

# W poszukiwaniu ciągłości opieki: analiza modelu opieki położniczej w Polsce z perspektywy kobiet

---

**Autoreferat kandydatki do stopnia doktora habilitowanego:**

**dr Maria Węgrzynowska**

**Zakład Położnictwa**

**Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego**

Warszawa 2025



## **Spis treści:**

- 1. Dane osobowe**
- 2. Wykształcenie, posiadane dyplomy, stopnie naukowe**
- 3. Zatrudnienie**
- 4. Omówienie osiągnięć naukowych o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.).**
  - 4.1. Tytuł osiągnięcia naukowego**
  - 4.2. Publikacje wchodzące w skład osiągnięcia naukowego**
  - 4.3. Cel cyklu publikacji, wyniki wraz z ich możliwym wykorzystaniem**
  - 4.4. Tytuł dodatkowego osiągnięcia naukowego, publikacje wchodzące w jego skład wraz z ich możliwym wykorzystaniem**
- 5. Istotna aktywność naukowa realizowana w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej, w szczególności zagranicznej**
- 6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę**
- 7. Inne informacje dotyczące kariery zawodowej**



## 8. 1. Dane osobowe

Imię i nazwisko: **Maria Węgrzynowska**

Aktualne miejsce pracy i stanowisko: **Adiunkt w Zakładzie Położnictwa**, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego ul. Żelazna 90, 01-004 Warszawa Tel. 666 263 196  
maria.wegrzynowska@cmkp.edu.pl

## 2. Wykształcenie, posiadane dyplomy, stopnie naukowe

- **2019 Tytuł licencjata położnictwa**

Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Praca licencjacka: *Postępowanie i opieka nad rodzącą w przypadku braku wystąpienia samoistnej czynności skurczowej po odpłynięciu płynu owodniowego w ciąży donoszonej – studium przypadku* pod kierunkiem położnej, mgr inż. Anny Durki.

2015 – 2019 studia licencjackie na kierunku położnictwo, Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

- **2016 Stopień doktora (PhD)**

School of Nursing and Human Sciences, Dublin City University. Dublin, Irlandia.

Rozprawa doktorska: *Transnational healthcare practices in the enlarged Europe: the case of Polish migrant women in Ireland and their pregnancy and childbirth practice* pod kierunkiem dr Sabiny Stan

2009-2016 studia doktoranckie z dziedziny nauk o zdrowiu, School of Nursing and Human Sciences, Dublin City University. Dublin, Irlandia

- **2009 Tytuł magistra etnologii**

Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej, Uniwersytet Warszawski

Praca magisterska: *Szpital i jego doświadczanie – o narodzinach w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki* pod kierunkiem prof. dr hab. Zofii Sokolewicz

2006 – 2009 studia magisterskie na kierunku etnologia, Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej, Uniwersytet Warszawski

- **2006 Tytuł licencjata etnologii**

Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej, Uniwersytet Warszawski

Praca licencjacka: *Wielebne bloki – specyficzne formy zamieszkiwania na wsi* pod kierunkiem dr Anny Kuczyńskiej-Skrzyppek

2003 – 2006 studia licencjackie na kierunku etnologia, Instytut Etnologii i Antropologii kulturowej, Uniwersytet Warszawski

#### Wybrane kursy i szkolenia:

Celem podejmowanych przeze mnie kursów było doskonalenie warsztatu naukowego w zakresie jakościowych metod badań oraz warsztatu dydaktycznego:

Listopad 2024 Policy Labs: getting public health research into policy and practice, The Policy Institute, King's College London, UK

Październik 2024 Pozyskiwanie funduszy na realizację eksperymentów badawczych i grantów naukowych", Collegium Iuvenum, Centrum Medycznego Kształcenia Podplomowego

Październik 2023 Being the alien. Anthropologists teaching in health education, EASA's Applied Anthropology Network, online

Maj 2014 Discussing Professionalization, Gender, and Care: History of Soviet Health Care in Comparative Perspective", University College Dublin, Ireland, Ethnography Winter School, Department of Anthropology, National University of Ireland, Maynooth, Ireland

Listopad 2012 Interpreting in Palliative Care, Education Centre of St. Francis Hospice, Dublin, Ireland

Czerwiec 2011 Pozwólcie nam się przywitać! – o pierwszym kontakcie po porodzie i możliwościach jego realizacji w oddziałach położniczych, Fundacja Rodzić po Ludzku, Poznań

Czerwiec 2010 Methodology Summer School, School of Nursing and Human Sciences, Dublin City University, Dublin, Ireland

### 3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu

2021 – obecnie **Adiunkt**  
Zakład Położnictwa, Centrum Medycznego Kształcenia Podplomowego, Warszawa

2019 – 2021 **Starszy wykładowca**  
Zakład Położnictwa, Centrum Medycznego Kształcenia Podplomowego, Warszawa, starszy wykładowca.

2019 – 2020 **Położna**  
Oddział Położnictwa, Centrum Medycznego Kształcenia Podplomowego, "Żelazna"

2013 – 2014

**Wykładowca**

School of Nursing and Human Sciences, Dublin City University, Dublin, Irlandia

2012 – 2013

**Tłumaczka środowiskowa**

Con[te] Agencja tłumaczeniowa, Dublin, Irlandia.

## 4. Wskazanie osiągnięcia naukowego

### 4.1. Tytuł osiągnięcia naukowego:

*W poszukiwaniu ciągłości opieki: analiza modelu opieki położniczej w Polsce z perspektywy kobiet*

### 4.2 Publikacje

1. Węgrzynowska, M., 2021. Private Services and the Fragmentation of Maternity Care in Poland. *Medical Anthropology*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1883601>

IF: 3,403; Punkcja MNISW: 100

Mój wkład w przygotowanie tej pracy obejmował przygotowanie koncepcji pracy, opracowanie metodologii badań, zebranie danych polegające na przeprowadzeniu wszystkich wywiadów, analizę zebranych danych, interpretację wyników, dobór piśmiennictwa i przygotowanie tekstu, publikację.

Mój wkład w przygotowanie tej pracy obejmował przygotowanie koncepcji pracy, interpretację wyników, dobór piśmiennictwa i przygotowanie tekstu, publikację, kierowanie projektem naukowym obejmującym badania opisane w tej pracy.

IF: 4,9; Punkcja MNISW: 140

3. Węgrzynowska, M., Doroszevska, A., Witkiewicz, M., Baranowska, B., 2020. Polish maternity services in times of crisis: in search of quality care for pregnant women and their babies. *Health Care for Women International*, 1–14.

<https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1830096>

IF: 1,373; Punkcja MNISW: 40

Mój wkład w przygotowanie tej pracy obejmował przygotowanie koncepcji pracy, zebranie danych polegające na przeprowadzeniu dyskusji publicznej, analizę danych, interpretację wyników, dobór piśmiennictwa i przygotowanie tekstu, publikację.

4. Baranowska, B., Węgrzynowska, M., Tataj-Puzyna, U., Crowther, S., 2022. "There has to be a better way": women's pathways to freebirth in Poland. *Women and Birth*, 35(4), e328-e336. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.07.008>

IF: 3,8; Punkcja MNISW: 70

Mój wkład w przygotowanie tej pracy obejmował interpretację wyników, dobór piśmiennictwa i przygotowanie tekstu, publikację.

5. Węgrzynowska, M., Sahrroui, N., Nenko, I., Szlendak, B., Baranowska, B., 2024. Ukrainian women's maternity care strategies in Poland after the full-scale war: understanding unequal access to quality care, *Social Science & Medicine*, 362: 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117409>

Mój wkład w przygotowanie tej pracy obejmował przygotowanie koncepcji pracy, opracowanie metodologii badań, zebranie danych polegające na przeprowadzeniu wszystkich wywiadów z migrantkami, analizę zebranych danych, interpretację wyników, dobór piśmiennictwa i przygotowanie tekstu, publikację, zarządzanie projektem, pozyskanie finansowania projektu.

### 4.3 Cel cyklu publikacji, wyniki wraz z ich możliwym wykorzystaniem

Tematem cyklu publikacji są przemiany systemu opieki nad kobietą w ciąży, porodzie i połogu w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem koncepcji modelu ciągłej opieki położnej. Celem jest opisanie modelu opieki położniczej w Polsce z perspektywy kobiet oraz roli relacji społecznych z uwzględnieniem różnorodnych potrzeb i sytuacji, w jakich kobiety w ciąży, porodzie i połogu się znajdują. Na dzieło habilitacyjne składa się cykl artykułów analizujących jakościowo i ilościowo czynniki wpływające na decyzje kobiet dotyczące wyborów opieki okołoporodowej, ich doświadczenia oraz oczekiwania wobec tej opiekiniej. Innymi słowy, w prezentowanym cyklu artykułów przyglądam się doświadczeniom i praktykom społecznym kobiet związanym z opieką w ciąży, porodzie i połogu i staram się odpowiedzieć na pytanie, jakie wnioski dotyczące modelu opieki położniczej na podstawie tych praktyk i doświadczeń możemy wyciągnąć. Ten cykl publikacji jest też odzwierciedleniem mojej osobistej drogi naukowej i próby łączenia dwóch perspektyw naukowych: antropologicznej/nauk społecznych, od której zaczynałam swoją przygodę z aktywnością naukową z perspektywą położnych, której nabrałam z biegiem czasu.

Doświadczenia osób korzystających z opieki położniczej oraz analiza ich praktyk społecznych stanowią bardzo ważne źródło wiedzy na temat społecznej rzeczywistości modelu opieki położniczej. Perspektywa antropologiczna, z bardzo silną i długą etnograficzną tradycją słuchania i dokumentowania codziennej społecznej rzeczywistości, pozwala na głębsze zrozumienie nie tylko tego, w jaki sposób ludzie rozumieją i doświadczają otaczającą ich rzeczywistość, ale również mechanizmów oddziaływania tej rzeczywistości na życie ludzi w niej funkcjonujących. W kontekście ciąży, porodu i połogu, badania antropologiczne nie tylko przyglądają się temu, jak kobiety i inne osoby rozumieją i doświadczają tych stanów, ale zadają również pytania o to, jak zmieniająca się społeczna rzeczywistość (rozwój technologii medycznej, zmiany geopolityczne, takie jak globalizacja) te doświadczenia kształtuje.

Z kolei perspektywa położnych (midwifery perspective), z bardzo silną tradycją słuchania i odpowiadania na indywidualne potrzeby zdrowotne kobiet i osób w ciąży, porodzie i połogu, pozwala nie tylko na głębsze zrozumienie tych potrzeb, ale rzuca również światło na to, jaki wpływ mają konkretne działania osób świadczących opiekę położniczą na doświadczenia osób nią objętych, wyniki kliniczne i szersze zdrowie społeczeństwa. W tym sensie, badania położnych podejmują próbę odpowiedzi na pytanie, czym jest wysokiej jakości opieka położnicza, zarówno w kontekście indywidualnych potrzeb kobiet, jak i zdrowia szerszego społeczeństwa. Punktem wyjścia perspektywy położnych jest założenie, że każda osoba na świecie, niezależnie od zasobów finansowych, społecznych czy kulturowych, powinna mieć dostęp do wysokiej jakości opieki położniczej.

