirane babice v prihodnje šivale poškodbe porodne poti, zaposleni na terciarni ravni pa se v primerjavi z zaposlenimi na primarni in sekundarni ravni tudi statistično značilno bolj strinjajo s trditvijo, da imajo diplomirane babice

premajhno vlogo pri spremljanju nosečnosti ter da je diplomirana babica dovolj kompetentna za vodenje zdrave nosečnosti. Menimo, da je vzrok za te trditve dejstvo, da je zaradi reorganizacije šolstva in zdravstva v osemdesetih letih prejšnjega stoletja prišlo v dispanzerjih za ženske tudi do zaposlovanja drugih kadrov, kot sta zdravstveni tehnik in višja medicinska sestra. Tukaj kaže morda razmisliti o drugem načinu izobraževanja, ki ga predpisuje evropski uradni list (Uradni list EU, 2005). To pomeni, da bi inštitucije, ki izvajajo izobraževanje za diplomirane babice, uvedle tudi študij, ki bi diplomirani medicinski sestri ponudil oz. omogočil, da bi v 18 mesecih pridobila licenco za babištvo. Tak način izobraževanja bi predvsem rešil delo na primarni ravni. Zaposleni na primarni ravni pa se, v primerjavi z zaposlenimi na preostalih dveh ravneh, statistično značilno bolj strinjajo s trditvijo, da so zdravniki zaradi velikega števila nosečnic, ki jih obravnavajo, preobremenjeni. Tudi s temi trditvami se strinjamo, ker so zaposleni v timu ginekologa in spremljajo vsakdanje delo. Zaposleni na primarni ravni se statistično značilno manj strinjajo s sklopom trditev, ki merijo izključno mnenje o kompetentnosti diplomiranih babic za sodelovanje pri porodu in vodenju nosečnosti, kar si spet lahko razlagamo iz naslova reorganizacije šolstva in zdravstva v osemdesetih letih prejšnjega stoletja. V primerjavi z zaposlenimi na sekundarni ravni pa se statistično značilno manj strinjajo tudi s trditvami, da je diplomirana babica kompetentna za izvajanje pregleda posteljice ter da imajo diplomirane babice dovolj znanja za spremljanje normalnega poroda. Te trditve si razlagamo s tem, da ima večina porodničnic majhno število porodov in da v teh primerih vodstvo oziroma dežurni ginekologi želijo in zahtevajo klicanje porodničarja tudi k vsem porodom brez posebnosti. Pri rezultatih, ki merijo kakovost babištva v Sloveniji z vidika primernosti razdelitve dela med zdravniki ginekologi in diplomiranimi babicami, se zaposleni na primarni ravni v primerjavi z zaposlenimi na sekundarni in terciarni ravni statistično značilno bolj strinjajo s trditvami, da se babištvo v Sloveniji hitro prilagaja trendom v svetu, da zdravniki prepuščajo vodenje zdrave nosečnosti diplomiranim babicam ter da je skrb za nosečnice v slovenskem zdravstvenem sistemu optimalna. S slednjo trditvijo pa se v primerjavi z zaposlenimi na terciarni ravni statistično značilno bolj strinjajo tudi zaposleni na sekundarni ravni, ki se v primerjavi z zaposlenimi na terciarni ravni tudi statistično bolj strinjajo s trditvijo, da je razdelitev dela med diplomiranimi babicami in zdravniki primerna in optimalna. Zaposleni na terciarni ravni se v primerjavi z

zaposlenimi na primarni in sekundarni ravni tudi statistično značilno manj strinjajo s trditvijo, da nosečnice poznajo in ločijo kompetence diplomirane babice in zdravnika ginekologa, zaposleni na primarni ravni pa se v primerjavi z zaposlenimi na sekundarni in terciarni ravni statistično značilno bolj strinjajo s trditvijo, da diplomirane babice v Sloveniji kompetentno in strokovno izvajajo programe priprave na porod za nosečnice.

Vsaka ženska mora imeti dostop do babiške skrbi in podpore v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja (ICM, 2002) oziroma do individualne babiške skrbi s poznano babico, navaja Lee (1997). Lee (1997, str. 3) prav tako navaja v dokumentu »A Summary of Changing Childbirth«, da »vsaka ženska bi morala poznati babico, ki bo lahko zagotovila kontinuirano babiško skrb – tako imenovano izbrano babico«, kar pa je na žalost nepoznan pojem in redka praksa v slovenskem zdravstvenem sistemu. V Nemčiji je v zadnjih dvajsetih letih prišlo do velikih sprememb v predporodnem, obporodnem in poporodnem babiškem varstvu žensk, pri čemer so imela velik vpliv nevladna gibanja, kot so GfG in Familienbildung und Frauengesundheit.

Rezultati vprašanj, ki so vezana na strokovni profil anketirancev, kažejo statistično pomembno razliko. Naredili smo primerjavo med zdravniki ginekologi in diplomiranimi babicami v stopnji strinjanja s trditvami v vprašalniku. Dobili smo različne odgovore in naredili faktorsko analizo s katero smo rezultate razvrstili v tri skupine. V prvo skupino so uvrščene trditve, ki najbolj potrjujejo mnenje o primernosti vključevanja babic v proces dela v času nosečnosti in poroda ter nekaj spremenljivk, ki se istočasno vežejo na prvo in hkrati drugo skupino oziroma drugi faktor. Druga skupina so mnenja o kompetentnosti diplomiranih babic za sodelovanje pri porodu in vodenju nosečnosti. V tretjo skupino so uvrščene trditve, ki so vezane na kakovost babištva v Sloveniji. Izkazalo se je, da se v prvi skupini, ki meri mnenje o primernosti vključevanja diplomiranih babic v proces nosečnosti in poroda, anketiranci najbolj strinjajo s trditvijo, da bi skupna obravnava diplomirane babice in ginekologa izboljšala zadovoljstvo nosečnice (PV 4,37), najmanj pa se strinjajo s trditvijo, da bi v prihodnje diplomirane babice šivale poškodbe porodne poti (PV 2,86). V drugi skupini, ki meri mnenje o kompetentnosti diplomiranih babic za sodelovanje pri porodu in vodenju nosečnosti, se s trditvami v veliki meri strinjajo tako diplomirane babice kot zdravniki



ginekologi, saj se povprečne vrednosti gibajo od 3,92 za strinjanje ginekologov s trditvijo, da je diplomirana babica kompetentna za izvajanje prereza presredka, do kar 4,61 povprečne vrednosti strinjanja diplomiranih babic s trditvijo, da imajo dovolj znanja za spremljanje normalnega poroda. Za vse trditve pri kompetencah se je izkazalo, da se diplomirane babice z njimi statistično značilno bolj strinjajo kot zdravniki. Pri trditvah, ki merijo mnenje o kakovosti babištva v Sloveniji, se je v večini trditev izkazalo, da ni statistično značilnih razlik med diplomiranimi babicami in zdravniki ginekologi.

Pri preverjanju, kako sta trajanje zaposlitve in starost anketirancev povezana s stopnjo strinjanja z navedenimi trditvami, se je pri pregledu odgovorov izkazalo, da se z daljšanjem zaposlitve statistično značilno viša stopnja strinjanja s trditvami, da imajo diplomirane babice premajhno vlogo pri spremljanju poroda, da se babištvo hitro prilagaja trendom v svetu, da je skrb za nosečnice v našem zdravstvenem sistemu optimalna, da ginekologi prepuščajo diplomiranim babicam vodenje zdrave nosečnosti in da nosečnice poznajo in ločijo kompetence diplomirane babice in zdravnika ginekologa. Na drugi strani pa se statistično značilno manjša strinjanja s trditvami, da bi skupna obravnava diplomirane babice in zdravnika ginekologa izboljšala zadovoljstvo nosečnice s storitvijo, da bi bile izkušnje poroda za žensko boljše, če bi svojo babico že prej poznala, ter da si diplomirane babice želijo izvajati pet pregledov pri nosečnosti brez tveganja. Statistično značilno smo ugotovili povezanost starosti s stopnjo strinjanja pri trditvah, ki se nanašajo na mnenje o kakovosti babištva v Sloveniji, in to z vidika primernosti razdelitve dela med zdravniki ginekologi in diplomiranimi babicami.

Z višanjem starosti se statistično značilno viša stopnja strinjanja s trditvami, da se babištvo v Sloveniji hitro prilagaja trendom v svetu, da je razdelitev dela med strokovnimi profili primerna in optimalna, da je v slovenskem zdravstvenem sistemu skrb za nosečnice optimalna ter da nosečnice poznajo in ločijo kompetence diplomirane babice in zdravnika ginekologa. Na drugi strani se s starostjo statistično značilno zmanjša strinjanje s trditvami, da bi skupna obravnava diplomirane babice in ginekologa izboljšala zadovoljstvo nosečnice s storitvijo, da bi diplomirane babice šivale prerezan ali raztrgan presredek ter poškodbe porodne poti, da je premajhna vloga

diplomirane babice pri spremljanju nosečnosti in da bi bila izkušnja poroda boljša, če bi nosečnica že prej poznala babico. Strinjanje se zmanjša tudi pri kompetencah za vodenje zdrave nosečnosti, izvajanja pregleda posteljice in spremljanja normalnega poroda. Pri raziskavah, vezanih na starost anketirancev in trajanje zaposlitve, so ugotovitve statistično značilne povezanosti zelo nizke, kar pomeni, da gre za statistično značilno povezanost, ki je zelo šibka in je zato treba te rezultate jemati nekoliko z rezervo.

