



RAPORT

Z MONITORINGU ODDZIAŁÓW POŁOŻNICZYCH

**Opieka okołoporodowa w Polsce
w świetle doświadczeń kobiet**



Fundacja
Rodzić po Ludzku

Opracowanie: dr n. społ. Antonina Doroszevska

Zespół merytoryczny: Iwona Adamska-Sala, Barbara Baranowska,
Antonina Doroszevska, Monika Piekarek, Joanna Pietrusiewicz

Redakcja: Iwona Adamska-Sala, Joanna Pietrusiewicz

Korekta: Olga Ślifirska

Projekt graficzny i skład: Anna Kalisz

Warszawa 2018

©Copyright by Fundacja Rodzić po Ludzku

ISBN 978-83-60971-29-1



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



*Publikacja powstała w ramach projektu „Monitoring opieki okołoporodowej”
sfinansowanego z grantu Fundacji Batorego w ramach programu
Demokracja w działaniu.*



Podziękowania

Serdeczne podziękowania kierujemy do Fundacji im. Stefana Batorego za wsparcie naszego projektu „Monitoring opieki okołoporodowej”, a także za wiarę w słuszność naszej inicjatywy.

Bardzo dziękujemy firmie Kantar Millward Brown za pomoc w realizacji projektu. Szczególne podziękowania kierujemy do Pana Adama Kaczyńskiego za jego niezwykle zaangażowanie i pomoc w przygotowaniu ankiety skierowanej do kobiet „Głos matek mam moc zmiany”, a także w opracowywaniu danych statystycznych. Dziękujemy za dzielenie się swoją wiedzą i doświadczeniem.

Dziękujemy firmie Smultron, w szczególności Jakubowi Kozakowi, za przygotowanie narzędzia internetowego do naszego badania i opiekę od strony technicznej.

Dziękujemy także tysiącom kobietom, które podzieliły się swoim doświadczeniem z pobytu w szpitalu, dziękujemy za zaufanie i poświęcony czas. Bez tego zaangażowania nasze badanie nie miałyby sensu.



Dziękujemy wszystkim partnerom akcji „Głos matek ma moc zmiany”
za wsparcie w dotarciu do kobiet w całym kraju.



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH



Rzecznik Praw Pacjenta



GAZETA.PL eDZIECKO

Dziecko

mama:Du.pl

Familie.pl
PORTAL DLA RODZICÓW

boskamatka.pl

Spis treści

1.	Wstęp	7
2.	Podsumowanie wyników	10
3.	Główne wnioski	23
4.	Jakość opieki okołoporodowej	27
5.	Prawa rodzącej jako element wpływający na jakość opieki okołoporodowej	32
5.1.	Prawa rodzącej w świetle obowiązujących przepisów w Polsce	32
5.2.	Nadużycia i przemoc w opiece okołoporodowej	35
6.	Badanie doświadczeń kobiet	39
6.1.	Założenia i cel badania	39
6.2.	Metodologia badania	39
7.	Wyniki badania	42
7.1.	Charakterystyka badanych kobiet	42
7.1.1.	Wiek i wykształcenie	42
7.1.2.	Miejsce zamieszkania	42
7.1.3.	Sytuacja materialna	43
7.1.4.	Lekarz/położna prowadzący/a ciążę	43
7.1.5.	Wybór szpitala	44
7.1.6.	Rodzaj porodu	45
7.1.7.	Sala porodowa	48
7.1.8.	Obecność osoby bliskiej podczas porodu	48
7.2.	Doświadczenia kobiet na izbie przyjęć	48
7.3.	Doświadczenia kobiet w sali porodowej	49
7.3.1.	Możliwość picia, jedzenia i poruszania się	49
7.3.2.	Możliwość korzystania z różnych metod łagodzenia bólu w tym dostępność znieczulenia zewnątrzoponowego	51
7.3.3.	Możliwość przyjmowania swobodnej pozycji w II okresie porodu	52
7.3.4.	Możliwość kierowania się własną potrzebą parcia	54
7.3.5.	Interwencje medyczne w trakcie porodu	55
7.3.6.	Możliwość kontaktu „skóra do skóry” z dzieckiem po porodzie	57
7.4.	Doświadczenia kobiet na oddziale położniczym	59
7.4.1.	Możliwość towarzyszenia dziecku przy zabiegach, badaniach i szczepieniach	59
7.4.2.	Wsparcie w karmieniu piersią	61
7.4.3.	Wsparcie w opiece i pielęgnacji noworodka	63
7.4.4.	Możliwość przebywania osoby bliskiej na oddziale	64

7.5.	Relacje personel medyczny – kobieta	64
7.5.1.	Komunikacja personelu medycznego z kobietą	64
7.5.1.1.	Zachowanie personelu na izbie przyjęć	64
7.5.1.2.	Zachowanie personelu w sali porodowej	67
7.5.1.3.	Zachowanie personelu podczas operacji cesarskiego cięcia i w sali pooperacyjnej	71
7.5.1.4.	Zachowanie personelu na oddziale położniczym	74
7.5.1.5.	Nadużycia i przemoc słowna	76
7.5.2.	Realizacja prawa do informacji	82
7.5.3.	Pozyskiwanie zgody przez personel na zabiegi i czynności wykonywane w szpitalu	85
7.5.3.1.	Pozyskiwanie zgody na zabiegi i czynności podczas porodu	85
7.5.3.2.	Pozyskiwanie zgody na zabiegi i czynności wykonywane przy dziecku	88
7.5.4.	Realizacja prawa do poszanowania intymności i godności osobistej	90
7.5.5.	Nadużycia i przemoc fizyczna	92
7.5.6.	Gorsze traktowanie i dyskryminacja	93
7.5.7.	Nadużycia i sytuacje wymuszania	95
7.6.	Podsumowanie – nadużycia i przemoc w opiece okołoporodowej w świetle doświadczeń kobiet	97
7.7.	Edukacja przedporodowa i plan porodu jako czynniki wpływające na doświadczenia kobiet	100
7.8.	Ocena warunków sal porodowych i oddziałów położniczych	108
7.9.	Opłaty związane z porodem i pobytem w szpitalu	113
7.10.	Ogólna ocena i czynniki wpływające na zadowolenie z opieki w szpitalu	115
8.	Wyniki badania na tle wyników innych badań	117
9.	Rekomendacje Fundacji Rodzić po Ludzku	119
10.	Piśmiennictwo	122

1. Wstęp

Sposób, w jaki przychodzimy na świat ma wpływ nie tylko na nasze życie, zdrowie psychiczne i relacje międzyludzkie, ale także na kondycję całego społeczeństwa. Stąd jakość i dostępność opieki okołoporodowej powinna być obiektem powszechnego zainteresowania. Władza publiczna powinna zadbać o to, by każda kobieta mogła urodzić dziecko w godnych warunkach, otoczona opieką i szacunkiem, ponieważ przestrzeganie praw w opiece okołoporodowej jest wyrazem demokratyzacji i poszanowania praw człowieka.

Fundacja Rodzić po Ludzku od ponad 22 lat monitoruje przestrzeganie praw człowieka w opiece okołoporodowej. Wnosi do przestrzeni publicznej doświadczenia i głos kobiet, informuje opinię publiczną o łamaniu prawa i walczy o poprawę sytuacji, po to żeby ciąża i poród były dobrym doświadczeniem dla każdej kobiety. Do niedawna w placówkach położniczych nie obowiązywały ogólnokrajowe standardy, które określałyby zakres i jakość świadczeń dla pacjentek. To powodowało olbrzymie dysproporcje w traktowaniu kobiet w poszczególnych placówkach. Ich potrzeby często były bagatelizowane, a prawa jako pacjentek naruszane.

Po latach piętnowania przez Fundację złych praktyk, nagłaśniania naruszeń prawa i stałego nacisku na decydentów, wprowadzono *Rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące standardów medycznych dla fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu i opieki nad noworodkiem*. Dokument ten miał nie tylko standaryzować postępowanie personelu we wszystkich placówkach, ograniczać stopień medykalizacji porodów, ale także zwiększyć satysfakcję z doświadczenia porodowego.

Standardy Opieki Okołoporodowej są jednym z nowocześniejszych w krajach Unii Europejskiej uregulowań w zakresie opieki okołoporodowej. Dokument, oparty na zaleceniach WHO i uwzględniający wyniki najnowszych badań naukowych, gwarantuje kobietom dostęp do jednakowego poziomu usług w ramach powszechnego ubezpieczenia i uznaje prawa pacjenta jako ważną składową opieki. Zgodnie z nimi kobieta ma prawo m.in. do edukacji przedporodowej, opieki położnej środowiskowej, korzystania z nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu, picia w trakcie porodu, wyboru dogodnej pozycji do parcia, kontaktu „skóra do skóry” z dzieckiem po porodzie. Ponadto osobą sprawującą opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem może być położna, która ma ustawowe kompetencje do sprawowania opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej.

Pomimo tego, że Rozporządzenie jest standardem medycznym o charakterze normatywnym i stanowi część systemu powszechnie obowiązującego prawa, przez większość placówek położniczych nie jest traktowane jako obowiązujące. Z przeprowadzonych w ostatnich latach monitoringów wynika, że w większości szpitali nie podejmuje się nawet prób jego wdrożenia. Decydenci w ochronie zdrowia (Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia) nie stworzyli żadnego systemu kontroli wdrażania Standardów i rozliczania osób odpowiedzialnych (dyrektorów szpitali, ordynatorów) za ich realizację w placówkach.

Opieka okołoporodowa w ciągu ostatnich 25 lat znacząco się poprawiła. Rozpoczynając akcję „Rodzić po ludzku” w 1993 r. nie zdawaliśmy sobie sprawy, jak wiele nadużyć i przemocy doświadczają kobiety w szpitalu. Rutynowe, czasem okrutne procedury, takie jak nacinanie krocza, odseparowanie matki od dziecka oraz od bliskich osób w trakcie i po porodzie, powodowało, że dla wielu kobiet było to jedno z najbardziej traumatycznych doświadczeń w życiu, które pozostawiało znaczący ślad w ciele i psychice, nierzadko wpływając na dalsze plany reprodukcyjne.

Nagłośnienie akcji „Rodzić po Ludzku”, a także zaangażowanie Fundacji i wielu aktywistów spowodowało, że nastąpiły widoczne zmiany. Coraz powszechniejszy staje się poród aktywny, rodzenie w pojedynczej sali, z bliską osobą, nie rozdziela się już matki z dzieckiem, a najbliżsi mogą odwiedzać kobietę po porodzie w szpitalu. Wiele z tych procedur jest standardem, nikt już dziś nie zastanawia się nad zagrożeniami związanymi z porodem z bliską osobą. Oczekiwania kobiet dotyczące jakości opieki na przestrzeni lat bardzo się zmieniły. Dziś kobiety oczekują uregulowania w opiece okołoporodowej kwestii znieczulenia zewnątrzoponowego dostępnego na życzenie, przyjmowania porodów w pozycji wertykalnej, profesjonalnego wsparcia w karmieniu piersią, możliwości decydowania rodziców o pierwszej kąpeli, badaniach i szczepieniach noworodka.

Pomimo obserwowanych pozytywnych zmian, z listów przesyłanych do Fundacji oraz z komentarzy pozostawianych na naszym portalu www.gdzierodzic.info wynika, że wiele kobiet nadal doświadcza złego traktowania, lekceważenia oraz obraźliwych zachowań ze strony personelu medycznego. Sygnalizowane nadużycia w opiece okołoporodowej pokazują, że pomimo obowiązujących Standardów Opieki Okołoporodowej od lat łamane są podstawowe prawa i ograniczane wolności człowieka.

Od 22 lat zadaniem Fundacji jest doprowadzenie do tego, by opieka okołoporodowa była wolna od przemocy i nadużyć. Dlatego nagłaśniamy sytuacje łamania praw człowieka – pozbawiania kobiet godności i intymności w salach porodowych i na oddziałach położniczych, zaniedbań, lekceważenia, przemocy fizycznej, werbalnej, wykonywania procedur bez ich zgody. W sytuacji, w której każda kobieta w Polsce będzie mogła urodzić swoje dziecko w sposób godny z poszanowaniem jej praw, działalność Fundacji nie będzie zasadna. Do tego czasu naszym zadaniem będzie podejmowanie działań w interesie publicznym, w interesie każdej kobiety. Po 12 latach od ostatniej akcji „Rodzić po ludzku” Fundacja po raz kolejny podjęła się zbadania doświadczeń kobiet z pobytu w szpitalu, po to, aby znów wnieść głos matek do przestrzeni publicznej oraz, by przedstawić nowe postulaty i wnioski dla decydentów w Polsce. Aby kształtować opiekę okołoporodową w oparciu o realną sytuację i potrzeby kobiet.

W prezentowanym raporcie zostały przedstawione doświadczenia blisko 10 tys. kobiet, które urodziły dziecko w okresie od stycznia 2017 r. do marca 2018 r. Zrealizowanie badania, którego głównym celem było poznanie doświadczeń i opinii kobiet na temat opieki sprawowanej w szpitalach i oddziałach położniczych, było konsekwencją badania zrealizowanego przez Fundację Rodzić po Ludzku w 2016 r., w którym dążono

do poznania praktyk w szpitalach w zakresie przestrzegania Standardów Opieki Okołoporodowej. Przeprowadzenie badania dotyczącego przestrzegania zapisów zawartych w Rozporządzeniu miało duże znaczenie również w kontekście dyskusji wokół tego aktu prawnego, która rozpoczęła się w 2017 r. Zgodnie z zapowiedziami Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła nowy dokument regulujący postępowanie w czasie opieki nad kobietą miał mieć charakter rekomendacji, a nie dokumentu o randze rozporządzenia. Ta zapowiedź wywołała duży sprzeciw społeczny i burzliwą dyskusję.

Obowiązujące od 2012 r. Standardy Opieki Okołoporodowej stanowią ważny dokument, dzięki któremu organizacja opieki okołoporodowej w Polsce stanowi dobry przykład dla wielu krajów w Europie, zwłaszcza w Europie Środkowo-Wschodniej, które od lat borykają się z paternalistyczną opieką i wysoką medykacją porodów. Nie wykorzystując kwalifikacji, które mają współcześnie położne, zwiększa się koszty opieki okołoporodowej. Nieprzestrzeganie prawa – prawa do informacji, decydowania, szacunku – wpływa na doświadczenia kobiet, często również na decyzję o kolejnym dziecku.

Opinie i doświadczenia kobiet, które poznano dzięki zrealizowanemu badaniu, zostały przedstawione w kontekście coraz częściej dyskutowanego w anglojęzycznej literaturze dyskursu na temat jakości narodzin. Część wyników można odnieść do coraz bardziej popularnego kryterium oceny opieki okołoporodowej, jakim jest stosowanie przemocy wobec pacjentek rodzących w szpitalu.

2. Podsumowanie wyników

1. Przestrzeganie Standardów Opieki Okołoporodowej

Przestrzeganie Standardów na izbie przyjęć

Jednym z ważniejszych celów Standardów Opieki Okołoporodowej jest obniżenie medykalizacji porodu. Zaś jednym z wyrazów ograniczania medykalizacji jest stosowanie wkłucia do żyły obwodowej tylko w sytuacji wymagającej interwencji medycznej. Jednak prawie wszystkie badane, **90,9%**, miały w szpitalu założone **wkłucie do żyły obwodowej**. **14,6%** wspomina badanie ginekologiczne na izbie przyjęć jako **wyjatkowo bolesne i nieprzyjemne**.

Przestrzeganie Standardów w sali porodowej

- **Możliwość picia, jedzenia i poruszania się**

Standardy Opieki Okołoporodowej jednoznacznie wskazują, że w czasie fizjologicznego porodu personel powinien zapewniać rodzącej możliwość spożywania przejrzystych płynów. **86%** respondentek w trakcie porodu drogami natury, który nie był porodem wysokiego ryzyka, mogło **pić**, a **22%** mogło **jeść**. Zgodnie ze Standardami osoba sprawująca opiekę powinna zachęcać rodzącą do aktywności fizycznej – niestety tylko 77% ankietowanych mogło chodzić, zmieniać pozycję w trakcie porodu.

- **Możliwość korzystania z różnych metod łagodzenia bólu w tym dostępność znieczulenia zewnątrzoponowego**

Najczęściej stosowanymi niefarmakologicznymi metodami łagodzenia bólu były: chodzenie (59,7%), korzystanie z pomocnego sprzętu tj.: worek sako, piłki, drabinki (47,9%), prysznic lub kąpiel 46,3%. Z gazu wziewnego korzystała co trzecia kobieta w sali porodowej, nieznaczny odsetek z TENS (4%) oraz dolarganu (6%). **Znieczulenie zewnątrzoponowe** miało podane 23,7% respondentek, które rodziły drogami natury lub miały nieplanowane cesarskie cięcie. Należy zwrócić uwagę, że 13% kobiet zadeklarowało, że chciało otrzymać znieczulenie zewnątrzoponowe, ale w szpitalu, w którym rodziły, nie było takiej możliwości.

- **Możliwość przyjmowania swobodnej pozycji w II okresie porodu**

W czasie II okresu porodu 64,7% respondentek rodziła w pozycji półsiedzącej, a **36,1% kobiet – płasko na plecach**. Ponad połowa respondentek pozycję wybierała po konsultacji

z lekarzem lub położną (51,2%). **Co trzecia badana (37,1%) nie mogła decydować o pozycji, w jakiej urodzi dziecko – zdecydował personel w sali porodowej.** Należy zwrócić uwagę, że tylko 9,3% kobiet mogło samodzielnie zdecydować o pozycji, w jakiej rodziło.

- **Możliwość kierowania się własną potrzebą parcia**

Mimo obowiązku zawartego w Standardach Opieki Okołoporodowej dotyczącego zachęcania kobiety przez personel do kierowania się własną potrzebą parcia, ponad połowa respondentek deklarowała, że personel kazał im **nabrać powietrza, zatrzymać na dłużej i mocno przeć (64%), przyginać głowę do klatki piersiowej (54,9%), przyginać nogi do brzucha (41,4%)**. Personel zachęcał do kierowania się własną potrzebą parcia 42,3% badanych kobiet, jednak szczegółowa analiza wyników pokazuje, że jedynie 3,2% (n=180) kobiet mogło kierować się tylko własną potrzebą parcia i nie wskazało innych odpowiedzi.

U części kobiet mógł zostać zastosowany tzw. chwyt Kristellera podczas porodu. 15,5% badanych deklaroowało, że w czasie porodu personel naciskał na ich brzuch. W tej grupie 90% wskazało, że **ugniatanie brzucha** odbywało się w II okresie porodu. Najczęściej ktoś z personelu naciskał na brzuch **dłonią** (57,6%), w przypadku 39% kobiet **łokciem**, a 18,2% ktoś naciskał na brzuch **całym ciałem**.

13,5% kobiet było krytykowane przez personel w II okresie porodu za sposób parcia.

