

# Opieka okołoporodowa w Polsce

w świetle akcji „Rodzić po Ludzku” 2006



Fundacja Rodzić po Ludzku



Publikacja opracowana i opublikowana dzięki pomocy finansowej Unii Europejskiej (Program Środki Przejściowe 2004 „Zwiększenie świadomości społecznej oraz wzmocnienie roli organizacji pozarządowych w zakresie rzecznictwa i monitoringu“ ). Za treść raportu odpowiada Fundacja Rodzic po Ludzku, poglądy w nim wyrażone nie odzwierciedlają w żadnym razie oficjalnego stanowiska Unii Europejskiej.

# Opieka okołoporodowa w Polsce

w świetle akcji „Rodzić po ludzku” 2006



Fundacja Rodzić po Ludzku

Opracowanie: Urszula Kubicka-Kraszyńska, Anna Otffinowska

Współpraca: Maria Tomaszewska-Chyczewska, Maria Kubicka, Aleksandra Siemińska,  
Joanna Pietrusiewicz, Romana Lewicka, Dominika Zaar-Tomuń, Agata Hall

Projekt graficzny i skład: Krzysztof Kubicki

Opracowanie danych zebranych podczas akcji „Rodzić po ludzku” 2006:  
Agencja Ipsos, Fundacja Rodzić po Ludzku

Warszawa 2007

© Copyright by Fundacja Rodzić po Ludzku  
ISBN 978-83-60971-00-0

Przedruk materiałów Fundacji Rodzić po Ludzku w całości lub części możliwy jest wyłącznie za zgodą Fundacji. Cytowanie i wykorzystanie danych dozwolone jest z podaniem źródła.



Fundacja Rodzić po Ludzku

Fundacja Rodzić po Ludzku  
00-150 Warszawa, ul. Nowolipie 13/15  
tel. (022) 877 78 76  
[www.rodzicpoludzku.pl](http://www.rodzicpoludzku.pl)  
[fundacja@rodzicpoludzku.pl](mailto:fundacja@rodzicpoludzku.pl)

Przed Państwem kolejny raport o opiece okołoporodowej, opracowany na podstawie informacji zebranych podczas czwartej edycji akcji „Rodzić po ludzku”.

Akcja ta ma już swoją tradycję w Polsce – kolejny raz umożliwiła konsumentom usług medycznych ocenianie ofert oraz pracy szpitali. Jest również przykładem akcji społecznej, dzięki której dokonały się ogromne zmiany.

Postulaty pierwszych edycji, takie jak możliwość odbycia porodu z bliską osobą, rooming-in czy odwiedziny stały się już standardem we wszystkich oddziałach w Polsce. Zmiany, które zaszły od tamtej pory objęły również sferę wzajemnych relacji między personelem a pacjentkami, obecnie coraz częściej opierających się na życzliwości i szacunku. Wprowadzanie postulatów akcji w życie dokonuje się w dużej mierze dzięki zaangażowaniu ordynatorów oraz personelu części placówek, wynikającemu z ich własnej inicjatywy, bez odgórnych wytycznych i odpowiednich rozporządzeń.

Niestety, postulaty oraz dorobek akcji nie znalazły do tej pory uznania w działaniach decydentów. Nie sprecyzowano standardów opieki okołoporodowej, ignorowane są częste naruszenia praw pacjenta, milcząco toleruje się bezprawne pobieranie opłat od kobiet.

Niniejsza publikacja rzuca światło na wiele szczegółowych aspektów opieki okołoporodowej, także na niebadane dotąd obszary, takie jak przestrzeganie praw pacjenta w oddziałach położniczych czy satysfakcja kobiet z doświadczenia porodu.

Światowa Organizacja Zdrowia jest zdania, iż tworzenie standardów opieki winno przebiegać w toku interdyscyplinarnej debaty, w której zabierają głos przedstawiciele różnych dziedzin i środowisk. W Polsce dyskusje o opiece okołoporodowej prowadzone są w zamkniętych grupach lekarzy, położnych, ekonomistów i innych. To nie sprzyja twórczej wymianie poglądów, ani tworzeniu całościowej wizji opieki.

Raport ten jest naszym – dziennikarzy i zespołu Fundacji Rodzić po Ludzku – wkładem w to, aby taką dyskusję rozpocząć, i aby wkrótce „rodzenie po ludzku” stało się w Polsce standardem.

## Podziękowanie

Publikacja ta nie powstałaby bez pomocy, zaangażowania i wsparcia ogromnej liczby osób. Przede wszystkim dziękujemy wielu tysiącom kobiet, które podzieliły się z nami swoim doświadczeniem porodu. Dziękujemy również partnerom i sponsorom, bez których niemożliwe było przeprowadzenie akcji o tak szerokim zasięgu, a także wszystkim organizatorom, współpracownikom i wolontariuszom, których zapał i całoroczna praca przyczyniły się do sukcesu czwartej edycji akcji „Rodzić po ludzku”.

# spis treści

I. Akcja „Rodzić po ludzku” 2006 .....	9
1. Założenia i kryteria.....	9
2. Wyniki akcji.....	12
3. Oddziaływanie akcji .....	19
II. Diagnoza opieki okołoporodowej w świetle danych z akcji „Rodzić po ludzku” 2006.....	20
1. Przestrzeganie praw pacjenta w oddziałach położniczych.....	20
1.1. Czym są prawa pacjenta? .....	21
1.2. Prawa pacjenta w świetle wyników akcji .....	22
1.3. Opieka, pomoc i wsparcie po porodzie .....	30
1.4. Czy przestrzeganie praw pacjenta jest możliwe?.....	31
2. Czy poród w Polsce jest chorobą?.....	33
2.1. Medykalizacja porodu .....	33
2.2. Najczęstsze interwencje medyczne a wyniki badań naukowych.....	35
2.3. Poród normalny czy zmedykalizowany?.....	43
2.4. Satysfakcja z porodu.....	43
2.5. Szpitale nagrodzone .....	45
3. Podsumowanie .....	45
4. Bibliografia .....	47



# I. Akcja „Rodzić po ludzku” 2006

## 1. Założenia i kryteria

### dlaczego znowu akcja?

Czwarta edycja akcji „Rodzić po ludzku” została ogłoszona 24 grudnia 2005 r. „Dzięki jej poprzednim edycjom Polki wiedzą, że można rodzić inaczej. Bez poniżania, z poszanowaniem intymności, dając kobiecie wybór i towarzystwo bliskiej osoby. Poród przestaje być tylko zabiegiem medycznym, staje się wydarzeniem osobistym, rodzinnym.”<sup>1</sup> Skoro jest lepiej, skoro tyle się zmieniło od 1994 r., po co organizować kolejną akcję?

„Przeczytałam wasz Dekalog – napisała do nas niedawno jedna z kobiet – Jest dla mnie oczywisty i prosty. Dlaczego nie jest respektowany?” Wspólna praca organizatorów poprzednich edycji akcji „Rodzić po ludzku”, wielu tysięcy kobiet, które nam pomagały ślać listy i wypełniając ankietę, a także dyrektorów szpitali, lekarzy i położnych, którzy odpowiedzieli na wezwanie do zmian - nie została zakończona. Monitoring oddziałów położniczych, prowadzony przez Fundację Rodzić po Ludzku, nasze badania ankietowe wśród kobiet,

listy i relacje z porodów, świadczą o tym, że do wielu szpitali wracają stare praktyki – przedmiotowe traktowanie kobiet rodzących i młodych mam, brak szacunku, niedbałość w wykonywaniu swojej pracy, rutyna. „Rodzenie po ludzku” stało się w wielu miejscach płatną, ponadstandardową usługą, a życzliwość i pomoc personelu – walutą wymierną na złotówki. Ministerstwo Zdrowia wciąż nie opracowało nowoczesnych standardów opieki okołoporodowej, uwzględniających potrzeby kobiet.

O tym, że warto było podjąć trud organizowania akcji po raz kolejny, przekonaliśmy się już w pierwszym tygodniu jej trwania, gdy, pomimo świątecznego zamieszania, blisko 2 tysiące kobiet wypełniło ankietę on-line, i zaczęły przychodzić pierwsze listy: „Wasza akcja otwiera nam, kobietom, oczy, dodaje pewności siebie i wiary, że mamy prawo decydować, jak będą się rodzić nasze dzieci”<sup>2</sup>.

### jak prowadziliśmy akcję?

Organizatorami czwartej edycji akcji byli – Fundacja Rodzić po Ludzku, *Gazeta Wyborcza*, miesięcznik *Dziecko*, *Wysokie Obcasy*, partnerem – Johnson’s Baby. Patronat medialny zapewnili – portal gazeta.pl, TVP1, Polskie Radio PR1 oraz

AMS. Organizację akcji wsparli także Fundacja Agora oraz Women World Day of Prayer - German Committee. Partnerem badawczym była agencja Ipsos.

### Akcja Rodzić po Ludzku w liczbach

100 dni – trwały przygotowania, 364 dni – była prowadzona akcja  
170 osób pracowało przy przygotowaniu narzędzi badawczych, zbieraniu danych, opracowaniu *Przewodnika po szpitalach*, obróbce statystycznej danych, nagłośnieniu akcji w mediach  
52 wolontariuszy i wolontariuszek pomagało przy akcji  
Z 423 szpitali ordynatorzy przystali informację o oddziałach,  
17 szpitali nie odesłało informacji, 411 szpitali zostało ocenionych,  
13 szpitali zostało nagrodzonych, 13 szpitali zostało wyróżnionych,  
3 szpitale dostały czarne serca  
Otrzymaliśmy 40 000 ankiet (w tym 14 tys. papierowych)  
Kobiety napisały do nas 4 000 listów i zadzwoniły 1 100 razy  
było 30 000 wejść na stronę akcji na [www.rodzicpoludzku.pl](http://www.rodzicpoludzku.pl)  
3 033 145 odsłon strony akcji na portalu gazeta.pl

<sup>1</sup> *Gazeta Wyborcza*, 24.12.2006

<sup>2</sup> list p. Magdaleny, *Gazeta Wyborcza*, 28.01.2006

## jak zbieraliśmy informacje?

Ankieta dla kobiet dystrybuowana była w szpitalach, a także drukowana w *Gazecie Wyborczej*, *Wysokich Obcasach* i *Dziecku*. Jednak większość mam skorzystała z możliwości wypełnienia ankiety on-line, za pośrednictwem internetu, i dołączyła do ankiety komentarz lub relację z porodu. Kobiety po porodzie i ojcowie dzieci pisali wiele listów. Niektóre opisywane przez nich sprawy stały się podstawą do interwencji dziennikarzy. Przy ocenie szpitali braliśmy pod uwagę porody z lat 2004-2006, czyli dane z 26 334 ankiet. Wszystkie ankiety trafiały do agencji badawczej Ipsos, gdzie były kodowane i analizowane.

Ordynatorzy oddziałów położniczych i neonatologicznych otrzymali od nas szczegółowe kwestionariusze, w których pytaliśmy o warunki oferowane przez oddział, stosowane procedury, a także statystyki, dotyczące najczęściej wykonywanych interwencji medycznych. Kwestionariusze odesłało 96% ordynatorów.

Trzecim źródłem informacji byli ankieterzy z agencji Ipsos, którzy odwiedzili większość badanych szpitali. Rozmawiali z personelem, oglądali oddziały, weryfikowali część informacji.

## oceny, nagrody, wyróżnienia i Przewodnik

W tej edycji akcji opisanych i ocenionych zostało 411 szpitali spośród 423 placówek. 10 szpitali nie odesłało nam żadnych informacji o oddziałach, zabrakło również informacji od kobiet rodzących w tych szpitalach. Nagrodzonych zostało 13 szpitali, również 13 zostało wyróżnionych.

3 szpitale otrzymały czarne serca. W wielu listach powtarzały się pozytywne opinie o lekarzach i położnych, którzy wyróżnili się szczególnie serdecznym podejściem do rodzących i młodych mam. Na podstawie tych informacji przyznaliśmy tytuły „Aniołów Rodzic po ludzku”.

### Najlepsze szpitale

#### I nagroda:



- ▶ Puck (Pomorskie), SP ZOZ im. F. Żaczka, ul. 1 Maja 13
- ▶ Kraków (Małopolskie), Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego SP ZOZ, Os. na Skarpie 66

#### II nagroda:



- ▶ Pyskowice (Śląskie), Szpital Powiatowy, ul. Szpitalna 2
- ▶ Szubin (Kujawsko-Pomorskie), NZOZ Centrum Medyczne im. J. Korczaka, ul. Ogrodowa 3
- ▶ Sulechów (Lubuskie), SP ZOZ, ul. Zwycięstwa 1



- ▶ Kołobrzeg (Zachodniopomorskie), ZOZ, ul. Łopuskiego 3
- ▶ Łędziny (Śląskie), Izba Porodowa Miejskiego ZOZ, ul. Hołdunowska 70
- ▶ Mińsk Mazowiecki (Mazowieckie), SP ZOZ, ul. Szpitalna 37

#### III nagroda:



- ▶ Chełmża (Kujawsko-Pomorskie), Szpital Powiatowy, ul. Szewska 23
- ▶ Hajnówka (Podlaskie), SP ZOZ, ul. Lipowa 190
- ▶ Kraków (Małopolskie), NZOZ Szpital na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego, ul. Siemiradzkiego 1
- ▶ Międzyrzecz (Lubuskie), SP ZOZ, ul. Konstytucji 3 Maja 35
- ▶ Szczecin (Zachodniopomorskie), Szpital Kliniczny, Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii PAM, Al. Powstańców Wlkp. 72

## Najlepsze szpitale

### Wyróżnienia:



- ▶ Kamienna Góra (Dolnośląskie), Powiatowe Centrum Zdrowia, Spółka z o.o. NZOZ Szpital Powiatowy, ul. Bohaterów Getta 10
- ▶ Kamień Pomorski (Zachodniopomorskie), Szpital Świętego Jerzego, ul. Szpitalna 10
- ▶ Kielce (Świętokrzyskie), Szpital Kielecki Spółka z o.o. NZOZ Św. Aleksandra, ul. Kościuszki 25
- ▶ Knurów (Śląskie), ZOZ, ul. Niepodległości 8
- ▶ Sokółka (Podlaskie), SP ZOZ, ul. Sikorskiego 40
- ▶ Stargard Szczeciński (Zachodniopomorskie), SP ZZOZ, ul. Wojska Polskiego 27
- ▶ Świętochłowice (Śląskie), Szpital Miejski nr 2, ul. Chorzowska 36
- ▶ Trzcianka (Wielkopolskie), Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II, ul. Sikorskiego 9
- ▶ Wałbrzych (Dolnośląskie), Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. Biernackiego, ul. Paderewskiego 10
- ▶ Warszawa (Mazowieckie), Szpital Specjalistyczny Św. Zofii w Warszawie SP ZOZ, ul. Żelazna 90
- ▶ Zabrze (Śląskie), Katedra i Klinika Perinatologii i Ginekologii Śląskiej AM w Katowicach SPSK nr 1, pl. Traugutta 6



- ▶ Olsztyn (Warmińsko-Mazurskie), NZOZ „Malarkiewicz i spółka”, Al. Wojska Polskiego 30



- ▶ Olsztyn (Warmińsko-Mazurskie), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Żołnierska 18

## Szpital z czarnym sercem



- ▶ Gorzów (Lubuskie), SP Szpital Wojewódzki, ul. Dekerta 1



- ▶ Radom (Mazowieckie), Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. T. Chatubińskiego, ul. Tochtermana 1



- ▶ Tamów, Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika, ul. Szpitalna 13

Przewodnik po szpitalach położniczych ukazał się 23 grudnia 2006 r., podzielony na 16 części, w lokalnych dodatkach *Gazety Wyborczej*. W formie książkowej został opublikowany przez

Fundację Rodzić po Ludzku w marcu 2007 r., w dwóch częściach: *Polska środkowowschodnia* i *Polska środkowozachodnia*.

## Jak oceniano szpitale?

Tak jak podczas poprzednich edycji akcji, tak i teraz ocenialiśmy szpitale za pomocą gwiazdek i serc, przy czym serca przyznawane były tylko tym szpitalom, których pacjentki nadesłały odpowiednią liczbę ankiet i listów. Każdy szpital mógł zdobyć maksymalnie pięć gwiazdek. Szpitale, które opisało zbyt mało kobiet (czyli otrzymaliśmy niewystarczającą do pełnej oceny liczbę listów i ankiet, dotyczących danej placówki), ocenialiśmy „ofertowo”, czyli pisaliśmy, co oferują, ale – ponieważ informacje te nie były potwierdzone przez kobiety – oceny za swobodę rodzenia, kontakt z dzieckiem i opiekę po porodzie były surowsze – najwyżej pół gwiazdki, a więc w tym wypadku szpital mógł dostać maks. 3 i 1/2 gwiazdki. Szpitalom „ofertowym” nie przyznawaliśmy serc.

Kryteria akcji oparte są na zaleceniach Światowej Organizacji Zdrowia i Karcie Praw Pacjenta. Ponieważ najważniejszym postulatem w tegorocznej akcji było „Rodzić po ludzku to nie przywilej” zwracaliśmy uwagę, za co i w jakiej wysokości szpitale pobierają opłaty. W porównaniu do edycji akcji z 2000 r., zaostrzyliśmy kryteria oceny w kategoriach: „swoboda rodzenia” oraz „kontakt dziecka z matką bezpośrednio po porodzie”. Wyszliśmy z założenia, że sformułowane w 1985 r. przez Światową Organizację Zdrowia zalecenia powinny już dawno zostać wdrożone w codzienną pracę polskich szpitali, podobnie jak stało się z innymi zaleceniami – np. rooming-in, kiedyś postrzegany jako nowość, dzisiaj będący już normą i oczywistością. W odpowiedzi na liczne

listy i uwagi młodych mam, postanowiliśmy wnikliwie przyrzeć się opiece nad kobietą i dzieckiem po porodzie – stąd kategorię „rooming-in” zastąpiła kategoria „pomoc i wsparcie po porodzie”, w której ocenialiśmy, czy personel opiekuje się mamami i dziećmi, czy uczy karmienia i pielęgnacji, pomaga w problemach wczesnego połoгу,

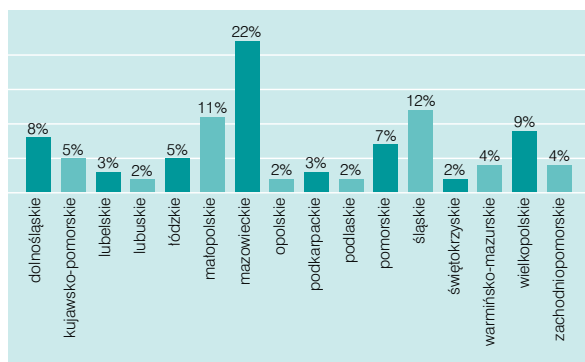
oraz czy pediatrzy informują o zdrowiu dzieci. Przy ocenie kontaktu z dzieckiem i opieki po porodzie zwracaliśmy szczególną uwagę na opinię mam po cesarskim cięciu: czy miały możliwość przywitania się z dzieckiem jeszcze w sali operacyjnej, po jakim czasie miały dziecko na stałe, czy personel pomagał im po porodzie?

## 2. Wyniki akcji „Rodzić po ludzku” 2006

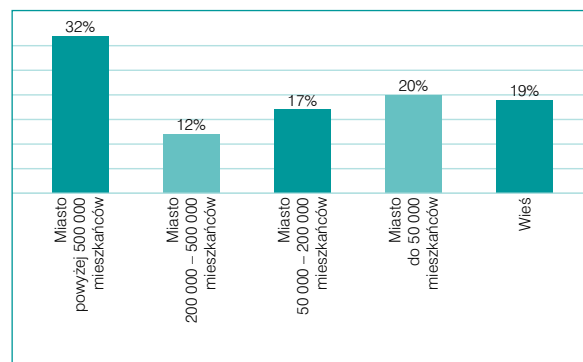
### charakterystyka kobiet biorących udział w akcji

Jak wspomniano wyżej, spośród 40 000 nadesłanych ankiet, zanalizowano te dotyczące porodów z lat 2004-2006 (dane od 26 334 responden-

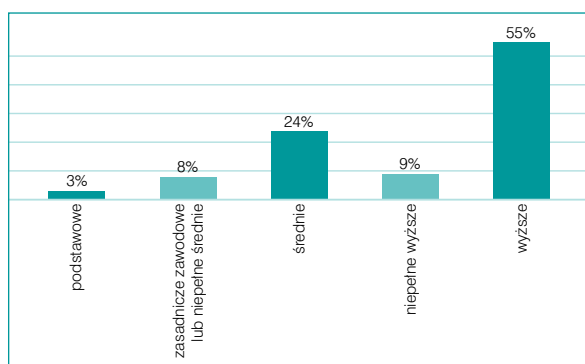
tek). Wśród respondentek nadreprezentowane są mieszkanki miast pow. 500 000 mieszkańców, kobiety z wyższym wykształceniem, po pierw-



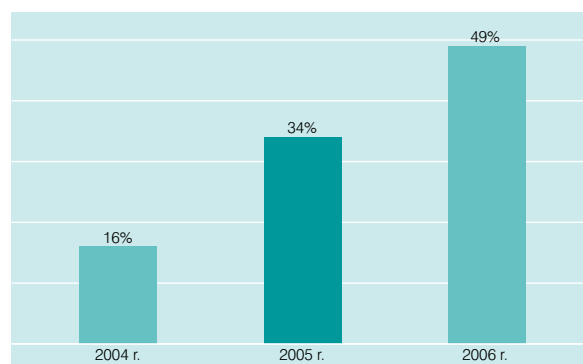
Wykres 1. Respondentki akcji „Rodzić po ludzku” 2006 – województwo zamieszkania



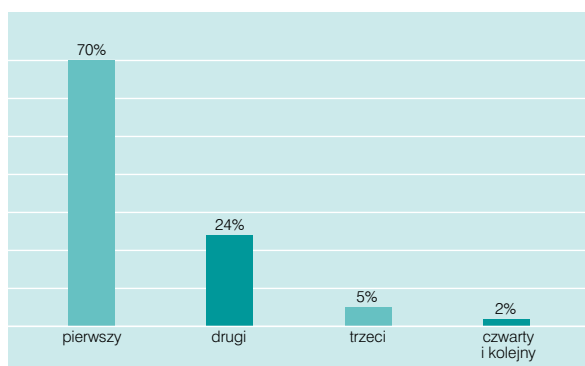
Wykres 2. Respondentki akcji „Rodzić po ludzku” 2006 – miejsce zamieszkania



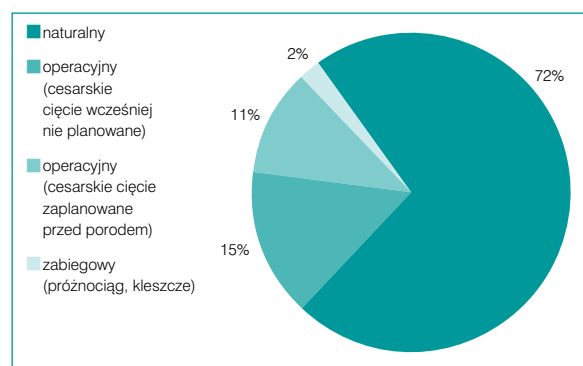
Wykres 3. Respondentki akcji „Rodzić po ludzku” 2006 – wykształcenie



Wykres 4. Respondentki akcji „Rodzić po ludzku” 2006 – rok urodzenia dziecka



Wykres 5. Respondentki akcji „Rodzić po ludzku” 2006 – który poród



Wykres 6. Respondentki akcji „Rodzić po ludzku” 2006 – rodzaj porodu

szym porodzie (np. w porównaniu do danych z Rocznika Demograficznego 2005). Wynika to ze specyfiki społecznej akcji konsumenckiej – ankietę lub list mogły wysłać wszystkie kobiety, które wyraziły chęć. Ponieważ wzięcie udziału w akcji wymagało aktywności, świadomości swoich

potrzeb i umiejętności oceny własnego doświadczenia uważamy, że nadreprezentatywność osób z wyższym wykształceniem pozwoliła zebrać bardziej zróżnicowane i pogłębione informacje na temat opieki okołoporodowej (Wykresy 1.-6.).

## serca

Spśród 423 placówek 411 zostało opisanych i ocenionych (w poprzedniej akcji w 2000 r. – 435 placówek z 440 szpitali w Polsce). 218 szpitali otrzymało pełną ocenę, tj. gwiazdki i serca, pozostałych 193 to tzw. „szpitale ofertowe”, którym przyznaliśmy tylko gwiazdki, nie dysponując wystarczającą ilością informacji od kobiet.

Serca przyznawaliśmy wyłącznie na podstawie listów i ankiet kobiet (ale staraliśmy się je wywodzić, aby opinie jednostkowe i skrajne nie miały decydującego wpływu na ogólną ocenę. Szpital mógł otrzymać maksymalnie 5 serc, ale tylko wtedy, gdy powtarzały się entuzjastyczne oceny. Serca przyznawaliśmy za:

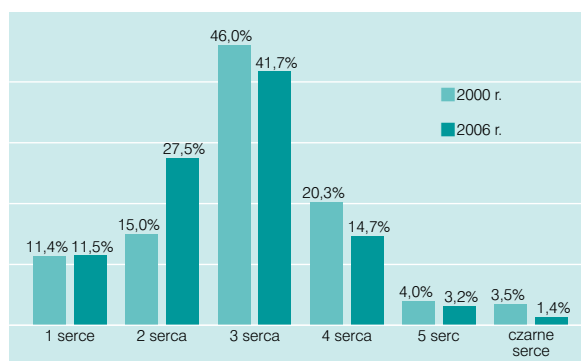
- ▶ życzliwość (w izbie przyjęć, sali porodowej i na położnictwie),
- ▶ pomoc (w czasie porodu i po),
- ▶ informowanie (o przebiegu porodu i o stanie dziecka),
- ▶ poszanowanie godności i zachowanie intymności,
- ▶ respektowanie prawa do zgody lub odmowy na interwencje medyczne (np. na wywołanie porodu, masaż szyjki macicy, czy nacięcie krocza) i obecność studentów.

Serce czarne oznacza, że kobiety wspominały pobyt w szpitalu bardzo źle, były zdane wyłącznie na siebie, personel był nieżyczliwy, a nawet arogancki, nie pomagał, nie informował. Świadczy również o tym, że w danej placówce nie zapewniono kobietom minimum intymności i godności,

a na dodatek narażano je na bolesne badania i dodatkowy stres.

W 2006 r. średnia serc dla Polski wyniosła 2,69 punktów na 5 możliwych. Dla porównania, w 2000 r. było to 2,74, w 1994 r. 1,38, a w rok później – 2,26.

Analiza liczby serc przyznawanych szpitalom świadczy o tym, że kobiety nie najlepiej oceniają podejście personelu i stopień przestrzegania praw pacjenta. W porównaniu z 2000 r. wzrósł odsetek szpitali z 2 sercami, natomiast spadł odsetek szpitali ocenionych lepiej oraz odsetek szpitali z czarnym sercem (Wykres 7.). Badania wskazują, że zwiększa się świadomość kobiet co do ich praw jako pacjentek, wzrastają oczekiwania partnerskiego traktowania i pełnej informacji. Dlatego niektóre zachowania personelu jeszcze kilka lat temu przyjmowane jako normalne, dziś nie są przez pacjentki akceptowane.



Wykres 7. Liczba serc w % szpitali – porównanie edycji akcji w 2000 r. i 2006 r.

## gwiazdki

W 2006 r. średnia gwiazdek dla Polski wyniosła 2,51 na 5 możliwych. Dla porównania, w 2000 r. średnia ta wyniosła 3,16. Trzeba podkreślić, iż kryteria oceny w niektórych kategoriach zostały zaostrzone.

### ▶ Swoboda rodzenia

W tej kategorii ocenialiśmy, czy szpital uznaje prawo kobiety do zgodnego z jej instynktem zachowania i wyboru najwygodniejszej pozycji w czasie porodu.

### Całą gwiazdkę mogła otrzymać placówka, w której:

- ▶ w I okresie porodu kobieta może swobodnie chodzić, pić i brać kąpiel lub prysznic, bez ograniczeń korzystać z dodatkowych sprzętów do porodu,
- ▶ rodzica może sama wybrać pozycję (ew. za radą personelu), w jakiej chce urodzić,
- ▶ znaczący procent kobiet rodzi w innej pozycji niż leżąca i półleżąca,
- ▶ i wszystkie te informacje potwierdzone są przez listy i ankiety kobiet.