Pri povzetku ugotovitev naših raziskav smo od osmih zastavljenih hipotez ovrgli dve hipotezi, a potrdili preostalih šest.

V sistematičnem pregledu 22 raziskav, ki je vključeval 15.288 žensk, je Hodnett s sodelavci (2011) ugotovil, da je stalna, kontinuirana podpora med delom klinično pomembna in koristna za ženske in novorojenčke. Mnoge ženske so izrazile večji občutek nadzora in obvladovanja med porodom v primeru, ko je bila omogočena stalna prisotnost babice. Glavna ugotovitev tega sistematičnega pregleda je, da morajo imeti vse ženske podporo med nosečnostjo in porodom. Ti dokazi potrjujejo potrebo po nadaljnji podpori babištvu in kontinuirani skrbi babic tudi v Sloveniji. Nizozemska ima na področju babištva zelo dobre rezultate: delež porodov na domu je 19 % (Europeristat, 2008). V celotnem zdravstvenem sistemu imajo mrežo babic, ki samostojno vodijo nosečnost in porod pri zdravih ženskah brez prisotnosti dejavnikov za tvegano nosečnost (Prelec, 2003).

Jomeen in Martin (2008) sta v prospektivni raziskavi raziskovala vpliv izbire obporodne skrbi in psihološke učinke na zdravje. Vzorec je obsegal 165 žensk, ki so bile spremljane v 12. in 32. tednu nosečnosti ter 14 dni in 6 mesecev po porodu. Statistično pomembne razlike so bile ugotovljene pri odgovorih, vezanih na vprašanja o družbeno-medicinski zaskrbljenosti žensk, o njihovem odnosu do lastnega zdravja ter o njihovih vzorcih spanja. Rezultati te študije prikazujejo, kako pomembna psihološka komponenta je kontinuirana babiška skrb. Izbrana možnost diplomirane babice v obporodni skrbi omogoča večjo psihološko prednost v obdobju celotnega materinstva.

Raziskave pri nas, če se zopet osredotočimo na slovenski prostor, so pokazale, da so ženske s trenutnim stanjem zdravstvenega varstva žensk seznanjene. Vse večje število nosečnic si želi imeti svojo babico oziroma kontinuirano babiško skrb v času nosečnosti in poroda (Njenjić, Skela Savič, 2011a). Na Danskem babice pregledajo žensko z normalno nosečnostjo v 16., 18., 24., 32. in 38. tednu nosečnosti in samostojno vodijo normalen porod (Hornnes, 2011). V našem sistemu je zelo težko zagotoviti pravo kontinuirano babiško skrb, kot jo poznajo evropski in svetovni zdravstveni sistemi. Starejše generacije babic so bile izučene za deljeno vlogo z ginekologi, novejšje generacije diplomiranih babic pa si želijo večjo samostojnost in prevzeti odgovornost pri delu z nosečnicami. Za opravljanje kontinuirane babiške skrbi so potrebne temeljite spremembe v zdravstveni zakonodaji, nacionalnih strokovnih priporočilih ter organizaciji dela na primarnem in sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva.

Na Kitajskem so bile babice v raziskavi Cheunga in sodelavcev (2009) nad predlagano enoto za babiški porod zadržane. Po odprtju te enote je Mander s sodelavci (2009) ugotovil pri babicah manj samozavesti in izkušenj za prakso z manj intervencijami, strah pred mnenjem širše javnosti, posebej pa pravnimi posledicami, a je bila kljub temu sprememba na vseh ravneh dobro sprejeta in je pozitivno vplivala na večje zadovoljstvo žensk in babic (Cheung et al., 2011).

Ta študija ima tudi nekaj omejitev:

- raziskava je bila omejena le na 50 % zdravstvenih delavcev na področju zdravstvenega varstva žensk,
- raziskava ni zajela vseh zdravstvenih ustanov na primarnem zdravstvenem varstvu žensk,
- v študijo bi veljalo vključiti le diplomirane babice, vendar je bilo zaradi zaposlenosti babic različne izobrazbene strukture to nemogoče izvesti.

Izsledki te študije so prinesli tudi ideje za izvedbo nadaljnjih študij. Študijo bi bilo potrebno izvesti v vseh zdravstvenih in zasebnih ustanovah, ki se ukvarjajo z zdravstvenim varstvom žensk v Republiki Sloveniji, vključiti pa le diplomirane babice in zdravnike ginekologije in porodništva.

Mogoče bi bilo dobro v prihodnje raziskati tudi zadovoljstvo žensk z babiško oskrbo pri uvedbi kliničnih poti zdrave nosečnosti in normalnega poroda. Lahko bi raziskali in naredili primerjavo porodnih izidov.

Na osnovi teh ugotovitev bo mogoče razmišljati o možnih implikacijah za prakso obporodnega varstva žensk na vseh ravneh kot tudi o nadaljnjem raziskovanju na tem področju.

## 5 ZAKLJUČEK

Raziskava je v nekaj odgovorih anketirancev pokazala manj strinjanja z danimi trditvami, je pa vseeno prinesla v nacionalno bazo znanja na področju babištva nove informacije o mnenju slovenskih babic in zdravnikov ginekologije in porodništva o delu na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva žensk. Prišli smo do spoznanja, da se diplomirane babice predvsem strinjajo s tem, da bi prevzele delo na področju nosečnosti brez tveganja in normalnega fiziološkega poroda. Predvsem so odgovori v prvem in drugem faktorju raziskave pokazali, da bi se diplomirane babice samostojno vključevale v delovni proces in prevzele vse kompetence, ki so jim že tudi zapisane po direktivah EU in tudi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Dejavnosti diplomiranih babic pa opredeljuje Direktiva 36/2005 Evropske unije (2005). Omenjena direktiva predpisuje minimalne poklicne kompetence za diplomirane babice v predporodnem, obporodnem in poporodnem obdobju, kar bo morala v svojo zakonodajo in prakso prenesti tudi Slovenija (Wagner, 2007).

Temelj za uspešen razvoj babištva so močna poklicna združenja babic in udejstvovanje oziroma zastopanost babic v državni politiki. Menimo, da se morajo pristopi snovanja politike ujemati s poslanstvom, vizijo in cilji. Dobra strategija in jasna vizija so velika moč organizacije v akciji, ki pelje do cilja, da se bodo razvijale aktivnosti, ki se bodo uspešno prilagajale našemu okolju, sodelovanju z uporabnicami, ginekologi-porodničarji in vsemi, ki bi sodelovali in sodelujejo v tem timu. To vključuje tudi zdravstveno zakonodajo, strokovno in pravno ureditev s predpisi, politično in socialno podporo diplomiranim babicam, skrbno pripravljene (nacionalne) protokole z namenom zagotavljanja varnosti v največji možni meri, možnosti za strokovno izobraževanje babic in vseživljenjsko učenje kakor tudi dialog in povezovanje s strokovnjaki drugih strok oz. poklicev (European Midwives Association, 2013). Obstajajo tudi dokazi, da dajeta babiška skrb in okolje, ki je podobno domačemu, ženskam veliko prednosti brez neugodnih stranskih učinkov (Hodnett et al., 2010).

V skladu z definicijo poklica so diplomirane babice sposobne nadzorovati ženske, jih negovati in jim svetovati v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja, znati

morajo voditi porod ter negovati novorojenčka in dojenčka. Diplomirana babica ima pomembno vlogo pri svetovanju in zdravstvenem izobraževanju žensk in njihovih družin. Njeno delo vključuje predporodno pripravo na odgovorno starševstvo, posega pa tudi na področje načrtovanja družine in babiške nege otroka. Diplomirane babice lahko svoje delo opravljajo na klinikah, v porodnišnicah, zdravstvenih domovih, zasebnih posvetovalnicah pa tudi na domu.

V Sloveniji v letu 2012 (do tedaj) beležimo v registru Zbornice – Zveze vpisanih 665 babic, in če upoštevamo že sprejete kadrovske normative za delo v porodni sobi (150 porodov letno) in ginekoloških ambulantah (Modra knjiga standardov, 2013) ter vsa ostala delovišča, kjer lahko delujejo, je število diplomiranih babic premajhno. Potreba po povečani vlogi diplomiranih babic pri prevzemanju novih samostojnih vlog pri zdravih nosečnicah in normalnih fizioloških porodih je zapisana v nacionalnih strategijah razvoja na tem področju in zakonu o zdravstveni dejavnosti, vendar se spremembe dogajajo prepočasi. Tudi zdravstvena politika ne pokaže prave volje za vključevanje diplomiranih babic kot tudi diplomiranih medicinskih sester v zdravstveno varstvo, kar bi bilo ključnega pomena za uspešno delovanje zdravstvenega sistema. Majhni premiki so se sicer že začeli dogajati, a mnogo premajhni za tako veliki oziroma največji poklicni skupini, ki sta tudi del zdravstvenega sistema.

Vsekakor bi bilo treba sodelovati tudi z uporabnicami babiških storitev – ginekološkimi pacientkami, nosečnicami in porodnicami, da bi bolje poznale vlogo babic znotraj sistema zdravstvenega varstva žensk in prepoznale prednost kontinuirane skrbi. Z dobrim strokovnim izobraževanjem, podiplomskim študijem in vseživljenjskim izobraževanjem bi izobrazili kader, ki bi bil kompetenten na področju babištva. Uvedba klinične poti normalnega poroda in spremljanje zdrave nosečnosti kot strokovna standarda bo ob sprejetih zakonskih predpisih mogoče suvereno uvesti v vse zdravstvene ustanove v Republiki Sloveniji. V tej študiji se je pokazalo mnenje, da so diplomirane babice primerne in kompetentne za sodelovanje pri normalnemu porodu in vodenju zdrave nosečnosti, kot tudi mnenje o kakovosti babištva z vidika primernosti razdelitve dela med ginekologi-porodničarji in diplomiranimi babicami.