- **Interwencje medyczne w trakcie porodu**

Poród był wywoływany u 43,4% respondentek rodzących drogami natury lub mających nieplanowane cesarskie cięcie. Ponad połowa badanych (**60,6%**) miała podaną **kroplówkę z oksytocyną** – 54,9% w celu przyśpieszenia porodu, a 39% w celu wywołania porodu.

Ponad połowa (55,4%) badanych, które rodziły drogami natury, miała w czasie porodu nacięte krocze. Odsetek ten zmniejszył się znacznie w ciągu ostatnich 12 lat – w 2006 r. 80% kobiet miało nacięcie krocza. W wielu miejscach ta interwencja przestała być rutyną, ale nadal co druga kobieta w sali porodowej ma nacinane krocze.

- **Kontakt „skóra do skóry” z dzieckiem po narodzinach**

Większość respondentek (92,7%) deklaroowała, że zaraz po porodzie miała zapewniony kontakt z noworodkiem „skóra do skóry”. Jednym z zaleceń zawartych w Standardach Opieki Okołoporodowej jest zapis, by po porodzie fizjologicznym kontakt „skóra do skóry” trwał co najmniej dwie godziny. Z analizy danych wynika, że **tylko 38,5% badanych, które miały zapewniony kontakt z noworodkiem deklaroowało, że właśnie tyle czasu spędziły z dzieckiem po porodzie.**

Najczęstszym powodem skrócenia bezpośredniego po porodzie kontaktu „skóra do skóry” była, według respondentek, konieczność zmierzenia i zważenia dziecka. Tak się stało według 73,8% ankietowanych.

Przestrzeganie Standardów na oddziale położniczym

- **Możliwość towarzyszenia dziecku przy zabiegach, badaniach i szczepieniach**

Na oddziale położniczym prawie wszystkie kobiety (93,5%) mogły przebywać razem z dzieckiem bez ograniczeń. Prawie połowa kobiet (47,1%) stwierdziła, że wszystkie czynności pielęgnacyjne wykonywane przez personel, takie jak przewijanie czy kąpiel, były wykonywane w ich obecności. Jednocześnie $\frac{1}{3}$ respondentek (32,7%) deklarowała, że nie towarzyszyła swoim dzieciom, gdy ktoś z personelu przewijał je lub kąpał.

W znacznie mniejszym stopniu badane mogły towarzyszyć noworodkom podczas badań i szczepień. Mniej niż $\frac{1}{5}$ badanych (18,4%) mogła zawsze towarzyszyć dziecku, a co trzecia kobieta (33,8%) deklarowała, że czynności te nie były wykonywane w ich obecności.

- **Wsparcie w karmieniu piersią**

Większość kobiet po porodzie drogami natury (66,5%) deklarowała, że personel pomógł im w pierwszym przystawieniu dziecka do piersi w sali porodowej.

27,8% kobiet deklarowało, że nie potrzebowało pomocy w karmieniu piersią. Wśród tych, które potrzebowały pomocy w tym zakresie, prawie połowa (43,9%) wspomina, że personel pomagał im z własnej inicjatywy, $\frac{1}{3}$ ankietowanych (38,3%) musiała prosić o pomoc w karmieniu piersią, a **17,8% kobiet zadeklarowało, że nie otrzymało wsparcia personelu, pomimo iż potrzebowało.**

Szpitalne, w opinii kobiet, w różnym stopniu zapewniają możliwość skorzystania z usług doradcy laktacyjnego. Co trzecia kobieta (31,4%) nie wiedziała, czy na oddziale położniczym była możliwość skonsultowania się z profesjonalistą w zakresie karmienia piersią. Wśród pozostałych respondentek 37,3% kobiet deklarowało, że doradca laktacyjny był dostępny na oddziale w wyznaczonym czasie, a 30,1% mogło skorzystać z jego wsparcia przez cały czas. Co trzecia badana zaznaczyła, że nie było możliwości skorzystania z usług doradcy laktacyjnego w szpitalu (32,6%).

Ponad 60% dzieci w trakcie pobytu w szpitalu było dokarmianych mlekiem modyfikowanym w tym 15,3% ze wskazań medycznych, a 29,8% na prośbę matki.

Ogólna ocena opieki i wsparcia w karmieniu piersią w szpitalach jest niesatysfakcjonująca. Respondentki miały bardzo różne doświadczenia. Co czwarta oceniła to wsparcie jako średnie (24%), a co trzecia – źle albo bardzo źle (30,4%). Mniej niż połowa badanych (45,6%) oceniła dobrze lub bardzo dobrze pomoc personelu w tym obszarze.

- **Wsparcie w opiece i pielęgnacji noworodka**

Co trzecia kobieta (35%) nie potrzebowała pomocy w pielęgnacji dziecka. Spośród tych, które potrzebowały wsparcia, prawie połowa (45,5%) deklarowała, że personel pomagał i uczył, jak pielęgnować dziecko z własnej inicjatywy, a co trzecia (37,3%) musiała prosić o wskazówki. Należy zwrócić uwagę, że 17,2% kobiet, które potrzebowały wsparcia, nie otrzymało pomocy.

- **Możliwość przebywania osoby towarzyszącej na oddziale**

Na oddziale położniczym osoba bliska mogła towarzyszyć ponad 90% badanym. Według $\frac{2}{3}$ respondentek (61,1%) osoba ta mogła przebywać na oddziale w godzinach odwiedzin. 16,6% badanych deklaroowało, że ktoś bliski mógł być z nimi cały czas.

2. Zachowanie personelu i sposób komunikacji z kobietą

Zagadnieniem, które w sposób szczególny starano się pogłębić w zrealizowanym badaniu była relacja personel medyczny – kobieta.

Zachowanie personelu na izbie przyjęć

Zdecydowana większość badanych kobiet pozytywnie oceniła zachowanie personelu pracującego na izbie przyjęć. 8 na 10 respondentek uznało, że personel rozmawiał z nimi w sposób kulturalny (86%), przekazywał informacje w sposób zrozumiały (83%), okazywał szacunek (82%) oraz dbał o prywatność i intymność (81%). Najmniej ankietowanych deklaroowało, że personel przekazywał potrzebne informacje.

W badanej grupie znalazły się osoby, które deklaroowały, że na izbie przyjęć miała miejsce sytuacja, na którą nie wyraziły zgody lub która naruszyła ich poczucie bezpieczeństwa. Takie wspomnienie miało **3,6%** ankietowanych. Spośród nich ponad połowa (54%), deklaroowała, że te sytuacje były związane ze **sposobem traktowania pacjentki przez personel oraz z komunikacją**. Respondentki wskazywały, że personel izby przyjęć nie był pomocny, zachowywał się w sposób opryskliwy, niekompetentny, ignorujący kobietę. $\frac{1}{4}$ badanych (26%) deklaroowała, że na izbie przyjęć doświadczyła sytuacji, w której jakieś badanie lub czynność została wykonana bez zgody, niedelikatnie lub w sposób bolesny. Według 18% kobiet z tej grupy (n=56) na izbie przyjęć nie zapewniono pacjentce odpowiedniej dyskrecji.

Zachowanie personelu w sali porodowej

Ogólna ocena zachowania i komunikacji osób pracujących w sali porodowej była dobra i bardzo zbliżona do opinii na temat personelu izby przyjęć. 8 na 10 kobiet uznało, że personel rozmawiał z nimi w sposób kulturalny (88%), okazywał szacunek (88%), przekazywał informacje w sposób zrozumiały (86%), dbał o prywatność i intymność (82%). Ponad $\frac{3}{4}$ respondentek (77%) deklaroowało, że personel sali porodowej przekazał wszystkie potrzebne informacje. Podobnie jak w przypadku personelu na izbie przyjęć kompetencje w zakresie przekazywania informacji zostały ocenione najniżej.

Zachowanie personelu podczas operacji cesarskiego cięcia i w sali pooperacyjnej

Kobiety, które miały cesarskie cięcie, zdecydowanie pozytywnie oceniły zachowanie personelu w czasie operacji – ponad 85% respondentek uznało, że personel dbał o ich prywatność i intymność, okazywał szacunek, rozmawiał z nimi w sposób grzeczny i kulturalny, a informacje były formułowane w sposób zrozumiały. 8 na 10 kobiet miało również poczucie, że otrzymała wszystkie potrzebne informacje. Opinie na temat opieki w sali pooperacyjnej również były zdecydowanie pozytywne. Zdecydowana większość kobiet uznała, że personel dbał o łagodzenie bólu (91%), o ich komfort i wygodę (84%), a także odpowiadał na prośby i pytania (80%). Mniejszy odsetek kobiet deklarował, że w sali pooperacyjnej zadbano o kontakt matki z dzieckiem oraz wspierano w przystawieniu dziecka do piersi.

Zachowanie personelu na oddziale położniczym

Kobiety w większości dobrze oceniły zachowania i komunikację personelu na oddziale położniczym. **Badane zwróciły jednak uwagę, że na oddziałach położniczych nie ma zwyczaju pukania do drzwi sal, w których przebywają kobiety z noworodkami.** Jedynie 18% respondentek deklarowało, że personel pukał do drzwi.

3. Realizacja praw pacjenta w szpitalach i na oddziałach położniczych

Realizacja prawa do informacji

Badane kobiety w różnym zakresie czuły się w czasie pobytu w szpitalu poinformowane. Najwięcej respondentek (83%) deklarowało, że były poinformowane o stanie zdrowia noworodka. Tylko 40% wiedziało, kto jest osobą sprawującą nad nimi opiekę.

Większość respondentek po cesarskim cięciu (57,8%), uznało, że personel przekazał im potrzebne informacje. **¼ badanych miała poczucie, że informacja o operacji została im przekazana, ale była niepełna i niewystarczająca. Dodatkowo 14,2% ankietowanych uznało, że w ogóle nie otrzymały informacji.** $\frac{2}{3}$ respondentek (65,6%), uznało, że dowiedziały się wszystkiego, co było im potrzebne o sposobie pielęgnacji rany, 21,6% badanych uznało, że informacja, jaką otrzymały, była niepełna. **12% respondentek deklarowało, że w ogóle nie otrzymało informacji, w jaki sposób pielęgnować ranę pooperacyjną.**

Pozyskiwanie zgody przez personel na zabiegi i czynności wykonywane w szpitalu

Standardy Opieki Okołoporodowej stanowią, że osoby sprawujące opiekę *každorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań*¹. Spośród kobiet, które miały w szpitalu założone wkłucie do żyły obwodowej, 58,2% zostało zapytanych przez personel o zgodę na wykonanie tej czynności, **40,9% nie zostało zapytanych o zgodę na założenie wenflonu, a 0,9% ankietowanych (n=58) deklarowało, że wkłucie założono im bez zgody i mimo ich sprzeciwu.**

Studenci medycyny lub położnictwa byli obecni w czasie porodu 16,3% kobiet. Blisko połowa z tych kobiet (**46,1%**) **nie została zapytana przez personel, czy studenci mogą być w sali porodowej w trakcie porodu.**

Wśród kobiet, które miały wywoływany poród, o zgodę zostało zapytanych 66,1% kobiet, a 27,1% nie zostało zapytanych o zgodę. Wśród kobiet, którym została podana kroplówka z oksycyną o zgodę zapytano 61,3%, a 29,1% nie było pytanych o zgodę przed wykonaniem czynności. Wyniki badań pokazują, że **niecała połowa respondentek (41,6%) była pytana o zgodę na wykonanie badania wewnętrznego za każdym razem.** Co trzecia kobieta (32,9%) w ogóle nie była pytana, czy zgadza się na to badanie.

Zdecydowana większość badanych była pytana o zgodę na szczepienie noworodka (84,8%), a ²/₃ na badanie dziecka (67,9%). Spośród czynności wykonywanych przy dziecku **najrzadziej ankietowane były pytane o zgodę na kąpiel noworodka – blisko połowa dzieci została wykąpana bez zapytania matki o zgodę (48,1%).** Należy zwrócić uwagę, że **równie wysoki odsetek dotyczy podawania dziecku mleka modyfikowanego bez zgody (43,2%).**

Podsumowując wyniki badań, pytanie o zgodę nie jest rutynowym działaniem, co oznacza, że personel nie przestrzega zaleceń sformułowanych w Standardach Opieki Okołoporodowej, zgodnie z którymi osoby sprawujące opiekę *každorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań*².

Realizacja prawa do poszanowania intymności i godności osobistej

19,3% respondentek deklarowało, że niektóre czynności były wykonane bez dbałości o prywatność czy intymność. Sytuacje te w dużej mierze wynikają z braku dyskrecji. Ponad 70% z tych kobiet zdarzyło się, że rozmowy czy badania były wykonywane w obecności innych kobiet w sali albo w obecności odwiedzających (12%). 61% wskazało, że personel

1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego.

2 Ibidem.

nie dbał o ich prywatność i intymność, pozostawiając otwarte drzwi do sal, w których przebywały. Ponad połowa kobiet wskazywała, na zbyt dużą liczbę osób z personelu oraz studentów w trakcie badań, porodu.

Sytuacją, w której pacjentkom brakuje intymności, jest obchód lekarski. 17,6% respondentek uznało, że personel nie zadbał o ich intymność właśnie podczas obchodu lub badań lekarskich.

4. Nadużycia i przemoc w porodzie

Z odpowiedzi kobiet wynika, że w czasie porodu **54,3% badanych doświadczyło przemocy lub nadużyć związanych z zachowaniem personelu lub niedopełnieniem wszystkich procedur**. Odsetek ten odnosi się do tych kobiet, które wskazały, że w czasie porodu miała miejsce jedna (lub więcej) z sytuacji zakwalifikowanych jako przemoc w literaturze lub jedna z następujących sytuacji: obecność studentów/studentek położnictwa bez zgody badanej, personel zdecydowanie nie dbał o zachowanie prywatności i intymności, personel nie odpowiadał na pytania, używał niezrozumiałego języka, zwracał się w sposób świadczący o braku szacunku, ankietowana miała poczucie, że personel gorzej ją traktuje bądź zmusza do czegoś, pacjentka miała poczucie, że w szpitalu zostało złamane jedno z jej praw.

Jeśli do przemocy słownej i fizycznej zaliczymy zachowania personelu takie jak: szantażowanie, wyśmiewanie, grożenie, krzyczenie, obrażanie, wypowiedanie niestosownych w odczuciu kobiet komentarzy, szturchanie, rozkładanie na siłę nóg przy parciu, przywiązywanie nóg do łóżka porodowego **to 16,9% badanych doświadczyło w trakcie swojego porodu lub po porodzie jednej (lub więcej) form przemocy**.

Nadużycia i przemoc słowna

Doświadczenie badanych wskazuje na to, że w szpitalach w zakresie komunikacji personel - pacjentka, pojawiają się poważne nadużycia. ¼ badanych (24%) wskazywała, że personel wypowiadał **niestosowane komentarze**, 1/5 respondentek (20%) **miała poczucie, że była traktowana z góry**. Inne problemy w komunikacji, na które wskazywały kobiety, to **ignorowanie pytań, lekceważenie** (17,1%), **podnoszenie głosu** (15,6%), **krytykowanie** (11,8%) i **wyśmiewanie** (10,1%).

Nadużycia i przemoc fizyczna

Co trzecia kobieta biorąca udział w badaniu (31%) deklarowała, że w szpitalu zdarzyła się sytuacja, że jakaś czynność została wykonana za mało delikatnie. Zdecydowanie najwięcej

kobiet wskazało na **badanie wewnętrzne** (71,8%), a co czwarta na **szycie krocza**. Dla części kobiet niedelikatne było **przystawienie dziecka do piersi** (20%).

W badanej próbie były kobiety, które deklarowały, że w szpitalu miała miejsce przemoc fizyczna. 3% respondentek stwierdziło, że w czasie II okresu porodu ktoś na siłę rozkładał ich nogi, 66 badanych wspomina, że miała przywiązywane nogi do łóżka porodowego, w relacjach 38 ankietowanych pojawiła się informacja, że były szturchane przez personel.

Gorsze traktowanie i dyskryminacja

8,8% badanych deklarowało, że czuła się gorzej traktowana niż inne pacjentki. Wśród powodów dyskryminowania respondentki najczęściej wskazywały, że czuły się tak wtedy, **gdy kierowały prośby do personelu** (45%). Co czwarta ankietowana czuła się gorzej traktowana **z powodu wieku**, część **z powodu stanu zdrowia** (18%) lub **masy ciała** (14%).

Kobiety, które wskazały na inne powody gorszego traktowania niż podane w pytaniu, opisywały najczęściej, że **przyczyną gorszego traktowania była anonimowość w szpitalu – brak lekarza prowadzącego w szpitalu, w którym rodziły czy brak znajomości wśród personelu, brak wykupionej indywidualnej opieki położnej w trakcie porodu czy indywidualnego wsparcia po porodzie.** Przyczyny dyskryminowania są bardzo różne. Dyskryminowane czuły się zarówno kobiety, które miały cesarskie cięcie czy karmiły mlekiem modyfikowanym, jak i te, które rodziły naturalnie, nie wyrażały zgody na zaszczepienie dziecka. Zdarzało się, że powodem dyskryminowania było przygotowanie planu porodu, zadawanie dodatkowych pytań. Dyskryminowane czuły się osoby z wykształceniem medycznym, ale też te, które takiego wykształcenia nie mają, a także te, które nie były doświadczone, gdyż rodziły po raz pierwszy.

Nadużycia i sytuacje wymuszania

12,8% badanych kobiet zadeklarowało, że w czasie pobytu w szpitalu czuło się zmuszonych do czegoś przez personel. Prawie połowa z tych osób (45,3%) czuła się **zmuszona do karmienia dziecka mlekiem modyfikowanym**, z kolei 21,3% respondentek uznało, że w szpitalu zmuszano je **do karmienia piersią**. Podobny odsetek kobiet (21%) czuł się zmuszony **do zaszczepienia noworodka**, a także **do wykąpania noworodka** (18,9%). **Do porodu drogami natury** czuło się zmuszonych 13,8% kobiet.

Wysoki odsetek respondentek wskazał na inne sytuacje, w których czuły się do czegoś zmuszone. Najczęściej były to leżąca pozycja w czasie porodu, działania zmierzające do przyspieszenia przebiegu porodu, konieczność pionizacji szybciej niż kobieta czuła się na siłach, założenie wenflonu, cewnika, opatrunku, wykonanie lewatywy, przebicie pęcherza płodowego czy masaż szyjki macicy.

5. Edukacja przedporodowa i plan porodu

Analiza wyników badań pokazuje, że doświadczenia kobiet są uzależnione od edukacji związanej z przygotowaniem do porodu.

Edukację przedporodową w postaci zajęć w szkole rodzenia bądź konsultacji z położną odbyło (w ostatniej lub wcześniejszej ciąży) **61,3% badanych kobiet**. Wielkość miejsca zamieszkania respondentek wpływała na uczestnictwo w edukacji przedporodowej. Im większa miejscowość, tym wyższy odsetek ankietowanych, które deklarowały, że chodziły na zajęcia w szkole rodzenia lub spotykały się z położną. W największych miastach – powyżej 500 tys. mieszkańców – odsetek ten wynosił 80,4%.

