



Samodzielność zawodowa położnych: analiza czynników determinujących

Professional independence of midwives: Analysis of determining factors

© Autorzy (prawa autorskie) • Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio (prawa wydawnicze) • **Open Access CC BY-NC-ND 4.0.**

Beata Szlendak^a, Grażyna Bączek^b, Hanna Mierzejewska^c, Oksana Stępień^d,
Urszula Tataj-Puzyna^e ✉, Barbara Baranowska^f

^a Beata Szlendak¹, <https://orcid.org/0000-0002-8227-8166>

^b Grażyna Bączek², <https://orcid.org/0000-0001-7897-9499>

^c Hanna Mierzejewska³, <https://orcid.org/0009-0005-7854-2699>

^d Oksana Stępień², <https://orcid.org/0000-0002-3993-5458>

^e Urszula Tataj-Puzyna¹, <https://orcid.org/0000-0001-9800-3434>

^f Barbara Baranowska¹, <https://orcid.org/0000-0003-2723-9604>

✉ Autor korespondujący: Urszula Tataj-Puzyna, urszula.tataj-puzyna@cmkp.edu.pl

¹ Zakład Położnictwa, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

² Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³ Warszawski Uniwersytet Medyczny;

Abstrakt: Profesjonalizacja zawodu położnej stanowi kluczowy proces zarówno z perspektywy samej grupy zawodowej, jak i jakości opieki zdrowotnej świadczonej kobietom i ich rodzinom. Zgodnie z definicją, profesjonalizacja to zbiorowa strategia podejmowana przez grupę zawodową w celu uzyskania uznanego statusu i autonomii. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Międzynarodowa Konfederacja Położnych (ICM) podkreślają znaczenie edukacji, regulacji prawnych i silnych organizacji zawodowych jako filarów tego procesu. Mimo globalnych wysiłków, tempo profesjonalizacji jest nierówne – położne w krajach wysokorozwiniętych często funkcjonują jako niezależne specjalistki, natomiast w wielu krajach o niższych dochodach brakuje im dostępu do formalnego kształcenia, licencji i uznania systemowego. Jednym z najważniejszych wskaźników profesjonalizacji jest samodzielność zawodowa, rozumiana jako zdolność do podejmowania decyzji klinicznych, prowadzenia ciągłej opieki i ponoszenia odpowiedzialności zawodowej. Na rozwój tej samodzielności wpływają zarówno czynniki systemowe (prawne, organizacyjne), jak i psychospołeczne – m.in. motywacja wewnętrzna, poczucie własnej skuteczności czy środowisko pracy. Istotną rolę odgrywają również różnice pokoleniowe – młodsze pokolenia położnych (np. generacja Z) wykazują większe oczekiwania wobec autonomii i równowagi między życiem zawodowym a prywatnym, ale także większe ryzyko wypalenia i niepewności zawodowej. Celem artykułu jest analiza samodzielności zawodowej położnych jako czynnika kluczowego w procesie profesjonalizacji, z uwzględnieniem uwarunkowań edukacyjnych, psychologicznych, pokoleniowych oraz systemowych, ze szczególnym odniesieniem do sytuacji w Polsce.

Słowa kluczowe: położna, profesjonalizacja, różnice pokoleniowe, samodzielność zawodowa

Abstract: The professionalisation of the midwifery profession is a key process both from the perspective of the professional group itself and the quality of healthcare provided to women and their families. By definition, professionalisation is a collective strategy undertaken by a professional group to achieve recognised status and autonomy. The World Health Organisation (WHO) and the International Confederation of Midwives (ICM) emphasise the importance of education, legal regulations and strong professional organisations as pillars of this process. Despite global efforts, the pace of professionalisation is uneven – midwives in highly developed countries often function as independent specialists, while in many lower-income countries they lack access to formal education, licensing and systemic recognition. One of the most important indicators of professionalisation is professional autonomy, understood as the ability to make clinical decisions, provide continuous care and assume professional responsibility. The development of this autonomy is influenced by both systemic (legal, organisational) and psychosocial factors, including internal motivation, self-efficacy and the work environment. Generational differences also play an important role – younger generations of midwives (e.g. Generation Z) have higher expectations of autonomy and work-life balance, but also a higher risk of burnout and job insecurity. The aim of this article is to analyse the professional autonomy of midwives as a key factor in the professionalisation process, taking into account educational, psychological, generational and systemic conditions, with particular reference to the situation in Poland.

Keywords: midwife, professionalisation, generational differences, professional autonomy

Wstęp

Profesjonalizacja zawodu położnej jest ważnym procesem zarówno dla samych położnych ale także dla kobiet i całego społeczeństwa, gdyż wiąże się z wysoką jakością świadczonej opieki, sprawowanej zgodnie z obowiązującymi standardami (Prosen, 2022). Proces profesjonalizacji to zbiorowa i złożona strategia stosowana przez grupę zawodową w celu uzyskania uznawanego statusu zawodu (Vermeulen i in., 2019).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), we współpracy z Międzynarodową Konfederacją Położnych (ICM) od lat podkreśla kluczową rolę położnych w poprawie zdrowia matek, noworodków i rodzin (Kemp i in., 2021; Renfrew i in., 2014). Wskazuje również, że każda kobieta i noworodek powinni być pod opieką położnej, wykształconej i przeszkolonej zgodnie z międzynarodowymi standardami oraz uprawnionej do wykonywania zawodu położnej (*The State of the World's Midwifery 2021 Building a Health Workforce to Meet the Needs of Women, Newborns and Adolescents Everywhere*, 2021). Organizacje te mówiąc o profesjonalizacji zawodu wymieniają trzy kluczowe obszary: edukacja, regulacje prawne oraz organizacje zawodowe odpowiedzialne za budowanie tożsamości zawodowej (Kemp i in., 2021).