## 6 LITERATURA IN VIRI

### 6.1 LITERATURA

Brocklehurst P. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *Brit Med J.* 2011; 343:

Cheung NF, Mander R, Wang X, Fu W, Zhou J. Chinese midwives' views on a proposed midwife-led normal birth unit; *Midwifery.* 2009;25(6):744–55.

Cheung NF, Mander R, Wang X, Fu W, Zhou J, Zhang L. Views of Chinese women and health professionals about midwife-led care in China; *Midwifery.* 2011;27(6):842–7.

Direktiva evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES. 7. 9. 2005. Dostopno na: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:sl:P> DF (15. 8. 2014).

Drglin Z. Onstran medikalizacije življenja in smrti. Ljubljana: Rojstna mašinerija; 2007: 105–56.

Državni zbor Republike Slovenije 2008, Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013: Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev, Uradni list Republike Slovenije št. 72/08.

Edwards A. Place of birth: can maternity matters' really deliver choice? *Br J Midwifery.* 2008;16(12):771–4.

European Midwives Association; 2013. Dostopno na: <http://www.europeanmidwives.com/activities/ema-press-releases> (15. 8. 2014).

Europeristat, 2008. European perinatal health report – data from 2004. Dostopno na: <http://www.europeristat.com/bm.doc/european-perinatal-health-eport.pdf> (19. 7. 2011).

Fleming V. Babiška Evropa. Ljubljana: Rojstna mašinerija; 2007: 31–46.

Guilliland K, Tracy SK, Thorogood J. Australian and New Zealand health and maternity services. In: Pairman S, Pincombe J, eds. Midwifery: Preparation for practice. Sydney: Churchill Livingstone Elsevier; 2006: 3–33.

Hadjigeorgiou E, Kouta C, Papastavrou E, Papadopoulos I, Mårtensson LB. Women's perceptions of their right to choose the place of childbirth: an integrative review. *Midwifery*. 2012;28(3):380–90.

Hodnett E, Downe S, Edwards N, Walsh D. Alternativ versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2010;8(9).

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr JG, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;16(2):10.

Hornnes JP. Obstetricians and Midwives in Denmark. In: Dovč A, Ilovar S, eds. Novakovi dnevi: zbornik, Ljubljana, maj 20.– 21. 2011. *Medicinski razgledi* 2011;50(Suppl. 2).

Hull Jurković S. Porod kod kuće. In: Francetić A, Perušić M, eds. XXVIII. Simpozij Hrvatske udruge primalja s međunarodnim sudjelovanjem: zbornik, Opatija, april 17. – 19. 2004. Opatija: Hrvatska udruga primalja podružnica Rijeka; 2004: 322-9.

Hunter B, Segrott J. Using a Clinical Pathway to Support Normal Birth: Impact on Practitioner Roles and Working Practices. *Birth: Issues in Perinatal Care*. 2010;37(3): 227-36.



International Confederation of Midwives (ICM). The midwife is the first choice health professional for childbearing women, 2008a. 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> (8. 1. 2012).

International Confederation of Midwives (ICM). Keeping birth normal; 2008b. Dostopno na: [http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/jedfiles/Position\\_statements\\_Eng\\_2011/PS2008\\_007%20ENG%20Keeping%20Birth%20Normal.pdf](http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/jedfiles/Position_statements_Eng_2011/PS2008_007%20ENG%20Keeping%20Birth%20Normal.pdf) (1. 1. 2012).

International Confederation of Midwives (ICM). Definicija poklica babice; 2011. Dostopno na: <http://www.sekcija-babic.si/files/definition-mid.pdf> (10. 2. 2012).

Janssen PA, Ryan E, Etches DJ, Klein MC, Reime B. Outcomes of Planned Birth Attended by midwives compared with physicians in British Columbia. *Birth*. 2007;34(2):140–7.

Job description. [Prospects.ac.uk](http://www.prospects.ac.uk); 2013. Dostopno na: [http://www.prospects.as.uk/midwife\\_print\\_version.ht](http://www.prospects.as.uk/midwife_print_version.ht) (11. 1. 2013).

Jomeen J, Martin CR. The impact of choice of maternity care on psychological health outcomes for women during pregnancy and the postnatal period. *J Eval Clin Pract*. 2008;14(3):391–8.

Kavšek G. Klinična pot poroda: Zdravstvena in babiška nega žensk in otrok. In: Čeh A, ed. *Sodobni pristopi v skrbi za ženske in otroke*. Brezovica pri Ljubljani, 16. november 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2012: 18-21.

KNOV, *Midwifery in the Netherlands*; 2012. Dostopno na: [http://www.knov.nl/docs/uploads/Midwifery\\_in\\_The\\_\\_Netherlands\\_\\_20120730\\_\\_groot.pdf](http://www.knov.nl/docs/uploads/Midwifery_in_The__Netherlands__20120730__groot.pdf) (20. 1. 2012).

- Lee G. The concept of continuity-what does it mean? In: Kirkham MJ, Perkins ER, eds. *Reflections on Midwifery*. London [etc.]: Bailliere Tindall; 1997: 1–25.
- Mahmood TA. Evaluation of experimental midwife led unit in Scotland. *J Obstet Gynaecol*. 2003;23(2):121–9.
- Mander R, Cheung NF, Wang X, Fu W, Zhu J. Beginning an action research project to investigate the feasibility of a midwife-led normal birthing unit in China. *J Clin Nurs*. 2009;(19):517–26.
- Mead M, Kornbrot D. An intrapartum intervention scoring system for the comparison of maternity units' intrapartum care of nulliparous women suitable for midwifery-led care. *Midwifery*. 2004;20(1):15–26.
- Mesec B. Prispevek kvalitativnih metod k empiričnemu raziskovanju v socialnem delu. Ljubljana: Socialno delo; 2000: 39, 33–7.
- Mivšek AP. Slovenske ženske in rojevanje – zadovoljstvo ali sprijaznjenost. In: Drglin Z, Mead M, eds. *Konferenca z mednarodno udeležbo Rojstvo*, Ljubljana, 17. november 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2006: 73-103.
- Mivšek AP. Slovenske ženske v pričakovanju: Sprijaznjene in pasivne ali aktivne in zadovoljne uporabnice obporodnega zdravstvenega varstva. Ljubljana: Rojstna mašinerija; 2007: 74.
- National Childbirth Trust, NCT Briefing: Midwife-led unites, community maternity unites and birth centres; 2011. Dostopno na: <http://www.nct.org.uk/> (15. 10. 2012).
- Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije, št. 19/1998.

Navodila o spremembah in dopolnitvah za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije št. 33/2002. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=35941> (14. 5. 2013).

New Zealand College of Midwives; 2012. Dostopno na: <http://www.midwife.org.nz/education/where-to-start-becoming-a-midwife> (25. 1. 2013).

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Routine postnatal care of women and their babies; 2006. Dostopno na: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG37NICEguideline.pdf> (29. 8. 2012).

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Intrapartum care - care of healthy women and their babies during childbirth; 2007. Dostopno na: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11837/36280/36280.pdf> (10. 1. 2012).

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Antenatal care; 2008. Dostopno na: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40115/40115.pdf> (28. 8. 2012).

Njenjić G, Skela Savič B. Vloga babic pri konceptu kontinuirane skrbi za nosečnice. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zorc J, Skinder Savić K, eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – Priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik, Ljubljana, 9. – 10. Junij, 2011. Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011a: 504-11.

Njenjić G, Skela Savič B. Koncept kontinuirane babiške skrbi: Percepcija in vedenje nosečnic. *Obzor Zdr N.* 2011b;45(2):83–91.

Novak Antolič Ž. Pričakovanja in možnosti v nosečnosti. In: Drglin Z, Mead M, eds. Konferenca z mednarodno udeležbo Rojstvo, Ljubljana, 17. november 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2006: 91–8.

Novak Antolič Ž. Pričakovanja in možnosti v nosečnosti. Ljubljana: Rojstna mašinerija; 2007: 175–89.

Nursing and Midwifery Council. Standards for pre-registration midwifery education; 2009. Dostopno na: [http://www.nmc-uk.org/Documents/NMC-Publications/nmcStandardsforPre\\_RegistrationMidwiferyEducation.pdf](http://www.nmc-uk.org/Documents/NMC-Publications/nmcStandardsforPre_RegistrationMidwiferyEducation.pdf) (27. 8. 2012).

Overgaard C, Møller AM, Fenger-Grøn M, Knudsen LB, Sandall J. Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ*. [online] 2011;1(2). Dostopno na: <http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000262.long> (12. 3. 2013).

Page L. One-to-one midwifery: Restoring the 'with woman' relationship in midwifery. *J Midwifery & Women's Health*. 2003;48(2):119–25.

Pahor M. Kako raziskovati doživljanje rojevanja. In: Drglin Z, Mead M, eds. Konferenca z mednarodno udeležbo Rojstvo, Ljubljana, 17. november 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2006: 12-33.

Pahor M. Kako (in zakaj) raziskovati doživljanje rojevanja: od empirije do teorije rojevanja. Ljubljana: Rojstna mašinerija; 2007: 49–72.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. 5th ed. Philadelphia: Lipincott Company; 2001.