Plan porodu przed przyjściem do szpitala przygotowało prawie 40% kobiet (39,6%), kolejne badane wypełniły go w szpitalu przed porodem (13,1%).

Ponad połowa osób (52,4%), które miały przygotowany plan porodu lub otrzymały plan do wypełnienia na izbie przyjęć, deklarowała, że nikt z nimi nie omówił treści zapisanych w tym dokumencie. Prawie połowa kobiet (46,7%), które miały plan porodu, deklarowała, że był on respektowany, a jeśli nie był to z uzasadnionych przyczyn. Jednocześnie jednak 14,8% respondentek stwierdziło, że plan nie był respektowany.

Doświadczenia kobiet wskazują, że kobiety, które uczestniczyły w zajęciach szkoły rodzenia i miały plan porodu, **częściej niż pozostałe były pytane o zgodę na wykonanie poszczególnych procedur, częściej korzystały z metod łagodzenia bólu w czasie porodu, zarówno farmakologicznych, jak i nefarmakologicznych, najrzadziej rodziły płasko na plecach.**

6. Ocena warunków sal porodowych i oddziałów położniczych

Respondentki lepiej oceniły warunki na salach porodowych niż na oddziałach położniczych. Zdecydowana większość kobiet bardzo dobrze lub dobrze oceniła czystość na salach porodowych (89,8%) oraz czystość w pomieszczeniach oddziału położniczego (79%).

Kobiety lepiej oceniły wyposażenie sal porodowych (78,4% dobrze i bardzo dobrze) niż sal na oddziale położniczym (64%), a także standard sal porodowych (66,7%) niż sal poporodowych (56%). W trakcie porodu 15% kobiet nie mogło korzystać z wanny lub prysznic, a 7% z pomocnych sprzętów takich jak worek sako czy piłka, ponieważ w sali, w której rodziły nie było takiej możliwości. Tylko $\frac{2}{3}$ kobiet (61,5%) po porodzie leżało w salach, które miały bezpośredni dostęp do łazienki.

Najbardziej podzielone były badane w ocenie jakości żywienia – mniej więcej równoliczne grupy respondentek oceniły jedzenie na oddziale bardzo dobrze i dobrze (40%) oraz bardzo źle i źle (38%).

7. Opłaty związane z porodem i pobytem w szpitalu

Co 10 badana (9,8%) deklarowała, że w związku z pobytem w szpitalu poniosła koszty. Najwięcej badanych (32,1%) płaciło za obecność podczas porodu wybranej położnej oraz za możliwość przebywania po porodzie w sali jednoosobowej (32%). ¼ ankietowanych poniosła koszty związane z obecnością w czasie porodu osoby towarzyszącej, a 13,2% zapłaciło za osobną salę do porodu.

8. Ogólna ocena i czynniki wpływające na zadowolenie z opieki w szpitalu

Jeśli badane miałyby wystawić ocenę opiece, którą otrzymały w szpitalu, to większość badanych wystawiłaby ocenę bardzo dobrą (36%) lub dobrą (38%). ¼ kobiet nie oceniła pozytywnie opieki okołoporodowej – **18,4% wystawiło ocenę dostateczną, 5,8% mierną, a 1,9% niedostateczną.**

9. Czynniki wpływające na doświadczenia porodowe

Analizując dane, zwrócono uwagę, że pewne czynniki, takie jak stopień referencyjności szpitala, rodzaj sali, w której kobieta rodziła, poród z osobą towarzyszącą, wykształcenie wpływają na doświadczenie kobiet i opiekę w szpitalu.

Referencyjność szpitala

Kobiety, które rodziły w szpitalach z III stopniem referencyjności, częściej niż te, które rodziły w szpitalu z I stopniem, deklarowały, że kontakt „skóra do skóry” trwał 2 godziny lub dłużej (46,4% vs 31,7%).

Ponad połowa kobiet (51,3%), które rodziły w szpitalach z III stopniem referencyjności deklarowała, że wszystkie czynności pielęgnacyjne przy dziecku były wykonywane w ich obecności. W szpitalach z II stopniem odsetek ten wynosił 49,3%, a z I stopniem 39%. Podczas wszystkich badań czy szczepień mogło towarzyszyć dziecku 26,3% ankietowanych, które rodziły w szpitalu z III stopniem referencyjności, 17,4% rodzących w placówce mającej II stopień i 12,3% w szpitalu I stopnia referencyjności.

Badane kobiety lepiej oceniły wsparcie personelu w sali pooperacyjnej w szpitalach z I i II stopniem niż w szpitalach z III stopniem referencyjności – wsparcie w przystawieniu dziecka do piersi (64% vs 54%), w pierwszym kontakcie (73%, 69% vs 61%) oraz w odpowiadaniu na prośby i pytania (82%, 84% vs 75%). Lepiej kobiety oceniły zachowanie i sposób

komunikacji personelu na izbie przyjęć, sali porodowej, sali operacyjnej i pooperacyjnej oraz na oddziałach położniczych w szpitalach z I oraz II stopniem referencyjności. Trochę gorzej w szpitalach z III stopniem referencyjności. Badane kobiety stwierdziły, że na izbie przyjęć szacunek bardziej okazywał personel w szpitalach z I i II stopniem referencyjności (84%), niż w szpitalach z III stopniem (78%). Personel sali operacyjnej częściej, zdaniem ankietowanych, przekazywał pełną informację w szpitalach z I i II stopniem referencyjności (84%, 80%) niż w szpitalach z III stopniem (76%). Personel oddziału położniczego w szpitalach z I i II stopniem referencyjności, w ocenie respondentek, częściej przekazywał potrzebne informacje (78%, 76%) i częściej robił to w sposób zrozumiały (85%, 83%) niż personel szpitali z III stopniem referencyjności (odpowiednio 71%, 79%).

W kwestii zgód na procedury medyczne nieznacznie częściej pytano ankietowane rodzące w szpitalu z III stopniem referencyjności. O zgodę na wywoływanie porodu zapytano 69,3% badanych w szpitalach z III stopniu referencyjności, 66,1% w szpitalach z II stopniem i 62,1% z I stopniem. O zgodę na podanie kroplówki z oksytocyną zapytano 64,1% ankietowanych w szpitalach z III stopniem, 60,6% z II stopniem i 59,7% z I stopniem.

Podsumowując, w szpitalach o III stopniu referencyjności kobiety mają lepszy dostęp do profesjonalnej kadry (doradca laktacyjny, anestezjolog), personel trochę lepiej przestrzega procedur i praw rodzącej. Natomiast wyższe oceny w zakresie zachowania się personelu w stosunku do kobiet oraz za wsparcie otrzymują szpitale z I i II stopniem referencyjności.

Poród z osobą towarzyszącą

Częściej długi kontakt „skóra do skóry” miały zapewniony kobiety, które rodziły z osobą towarzyszącą (40,4%) niż same (23,6%). 49,6%, badanych, które rodziły w obecności bliskiej osoby deklarowało, że wszystkie czynności pielęgnacyjne wykonywano w ich obecności, podczas gdy w przypadku osób, które rodziły same, odsetek ten wynosił jedynie 40,2%. Częściej także w pierwszym przystawieniu do piersi zaraz po porodzie wspierane były kobiety rodzące z osobą towarzyszącą (67% vs 61,9%).

Kobiety, które rodziły z osobą towarzyszącą lepiej oceniły zachowanie i komunikację personelu izby przyjęć i sali porodowej. Lepiej także wygląda kwestia pobierania zgód w sytuacjach, kiedy kobiecie towarzyszy bliska osoba – częściej były one pytane o zgodę na założenie wenflonu (58,9% vs 54%), podanie kroplówki z oksytocyną (62,1% vs 55,2%), badanie wewnętrzne (42% vs 38,4%).

Kobiety, które rodziły z osobą towarzyszącą, rzadziej deklarowały, że plan porodu nie był respektowany (14,1%) niż respondentki, które rodziły same (22,7%). Obecność osoby towarzyszącej w czasie porodu również była czynnikiem, który różnicował doświadczenia kobiet w zakresie konsultacji z personelem dotyczącej oczekiwań w czasie porodu – 26% kobiet, które rodziły z kimś bliskim deklarowało, że w szpitalu pytano o ich oczekiwania, podczas gdy spośród tych, które rodziły same, rozmowę o oczekiwaniach pamięta 19,1%.

Porody kobiet z osobą towarzyszącą były bardziej zmedykalizowane – więcej było porodów indukowanych, stymulowanych kroplówką z oksytocyną, więcej odnotowano nacięć krocza. Kobiety częściej otrzymywały wszystkie potrzebne informacje, częściej były pytane o zgodę, lepiej też oceniły opiekę w szpitalu.

Sala pojedyncza/sala wieloosobowa

Rodzaj sali, w której kobieta rodziła, wpływał na możliwość poruszania się, picia czy spożywania posiłków. Kobiety, które rodziły w sali jednoosobowej, częściej deklarowały, że w czasie porodu mogły zmieniać pozycję, pić czy jeść. 8 na 10 kobiet (85%), które rodziły w sali jednoosobowej deklarowało, że mogły pić, 7 na 10 (76%) miało możliwość poruszania się i zmiany pozycji. Personel sal porodowych najrzadziej zgadzał się na jedzenie podczas porodu; częściej mogły jeść rodzące w sali jednoosobowej niż w salach wieloosobowych.

Częściej dwugodzinny lub dłuższy pierwszy kontakt „skóra do skóry” miały respondentki rodzące w sali jednoosobowej (42,4%) niż w innej sali (21,7%). Ankietowane, które rodziły w sali wieloosobowej, częściej deklarowały, że kontakt „skóra do skóry” trwał bardzo krótko (kilka minut) – 45,5% w porównaniu z 26,5% respondentek rodzących w sali jednoosobowej. **Częściej w pierwszym przystawieniu do piersi zaraz po porodzie wspierane były kobiety, które rodziły w sali jednoosobowej (68,1% w porównaniu z 59,7% rodzących w sali wieloosobowej).**

Kobiety rodzące w sali jednoosobowej lepiej oceniły zachowanie i komunikację personelu izby przyjęć i sali porodowej. **Warto zwrócić uwagę, że respondentki, które rodziły w sali jednoosobowej, czuły się lepiej poinformowane niż te, które w czasie porodu przebywały w sali wieloosobowej.** Lepiej też wygląda sytuacja w zakresie pytania o zgody na procedury medyczne wśród kobiet, które rodziły w sali jednoosobowej. Częściej były pytane o zgodę na założenie wenflonu (59,7% vs 52,8%), wywołanie porodu (67,4% vs 59,3%), podanie kroplówki z oksytocyną (62,4% vs 57,0%), badanie wewnętrzne (43,7% vs 34,8%).

Plan porodu częściej był respektowany u osób, które rodziły w sali jednoosobowej. 50,2% kobiet, które rodziły w takiej sali deklarowało, że plan był respektowany w całości lub z uzasadnionymi wyjątkami. Taką opinię wyraziło 41% respondentek, które rodziły w sali wieloosobowej.

Wykształcenie kobiety

Kobiety z wykształceniem wyższym częściej niż z wykształceniem średnim lub niższym rodziły na boku (25,3% vs 19,7%), w kucki (12,1 vs 7,2%), na czworaka (7,9% vs 4,3%), na stojąco (6% vs 3,4%). Osoby te deklarowały również, że personel dbał o łagodzenie bólu oraz odpowiadał na pytania i prośby (odpowiednio 92% vs 87% oraz 81% vs 77%). Częściej miały także dwugodzinny lub dłuższy kontakt z dzieckiem po narodzinach (39,4% vs 35,3%).

Osoby z wyższym wykształceniem częściej niż osoby z wykształceniem średnim lub niższym mogły być obecne przy wszystkich zabiegach pielęgnacyjnych (48,4 vs 43%). Przy wszystkich zabiegach częściej były obecne respondentki z wyższym wykształceniem (20,3% vs 12,1%). Zaobserwowano także, że **częściej w pierwszym przystawieniu do piersi zaraz po porodzie wspierane były respondentki z wyższym wykształceniem (67,3% vs 63,8%).**

O zgodę na wykonanie zabiegów i czynności częściej pytano kobiety z wyższym wykształceniem – o zgodę na lewatywę (95,9% vs 91,6%), o zgodę na obecność studentów (56,4% vs 34,7%), podanie kroplówki z oksycytyną (62,9% vs 56,3%), badanie wewnętrzne (43,2% vs 36%), nacięcie krocza (72% vs 62%).

Kobiety, które rodziły z osobą towarzyszącą oraz badane z wykształceniem wyższym, nieznacznie lepiej oceniły zachowanie i komunikację personelu izby przyjęć i sali porodowej.

10. Cesarskie cięcie – opieka nad kobietą

Jednym z elementów przygotowania kobiety do cesarskiego cięcia jest założenie cewnika. Dla większości kobiet (74,6%) nie było to doświadczenie bolesne, **18,7% respondentek deklarowało, że zabieg ten sprawił im ból.**

Kobiety, które rodziły **poprzez cesarskie cięcie**, najczęściej mogły tylko przez chwilę mieć kontakt z dzieckiem, które przyłożono im do twarzy (65%). Tylko **8,1% miało dziecko położone na piersi**. Co czwarta kobieta (26,1%) nie miała kontaktu z dzieckiem, ponieważ zostało zabrane od razu po cesarskim cięciu. Jednocześnie $\frac{2}{3}$ badanych (65,6%), które miały cesarskie cięcie deklarowało, że dziecko nie było kangurowane przez bliską osobę. Taką sposobność miało co trzecie dziecko urodzone po operacji cesarskiego cięcia (30%).

Kobiety po cesarskim cięciu rzadziej zaznaczyły, że wszystkie zabiegi pielęgnacyjne przy dziecku były wykonywane w ich obecności (41,4% w porównaniu z 50,6% respondentek po porodzie drogami natury).

Połowa kobiet (50,3%) próbę karmienia po cesarskim cięciu podjęła jeszcze w sali pooperacyjnej. Ponad $\frac{1}{3}$ respondentek (35,2%) pierwszy raz przystawiło dziecko na oddziale położniczym.

3. Główne wnioski

1. Standardy Opieki Okołoporodowej w praktyce
2. Medykalizacja porodu fizjologicznego
3. Autonomia kobiety podczas pobytu w szpitalu – respektowanie jej podmiotowości i godności. Nadużycia i przemoc.

1. Standardy Opieki Okołoporodowej w praktyce

Zbadanie doświadczeń kobiet rodzących w 2017 i 2018 r. przeprowadzone na dużej próbie (8 378 ankiet) pozwala wysnuć wnioski, że mimo obowiązywania od 2012 r. aktu prawnego, jakim jest *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, połogu oraz opieki nad noworodkiem*, **prawa kobiet rodzących w szpitalach i na oddziałach położniczych nie są respektowane**. Rozporządzenie jest aktem regulującym opiekę okołoporodową w Polsce, jest powszechne, co oznacza, że w sytuacji fizjologicznej ciąży i fizjologicznego porodu powinno być realizowane we wszystkich placówkach medycznych w Polsce, zarówno publicznych, jak i niepublicznych. Zdajemy sobie sprawę, że zmiana pewnych nawyków czy rutyny wymaga czasu. Standardy Opieki Okołoporodowej wprowadzają wiele nowoczesnych procedur, potrzebne są szkolenia, tak by personel zdobył odpowiednie umiejętności i kompetencje. Należy jednak zauważyć, że od wejścia w życie „nowego” prawa minęło już 6 lat. W naszej opinii jest to wystarczający czas, by wdrożyć wszystkie procedury.

Analizując kolejne raporty z kontroli i monitoringów, widzimy powolne wdrażanie Standardów. Z każdym rokiem zauważamy drobną poprawę. Sytuacji na pewno nie pomogła próba likwidacji Standardów Opieki Okołoporodowej jako powszechnie obowiązującego prawa zaproponowana przez Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła w 2016 r. Niezrozumiałym jest fakt, że w państwie prawa, dokument będący aktem normatywnym jest od lat bagatelizowany przez dyrektorów placówek, a jego zapisy są często łamane przez personel sal porodowych i oddziałów położniczych. Dlatego od lat jako Fundacja apelujemy do decydentów o działania i kontrolę realizacji praw kobiet w opiece okołoporodowej, wyciąganie konsekwencji wobec placówek naruszających zapisy Rozporządzenia.

Zauważalnym postępowaniem w realizacji Standardów Opieki Okołoporodowej jest możliwość uczestnictwa w trakcie porodu fizjologicznego osoby bliskiej. Większość placówek zaprzestała pobierania wysokich, nieuzasadnionych opłat za jej obecność. Jest to jeden ze standardów, który wdrożono w praktycznie wszystkich szpitalach. Poprawia się również z roku na rok realizacja złotego standardu – prawa do dwugodzinnego, nieprzerwanego

kontakty matki z dzieckiem „skóra do skóry” po narodzinach. Większy odsetek kobiet może pić w trakcie porodu, mniej kobiet doświadcza nacięcia krocza (choć odsetek ten jest wciąż bardzo wysoki w porównaniu z innymi krajami).

Coraz więcej kobiet przygotowuje swój plan porodu, oczekując, że będzie on respektowany przez personel i dołączony do dokumentacji medycznej. Jak pokazują wyniki badania, plan porodu, tak wcześniej krytykowany, spełnia swoje zakładane cele. Kobiety, które miały plan porodu, podobnie jak kobiety uczestniczące w edukacji przedporodowej, częściej były pytane o zgodę na wykonanie poszczególnych procedur, częściej korzystały z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu i najrzadziej rodziły na plecach.

Należy zwrócić uwagę, że kobiety w wielu szpitalach nie mogą korzystać z zagwarantowanych im przepisami praw. Wciąż ograniczana jest aktywność podczas porodu – wiele kobiet jest unieruchamianych, musi leżeć podczas porodu, nie może samodzielnie wybrać wygodnej pozycji do rodzenia. Częstym zjawiskiem jest poród w pozycji leżącej. Na nagane zasługuje fakt, że nastąpiło pogorszenie sytuacji w kwestii narzucania kobietom, by rodziły w pozycji leżącej. W porównaniu z wynikami akcji „Rodzić po ludzku” przeprowadzonej w 2006 r., mniej kobiet samodzielnie decyduje o pozycji w II okresie porodu i więcej ma tę pozycję narzuconą przez personel.

W 2006 r. porodu w pozycji leżącej doświadczyło 32% kobiet, a w latach 2017-18 aż 36%. Istnieje ogromna potrzeba uświadamiania kobiet, personelu oraz społeczeństwa w zakresie korzyści płynących z podnoszenia standardów w szpitalach, w szczególności standardów w zakresie komunikacji z pacjentem. Istnieje również potrzeba zdiagnozowania barier we wdrażaniu poszczególnych zapisów Standardów i podjęcia dobrze dobranych działań.