### Pół gwiazdki otrzymywał szpital, w którym:

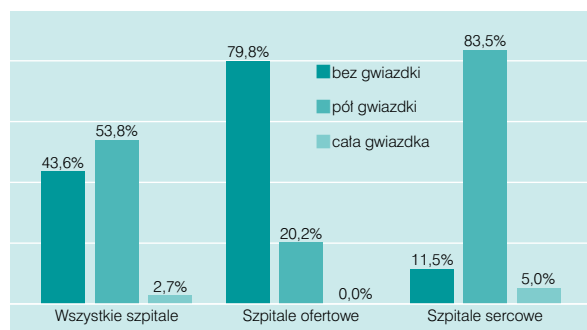
- ▶ ograniczana jest swoboda poruszania się rodzających (także przez ciągły monitoring KTG wymagający leżenia), nie można dowolnie korzystać z kąpeli i dodatkowych sprzętów do porodu, pic w trakcie porodu,
- ▶ II okres porodu odbywa się w tradycyjnej pozycji na leżąco lub półsiedzącej – częściej narzuconej niż doradzonej przez personel (ważne były opinie kobiet, które pisały, w jakim stopniu ograniczało to ich swobodę).

W przypadku szpitali ofertowych pół gwiazdki otrzymywał szpital, w którym ordynator deklaruwał spełnianie warunków na całą gwiazdkę – swobodę w I i II okresie porodu, ale brakowało potwierdzenia tych informacji przez kobiety.

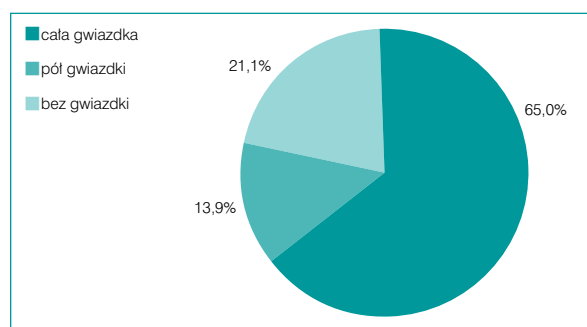
### Nie otrzymały gwiazdki za swobodę rodzenia te szpitale, w których:

- ▶ personel narzuca lub bardzo ogranicza zachowanie w I okresie porodu,
- ▶ personel decyduje o wyborze pozycji do parcia,
- ▶ kobieta unieruchomiona jest w ciągu całego porodu, np. z powodu ciągłego monitoringu KTG.

W 2006 r. zaledwie 5% szpitali sercowych otrzymało całą gwiazdkę w tej kategorii. W większości szpitali w Polsce rodząca może poruszać się w I okresie porodu, ale w II musi przyjąć pozycję leżącą lub półsiedzącą. Spośród szpitali „ofertowych”, ordynatorzy zaledwie 1/5 placówek deklarują pełną swobodę, zarówno w I jak



Wykres 8. Gwiazdki w kategorii „swoboda rodzenia” w % szpitali



Wykres 9. Gwiazdki w kategorii „obecność bliskiej osoby” w % szpitali (wszystkie ocenione szpitale)

w II okresie porodu (Wykres 8.). W porównaniu z 2000 r. szpitale wypadły dużo gorzej – wtedy całą gwiazdkę w tej kategorii otrzymało 10,1% placówek, a bez gwiazdki było 9,2%. Zespół oceniający szpitale w tej kategorii kierował się ostrzejszymi kryteriami – aby szpital otrzymał całą gwiazdkę znaczny procent kobiet musiał rodzić w pozycji innej niż leżąca czy półsiedząca. Zwracaliśmy także uwagę na to, czy rodzące same mogły dokonywać wyboru pozycji do porodu zgodnie ze swoimi potrzebami.

### ▶ Obecność bliskiej osoby

Hasłem przewodnim czwartej edycji akcji było „Rodzić po ludzku to nie przywilej”. Szczególnie uważnie przyglądaliśmy się więc, czy dany szpital nie uzależnia obecności bliskiej, wybranej przez rodzącą, osoby przy porodzie od opłat. Z niepokojem odnotowaliśmy fakt, iż w niektórych szpitalach personel ogranicza możliwość asystowania przy porodzie tylko do ojca dziecka – nie została natomiast wpuszczona na salę porodową mama czy siostra rodzącej. Wprowadzane są także niczym nie uzasadnione reguły, iż mąż może wejść na salę porodową tylko od pewnego momentu zaawansowania porodu, np. gdy rozwarcie osiągnie 5 cm.

### Całą gwiazdkę w tej kategorii mógł otrzymać szpital, w którym:

- ▶ bliska osoba może towarzyszyć rodzącej w każdym miejscu – nie ma ograniczenia tylko do sali porodów rodzinnych,
- ▶ bliska osoba może zostać z rodzącą co najmniej 2 godziny po porodzie,
- ▶ obecność ta jest bezpłatna i szpital nie stawia żadnych warunków, a opłaty są drobne (np. za ochraniacze na buty i ubranie, herbatę lub za dodatkowe świadczenia szpitala, np. nocleg),
- ▶ bliska osoba traktowana jest uważnie i z szacunkiem i może aktywnie pomagać w porodzie.

### Pół gwiazdki otrzymywała placówka, w której:

- ▶ bliska osoba może być krócej niż 2 godziny po porodzie,
- ▶ trzeba płacić za poród rodzinny w warunkach sali pojedynczej, ale jest możliwość rodzenia bez opłat w sali ogólnej (za zgodą innych rodzących).

### Nie otrzymał gwiazdki w tej kategorii szpital, w którym:

- ▶ poród rodzinny jest płatny i odbywa się wyłącznie w wyznaczonej sali, a szpital nie proponuje bezpłatnej alternatywy,
- ▶ wprowadzane są dziwolągi administracyjne, np. dodatkowe badania, które musi zrobić bliska osoba,

- ▶ osoba towarzysząca jest źle traktowana przez personel,
- ▶ gdy szpital deklaruje dobrowolność opłat (np. na przyszpitalną fundację), ale kobiety pisały o przymusie płacenia.

65% szpitali umożliwia dowolnie długą obecność bliskiej osoby bez żadnych opłat i dodatkowych warunków, 13,9% placówek otrzymało pół gwiazdki z powodu utrzymywania opłat za poród rodzinny w sali pojedynczej, i umożliwianie bezpłatnej obecności bliskiej osoby na tzw. sali ogólnej. Jednak co piąty szpital nie otrzymał gwiazdki w tej kategorii z powodu pobierania opłat za porody rodzinne, nierzadko bardzo wysokich – nawet do 1000 złotych (Wykres 9.).

W porównaniu z latami poprzednimi (Wykres 10.) wzrósł odsetek szpitali oferujących możliwość porodu z bliską osobą bez stawiania ograniczeń.

### ▶ Kontakt z dzieckiem bezpośrednio po porodzie

**Całą gwiazdkę w tej kategorii otrzymywała placówka, w której:**

- ▶ ponad połowa mam może przytulić dziecko zaraz po urodzeniu przez dłuższy czas, nawet powyżej pół godziny,
- ▶ pierwsze karmienie odbywa się w sali porodowej,
- ▶ mama ma ponowny kontakt z dzieckiem tuż po oględzinach,
- ▶ wszystkie informacje potwierdzone zostały przez kobiety.

**Pół gwiazdki otrzymywał szpital w którym:**

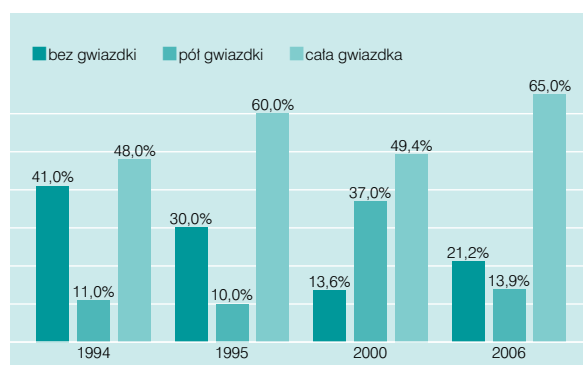
- ▶ dziecko kładzione jest na piersi mamy na kilka minut, kontakt przerywany oględzinami, mierzeniem, ważeniem. Noworodek wraca do mamy jeszcze w sali porodowej na pierwsze karmienie. Informacje te potwierdzone są przez kobiety.

Pół gwiazdki otrzymywały również szpitale ofertowe, w których ordynator deklaruwał, że mama ma kontakt z dzieckiem tuż po narodzinach i że może dziecko nakarmić jeszcze w sali porodowej.

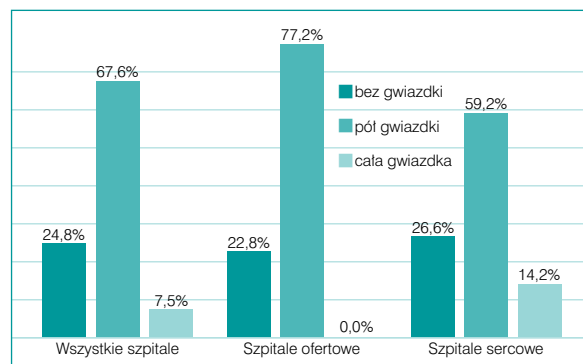
**Nie dostały gwiazdki w tej kategorii szpitale, w których:**

- ▶ personel w ogóle nie kładzie dziecka na brzuch matki albo kładzie tylko na chwilę,
- ▶ mama dostaje dziecko do karmienia dopiero w oddziale położniczym, np. po 2 godzinach,
- ▶ duży odsetek mam dostał dziecko na stałe po dłuższym czasie bez żadnego uzasadnienia i wtedy dopiero miały możliwość nakarmienia dziecka po raz pierwszy.

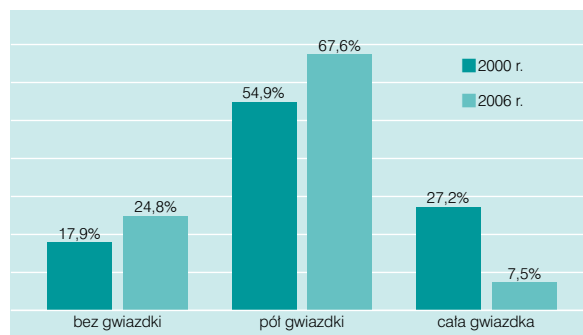
Pomimo ogromnego znaczenia pierwszego kontaktu zarówno dla matki jak i dla dziecka, jest on wciąż zaniechany (Wykres 11.). Spośród szpitali „sercowych” zaledwie 14,2% gwarantuje mamom nieprzerwany kontakt z dzieckiem, w 26,6% szpitali dziecko jest kładzione мамie na chwilę na brzuch, lub zabierane od razu, a karmienie odbywa się później niż po 2 godzinach. W 59,2% szpitali mamy mogą przytulić dziecko przez kilka minut, rzadko dłużej, następnie odbywają się oględziny dziecka, i dopiero potem karmienie. Warto podkreślić że ten najbardziej rozpowszechniony model postępowania jest sprzeczny z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia oraz UNICEF (warunki otrzymania tytułu Szpitala Przyjaznego Dziecku). W porównaniu z 2000 r. spadła liczba szpitali, które otrzymały całą gwiazdkę w tej kategorii (Wykres 12.).



Wykres 10. Gwiazdki w kategorii „obecność bliskiej osoby w % szpitali – porównanie czterech edycji akcji „Rodzić po ludzku”



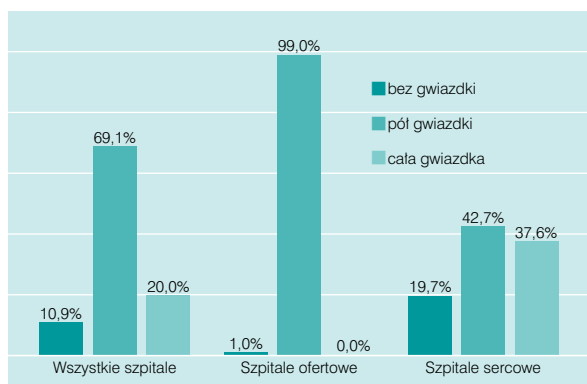
Wykres 11. Gwiazdki w kategorii „kontakt matki z dzieckiem bezpośrednio po porodzie” w % szpitali



Wykres 12. Gwiazdki w kategorii „kontakt matki z dzieckiem bezpośrednio po porodzie” w % szpitali – porównanie edycji akcji w 2000 r. i 2006 r.

## ► Pomoc i wsparcie po porodzie

Wspólne przebywanie mamy z dzieckiem w oddziale stało się prawie normą. Nie wszyscy jednak wiedzą, jak powinni ją realizować – że młodej matki nie można zostawiać bez pomocy (rooming-in nie zwalnia personelu z obowiązków i odpowiedzialności!).



Wykres 13. Gwiazdki w kategorii „pomoc i wsparcie po porodzie” w % szpitali

### Całą gwiazdkę w tej kategorii otrzymał szpital, w którym:

- mamy przebywają przez cały czas z dziećmi (łóżeczka, a czasem nawet inkubatory są dowolnie ustawiane obok łóżek mam), lub, jeśli mamy chcą odpocząć, mogą oddać dziecko na jakiś czas pod opiekę personelu,
- jeśli dziecko leży w oddziale noworodków, mama może być z nim bez ograniczeń,
- kobiety są uczone karmienia piersią, personel pomaga i uczy pielęgnacji dziecka,
- zabiegi pielęgnacyjne i medyczne wykonywane są w obecności matek,
- mamy są informowane o stanie dzieci przez pediatrów,
- personel opiekuje się położnicami, dba o higienę (zmiana pościeli, czystość na salach),
- wspiera i interesuje się stanem psychicznym kobiet i pomaga w rozwiązywaniu problemów (z laktacją, „baby blues”, choroba dziecka),
- informacje te potwierdzone są przez kobiety.

### Pół gwiazdki otrzymała placówka, w której:

- tylko część rodziców, lub dopiero na swoją wyraźną prośbę mogła być obecna przy zabiegach pielęgnacyjnych i medycznych dzieci,
- personel nie zawsze uczył karmienia i pielęgnacji, nie wszystkie mamy mogły liczyć na opiekę personelu,
- pediatrzy zdawkowo informowali o stanie dzieci.

Pół gwiazdki otrzymywał szpital „ofertowy”, który wg deklaracji ordynatora spełniał warunki na całą gwiazdkę, ale brakowało potwierdzenia kobiet.

### Nie otrzymał gwiazdki w tej kategorii szpital, w którym:

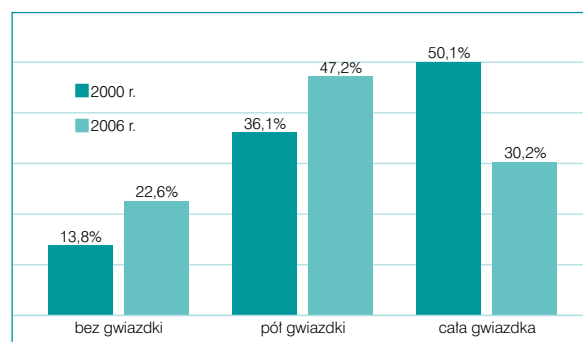
- matki zdane były same na siebie w karmieniu, pielęgnacji i rozwiązywaniu problemów,
- personel decydował o kontakcie mamy z dzieckiem, przebywającym w oddziale noworodkowym,
- dzieci są dokarmiane i dopajane bez zgody mam, matki nie są zachęcane do karmienia piersią, a także szpital, w którym mamy skarżyły się na „terror laktacyjny” – zmuszanie do karmienia piersią, z jednoczesnym pozostawieniem bez wsparcia i pomocy,
- matki nie mogą towarzyszyć dzieciom przy zabiegach pielęgnacyjnych i medycznych.

Wyniki akcji świadczą o tym, że opieka po porodzie to słaby punkt polskich szpitali – większość z nich otrzymała pół gwiazdki w tej kategorii. Mamy często skarżyły się na brak pomocy w pielęgnacji dzieci, sprzeczne rady dotyczące karmienia piersią, lub ich brak, a także na ignorowanie problemów takich jak „baby blues” czy nawet mleczny. Spośród szpitali „sercowych” blisko 1/5 nie otrzymała gwiazdki w tej kategorii, natomiast dobrą ocenę od kobiet otrzymało 37,6% placówek (Wykres 13.). Z listów od kobiet wynika, że olbrzymim problemem jest zbyt mało personelu na oddziałach położniczych i noworodkowych.

## ► Edukacja i poradnictwo

W tej kategorii szpital otrzymał pół gwiazdki za edukację przedporodową, jeśli współpracuje ze szkołą rodzenia lub ma własną, i pół gwiazdki za poradnictwo laktacyjne, jeżeli ma poradnię lub punkt laktacyjny. Bez gwiazdki – gdy zabrakło poradnictwa i edukacji.

W ostatnich latach znacznie spadła liczba szkół rodzenia i poradni laktacyjnych, ponieważ ich działalność nie jest refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Dlatego na ocenę w tej kategorii nie miał wpływu fakt, czy oferowana edukacja



Wykres 14. Gwiazdki w kategorii „edukacja i poradnictwo” – porównanie edycji akcji w 2000 r. i 2006 r.

i poradnictwo są dodatkowo płatne, czy nie. Całą gwiazdkę w tej kategorii – za prowadzenie szkoły rodzenia lub współpracę z taką placówką i za prowadzenie poradnictwa laktacyjnego otrzymało 30,2% szpitali, o 20% mniej niż w 2000 r. Pół gwiazdki otrzymało 47,2% placówek (o 10%

więcej niż przed 6 laty), a żadnej formy edukacji przedporodowej ani poradnictwa laktacyjnego nie prowadzi 22,6% szpitali. W 2000 r. było to 13,8% (Wykres 14.).

## porównanie województw

Jeśli chodzi o średnią liczbę serc przypadającą na szpital, najlepiej wypadły województwa: warmińsko-mazurskie (3,25), pomorskie (3,08), opolskie (3,00). Najgorzej – łódzkie (1,88), podkarpackie (2,36) i mazowieckie (2,39).

W rankingu „gwiazdkowym” najlepiej wypadło województwo lubelskie – średnio 2,92 gwiazdki na szpital, śląskie (2,87) oraz warmińsko-mazurskie (2,68), najgorzej – województwa: świętokrzyskie (2,00), łódzkie (2,14) oraz podlaskie (2,25). (Tabele 2., 3., Wykresy 15. i 16.)

Zaledwie w 7 województwach są szpitale, w których możliwa jest pełna swoboda poruszania się przy porodzie i wyboru pozycji przez kobietę w II okresie porodu. Szpitale te to wyjątki, także na tle swoich województw – np.

w zachodniopomorskim aż 12% szpitali otrzymało całą gwiazdkę w tej kategorii, ale jednocześnie blisko połowa nie otrzymała w ogóle gwiazdki. Na tle Polski pozytywnie wyróżnia się woj. śląskie – tylko 15,2% szpitali bez gwiazdki w tej kategorii (Wykres 17.).

Tabela 1.

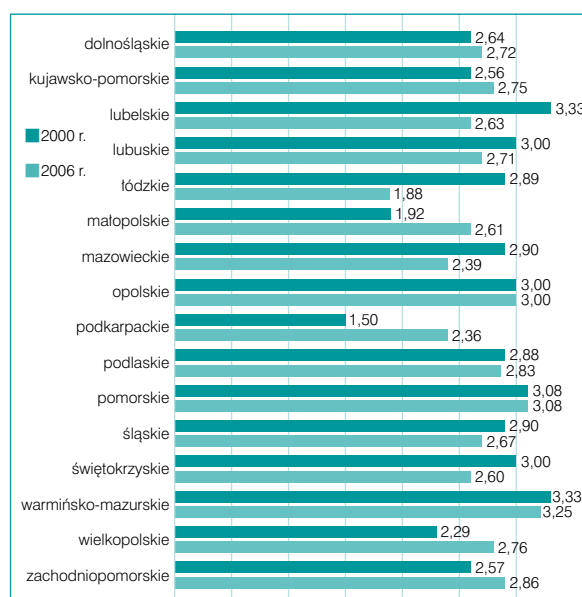
województwo	udział w akcji	ofertowe	sercowe
dolnośląskie	31	13	18
kujawsko-pomorskie	22	10	12
lubelskie	24	16	8
lubuskie	15	8	7
łódzkie	25	17	8
małopolskie	28	10	18
mazowieckie	52	24	28
opolskie	11	8	3
podkarpackie	22	11	11
podlaskie	18	12	6
pomorskie	20	8	12
śląskie	46	7	39
świętokrzyskie	14	9	5
warmińsko-mazurskie	22	14	8
wielkopolskie	36	15	21
zachodniopomorskie	25	11	14
<b>Suma</b>	<b>411</b>	<b>193</b>	<b>218</b>

Liczba szpitali ofertowych i sercowych w poszczególnych województwach, akcja „Rodzic po ludzku” 2006

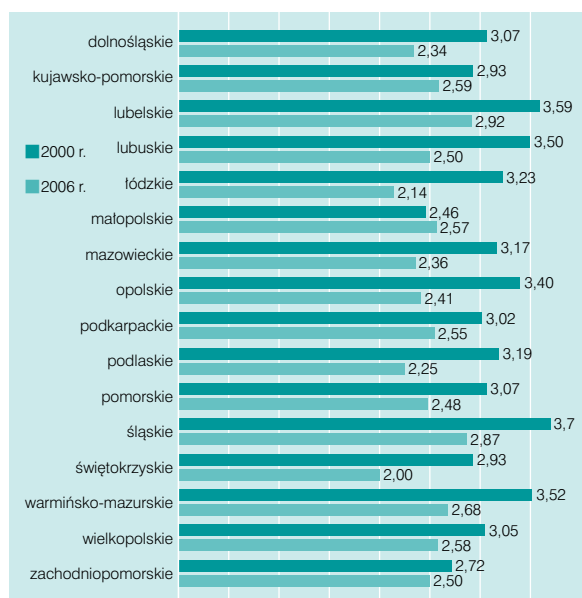
Tabela 2.

województwo	2000 r.	2006 r.	różnica
warmińsko-mazurskie	3,33	3,25	-0,08
pomorskie	3,08	3,08	0,00
opolskie	3,00	3,00	0,00
zachodniopomorskie	2,57	2,86	0,29
podlaskie	2,88	2,83	-0,05
wielkopolskie	2,29	2,76	0,47
kujawsko-pomorskie	2,56	2,75	0,19
dolnośląskie	2,64	2,72	0,08
lubuskie	3,00	2,71	-0,29
śląskie	2,90	2,67	-0,23
lubelskie	3,33	2,63	-0,70
małopolskie	1,92	2,61	0,69
świętokrzyskie	3,00	2,60	-0,40
mazowieckie	2,90	2,39	-0,51
podkarpackie	1,50	2,36	0,86
łódzkie	2,89	1,88	-1,01

Średnia liczba serc przypadająca na szpital w województwach, akcja „Rodzic po ludzku” 2006



Wykres 15. Średnia liczba serc przypadająca na szpital – porównanie województw i edycji akcji w 2000 r. i 2006 r.



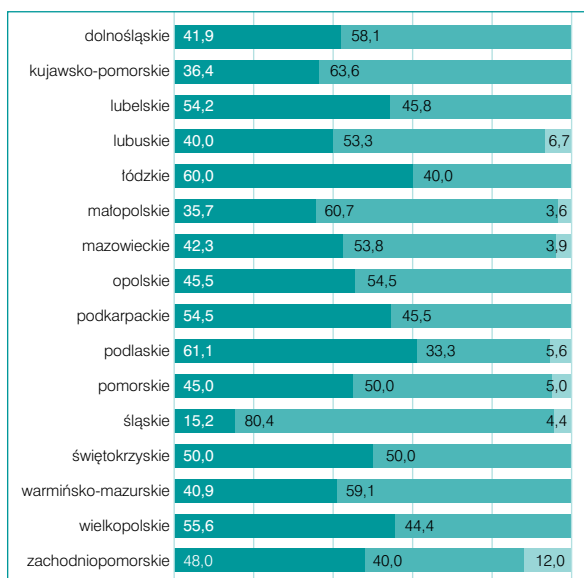
Wykres 16. Średnia liczba gwiazdek przypadająca na szpital – porównanie województw i edycji akcji w 2000 r. i 2006 r.

Najlepiej, jeśli chodzi o dostępność porodu z bliską osobą, wypadło woj. warmińsko-mazurskie – 90,9% szpitali otrzymało całą gwiazdkę w tej kategorii (Wykres 18.).

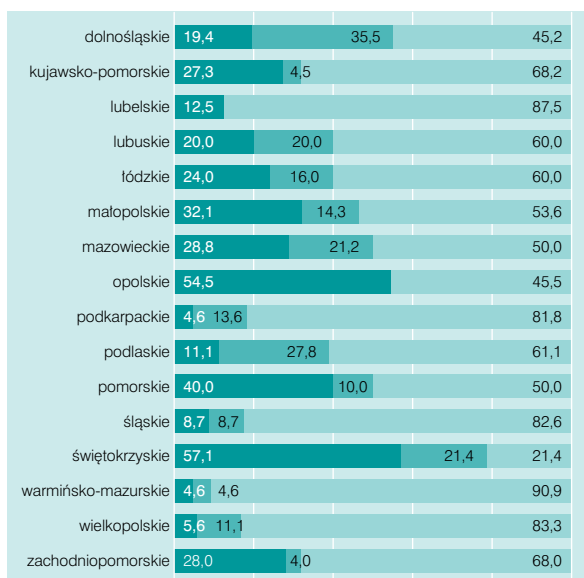
**Tabela 3.**

województwo	2000 r.	2006 r.	różnica
lubelskie	3,59	2,92	-0,67
śląskie	3,70	2,87	-0,83
warmińsko-mazurskie	3,52	2,68	-0,84
kujawsko-pomorskie	2,93	2,59	-0,34
wielkopolskie	3,05	2,58	-0,47
małopolskie	2,46	2,57	0,11
podkarpackie	3,02	2,55	-0,47
lubuskie	3,50	2,50	-1,00
zachodniopomorskie	2,72	2,50	-0,22
pomorskie	3,07	2,48	-0,59
opolskie	3,40	2,41	-0,99
mazowieckie	3,17	2,36	-0,81
dolnośląskie	3,07	2,34	-0,73
podlaskie	3,19	2,25	-0,94
łódzkie	3,23	2,14	-1,09
świętokrzyskie	2,93	2,00	-0,93

Średnia liczba gwiazdek przypadająca na szpital w województwach, akcja „Rodzić po ludzku” 2006

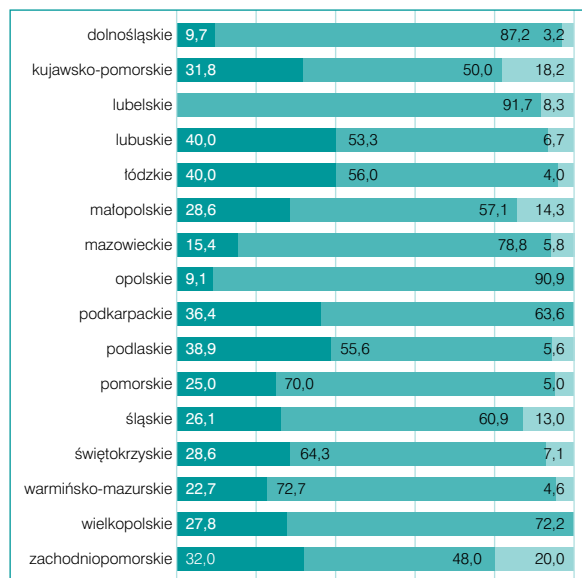


Wykres 17. Gwiazdki w kategorii „swoboda rodzenia” w % szpitali – porównanie województw

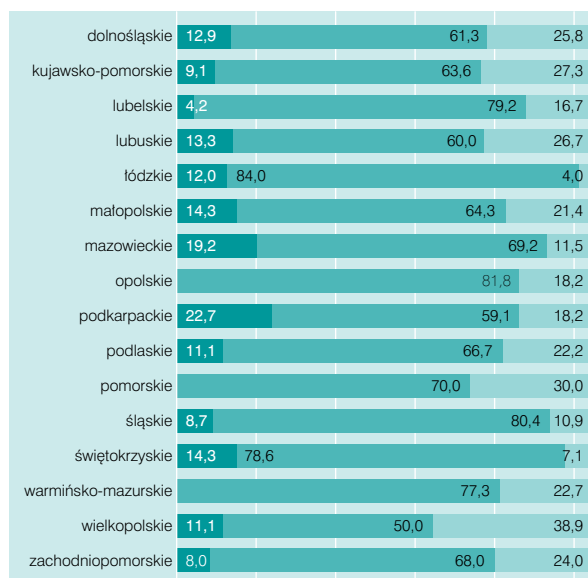


Wykres 18. Gwiazdki w kategorii „obecność bliskiej osoby” w % szpitali – porównanie województw

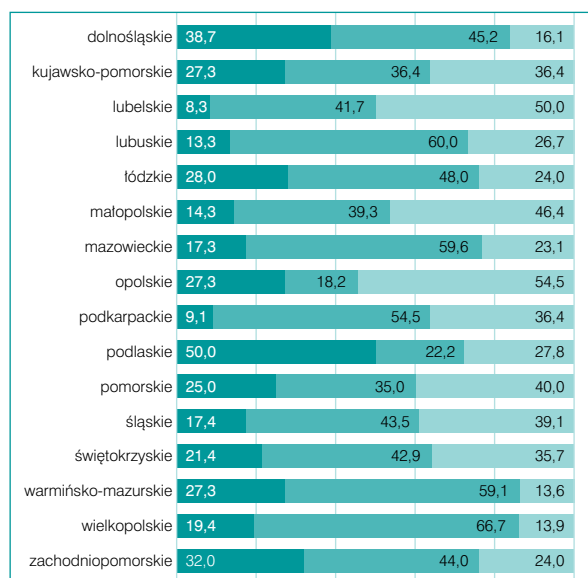
■ bez gwiazdki ■ pół gwiazdki ■ cała gwiazdka



Wykres 19. Gwiazdki w kategorii „kontakt z dzieckiem bezpośrednio po porodzie” w % szpitali – porównanie województw



Wykres 20. Gwiazdki w kategorii „pomoc i wsparcie po porodzie” w % szpitali – porównanie województw



Wykres 21. Gwiazdki w kategorii „edukacja i poradnictwo” w % szpitali – porównanie województw

■ bez gwiazdki ■ pół gwiazdki ■ cała gwiazdka

### 3. Oddziaływanie akcji „Rodzić po ludzku”

Kolejne akcje „Rodzić po ludzku” nie wzbudzają już tak silnych i skrajnych emocji, jak pierwsza, przeprowadzona w 1994 r. Mimo iż mogłyby wywołać wielkie społeczne katharsis, stają się rodzajem plebiscytu, głosowania na najlepsze placówki. Wciąż jednak dają kobietom to, czego brakuje im w codziennych kontaktach ze służbą zdrowia – możliwość wyrażenia swoich opinii, potrzeb, zaważenia o podmiotowe traktowanie pacjentów.