W Polsce, podobnie jak w innych miejscach na świecie, kobiety w ciąży, porodzie i połogu, a także ich rodziny, starają się zapewnić sobie i swojemu dziecku wysokiej jakości opiekę położniczą. To, czy zapewnią sobie dobrą opiekę oraz to, czym dla nich jest dobra opieka, bardzo zależy od sytuacji, w jakiej się znajdują, włączając w to dostęp do zasobów społecznych, kulturowych i finansowych oraz szerszą sytuację geopolityczną. Brakuje jednak publikacji badających model opieki położniczej z perspektywy kobiet korzystających z niego, które uwzględniałyby różnorodność zasobów, jakimi dysponują kobiety, i złożoność sytuacji, w jakich się znajdują. Cykl prezentowanych przeze mnie

Prywatne świadczenia okołoporodowe często postrzegane są, zarówno przez kobiety jak i personel medyczny, jako sposób na zapewnienie sobie przez kobiety sprawczości, decyzyjności oraz kontroli nad różnymi aspektami tej opieki. Szczególnie w krajach Europy środkowej i wschodniej, w których opieka zdrowotna nie cieszy się dużym zaufaniem publicznym, prywatne świadczenia są dodatkowo często postrzegane jako mechanizm naprawczy, który poprzez stosowanie zasad rynkowych z jednej strony ma zapewnić wyższą jakość opieki, z drugiej zaś, ma promować zmiany w relacji pacjent-personel medyczny, które odzwierciedlałyby bardziej relacje konsumenckie, a co za tym idzie, dawały kobiecie-klientce większą sprawczość. Tymczasem, jak pokazują badania, choć rozpowszechnienie prywatnej opieki położniczej bywa katalizatorem pozytywnych zmian w systemach opieki zdrowotnej,

artykuł powstał na podstawie danych zebranych podczas tych wywiadów. (trzeźwa położeń, lekarzem rodzinnym, neonatologiem oraz ginekologiem-położnikiem). Omawiany (trzeźwa położeń) wywiadów z kobietami w Polsce, oraz sześć wywiadów z personelem medycznym wywiadami z Polkami mieszkającymi w Irlandii, przeprowadziliśmy piętnaście dodatkowych pół-mechanizm działania systemu położniczego w Polsce i moc porównać je z systemem w Irlandii, poza osobny materiał, który nie stanowił podstawy mojej rozprawy doktorskiej. Aby lepiej zrozumieć doświadczeniem migrantek z Polski, które urodziły dziecko w Irlandii. Wywiady te stanowią jednak 2014, tj. w czasie zbierania danych do mojej rozprawy doktorskiej, w której przyglądam się opiece położniczej. Artykuł ten powstał na podstawie wywiadów przeprowadzonych w latach 2011-2014, tj. w czasie zbierania danych do mojej rozprawy doktorskiej, w której przyglądam się w Polsce korzystają z prywatnych świadczeń położniczych oraz jaki ma to wpływ na szerszy kontekst prywatnych świadczeń okołoporodowych i staram się odpowiedzieć na pytanie, dlaczego kobiety w Polsce korzystają z prywatnych świadczeń położniczych oraz jaki ma to wpływ na szerszy kontekst

Medical Anthropology, 1–13.

Węgrzynowska, M. (2021). Private Services and the Fragmentation of Maternity Care in Poland.

## Artykuł 1

które urodziły w Polsce dziecko po wybuchu pełnoskalowej wojny w Ukrainie. szczególnie, w tym kobiet, które decydują się na poród bez asysty medycznej, i migrantek z Ukrainy, 19, a w kolejnych dwóch – modelowi opiece położniczej w Polsce z perspektywy kobiet w sytuacji przeglądam się zasobom systemu opieki położniczej w sytuacji kryzysu, jakim była pandemia COVID-sprostać potrzebom osób w sytuacjach szczególnych, świadcząc o jego jakości. W trzecim artykule kontekście kryzysu bądź sytuacji wyjątkowej, przyjmując założenie, że to, jak model opieki jest w stanie finansową. W kolejnych trzech artykułach cyklu przyglądam się modelowi opiece położniczej w w grupie badanych była nadreprezentacja kobiet z wyższym wykształceniem i dobrą sytuacją artykułu, opartego na danych ilościowych zbieranych za pomocą ankiet dostępnej w Internecie, tymczasem brakuje badań, które przyjmowałyby perspektywę klasy średniej. W przypadku drugiego badania z obszaru nauk społecznych uwaga skupiona jest na grupach marginalizowanych, pierwszego artykułu z założenia rekrutowałam przede wszystkim kobiety z tej grupy. W wielu finansowymi, które wiele z nich pozwały na korzystanie z prywatnej opieki zdrowotnej. W przypadku kobiet z szeroko rozumianej klasy średniej, często z wyższym wykształceniem oraz zasobami społecznymi i kulturowymi. W tych dwóch artykułach grupę badanych stanowiły przede wszystkim porodzie i porodu z perspektywy kobiet, które w dużej mierze dysponują zasobami finansowymi, W pierwszych dwóch artykułach cyklu przyglądam się modelowi opiece nad kobietami w ciąży,

położniczej, stara się wypchnąć tę lukę.

artykułów, w których łączę analizę szerszego kontekstu społecznego z analizą jakości opieki

jej wpływ na realną sprawczość i decyzyjność kobiet w ciąży, porodzie i położeniu jest ograniczony (Pantović, 2022; Temkina and Rivkin-Fish, 2019; Zadoroznyj, 2001).

Moje badania wskazują również, że to nie chęć wpływania na decyzje medyczne i formy opieki motywowała kobiety do korzystania z prywatnej opieki położniczej. Kobiety z którymi rozmawiałam rzeczywiście nie darzyły zaufaniem opieki finansowanej ze źródeł publicznych i obawiały się złego traktowania i gorszej opieki. Korzystały one więc z prywatnych świadczeń, ponieważ pozwalały im one zbudować relacje społeczne z lekarzem bądź położną, a przez te relacje uzyskać silniejszą pozycję społeczną. Dwoma najpowszechniejszymi strategiami budowania takich relacji społecznych, które, poza lepszą opieką, miałyby gwarantować miejsce w szpitalu, było prowadzenie ciąży w prywatnych gabinetach lekarzy pracujących w konkretnych szpitalach oraz opłacenie prywatnych usług położnej. Poprzez te strategie kobiety stawały się, jak to same określały, „czyjąś pacjentką”, a status ten, w ich przekonaniu miał je chronić przed ewentualnym złym traktowaniem i gorszą opieką. Kobiety również wierzyły, że pozycja „czyjejś pacjentki” chroni je przed odmową przyjęcia do szpitala w wypadku braku wolnych miejsc. Wbrew powszechnym opiniom zarówno wśród personelu medycznego jak i samych kobiet, to nie możliwość kontroli oraz decydowania o konkretnych procedurach medycznych, a możliwość nawiązania relacji z położną bądź lekarzem, była głównym impulsem do korzystania z prywatnych świadczeń i dawała kobietom poczucie bezpieczeństwa.

W artykule zauważam, że wzrastająca popularność prywatnych świadczeń może mieć negatywny wpływ na opiekę finansowaną ze źródeł publicznych poprzez odpływ najlepszych specjalistów z sektora publicznego do prywatnego oraz ograniczoną dostępność najlepszych szpitali dla osób, które z prywatnych świadczeń personelu tam zatrudnionego nie mogą skorzystać.

Badania jakościowe pokazały, że kobiety postrzegały prywatną opiekę (a właściwie relację społeczną i wynikające z niej zobowiązanie) jako gwarancję wyższej jakości opieki. Jako położną interesowała mnie jednak, czy relacja społeczna nawiązana przez prywatne świadczenia rzeczywiście przekłada się na praktyki w opiece, wyniki kliniczne oraz na rzeczywisty (a nie oczekiwany) dostęp do wybranych szpitali. Większość badań antropologicznych zajmujących się nierównościami w dostępie do opieki, nie podejmuje próby odpowiedzi na to pytanie. Pewien wyjątek stanowi artykuł Diniz i Chacham (Diniz and Chacham, 2004) analizujący nadużycie zabiegu cesarskiego cięcia w sektorze prywatnej opieki położniczej w Sao Paulo w Brazylii, oraz zabiegu epiziotomii w sektorze publicznym. Autorki pokazują, jak dostęp do prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, a co za tym idzie, prywatnych szpitali, gdzie ok. ¾ porodów kończy się cesarskim cięciem, powoduje, że kobiety z prywatnym ubezpieczeniem znajdują się w grupie znacznie wyższego ryzyka cesarskiego cięcia, zaś kobiety biedniejsze, które nie mają ubezpieczenia, są znacznie bardziej narażone na epiziotomię. Obie grupy doświadczają innej, choć w obu przypadkach nieoptymalnej, niezgodnej z najnowszą wiedzą opieki.

W taki sposób, wyniki mojego pierwszego artykułu stały się punktem wyjścia do rozważań nad jakością opieki i realnym wpływem prywatnych świadczeń na jakość opieki położniczej.

## Artykuł 2

Węgrzynowska M, Nenko I, Raczkiewicz D, Baranowska B. *Investment in the peace of mind? How private services change the landscape of maternity care in Poland*. *Social Science & Medicine*, 2023; 337: 1-8

W drugim artykule cyklu, zatytułowanym *Investment in the peace of mind? How private services change the landscape of maternity care in Poland*, opublikowanym w czasopiśmie *Social Science & Medicine* (IF 4.9) staram się odpowiedzieć na pytanie, czy prywatne świadczenia położnicze (w tym prywatna opieka prenatalna oraz indywidualna opieka wybranej położnej w porodzie) wpływają na

jakości opieki okołoporodowej. Punktem wyjścia do tych rozważań były wyniki zaprezentowane w wyżej omówionym artykule (artykuł 1), z których wynikało, że kobiety w Polsce prywatna opieka położniczą traktują jako gwarancję lepszej opieki oraz zapewnienie sobie dostępu do wybranych szpitali położniczych. Badania z innych krajów o wysokim dochodzie wykazały, że kobiety, które korzystały z prywatnej opieki położniczej częściej doświadczały w porodzie interwencji medycznych takich jak indukcja, stymulacja czynności skurczowej macicy czy cesarskiego cięcia (Craven et al., 2020; Dahlen et al., 2012; Lutomski et al., 2014). Różnic tych nie wyjaśniają różnice kliniczne pomiędzy tymi grupami takie jak dodatkowe obciążenia chorobami czy wiek. Nawet w przypadku kobiet niskiego ryzyka, czyli zdrowych, różnice w poziomie medykacji pozostały istotnie statystycznie. Badania te sugerują, że zwiększona medykalizacja w sektorze prywatnym może być motwowana sposobem finansowania/rozliczania świadczeń w prywatnych ośrodkach (Yu et al., 2022). Innym możliwym wyjaśnieniem było to, kto sprawuje opiekę nad kobietą w danym modelu – w prywatnej opiece w wielu krajach są to częściej lekarze specjaliści, w publicznym – większa jest rola położnych, a znów badania wskazują, że w tych modelach opieki, gdzie większą rolę odgrywają położne, opieka na ogół była mniej zmedykalizowana (Dahlen et al., 2012; Lutomski et al., 2014). Są też badania sugerujące, że prywatny model opieki w większym stopniu umożliwia kobietom wpływanie na kształt opieki, a wyższy odsetek cesarskich cięć może być związany z podmiotowością konsumentką i tym, co powszechnie nazywane jest „kupowaniem sobie cesarek” (Craven et al., 2020).

Aby odpowiedzieć na postawione w projekcie pytanie, poddałyśmy analizie 4402 kwestionariusz wypelnione przez kobiety w ciąży niskiego ryzyka, które rodziły po raz pierwszy. Kwestionariusz dostępny był online, zawierał szereg pytań dotyczących opieki w ciąży i porodzie, i skierowany był do kobiet, które rodziły w Polsce w latach 2020 i 2021. Z 4402 kobiet wiązanych do badania, 78,4% (n = 3449) odpowiedziały, że korzystały głównie z prywatnej opieki w czasie ciąży, a 3,5% (n=144) kobiet odpowiedziało, że korzystało z indywidualnej, prywatnej opieki położnej w czasie porodu. Opieka, jaką otrzymały w porodzie kobiety korzystające z prywatnej opieki prenatalnej, nie różniła się w istotnie statystycznie od opieki, którą otrzymały kobiety korzystające głównie ze świadczeń finansowanych z środków publicznych. Porody kobiet z obu grup również często kończyły się cesarskim cięciem (27,9%) (n = 1227), były indukowane 44,7% (n = 1793) oraz stymulowane kropiówką z oksytocyną (74%) (n = 2967). Nie było istotnych statystycznie różnic w odsetku nacięć krocza. Od kobiet również często wymagano pozycji leżącej w czasie badania KTG 51,9% (n = 2028) oraz pozycji leżącej w czasie drugiego okresu porodu 55,6% (n = 1899).