Jednym z wyznaczników profesjonalizacji zawodu położnej jest rosnąca samodzielność zawodowa, rozumiana jako zdolność do podejmowania decyzji klinicznych, prowadzenia ciągłej opieki nad pacjentką oraz ponoszenia odpowiedzialności zawodowej i prawnej. Samodzielność zawodowa każdego profesjonalisty, w tym położnej, jest determinowana przez wielu czynników związanych z sytuacją ekonomiczno-prawną, organizacją systemu ochrony zdrowia ale również zasobami psychologicznymi położnych, które są warunkowane m.in. różnicami pokoleniowymi.

Tempo zmian w zakresie profesjonalizacji zawodu położnej na świecie jest nierówne. W krajach wysokorozwiniętych położne funkcjonują jako samodzielne specjalistki, natomiast w wielu krajach o niskich i średnich dochodach nadal borykają się z brakiem dostępu do formalnej edukacji, brakiem

możliwości uzyskania licencji oraz brakiem uznania zawodu w strukturach systemu ochrony zdrowia (Vermeulen i in., 2018).

W Stanach Zjednoczonych o autonomii położnych decyduje prawo stanowe, a z uwagi na istniejące różnice w procesie kształcenia i certyfikacji, zakres posiadanych przez położne uprawnień jest zróżnicowany. W większości stanów położne posiadają pełną autonomię oraz prawo do samodzielnego przepisywania leków (Yang i in., 2016). W Nowej Zelandii kompetencje położnej obejmują m.in. ordynowanie i podawanie leków, zlecenie i interpretację badań diagnostycznych oraz przesiewowych, przeprowadzanie pełnej oceny stanu zdrowia noworodka, a także zaopatrywanie większości urazów krocza (Crowther i in., 2021).

W Europie proces budowania autonomii zawodowej położnych nabrał intensywności w latach 80 i 90 minionego wieku (Vermeulen i in., 2019). Kluczowym elementem było przeniesienie kształcenia na poziom akademicki. Proces Boloński, zapoczątkowany w 1999 roku, odegrał kluczową rolę – umożliwił standaryzację poziomu kształcenia w Europie poprzez wprowadzenie trzystopniowego modelu kształcenia (licencjat, magisterium, doktorat) oraz wzmocnił mobilność studentów i pracowników ochrony zdrowia (Pop-Tudose & Radu, 2023). Jednakże ciągle istnieją pewne różnice. W Belgii położne mają możliwość przepisywania leków oraz wykonywania funkcjonalnych badań ultrasonograficznych ale regulacje prawne zostały określone tylko do ordynowania leków natomiast kwestie dotyczące wykonywania funkcjonalnych badań ultrasonograficznych nie znalazły stosownych decyzji wykonawczych (Nagórska, 2024; Vermeulen i in., 2016, 2019). W Grecji system opieki okołoporodowej określa rolę położnej działającej głównie pod kierunkiem ginekologów. Ich rola jest często sprowadzona do technicznej realizacji zaleceń lekarskich, co ogranicza możliwość prowadzenia samodzielnej praktyki – zwłaszcza w opiece szpitalnej (Kontoyannis i in., 2025). W Chorwacji proces profesjonalizacji zawodu rozpoczął się po 2008 roku, dlatego zapewnienie kompleksowej opieki

kobiecie w czasie ciąży, porodu i położu wchodzi w zakres i odpowiedzialność lekarzy specjalizujących się w ginekologii i położnictwie (Nagórska, 2024).

Samodzielność zawodowa położnych zależy nie tylko od regulacji prawnych i systemowych, lecz także od czynników psychospołecznych, takich jak motywacja wewnętrzna i poczucie własnej skuteczności. Wysoka samoocena skuteczności zawodowej sprzyja niezależnemu podejmowaniu decyzji klinicznych, zwiększa odporność psychiczną i redukuje poziom stresu oraz wypalenia zawodowego, szczególnie wśród położnych z krótszym stażem pracy. Dodatkowo, motywacja wewnętrzna oraz przekonanie o sensowności zawodu położnej wspierają zaangażowanie, satysfakcję zawodową oraz gotowość do samodzielnego działania. Kluczowym czynnikiem wzmacniającym te postawy okazuje się również środowisko pracy – uznanie, autonomia, wsparcie społeczne i kultura organizacyjna pozytywnie wpływają na zdolność położnych do niezależnego funkcjonowania w praktyce klinicznej (Jasiński i in., 2021; Tzamakos i in., 2024).

