



RAPORT

z monitoringu oddziałów położniczych

MEDYKALIZACJA
PORODU
W POLSCE



Fundacja
Rodzić po Ludzku



RAPORT

z monitoringu oddziałów położniczych

MEDYKALIZACJA
PORODU
W POLSCE



Fundacja
Rodzić po Ludzku

Opracowanie: dr n. społ. Antonina Doroszevska

Zespół merytoryczny: Iwona Adamska-Sala, Antonina Doroszevska, Anna Otffinowska,
Monika Piekarek, Joanna Pietrusiewicz, Anna Pufal

Redakcja: Iwona Adamska-Sala, Anna Otffinowska

Korekta: Agnieszka Wądołowska

Projekt graficzny i skład: Anna Kalisz

Warszawa 2017

©Copyright by Fundacja Rodzić po Ludzku

ISBN 978-83-60971-26-0



Fundacja Rodzić po Ludzku
00-150 Warszawa, ul. Nowolipie 13/15
tel. 22 877 78 76
www.rodzicpoludzku.pl
fundacja@rodzicpoludzku.pl



*Publikacja opracowana w ramach projektu „Na straży praw kobiet w opiece okołoporodowej”
dofinansowanego ze środków Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich.*

Podziękowania

Serdecznie dziękujemy Sieci Obywatelskiej Watchdog Polska za pomoc w realizacji projektu „Na straży praw kobiet w opiece okołoporodowej”.

Szczególne podziękowania kierujemy do Szymona Osowskiego za wyjątkowe zaangażowanie, dzielenie się z nami swoją wiedzą i doświadczeniem oraz nieustępliwość w walce o dostęp do informacji publicznej w Polsce.

Spis treści

1.	Wstęp	8
2.	Podsumowanie	10
3.	Główne wnioski	15
4.	Medykalizacja opieki okołoporodowej	19
4.1.	Medykalizacja sposobem kontroli macierzyństwa	21
4.2.	Demedykalizacja opieki okołoporodowej	23
5.	Diagnoza opieki okołoporodowej w Polsce – medykalizacja w oddziałach położniczych i neonatologicznych	26
5.1.	Realizacja badania	26
5.2.	Badane szpitale – informacje ogólne	28
5.3.	Medykalizacja w izbie przyjęć	29
5.4.	Osoba sprawująca opiekę	30
5.5.	Warunki w oddziałach położniczych	34
5.6.	Medykalizacja porodu drogami natury	36
5.6.1.	Spożywanie płynów w czasie porodu	36
5.6.2.	Zapis KTG w czasie fizjologicznego porodu	36
5.6.3.	Badanie wewnętrzne	37
5.6.4.	Sposoby łagodzenia bólu w czasie porodu	38
5.6.4.1.	Dostępność nefarmakologicznych sposobów łagodzenia bólu	38
5.6.4.2.	Dostępność farmakologicznych sposobów łagodzenia bólu w czasie porodu	39
5.6.5.	Stosowanie pozycji wertrykalnych w czasie porodu	41
5.6.6.	Opieka nad zdrowym noworodkiem	45
5.6.6.1.	Kontakt „skóra do skóry”	45
5.6.6.2.	Ocena noworodka w skali Apgar i zaciśnięcie pępowiny	48
5.6.6.3.	Opieka nad noworodkiem po porodzie	49
5.7.	Cesarskie cięcie	52
5.8.	Edukacja i plan porodu	53
5.9.	Osoba towarzysząca	56
5.10.	Dane statystyczne	57
5.11.	Przygotowanie oddziałów do opieki nad osobami niepełnosprawnymi	63
5.12.	Charakterystyka szpitali	66
5.13.	Uwagi o danych statystycznych przekazanych przez szpitale	72
6.	Rekomendacje	73
7.	Bibliografia	76

1. Wstęp

Opieką okołoporodową jest objętych w Polsce prawie 400 tys. kobiet rocznie. W 2015 r. urodziło się w naszym kraju 370 838 dzieci¹. Badania naukowe dowodzą, że sposób, w jaki przychodzimy na świat w dużej mierze decyduje o naszym przyszłym zdrowiu, kondycji psychicznej i jakości relacji międzyludzkich². Tym samym jakość i dostępność opieki okołoporodowej przekłada się nie tylko na wskaźniki demograficzne, ale w konsekwencji na zdrowie i kondycję całego społeczeństwa.

Na arenie międzynarodowej coraz częściej rozmawia się o potrzebie humanizacji porodu. Wyrazem tego jest m.in. nowa inicjatywa Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „Szpital przyjazny matce”. Idea humanizacji porodu zakłada, że każda kobieta powinna mieć prawo do pozytywnego doświadczenia porodu i do troskliwej opieki świadczonej przez dobrze wykształcony i wykwalifikowany personel medyczny.

Od 2012 r. obowiązuje w Polsce Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem³ (dalej jako: standardy opieki okołoporodowej). Wprowadzenie standardów w życie miało na celu przede wszystkim poprawę jakości opieki okołoporodowej, a także zmniejszenie medykalizacji porodów w Polsce.

Obowiązujące od kilku lat przepisy, pomimo iż przyjęte zgodnie z regułami obowiązującymi w polskim systemie prawnym, nie zostały w pełni wdrożone i nie są w wielu miejscach prawem powszechnie respektowanym. Coraz częściej opieka okołoporodowa staje się również przedmiotem debaty publicznej. Przedstawiciele różnych ugrupowań politycznych mają odmienne wyobrażenie na temat właściwego sposobu funkcjonowania systemu i udzielania świadczeń. Przyjęte w określonym czasie prawo, które odzwierciedla kompromis różnych środowisk oraz uwzględnia wyniki najnowszych badań naukowych wskazujących najlepsze rozwiązania i praktyki, może ulec zmianie ze względu na odmienną wizję decydentów.

Jakość opieki okołoporodowej wiąże się z poziomem demokratyzacji systemu ochrony zdrowia, a także jest związana ze stopniem respektowania praw człowieka. Prawo do ochrony zdrowia jest jednym z tych praw. Opieka nad matką i dzieckiem należy do szczególnych zadań państwa. Art. 68 ust. 3 Konstytucji RP obliguje władze publiczne do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej kobietom ciężarnym. Dodatkowo art. 71 ust. 2. stanowi, iż „matka przed i po urodzeniu dziecka

1. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik Demograficzny 2016*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2016.

2. Baranowska B., Kubicka-Kraszyńska U., *Znaczenie jakości narodzin dla dziecka w świetle wybranych badań, w: Holistyczne położnictwo – nowe wyzwania w opiece nad matką i dzieckiem*, Fundacja Rodzic po Ludzku, Warszawa 2009, s. 14-20.

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem, Dz.U. 2012 poz. 1100 dalej jako Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów.

ma prawo do szczególnej pomocy władz publicznych, których zakres określa ustawa”⁴. Realizacją tych zobowiązań zajmuje się wiele instytucji państwowych m.in. Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, a także organy założycielskie szpitali oraz jednostki samorządu terytorialnego. Na system opieki okołoporodowej w Polsce, obok placówek udzielających świadczeń medycznych w zakresie prowadzenia ciąży, składa się ponad 400 szpitali i oddziałów położniczych (w przeważającej większości kontraktujących świadczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia), szkoły rodzenia, poradnie laktacyjne, przychodnie POZ.

W celu zbadania stopnia medykalizacji porodów w Polsce oraz jakości opieki okołoporodowej cztery lata od wprowadzenia w życie standardów, Fundacja Rodzić po Ludzku w drugiej połowie 2016 r. przeprowadziła monitoring wszystkich szpitali i oddziałów położniczych. Zakres badania wyznaczyły obowiązujące w opiece okołoporodowej przepisy, w szczególności Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Zebrane informacje i dane statystyczne pozwoliły na przeprowadzenie pogłębionej analizy i diagnozy sytuacji opieki okołoporodowej w Polsce. Raport prezentuje najważniejsze wyniki badania w szczególności naświetlając temat bardzo wysokiego stopnia medykalizacji porodu w Polsce oraz stopnia wdrożenia i przestrzegania standardów opieki okołoporodowej na oddziałach położniczych i neonatologicznych.

4. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r., Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483.

2. Podsumowanie

Podsumowanie najważniejszych wyników monitoringu w odniesieniu do wskaźników medykalizacji porodu i praktyk stosowanych w oddziałach położniczych i neonatologicznych:

1. Zakładanie wkłucia do żyły obwodowej. W ponad połowie szpitali (58%) personel decyduje, czy w izbie przyjęć pacjentce zakłada się wkłucie do żyły obwodowej, ale nie jest to procedura wykonywana standardowo u wszystkich pacjentek. Z badań, w których wzięty udział kobiety wynika jednak, że przeważająca większość (89%) miała w szpitalu założony wenflon⁵. Prawdopodobnie zatem wkłucie jest zakładane nie w izbie przyjęć, ale później w sali porodowej lub też rozbieżność wynika ze sposobu zbierania danych – przedstawione w tym raporcie informacje dotyczące wkłucia do żyły obwodowej są deklaracjami szpitali.

2. Odsetek porodów szpitalnych. W Polsce od wielu lat ponad 99% dzieci przychodzi na świat w szpitalach. W 2015 r. porodów w szpitalach było 370 026 (ogółem wszystkich porodów 370 706), poza szpitalem urodziło się 680 noworodków⁶, w tym porodów w domu było 136⁷. W ostatnich latach przy kilku szpitalach powstały domy narodzin. Są to miejsca, w których kobiety mogą urodzić w sposób fizjologiczny, bez zastosowania interwencji medycznych.

3. Odsetek porodów indukowanych. W badanych szpitalach w 2015 r. było 19% porodów indukowanych. Tymczasem stanowisko WHO mówi, że: „nie powinno się wywoływać porodów dla wygody. W żadnym rejonie geograficznym odsetek takich porodów nie powinien przekraczać 10%”⁸. W Polsce, jak pokazują dane statystyczne uzyskane od szpitali, dzieje się to prawie dwa razy częściej. Interwencja ta zwiększa znacznie prawdopodobieństwo wystąpienia niepożądanych konsekwencji, takich jak bardziej bolesne skurcze, konieczność podania znieczulenia zewnątrzoponowego lub przeprowadzenia porodu zabiegowego⁹.

4. Odsetek porodów drogami natury z nacięciem krocza. W porównaniu z większością krajów Europy w Polsce odsetek porodów z nacięciem krocza jest bardzo wysoki (50%)

5. Niedośpiął J., *Mamy prawo. Realizacja standardów opieki okołoporodowej w szpitalach i oddziałach położniczych w województwie małopolskim w okresie 01.05.2013 – 17.01.2016*, Stowarzyszenie Obywatel Mama, Kraków 2016, dostępny na stronie: <http://prawomamy.pl/wp-content/uploads/2017/01/Mamy-prawo-raport-audit-spolecny-malopolskich-szpitali-2016.pdf> (dostęp 18.02.2017 r.).

6. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik Demograficzny 2016*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2016.

7. Dane Stowarzyszenia Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych „Dobrze Urodzeni”, dostępne na stronie <http://www.dobrzeurodzeni.pl/statystyki.html> (dostęp 21.02.2017 r.).

8. WHO, *Poród nie jest chorobą*, Fortaleza, Brazylia 1985.

9. National Institute for Health and Care Excellence, *Insertion of a double balloon catheter for induction of labour in pregnant women without previous caesarean section*, 2015. Dostępny na stronie: <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg528/chapter/2-Indications-and-current-treatments> (dostęp: 21.02.2017 r.).

i od lat utrzymuje się na tym poziomie. Dzieje się tak pomimo międzynarodowych zaleceń, które mówią, że nacięcie krocza nie powinno być rutynową procedurą¹⁰ oraz wielu badań, które potwierdzają jego negatywne konsekwencje¹¹.

5. Odsetek porodów ze stymulowaną akcją skurczową. Światowa Organizacja Zdrowia postuluje, że porodów ze stymulowaną akcją skurczową powinno być nie więcej niż 10%¹². Tymczasem według statystyk otrzymanych od szpitali ma to miejsce w 25% porodów¹³ - spośród nich w 87% podaje się oksytocynę. Wyniki badań pokazują, że podanie oksytocyny w celu stymulacji akcji skurczowej zwiększa odsetek cesarskich cięć, porodów ze znieczuleniem zewnątrzoponowym i gorączki śródporodowej u pierworódek i wieloródek¹⁴.

6. Asysta lekarza w czasie fizjologicznie przebiegającego porodu. W 61% placówek przez większą część porodu opiekę nad rodzącymi sprawuje położna, jednak co jakiś czas w sali porodowej pojawia się lekarz. Zazwyczaj jest obecny w trakcie II okresu porodu, wcześniej przychodzi oceniać postęp porodu. Z zebranych danych wynika, że lekarz bierze udział we wszystkich porodach, nawet przebiegających fizjologicznie i tych, które mogłyby być samodzielnie prowadzone przez położne.

7. Ciągły zapis KTG. Tylko 13% szpitali deklaruje, że w czasie fizjologicznego porodu zapis KTG jest prowadzony rzadziej niż co dwie godziny. W 9% placówek kobieta cały czas leży na łóżku porodowym i jest podłączona do KTG, a w 7% zapis jest prowadzony cały czas, ale przy użyciu telemetrii. W świetle informacji zebranych od szpitali z całego kraju, odsetek porodów, w których cały czas prowadzi się zapis KTG, jest znacznie niższy (16%) niż wynika to z odpowiedzi kobiet. Co czwarta ankietowana, w czasie porodu fizjologicznego była podłączona do KTG w sposób ciągły¹⁵.

8. Badanie wewnętrzne. Zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej, badanie wewnętrzne powinno być wykonywane nie częściej niż co 2 godziny. Z danych wynika, że w polskich szpitalach nie przestrzega się tego prawa. Tylko w 17% szpitali badanie wewnętrzne wykonuje się co dwie godziny lub rzadziej.

10. National Institute for Health and Care Excellence, *Intrapartum care for healthy women and babies*, 2017, dostępny na stronie: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations> (dostęp 21.02.2017 r.).

11. Jiang H., Qian X., Carroli G., Garner P., *Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth*, Cochrane review 2017. Dostępny na stronie: http://www.cochrane.org/CD000081/PREG_selective-versus-routine-use-episiotomy-vaginal-birth (dostęp 22.02.2017 r.).

12. WHO, *Poród nie jest chorobą*, op. cit.

13. Odsetek wszystkich porodów drogami natury.

14. Hidalgo-Lopezosa P., Hidalgo-Maestre M., Ridriguez-Borrego M. A., *Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes*, Rev. Lat. Am. Enfermagem, 2016, 24, e2744, doi: 10.1590/1518-8345.0765.2744.

15. Niedośpiat J., *Mamy prawo.*, op. cit.

Położne badają wewnętrznie średnio co 103 minuty, a lekarze co 109 minut. Nieprzestrzeganie tego prawa potwierdzają też wyniki badania oddziałów położniczych w województwie małopolskim – badanie wewnętrzne wykonywano częściej niż co dwie godziny u połowy kobiet w trakcie porodu fizjologicznego (56%)¹⁶.

9. Odsetek cesarskich cięć. Według danych od szpitali 43% porodów stanowiły cesarskie cięcia. To odsetek znacznie wyższy od zalecanego przez WHO poziomu cesarskich cięć – 10%¹⁷. W Polsce odsetek porodów operacyjnych rośnie systematycznie od wielu lat. Jest to wskaźnik, który wskazuje na postępujący proces medykalizacji.

10. Podawanie kroplówki w porodzie fizjologicznym w celu nawodnienia rodzącej. W 35% szpitali kobietom jest podawana kroplówka nawadniająca. Dzieje się tak mimo tego, że prawie wszystkie szpitale deklarują, że pozwalają rodzącym na spożywanie płynów. Jest to niezgodne zarówno z zaleceniami WHO¹⁸, jak i zapisami standardów opieki okołoporodowej.

11. Stosowanie wertykalnych pozycji w porodzie. Najczęściej stosowanymi w polskich szpitalach pozycjami w czasie II okresu porodu są pozycje na łóżku porodowym – na boku (62%) i na plecach (59%). Są to pozycje, które utrudniają fizjologiczny przebieg porodu. Ograniczenie medykalizacji przejawia się m.in. w przyjmowaniu przez rodzące pozycji wertykalnych, do czego powinien kobiety zachęcać personel.

12. Odcięcie pępowiny przed ustaniem tętnienia. 94% szpitali deklaruje, że pępowina jest zaciskana dopiero po ustaniu tętnienia. Od razu po porodzie zaciska się ją w 6% placówek.

13. Przerwanie dwugodzinnego kontaktu „skóra do skóry”. Jedynie 32% szpitali przestrzega prawa do nieprzerwanego, dwugodzinnego kontaktu „skóra do skóry”. W pozostałych placówkach jest on zakłócany przez ważenie, mierzenie i ubieranie noworodka. W większości szpitali czynności te wykonywane są w trakcie dwóch pierwszych godzin po porodzie.

14. Warunki. W ponad połowie szpitali kobiety wciąż rodzą na wielołożkowym trakcie porodowym lub w wieloosobowych salach, gorzej wyposażonych niż sale jednoosobowe. W 10% z nich nie ma ani jednego sprzętu pomocnego w porodzie (piłka, materac) w porównaniu z 3% sal jednoosobowych. W 49% placówek wszystkie porody odbywają się

16. Niedośpiat J., *Mamy prawo.*, op. cit.

17. World Health Organization, WHO statement on caesarean section rates, 2015, dostępny na stronie: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/ (dostęp: 02.03.2017 r.).

18. Ibidem.

w salach jednoosobowych. Mimo iż sal jednoosobowych jest mniej, odbywa się w nich ponad połowa porodów w Polsce (55%). W szpitalach, w których są tylko sale jednoosobowe jest mniejszy odsetek cesarskich cięć (42%) niż w szpitalach, w których są tylko sale wieloosobowe i trakty porodowe (46%). Jednocześnie w placówkach, w których są tylko sale jednoosobowe jest też mniej nagłych cesarskich cięć (52%) niż w szpitalach tylko z salami wieloosobowymi (58%).

15. Osoba sprawująca opiekę. Tylko co czwarta placówka realizuje zapis standardów opieki okołoporodowej, zgodnie z którym kobieta ma możliwość wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych. W 77% szpitali w Polsce osoba sprawująca opiekę jest przydzielana odgórnie.

16. Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu. Z deklaracji szpitali wynika, że we wszystkich placówkach są dostępne niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu.

17. Farmakologiczne metody łagodzenia bólu. Spośród farmakologicznych sposobów łagodzenia bólu najbardziej rozpowszechniona jest analgezja wziewna – jest dostępna w 84% szpitali, znieczulenie zewnątrzoponowe w 49%, a petydyna w 30%. Deklaracje dotyczące dostępności nie pokrywają się z rzeczywistym wykorzystaniem tych metod. Z danych statystycznych podanych przez placówki dla 2015 r. wynika, że tylko w 51% porodów wykorzystano metody wziewne, w 40% znieczulenie dolędźwiowe, a w 13% petydynę. Dostępność znieczulenia zewnątrzoponowego jest różna w zależności od stopnia referencyjności – mogą z niego skorzystać kobiety w 83% szpitali, które mają oddział położniczy z III stopniem referencyjności i jedynie w 36% z I stopniem referencyjności. Natomiast w prawie wszystkich szpitalach II stopnia referencyjności jest dostępna analgezja wziewna (91%). Znieczulenie dolędźwiowe w ogóle nie jest dostępne w 32% szpitali. Podstawową przyczyną niedostępności tego znieczulenia są trudności kadrowe, w dużej mierze wynikające z braku anestezjologów. Znieczulenie zewnątrzoponowe jest dostępne w 88% szpitali w województwie małopolskim, 85% w śląskim, a tylko w 38% w wielkopolskim oraz lubuskim. Najmniej dostępne jest w województwie podkarpackim (36%), które jednocześnie ma najwyższy w Polsce odsetek cesarskich cięć. Równie wysoki odsetek operacji jest przeprowadzanych w województwie zachodniopomorskim, w którym jedynie 43% szpitali ma możliwość podania znieczulenia dolędźwiowego.

18. Przyjęcie do szpitala. Aż 54% placówek zadeklarowało, że przy przyjęciu do szpitala wymaga od kobiety pokazania planu porodu, który zgodnie z prawem nie jest dokumentem obowiązkowym. Część szpitali pyta o plan w izbie przyjęć. W 26% placówek kobieta zgłaszająca się do porodu zostanie poproszona o skierowanie do szpitala, a w 21% o dokument potwierdzający ubezpieczenie. Aż 7% szpitali wciąż wymaga zaświadczenia o ukończeniu kursu w szkole rodzenia.

19. Edukacja przedporodowa. W polskich szpitalach rozpowszechniona jest edukacja przedporodowa. Tylko 14% szpitali nie ma ani nie współpracuje z żadną szkołą rodzenia. Dostępność do edukacji przedporodowej wzrasta ze względu na fakt, że 67% szkół oferuje zajęcia bezpłatnie.

20. Przygotowanie do opieki nad kobietami niepełnosprawnymi. Oddziały położnicze i neonatologiczne w niewielkim stopniu zapewniają opiekę dostosowaną do potrzeb osób niepełnosprawnych. Jedynie w 38% placówek pacjentki niesłyszące mogą liczyć na pomoc tłumacza języka migowego lub porozumieć się z personelem medycznym znającym język migowy. W jeszcze trudniejszej sytuacji są pacjentki słabowidzące i niewidome – tylko 7% szpitali posiada dokumenty dostosowane do ich potrzeb.

21. Zbieranie danych. Dużą trudność zbierania informacji stanowił brak precyzji w podawaniu przez szpitale danych statystycznych. Bardzo wiele szpitali nie prowadzi lub nie podaje statystyk odzwierciedlających wykonywanie niektórych usług i procedur. Często zamiast liczb podawane były wartości procentowe lub niejednoznaczne informacje, na przykład: „ok. 50%”, „ok. 4” lub „mało”, które uniemożliwiły uwzględnienie informacji w całości statystyk.

3. Główne wnioski

Medykalizacja porodu fizjologicznego

Trudno zignorować wyniki badania przeprowadzonego na tak dużej grupie szpitali położniczych. Ogromna ilość uzyskanych danych pozwala na wysunięcie wielu wniosków dotyczących aktualnego stanu opieki okołoporodowej w naszym kraju.

Pierwszy obszar zasługujący na uwagę dotyczy kondycji porodu fizjologicznego w Polsce. Badania i monitoringi przeprowadzane w ostatnich latach przez różne instytucje i organizacje, także przez Fundację Rodzić po Ludzku, pokazują, że poród fizjologiczny w Polsce jest znacznie zmedykalizowany. Potwierdzają to również wyniki niniejszego badania. Szkodliwe rutyny i przestarzałe procedury wciąż są obecne w większości sal porodowych i oddziałów neonatologicznych. Obowiązkowe niemal zakładanie wenflonu w izbie przyjęć, zbyt częste wykonywanie badania wewnętrznego i KTG, co jest równoznaczne z przymusem kładzenia rodzącej nieruchomo na plecach, indukcja lub przyspieszanie porodu, podawanie kroplówki nawadniającej zamiast szklanki wody, zmuszanie kobiet do rodzenia na plecach – najbardziej нефizjologicznej i niebezpiecznej dla dziecka i rodzącej pozycji. Po porodzie – przerywanie pierwszego kontaktu między matką a noworodkiem, podawanie dzieciom glukozy zamiast zachęcania matek do karmienia piersią.

Cesarskie cięcia

Katastrofalnie wygląda poziom cesarskich cięć. Polska plasuje się na jednym z ostatnich miejsc w Europie, jeśli chodzi o wysokość odsetka cesarskich cięć (43%). Można wskazać wiele przyczyn takiego stanu rzeczy. Sprzyjają mu zarówno decyzje lekarzy, którzy określają coraz więcej wskazań do cesarskich cięć, jak i oczekiwania kobiet. Ciężarne niejednokrotnie wolą cesarskie cięcie niezależnie od wskazań medycznych i wywierają presję na lekarzach, aby wykonali tę operację „na życzenie”. Zmedykalizowane porody, czyli takie, w których zastosowano procedury zaburzające ich prawidłowy przebieg nierzadko kończą się cesarskim cięciem, często z powodu nagłego pogorszenia stanu dziecka w końcówce porodu. Brak dostępu do znieczulenia zewnątrzoponowego z jednej strony i mała aktywność personelu w proponowaniu rodzącym nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu (choć jest ich duży wachlarz i stosowanie ich nic nie kosztuje) powoduje, że kobiety w Polsce boją się porodu. Stąd wiele z nich chce zagwarantować sobie poród przez cesarskie cięcie, w czym zresztą często znajdują wsparcie u swoich lekarzy. Nasza analiza potwierdza to przypuszczenie: okazało się, że w województwach, gdzie jest najmniejszy dostęp do znieczulenia zewnątrzoponowego, jest największy odsetek cesarskich cięć.

Z kolei w szpitalach, w których są tylko sale jednoosobowe notowany jest niższy odsetek cesarskich cięć niż w tych placówkach, w których kobiety rodzą na traktach porodowych lub w salach wieloosobowych. Również w szpitalach, gdzie są sale jednoosobowe, notuje się mniejszy odsetek nagłych cesarskich cięć, pomimo że odsetek porodów indukowanych

i stymulowanych jest w tych miejscach wyższy. Potwierdza to, jak ważnym czynnikiem jest poczucie intymności i bezpieczeństwa rodzącej i jak ogromny to może mieć wpływ na zakończenie porodu. Pojedyncza sala jawi się więc jako istotny czynnik, mogący mieć wpływ na obniżenie odsetka cesarskich cięć.

Zważywszy na wyniki najnowszych doniesień naukowych dotyczących wpływu cesarskiego cięcia na zdrowie kobiety i dziecka w długoletniej perspektywie ich życia, należy stwierdzić, że tak wysoki odsetek cesarskich cięć może zagrażać zdrowiu populacji i w przyszłości powodować ogromny wzrost kosztów opieki zdrowotnej.

Standardy opieki okołoporodowej w praktyce

Standardy opieki okołoporodowej wprowadzone przez Ministra Zdrowia w 2012 r. miały między innymi na celu zmniejszenie medykalizacji fizjologicznego porodu. Jako prawo powszechnie obowiązujące powinny być stosowane we wszystkich placówkach położniczych. Jak widać z wyników niniejszego badania w stosunkowo niewielu placówkach i tylko niektóre zalecenia są stosowane. Winny temu jest brak nadzoru ze strony Ministerstwa Zdrowia, które powinno stosować stały monitoring wdrażania nowego prawa. Kolejnym zaniedbaniem MZ są niezbędne, naszym zdaniem, szkolenia dla położnych i lekarzy z zakresu wprowadzania nowych, wymaganych przez standardy procedur. O takie interwencje ze strony MZ Fundacja Rodzić po Ludzku zabiegała od chwili ich wprowadzenia.