Prelec A. Nizozemski sistem babištva. In: Filej B, Kersnič P, eds. Globalizacija in zdravstvena nega. 4. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije: zbornik, Portorož, 1. – 3. oktober 2003. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2003: 251-7.

Prelec A. So že pogoji in čas za izbrano babico? In: Kvas A, Klemenc D, eds. Zdravstvena nega včeraj, danes, jutri...: ob 80-letnici delovanja medicinskih sester v

ljubljski regiji: zbornik, Ljubljana, 27. november 2007. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2007: 151-4.

Prelec A. Slovenske babice pred novimi izzivi. *Obzor Zdr N.* 2008;42(1):1–2.

Prelec A. Od intuitivne in izkustvene do z dokazi podprte babiške prakse. *Obzor Zdr N.* 2011;45(2):81–2.

Premru Sršen T. Pričakovanja in možnosti. Ljubljana: Rojstna mašinerija; 2007: 191–6.

Premru Sršen T, Cerar V, Prelec A, Drolc T. Vloga babice v predporodnem, porodnem in poporodnem varstvu v Sloveniji. In: Dovč A, Ilovar S, eds. *Novakovi dnevi: zbornik*, Ljubljana, 20. – 21. maj 2011. Ljubljana: Medicinski razgledi; 2011: 9-18.

Premru Sršen T. Naše porodnišnice. Ljubljana; 2012. Dostopno na: [www.bibaleze.si/clanek/nosecnost/nase-porodnisnice-ljubljana.html](http://www.bibaleze.si/clanek/nosecnost/nase-porodnisnice-ljubljana.html) (3. 3. 2014).

Predstavitveni zbornik študijskega programa. Zdravstvena fakulteta Ljubljana; 2009. Dostopno na: [www.2.zf.uni-lj.si/index.php/si/1stopnja-2-2-1/babistvo-2-2-1-1-1/predstavitev-studijskega-programa-2-2-1-1-1](http://www.2.zf.uni-lj.si/index.php/si/1stopnja-2-2-1/babistvo-2-2-1-1/predstavitev-studijskega-programa-2-2-1-1-1) (5. 3. 2014).

Reime B, Klein MC, Kelly A, Duxbury N, Saxell L, Liston R, et al. Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth? *Int J Obst Gyn.* 2004;111(12): 1388–93.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013. Uradni list Republike Slovenije št. 72/17. 7. 2008, stran 10033. Dostopno na: [https://www.google.si/?gws\\_rd=ssl#newwindow=1&q=Resolucija+o+nacionalnem+planu+zdravstvenega+varstva+2008%E2%80%932013.+Uradni+list+Republike+Slovenije+%C5%A1t.+72%2F%2C+17.+7.+2008%2C+stran+10033.](https://www.google.si/?gws_rd=ssl#newwindow=1&q=Resolucija+o+nacionalnem+planu+zdravstvenega+varstva+2008%E2%80%932013.+Uradni+list+Republike+Slovenije+%C5%A1t.+72%2F%2C+17.+7.+2008%2C+stran+10033.) (2. 11. 2013).

Rožman I. Babiška porodna strategija: etnološka študija primera porodne prakse v novomeški porodnišnici. Ljubljana: Rojstna mašinerija; 2007: 1604.

Sandall J, Devane D, Soltani H, Hatem M, Gates S. Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. *J Midwifery Wom Health*. 2010; 55(3):255–61.

Savage W. *Birth and Power. A Savage Enquiry revisited*. London: Middlesex University Press; 2007.

Sekcija medicinskih sester in bobic. Izjava za javnost. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2010. Dostopno na: [www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/euporocilo\\_o\\_aktivnostih\\_zbornice-zveze\\_v\\_procesu\\_usklajevanja\\_s\\_pravnim\\_redom\\_eu\\_ter\\_analiza\\_dosezenega\\_2010-1.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/euporocilo_o_aktivnostih_zbornice-zveze_v_procesu_usklajevanja_s_pravnim_redom_eu_ter_analiza_dosezenega_2010-1.pdf) (10. 5. 2012).

Sekcija medicinskih sester in bobic; 2011. Dostopno na: [www.sekcija-bobic.si/files/definition\\_mid-pdf](http://www.sekcija-bobic.si/files/definition_mid-pdf) (12. 11. 2013).

Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti. Ministrstvo za zdravje; 2004. Uradni list Republike Slovenije št. 82/2004. Dostopno na: [www.uradni-list.si/files/RS\\_-2004-082-03689-OB~P001-0000.PDF#!/pdf](http://www.uradni-list.si/files/RS_-2004-082-03689-OB~P001-0000.PDF#!/pdf) (9. 5. 2012).

Skoberne M. Babištvo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; 2009: 31–9.

Slovensko združenje za perinatalno medicino in Ginekološka klinika. Perinatologia Slovenica. 2. slovenski perinatalni rezultati za obdobje 2002–11. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD in Ginekološka klinika; 2013.

Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v Republiki Sloveniji do 2020; 2010. Dostopno na:

[http://www.mz.gov.si/si/mz\\_za\\_vas/strategija\\_razvoja\\_in\\_celostne\\_ureditve\\_ginekološko\\_porodne\\_sluzbe\\_v\\_rs/](http://www.mz.gov.si/si/mz_za_vas/strategija_razvoja_in_celostne_ureditve_ginekološko_porodne_sluzbe_v_rs/) (30. 10. 2013).

Suzuki S, Hiraizumi Y, Satomi M, Miyake H. Midwife-led care unit for 'low risk' pregnant women in a Japanese hospital. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011;24(8):79–87.

Takač I. Strategija razvoja ginekološko porodniške službe z vidika zagotavljanja pravic nosečnic. In: Pušnik D, ed. *Spremljanje zdrave nosečnice v dispanzerju za ženske: zbornik predavanj*, Maribor, 14. oktober 2011. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor; 2011: 7-13.

The University of British Columbia. *The midwifery programe*; 2013. Dostopno na: <http://midwifery.ubc.ca/program/> (10. 11. 2013).

Tičar Z. Aktivnosti ministrstva za zdravje v povezavi z zdravstveno in babiško nego. *Obzor Zdr N.* 2009;43(1):1–2.

Tracy SK, Hartz D, Nicholl M, McCann Y, Latta D. An integrated service network in maternity – the implementation of a midwifery-led unit. *Aust Health Rev.* 2005;29(3): 332–9.

Uradni list EU, Directive 2005/36/ES of the European parliament and of the council of 4 April 2005. Bruselj; 2005.

Wagner M. *Pripremite se za porodaj*. Zagreb: Založba Ostvarenje; 2007.

Warwick C. Delivering high quality midwifery care: the priorities, opportunities and challenges for midwives. *Midwifery.* 2010;26(1):9–12.

Wiegers T. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9(18):1–8.

Wiklund I, Wallin J, Vikström M, Ransjö - Arvidson AB. Swedish midwives' rating of risks during labour progress and their attitudes toward performing intrapartum interventions: a web-based survey. *Midwifery*. 2011;28(4):1–5.

World Health Organization. WHO Nursing and Midwifery – progress report 2008–2012. Care in normal birth; 2013. Dostopno na: [http://who.int/hrh/nursing\\_midwifery/en/](http://who.int/hrh/nursing_midwifery/en/) (9. 11. 2013).

World Health Report 2005: make every mother and child count. Geneva: World Health Organization; 2005.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list Republike Slovenije št. 9/92, 13/93 in 9/96.

Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije št. 33/2002.

Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije št. 36/2005.

Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije št. 9/92, 37/95, 8/96, 33/02.

Zakon o zdravstveni dejavnosti na področju primarne ravni. Uradni list Republike Slovenije št. 37/2003.

Združeni narodi. Millenium Development goals; 2000. Dostopno na: <http://www.un.org/en/mdg/summit2010/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf> (10. 1. 2012).



Železnik D, Brložnik M, Buček Hajdarevič I, Dolinšek M, Filej B, Istenič B, et al. Ljubljana: Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Zbornica zdravstvene in babiške nege; 2008: 11–8.

## 6.2 VIRI

Modra knjiga standardov in normativov v zdravstveni in babiški negi in oskrbi. RSK, Ministrstvo za zdravje, Zbornica Zveza, Sindikat delavcev v ZN; 2013. Dostopno na: [http://www.zborniczveza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/kadrovski\\_standardi\\_v\\_zdravstveni\\_in\\_babiski\\_negi\\_5\\_7\\_2013\\_1.pdf](http://www.zborniczveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kadrovski_standardi_v_zdravstveni_in_babiski_negi_5_7_2013_1.pdf) (20. 6. 2013)

Nacionalni perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije; 2013.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije: poročilo; 2010.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Informacije pridobljene po tel. (4. 5. 2012).

Zbornica zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije. Informacije pridobljene po tel. (1. 5. 2011).