Zróżnicowanie pokoleniowe w obrębie grupy zawodowej położnych ma wpływ na sposób postrzegania roli zawodowej, podejście do autonomii i pracy zespołowej oraz na przyswajanie nowych technologii. Młodsze pokolenia, zwłaszcza generacja Z (osoby urodzone po 1995 r.), wykazują większą otwartość na zmiany, potrzebę równowagi między życiem zawodowym a prywatnym oraz silniejsze oczekiwania wobec autonomii i rozwoju z zarazem zwiększone ryzyko izolacji, lęku, niepewności i depresji (Chicca & Shellenbarger, 2018).

Celem niniejszego artykułu jest analiza samodzielności zawodowej położnych jako kluczowego czynnika profesjonalizacji zawodu, z uwzględnieniem kontekstu edukacyjnego, psychologicznego, pokoleniowego oraz systemowego. Opracowanie opiera się na niesystematycznym przeglądzie literatury krajowej i międzynarodowej, a jego celem jest

zidentyfikowanie głównych determinant oraz barier w rozwoju samodzielności zawodowej położnych w Polsce.

1. Samodzielność zawodowa położnych w Polsce

W Polsce proces profesjonalizacji zawodowej rozpoczął się po odzyskaniu niepodległości przez Polskę, ale kluczowa transformacja nastąpiła w latach 90. Tym ważnym momentem było wejście w życie ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 1996 Nr 91 poz. 410)¹, która nadała położnym prawo do samodzielnego wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki położniczej, ginekologicznej i noworodkowej (Bączyk-Rozwadowska, 2019; Karkowska, 2007; Wyrębek i in., 2024). Dodatkowo otworzyła położnym drogę do prowadzenia indywidualnej praktyki oraz nałożyła obowiązek stałej aktualizacji wiedzy w ramach kształcenia podyplomowego dając gwarancje świadczenia profesjonalnej opieki² (por. także: Szlendak, 2000). Wprowadzenie regulacji prawnych mówiących o samodzielnym wykonywaniu świadczeń zdrowotnych przez położne stało się podstawą do opracowania i wejścia w życie w 1997 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie³. Dokument ten określał zakres świadczeń zdrowotnych oraz czynności które samodzielnie może wykonywać położna bez zlecenia lekarskiego, ale również opisywał kwalifikacje jakie powinna posiadać położna, wskazał również, że lekarze powinni uznać położne za osoby współuczestniczące w procesie leczenia (Karkowska, 2007).

1 Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (1996). *Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz.U. 1996 nr 91 poz. 410). Za: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19960910410>

2 Tamże.

3 Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. (1997). *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie*. (Dz.U. 1997 nr 116 poz. 750) Za: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19971160750>

Wprowadzenie tych regulacji stało się podstawą do wprowadzenia Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1998 roku w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych⁴, które stworzyło nowy system kształcenia podyplomowego i wyodrębniło 4 rodzaje kształcenia podyplomowego: szkolenia specjalizacyjne; kursy kwalifikacyjne; kursy specjalistyczne oraz doksztalcające. Po raz pierwszy w historii edukacji zawodowej położnych wprowadzony został egzamin państwowy stanowiący element kończący proces kształcenia na poziomie szkolenia specjalizacyjnego. Kształcenie podyplomowe stało się bardzo istotnym elementem w autonomii zawodowej, umożliwiając położnym uzyskiwanie nowych kompetencji, co ma fundamentalny wpływ na jakość świadczonej opieki oraz bezpieczeństwo kobiet (por. także: Szlendak, 2000). Pierwszym i kluczowym elementem było umożliwienie położnym uzyskanie nowych kompetencji w zakresie badania fizykalnego. Pierwsze programy specjalizacji zostały przygotowane i zatwierdzone przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w 2000 roku na podstawie Rozporządzenia MZ i OS, z 1998 r.⁵ Kolejnym ważnym krokiem w samodzielności polskich położnych było wprowadzenie prawa do ordynowania określonych leków i wystawiania recept oraz kierowania na określone badania diagnostyczne (Grabowska i in., 2018; Zarzeka i in., 2018).

W zakresie kształcenia położnych zgodnie z wymogi Unii Europejskiej, od 2003 r. jedyną drogą do uzyskania zawodu położnej jest ukończenie 3-letnich studiów licencjackich na uczelni medycznej. Po ukończeniu studiów możliwe jest uzyskanie tytułu magistra lub kontynuowanie kształcenia w ramach kursów i specjalizacji lub na studiach podyplomowych, takich jak Executive Master of Business Administration (EMBA) w ochronie zdrowia (Wyrębek i in., 2024).

Kształcenie na poziomie licencjackim to pierwszy krok do samodzielności zawodowej. Studia I stopnia (licencjackie) na kierunku położnictwo trwają co najmniej 6 semestrów i obejmują nie mniej niż 4 600 godzin dydaktycznych, w tym co najmniej 2 300 godzin zajęć praktycznych, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu położnej⁶. Główne obszary kształcenia to m.in.: położnictwo i ginekologia, neonatologia i pediatria, podstawy opieki zdrowotnej i promocji zdrowia, farmakologia, patofizjologia, diagnostyka, podstawy prawa, etyki i komunikacji.