Ale autorstwo sukcesu akcji „Rodzić po ludzku” nie należy tylko do tysięcy kobiet, które biorą w niej udział. Odpowiedzialność za wprowadzenie *Dekalogu Rodzenia po ludzku* w życie wzięli na siebie ordynatorzy oraz personel części placówek, którzy widzą sens w partnerskim traktowaniu pacjentek i w czynieniu ich doświadczenia porodu jak najlepszym. Bez odgórných wytycznych i odpowiednich rozporządzeń, zdobywając sojuszników wśród dyrekcji i lokalnych środowisk, personel wielu szpitali dokonał ogromnych zmian. „Jesteśmy dumni, że z zacofanej porodówki, z koszmarną opinią, udało nam się zrobić oddział na europejskim poziomie” – mówi Piotr Marszał, ordynator jednego ze zwycięskich oddziałów, w Szpitalu Specjalistycznym im. S. Żeromskiego w Krakowie<sup>3</sup>.

Niestety, postulatów akcji nie podchwycili decydenci, zabrakło woli do sprecyzowania standardów opieki okołoporodowej, zignorowano fakt, że coraz więcej placówek bezprawnie pobiera opłaty od kobiet.

Podjęcie po raz kolejny tematu „godnego rodzenia” i przeprowadzenie akcji po raz czwarty, mimo na pozór poprawiających się warunków w szpitalach, to ważny sygnał zarówno dla kobiet, jak i dla lekarzy oraz położnych – że nie należy spoczywać na laurach, że warto wciąż analizować wyniki swojej pracy i pytać konsumentki – czyli kobiety – o opi-

nię. To także istotny sygnał dla decydentów – skoro w Polsce nie gromadzi się w sposób wystarczający danych o opiece okołoporodowej, w miarę możliwości będą to robić inicjatywy konsumenckie. Nie po to, by wyręczać Ministerstwo Zdrowia w jego kompetencjach, ale by głosu kobiet nie można było zignorować. Czwarta edycja akcji nie ustrzegła się głosów krytycznych, zarówno ze strony kobiet, zarzucających nam propagowanie porodu naturalnego za wszelką cenę (gdy organizatorzy akcji wypowiedzieli się przeciwko dostępności tzw. cesarki na życzenie), ale także ze strony lekarzy – którzy uważają, że postulaty akcji stawiają zbyt wysokie wymagania wobec zadłużonych szpitali. „O ile pierwsza edycja spełniła ogromną rolę, o tyle kolejne skupiły się na tym, by skonfliktować młode kobiety z tymi, którzy mają im pomagać. Fundacja ustawia nas pod pręgierzem opinii społecznej. Ale nie mówi o pieniądzach” powiedział w trakcie zorganizowanej we Wrocławiu debaty poświęconej akcji prof. Marian Gabryś, szef II Katedry Ginekologii i Położnictwa AM<sup>4</sup>.

W wywiadach prasowych i artykułach przeważały jednak takie opinie: „Akcja jest potrzebna, nie mam co do tego najmniejszych wątpliwości. (...) Otworzyła wielu ludziom oczy. (...) Kobiety, które trafiają do szpitali, są w nich traktowane coraz bardziej przedmiotowo. Akcja ma o wiele większe znaczenie niż różne inne rankingi”<sup>5</sup>. Profesor Jan Oleszczuk: „Widać, że akcja jest potrzebna i pomaga pacjentkom. Ale ciągle jest sporo do poprawienia”<sup>6</sup>. W tej akcji po raz pierwszy udało się uzyskać publiczną deklarację przedstawiciela decydentów, Wice-ministra Zdrowia Bolesława Piechy – zobowiązanie do tego, że Ministerstwo Zdrowia opracuje standard porodu, który uwzględni postulaty „rodzenia po ludzku”, bez dodatkowych opłat. Tym samym organizatorom akcji został wyznaczony kolejny cel – dopilnować, aby minister wywiązał się ze swoich obietnic wobec kobiet.

<sup>3</sup> Służba Zdrowia, 19.02.2007

<sup>4</sup> Gazeta Wyborcza Wrocław, 03.06.2006

<sup>5</sup> Krzysztof Gogolewski, lekarz naczelny Szpitala Wojewódzkiego w Płocku, Gazeta Wyborcza Płock, 19.9.2006

<sup>6</sup> Gazeta Wyborcza Lublin, 20.06.2006

## II. Diagnoza opieki okołoporodowej w świetle danych z akcji „Rodzić po ludzku” 2006

Akcja „Rodzić po ludzku” to nie tylko skuteczna akcja społeczna, ale również zakrojone na szeroką skalę badanie, dzięki któremu uzyskaliśmy wiele interesujących danych na temat kondycji współczesnej opieki okołoporodowej w Polsce. Dane te pozwoliły nam nakreślić obraz tej opieki widzianej przede wszystkim oczami kobiet – konsumentek usług położniczych.

Narodziny dziecka to nie tylko wydarzenie medyczne, ale również doświadczenie w życiu kobiety i jej rodziny, dotyczące wielu sfer. Dlatego ocena opieki okołoporodowej powinna uwzględniać nie tylko uwarunkowania medyczne. Stąd też ankieta dla kobiet stworzona na potrzeby akcji, obejmowała trzy aspekty istotne dla szerszego spojrzenia na opiekę okołoporodową:

- ▶ najbardziej charakterystyczne cechy opieki;
- ▶ przestrzeganie praw pacjenta;
- ▶ poziom satysfakcji kobiet, korzystających z usług placówek położniczych.

Wobec braku koordynowanego przez państwowe instytucje systemu zbierania i analizy danych, dotyczących opieki w placówkach położniczych, pionierska praca Fundacji Rodzić po Ludzku może posłużyć za punkt wyjścia do rozszerzenia analizy o dodatkowe wskaźniki, które, dodane do wskaźników dotyczących umieralności okołoporodowej, zgonów matek i odsetka cięć cesarskich wzbogacą wiedzę decydentów i opinii publicznej co do jakości opieki nad kobietą i jej dzieckiem w placówkach położniczych.

Mimo że umieralność okołoporodowa to uznany na świecie wskaźnik jakości opieki okołoporodo-

wej, a także, pośrednio, wskaźnik poziomu życia i rozwoju cywilizacyjnego, pokazuje on zaledwie wycinek złożonej sytuacji opieki okołoporodowej w każdym kraju i w żaden sposób nie zaspakaja wiedzy na temat charakteru tej opieki. Stąd też, dla lepszego monitorowania zagadnień związanych z opieką okołoporodową w Europie, powstał projekt PERISTAT, który jest częścią programu Monitoringu Zdrowia Komisji Europejskiej. PERISTAT zajmuje się opracowywaniem wskaźników dla personelu medycznego, decydentów politycznych, naukowców i grup użytkowników, którzy pragną śledzić zagadnienia zdrowia i opieki w okresie okołoporodowym w Unii Europejskiej i dokonywać oceny w tym zakresie.

Obecnie wiele wskaźników zdrowia okołoporodowego, stosowanych w krajach członkowskich Unii jest ze sobą nieporównywalnych, a także nie wszystkie kraje gromadzą dane o wskaźnikach kluczowych dla porównania zdrowia okołoporodowego oraz jakości usług zdrowotnych. Zestaw wskaźników PERISTAT ma na celu ułatwienie nadzoru nad zdrowiem okołoporodowym w Unii Europejskiej przez zharmonizowanie definicji wskaźników oraz zachęcenie do gromadzenia porównywalnych danych dla następujących celów<sup>1</sup>:

- ▶ oceny śmiertelności oraz umieralności w powiązaniu z wydarzeniami okresu okołoporodowego;
- ▶ opisu rozwoju czynników ryzyka wpływających na zdrowie okołoporodowe w populacji kobiet rodzących, łącznie z czynnikami demograficznymi, socjoekonomicznymi i behawioralnymi;
- ▶ monitoringu stosowania i konsekwencji medycznych technologii używanych w opiece nad kobietą i dzieckiem w czasie ciąży, porodu i położu.

### 1. Przestrzeganie praw pacjenta w oddziałach położniczych

Już w pierwszym miesiącu trwania czwartej edycji akcji „Rodzić po ludzku” na łamach *Gazety Wyborczej* i akcyjnego forum internetowego przetoczyła się dyskusja wywołana listem jednego z ojców. Kwestionował on sens umieszczania w ankiecie dla kobiet pytań odnoszących się do

pytania o zgodę na zabiegi medyczne i obecność studentów przy porodzie, a pomysł konsultowania przez lekarza decyzji z rodzącą nazywał *ekstrawagancją*. Dziwna jest ta demokratyzacja relacji pacjent – lekarz. (...) Położna bez wahania nacięła krocze. Znowu nie pytali o zgodę i znowu

<sup>1</sup> <http://europeanperistat.aphp.fr/en/>

uwazam, że nie powinni – to fachury, wiedzą co robią”<sup>2</sup>. Przekonanie, że kobieta, jako laik, powinna podporządkować się decyzjom profesjonalistów, pojawia się również w wypowiedziach lekarzy i położnych. Wiedza, na czym polega istota praw pacjenta i jak je realizować, wciąż nie jest

powszechna, zarówno wśród kobiet, jak i personelu medycznego. Dowiodły tego zarówno wyniki monitoringu<sup>3</sup>, prowadzonego w 2004 r. przez Fundację Rodzić po Ludzku, jak i dane zebrane w trakcie akcji „Rodzić po ludzku” 2006, na których oparta jest niniejsza analiza.

## 1.1. Czym są prawa pacjenta?

Prawa pacjenta stanowią integralną część szeroko rozumianych praw człowieka (Karkowska D 2004). Podobnie jak w przypadku innych praw, ich podstawą jest uznanie niezbywalnej godności człowieka, jego autonomii i wolności w każdej sytuacji. Prawa pacjenta wyodrębnione zostały ze względu na szczególną sytuację, w jakiej znajduje się pacjent, który „poprzez chorobę popada w słabość i uzależnienie, i ze względu na to wymaga specjalnej ochrony” (Balicki M 1996). Omawiane prawa sformułowane są w formie powinności lekarza, pielęgniarki czy położnej (np. prawo do informacji jest sformułowane m.in. w art. 31 ust. o zawodzie lekarza w formie nakazu poinformowania pacjenta o stanie zdrowia, proponowanych metodach diagnostycznych etc.). Podkreślić również trzeba, iż istota praw pacjenta związana jest ze swoistą relacją łączącą pacjenta i lekarza (lub inny personel medyczny). Relacja ta charakteryzuje się nierównością podmiotów – pacjent jest laikiem w sprawach medycznych i w sytuacji choroby zależy od profesjonalistów. Wzmocnieniu jego sytuacji w tej nierównej relacji służą prawa pacjenta. Relacje pomiędzy pacjentem a osobami udzielającymi świadczeń medycznych, coraz rzadziej pozostawiane są obyczajowości społecznej, etyce zawodowej, czy też swobodnie zawierany umowom, za to stają się przedmiotem regulacji ustawowej. Istotne jest, aby stosunek ten był oparty na równych i sprawiedliwych zasadach, tzn. aby obowiązek podmiotu udzielającego świadczenia zdrowotnego łączył się z uprawnieniem pacjenta i odwrotnie.

W środowisku medycznym rodzi to nieporozumienia – po pierwsze, przekonanie, iż prawa pacjenta antagonizują pacjentów i lekarzy (Boratyńska M, Konieczny P 2001). Tymczasem, prawa pacjenta przyczyniają się do uporządkowania relacji między lekarzem i pacjentem, a prze-

de wszystkim do odróżnienia oczekiwań pacjenta, od jego uprawnień. Prawa pacjenta stanowią zespół uprawnień o jasno wytyczonych granicach i określają zakres obowiązków lekarza (lub innej osoby, udzielającej świadczeń medycznych). Po drugie, częsty jest zarzut, iż prawa pacjenta ustanawiają nierówność w relacji pacjent – lekarz, a wręcz zagrażają interesowi lekarza (np. mówią o poszanowaniu godności pacjenta, o godności lekarza nie wspominając). Tymczasem, jak pisze M. Balicki, potrzeba regulacji w tej dziedzinie wynika ze wspomnianej wyżej asymetrii wpisanej w relację pomiędzy pacjentem a instytucją lub osobą świadczącą usługi medyczne. „Efektem tej asymetrii jest bowiem silne podporządkowanie pacjenta dominacji systemu medycznego” (Balicki M 1996).

W Polsce podstawowe uregulowanie prawne praw pacjenta znajduje się w szeregu ustaw, w szczególności w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 9 poz. 408 z późn. zm.), ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2002 r. Nr 21 poz. 204 z późn. zm.) oraz ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. nr 91 poz. 410).

Z uwagi na rozproszenie praw pacjenta w wielu aktach prawnych zostały one zebrane w jednym dokumencie – Karcie Praw Pacjenta, wydanej przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w grudniu 1998 r. Karta nie ma rangi ustawowej, stanowi jedynie zbiór przepisów mający charakter praktycznego informatora.

Ponadto, unormowania w zakresie praw pacjenta zawarte są również w Kodeksie Etyki Lekarskiej oraz Kodeksie Etyki Pielęgniarki i Położnej.

<sup>2</sup> Gazeta Wyborcza, 24.01.2006

<sup>3</sup> Monitoring przestrzegania praw pacjenta w wybranych oddziałach położniczych woj. mazowieckiego, raport dostępny na [www.rodzicpoludzku.pl/publikacje](http://www.rodzicpoludzku.pl/publikacje)

## 1.2. Prawa pacjenta w świetle wyników akcji „Rodzić po ludzku”

Począwszy od pierwszej akcji zorganizowanej w 1994 r. kluczowym pojęciem, do którego odnosiły się kryteria oceny była godność kobiety rodzącej. Na początku lat 90., w opozycji do położnictwa lat 70. i 80., zaczęto propagować idee, które miały zhumanizować oddziały położnicze. Starano się ukazać poród jako wydarzenie rodzinne. Powoli zaczęto też zwracać uwagę na podstawowe prawa pacjenta. Ogromną rolę w tym procesie odegrały kolejne edycje akcji „Rodzić po ludzku” – ustalone kryteria oceny szpitali odwoływały się przede wszystkim do poszanowania godności i intymności kobiety, jej prawa do samostanowienia. Również ogłoszony w 2000 r., Dekalog akcji „Rodzić po ludzku”, odwoływał się do praw pacjenta. Poszanowaniu praw pacjenta sprzyjała również znacząca poprawa warunków lokalowych w szpitalach, zapewniająca np. większą intymność. Na przestrzeni lat wzrosła też świadomość praw pacjenta zarówno wśród kobiet jak i personelu medycznego. Wciąż jednak sytuacja dalece odbiega od standardów opisanych w przepisach.

### ► Prawo do poszanowania intymności i godności osobistej

Poszanowanie prawa do intymności i godności osobistej pacjentki oznacza szacunek dla indywidualnego poczucia wstydu każdej kobiety. Przestrzeganie tego prawa jest szczególnie ważne dla kobiety hospitalizowanej z powodu problemów z ciążą, poronieniem czy porodem. Jej poczucie wstydu jest naruszane przez konieczność obnażania się do badania przed nieznanymi osobami oraz mówienia o sprawach intymnych.

Poszanowanie godności osobistej oznacza szacunek dla odrębności pacjentki jako człowieka, dla jej podmiotowości, traktowanie jej jako „pełnego człowieka” a nie przypadku medycznego, ograniczonego do chorego narządu, czy stanu wymagającego interwencji. Sprawy związane z ciążą i porodem głęboko angażują całą osobę – a zatem nie tylko ciało kobiety, ale także jej psychikę i tożsamość.

### Jakie przepisy prawa stanowią o prawie do poszanowania intymności i godności osobistej?

► art. 23 kodeksu cywilnego, zgodnie z którym intymność oraz godność osobista stanowią dobra osobiste człowieka,  
► art. 19 ust. 1 pkt. 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, który stanowi, że pacjent ma prawo do intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,

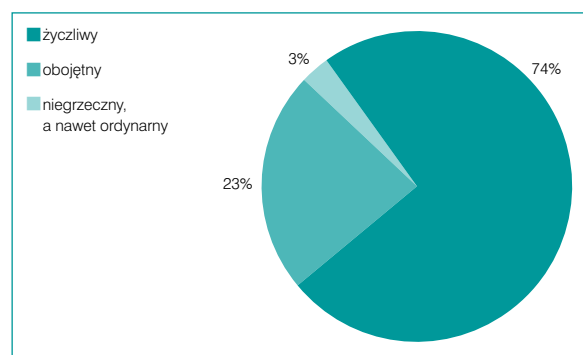
► art. 36 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza stomatologa, który nakłada na wszystkich lekarzy obowiązek poszanowania godności osób korzystających z usług medycznych. Ponadto zgodnie z ust. 3 tego artykułu lekarz ma obowiązek dbać, aby inny personel medyczny przestrzegał w postępowaniu z pacjentem zasady poszanowania godności i intymności.

Do prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności osobistej odnoszą się także Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej oraz Kodeks etyki lekarskiej. Zgodnie z nimi lekarz oraz położna powinni życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą i prawo do intymności.

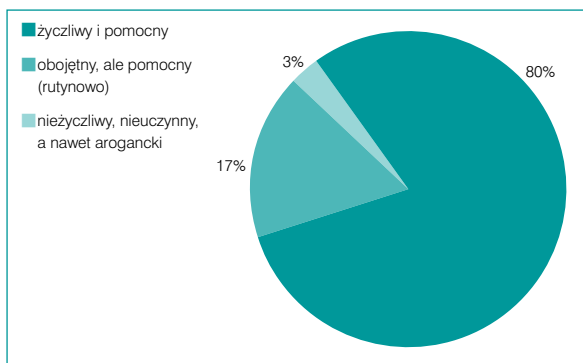
Przestrzeganie prawa kobiety do poszanowania godności i intymności polega przede wszystkim na odpowiedniej organizacji pracy oddziału położniczego (intymna izba przyjęć, pojedyncze sale porodowe, dobre oznakowanie oddziału, dobrze izolujące ścianki we wspólnych salach porodowych, parawany i zasłony w salach porodowych, zamykanie drzwi, przedstawianie się personelu, dopilnowanie, aby przy zabiegach i badaniach obecne były tylko niezbędne osoby z personelu medycznego). Ważna jest również cała sfera zachowań interpersonalnych, sposób zwracania się do kobiety, życzliwość, a także unikanie zadawania zbędnego bólu wskutek niestarannego czy nieprofesjonalnego wykonywania świadczeń medycznych.

Respondentki akcji w większości oceniały personel izby przyjęć oraz sali porodowej jako życzliwy – odpowiednio 74% i 80% (Wykres 1. i 2.).

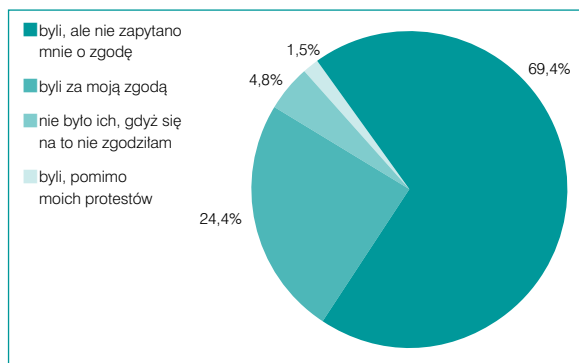
Większość kobiet, przy których porodzie asystowali studenci, nie była pytana o zgodę na to (Wykres 3.). W szpitalach, prowadzących dzia-



Wykres 1. Ocena zachowania personelu izby przyjęć w trakcie przyjmowania do szpitala (n=26279, respondentki akcji „Rodzić po ludzku” 2006)



Wykres 2. Ocena zachowania personelu sali porodowej (n=26118, respondenci akcji „Rodzić po ludzku” 2006)



Wykres 3. Obecność studentek/studentów medycyny lub położniczy przy porodzie (n=3277, respondenci akcji „Rodzić po ludzku” 2006 rodzące w szpitalach klinicznych)

łańność dydaktyczną, dopuszczalne jest niepytanie pacjentki o zgodę na obecność studentów przy udzielaniu świadczeń medycznych jedynie w sytuacjach, gdy obecność ta ma miejsce w trakcie interwencji niezbędnych i wynikających z toku leczenia. W pozostałych sytuacjach, np. gdy student ma udzielić świadczenia medycznego, zgoda pacjentki jest konieczna. Pamiętać należy również, że osobę nadzorującą praktyki obowiązuje dbanie o to, aby udział studentów przebiegał w sposób uniemożliwiający naruszenie istoty praw pacjentki do prywatności, godności osobistej i intymności (Karkowska D 2006). Tymczasem z listów kobiet wynika, że nie są one pytane również o zgodę na badania wykonywane przez studentów czy na ich obecność w trakcie obchodów. Opinie z listów świadczą o tym, że sposób organizacji pracy studentów i stażystów znacznie narusza prawo do poszanowania intymności.

#### Najczęstsze naruszenia prawa do poszanowania intymności, prywatności i godności osobistej to:

- ▶ mało intymne warunki w izbie przyjęć,
- ▶ wielokrotne badania, także wewnętrzne, przez różne osoby z personelu medycznego,
- ▶ naruszające godność osobistą uwagi dotyczące przebiegu porodu, zachowań rodzącej, jej sytuacji osobistej, zwracanie się do rodzącej krzykiem, a nawet z użyciem słów powszechnie uznawanych za wulgarne: „Jedynie czego się bałam, to że trafię na dyżur pewnej pani doktor słynnej z uwag: *Chciało się DAĆ, to teraz trzeba cierpieć*. No i trafiłam na nią”.
- ▶ niezamykanie drzwi, niedbanie o to, aby rodzącej nie widziały osoby postronne: „Na operację kazano mi przejść przy otwartych drzwiach prawie nagiem do sali obok, wszystko było widoczne dla wszystkich odwiedzających”. Inny list: „Każdego poranka odbywa się ważenie ciężarnych. Waga

znajduje się przy sali porodowej, często otwartej i wszystkie kobiety widzą jak rodzą inne panie”.

- ▶ sposób przeprowadzania obchodów (badanie w obecności innych pacjentek, brak parawanów czy zasłon gwarantujących poszanowanie intymności, głośne komentarze i uwagi): „Studenci codziennie uczestniczyli przy obchodach. Kobiety z sali miały się odkryć, rozłożyć nogi i podciągnąć koszulę, a oni stali naprzeciwko, co było upokarzające”, inny list: „Obchody lekarzy i niezliczonych grup stażystów z chichotem zaglądających pod kołdry pozostaną koszmarnym wspomnieniem”.
- ▶ obecność wielu osób przy badaniach lub porodzie: „Nieustanne wchodzenie do sali porodowej tabunów ludzi, którzy nie informowali kim są, po co przychodzą. Nie znam ani jednego nazwiska osoby, która była obecna przy moim porodzie, a przewinęło się ich kilkanaście. Gdyby nie to, że rodziłam po raz drugi, czułabym się jak przedmiot”, inny list: „Ordynator zabrał mnie na badanie ginekologiczne do gabinetu zabiegowego, gdzie było ok. 30 osób (lekarzy, pielęgniarek, stażystów, studentów). Nikt mnie nie zapytał o to, czy wyrażam zgodę na obecność tych osób przy badaniu”.
- ▶ wspólne sale porodowe<sup>4</sup>: „Dwa łóżka oddzielone były od siebie parawanem. Podczas mojego porodu cały czas chodził tam mąż kobiety, która rodziła na łóżku obok. Więc czułam się niezbyt komfortowo. A nikt mnie nie zapytał nawet o zdanie, czy ja się na to godzę. Po prostu on tam był. Wchodzili też inni tatusiowie, którzy chcieli być przy badaniu swojego maleństwa, wchodził każdy, kto chciał”.
- ▶ pobieranie opłat za pojedyncze sale porodowe,
- ▶ zadawanie zbędnego bólu: powiedziałam lekarzowi, że znieczulenie chyba nie działa, czułam, że szyta jestem na żywca, na to pan doktor: *reklamacje to do anestezjologa* i nie zważając na moje lęki szył dalej”.

<sup>4</sup> „(...) W mojej opinii w takiej sytuacji (tj. dwóch jednocześnie odbywających się porodów na sali, na której stanowiska rodzących oddzielone są np. parawanami. Red.) nie mamy do czynienia z zachowaniem prawa do intymności rodzących. Prawo to jest naruszone przez współrodzącą kobietę. Oczywiście, należy w takiej sytuacji uzyskać zgodę na uczestnictwo innej osoby przy udzielaniu świadczeń medycznych.” (Haberko J 2006)

## ► Prawo do informacji

Prawo kobiety do bycia poinformowaną o stanie jej zdrowia, o każdym przeprowadzanym zabiegu, o podaniu leku i innych czynnościach podczas pobytu w szpitalu, wynika z konstytucyjnego prawa jednostki do stanowienia o sobie oraz do ochrony jej integralności.

### Informacja powinna:

- być pełna – tzn. personel medyczny zobowiązany jest objaśnić pacjentce stan zdrowia jej lub dziecka, możliwe metody lecznicze i diagnostyczne, cel zastosowania danego środka czy zabiegu, oraz poinformować o ewentualnych następstwach, negatywnych i pozytywnych konsekwencjach zastosowania lub zaniechania określonych świadczeń;
- być zrozumiała, podana przystępnym językiem, a specyficzne medyczne terminy i sformułowania winny być wyjaśnione;
- zawierać wszelkie dane, na podstawie których pacjentka może podjąć świadomą zgodę, lub odmówić poddania się określonym czynnościom.

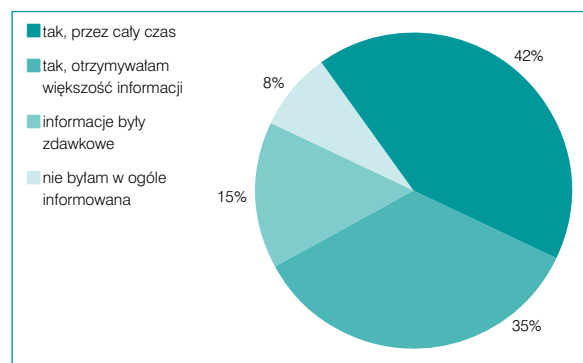
Prawo do informacji jest ściśle związane z prawem do udzielania zgody na wszelkie zabiegi medyczne. Tylko informacja spełniająca powyższe warunki, umożliwia pacjentowi udzielenie ważnej zgody na zabiegi i uprawnia personel do legalnego działania. Personel medyczny może nie informować pacjenta o podejmowanych wobec niego działaniach jedynie wtedy, gdy pacjent świadomie wyrazi wolę bycia nie informowanym.