Różnice w opiece pojawiły się, kiedy porównaliśmy porody kobiet, które korzystały z prywatnej, dedykowanej opieki położnej z porodami kobiet, które z takich usług nie korzystały. Kobiety z dedykowaną położną miały o 36% niższe ryzyko cesarskiego cięcia w porodzie (OR = 0,64, 95% CI: 0,39–0,99), o 49% większe szanse na poród w pozycji wertykalnej (OR = 1,49, 95% CI: 1,04–2,15) oraz o 62% większe szanse, aby móc swobodnie poruszać się w czasie badania KTG. Analiza statystyczna nie wykazała różnic w prawdopodobieństwie indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej i nacięć krocza pomiędzy tymi grupami.

Ku naszemu zaskoczeniu, tylko 0,01% (n=43) odpowiedziało, że nie dostały się do wybranego przez siebie szpitala położniczego z powodu braku miejsc. Opierając się na danych jakościowych zaprezentowanych w artykule 1, w których strach przed byciem odesłaną z wybranego szpitala pojawiał się w prawie każdym wywiadzie, a prywatne świadczenia były przez kobiety postrzegane jako gwarancja dostępu do wybranego szpitala, oczekiwaliśmy, że problem ten będzie dotyczył znacznie większej grupy kobiet. Co ciekawe, analiza pokazała, że wbrew przekonaniu kobiet, prywatna opieka nie stanowiła gwarancji: z 43 kobiet, które nie zostały przyjęte do wybranego szpitala, 36 korzystało z prywatnych świadczeń a 7 z opieki finansowanej ze źródeł publicznych.

Nasze wyniki wskazują ponownie na rolę ciągłości opieki i relacji społecznych w budowaniu wysokiej jakości opieki położniczej. Kobiety, które korzystały z usług dedykowanej położnej, częściej doświadczały wyższej jakości opieki. Zarówno pozycje wertykalne jako i swoboda poruszania się w porodzie korzystnie wpływają na przebieg porodu, skracając jego długość, zmniejszając zapotrzebowanie na znieczulenie zewnątrzoponowe oraz obniżając ryzyko cesarskiego cięcia (Gupta et al., 2017; Lawrence et al., 2013; Walker et al., 2018). Te formy opieki wymagają jednak dodatkowego czasu, uwagi i energii położnej (osoby sprawującej opiekę), którą bardzo trudno jest okazać, kiedy jedna osoba opiekuje się kilkoma osobami jednocześnie, jest zmęczona lub mało doświadczona.

Znaczna część literatury analizującej formy i wpływ relacji społecznych pomiędzy pacjentkami a personelem medycznym na jakość opieki okołoporodowej osadzona jest w realiach krajów postsocjalistycznych i budowanie tych relacji, czy to za pomocą zasobów społecznych (znajomości), prywatnych gabinetów, czy prywatnych usług w publicznych szpitalach (zasoby finansowe kobiety), interpretowana jest jako strategia typowa dla tego kontekstu postsocjalistycznego „zmiękczenia” czy „ocieplenia” wyjątkowo silnie patriarchalnej relacji pacjent-lekarz (Rivkin-Fish, 2005; Temkina & Rivkin-Fish, 2019).

W omawianym artykule sugeruję, że opieranie się na relacjach społecznych i budowanie relacji z personelem medycznym jest zjawiskiem bardziej uniwersalnym i wraz ze swoimi specyficznymi, lokalnymi odcieniami ma miejsce w wielu krajach, również Europy zachodniej. W badaniu z Wielkiej Brytanii Finlay i Sandall (2009) porównują model opieki, w którym położne opiekują się stałą, a przez to ograniczoną liczbą pacjentek, oferując im ciągłość opieki zaczynając od opieki prenatalnej, poprzez poród na opiece w położu kończąc, ze standardowym modelem, w którym nie ma zapewnionej ciągłości i pacjentką na każdej wizycie opiekuje się inna położna. Finlay i Sandall pokazują, że położne, które nawiązały relacje społeczne ze swoimi pacjentkami znacznie częściej gotowe były bronić ich interesów i potrzeb, czasami kosztem nagięcia niektórych zasad i potrzeb instytucji w których pracowały. Z drugiej strony, położne pracujące w standardowym modelu opieki znacznie bardziej czuły się zobligowane bronić „interesów” placówki, w której pracowały, które to interesy (przede wszystkim wymóg efektywności) mogły stać w sprzeczności z interesami czy potrzebami kobiet, którymi się opiekowały. Tak więc relacje społeczne i ich wpływ na opiekę zdają się sięgać poza kontekst krajów postsocjalistycznych. Należy na nie spojrzeć w kontekście szerszych nierówności, charakterystycznych dla wielu systemów opieki zdrowotnych, gdzie możliwość zbudowania relacji społecznych z osobami świadczącymi opiekę (zarówno położnymi i lekarzami) stała się produktem luksusowym, za który można zapłacić w sektorze usług prywatnych.

### Artykuł 3

Węgrzynowska, M., Doroszevska, A., Witkiewicz, M., & Baranowska, B. 2020. *Polish maternity services in times of crisis: In search of quality care for pregnant women and their babies*. Health Care for Women International, 1–14.

Jednym z ważnych elementów analizy modelu opieki położniczej (jego silnych stron oraz ewentualnych deficytów) jest przyjrzenie się temu modelowi w kontekście sytuacji kryzysowych oraz z perspektywy osób w sytuacjach szczególnych. Sytuacje kryzysowe, takie jak pandemia COVID-19 czy wybuch wojny w Ukrainie stanowią „sprawdzian” wydolności oraz jakości systemów opieki zdrowotnej, ponieważ uwypuklają jego niedociągnięcia. Z drugiej, jak już wspomniałam we wstępie, to w jaki sposób model opieki jest w stanie sprostać potrzebom osób w sytuacjach szczególnych, może być ważnym wskaźnikiem jego jakości. W trzecim, czwartym oraz piątym artykule cyklu przyglądam się modelowi opieki położniczej w Polsce w kontekście kryzysu bądź sytuacji wyjątkowej.

Kryzys związany z wybuchem pandemii wywpukili też deficyty polskiego modelu opieki położniczej. Głównym problemem, jaki omawiam w prezentowanym artykule, jest brak alternatywy dla porodów w szpitalu oraz wysoka medykalizacja opieki położniczej i stała współpraca różnych grup zawodowych związanych z opieką nad kobietami w ciąży, porodzie i położeniu, w tym towarzystw naukowych zaangażowanych w kształtowanie wytycznych postępowania. W 2020 roku w Polsce funkcjonował właściwie jeden dom rodzinny powadzony przez położne, który stanowił jedynie pośrednio alternatywę dla porodów szpitalnych - był on zlokalizowany na terenie szpitala. Dodatkowo, w porównaniu z innymi krajami europejskimi, Polska ma jeden z najwyższych odsetków cesarskich cięć (Euro-Peristat Project, 2022), a czas, jaki kobiety w Polsce spędzają w szpitalu w związku z ciążą i porodem jest znacznie dłuższy niż w wielu innych krajach europejskich. Na przykład, według danych

środowniskowej.

wykorzystywana. Aspekty te stanowią niezwykle ważną podstawę w budowaniu silnej opieki uprzedzenia, w tym możliwość prowadzenia ciąży, która w Polsce jest bardzo rzadko przez położne z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej, n.d.) daje tej grupie zawodowej szerokie w porównaniu z innymi krajami OECD w Polsce jest relatywnie dużo aktywnych zawodowo położnych korzystających z opieki prenatalnej bez konieczności przychodzenia do szpitala. Dodatkowo, dużym zasobem w Polsce jest rozbudowana sieć przychodni, które pozwalają znacząco liczbę kobiet i problemami modelami opieki położniczej w Polsce w kontekście pandemii. Moja analiza pokazała, że Włoski Rocca-Ihenacho i Alonso (2020) postużyły mi jako punkt wyjścia do rozważań nad zasobami

zawodowych, w tym lekarzy i położnych, w planowaniu i realizowaniu wysokiej jakości opieki. ryżka (Rocca-Ihenacho and Alonso, 2020). Kluczowym elementem jest także współpraca różnych grup dzięki czemu pozostają one dostępne dla tych, którzy tego potrzebują, np. kobiet w ciąży wysokiego jakościowej jakości opieki w czasie pandemii. Jednocześnie taki model pozwala chronić szpital, organizując jednocześnie konieczność wizyt w szpitalu, w znacznym stopniu zwiększa szanse na szpitalami) opieka środowiskowa oparta na położnych, które są w stanie otoczyć kobiety opieką, artykule, Rocca-Ihenacho i Alonso (2020) przekonują, że niezależna (a jednocześnie współpracująca ze *Violations in Pregnancy, Birth and Postpartum during the COVID-19 Pandemic*, 2020). W swoim z noworodkiem lub przynuszone do skorzystania ze znieczulenia zewnątrzoponowego (*Human Rights*) cesarskie cięcie lub indukcja porodu), a niektóre kobiety bez uzasadnienia rozdzielane były krajach uległa w tym okresie pogorszeniu, wzrost odsetek interwencji medycznych w porodzie w ciągu pierwszych miesięcy trwania pandemii wykazywały, że jakość opieki położniczej w wielu prenatalnych, a część konsultacji zaczęła odbywać się online bądź telefonicznie. Dane zebrane ograniczenia dotyczące odwiedzin, obecności osoby towarzyszącej w czasie porodu czy wizyt i personelu medycznego oraz zasobów systemu opieki zdrowotnej. W wielu szpitalach wprowadzono celem było ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa, a co za tym idzie, ochrona pacjentów w obliczu pandemii, w wielu krajach w opiece nad kobietami wprowadzono w życie zmiany, których

w ciąży).

pracującymi w środowisku oraz w szpitalu, osobami prowadzącymi szkoły rodzenia oraz jedną kobietą wykładającą nad kobietami w ciąży, porodzie i położeniu (w tym personelem zarządzającym, położnymi wywiadów eksperckich z pracownikami ochrony zdrowia oraz innymi osobami zaangażowanymi naukowych, doniesienia prasowe, dane statystyczne) oraz danych zebranych przy pomocy siedmiu tę operam przede wszystkim na analizie danych wtórnych (takich jak wytyczne towarzystw 1.373) analizując model opieki położniczej w Polsce w kontekście wyzwań pandemii COVID-19. Analizę *for pregnant women and their babies*, opublikowanym w Health Care for Women International (IF: W trzecim artykule, zatytułowanym *Polish maternity services in times of crisis: In search of quality care*

dostępnych przez bazy krajów OECD, w 2017 roku w Polsce kobiety w szpitalu spędzały średnio 4.5 dnia w związku z ciążą, porodem i położeniem ("Health Care Utilisation : Hospital average length of stay by diagnostic categories," n.d.). W tym samym roku, tylko w Słowacji oraz na Węgrzech kobiety spędzały więcej czasu (5.1 dnia) w szpitalu. Dla porównania, w Niemczech kobiety średnio spędzały w szpitalu 3.8 dnia a w Wielkiej Brytanii 2.5 dnia ("Health Care Utilisation : Hospital average length of stay by diagnostic categories," n.d.).