Przyspieszenie wdrożenia standardów mogłoby przypuszczalnie nastąpić dzięki aktywności kobiet w domaganiu się należnych im praw w szpitalu. Niestety, ta aktywność jest wciąż niewystarczająca, kobiety nie stanowią jeszcze siły, która mogłaby wymusić trwałe zmiany w szpitalach i oddziałach.

Zmiana nawyków zawsze wymaga czasu. Warto więc również wymienić pozytywne zmiany, jakie udało się dzięki badaniu wychwycić i opisać. W porównaniu choćby z 2006 r. (rok ostatniej akcji „Rodzić po Ludzku”) dużo lepiej wygląda kwestia towarzyszenia kobiecie rodzącej przez bliską osobę. Stało się to już powszechną praktyką, a szpitale zaprzestały pobierać opłaty za obecność osoby towarzyszącej. Niektóre placówki akceptują też obecność doul. W wielu szpitalach osoba towarzysząca może asystować również przy cesarskim cięciu. Kolejną pozytywną zmianą jest edukacja przedporodowa prowadzona przez szpitale. Wiele z nich zakłada własne szkoły rodzenia i są otwarte na potrzebę kobiet obejrzenia oddziału przed porodem. Zdziwienie jednak budzi fakt, że przy tak dużej ofercie ze strony placówek położniczych, tak mało kobiet uczęszcza na zajęcia do szkół rodzenia. Może to przypuszczalnie wynikać z dużej odległości od miejsca zamieszkania, opłat, niedostosowania programu lub warunków organizacyjnych do potrzeb i możliwości potencjalnych odbiorczyń, nieumiejętności rozpowszechnienia informacji o szkole i zachęcenia do uczestnictwa.

Zmiany na lepsze odnotowaliśmy również w kwestii pierwszego kontaktu matki z dzieckiem. Sytuacja jeszcze nie jest idealna, ale wydaje się, że w coraz większej liczbie placówek ten kontakt jest wydłużany. Coraz częściej rodzice mogą też swobodnie asystować przy zabiegach pielęgnacyjnych i badaniach dziecka.

Respektowanie podmiotowości i prawa do godności rodzących

Warto również przyjrzeć się, w świetle otrzymanych wyników, respektowaniu praw kobiet w placówkach położniczych. Wiele jeszcze powinno się zmienić, jeśli chodzi o respektowanie intymności i godności rodzących. Wciąż popularne wielołożkowe trakty porodowe (w części szpitali nawet pięciostanowiskowe) nie gwarantują intymności, stawiają pod znakiem zapytania obecność osoby towarzyszącej, która mogłaby zakłócić intymność kobiety rodzącej obok. Z drugiej strony, w wielu placówkach obok sal wieloosobowych funkcjonują sale jednoosobowe i, jak wynika z deklaracji szpitali, są one wykorzystywane w pierwszej kolejności. Jest to duża zmiana w porównaniu do czasów, kiedy sale jednoosobowe stały zamknięte na klucz, a rodziły w nich tylko te kobiety, które uiściły odpowiednią opłatę. W większości oddziałów położniczych znajduje się pomocny sprzęt, wspomagający fizjologiczny przebieg porodu, choć częściej można go spotkać w salach jednoosobowych niż na traktach porodowych.

Należy też zwrócić uwagę na bardziej pozytywny stosunek personelu do planu porodu. W założeniach plan porodu miał pomóc przyszłej rodzącej sformułować swoje potrzeby odnośnie porodu i opieki nad dzieckiem oraz przekazać je w formie pisemnej położnej lub lekarzowi przy przyjęciu do szpitala. Personel mógł dzięki temu poznać oczekiwania i potrzeby przyszłej rodzącej. Idea planu porodu została ujęta w standardach opieki okołoporodowej i na początku wzbudzała sprzeciw dużej części położnych i lekarzy. Po 4 latach widać, że plan porodu staje się powoli normą – w większości szpitali jest on dołączany do dokumentacji medycznej i omawiany z kobietą.

O ile szpitale są w większości przystosowane do osób mających trudności z poruszaniem się, to w trudniejszej sytuacji są pacjentki niesłyszące, niedowidzące lub niewidome. Brakuje jednoznacznych kryteriów, które muszą spełnić szpitale, by móc zaopiekować się kobietami z niepełnosprawnościami.

Trójstopniowa opieka

W myśl wypracowanych zasad trójstopniowej opieki ginekologiczno-położniczej, szpitale I stopnia referencyjności powinny zajmować się przede wszystkim kobietami z ciążą niskiego ryzyka i porodami fizjologicznymi. Pacjentki, u których mogą wystąpić powikłania w czasie porodu lub są obciążone chorobami, mogącymi wpłynąć na jego przebieg, kieruje się do szpitali z II lub nawet III poziomem referencyjności – dużo lepiej wyposażonych w sprzęt i zatrudniających dodatkowych specjalistów.

Z niniejszego badania wynika jednak, że szpitale które mają sprawować opiekę nad zdrowymi kobietami w czasie fizjologicznego porodu, częściej niż szpitale II i III stopnia referencyjności stosują praktyki zakłócające prawidłowy poród, częściej opiekę nad rodzącą sprawuje lekarz, rzadziej stosuje się nefarmakologiczne metody łagodzenia bólu. Odsetek cesarskich cięć jest tu również bardzo wysoki i wynosi 43%.

Samodzielność zawodowa położnych

W niedostatecznym stopniu są wykorzystywane kompetencje położnych, które, według prawa, są specjalistkami i mogą samodzielnie sprawować opiekę nad kobietą w czasie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu i porodu. Na podstawie analizy wyników można stwierdzić, że mimo dużego zaangażowania położnych, np. przy przyjęciu kobiety do szpitala, ich rola w opiece nad kobietą w czasie fizjologicznego porodu jest ograniczana, a praca kontrolowana przez lekarza. Wynika to z wieloletniej tradycji, której, mimo stosownych regulacji prawnych, położne nie umieją lub też nie chcą przełamać. Dzieje się to ze szkodą dla kobiet, gdyż jak donosi wiele badań światowych, opieka położnych nad kobietami w porodzie fizjologicznym daje pozytywne rezultaty, jeśli chodzi o ograniczenie interwencji w przebiegu porodu oraz lepsze samopoczucie matki i dziecka. Niesamodzielność położnych i oddanie pola lekarzom (którzy są przygotowani do radzenia sobie z patologiami) jest prawdopodobnie jednym z czynników tak silnie zmedykalizowanego porodu i wysokiego odsetka cesarskich cięć w naszym kraju.

Wyniki przeprowadzonego przez Fundację Rodzić po Ludzku badania wskazują na pilną potrzebę wdrożenia działań, które doprowadzą do zahamowania niekorzystnych trendów i obniżenia odsetka cesarskich cięć. Obowiązek zbierania danych przez szpitale i publikowania ich powinien stać u podstawy tych działań. Bez tego ani diagnoza, ani działania naprawcze nie będą miały większego sensu. Standardy opieki okołoporodowej są dobrą wskazówką dla szpitali, w którą stronę powinny nastąpić zmiany. Powinny być one systematycznie monitorowane przez jednostki nadrzędne, takie jak Ministerstwo Zdrowia czy Konsultantów Wojewódzkich. Likwidacja standardów opieki okołoporodowej, do której zmierza Minister Zdrowia, cofnie opiekę okołoporodową do czasów, gdy każdy szpital dyktował własne reguły, często oparte na rutynie i wygodzie. Praca wielu ludzi zostanie zaprzeczona, a największymi poszkodowanymi będą matki i dzieci.

4. Medykalizacja opieki okołoporodowej

Od wielu lat badacze zwracają uwagę na procesy medykalizacji, które w najbardziej ogólnym ujęciu oznaczają uznawanie jakiegoś zjawiska niemedyycznego za medyczne¹⁹. Peter Conrad definiuje medykalizację jako proces, w trakcie którego niemedyczne problemy zaczynają być definiowane i traktowane jako problemy medyczne, zazwyczaj w kategoriach chorób albo zaburzeń²⁰. Magdalena Sokołowska określiła medykalizację jako „tendencję do określania występujących w społeczeństwie rozmaitych zjawisk w kategoriach medycznych”²¹.

Medykalizacja jest procesem bardzo rozpowszechnionym i przybierającym różne formy we współczesnym świecie, trudno zatem wskazać jedną uniwersalną definicję. Istotny jest charakter działań mających związek z „umedycznianiem”. Według Michała Nowakowskiego może on przybierać trzy formy:

- patologizacja – tworzenie i mnożenie chorób. Uznawanie za stany chorobowe stanów psychicznych czy zachowań, jak na przykład niegrzeczne zachowania dzieci stają się objawem zespołu nadpobudliwości psychoruchowej ADHD, smutek coraz częściej oznacza depresję, problemy z trawieniem mogą świadczyć o zespole jelita drażliwego²².
- asystowanie – „poddawanie medycznym procedurom naturalnych etapów życia człowieka”²³. To niezwykle rozpowszechnione zjawisko związane jest z ciążą i porodem, które coraz częściej są traktowane jako stany chorobowe.
- ulepszanie – ingerencja medycyny, która dotyczy nierzadko ludzi zdrowych i ma na celu poprawę sprawności, wizerunku, maksymalizację możliwości²⁴.

Medykalizacja to uznawanie jakiegoś zjawiska niemedyycznego za medyczne.

M. Nowakowski

Wielu autorów zwraca uwagę, że procesowi medykalizacji znacznie częściej jest poddawane życie kobiet niż mężczyzn. W ostatnich dziesięcioleciach powszechnie traktuje się typowe dla kobiet procesy fizjologiczne w kategoriach medycznych. Przykładem jest podejście do ciąży i porodu. Przez wieki uznawano, że kobieta nie potrzebuje pomocy lekarza, jeśli wszystko przebiega prawidłowo.

19. Nowakowski M., *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2015, s. 8.

20. Conrad P., *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore 2007, s. 4.

21. Sokołowska M., *Granice medycyny*, PZWL, Warszawa 1986.

22. Nowakowski M., *Medykalizacja i demedykalizacja...*, op. cit., s. 8.

23. Ibidem.

24. Ibidem.

Początków medykalizacji porodu można upatrywać w opiniach François Mauriceau, który jako pierwszy, już w XVII w. głosił, że wszystkie porodysą patologiczne i koniecznie powinien przy nich asystować lekarz²⁵. Conrad twierdzi, że medykalizowanie porodu na wielką skalę rozpoczęło się w latach 50. ubiegłego stulecia. Od tego czasu nastąpiło wiele zmian, które, według tego autora, są raczej reformami w zakresie medycznego podejścia do porodu niż procesem jego demedykalizacji²⁶.

Według Urszuli Domańskiej „medykalizacja macierzyństwa jest procesem, przez który medycyna domaga się autorytetu w dziedzinie życia tradycyjnie nadzorowanej przez doświadczone matki lub akuszerki, delegowane do pomocy kobiecie brzemiennej, rodzącej i karmiącej przez określoną zbiorowość”²⁷. Współcześnie macierzyństwo jest silnie zmedykalizowane zarówno na płaszczyźnie konceptualnej, jak i w praktyce. Zwraca na to uwagę również Marsden Wagner, definiując medykalizację porodu jako „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”²⁸. Takie podejście prowadzi do sytuacji, w której: „1. rodząca znajduje się w obcym środowisku, wśród nieznanych ludzi, poddana 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. 2. 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 niezależności. 3. Personel medyczny z góry zakłada niekompetencję kobiet i niemożność podejmowania przez nie decyzji o przebiegu porodu i kontakcie z dzieckiem. 4. Kontrolę nad porodem przejmuje lekarz lub położna. Oznacza to najczęściej dostosowanie tempa, czasu trwania i dynamiki porodu do określonych standardów i norm wypracowanych przez personel danego szpitala. 5. Kontrola nad porodem oznacza interwencje medyczne wykonywane w dużej mierze rutynowo. Chodzi przede wszystkim o: użycie oksycyliny dla wywołania lub przyspieszenia porodu, przebicie pęcherza owodniowego, nacięcie krocza, zastosowanie znieczuleń, cięcie cesarskie. 6. Z powodu rutynowych działań medycznych dziecko ma ograniczony, niekiedy niemożliwy kontakt z matką. 7. Środki farmakologiczne i zabiegi są stosowane w sposób rutynowy”²⁹. Przy takim podejściu podmiotowość kobiet staje się mocno ograniczona, rodząca ma niedużą możliwość

25. Brodsky P., *The control of childbirth: women versus medicine through the ages*, McFarland & Company, Inc., Publishers Jefferson, North Carolina 2008, s. 49.

26. Conrad P., *The medicalization...*, op. cit., s. 158.

27. Domańska U., *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa*, w: *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Piątkowski W., Brodński W. (red.), Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, Tyczyn 2005, s. 313.

28. Wagner M., *Fish Can't See Water: The Need To Humanize Birth*, artykuł prezentowany na konferencji „The Homebirth Australia Conference”, Noosa, Australia, grudzień 2000. Tekst dostępny na stronie: <http://www.drmomma.org/2009/08/fish-cant-see-water-need-to-humanize.html> (dostęp: 27.02.2017 r.).

29. Ibidem.

decydowania o przebiegu fizjologicznego porodu i o tym, co się z nią dzieje. Kontrolę nad porodem przejmuje personel medyczny, szczególnie lekarze³⁰.

Współczesne, zmedykalizowane podejście do ciąży i porodu charakteryzuje się skupieniem na trzech aspektach – bezpieczeństwie, ryzyku i kontroli. W takim modelu bezpieczny przebieg ciąży i porodu najczęściej zapewnia opiekujący się kobietą lekarz, który równocześnie bierze odpowiedzialność za zdrowie jej i dziecka. Ryzyko w czasie ciąży i porodu wynika z przekonania, że istnieje duże prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań. Kobieta ciężarna powinna być zatem pod stałą kontrolą specjalisty i opieką placówki medycznej³¹. W zmedykalizowanym modelu lekarze redefiniują pojęcie „prawidłowy” jako zapobieganie „nieprawidłowemu”³².

Medykalizacja nie dotyczy tylko kobiety, ale również noworodka. W ciągu pierwszych dwóch godzin po porodzie, zamiast pozostać z matką w kontakcie „skóra do skóry”, jest on poddawany licznym badaniom i zabiegom, które ten kontakt uniemożliwiają.

4.1. Medykalizacja sposobem kontroli macierzyństwa

Według Petera Conrada medykalizacja to proces społeczno-kulturowy prowadzący do „medycznej kontroli społecznej”³³. Przejawia się on m.in. w obejmowaniu medyczną opieką zjawisk należących do sfery fizjologii, np. ciąży, porodu, menopauzy. Zlecenie licznych badań, ordynowanie leków ma na celu kontrolowanie zarówno tych sfer, jak i zachowania kobiet, które muszą podporządkować się medycznym zaleceniom. Kilkumiesięczna opieka lekarska nad ciężarną jest skoncentrowana na wykrywaniu wszelkich możliwych powikłań i nieprawidłowości, czemu służyć mają liczne badania (zarówno laboratoryjne jak i obrazowe). W porodzie opieka ta polega na stosowaniu interwencji mających na celu jego przyspieszenie, np. poprzez podanie kroplówki z oksytocyną, przebicie pęcherza płodowego lub nacięcie krocza. Według Conrada, w medykalizację często zaangażowani są przedstawiciele profesji medycznych, proces ten jest bowiem konsekwencją „intencjonalnej ekspansji profesji medycznych”³⁴, które czerpią różnorakie korzyści z poddania kontroli ciężarnych i rodzących.

Medykalizacja stała się w ostatnich latach przedmiotem krytyki wielu środowisk. Coraz częściej postuluje się, aby system medyczny był kontrolowany i poddawany ocenie przez pozamedyczne instytucje. Niejednokrotnie bowiem medycyna, nastawiona na zysk, zbiurokratyzowana i odhumanizowana, zamiast dbać o zdrowie, zagraża mu.

30. Doroszevska A., *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej. Społeczne role położnych*, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2015, s. 56-57.

31. Domańska U., *Medykalizacja i...*, op. cit., s. 311-322.

32. Howell-White S., *Choosing a birth attendant: the influence of a woman's childbirth definition*, „Social Science and Medicine” 1997, nr 6, s. 925-936.

33. Conrad P., *Medicalization and Social Control*, „Annual Review of Sociology”, 1992, t. 18, nr 1, s. 211.

34. Ibidem.

Coraz częściej popełniane są z tego powodu błędy jatrogenne, a tym samym rosną koszty opieki³⁵. „W tym kontekście, zarówno przedstawiciele zawodów medycznych, urzędnicy, politycy, jak i opinia publiczna, powinni dysponować pełną informacją o pozytywnych i negatywnych konsekwencjach medycznego modelu ciąży i porodu”³⁶. Powszechnie dostępne powinny być także dane na temat opieki okołoporodowej, które mogą służyć zarówno instytucjom zdrowotnym do ewaluacji udzielanych świadczeń, jak i pozamedycznym instytucjom do analizy jakości opieki.

Lekarско-medyczny model prowadzenia ciąży i porodu został poddany krytyce przez WHO już w 1985 r. Jednocześnie Światowa Organizacja Zdrowia sformułowała zalecenia dotyczące stosowania określonych procedur medycznych. Zgodnie z nimi w systemie opieki zdrowotnej istotną rolę powinni odgrywać nie tylko lekarze, funkcjonowanie systemu w większym stopniu należy zbliżyć do społeczności lokalnej. Ciężarne powinny zostać objęte zdecentralizowaną opieką, bliską zarówno przestrzennie ich miejscu zamieszkania, jak i uwzględniającą zróżnicowane potrzeby społeczno-kulturowe. „Opieka pierwszego poziomu” (ang. *first-level maternal and newborn care*) powinna być dostępna dla wszystkich kobiet i sprawowana w głównej mierze przez położne. Dopiero w sytuacji, gdy problemu nie da się rozwiązać na podstawowym poziomie, kobieta powinna mieć możliwość uzyskania pomocy w ośrodkach wyższej referencyjności (ang. *back-up maternal and newborn care*), w których pracują ginekolodzy-położnicy i pediatrzy³⁷.

Współcześnie, obok zmian instytucjonalnych, znajdujących wyraz przede wszystkim w reorganizacji systemu opieki okołoporodowej, uważa się, że w celu poprawy zdrowia kobiet potrzebna jest dyskusja nad prawami kobiet, promocja równości płci oraz wspieranie kobiet w różnych obszarach życia społecznego³⁸.

Wskaźniki medykalizacji:

- *Rutynowe zakładanie wkłucia do żyły obwodowej*³⁹;
- *Wysoki odsetek porodów szpitalnych*⁴⁰;
- *Wysoki odsetek porodów indukowanych*⁴¹;

35. Piątkowski W., *W stronę socjologii zdrowia.*, w: *W stronę socjologii zdrowia.*, Piątkowski W., Titkow A. (red.), Lublin 2002, s. 15-58.

36. Nowakowska L., *Refleksje nad ciążą i porodem. Perspektywa krytycznej analizy dyskursu*, Kultura – Społeczeństwo – Edukacja, 2014, 1 (5), s. 9-24.

37. WHO, *Make every mother and child count*, Raport WHO z 2005 roku, dostępny na stronie: <http://www.who.int/whr/2005/en/> (dostęp 02.02.2017).

38. Rasch V., *Maternal Death and the Millennium Development Goals*, „Danish Medical Bulletin” 2007, nr. 54, s. 167-169.

39. WHO, *Care in normal birth: a practical guide. Report of Technical Working Group*, 1996, dostępny na stronie: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf (dostęp 06.03.2017 r.).

40. Wagner M., *Fish Can't See Water*, op. cit.

41. Ibidem.

- Wysoki odsetek porodów drogami natury z nacięciem krocza⁴²;
- Wysoki odsetek porodów ze stymulowaną akcją skurczową⁴³;
- Asysta lekarza w czasie fizjologicznie przebiegającego porodu⁴⁴;
- Nadużywanie ciągłego zapisu kardiokograficznego i wymóg leżenia w trakcie badania⁴⁵;
- Zbyt częste badanie wewnętrzne^{45a};
- Wysoki odsetek cesarskich cięć⁴⁶;
- Podawanie kroplówki w porodzie fizjologicznym w celu nawodnienia rodzącej⁴⁷;
- Niestosowanie/ograniczone stosowanie wertykalnych pozycji w porodzie⁴⁸;
- Zaciśnięcie pępowiny przed ustaniem tętnienia⁴⁹;
- Przerwanie dwugodzinnego kontaktu „skóra do skóry”⁵⁰.

4.2. Demedykalizacja opieki okołoporodowej

Medykalizacja porodu, wpływająca negatywnie na doświadczenia okołoporodowe kobiet oraz powodująca nadmierne użycie interwencji medycznych w przebieg fizjologicznego porodu, prowadzi w konsekwencji do wzrostu kosztów opieki. Rozliczne skutki ingerencji w naturalny proces powodują, że coraz częściej podejmuje się działania mające na celu demedykalizację opieki i ograniczenie wpływu medycyny i medycznych technologii na fizjologicznie przebiegający poród.

Działania podejmowane na rzecz możliwości wyboru przez kobietę miejsca porodu, ograniczenia liczby interwencji medycznych w poród drogami natury, dążenie do niezakłóconego po porodzie kontaktu matki z noworodkiem są przejawami odwrotnego do medykalizacji procesu.

Jednym ze sposobów ograniczenia medykalizacji jest, według Małgorzaty Jacyno, demokratyzacja relacji lekarz – pacjent. Proces ten staje się możliwy poprzez wzmocnienie pozycji pacjenta, co z kolei udaje się dzięki przekazaniu mu odpowiedniej wiedzy.

42. Ibidem.

43. Ibidem.

44. Doroszewska A., *Opieka okołoporodowa w Polsce po transformacji ustrojowej – między medykalizacją a demedykalizacją?*, w druku.

45. WHO, *Poród nie jest chorobą*, op. cit.

45a. National Institute for Health and Care Excellence, *Intrapartum care for healthy women and babies*, 2014, dostępny na stronie: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190> (dostęp 27.03.2017 r.)

46. Wagner M., *Fish Can't See Water*, op. cit.

47. WHO, *Poród nie jest chorobą*, op. cit.

48. Ibidem.

49. Baranowska B., *Odciecie pępowiny – kiedy i w jaki sposób*, artykuł dostępny na stronie: <http://www.rodzicpoludzku.pl/Wiedza-o-porodzie/Odciecie-pepowiny-kiedy-i-w-jaki-sposob.html> (dostęp 06.03.2017 r.)

50. WHO, *Poród nie jest chorobą*, op. cit.

„Chory z pacjenta przeobraża się w klienta. (...) Klient to wykwalifikowany pacjent, który diagnozę poprzedza autodiagnozą, jest krytyczny wobec proponowanej terapii i konsultuje poprawność diagnozy swojego stanu zdrowia oraz skuteczność zalecanej terapii u różnych specjalistów”⁵¹. Klient na własną rękę zdobywa wiedzę na temat stanu zdrowia, czyta dostępne publikacje, doskonali się na różnych szkoleniach czy kursach, poszukuje obszarów życia społecznego, w których może aktywnie działać na rzecz zdrowia, np. grup pacjenckich czy organizacji. Ten typ pacjentów, nazywany przez Adriana Petryna „biologicznymi obywatelami”⁵², to jednostki bardziej autonomiczne i mające większy wpływ na funkcjonowanie niezwykle sformalizowanego i zhierarchizowanego systemu ochrony zdrowia⁵³.

W ostatnich latach w Polsce obserwuje się różne działania na rzecz zdemedyzacji opieki okołoporodowej. Mają one charakter zarówno działań oddolnych, jak instytucjonalnych rozwiązań. Do tych ostatnich należą zmiany w przepisach prawnych i wprowadzenie w 2012 r. standardów opieki okołoporodowej⁵⁴.

Demedykalizacja porodu w świetle obowiązujących w Polsce przepisów prawnych:

- *prawo wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych;*
- *zapewnienie rodzącej możliwości spożywania przejrzystych płynów, także podczas aktywnej fazy porodu;*
- *proponowanie rodzącej poruszania się podczas I okresu porodu oraz zachęcanie do przyjmowania wygodnych, przynoszących ulgę w odczuwaniu bólu pozycji, w tym pozycji wertykalnych, także w II okresie porodu;*
- *zachęcanie rodzącej do stosowania niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu;*
- *ograniczenie zakładania wkłucia do żyły obwodowej – do sytuacji tego wymagającej;*
- *ograniczenie częstotliwości (nie częściej niż co 2 godziny) dokonywania oceny postępu porodu na podstawie badania położniczego wewnętrznego (w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej);*
- *ograniczenie monitorowania stanu płodu za pomocą kardiokardografu do przypadków medycznie uzasadnionych;*

51. Jacyno M., *Kultura indywidualizmu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 138.

52. Petryna A. (2004), *Biological Citizenship: The Science and Politics of Chernobyl-Exposed Populations*. „The History of Science Society”, 2004, s. 250-265, http://repository.upenn.edu/anthro_papers/21 (dostęp 01.02.2017).

53. Mazurek E., *Macierzyństwo pod medycznym nadzorem. Wybrane aspekty medyzacji macierzyństwa*, Kultura – społeczeństwo – edukacja, 2014, nr 1 (5), 75-93.

54. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów.

- ograniczenie nacięcia krocza do przypadków medycznie uzasadnionych;
- zalecenie, by pępowinę zaciskać po ustaniu tętnienia;
- zalecenie, by co najmniej dwie godziny po urodzeniu dziecko miało nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”⁵⁵.