2. Medykalizacja porodu fizjologicznego

Jednym z ważniejszych celów Standardów Opieki Okołoporodowej jest obniżenie medykalizacji porodu fizjologicznego. Niestety, pomimo obowiązywania przepisów, poziom medykalizacji porodu fizjologicznego w Polsce wciąż jest bardzo wysoki. Zapewne wynika to z faktu, że Standardy ciągle jeszcze nie są w pełni wdrożone w szpitalach, a potrzeby kobiet w zakresie minimalizowania medykalizacji są często ignorowane.

Wyniki przeprowadzonego monitoringu potwierdzają, że w wielu miejscach w salach porodowych i na oddziałach położniczych wciąż obecne są szkodliwe procedury i przestarzałe rutyny tj.: rutynowe zakładanie wenflonu, indukcja porodu, przyśpieszanie porodu za pomocą kroplówki z oksytocyną, nacinanie krocza, ograniczanie aktywności, rodzenie dziecka w najbardziej niefizjologicznej pozycji, jaką jest pozycja leżąca, przerywanie kontaktu matki z dzieckiem po narodzinach w celu zmierzenia i zważenia noworodka, podawanie mleka modyfikowanego.

Ciąża i narodziny dziecka to jeden z największych fenomenów natury. To precyzyjny proces, zaprojektowany tak, by pozytywnie wpływał na zdrowie i życie matki i dziecka. Współczesne

badania wskazują, że najważniejszymi zadaniami osób sprawujących opiekę jest cierpliwe towarzyszenie i uważne przyglądanie się tym procesom. Nauka potwierdza, że im mniej ingerencji medycznych, tym lepiej dla zdrowia matki i dziecka. Nowoczesne technologie pozwalają na obserwowanie i ingerowanie, ale warto z nich korzystać tylko w uzasadnionych przypadkach. Niestety technologia często jest nadużywana w sytuacjach nieuzasadnionych. Wpływa to na zdrowie aż dwóch osób w jednym momencie oraz niepotrzebnie zwiększa koszty związane z ochroną zdrowia.

Wydaje się, że początkiem medykalizacji zarówno ciąży, jak i porodu może być fakt, że w większości opiekę nad **zdrową** kobietą sprawują lekarze – zawód przygotowany do leczenia, nastawiony na ingerencje i pomoc w sytuacjach patologii ciąży. Zbyt mało korzysta się z kompetencji położnych, których zadaniem jest wspieranie zdrowia i fizjologicznych procesów. Odciążenie lekarzy od porodów fizjologicznych pozwoli na przekierowanie ich uwagi, kompetencji oraz czasu na kobiety, które faktycznie wymagają interwencji medycznych i pomocy lekarskiej.

3. Autonomia kobiety podczas pobytu w szpitalu położniczym – respektowanie jej podmiotowości i godności. Nadużycia i przemoc.

Najważniejszym celem badania było dokładne przyjrzenie się kwestiom traktowania kobiet przez personel medyczny. Mimo pozytywnych zmian w opiece okołoporodowej na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat, kobiety wciąż doświadczają łamania podstawowych praw pacjenta, a także praw człowieka. Zmiany te nie idą w parze ze zmieniającą się rzeczywistością – oczekiwania kobiet w zakresie podmiotowego traktowania rosną. We współczesnym świecie pewne zachowania wydają się już niedopuszczalne. Kobiety oczekują bardziej partnerskiego podejścia w relacji lekarz – pacjent. Postawa paternalistyczna jest reliktem przeszłości. W urzędach i instytucjach krytykowanie klienta, wyśmiewanie, szantażowanie czy wręcz szturchanie jest naganne i karane przez samą instytucję.

Niestety opieka okołoporodowa w Polsce nie jest wolna od tego typu zachowań, nie jest wolna od łamania prawa w zakresie przestrzegania praw pacjenta, w tym najczęściej łamanego prawa do wyrażenia zgody lub odmowy, nie jest wolna od dyskryminacji ze względu na wiek, stan zdrowia czy wygląd. Opieka w szpitalu nie jest wolna od przemocy werbalnej tj.: wypowiedzenia niestosownych komentarzy, ignorowania próśb i obaw pacjenta, krytykowania, lekceważenia, podnoszenia głosu czy wyśmiewania. Kobiety czują się gorzej traktowane w szpitalu, ponieważ nie mają „swojego lekarza lub położnej”. Odmawia im się znieczulenia zewnątrzoponowego, mimo że tego potrzebują.

Część opieki sprawowanej nad kobietą oparta jest na wymuszaniu. Badane kobiety czuły się zmuszane przez personel m.in. do karmienia mlekiem modyfikowanym/karmienia piersią, zaszczepienia noworodka, czy do porodu drogami natury. Na słowa ogromnej krytyki

zasługuje fakt, że kobiety w Polsce doświadczają przemocy fizycznej podczas pobytu w szpitalach – na porodówkach nadal zdarzają się sytuacje rozkładania nóg na siłę czy przywiązywania ich do łóżka porodowego, a także bardzo bolesne badanie wewnętrzne bez zgody rodzącej, masaż szyjki macicy oraz chwyt Kristellera.

W wielu miejscach, w praktyce kobiety nie mają dostępu do zagwarantowanego prawem godnego porodu – nie mogą decydować o wyborze pozycji, sposobie łagodzenia bólu, nie mogą decydować o zabiegach i czynnościach ich dotyczących np.: nacięciu krocza. Takie sytuacje wpływają na kondycję psychiczną, a także dalsze decyzje reprodukcyjne.

Żadna kobieta nie powinna doświadczać w szpitalu łamania prawa, naużywania władzy, szczególnie w sytuacjach, w których oczekuje pomocy i wsparcia ze strony personelu medycznego. Chociaż większość kobiet pozytywnie ocenia zachowanie personelu, postawę i komunikację, przekazywanie informacji, okazywanie szacunku, dbanie o prywatność i intymność, to z analizy danych wynika, że 54,3% kobiet doświadczyło nadużyć lub przemocy związanych z zachowaniem personelu lub niedopełnieniem wszystkich procedur. 15,5% badanych uznało, że podczas pobytu w szpitalu zostało złamane jakieś ich prawo, a 23,6% kobiet nie potrafiło stwierdzić, czy doszło do naruszenia prawa. Jedynie 3% złożyło skargę w sprawie, w której nastąpiło, według nich, naruszenie prawa. Może to wynikać z niewiedzy kobiet o obowiązujących przepisach oraz światowych standardach opieki. Przyczyna może tkwić również w międzypokoleniowym przekazie o porodzie w polskich szpitalach, w którym wciąż obecne są doświadczenia matek i babek współczesnych rodzących, które rodziły kilkadziesiąt lat temu, gdy o prawach pacjenta i jakości opieki okołoporodowej nie było mowy. Część kobiet może mieć zatem przeświadczenie, że w porównaniu z zasłyszаныmi historiami, opieka, którą otrzymały, była na wysokim poziomie.

To pokazuje, jak wielką pracę ma do wykonania zarówno personel medyczny w zakresie rozumienia praw człowieka i wolności od nadużyć i przemocy, jak i samo społeczeństwo w zakresie rozumienia swoich praw i wolności.

Każda kobieta ma prawo do jak najlepszej troski o swój stan zdrowia, które obejmuje prawo do godnej, pełnej szacunku opieki zdrowotnej podczas całej ciąży i porodu, a także prawo do bycia wolnym od przemocy i dyskryminacji.

Światowa Organizacja Zdrowia, 2014 r.
„Zapobieganie i eliminowanie braku poszanowania i złego traktowania rodzących w placówkach medycznych”

4. Jakość opieki okołoporodowej

Zmniejszenie śmiertelności okołoporodowej kobiet i dzieci przestaje być współcześnie jedynym priorytetem w obszarze położnictwa. Sposób, w jaki matka i jej najbliżsi doświadczają narodzin, staje się ważnym, coraz częściej branym pod uwagę czynnikiem wpływającym na politykę zdrowotną w obszarze zdrowia reprodukcyjnego. Termin „**jakość narodzin**” odnosi się do całościowego postrzegania procesu przychodzenia na świat uwzględniającego zarówno jakość opieki okołoporodowej, doświadczenia rodzącej kobiety, dziecka i całej rodziny, jak i krótko i długoterminowe efekty zdrowotne dla matki i dziecka (Baranowska, Kubicka-Kraszyńska, 2009; Doroszewska, 2017; Petrou, Kim, McParland, Boyle, 2017).

Jakość narodzin to całościowe postrzeganie procesu przychodzenia na świat uwzględniające:

- **jakość opieki okołoporodowej,**
- **doświadczenia kobiety, dziecka i jej rodziny,**
- **krótko i długoterminowe efekty zdrowotne dla matki i dziecka.**

Osiągnięcia z zakresu epigenetyki, czy pojawiające się nowe doniesienia z obszaru wiedzy o ludzkim mikrobiomie, w istotny sposób zmieniają perspektywę patrzenia na ludzkie narodziny. Mechanizmy wpływające na zmianę ekspresji genów w okresie okołoporodowym pokazują, jak kluczowy dla dalszego zdrowia człowieka i społeczeństwa jest sposób przychodzenia na świat i pierwsze godziny życia noworodka (Indrio et al., 2017; Magne, Puchi Silva, Carvajal, Gotteland, 2017; Moore et al., 2017; Moya-Pérez et al., 2017; Younes et al., 2017). Ocena jakości narodzin w kontekście efektów długoterminowych powinna stanowić wyznacznik planowania opieki i wpływania na obniżenie niekorzystnych z punktu epidemiologicznego wskaźników np. cesarski cięcie (Magne et al., 2017). Badania naukowe jednoznacznie wskazują na wpływ interwencji medycznych w trakcie porodu na życie i zdrowie matki oraz dziecka:

- Badania pokazują znaczący wzrost ryzyka pojawienia się takich chorób jak astma, alergia, choroby zapalne jelita i błon śluzowych żołądka, zespół jelita drażliwego, cukrzyca, otyłość czy białaczka u dzieci urodzonych drogą operacyjną (Almqvist, Cnattingius, Lichtenstein, & Lundholm, 2012; Cardwell et al., 2008; Li, Zhou, & Liu, 2013; Metsälä et al., 2008; Moya-Pérez i in., 2017; Pistiner, Gold, Abdulkarim, Hoffman, & Celedón, 2008; Roduit et al., 2009; Sevelsted, Stokholm, Bønnelykke, & Bisgaard, 2015; Thavagnanam, Fleming, Bromley, Shields, & Cardwell, 2008; Tollanes, Moster, Daltveit, & Irgens, 2008).
- Kobiety, które rodziły poprzez cesarskie cięcie, w ciągu pierwszych kilku miesięcy

po porodzie mają znacznie gorsze wyniki w zakresie wskaźników fizycznych, umysłowych, społecznych i bólowych jakości życia związanych ze zdrowiem, a także niższy poziom energii i witalność (Petrou, Kim, McParland, & Boyle, 2017).

- U kobiet, które w trakcie porodu otrzymały egzogenną oksytocynę, mającą wpływ na tworzenie więzi między matką i dzieckiem, odnotowuje się znacząco wyższe ryzyko wystąpienia depresji poporodowej i objawów somatyzacyjnych (Gu et al., 2016; Kroll-Desrosiers et al., 2017).

Jakość opieki okołoporodowej jest pojęciem wielowymiarowym, przedstawionym w literaturze w różnych ujęciach. Zgodnie z jedną z definicji jakość opieki okołoporodowej to *stopień, w jakim opieka zdrowotna nad matką, świadczona poszczególnej kobiecie i populacji zwiększa prawdopodobieństwo rozpoczętego w odpowiednim czasie i właściwego leczenia w celu osiągnięcia pożądaných rezultatów, które są zgodne z aktualną wiedzą naukową i szanują podstawowe prawa reprodukcyjne* (Hulton, Matthews, Stones, 2000).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje ocenę jakości opieki jako określenie mówiące o tym *do jakiego stopnia usługi opieki zdrowotnej świadczone osobom indywidualnym i populacji poprawiają pożądané wyniki zdrowotne*. W celu osiągnięcia odpowiedniej jakości, opieka zdrowotna, według WHO, musi być bezpieczna, skuteczna (oparta na wiedzy naukowej i rekomendacjach) terminowa, efektywna, sprawiedliwa i skoncentrowana na ludziach (World Health Organization, 2006).

Pittrof opisuje *wysoką jakość opieki położniczej jako zapewnienie minimalnego poziomu opieki wszystkim ciężarnym kobietom i ich noworodkom oraz wyższego poziomu opieki dla tych, którzy jej potrzebują przy jednoczesnym uzyskaniu najlepszych możliwych wyników medycznych i zadowoleniu kobiety, jej rodziny oraz świadczeniodawców i utrzymaniu właściwego zarządzania i finansowania tej opieki* (Pittrof, 2002).

Obecnie w jakości opieki okołoporodowej uwzględnia się dwie główne perspektywy: **jakość świadczonej opieki** oraz **jakość opieki postrzegana przez doświadczenie kobiety**. W pierwszej perspektywie zwanej „technokratyczną” kładzie się nacisk na osiąganie określonych standardów przez pracowników ochrony zdrowia i świadczeniodawców usług (Brook, McGlynn, Shekelle, 2000; Van Duong, Binns, Lee, Hipgrave, 2004). W drugiej – to doświadczenie kobiety i jej rodziny związane z porodem odgrywa centralną rolę w definiowaniu i ocenie jakości opieki zdrowotnej (Batbaatar, Dorjdagva, Luvsannyam, Savino, Amenta, 2017; Rosenthal, Shannon, 1997).

Podział na dwie perspektywy widać wyraźnie w opisie struktury jakości świadczonej opieki okołoporodowej według Hultona. Uwzględnia on sześć obszarów w zakresie świadczonej opieki:

- zasoby ludzkie i fizyczne,
- system referencyjności,
- system zarządzania,

- stosowanie odpowiednich technologii,
- zasady dobrej praktyki,
- zarządzanie sytuacjami kryzysowymi.

A także dodatkowe cztery obszary wynikające z doświadczenia kobiety:

- zasoby ludzkie i fizyczne,
- udzielanie informacji,
- szacunek (w tym godność i równość)
- wsparcie emocjonalne (Hulton et al., 2000).

Wyodrębnienie postrzegania opieki przez doświadczenie kobiety widać również w schemacie struktury jakości opieki nad matką i dzieckiem proponowanym przez Światową Organizację Zdrowia (tab. 1) (Tunçalp et al., 2017).

Tabela 1. Struktura jakości opieki nad matką i dzieckiem proponowana przez WHO

Jakość opieki	
świadczenie opieki	doświadczenie opieki
oparta na dowodach opieka w sytuacjach standardowych i w przypadku wystąpienia komplikacji	efektywna komunikacja
działający system informacyjny	szacunek i godność
funkcjonalny system referencyjności	wsparcie emocjonalne
kompetentne i zmotywowane zasoby ludzkie	
niezbędne zasoby fizyczne	

Źródło: Tunçalp et al., 2017.

W badaniach jakościowych mających na celu scharakteryzowanie czynników wpływających na ocenę jakości opieki okołoporodowej prowadzonych wśród kobiet i położnych wyłoniono 10 obszarów (tab. 2) (Proctor, 1998).

Tabela 2. Jakość opieki okołoporodowej – główne obszary badań

środowisko/rzeczy niematerialne	relacja matka – personel	informacja
cechy personelu: osobowe i zawodowe	opieka i leczenie	dostęp do opieki
	wyniki	
kontrola/zaufanie	wybór/podejmowanie decyzji	ciągłość opieki

Źródło: Proctor, 1998.

Dostępne są odmienne metodologie i narzędzia do oceny jakości, choć dąży się do operacjonalizacji kluczowych cech jakości opieki okołoporodowej, uwzględniających różne elementy z obszaru świadczonej opieki nad matką i dzieckiem oraz doświadczenia opieki (J. H. Raven, Tolhurst, Tang, van den Broek, 2012; J. Raven, Hofman, Adegoke, Van, 2011; Renfrew et al., 2014). Narzędzia do oceny jakości opieki mogą być zarówno na poziomie międzynarodowym np. *Opieka szpitalna dla matek i noworodków: narzędzie oceny i doskonalenia jakości. Systematyczne podejście oparte na uczestnictwie WHO* ('Hospital care for mothers and newborn babies quality assessment and improvement tool', Smith et al., 2017), The maternal-newborn bottleneck analysis tool (Sharma et al., 2015), jak i krajowym „skala Bolońska” – badanie obserwacyjne stosowane w Szwecji (Chalmers & Porter, 2001; Sandin-Bojö & Kvist, 2008), ankieta oceny jakości opieki okołoporodowej (Doroszewska, 2017). Ocena jakości opieki nad matką i dzieckiem pozwala na planowanie i udoskonalanie działań mających na celu poprawę jakości narodzin (Bhutta, Salam, Lassi, Austin, Langer, 2014; Das, Kumar, Salam, Lassi, Bhutta, 2014; Lassi, Das, Salam, Bhutta, 2014; Salam, Lassi, Das, Bhutta, 2014).

Doświadczenie porodowe ma znaczący wpływ na dalsze decyzje reprodukcyjne kobiety i dlatego powinno być ważnym obszarem troski zdrowia publicznego. Przegląd systematyczny oceniający związek między negatywnymi doświadczeniami porodowymi, a przyszłymi decyzjami dotyczącymi prokreacji, wykazał jednoznaczny wpływ „traumy porodowej” na chęć posiadania kolejnych dzieci. Zidentyfikowano 12 badań, w których sprawdzano wyżej wymienioną zależność. Uwzględnione w przeglądzie badania były projektami kohortowymi lub przekrojowymi. W pięciu badaniach zaobserwowano dodatnią korelację między wcześniejszymi negatywnymi przeżyciami w związku z porodem, a decyzjami o zaniechaniu dalszej prokreacji. Trzy badania wykazały dodatnią korelację między negatywnymi doświadczeniami w czasie porodu a decyzjami dotyczącymi opóźnienia kolejnych porodów. Sześć badań wykazało dodatnią korelację między negatywnymi przeżyciami z porodu a prośbami kobiet o cesarskie cięcie w kolejnych ciążach (Shorey, Yang, & Ang, 2018).

Wyrazem uwzględniania kobiecego doświadczenia w ocenie opieki okołoporodowej są najnowsze wytyczne WHO *Opieka okołoporodowa dla pozytywnego doświadczenia porodowego* (World Health Organization, 2018). Zbiór zasad dotyczących wspierania rodzącej i prowadzenia porodu został poszerzony o 26 nowych rekomendacji kładących nacisk na indywidualne podejście do każdej rodzącej, opiekę pełną szacunku i efektywną komunikację między personelem medycznym a kobietami. Poprawę jakości opieki w okresie narodzin uznano za najbardziej skuteczną strategię ograniczania liczby porodów martwych dzieci, śmierci matek i noworodków.