### Jakie przepisy prawa stanowią o prawie do informacji?

► art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, art. 19 ust. 1 pkt. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 20 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarzy i położnej nakładają na personel medyczny obowiązek udzielenia przystępnej (czyli zrozumiałej, co nie znaczy uproszczonej w treści) informacji o stanie zdrowia rodzącej i jej dziecka, o metodach diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć następstwach ich stosowania lub zaniechania, a także o wynikach leczenia oraz rokowaniu. Jedynie w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta i jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu. Jednakże w takich przypadkach lekarz jest obowiązany poinformować przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta, a na żądanie pacjenta lekarz ma obowiązek udzielić mu wskazanej informacji.

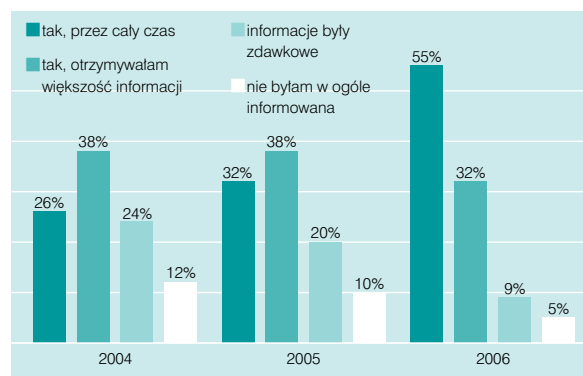
O prawie pacjenta do informacji stanowi również Kodeks etyki zawodowej położnej, zgodnie z którym położna jest obowiązana do udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji, dotyczącej procesu pielęgnowania. Natomiast według Kodeksu etyki lekarskiej lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jedynie w przypadku, gdy pacjent wyraża takie życzenie.

42% respondentek akcji „Rodzić po ludzku” 2006 uzyskało pełną informację o przebiegu porodu, 35% – większość informacji (Wykres 4.).



Wykres 4. Czy była Pani informowana o przebiegu porodu, używanych środkach i zabiegach? (n= 25509 respondentek akcji „Rodzić po ludzku” 2006)

Warto zwrócić uwagę na wzrost odsetka kobiet, które otrzymały pełną informację o przebiegu porodu, używanych środkach i zabiegach w zależności od roku porodu – sytuacja poprawiła się w roku, w którym prowadzona była akcja „Rodzić po ludzku” (Wykres 5.).



Wykres 5. Czy była Pani informowana o przebiegu porodu, używanych środkach i zabiegach? – w zależności od roku porodu

### Najczęstsze naruszenia prawa do informacji:

► brak informacji o stanie zdrowia: „Informacje o przebiegu porodu oraz planach na kolejne dni w przypadku porodu wywoływanego kilkakrotnie – zdawkowe, jeśli nie zerowe. O efektach zastosowania żelu na szyjkę macicy dowiedziałam się przypadkowo – pani dr opowiadała o moim stanie zdrowia studentkom i z tej ich rozmowy dowiedziałam się o wszystkim”.

► manipulowanie informacją, udzielanie jej w takim zakresie i w taki sposób, aby wywołać pożądane zachowanie, np. zgodę pacjentki na proponowane leczenie: „Zaproponowano mi kroplówkę z oksytocyną w celu przyspieszenia porodu, bo jak się położne wyraziły: *Przy takim rozwieraniu szyjki będą rodzić jeszcze ze 2 dni*, więc się zgodziłam. Nie poinformowano mnie jednak, iż skurcze wywołane syntetyczną oksytocyną wywołają ból przekraczający mój próg wytrzymałości. Jedyne, co mogłam robić, to krzyczeć”.

► nieudzielanie informacji o stosowanych środkach i zabiegach, ich celu, negatywnych i pozytywnych rezultatach ich zastosowania: „Kiedy dostałam jakiś lek i zapytałam: *Co to jest?*, usłyszałam: *Lek, Jaki? Dobry*”.

► udzielanie informacji tylko na wyraźne żądanie rodzącej: „Personel był życzliwy i pomocny, choć raczej biernie czekał na prośby i pytania, niż sam udzielał ich z własnej inicjatywy”.

► nieudzielanie rodzącej informacji o dostępnych niefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia bólu;

► brak wyznaczonej osoby, u której pacjentka mogłaby zasięgnąć wszystkich potrzebnych jej informacji: „Położne mówiły, że informacji udziela lekarz, a nie one, lekarza nie można było spotkać, albo spotkany mówił, że wszystko jest w dokumentacji medycznej, ale dokumentacji jeszcze nie uzupełniła położna”.

► ukrywanie informacji o powikłaniach poporodowych u matki i dziecka: „Nie poinformowano mnie, że podczas porodu pękła mi szyjka macicy. Dowiedziałam się o tym dopiero z karty wypisu ze szpitala”.

► brutalne przekazywanie informacji: „Zmęczona porodem zasnęłam, rano obudziła mnie chyba pielęgniarka z pytaniem: *To pani śpi, a pani syn walczy o życie???*... Był to dla mnie szok. Sama informacja znaczyła dla mnie wtedy koniec świata, a co dopiero sposób jej przekazu...”.

### ► Prawo do wyrażania świadomej i swobodnej zgody na interwencje medyczne

Prawo do wyrażania zgody wpływa z konstytucyjnego prawa jednostki do stanowienia o sobie oraz do ochrony jej integralności. Podstawą każdego badania, zabiegu, zastosowania środków farmakologicznych i innych czynności medycznych powinna być świadomie i swobodnie wyrażona zgoda osoby, której to działanie dotyczy. Pacjent ma możliwość wycofania zgody w każdym momencie, a także do wyrażenia sprzeciwu, ustnego lub na piśmie, i odmowy poddania się interwencji. Aby zgoda była ważna, musi zostać poprzedzona dokładną, wyczerpującą oraz zrozu-

mią informacją na temat interwencji, jakiej ma ona dotyczyć.

Podczas pobytu w szpitalu pacjentka powinna mieć możliwość swobodnego podejmowania decyzji. Nawet tak rutynowo stosowane w wielu szpitalach zabiegi jak: przebicie pęcherza płodowego, podanie oksytocyny, nacięcie krocza powinny być poprzedzone dokładną informacją i zapytaniem kobiety o zgodę na ich przeprowadzenie. Wykonanie tych zabiegów bez zgody pacjentki w sytuacji, w której nie ma bezpośredniego zagrożenia jej życia, jest niczym innym jak naruszeniem przepisów prawa.

### Jakie przepisy prawa stanowią o prawie do wyrażania zgody?

► art. 23 kodeksu cywilnego, który udziela ochrony takim dobrom prawnym jak wolność i zdrowie;

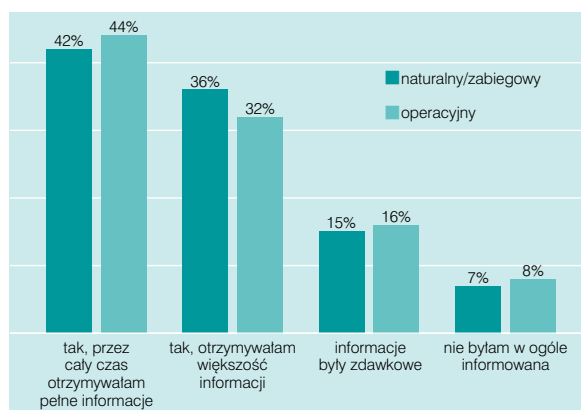
► art. 5 Europejskiej Konwencji Bioetycznej stanowi, iż każdej interwencji w dziedzinie służby zdrowia dokonać można jedynie po udzieleniu przez osobę zainteresowaną swobodnej i świadomej zgody na taką interwencję;

► art. 19 ust. 1 pkt 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 32, 33 i 35 ustawy o zawodzie lekarza stanowią iż pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy;

► art. 192 Kodeksu karnego stanowi, że wykonywanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta zagrożone jest karą pozbawienia wolności do lat 2.

Do prawa pacjenta do wyrażania zgody odnoszą się również art. 3 ust. b. kodeksu etyki zawodowej położnej oraz art. 15 Kodeksu etyki lekarskiej.

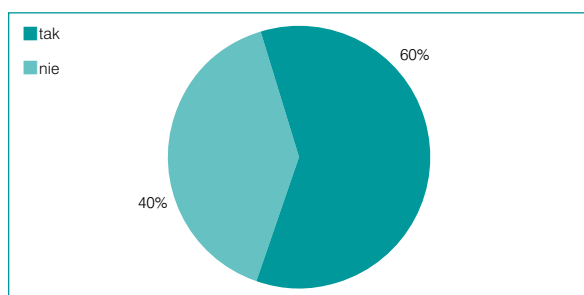
Istnieją zróżnicowane formy wyrażania zgody, które są uzależnione od typu interwencji. Zasadą jest, że zgoda musi być wyrażona w sposób dostateczny i może przybierać różne formy. Dla



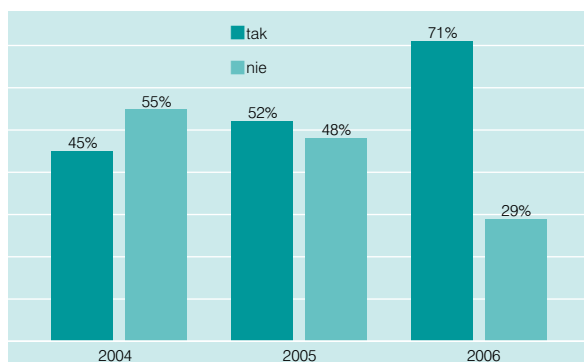
Wykres 6. Czy była Pani informowana o przebiegu porodu, używanych środkach i zabiegach? – w zależności od rodzaju porodu

przeprowadzenia zabiegów operacyjnych oraz interwencji stwarzających stan podwyższonego ryzyka, przepisy wymagają zgody w formie pisemnej. Natomiast dla pozostałych badań i świadczeń medycznych wymagane jest uzyskanie zgody pacjenta w formie ustnej lub „dorozumianej”, przez co rozumie się takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości, wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym.

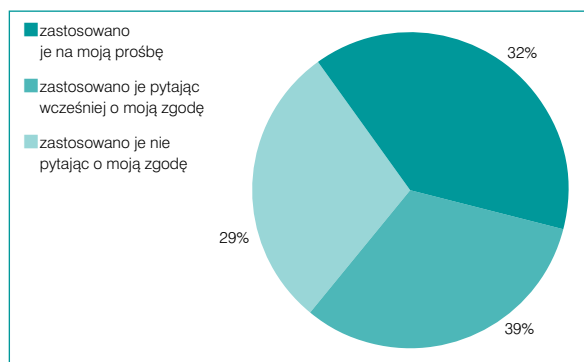
Podstawowym, i powszechnie w Polsce występującym, naruszeniem prawa pacjenta do wyrażenia świadomej zgody na udzielanie świadczeń medycznych jest stosowanie ogólnej zgody na



Wykres 7. Jeśli poród był wywoływany lub przyspieszany, to czy pytano Panią o zgodę? – respondentki akcji „Rodzić po ludzku” ogółem



Wykres 8. Jeśli poród był wywoływany lub przyspieszany, to czy pytano Panią o zgodę? – w zależności od roku porodu

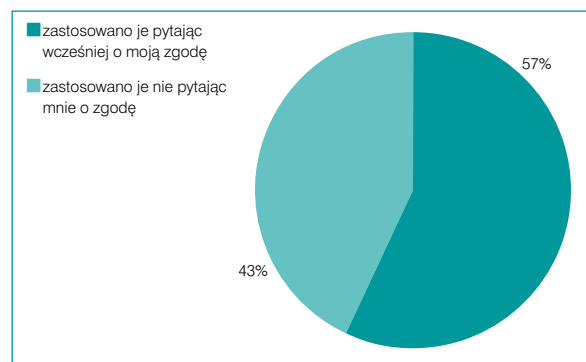


Wykres 9. Pytanie o zgodę na zastosowanie środków znieczulających – respondentki akcji „Rodzić po ludzku” ogółem

leczenie, podpisywanej przez pacjentkę przy przyjęciu do szpitala (występuje to w 95,9% oddziałów położniczych – dane na podstawie ankiet wypełnianych przez ordynatorów oddziałów). W opinii wielu lekarzy i położnych wyrażenie takiej zgody legitymizuje większość działań podejmowanych przez personel wobec pacjentki w trakcie całego jej pobytu w szpitalu. Tymczasem zgoda taka (tzw. zgoda blankietowa) jest pozostałością po przepisach, które dziś już nie obowiązują. W obecnym stanie prawnym wyrażenie zgody na proponowane leczenie w takiej formie jest bezskuteczne, czyli leczenie podjęte według takiej zgody jest równoznaczne z działaniem bez zgody pacjenta. Na problem ten zwraca uwagę także Rzecznik Praw Obywatelskich<sup>5</sup>. Z listu: „Podpisałam dokument zezwalający na wszystkie zabiegi, ale tak naprawdę nikt ze mną nie porozmawiał. Nie przedstawił innych możliwości”.

34,5% placówek stosuje pisemną zgodę na poszczególne zabiegi udzielaną przez pacjentkę przy przyjęciu do szpitala, w 37,1% placówek kobieta proszona jest o udzielenie ustnej zgody bezpośrednio przed zabiegami/czynnościami, 74,6% stosuje pisemną zgodę na zabiegi bezpośrednio przed zabiegami/czynnościami. Zazwyczaj zgoda pisemna dotyczy cesarskiego cięcia, porodu zabiegowego i podania znieczulenia zewnątrzoponowego.

40% respondentek naszej akcji nie było pytanych o zgodę na indukcję lub przyspieszanie porodu, 43% kobiet nie pytano o zgodę na podanie środków znieczulających (Wykres 7., 8., 9., 10.). Z listu: „Lekarz na pytanie: *co pan robi?*, odpowiedział, że to nie moja sprawa, dopiero położna powiedziała, że lekarz przebija mi pęcherz płodowy”. Inny list: „Zrobiono mi masowanie szyjki

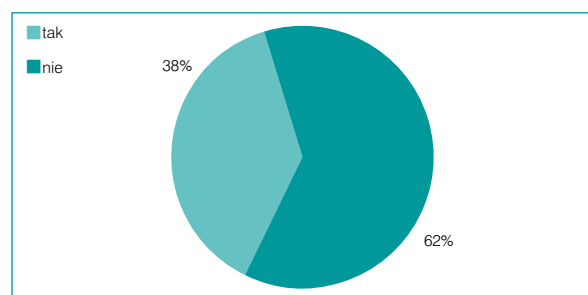


Wykres 10. Pytanie o zgodę na zastosowanie środków przeciwbólowych – w grupie 11 507 kobiet rodzących drogami natury, które nie prosiły o zastosowanie znieczulenia.

<sup>5</sup> Wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich dra Janusza Kochanowskiego do Ministra Zdrowia z dn. 5.04. 2007, [www.rpo.gov.pl](http://www.rpo.gov.pl)

macy bez mojej wiedzy i zgody. Zgodziłabym się na to, gdyby mnie poinformowano, a tak zachowałam się jak wariatka kopiąc położną i drąc się wniebogłosy”. Podobnie jak w przypadku prawa do informacji, kobiety były częściej pytane o zgodę w roku prowadzenia naszej akcji niż we wcześniejszych latach.

Natomiast nacięcie krocza w 62% przypadków zostało wykonane bez pytania pacjentki o zgodę (Wykres 11.), co jest poważnym naruszeniem obowiązującego prawa, zważywszy na to, że zabieg ten związany jest z przerwaniem integralności tkanek oraz, na co wskazują liczne badania naukowe, obarczony jest dużym ryzykiem powikłań.

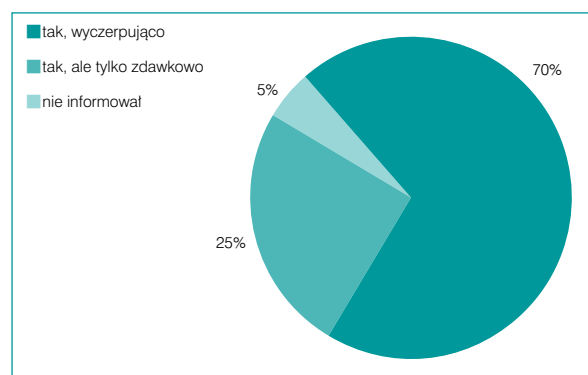


Wykres 11. Czy nacięcie krocza było z Panią uzgodnione? – 15 471 kobiet rodzących drogami natury, które miały nacięte krocze

### ► Noworodek pacjentem

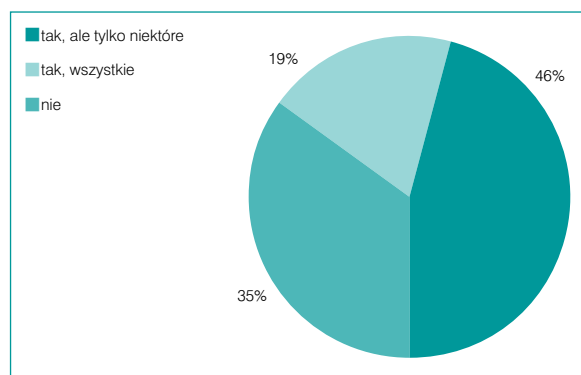
Matka i ojciec noworodka od chwili jego narodzin, są jego przedstawicielami ustawowymi, a zatem na personelu medycznym spoczywa obowiązki informowania o wszystkim, co dotyczy ich dziecka, a także pytanie rodziców o zgodę na każdą interwencję medyczną. Podobnie jak w przypadku dorosłych pacjentów, ogólna zgoda na leczenie nie jest wystarczająca, aby na jej podstawie udzielać świadczeń medycznych.

70% respondentek akcji „Rodzić po ludzku” otrzymało wyczerpujące informacje od pediatrów, jednak co czwarta mama była informowana



Wykres 12. Czy lekarz pediatra informował Panią o stanie dziecka? – respondenci akcji „Rodzić po ludzku” ogółem.

zdawkowo. Zaledwie 19% mam miało możliwość uczestniczyć przy wszystkich badaniach i szczepieniach wykonywanych u dziecka, natomiast aż 35% respondentek w ogóle nie miało takiej możliwości (Wykres 12., 13.).



Wykres 13. Czy zabiegi dotyczące dziecka, takie jak badania, szczepienia itp. były wykonywane w Pani obecności? - respondenci akcji „Rodzić po ludzku” ogółem

### Najczęstsze naruszenia praw rodziców małych pacjentów to:

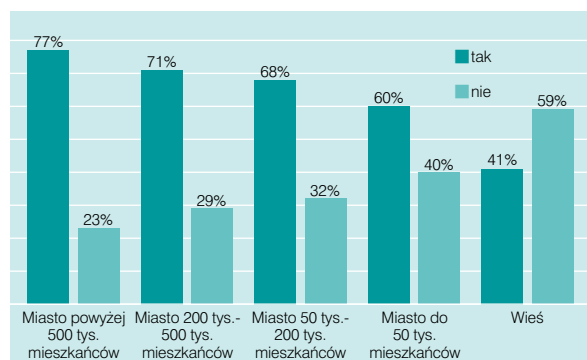
- brak wyczerpującej informacji: „Nie informowano mnie o wynikach badań dziecka. Na czas wizyty pediatrycznej matki dziecko były wyprasane z boksów noworodków, a po wizycie pediatry znikali i nie było z kim rozmawiać. Położne nie udzielały informacji”. Inny list: „Nie poinformowano mnie o szczepieniu przeciw gruźlicy, gdy zapytałam dlaczego, usłyszałam, że jest obowiązkowe, więc nie mają obowiązku”.
- brak możliwości wyrażenia zgody lub odmowy na badania diagnostyczne i podawanie leków: „Neonatolog zamiast wytłumaczyć mi, na czym to polega i dlaczego to jest konieczne, kazała podpisać oświadczenie, że wyrażam zgodę na wszystkie zabiegi konieczne i kazała przywieźć córeczkę. Czułam się, jakby mi ją zabrano”.
- ukrywanie diagnozy;
- niepozwalanie rodzicom na obecność w czasie wykonywania badań i szczepień u dzieci, wyprasanie ich. Zabieranie dzieci z sali bez pytania o zgodę: „Wciąż zabierano nam dzieci, które były na osobnej sali noworodkowej do której nie miałyśmy wstępu, nigdy nie mogłyśmy być obecne przy badaniach i zabiegach pielęgnacyjnych. Przynoszono dzieci tylko do karmienia co 3 godziny. Niemal z płaczem uprosiłam jednego z lekarzy, żeby mi mogła mieć dziecko cały czas przy sobie, ale i tak musiałam je oddawać do przewijania i badania, a potem nie mogłam się doprosić, żeby mi je znowu oddali. Bardzo źle to przeżyłam, pomimo, że cały personel był bardzo miły i życzliwy”.

## ► Poród z wybraną, bliską osobą (tzw. poród rodzinny)

Poród to nie tylko zdarzenie medyczne, a przede wszystkim wydarzenie o wielkim znaczeniu dla psychiki i tożsamości kobiety, ogromne przeżycie emocjonalne, a także wydarzenie rodzinne. Fakt, iż w większości przypadków poród odbywa się w szpitalu, nie może wiązać się z zaprzeczeniem tym aspektom narodzin dziecka. „Pobyt w szpitalu jest jedynie zmianą miejsca i nie może być postrzegany jako rodzaj odosobnienia. Prawa człowieka oraz naturalne więzy rodzinne czy małżeńskie pacjentki nie zostają za bramą szpitalną” (Karkowska D 2006). A więc pacjentka zachowuje swe prawa do ochrony życia prywatnego i więzi rodzinnych, między innymi poprzez prawo do wsparcia ze strony osoby bliskiej, przez nią wybranej. Prawo to także jest powiązane z prawem do poszanowania godności i intymności oraz prawem do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską (Karkowska D 2006).

Z bliską osobą rodziło 64% respondentek akcji „Rodzić po ludzku”. Z danych od ordynatorów oddziałów wynika, że z takiej możliwości w Polsce korzysta ok. 40% rodzających.

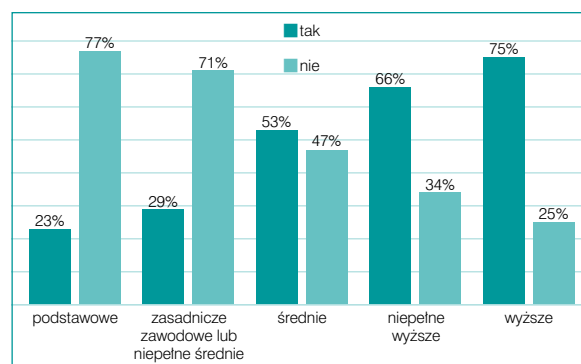
Porody rodzinne są zdecydowanie bardziej popularne w dużych miastach niż na wsi, i częściej wśród kobiet z wyższym i średnim wykształceniem niż kobiet z wykształceniem podstawowym (Wykres 14. i 15.).



Wykres 14. Porody rodzinne a miejsce zamieszkania respondentki, akcja „Rodzić po ludzku” 2006

W Polsce przyjęło się rozumienie „porodu rodzinnego” jako porodu odbywanego w obecności męża lub partnera, rzadziej innych osób wybranych przez pacjentkę. Jednak niedopuszczalne jest ograniczenie tzw. porodu rodzinnego wyłącznie do męża lub partnera (ojca dziecka), np. nie wpuszczenie siostry rodzącej kobiety. „Wybór osoby uczestniczącej przy udzielaniu jakiegokolwiek pacjentowi świadczeń medycznych

pozostawiony jest zawsze temu pacjentowi, tak więc w interesującej nas sytuacji porodu wybór należy do samej rodzącej” (Haberko J 2006).



Wykres 15. Poród rodzinny a wykształcenie respondentki, akcja „Rodzić po ludzku” 2006

Zdarza się także umożliwianie obecności bliskiej osoby od pewnego, arbitralnie określonego, momentu zaawansowania porodu: „Miałam poród rodzinny, była ze mną mama, którą wpuszczili na 3 godz. przed końcem porodu, spędziła całą noc w poczekalni, a ja byłam sama, bo wpuszczają od 5 cm rozwarcia”. Jest to nieuzasadnione ograniczanie prawa do wsparcia ze strony bliskiej osoby.

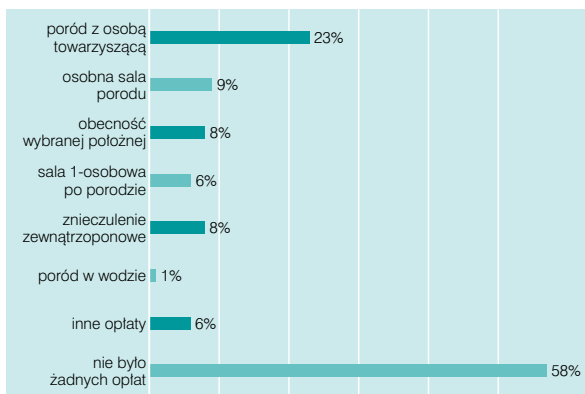
Sprawą budzącą wiele kontrowersji jest obecność bliskiej osoby przy porodzie w warunkach wieloosobowej sali porodowej w przypadku, gdy kilka kobiet rodzi jednocześnie. Obecność bliskiej osoby uzależniona powinna być od zgody innych rodzących. Wieloosobowa sala porodowa powinna być tak wyposażona, aby ryzyko naruszenia prawa innych pacjentek do intymności było zminimalizowane. Umożliwianie odbywania porodów rodzinnych w salach wieloosobowych należy uznać za sytuację wyjątkową, przejściową, zanim we wszystkich szpitalach możliwe będzie wprowadzenie jednoosobowych sal porodowych, gwarantujących poszanowanie intymności.

## ► „Rodzić po ludzku” to nie przywilej?

W 2005 r. ponad 35% placówek pobierało opłaty za porody rodzinne (Tabela 1.). 42% respondentek akcji „Rodzić po ludzku” płaciło za tzw. usługi ponastandardowe, przede wszystkim za poród z bliską osobą (Wykres 16.). Liczba szpitali

Tabela 1.	
we wszystkich salach porodowych, bez opłat	63,9%
we wszystkich salach porodowych, za opłatą	16,2%
na trakcie porodowym (sala ogólna) bez opłat, o ile inne rodzające wyrażą zgodę, a w sali pojedynczej za opłatą	8,2%
tak, ale tylko w pojedynczej sali, za opłatą	11,4%
Nie	0,2%

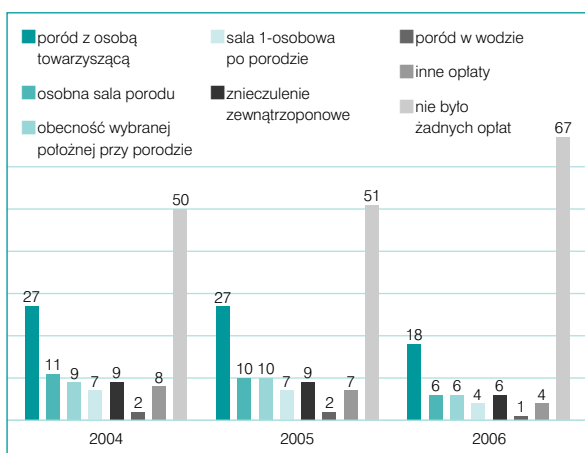
Dostępność porodu z bliską osobą, na podstawie informacji od 413 ordynatorów oddziałów położniczych, akcja „Rodzić po ludzku” 2006



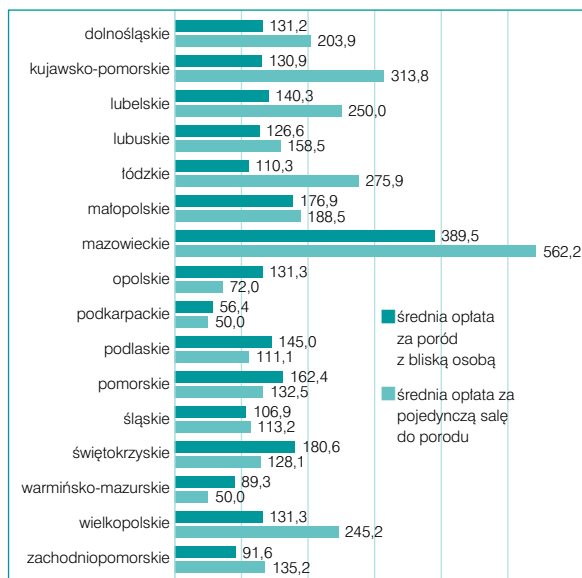
Wykres 16. Opłaty wnoszone w związku z porodem, (n= 22059, respondentki akcji „Rodzic po Ludzku” 2006)

wymagających opłat znacznie zmniejszyła się w roku prowadzenia akcji (Wykres 17.). Kwoty podawane przez kobiety były silnie zróżnicowane. Średnia opłata za poród z osobą towarzyszącą wynosiła w ostatnich 3 latach 196 złotych, przy czym dla roku 2004 i 2005 – 203 zł, a dla roku 2006 – 182 zł. Po odrzuceniu wszystkich kwot poniżej 50 zł, które zazwyczaj wiązały się z innymi opłatami towarzyszącymi porodowi rodzinnemu (np. jednorazowy strój, dodatkowy posiłek), średnia opłata za poród z osobą towarzyszącą wynosiła w ostatnich 3 latach 227 złotych (przy czym dla roku 2004 – 234 zł, dla roku 2005 – 232 zł, a dla roku 2006 – 217 zł). Średnia opłata za salę jednoosobową po porodzie wynosiła w ostatnich 3 latach 287 złotych, przy czym dla roku 2004 – 294 zł, dla roku 2005 – 316 zł, a dla roku 2006 – 237 zł.