Zawarte w standardach zalecenia mają na celu ograniczenie medykalizacji porodu poprzez wskazanie sposobu, w jaki ma przebiegać opieka nad kobietą w czasie fizjologicznego porodu, połogu i opieki nad noworodkiem. Standardy powinny stać się podstawą procedur medycznych respektowanych przez personel we wszystkich szpitalach. Z monitoringu przeprowadzonego przez Fundację Rodzić po Ludzku w 2012 r. wynika, że pomimo tego, że rozporządzenie jest standardem medycznym o charakterze normatywnym i stanowi część systemu powszechnie obowiązującego prawa, nie jest traktowane przez większość placówek położniczych jako obowiązujące. Duża część placówek nie podejmuje nawet prób jego wdrażania. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest fakt, że decydenci w służbie zdrowia (Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia) nie stworzyli skutecznego systemu kontroli wdrażania standardów i rozliczania osób odpowiedzialnych (dyrektorów, ordynatorów) za ich funkcjonowanie. Wyniki kontroli przeprowadzonej na oddziałach położniczych przez Naczelną Izbę Kontroli również pokazują, że przepisy rozporządzenia o standardach opieki okołoporodowej, a także prawa pacjentek nie są respektowane⁵⁶.

W celu zbadania stopnia medykalizacji porodów w Polsce oraz jakości opieki okołoporodowej cztery lata od wprowadzenia w życie standardów opieki okołoporodowej, Fundacja Rodzić po Ludzku w drugiej połowie 2016 r. zebrała informacje i dane statystyczne od wszystkich szpitali i oddziałów położniczych. Zakres badania wyznaczyły obowiązujące w opiece okołoporodowej przepisy, w szczególności Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. W badaniu oparto się na tych samych definicjach, które zostały zawarte w tym akcie prawnym, dotyczy to zwłaszcza pojęć: poród fizjologiczny, osoba sprawująca opiekę, nieprzerwany kontakt „skóra do skóry”.

Celem badania było dokonanie pogłębionej diagnozy i analizy aktualnej sytuacji opieki okołoporodowej w Polsce. Podstawą przedstawionych w raporcie wyników, wniosków i rekomendacji są rezultaty zbadania poziomu wybranych wskaźników jakości opieki medycznej w szpitalach i na oddziałach położniczych w Polsce.

55. Ibidem.

56. Najwyższa Izba Kontroli, *Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych*, 2016, dostęp na stronie: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11621,yp,13972.pdf> (dostęp 18.02.2017 r.).

5. Diagnoza opieki okołoporodowej w Polsce – medykalizacja w oddziałach położniczych i neonatologicznych

5.1. Realizacja badania

Opieka okołoporodowa stanowi przedmiot regularnych analiz prowadzonych przez Fundację Rodzić po Ludzku od 1996 r. Publikacje Fundacji ukazują systematyczną zmianę, jaka od połowy lat 90. ubiegłego wieku zachodzi w zakresie opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą. W ostatnich latach również Najwyższa Izba Kontroli poddała kontroli niektóre obszary tej opieki, takie jak realizacja zadań położnych środowiskowych⁵⁷ czy działalność oddziałów położniczych w zakresie opieki okołoporodowej⁵⁸. Doświadczenia kobiet związane z porodem oraz ocena jakości i dostępności usług z zakresu opieki okołoporodowej gwarantowanej przez prawo były również przedmiotem audytu społecznego przeprowadzonego na terenie województwa małopolskiego przez Stowarzyszenie Obywatel Mama⁵⁹.

Zrealizowane przez Fundację Rodzić po Ludzku w drugiej połowie 2016 r. ogólnopolskie badanie było kolejnym po akcjach „Rodzić po Ludzku” (przeprowadzonych w latach 1994, 2000, 2006) badaniem mającym na celu poznanie praktyk związanych z opieką okołoporodową w szpitalach. Badaniem zostały objęte wszystkie oddziały położnicze i neonatologiczne w Polsce. Narzędziem zbierania danych była elektroniczna ankieta, do której każdy szpital otrzymał link wraz z kodem dostępu służącym do zalogowania się do profilu danej placówki. Elektroniczny formularz umożliwiał zapisanie danych w trakcie wypełniania, a także przesłanie ankiety drogą elektroniczną lub jej wydrukowanie i przesłanie w wersji papierowej.

W pierwszym etapie badania, który trwał od 13 lipca do 10 sierpnia 2016 r., został przeprowadzony pilotaż. Wzięło w nim udział 13 losowo wybranych szpitali (do 11 pierwotnie wybranych dobrane zostały kolejne 2 placówki w miejsce szpitali, które przekazały informację o zamknięciu swoich oddziałów położniczych). Pilotaż pozwolił na przetestowanie, ewaluację i usprawnienie narzędzia do zbierania danych, a także poddanie analizie pierwszych wyników.

Zasadnicza część badania rozpoczęła się 23 sierpnia 2016 r. W tym dniu do 390 szpitali został przesłany drogą mejlową wniosek o udostępnienie informacji publicznej podpisany przez prezeskę Fundacji Rodzić po Ludzku Joannę Pietrusiewicz. We wniosku znajdował się link do ankiety elektronicznej.

57. Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej*, Kraków 2011, dostęp na stronie: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,3004,vp,3795.pdf> (dostęp 14.02.2017 r.).

58. Najwyższa Izba Kontroli, *Opieka okołoporodowa...*, op. cit.

59. Niedośpiąt J., *Mamy prawo...*, op. cit.

Zgodnie z ustawą o dostępie do informacji publicznej szpitale miały obowiązek udzielenia odpowiedzi bez zbędnej zwłoki w ciągu 14 dni⁶⁰. W terminie odpowiedziały 103 szpitale. Kolejnym etapem zbierania danych było monitowanie placówek. 13 września wysłano drogą elektroniczną ponaglenia do 221 szpitali. Ostatecznie uzyskano odpowiedzi od 367 placówek. Wśród nich było 217 (59%) szpitali, w których oddział położniczy miał I stopień referencyjności, 94 (26%) placówki II stopnia i 54 (15%) z III stopniem referencyjności. Zebrane dane zostały poddane analizie, a wyniki badania przedstawione w niniejszym raporcie.

Na większości wykresów przedstawiono dane w formie procentowej. Na każdej rycinie znajduje się informacja o podstawie oprocentowania (n=), którą stanowiły wszystkie udzielone odpowiedzi w danym pytaniu. W obliczeniach nie uwzględniono braków danych (część szpitali nie odpowiedziała na wszystkie pytania bądź odpowiedzi były nieprecyzyjne, co uniemożliwiło analizę), stąd wynikają różnice w podanej na każdym wykresie liczebności (n=).

Wyniki uzyskane z przeprowadzonego badania dotyczą praktyk realizowanych w szpitalach oraz statystyk podanych przez poszczególne placówki. Informacje uzyskano od szpitali, których przedstawiciele samodzielnie wypełniali formularz ankiety z pytaniami i odpowiedziami. Taki sposób zbierania danych wybrano ze względów ekonomicznych. Założono dotarcie do wszystkich oddziałów położniczych i neonatologicznych oraz zebranie informacji dotyczących licznych obszarów funkcjonowania instytucji. Ograniczenia finansowe uniemożliwiły przeprowadzenie wywiadów kwestionariuszowych realizowanych przez ankieterów, a także triangulację zbierania danych, tj. zbieranie danych za pomocą różnych technik. Projekt zakładał uzyskanie informacji od szpitali.

Przedstawione w niniejszym raporcie wyniki są dwojakiego rodzaju. W jednej części szpitale były proszone o podanie liczb dotyczących określonych procedur, na ich podstawie wyliczono wartości procentowe odzwierciedlające odsetki wykonanych w 2015 r. świadczeń. W pozostałych częściach proszono o informacje na temat stosowanych w szpitalach praktyk. Informacje zostały pozyskane w trybie dostępu do informacji publicznej, należy zatem uznać, że są to oficjalne dane szpitala (tab. 1).

60. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej, Dz.U. 2001 nr 112 poz. 1198 z późn. zm., art. 13.

Tab. 1. Rodzaj przedstawionych zmiennych

Rodzaj danych	Zmienne
Deklaracje szpitali	<ul style="list-style-type: none"> - Osoba sprawująca opiekę - Spożywanie płynów w czasie porodu - Częstotliwość i długość zapisu KTG - Częstotliwość przeprowadzania badania wewnętrznego w czasie porodu - Dostępność sposobów łagodzenia bólu w czasie porodu - Pozycje stosowane w czasie porodu - Kontakt „skóra do skóry” - Ubieranie, mierzenie i ważenie zdrowego noworodka - Ocena w skali Apgar po porodzie drogami natury - Dostępność szkół rodzenia - Omawianie planu porodu - Osoba towarzysząca - Przygotowanie oddziałów do opieki nad osobami niepełnosprawnymi
Dane statystyczne podane przez szpitale	<ul style="list-style-type: none"> - Odsetek porodów fizjologicznych - Odsetek cesarskich cięć - Odsetek porodów indukowanych - Odsetek porodów zabiegowych - Odsetek porodów ze stymulowaną akcją skurczową - Odsetek porodów, w których zastosowano nacięcie krocza - Odsetek porodów, w których zastosowano farmakologiczne sposoby łagodzenia bólu - Odsetek porodów bez użycia farmakologicznych metod łagodzenia bólu

Zebrane dane nie odnoszą się do doświadczeń pacjentek. Uzyskane od szpitali informacje porównano z odpowiedziami kobiet, które rodziły w ostatnich latach i brały udział w kontroli zrealizowanej przez Najwyższą Izbę Kontroli⁶¹ i w audycie społecznym przeprowadzonym w województwie małopolskim przez Stowarzyszenie Obywatel Mama⁶².

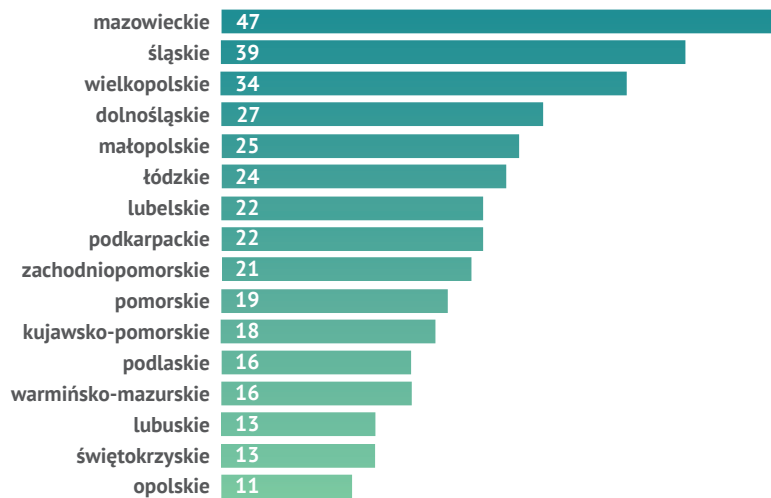
5.2. Badane szpitale – informacje ogólne

Analizie poddano oddziały położnicze i neonatologiczne z całej Polski (ryc. 1). Oddział położniczy i neonatologiczny mają w większości szpitale taki sam stopień referencyjności. 59% szpitali posiada oddział położniczy z I stopniem referencyjności, 26% z II stopniem, a 15% z III stopniem. Odpowiednio, oddział neonatologiczny ma I stopień referencyjności w 58% placówek, II stopień w 26%, a III w 16% szpitali (ryc. 2).

61. Najwyższa Izba Kontroli, *Opieka okołoporodowa...*, op. cit.

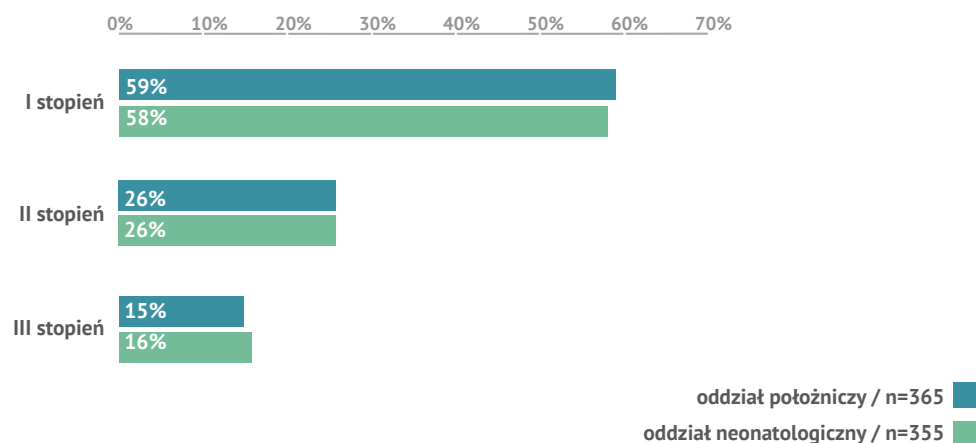
62. Niedośpiąt J., *Mamy prawo*, op. cit.

Ryc. 1. Liczba szpitali w poszczególnych województwach



n=367

Ryc. 2. Odsetek oddziałów położniczych i neonatologicznych w podziale na stopień referencyjności



5.3. Medykalizacja w izbie przyjęć

W ponad połowie szpitali (58%) to personel decyduje, czy pacjentce wykonuje się wkłucie do żyły obwodowej (nie jest to procedura wykonywana standardowo u wszystkich kobiet). Doświadczenia ankietowanych w Małopolsce kobiet pokazują, że 89% z tych, które urodziły drogami natury, miało założony wenflon⁶³. Tymczasem według standardów

63. Niedośpiat J., *Mamy prawo.*, op. cit.

opieki okołoporodowej wklucie do żyły obwodowej powinno być wykonywane tylko w sytuacji tego wymagającej⁶⁴.

Wyniki badania pokazały również, że wenflon jest częściej zakładany w szpitalach, w których oddział położniczy ma I stopień referencyjności. W 16% tych szpitali interwencja jest wykonywana u wszystkich pacjentek już w izbie przyjęć, w 9% szpitali III stopnia referencyjności i 6% szpitali II stopnia. Jednocześnie wśród placówek, w których z założenia mają odbywać się porody bez powikłań, jest najniższy odsetek szpitali, które nie zakładają w ogóle wklucia w izbie przyjęć (28% w porównaniu do 41% w szpitalach z III stopniem referencyjności oddziału położniczego).

5.4. Osoba sprawująca opiekę

Zgodnie z przepisami kobieta powinna mieć możliwość wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych⁶⁵. Tymczasem w 77% szpitali osoba sprawująca opiekę jest przydzielana pacjentkom odgórnie (ryc. 3).

Ryc. 3. Osoba sprawująca opiekę (OSO)



W 77% szpitali osoba sprawująca opiekę jest przydzielana pacjentkom odgórnie. Tylko 23% szpitali realizuje standard opieki okołoporodowej, zgodnie z którym kobieta ma możliwość wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych⁶⁶.

Odsetek szpitali, w których osoba sprawująca opiekę jest przydzielana odgórnie rośnie wraz ze stopniem referencyjności oddziału położniczego. W szpitalach, w których oddział

64. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów.

65. Ibidem.

66. Ibidem.

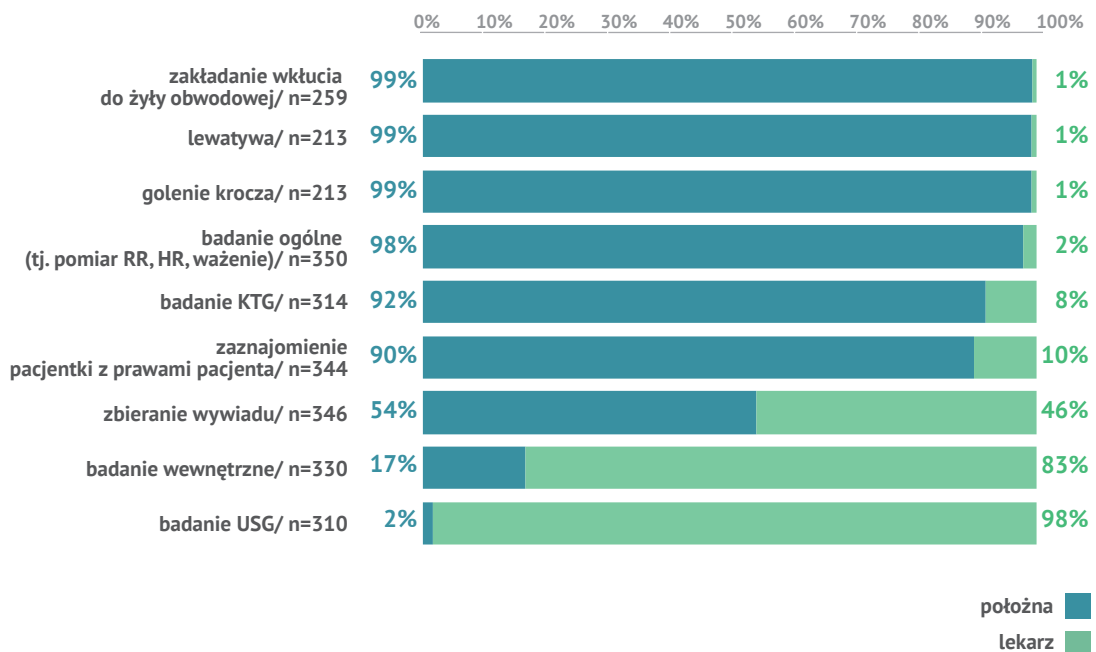
ma I lub II stopień referencyjności, osoba sprawująca opiekę jest ogólnie przydzielana odpowiednio w 76% i 77% placówek. Natomiast w szpitalach posiadających III stopień referencyjności oddziału położniczego, osoba sprawująca opiekę jest ogólnie przydzielana o 8 punktów procentowych częściej.

Standardy opieki okołoporodowej dają uprawnienia zarówno położnym, jak i lekarzom do opieki nad kobietą w czasie fizjologicznie przebiegającego porodu, w którym nie zostało zastosowane znieczulenie farmakologiczne. Z zebranych od szpitali informacji wynika, że położne wykonują wiele czynności zarówno w izbie przyjęć, jak i w sali porodowej, lekarze natomiast najczęściej kontrolują postęp porodu, są także zwykle obecni w czasie II okresu fizjologicznie przebiegającego porodu.

Większość czynności w izbie przyjęć wykonują położne. Przedstawicielki tego zawodu zazwyczaj zakładają wkłucie do żyły obwodowej, robią lewatywę, golą krocze, przeprowadzają badanie ogólne, wewnętrzne i KTG, a także przekazują informacje o prawach pacjenta. Badanie USG i badanie wewnętrzne jest zwykle wykonywane przez lekarzy (odpowiednio w 98% i 84% placówek).

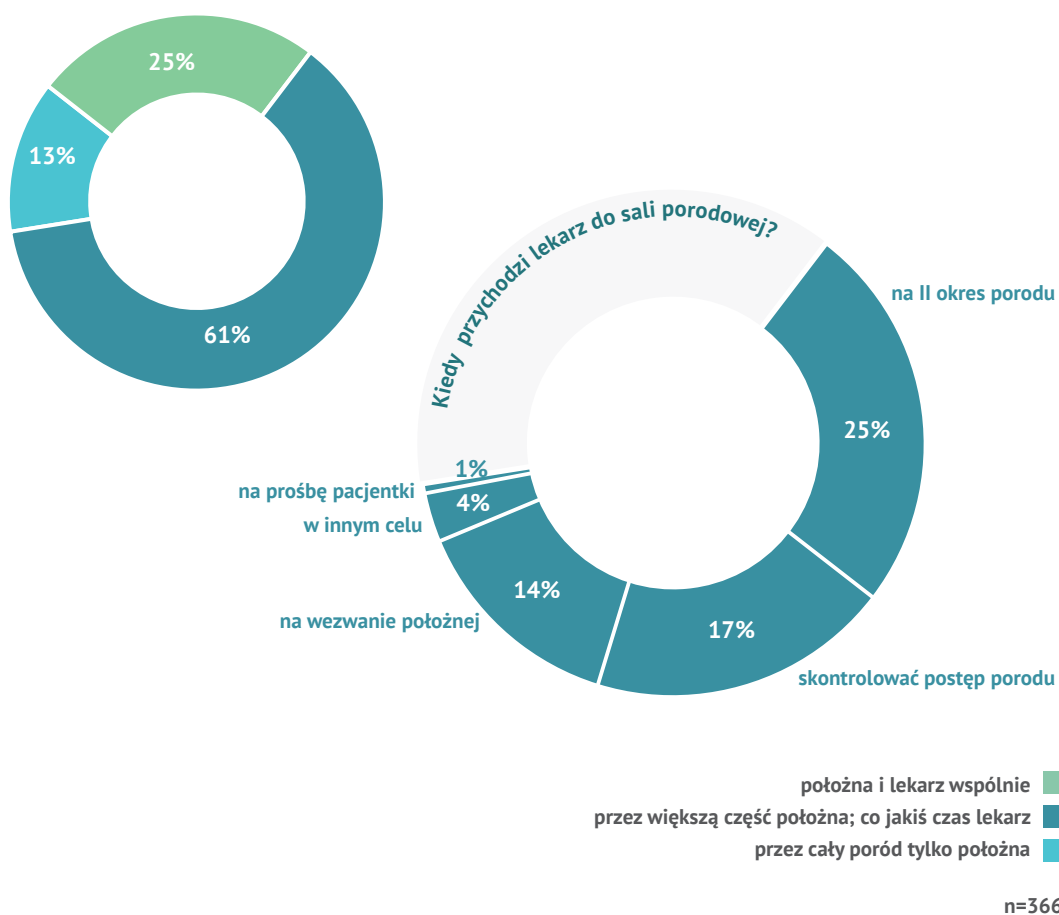
Warto zwrócić uwagę, że w 46% szpitali to lekarz zbiera wywiad (ryc. 4). Zaangażowanie lekarzy w wykonywanie poszczególnych czynności wzrasta wraz ze stopniem referencyjności oddziału położniczego. Lekarze zbierają wywiad w 38% szpitali, których oddział położniczy ma I stopień referencyjności, w 50% szpitali z II stopniem i w 57% szpitali z III stopniem. Również badanie KTG częściej jest wykonywane przez lekarza w szpitalach z wyższym poziomem referencyjności oddziału położniczego (odpowiednio 6%, 10%, 12%).

Ryc. 4. Osoba wykonująca w izbie przyjęć wybrane czynności podczas przyjęcia kobiety do porodu



Samodzielność zawodowa położnych jest wykorzystywana w ograniczonym stopniu. Tylko w 13% szpitali położne opiekują się samodzielnie rodzącą przez cały poród, jeśli przebiega on fizjologicznie i nie zastosowano znieczulenia farmakologicznego. W co czwartym szpitalu opiekę nad rodzącą sprawują wspólnie położna i lekarz. W 61% placówek przez większą część porodu opiekę nad rodzącą sprawuje położna, jednak co jakiś czas w sali porodowej pojawia się lekarz, aby skontrolować przebieg porodu, niezależnie od tego, czy położna lub rodząca wyrażają taką potrzebę. Z zebranych danych wynika także, że lekarz często asystuje w II okresie porodu albo regularnie zagląda do sali porodowej, by ocenić postęp porodu (ryc. 5).

Ryc. 5. Osoba sprawująca opiekę nad rodzącą w czasie przebiegającego fizjologicznie porodu bez komplikacji, bez znieczulenia farmakologicznego



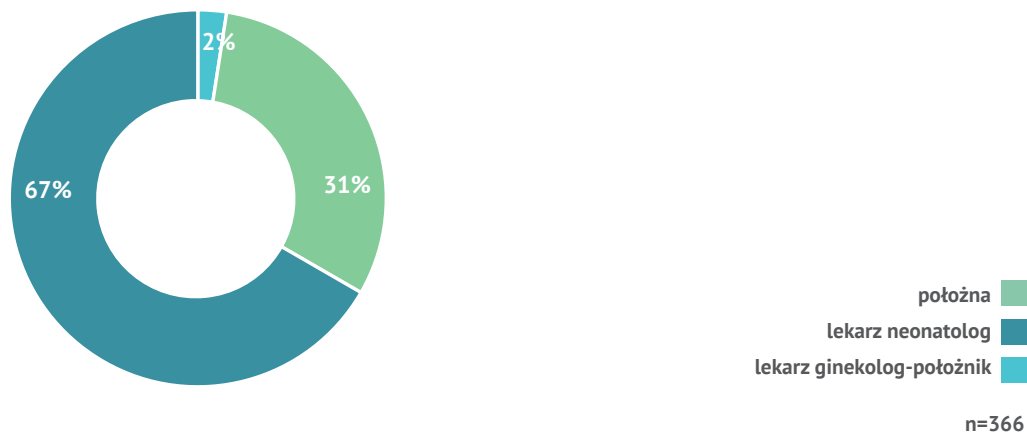
Powstaje pytanie, jaka jest przyczyna niewykorzystywania w pełni samodzielności zawodowej położnych. Czy to lekarze uniemożliwiają położnym samodzielne prowadzenie i przyjęcie fizjologicznego porodu, uznając, że muszą kontrolować jego postęp lub przebieg II okresu. Czy też może przedstawicielki tego zawodu korzystają

z samodzielności zawodowej w ograniczonym zakresie, na co wskazywałyby wyniki badań przeprowadzonych kilka lat temu na reprezentatywnej grupie czynnych zawodowo położnych⁶⁷. Prawie połowa ankietowanych odpowiedziała, że w miejscu pracy muszą wykonywać zlecenia lekarskie i nie mają autonomii w realizowaniu swoich zadań. Równocześnie położne deklarują poparcie dla działań wykorzystujących samodzielność, jednak rzadko zabiegają o autonomię w udzielaniu świadczeń w szpitalu⁶⁸.

Brak samodzielności położnych pracujących w szpitalu został też podkreślony w raporcie z monitoringu wdrażania nowych standardów opieki okołoporodowej w wybranych placówkach położniczych województwa mazowieckiego. Jeden z wniosków brzmiał następująco: „położne mają niskie poczucie własnej wartości zawodowej. Nie wykorzystują danej im ustawowo samodzielności w obawie przed ponoszeniem odpowiedzialności. Niepewność co do swoich umiejętności powoduje, że nie tylko zgadzają się na to, aby lekarze wkraczali w ich kompetencje, ale wręcz, dla poczucia własnego bezpieczeństwa, potrzebują obecności lekarza w sytuacjach tego niewymagających. Tymczasem standardy określają położną jak specjalistkę uprawnioną do samodzielnego sprawowania opieki nad kobietą w porodzie fizjologicznym”⁶⁹.

Lekarze częściej przeprowadzają ocenę dziecka w skali Apgar po porodzie drogami natury – w 67% szpitali robi to lekarz neonatolog, tylko w 31% położna (ryc. 6).

Ryc. 6. Osoba, która wykonuje ocenę w skali Apgar po porodzie drogami natury



Dużo częściej niż w szpitalach z I i II stopniem referencyjności położne dokonują oceny w skali Apgar po porodzie drogami natury w szpitalach z III stopniem referencyjności

67. Badania zrealizowane przez A. Doroszewską w 2010 r. Badania objęto reprezentatywną próbę aktywnych zawodowo położnych (n=335). Technika zbierania danych była ankieta pocztowa.