## 7 PRILOGE

### 7.1 PRILOGA A: SPSS IZPIS TESTIRANJA RAZLIK IN POVEZANOSTI

#### RAZLIKE PO IZOBRAZBI:

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
				t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff.	Std. Error Diff.	95 % Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.						Lower	Upper
Babica je dovolj kompetentna za vodenje zdrave nosečnosti.	Equal variances assumed	25,558	,000	-4,579	424	,000	-,472	,103	-,675	-,270
	Equal variances not assumed			-4,229	232,144	,000	-,472	,112	-,692	-,252
Vključitev babice v spremljanje zdrave nosečnosti bi pripomoglo k zmanjšanju stroškov storitve.	Equal variances assumed	17,158	,000	-2,282	424	,023	-,250	,110	-,466	-,035
	Equal variances not assumed			-2,139	240,950	,033	-,250	,117	-,481	-,020
Skupna obravnava babice in ginekologa bi izboljšala zadovoljstvo nosečnice s storitvijo.	Equal variances assumed	22,022	,000	-5,324	423	,000	-,465	,087	-,637	-,294
	Equal variances not assumed			-4,679	206,811	,000	-,465	,099	-,662	-,269
Babice bi v prihodnje šivale poškodbe porodne poti.	Equal variances assumed	2,247	,135	-3,694	423	,000	-,490	,133	-,750	-,229
	Equal variances not assumed			-3,646	275,521	,000	-,490	,134	-,754	-,225
Babice imajo izkušnje za opravljanje pregledov v zdravi nosečnosti.	Equal variances assumed	8,180	,004	-4,179	422	,000	-,452	,108	-,665	-,240
	Equal variances not assumed			-4,000	254,460	,000	-,452	,113	-,675	-,230
Nosečnica bi morala imeti možnost izbrati babico, ki bi jo spremljala v času poroda.	Equal variances assumed	,280	,597	-3,130	424	,002	-,366	,117	-,596	-,136
	Equal variances not assumed			-3,141	287,812	,002	-,366	,116	-,595	-,137
Babice bi v prihodnje šivale prerezani presredek.	Equal variances assumed	,141	,707	-3,278	423	,001	-,418	,128	-,669	-,167
	Equal variances not assumed			-3,273	284,267	,001	-,418	,128	-,670	-,167
Babice si želijo izvajati 5 pregledov v normalni nosečnosti.	Equal variances assumed	2,620	,106	-4,055	422	,000	-,456	,113	-,678	-,235
	Equal variances not assumed			-3,941	262,182	,000	-,456	,116	-,685	-,228
Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju poroda.	Equal variances assumed	8,876	,003	-2,863	423	,004	-,343	,120	-,578	-,107
	Equal variances not assumed			-2,714	247,763	,007	-,343	,126	-,592	-,094
Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju nosečnosti.	Equal variances assumed	3,780	,053	-,999	422	,318	-,103	,103	-,305	,099

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
				t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff.	Std. Error Diff.	95 % Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
F	Sig.									
	Equal variances not assumed			-,975	267,215	,331	-,103	,105	-,310	,105
Izkušnje poroda bi bile za ženske boljše, če bi babico že prej spoznale.	Equal variances assumed	,853	,356	-2,836	424	,005	-,272	,096	-,460	-,083
	Equal variances not assumed			-2,802	276,259	,005	-,272	,097	-,463	-,081
Zdravniki so zaradi velikega števila nosečnic, ki jih obravnavajo, preobremenjeni.	Equal variances assumed	,299	,585	2,088	420	,037	,221	,106	,013	,429
	Equal variances not assumed			2,101	291,463	,036	,221	,105	,014	,428
Zdravniki bi potrebovali več časa za obravnavo posamezne nosečnice.	Equal variances assumed	2,710	,100	-1,268	423	,205	-,111	,087	-,283	,061
	Equal variances not assumed			-1,216	255,448	,225	-,111	,091	-,291	,069
Babice bi jemale bris materničnega vratu.	Equal variances assumed	,042	,837	-5,622	424	,000	-,687	,122	-,927	-,447
	Equal variances not assumed			-5,607	283,009	,000	-,687	,123	-,928	-,446
Babica je dovolj kompetentna za spremljanje normalnega poroda.	Equal variances assumed	13,152	,000	-3,678	422	,000	-,279	,076	-,428	-,130
	Equal variances not assumed			-3,310	218,156	,001	-,279	,084	-,445	-,113
Babice si želijo spremljati normalen porod.	Equal variances assumed	9,969	,002	-4,639	422	,000	-,398	,086	-,567	-,229
	Equal variances not assumed			-4,221	222,487	,000	-,398	,094	-,584	-,212
Babica je kompetentna za izvajanje pregleda posteljice.	Equal variances assumed	,005	,946	-2,641	424	,009	-,254	,096	-,444	-,065
	Equal variances not assumed			-2,524	253,114	,012	-,254	,101	-,453	-,056
Babica je kompetentna za izvajanje epiziotomije.	Equal variances assumed	13,557	,000	-6,235	424	,000	-,589	,095	-,775	-,403
	Equal variances not assumed			-5,561	213,865	,000	-,589	,106	-,798	-,380
Babice imajo dovolj znanja za spremljanje normalnega poroda.	Equal variances assumed	10,606	,001	-2,345	423	,019	-,162	,069	-,298	-,026
	Equal variances not assumed			-2,208	243,684	,028	-,162	,074	-,307	-,018
Za zadovoljstvo žensk z izkušnjo poroda je najpomembnejši odnos babica – porodnica.	Equal variances assumed	87,589	,000	-10,208	422	,000	-,849	,083	-,1013	-,686
	Equal variances not assumed			-8,420	180,333	,000	-,849	,101	-,1048	-,650
Babice so usposobljene za ugotavljanje nosečnosti z visokim tveganjem.	Equal variances assumed	14,727	,000	-5,996	423	,000	-,634	,106	-,842	-,426
	Equal variances not assumed			-5,551	233,616	,000	-,634	,114	-,859	-,409
Babištvo v Sloveniji se hitro prilagaja trendom v svetu.	Equal variances assumed	6,020	,015	-,540	424	,590	-,055	,101	-,253	,144
	Equal variances not assumed			-,571	332,274	,568	-,055	,095	-,242	,133
Zdravniki prepuščajo vodenje zdrave nosečnosti babicam.	Equal variances assumed	,138	,710	-2,083	421	,038	-,265	,127	-,515	-,015

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
				t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff.	Std. Error Diff.	95 % Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.						Lower	Upper
	Equal variances not assumed			-2,104	293,969	,036	-,265	,126	-,513	-,017
Razdelitev dela med babicami in zdravniki je primerna in optimalna.	Equal variances assumed	1,235	,267	-,068	423	,945	-,007	,096	-,196	,183
	Equal variances not assumed			-,070	305,289	,944	-,007	,094	-,192	,178
Nosečnice enako zaupajo zdravniku kot babici.	Equal variances assumed	1,307	,254	-,947	422	,344	-,101	,107	-,311	,109
	Equal variances not assumed			-,924	267,652	,356	-,101	,109	-,316	,114
Skrb za nosečnice v slovenskem zdravstvenem sistemu je optimalna.	Equal variances assumed	4,252	,040	,186	421	,852	,018	,095	-,169	,204
	Equal variances not assumed			,178	253,821	,859	,018	,099	-,177	,213
Nosečnice poznajo in ločijo kompetence babice in zdravnika ginekologa.	Equal variances assumed	1,093	,296	-1,109	424	,268	-,113	,102	-,314	,087
	Equal variances not assumed			-1,096	276,485	,274	-,113	,103	-,317	,090
Zdravniki prepuščajo spremljanje normalnega poroda babicam.	Equal variances assumed	,101	,751	-1,695	422	,091	-,173	,102	-,373	,028
	Equal variances not assumed			-1,746	306,398	,082	-,173	,099	-,367	,022
Babice v Sloveniji kompetentno in strokovno izvajajo programe priprave na porod za nosečnice.	Equal variances assumed	3,961	,047	-3,640	422	,000	-,369	,101	-,568	-,170
	Equal variances not assumed			-3,555	268,228	,000	-,369	,104	-,573	-,165

## RAZLIKE MED ZAPOSLENIMI NA RAZLIČNIH ZAPOSLOTIVENIH

### RAVNEH:

#### ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Babica je dovolj kompetentna za vodenje zdrave nosečnosti.	Between Groups	11,537	2	5,769	5,571	,004
	Within Groups	438,012	423	1,035		
	Total	449,549	425			
Vključitev babice v spremljanje zdrave nosečnosti bi pripomogla k zmanjšanju stroškov storitve.	Between Groups	1,520	2	,760	,657	,519
	Within Groups	489,466	423	1,157		
	Total	490,986	425			
Skupna obravnava babice in ginekologa bi izboljšala zadovoljstvo nosečnice s storitvijo.	Between Groups	4,178	2	2,089	2,729	,066
	Within Groups	323,083	422	,766		
	Total	327,261	424			
Babice bi v prihodnje šivale poškodbe porodne poti.	Between Groups	11,738	2	5,869	3,457	,032
	Within Groups	716,507	422	1,698		
	Total	728,245	424			
Babice imajo izkušnje za opravljanje pregledov v zdravi nosečnosti.	Between Groups	6,929	2	3,464	3,030	,049
	Within Groups	481,335	421	1,143		
	Total	488,264	423			
Nosečnica bi morala imeti možnost izbrati babico, ki bi jo spremljala v času poroda.	Between Groups	6,071	2	3,036	2,305	,101
	Within Groups	557,048	423	1,317		
	Total	563,120	425			
Babice bi v prihodnje šivale prerez presredka.	Between Groups	8,359	2	4,179	2,663	,071
	Within Groups	662,357	422	1,570		
	Total	670,715	424			
Babice si želijo izvajati 5 pregledov v normalni nosečnosti.	Between Groups	3,486	2	1,743	1,408	,246
	Within Groups	521,285	421	1,238		
	Total	524,771	423			
Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju poroda.	Between Groups	5,173	2	2,586	1,877	,154
	Within Groups	581,477	422	1,378		
	Total	586,649	424			
Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju nosečnosti.	Between Groups	9,814	2	4,907	4,994	,007
	Within Groups	413,695	421	,983		
	Total	423,509	423			
Izkušnje poroda bi bile za ženske boljše, če bi babico že prej spoznale.	Between Groups	4,144	2	2,072	2,350	,097
	Within Groups	372,938	423	,882		
	Total	377,082	425			
Zdravniki so zaradi velikega števila nosečnic, ki jih obravnavajo, preobremenjeni.	Between Groups	10,564	2	5,282	5,038	,007
	Within Groups	439,296	419	1,048		