Autorzy wytycznych podkreślili, że poprawa wskaźników jakości opieki okołoporodowej, takich jak śmiertelność okołoporodowa, nie jest jednak jedynym celem. Globalne programy zdrowia publicznego w zakresie opieki okołoporodowej powinny **koncentrować się na zapewnieniu, że kobiety i ich dzieci nie tylko przeżyją poród, ale także, że rozwiną pełen potencjał w zakresie zdrowia i dobrego samopoczucia w związku z narodzinami.** Autorzy wytycznych postawili sobie pytanie: czego kobiety chcą, potrzebują i co stanowi dla nich wartość w procesie narodzin? Posługując się wynikami przeglądu systematycznego opartego na badaniach jakościowych uznali, że dla matek najważniejsze jest pozytywne doświadczenie porodowe.

5. Prawa rodzącej jako element wpływający na jakość opieki okołoporodowej

5.1. Prawa rodzącej w świetle obowiązujących przepisów w Polsce

- **Konstytucja**

Art. 32. 1. *Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne.*

Art. 68.

1. *Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.*

2. *Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.*

3. *Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.*

- **Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, 1948 r.**

Art. 1 *Wszyscy ludzie rodzą się wolni i równi pod względem swej godności i swych praw (...);*

Art. 3 *Każdy człowiek ma prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa swej osoby;*

Art. 5 *Nie wolno nikogo torturować ani karać lub traktować w sposób okrutny, niehumanitarny lub poniżający;*

Art. 7 *Wszyscy są równi wobec prawa i mają prawo, bez jakiegokolwiek różnicy, do jednakowej ochrony prawnej. Wszyscy mają prawo do jednakowej ochrony przed jakąkolwiek dyskryminacją (...);*

Art. 12 *Nie wolno ingerować samowolnie w czyjekolwiek życie prywatne, rodzinne, domowe, ani w jego korespondencję, ani też uwłaczać jego honorowi lub dobremu imieniu. Każdy człowiek ma prawo do ochrony prawnej przeciwko takiej ingerencji lub uwłaczaniu.*

- **Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 18 grudnia 1979 r. (CEDAW)**

Art. 12

1. *Państwa Strony podejmą wszelkie stosowne kroki zmierzające do likwidacji dyskryminacji kobiet w dziedzinie opieki zdrowotnej w celu zapewnienia im, na zasadach równości z mężczyznami, dostępu do korzystania z usług służby zdrowia, w tym również usług związanych z planowaniem rodziny.*

2. *Niezależnie od postanowień ustępu 1 niniejszego artykułu Państwa Strony zapewnią kobietom w czasie ciąży i porodu oraz po porodzie odpowiednie usługi w razie potrzeby, jak również odpowiednie odżywianie w czasie ciąży i karmienia.*

- **Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, 1966 r.**

Art. 10 *Państwa Strony niniejszego Paktu uznają, że:*

2. *Szczególną opieką należy otoczyć matki w rozsądnym okresie przed i po urodzeniu dziecka. W tym czasie pracujące matki powinny otrzymywać płatny urlop lub urlop z zapewnieniem odpowiednich świadczeń z tytułu zabezpieczenia społecznego.*

- **Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych, 1966 r.**

Art. 7 *Nikt nie będzie poddawany torturom lub okrutnemu, nieludzkiemu albo poniżającemu traktowaniu lub karaniu. W szczególności nikt nie będzie poddawany, bez swej zgody swobodnie wyrażonej, doświadczeniom lekarskim lub naukowym;*

Art. 17.1 *Nikt nie może być narażony na samowolną lub bezprawną ingerencję w jego życie prywatne, rodzinne, dom czy korespondencję, ani też na bezprawne zamachy na jego cześć i dobre imię.*

- **Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (Europejska Konwencja Praw Człowieka), 1953 r.**

Art. 3 – *zakaz tortur;*

Art. 8 – *prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.*

Prawa kobiet w szpitalach ginekologiczno-położniczych oraz na oddziałach położniczych są określone w *Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*³ oraz w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem*⁴ – w skrócie nazywanym Standardami Opieki Okołoporodowej.

3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417.

4. 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, porodu oraz opieki nad noworodkiem, Dz.U. 2012 poz. 1100.

Ustawa, o której mowa określa, że pacjent ma prawo do:

- świadczeń zdrowotnych;
- informacji;
- zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych;
- tajemnicy informacji z nim związanych;
- wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych;
- poszanowania intymności i godności;
- dokumentacji medycznej;
- zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
- poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
- opieki duszpasterskiej;
- przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

W zrealizowanym przez Fundację Rodzić po Ludzku badaniu podniesiono kwestie prawa do informacji, tajemnicy informacji związanych z pacjentem, wyrażenia zgody, poszanowania intymności i godności.

Bardziej szczegółowo zalecenia dotyczące opieki w okresie okołoporodowym określają Standardy Opieki Okołoporodowej regulowane Rozporządzeniem Ministra Zdrowia. W badaniu zostały poruszone wybrane kwestie, które regulują Standardy, m.in.:

- plan porodu;
- zasady kształtowania relacji z rodzącą: przedstawianie się przez personel, poszanowanie prywatności i intymności;
- zachęcanie rodzącej do aktywności fizycznej i przyjmowania wygodnych dla rodzącej pozycji;
- umożliwienie spożywania przejrzystych płynów;
- umożliwienie obecności osoby bliskiej;
- kontakt noworodka z matką „skóra do skóry” trwający co najmniej dwie godziny po porodzie;
- ocena stanu noworodka w skali Apgar dokonywana na brzuchu matki, jeśli nie ma przeciwwskazań zdrowotnych;
- przekazywanie kobiecie informacji na temat karmienia piersią oraz wsparcie skutecznego karmienia piersią;
- niedokarmianie dzieci sztucznym mlekiem bez wskazań medycznych.

Należy zaznaczyć, że Standardy Opieki Okołoporodowej dotyczą opieki nad kobietą w fizjologicznej ciąży, w czasie fizjologicznie przebiegającego porodu i połogu, a udział w badaniu wzięły kobiety, które miały różne doświadczenia związane z porodem. Z tego względu przedstawionych niżej wyników nie można jednoznacznie odnosić do zaleceń Standardów. Ograniczenie to nie odnosi się do przepisów sformułowanych w *Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Prawa sformułowane w tej ustawie dotyczą wszystkich pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

5.2. Nadużycia i przemoc w opiece okołoporodowej

W 2014 r. WHO wydała oświadczenie w zakresie zapobiegania i eliminowania braku poszanowania i złego traktowania rodzących w placówkach medycznych, wzywając do prowadzenia badań i podjęcia działań w celu zapewnienia kobietom opieki okołoporodowej wolnej od nadużyć i przemocy⁵. Był to długo oczekiwany dokument, ponieważ po raz pierwszy odnoszono się w nim do kwestii nadużyć i przemocy w opiece okołoporodowej. Przez ostatnie kilkanaście lat badania przeprowadzane w wielu krajach na świecie wskazywały, że kobiety podczas pobytu w placówkach położniczych doświadczają złego traktowania – braku szacunku, lekceważenia, obraźliwej, uwłaczającej opieki ze strony personelu medycznego, zaniedbań w opiece, nadużyć, a czasem wręcz przemocy. Takie postępowanie może mieć bezpośrednie przełożenie na kondycję zdrowotną zarówno matki, jaki i dziecka, a także skutkować brakiem zaufania do systemu ochrony zdrowia.

WHO zwraca uwagę, że przykładami łamania i lekceważenia praw kobiet jest przemoc fizyczna, upokorzenia i wyzwiska słowne, przymus lub stosowanie procedur medycznych bez zgody kobiet, brak poszanowania intymności i poufności, brak pozyskania pełnej, świadomej zgody lub odmowy zastosowania leków przeciwbólowych. W opinii WHO takie traktowanie nie tylko narusza prawa kobiet do godnej opieki, ale zagraża również ich prawu do życia, ochrony zdrowia, integralności cielesnej i wolności od dyskryminacji. Jednym z ważniejszych postulatów tego oświadczenia jest wezwanie do podjęcia intensywnych działań, dialogu i badań dotyczących skali tego zjawiska w konkretnych krajach.

W oświadczeniu WHO możemy przeczytać, że **każda kobieta ma prawo do jak najlepszej troski o swój stan zdrowia. Obejmuje to prawo do godnej, pełnej szacunku opieki zdrowotnej podczas całej ciąży i porodu, a także prawo do bycia wolnym od przemocy i dyskryminacji**⁶.

Główne postulaty oświadczenia WHO:

1. Zwiększenie wsparcia ze strony władz państwowych i partnerów rozwojowych dla badań i działań zapobiegających brakowi szacunku i nadużyciom.
2. Inicjowanie, wspieranie i utrzymywanie programów mających na celu poprawę jakości opieki okołoporodowej z silnym naciskiem na poszanowanie godności kobiet jako podstawowego elementu jakości opieki.
3. Podkreślanie praw kobiet do godnej i pełnej szacunku opieki zdrowotnej w czasie ciąży i porodu.

5. World Health Organization, *WHO statement: the prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*, Geneva: World Health Organization, 2014.

6. Ibidem.

4. Konieczność zbierania danych na temat poszanowania praw i jego braku w opiece zdrowotnej nad kobietami oraz tworzenie systemów profesjonalnego i odpowiedzialnego wsparcia kobiet podczas ciąży, porodu i po porodzie.
5. Zaangażowanie wszystkich zainteresowanych stron, w tym kobiet, w działania na rzecz poprawy jakości opieki okołoporodowej i eliminowania różnego typu nadużyć, w szczególności braku szacunku do kobiet.

Swoje stanowisko wobec przemocy w porodzie WHO podkreśliła po raz kolejny wydając w lutym 2018 r. nowe wytyczne. Podkreślają one znaczenie pełnej szacunku opieki nad matką i dzieckiem, uznając pozytywne doświadczenie kobiety za priorytet⁷.

W opisie negatywnych doświadczeń porodowych używa się określeń takich jak: „brak poszanowania”, „złe traktowanie”, „lekceważąca czy arogancka opieka”, „obraźliwe zachowania”, „nadużycia lub zaniedbania” (d’Oliveira, Diniz, Schraiber, 2002; Silal, Penn-Kekana, Harris, Birch, McIntyre, 2012; Small, Yelland, Lumley, Brown, Liamputtong, 2002). Istnieje określenie opieki okołoporodowej pozbawionej szacunku i związanej z nadużyciami (ang. *DACF, disrespectful/abusive care during childbirth in facilities*) (Miller, Lalonde, 2015).

W ostatnich latach niewłaściwe zachowania w stosunku do kobiet rodzących zaczęto opisywać i klasyfikować jako przemoc, znęcanie się i dyskryminację (Bohren et al., 2015; Diamond-Smith, Sudhinaraset, Melo, Murthy, 2016). Sytuacje, w których, pomimo możliwości uniknięcia powikłań, dochodzi do zgonu matek w okresie okołoporodowym, są traktowane jako pogwałcenie praw człowieka (United Nations High Commissioner, 2010). Przykładem piętnowania przemocy w opiece okołoporodowej jest, wygrana w 2018 r., sprawa mieszkanki Kenii, którą w szpitalu uderzono w twarz, znieważono, a następnie pozostawiono bez opieki, w wyniku czego kobieta urodziła swoje dziecko na podłodze, „w przejściu”. Sąd uznał rację kobiety i przyznał jej odszkodowanie w wysokości 25 tysięcy dolarów⁸.

Oczywiście skala przemocy jest odmienna w różnych rejonach świata oraz w różnym stopniu dotyka kobiety pochodzące z poszczególnych kultur czy warstw społecznych. Nadużycia wobec rodzących zaczynające się od subtelnych form dyskryminacji potrafią przerodzić się w jawną przemoc (White Ribbon Alliance, 2012). Badania pokazują, że najbardziej narażone na poniżające i niewłaściwe traktowanie są kobiety małoletnie, niezamężne, migrantki lub kobiety pochodzące z grup mniejszościowych, a także kobiety o niskim statusie społeczno-ekonomicznym. Dodatkowo grupą szczególnie narażoną są nosicielki wirusa HIV (Abuya et al., 2015; Bowser, Hill, 2017). Opieka okołoporodowa, w której personel dopuszcza się nadużyć, wiąże się z ryzykiem powikłań u matki i dziecka (Miller, Lalonde, 2015; Wagaarachchi, Fernando, 2002).

7. World Health Organization, *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*, 2018, Dostępny na stronie: www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/ (dostęp 13.03.2018).

8. <http://www.bbc.com/news/world-africa-43505886>, 2018.

Bowser i Hill jako pierwsi podjęli się sformułowania kategorii DACF (ang. *disrespectful/abusive care during childbirth in facilities*) (Bowser, Hill, 2017) – przemocowej opieki okołoporodowej podczas porodu. Wyszczególnili siedem kategorii nadużyć: przemoc fizyczna, opieka, na którą pacjent nie wyraził zgody, naruszająca prawo do tajemnicy/poufności, naruszająca prawo do godności oraz dyskryminacja ze względu na szczególne cechy pacjenta, niezapewnienie opieki, przetrzymywanie w placówkach. Przegląd systematyczny w obszarze zaniedbań i naruszeń wobec kobiet rodzących pozwolił na poszerzenie typologii tych nadużyć (Bohren et al., 2015). Rodzaje opieki naruszającej prawo do godności przedstawiono w tabeli 3. Podkreślone w tabeli rodzaje nadużyć stanowiły przedmiot badania prezentowanego w raporcie.

W dalszej części przedstawione zostanie, w jakim stopniu w doświadczeniu kobiet rodzących w Polsce pojawiają się zachowania traktowane w literaturze jako formy przemocy.

Tabela 3. Rodzaje nadużyć, których doświadczają kobiety podczas porodu

kategoria nadużycia	rodzaje	przykład
przemoc fizyczna	użycie siły fizyczny przymus	- bicie - brutalne wymuszanie rozłożenia nóg - uciskanie dna miednicy podczas prawidłowego porodu (tzw. chwyt Kristellera)
przemoc seksualna		- gwałt
przemoc słowna	upokorzenie przez krzyk lub krytykę grożenie obwinianie	- szorstki lub niegrzeczny język - wyzwiska słowne - osądzające lub oskarżające komentarze - grożenia wstrzymaniem leczenia lub sprawowania opieki - grożenie lub obwinianie za doprowadzenie do negatywnych skutków zdrowotnych dla matki oraz dziecka
dyskryminacja i stygmatyzowanie	dyskryminacja bazująca na czynnikach społecznych dyskryminacja bazująca na czynnikach socjoekonomicznych	- gorsze traktowanie z powodu nosicielstwa wirusa HIV, wieku, biedy, pochodzenia etnicznego, stanu cywilnego, języka, statusu ekonomicznego, poziomu wykształcenia, itd.
opieka, na którą pacjent nie wyraził zgody	brak świadomej zgody kobiety na zabiegi i wykonywane czynności	- samodzielna decyzja lekarza/położnej o nieuzasadnionym nacięciu krocza - golenie krocza bez zgody kobiety - wykonanie podwiązania jajowodów, sterylizacji czy hysterotomii bez zgody kobiety
opieka naruszająca prawo do tajemnicy/poufności	brak zapewnionej intymności	- brak parawanów - zbieranie wywiadu przy osobach postronnych - obserwowanie nagich kobiet w krępujących sytuacjach przez liczne grupy pracowników czy studentów w trakcie porodu, w trakcie obchodu
brak dostępu do profesjonalnej opieki	procedury i badania zaniechania	- bolesne badanie wewnętrzne - odmowa łagodzenia bólu - wykonanie niepotrzebnej interwencji chirurgicznej - zaniechanie, zaniedbanie lub opóźnienie w udzieleniu pomocy - brak wykwalifikowanej osoby w trakcie porodu
niewłaściwe relacje między personelem a kobietami	nieefektywna komunikacja brak wspierającej opieki utrata autonomii przetrzymywanie w placówkach	- niewłaściwa komunikacja - ignorowanie kobiecych obaw - bariery językowe i błędy komunikacyjne na poziomie języka - niewłaściwe postawy personelu - brak wspierającej opieki ze strony personelu - odmowa lub brak zapewnienia osoby towarzyszącej w trakcie porodu - traktowanie kobiety jako biernego uczestnika porodu - odmowa picia, jedzenia czy poruszania się w trakcie porodu - brak szacunku dla wyboru preferowanych przez kobietę pozycji porodowych - odmowa bezpiecznych tradycyjnych praktyk - niewypisanie matki ze szpitala z powodu niezapłacenia przez nią rachunku
warunki systemu opieki zdrowotnej i jego ograniczenia	brak zasobów brak właściwej polityki kultura panująca w placówkach	- zły stan fizyczny obiektów (brudne łóżka na oddziale położniczym) - ograniczenia kadrowe - ograniczenia zaopatrzenia - brak zadośćuczynienia - przekupstwo i wymuszenie - niejasne struktury opłat - nieuzasadnione żądanie od kobiet przez pracowników służby zdrowia (np. zmuszanie do posprzątania „bałaganu” po porodzie i cięciu cesarskim, wynoszenia w trakcie porodu śmieci itp.)

Źródło: opracowanie własne, zmodyfikowana wersja za Bohren et al., 2015.

6. Badanie doświadczeń kobiet

6.1. Założenia i cel badania

Głównymi celami badania doświadczeń kobiet było:

- sprawdzenie przestrzegania praw kobiet w opiece okołoporodowej na podstawie praw zapisanych w Standardach Opieki Okołoporodowej, a także w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- poznanie doświadczeń okołoporodowych kobiet, które urodziły dziecko w ciągu ostatnich dwóch lat (2017, 2018);
- sprawdzenie kwestii przestrzegania praw człowieka ze szczególnym uwzględnieniem kwestii wolności od nadużyć, przemocy i dyskryminacji.

Celami niniejszego raportu są:

- przedstawienie doświadczeń kobiet, które rodziły w okresie od 1 stycznia 2017 do 20 marca 2018 r. w polskich szpitalach, w szczególności związanych z zachowaniem personelu medycznego – sposobem komunikacji, zapewnieniem prywatności, intymności, równym traktowaniem pacjentek;
- przedstawienie stopnia wdrożenia i przestrzegania przepisów prawa – Ustawy o prawach pacjenta oraz Standardów Opieki Okołoporodowej – w szpitalach i na oddziałach położniczych;
- opisanie sytuacji, które stanowią przykłady nadużyć i przemocy wobec kobiet w polskich szpitalach;
- rekomendacja działań, które należy podjąć, by w większym stopniu realizować zapisy Standardów Opieki Okołoporodowej i poprawiać jakość opieki okołoporodowej.

6.2. Metodologia badania

Badanie przeprowadzone przez Fundację Rodzić po Ludzku dotyczące doświadczeń kobiet rodzących w polskich szpitalach w latach 2017–2018, zostało zrealizowane w okresie od 19 lutego do 20 marca 2018 r. Narzędziem w badaniu była ankieta elektroniczna wypełniana przez respondentki on-line, dostępna na stronie: ankieta.rodzicpoludku.pl. Ankieta zawierała pytania o przygotowanie do porodu, doświadczenia z izby przyjęć, przebieg porodu i pobytu na oddziale położniczym. W ankiecie zawarto również pytania dotyczące wspomnień związanych ze sposobem traktowania kobiety przez personel oraz komunikację z rodzącą.