68. Doroszeńska A., *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej*, op. cit., s. 194-210.

69. Baranowska B., Kubicka-Kraszyńska U., Tymińska A., *Monitoring wdrażania nowych standardów okołoporodowych w wybranych placówkach położniczych województwa mazowieckiego*, Fundacja Rodzic po Ludzku, Warszawa 2013, raport dostępny na stronie: http://www.rodzicpoludzku.pl/images/raport_z_monitoringu_woj.maz_rodzic_po_ludzku.pdf (dostęp 06.03.2017 r.).

oddziału neonatologicznego (42%). Tam, gdzie oddział neonatologiczny ma niższy stopień referencyjności, tam ocena jest dokonywana zdecydowanie częściej przez lekarza neonatologa (tab. 2).

Tab. 2. Osoba wykonująca ocenę w skali Apgar w zależności od stopnia referencyjności oddziału neonatologicznego

Osoba wykonująca ocenę w skali Apgar	Stopień referencyjności oddziału neonatologicznego		
	I stopień	II stopień	III stopień
lekarz neonatolog	69%	76%	58%
położna	31%	24%	42%

5.5. Warunki w oddziałach położniczych

W 80% szpitali kobiety mogą do porodu przebrać się we własne ubranie. W 4% placówek rodzące mogą podjąć decyzję, jaki strój wolą – własny czy szpitalny. 11% szpitali nadal wymaga od kobiet przebrania się w ubranie szpitalne.

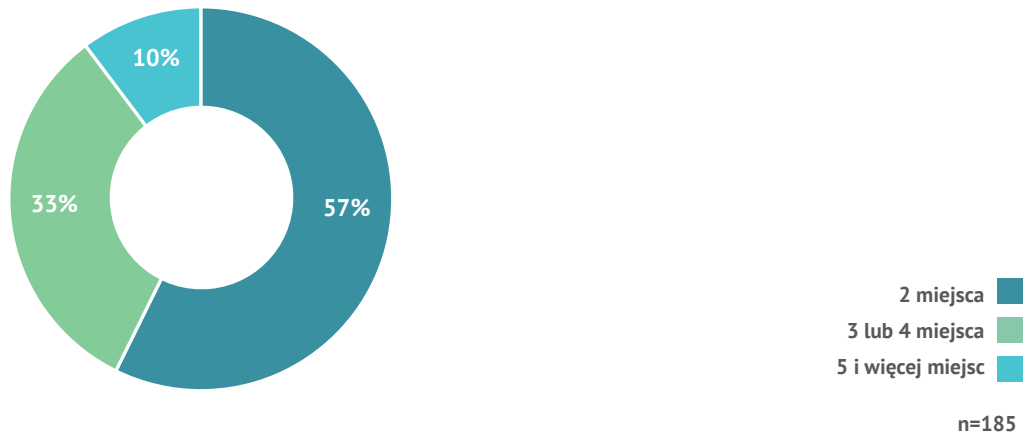
*11% szpitali nadal wymaga od kobiet przebrania się w szpitalne ubranie.
W 84% szpitali kobiety mają prawo wyboru w zakresie stroju do porodu i mogą przebrać się we własne ubranie.*

W ponad połowie szpitali (51%) wciąż funkcjonuje wielołożkowy trakt porodowy lub sale wieloosobowe, natomiast w pozostałych placówkach (49%) wszystkie porody odbywają się w salach jednoosobowych. Mimo że liczba miejsc w salach jednoosobowych jest mniejsza niż w salach wieloosobowych, to jednak większość porodów w Polsce odbywa się w salach jednoosobowych, które umożliwiają poród rodzinny. Odsetek szpitali, w których porody odbywają się już tylko w salach jednoosobowych, zależy od stopnia referencyjności oddziału położniczego. W szpitalach z I stopniem referencyjności jest to 47%, w szpitalach z II stopniem odsetek ten wynosi 62%, a z III stopniem 67%.

Z analizy zebranych danych wynika, że w szpitalach, w których są tylko sale jednoosobowe jest niższy odsetek cesarskich cięć (42%) oraz nagłych cesarskich cięć (52%), niż w placówkach, gdzie są tylko trakty porodowe i sale wieloosobowe (odpowiednio 46% i 58%). Jednocześnie w szpitalach, w których są tylko sale jednoosobowe jest więcej porodów indukowanych (18%) i stymulowanych (25%) w porównaniu ze szpitalami, w których znajdują się tylko trakty porodowe i sale wieloosobowe (odpowiednio 14% i 16%).

W 57% placówek trakt porodowy jest podzielony na boksy, w co trzecim znajdują się parawany (32%), a w 15% łóżka są oddzielone niską ścianką. 57% traktów porodowych jest dwustanowiskowych, w 33% są 3 lub 4 miejsca (ryc. 7). W 10% szpitali na trakcie porodowym jest 5 i więcej stanowisk.

Ryc. 7. Liczba miejsc na wielołożkowym trakcie porodowym / w salach wieloosobowych



Jednocześnie w 13% szpitali w ogóle nie ma sali jednoosobowej do porodu⁷⁰. W tych placówkach kobiety mają ograniczone możliwości porodu w intymnych warunkach, a także wsparcia osoby bliskiej w trakcie porodu, bowiem jej obecność jest często uzależniona od zgody innych rodzących kobiet.

70. Szpitale, w których w ogóle nie jest dostępna jednoosobowa sala do porodu to: Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o.o., Oddział Ginekologiczno-Położniczy w Brzegu Dolnym, Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., SP ZOZ w Choszcznie, SP ZOZ w Człuchowie, Szpital Specjalistyczny im. Szymona Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o. w Gliwicach, Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie, SP ZZOZ Szpital w Iłży, SP ZZOZ w Janowie Lubelskim, Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie, ZOZ w Kłodzku, Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku, Szpital w Knurowie Sp. z o.o., Szpital Ogólny w Kolnie, SP ZOZ w Kole, Specjalistyczny Szpital św. Łukasza w Końskiem, SP ZOZ w Kraśniku, SP ZOZ w Krasnymstawie, „Kutnowski Szpital Samorządowy” Sp. z o.o. w Kutnie, SP ZOZ w Lesku, SP Szpital Kliniczny nr 1, Klinika Położnictwa i Patologii Ciąży Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, SP ZOZ Zespół Zakładów Oddział Ginekologiczno-Położniczy w Makowie Mazowieckim, Szpital Miejski w Miastku Sp. z o.o., Nowodworskie Centrum Medyczne Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie, „OLMEDICA” w Olecku Sp. z o.o., SP ZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej, SP ZOZ w Parczewie, SP ZZOZ w Pionkach, Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Piotrkowie Trybunalskim, Przyjazny Szpital w Półczynie Zdroju Sp. z o.o. Centrum Usług Szpitalnych, SP ZOZ w Przeworsku, Centrum Dializa Sp. z o.o. - Szpital Pszczyna, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie, SP ZOZ Szpital Powiatowy w Sejnach, NZOZ Szpital im. dr n. med. Radzimira Śmigielskiego w Skwierzynie, Szpital Powiatowy w Stawnie, SP ZOZ w Słupcy, ZOZ w Strzyżowie, Nowy Szpital w Świebodzinie Sp. z o.o., SP ZOZ w Ustrzykach Dolnych Szpital Ogólny, 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Wałczu, SP ZOZ w Wieluniu, SP ZOZ we Włodawie, Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem, Centrum Zdrowia Mazowska Zachodniego Sp. z o.o. w Żyrardowie, ZZOZ Szpital Powiatowy w Żywcu.

5.6. Medykalizacja porodu drogami natury

5.6.1. Spożywanie płynów w czasie porodu

Z zebranych informacji wynika, że w 95% placówek rodzące mogą pić wodę, jeśli mają na to ochotę. W 12% personel pozwala kobietom pić również herbatę, w 5% sok. Patrząc jednak na odpowiedzi kobiet, uzyskane w badaniu NIK, można mieć wątpliwość, czy nie są to jedynie deklaracje szpitali. Jedynie 38% badanych przez NIK kobiet deklarowało, że personel zachęcał je do picia wody lub innych przejrzystych płynów⁷¹.

W 35% placówek kobietom w trakcie porodu jest podawana kroplówka nawadniająca. Zatem w co trzecim szpitalu, mimo że pacjentka może pić, dodatkowo jest jej podawana kroplówka. Jest to niepotrzebna ingerencja w przebieg fizjologicznego porodu, która wiąże się z inną ingerencją, a mianowicie koniecznością założenia wkłucia do żyły obwodowej.

Szpitala są podzielone w opinii na temat jedzenia w czasie fizjologicznego porodu; w 44% placówek kobiety mogą jeść, podczas gdy w 56% nie mają takiej możliwości.

5.6.2. Zapis KTG w czasie fizjologicznego porodu

W 80% szpitali zapis KTG w czasie fizjologicznego porodu jest prowadzony raz na jakiś czas, natomiast w 9% placówek kobieta przez cały czas leży na łóżku porodowym, podłączona do KTG. W 7% szpitali prowadzony jest ciągły zapis, ale przy użyciu telemetrii. W zależności od stopnia referencyjności obserwuje się różną częstotliwość stosowania zapisu KTG. Szpitale z III stopniem referencyjności oddziału położniczego dwukrotnie częściej prowadzą zapis KTG przez cały poród przy użyciu telemetrii (15%) niż szpitale z I stopniem (7%) i siedmiokrotnie częściej niż szpitale z II stopniem (2%).

W świetle zebranych od szpitali informacji odsetek porodów, w których prowadzi się ciągły zapis KTG, wynosi jedynie 16%. Jednak odpowiedzi ponad 2 tys. ankietowanych kobiet w ramach audytu społecznego w województwie małopolskim pokazują, że ponad 26% kobiet było w czasie porodu fizjologicznego w sposób ciągły monitorowanych.⁷²

Tylko 13% szpitali deklaruje, że w czasie fizjologicznego porodu zapis KTG jest prowadzony rzadziej niż co dwie godziny.

W ponad połowie szpitali (53%), w których zapis KTG wykonuje się raz na jakiś czas, robi się go co 1–2 godziny, w 18% co pół godziny do godziny, a w 16% częściej niż co 30 minut (ryc. 8). Monitorowanie stanu płodu z wykorzystaniem kardiografu w 76% placówek trwa 20 do 30 minut, a w 13% od pół godziny do godziny.

71. Najwyższa Izba Kontroli, *Opieka okołoporodowa...*, op. cit.

72. Niedośpiąt J., *Mamy prawo...*, op. cit.

Ryc. 8. Częstotliwość wykonywania zapisu KTG w czasie fizjologicznego porodu



W 87% szpitali zapis KTG wykonuje się częściej niż co dwie godziny, w większości szpitali zapis trwa 20-30 minut. Zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej ocena stanu płodu powinna być dokonywana przede wszystkim przez osłuchiwanie, a za pomocą kardiokardografu jedynie w medycznie uzasadnionych przypadkach⁷³. Wyniki badania pokazują, że mimo zaleceń standardów opieki okołoporodowej personel nadużywa monitorowania stanu płodu za pomocą kardiokardografu.

5.6.3. Badanie wewnętrzne

W świetle zebranych informacji badania wewnętrzne w czasie porodu fizjologicznego są wykonywane zarówno przez położne, jak i lekarzy. Położna robi je w 86% szpitali, lekarz w 68%. Rzadziej niż co godzinę, ale częściej niż co dwie godziny bada kobietę 69% położnych i 88% lekarzy, natomiast co godzinę lub częściej 31% położnych i 12% lekarzy. Położne badają wewnętrznie średnio co 103 minuty, a lekarze co 109 minut.

Zebrane odpowiedzi dotyczyły częstotliwości wykonywania badania wewnętrznego w trakcie fizjologicznie przebiegającego porodu. Zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej nie powinno być ono wykonywane częściej niż co 2 godziny, czyli co 120 minut. To pokazuje, że i w tej kwestii standard nie jest przestrzegany. Potwierdzają to również wyniki badania oddziałów położniczych w województwie małopolskim – badanie wewnętrzne wykonywano częściej niż co dwie godziny u połowy kobiet w trakcie porodu fizjologicznego (56%)⁷⁴. Tylko w 17% szpitali badanie wewnętrzne wykonuje się co dwie godziny lub rzadziej, czyli zgodnie z przepisami i założeniem jak najmniejszej ingerencji w naturalny proces porodu.

⁷³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów.

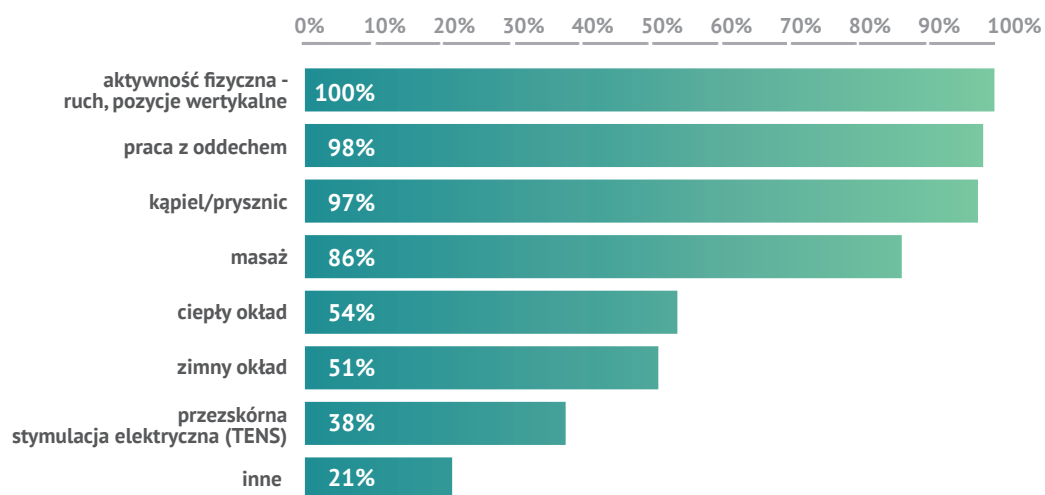
⁷⁴ Niedośpiąt J., *Mamy prawo.*, op. cit.

5.6.4. Sposoby łagodzenia bólu w czasie porodu

5.6.4.1. Dostępność niefarmakologicznych sposobów łagodzenia bólu

Aktywność fizyczna jako niefarmakologiczna metoda łagodzenia bólu w czasie porodu jest dostępna we wszystkich szpitalach. W prawie wszystkich oddziałach położniczych z grupy tych metod personel wykorzystuje i proponuje rodzącej w trakcie porodu również pracę z oddechem (98%), kąpiel bądź prysznic (97%), nieznacznie rzadziej masaż (86%). W ponad połowie placówek kobiety mogą liczyć także na ciepły lub zimny okład (odpowiednio 54% i 51%). Znacznie rzadziej, jedynie w 38% szpitali, dostępna jest przezskórna stymulacja elektryczna TENS (ryc. 9).

Ryc. 9. Dostępność niefarmakologicznych sposobów łagodzenia bólu w czasie porodu



n=366

Niefarmakologiczne sposoby łagodzenia bólu najczęściej są dostępne w oddziałach położniczych o II stopniu referencyjności – ciepły i zimny okład (odpowiednio 64% i 59%), a także przezskórna stymulacja elektryczna (47%). Najrzadziej metody te są dostępne w szpitalach I stopnia referencyjności – ciepły okład oferuje 48% z nich, zimny 47%, a TENS 33%.

Z powyższych danych wynika, że szpitale deklarują dużą dostępność niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu. Powstaje zatem pytanie, czy w równie szerokim zakresie stosują te metody. Z kontroli NIK wynika, że tylko 67% kobietom personel proponował zmianę pozycji w celu ulżenia w bólu, 54% ćwiczenia oddechowe, 45% zaoferowano spacer, a 34% kąpiel pod prysznicem⁷⁵. W świetle audytu małopolskich szpitali i oddziałów położniczych tylko niecałe 30% kobiet rodzących siłami natury faktycznie skorzystało z jakichkolwiek niefarmakologicznych sposobów uśmierzania bólu⁷⁶.

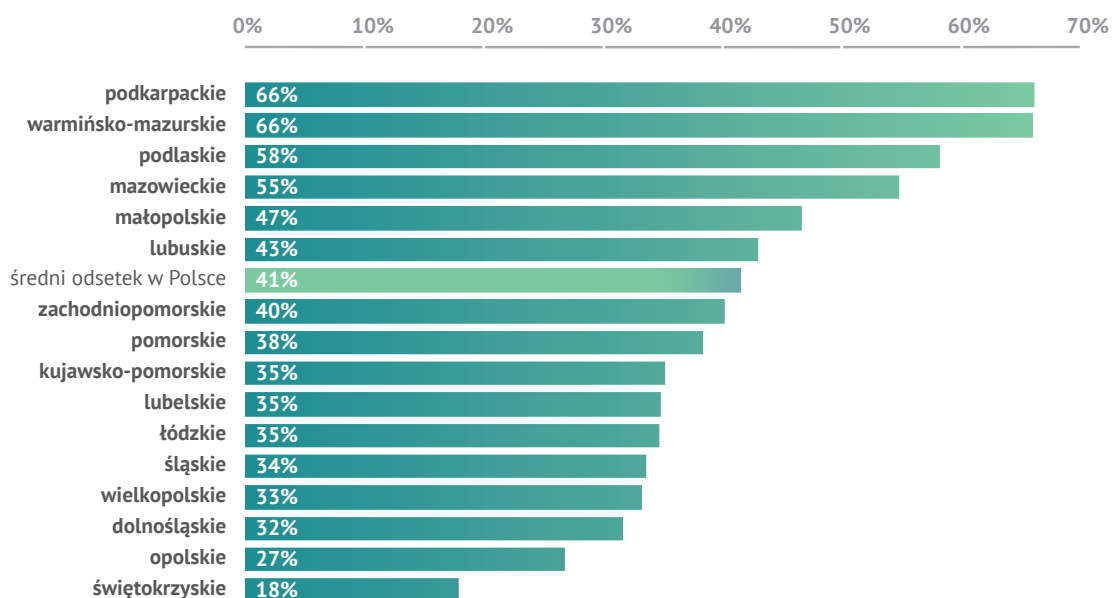
75. Najwyższa Izba Kontroli, *Opieka okołoporodowa...*, op. cit.

76. Niedośpiąt J., *Mamy prawo...*, op. cit.

5.6.4.2. Dostępność farmakologicznych sposobów łagodzenia bólu w czasie porodu

Z uzyskanych od szpitali danych statystycznych wynika, że w 2015 r. znieczulenie farmakologiczne zastosowano w 41% porodów. Znacznie częściej znieczulenie zostało zastosowane w szpitalach z III stopniem referencyjności. Najwięcej porodów bez użycia znieczulenia farmakologicznego odbywa się w szpitalach z I stopniem referencyjności oddziału położniczego. Widoczne są również duże różnice w stosowaniu znieczulenia farmakologicznego między województwami. Było ono użyte w 66% porodów w województwach podkarpackim i warmińsko-mazurskim i tylko w 18% w województwie świętokrzyskim⁷⁷ (ryc. 10).

Ryc. 10. Odsetek porodów ze znieczuleniem farmakologicznym w poszczególnych województwach



n=178

Spośród farmakologicznych sposobów łagodzenia bólu najbardziej rozpowszechniona jest analgezja wziewna – dostępna w 84% szpitali. Jedynie połowa szpitali (49%) deklaruje dostępność znieczulenia zewnątrzoponowego, natomiast 30% placówek petydyny (ryc. 11). Szpitale częściej deklarują, że w placówce są dostępne analgezja wziewna i petydyna niż w rzeczywistości wykorzystują te metody. Z danych statystycznych podanych przez placówki dla 2015 r. wynika bowiem, że metody wziewne wykorzystano w 51% porodów, w 40% znieczulenie dołędźwiowe, a petydynę użyto w 13% porodów.

77. Wyliczenia na podstawie danych podanych przez szpitale w części dotyczącej danych statystycznych. Ponad połowa szpitali nie podała liczby porodów ze znieczuleniem farmakologicznym w 2015 r.

Ryc. 11. Dostępność farmakologicznych sposobów łagodzenia bólu



Istnieje duża różnica między szpitalami w dostępności do znieczulenia zewnątrzoponowego w trakcie porodu. Aż w 83% szpitali z III stopniem referencyjności oddziału położniczego i jedynie w 36% z I stopniem referencyjności, kobieta może z niego skorzystać. Natomiast analgezja wziewna jest stosowana w prawie wszystkich szpitalach II stopnia referencyjności (91%) (tab. 3).

Tab. 3. Dostępność farmakologicznych sposobów łagodzenia bólu w podziale na stopień referencyjności oddziału położniczego

Dostępne farmakologiczne sposoby łagodzenia bólu	Stopień referencyjności oddziału położniczego		
	I stopień	II stopień	III stopień
analgezja wziewna	85%	90%	72%
znieczulenie zewnątrzoponowe	36%	63%	83%

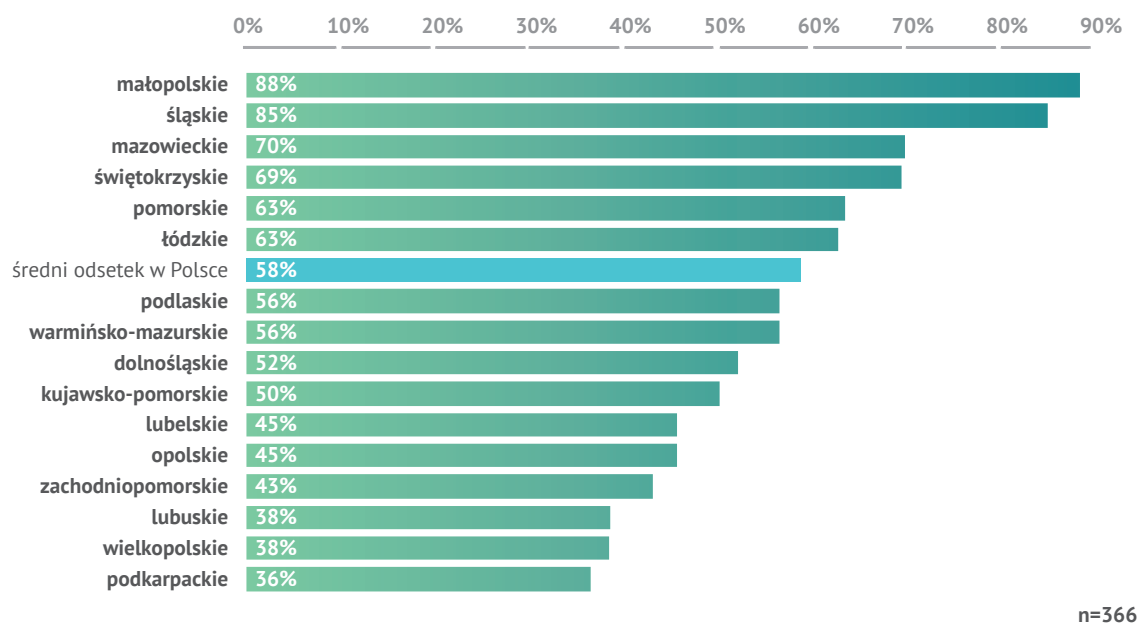
W 32% szpitali znieczulenie dołędźwiowe w ogóle nie jest dostępne. W części szpitali (n=35) pacjentka nie otrzyma znieczulenia zewnątrzoponowego, może jednak otrzymać inny rodzaj znieczulenia dołędźwiowego (podpajęczynówkowe). Główną przyczyną niedostępności tego znieczulenia są trudności kadrowe. Aż 79% placówek, które nie zapewniają tej formy znieczulenia porodu deklaruje, że problemem jest brak anestezjologa, kolejne 16% sygnalizuje braki odpowiedniego personelu medycznego.

Te bariery potwierdza również kontrola NIK przeprowadzona na oddziałach położniczych w 2015 r.

Jeśli w szpitalu dostępne jest znieczulenie dołędźwiowe, to zwykle kobiety mogą z niego skorzystać na własne życzenie. Dzieje się tak w ponad $\frac{3}{4}$ szpitali, które mają możliwość podania tego rodzaju znieczulenia. Jednak w 22% szpitali można je otrzymać tylko ze wskazań medycznych. Znieczulenie zwykle nie powoduje unieruchomienia rodzącej. Jeśli pacjentka je otrzyma, to w 85% szpitali ma możliwość poruszania się.

Warto zwrócić uwagę na różnice w dostępności znieczulenia dołędźwiowego w poszczególnych województwach. Na podstawie deklaracji szpitali wiadomo, że jest ono dostępne w 88% szpitali w województwie małopolskim, w 85% w śląskim, w 38% w wielkopolskim i lubuskim a jedynie w 36% w podkarpackim (ryc. 12). Jednocześnie w województwie podkarpackim jest najwyższy w Polsce odsetek cesarskich cięć, wysoki jest również w województwie zachodniopomorskim, w którym jedynie 43% szpitali zadeklarowało, że mają możliwość podania znieczulenia dołędźwiowego⁷⁸.

Ryc. 12. Dostępność znieczulenia dołędźwiowego w poszczególnych województwach



5.6.5. Stosowanie pozycji wertykalnych w czasie porodu

Jednym ze wskaźników medykalizacji jest niski odsetek rodzących stosujących pozycje wertykalne w czasie porodu. Jednocześnie standardy opieki okołoporodowej nakładają na personel obowiązek zachęcania rodzących do przyjmowania wygodnych

78. Odsetki cesarskich cięć są wyliczone nie na podstawie deklaracji szpitali, ale danych statystycznych, które szpitale podały.

dla nich pozycji⁷⁹. W tym świetle dane uzyskane od szpitali pokazują, że na salach porodowych w czasie II okresu porodu wciąż dominuje zmedykalizowane podejście do opieki nad kobietą.

Najczęściej stosowanymi w szpitalach pozycjami w czasie II okresu porodu są pozycje na łóżku porodowym – na boku (62%) i na plecach (60%). Jednocześnie w tych szpitalach, w których jedną z dwóch najczęściej stosowanych pozycji jest parcie na plecach na łóżku porodowym, drugą najczęściej wybieraną jest pozycja na łóżku na boku (60%). Jedynie w 15% tych szpitali drugą pod względem częstotliwości jest pozycja w kucki z pomocą osoby towarzyszącej. W placówkach, które deklarowały, że jedną z dwóch najbardziej popularnych pozycji jest parcie na łóżku na boku, w drugiej kolejności stosuje się parcie na plecach na łóżku porodowym. Jedynie 16% spośród tych szpitali w drugiej kolejności wymienia parcie w kucki z pomocą osoby towarzyszącej.