Po ukończeniu studiów licencjackich położna uzyskuje m. in. kwalifikacje do samodzielnego prowadzenia fizjologicznego porodu i opieki nad rodzącą, rozpoznawania nieprawidłowości przebiegu ciąży, porodu i położu oraz kierowania pacjentki do lekarza, prowadzenia edukacji przedporodowej i poporodowej, wykonywania świadczeń profilaktycznych i opieki nad noworodkiem.

Studia II stopnia (magisterskie), pozwalają na dalszy rozwój kompetencji zaawansowanych, trwają 4 semestry i są przeznaczone dla położnych posiadających tytuł licencjata. Ich celem jest poszerzenie wiedzy i umiejętności, a także przygotowanie do pełnienia roli lidera opieki okołoporodowej, edukatora zdrowotnego, badacza i konsultanta klinicznego.

Program studiów magisterskich obejmuje m.in.: zaawansowaną opiekę położniczą i neonatologiczną, metodologię badań naukowych i statystykę medyczną, organizację systemu opieki zdrowotnej i zarządzanie w ochronie zdrowia, etykę zawodową i aspekty prawne zawodu. Położna z tytułem magistra posiada kwalifikacje do prowadzenia badań naukowych i wdrażania praktyki opartej na dowodach (EBP), pełnienia funkcji kierowniczych w zespołach opieki zdrowotnej, prowadzenia zaawansowanej edukacji zdrowotnej, inicjowania i wdrażania standardów

4 Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. (1998). *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1998 roku w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych* (Dz.U. 1998 nr 161 poz. 1110). Za: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19981611110>

5 Tamże.

6 Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. (2019). *Rozporządzenie z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarke, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego* (Dz.U. 2019 poz. 1573). Za: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001573>

opieki, podejmowania działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia na poziomie populacyjnym⁷. Transformacja systemu edukacji zawodowej położnych i zmieniający się zakres kompetencji jest solidnie skorelowany z systemem kształcenia podyplomowego dając możliwość pozyskiwania nowych kompetencji zgodnie z potrzebami rynku i własnymi potrzebami i możliwościami. System kształcenia położnych w Polsce przygotowuje do realizacji zadań zawodowych w sposób samodzielny, niestety, system opieki zdrowotnej, zarówno zamknięty (szpitalny), jak i otwarty (opieka środowiskowa i rodzinna), nie wykorzystuje licznych kompetencji położnych, nie dostrzega ich potencjału. Samodzielność położnych nie jest ograniczana przepisami prawa, jednak w praktyce jej realizację utrudniają bariery organizacyjne, brak wsparcia systemowego oraz sceptycyzm społeczeństwa (Bączek i in., 2023). Jak wskazano w badaniu opublikowanym w *European Journal of Midwifery*, świadomość kobiet w Polsce na temat kompetencji zawodowych położnych jest ograniczona. Najczęściej wskazywanymi obszarami działalności położnych były edukacja laktacyjna (78,7%) oraz opieka okołoporodowa (78,9%). Znacznie mniej kobiet wiedziało, że położne mogą również przepisywać leki (23,1%) czy pobierać materiał do cytologii szyjki macicy (24,4%) (Wyrębek i in., 2024). Z kolei w badaniu dotyczącym roli położnej w leczeniu niepłodności w Polsce przeprowadzonym przez Neneman i in. z 2019 roku, zaledwie 4,95 % par uważało, że położna jest kompetentna do wykonywania badania USG. Ponadto tylko 22,77 % respondentów uznało, że obserwacja cyklu miesięcznego należy do kompetencji położnej, a 21,78 % – że edukacja na temat stylu życia mieści się w jej roli zawodowej. W tym samym badaniu jedynie 7,92 % ankietowanych kobiet zadeklarowało, że położna wykonała u nich cytologię lub posiew, a 6,93 % par potwierdziło skierowanie na badania przez położną (Neneman i in., 2019).

2. Zasoby psychologiczne a samodzielność zawodowa

Zasoby psychologiczne takie jak odporność psychiczna, pewność siebie, zdolność do refleksji, empatia czy umiejętność regulacji emocji stanowią fundament samodzielności zawodowej położnej. Ich rozwijanie wpływa nie tylko na jakość opieki nad kobietami, ale też na dobrostan samej położnej.

W kontekście autonomii zawodowej szczególną rolę odgrywa odporność psychiczna, definiowana jako zdolność do adaptacyjnego reagowania na przeciwności losu, stres i presję środowiska pracy. Jak wskazuje Caiazzo i wsp., położne o wyższym poziomie odporności cechuje wyraźnie lepsze subiektywne samopoczucie (SWB), obejmujące zarówno satysfakcję życiową, jak i dobrostan emocjonalny. Wyniki badania przeprowadzonego we włoskich placówkach opieki położniczej dowiodły, że średni lub wysoki poziom odporności istotnie koreluje z wyższym poziomem satysfakcji zawodowej, a także niższym poziomem negatywnego afektu. Oznacza to, że odporność nie tylko umożliwia skuteczne radzenie sobie z presją, ale również stanowi ochronę przed wypaleniem zawodowym i negatywnym wpływem stresorów emocjonalnych (Caiazzo i in., 2019). Te osobiste umiejętności pomagają położnym zachować spokój i pewność siebie w codziennej pracy, szczególnie w trudnych i nieprzewidywalnych sytuacjach klinicznych (Sabzevari & Rad, 2019).