Zakres tematyczny tego raportu odbiega od czysto medycznych wskaźników opisujących przebieg porodu w Polsce. Medyczne kwestie służące do opisu opieki okołoporodowej w tym raporcie służą jako jeden z elementów opisujących szeroko pojęte doświadczenie kobiet. Poza medycznymi wskaźnikami opieki i przebiegu porodu oraz położu duże znaczenie ma sposób traktowania kobiety przez personel szpitala, który najbardziej precyzyjnie można opisać odwołując się do deklaracji dotyczących charakteru relacji – komunikacji personelu z pacjentkami, a także respektowania przez personel prawa kobiet do intymności, informacji oraz wyrażania zgody na świadczenia medyczne.

Informacja o badaniu realizowanym przez Fundację Rodzić po Ludzku była umieszczona na portalach społecznościowych oraz w tradycyjnych mediach. W informacji znajdował się link do strony z ankietą. Zainteresowana wypełnieniem ankiety kobieta była proszona o podanie swojego adresu e-mail oraz wyrażenie zgody na udział w badaniu i przetwarzanie adresu e-mail. Na podany adres e-mail był wysłany indywidualny link aktywacyjny, którego kliknięcie rozdzielało dane, uniemożliwiając powiązanie adresu z konkretną ankietą. To zapewniało anonimowość ankiet.

W trakcie realizacji badania zebrano ponad 14 tys. ankiet od kobiet, które rodziły w latach 2011–2018. Ostatecznie analizie zostało poddanych 8378 wypełnionych ankiet. Są to odpowiedzi osób, które rodziły w okresie od 1 stycznia 2017 do 20 marca 2018 r. W analizie wyników dane zostały ważone według danych GUS. Zastosowano ważenie brzegowe po województwie i miejscu zamieszkania matki (miasto lub wieś).

Większość danych o charakterze ilościowym przedstawiono w formie procentowej na wykresach. Na każdej rycinie znajduje się informacja o podstawie oprocentowania ($n=$), którą stanowiły wszystkie udzielone odpowiedzi w danym pytaniu. Różnice w liczebnościach wskazanych na rycinach wynikają z faktu, że na dane pytanie odpowiedziała tylko część respondentek. Obowiązkowe pytania były zaznaczone gwiazdką, udzielenie odpowiedzi warunkowało przejście do dalszej części ankiety. Część pytań w ankiecie nie była obowiązkowa. To również jeden z powodów różnych liczebności podanych na wykresach.

W celu poznania doświadczeń kobiet związanych z nadużyciami oraz lepszej analizy sytuacji, w ankiecie znalazły się pytania otwarte, w których kobiety były proszone o szczegółowy opis sytuacji, w której dochodziło do nadużyć podczas ich pobytu w szpitalu. W przypadku pytań otwartych, na które odpowiedziało więcej niż 1000 respondentek, wylosowano 1000 odpowiedzi, które skategoryzowano, zakodowano i poddano analizie.

Dla lepszego zobrazowania wyników, oddania charakteru sytuacji, w których znajdowały się badane, w raporcie przytoczono fragmenty wypowiedzi respondentek. W cytatach zachowano oryginalną pisownię.

W kolejnych częściach raportu przedstawiono wyniki badania. W pierwszej kolejności została scharakteryzowana badana próba. W tej części, oprócz zmiennych społeczno-demograficznych, opisano, kto prowadził ciążę ankietowanych, jakie były najważniejsze powody wyboru szpitala, w którym respondentki zdecydowały się rodzić. W części charakteryzującej badane przedstawiono również odsetek respondentek,

które urodziły drogami natury oraz miały cesarskie cięcie, rodzaj sali porodowej, obecność osoby towarzyszącej.

Następne części opisują:

1. Doświadczenia badanych związane z pobytem w szpitalu, w tym:
 - a) doświadczenia badanych na izbie przyjęć,
 - b) doświadczenia badanych w sali porodowej,
 - c) doświadczenia badanych na oddziałach położniczych.
2. Relację personel medyczny – kobieta, w tym:
 - a) komunikację,
 - b) nadużycia i przemoc słowną,
 - c) realizację prawa do informacji,
 - d) pozyskiwanie zgody przez personel na zabiegi i czynności wykonywane w szpitalu,
 - e) realizację prawa do poszanowania intymności i godności osobistej,
 - f) nadużycia i przemoc fizyczną,
 - g) gorsze traktowanie i dyskryminację,
 - h) nadużycia i sytuacje wymuszania.
3. Edukację przedporodową i plan porodu.
4. Ocenę warunków sal porodowych i oddziałów położniczych.
5. Opłaty związane z porodem i pobytem w szpitalu.
6. Ogólną ocenę i czynniki wpływające na zadowolenie z opieki w szpitalu.

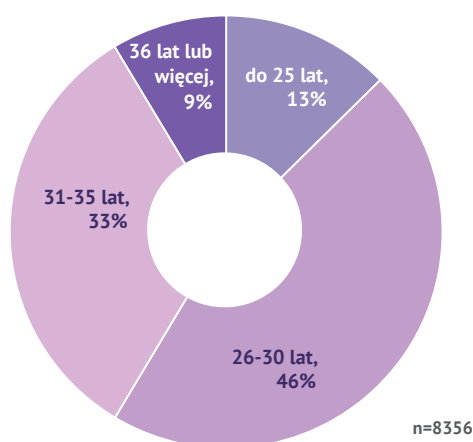
7. Wyniki badania

7.1. Charakterystyka badanych kobiet

7.1.1. Wiek i wykształcenie

Prawie połowę badanych (46%) stanowiły osoby w wieku 26-30 lat, $\frac{1}{3}$ to respondentki między 31. a 35. rokiem życia (wykres 1). W badanej próbie zdecydowanie przeważają kobiety z wyższym wykształceniem. Stanowiły one ponad $\frac{3}{4}$ osób, które wypełniły ankietę (77%).

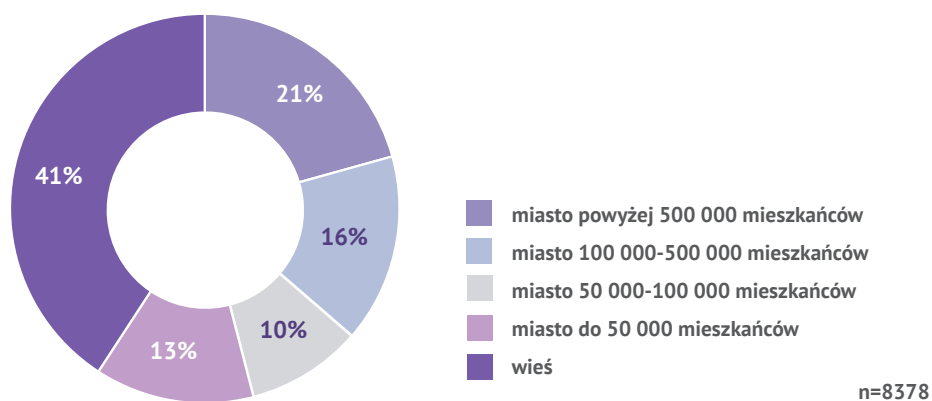
Wykres 1. Wiek respondentek



7.1.2. Miejsce zamieszkania

W związku z zastosowanym ważeniem rozkład procentowy badanej próby w zakresie miejsca zamieszkania odzwierciedla rozkład w populacji. W związku z tym 41% respondentek mieszkało na wsi, a 21% w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców (wykres 2).

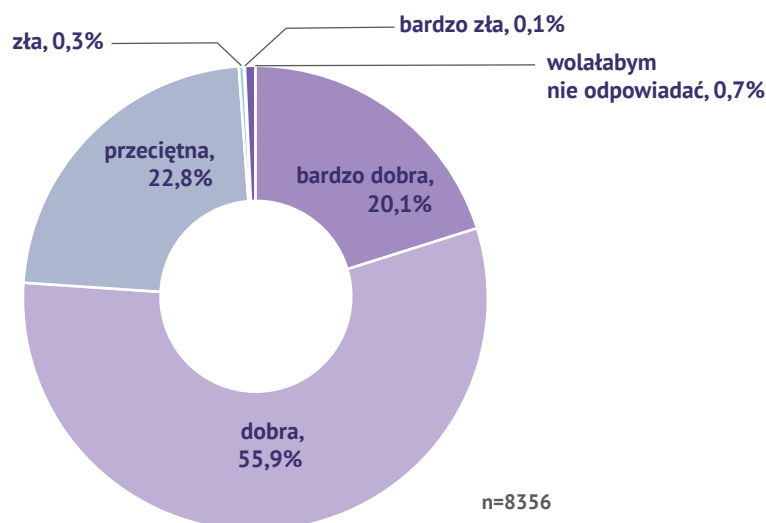
Wykres 2. Miejsce zamieszkania respondentek



7.1.3. Sytuacja materialna

Wśród kobiet, które wzięły udział w badaniu przeważały osoby pozytywnie oceniające swoją sytuację materialną. Ponad połowa (55,9%) deklarowała, że ma dobrą sytuację materialną, a co piąta uznała, że bardzo dobrą (wykres 3).

Wykres 3. Ocena sytuacji materialnej respondentek

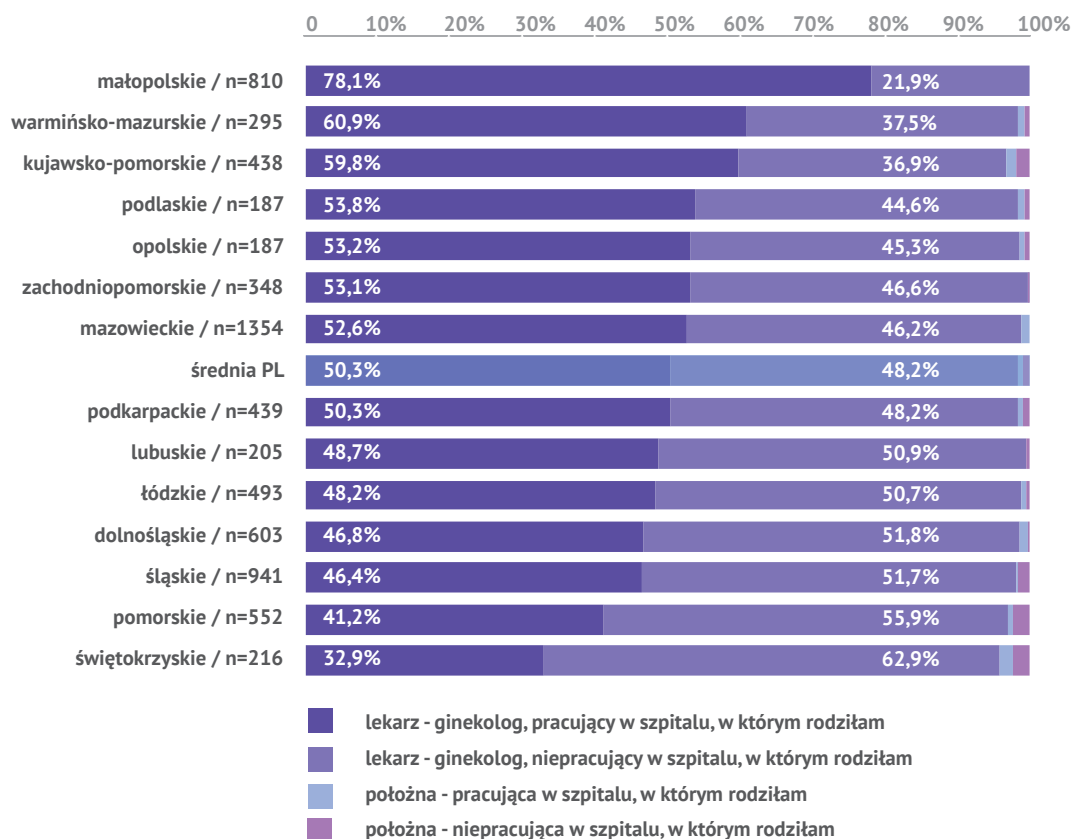


7.1.4. Lekarz/położna prowadzący/a ciążę

Kobiety mają różne strategie związane z wyborem lekarza prowadzącego ciążę i szpitala, w którym będą rodziły. Mniej niż 2% respondentek (1,6%) deklarowało, że w czasie ciąży były pod opieką położnej. Opieka nad ciężarną to w Polsce domena lekarzy ginekologów. Mniej więcej tyle samo respondentek prowadziło ciążę u lekarza zatrudnionego w szpitalu, w którym rodziły (50,3%), co u lekarza niepracującego w tym szpitalu (48,2%). U lekarza zatrudnionego w szpitalu, w którym rodziły, częściej prowadziły ciążę respondentki, które miały cesarskie cięcie niż poród drogami natury (54,6% vs 48%).

Analiza wyników pokazała również, że miejsce zatrudnienia lekarza prowadzącego ciążę różni się między województwami. Są regiony, w których ponad 60% kobiet zdecydowało się, by opiekę w czasie ciąży sprawował nad nimi lekarz pracujący w szpitalu, w którym później rodziły. W województwie małopolskim w trakcie ciąży blisko 80% kobiet było pod opieką lekarza pracującego w szpitalu, w którym rodziły, podczas gdy w województwie świętokrzyskim tylko co trzecia kobieta podjęła taką decyzję (wykres 4).

Wykres 4. Osoba prowadząca ciążę w poszczególnych województwach



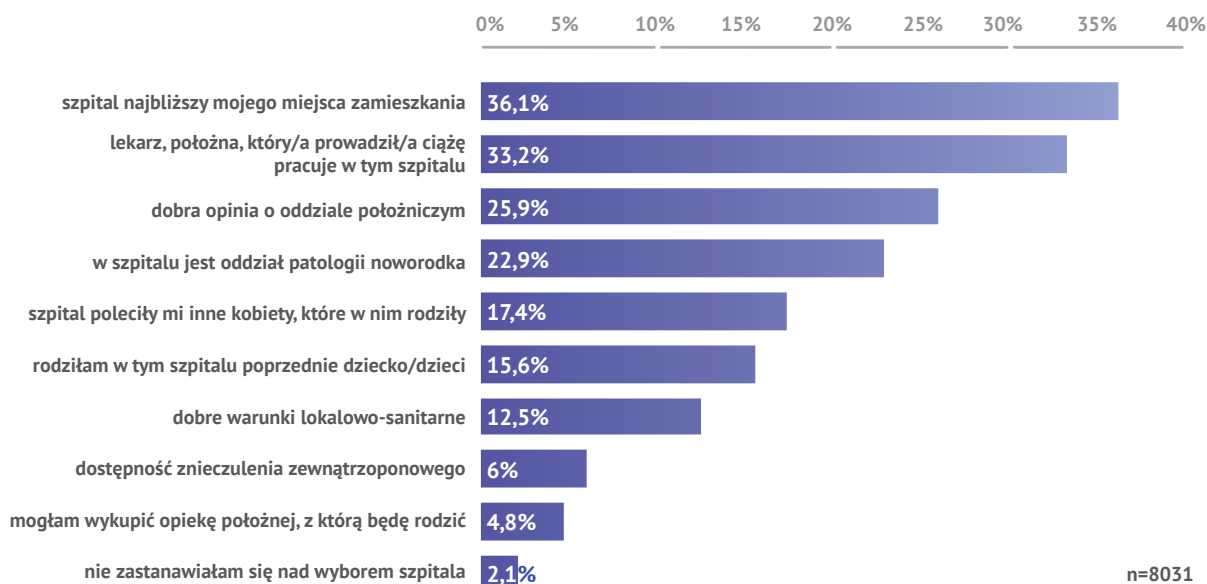
7.1.5. Wybór szpitala

Respondentki były proszone o wskazanie dwóch najważniejszych powodów wyboru szpitala. Najczęściej podawanym powodem była bliskość szpitala od miejsca zamieszkania respondentki (36%). Co trzecia kobieta wybrała placówkę, w której był zatrudniony jej lekarz prowadzący ciążę. Dobra opinia o oddziale położniczym była jednym z dwóch najważniejszych powodów wyboru szpitala dla co czwartej respondentki (25,9%). Dla 22,9% ankietowanych ważne było to, czy w szpitalu znajduje się oddział patologii noworodka (wykres 5).

Odległość szpitala od miejsca zamieszkania była szczególnie ważna dla kobiet rodzących w województwach opolskim, lubuskim, pomorskim, zachodniopomorskim, śląskim (odpowiednio 59,5%, 56,1%, 52,9%, 46,9%, 43,9%). Najmniej ankietowanych, które wskazywały ten powód wyboru szpitala, było w województwie małopolskim (28,2%) i mazowieckim (27,7%). W tym województwie najważniejsze powody wyboru szpitala różniły się w porównaniu z innymi regionami Polski – najwięcej respondentek wybierając

szpital kierowało się dobrą opinią oddziału położniczego (29,5%). Lekarz z danej placówki był ważny dla 27,6% ankietowanych z Mazowsza.