Wyniki prowadzonych od kilkadziesiąt lat światowych badań udowadniają, że pozycja na plecach wydłuża czas trwania II okresu, a także potęguje doznania bólowe rodzącej. Jest za to wygodna dla personelu medycznego, ułatwia kontrolowanie postępu porodu, wytaczanie główki, a także nacięcie krocza. To w dużym stopniu tłumaczy popularność tych dwóch pozycji. Rozpowszechnienie pozycji leżącej w oddziałach położniczych potwierdzają wyniki kontroli NIK – 93% badanych przez tę instytucję kobiet urodziło właśnie w tej pozycji. Co więcej, odsetek kobiet, które w II okresie porodu rodziły w pozycji leżącej, wzrósł od 2006 r. – wtedy wynosił on 32%⁸⁰.

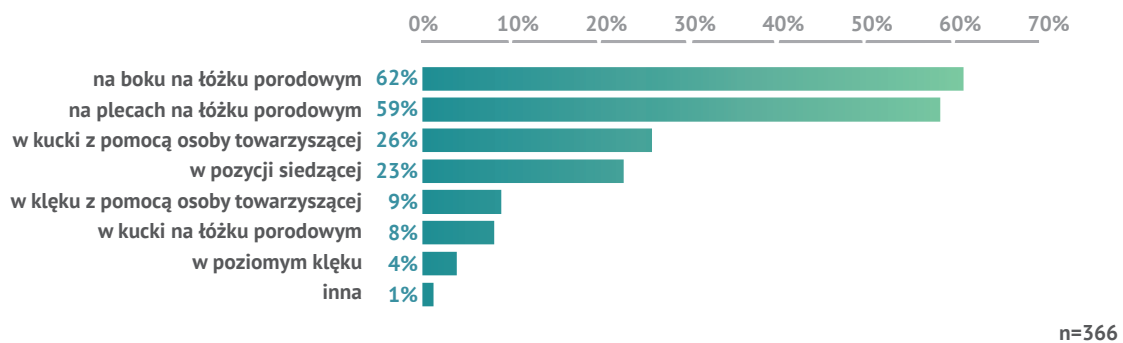
Pozycje wertykalne, takie jak w kucki czy siedząca, są wskazywane jako najczęściej stosowane przez mniej więcej co czwarty szpital (odpowiednio 27% i 23%) (ryc. 13).

Aż 60% szpitali wśród dwóch najczęściej stosowanych pozycji w czasie II okresu porodu wskazuje pozycję na plecach na łóżku porodowym.

79. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów.

80. Kubicka-Kraszyńska U. Otffinowska A., *Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku”* 2006, Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2007, s. 34.

Ryc. 13. Najczęściej stosowane pozycje w czasie II okresu porodu
(szpitale miały zaznaczyć dwie najczęściej stosowane pozycje)



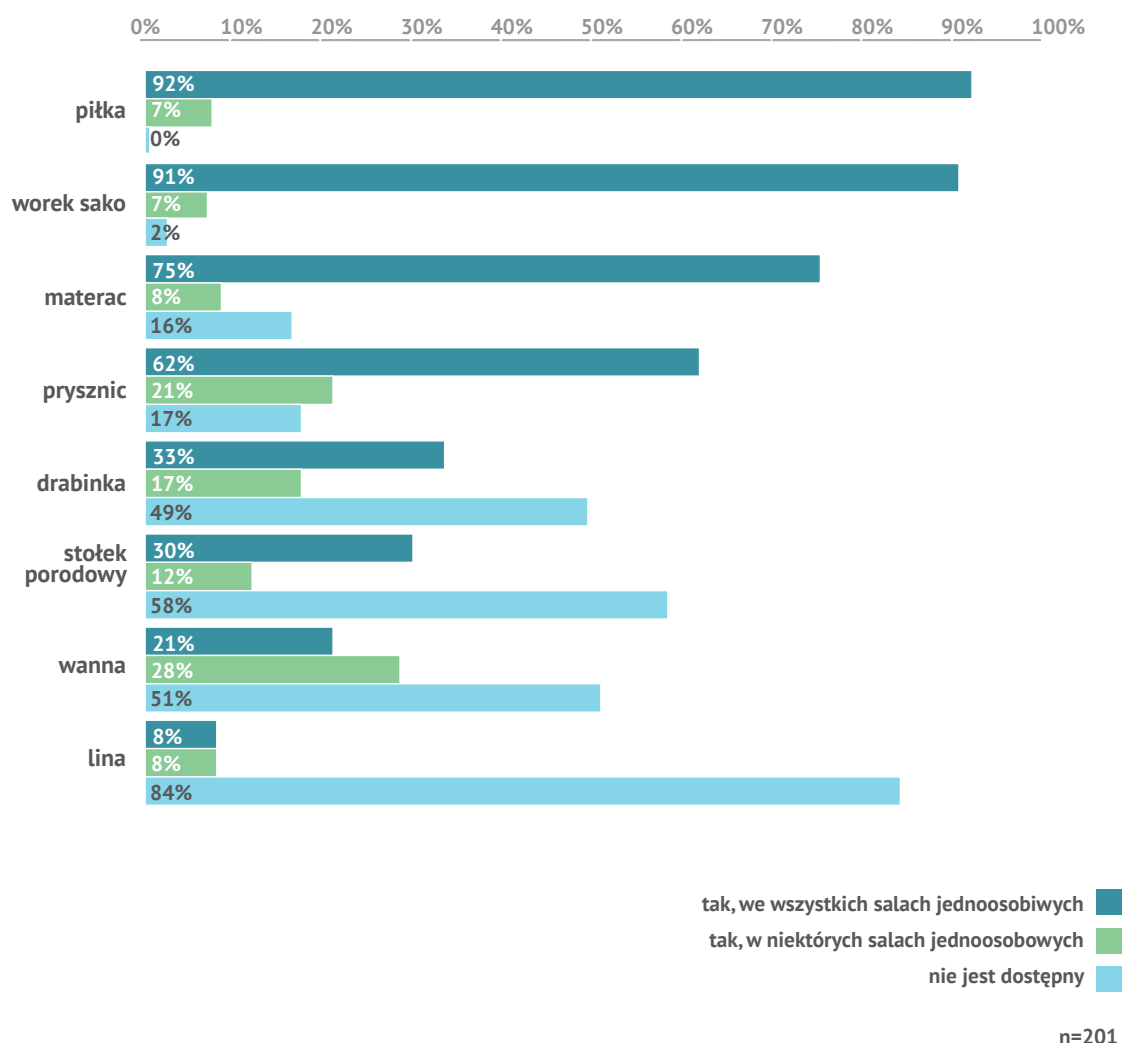
Co ciekawe, pozycja na plecach jest stosowana w 65% oddziałów położniczych I stopnia referencyjności i w 46% III stopnia (tab. 4).

Tab. 4. Dwie najczęściej stosowane pozycje w czasie II okresu porodu w podziale na stopień referencyjności oddziału położniczego

Najczęściej stosowane pozycje w czasie II okresu porodu	Stopień referencyjności oddziału położniczego		
	I stopień	II stopień	III stopień
na plecach na łóżku porodowym	65%	59%	46%
na boku na łóżku porodowym	63%	61%	67%

Wykorzystanie pozycji wertykalnych na każdym etapie porodu znacznie ułatwia odpowiednie wyposażenie sali porodowej. Prawie wszystkie sale jednoosobowe są wyposażone w piłkę (92%) i worek sako (91%), $\frac{3}{4}$ w materac (75%), ponad połowa w prysznic (62%). Pozostałe sprzęty pomocne w czasie porodu rzadko znajdują się w salach porodowych. Takie sprzęty jak stołek porodowy, wanna czy lina nie są dostępne w ponad połowie szpitali (ryc. 14).

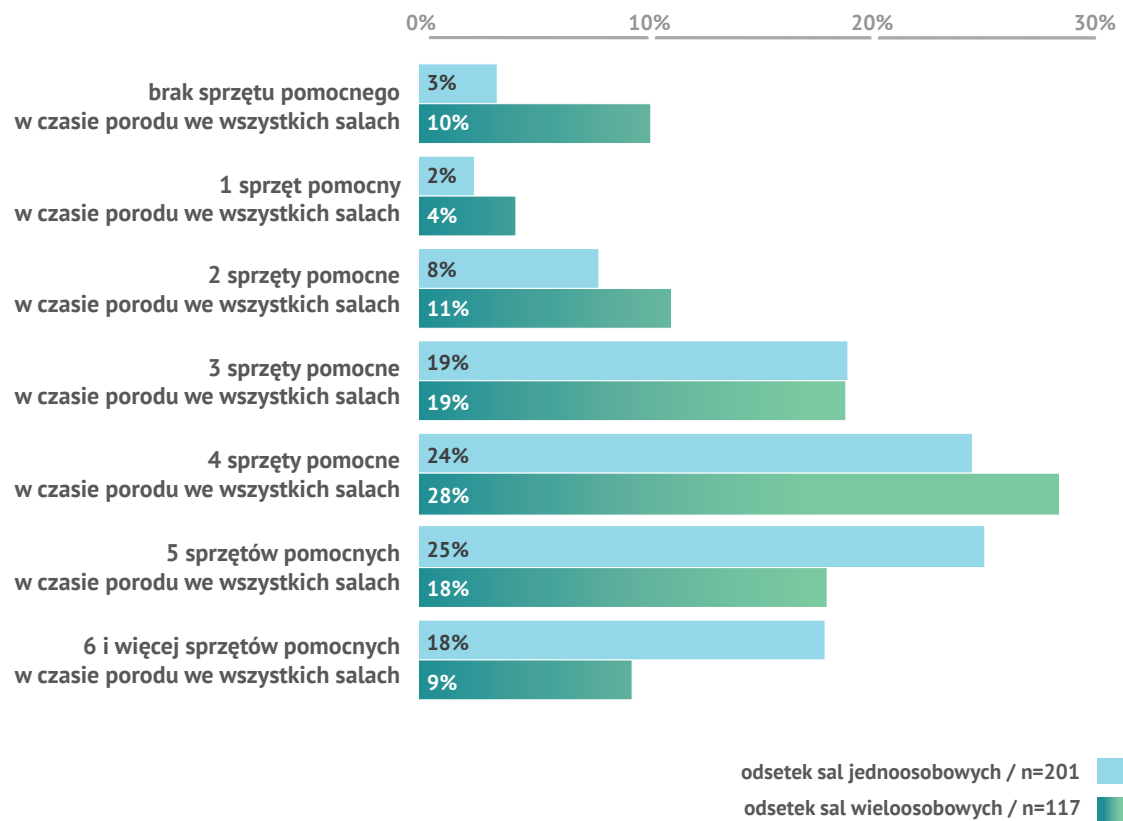
Ryc. 14. Sprzęty pomocne w czasie porodu dostępne w salach jednoosobowych



Tylko w dwóch szpitalach w Polsce wszystkie sprzęty pomocne w czasie porodu są dostępne we wszystkich salach jednoosobowych, są to: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świdniku oraz Centrum Medyczne Żelazna w Warszawie.

Salie wieloosobowe są gorzej wyposażone niż jednoosobowe, aż w 10% z nich nie ma ani jednego sprzętu. Tylko 3% sal jednoosobowych nie posiada wyposażenia, wyższy odsetek sal jednoosobowych jest wyposażonych również w kilka sprzętów pomocnych w czasie porodu (ryc. 15). Wyposażenie sal porodowych ma bardzo duże znaczenie, gdyż ułatwia rodzącym wybór dogodnej pozycji, pomaga w łagodzeniu bólu. Może zatem wpływać na sprawniejszy przebieg porodu.

Ryc. 15. Odsetek sal porodowych wyposażonych w sprzęty pomocne w czasie porodu



5.6.6. Opieka nad zdrowym noworodkiem

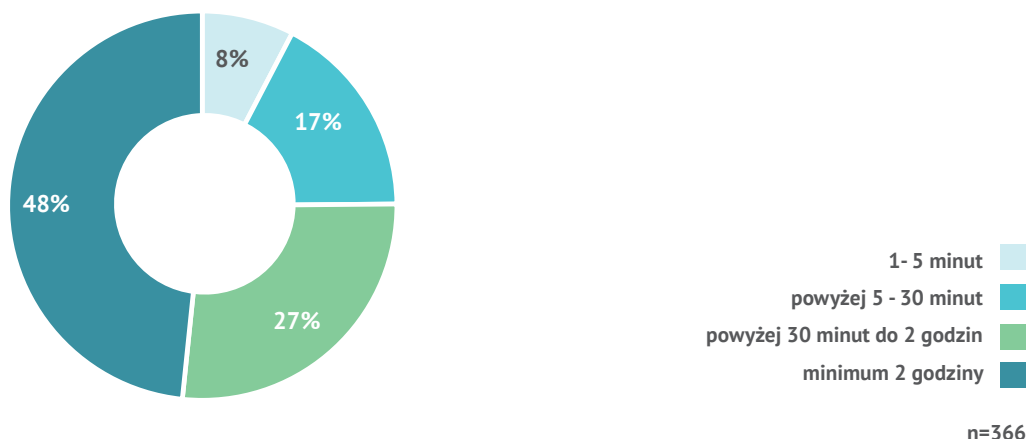
5.6.6.1. Kontakt „skóra do skóry”

Standardy opieki okołoporodowej jednoznacznie precyzują, w jaki sposób powinna przebiegać opieka nad zdrowym noworodkiem. Jednym z zaleceń jest, aby zdrowy noworodek po porodzie drogami natury został położony nagi na odsłoniętej piersi matki, przykryty od góry pieluszką lub kocykiem.

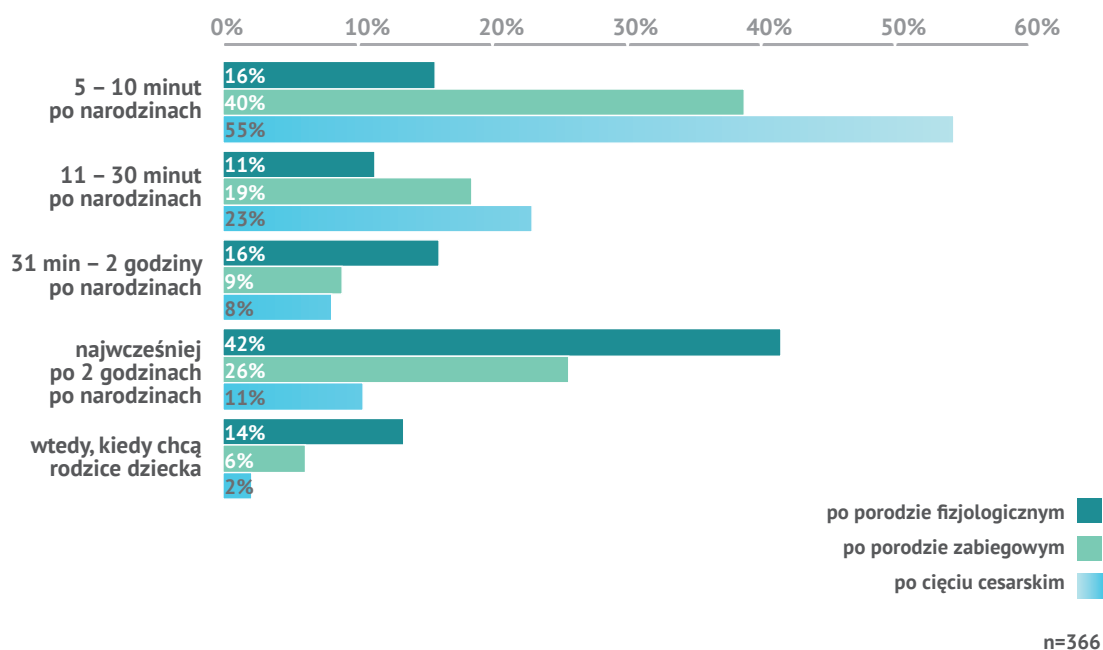
84% szpitali twierdzi, że zawsze stosuje tę praktykę, w kolejnych 14% placówek dzieje się tak prawie zawsze. W 7 szpitalach nie jest to jednak regułą. Tyle samo placówek wskazuje, że noworodek w trakcie kontaktu „skóra do skóry” jest owinięty pieluszką lub becikiem. W 98% szpitali noworodka w czasie kontaktu „skóra do skóry” przykrywa się jedynie pieluszką lub kocykiem, co jest zgodne z zaleceniami.

Na pytanie o długość nieprzerwanego kontaktu zdrowego noworodka z matką „skóra do skóry” po porodzie drogami natury tylko 48% szpitali deklaruje, że trwa on zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej minimum dwie godziny (ryc. 16). Jednocześnie w 43% placówek, zgodnie z deklaracjami szpitali, ważenie i mierzenie odbywa się wcześniej niż po 2 godzinach (ryc. 17).

Ryc. 16. Długość nieprzerwanego kontaktu „skóra do skóry” po porodzie drogami natury

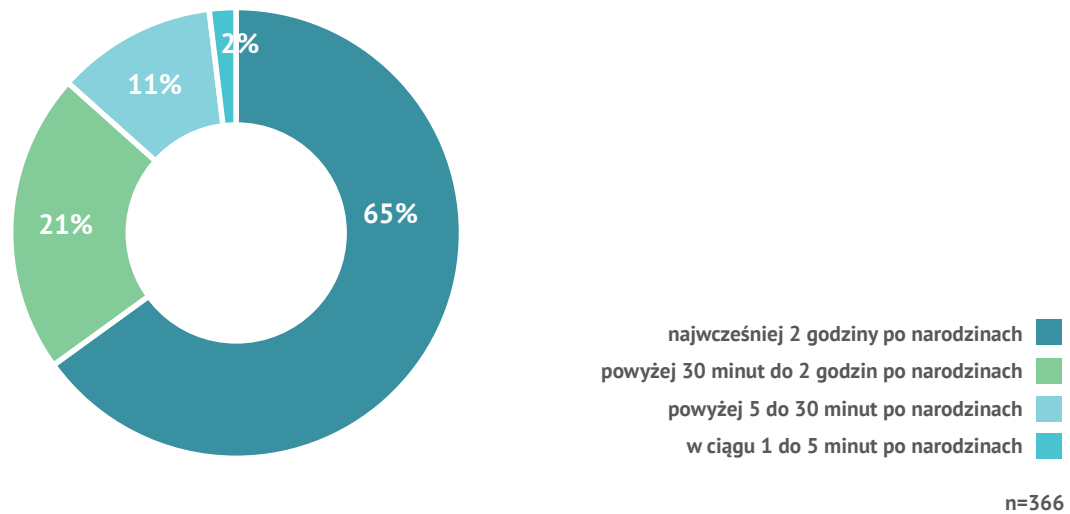


Ryc. 17. Czas po porodzie drogami natury, kiedy zdrowy noworodek jest mierzony i ważony



Kontakt „skóra do skóry” jest również zakłócany przez ubieranie noworodka. Aż 13% szpitali deklaruje, że zdrowe dziecko po porodzie drogami natury jest ubierane w ciągu pierwszych 30 minut po narodzinach. W 21% placówek noworodka ubiera się później niż pół godziny po porodzie, ale maksymalnie do dwóch godzin (ryc. 18). Tym samym, w co trzecim szpitalu zdrowego noworodka ubiera się w trakcie pierwszych dwóch godzin po porodzie, mimo że ten czas zgodnie ze standardami powinien być przeznaczony na bezpośredni, nieprzerwany kontakt matki z dzieckiem.

Ryc. 18. Czas po porodzie drogami natury, kiedy zdrowy noworodek jest ubierany



Zgodnie z obowiązującym prawem „bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, który będzie trwał co najmniej dwie godziny po porodzie”, kontakt może być przerwany w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka⁸¹. Jedynie 32% szpitali deklaruowało, że ten kontakt trwa minimum dwie godziny oraz że ważenie, mierzenie i ubieranie noworodka nie dzieje się w czasie pierwszych dwóch godzin po narodzeniu. W pozostałych placówkach pierwszy kontakt matki z dzieckiem jest zakłócany⁸². Mimo niskiego odsetka szpitali, które deklarują nieprzerwany, dwugodzinny kontakt „skóry do skóry”, jest on znacznie dłuższy niż w 2006 r. Według 89% respondentek, które wzięły udział w akcji „Rodzic po Ludzku” 11 lat temu, dziecko było zabrane od razu lub w ciągu pierwszych 30 minut po porodzie⁸³.

Z deklaracji uzyskanych od szpitali wynika, że w co trzeciej placówce kontakt „skóra do skóry” trwa co najmniej dwie godziny. Tymczasem z doświadczenia kobiet badanych w województwie małopolskim wynika, że tylko 17% ankietowanych po porodzie fizjologicznym umożliwiono kontakt „skóra do skóry” trwający dłużej niż dwie godziny.

Tylko w 32% szpitali kontakt „skóra do skóry” trwa nieprzerwanie przez co najmniej 2 godziny.

81. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów.

82. 7 szpitali zadeklarowało, że zdrowy noworodek po porodzie drogami natury jest ubierany w ciągu pierwszych 5 minut po narodzinach, są to: Szpital Powiatowy w Golubiu-Dobrzyniu, Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie, Szpital w Szczecinku Sp. z o.o., Tomaszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o. Oddział Położniczo-Ginekologiczny z Pododdziałem Patologii Ciąży.

83. Kubicka-Kraszyńska U., Otffinowska A., *Opieka okołoporodowa w Polsce...*, op. cit., s. 28.

Po porodzie drogami natury ważenie i mierzenie zdrowego noworodka odbywa się najczęściej w kąciku noworodka w pobliżu matki (84%) lub w innym pomieszczeniu niż przebywa matka (16%).

5.6.6.2. Ocena noworodka w skali Apgar i zaciśnięcie pępowiny

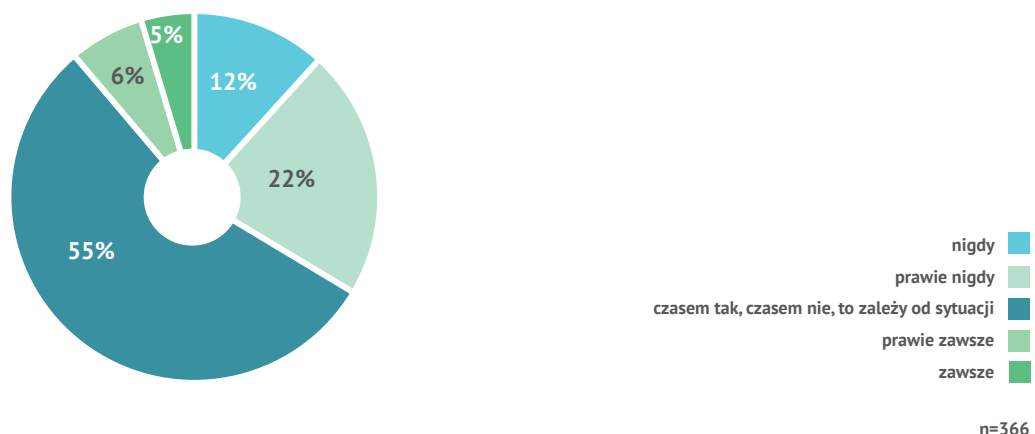
82% szpitali deklaruje, że ocena w skali Apgar po porodzie dokonywana jest zgodnie ze standardami, czyli na brzuchu matki, w 17% placówek w kąciku noworodka w pobliżu matki, co oznacza przerwanie kontaktu „skóra do skóry”. W 1% szpitali ocena noworodka ma miejsce poza salą porodową, w której dziecko się urodziło⁸⁴.

Istnieje duża rozbieżność między odsetkiem szpitali deklarujących, że ocena Apgar ma miejsce na brzuchu matki, a wynikami badania kobiet w Małopolsce – w badaniu tym tylko 10% kobiet potwierdziło, że ocena Apgar po porodzie fizjologicznym odbyła się na brzuchu matki.

Jednym z zadań personelu medycznego w III okresie porodu jest zaciśnięcie pępowiny, które zgodnie ze standardami powinno nastąpić po ustaniu tętnienia. Dzieje się tak w 94% szpitali. W pozostałych 6% placówek pępowinę zaciska się od razu po porodzie.

Jeśli pojawia się konieczność szycia krocza, to w połowie szpitali (55%) noworodek zwykle pozostaje na brzuchu matki, ale ostateczna decyzja zależy od personelu. W 1/3 szpitali (34%) noworodek zawsze lub prawie zawsze jest z matką podczas szycia krocza. Natomiast w 11% placówek zawsze lub prawie zawsze zabiera się dziecko od matki w czasie tego zabiegu (ryc. 19). Biorąc pod uwagę wysoki odsetek nacięć krocza w polskich szpitalach, powyższa kwestia ma duże znaczenie dla pierwszego kontaktu matki z dzieckiem.

Ryc. 19. Czy w trakcie szycia krocza noworodek jest zabierany od matki?

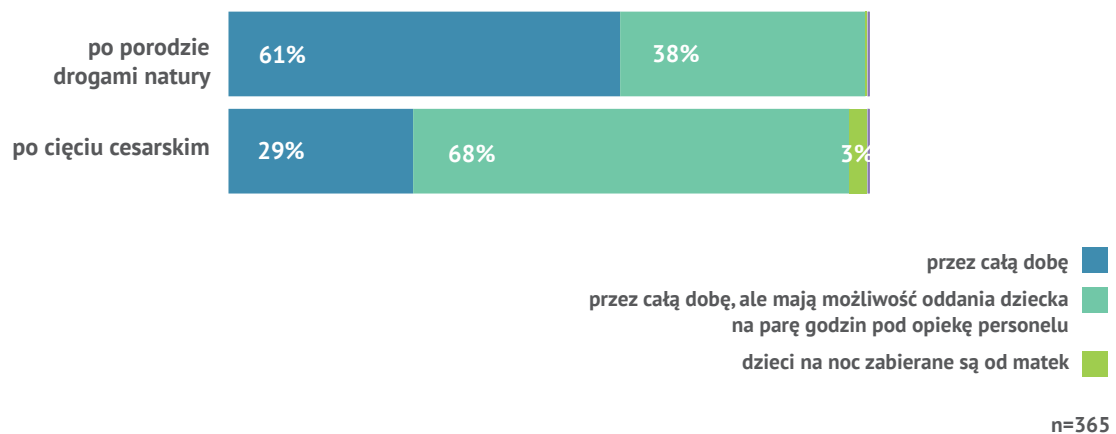


84. 3 szpitale zadeklarowały, że ocena noworodka ma miejsce poza salą porodową, są to: Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o., Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu i Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Żywcu.