Jak pokazuję w omawianym artykule, wszystkie te aspekty stanowią dodatkowe obciążenie system opieki położniczej w Polsce i pomimo dobrze rozwiniętej opieki prenatalnej w środowisku, zwiększają ryzyko niższej jakości opieki.

#### Artykuł 4

Baranowska, B., Węgrzynowska, M., Tataj-Puzyna, U., Crowther, S. 2022. *"There has to be a better way": women's pathways to freebirth in Poland*. *Women and Birth*, 35(4), e328-e336.

W czwartym i piątym artykule cyklu przyglądam się modelowi opieki położniczej w Polsce z perspektywy kobiet w sytuacji szczególnej. W czwartym artykule, zatytułowanym *"I knew there has to be a better way": women's pathways to freebirth in Poland*, opublikowanym w *Women and Birth* (IF: 3.8) analizuję doświadczenia kobiet, które zdecydowały się na poród bez asysty medycznej (ang. *freebirth*). Freebirth to poród, w którym w zaplanowany przez osobę w ciąży sposób nie uczestniczy ani położna, ani lekarz. W wielu krajach, w tym w Polsce, poród bez asysty medycznej jest uważany za potencjalnie ryzykowny i nie jest zalecany przez stowarzyszenia profesjonalistów zaangażowanych w opiekę nad kobietami w ciąży, porodzie i połogu ("Poród bez asysty - oświadczenie - Dobrze Urodzeni," n.d.). Dane do tego artykułu zabrałam przy pomocy 12 półustrukturyzowanych wywiadów z kobietami, które w zamierzony sposób urodziły w domu dziecko bez asysty medycznej. Korzystałam też z elementów badań etnograficznych, przede wszystkim obserwacji uczestniczącej. W trakcie trwania projektu przez ponad 2 lata śledziłam rozmowy na grupach wsparcia dla kobiet zainteresowanym porodem bez asysty medycznej oraz innych grupach dotyczących porodu domowego oraz porodu po wcześniejszym cesarskim cięciu.

Badania z innych krajów o wysokim dochodzie, w tym Wielkiej Brytanii, Irlandii i Australii wskazują, że jednym z powodów, dla których kobiety decydują się na poród bez asysty jest brak alternatywy dla medykaliowanych porodów szpitalnych, słaba dostępność porodów domowych oraz, w niektórych przypadkach, niska jakość tych świadczeń (Dahlen et al., 2011; Jackson et al., 2020; Miller and Shriver, 2012; OBoyle, 2016).

W artykule pokazujemy, że również w Polsce kobiety decydowały się na taki poród przede wszystkim ze względu na poprzednie negatywne doświadczenia zarówno z opieką w szpitalu, jak i w niektórych przypadkach, z opieką świadconą przez położne przyjmujące porody w domu. Na te negatywne doświadczenia składały się w opiniach kobiet nieuzasadnione, uporczywe i często niebezpieczne interwencje medyczne oraz brak szacunku ze strony personelu medycznego. To te doświadczenia stały się dla kobiet impulsem do szukania alternatywy, często w postaci położnej, która zgodziłaby się przyjąć poród w domu, bądź szpitala, który gotowy byłby spełnić przynajmniej część ich próśb. Żadna z kobiet biorących udział w badania nie znalazła jednak takiej alternatywy, a poród bez asysty medycznej był przez nie postrzegany jako bezpieczniejszy w porównaniu do porodu w szpitalu, gdzie, jak kobiety były przekonane, miałyby bardzo ograniczony wpływ na przebieg zdarzeń.

Omawiany artykuł jest pierwszym, który przygląda się zjawisku porodów bez asysty medycznej w Polsce. Pokazujemy w nim, że wysoki poziom medykalizacji opieki położniczej oraz wciąż obecny brak szacunku i elastyczności świadczeń okołoporodowych są głównymi czynnikami, dla których kobiety

1. migrantki stałe, które przyjechały do Polski w latach poprzedzających wybuch wojny w Ukrainie i które w czasie wywiadu deklarowały uregulowany status migracyjny oraz stabilną sytuację ekonomiczną (stałe źródło dochodu);

W badaniu wyróżniliśmy trzy główne grupy kobiet z Ukrainy:

Grup marginalizowanych.

Wypełniając tę lukę w omawianym artykule podjęliśmy próbę odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób pozycja społeczna migrantek, a co za tym idzie, dostęp do zasobów ekonomicznych, społecznych i kulturowych, wpływają na ich praktyki i doświadczenia związane z opieką położniczą w Polsce. Taka perspektywa nie tylko dała nam możliwość poszerzenia wiedzy na temat sytuacji migrantek z Ukrainy w Polsce i wyzwań, z jakimi w kontekście opieki położniczej przychodzi im się zmierzyć. Stanowi ona równocześnie ważne źródło wiedzy na temat funkcjonowania modelu opieki położniczej w Polsce i nierówności w dostępie do świadczeń, ukazując sposób, w jaki model ten spełnia potrzeby kobiet z grup marginalizowanych.

dysponują (Lafleur and Romero, 2018; Stan, 2015).

W wielu krajach migrantki doświadczają barier, takich jak bariera językowa, dyskryminacja, czy brak znajomości systemu, w dostępie do wysokiej jakości opieki położniczej (Ahmadinia et al., 2021; Czapka and Sagbakken, 2016; Fair et al., 2020). Większość badań skupia się przede wszystkim na tych barierach, poniekąd traktując doświadczenie migracji jako determinującą strategię migrantek w dostępie do ochrony zdrowia. Tylko nieliczne badania analizują doświadczenia oraz praktyki zdrowotne migrantek w szerszym kontekście nierówności w dostępie do wysokiej jakości opieki charakterystycznych system ochrony zdrowia w danym kraju (Lafleur and Romero, 2018; Stan, 2015). Wskazują one, że w przypadku migrantek i grup nie-migrantek, dostęp do wysokiej jakości opieki w dużej mierze zależy również od zasobów ekonomicznych, społecznych i kulturowych jakimi osoby te

2024 r. czyli po wybuchu pełnoskalowej wojny.

W ostatnim, piątym artykule cyklu zatytułowanym *Ukrainian women's maternity care strategies in Poland after the outbreak of the full-scale war: understanding unequal access to quality care* opublikowanym w *Social Science and Medicine* (IF: 4.9) przyglądam się systemowi opieki położniczej z perspektywy doświadczeń migrantek z Ukrainy. Dane do artykułu zebrałam przy pomocy 23 półstrukturyzowanych wywiadów z kobietami z Ukrainy, które urodziły w Polsce dziecko po 24 lutego

*quality care. 2024. Social Science and Medicine.*

Węgrzynowska, M., Sahrroui, N., Nenko, I., Szlendak, B., Baranowska, B. *Ukrainian women's maternity care strategies in Poland after the outbreak of the full-scale war: understanding unequal access to*

## Artykuł 5

W artykule sugerujemy, że podobne zależności mają miejsce w Polsce. Choć porody bez asysty medycznej dotyczą niewielkiej liczby kobiet zarówno w Polsce jak i w innych krajach o wysokim dochodzie, ich perspektywa (podobnie jak sytuacja kryzysu związana z COVID-19) stanowi ważną soczewkę uwypuklającą istotne cechy modelu opieki położniczej.

lekarzy ginekologów-położników, do tej formy opieki (Feeley and Thomson, 2016).

decydują się na taki poród. Jednocześnie, przy wysokim poziomie medykacji i niewielkiej elastyczności, model opieki położniczej w Polsce nie oferuje prawie żadnej alternatywy do porodów szpitalnych. Badania z innych krajów wskazują, że brak alternatywy, w tym szczególnie bardzo ograniczona dostępność położnych zajmujących się poradami domowymi, często związana jest ze „sztywnością” dominującego modelu położniczego, zmedykalizowanego, brakiem wsparcia dla położnych pracujących w środowisku oraz wrogością personelu medycznego, przede wszystkim

2. migrantki czasowe, które w latach poprzedzających wybuch wojny przebywały w Polsce okresowo (od kilku do kilkunastu tygodni) wykonując często nierejestrowaną pracę taką jak sprzątanie mieszkań czy opieka nad osobami starszymi, aby wspomóc budżet rodzinny w Ukrainie;

3. migrantki wojenne, które przyjechały do Polski po wybuchu wojny, często bez partnerów, którzy ze względu na zakaz opuszczania kraju, musieli pozostać w Ukrainie. Ostatnia grupa była najbardziej zróżnicowana, ponieważ kobiety, które do niej należały pochodziły z różnych części Ukrainy, w bardzo różny sposób dotkniętych wojną oraz posiadały różny status społeczno-ekonomiczny.

Nasze badania pokazują, że zasoby finansowe i możliwość opłacenia prywatnych świadczeń położniczych były najważniejszym czynnikiem umożliwiającym migrantkom z Ukrainy dostęp do wysokiej jakości opieki w ciąży, porodzie i położu. Choć żadna z naszych rozmówczyń nie doświadczyła znacznych formalnych problemów w dostępie do bezpłatnej opieki położniczej finansowanej ze źródeł publicznych, kobiety miały do niej bardzo ograniczone zaufanie. Te z nich, które dysponowały zasobami finansowymi (zazwyczaj były to migrantki stałe oraz część migrantek wojennych), korzystały z prywatnych konsultacji lekarskich, przekonane, że jest to najlepszy sposób zbudowania relacji społecznej z personelem medycznym, a przez to otrzymania wysokiej jakości opieki. Część z tych kobiet korzystała z prywatnych przychodni prowadzonych przez lekarzy ukraińsko- bądź rosyjskojęzycznych licząc, że będą oni ich swojego rodzaju rzecznikami i „przewodnikami” po systemie opieki położniczej w Polsce. Dodatkowo, kobiety z największymi zasobami społeczno-finansowymi od czasu do czasu korzystały z porad znajomych lekarzy w Ukrainie, z którymi kontaktowały się online bądź telefonicznie. Takie transnarodowe praktyki zdrowotne traktowały jako dodatkowe wsparcie w przypadku ograniczonego zaufania do opieki otrzymywanej w Polsce.

Kobiety, które nie mogły pozwolić sobie na prywatne usługi (migrantki czasowe) bądź słabo rozumiały mechanizmy działania modelu opieki położniczej w Polsce (migrantki wojenne), znacznie częściej polegały na opiece finansowanej ze źródeł publicznych. Dodatkowo, często opierały się na znajomościach, które udało im się nawiązać z osobami oferującymi pomoc w Polsce. W ten sposób część z nich korzystała ze świadczeń prywatnych zorganizowanych przez osoby udzielające pomocy. Znajomości te były jednak tymczasowe i znacznie mniej skutecznie umożliwiały kobietom zbudowanie relacji społecznych z personelem medycznym i zapewnienie wysokiej jakości opieki. W związku z tym, kobiety z mniejszymi zasobami finansowymi znacznie rzadziej skupiały się na budowaniu relacji i zaufania, a częściej na terminowych wizytach.

W naszym artykule sugerujemy, że w przypadku migrantek z Ukrainy, podobnie jak w przypadku osób niebędących migrantkami, budowanie relacji społecznej i zaufania pomiędzy osobami objętymi opieką a personelem medycznym odbywa się głównie za pomocą prywatnych świadczeń położniczych, a co za tym idzie, dostępne są dla osób z zasobami finansowymi. W związku z tym, niezbędne jest spojrzenie na praktyki i doświadczenia migrantów z uwzględnieniem ich różnych zasobów oraz w kontekście szerszych nierówności w dostępie do wysokiej jakości opieki (zarówno w kraju migracji jak i pochodzenia). W przypadku świadczeń położniczych w Polsce, niezbędne jest więc uwzględnienie roli prywatnego sektora oraz relacji społecznych.