Wykres 5. Powody wyboru szpitala (dane nie sumują się do 100% – respondentki były proszone, by wskazać dwa najważniejsze powody)

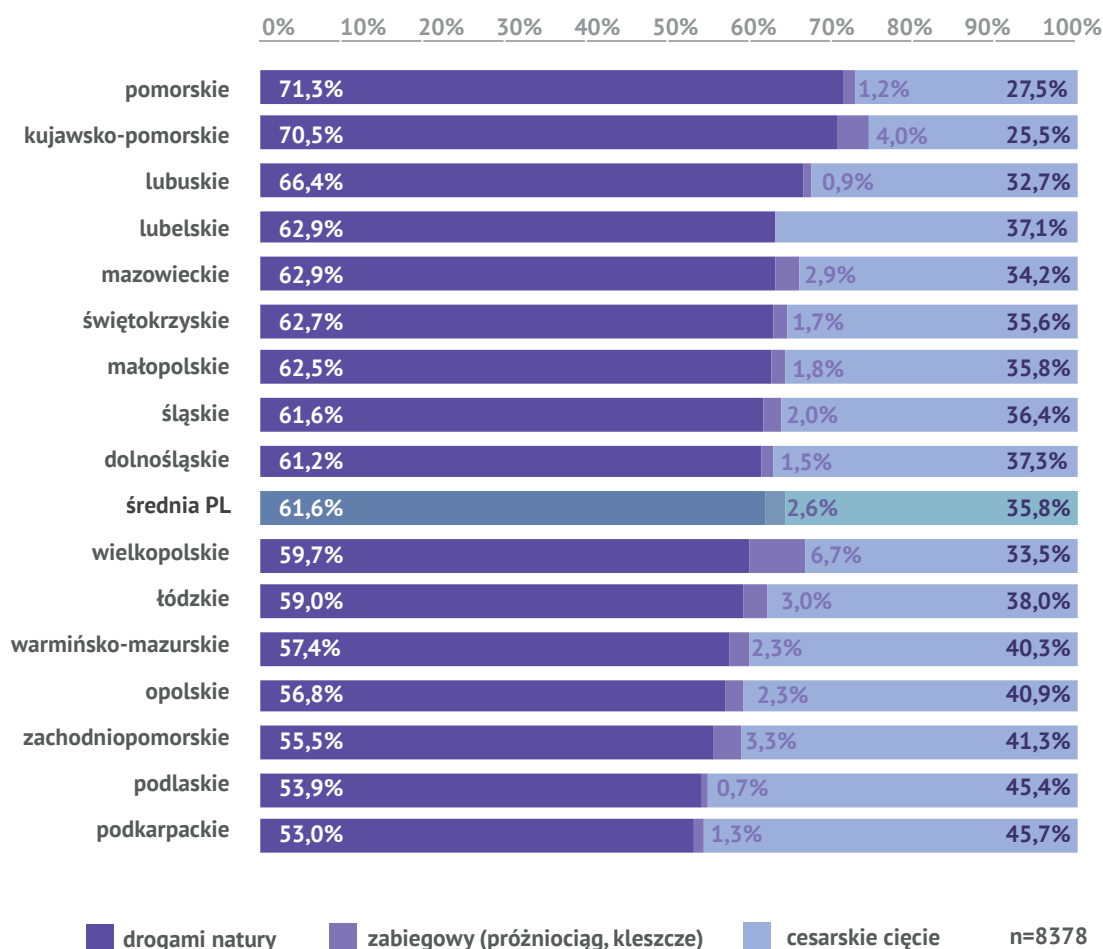


W badanej próbie były osoby, które rodziły w różnych szpitalach, jeśli chodzi o stopień referencyjności. ¼ respondentek (26,7%) rodziła w szpitalu z I stopniem referencyjności, 36,3% ma doświadczenia z pobytu w szpitalu z II stopniem referencyjności, a 37% rodziło w szpitalach, które mają III stopień referencyjności.

7.1.6. Rodzaj porodu

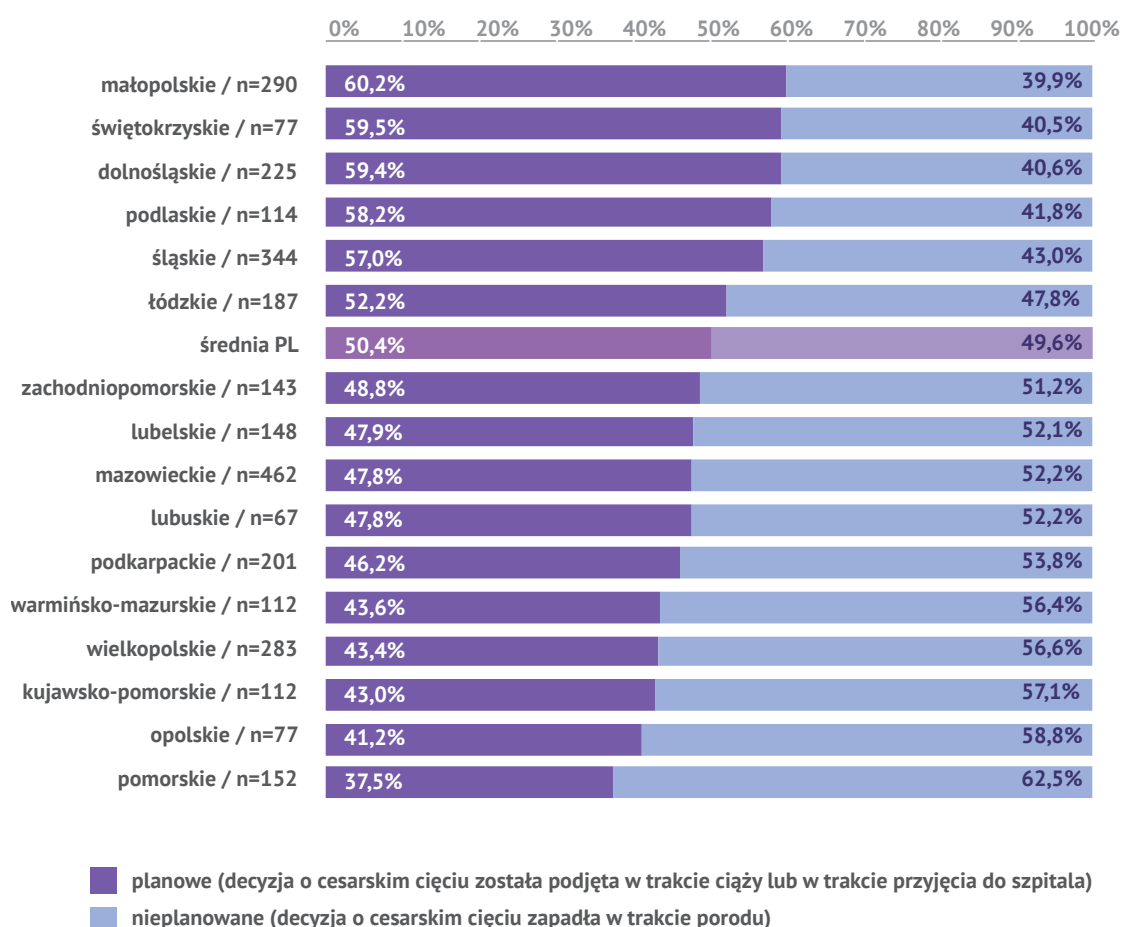
Zdecydowana większość kobiet, które wzięły udział w badaniu, rodziła raz (64%) lub dwa razy (30%). W badanej próbie prawie $\frac{2}{3}$ respondentek (61,6%) urodziło drogami natury, a odsetek cesarskich cięć wyniósł 35,8%. Najwięcej porodów drogami natury odbyło się w województwie pomorskim (71,3%), kujawsko-pomorskim (70,5%) i lubuskim (66,4%). Najwyższy odsetek cesarskich cięć odnotowano w województwach podkarpackim (45,7%), podlaskim (45,4%) i zachodniopomorskim (41,3%) (wykres 6).

Wykres 6. Rodzaj porodu



Połowa respondentek (50,4%) spośród tych, które miały cesarskie cięcie, deklarowała, że było ono planowe. Zaplanowane cesarskie cięcie częściej miały kobiety, które rodziły drugie lub trzecie dziecko (odpowiednio 75%, 75,4%) niż kobiety, które rodziły po raz pierwszy (38,5%). Najwyższy odsetek planowych cesarskich cięć odnotowano w województwie małopolskim (60,2%), najmniej w pomorskim – 12 punktów procentowych mniej niż średnia dla Polski (37,5%) (wykres 7). Odsetek cesarskich cięć był podobny w szpitalach z I stopniem referencyjności (34,5%), z II stopniem (33,7%) oraz z III stopniem referencyjności (38,1%). Odsetek planowych i nieplanowanych cesarskich cięć był na zbliżonym poziomie we wszystkich rodzajach szpitali.

Wykres 7. Rodzaj cesarskiego cięcia



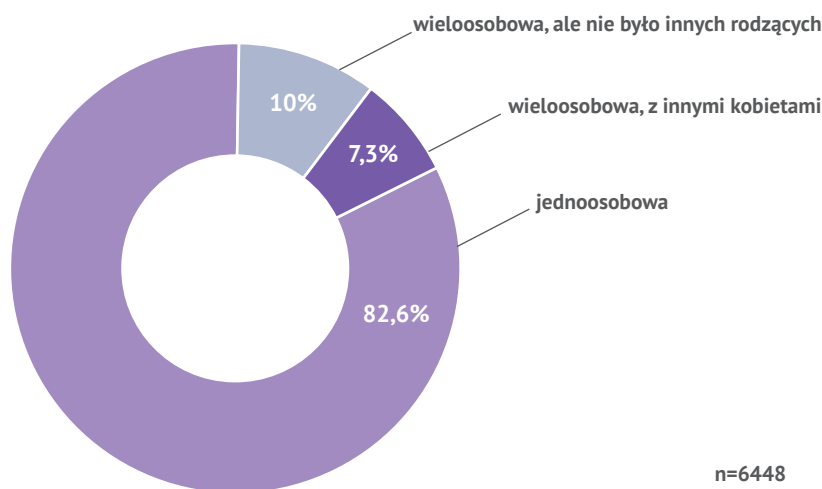
84,6% respondentek deklaroowało, że ich poród nie był nagły⁹. Podobny odsetek badanych deklaroował, że nie mają doświadczenia porodu wysokiego ryzyka (82,6%). Ponad 90% ankietyowanych (91,7%) urodziło dziecko w dobrym stanie, niewymagające pomocy medycznej. Podsumowując, **zdecydowana większość badanych miała poród przebiegający zgodnie ze swoim rytmem oraz urodziła zdrowego noworodka.**

9. W ankiecie poród nagły, szybki zdefiniowano jako poród w ciągu około godziny po przyjęciu do szpitala.

7.1.7. Sala porodowa

Zdecydowana większość respondentek (82,6%) rodziła w sali jednoosobowej. Analiza wyników pokazała, że **rodzące miały różne doświadczenia w zależności od tego, czy rodziły w sali jedno czy wieloosobowej**. Zazwyczaj nie było natomiast istotnych różnic między respondentkami rodzącymi w sali wieloosobowej (zarówno wtedy, gdy w sali tej przebywały inne osoby, jak i wtedy, gdy w sali wieloosobowej kobieta była sama). W związku z tym wyniki dla rodzących w sali wieloosobowej zgrupowano i w raporcie są przedstawione razem.

Wykres 8. Sala, w której rodziły respondentki



7.1.8. Obecność osoby bliskiej podczas porodu

Wyniki badania pokazują, że **poród rodzinny jest w Polsce bardzo rozpowszechniony**. 85,2% ankietowanych, które rodziły drogami natury, deklarowało, że rodziło z osobą bliską, w tym 83,6% z ojcem dziecka. Częściej same rodziły kobiety w sali wieloosobowej (26%) niż w sali jednoosobowej (11,1%). Wiąże się to zapewne z tym, że z sal wieloosobowych osoba bliska jest częściej wypraszana ze względu na inne pacjentki.

7.2. Doświadczenia kobiet na izbie przyjęć

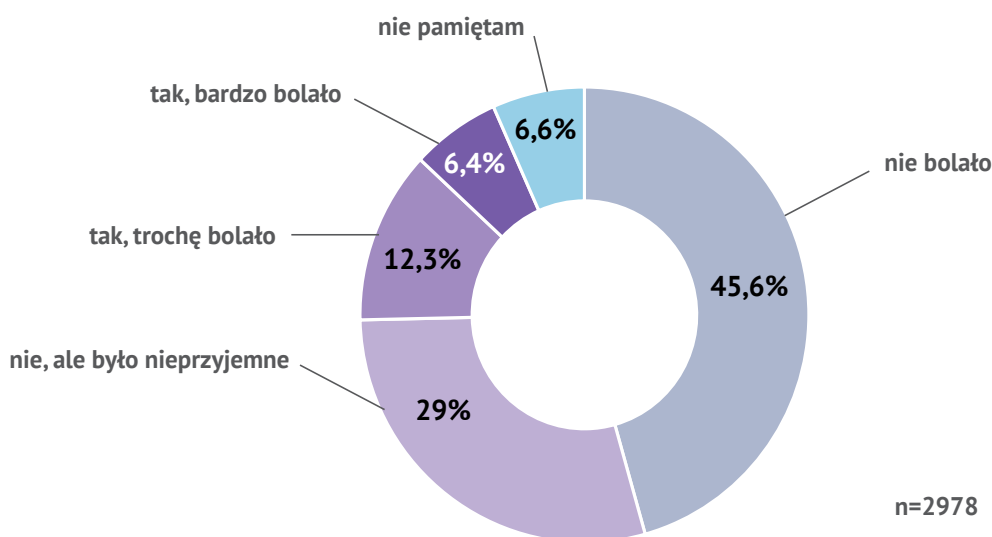
Prawie wszystkie badane (90,9%) miały w szpitalu założone wkłucie do żyły obwodowej. $\frac{1}{3}$ respondentek deklarowała, że na izbie przyjęć miała wykonaną lewatywę,

a 16,8% ogolone krocze. Częściej na lewatywę decydowały się kobiety, które rodziły swoje pierwsze dziecko (33,6% vs 26,6%) oraz te, które rodziły w sali wieloosobowej (41,9% vs 31,8%). Kobiety, które rodziły z osobą towarzyszącą nieznacznie częściej miały wykonaną przed porodem lewatywę (33,7% vs 30,9%), rzadziej natomiast miały golone krocze (13,5% vs 19,9%).

Ponad 80% kobiet (82,4%), które miały na izbie przyjęć wykonywane badanie wewnętrzne, deklarowało, że odczuwało je jak typowe **badanie ginekologiczne**. Jednocześnie **14,6% wspomina to badanie jako wyjątkowo bolesne i nieprzyjemne**.

Jednym z elementów przygotowania kobiety do cesarskiego cięcia jest założenie cewnika. Dla większości kobiet (74,6%) nie było to doświadczenie bolesne, **18,7% respondentek deklarowało, że zabieg ten sprawił im ból** (wykres 9).

Wykres 9. Odczucie bólu przy zakładaniu cewnika przed cesarskim cięciem

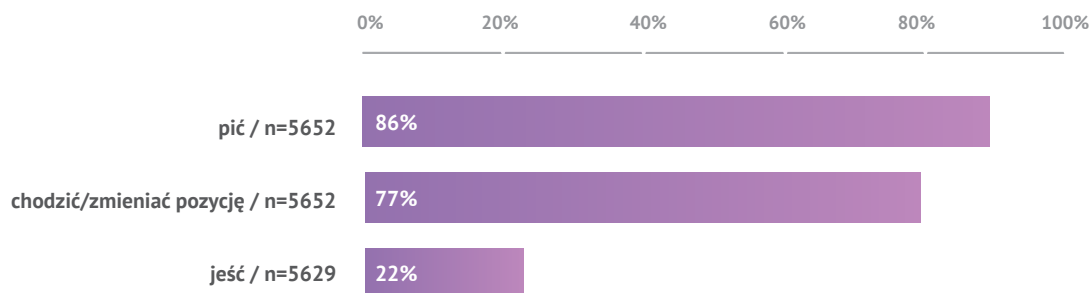


7.3. Doświadczenia kobiet w sali porodowej

7.3.1. Możliwość picia, jedzenia i poruszania się

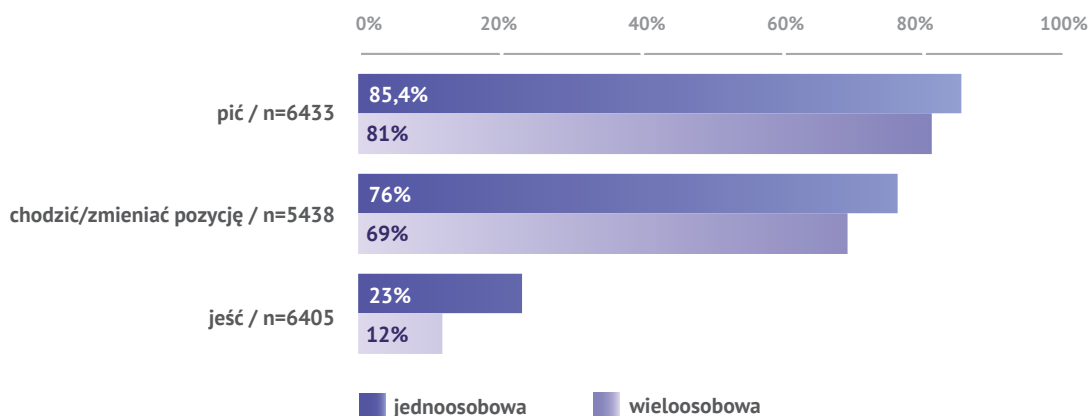
Standardy Opieki Okołoporodowej jednoznacznie wskazują, że w czasie fizjologicznego porodu personel powinien zapewniać rodzącej możliwość spożywania przejrzystych płynów, a osoba sprawująca opiekę powinna zachęcać rodzącą do aktywności fizycznej. **86%** respondentek, które nie miały porodu wysokiego ryzyka, deklarowało, że w trakcie porodu, **mogło pić**, a **22%** mogło **jeść**. **77%** w tej grupie kobiet mogło **chodzić oraz zmieniać pozycję** (wykres 10).

Wykres 10. Czy w czasie porodu mogła Pani... (odpowiedzi osób, które rodziły drogami natury i deklarowały, że poród nie był wysokiego ryzyka)



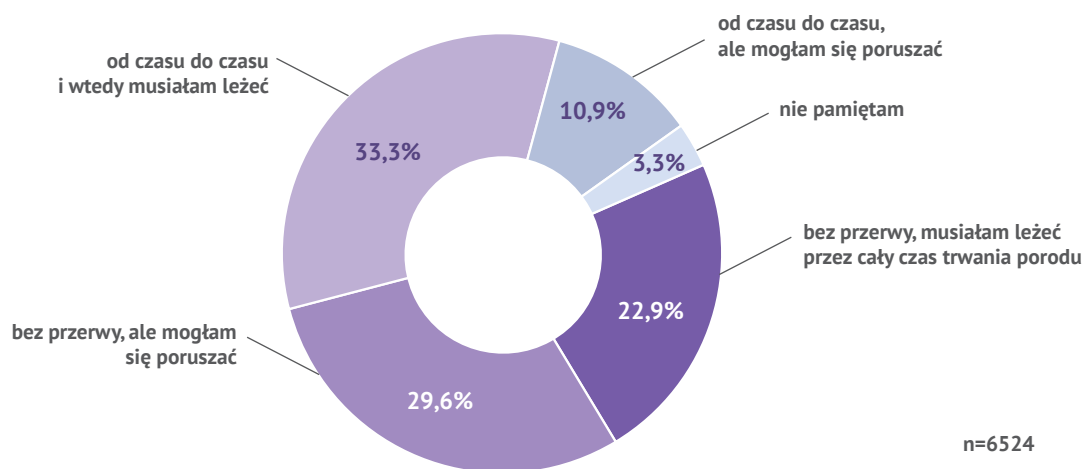
Rodzaj sali, w której kobieta rodziła wpływał na możliwość poruszania się, picia czy spożywania posiłków. Kobiety, które rodziły w sali jednoosobowej częściej deklarowały, że w czasie porodu mogły zmieniać pozycję, pić czy jeść (wykres 11). 8 na 10 kobiet (85,4%), które rodziły w sali jednoosobowej deklarowało, że mogło pić, a 7 na 10 (76%), że miało możliwość poruszania się i zmiany pozycji. Personel sal porodowych najrzadziej zgadzał się na jedzenie podczas porodu; częściej mogły jeść rodzące w sali jednoosobowej (wykres 11).