5.6.6.3. Opieka nad noworodkiem po porodzie

Po porodzie drogami natury w większości szpitali (61%) zdrowe noworodki przebywają całą dobę wraz z matkami, a w 38% placówek kobiety mogą oddać dzieci na kilka godzin pod opiekę personelu. Odwrotnie proporcje układają się w przypadku cesarskich cięć. W 68% przypadków noworodki są z matkami przez całą dobę, ale na kilka godzin przechodzą pod opiekę personelu, a w 29% placówek dzieci całą dobę bez przerwy pozostają z matkami (ryc. 20). Jeśli noworodek z powodów zdrowotnych znajduje się osobno, to w 92% szpitali matka może z nim przebywać bez żadnych ograniczeń. Podobnie po cesarskim cięciu – w 96% placówek noworodki mogą przebywać z matką w sali pooperacyjnej (jeśli stan matki na to pozwala).

Ryc. 20. Przebywanie zdrowych noworodków z matkami



W 97% placówek matki są uczone, jak pielęgnować noworodka. W 73% szpitali matka lub inny opiekun mogą być zawsze obecni w trakcie badania lekarskiego czy szczepień noworodka, ale w 26% placówek muszą poprosić o możliwość towarzyszenia dziecku. Te wyniki ukazują zmianę w porównaniu z 2006 r. W tamtym czasie, co wiadomo z danych zebranych w akcji „Rodzić po Ludzku”, tylko 19% matek miało możliwość towarzyszyć swojemu dziecku przy wszystkich badaniach i szczepieniach, a 35% w ogóle nie mogło być obecnych podczas wykonywanych zabiegów⁸⁵. Tylko w trzech szpitalach, zgodnie z informacjami zebranymi w 2016 r., matka nie jest obecna w trakcie badania i zabiegów dziecka⁸⁶.

85. Kubicka-Kraszyńska U., Otffinowska A., *Opieka okołoporodowa w Polsce...*, op. cit., s. 27.

86. 3 szpitale zadeklarowały, że matka nie jest obecna w trakcie badania i zabiegów, są to: SP ZOZ w Nowym Tomysłu, NZOZ w Słubicach, Szpital w Szczecinku.

W porównaniu z danymi sprzed 10 lat dzisiaj matki lub inni opiekunowie znacznie częściej mogą być obecni przy wszystkich zabiegach pielęgnacyjnych – pozwala na to personel w 87% szpitali. W 2006 r. tylko połowa respondentek akcji „Rodzić po Ludzku” deklarowała, że mogła być obecna przy wszystkich zabiegach pielęgnacyjnych wykonywanych przy dziecku⁸⁷.

W poszczególnych szpitalach w Polsce różne są zwyczaje związane z przekazywaniem informacji o stanie zdrowia dziecka. W 33% placówek informacje są przekazywane w czasie obchodu, na każdą prośbę matki lub po każdym badaniu czy zabiegu. Tylko dwie placówki deklarują, że wyznaczają godziny, w których personel udziela informacji o dziecku. Różne są również praktyki związane z pierwszą kąpielą noworodka. W 32% szpitali odbywa się ona zawsze w pierwszej dobie życia, w 34% w drugiej lub kolejnej dobie, a w 33% placówek o czasie pierwszej kąpieli decyduje matka lub opiekun (ryc. 21).

Ryc. 21. Kąpiel noworodka



W 76% szpitali pierwsze karmienie piersią zdrowego noworodka po porodzie fizjologicznym odbywa się w ciągu 15 minut po porodzie, w 15% w ciągu pierwszych 30 minut, a w 9% później niż w ciągu 30 minut.

W 92% szpitali porady laktacyjne są udzielane przez położne. W 41% placówek odpowiedzialni za pomoc w tym zakresie są również doradcy laktacyjni, w 16% pielęgniarki, a w 12% lekarze (ryc. 22). W 79% szpitali kobiety mogą otrzymać poradę laktacyjną, gdy tylko mają taką potrzebę.

Edukację laktacyjną kobiet ciężarnych i położnic prowadzi 92% szpitali, w tym położnice są objęte edukacją laktacyjną w 98% szpitali, pacjentki na bloku porodowym w 56%, a ciężarne przebywające na oddziale patologii ciąży czy obserwacyjnym w 51% placówek.

87. Kubicka-Kraszyńska U., Otffinowska A., *Opieka okołoporodowa w Polsce...*, op. cit., s. 30.

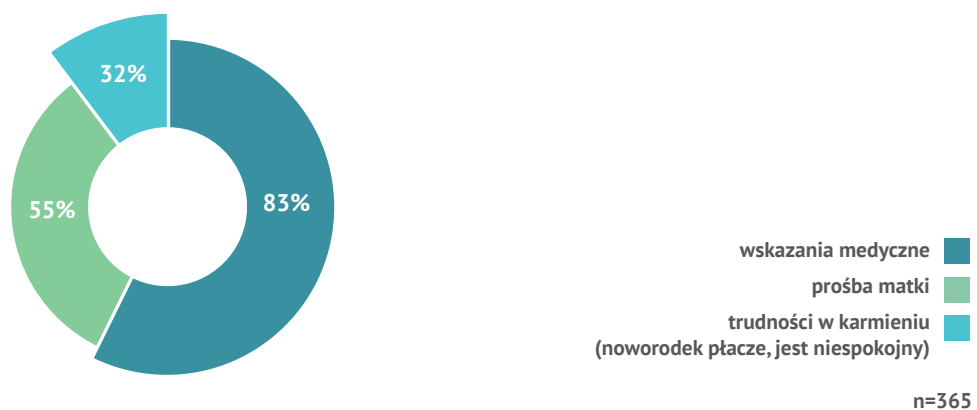
Ryc. 22 Osoby udzielające porad laktacyjnych



Szpitala podają różne powody dokarmiania noworodków mlekiem modyfikowanym. W 83% placówek ma to miejsce ze wskazań medycznych, w ponad połowie (55%) na prośbę matki, a w 32% personel dokarmia dziecko dlatego, że obserwuje u niego trudności w ssaniu (ryc. 23). Wśród wskazań medycznych najczęstszym powodem podawania mleka modyfikowanego jest choroba dziecka lub matki (53%) i spadek masy ciała dziecka (22%). W 19% wskazaniem medycznym staje się brak pokarmu.

Roztwór glukozy podaje się noworodkom w 37% szpitali. Zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej „w okresie noworodkowym należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez (...) niepodawanie noworodkom karmionym piersią do picia wody, roztworu glukozy oraz niedokarmianie ich sztucznym mlekiem początkowym, jeśli nie wynika to ze wskazań medycznych”⁸⁸. Podawane przez szpitale powody dokarmiania można poddać pod dyskusję, czy stanowią wskazania medyczne. W ponad połowie placówek (57%) glukoza jest podawana w celu uspokojenia czy złagodzenia bólu przed inwazyjnymi zabiegami (np. przed szczepieniem, pobieraniem krwi).

Ryc. 23. Wskazania do dokarmiania mlekiem modyfikowanym



88. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów.

5.7. Cesarskie cięcie

W 74% szpitali sala operacyjna, w której wykonuje się cesarskie cięcie znajduje się w oddziale położniczym lub ginekologicznym, w 26% jest wydzielona sala na bloku operacyjnym. Prawie wszystkie pacjentki przed cesarskim cięciem mają konsultację z anestezyjologiem (96%) i z ginekologiem-położnikiem (81%), otrzymują kroplówkę nawadniającą (90%) i antybiotyk (87%), są badane ginekologicznie (88%). W ¾ szpitali przed cesarskim cięciem kobietom goli się wzgórek łonowy, lewatywę natomiast wykonuje się w 35% placówek.

Warto zwrócić uwagę, że tylko 3% szpitali deklaruowało, że przed planowanym cesarskim cięciem czeka się na rozpoczęcie porodu naturalnego. To bardzo niski odsetek biorąc pod uwagę najnowsze rekomendacje, że najlepiej by ta operacja była wykonywana po rozpoczęciu skurczy⁸⁹.

55% szpitali deklaruje, że po cesarskim cięciu zawsze lub prawie zawsze noworodek jest kładziony nagi na odsłoniętej piersi matki (jeśli stan matki na to pozwala), natomiast w 27% placówek matka nie ma kontaktu z dzieckiem (ryc. 24). Tymczasem 40% kobiet ankietowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli deklaruowało, że miało nieprzerwany kontakt „skóra do skóry” po cesarskim cięciu (u 85% trwał on krócej niż 30 minut)⁹⁰. Natomiast tylko u 20% kobiet, które zbadano w ramach audytu społecznego w Małopolsce, dziecko po operacji położono na piersiach (w 78% przypadków na krócej niż 15 minut), a połowie matek dziecko przyłożono jedynie do twarzy⁹¹. Doświadczenia kobiet, które opisano w przytaczanych badaniach, wskazują że w praktyce matka rzadziej ma kontakt z dzieckiem po cesarskim cięciu niż wynikałoby to z deklaracji szpitali.

Ryc. 24. Kontakt zdrowego noworodka z matką po cesarskim cięciu (zdrowy noworodek jest kładziony nagi na odsłoniętej piersi matki, jeśli stan matki na to pozwala)



89. Fundacja Rodzic po Ludzku, Komentarz Fundacji Rodzic po Ludzku do dyskusji o cesarskim cięciu na życzenie, dostępny na stronie: <http://www.rodzicpoludzku.pl/Aktualnosc/2108-Komentarz-Fundacji-Rodzic-po-Ludzku-do-dyskusji-o-cesarskim-cieciu-na-zyczenie.html> (dostęp 12.03.2017 r.).

90. Najwyższa Izba Kontroli, *Opieka okołoporodowa...*, op. cit.

91. Niedośpiat J., *Mamy prawo...*, op. cit.

Po cesarskim cięciu zdrowe noworodki są najczęściej przewożone na oddział neonatologiczny, dzieje się tak w 59% szpitali. W 44% placówek osoba towarzysząca ma możliwość kangurowania noworodka, a w 30% dziecko zostaje oddane pod opiekę osoby bliskiej, ale w wózek szpitalnym. Jedynie w 19% placówek zdrowy noworodek wraca na pierś mamy (ryc. 25). Warto zwrócić uwagę, że noworodki są kangurowane przez osobę towarzyszącą tylko w 35% szpitali, w których oddział neonatologiczny ma I stopień referencyjności i w 57% w pozostałych szpitalach.

Ryc. 25. Miejsce, w którym przebywa zdrowy noworodek po cesarskim cięciu po zbadaniu przez lekarza



n=365

5.8. Edukacja i plan porodu

Stosunkowo rozpowszechniona jest edukacja przedporodowa realizowana w formie zajęć szkoły rodzenia. Aż 75% szpitali prowadzi szkołę rodzenia, a spośród tych, które nie mają własnej, 46% z jakąś współpracuje. Jedynie 14% szpitali nie ma ani nie współpracuje z żadną szkołą. Zajęcia z edukacji przedporodowej są dostępne we wszystkich szpitalach w województwie lubuskim. Jedynie w województwie zachodniopomorskim mniej niż połowa szpitali oferuje kobietom zajęcia w szkole rodzenia (tab. 5).

Tab. 5. Szkoły rodzenia prowadzone przez szpitale lub współpracujące ze szpitalami według województw

	% szpitali, które prowadzą szkołę rodzenia lub współpracują ze szkołą rodzenia
lubuskie/ n=13	100%
małopolskie/ n=25	88%
lubelskie/ n=22	86%
świętokrzyskie/ n=13	85%
mazowieckie/ n=46	83%
opolskie/ n=11	82%
podkarpackie/ n=22	82%
pomorskie/ n=19	79%
łódzkie/ n=24	75%
dolnośląskie/ n=27	74%
kujawsko-pomorskie/ n=18	72%
śląskie/ n=39	72%
wielkopolskie/ n=34	71%
warmińsko-mazurskie/ n=16	56%
podlaskie/ n=16	50%
zachodniopomorskie/ n=21	43%

Dostępność szkół rodzenia jest zatem duża. Dodatkowo wzrasta ona ze względu na fakt, że w 67% szkół zajęcia odbywają się bezpłatnie. Największy odsetek płatnych szkół jest w województwie pomorskim (47%), podkarpackim (41%) i małopolskim (40%). Natomiast najwięcej bezpłatnych zajęć oferuje województwo opolskie (91%), podlaskie (87%), lubuskie (85%), kujawsko-pomorskie (83%), dolnośląskie i zachodniopomorskie (81%). Im wyższy stopień referencyjności oddziału położniczego, tym więcej płatnych szkół rodzenia – aż 43% w szpitalach z III stopniem referencyjności, 36% z II i tylko 21% z I stopniem.

Jak widać z danych uzyskanych od szpitali, szkoły rodzenia są bardzo rozpowszechnione i dostępne dla ciężarnych. Wyniki kontroli NIK pokazują, że mimo to stosunkowo niewiele kobiet uczestniczy w zajęciach. Jedynie 19% kobiet będąc w ciąży brało udział w takiej edukacji⁹².

92. Najwyższa Izba Kontroli, *Opieka okołoporodowa...*, op. cit.

Z deklaracji szpitali wynika, że duża część z nich przywiązuje wagę do przygotowania kobiet do porodu. Oferują zajęcia w szkołach rodzenia, a w ponad połowie szpitali (54%) w izbie przyjęć personel pyta o plan porodu.

W 54% szpitali kobiety w izbie przyjęć są proszone o plan porodu.

Im wyższy stopień referencyjności oddziału położniczego, tym plan porodu jest rzadziej wymagany od kobiety w izbie przyjęć. O dokument ten pyta personel w 60% szpitali I stopnia referencyjności, w 48% II stopnia i 41% III stopnia referencyjności.

Sformułowanie przez kobietę planu porodu, pomaga ustalić oczekiwania, wyobrażenia i preferencje związane z porodem, może też znacznie usprawnić komunikację personelu z kobietą. Jak się okazuje, posiadanie planu porodu znacząco poprawia jakość opieki okołoporodowej. W małopolskich szpitalach „częściej na temat preferencji rozmawia się z rodzącymi, które mają plan porodu (61,12%) niż z tymi, które go nie mają (45,8%)”. Badanie pokazało znaczącą dysproporcję pomiędzy przestrzeganiem praw kobiet, które miały ze sobą plan porodu a tymi, które go wcześniej nie przygotowały”. Wyniki małopolskiego audytu pokazują, że kobiety posiadające plan porodu są częściej informowane, częściej respektuje się ich podmiotowość i prawo do decydowania, mają mniej zmedykalizowane porody i są traktowane z większym szacunkiem niż kobiety bez planu porodu⁹³. Mimo to tylko nieznaczna część rodzących przygotowuje i ma przy sobie ten dokument. Miało go 31% ankietowanych⁹⁴ z Małopolski i 25% kobiet, które wzięły udział w kontroli NIK⁹⁵.

Warto zaznaczyć, że 95% szpitali dołącza plan porodu do dokumentacji medycznej. W 86% placówek dokument jest zawsze omawiany z pacjentką, a w 11% dzieje się to często. To położne częściej niż lekarze omawiają z kobietą plan porodu, zwykle robią to w sali porodowej.

Szpitala są otwarte na chęć kobiet, by zapoznać się z miejscem, w którym będą mogły urodzić dziecko. 93% placówek deklaruje, że pokazuje oddział wszystkim kobietom, które wyrażą taką chęć. Ponadto 24% placówek na swoich stronach internetowych umieszcza zdjęcia lub filmy przedstawiające oddział. 14% szpitali deklaruje, że oddział porodowy jest pokazywany, ale tylko uczestnikom zajęć w szkole rodzenia.

Podsumowując można stwierdzić, że szpitale dają kobietom coraz więcej możliwości przygotowania się do porodu – oferują zarówno edukację w zakresie przygotowania do porodu, pielęgnacji noworodka, jak i stwarzają okazję do zapoznania się z oddziałem porodowym.

93. Niedośpiął J., *Mamy prawo*, op. cit.

94. Ibidem.

95. Najwyższa Izba Kontroli, *Opieka okołoporodowa...*, op. cit.

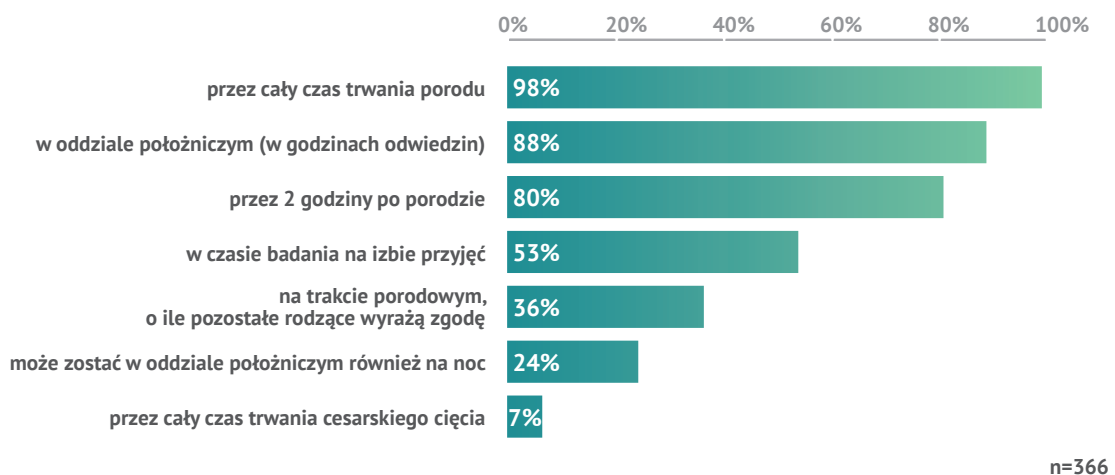
5.9. Osoba towarzysząca

Aż 39% szpitali deklaruje, że nie prowadzi statystyk dotyczących liczby porodów z osobą towarzyszącą. W tych, które takie statystyki posiadają, porody rodzinne stanowią 56%. Porównując to z danymi od ordynatorów z 2006 r., gdzie tylko 40% rodzącym towarzyszyła bliska osoba, widać, że porody z osobą towarzyszącą stają się bardziej powszechne⁹⁶.

Wszystkie szpitale deklarują, że pozwalają na obecność osoby towarzyszącej. 98% zgadza się, by była ona obecna przez cały poród. Aż w 36% szpitali rodzącej może towarzyszyć więcej niż jedna osoba towarzysząca. 99% placówek pozwala osobie towarzyszącej przeciąć pępowinę.

Na odwiedzinie (w wyznaczonych godzinach) pozwala 88% placówek, w 80% osoba bliska może być z kobietą również przez dwie godziny po porodzie. Niewiele ponad połowa szpitali (53%) zgadza się, by osoba towarzysząca była z pacjentką w czasie badania w izbie przyjęć (ryc. 26).

Ryc. 26. Sytuacje, w których osoba towarzysząca może przebywać z kobietą



W większości szpitali (72%) osoba towarzysząca nie może uczestniczyć w czasie planowanego cesarskiego cięcia. Tylko 8% placówek zawsze wyraża zgodę na obecność osoby bliskiej w czasie planowanej operacji, a w 16% szpitali osoba taka może być obecna, musi jednak spełnić określone przez szpital warunki (najczęściej jest wymagana zgoda ordynatora; 5 szpitali pobiera za to opłatę).

W 86% szpitali osoba towarzysząca może przebywać w sali pooperacyjnej. Jednocześnie widoczne są znaczne różnice między szpitalami w zależności od stopnia

96. Kubicka-Kraszyńska U., Otffinowska A., *Opieka okołoporodowa w Polsce...*, op. cit., s. 28.

referencyjności oddziału neonatologicznego. Osoba towarzysząca nie może być obecna w czasie cesarskiego cięcia w 67% szpitali, w których oddział neonatologiczny ma II stopień referencyjności w 76% z I stopniem referencyjności. Natomiast wśród szpitali z III stopniem referencyjności jest największy odsetek placówek, w których osoba towarzysząca może przebywać zawsze (tab. 6). W sali pooperacyjnej osoba towarzysząca może najczęściej przebywać w szpitalach, w których oddział neonatologiczny ma I stopień referencyjności (91%). Zgodę na to wyraża personel w 81% szpitali z II stopniem referencyjności oddziału neonatologicznego i 73% z III stopniem.

Prawie wszystkie szpitale (99%) pozwalają, żeby osoba towarzysząca była obecna przy ważeniu i mierzeniu zdrowego noworodka.

Tab. 6. Odsetek szpitali, które wyrażają zgodę na uczestniczenie osoby towarzyszącej w czasie cesarskiego cięcia w podziale na stopień referencyjności oddziału neonatologicznego

	Stopień referencyjności oddziału neonatologicznego		
	I stopień	II stopień	III stopień
Osoba towarzysząca nie może być obecna	76%	67%	68%
Osoba towarzysząca może być obecna, ale pod pewnymi warunkami	16%	17%	13%
Osoba towarzysząca może być zawsze obecna	6%	8%	14%

Rodzące w 64% szpitali mogą liczyć na zgodę na uczestniczenie w porodzie douli, nawet jeśli są z osobą towarzyszącą. W 29% szpitalach doula może być z kobietą, ale tylko wtedy, gdy rodząca jest sama.

5.10. Dane statystyczne

Zebrane informacje oraz dane statystyczne wskazują na znaczną medykalizację opieki okołoporodowej w polskich szpitalach. W 2015 r. aż 43% porodów zakończyło się cesarskim cięciem, w 50% porodów fizjologicznych wykonano nacięcie krocza, a 19% porodów drogami natury indukowano.

Porównując z danymi uzyskanymi przez Fundację Rodzić po Ludzku⁹⁷ w 2006 roku znacznie wzrosła liczba porodów indukowanych (z 12% w 2006 r. do 19% w 2015 r.), cesarskich cięć (z 27% w 2006 r. do 43% w 2015 r.) i nieznacznie zmalała liczba nacięć krocza (z 55% w 2006 r. do 50% w 2015 r.). Na podobnym poziomie utrzymuje się odsetek porodów ze stymulowaną czynnością skurczową (25%).

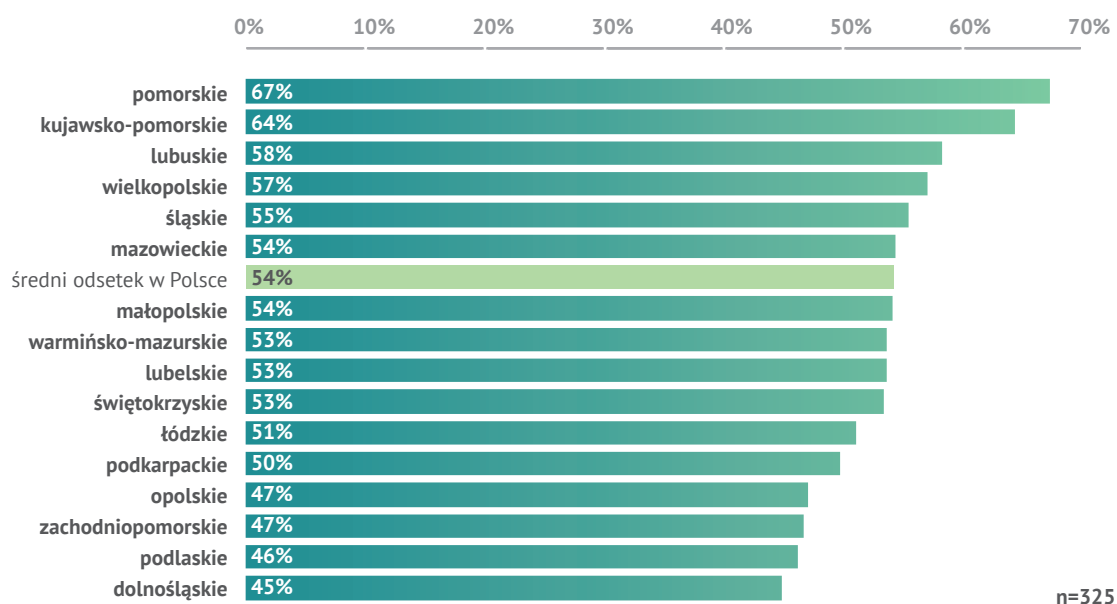
Tab. 7. Dane ogólne dotyczące porodów i interwencji medycznych w 2015 r.

Dane	%	Liczba szpitali, które udzieliły odpowiedzi
Liczba porodów		357
Porody fizjologiczne	54%	325
Cesarskie cięcia	43%	348
Cesarskie cięcia planowane	46%	211
Cesarskie cięcia nagłe	53%	211
Cesarskie cięcia w znieczuleniu ogólnym	8%	263
Porody zabiegowe	3%	320
Porody drogami natury po wcześniejszym cesarskim cięciu	5%	178
Porody indukowane	19%	151
Porody, w których stymulowano czynność skurczową	25%	139
Porody, w których wykonano nacięcie krocza	50%	199
Porody drogami natury, w których zastosowano znieczulenie farmakologiczne	41%	178
Porody, które odbyły się bez użycia farmakologicznych środków łagodzących ból	53%	144

Najwięcej porodów fizjologicznych było w szpitalach z I stopniem referencyjności oddziału położniczego – 57%, z II stopniem – 56%, a najmniej w szpitalach z III stopniem – 46%. Obserwuje się również duże zróżnicowanie odsetka porodów fizjologicznych w skali kraju. Między województwem pomorskim, w którym odsetek ten jest najwyższy (wynosi 67% wszystkich porodów), a województwem dolnośląskim, w którym w 2015 r. było tylko 45% porodów fizjologicznych są 22 punkty procentowe różnicy (ryc. 27).

97. Kubicka-Kraszyńska U., Otfinowska A., *Opieka okołoporodowa w Polsce...*, op. cit., s. 34.

Ryc. 27. Odsetek porodów fizjologicznych w poszczególnych województwach



W 2015 r. w badanych szpitalach było 43% cesarskich cięć, podczas gdy średni odsetek cesarskich cięć w Europie to 25%⁹⁸. Nawet w szpitalach, w których oddział położniczy ma I stopień referencyjności, odsetek cesarskich cięć jest wysoki i wynosi 42%⁹⁹. Zróżnicowanie jest także widoczne między województwami. W podkarpackim połowa dzieci przyszła na świat za pomocą cesarskiego cięcia, podczas gdy w trzech województwach – wielkopolskim, kujawsko-pomorskim i pomorskim - cesarskich cięć było poniżej 40% (odpowiednio 37%, 34%, 33%) (ryc. 28).