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
	Total	449,860	421			
Zdravniki bi potrebovali več časa za obravnavo posamezne nosečnice	Between Groups	3,074	2	1,537	2,125	,121
	Within Groups	305,171	422	,723		
	Total	308,245	424			
Babice bi jemale bris materničnega vratu.	Between Groups	6,323	2	3,161	2,089	,125
	Within Groups	640,091	423	1,513		
	Total	646,413	425			
Babica je dovolj kompetentna za spremljanje normalnega poroda.	Between Groups	8,958	2	4,479	8,261	,000
	Within Groups	228,277	421	,542		
	Total	237,236	423			
Babice si želijo spremljati normalen porod.	Between Groups	4,313	2	2,156	2,986	,052
	Within Groups	304,024	421	,722		
	Total	308,337	423			
Babica je kompetentna za izvajanje pregleda posteljice.	Between Groups	22,985	2	11,492	13,623	,000
	Within Groups	356,839	423	,844		
	Total	379,824	425			
Babica je kompetentna za izvajanje epiziotomije.	Between Groups	10,345	2	5,173	5,722	,004
	Within Groups	382,371	423	,904		
	Total	392,716	425			
Babice imajo dovolj znanja za spremljanje normalnega poroda.	Between Groups	5,585	2	2,793	6,224	,002
	Within Groups	189,365	422	,449		
	Total	194,951	424			
Za zadovoljstvo žensk z izkušnjo poroda je najpomembnejši odnos babica – porodnica.	Between Groups	3,253	2	1,626	2,009	,135
	Within Groups	340,858	421	,810		
	Total	344,111	423			
Babice so usposobljene za ugotavljanje nosečnosti z visokim tveganjem.	Between Groups	5,353	2	2,677	2,344	,097
	Within Groups	481,786	422	1,142		
	Total	487,139	424			
Babištvo v Sloveniji se hitro prilagaja trendom v svetu.	Between Groups	22,638	2	11,319	12,306	,000
	Within Groups	389,080	423	,920		
	Total	411,718	425			
Zdravniki prepuščajo vodenje zdrave nosečnosti bobicam.	Between Groups	24,978	2	12,489	8,384	,000
	Within Groups	625,609	420	1,490		
	Total	650,586	422			
Razdelitev dela med bobicami in zdravniki je primerna in optimalna.	Between Groups	10,106	2	5,053	5,882	,003
	Within Groups	362,497	422	,859		
	Total	372,602	424			
Nosečnice enako zaupajo zdravniku kot babici.	Between Groups	,691	2	,345	,319	,727
	Within Groups	456,168	421	1,084		

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Total		456,858	423			
Skrb za nosečnice v slovenskem zdravstvenem sistemu je optimalna.	Between Groups	37,020	2	18,510	24,239	,000
	Within Groups	320,729	420	,764		
	Total	357,749	422			
Nosečnice poznajo in ločijo kompetence babice in zdravnika ginekologa.	Between Groups	8,884	2	4,442	4,558	,011
	Within Groups	412,236	423	,975		
	Total	421,120	425			
Zdravniki prepuščajo spremljanje normalnega poroda babicam.	Between Groups	1,684	2	,842	,856	,426
	Within Groups	414,069	421	,984		
	Total	415,752	423			
Babice v Sloveniji kompetentno in strokovno izvajajo programe priprave na porod za nosečnice.	Between Groups	16,422	2	8,211	8,495	,000
	Within Groups	406,927	421	,967		
	Total	423,349	423			

## Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Zaposlitvena raven	(J) Zaposlitvena raven	Mean Diff. (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Babica je dovolj kompetentna za vodenje zdrave nosečnosti.	primarna raven	sekundarna raven	-,017	,113	1,000	-,29	,25
		terciarna raven	-,420*	,140	,009	-,76	-,08
	sekundarna raven	primarna raven	,017	,113	1,000	-,25	,29
		terciarna raven	-,403*	,131	,007	-,72	-,09
	terciarna raven	primarna raven	,420*	,140	,009	,08	,76
		sekundarna raven	,403*	,131	,007	,09	,72
Vključitev babice v spremljanje zdrave nosečnosti bi pripomoglo k zmanjšanju stroškov storitve.	primarna raven	sekundarna raven	,013	,119	1,000	-,27	,30
		terciarna raven	-,141	,148	1,000	-,50	,22
	sekundarna raven	primarna raven	-,013	,119	1,000	-,30	,27
		terciarna raven	-,153	,138	,806	-,49	,18
	terciarna raven	primarna raven	,141	,148	1,000	-,22	,50
		sekundarna raven	,153	,138	,806	-,18	,49
Skupna obravnava babice in ginekologa bi izboljšala zadovoljstvo nosečnice s storitvijo.	primarna raven	sekundarna raven	-,182	,097	,182	-,42	,05
		terciarna raven	-,255	,120	,105	-,54	,03
	sekundarna raven	primarna raven	,182	,097	,182	-,05	,42
		terciarna raven	-,073	,113	1,000	-,34	,20
	terciarna raven	primarna raven	,255	,120	,105	-,03	,54
		sekundarna raven	,073	,113	1,000	-,20	,34
Babice bi v prihodnje šivale poškodbe porodne poti.	primarna raven	sekundarna raven	-,102	,144	1,000	-,45	,24
		terciarna raven	-,461*	,180	,032	-,89	-,03
	sekundarna raven	primarna raven	,102	,144	1,000	-,24	,45
		terciarna raven	-,359	,168	,101	-,76	,05
	terciarna raven	primarna raven	,461*	,180	,032	,03	,89



Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Zaposlitvena raven	(J) Zaposlitvena raven	Mean Diff. (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
		sekundarna raven	,359	,168	,101	-,05	,76
Babice imajo izkušnje za opravljanje pregledov v zdravi nosečnosti.	primarna raven	sekundarna raven	,158	,118	,552	-,13	,44
		terciarna raven	-,175	,148	,712	-,53	,18
	sekundarna raven	primarna raven	-,158	,118	,552	-,44	,13
		terciarna raven	-,332	,138	,050	-,66	,00
terciarna raven	primarna raven	,175	,148	,712	-,18	,53	
	sekundarna raven	,332	,138	,050	,00	,66	
Nosečnica bi morala imeti možnost izbrati babico, ki bi jo spremljala v času poroda.	primarna raven	sekundarna raven	,123	,127	,993	-,18	,43
		terciarna raven	-,191	,158	,678	-,57	,19
	sekundarna raven	primarna raven	-,123	,127	,993	-,43	,18
		terciarna raven	-,315	,148	,101	-,67	,04
terciarna raven	primarna raven	,191	,158	,678	-,19	,57	
	sekundarna raven	,315	,148	,101	-,04	,67	
Babice bi v prihodnje šivale prerez presredka.	primarna raven	sekundarna raven	,093	,139	1,000	-,24	,43
		terciarna raven	-,280	,173	,321	-,70	,14
	sekundarna raven	primarna raven	-,093	,139	1,000	-,43	,24
		terciarna raven	-,373	,162	,065	-,76	,02
terciarna raven	primarna raven	,280	,173	,321	-,14	,70	
	sekundarna raven	,373	,162	,065	-,02	,76	
Babice si želijo izvajati 5 pregledov v normalni nosečnosti.	primarna raven	sekundarna raven	,112	,123	1,000	-,18	,41
		terciarna raven	-,123	,153	1,000	-,49	,25
	sekundarna raven	primarna raven	-,112	,123	1,000	-,41	,18
		terciarna raven	-,235	,143	,306	-,58	,11
terciarna raven	primarna raven	,123	,153	1,000	-,25	,49	
	sekundarna raven	,235	,143	,306	-,11	,58	
Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju poroda.	primarna raven	sekundarna raven	,242	,130	,191	-,07	,55
		terciarna raven	,221	,161	,515	-,17	,61
	sekundarna raven	primarna raven	-,242	,130	,191	-,55	,07
		terciarna raven	-,020	,151	1,000	-,38	,34
terciarna raven	primarna raven	-,221	,161	,515	-,61	,17	
	sekundarna raven	,020	,151	1,000	-,34	,38	
Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju nosečnosti.	primarna raven	sekundarna raven	,032	,110	1,000	-,23	,30
		terciarna raven	-,358	,136	,027	-,69	-,03
	sekundarna raven	primarna raven	-,032	,110	1,000	-,30	,23
		terciarna raven	-,390	,128	,007	-,70	-,08
terciarna raven	primarna raven	,358	,136	,027	,03	,69	
	sekundarna raven	,390	,128	,007	,08	,70	
Izkušnje poroda bi bile za ženske boljše, če bi babico že prej spoznale.	primarna raven	sekundarna raven	-,182	,104	,239	-,43	,07
		terciarna raven	-,253	,129	,153	-,56	,06
	sekundarna raven	primarna raven	,182	,104	,239	-,07	,43
		terciarna raven	-,070	,121	1,000	-,36	,22
terciarna raven	primarna raven	,253	,129	,153	-,06	,56	
	sekundarna raven	,070	,121	1,000	-,22	,36	
Zdravniki so zaradi velikega števila nosečnic, ki jih	primarna raven	sekundarna raven	,335	,114	,010	,06	,61
		terciarna raven	,346	,141	,044	,01	,68

Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Zaposlitvena raven	(J) Zaposlitvena raven	Mean Diff. (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
obravnavajo, preobremenjeni.	sekundarna raven	primarna raven	-,335*	,114	,010	-,61	-,06
		terciarna raven	,010	,132	1,000	-,31	,33
	terciarna raven	primarna raven	-,346*	,141	,044	-,68	,00
		sekundarna raven	-,010	,132	1,000	-,33	,31
Zdravniki bi potrebovali več časa za obravnavo posamezne nosečnice.	primarna raven	sekundarna raven	,159	,094	,277	-,07	,39
		terciarna raven	,216	,117	,196	-,06	,50
	sekundarna raven	primarna raven	-,159	,094	,277	-,39	,07
		terciarna raven	,057	,109	1,000	-,21	,32
	terciarna raven	primarna raven	-,216	,117	,196	-,50	,06
		sekundarna raven	-,057	,109	1,000	-,32	,21
Babice bi jemale bris materničnega vratu.	primarna raven	sekundarna raven	-,189	,136	,493	-,52	,14
		terciarna raven	-,335	,169	,145	-,74	,07
	sekundarna raven	primarna raven	,189	,136	,493	-,14	,52
		terciarna raven	-,146	,158	1,000	-,53	,23
	terciarna raven	primarna raven	,335	,169	,145	-,07	,74
		sekundarna raven	,146	,158	1,000	-,23	,53
Babica je dovolj kompetentna za spremljanje normalnega poroda.	primarna raven	sekundarna raven	-,184	,082	,075	-,38	,01
		terciarna raven	-,411*	,101	,000	-,65	-,17
	sekundarna raven	primarna raven	,184	,082	,075	-,01	,38
		terciarna raven	-,227	,095	,051	-,46	,00
	terciarna raven	primarna raven	,411*	,101	,000	,17	,65
		sekundarna raven	,227	,095	,051	,00	,46
Babice si želijo spremljati normalen porod.	primarna raven	sekundarna raven	-,114	,094	,681	-,34	,11
		terciarna raven	-,286*	,117	,045	-,57	,00
	sekundarna raven	primarna raven	,114	,094	,681	-,11	,34
		terciarna raven	-,172	,109	,350	-,43	,09
	terciarna raven	primarna raven	,286*	,117	,045	,00	,57
		sekundarna raven	,172	,109	,350	-,09	,43
Babica je kompetentna za izvajanje pregleda posteljice.	primarna raven	sekundarna raven	-,422*	,102	,000	-,67	-,18
		terciarna raven	-,602*	,126	,000	-,91	-,30
	sekundarna raven	primarna raven	,422*	,102	,000	,18	,67
		terciarna raven	-,181	,118	,380	-,46	,10
	terciarna raven	primarna raven	,602*	,126	,000	,30	,91
		sekundarna raven	,181	,118	,380	-,10	,46
Babica je kompetentna za izvajanje epiziotomije.	primarna raven	sekundarna raven	-,030	,105	1,000	-,28	,22
		terciarna raven	-,405*	,131	,006	-,72	-,09
	sekundarna raven	primarna raven	,030	,105	1,000	-,22	,28
		terciarna raven	-,375*	,122	,007	-,67	-,08
	terciarna raven	primarna raven	,405*	,131	,006	,09	,72
		sekundarna raven	,375*	,122	,007	,08	,67
Babice imajo dovolj znanja za spremljanje normalnega poroda.	primarna raven	sekundarna raven	-,193*	,074	,029	-,37	-,01
		terciarna raven	-,308*	,092	,003	-,53	-,09
	sekundarna raven	primarna raven	,193*	,074	,029	,01	,37
		terciarna raven	-,115	,086	,547	-,32	,09
	terciarna raven	primarna raven	,308*	,092	,003	,09	,53

### Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Zaposlitvena raven	(J) Zaposlitvena raven	Mean Diff. (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
		sekundarna raven	,115	,086	,547	-,09	,32
Za zadovoljstvo žensk z izkušnjo poroda je najpomembnejši odnos babica – porodnica.	primarna raven	sekundarna raven	-,103	,100	,904	-,34	,14
		terciarna raven	-,249	,124	,138	-,55	,05
	sekundarna raven	primarna raven	,103	,100	,904	-,14	,34
		terciarna raven	-,146	,116	,633	-,43	,13
terciarna raven	primarna raven	,249	,124	,138	-,05	,55	
	sekundarna raven	,146	,116	,633	-,13	,43	
Babice so usposobljene za ugotavljanje nosečnosti z visokim tveganjem.	primarna raven	sekundarna raven	,116	,118	,978	-,17	,40
		terciarna raven	-,180	,147	,667	-,53	,17
	sekundarna raven	primarna raven	-,116	,118	,978	-,40	,17
		terciarna raven	-,296	,138	,096	-,63	,03
terciarna raven	primarna raven	,180	,147	,667	-,17	,53	
	sekundarna raven	,296	,138	,096	-,03	,63	
Babištvo v Sloveniji se hitro prilagaja trendom v svetu.	primarna raven	sekundarna raven	,420*	,106	,000	,17	,67
		terciarna raven	,597*	,132	,000	,28	,91
	sekundarna raven	primarna raven	-,420*	,106	,000	-,67	-,17
		terciarna raven	,177	,123	,458	-,12	,47
terciarna raven	primarna raven	-,597*	,132	,000	-,91	-,28	
	sekundarna raven	-,177	,123	,458	-,47	,12	
Zdravniki prepuščajo vodenje zdrave nosečnosti babicam.	primarna raven	sekundarna raven	,523*	,135	,000	,20	,85
		terciarna raven	,515*	,169	,007	,11	,92
	sekundarna raven	primarna raven	-,523*	,135	,000	-,85	-,20
		terciarna raven	-,008	,158	1,000	-,39	,37
terciarna raven	primarna raven	-,515*	,169	,007	-,92	-,11	
	sekundarna raven	,008	,158	1,000	-,37	,39	
Razdelitev dela med babicami in zdravniki je primerna in optimalna.	primarna raven	sekundarna raven	-,162	,103	,345	-,41	,08
		terciarna raven	,244	,128	,172	-,06	,55
	sekundarna raven	primarna raven	,162	,103	,345	-,08	,41
		terciarna raven	,406*	,119	,002	,12	,69
terciarna raven	primarna raven	-,244	,128	,172	-,55	,06	
	sekundarna raven	-,406*	,119	,002	-,69	-,12	
Nosečnice enako zaupajo zdravniku kot babici.	primarna raven	sekundarna raven	,086	,116	1,000	-,19	,36
		terciarna raven	,016	,144	1,000	-,33	,36
	sekundarna raven	primarna raven	-,086	,116	1,000	-,36	,19
		terciarna raven	-,070	,134	1,000	-,39	,25
terciarna raven	primarna raven	-,016	,144	1,000	-,36	,33	
	sekundarna raven	,070	,134	1,000	-,25	,39	
Skrb za nosečnice v slovenskem zdravstvenem sistemu je optimalna.	primarna raven	sekundarna raven	,429*	,097	,000	,20	,66
		terciarna raven	,822*	,120	,000	,53	1,11
	sekundarna raven	primarna raven	-,429*	,097	,000	-,66	-,20
		terciarna raven	,393*	,113	,002	,12	,66
terciarna raven	primarna raven	-,822*	,120	,000	-,11	-,53	
	sekundarna raven	-,393*	,113	,002	-,66	-,12	
Nosečnice poznajo in ločijo kompetence babice in	primarna raven	sekundarna raven	,088	,109	1,000	-,17	,35
		terciarna raven	,399*	,136	,010	,07	,73

### Multiple Comparisons

Bonferroni

Dependent Variable	(I) Zaposlitvena raven	(J) Zaposlitvena raven	Mean Diff. (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
zdravnika ginekologa.	sekundarna raven	primarna raven	-,088	,109	1,000	-,35	,17
		terciarna raven	,311*	,127	,044	,01	,62
	terciarna raven	primarna raven	-,399*	,136	,010	-,73	-,07
Zdravniki prepuščajo spremljanje normalnega poroda bobicam.	sekundarna raven	primarna raven	-,311*	,127	,044	-,62	,00
		terciarna raven	,069	,110	1,000	-,20	,33
	primarna raven	sekundarna raven	,179	,137	,574	-,15	,51
		terciarna raven	-,069	,110	1,000	-,33	,20
	terciarna raven	primarna raven	,111	,128	1,000	-,20	,42
		sekundarna raven	-,179	,137	,574	-,51	,15
Babice v Sloveniji kompetentno in strokovno izvajajo programe priprave na porod za nosečnice.	sekundarna raven	primarna raven	-,111	,128	1,000	-,42	,20
		terciarna raven	,366*	,109	,003	,10	,63
	primarna raven	sekundarna raven	,503*	,136	,001	,18	,83
		terciarna raven	-,366*	,109	,003	-,63	-,10
	terciarna raven	primarna raven	,137	,127	,845	-,17	,44
		sekundarna raven	-,503*	,136	,001	-,83	-,18
terciarna raven	primarna raven	-,137	,127	,845	-,44	,17	
	sekundarna raven						