W wysokości opłat przoduje woj. mazowieckie – 389,5 zł za poród rodzinny i 562,2 za salę pojedynczą. Najniższe opłaty występowały w woj. podkarpackim – 56,4 zł za poród rodzinny oraz 50 za salę pojedynczą (Wykres 18.).



Wykres 17. Opłaty wnoszone w związku z porodem – porównanie lat (dane w %)



Wykres 18. Średnie opłaty za poród z osobą towarzyszącą oraz salę pojedynczą do porodzie, podział na województwa

Trzeba podkreślić, iż w świetle obowiązujących przepisów nie istnieją podstawy prawne dla pobierania opłat za udzielone świadczenia w trakcie porodu finansowanego ze środków publicznych. Uzasadnianie opłat za poród rodzinny czy salę pojedynczą do porodzie uznaniem ich przez dyrekcję szpitala za usługi ponadstandardowe jest niewłaściwe, jako że nie istnieje standard opieki okołoporodowej, precyzujący do jakich świadczeń finansowanych ze środków NFZ ma prawo pacjentka. Niezgodne z prawem jest także powoływanie się na regulamin porządkowy placówki, ponieważ regulaminy, czyli akty wewnętrzne, nie mogą odmiennie regulować praw obywatelskich, wynikających z przepisów powszechnie obowiązujących, bez wyraźnego upoważnienia.

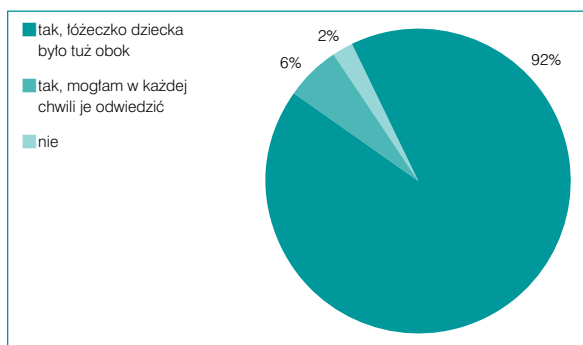
Pobieranie opłat za tzw. porody rodzinne i za intymne warunki podczas porodu (sala pojedyncza) przez placówki, które zawarły z NFZ kontrakt na udzielanie świadczeń medycznych związanych z porodem, jest sprzeczne z konstytucyjnymi zasadami szczególnej opieki nad kobietą w ciąży (art.68 ust.3 oraz art.71 ust.2), a także z zasadą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (art.68 ust.2)<sup>6</sup>. Z listu: „W tym szpitalu są dwa bloki porodowe A i B: jeden na parterze i odbywają się porody rodzinne; drugi na piętrze i tam są porody zwykłe. Urodziłam na piętrze, za materiałową zasłonką, z trzema innymi rodzającymi. Poród rodzinny na parterze kosztuje ok. 500 zł, na piętrze rodzi się za darmo. Na parterze można wybierać sobie pozycje, brać prysznic, kąpiel, jest piłka, na piętrze pozycja rodzenia jest narzucona – na plecach”.

<sup>6</sup> Szerzej zagadnienie to omówione jest w: Dorota Karkowska, Analiza uwarunkowań opieki okołoporodowej w Polsce. Prawo do opieki zdrowotnej, prawo do wsparcia ze strony osoby najbliższej i poszanowania intymności kobiety rodzącej, Fundacja Rodzic po Ludzku, Warszawa 2006, s. 19

## 1.3. Opieka, pomoc i wsparcie po porodzie

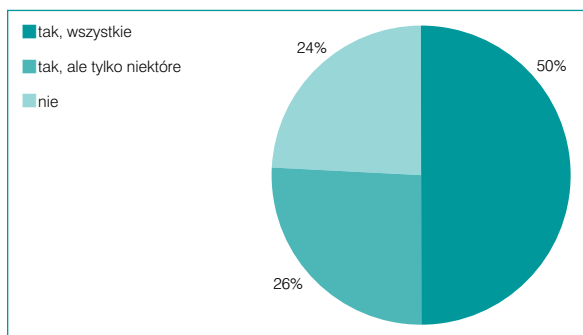
Realizacja prawa do opieki i leczenia w związku z porodem obejmuje także opiekę na kobietą i dzieckiem po porodzie – w tym zarówno świadczenia lecznicze i diagnostyczne, jak i pielęgnacyjne oraz niezbędne poinstruowanie młodej mamy w zakresie opieki nad noworodkiem i karmienia.

W niemal wszystkich oddziałach poporodowych został wprowadzony system rooming-in, czyli mamy przez całą dobę przebywają razem z dziećmi. Ordynatorzy blisko 50% oddziałów deklarują, iż mamy mają możliwość oddania dziecka na parę godzin pod opiekę personelu. 92% respondentek akcji „Rodzić po ludzku” miało dzieci przez cały czas przy sobie (Wykres 19.).

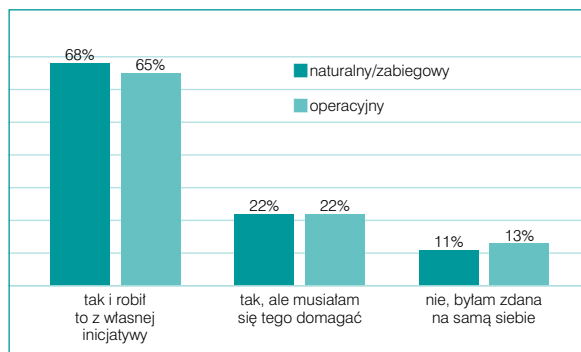


**Wykres 19.** Czy podczas pobytu na oddziale położniczym kobieta mogła być z dzieckiem bez ograniczeń? (n= 26073, respondentki akcji „Rodzić po ludzku” 2006)

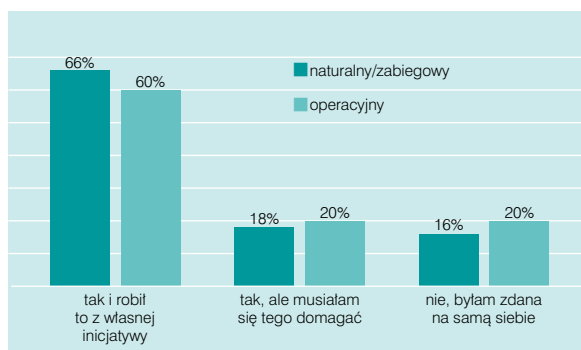
Na pomoc w karmieniu i pielęgnacji noworodka, która została zaoferowana z inicjatywy personelu mogło liczyć niewiele ponad 60% kobiet. Młode mamy nie zawsze czuły się otoczone opieką, nie zawsze też miały dostęp do zmian pościeli i otrzymały pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych. Podobnie jak badania i zabiegi u dziecka, także zabiegi pielęgnacyjne nie zawsze są wykonywane w obecności mam. W przypadku spadku nastroju, czy trudnych sytuacji (nawał pokarmu, niepokój o dziecko) spontaniczną pomoc personelu otrzymało 51% mam (Wykresy 20., 21., 22., 23., 24.).



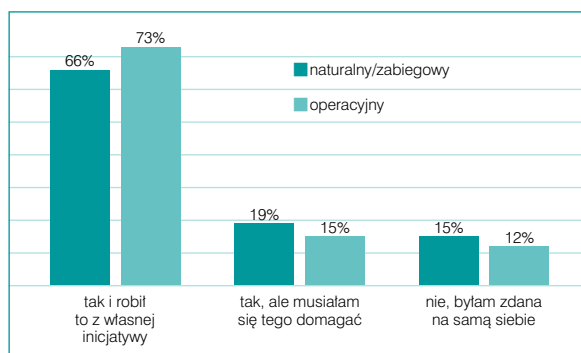
**Wykres 20.** Czy zabiegi pielęgnacyjne przy dziecku wykonywane były w Pani obecności? (n=25968 respondentek akcji „Rodzić po ludzku” 2006)



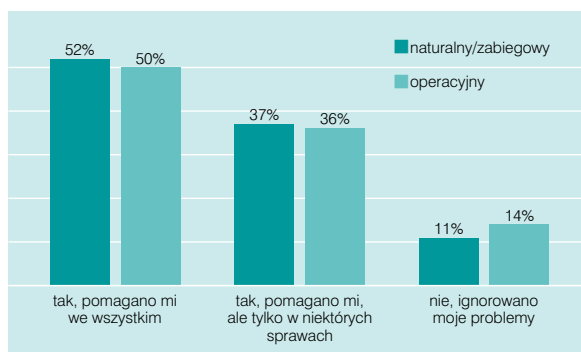
**Wykres 21.** Czy personel uczył Panią, jak naturalnie karmić piersią? (n=21117 respondentek akcji „Rodzić po ludzku” 2006, nie były brane pod uwagę kobiety, które udzieliły odpowiedzi „nie, ale dobrze radziłam sobie sama”)



**Wykres 22.** Czy personel pomagał i uczył jak pielęgnować dziecko? (n=19121 respondentek akcji „Rodzić po ludzku” 2006, nie były brane pod uwagę kobiety, które udzieliły odpowiedzi „nie, ale dobrze radziłam sobie sama”)



**Wykres 23.** Czy opiekowano się Panią (zmieniano pościel, koszule)? (n=21498 respondentek akcji „Rodzić po ludzku” 2006, nie były brane pod uwagę kobiety, które udzieliły odpowiedzi „nie, ale dobrze radziłam sobie sama”)



**Wykres 24.** Ocena pomocy ze strony personelu w przypadku złego nastroju, chandry, problemów z piersiami lub karmieniem (n=20169 respondentek akcji „Rodzić po ludzku” 2006, nie były brane pod uwagę kobiety, które udzieliły odpowiedzi „nie, ale nie potrzebowałam pomocy, gdyż sama wiedziałam, co robić” lub „nie miałam żadnych problemów”)

### Najczęstsze problemy, jeśli chodzi o opiekę nad matką i noworodkiem to:

► sprzeczne informacje odnośnie karmienia piersią i pielęgnacji udzielane przez różne osoby z personelu: „Gdybym sama się nie upominała o pomoc i wyjaśnienia, nie otrzymałabym pomocy. Przez cztery dni pobytu w szpitalu otrzymywałam często sprzeczne ze sobą informacje dotyczące sposobu karmienia. Każda pielęgniarka miała inne podejście”. Inny list: „Każda z położnych miała swoją teorię dotyczącą tego, jak zmobilizować dziecko do ssania. Być może wszystkie te teorie były słuszne, lecz zdarzało się, że były względem siebie sprzeczne. Żałuję, że próby karmienia skończyły się fiaskiem”.

► brak pomocy i wsparcia przy karmieniu naturalnym, zmuszanie do naturalnego karmienia: „W szpitalu panuje *terror laktacyjny*, i mimo iż nie miałam pokarmu (pojawił się w 4. dobie), zmuszano mnie do karmienia piersią. Personel pielęgniarstwa zabiegany, nie ma czasu, wszystko robi się w nerwach, mało empatii i zrozumienia. Moje problemy kwitowano stwierdzeniami: *weź środek przeciwbólowy i karm, zagłodzisz dziecko, nic z niej nie będzie* (to o mnie). Dopadła mnie z tego powodu depresja, płakałam. Nikt mi nie wyjaśnił jak karmić, jakie są pozycje, co robić, gdy dziecko nie chce ssać”.

► dopajanie i dokarmianie noworodków bez wiedzy i zgody mamy: „Szybko nauczyłam się, że na oddziale noworodkowym nie wolno prosić pań położnych o jakąkolwiek pomoc. Zamiast udzielić wsparcia, pani położna przychodziła i zabierała płaczące dziecko z sali. (...) w pokoiku, gdzie odizolowano syna, leżał w zanieczyszczonej pieluszcze pod lampą nagrzewającą. Na główce miał ślady mleka, podanego z butelki, która stała obok. Z ust ulewał się zważony płyn. Zaskoczona

pani zapytała, co robię w tym pokoju. Oburzyła ją odpowiedź, że przyszłam zobaczyć co dzieje się z moim dzieckiem”. Inny list: „Podstawowy problem – dokarmianie, glukoza odpowiedzią na każdy problem. Dziecko zapłakało, już położne przybiegały ze strzykawką. Trzy razy przy mnie próbowano podać synkowi pokarm, mimo że powiedziałam, że sobie nie życzę”.

► wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych u dzieci bez obecności matek: „Dzieci zabierane do kąpiele wszystkie naraz, zanim wykąpią ostatnie mija ponad 2 godz., dziecko wracało do mnie głodne, splakane, zmarznęte”.

► nieudzielanie wskazówek na temat pielęgnacji noworodka: „Nikt nie zapytał, czy umiem przewinąć dziecko i o nie zadbać (a nie umiałam) i byłam zdana zupełnie na siebie”.

► brak opieki nad kobietami, brak czystej pościeli;  
► ignorowanie trudności emocjonalnych;  
► brak opieki na kobietami po cesarskim cięciu, z listu: „Brak zrozumienia dla kobiet po cesarskim cięciu, scenariusz jest podobny: przywiezienie dziecka, położenie go koło matki i wyjście”.

Niewątpliwie na niezbyt dobrą sytuację na oddziałach poporodowych ma wpływ zmniejszenie zatrudnienia. Z informacji zebranych w trakcie akcji wynika także, że w oddziałach najczęściej nie ma ustalonych procedur i uzgodnionej wiedzy, jak ma przebiegać opieka nad matką i noworodkiem. Udzielane informacje są sprzeczne, każda pielęgniarka i położna udziela takich wskazówek, jakie jej wydają się słuszne. Brakuje doświadczonych konsultantek laktacyjnych, a także osób potrafiących rozpoznać i adekwatnie zareagować na pojawiające się trudności emocjonalne u kobiet po porodzie (baby blues, depresja poporodowa).

## 1.4. Czy możliwe jest przestrzeganie praw pacjenta?

Analiza informacji zebranych od kobiet ukazuje ciekawe zjawisko. Kobiety pozytywnie oceniają poród i pobyt w szpitalu, a jednocześnie relacjonują liczne naruszenia praw pacjenta. Można to wytłumaczyć tym, że kobiety nie są świadome swoich praw i akceptują wiele zachowań personelu, które co prawda w świetle przepisów naruszają prawa pacjenta, ale zwyczajowo się przyjęły. Jak napisała jedna z mam: „Dopiero po przeanalizowaniu wszystkich pytań ankiety zdałam sobie sprawę, iż poród nie był taki jak mogłabym sobie tego życzyć. Okazuje się, że przyjęłam wszystkie zachowania personelu medycznego podczas pobytu przed, w trakcie i po porodzie jako coś naturalnego i normalnego, choć nimi nie były. Pomimo

umówionego porodu przez cesarskie cięcie, nie informowano mnie na bieżąco jakie leki zostają mi podane”.

Ciekawych wniosków dostarcza porównanie oceny przestrzegania praw pacjenta i opieki po porodzie przez kobiety, które rodziły w 13 nagrodzonych placówkach ze średnią ogólnopolską (Tabela 2. i 3.). Okazuje się, że w większości badanych w akcji obszarów istnieje duża różnica między tymi ocenami. Wyjątek stanowi kategoria „poród rodzinny”, gdzie wyniki są zbliżone. Najwyraźniej poród z bliską osobą został zaakceptowany w większości szpitali. Jedyne co różni, to wysokość i częstotliwość pobierania opłat.

W akcji „Rodzić po ludzku” nagrodzone zostały te szpitale, które starają się przestrzegać praw pacjenta, co przekłada się na podmiotowe podejście i zindywidualizowaną opiekę. W szpitalach

tych krytycznie zanalizowano stosowane procedury i rutynowe zachowania personelu, mając na uwadze to, że nieodłącznym elementem sprawowania opieki nad kobietą jest przestrzeganie jej praw.

<b>Tabela 2.</b>		
	<b>Kobiety rodzące w nagrodzonych oddziałach</b>	<b>Respondentki akcji „Rodzić po ludzku” 2006 ogółem</b>
<b>► Czy w trakcie przyjmowania do szpitala personel izby przyjęć był dla Pani:</b>		
życzliwy	93%	74%
obojętny	6%	23%
nieżyczliwy, niegrzeczny, nawet ordynarny	1%	3%
<b>► Jeśli poród był wywołany (indukcja) lub przyspieszany, to czy pytano Panią o zgodę na to?</b>		
tak	74%	60%
nie	26%	40%
<b>► Jeśli otrzymała Pani środki znieczulające, to:</b>		
zastosowano je na moją prośbę	25%	32%
zastosowano je pytając wcześniej o moją zgodę	53%	39%
zastosowano je nie pytając mnie o zgodę	23%	29%
<b>► Czy nacięcie krocza było z Panią uzgodnione?</b>		
tak	61%	38%
nie	39%	62%
<b>► Czy była Pani informowana o przebiegu porodu, używanych środkach i zabiegach?</b>		
tak, przez cały czas otrzymywałam pełne informacje	63%	42%
tak, otrzymywałam większość informacji	28%	35%
informacje były zdawkowe	6%	15%
nie byłam w ogóle informowana	3%	8%
<b>► Czy personel sali porodowej był:</b>		
życzliwy i pomocny	94%	80%
obojętny, ale pomocny (rutynowo)	5%	17%
nieżyczliwy, nieuczynny, nawet arogancki	1%	3%
<b>► Czy lekarz pediatra informował Panią o stanie dziecka?</b>		
tak, wyczerpująco	87%	70%
tak, ale tylko zdawkowo	10%	25%
nie informował	3%	5%
<b>► Czy zabiegi dotyczące dziecka takie jak badania, szczepienia itp. były wykonywane w Pani obecności?</b>		
tak, wszystkie	34%	19%
tak, ale tylko niektóre	49%	46%
nie	17%	35%
<b>► Czy w narodzinach dziecka uczestniczył Pani mąż, partner lub inna bliska osoba?</b>		
tak	63%	64%
nie	37%	36%
<b>► Jeśli tak, to jak ta osoba była traktowana przez personel?</b>		
życzliwie	92%	80%
obojętnie	8%	18%
z niechęcią	0%	1%
<b>► Jeżeli towarzyszyła Pani bliska osoba, to jak długo po porodzie mogła zostać z Panią i z dzieckiem?</b>		
do 2 godzin	23%	25%
więcej niż 2 godziny, ale czas był ograniczony	16%	21%
bez ograniczeń	61%	54%
<b>► Odsetek kobiet płacących za poród z osobą towarzyszącą</b>		
	7%	23%
<b>► Średnia opłata za poród z osobą towarzyszącą</b>		
	99 zł	196 zł

Przestrzeganie praw pacjenta – porównanie danych od kobiet rodzących w nagrodzonych 13 placówkach ze średnią ogólnopolską

<b>Tabela 3.</b>		
	<b>Kobiety rodzące w nagrodzonych oddziałach</b>	<b>Respondentki akcji „Rodzić po ludzku” 2006 ogółem</b>
* nie brano pod uwagę kobiet, które odpowiedziały „nie, ale dobrze radziłam sobie sama”		
**nie brano pod uwagę kobiet, które odpowiedziały „nie, ale nie potrzebowałam pomocy, gdyż sama wiedziałam, co robić”, i „nie miałam żadnych problemów”		
<b>► Czy w czasie pobytu na oddziale położniczym mogła Pani być z dzieckiem bez ograniczeń?</b>		
tak, łóżeczko dziecka było tuż obok	98%	92%
tak, mogłam w każdej chwili je odwiedzić	1%	6%
nie	1%	2%
<b>► Czy personel oddziału położniczego uczył Panią, jak naturalnie karmić dziecko?*</b>		
tak i robił to z własnej inicjatywy	91%	67%
tak, ale musiałam się tego domagać	8%	21%
nie, byłam zdana na samą siebie	1%	12%
<b>► Czy personel oddziału położniczego pomagał i uczył Panią jak pielęgnować dziecko?*</b>		
tak i robił to z własnej inicjatywy	89%	64%
tak, ale musiałam się tego domagać	8%	19%
nie, byłam zdana na samą siebie	3%	17%
<b>► Czy zabiegi pielęgnacyjne przy dziecku wykonywane były w Pani obecności?</b>		
tak wszystkie	67%	50%
tak, ale tylko niektóre	23%	26%
nie	10%	24%
<b>► Czy w czasie pobytu w szpitalu opiekowano się Panią (zmieniano koszulę, pościel)?*</b>		
tak, personel szpitala robił to z własnej inicjatywy	89%	68%
tak, ale musiałam się tego domagać	7%	18%
nie, byłam zdana na samą siebie	4%	14%
<b>► Czy w czasie pobytu w szpitalu, gdy miała Pani zły nastrój, chandrę, albo problemy z piersiami lub karmieniem, to czy otrzymała Pani wystarczającą pomoc ze strony personelu?***</b>		
tak, pomagano mi we wszystkim	77%	51%
tak, pomagano mi, ale tylko w niektórych sprawach	20%	37%
nie, ignorowano moje problemy	3%	12%

Opieka po porodzie – porównanie ocen kobiet rodzących w nagrodzonych 13 placówkach ze średnią ogólnopolską

## 2. Czy poród w Polsce jest chorobą?

### 2.1. Medykalizacja porodu

Narastającym w Polsce zjawiskiem jest medykalizacja porodu fizjologicznego. Pierwszą próbą określenia jego skali było badanie ankietowe, przeprowadzone w 2001 r. przez Fundację Rodzić po Ludzku wśród 6 tys. kobiet, które rodziły w latach 2000-2001. Wyniki tego badania opisano w raporcie „Opieka okołoporodowa i przestrzeganie praw pacjenta w świetle opinii konsumenckiej” (Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2002). Rok 2006 dał nam możliwość powtórzenia tego badania już na skalę dużo większą. Źródło danych, tak jak poprzednio, stanowiły ankiety wypełnione przez kobiety i ordynatorów oddziałów położniczych i noworodkowych.

Dlaczego badanie i kontrolowanie medykalizacji porodu fizjologicznego staje się istotne? Jak pokazuje coraz więcej badań, nadmierna medykalizacja ma znaczący wpływ na jakość porodu, a jej skutki daleko wykraczają poza salę porodową i oddział noworodkowy. Coraz częściej też mówi się o długofalowych konsekwencjach stosowania rutynowych procedur położniczych.

**Medykalizacja** – proces, w wyniku którego naturalne zdarzenia wpisane w życie każdego człowieka traktowane są jako problemy medyczne, wymagające medycznej diagnozy i kontroli, z położeniem nacisku na ryzyko, patologię i leczenie

(Wagner M 1994)

#### Cechy porodu zmedykalizowanego:

- ▶ rodząca znajduje się w obcym sobie środowisku wśród nieznanymi ludzi, poddana jest procedurom, których celu nie rozumie, a musi dostosować się do narzuconych norm. Jej indywidualne potrzeby, uwarunkowania rodzinne, kulturowe i sytuacja osobista nie są brane pod uwagę;
- ▶ poród traktowany jest przez personel medyczny jako proces mechaniczny, mający na celu uwolnienie dziecka z ciała kobiety. Ignorowany jest fakt, że na jego przebieg wpływa stan emocjonalny rodzącej, jej poczucie własnej autonomii i sprawstwa;
- ▶ personel medyczny z góry zakłada niekompetencję kobiet i niemożność podejmowania przez nie decyzji co do przebiegu porodu i kontaktu z dzieckiem;
- ▶ kontrolę nad porodem przejmuje lekarz lub położna. Oznacza to najczęściej dostosowanie

tempa, czasu trwania i dynamiki porodu do z góry określonych standardów i norm wypracowanych przez personel danego szpitala;

- ▶ kontrola nad porodem oznacza interwencje medyczne wykonywane w dużej mierze rutynowo. Chodzi przede wszystkim o: użycie oksytocyny dla wywołania lub przyspieszenia porodu, nacięcie krocza, znieczulenia różnego typu i wreszcie cesarskie cięcie;
- ▶ ograniczony jest kontakt między matką a dzieckiem. Dziecko włączone jest w strukturę szpitala, w której stanowi kolejny „trybik”. Ma utrudniony lub wręcz uniemożliwiany kontakt z matką, na rzecz rutynowych działań wykonywanych przez personel po porodzie;
- ▶ środki farmakologiczne i zabiegi stosowane są w sposób rutynowy. Raz zaakceptowana metoda nie jest już weryfikowana, co powoduje coraz większy rozdzźwięk między praktyką a najnowszymi doniesieniami naukowymi (Wagner M 2001).

We współczesnym polskim modelu opieki okołoporodowej odnaleźć można większość z wymienionych cech porodu zmedykalizowanego. Taki styl opieki potwierdziło wiele kobiet w listach, które przesłały do organizatorów akcji. Wyłania się z nich wyraźny obraz wspólnego doświadczenia, jakim jest poród zmedykalizowany. Wyniki akcji „Rodzić po ludzku” 2006 potwierdzają nasz wniosek z roku 2002, że poród zmedykalizowany jest „normą” w polskim położnictwie.

#### Konsekwencje takiego stanu rzeczy można rozpatrywać z różnych perspektyw:

- ▶ z perspektywy pojedynczego przypadku – pary matka – dziecko i jakości ich dalszego życia;
- ▶ z perspektywy jakości opieki w Polsce w porównaniu z opieką w innych krajach, również w kontekście kosztów, jakie ta opieka generuje;
- ▶ z perspektywy długoterminowego wpływu na zdrowie całego społeczeństwa.

#### Poród normalny

Poród zmedykalizowany stał się normą w wielu krajach, czym jest więc „poród normalny”? Światowa Organizacja Zdrowia, określając w raporcie „Care in normal birth” (WHO 1997) definicję porodu normalnego, bierze pod uwagę dwa czynniki: stopień zagrożenia ciąży oraz przebieg porodu: „Poród normalny zaczyna się w sposób spontaniczny; niskie ryzyko występuje na początku i utrzymuje się do końca porodu.

Dziecko rodzi się spontanicznie w ułożeniu głowkowym, pomiędzy 37. a 42. tygodniem ciąży. Po porodzie matka i dziecko są w dobrym stanie zdrowia”. Ponieważ poród u wielu kobiet z ciążą wysokiego ryzyka przebiega w sposób normalny, niektóre zalecenia zawarte w tym raporcie dotyczą także opieki nad tymi kobietami. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia poród normalny dotyczy 70-80% kobiet w każdej populacji (WHO 1997).

W krajach, w których występuje wysoki poziom medycyzacji nie poszukuje się szczególnych wskazań do ingerencji w fizjologiczny proces porodu, traktując je jako oczywiste składowe porodu. Takie podejście ma swoje odbicie

### Naturalny przebieg normalnego porodu można zakłócić tylko z uzasadnionych powodów

(WHO 1997)

w wiedzy przekazywanej przyszłym adeptom sztuki położniczej. We współczesnym podręczniku dla położnych i pielęgniarek odnajdujemy takie zdanie: „Szycie krocza (episiotomiorrhaphia) jest zabiegiem kończącym poród fizjologiczny” (Bręborowicz G 2002).

Mimo że brak efektywności, a w niektórych przypadkach wręcz szkodliwość rutynowych interwencji zostały dobrze udokumentowane w badaniach naukowych, częstość ich stosowania w polskich porodówkach jest wciąż bardzo wysoka (Tabela 1.).