Mimo obowiązujących od 2012 r. standardów opieki okołoporodowej, licznych dyskusji na temat możliwych powikłań operacyjnego rozwiązania ciąży, głosów zwracających uwagę na koszty związane z wykonywaniem tej procedury i konsekwencje zdrowotne dla matki i dziecka, odsetek cesarskich cięć systematycznie rośnie. Są szpitale, w których operacje stanowią $\frac{3}{4}$ porodów¹⁰⁰. Jednocześnie placówki, w których odsetek cięć jest niższy niż 20% są tylko dwie¹⁰¹, a mniej niż co czwarty poród kończy się cesarskim cięciem tylko w 16 szpitalach w Polsce.

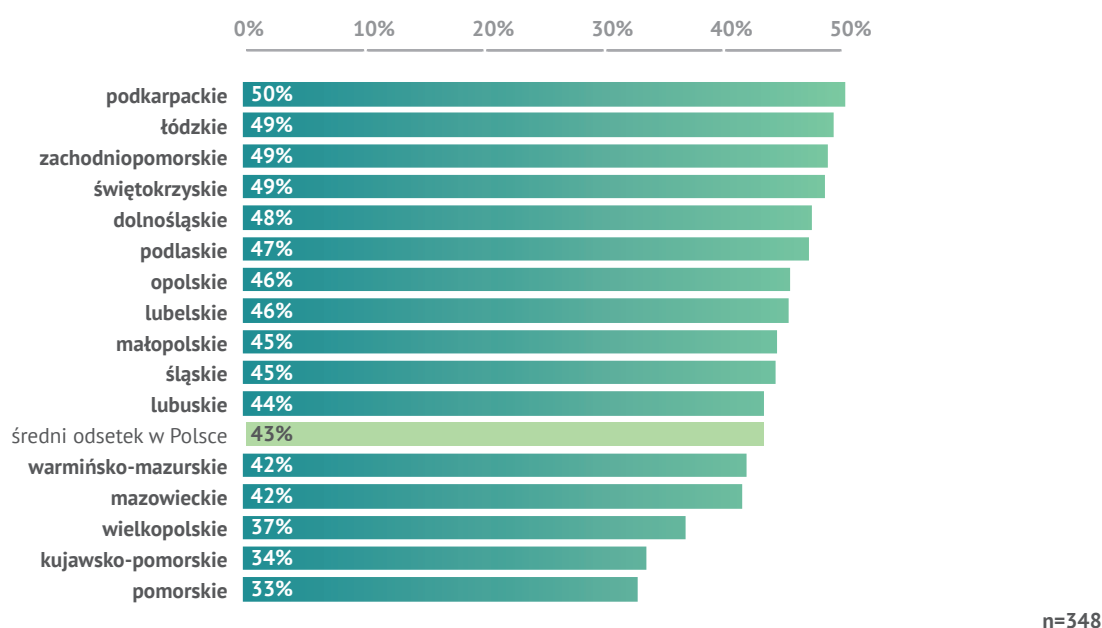
98. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1610>

99. Najwięcej cesarskich cięć odnotowano w szpitalach z III stopniem referencyjności oddziału położniczego – 48% oraz w placówkach z II stopniem referencyjności oddziału położniczego – 41%.

100. Są to cztery placówki: Centrum Medyczne Damiana Holding Sp.z o.o. w Warszawie, Poliklinika Ginekologiczno-Położnicza Sp.z o.o. Sp.k. w Białymstoku, Centrum Medyczne Esculap Sp.z o.o. w Bielsku Białej i Centrum Zdrowia Medfemina we Wrocławiu. Spośród tych placówek tylko jedna (w Białymstoku) ma podpisany kontrakt z NFZ.

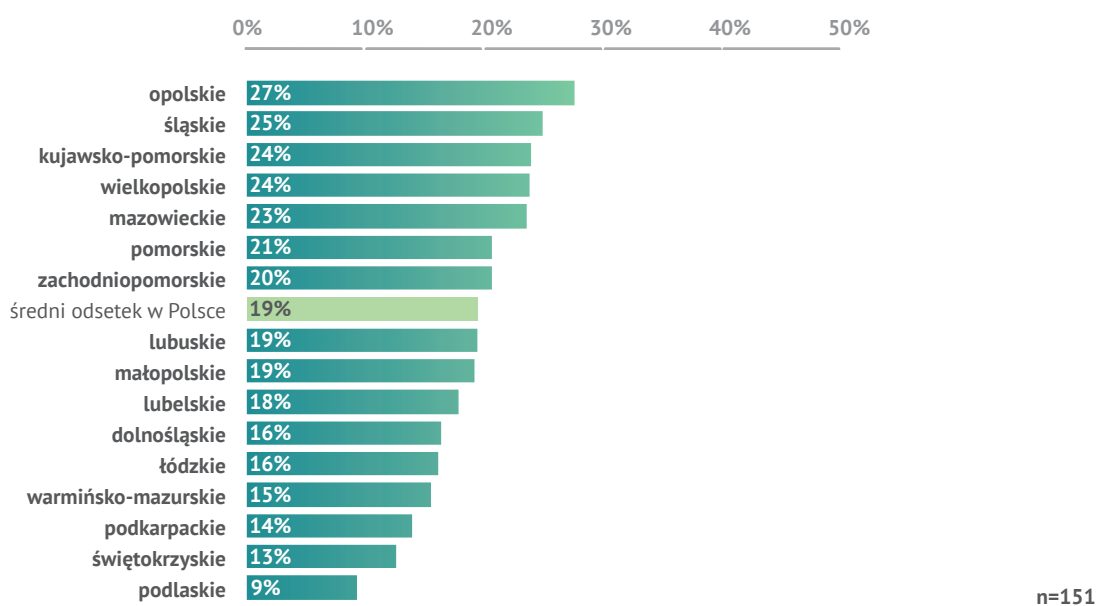
101. Są to dwie placówki: „Centrum Dializa” Sp.z o.o. w Łasku i Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem.

Ryc. 28. Odsetek cesarskich cięć w poszczególnych województwach



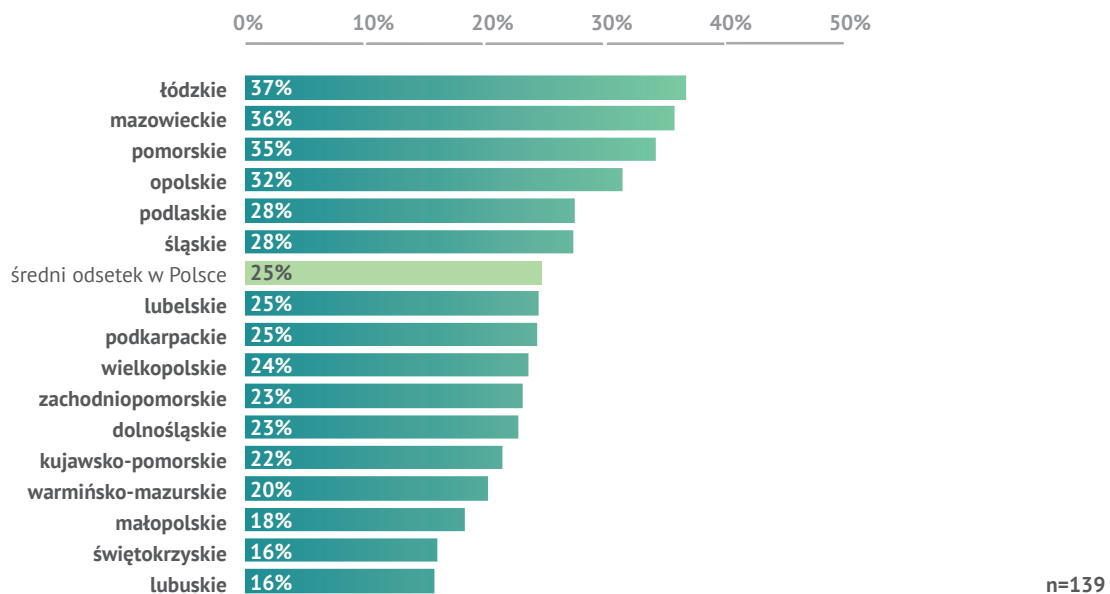
W 2015 r. aż 19% porodów było indukowanych, w tym w 77% przypadkach użyto oksytocyny. Duże zróżnicowanie widać w skali kraju. W województwie opolskim i śląskim co najmniej co czwarty poród był indukowany, podczas gdy w podkarpackim, świętokrzyskim i podlaskim było ich poniżej 15% (ryc. 29).

Ryc. 29. Odsetek porodów indukowanych w poszczególnych województwach



W co czwartym porodzie drogami natury stymulowano czynność skurczową (25%), najczęściej za pomocą kroplówki z oksytocyną (87%). Znacznie częściej działa się to w oddziałach położniczych III stopnia referencyjności (30%), niż w tych z II (24%) oraz I stopniem (21%). Duże różnice są także widoczne między szpitalami w poszczególnych województwach – w łódzkim, mazowieckim i pomorskim aż 35% i więcej porodów jest stymulowana, w małopolskim, świętokrzyskim i lubuskim mniej niż co piąty (ryc. 30).

Ryc. 30. Odsetek porodów, w których stymulowano czynność skurczową w poszczególnych województwach



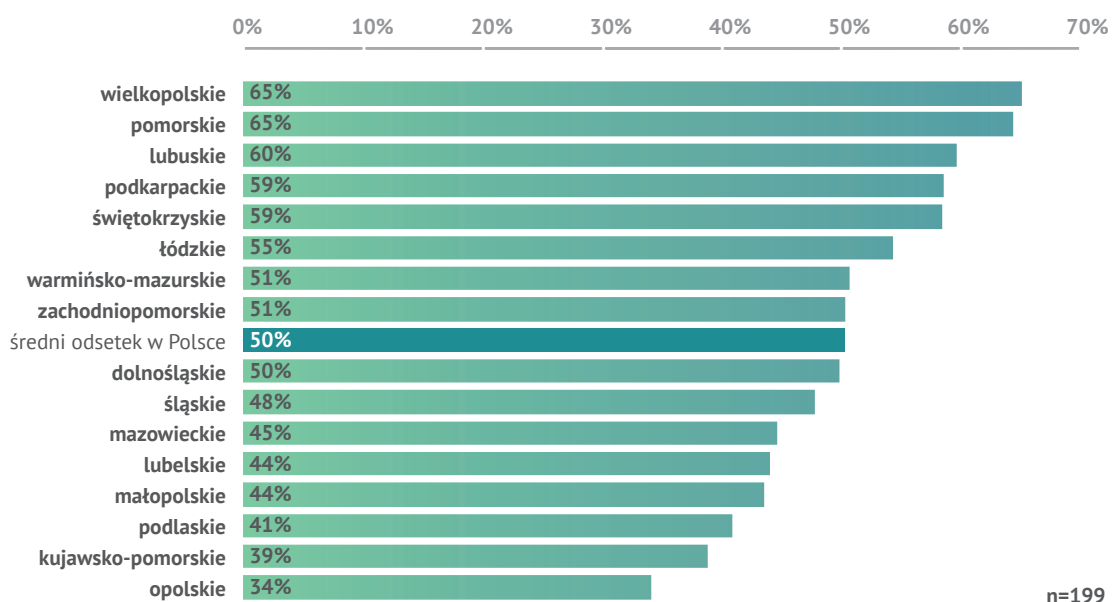
W 50% porodów zastosowano nacięcie krocza. To odsetek zbliżony do wyniku otrzymanego w badaniu NIK - 57% pacjentek¹⁰², a także małopolskiego audytu (54,7%). Warto zwrócić uwagę, że aż 41% szpitali zadeklarowało, że często stosuje się u nich nacięcia krocza jako metodę ochrony krocza (w 56% placówek czasami stosuje się tę interwencję w celu ochrony krocza).

Nacięcie krocza wykonywano w ponad połowie szpitali województw wielkopolskiego, pomorskiego, lubuskiego, podkarpackiego, świętokrzyskiego, łódzkiego, warmińsko-mazurskiego i zachodniopomorskiego, a najrzadziej w województwie opolskim (ryc. 31). Interwencja ta jest przeprowadzana w Polsce znacznie częściej niż w innych krajach europejskich. W Danii odsetek ten wynosi 4,9%, w Szwecji 6,6%, w Anglii 19,4%, we Francji 26,9%¹⁰³.

102. Najwyższa Izba Kontroli, *Opieka okołoporodowa...*, op. cit.

103. Zeitlin J., Mohangoo A., Delnord M. (red.), *European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*, dostępny na stronie: <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html> (dostęp 19.02.2017 r.)

Ryc. 31. Odsetek porodów z nacięciem krocza w poszczególnych województwach



Tab. 8. Odsetek poszczególnych procedur w podziale na stopień referencyjności oddziału położniczego

	Stopień referencyjności oddziału		
	I stopień	II stopień	III stopień
Odsetek porodów fizjologicznych/ n=325	57%	56%	46%
Odsetek cięć cesarskich/ n=348	42%	41%	48%
Odsetek porodów indukowanych/ n= 151	18%	21%	20%
Odsetek nacięć krocza/ n=199	47%	52%	52%
Odsetek porodów ze stymulowaną czynnością skurczową/ n=139	21%	24%	30%
Odsetek porodów ze znieczuleniem farmakologicznym/ n=178	30%	42%	52%
Odsetek porodów bez znieczulenia farmakologicznego/ n=144	62%	43%	51%

W 38% szpitali są pobierane opłaty związane z porodem. W 28 trzeba zapłacić za nocleg osoby towarzyszącej (średnio 179 zł), w 24 za indywidualną opiekę położnej (średnio 1029 zł), w 21 za salę poporodową o podwyższonym standardzie (średnio 210 zł), a także za strój czy posiłek osoby towarzyszącej w czasie porodu drogami natury (średnio 30 zł). W pojedynczych szpitalach są też pobierane inne opłaty (tab. 9).

Tab. 9. Opłaty pobierane w szpitalach

	Liczba szpitali, które pobierają opłaty	Średnia opłata (w złotych)
indywidualna opieka położnej	24	1 029
sala poporodowa o podwyższonym standardzie	21	210
opłaty od osoby towarzyszącej w czasie porodu drogami natury (np. strój, posiłek)	21	30
nocleg osoby towarzyszącej	28	179
opłaty od osoby towarzyszącej w czasie cesarskiego cięcia (np. strój, posiłek)	8	143
poród z osobą towarzyszącą	7	1 256
cegiełka na rzecz szpitala	7	dobrowolna
liczymy na dobrowolne datki (skarbonka) lub prezenty dla oddziału (środki czystości, pieluchy)	5	dobrowolna
dyżur pielęgniarki przy dziecku	3	392
sala porodowa o podwyższonym standardzie	3	283
poród do wody	2	625

5.11. Przygotowanie oddziałów do opieki nad osobami niepełnosprawnymi

Istotnym elementem funkcjonalności placówek ochrony zdrowia jest ich dostępność dla wszystkich pacjentów. Zgodnie z art. 68 Konstytucji RP „władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku”¹⁰⁴. W związku z tym pojawia się pytanie, w jakim stopniu niepełnosprawne kobiety rodzące i położnice mogą liczyć na opiekę uwzględniającą ich potrzeby.

W 97% szpitali wejście do budynku jest dostosowane do potrzeb kobiet mających trudności w poruszaniu się, nie ma schodów, progów, jest natomiast podjazd lub winda. Wszystkie szpitale z województw małopolskiego, opolskiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego mają wejścia do budynku dostosowane do potrzeb osób z ograniczeniami w poruszaniu się. Najmniej takich placówek jest w województwie lubuskim (85%).

104. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r., Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483.

83% placówek posiada dostosowany do potrzeb kobiet, które mają trudności w poruszaniu się, fotel ginekologiczny i łóżko do USG. Widoczne jest duże zróżnicowanie w wyposażeniu między województwami. W łódzkim, podlaskim, opolskim i podkarpackim w prawie wszystkich szpitalach jest fotel ginekologiczny i łóżko do USG dostosowane do potrzeb kobiet z trudnościami w poruszaniu się, podczas gdy w województwie świętokrzyskim takich placówek jest jedynie 69% (tab. 10).

Tab. 10. Odsetek szpitali w poszczególnych województwach, w których fotel ginekologiczny jest dostosowany do potrzeb kobiet mających trudności w poruszaniu się

Województwo	% szpitali, w których fotel ginekologiczny, łóżko do USG są dostosowane do potrzeb kobiet, które mają duże trudności w poruszaniu się
łódzkie/ n=24	96%
podlaskie/ n=16	94%
opolskie/ n=11	91%
podkarpackie/ n=22	91%
małopolskie/ n=25	88%
warmińsko-mazurskie/ n=16	88%
zachodniopomorskie/ n=21	86%
lubuskie/ n=13	85%
pomorskie/ n=19	84%
kujawsko-pomorskie/ n=18	83%
wielkopolskie/ n=34	82%
mazowieckie/ n=46	80%
dolnośląskie/ n=27	78%
lubelskie/ n=22	77%
śląskie/ n=39	74%
świętokrzyskie/ n=13	69%

W 77% oddziałów, w których przebywają kobiety ciężarne, rodzące i położnice znajduje się toaleta z prysznicem dostosowana dla osób z protezą nóg lub poruszających się na wózku. Mimo że w skali kraju $\frac{3}{4}$ szpitali jest wyposażonych w toaletę z prysznicem dla osób niepełnosprawnych, w niektórych województwach takich placówek jest ponad 90% (lubelskie, małopolskie), a w województwie łódzkim jedynie 58% (tab. 11).

Tab. 11. Odsetek szpitali w poszczególnych województwach, w których toaleta jest dostosowana do potrzeb kobiet z protezą nóg

Województwo	% szpitali, w których jest toaleta z prysznicem dostosowana do potrzeb kobiet z protezą nóg
lubelskie/ n=22	95%
małopolskie/ n=25	92%
lubuskie/ n=13	85%
kujawsko-pomorskie/ n=18	83%
opolskie/ n=11	82%
zachodniopomorskie/ n=21	81%
wielkopolskie/ n=34	79%
śląskie/ n=39	77%
świętokrzyskie/ n=13	77%
podlaskie/ n=16	75%
warmińsko-mazurskie/ n=16	75%
dolnośląskie/ n=27	74%
pomorskie/ n=19	74%
mazowieckie/ n=46	72%
podkarpackie/ n=22	68%
łódzkie/ n=24	58%

Dostępność szpitali położniczych dla kobiet mających trudności w poruszaniu się jest stosunkowo duża, choć należy podkreślić, że wszystkie szpitale powinny zapewniać taką samą opiekę pacjentkom niezależnie od stopnia niepełnosprawności. W dużo trudniejszej sytuacji znajdują się rodzące niesłyszące i niewidome. W znacznie mniejszej liczbie placówek, bowiem jedynie w 38%, pacjentki niesłyszące mogą liczyć na pomoc tłumacza języka migowego lub porozumieć się z personelem medycznym znającym język migowy. Pod tym względem znacznie gorzej od pozostałych wypadają szpitale z I stopniem referencyjności oddziału położniczego, bowiem jedynie 29% tych placówek (w porównaniu z 52% szpitali II i III stopnia referencyjności) daje pacjentkom niesłyszącym możliwość porozumienia się z personelem.

W jeszcze trudniejszej sytuacji są pacjentki słabowidzące i niewidome, bowiem jedynie 7% szpitali posiada dokumenty dostosowane do ich potrzeb. Pod względem zapewnienia odpowiedniej komunikacji najlepiej wypadają szpitale mające oddział położniczy z III stopniem referencyjności – spośród tych placówek 15%¹⁰⁵ posiada dokumenty dostosowane do potrzeb osób niedowidzących i niewidomych, a jedynie po 5% szpitali I i II stopnia referencyjności.

Jedynie w 38% szpitali pacjentki niesłyszące mogą liczyć na pomoc tłumacza języka migowego lub porozumieć się z personelem medycznym znającym język migowy. W jeszcze trudniejszej sytuacji są pacjentki słabowidzące i niewidome, bowiem jedynie 7% szpitali posiada dokumenty dostosowane do ich potrzeb.

Oddziały położnicze i neonatologiczne nie są przygotowane do opieki nad kobietami niepełnosprawnymi. Już samo wyposażenie szpitali wskazuje na braki uniemożliwiające opiekę dostosowaną do potrzeb każdej pacjentki, co znacznie utrudnia pracę personelowi szpitala. Odrębną kwestią są kompetencje lekarzy i położnych w zakresie sprawowania opieki nad pacjentkami niepełnosprawnymi. Nieliczne prace opublikowane na ten temat pokazują, że w tym zakresie jest jeszcze wiele do zrobienia¹⁰⁶, wymaga to jednak odrębnych, pogłębionych badań.

Niedostateczne wyposażenie oraz brak kompetencji personelu powoduje, że dostęp do szpitali położniczych jest nierówny, znacznie ograniczony dla pacjentek niepełnosprawnych.

5.12. Charakterystyka szpitali

87% szpitali posiada przynajmniej jeden certyfikat, w tym 75% otrzymało Certyfikat Jakości ISO, 34% uzyskało akredytację nadawaną przez Centrum Monitorowania Jakości, 20% posiada tytuł Szpitala Przyjaznego Dziecku, a 13% Szpitala Bez Bólu. W 8 województwach (lubuskim, pomorskim, małopolskim, wielkopolskim, opolskim, świętokrzyskim, lubelskim,

105. Ze względu na niskie liczebności szpitali posiadających dokumenty dostosowane do potrzeb pacjentek słabowidzących i niewidomych, dane w podziale na stopnie referencyjności oddziału położniczego należy traktować ilustracyjnie.

106. Mazurkiewicz B., Dmoch-Gajzlerska E., *Opieka okołoporodowa nad pacjentką niewidomą i niedowidzącą*, w: Opala T., Gaworska-Krzemińska A., Olszewski J., Olszewska J., *Jakość życia kobiet w różnych okresach życia oraz wybranych stanach chorobowych*, Wydawnictwo „Bernardinum”, Pelplin 2011.

Mazurkiewicz B., *Przygotowanie położnej do opieki nad pacjentkami niepełnosprawnymi w opiece okołoporodowej*, „Przegląd Ginekologiczno-Położniczy” 2009, nr 9, s. 315-320.

łódzkim) ponad $\frac{3}{4}$ szpitali posiada Certyfikat Jakości ISO. Jedynie w województwie podlaskim mniej niż połowa (44%) szpitali posiada ten certyfikat (tab. 12). Warto zwrócić uwagę, że w województwie opolskim nie ma ani jednej placówki, która posiadałaby tytuł Szpital Przyjazny Dziecku, natomiast certyfikat Szpitali Bez Bólu nie mają placówki w trzech województwach: kujawsko-pomorskim, lubuskim i podlaskim.

Tab. 12. Szpitale posiadające Certyfikat Jakości ISO według województw

Województwo	Certyfikat Jakości ISO/ n=277
lubuskie	100%
pomorskie	100%
małopolskie	92%
wielkopolskie	91%
opolskie	91%
świętokrzyskie	85%
lubelskie	82%
łódzkie	79%
warmińsko-mazurskie	75%
mazowieckie	70%
podkarpackie	68%
dolnośląskie	67%
śląskie	67%
zachodniopomorskie	57%
kujawsko-pomorskie	56%
podlaskie	44%

W czterech województwach – lubelskim, świętokrzyskim, pomorskim i małopolskim – ponad połowa szpitali uzyskała akredytację nadawaną przez Centrum Monitorowania Jakości. Najmniej szpitali z tym certyfikatem jest w województwie opolskim – jedynie 9% (tab. 13).

Tab. 13. Szpitale posiadające akredytację nadawaną przez Centrum Monitorowania Jakości według województw

Województwo	Akredytacja (nadawana przez Centrum Monitorowania Jakości)/ n=123
lubelskie	64%
świętokrzyskie	62%
pomorskie	58%
małopolskie	52%
warmińsko-mazurskie	44%
podkarpackie	41%
kujawsko-pomorskie	39%
dolnośląskie	33%
mazowieckie	32%
śląskie	31%
podlaskie	19%
wielkopolskie	18%
lubuskie	15%
zachodniopomorskie	14%
łódzkie	13%
opolskie	9%

Hospitalizacja po porodzie trwa stosunkowo krótko. Najkrócej w szpitalu przebywają kobiety po porodzie drogami natury; średnio 2,4 dnia. Nieznacznie dłużej po porodzie zabiegowym – średnio 2,9 dnia, a najdłużej po cesarskim cięciu – średnio 3,6 dnia.

Na oddziałach położniczych najczęściej jest miejsc w salach jedno lub dwuosobowych. W ponad połowie szpitali (56%) co najmniej 75% miejsc dla kobiet po porodzie jest w takich salach. W 18% szpitali takie miejsca stanowią od 50% do 75%, a w 16% pomiędzy 25% a połową.

Kolejną kwestią wpływającą na warunki przebywania w szpitalu jest dostęp do łazienki bezpośrednio z sali, w której przebywa kobieta. W 23% szpitali na oddziałach, na których przebywają kobiety po porodzie nie ma ani jednej sali z łazienką. Spośród szpitali, w których są sale dla położnic wyposażone w łazienkę w ponad połowie (52%) jest $\frac{3}{4}$ lub więcej takich sal.

93% szpitali zapewnia kobietom możliwość konsultacji z psychologiem, choć tylko 17% oddziałów położniczych i neonatologicznych zatrudnia psychologa, specjalista ten jest wzywany z zewnątrz w 76% placówek.