Poczucie własnej skuteczności (ang. self-efficacy) zdefiniowane przez Alberta Bandurę jako przekonanie jednostki o własnej zdolności do osiągnięcia zamierzonych rezultatów, odgrywa istotną rolę w kształtowaniu samodzielności zawodowej położnych (Bandura, 1997). Silne przekonanie o własnej skuteczności może pomóc nam stawić czoła wyzwaniom i wytrwać w dążeniu do celów, ale niski poziom może mieć odwrotny skutek, może generować zachowania unikające, które mogą negatywnie wpływać nie tylko uzyskiwane wyniki (Waddington, 2023). Badanie Azmoude i in. przeprowadzone wśród położnych wschodniego Iranu wykazało silny związek między poziomem wiedzy i samooceny kompetencji zawo-

7 Tamże.

dowych a rzeczywistym wdrażaniem praktyk Evidence-Based Practice (EBP). Położne, które cechowała wyższa samoskuteczność, częściej angażowały się w działania zgodne z aktualnymi rekomendacjami naukowymi (Azmoude i in., 2017). Z kolei Jiang i in. w badaniu przekrojowym przeprowadzonym w Chinach wskazują, że umiarkowany poziom samo-skuteczności położnych może wiązać się z ryzykiem wypalenia zawodowego. Niska samoocena oraz brak przekonania o własnej sprawczości przekładają się negatywnie nie tylko na jakość świadczonej opieki, ale również na decyzje dotyczące dalszego kontynuowania pracy w zawodzie (Jiang i in., 2020). W polskich badaniach również obserwowano związek poczucia własnej skuteczności z podejmowaniem samodzielnych decyzji, położne aktywne zawodowo z wyższym poczuciem własnej skuteczności częściej podejmują samodzielne interwencje kliniczne (np. stosują pozycje wertykalne w porodzie), zgłaszają wyższą satysfakcję zawodową oraz niższy poziom wypalenia (Guzewicz & Sierakowska, 2022).

Zasobem, który może mieć wpływ na aktywność położnych w zakresie samodzielności zawodowej jest umiejętność radzenia sobie ze stresem. Metaanaliza przeprowadzona przez Gheshlagh i in. ujawniła, że aż 71% irańskich położnych doświadcza wysokiego poziomu stresu zawodowego, niezależnie od wieku czy stażu pracy. Tak powszechna ekspozycja na chroniczny stres zwiększa ryzyko, popełniania błędów zawodowych, a także obniżonego poziomu satysfakcji z pracy. Jednocześnie autorzy wskazują na potrzebę wdrażania programów wzmacniających kompetencje w zakresie zarządzania stresem, co mogłoby wspierać zarówno autonomię zawodową, jak i jakość opieki (Gheshlagh i in., 2021). Związek między radzeniem sobie ze stresem a dobrostanem i odpornością zawodową został także szeroko opisany w przeglądzie Morana i in. Wskazano tam, że wiele czynników wywołujących stres w środowisku pracy położnej – takich jak bariery systemowe, przeciążenie obowiązkami czy brak wsparcia organizacyjnego – może być jednocześnie źródłem rozwoju, jeśli położna dysponuje odpowiednimi mechanizmami adaptacyjnymi. Dobre relacje zespołowe, możliwość samodzielnego podejmowania decyzji oraz wsparcie

mentorskie zostały zidentyfikowane jako czynniki ochronne, wzmacniające zarówno rezyliencję, jak i satysfakcję zawodową (Moran i in., 2023).

Zatem w świetle przedstawionych badań można wnioskować, że autonomia zawodowa położnych jest ściśle powiązana z ich zasobami psychologicznymi. Odporność psychiczna, wiara we własne umiejętności i umiejętność radzenia sobie ze stresem to powiązane ze sobą cechy, które wspierają samodzielność położnej w podejmowaniu decyzji, wpływają na jakość opieki nad pacjentką i pomagają chronić przed wypaleniem zawodowym. Wzmocnienie tych zasobów powinno być nie tylko celem indywidualnego rozwoju położnej, ale również przedmiotem świadomej polityki edukacyjnej i zarządczej w systemie opieki zdrowotnej.

3. Różnice pokoleniowe a postrzeganie samodzielności zawodowej wśród położnych

Współczesne położnictwo to przestrzeń, w której spotykają się różne generacje położnych, począwszy od tych które dopiero rozpoczynają swoją drogę zawodową po te z kilkudziesięcioletnim stażem pracy. Najmłodsze pokolenie, czyli pokolenie Z (osoby urodzone po 1995 roku), dopiero zaczyna obejmować aktywne role w zawodzie położnej, przynosząc ze sobą nowe wartości, oczekiwania oraz kompetencje, które mogą znacząco wpływać nie tylko na funkcjonowanie zespołów, ale także na rozumienie i realizację samodzielności zawodowej w praktyce klinicznej (Chicca & Shellenbarger, 2018). Jak zauważa Singh i in. przedstawiciele tej generacji wychowywali się w świecie technologii – ich tożsamość kształtowała się w środowisku nasyconym cyfryzacją, mediami społecznościowymi i szybkim przepływem informacji. To pokolenie jest oswojone z wielozadaniowością i szybkim dostępem do wiedzy, ale jednocześnie może prezentować zupełnie inne podejście do pracy niż poprzednie generacje. Singh zwraca uwagę, że bez zrozumienia ich potrzeb i cech, organizacjom trudno będzie efektywnie ich zatrzymać – również w sektorze ochrony zdrowia (Singh & Dangmei, 2016).