#### **Wnioski płynące z moich badań:**

1. Relacja pomiędzy osobami świadczącymi opiekę położniczą a osobami taką opieką objętymi jest fundamentalnym aspektem budowania zaufania, a co za tym idzie, jest niezbędna w wysokiej jakości opiece. Ciągłość opieki położniczej (opieka w ciąży, porodzie i położu świadczona przez jedną bądź kilka tych samych osób) wspiera budowanie relacji. Kobiety,

którym udało się zbudować relację z personelem medycznym, otrzymywały wyższej jakości opiekę.

2. W Polsce, prywatne świadczenia położnicze, takie jak prywatne konsultacje ginekologiczno-położnicze czy dedykowana opieka położnej w porodzie, stały się katalizatorem relacji społecznych pomiędzy kobietami w ciąży a personelem medycznym. Wbrew popularnie powtarzanemu przekonaniu, prywatne świadczenia nie tyle pozwalały kobietom wpywać na procedury i decyzje medyczne, co umożliwiając budowanie relacji. W tym sensie, prywatne świadczenia wypełniają lukę w systemie opieki finansowanym ze źródeł publicznych, który nie oferując realnej ciągłości opieki - nie wspiera budowania relacji. Jednocześnie jednak, wzrost popularności prywatnego sektor usług położniczych może prowadzić do pogłębiających się nierówności w dostępie do wysokiej jakości opieki (w tym do wielu specjalistów) i dodatkowej fragmentaryzacji opieki finansowanej z środków publicznych.

3. Przemiany związane ze wzrostem popularności prywatnych świadczeń położniczych i „komercjalizacja” relacji społecznych są charakterystyczne dla wielu krajów o wysokim dochodzie, w których ciągłość opieki często oferowana jest w ramach prywatnej opieki.

4. Model opieki położniczej w Polsce nie oferuje realnej, szeroko dostępnej alternatywy dla zmedykalizowanego porodu w szpitalu. Od wielu lat w Polsce funkcjonuje tylko jeden dom rodzinny prowadzony przez położne na terenie szpitala położniczego, a porody domowe nie są finansowane z środków publicznych. Cierpią na tym przede wszystkim kobiety, którym nie stać na opłacenie świadczeń prywatnych oraz osoby w sytuacjach szczególnych, takich jak poprzeczenie negatywne doświadczenia porodowe. Dostępny model opieki nie jest w stanie odpowiedzieć na potrzeby wielu z nich.

5. Model opieki położniczej nie wykorzystuje potencjału, jakim jest szeroko rozwinięta opieka środowiskowa w Polsce i grupa zawodowa położnych. Biorąc pod uwagę relatywnie wysoką liczbę aktywnych zawodowo położnych i szerokie kompetencje zapewniane im przez *Ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej* („Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej”), położne powinny pełnić bardziej aktywną rolę w obszarze opieki prenatalnej.

6. Potrzebne są zmiany umożliwiające kobietom powszechny dostęp do ciągłości opieki w ciąży, porodzie i porożu finansowany ze źródeł publicznych. Kobiety, niezależnie od swojej sytuacji finansowej, powinny mieć możliwość nawiązania relacji z personelem medycznym udzielającym im opieki zarówno w ciąży jak i porodzie i porożu oraz alternatywę dla porodu szpitalnego. Taki model opieki ciągłej powinien być realizowany przez położne, w wybranych przypadkach we współpracy z lekarzami oraz innymi członkami zespołu terapeutycznego.

#### 4.4. Dodatkowe osiągnięcia naukowe, publikacje wchodzące w jego skład wraz z ich możliwym wykorzystaniem

Perspektywa osób korzystających z opieki położniczej stanowi ważne źródło wiedzy na temat społecznej rzeczywistości modelu opieki położniczej. Jednakże realne zmiany wymagają również przyjrzenia się perspektywie osób świadczących tę opiekę. Dotyczy to zarówno przekonania o istocie zjawisk, jakimi są ciąża, poród i poroż, oraz roli opieki położniczej w tych stanach, jak i codziennego

doświadczania rzeczywistości świadczenia tej opieki. Innymi słowy, dzięki zrozumieniu, czym w perspektywie personelu medycznego są ciąża, poród i połóg, oraz jaką rolę w tych stanach odgrywa opieka położnicza, a także analizie codziennej rzeczywistości związanej ze świadczeniem tej opieki, otrzymujemy pełniejszy obraz społecznej rzeczywistości modelu opieki położniczej.

Dlatego w swojej pracy naukowej, poza przyglądaniem się doświadczeniom i praktykom osób korzystających z opieki położniczej, analizuję również **przekonania oraz doświadczenia personelu medycznego** (w tym przede wszystkim położnych). Punktem wyjścia jest założenie, że sposób postrzegania oraz doświadczenia w miejscu pracy wpływają na działania i mogą inicjować określone trajektorie opieki. Stanowią również ważne źródło informacji na temat procesów zachodzących w systemie opieki położniczej. Wyniki tej części mojej pracy naukowej zostały opublikowane w dwóch artykułach:

1. Baranowska B., Szykiewicz P., Pawlicka P., Sys D., **Węgrzynowska M.**, Kajdy A., Doroszewska A. 2021. Health care providers' perceptions of quality of childbirth and its associated risks in Poland. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 50(4) 464-474.

IF: 2.042; Punktacja MNiSW: 140

Mój wkład w przygotowanie tej pracy obejmował interpretację wyników, dobór piśmiennictwa i przygotowanie tekstu.

2. Nenko, I., Baranowska, B., Szlendak, B., Sahraoui, N., **Węgrzynowska, M.** 2024. "We were left to our own devices": Midwives' experiences of providing maternity care to Ukrainian women in Poland after the outbreak of the full-scale war in Ukraine. *Women and Birth* 37(4): 1-7.

IF: 4.4; Punktacja MNiSW: 70

Mój wkład w przygotowanie tej pracy obejmował przygotowanie koncepcji pracy, opracowanie metodologii badań, zebranie danych polegające na przeprowadzeniu części wywiadów grupowych z położnymi, analizę zebranych danych, interpretację wyników, recenzje tekstu, zarządzanie projektem, pozyskanie finansowania projektu.

W pierwszym artykule zatytułowanym *Health care providers' perceptions of quality of childbirth and its associated risks in Poland*, opublikowanym w czasopiśmie *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* (IF: 2.042) analizujemy sposoby myślenia położnych i lekarzy o jakości narodzin i związku tych sposobów z postrzeganiem porodu i ryzyka z nim związanego.

W krajach o wysokim dochodzie dominuje technokratyczny i redukcjonistyczny model opieki okołoporodowej, który opiera się na podziale na ciało i umysł oraz na krótkoterminowych efektach (Davis-Floyd, 2001). W modelu tym jakość porodu oceniana jest głównie na podstawie wskaźników zachorowalności i śmiertelności okołoporodowej (Davis-Floyd, 2001). Tymczasem od ponad dwóch dekad badacze z obszaru położnictwa położnych podkreślają, że w procesie budowania wysokiej jakości opieki położniczej konieczne jest przyjęcie bardziej całościowej perspektywy w definiowaniu jakości porodu, w której poród jest podstawowym, społecznie osadzonym doświadczeniem ludzkim, a nie jedynie procesem medycznym (Kennedy et al., 2018; Najafi et al., 2017; Saxbe, 2017)

W naszym badaniu sposoby myślenia położnych i lekarzy o jakości narodzin analizowaliśmy korzystając z modelu jakości narodzin stworzonego przez Baranowską (2019). Model ten zakłada, że przy ocenie jakości narodzin powinny zostać wzięte pod uwagę trzy perspektywy: uczestnika, procesu i czasu, a

Przekonania personelu medycznego zarówno kształtują model opieki i inicjują okresione trajektorie opieki, jak i są przez ten model kształtowane. W drugim artykule, zatytułowanym „We were left to our own devices”: *Midwives' experiences of providing maternity care to Ukrainian women in Poland after the outbreak of the full-scale war in Ukraine*, opublikowanym z czasopiśmie *Women and Birth* (IF: 4.4) z perspektywy położnych przyglądamy się gotowości systemu opieki położniczej w Polsce do świadczenia wysokiej jakości opieki migrantkom, które przyjechały do Polski w pierwszych miesiącach

doświadczaniu pracy w obszarze opieki położniczej w Polsce. deklarowała bardziej społecznie akceptowalne stanowisko, a nie to, które jest bliższe ich pacjentkii i pozarządowych), wyniki naszych badań mogą sugerować, że część uczestników badania opieki położniczej (prawdopodobnie między innymi za sprawą działalności różnych organizacji i jednoosobnym wzroście popularności w dyskursie publicznym holistycznego modelu i Peristat Project, 2022) oraz niski odsetek odpowiedzi reprezentujących perspektywę holistyczną przy Mając na uwadze bardzo wysoki odsetek interwencji medycznych w Polsce (Doroszewska, 2017; Euro-

poród jest zazwyczaj zjawiskiem niewymagającym interwencji medycznych. prezentujący wąską perspektywę również często wybierali odpowiedź pierwszą, która wskazywała, że ich deklarowanymi przekonaniami na temat ryzyka związanego z porodem. Innymi słowy, uczestnicy naszego zaskoczeniu, wyniki nie wykazały związku pomiędzy zakresem perspektywy uczestników a wybrało ostatnią odpowiedź 3: Poród jest zawsze obarczony wysokim ryzykiem dla dziecka i matki. Ku dziecka i nie są zazwyczaj potrzebne do tego żadne interwencje medyczne. Tylko 9% uczestników W drugiej części ankiety 53% uczestników wybrała stwierdzenie 1. Kobieta jest zdolna do urodzenia

a lekarzami. swoich odpowiedziach. Nie było zaś różnicy w liczbie wymienionych perspektyw położnymi potrzeby kobiety czy jej bliskich. Uczestnicy z krótszym stażem pracy zawierali więcej perspektyw uwzględniali perspektywę procesu, a w niej środowisko narodzin (birth environment), kulturowe skupiali się najczęściej na efektach krótkoterminowych. Najbardziej w swoich odpowiedziach perspektywę kobiety, dziecka oraz personelu medycznego, a także perspektywę czasu, w której uwzględniali perspektywę uczestnika, a w niej najczęściej wymieniali w kontekście jakości narodzin odpowiedziach uwzględnili trzy perspektywy. Uczestnicy najczęściej w swoich odpowiedziach uczestnika), a 70 uczestników badania (10%) reprezentowało perspektywę holistyczną, czyli w swoich (25%) reprezentowało perspektywę wąską, czyli zawarto tylko jedną perspektywę (najczęściej „jakość narodzin to...” uwzględnia dwie perspektywy (najczęściej uczestnika i czasu); 183 uczestników uczestników (n=436, 60%) reprezentowała perspektywę pośrednią, czyli w odpowiedzi na pytanie Analiżując podaliśmy 729 ankiet, 676 z nich wypełnionych przez położne, a 50 przez lekarzy. Większość

porodem. oraz czy liczba wiązanych perspektyw będzie miała związek z postrzeganiem ryzyka związanego z modelem Baranowskiej (2019) uwzględnia uczestnicy w swoich odpowiedziach na pierwsze pytanie zawsze obarczony wysokim ryzykiem dla dziecka i matki. W badaniu analizowaliśmy, ile perspektyw z są niezbędne do prowadzenia porodu i dają możliwość urodzenia zdrowego dziecka; 3. Poród jest interwencje medyczne; 2. Poród jest normalnym procesem fizjologicznym, ale interwencje medyczne przekonanie: 1. Kobieta jest zdolna do urodzenia dziecka i nie są zazwyczaj potrzebne do tego żadne oraz wybranie jednego z trzech zaproponowanych stwierdzeń, które najlepiej odzwierciedlało ich lekarzy i położnych poprosiliśmy uczestników badania o dokonanie zdania „jakość narodzin to...” narodzin, wrzutowość kulturową oraz krótko- i długoterminowe efekty. W ankiecie skierowanej do społeczność, wyniki okopoporodowe, doświadczenie porodowe, poziom medykacji, środowisko każda z tych perspektyw obejmuje szereg elementów takich jak matka, dziecko, personel medyczny,

po wybuchu wojny w Ukrainie. Dane do tego artykułu zebrałyśmy przy pomocy 5 zogniskowanych wywiadów grupowych z 32 położnymi pracującymi w systemie opieki położniczej w Polsce.