**Tabela 1.**

*pierworódki i wieloródki łącznie	Dane z ankiet z lat 2000/2001 (badanie „Mój poród”)	Dane z ankiet z lat 2004/2006 (akcja „Rodzić po ludzku”)
Indukcja/przyspieszenie kroplówką z oksycytyną	44,2%	50%
Przebiecie pęcherza	8,2%	26%
Nacięcie krocza	77,5%*	80%*
Znieczulenie petydyną	20%	17%
Znieczulenie zewnątrzoponowe	3,4%	14%
Elektroniczne ciągłe monitorowanie	44,6%	30%

Odsetek stosowania wybranych interwencji w porodzie fizjologicznym na podstawie danych uzyskanych od kobiet

**Tabela 2.**

*nie prowadzi statystyk lub nie oferuje znieczulenia	Średni % porodów z użyciem danej interwencji	% placówek, które nie zbierają statystyk
Indukcja porodu	12,24%	26,8%
Kroplówka naskurczowa	22,9%	32,8%
Przebiecie pęcherza płodowego	9,4%	49,5%
Nacięcie krocza	55,5%	29,2%
Znieczulenie petydyną	32,2%	29,7%
Znieczulenie zewnątrzoponowe	16,9%	65%*

Odsetek stosowania wybranych interwencji w porodzie fizjologicznym na podstawie danych za 2005 r. od ordynatorów oddziałów położniczych

**Tabela 3.**

Rodzaj interwencji	Odsetek w Polsce (wg ankiet od kobiet 2004/2006)	Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia
Wywołanie/przyspieszenie porodu (wszystkie metody)	62%	Nie więcej niż 10%
Kroplówka naskurczowa	49%	Nie więcej niż 10%
Nacięcie krocza	80%	Nie powinno się rutynowo stosować
Cesarskie cięcie	27,2% (2005 r.)	10-15%
Pozycja leżąca w czasie porcia	32%	Nie powinno się stosować
Niezakłócony kontakt matki ze zdrowym dzieckiem po porodzie	11%	100%

Porównanie danych z praktyki polskich oddziałów z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO 1985)

**Tabela 4.**

Rodzaj interwencji	Miasto 1 (4 placówki)	Miasto 2 (4 placówki)	Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia
Indukcja/przyspieszenie (dane od kobiet)	65,7%	63,3%	Nie więcej niż 10%
Indukcja (dane od ordynatorów)	3 placówki nie prowadzą statystyk, w jednej – 5%	brak danych z 1 placówki; 2 szpitale nie prowadzą statystyk, w 1 – 10%	Nie więcej niż 10%
Kroplówka naskurczowa	45,5% (dane od kobiet), żadna placówka nie prowadzi statystyk	43,3% – dane od kobiet, 2 placówki nie prowadzą statystyk, 1 placówka - brak danych, w 1 – 22%	Nie więcej niż 10%
Znieczulenie petydyną	58,8% (dane od kobiet), 2 placówki brak danych, 1 nie prowadzi statystyk, w jednej – 60%	5% (dane od kobiet), 3 placówki – brak danych, 1 nie prowadzi statystyk	Nie powinno się rutynowo stosować
KTG z wymogiem leżenia (dane od kobiet)	63,5% (dane od kobiet)	32,8% (dane od kobiet)	Nie powinno się rutynowo stosować
Nacięcie krocza	92,5% dane od kobiet; 2 placówki nie prowadzą statystyk, w 2 – 74,4%	85% (dane od kobiet); 1 placówka – brak danych, 2 nie prowadzą statystyk, w 1 35%	Nie powinno się rutynowo stosować
Pozycja leżąca w II okresie porodu	27,25% (dane od kobiet)	38,75% (dane od kobiet)	Nie powinno się stosować
Niezakłócony kontakt matki ze zdrowym dzieckiem zaraz po porodzie	1% (dane od kobiet)	8,25% (dane od kobiet)	100%
Cesarskie cięcie	24,35% (dane od ordynatorów)	34% (dane z 3 placówek, w 1 – brak danych)	10 - 15%

Porównanie danych ze szpitali losowo wybranych miast z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. (WHO 1985)

Jak wynika z Tabeli 2., przeciętnie 1/3 placówek nie gromadzi statystyk dotyczących wykonywania rutynowych interwencji. Należy też dodać, że nawet dane, które zostały przekazane organizatorom akcji, często podawane były „orientacyjnie” przez ordynatorów lub osoby wypełniające ankietę, gdyż oddziały nie są zobligowane do prowadzenia tego rodzaju statystyk, a tylko w niektó-

rych przyjęto to za standard. Brak bazowej wiedzy o funkcjonowaniu oddziału uniemożliwia zarówno jego ewaluację jak i zaplanowanie zmian, które przybliżyłyby daną placówkę do standardów wytyczonych przez Światową Organizację Zdrowia i medycynę opartą na dowodach (Tabela 3.). Nadużywanie interwencji jest standardem we wszystkich regionach Polski (Tabela 4.).

## 2.2. Najczęstsze interwencje medyczne a wyniki badań naukowych

### ► Indukcja/przyspieszenie porodu

Najbardziej rozpowszechnionym środkiem farmakologicznym, służącym wywołaniu lub przyspieszeniu porodu jest wlew dożylny z oksytocyną.

Badania kliniczne dotyczące wpływu oksytocyny na przebieg porodu wskazują na następujące możliwe skutki tej interwencji:

1. Hiperstymulacja macicy. W czterech niezależnych badaniach wykazano, że odsetek stanów zagrożenia płodu waha się między 8% a 34% przy porodach z użyciem małej dawki oksytocyny, między 15% a 54% przy dawce wysokiej (Hourvitz A et al. 1996, Lazor LZ et al. 1993, Mueller PR et al. 1992, Satin AJ et al. 1991).
2. Zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia krwotoku po porodzie. W grupie, w której zastosowano oksytocynę odsetek krwotoków po porodzie wyniósł 25% versus 5% w grupie bez oksytocyny (Gilbert L, Porter W, Brown VA 1987).
3. Zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia żółtaczki u dziecka (Singhi S, Chookang E, Hall JS, Kalghatgi S 1985).
4. Indukcja zwiększa odsetek dzieci z niską punktacją w skali Apgar (Herbs A, Wolner – Hanssen P, Ingemarsson I 1997).
5. Zwiększenie bólu porodowego (Hemminki E, Lenck M, Saarikoski S, Henriksson L 1985). 80% kobiet, którym podano oksytocynę odczuło zwiększenie bolesności skurczów.

6. U pierworódek zwiększa się dwukrotnie prawdopodobieństwo zakończenia porodu cesarskim cięciem (Tabela 5.).

Badacze zwracają również uwagę na fakt, że „wskazaniem” do użycia oksytocyny może być wygoda lekarza lub kobiety – stwierdzono istotną statystycznie różnicę pomiędzy liczbą porodów w ciągu dni roboczych a porodami odbytymi nocą lub podczas weekendów (MacFarlane A 1978, 1984, Evans et al. 1984). Podkreśla się także nadużywanie tego środka bez medycznego uzasadnienia: „Jest mało prawdopodobne, aby 20-80% kobiet wymagało indukcji lub przyspieszenia porodu z korzyścią dla jego przebiegu. Istnieją określone sytuacje, w których indukcja porodu jest konieczna: zatrucie ciąży, stres psychiczny wywołany noszeniem martwego płodu” (Keirse M, Chalmers I 1989), oraz rutynowe podejście do jego stosowania: „Przyspieszenie porodu z powodu jego powolnego postępu powinno mieć miejsce, gdy inne, prostsze metody nie dały rezultatu. Swobodne poruszanie się rodzącej, możliwość jedzenia i picia są równie efektywne jak użycie oksytocyny” (Keirse M 1989).

### ► Kaskada interwencji

Indukcja porodu jest pierwszym ogniwem niekorzystnego dla matek i dzieci zjawiska zwanego „kaskadą interwencji”. Kaskada interwen-

Tabela 5.

Badanie	liczba porodów	% pierworódek	% c.c w porodach indukowanych/ % cc w porodach spontanicznych		
			Ogółem	Pierwszy poród	Kolejny poród
Malstrom 1995	321	-	18%/12%	-	-
Devoe 1983	215	-	15%/2%	-	-
Dublin 2000	12 534	35%	10%/6%	19%/10%	4%/4%
Jarvelin 1993	8 606	32%	8%/6%*	-	-
Macer 1992	506	30%	15%/11%	34%/22%	6%/6%
Pysak 1998	922	46%	9%/5%	16%/10%	3%/1%
Seyb 1999	1 264	100%	-	18%/8%	-
Wigton 1994	274	36%	8%/10%**	24%/10%	-
Yeast 1999	18 061	44%	-	16%/8%	3%/4%

\*Rozbieżność byłaby większa przy większej liczbie pierworódek w grupie

\*\* 10% jest odsetkiem cesarskich cięć u pierworódek po odjęciu liczby cesarskich cięć wykonanych ze względu na ułożenie pośladowce

Przegląd badań dotyczących związku indukowania porodu z odsetkiem cięć cesarskich (Childbirth Instructor Magazine, Goer H 2002)

cji powstaje, gdy na skutek jednej interwencji pojawia się problem, który następnie jest „rozwiązywany” przy pomocy kolejnej.

Np. indukcja porodu powoduje dużo silniejszych skurcze, które mogą wpływać niekorzystnie na stan płodu. Zaleca się więc stałe monitorowanie tętna płodu. Unieruchomienie rodzącej może spowodować jeszcze większe zaburzenia w tętnie, może też pojawić się konieczność zakończenia porodu zabiegowo lub operacyjnie. To jeden z możliwych scenariuszy, poniższy diagram wskazuje też na inne.

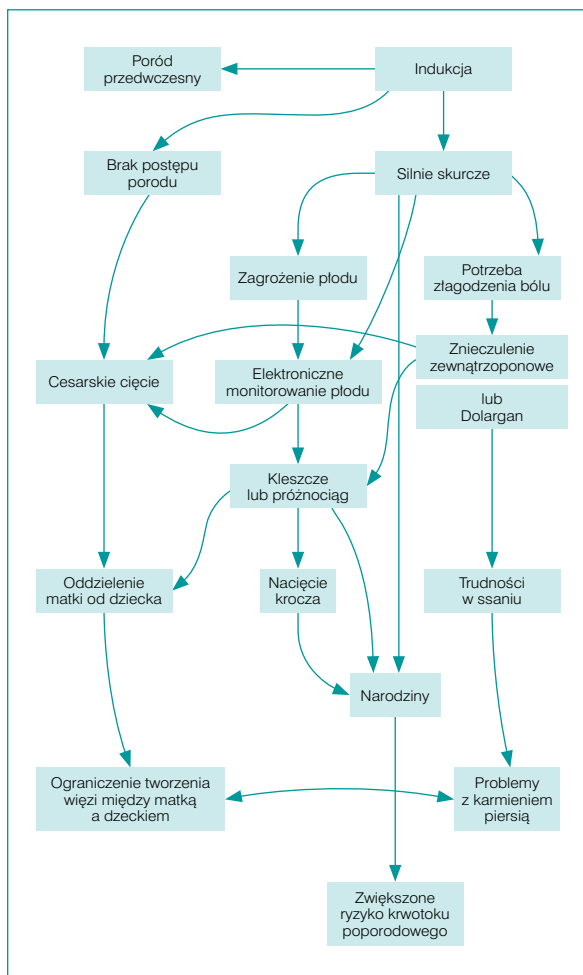


Diagram 1. Kaskada interwencji ([www.acegraphics.com.au/parents/obstetric/diagram.html](http://www.acegraphics.com.au/parents/obstetric/diagram.html))

W australijskim badaniu analizowano odsetek interwencji u pacjentek korzystających z prywatnej i publicznej służby zdrowia. Badanie przeprowadzono wśród grupy kobiet w ciąży niskiego ryzyka (wiek 20-34 lata, pojedyncze porody w ułożeniu główkowym, masa płodu 10-90 centyli). W badaniu wykazano „efekt kaskady” – w grupie kobiet, w której zastosowane zostały łącznie indukcja i znieczulenie zewnątrzoponowe lub samo znieczulenie, zwiększył się odsetek porodów zabiegowych i cesarskiego cięcia w porównaniu z grupą kobiet, u których interwencji tych nie zastosowano (Tabela 6).

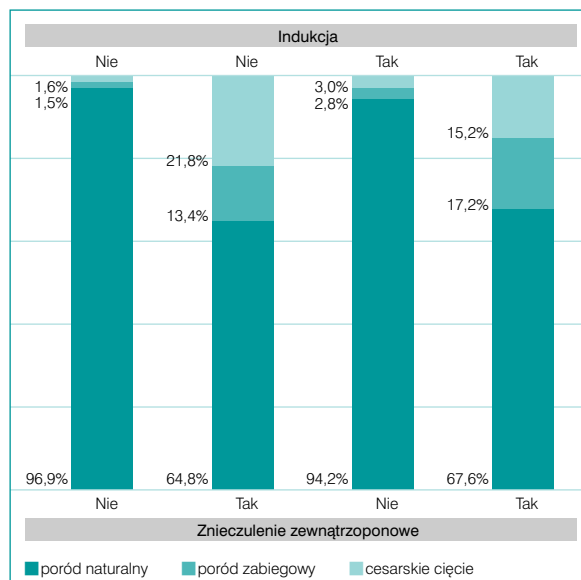


Tabela 6. Dane dla wszystkich badanych kobiet (korzystających z prywatnej i publicznej służby zdrowia, n=35 825), (Roberts C et al. 2000)

### ► Nacięcie krocza

Najbardziej rutynową interwencją w polskich porodówkach jest nacięcie krocza. Mimo wielu doniesień o poważnych konsekwencjach, jakie ma ten zabieg, odsetek nacięć krocza pozostaje na tym samym poziomie i od lat powtarzane są kolejnym pokoleniom kobiet argumenty niepotwierdzone w badaniach naukowych, a dotyczące konieczności jego wykonania. Są nimi:

- zapobieganie rozległym, samoistnym pęknięciom (III lub IV stopnia),
- zapobieganie długotrwałym urazom krocza,
- zapobieganie obniżaniu się narządów rodnych,
- ochrona dziecka przed niedotlenieniem wynikającym z przedłużającego się II okresu porodu,
- łatwiejsze gojenie się rany.

Analiza 350 doniesień i prac naukowych prowadzonych w latach 1960-1983 na temat epizjotomii nie przyniosła żadnego przekonującego dowodu na to, że nacięcie krocza chroni przed wymienionymi powyżej powikłaniami (Hacker SB, Banta HD 1983).

Nacięcie krocza nie zapobiega dalszym obrażeniom, ale zwiększa ich ryzyko. W badaniu przeprowadzonym na próbie 21 278 kobiet stwierdzono, że mniej było pęknięć III stopnia w grupie kobiet, które nie miały naciętego krocza (0,9%), niż w grupie, w której przeprowadzono epizjotomię (1,4%) (Buekens P et al. 1985). Także na podstawie pięciu prospektywnych, randomizowanych i kontrolowanych prac badawczych stwierdzono, że epizjotomia nie zapobiega poważnym pęknięciom krocza (Sleep J, Grant A 1987; Harrison et al. 1984, Stewart et al. 1983, Flint C, Puolengeris P 1987, Klein MC et al. 1992).

W 1987 r. Thorp porównał grupę 113 kobiet, w której ograniczono stosowanie nacięcia krocza (14%) z grupą 265 kobiet, w której użycie nacięcia krocza było bardziej dowolne (63%). obrażenia III i IV stopnia wystąpiły w pierwszej grupie w 1,6% przypadków, w drugiej grupie w 13,2%. Wszystkie pęknięcia III i IV stopnia poprzedzone były nacięciem krocza. W porównaniu z grupą o ograniczonym stosowaniu nacięcia, w grupie dowolnego stosowania częściej wystąpiły głębsze obrażenia krocza, zarówno u pierworódek (1,6% do 22,1%), jak i wieloródek (1,8% do 5,6%). W grupie z ograniczonym stosowaniem nacięcia pierworódki częściej miały pęknięcia I stopnia, jednak wszystkie uszkodzenia u kobiet bez nacięcia były łatwe do opatrzenia (Thorp JM 1987).

Przeprowadzone badania wskazywały też na niekorzystne następstwa nacięcia krocza: większy ból po porodzie (Klein MC et al. 1992), wzrost prawdopodobieństwa krwotoku z nacięcia – o 450% w przypadku nacięcia bocznego i o 33% w przypadku nacięcia podłużnego (Combs CA 1991). Dodatkowych dowodów dostarcza badanie, w którym przez 14 dni połogu porównywano stan zdrowia kobiet – 181, które miały nacinane krocze i 186 bez nacięcia. 2% z grupy drugiej miało pęknięcie III stopnia i 0% IV stopnia, natomiast z pierwszej grupy 15% kobiet miało uszkodzenie III lub IV stopnia. Pęknięcia te w grupie drugiej goiły się bez powikłań, natomiast 18,5% kobiet z grupy pierwszej przechodziło infekcje i przedłużający się proces gojenia (McGuinness M et al. 1991). Trzy niezależne badania amerykańskie stwierdzają nawet możliwość zgonu, w wyniku wykonanej wcześniej epizjotomii (za: Wagner M 1994).

Jednym z najczęściej przytaczanych argumentów na rzecz rutynowego nacięcia krocza jest zapobieganie niedotlenieniu dziecka i uszkodzeniom mózgu. Jak pisze Henci Goer, amerykańska badaczka – „krocze kobiety to miękka, elastyczna tkanka, a nie beton” (Goer H 1995). Jak pokazały badania, nacięcie krocza nie ma związku ze stanem neurologicznym nawet najdelikatniejszych, przedwcześnie urodzonych dzieci z niską wagą, a co dopiero zdrowych dzieci urodzonych o czasie (Goer H 1995). Zbadano 439 spontanicznych, główkowych, pojedynczych porodów dzieci ważących mniej niż 2500 g. Wykluczono wcześniejsze komplikacje w czasie ciąży. Pierworódki i wieloródki analizowano osobno. Śmiertelność noworodkowa w porodach z nacięciem krocza w porównaniu z porodami bez nacięcia była podobna, jak również u pierworódek i wieloródek. Również nie odnotowano różnic w punktacji Apgar po 5 minutach. Badacze stwierdzili, że aby spełnić postulat

zmniejszenia nacisku tkanek na główkę dziecka, nacięcie należałoby wykonać zanim główka zaczyna rozciągać krocze (The TG 1990).

W innym badaniu porównano rezultaty 24 439 pojedynczych, główkowych porodów w latach od 1980 do 1984. W tym czasie, na skutek wprowadzenia zaleceń ograniczenia liczby nacięć krocza, odsetek epizjotomii zmniejszył się z 72,6% do 44,9 % u pierworódek oraz z 36,8% do 15,4% u wieloródek. Zmniejszenie odsetka nacięć krocza nie miało wpływu na stan dzieci po porodzie (Reynolds JL, Yudkin PL 1987).

„Nacięcie krocza powinno być stosowane jedynie wtedy, gdy zagrożone jest życie matki lub dziecka lub dla osiągnięcia postępu porodu w przypadku, kiedy jego brak jest spowodowany stanem krocza” (Enkin M et al. 2000).

Ponieważ nacinanie krocza jest tak powszechne, jego ochrona, jeszcze do niedawna praktykowana przez położne, przestała być stosowana. Od pewnego czasu słychać coraz częstsze głosy kobiet, świadomych konsekwencji tego zabiegu i dopominających się zaprzestania rutynowego nacinania krocza. Problem ten jest żywo dyskutowany przede wszystkim na forach internetowych. Istnieje też grupa lekarzy i położnych, którzy starają się ograniczać wykonywanie tego zabiegu, widząc w tym jatrogenne uszkodzenie ciała rodzącej kobiety. Być może zmiana stosunku personelu do tego zabiegu szybciej zostanie wymuszona przez kobiety – klientki szpitali położniczych niż wprowadzone zostaną ogólnopolskie standardy, bazujące na dowodach naukowych.

## ► Cięcia cesarskie

W 1985 r. Światowa Organizacja Zdrowia uznała, że optymalny dla ratowania życia i zdrowia matek i dzieci odsetek cięć cesarskich to 10-15%. Słuszność tej rekomendacji została potwierdzona w badaniu przeprowadzonym w 2004 r. Stwierdzono w nim, że w krajach gdzie odsetek cesarskich cięć jest niższy niż 10% i w krajach, gdzie przekracza tę liczbę, notuje się wyższy odsetek zgonów matek (Wagner M 2006).

Jednym z głównych argumentów, mających przemówić za zasadnością wzrostu odsetek cesarskich cięć jest zmniejszenie śmiertelności okołoporodowej. Jednak wiele światowych badań nie potwierdziło takiej zależności (Notzon F 1990). „W żadnym badaniu nie udało się udowodnić korelacji między odsetkiem umieralności okołoporodowej a liczbą cięć cesarskich” (Lomas J, Enkin M 1989).

Cesarskie cięcie powinno być traktowane jako operacja ratująca życie i zdrowie matki lub dziecka w przypadkach, gdy inne sposoby ukończenia porodu nie są możliwe. Coraz częściej jednak decyzja o przeprowadzeniu cesarskiego cięcia zależy od pozamedycznych czynników, takich jak: osobiste przekonania lekarza, status socjoekonomiczny pacjentki, wygoda, presja środowiska, obawa przed zaskarżeniem do sądu i korzyści finansowe (Goer H 1995). Rozszerza się też lista pozapolożniczych wskazań do cesarskiego cięcia (Gizler R et al. 2002 za: Kamińska J et al. 2005).

Cesarskie cięcie promowane bywa przez część lekarzy i media jako „wolny wybór kobiety”. Można dokonać wyboru, gdy dysponujemy wyczerpującymi informacjami co do jego przedmiotu, dzięki czemu jest on świadomy i możemy rozważyć wszystkie za i przeciw. W przypadku cesarskiego cięcia, kobiety rzadko dysponują pełną wiedzą na temat jego skutków ubocznych, natomiast przeceniają jego korzyści.

Analiza 5 762 037 porodów z lat 1998-2001, przeprowadzona w Stanach Zjednoczonych jest, jak twierdzą autorzy, pierwszą, w której zbadany został stopień ryzyka, jakie niesie za sobą cesarskie cięcie wśród kobiet, u których nie było medycznych wskazań do przeprowadzenia tej operacji. Stwierdzono, że umieralność okołoporodowa w grupie kobiet, które urodziły poprzez cesarskie cięcie jest prawie trzykrotnie większa niż w przypadku porodu drogami natury (1,77/1000 vs 0,62/1000). Autorzy konkludują: „Być może informacja płynąca z tego badania skłoni środowisko ginekologów-położników do dyskusji nad za i przeciw oferowaniu kobietom cesarki na życzenie i skłoni do przeprowadzenia badań, które pozwolą zrozumieć, jaka jest przyczyna tego podwyższonego ryzyka” (MacDorman MF et al. 2006).

Coraz częściej uwagę badaczy zwracają długofalowe skutki cesarskiego cięcia, które w poważny sposób mogą obniżyć jakość życia kobiet: wtórna niepłodność, dwukrotnie większe ryzyko poronień w kolejnych ciążach, cesarskie cięcie przy następnym dziecku, zwiększone ryzyko odklejenia łożyska oraz ciąży pozamacicznej (Wagner M 2006). Zaobserwowano również niekorzystne skutki psychologiczne: stwierdzono zależność między porodem operacyjnym, a depresją poporodową (Garel M et al. 1987). Zmniejsza się też prawdopodobieństwo udanego karmienia piersią.

Powstaje zatem pytanie: czy etyczne jest promowanie „wyboru kobiety” w kontekście operacji obciążonej tak dużym ryzykiem? Inną interesującą

kwestią jest dlaczego upomina się o prawo kobiet do wyboru cesarskiego cięcia jako sposobu narodzin dziecka przy jednoczesnym ignorowaniu ich prawa wyboru w innych kwestiach np. pozycji, w jakiej chcą rodzić, nacięcia krocza, obecności bliskiej osoby.

## ► Cięcia cesarskie w Polsce

Odsetek cesarskich cięć w Polsce systematycznie wzrasta. W okresie 12 lat (lata 1994-2005) odsetek ten wzrósł o 97%, przy czym w drugiej „sześciolatce” nastąpiło przyspieszenie wzrostu o 18% (Tabela 7).

Tabela 7.		
Lata	%	Wzrost o:
1994-2005	13,8-27,2	97%
1994-1999	13,8-18,2	31%
1999-2005	18,2-27,2	49%

Odsetek cesarskich cięć w Polsce, dane Instytutu Matki i Dziecka

Zwiększenie liczby cesarskich cięć w Polsce niesie ze sobą takie same niebezpieczeństwa, jakie obserwowane są w innych krajach. Jak pisze prof. M. Troszyński: „W ostatnich latach wzrasta liczba i odsetek kobiet, które zmarły po cięciu cesarskim. Jest to związane z odsetkiem cięć cesarskich – z roku na rok coraz wyższym” (Troszyński M 2006). To powinno skłonić do analizy przyczyn tak wysokiego odsetka cięć i podjęcia działań, mających na celu zahamowanie jego wzrostu, a w dalszej perspektywie – obniżenie tego odsetka.

„Zwraca uwagę stały wzrost cięć cesarskich prawie we wszystkich szpitalach niezależnie od ich wielkości” (Troszyński M 2006). Dane z akcji „Rodzić po ludzku” potwierdzają ten wniosek: odsetek cesarskich cięć w placówkach przyjmujących głównie porody fizjologiczne jest zbliżony do średniej krajowej (Tabela 8.), choć w myśl reguły trójstopniowej opieki perinatalnej powinien być znacząco niższy. „Wysoki odsetek cięć cesarskich w tej grupie szpitali wymagają szczegółowej analizy” (Troszyński M 2006).

Tabela 8.	
Stopień referencyjności	% cc
I	24,8%
II	24,9%
III	28,6%

Cięcia cesarskie wg poziomu referencyjności szpitala (dane z akcji „Rodzić po ludzku” 2006)

## ► Kliniki cesarskich cięć

Stosunkowo nowym zjawiskiem na polskim rynku medycznym są prywatne kliniki, oferujące kobietom poród przez cesarskie cięcie. Średnia cesarskich cięć w tych placówkach znacznie

przekracza średnią krajową – wynosi ok. 60%. Część owych klinik ma podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Należałoby się zastanowić, czy zasadne jest finansowanie z kieszeni obywateli droższych od porodu drogami natury cesarskich cięć, przeprowadzanych z powodów pozamedycznych. Drugą kwestią jest odpowiedzialność i etyka lekarska – aktywne promowanie cesarskich cięć, mimo że jest to operacja obciążona dużo większym ryzykiem niż poród drogami natury, przeczy podstawowej zasadzie o nieszkodzeniu pacjentowi. Warto w tym miejscu zacytować oświadczenie FIGO – Międzynarodowej Organizacji Ginekologów i Położników z 1999 roku: „Ponieważ nie istnieją niepodważalne dowody świadczące o korzyściach, wykonywanie cesarskiego cięcia z powodów pozamedycznych jest etycznie nieuzasadnione”.

### ► Ciągle elektroniczne monitorowanie płodu

Technologia ta została wprowadzona do praktyki klinicznej na szeroką skalę w latach 70. i 80. XX wieku. Tak jak wiele innych procedur, monitorowanie z początku było przeznaczone tylko dla wyselekcjonowanych przypadków, jednak szybko stało się rutynową procedurą, pomimo braku dowodów jej użyteczności.

Systematyczny przegląd klinicznych prac badawczych skłania do wniosku, że stałe, elektroniczne monitorowanie płodu zwiększa prawdopodobieństwo cesarskiego cięcia lub porodu zabiegowego (Cochrane Database 1996), jest niekorzystne dla kobiety przechodzącej normalny, fizjologiczny poród, bez widocznych korzyści w zakresie wyników neonatologicznych (Thacker SB et al. 1997).