W kontekście położnictwa, doświadczenia nowo wykwalifikowanych położnych z pokolenia Z w sposób szczególny opisują Kool i in. (2023). Przeprowadzone w Holandii badania wskazują, że dla młodych położnych pierwsze lata pracy są wyjątkowo wymagające, że względu na autonomiczny charakter pracy oraz odpowiedzialność za realizowane zadania. Znaczenia bycia członkiem zespołu i budowania relacji w ramach praktyki położniczej nie było postrzegano jako wartość. Młodsze położne zgłaszają potrzebę równowagi między pacą a czasem wolnym, co dla położnych z doświadczeniem nie było zrozumiałe (tamże). W badaniach Tan i Chin (2023) wskazano również istotne różnice międzypokoleniowe w postawach i wartościach zawodowych w grupie pielęgniarek. Młodsze pokolenia pielęgniarek podkreślają potrzebę równowagi między życiem zawodowym a prywatnym, podczas gdy starszych koleżanek praca jest wyznacznikiem dobrego życia. Młodsze pokolenia pragną również większej władzy i autonomii w pracy oraz uznania i szacunku.

Warto zauważyć, że starsze pokolenia – jak pokolenie X (urodzeni 1965–1980) – wychowywały się w zupełnie innych warunkach ekonomiczno-społeczno-kulturowych. Praca była często postrzegana jako obowiązek, nierzadko wpisany w tradycję rodzinną, a sukces zawodowy utożsamiany z awansem, prestiżem i stabilnością. Badanie Gümüśdaş i in. pokazuje, że położne z pokolenia X cechuje niższy poziom dobrowolnego wyboru zawodu, w porównaniu z pokoleniem Y (urodzeni w latach 1981-1994), oraz bardziej konserwatywne podejście do władzy zawodowej. Z kolei młodsze pokolenia wykazują wyższy poziom rozwoju zawodowego i motywacji, co może prowadzić do napięć, gdy różne style pracy zderzają się w jednym zespole (Gümüśdaş i in., 2021).

Zrozumienie specyfiki pokolenia Z, które coraz odważniej wkracza do zawodu położnej, jest kluczowe nie tylko dla tworzenia zgranych zespołów, ale także dla przyszłości samego położnictwa. Ich potrzeba samorealizacji, cyfrowa biegłość, otwartość na zmiany oraz wrażliwość etyczna mogą stanowić ogromny potencjał – pod warunkiem, że środowisko pracy będzie w stanie ten potencjał rozpoznać i wspierać. Jednocześnie starsze pokolenia oferują stabilność, doświadczenie i często cenną perspektywę organi-

zacyjną. Dobrze funkcjonujący zespół położniczy to taki, który potrafi połączyć energię i świeżość z doświadczeniem i mądrością – niezależnie od różnic pokoleniowych.

4. Podsumowanie

Współczesna rzeczywistość zawodowa polskich położnych kształtowana jest przez szereg czynników systemowych, edukacyjnych, psychologicznych i pokoleniowych, które razem wpływają na stopień ich samodzielności zawodowej. Mimo że ramy prawne i formalne – zwłaszcza od lat 90. XX wieku – konsekwentnie poszerzają zakres kompetencji położnych, w praktyce ich autonomia nadal nie jest w pełni wykorzystywana. Ustawodawstwo umożliwia im m.in. prowadzenie fizjologicznego porodu, przepisywanie leków, kierowanie na badania diagnostyczne oraz prowadzenie samodzielnej praktyki, a system kształcenia – zgodny ze standardami UE – przygotowuje do realizacji tych zadań na wysokim poziomie.

Jednak rzeczywista niezależność położnych napotyka bariery organizacyjne, brak systemowego wsparcia i niską świadomość społeczną dotyczącą ich kompetencji. Wielu kobiet, a niekiedy także członków zespołów medycznych, nie dostrzega pełni roli położnej jako samodzielnej profesjonalistki.

Na poziomie indywidualnym o samodzielności decydują również zasoby psychologiczne położnych, takie jak odporność psychiczna, poczucie własnej skuteczności czy umiejętność radzenia sobie ze stresem. Silne zasoby osobiste pozwalają skutecznie radzić sobie z wyzwaniami pracy klinicznej, podejmować niezależne decyzje i chronić się przed wypaleniem zawodowym. Wspieranie tych kompetencji powinno być zatem celem nie tylko położnych, ale także kadry zarządzającej i systemu edukacji.