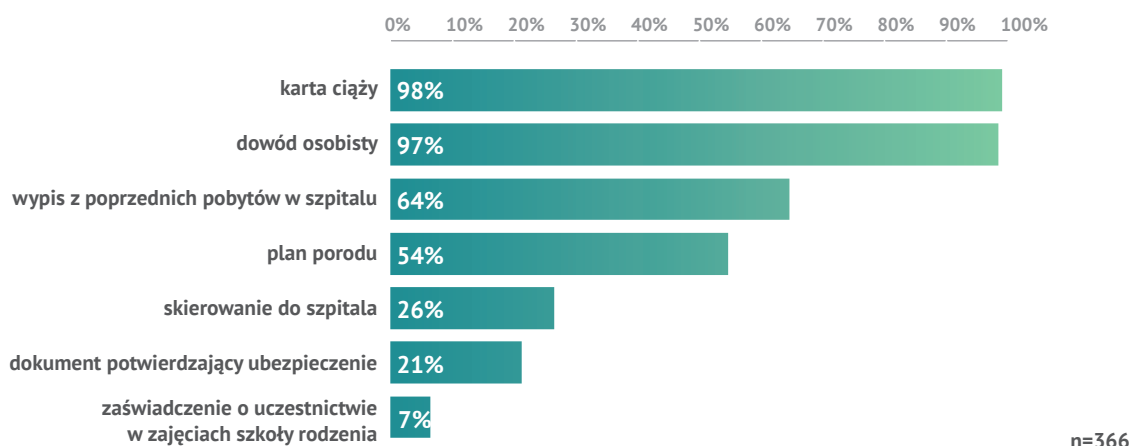
Ponad połowa polskich szpitali (54%) umożliwia odwiedziny bliskich kobiety o dowolnej godzinie w ciągu dnia, 11% pozwala również na przebywanie rodziny w nocy. Godziny odwiedzin są wyznaczone w 35% placówek.

Z analizy wynika, że 76% szpitali przyjmuje wszystkie rodzące, które zgłaszają się do izby przyjęć. Jeśli w chwili przyjęcia wszystkie łóżka do porodu są zajęte, w 40% szpitali pacjentki oczekują na sali przedporodowej, w 22% na oddziale patologii ciąży. Jedynie 7% placówek w Polsce nie przyjmuje kobiet zgłaszających się z objawami porodu, gdy wszystkie łóżka do porodu są zajęte.

Kobiety zgłaszające się do izby przyjęć w 98% szpitali personel prosi o kartę ciąży, w 97% o dowód osobisty. 2/3 placówek (64%) oczekuje, że kobieta będzie miała przy sobie wypis z poprzednich pobytów w szpitalu. W 1/4 szpitali (26%) kobieta zostanie poproszona o skierowanie do szpitala, a w 1/5 (21%) o dokument potwierdzający ubezpieczenie (ryc. 32). Szpitale wymagają od rodzących skierowania do szpitala i dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie, mimo że te dokumenty nie są wymagane przepisami i kobieta powinna zostać przyjęta do porodu, nawet jeśli nie ma ich przy sobie.

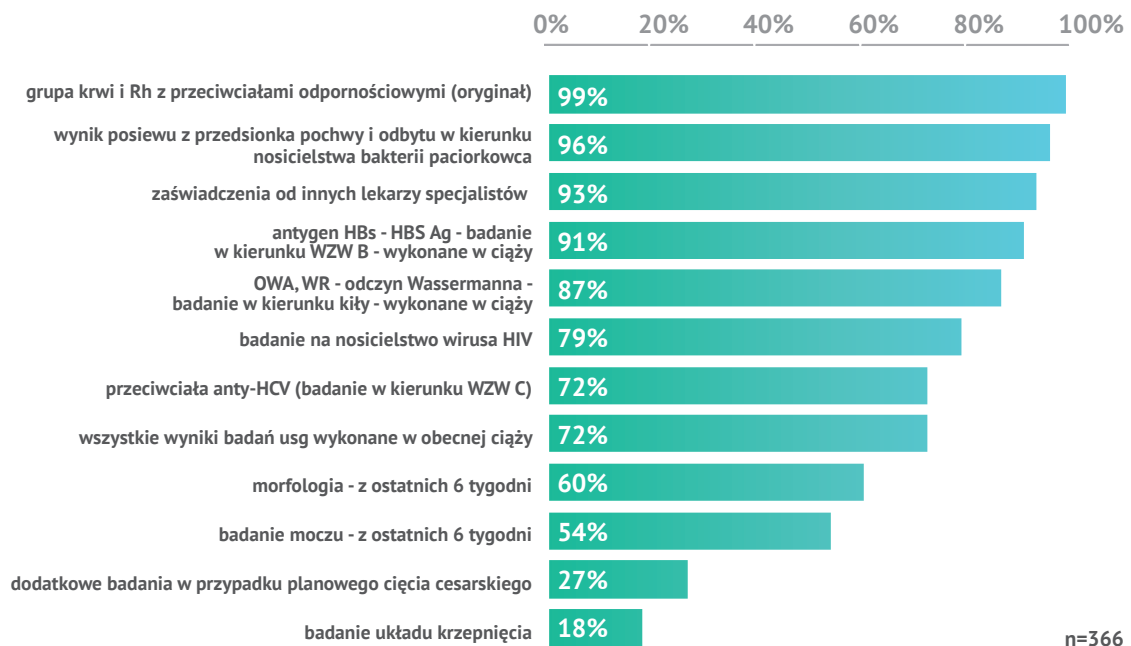
26% szpitali wymaga przy przyjęciu do porodu skierowania do szpitala, a 21% prosi o dokument potwierdzający ubezpieczenie.

Ryc. 32. Dokumenty wymagane przy przyjęciu do szpitala



Prawie wszystkie szpitale wymagają, by kobieta zgłaszająca się do porodu miała oryginał wyników badania grupy krwi Rh z przeciwciałami odpornościowymi (99%), wynik posiewu z przedstonka pochwy i odbytu w kierunku nosicielstwa bakterii *Streptococcus agalactiae* (paciorkowiec typu B) wykonanego po 35. tygodniu ciąży (96%), zaświadczenie od lekarzy specjalistów, jeśli pacjentka miała jakieś konsultacje (93%), badanie antygenu HBs – HBS Ag – wykonanego w ciąży (91%). Rodzące powinny też mieć wykonany w ciąży odczyn Wassermanna (WR) i badanie na nosicielstwo HIV, bowiem odpowiednio w 87% i 79% szpitali wynik tych badań jest wymagany przy przyjęciu do szpitala. W 72% placówek kobiety są proszone o wyniki wszystkich badań USG z obecnej ciąży oraz wynik testu na przeciwciała anti-HCV. Ponad połowa szpitali oczekuje również, że kobiety w izbie przyjęć będą miały ze sobą wyniki morfologii (60%) oraz moczu (54%) zrobione w ciągu ostatnich 6 tygodni (ryc. 33).

Ryc. 33. Wynik badań wymagane przy przyjęciu do szpitala

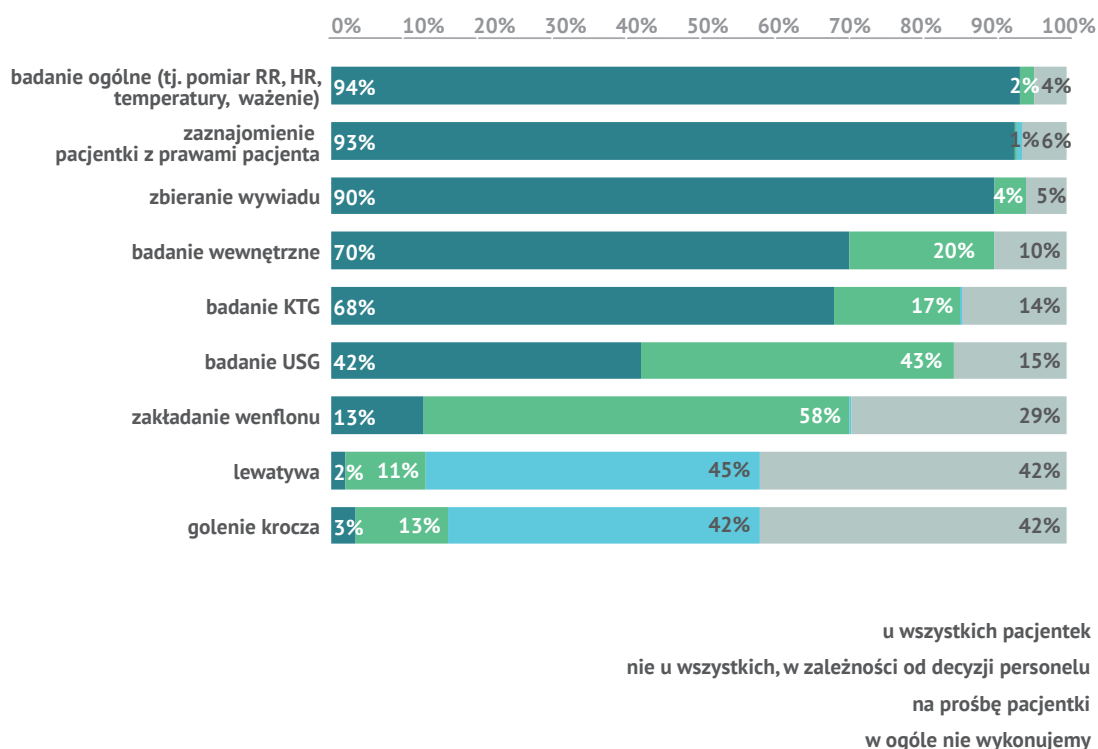


W prawie wszystkich szpitalach przyjmując pacjentkę wykonuje się jej badanie ogólne (94%), zaznajamia z prawami pacjenta (93%), a personel medyczny zbiera wywiad (90%). W izbie przyjęć w 70% szpitali wykonuje się także badanie wewnętrzne, a w 68% badanie KTG. Badanie USG jest przeprowadzane standardowo w izbie przyjęć w mniej niż połowie placówek (42%), częściej wykonuje się je u niektórych pacjentek, zależy to jednak od decyzji personelu.

Kobiety zwykle mogą zdecydować, czy chcą, by w izbie przyjęć wykonano lewatywę (45%) lub ogolono krocze (42%). Zdarzają się jednak wciąż placówki, w których czynności te są wykonywane u wszystkich pacjentek. Stanowią one odpowiednio 2% i 3%¹⁰⁷ (ryc. 34).

Zdarzają się wciąż placówki, w których lewatywa oraz golenie krocza wykonywane są u wszystkich pacjentek. Stanowią one odpowiednio 2% i 3%.

Ryc. 34. Czynności wykonywane w izbie przyjęć u pacjentek przyjmowanych do porodu



Jedynie 18% szpitali daje kobietom możliwość porodu w wodzie, zakończonego urodzeniem dziecka do wody. Tylko w województwie opolskim nie ma ani jednej placówki, która umożliwiałyby kobietom taki poród, natomiast w pomorskim i świętokrzyskim jest po jednym szpitalu, w którym kobieta może urodzić do wody.

107. 6 szpitali zadeklarowało, że na izbie przyjęć u wszystkich pacjentek wykonuje się lewatywę i golenie krocza, są to: SPZOZ Szpital Gminny w Bogatyni, Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o., Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie, Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ w Warszawie, Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny we Wrocławiu.

5.13. Uwagi o danych statystycznych przekazanych przez szpitale

Analiza danych statystycznych przekazanych przez szpitale wiązała się z wieloma trudnościami. Wynikały one przede wszystkim z licznych braków danych, a także nieprecyzyjnie lub błędnie podanych statystyk.

Już w raporcie z akcji „Rodzić po Ludzku” przeprowadzonej w 2006 r. zwracano uwagę na dużą liczbę szpitali, które nie prowadzą statystyk dotyczących udzielanych świadczeń. Analiza braków danych od szpitali pokazuje, że przez ostatnie 10 lat niewiele się zmieniło. Nadal bardzo wiele szpitali nie prowadzi lub nie podaje statystyk odzwierciedlających wykonywanie niektórych świadczeń i procedur. 11% placówek nie podało danych dotyczących liczby porodów fizjologicznych, 13% na temat porodów zabiegowych, a aż 46% nie odpowiedziało na pytanie o liczbę porodów z nacięciem krocza. Ponad połowa szpitali nie wskazała liczby porodów indukowanych ze stymulowaną akcją skurczową, porodów bez i ze znieczuleniem farmakologicznym.

We wszystkich pytaniach dotyczących danych statystycznych proszono o podanie konkretnej liczby usług za 2015 rok. Szpitale często nie podawały tej wartości, o czym była mowa powyżej, nierzadko również zamiast liczb podawały wartości procentowe. Niejednokrotnie w odpowiedziach pojawiały się również informacje typu „ok. 50%”, „ok. 4” lub „mało”, co oznaczałoby, że określona procedura była wykonywana w około 50% porodów, około 4 razy lub, że było ich mało. Należy stwierdzić, że to bardzo nieprecyzyjna odpowiedź zwłaszcza na pytanie o konkretne liczby (nie wartości procentowe).

Kolejnym problemem w podanych przez szpitale danych jest fakt, że liczby niejednokrotnie nie sumują się w odniesieniu do procedur, które łącznie powinny dawać 100% (na przykład liczba cesarskich cięć planowanych i nagłych nie daje podanej przez szpital liczby cesarskich cięć ogółem).

Ze względu na powyższe trudności w analizie uwzględniono tylko te placówki, które wskazały liczbę odnośnie określonej procedury oraz procedury będącej podstawą oprocentowania. Odsetki dla poszczególnych procedur zostały zatem wyliczone niezależnie, dlatego wyników nie należy sumować.

Z jednej strony jesteśmy świadkami niesłychanej biurokratyzacji medycyny. Personel medyczny często alarmuje, że nie ma czasu dla pacjenta, musi bowiem wypełniać wiele dokumentów. Z drugiej strony szpitale nie dysponują danymi dotyczącymi bardzo podstawowych i rozpowszechnionych w opiece okołoporodowej interwencji i świadczeń. Powstaje pytanie, czy placówki nie zbierają tych danych w ogóle, czy też nie wyszczególniają ich spośród wielu informacji, które posiadają. Świadczy to przede wszystkim o braku zrozumienia, że dane odzwierciedlają rzeczywistość, służą do jej opisu, a także pomagają przeprowadzić ewaluację świadczonych usług, ważną zarówno dla pacjentów, jak i jednostek ochrony zdrowia, która może służyć do poprawy jakości i konkurencyjności sprawowanej opieki.

6. Rekomendacje

Rekomendacje dla szpitali

1. Zagwarantowanie przez wszystkie placówki posiadające kontrakt z NFZ dostępności znieczulenia zewnątrzoponowego. Rozpowszechnienie dostępu do tej metody łagodzenia bólu ograniczy ryzyko zachowań mogących nieść znamiona nieludzkiego traktowania rodzącej.
2. Wyposażenie wszystkich sal w sprzęt ułatwiający łagodzenie bólu i przyjmowanie pozycji wertykalnych. Należy dążyć do tego, by każda kobieta miała osobną salę porodową umożliwiającą poród rodzinny, gwarantującą intymność i komfort rodzącej, który zmniejsza stres zakłócający fizjologiczny przebieg porodu.
3. Większe wykorzystanie kompetencji położnych mogących samodzielnie prowadzić i przyjmować fizjologiczny poród. Sposób przygotowania zawodowego położnych sprzyja demedykalizacji opieki okołoporodowej, ich kształcenie w znacznie większym stopniu jest skoncentrowane na fizjologii niż kształcenie lekarzy, które skupia się na wykrywaniu i leczeniu patologii. Rozpowszechnienie opieki położnych w znacznym stopniu ograniczy również koszty opieki okołoporodowej i pozwoli na przekierowanie zaoszczędzonych środków np. na zapewnienie anestezjologa lub doposażenie sal.
4. Regularne przeprowadzanie praktycznych szkoleń dla personelu medycznego w zakresie realizacji standardów opieki okołoporodowej, poświęconych m.in. pozycjom wertykalnym, karmieniu piersią, ochronie krocza, pierwszemu kontaktowi, komunikacji z kobietą.
5. Ograniczenie medykalizacji poprzez zwiększenie dostępności nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu, stosowanie pozycji wertykalnych w I i II okresie porodu, w szczególności przez szpitale z I stopniem referencyjności oddziału położniczego.
6. Systematyczne zbieranie danych dotyczących kluczowych aspektów opieki okołoporodowej, w szczególności tych, które mają wpływ na medykalizację porodu. Niezbędne jest także udostępnianie tych danych instytucjom czy osobom, które podejmują się ich analizy. Dane coraz częściej stanowią również ważną informację dla kobiet.
7. Udostępnianie opinii publicznej informacji na temat opieki okołoporodowej oraz danych dotyczących wykonywania wybranych interwencji medycznych poprzez umieszczanie ich na stronach internetowych. Rzetelna informacja ze strony szpitala pomoże kobietom lepiej przygotować się do porodu i ułatwi świadomy wybór placówki.
8. Wsparcie kobiet w lepszym przygotowaniu do porodu i respektowanie ich potrzeb. Obok informacji o wyposażeniu, procedurach i danych statystycznych, każdy szpital na swojej stronie powinien umieścić formularz planu porodu opracowany

- przez zespół medyczny w oparciu o standardy opieki okołoporodowej. Pomoże to kobietom w przygotowaniu planu porodu, a personelowi medycznemu w uważnej rozmowie na temat preferencji związanych z porodem z każdą kobietą, również tą bez planu.
9. Podejmowanie działań edukacyjnych promujących naturalny poród i uświadamiających kobiety, jakie są negatywne konsekwencje zdrowotne cesarskiego cięcia dla matki i dziecka, w sytuacji gdy matka i dziecko są zdrowe.
 10. Zagwarantowanie opieki w równym stopniu wszystkim kobietom, także tym z niepełnosprawnościami. Należy zlikwidować bariery architektoniczne, przygotować placówkę, personel oraz dokumenty do potrzeb wszystkich pacjentek. Personel powinien posiadać kompetencje i umiejętności umożliwiające opiekę nad każdą rodzącą kobietą.
 11. Zmiana praktyk w zakresie cesarskiego cięcia. Należy dążyć, by planowane cesarskie cięcie częściej było wykonywane po rozpoczęciu akcji porodowej. Równie ważne jest dbanie o zapewnienie możliwie jak najdłuższego pierwszego kontaktu, a także szczególną edukację w zakresie laktacji dla kobiet po cesarskim cięciu. W tym celu należy szkolić personel i zachęcać do tworzenia procedur łagodzących negatywne konsekwencje tej operacji.

Rekomendacje dla Ministerstwa Zdrowia

1. Zdefiniowanie wskaźników medykalizacji i systematyczne ich monitorowanie, wdrożenie procedur ograniczających medykalizację porodu w Polsce.
2. Monitorowanie sposobu działania trójstopniowej opieki. Analiza opieki sprawowanej w szpitalach I stopnia referencyjności pokazuje, że opieka w tych placówkach jest znacznie zmedykalizowana; obserwuje się m.in. wysoki odsetek cesarskich cięć.
3. Przeanalizowanie przyczyn wysokiego odsetka cesarskich cięć w Polsce. Opracowanie planu naprawczego, w tym zabezpieczenie realnego i powszechnego dostępu do znieczulenia zewnątrzoponowego dla każdej rodzącej.
4. Ustalenie jasnych norm zatrudnienia położnych w odniesieniu do liczby rodzących.
5. Uregulowanie zasad obecności osoby towarzyszącej przy cesarskim cięciu i ujednoczenie przekazu dotyczącego tej operacji, który dociera do kobiet.
6. Uświadamianie społeczeństwa, a także osób wykonujących zawody medyczne, co do negatywnych konsekwencji medykalizacji zarówno w aspekcie medycznym, jak i społecznym i ekonomicznym.
7. Sprecyzowanie minimalnych wymagań dotyczących wyposażenia, organizacji i kompetencji personelu, tak by gwarantowały opiekę dostosowaną do potrzeb wszystkich pacjentek, również tych z niepełnosprawnościami.

Rekomendacje dla osób sprawujących opiekę

1. Podejmowanie działań edukacyjnych mających na celu wzrost świadomości kobiet co do negatywnych konsekwencji zdrowotnych medykacji porodu drogami natury, niepotrzebnych interwencji medycznych i cesarskiego cięcia.
2. Promowanie porodu fizjologicznego i uświadamianie korzyści takiego porodu dla matki i dziecka.
3. Zachęcanie i pomoc w przygotowaniu planu porodu.
4. Zachęcanie do korzystania z opieki położnych, które realizują edukację przedporodową, a także samodzielnie prowadzą i przyjmują fizjologiczne porody.

7. Bibliografia

1. Baranowska B., Kubicka-Kraszyńska U., *Znaczenie jakości narodzin dla dziecka w świetle wybranych badań*, w: *Holistyczne położnictwo – nowe wyzwania w opiece nad matką i dzieckiem*, Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2009, s. 14-20.
2. Baranowska B., Kubicka-Kraszyńska U., Tymińska A., *Monitoring wdrażania nowych standardów okołoporodowych w wybranych placówkach położniczych województwa mazowieckiego*, Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2013, raport dostępny na stronie http://www.rodzicpoludzku.pl/images/raport_z_monitoringu_woj.maz_rodzic_po_ludzku.pdf (dostęp 06.03.2017 r.).
3. Baranowska B., *Odcięcie pępowiny – kiedy i w jaki sposób*, artykuł dostępny na stronie: <http://www.rodzicpoludzku.pl/Wiedza-o-porodzie/Odciecie-pepowiny-kiedy-i-w-jaki-sposob.html> (dostęp 06.03.2017 r.).
4. Brodsky P., *The control of childbirth: women versus medicine through the ages*, North Carolina 2008, McFarland & Company, Inc., Publishers Jefferson.
5. Conrad P., *Medicalization and Social Control*. „Annual Review of Sociology”, 1992, t. 18, nr 1, s. 211.
6. Conrad P., *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*, Baltimore 2007, The Johns Hopkins University Press.
7. Domańska U., *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa w: Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Włodzimierz Piątkowski, Włodzimierz Brodniak (red.), Tyczyn 2005, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, s. 311-322.
8. Doroszevska A., *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej. Społeczne role położnych*, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2015.
9. Doroszevska A., *Opieka okołoporodowa w Polsce po transformacji ustrojowej – między medykalizacją a demedykalizacją?*, w druku.
10. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik Demograficzny 2016*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2016.
11. Howell-White S., *Choosing a birth attendant: the influence of a woman's childbirth definition*, „Social Science and Medicine” 1997, nr 6, s. 925-936.
12. Jacyno M., *Kultura indywidualizmu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
13. Jiang H., Qian X., Carroli G., Garner P., *Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth*, Cochrane review 2017. Dostępny na stronie: http://www.cochrane.org/CD000081/PREG_selective-versus-routine-use-episiotomy-vaginal-birth (dostęp 22.02.2017 r.).
14. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r., Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483.
15. Kubicka-Kraszyńska U., Otffinowska A., *Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku”* 2006, Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2007.

16. Mazurek E., *Macierzyństwo pod medycznym nadzorem. Wybrane aspekty medykalizacji macierzyństwa*, „Kultura – społeczeństwo – edukacja”, 2014, nr 1 (5), 75-93.
17. Mazurkiewicz B., *Przygotowanie położnej do opieki nad pacjentkami niepełnosprawnymi w opiece okołoporodowej*, „Przegląd Ginekologiczno-Położniczy” 2009, nr 9, s. 315-320.
18. Mazurkiewicz B., Dmoch-Gajzlerska E., *Opieka okołoporodowa nad pacjentką niewidomą i niedowidzącą* w: Opala T., Gaworska-Krzemińska A., Olszewski J., Olszewska J., *Jakość życia kobiet w różnych okresach życia oraz wybranych stanach chorobowych*, Wydawnictwo „Bernardinum”, Pelplin 2011.
19. Najwyższa Izba Kontroli, *Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych*, 2016, dostępny na stronie: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11621,vp,13972.pdf> (dostęp 01.02.2017 r.).
20. Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej*, Kraków 2011, dostęp na stronie: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,3004,vp,3795.pdf> (dostęp 14.02.2017 r.).
21. National Institute for Health and Care Excellence, *Insertion of a double balloon catheter for induction of labour in pregnant women without previous caesarean section*, 2015, dostępny na stronie: <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg528/chapter/2-Indications-and-current-treatments> (dostęp: 21.02.2017 r.).
22. National Institute for Health and Care Excellence, *Intrapartum care for healthy women and babies*, 2014, dostępny na stronie: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190> (dostęp 27.03.2017 r.)
23. Niedośpiąt J., *Mamy prawo. Realizacja standardów opieki okołoporodowej w szpitalach i oddziałach położniczych w województwie małopolskim w okresie 01.05.2013 – 17.01.2016*, Stowarzyszenie Obywatel Mama, Kraków 2016, dostępny na stronie: <http://prawomamy.pl/wp-content/uploads/2017/01/Mamy-prawo-raport-audyt-spo%C5%82eczny-malopolskich-szpitali-2016.pdf> (dostęp 18.02.2017 r.).
24. Nowakowska L., *Refleksje nad ciężką i porodem. Perspektywa krytycznej analizy dyskursu*, „Kultura – Społeczeństwo – Edukacja”, 2014, 1 (5), s. 9-24.
25. Nowakowski M., *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2015.
26. Petryna A., *Biological Citizenship: The Science and Politics of Chernobyl-Exposed Populations*, „The History of Science Society”, 2004, s. 250-265, dostępny na stronie: http://repository.upenn.edu/anthro_papers/21 (dostęp 01.02.2017 r.).
27. Piątkowski W., *W stronę socjologii zdrowia w: W stronę socjologii zdrowia*, Piątkowski W., Titkow A., Lublin 2002, s. 15-58.
28. Rasch V., *Maternal Death and the Millennium Development Goals*, „Danish Medical Bulletin” 2007, nr 54, s. 167-169.
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, Dz.U. 2012 poz. 1100.

30. Sokołowska M., *Granice medycyny*, PZWL, Warszawa 1986.
31. Wagner M., *Fish Can't See Water: The Need To Humanize Birth*, artykuł prezentowany na konferencji „The Homebirth Australia Conference”, Noosa, Australia, grudzień 2000. dostępny na stronie: <http://www.drmomma.org/2009/08/fish-cant-see-water-need-to-humanize.html> (dostęp: 27.02.2017 r.).
32. World Health Organization, *Poród nie jest chorobą*, Fortaleza, Brazylia 1985.
33. World Health Organization, *Care in normal birth: a practical guide*. Report of Technical Working Group, 1996, dostępny na stronie: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf (dostęp 06.03.2017 r.).
34. World Health Organization, *WHO statement on caesarean section rates*, 2015, dostępny na stronie: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/ (dostęp: 02.03.2017 r.).
35. World Health Organization, *Make every mother and child count*; raport WHO z 2005 roku, dostępny na stronie: <http://www.who.int/whr/2005/en/> (dostęp 02.02.2017 r.).
36. Zeitlin J., Mohangoo A., Delnord M. (red.), *European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*, dostępny na stronie: <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html> (dostęp 19.02.2017 r.).



00-150 Warszawa, ul. Nowolipie 13/15
tel. 22 877 78 76
www.rodzicpoludzku.pl, fundacja@rodzicpoludzku.pl

 **Fundacja
Rodzić po Ludzku**