Choć świadczenie wysokiej jakości opieki stanowi poważne wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia oraz personelu medycznego na świecie, temat gotowości, efektywności i responsywności systemu opieki podejmowany jest rzadko (Kocot and Szetela, 2020). Szczególnie mało badań analizuje jak przygotowanie systemu jest doświadczane przez personel medyczny (Claeys et al., 2023; Harrison and Daker-White, 2019), a wyjątkowo mało wiemy o doświadczeniach położnych w tym obszarze. Nasze badanie stara się wypełnić tę lukę.

Dostępne badania pokazały, że wśród personelu medycznego bariery w świadczeniu wysokiej jakości opieki nad migrantami i uchodźcami mogą pojawić się na trzech głównych poziomach: 1. indywidualnym (np. różnice kulturowe, problemy komunikacyjne); 2. zarządzania i organizacji (np. braki kadrowe, brak wsparcia organizacyjnego); 3. systemu (np. ograniczenia w dostępie do świadczeń) (Claeys et al., 2023). Z naszych badań wynika, że w pierwszych miesiącach po wybuchu wojny położne w Polsce doświadczały barier głównie na poziomie indywidualnym oraz na poziomie zarządzania i organizacji. Na poziomie indywidualnym zidentyfikowaliśmy: strach o życie i dobrostan związany z „bliskością” wojny w sąsiednim kraju, wyczerpanie zasobów i zmęczenie po pandemii, bariery językowe, oraz brak wiedzy na temat specyfiki świadczenia opieki nad uchodźczyniami. Na poziomie zarządzania i organizacji głównymi barierami w świadczeniu wysokiej jakości opieki był brak jasnych procedur postępowania w przypadkach pacjentek w sytuacjach szczególnych, takich jak bariera językowa czy trauma wojenna, brak usług tłumaczeniowych oraz brak psychologicznego wsparcia dla personelu.

W pierwszych miesiącach po wybuchu pełnoskalowej wojny w Ukrainie większość strategii mających na celu poprawę jakości opieki położniczej dla kobiet uciekających przed wojną przybrała formę oddolnych inicjatyw podejmowanych przez personel. Położne, aby pokonać bariery językowe, często korzystały z prywatnych znajomości i uprzejmości innych członków personelu, którzy wspierali je w tłumaczeniu, tworzeniu słowniczków i zaleceń w języku ukraińskim. W tym czasie dużym wsparciem byli członkowie personelu medycznego pochodzący z Ukrainy bądź mówiący po ukraińsku bądź rosyjsku. Położne organizowały też zbiórki najpotrzebniejszych rzeczy dla kobiet, którymi się opiekowały.

Objęcie prawem do opieki zdrowotnej obywateli Ukrainy przyjeżdżających do Polski po 24 lutego 2022 ułatwiło dostęp do świadczeń tej grupie oraz usprawniło pracę personelu medycznego. Położne biorące udział w naszym badaniu nie zgłaszały trudności związanych np. z potrzebą weryfikacji formalnego dostępu do świadczeń. Brak trudności z formalnym dostępem do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze źródeł publicznych potwierdzają też nasze badania z kobietami z Ukrainy, zaprezentowane w omówionym wyżej artykule *Ukrainian women's maternity care strategies in Poland after the outbreak of the full-scale war: understanding unequal access to quality care* opublikowanym w *Social Science and Medicine* (IF: 4.9). Niemniej, jak pokazuje nasze badanie, w Polsce nadal brakuje całościowych rozwiązań, które pomogłyby rozwiązać trudności doświadczane przez personel medyczny na poziomie indywidualnym i instytucjonalnym.

Sugerujemy, że rozwiązania te dotyczą czterech głównych obszarów:

1. **Szkoleń dla personelu medycznego** dotyczących świadczenia opieki nad osobami z odmiennego kręgu kulturowego oraz w sytuacjach szczególnych, takich jak trauma wojenna, czy doświadczenie przemocy seksualnej. Położne biorące udział w naszym badaniu czuły dużą niepewność w związku z obejmowaniem opieką kobiet z tych grup.

W latach 2023-2024 byłam kierownikiem projektu *Praktyki zdrowotne w obszarze zdrowia reprodukcyjnego i okotopodowego migrantek z Ukrainy w Polsce w czasie wojny finansowanego* w

### Kierowanie projektem badawczym we współpracy z uczelniami zagranicznymi

Po uzyskaniu stopnia naukowego doktora kontynuowałam aktywność naukową zarówno w krajowych jak i międzynarodowych zespołach.

disertation, Dublin City University, Ireland.

of Polish migrant women in Ireland and their pregnancy and childbirth practices, PhD

• **Węgrzynowska, M.** 2016. Transnational healthcare practices in the enlarged Europe: the case

Efektom tych badań jest monografia:

University, (2009-2011).

(2010-2012) oraz School of Nursing Research Funding for Postdoctoral Staff Grant, Dublin City

finansowany był w ramach projektu *Research Career Start Grant*, Dublin City University, Ireland

praktyk związanych z ciążą, porodem i położeniem wśród Polek mieszkających w Irlandii. Projekt ten

Sciences w Dublin City University, pod kierownictwem dr Saby Stana prowadził badania dotyczące

praktykami zdrowotnymi wśród migrantów z Europy Wschodniej. W School of Nursing and Human

antropologią kultury zajmująca się przemianami systemów ochrony zdrowia oraz transnarodowymi

Dublin City University w Irlandii pod kierownictwem dr Saby Stana. Dr Stan jest socjologką i

Warszawskiego, rozpoczęłam 6 letnie studia doktorskie w School of Nursing and Human Sciences w

Po uzyskaniu tytułu magistra w Instytucie Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu

### Studia doktoranckie w School of Nursing and Human Sciences w Dublin City University w Irlandii

rozpoczęcia studiów.

Aktywność naukowa realizowana w międzynarodowym środowisku była dla mnie bardzo ważna od

i porodzie, ich wpływem na medykację oraz społeczną rzeczywistość opieki położniczej.

W ramach aktywności naukowej prowadzę badania nad modelami opieki nad kobietą w ciąży

## Instytucji naukowej, w szczególności zagranicznej]

### 5. Istotna aktywność naukowa realizowana w więcej niż jeden uczelni,

szczególnie wymagające sytuacje, które miały miejsce w ich miejscu pracy.

sygnalizowały również potrzebę cyklicznych spotkań zespołu, podczas których omawiane byłyby

takiego wsparcia. Część z nich realizuje sobie takie wsparcie w ramach oddolnych inicjatyw. Pożożne

biące udział w naszym badaniu podkreślały ogromną z ich punktu widzenia potrzebę zapewnienia

4. **Wsparcia psychologiczne** dla położnych (oraz innych członków personelu medycznego). Pożożne

angielskim i ukraińskim.

internetowych z informacjami o systemie ochrony zdrowia/modelu opieki położniczej w języku

świadczących takie usługi), przetłumaczonych dokumentów (angielski/ukraiński), piktogramów, stron

3. **Wsparcia komunikacyjnego** w formie dostępu do tłumaczy (telefon kontaktowy do osób

osobom z tych grup.

kompleksowy przekazywać informacje o różnych procedurach, czy przysługujących im świadczeniach

osoby z doświadczeniem przemocy). Wytyczne te pozwoliłyby personelowi medycznemu w sposób

oraz postępowaniu w sytuacji opieki nad osobami w sytuacjach szczególnych (takich jak migranci,

2. **Wytycznych dla personelu medycznego**, które zawierałyby informacje o dostępnych świadczeniach

ramach programu grantów interwencyjnych **Narodowego Centrum Wymiany Akademickiej**. Projekt ten realizowany był we współpracy z dr hab. Barbarą Baranowską, prof. CMKP i dr Beatą Szlendak z Zakładu Położnictwa CMKP, dr hab. Iloną Nenko, prof. UJ z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz prof. Niną Sahraoui z Université Paris Saclay, PRINTEMPS, CNRS we Francji. Projekt dotyczył doświadczeń migrantek z Ukrainy w dostępie do opieki położniczej w Polsce po wybuchu wojny 24 lutego 2022 oraz doświadczeń położnych świadczących opiekę nad migrantami.

Wynikiem pracy badawczej są dotychczas dwa artykuły opublikowane w prestiżowych czasopismach naukowych:

- Nenko, I., Baranowska, B., Szlendak, B., Sahraoui, N., **Węgrzynowska, M.** (2024). "We were left to our own devices": Midwives' experiences of providing maternity care to Ukrainian women in Poland after the outbreak of the full-scale war in Ukraine. *Women and Birth* 37(4) <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.101629>
- **Węgrzynowska, M.**, Sahraoui, N., Nenko, I., Szlendak, B., Baranowska, B. (2024) Ukrainian women's maternity care strategies in Poland after the outbreak of the full-scale war: Understanding unequal access to quality care. *Social Science & Medicine* 364. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117409>

Wyniki tego projektu zostały również zaprezentowane podczas trzech konferencji międzynarodowych:

- Barabowska, B., Nenko, I., Szlendak, B., **Węgrzynowska, M.** Polish midwives' experience of providing perinatal care to Ukrainian women after the outbreak of the full-scale war in Ukraine. GLOW 2024. Rising to the challenge: Women's and Newborn's Health in the context of Global Crises, 23-24 września 2024, Edynburg, Szkocja (wystąpienie ustne)
- Nenko, I. Baranowska, B., Szlendak, B., Sahraoui, N., **Węgrzynowska, M.** Providing maternity care to Ukrainian women in Poland after the outbreak of war in Ukraine – experience of Polish midwives. 17th European Public Health Conference, 13-15 listopada 2024, Lizbona, Portugalia (sesja plakatowa)
- **Węgrzynowska, M.**, Nenko, I., Szlendak, B., Sahraoui, N. Baranowska, B. Understanding unequal access to quality maternity care among Ukrainian migrant women in Poland. Migration, Diasporas and Settlement Forum, 30-31 stycznia 2025, Kraków, Polska (wystąpienie ustne)

### **Uczestnictwo w projektach realizowanych na więcej niż jeden uczelni**

Jako wykonawca uczestniczyłam również w pracach badawczych zespołów krajowych i zagranicznych realizowanych na więcej niż jednej uczelni.

Od 2021 roku jestem wykonawcą w projekcie *International Network Exploring Midwifery Students' Confidence in Physiological Birth*. Projekt kierowany jest przez dr Juliet Wood z Bournemouth University, UK i bada aspekty kształtujące poczucia pewności siebie wśród studentek położnictwa we wspieraniu fizjologicznego przebiegu porodu.