Dodatkowo, współczesne zespoły położnicze stają przed wyzwaniami wynikającymi z różnic pokoleniowych. Młode położne z pokolenia Z wnoszą świeże spojrzenie, otwartość na zmiany i cyfrową biegłość, lecz często potrzebują stabilizacji i mentorskiego wsparcia, którego brakuje w obecnych realiach pracy. Z kolei starsze generacje, choć często reprezentują bardziej konserwatywne podejście, oferują bezcenne

doświadczenie i organizacyjną perspektywę. Umiejętne łączenie tych zasobów stanowi ogromny potencjał dla rozwoju zawodu.

Polska stoi dziś przed szansą pełnej realizacji potencjału zawodowego położnych – zarówno dzięki dobrze skonstruowanemu systemowi kształcenia, jak i jasno określonym ramom prawnym. Warunkiem koniecznym pozostaje jednak zmiana w postrzeganiu roli położnej – tak w społeczeństwie, jak i w strukturach systemu ochrony zdrowia – oraz budowanie środowiska pracy, które aktywnie wspiera ich autonomię, rozwój i dobrostan.

Ograniczenia

Artykuł opiera się na niestystematycznej analizie literatury, co stanowi pewne ograniczenie pod względem reprezentacji dostępnych danych naukowych.

Przytoczone źródła dostarczają wartościowych informacji na temat samodzielności zawodowej położnych i czynników ją determinujących, jednakże ich wybór opierał się na dostępności oraz aktualności. Aby rzetelnie ocenić realny wpływ czynników psychologicznych, systemowych i pokoleniowych na poziom samodzielności zawodowej położnych w Polsce, konieczne jest przeprowadzenie badań, które pozwolą na dostarczenie obiektywnych danych, które będą stanowić podstawę dla zmian w polityce zdrowotnej wspierającej rozwój profesjonalnej tożsamości położnych.

Finansowanie

Badanie zostało sfinansowane z programu badawczego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego na rok 2025.

Bibliografia

- Azmoude, E., Farkhondeh, F., Ahour, M., & Kabirian, M. (2017). Knowledge, practice and self-efficacy in evidence-based practice among midwives in East Iran. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 17(1), e66–e73. <https://doi.org/10.18295/squmj.2016.17.01.012>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman
- Bączek, G., Klimanek, J., Misztal, A., Wyřbek, A., Bień, A., & Pięta, B. (2023). Independence of midwives in a therapeutic team: A midwife as a coordinator of the patient's stay at St. Sophia Hospital in Warsaw, Poland. *European Journal of Midwifery*, 7(Suppl. 1), Article 171961. <https://doi.org/10.18332/ejm/171961>
- Bączyk-Rozwadowska, K. (2019). Samodzielność zawodowa pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego. *Studia Iuridica Toruniensia*, 22(1), 25–42. <https://doi.org/10.12775/SIT.2018.002>
- Caiazzo, D., Kundisowa, L., Bocci, G., Vonci, N., Alaimo, L., Ardis, S., & Nante, N. (2019). Midwifery matters: Resilience and subjective wellbeing of midwives. *European Journal of Public Health*, 29(Suppl. 4), ckz187.169. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz187.169>
- Chicca, J., & Shellenbarger, T. (2018). Connecting with Generation Z: Approaches in nursing education. *Teaching and Learning in Nursing*, 13(3), 180–184. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2018.03.008>
- Crowther, S., Maude, R., Bradford, B., Austin, D., Gilkison, A., McAra-Couper, J., & Krisjanous, J. (2021). When maintaining relationships and social connectivity matter: The case of New Zealand midwives and COVID-19. *Frontiers in Sociology*, 6, 614017. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.614017>
- Gheshlagh, R. G., Rezaei, H., & Parizad, N. (2021). The prevalence of occupational stress among Iranian midwives: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Midwifery*, 29(11), 634–640. <https://doi.org/10.12968/bjom.2021.29.11.634>
- Grabowska, H., Grabowski, W., Fils, A., & Goworska-Krzemińska, A. (2018). New prescribing powers for Polish nurses and midwives in relation to ICNP®. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 16(2), 86–92. <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.18.010.9080>
- Gümüşdaş, M., Lazoğlu, M., & Ejder Apay, S. (2021). Comparing the professional commitment of midwives from X and Y generations. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi / Journal of Health and Nursing Management*, 8(3), 335–344. <https://doi.org/10.5222/SHYD.2021.52385>
- Guzewicz, P., & Sierakowska, M. (2022). The role of midwives in the course of natural childbirth: Analysis of sociodemographic and psychosocial factors: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15824. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315824>
- Jasiński, A., Derbis, R., & Walczak, R. (2021). Workload, job satisfaction and occupational stress in Polish midwives before and during the COVID-19 pandemic. *Medycyna Pracy*, 72(6), 665–675. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01149>
- Jiang, X., Chen, X., Zheng, J., Zheng, Q., Huang, X., & Pan, Y. (2020). A multi-center cross-sectional study on midwives' self-efficacy and influencing factors. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(4), e12357. <https://doi.org/10.1111/jjns.12357>
- Karkowska, D. (2007). *Status zawodowy położnej: Zarys problemu*. Fundacja Rodzić po Ludzku.
- Kemp, J., Maclean, G. D., & Moyo, N. (2021). *Global midwifery: Principles, policy and practice*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-46765-4>