Najczęstszym powodem, dla którego stosuje się tę technikę, jest zapobieżenie uszkodzeniom mózgu u dziecka w wyniku niedotlenienia. Badania przeprowadzone w Irlandii wykazały brak różnic w grupach noworodków, badanych w czasie porodu tą techniką, a tych, u których jej nie zastosowano. Noworodki oceniano w zakresie uzyskanej punktacji Apgar, wyników gazometrii, liczby transferów do oddziału intensywnej terapii, oceny stanu neurologicznego w dłuższym okresie czasu. Przydatność tej techniki stwierdzono natomiast w przypadku porodów indukowanych (MacDonald D et al. 1985). Inne badanie dotyczyło 2 grup dzieci w wieku 18 miesięcy, urodzonych jako wcześniaki. W grupie dzieci, u których zastosowano w czasie porodu ciągle elektroniczne monitorowanie stwierdzono 20% przypadków porażenia mózgowego wobec 8% w grupie dzieci, u których tętno było badane metodą osłuchiwania (Shy K et

al. 1990). W badaniach z 1984 r. stwierdzono, że odsetek zdiagnozowanego dziecięcego porażenia mózgowego nie zmienił się od 30 lat, co może wskazywać na bezużyteczność tej techniki w zapobieganiu uszkodzenia mózgu u dzieci (Paneth N, Kiely J 1984).

Elektroniczne monitorowanie płodu uniemożliwia poruszanie się kobiecie rodzącej i nie pozwala się skoncentrować na trudnych zadaniach porodu. Przymus leżenia ma wpływ na intensywność odczuwania bólu (Kennedy RG 1998).

Stale, elektroniczne monitorowanie płodu może być korzystne w wybranych przypadkach, gdy istnieje zagrożenie zdrowia dziecka i potrzebny jest stały nadzór. Nie ma jednak dowodów, by monitorowanie obniżało wskaźniki zachorowalności lub też umieralności okołoporodowej czy też umieralności noworodków (za: Wagner M 1994).

### ► Analgezja i anestezja

Środki znieczulające są obecnie coraz bardziej popularne zarówno wśród lekarzy, jak i kobiet. Jednak efekty uboczne, jakie ma stosowanie środków analgetycznych i anestetycznych, powinny skłaniać do ostrożnego ich używania.

„Zastanawiające jest, jak bardzo nasze społeczeństwo jest krytyczne wobec kobiet, które palą, piją alkohol czy używają narkotyków w ciąży, jednocześnie całkowicie akceptując fakt podawania im w trakcie porodu silnych narkotyków i kompletnie nie myśląc o wpływie, jaki mogą mieć na dziecko” (Beech BAL 2004).

### Petydyna

W Polsce najbardziej popularnym środkiem ze względu na dostępność i niski koszt jest petydyna – narkotyczny lek z rodziny opiatów (handlowa nazwa Dolargan). Dolargan jest silnym środkiem przeciwbólowym, działającym rozkurczowo, pochodnym morfiny. Jego działanie uśmierzające ból jest ograniczone i dodatkowo charakteryzuje się niepożądanymi skutkami ubocznymi. Z łatwością przechodzi przez barierę łożyskową, co może skutkować depresją oddechową u dziecka (Enkin M et al. 2000). Dzieci, których matkom podano środki narkotyczne, uzyskują mniej punktów w skali Apgar z powodu zwiotczenia mięśni, słabszych odruchów i zaburzeń oddychania lub jego braku. Takie dzieci wymagają resuscytacji lub innych inwazyjnych procedur. Zastosowanie środków analgetycznych utrudnia również rozpoczęcie karmienia piersią (za: Wagner M 1994).

Obserwacja 72 noworodków położonych matkom na brzuchu tuż po porodzie wykazała, że 72% dzieci z grupy matek, którym nie podano środków narkotycznych samodzielnie przebyło drogę do piersi i prawidłowo się do niej przyssało. To samo zadanie wykonało pomyślnie tylko 20% dzieci, których matkom podano środki znieczulające w trakcie porodu (Righard L, Alade MO 1990). Mimo, że petydyna zostaje wydalona z organizmu w ciągu dwóch, trzech dni, może mieć znaczący wpływ na karmienie piersią. Rajan wykazał, że poprzez karmienie piersią matka nieświadomie przekazuje dziecku drugą dawkę opiatów, ponieważ środek ten przedostaje się również do mleka matki, powodując senność u dziecka i trudności z przyssaniem się do piersi (Rajan L 1994).

Niewiele jest badań dotyczących długotrwałych efektów zastosowania petydyny (oraz innych środków narkotycznych) w czasie porodu. Jednak wyniki tych, które zostały przeprowadzone i opublikowane są alarmujące.

W Sztokholmie, w prestiżowym Karolinska Institute zespół badaczy pod kierunkiem dr Bertila Jacobsona badając czynniki, jakie mogły mieć wpływ na nagły wzrost samobójstw u młodych ludzi odkrył, że istnieje korelacja między traumą przeżytą przez dziecko w trakcie porodu, a sposobem popełnienia samobójstwa.

Dane do badania zostały zebrane na podstawie 412 sądowych opisów przypadków samobójców, osób uzależnionych od narkotyków i alkoholu urodzonych w Sztokholmie po 1940 r. a zmarłych w latach 1978-1984. Grupę kontrolną stanowiło 2901 osób. Badano procedury dotyczące łagodzenia bólu w porodzie w szpitalach, w których te osoby były urodzone. Odkryto korelację między traumą porodową a metodami, jakimi zostało popełnione samobójstwo. Matki tych, którzy zmarli z przedawkowania narkotyków dwa razy częściej niż te z grupy kontrolnej w czasie porodu miały podane opiaty i trzy razy częściej barbiturany.

Następnie zbadano przypadki w których opiaty lub barbiturany były podane w ciągu 10 godzin trwania porodu. Matki narkomanów miały podane dwa razy więcej opiatów i trzy razy więcej barbituranów w porównaniu z grupą kontrolną (Jacobson B et al. 1987).

W następnym roku ta sama grupa badaczy przeprowadziła kolejne badania, które miały dać odpowiedź na pytanie, czy środki farmakologiczne zastosowane w czasie porodu mogą mieć wpływ na późniejsze uzależnienie od amfetaminy? Zbadano dokumentację położniczą 200 narkomanów urodzonych w Sztokholmie i porównano z dokumentacją ich rodzeństwa. Pobrano również przypadkową próbę innych dzieci urodzonych mniej więcej w tym samym czasie i przeanalizowano ich dokumentację.

Ryzyko uzależnienia od narkotyków związane było z miejscem porodu. Na przykład 14% dzieci urodzonych w jednym szpitalu stanowiło 27% wszystkich uzależnionych. Szpitale, które używały więcej podtlenku azotu „produkowały” więcej narkomanów. Po analizie innych zmiennych autorzy odkryli, że urodzenie się w jednym ze szpitali w Sztokholmie powoduje wzrost ryzyka uzależnienia od amfetaminy 3,7 razy.

Kiedy porównano narkomanów z ich rodzeństwem okazało się że w przypadku narkomanów ich matki częściej i w dłuższych okresach czasu dostawały podtlenek azotu. Im dłuższe pozostawanie pod wpływem podtlenku azotu w łonie matki tym większe ryzyko późniejszego uzależnienia (Jacobson B et al. 1988).

W 1990 r. Jacobson wraz z zespołem opublikowali badania, dotyczące uzależnienia od opiatów. Dokumentacja medyczna osób uzależnionych porównana została z dokumentacją rodzeństwa. 25% matek, których dzieci w przyszłości uzależniły się od opiatów w czasie porodu dostały morfinę lub petydynę, barbiturany lub też oba środki jednocześnie w porównaniu z 16% w grupie kontrolnej. Miały również dłużej podawany podtlenek azotu (Jacobson B et al. 1990).

Wydaje się więc, że podanie tych środków stanowi czynnik ryzyka późniejszego uzależnienia zarówno od opiatów jak i amfetaminy, i rośnie wraz z liczbą podawanych środków.

Autorzy przypuszczają, że prawdopodobnie mechanizm „wdrukowania” (imprintingu)<sup>7</sup> może powodować to, że niektórzy młodzi ludzie uzależniają się, gdy tylko spróbują narkotyku, podczas gdy inni nie. Chłopcy są bardziej narażeni niż dziewczynki, gdyż testosteron najwyraźniej wzmacnia efekt „wdrukowania”.

<sup>7</sup> imprinting (biol.) – u wyższych kręgowców specjalny typ nabywania trwałych reakcji (schematów zachowania się) we wczesnym, b. krótkim okresie życia (Konrad Lorenz, 1935 r.). (Wł. Kopalinski: Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych, wydanie internetowe).

Autorzy konkludują: „Wierzymy, że ujawnione wyniki bez względu na niejasny mechanizm (powstawania uzależnienia – red.) sugerują, że metody stosowane w położnictwie powinny być krytycznie ocenione i w miarę możliwości zmodyfikowane aby nie narazić przyszłych pokoleń”.

### **Znieczulenie zewnątrzoponowe**

Ten rodzaj znieczulenia zyskał ogromną popularność ze względu na swoją skuteczność w likwidowaniu bólu porodowego. Znieczulenie zewnątrzoponowe promowane jest jako „całkowicie bezpieczne”, ale wyniki coraz liczniejszych badań podważają to twierdzenie.

„Mimo iż miliony kobiet skorzystało z tego rodzaju znieczulenia w ciągu ostatnich 20 lat, tylko 600 z nich wzięło udział w prawidłowo kontrolowanych porównaniach z innymi formami znieczulenia. Niestety, na wiele pytań dotyczących znieczuleń zewnątrzoponowych nie otrzymaliśmy dotąd satysfakcjonujących odpowiedzi” (Howell CJ Chalmers I 1992).

15 lat po wypowiedzeniu tej opinii świat dysponuje już dużo większą liczbą badań klinicznych na podstawie których można sądzić, że znieczulenie zewnątrzoponowe, mimo ciągłego doskonalenia ma tak wiele efektów ubocznych, iż warto zachować ostrożność w promowaniu tej metody.

Badania wskazują na wiele niekorzystnych skutków ubocznych skorelowanych z tą metodą: wydłużenie pierwszego i drugiego okresu porodu, zwiększenie użycia oksycyliny i większe prawdopodobieństwo nieprawidłowego ułożenia płodu i porodu zabiegowego. Metaanalizy wskazują na silną zależność między porodem zakończonym cesarskim cięciem a wcześniejszym zastosowaniem znieczulenia zewnątrzoponowego (Enkin M et al. 2000).

Jednym z bardziej znanych efektów ubocznych jest spadek ciśnienia krwi u rodzących. Aby temu zapobiec, podawane są dożylnie dodatkowe płyny. Hipotensja u matki może spowodować zmniejszenie ilości tlenu dla dziecka.

Spowolnienie porodu związane jest częściowo z działaniem znieczulenia na mięśnie dna miednicy odpowiedzialne za „kierowanie” główką dziecka, dzięki czemu może ona znaleźć się w kanale rodnym w prawidłowej pozycji. Znieczulenie zewnątrzoponowe dwukrotnie zwiększa szansę na cesarskie cięcie z powodu dystocji (Thorp JA, Meyer BA, Cohen GR et al. 1994).

Jeśli znieczulenie podawane jest dłużej niż 5 godzin, temperatura ciała rodzącej może wzrosnąć (Cammann WR, Hortvet LA, Hughes N, et al. 1991). To prowadzi do przyspieszenia tętna zarówno u matki, jak i dziecka. Tachykardia u dziecka, jak również podwyższona temperatura są interpretowane jako objaw stresu lub infekcji wewnątrzmacicznej. To może skłonić personel do interwencji takich jak cesarskie cięcie, lub co najmniej narazić dziecko na dodatkowe badania po porodzie, antybiotykoterapię, a także oddzielenie dziecka od matki (Kennell J, Klaus M, McGrath S et al. 1991).

Tylko niewielka liczba badań koncentruje się na skutkach znieczulenia zewnątrzoponowego u dzieci (Howell CJ, Chalmers I 1992). Narkotyki użyte w znieczuleniu mogą osiągnąć taki sam poziom we krwi dziecka jak u matki (Fernando R, Bonelio E et al. 1995), a ponieważ wątroba noworodka jest niedojrzała, mija długi czas, czasami są to tygodnie, zanim ciało dziecka będzie z nich uwolnione (Caldwell J, Wakile LA, Notarianni LJ et al. 1978). Mimo że badania nie są zgodne, możliwe problemy, takie jak przyspieszony oddech w pierwszych godzinach (Bratteby LE, Andersson L, Swanstrom S 1979) i podatność na hipoglikemię (Swanstrom S, Bratteby LE 1981) sugerują, że środki narkotyczne zawarte w znieczuleniu mogą mieć mierzalny wpływ na dziecko. Istnieją również przypuszczenia, że dzieci po porodzie w znieczuleniu zewnątrzoponowym mogą mieć problemy ze ssaniem piersi (Smith A 1997; Walker M 1997), co wydaje się konsekwencją działania środków zawartych w znieczuleniu, albo może być związane z bardziej subtelnymi czynnikami. Badania sugerują, że znieczulenie interferuje z wydzielaniem oksycyliny (Goodfellow CF, Hull MGR, Saab DF et al. 1983), która powoduje wpływ mleka, ale jest również odpowiedzialna za początki więzi między matką a dzieckiem (Insel TR, Shapiro LE 1992). Inne badania pokazują, że matki, które rodziły w znieczuleniu, spędzają mniej czasu z noworodkiem (Seposki C, Lester B, Ostenheimer GW, Brazelton TB 1992), i opisują swoje dzieci w miesiącu od porodu jako trudne w opiece (Murray AD, Dolby RM, Nation RL, Thomas DB 1981).

W ostatnich latach zmieniono technikę tak, by zmniejszyć uboczne skutki znieczulenia zewnątrzoponowego (precyzyjniejsze określenie czasu podawania, mniejsza dawka leku i używanie znieczulenia podpajęczynówkowo-zewnątrzoponowego CSE (combined spinal-epidural)). Mimo silnego przekonania, że zmiany te rozwiążą wiele wcześniejszych problemów, systematyczny przegląd badań wykazał, że kluczowe zmiany nie wywołały oczekiwanego efektu lub nie ma wystar-

czających badań, które by udowodniły, iż je wywołały (Liebermann E, O'Donogue C 2002, praca przeglądowa).

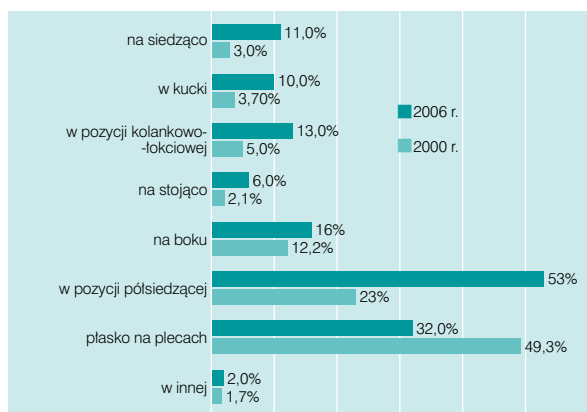
## ► Amniotomia

Amniotomia, czyli przebicie pęcherza płodowego, jest uznana za metodę przyspieszenia porodu. Potwierdza to wiele badań (Schwarcz R 1975, Laros et al. 1972, Guerrese et al. 1981). Stwierdzono, że zabieg ten skraca poród przeciętnie o jedną godzinę. Badacze podkreślają jednak również jego skutki uboczne: większe ryzyko infekcji i niedotlenienie płodu wywołane zamknięciem pępowiny (Schwarcz et al. 1973). Powikłaniem po wykonaniu amniotomii jest również wypadnięcie pępowiny.

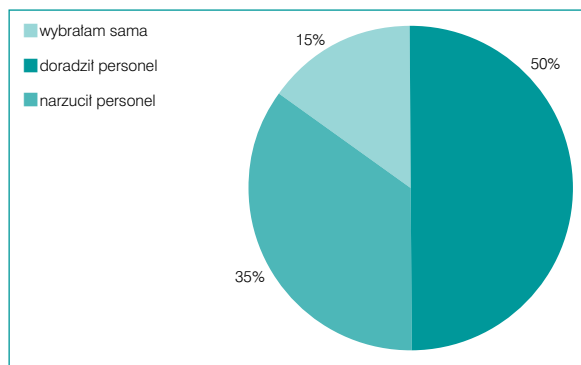
## ► Pozycja w II okresie porodu

„Podczas porodu kobiety nie powinny być układane w pozycji na wznak. Powinny być zachęcane do chodzenia w okresie rozwierania oraz swobodnie decydować, jaką pozycję przyjąć w czasie wyłaniania się części rodzącej” (WHO 1985).

W większości kultur i w krajach zachodnich aż do XVIII wieku kobiety rodziły w pozycji kucznej, na kolanach lub na stojąco. Jest to łatwiejsze, gdyż akcją porodową wspomaga wówczas siła grawitacji, nie potrzeba intensywnego parcia, miednica kobiety ma największy wymiar, kość ogonowa (znajdująca się u podstawy kręgosłupa) może się swobodnie odchyłać dając więcej miejsca przesuwającemu się dziecku, kobieta może lepiej rozluźnić mięśnie miednicy, zaś główka dziecka wywiera większy nacisk na tkanki krocza i skuteczniej otwiera przejście przez pochwę. Praca przeglądowa z Cochrane Database (Gupta JK, Nikodem VC 2000) i inne badania wykazały, że kobiety rodzące w pozycji pionowej mają krótsze i mniej bolesne porody, mniej pęknięć i nacięć krocza (De Jong PR et al. 1997; National



Wykres 1. Pozycja w II okresie porodu – porównanie lat

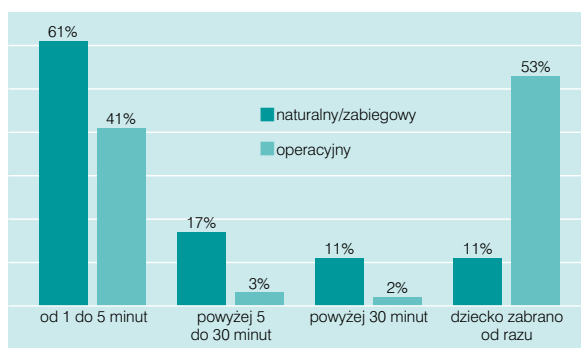


Wykres 2. Wybór pozycji do porodu (n=19358 respondentek akcji „Rodzić po ludzku” 2006)

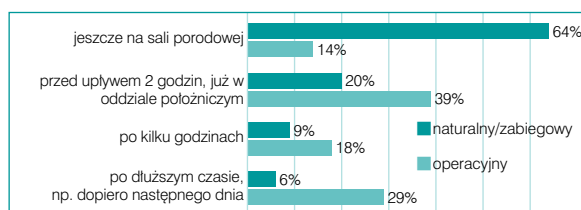
Childbirth Trust 1993, Roberts J, Woolley D 1996). Jedno z badań wykazało, że ruch skraca pierwszy okres porodu o kilka godzin, zaś siła skurczów jest zależna od pozycji rodzącej, a ich efektywność jest niemal podwojona przy pozycji pionowej (Mendez-Bauer et al. 1976). Zaobserwowano także mniej częste zaburzenia w rytmie serca płodu wśród kobiet rodzących w pozycjach wertykalnych. Jest to związane z mniejszym niż w pozycji na wznak naciskiem na naczynia krwionośne (Enkin M et al. 2000).

## ► Pierwszy kontakt matki z dzieckiem

Przez ostatnie dziesięciolecia rutynową procedurą było oddzielanie dzieci od matek zaraz po porodzie oraz limitowanie i kontrolowanie dalszego kontaktu między nimi. Inicjatywa Światowej Organizacja Zdrowia i UNICEF „Szpital Przyjazny Dziecku” miała za zadanie wprowadzić do szpitali prawidłowe praktyki dotyczące żywienia dzieci i opieki nad matką.



Wykres 3. Długość kontaktu z dzieckiem bezpośrednio po porodzie (n=25519 respondentek akcji „Rodzić po ludzku” 2006)



Wykres 4. Po jakim czasie od oględzin lekarskich, zważenia i zmierzania dziecka mogła je Pani mieć przy sobie? (n=25787 respondentek akcji „Rodzić po ludzku” 2006)

Zalecenie Światowej Organizacji Zdrowia w odniesieniu do praktyk wobec matki i dziecka tuż po porodzie brzmi: „Matki i dzieci powinny przebywać w kontakcie ciało do ciała zaraz po porodzie lub w ciągu 5 minut po nim i kontakt ten trwać powinien przynajmniej jedną godzinę, chyba, że istnieją medyczne powody do opóźnienia tego kontaktu”.

Niezakłócony kontakt matki z dzieckiem tuż po porodzie pomaga w zawiązaniu więzi między nimi i zwiększa prawdopodobieństwo udanego karmienia piersią. Wiele badań potwierdziło, że matki powinny mieć kontakt z dziećmi tak szybko po

porodzie, jak sobie tego życzą i tak długo jak chcą. Personel powinien unikać interwencji, mających na celu przyspieszenie lub opóźnienie pierwszego karmienia (Enkin M et al. 2000).

Rola personelu medycznego w propagowaniu i zachęcaniu matek do karmienia piersią jest kluczowa – zarówno w okresie ciąży, jak i zaraz po porodzie oraz w czasie, gdy matka przebywa z dzieckiem na oddziale. Najbardziej efektywna w podtrzymaniu karmienia piersią jest stała pomoc wykwalifikowanego personelu (Enkin M et al. 2000).

## 2.3. Poród normalny czy zmedykalizowany?

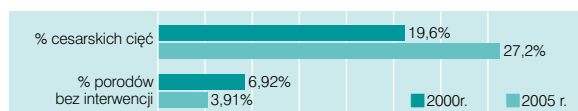
Tabela 9. ukazuje stosunek procentowy porodów, które odbyły się bez interwencji (czyli zgodnie z cytowaną wcześniej definicją Światowej Organizacji Zdrowia, można przyjąć były to porody normalne) do tych, w których zastosowano jedną lub więcej interwencji (nacięcie krocza, indukcję, znieczulenie zewnątrzoponowe lub Dolargan).

Jak widać, ponad 90% kobiet, które urodziły w latach 2004-2006 przeżyło co najmniej jedną ingerencję w trakcie porodu, który w medycznej dokumentacji określany jest jako „poród siłami natury”. Poród bez ingerencji stał się w Polsce zjawiskiem marginalnym, prawie siedmiokrotnie rzadziej występującym niż poród przez cesarskie cięcie (Wykres 5.). Ta różnica zwiększyła się

znacznie w porównaniu do 2000 r. kiedy liczba cesarskich cięć była tylko (!) trzykrotnie wyższa niż porodów bez interwencji.

Liczba interwencji	% porodów
0	3,91%
1	30,73%
2	42,28%
3	18,88%

Procent porodów ze względu na liczbę interwencji (za interwencję przyjęto: wywołanie lub przyspieszenie porodu, znieczulenie zewnątrzoponowe lub Dolargan, nacięcie krocza)

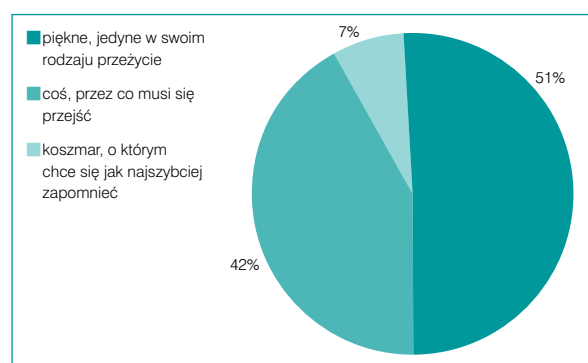


Wykres 5. Odsetek cięć cesarskich a odsetek porodów bez interwencji w 2000 r. i 2005 r.

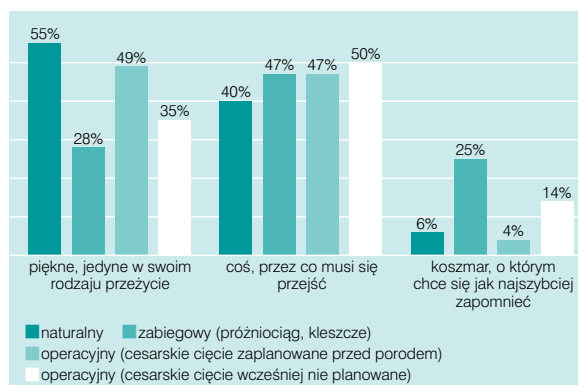
## 2.4. Satysfakcja z porodu

W ankiecie pytaliśmy respondentki akcji o subiektywną ocenę porodu (Wykres 6. ). Okazało się, że ocena porodu zależna była od sposobu, w jaki kobiety rodziły. W grupie kobiet rodzących drogami natury ocena porodu jako „piękne prze-

życie” plasuje się powyżej średniej, najniższa jest natomiast w grupie kobiet, które przeszły poród zabiegowy. W tej samej grupie najwyższy jest odsetek kobiet, które oceniły poród jako koszmar (Wykres 7.).



Wykres 6. Subiektywna ocena porodu, respondentki akcji „Rodzić po ludzku” 2006 ogółem (n=25797)



Wykres 7. Subiektywna ocena porodu w zależności od rodzaju porodu

Tabela 10.					
Ocena porodu	Średnia dla wszystkich respondentek	Porody naturalne bez żadnej interwencji	Liczba interwencji (poród drogami natury)		
			jedna	dwie	trzy
piękne przeżycie	51%	66%	58%	52%	51%
coś przez co musi się przejść	42%	32%	38%	41%	42%
koszmar, o którym chce się jak najszybciej zapomnieć	7%	2%	4%	7%	7%

Wpływ liczby interwencji w czasie porodu na ocenę porodu (za interwencją przyjęto: nacięcie krocza, wywołanie lub przyspieszenie porodu, znieczulenie zewnątrzoponowe lub Dolargan)

Ocena porodu zależy także od liczby interwencji, zastosowanych w trakcie porodu (Tabela 10.).

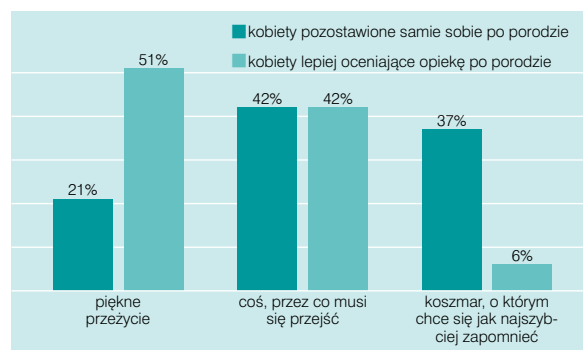
Największy odsetek kobiet dla których poród był „pięknym przeżyciem” zanotowano w grupie rodzących bez żadnej interwencji. Wraz ze wzrostem liczby interwencji maleje satysfakcja z porodu, a rośnie odsetek kobiet, które oceniły go jako koszmar. Wg popularnej wśród kobiet i lekarzy opinii, interwencją, która znacznie zwiększa satysfakcję z porodu jest znieczulenie zewnątrzoponowe. Wyniki akcji „Rodzić po ludzku” 2006 tego nie potwierdzają – respondentki rodzące ze znieczuleniem zewnątrzoponowym oceniają poród nieznacznie lepiej, niż wynosi średnia (poród jako piękne przeżycie – 54% vs 51%, a jako koszmar 6% vs 7%).

Jak było powiedziane w poprzednim rozdziale, wiele z interwencji jest stosowanych bez wyczerpującej informacji oraz świadomej zgody rodzącej, co prawdopodobnie negatywnie wpływa na poczucie podmiotowości i sprawczości kobiety. Stosowanie ich często potęguje ból, powoduje unieruchomienie rodzącej, oddzielenie jej od bliskich i uniemożliwia szybki, niezakłócony kontakt z dzieckiem. Tak więc można przypuszczać, że jednym z czynników, który spowodowałby wzrost satysfakcji z porodu jest zmniejszenie liczby rutynowych interwencji.

Z listu otrzymanego w ramach akcji „Rodzić po ludzku” 2006: „Mój poród odbył się szybko – 4 godziny od pierwszego skurczu. Sądzę, że nie byłoby takiego tempa, gdyby nie przyspieszenie akcji (masaż szyjki, przebicie pęcherza, nakłanianie do masowania piersi). Wszyscy gratulują mi takiego szybkiego porodu, a we mnie jest żal że przez te 4 godziny zadawano mi dodatkowy ból i przestraszono koniecznością pośpiechu, jakby działało się coś złego. Położna zażartowała, że dobrze byłoby gdybyśmy się wyrobiły przed końcem jej zmiany. Przed porodem, w szkole rodzenia, po porodzie byłam przekonana, że tak

trzeba, że musiałam być podłączona do KTG, że musiałam być nacięta. Dziś widzę, że manipulowano mną, by było wygodniej, szybciej, sprawniej. Że nie zawsze szybciej znaczy lepiej i mniej boleśniej. Wiem też, że druga położna nie powinna na mnie pokrzykiwać i odbierać mi wiary w to, że mogę sama urodzić swoje dziecko („Chyba masz strasznie słabe mięśnie brzucha, no co tak słabo przeszedz”). Z zazdrością słucham relacji z porodu, gdzie kobieta czuje się podmiotem a nie przedmiotem działań”.