Wyniki tego projektu zaprezentowałam w formie wystąpień ustnych na dwóch konferencjach międzynarodowych:

Wyniki swoich badań zaprezentowałam w formie 14 wystąpień ustnych oraz 5 prezentacji plakatowych podczas konferencji krajowych i zagranicznych, w tym: rozdziałów w monografiach.

jestem autorką i współautorką 38 publikacji naukowych, w tym 16 artykułów oryginalnych i 2 przeglądowych o łącznym IF: 51.823 (punktacji MNISW: 1630); ponadto 12 jako kolaborant oraz w 2

- Baranowska, J., **Węgrzynowska, M.**, Baranowska, B. 2024. A Jump into the deep end – Women's strategies on the way to VBAC in Poland. *Women and Birth* 37, 340-347. IF: 3.800

51: 384-394. IF: 2.500

- **Węgrzynowska, M.**, Baranowska, B., Sys, D., Kajdy, A., Karzel, K., Bączek, B., Szlendak, B., Tataj-Puzyna, U. 2024. Using Robson classification to analyze cesarean section and induction rates in relation to changes in the standards of perinatal care in one hospital in Poland. *Birth* 51: 384-394. IF: 2.500

Wynikiem pracy zespołu są dwa artykuły, których jestem współautorką:

WUM oraz dr katarzyną Karzel z Wydziału Psychologii UW.  
badawczego CMKP wraz z dr hab. Grażyną Bączek z Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej  
W latach 2019-2021 kierowałam również projektem *Trajektorie porodowe – jakościowa i ilościowa analiza wzrostu liczby cięć cesarskich w Polsce*. Projekt realizowany był w ramach potencjału

Zostałam także wymieniona jako kolaborant w 12 innych artykułach, które zostały opublikowane w ramach prac tej grupy.

- Lazzarini, M., Pesa Valente, E., Covi, B., Rozeq, V., Costa, R., (...) **Węgrzynowska, M.**, (...) Baranowska, B., (...) Tataj-Puzyna, U., (...) 2022. Rates of instrumental vaginal birth and cesarean and quality of maternal and newborn health care in private versus public facilities: Results of the IMAGINE EURO study in 16 countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 159, 22-38. doi: 10.1002/ijgo.14458

jestem współautorką jednego z artykułów prezentującego wyniki badań:

Burlo Garofolo, Trieste, Italy.  
Collaborating Centre for Maternal and Child Health, Institute for Maternal and Child Health IRCCS *newborn care*. Projekt realizowany był pod kierownictwem dr Emanuele Pesa Valente z WHO  
W latach 2021 – 2023 byłam wykonawcą w projekcie *IMAGINE EURO: Improving maternal and*

- Wood, J., Lazar, J., Davison, C., Agwu Kalu, F., **Węgrzynowska, M.**, Baranowska, B., Tataj-Puzyna, U., Dole, D., Farley, C., Fry, J., Healy, M., Ritchie, E. Midwifery students' confidence to support physiological birth: an international study. 33rd ICM Triennial Congress, Bali, Indonezja, 11-14 czerwca 2023 (wystąpienie ustne)
- Wood, J., Lazar, J., Davison, C., Agwu Kalu, F., **Węgrzynowska, M.**, Baranowska, B., Tataj-Puzyna, U., Dole, D., Farley, C., Fry, J., Healy, M., Ritchie, E. Exploring student midwives' confidence to support physiologic birth across five countries. 21st International Normal Labour and Birth Research, Aarhus, Dania, 12-14 września 2022 (wystąpienie ustne)

## Wystąpienia ustne

1. **Węgrzynowska, M.**, Nenko, I., Baranowska, B., Szlendak, B., Sahraoui, N., Understanding unequal access to quality maternity care among Ukrainian migrant women in Poland. Migration, Diasporas and Settlement Forum, 30-31 stycznia 2025, Kraków, Polska
2. **Węgrzynowska, M.** Cure or Curse? Private maternity services from the perspective of midwives who provide them. Anthropological Contributions to Social and Reproductive Health Research Futures: From Theory to Practice, Amsterdam, Holandia, 3-5 lipca 2024
3. **Węgrzynowska, M.** Cure or Curse? Private maternity services from the perspective of midwives who provide them. Anthropological Contributions to Social and Reproductive Health Research Futures: From Theory to Practice, Amsterdam, Holandia, 3-5 lipca 2024
4. Wood, J. Lazar, J., Davison, C., Agwu Kalu, F., **Węgrzynowska, M.**, Baranowska, B., Tataj-Puzyna, U., Dole, D., Farley, C., Fry, J., Healy, M., Ritchie, E. Midwifery students' confidence to support physiological birth: an international study. 33rd ICM Triennial Congress. Bali, Indonezja, 11-14 czerwca 2023 (wystąpienie ustne wraz z Wood, J. Lazar, J., Davison, C., Agwu Kalu, F.,)
5. Wood, J. Lazar, J., Davison, C., Agwu Kalu, F., **Węgrzynowska, M.**, Baranowska, B., Tataj-Puzyna, U., Dole, D., Farley, C., Fry, J., Healy, M., Ritchie, E. Exploring student midwives' confidence to support physiologic birth across five countries. 21st International Normal Labour and Birth Research, Aarhus, Dania, 12-14 września 2022 (wystąpienie ustne wraz z Farley, C., Dole, D., Agwu Kalu, F.)
6. **Węgrzynowska, M.**, Baranowska, B. "Investing in the peace of mind?" How private services change the landscape of maternity care in Poland". Futures ahead. Translation and collaboration between medicine, the social sciences, and the humanities, Centre for Medical Humanities and Bioethics, Linköping, Szwecja, 15-17 czerwca 2022
7. Tataj-Puzyna, U, **Węgrzynowska, M.** „Taki normalny ludzki sposób...". Jak rozmawiać z kobietami po niekorzystnej diagnozie prenatalnej. V Ogólnopolska Konferencja Naukowej „Komunikacja w medycynie”, Warszawa, Polska, 26-27 listopada 2021 (wystąpienie ustne wraz z Tataj-Puzyna, U.)
8. **Węgrzynowska, M.** Polish migrant women in Ireland and their quest for “personal biomedicine” during pregnancy and childbirth. Motherhood, Mobility, Migration. Maynooth University, Maynooth, Irlandia, 4-15 czerwca 2018
9. **Węgrzynowska, M.** Flintstones and magic hands: biomedical regimes and Polish migrant women's transnational healthcare practices. Medical Anthropology Young Scholars. Paryż, Francja, 9-10 lipca 2012

10. **Węgrzynowska, M.** Post-socialist socialities and subjectivities: public-private configurations in the Polish healthcare system. New Socialities and Subjectivities in Health Care in the 21st Century; Medical Anthropology at Home (MAAH), Amsterdam, Holandia, 22-24 lipca 2012 (wystąpienie ustne)

11. **Węgrzynowska, M.** 'Tough luck, but this is an investment in my peace of mind': empowerment and women's healthcare in Poland. Health in Transition: Ethnographies of Bio-Medicine in Post-Socialist Europe. Romanian Academy of Sciences, Bukareszt, Rumunia, 7-8 czerwca 2012 (wystąpienie ustne)

12. **Węgrzynowska, M.** Flintstones, magic hands and Polish migrant's women transnational healthcare practices. American Association of Anthropologists Annual Conference. Montreal, Kanada, 16-20 listopada 2011 (wystąpienie ustne)

13. **Węgrzynowska, M.** My health in my own hands: Polish women's healthcare strategies during pregnancy and birth-giving. Medical Anthropology Young Scholars Conference. Warszawa, Polska, 13-14 czerwca 2011 (wystąpienie ustne)

14. **Węgrzynowska, M.** Flintstones i magiczne ręce: transnarodowe praktyki zdrowotne polskich migrantek; referat wygłoszony w ramach konferencji Zdrowie, choroba i leczenie w perspektywie interdyscyplinarnej Health, illness and healing in the interdisciplinary perspective, The Committee of Ethnological Sciences of the Polish Academy of Sciences, Poznań-Będlewo, Polska, 9-10 czerwca 2011 (wystąpienie ustne)

Sesje plakatowe:

1. **Nenko, I., Węgrzynowska, M.** Polish midwives' experiences of providing maternity care to Ukrainian women in Poland after the outbreak of war in Ukraine. 17th European Public Health Conference, Lizbona, Portugalia, 13-15 listopada 2024

2. **Witkiewicz, M., Baranowska, B., Węgrzynowska, M., Tataj-Puzyna, U.** Perinatal outcomes and level of labour difficulty in deliveries with right and left foetal position - a preliminary study. 33rd ICM Triennial Congress. Bali, Indonezja, 11-14 czerwca 2023.

3. **Baranowska, J., Węgrzynowska, M., Baranowska, B.** A jump into the deep end - Women's strategies on the way to VBAC in Poland. International Labour and Birth Research Conference UK, Grange-over-Sands, UK, 24-26 kwietnia 2023.

4. **Węgrzynowska, M., Nenko, I., Baranowska, B.** How private services change the landscape of maternity care in Poland. 21st International Normal Labour And Birth Research, Aarhus, Dania, 12-14 września 2022.

5. **Węgrzynowska, M.** „Inwestycja w spokój ducha” – w jaki sposób prywatne usługi położnicze kształtują krajobraz opieki położniczej w Polsce. Forum Młodych Naukowców, CMKP, Warszawa, Polska, 3 czerwca 2023.

6. Baranowska, B., **Węgrzynowska, M.** Quality of childbirth in Poland. Is perinatal care consistent with the WHO guidelines? 32nd ICM Triennial Congress, online, 2 czerwca 2021.
7. Baranowska, B., **Węgrzynowska, M.** Searching for tools to ensure human rights in childbirth: sharing an experience from Poland on "Where to give birth" nationwide database on maternity hospitals. 15th Normal Labour and Birth Research Conference, online, 2-4 grudnia 2020.

Dodatkowo, współtworzyłam 9 prezentacji konferencyjnych (wystąpienia ustne i plakatowe) zaprezentowane na międzynarodowych i krajowych konferencjach naukowych.

Jestem także recenzentką w czasopismach naukowych, w tym *Sociology of Health and Illness*, *Women's Health* oraz *BMC Pregnancy and Health* oraz od sierpnia 2023 roku pełnię funkcję redaktora naukowego w czasopiśmie *PLOS One*.

Jestem członkinią European Association of Social Anthropologists, Medical Anthropology Europe, Quality Maternal and Newborn Care Network oraz Polskiego Towarzystwa Położnych.

## 6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę

### Działalność dydaktyczna

Mam doświadczenie działalności dydaktycznej zarówno w Polsce jak i za granicą. Przed uzyskaniem stopnia doktora w latach 2013-2014 prowadziłam zajęcia dydaktyczne w **School of Nursing and Human Sciences, Dublin City University w Irlandii:**

Nazwa kursu: *Introduction to Anthropology*

Kierunek studiów: Nursing

Pełniona funkcja: Opracowanie kursu, prowadzenie wykładów, przygotowanie egzaminu oraz jego sprawdzenie.

Nazwa kursu: *Society, Health and Illness*

Kierunek studiów: Public Health

Pełniona funkcja: Opracowanie kursu, prowadzenie wykładów, przygotowanie egzaminu oraz jego sprawdzenie.

Nazwa kursu: *Culture, Health and Illness*

Kierunek studiów: Public Health

Pełniona funkcja: Opracowanie kursu, prowadzenie wykładów, przygotowanie egzaminu oraz jego sprawdzenie.

Nazwa kursu: *Caring for the adult with acute and chronic health care needs. Sociology*

Kierunek studiów: Nursing

Pełniona funkcja: Opracowanie kursu, prowadzenie wykładów, przygotowanie egzaminu oraz jego sprawdzenie.