- Kontoyannis, M., Dagla, M., Kokkosi, E., Vivilaki, V., Katsetos, C., & Sarella, A. (2025). Factors affecting the implementation of community perinatal midwifery care in Greece, in relation to the perspectives, attitudes, and expectations of primary healthcare midwives. *Cureus*, 17(8), e80566. <https://doi.org/10.7759/cureus.80566>
- Kool, L., Schellevis, F. G., Bax, I., Jaarsma, D. A. D. C., & Feijen-de Jong, E. I. (2023). Midwives' perceptions of the performance and transition into practice of newly qualified midwives: A focus group study. *Women and Birth*, 36(1), 63–71. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.03.001>
- Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. (2019). *Rozporządzenie z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego. Dziennik Ustaw*, 2019, poz. 1573. Pobrane z <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001573>
- Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. (1997). *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielną, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielną. Dziennik Ustaw*, 1997(116), poz. 750. Pobrane z <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19971160750>
- Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. (1998). *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1998 roku w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Dziennik Ustaw*, 1998(161), poz. 1110. Pobrane z <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU1998161110>
- Moran, L., Foster, K., & Bayes, S. (2023). What is known about midwives' well-being and resilience? An integrative review of the international literature. *Birth*, 50(4), 672–688. <https://doi.org/10.1111/birt.12756>
- Nagórska, M. (Ed.). (2024). *Medical professions in international perspective: Midwife*. Rzeszów University Publishing House. <https://doi.org/10.15584/978-83-8277-140-4>
- Neneman, M., Bączek, G., & Dmoch-Gajzlerska, E. (2019). The role of the midwife in the therapy of infertility in Poland in the opinion of patients. *Nursing and Public Health*, 9(1), 41–49. <https://doi.org/10.17219/pzp/93531>
- Pop-Tudose, M. E., & Radu, M. C. (2023). Similarities in midwifery education, regulation, and practice across Europe: A literature review. *European Journal of Midwifery*, 7(Suppl. 1), Article 172978. <https://doi.org/10.18332/ejm/172978>
- Prosen, M. (2022). A systematic integrative literature review of the factors influencing the professionalization of midwifery in the last decade (2009–2019). *Midwifery*, 106, 103246. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103246>
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129–1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Sabzevari, M. T., & Rad, M. (2019). Resilience strategies against working pressures in midwives: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 33. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_241_18
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (1996). *Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dziennik Ustaw*, 1996(91), poz. 410. Pobrane z <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19960910410>
- Singh, A. P., & Dangmei, J. (2016). Understanding Generation Z: The future workforce. *South Asian Journal of Multidisciplinary Studies*, 3(3), 1–5.
- Szlendak, B. (2000). Doskonalenie zawodowe położnych. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 9(3), 14–17.
- Tan, S. H. E., & Chin, G. F. (2023). Generational effect on nurses' work values, engagement, and satisfaction in an acute hospital. *BMC Nursing*, 22(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01256-2>
- Tzamakos, E., Metallinou, D., Tigka, M., Lykeridou, A., Sarantaki, A., & Nanou, C. (2024). The associations of perceived self-efficacy with emotional intelligence, personality, resilience, and attitudes towards death among midwives. *Healthcare*, 12(11), 1129. <https://doi.org/10.3390/healthcare12111129>
- Vermeulen, J., Luyben, A., Jokinen, M., Matintupa, E., O'Connell, R., & Bick, D. (2018). Establishing a Europe-wide foundation for high quality midwifery education: The role of the European Midwives Association (EMA). *Midwifery*, 64, 128–131. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.009>
- Vermeulen, J., Luyben, A., O'Connell, R., Gillen, P., Escuriet, R., & Fleming, V. (2019). Failure or progress? The current state of the professionalisation of midwifery in Europe. *European Journal of Midwifery*, 3, Article 115038. <https://doi.org/10.18332/ejm/115038>
- Vermeulen, J., Swinnen, E., D'haenens, F., Buyl, R., & Beekman, K. (2016). Women's preferences and knowledge about the legal competences of midwives in Brussels, Belgium: A descriptive observational study. *Midwifery*, 40, 177–186. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.002>
- Waddington, J. (2023). Self-efficacy. *ELT Journal*, 77(2), 237–240. <https://doi.org/10.1093/elt/ccac046>
- Wyřbek, A., Klimanek, J., Misztal, A., Szlendak, B., & Bączek, G. (2024). Knowledge of women in Poland on the profession and competences of a midwife. *European Journal of Midwifery*, 8 (March), Article 183910. <https://doi.org/10.18332/ejm/183910>
- Yang, Y. T., Attanasio, L. B., & Kozhimannil, K. B. (2016). State scope of practice laws, nurse-midwifery workforce, and childbirth procedures and outcomes. *Women's Health Issues*, 26(3), 262–267. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.02.003>
- Zarzeka, A., Panczyk, M., Belowska, J., Iwanow, L., Cieřlak, I., Mazur, N., Paz Lourido, B., & Gotlib, J. (2018). The knowledge of nursing and midwifery students regarding new professional competences: Poland-wide multicenter study. *Acta Poloniae Pharmaceutica-Drug Research*, 75(4), 1031–1039. <https://doi.org/10.32383/appdr/80968>