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

### POVEZANOST TRAJANJA ZAPOSLOTITVE IN STAROSTI S STOPNJO STRINJANJA:

		Trajanje zaposlitve v letih	Starost
Trajanje zaposlitve v letih	Spearman's rho Coefficient	1,000	,876**
	Sig. (2-tailed)	.	,000
	N	426	426
Starost	Spearman's rho Coefficient	,876**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	.
	N	426	426
Babica je dovolj kompetentna za vodenje zdrave nosečnosti.	Spearman's rho Coefficient	-,045	-,135**
	Sig. (2-tailed)	,353	,005
	N	426	426
Vključitev babice v spremljanje zdrave nosečnosti bi pripomogla k zmanjšanju stroškov storitve.	Spearman's rho Coefficient	-,024	-,090
	Sig. (2-tailed)	,627	,064
	N	426	426
Skupna obravnava babice in ginekologa bi izboljšala zadovoljstvo nosečnice s storitvijo.	Spearman's rho Coefficient	-,130**	-,205**
	Sig. (2-tailed)	,007	,000
	N	425	425
Babice bi v prihodnje šivale poškodbe porodne poti.	Spearman's rho Coefficient	-,038	-,125**
	Sig. (2-tailed)	,429	,010
	N	425	425
Babice imajo izkušnje za opravljanje pregledov v zdravi nosečnosti.	Spearman's rho Coefficient	,054	-,008
	Sig. (2-tailed)	,265	,871
	N	424	424
Nosečnica bi morala imeti možnost izbrati babico, ki bi jo spremljala v času poroda.	Spearman's rho Coefficient	,016	-,054
	Sig. (2-tailed)	,739	,262
	N	426	426
Babice bi v prihodnje šivale epiziotomijo.	Spearman's rho Coefficient	-,008	-,109*
	Sig. (2-tailed)	,873	,024
	N	425	425

		Trajanje zaposlitve v letih	Starost
Babice si želijo izvajati 5 pregledov v normalni nosečnosti.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,103* ,034 424	-,153** ,002 424
Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju poroda.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	,141** ,004 425	,129** ,008 425
Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju nosečnosti.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,079 ,104 424	-,124* ,011 424
Izkušnje poroda bi bile za ženske boljše, če bi babico že prej spoznale.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,117* ,016 426	-,173** ,000 426
Zdravniki so zaradi velikega števila nosečnic, ki jih obravnavajo, preobremenjeni.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,063 ,196 422	-,019 ,691 422
Zdravniki bi potrebovali več časa za obravnavo posamezne nosečnice.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,092 ,058 425	-,073 ,134 425
Babice bi jemale bris materničnega vratu.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,010 ,834 426	-,079 ,103 426
Babica je dovolj kompetentna spremljanje normalnega poroda.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,069 ,157 424	-,100* ,039 424
Babice si želijo spremljati normalen porod.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,054 ,265 424	-,134** ,006 424
Babica je kompetentna za izvajanje pregleda posteljice.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,055 ,254 426	-,113* ,020 426
Babica je kompetentna za izvajanje epiziotomije.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	,025 ,602 426	-,067 ,171 426
Babice imajo dovolj znanja za spremljanje normalnega poroda.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,015 ,756 425	-,050 ,304 425
Za zadovoljstvo žensk z izkušnjo poroda je najpomembnejši odnos babica – porodnica.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	,050 ,305 424	-,086 ,075 424
Babice so usposobljene za ugotavljanje nosečnosti z visokim tveganjem.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	,008 ,867 425	-,094 ,053 425
Babištvo v Sloveniji se hitro prilagaja trendom v svetu.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	,271** ,000 426	,260** ,000 426
Zdravniki prepuščajo vodenje zdrave nosečnosti babicam.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	,132** ,006 423	,084 ,083 423
Razdelitev dela med babicami in zdravniki je primerna in optimalna.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	,078 ,110 425	,120* ,013 425
Nosečnice enako zaupajo zdravniku kot babici.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	,084 ,083 424	,035 ,472 424
Skrb za nosečnice v slovenskem zdravstvenem sistemu je optimalna.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	,252** ,000 423	,276** ,000 423
Nosečnice poznajo in ločijo kompetence babice in zdravnika ginekologa.	Spearman's rho Coefficient Sig. (2-tailed) N	,178** ,000 426	,189** ,000 426

		Trajanje zaposlitve v letih	Starost
Zdravniki prepuščajo spremljanje normalnega poroda bobicam.	Spearman's rho Coefficient	,006	-,083
	Sig. (2-tailed)	,896	,089
	N	424	424
Babice v Sloveniji kompetentno in strokovno izvajajo programe priprave na porod za nosečnice.	Spearman's rho Coefficient	,103 <sup>2</sup>	,022
	Sig. (2-tailed)	,034	,656
	N	424	424

## 7.2 INŠTRUMENT

Spoštovani!

Z željo, da ugotovim védenje, mišljenje in mnenje o medsebojnem sodelovanju babic in ginekologov na vseh zdravstvenih ravneh v slovenskem prostoru, obenem pa izsledke uporabim za magistrsko nalogo pri drugostopenjskem študiju na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice, vas vljudno naprošam, da izpolnite vprašalnik. Vaši cenjeni odgovori, mnenja, kritike, pobude in predlogi mi bodo pomagali pri oceni realnega stanja in oblikovanju aktivnosti, pomembnih za izboljšanje stanja na področju babištva.

### A. Podatki

1. Vaše delovno mesto:
  - a. *zdravnik ginekolog*
  - b. *babica<sup>1</sup>*
2. Na kateri ravni zdravstvenega varstva delujete?
  - a. *Primarna raven.*
  - b. *Sekundarna raven.*
  - c. *Terciarna raven.*
3. Število let zaposlitve v zdravstvu:
  - a. *do 5 let,* b. *6 do 10 let,* c. *11 do 20 let,* d. *21 do 30 let,* e. *31let ali več*
4. Starost:
  - a. *do 25 let,* b. *26 do 30 let,* c. *31 do 35,* d. *36 do 40,* e. *41 do 45,*
  - f. *46 do 50,* g. *51 do 55,* h. *nad 56 let.*

### B. Stališča

Spodnja vprašanja preverjajo vaša stališča do različnih področij dela babic in zdravnikov. Prosimo, da pri vsakem vprašanju obkrožite številko, ki najbolje ponazarja vaš odnos do določenega vidika dela.

1 – Zelo se ne strinjam	2 – Ne strinjam se	3 – Delno se strinjam	4 – Se strinjam	5 – Zelo se strinjam
-------------------------	--------------------	-----------------------	-----------------	----------------------

1. *Babice imajo dovolj znanja za spremljanje normalnega poroda.*      1   2   3   4   5
2. *Babice imajo izkušnje za opravljanje pregledov v zdravi nosečnosti.*      1   2   3   4   5

---

<sup>1</sup> Zaradi poenostavitve vprašalnika termin babica vključuje spekter izobrazb od srednje medicinske sestre babice, vms, dipl.m.s. do diplomirane babice

3. Zdravniki so zaradi velikega števila nosečnic, ki jih obravnavajo, preobremenjeni.	1	2	3	4	5
4. Zdravniki bi potrebovali več časa za obravnavo posamezne nosečnice.	1	2	3	4	5
5. Skupna obravnava babice in ginekologa bi izboljšala zadovoljstvo nosečnice s storitvijo.	1	2	3	4	5
6. Vključitev babice v spremljanje zdrave nosečnosti bi pripomogla k zmanjšanju stroškov storitve.	1	2	3	4	5
7. Babica je dovolj kompetentna za vodenje zdrave nosečnosti.	1	2	3	4	5
8. Babica je dovolj kompetentna za spremljanje normalnega poroda.	1	2	3	4	5
9. Zdravniki prepuščajo vodenje zdrave nosečnosti babicam.	1	2	3	4	5
10. Zdravniki prepuščajo spremljanje normalnega poroda babicam.	1	2	3	4	5
11. Nosečnice enako zaupajo zdravniku kot babici.	1	2	3	4	5
12. Nosečnice poznajo in ločijo kompetence babice in zdravnika ginekologa.	1	2	3	4	5
13. Babice bi jemale bris materničnega vratu.	1	2	3	4	5
14. Razdelitev dela med babicami in zdravniki je primerna in optimalna.	1	2	3	4	5
15. Skrb za nosečnice v slovenskem zdravstvenem sistemu je optimalna.	1	2	3	4	5
16. Babištvo v Sloveniji se hitro prilagaja trendom v svetu.	1	2	3	4	5
17. Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju nosečnosti.	1	2	3	4	5
18. Babice imajo premajhno vlogo pri spremljanju poroda.	1	2	3	4	5
19. Izkušnje poroda bi bile za ženske boljše, če bi babico že prej spoznale.	1	2	3	4	5
20. Nosečnica bi morala imeti možnost izbrati babico, ki bi jo spremljala v času poroda.	1	2	3	4	5
21. Babice v Sloveniji kompetentno in strokovno izvajajo programe priprave na porod za nosečnice.	1	2	3	4	5
22. Babice so usposobljene za ugotavljanje nosečnosti z visokim tveganjem.	1	2	3	4	5
23. Babica je kompetentna za izvajanje prereza presredka.	1	2	3	4	5
24. Babice bi v prihodnje šivale prerezani presredki.	1	2	3	4	5
25. Babica je kompetentna za izvajanje pregleda posteljice.	1	2	3	4	5



26. Babice si želijo spremljati normalen porod.	1	2	3	4	5
27. Babice si želijo izvajati 5 pregledov v normalni nosečnosti	1	2	3	4	5
28. Za zadovoljstvo žensk z izkušnjo poroda je najpomembnejši odnos babica – porodnica.	1	2	3	4	5
29. Babice bi v prihodnje šivale poškodbe porodne poti.	1	2	3	4	5

---

Hvala za sodelovanje!