W roku akademickim 2021/2022 prowadziłam zajęcia dydaktyczne dla studentów kierunku

położnictwo na **Warszawskim Uniwersytecie Medycznym**:

Nazwa kursu: *Informacja naukowa*

Kierunek studiów: *Położnictwo*

Pełniona funkcja: Opracowanie kursu, prowadzenie wykładów oraz seminarium

Od 2019 jako wykładowca/adunkt w **Zakładzie Położnica CMKP** w ramach działalności dydaktycznej

prowadzę wykłady i kursy:

Nazwa kursu: *Medycyna humanistyczna: czy i w jaki sposób może wspierać w położniczej praktyce klinicznej*

Pełniona funkcja: Kierownik naukowy i administracyjny

Nazwa kursu: *Wprowadzenie do jakościowych metod badań w obszarze zdrowia i opieki zdrowotnej*

Pełniona funkcja: Kierownik naukowy i administracyjny

Nazwa kursu: *Opieka nad pacjentem/pacjentką z odmiennego kręgu kulturowego*

Pełniona funkcja: Kierownik naukowy i administracyjny

Nazwa kursu: *Wyzwania współczesnego położnictwa: opieka nad kobietą w sytuacji*

Pełniona funkcja: Kierownik naukowy i administracyjny

Nazwa kursu: *Wyzwania współczesnego położnictwa: opieka nad migrantkami*

Pełniona funkcja: Kierownik naukowy i administracyjny

Nazwa kursu: *Model opieki położniczej skoncentrowany na kobiecie*

Pełniona funkcja: Kierownik naukowy i administracyjny

Nazwa kursu: *Wielokulturowość w opiece ginekologiczno-położniczej*

Pełniona funkcja: Kierownik naukowy i administracyjny

Nazwa kursu: *Komunikacja w ginekologii i położnictwie*

Pełniona funkcja: Kierownik naukowy

Nazwa kursu: *Komunikacja z kobietą z odmiennego kręgu kulturowego*

Pełniona funkcja: Kierownik naukowy

Nazwa kursu: *Opieka skoncentrowana na kobiecie*

Pełniona funkcja: Kierownik naukowy

Prowadziłam także wykłady z zakresu komunikacji i opieki nad kobietą w sytuacji szczególnej w ramach kursów CMKP pod kierownictwem dr hab. Urszuli Tataj-Puzyny dotyczących perinatalnej opieki paliatywnej.

Wygotosiłam również wykłady gościnne:

- „Inwestycja w spokój ducha” – w jaki sposób prywatne usługi położnicze kształtują krajobraz opieki położniczej w Polsce”, Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej, UAM (marzec 2022)

- „Taka normalna, wyjątkowa ciąża” – doświadczenia kobiet, które zdecydowały się na kontynuację ciąży po letalnej diagnozie płodu”, Instytut Filozofii i Socjologii PAN (kwiecień 2022)
- „Pokrewieństwo, rodzina i płeć kulturowa: perspektywa antropologiczna, Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa (październik 2016)
- Tough Luck, but this is an investment in my peace of mind” – using private and public healthcare services in Poland, School of Nursing and Human Sciences, Dublin City University, Dublin, Irlandia (kwiecień 2013)
- “Gendering transnational healthcare practices: the case of Polish female migrants in Ireland”, University City Dublin/National Maternity Hospital Joint Research Network seminar, Dublin, Irlandia (grudzień 2012)
- Transnational healthcare practices: Polish migrant women in Ireland”, School of Nursing and Human Sciences, Dublin City University, Dublin, Irlandia (luty 2010)

W latach 2023-2024 byłam promotorką pracy magisterskiej Hanny Kacprzyk zatytułowanej: „Opłacanie prywatnych usług okołoporodowych, a satysfakcja i doświadczenie kobiet rodzących w Polsce” (Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego). Badania zaowocowały publikacją artykułu w czasopiśmie z IF:

- Kacprzyk, H., **Węgrzynowska, M.**, Baranowska, B., Połomski, P., Balaamd, M. C. 2024. Does financing for private maternity services improve birth experiences in Poland? A mixed-methods study of the Babies Born Better Survey. *European Journal of Midwifery*. doi: 10.18332/ejm/195381  
(IF: 1.5; Punktacja MNiSW: 20)

### **Działalność organizacyjna**

Od 2022 jestem odpowiedzialna w Zakładzie Położnictwa CMKP za koordynację oraz organizację kursów doszkalających w ramach działalności dydaktycznej Zakładu.

### **Działalność popularyzująca naukę**

W grudniu 2023 byłam panelistką podczas spotkania wokół książki „Jakby motyl frunął: okołoporodowe doświadczenia kobiet” autorstwa Dominiki Dzido wyd. Stowarzyszenie „Pracownia Etnograficzna” im. Witolda Dynowskiego. Spotkanie organizowane było przez Pracownię „Duży Pokój”.

## **7. Inne informacje dotyczące mojej kariery naukowej**

Jestem członkinią grupy eksperckiej zajmującą się ciągłością opieki położniczej w Polsce przy Fundacji Rodzić po Ludzku. W ramach prac w grupie, byłam odpowiedzialna za przygotowanie przeglądu badań na temat ciągłości opieki położniczej. Uczestniczę też w spotkaniach z interesariuszami (w tym przede wszystkim w spotkaniach z przedstawicielami NFZ).

Jestem członkinią Aliansu naukowego przy Fundacji Rodzić po Ludzku.

- Ahmadinia, H., Eriksson-Backa, K., Nikou, S., 2021. Health-seeking behaviours of immigrants, asylum seekers and refugees in Europe: a systematic review of peer-reviewed articles. *Journal of Documentation* 78, 18–41. <https://doi.org/10.1108/JD-10-2020-0168>
- Baranowska, B., 2019. The quality of childbirth in the light of research the new guidelines of the World Health Organization and Polish Perinatal Care Standards. *Developmental Period Medicine* XXIII, 54–59.
- Claeys, A., Berdai-Chaouni, S., Tricas-Sauras, S., De Donder, L., 2023. Barriers and facilitators in providing care for patients with a migration background. *Journal of Clinical Nursing* 32, 912–925. <https://doi.org/10.1111/jocn.16491>
- Craven, S., Byrne, F., Mahony, R., Walsh, J.M., 2020. Do you pay to go private?: a single centre comparison of induction of labour and caesarean section rates in private versus public patients. *BMC Pregnancy and Childbirth* 20. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03443-4>
- Czapka, E.A., Sagbakken, M., 2016. "Where to find those doctors?" A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. *BMC Health Services Research* 16, 460. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1715-9>
- Dahlen, H.G., Jackson, M., Stevens, J., 2011. Homebirth, freebirth and doulas: Casualty and consequences of a broken maternity system. *Women and Birth* 24, 47–50. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.11.002>
- Dahlen, H.G., Tracy, S., Tracy, M., Bisits, A., Brown, C., Thornton, C., 2012. Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. *BMJ Open* 2, e001723. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001723>
- Davis-Floyd, R., 2001. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, Meeting: Conference Agreement on the Definition of Humanization and Humanized Care*, 2-4 November 2000, Fortaleza, Brazil 75, S5–S23. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- Diniz, S.G., Chacham, A.S., 2004. "The cut above" and "the cut below": the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reprod Health Matters* 12, 100–110. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(04\)23112-3](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(04)23112-3)
- Doroszewska, A., 2017. Raport z monitoringu oddziałań położniczych: medykalizacja porodu w Polsce. Fundacja Rodzic po Ludzku, Warszawa.
- Euro-Peristat Project, 2022. European Perinatal Health Report Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019.
- Fair, F., Raben, L., Watson, H., Vivilaki, V., van den Muijsenbergh, M., Soltani, H., 2020. Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PLOS One* 15, e0228378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378>
- Feeley, C., Thomson, G., 2016. Why do some women choose to freebirth in the UK? An interpretative phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 16, 59. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0847-6>

- Gupta, J.K., Sood, A., Hofmeyr, G.J., Vogel, J.P., 2017. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
- Harrison, H.-L., Daker-White, G., 2019. Beliefs and challenges held by medical staff about providing emergency care to migrants: an international systematic review and translation of findings to the UK context. *BMJ Open* 9, e028748. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028748>
- Health Care Resources [WWW Document], n.d. URL  
[https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH\\_REAC&lang=en#](https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_REAC&lang=en#) (accessed 5.29.20).
- Health Care Utilisation : Hospital average length of stay by diagnostic categories [WWW Document], n.d. URL <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30165> (accessed 4.28.20).
- Human Rights Violations in Pregnancy, Birth and Postpartum during the COVID-19 Pandemic, 2020. . Human Rights in Childbirth, San Francisco.
- Jackson, M.K., Schmied, V., Dahlen, H.G., 2020. Birthing outside the system: the motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 254. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02944-6>
- Kennedy, H.P., Cheyney, M., Dahlen, H.G., Downe, S., Foureur, M.J., Homer, C.S.E., Jefford, E., McFadden, A., Michel-Schuldt, M., Sandall, J., Soltani, H., Speciale, A.M., Stevens, J., Vedam, S., Renfrew, M.J., 2018. Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth* 45, 222–231. <https://doi.org/10.1111/birt.12361>
- Kocot, E., Szetela, A., 2020. Assessing health systems' preparedness for providing care for refugees, asylum seekers and migrants: a scoping review. *European Journal of Public Health* 30, 1157–1163. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa135>
- Lafleur, J.-M., Romero, M.V., 2018. Combining transnational and intersectional approaches to immigrants' social protection: The case of Andean families' access to health. *Comparative Migration Studies* 6, 14. <https://doi.org/10.1186/s40878-018-0073-7>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.J., Styles, C., 2013. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>
- Lutowski, J.E., Murphy, M., Devane, D., Meaney, S., Greene, R.A., 2014. Private health care coverage and increased risk of obstetric intervention. *BMC Pregnancy Childbirth* 14, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-13>
- Miller, A.C., Shriver, T.E., 2012. Women's childbirth preferences and practices in the United States. *Social Science & Medicine, Part Special Issue: Challenges to changing health behaviours in developing countries* 75, 709–716. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.051>
- Najafi, T.F., Roudsari, R.L., Ebrahimipour, H., 2017. A historical review of the concept of labor support in technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *Electron Physician* 9, 5446–5451. <https://doi.org/10.19082/5446>
- OBoyle, C., 2016. Deliberately unassisted birth in Ireland: Understanding choice in Irish maternity services. *British Journal of Midwifery* 24, 181–187. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.3.181>
- Pantović, L., 2022. Providing a service or seeking a favor? The role of private prenatal care on the continuity of care in Serbian public maternity hospitals. *Birth* 49, 506–513. <https://doi.org/10.1111/birt.12621>

- Foród bez asysty - Dobre Urodzenie [WWW Document], n.d. URL <https://www.dobrzeurodzeni.pl/porod-bez-asysty-oswiadaczenie.html> (accessed 10.7.24).
- Rocca-Ihenacho, L., Alonso, C., 2020. Where do women birth during a pandemic? Changing perspectives on Safe Motherhood during the COVID-19 pandemic. *Journal of Global Health Science* 2. <https://doi.org/10.35500/jghs.2020.2.e4>
- Saxbe, D.E., 2017. Birth of a New Perspective? A Call for Biopsychosocial Research on Childbirth. *Curr Dir Psychol Sci* 26, 81–86. <https://doi.org/10.1177/0963721416677096>
- Stan, S., 2015. Transnational healthcare practices of Romanian migrants in Ireland: inequalities of access and the privatisation of healthcare services in Europe. *Social Science & Med* 124, 346–355. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.04.013>
- Temkina, A., Rivkin-Fish, M., 2019. Creating health care consumers: The negotiation of un/official payments, power and trust in Russian maternity care. *Soc Theory Health*. <https://doi.org/10.1057/s41285-019-00110-3>
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej [WWW Document], n.d. URL <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111741039> (accessed 2.17.21).
- Walker, K.F., Kibuka, M., Thornton, J.G., Jones, N.W., 2018. Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008070.pub4>
- Yu, S., Fiebig, D.G., Viney, R., Scarf, V., Homer, C., 2022. Private provider incentives in health care: The case of caesarean births. *Social Science & Medicine* 294, 114729. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114729>
- Zadoroznyj, M., 2001. Birth and the 'reflexive consumer': trust, risk and medical dominance in obstetric encounters. *Journal of Sociology* 37, 117–139. <https://doi.org/10.1177/144078301128756256>