Znaczący wpływ na ocenę porodu ma również pobyt na oddziale położniczym. Kobiety, które zostały pozostawione bez pomocy personelu w zakresie opieki i pielęgnacji dziecka, karmienia piersią i problemów z tym związanych, sześciokrotnie częściej oceniają poród jako koszmar niż kobiety, którym pomoc i wsparcie zostało udzielone (Wykres 8.).



Wykres 8. Ocena porodu w zależności od oceny opieki po porodzie

Jak napisała jedna z mam: „Te pierwsze dni po porodzie to jest niezwykle ważny moment, kiedy kobieta potrzebuje wzmoczonej opieki, poczucia bezpieczeństwa, bliskości swojego męża, a czasem i matki. Są to chwile pełne bólu fizycznego i niepewności. Chwile nieuniknionej śmierci dawnego ja i rodzenia się nowego ja-matka. I są to nadal chwile, w których kobieta zostaje pozostawiona sama sobie”.

## 2.5. Szpitale nagrodzone

13 nagrodzonych w tegorocznej akcji szpitale nie tylko najlepiej wypełniło kryteria akcji, ale również zdystansowało resztę placówek w pozostałych kategoriach – medykalizacji porodu, opiece nad kobietą po porodzie i satysfakcji kobiet z porodu (Tabela 11., 12., 13.).

	Szpitale nagrodzone	Polska
Piękne przeżycie	64%	51%
Coś, przez co musiałam przejść	33%	42%
Koszmar o którym chciałabym zapomnieć	3%	7%

Porównanie średniej satysfakcji z porodu w szpitalach nagrodzonych w akcji „Rodzić po ludzku” 2006 ze średnią Polski.

	Szpitale nagrodzone	Polska
Indukcja/przyspieszenie porodu – wszystkie metody	50%	62%
Kropiółka naskurczowa	39%	49%
Przebiecie pęcherza	18%	26%
Znieczulenie petydyna	9%	17%
Znieczulenie zewnątrzoponowe (w porodzie naturalnym)	6%	14%
KTG z wymogiem leżenia	20%	30%
Nacięcie krocza	66%	80%
Pozycja leżąca w II okresie porodu	23%	32%
Niezakłócony kontakt matki ze zdrowym dzieckiem zaraz po porodzie	24%	11%
Cesarskie cięcia (2005 r.)	20,5% (dane od ordynatorów)	27,2% (IMiD)

Porównanie średniej rutynowych interwencji w szpitalach nagrodzonych w akcji „Rodzić po ludzku” 2006 ze średnią Polski (dane z ankiety kobiet za wyjątkiem cesarskich cięć)

* nie brano pod uwagę kobiet, które odpowiedziały „nie, ale dobrze radziłam sobie sama”	Kobiety po porodzie „drogami natury”			Kobiety po cesarskim cięciu		
	Rodzące w nagrodzonych oddziałach	Rodzące w szpitalach z tytułem „Szpital Przyjazny Dziecku”	Respondentki akcji „Rodzić po ludzku” ogółem	Rodzące w nagrodzonych oddziałach	Rodzące w szpitalach z tytułem „Szpital Przyjazny Dziecku”	Respondentki akcji „Rodzić po ludzku” ogółem
<b>Jak długo trwał Pani kontakt z dzieckiem bezpośrednio po porodzie (przed oględzinami i badaniem dziecka)?</b>						
1 do 5 minut	41%	52%	61%	53%	38%	41%
powyżej 5 do 30 minut	28%	22%	17%	14%	5%	3%
powyżej 30 minut	28%	16%	11%	8%	4%	2%
dziecko zabrano od razu	3%	10%	11%	25%	52%	53%
<b>Po jakim czasie od oględzin lekarskich, zważenia i zmierzenia dziecka mogła je Pani mieć przy sobie?</b>						
jeszcze na sali porodowej	85%	76%	64%	31%	20%	14%
nie później niż po około 2 godzinach, już w oddziale położniczym	11%	16%	20%	54%	50%	39%
po kilku godzinach	2%	4%	9%	9%	16%	18%
po dłuższym czasie, np. dopiero następnego dnia	2%	3%	6%	7%	14%	29%
<b>Czy personel oddziału położniczego uczył Panią, jak naturalnie karmić dziecko?*</b>						
tak i robił to z własnej inicjatywy	91%	81%	68%	94%	78%	65%
tak, ale musiałam się tego domagać	8%	14%	22%	5%	15%	22%
nie, byłam zdana na samą siebie	1%	4%	11%	1%	7%	13%

Porównanie średniej kontaktu z dzieckiem po porodzie i opieki na oddziale położniczym w szpitalach nagrodzonych w akcji „Rodzić po ludzku” 2006, szpitalach z tytułem „Przyjazny Dziecku” i średnią Polski

## 3. Podsumowanie

W świetle powyższych danych wydaje się, że medykalizacja porodu fizjologicznego, obok śmiertelności okołoporodowej i porodów przedwczesnych stała się istotnym problemem polskiego położnictwa. Medykalizacji sprzyjają:

- ▶ Brak standardów postępowania dla porodu fizjologicznego bazujących na medycynie opartej na dowodach, oraz brak sprawnie działającego systemu gromadzenia ilościowych i jakościowych danych o opiece okołoporodowej;
- ▶ Nakładające się kompetencje lekarzy i położnych sprawujących opiekę nad kobietą w okresie okołoporodowym. Przykład wielu krajów dowodzi

iż przerwanie ciągłości opieki i oddanie w ręce lekarzy opieki nad kobietą, której ciąża i poród są zdiagnozowane jako „niskiego ryzyka”, skutkuje zwiększoną liczbą porodów zmedykalizowanych i wyższym odsetkiem cięć cesarskich. W Polsce zaawansowany jest proces zawężania roli położnej do pomocniczej w stosunku do lekarza, wbrew ustawie o zawodzie położnej oraz dyrektywach UE, gwarantujących tej grupie zawodowej samodzielność i niezależność. Same położne w coraz mniejszym stopniu identyfikują się z rolą i powołaniem położnej jako osoby wspierającej naturalne procesy, np. nie rozwijają umiejętności pozwa-

lających na wspieranie porodu normalnego bez sięgania po technologię medyczną. Taka postawa wzmocniana jest przez system nauczania: np. praktyki przyszłych położnych odbywają się z reguły w szpitalach klinicznych;

► Sposób finansowania świadczeń medycznych nie powiązany ze standardami ich stosowania i kontrolą ich częstotliwości. Narodowy Fundusz Zdrowia wycenia poród bez uwzględnienia faktu, że w jego trakcie nadużywane są środki farmakologiczne i stosowane zabiegi, które pociągają za sobą konieczność leczenia ich następstw oraz ponoszenia zwiększonych wydatków.

► Odejście od zasad sformułowanych w programie „Trójstopniowej opieki perinatalnej” powoduje nieadekwatne użycie sprzętu, technologii medycznej i pracy specjalistów, dedykowanych dla powikłanych przypadków, a także wzrost medykacji na najniższym poziomie referencyjności.

Przyczyny medykacji tkwią również w społecznym postrzeganiu porodu jako wydarzenia niebezpiecznego, które powinno odbyć się pod kontrolą medyczną. Często same kobiety domagają się interwencji sądząc, że są one konieczne i nie mając zaufania do możliwości własnego ciała i fizjologii – taki obraz wyłania się z analizy listów nadesłanych przez respondentki akcji „Rodzić po ludzku” 2006.

Kolejnym obszarem, wymagającym zmian, jest cała sfera interakcji między personelem medycznym a pacjentem. Prawa pacjenta wciąż postrzegane są jako dodatek do właściwej opieki medycznej, a nie nieodłączny jej element. Nierespektowanie prawa kobiety do informacji i do świadomej, swobodnej zgody na interwencje medyczne, częste naruszenia prawa do intymności i poszanowania godności, pobieranie opłat za tzw. usługi ponadstandardowe wzmocnia podrzędną rolę pacjentki

wobec instytucji szpitala oraz osób w niej pracujących. Gwarantowane przez Konstytucję RP i liczne ustawy prawo pacjenta do samostanowienia nie znajduje odzwierciedlenia w procedurach ani sposobach zachowania wobec kobiet rodzących i ich dzieci stosowanych w większości placówek.

Model opieki nad kobietą i dzieckiem charakteryzujący się niskim stopniem medykacji, wysokim stopniem przestrzegania praw pacjenta oraz dużą satysfakcją kobiet został wypracowany przez placówki nagrodzone w akcji „Rodzić po ludzku” 2006. Model tej opieki można nazwać „Przyjaznym dla kobiet i dzieci”. Wieloaspektowa analiza pracy tych oddziałów dokonana przez Ministerstwo Zdrowia mogłaby posłużyć określeniu decydujących czynników i składowych takiego modelu opieki, a następnie opracowaniu wytycznych dla innych oddziałów. Taki projekt został przeprowadzony w Kanadzie z inicjatywy Ministra Zdrowia. Zanalizowano dzięki niemu szpitale o niskim odsetku cesarskich cięć i wyodrębniono 12 kluczowych wskaźników, do których zaliczono między innymi: współdziałanie w grupie, silne przywództwo, zindywidualizowaną, wspierającą opiekę w czasie w porodu, współpracę interdyscyplinarną, odwoływanie się do medycyny opartej na dowodach, odpowiednie finansowanie (Ontario Women's Health Council 2002).

Przedstawione w niniejszym raporcie dane pokazują, iż konieczne jest wprowadzenie zmian na wielu poziomach, poprzedzone odpowiedzią na pytanie, czym ma być opieka okołoporodowa w Polsce, jakie potrzeby ma zaspokajać i jakie mają być jej efekty. Potrzebna jest rzetelna, interdyscyplinarna debata, w której możliwość wypowiedzenia się będą mieli specjaliści różnych dziedzin, a także przedstawiciele pacjentów.

## 4. Bibliografia

- ▶ Balicki M 1998, Prawa pacjenta – wybrane zagadnienia, Szkoła Praw Człowieka, Teksty wykładów, Zeszyt nr 5, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa
- ▶ Beech BAL 2004, Does medication administered to a woman in labour affect the unborn child?, Second International Conference of Midwives in Budapest, Hungary, [www.aims.org.uk](http://www.aims.org.uk)
- ▶ Boratyńska M, Konieczny P 2001, Prawa pacjenta, Difin, Warszawa
- ▶ Bratteby LE, Andersson L, Swanstrom S 1979, Effect of obstetrical regional analgesia on the change in respiratory frequency in the newborn, *Br J Anaesth*, 51: 41-45
- ▶ Bręborowicz G (red.) 2002, Położnictwo – podręcznik dla położnych i pielęgniarek, PZWL, Warszawa
- ▶ Buekens P et al. 1985, Episiotomy and third degree tears, *Br J Obstet Gynecol*, 92(8): 820-3
- ▶ Caldwell J, Wakile LA, Notarianni LJ et al. 1978, Maternal and neonatal disposition of pethidine in childbirth – a study using quantitative gas chromatography – mass spectrometry, *Lif Sci*, 22 589-96
- ▶ Camman WR, Hortvet LA, Hughes N, et al. 1991, Maternal temperature regulation during extradural analgesia for labour, *Br J Anaesth*, 67: 565-568
- ▶ Combs CA et al. 1991, Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth, *Obstet Gynecol*, 77(1): 69-76
- ▶ De Jong PR, Johanson RB, Baxen P et al. 1997, Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour, *Br J Obstet Gynaecol*, Vol. 104(5): 567-571
- ▶ Devoe LD and Sholl JS 1983, Postdates pregnancy. Assessment of fetal risk and obstetrics management, *J Reprod Med*, 28(9): 576-580
- ▶ Dublin S et al. 2000, Maternal and neonatal outcomes after induction of labor without an identified indication, *Am J Obstet Gynecol*, 183: 986-94
- ▶ Enkin M, Keirse M, Chalmers I 2000, A guide to effective care in pregnancy and childbirth, Oxford University Press, Oxford
- ▶ Evans M et al. 1984, Caesarean section: assessment of the convenience factor, *J Reprod Med*, Vol. 29(9): 670-676
- ▶ Fernando R, Bonelio E et al. 1995, Placental and maternal plasma concentrations of fentanyl and bupivacaine after ambulatory combined spinal epidural (CSE) analgesia during labor, *Int J Obstet Anaesth*, 4: 178-179
- ▶ Flint C, Poulengeris P 1987, The 'Know your midwife' Report, Heinemann, London
- ▶ Garel M et al. 1987, Psychological consequences of caesarean birth in primiparas, *J Psychosom Obstet Gynecol*, 6: 197-209
- ▶ Gilbert L, Porter W, Brown VA 1987, Postpartum haemorrhage – a continuing problem, *Br J Obstet Gynaecol*, Jan; 94(1): 67-71
- ▶ Gizler R et al. 2002, Czy za wzrost odsetka cesarskich cięć odpowiedzialni są położnicy? – próba krytycznej analizy wskazań do cięć cesarskich wykonanych w Szpitalu Specjalistycznym im. A. Falkiewicza we Wrocławiu w latach 1995-2000, *Gin Prakt*, 2(1): 48-51
- ▶ Goer H 1995, Obstetric myths versus research realities: a guide to the medical literature, Bergin&Garvey, Wesport, London
- ▶ Goer H 2002, Childbirth Instructor Magazine,
- ▶ Goodfellow CF, Hull MGR, Saab DF et al. 1983, Oxytocin deficiency at delivery with epidural analgesia, *Br J Obstet Gynaecol*, 90: 214-219
- ▶ Guerrese E, Gori G, Beccari A, Farro M, Mazzanti C 1981, Influence of spasmolytic treatment and amniotomy on delivery times: a factorial clinical trial, *Clin Therapy*, Vol. 3, pp. 382-388
- ▶ Gupta JK, Nikodem VC 2000, Woman's position during the second stage of labour (Cochrane Review), The Cochrane Library, Issue 2, Oxford
- ▶ Haberko J 2006, Prawne aspekty asysty przy porodzie ze szczególnym uwzględnieniem uczestnictwa męża matki i ojca dziecka, *Gin Prakt*, 88: 2: 28-33
- ▶ Harrison R et al. 1984, Is routine episiotomy necessary?, *Br Med J (Clin Res Ed)*, 288(6435): 1971-5
- ▶ Hemminki E, Lenck M, Saarikoski S, Henriksson L 1985, Ambulation versus oxytocin in protracted labour: a pilot study, *Euro J Obstet Gynecol Repr Biol*, Oct, 20(4): 199-208

- ▶ Herbs A, Wolner – Hanssen P, Ingemarsson I 1997, Risk factors for acidemia at birth, *Obstet Gynecol*, 90(1): 125-130
- ▶ Hourvitz A, Alcalay M, Korach J, Lusky A, Barkai G, Seidman DS 1996, A prospective study of high-versus low-dose oxytocin for induction of labor, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 75(7): 636-641
- ▶ Howell CJ, Chalmers I 1992, A review of prospectively controlled comparisons of epidural forms of pain relief during labor, *Int J Obstet Anaesth*, 1: 93-110
- ▶ Insel TR, Shapiro LE, Oxytocin receptors and maternal behavior, *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 652: 122-141
- ▶ Jacobson B et al. 1987, Perinatal origin of adult self-destructive behavior, *Acta Psychiat Scand*, 76: 364-371
- ▶ Jacobson B et al. 1990, Opiate addiction in adult offspring through possible imprinting after obstetric treatment, *Br Med J*, Vol 301, 1067-1070
- ▶ Jarvelin MR, Hartikainen – Sorri AL, Ranrakallio P 1993, Labor induction policy in hospitals of different level of specialization, *Br J Obstet Gynaecol*, 100(4): 310-315
- ▶ Kamińska J et al. 2005, Analiza wskazań do cięć cesarskich na podstawie danych zawartych w dokumentacji, *Gin Prakt*, 86(5): 18-23
- ▶ Karkowska D 2004, Prawa Pacjenta, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa
- ▶ Karkowska D 2006, Analiza uwarunkowań opieki okołoporodowej w Polsce, Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa
- ▶ Keirse M 1989, Augmentation of labour, [w:] *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, eds. Chalmers I, Enkin M, Keirse M, Oxford University Press, Oxford
- ▶ Keirse M, Chalmers I 1989, Methods for inducing labour, [w:] *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, eds. Chalmers I, Enkin M, Keirse M, Oxford University Press, Oxford
- ▶ Kennedy RG 1998, Electronic fetal monitoring: retrospective reflections on a twentieth century technology, *J of the Royal Society of Medicine*, 91, 244-250.
- ▶ Kennell J, Klaus M, McGrath S, et al. 1991, Continuous emotional support during labor in a US hospital: a randomized controlled trial, *JAMA*, 265: 2197-2201
- ▶ Klein MC et al. 1992, Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation?, *Current Clinical Trials*, Vol. 1, document 10
- ▶ Laros R Work BA, Witting WC 1972, Amniotomy during the active phase of labor, *Obstet Gynecol*, Vol. 39, pp. 702-704
- ▶ Lazor LZ, Philipson EH, Kobetitsch ES, Curry SL 1993, A randomised comparison of 15- and 40-minuten dosing protocols for labor augmentation and induction, *Obstet Gynecol*, 82: 1009-1012
- ▶ Leighton BL, Halpern SN 2002, The effects of epidural anesthesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: A systematic review, *Am J Obstet Gynecol*, 186: 69-77
- ▶ Lieberman E, O'Donoghue C 2002, Unintended effects of epidural anesthesia during labor: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 186: 31-68
- ▶ Lomas J, Enkin M 1989, Variations in operative delivery rates, [w]: Enkin M, Keirse M, Chalmers I 2000, *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*, Oxford University Press, Oxford
- ▶ MacDonald D, Grant A, Sheridan-Pereira M, Boylan P, Chalmers I 1985, The Dublin randomized controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring, *Am J Obstet Gynecol*, Jul 1, 152(5): 524-39
- ▶ MacDorman MF et al. 2006, Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with 'no indicated risk' United States, 1998-2001 birth cohorts, *Birth*, 33(3): 175-82
- ▶ Macer JA et al. 1992, Elective induction versus spontaneous labor: a retrospective study of complications and outcome, *Am J Obstet Gynecol*, 166(6 Pt 1): 1690-1697
- ▶ Macfarlane A 1978, Variations in number of birth and perinatal mortality by day of the week in England and Wales, *Br Medical Journal*, Vol. 2, pp. 11670-1673
- ▶ Macfarlane A 1984, Day of Birth, *Lancet*, 2(8404): 695
- ▶ Malmstrom H, Granstrom L, Ekman G 1995, Serial antenatal monitoring compared with labor induction in post term pregnancies, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 74: 599-603
- ▶ Mayberry LJ, Clemments D, De A 2002, Epidural analgesia side effects, co-interventions, and care of women during childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 186: 81-93
- ▶ McGuinness M, Norr K, Nacion K 1991, Comparison between different perineal outcomes on tissue healing, *J Nurse & Midwifery*, 36(3), pp. 192-198

- ▶ Mendez-Bauer C et al. 1976, Effects of different maternal positions during labour, 5th European Congress on Perinatal Medicine, Sweden
- ▶ Mueller PR, Stubbs TM, Laurent SL 1992, A prospective randomized clinical trial comparing two oxytocin induction protocols, *Am J Obstet Gynecol*, 167: 373-81
- ▶ Murray AD, Dolby RM, Nation RL, Thomas DB 1981, Effects of epidural anesthesia on newborns and their mothers, *Child Dev*, 82: 71-82
- ▶ National Childbirth Trust 1993, The perineum in childbirth: A survey conducted by the National Childbirth Trust, London.
- ▶ Notzon F 1990, International differences in the use of obstetric interventions, *J of Am Medical Assoc*, 263 (24): 3286-3291.
- ▶ Ontario Women's Health Council 2002, Caesarean Section Best Practices Project
- ▶ Paneth N, Kiely J 1984, The frequency of cerebral palsy: a review of population studies in industrialized nations since 1950, *The Epidemiology of Cerebral Palsies*, eds. F. Stamley, E. Alberman, *Clinics in Developmental Medicine*, 87, pp. 46-56
- ▶ Prysak M, Castronova FC 1998, Elective induction versus spontaneous labor: a case-control analysis of safety and efficacy, *Obstet Gynecol*, 92(1): 47-52
- ▶ Rajan L 1994, The impact of obstetric procedure and analgesia during labour and delivery on breast feeding, *Midwifery*, 10(2): 87-103
- ▶ Reynolds JL, Yudkin PL 1987, Changes in the management of labour: 2. Perineal management, *Can Med Assoc J*, 136(10): 1045-1049
- ▶ Righard L, Alade MO 1990, Effect of delivery room routines on success of first breastfeed, *Lancet*, 336: 1105-07
- ▶ Roberts C, Tracy S, Peat B 2000. Rates for obstetric intervention among private and public patients in Australia: population based descriptive study, *Br Med J*, 321: 137-41
- ▶ Roberts J, Woolley D 1996, A second look at the second stage of labor, *J Obstet, Gynaecol Neonat Nursing*, 25(5): p. 415-423.
- ▶ Satin AJ, Hankins GD, Yeomans ER 1991, A prospective study of two dosing regimens of oxytocin for the induction of labor in patients with unfavorable cervixes, *Am J Obstet Gynecol*, Oct;165(4 Pt 1): 980-4
- ▶ Schwarcz R 1975, La rotura precoz de la membranas ovulares y sus efectos sobre el parto el neonato Oficina, *Sanitaria panamericana*, 595, pp. 1-80
- ▶ Schwarcz R et al. 1973, Fetal heart rate patterns in labours with intact and with ruptured membranes, *J Per Med*, Vol. 1, pp. 153-156
- ▶ Seposki C, Lester B, Ostenheimer GW, Brazelton TB 1992, The effects of maternal epidural anesthesia on neonatal behavior during the first month, *Dev Med Child Neurol*, 34: 1072-1080
- ▶ Seyb ST et al. 1999, Risk of cesarian delivery with elective induction of labor at term in nulliparous women, *Obstet Gynecol*, 94(4): 600-7
- ▶ Shy K et al. 1990, Effects of electronic fetal heart rate monitoring, as compared with periodic auscultation, on the neurological development of premature infants, *N Eng J Med*, 1, 322(9): 624-6
- ▶ Singhi S, Chookang E, Hall JS, Kalghatgi S 1985, Iatrogenic neonatal and maternal hyponatraemia following oxytocin and aqueous glucose infusion during labour, *Br J Obstet Gynaecol*, Apr, 92(4): 356-63
- ▶ Sleep J, Grant A 1987, West Berkshire perineal management trial: three year follow-up, *Br Medical J (Clin Res Ed)*, 295(6601): 749-51
- ▶ Smith A 1997, Pilot study investigating the effect of pethidine epidurals on breastfeeding, *Breastfeeding Review*, Nursing Mothers Association of Australia, Vol. 1 May
- ▶ Stewart P et al. 1983, A randomised trial to evaluate the use of a birth chair for delivery, *Lancet*, June 11; 1983(337): 1296-8
- ▶ Swanstrom S, Bratteby LE 1981, Metabolic effects of obstetric regional analgesia and of asphyxia in the newborn infant during the first two hours after birth, *Acta Paediatr Scand*, 70: 791-800
- ▶ Thacker S, Banta HD 1983, Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the English language literature, 1860-1980, *Obstet & Gynecol Survey*, Vol. 38, pp. 322-338
- ▶ Thacker SB, Stroup DF, Chang M 1997, Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor, *The Cochrane Library*, Issue 4, Oxford

- ▶ The TG 1990, Is routine episiotomy beneficial in the low birth weight delivery? *Int J Gynaecol Obstet*, 31(2): 135-140
- ▶ Thorp JA, Meyer BA, Cohen GR et al. 1994, Epidural analgesia in labor and cesarean section for dystocia, *Obstet Gynecol Surv*, 49(5): 362-369
- ▶ Thorp JM et al. 1987, Selected use of midline episiotomy: effect on perineal trauma, *Obstet Gynecol* 70(2): 260-262
- ▶ Troszyński M 2007, Zgony matek, Umieralność okołoporodowa wczesna, [w:] Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat, Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa
- ▶ Wagner M 1994, Pursuing the birth machine, ACE Graphics, Camperdown
- ▶ Wagner M 2001, Fish can't see the water: the need to humanize birth, *Int J Gynaecol Obstet*, 75, supplement 25-37
- ▶ Wagner M 2006, Born in the USA, How a Broken Maternity System Must Be Fixed to Put Women and Children First, University of California Press
- ▶ Walker M 1997, Do labor medications affect breastfeeding?, *L Human lactation*, 13(2): 131-137
- ▶ WHO 1985, Poród nie jest chorobą
- ▶ WHO 1997, Care in normal birth: report of the technical working group, WHO/FRH/MSM/96.24
- ▶ Wigton TR, Wolk BM 1994, Elective and routine induction of labor. A retrospective analysis of 274 cases, *J Reprod Med*, 39(1): 21-26
- ▶ Yeast JD, Jones A, Poskin M 1999, Induction of labor and the relationship to cesarean delivery: a review of 7001 consecutive inductions, *Am J Obstet Gynecol*, 180(3 Pt 1): 628-33

Fundacja Rodzić po Ludzku istnieje od 1996 r. Jest organizacją pozarządową pożytku publicznego działającą na rzecz kobiet w ciąży i matek małych dzieci oraz poprawy opieki okołoporodowej w Polsce.

### Działamy aby:

- ▶ służba zdrowia respektowała potrzeby kobiet i ich rodzin,
- ▶ każda kobieta czuła się podmiotem opieki okołoporodowej i miała do niej łatwy dostęp,
- ▶ dzieci przychodziły na świat w przyjaznym otoczeniu,
- ▶ rodzice mogli liczyć na wsparcie w twórczym i głębokim przeżywaniu swojego macierzyństwa i ojcostwa,
- ▶ kobiety były świadome swych praw i domagały się ich przestrzegania,
- ▶ szpitale informowały o swojej pracy i publikowały jej wyniki,
- ▶ praktyka medyczna opierała się na wiarygodnych wynikach badań naukowych,
- ▶ zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia były uwzględniane w praktyce polskich szpitali położniczych.

### Co robimy:

- ▶ zbieramy informacje o opiece okołoporodowej w Polsce,
- ▶ prowadzimy bank informacji o warunkach, jakie stwarzają kobietom oddziały ginekologiczno-położnicze, a także o szkołach rodzenia i poradniach laktacyjnych,
- ▶ monitorujemy przestrzeganie praw pacjenta,
- ▶ domagamy się przestrzegania praw kobiet na rynku pracy,
- ▶ prowadzimy bezpłatne poradnictwo prawne dla kobiet w ciąży i matek małych dzieci,
- ▶ przygotowujemy do porodu tak, aby był pozytywnym, twórczym doświadczeniem,
- ▶ pomagamy kobietom w początkach macierzyństwa, zwracamy uwagę na problem depresji poporodowej,
- ▶ organizujemy konferencje dla personelu medycznego,
- ▶ wspieramy położne w staraniach o samodzielność i niezależność ich zawodu.

### Prowadzimy szkolenia dla personelu medycznego:

- ▶ Profesjonalizm w codziennej pracy położnej (dla położnych środowiskowo-rodzinnych),
- ▶ Sztuka prowadzenia aktywnej Szkoły Rodzenia – podstawy (dla osób planujących założenie i prowadzenie szkoły rodzenia),
- ▶ Akupresura i masaże w opiece nad kobietą w ciąży, podczas porodu i połogu i wiele innych.

### Polecamy nasze publikacje:

- ▶ „Nacięcie krocza – konieczność czy rutyna”,
- ▶ „O bólu porodowym i metodach jego łagodzenia”,
- ▶ „Medycyna oparta na dowodach. Przykłady zastosowania w opiece położniczej”,
- ▶ „Analiza uwarunkowań opieki okołoporodowej w Polsce. Prawo do opieki zdrowotnej, prawo do wsparcia ze strony osoby najbliższej i poszanowania intymności kobiety rodzącej”,
- ▶ cykl ulotek dla kobiet z serii „Wiesz, więc wybierasz – decyduj o swoim porodzie” oraz „Mamy Prawa mamy”.





Fundacja Rodzić po Ludzku

Fundacja Rodzić po Ludzku  
00-150 Warszawa, ul. Nowolipie 13/15  
tel. (022) 877 78 76  
[www.rodzicpoludzku.pl](http://www.rodzicpoludzku.pl)  
[fundacja@rodzicpoludzku.pl](mailto:fundacja@rodzicpoludzku.pl)