Wykres 11. Czy w czasie porodu mogła Pani... (odpowiedzi osób, które rodziły drogami natury w sali jednoosobowej i wieloosobowych, miały poród wysokiego lub niskiego ryzyka)



Zapis czynności serca płodu stał się powodem unieruchomienia przez cały poród 22,9% respondentek. Kolejne 33,3% badanych musiało leżeć w czasie przeprowadzania KTG, które było wykonywane co jakiś czas (wykres 12). Częściej leżeć przez cały czas ze względu na zapis KTG musiały ankietowane, które rodziły w sali wieloosobowej (25,5%) niż te kobiety, które rodziły w sali jednoosobowej (21,2%).

Wykres 12. Monitorowanie pracy serca dziecka aparatem KTG w trakcie porodu (odpowiedzi osób, które rodziły drogami natury lub miały cesarskie cięcie nieplanowane)



7.3.2. Możliwość korzystania z różnych metod łagodzenia bólu w tym dostępność znieczulenia zewnątrzoponowego

Najczęściej stosowaną przez badane kobiety niefarmakologiczną metodą łagodzenia bólu było chodzenie, z którego korzystała ponad połowa kobiet na salach porodowych (59,7%). Co druga kobieta (47,9%) wskazała, że korzystała z worka sako, piłek czy drabinek, a 46,3%, by złagodzić ból w czasie porodu, brała prysznic lub kąpiel. Co piąta (20,8%) w trakcie porodu korzystała z masażu, a 13% z ciepłych/zimnych okładów.

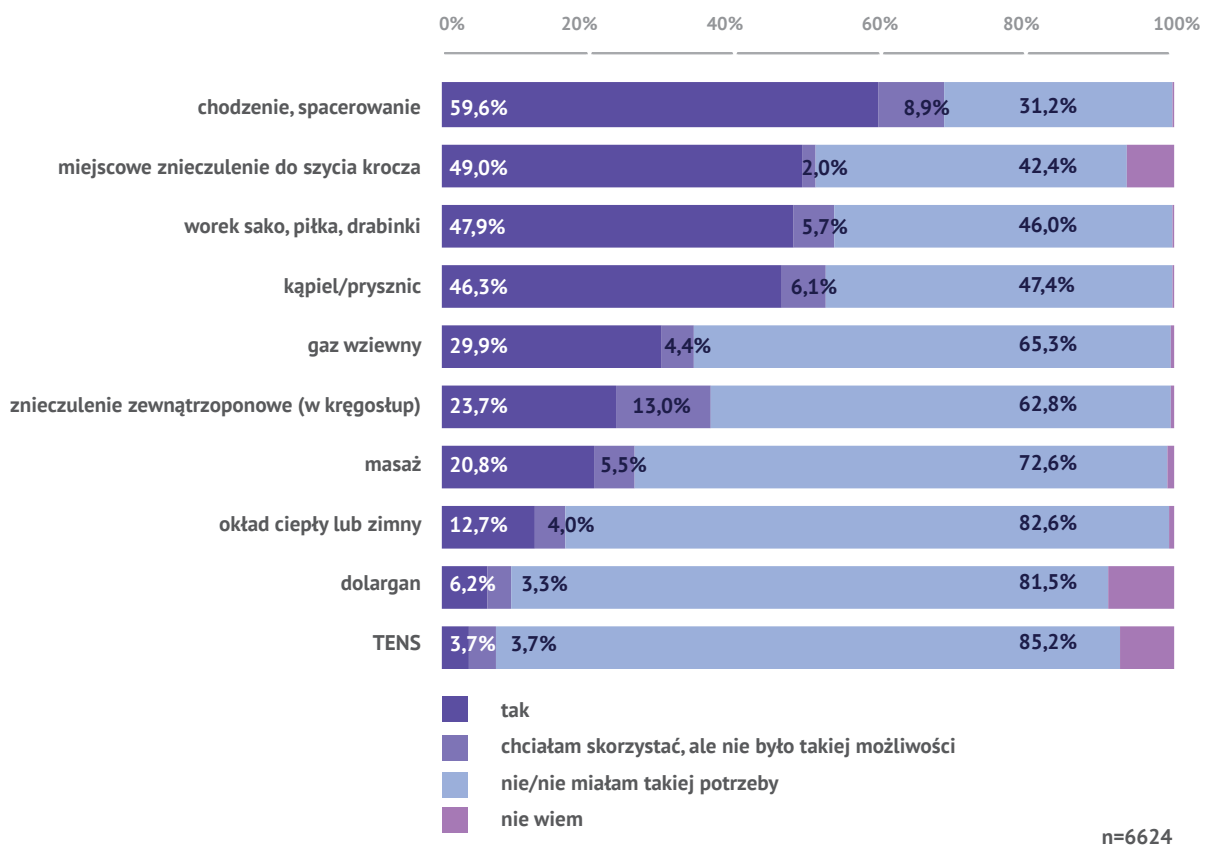
Z gazu wziewnego korzystała co trzecia kobieta w sali porodowej, nieznaczny odsetek z TENS (4%) oraz dolarganu (6%). Blisko połowa rodzących (49,1%) deklarowała, że zostało użyte miejscowe znieczulenie podczas szycia krocza (wykres 13).

Znieczulenie zewnątrzoponowe miało 23,7% respondentek; znacznie częściej kobiety rodzące po raz pierwszy (29,6%) niż wieloródki (11,9%). Wśród ankietowanych, które miały wywoływany poród lub w czasie porodu podano im kroplówkę z oksytocyną, odnotowano wyższy odsetek osób, które miały znieczulenie zewnątrzoponowe (odpowiednio 27% vs 21%, 29% vs 15%). Jednocześnie respondenci, które otrzymały znieczulenie zewnątrzoponowe deklarowały, że w celu łagodzenia bólu chodziły (58%), korzystały z piłek/worków sako (48%), brały prysznic/kąpiel (46%), miały miejscowe znieczulenie do szycia krocza (30%). 20% otrzymało równocześnie gaz wziewny, a 19%, by złagodzić ból, było masowanych.

Jedną z kwestii uznawaną w literaturze za źródło przemocy jest ograniczenie dostępu do znieczulenia zewnątrzoponowego w czasie porodu. **13% kobiet zadeklarowało, że chciało otrzymać znieczulenie zewnątrzoponowe, ale w szpitalu, w którym rodziły, nie było takiej możliwości.** Jest to zatem odsetek kobiet, którym ograniczono dostęp

do znieczulenia. Powstaje pytanie o powody braku dostępności znieczulenia. Podczas realizacji prezentowanego w raporcie badania nie było jednak możliwości uzyskania precyzyjnej odpowiedzi na to pytanie. Przeprowadzony rok wcześniej monitoring oddziałów położniczych z udziałem szpitali, jako główną przyczynę wykazał brak odpowiedniego zaplecza kadrowego, w tym anestezjologów.

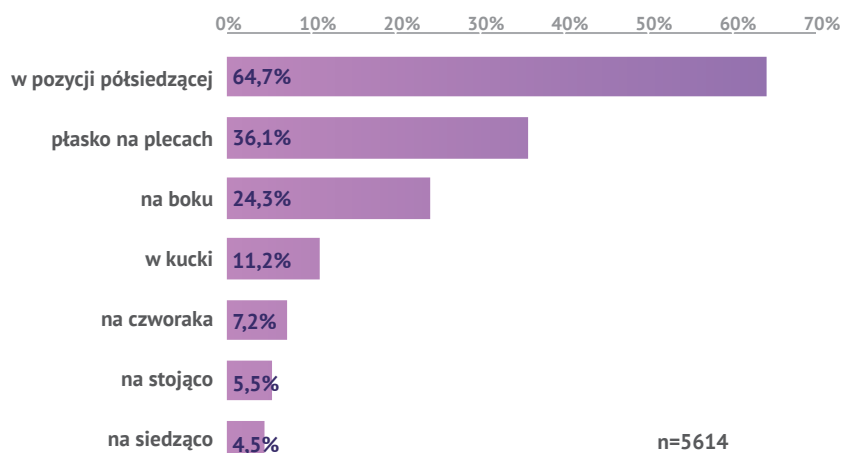
Wykres 13. Metody łagodzenia bólu stosowane w czasie porodu w doświadczeniu badanych (odpowiedzi osób, które rodziły drogami natury lub miały cesarskie cięcie nieplanowane)



7.3.3. Możliwość przyjmowania swobodnej pozycji w II okresie porodu

W czasie II okresu porodu 64,7% respondentek rodziła w pozycji półsiedzącej, a co trzecia badana rodziła płasko na plecach. **Mimo że dyskusja na temat korzyści pozycji wertykalnych w II okresie porodu toczy się w Polsce od lat, kobiety wciąż rzadko rodzą w tych pozycjach** (wykres 14). Kobiety z wykształceniem wyższym częściej niż z wykształceniem średnim lub niższym rodziły na boku (25,3% vs 19,7%), w kucki (12,1 vs 7,2%), na czworaka (7,9% vs 4,3%), na stojąco (6% vs 3,4%).

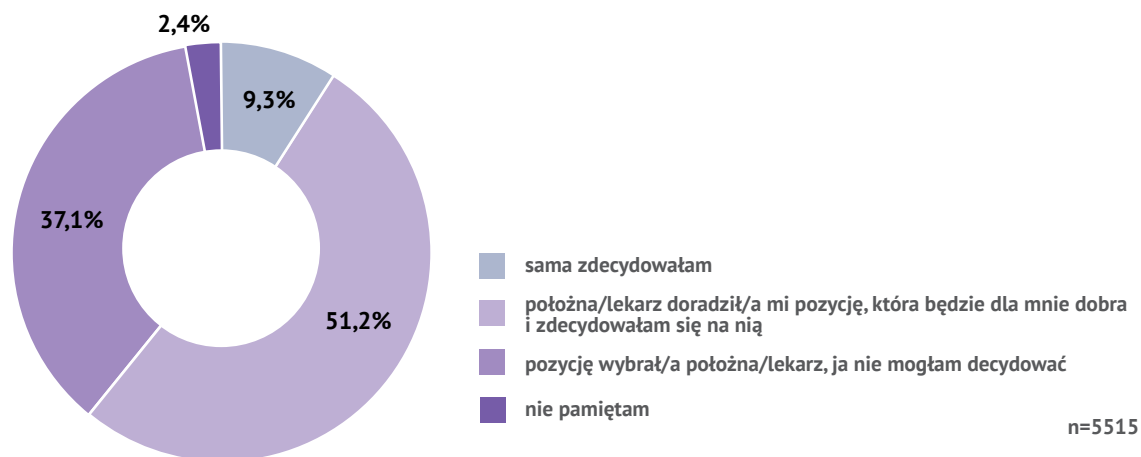
Wykres 14. Pozycja w czasie II okresu porodu (odpowiedzi kobiet, które rodziły drogami natury; dane nie sumują się do 100%, badane mogły zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)



Ponad połowa respondentek pozycję wybierała po konsultacji z lekarzem lub położną (51,2%) lub całkowicie samodzielnie podejmowała tę decyzję (9,3%). Jednak **co trzecia badana (37,1%) nie mogła zdecydować o pozycji, w jakiej urodzi dziecko – zdecydował o niej personel w sali porodowej** (wykres 15).

Należy zwrócić uwagę, że tylko 9,5% kobiet mogła samodzielnie zdecydować o pozycji do rodzenia.

Wykres 15. Osoba podejmująca decyzję o pozycji kobiety w czasie II okresu porodu



Porównując dane zebrane od kobiet w 2006 r., zaskakujące wydają się zmiany, które obserwujemy w zakresie pozycji w II okresie porodu. W porównaniu z informacjami zebranymi od kobiet w 2006 r. obecnie odnotowujemy większy odsetek osób, które deklarują, że rodziły w pozycji półsiedzącej (64,5% vs 53%), ale też tych, które rodzą

płasko na plecach (36,1% vs 32%). W 2018 r. więcej jest kobiet, które deklarują, że rodziły na boku (24,3% vs 16%) (tab. 4). **Wyniki te pokazują, że mimo kilkunastoletniej edukacji zarówno personelu, jak i kobiet na temat korzyści pozycji wertykalnych w II okresie porodu, w praktyce zmiany następują bardzo powoli i w pozycjach wertykalnych rodzi niewiele więcej kobiet.** Wyższy odsetek kobiet, które w 2018 r. wskazały, że rodziły płasko na plecach, może też wynikać z większej świadomości kobiet, które lepiej potrafią nazwać pozycje porodowe i wskazać ich korzyści i ograniczenia.

W 2018 r. mniej było również kobiet, które deklarowały, że same podjęły decyzję o pozycji w II okresie porodu – 9,3% w porównaniu z 15% w 2006 r. Jednocześnie **więcej badanych w 2018 r. niż w 2006 r. wskazało, że pozycję narzucił personel – 37% vs 35%.**

Tabela 4. Pozycja w II okresie porodu

(deklaracje kobiet w badaniach Fundacji Rodzić po Ludzku w 2006 i 2018 r.)

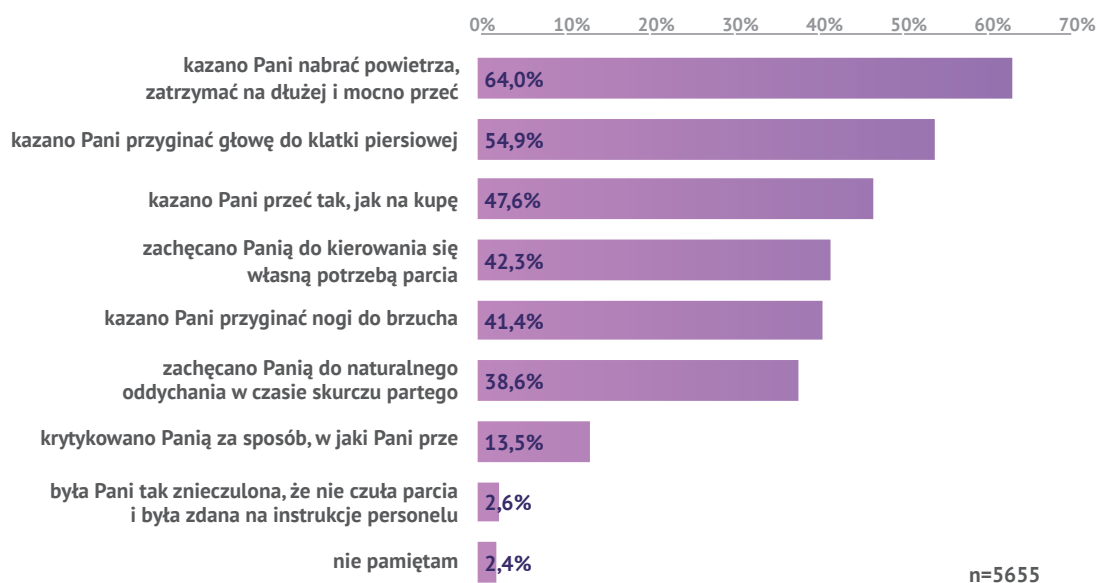
	2006	2018
płasko na plecach	32%	36%
w pozycji półsiedzącej	53%	65%
na boku	16%	24%
na siedząco	11%	4%
w kucki	10%	11%
na czworaka	13%	7%
na stojąco	6%	5%

7.3.4. Możliwość kierowania się własną potrzebą parcia

Ponad połowa respondentek deklarowała, że personel kazał im nabrać powietrza, zatrzymać na dłużej i mocno przeć (64%), przyginać głowę do klatki piersiowej (54,9%), przyginać nogi do brzucha (41,4%). Personel zachęcał do kierowania się własną potrzebą parcia 42,3% badanych kobiet, jednak szczegółowa analiza wyników pokazuje, że tylko 3,2% (n=180) miała kierować się tylko własną potrzebą parcia i nie wskazała innych odpowiedzi. 38,6% ankietowanych wskazywała, że zachęcano je do naturalnego oddychania w czasie skurczu. **13,5% kobiet było krytykowane przez personel w II okresie porodu za sposób, w jaki prze** (wykres 16).

W II okresie porodu kobiety mogą doświadczać działań niezgodnych z przepisami oraz różnego rodzaju nadużyć oraz przemocy. 15,5% badanych deklarowało, że w czasie porodu personel naciskał na ich brzuch. W tej grupie 90% wskazało, że ugniatanie brzucha odbywało się w II okresie porodu, najczęściej ktoś z personelu naciskał na brzuch **dłonią** (57,6%), w przypadku 39% kobiet **łokciem**, a 18,2% ktoś naciskał na brzuch **całym ciałem**. Informacje te mogą świadczyć o zastosowaniu tzw. chwytu Kristellera podczas porodu.

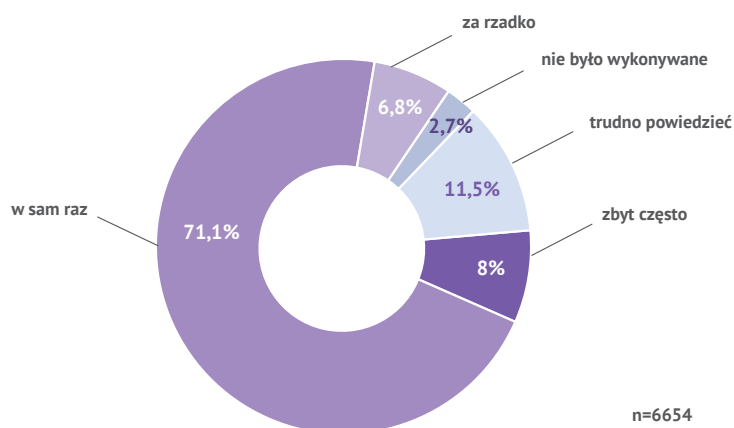
Wykres 16. Czy w czasie porcia... (pytanie wielokrotnego wyboru)



7.3.5. Interwencje medyczne w trakcie porodu

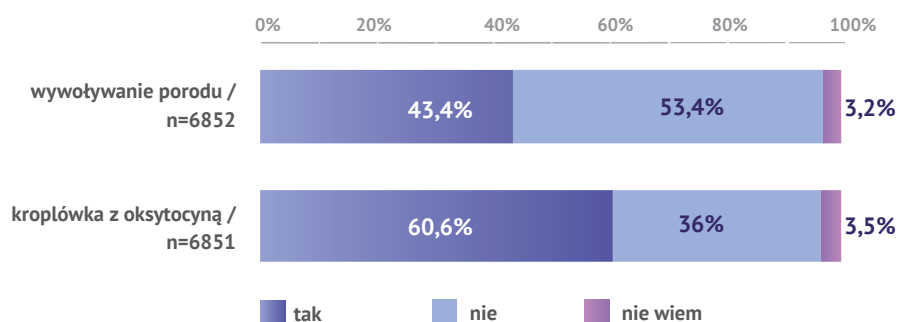
Prawie $\frac{3}{4}$ kobiet deklaroowało, że **badanie wewnętrzne** w czasie porodu było wykonywane optymalną liczbę razy. Według 8% respondentek badanie to wykonywano zbyt często, jednocześnie podobny odsetek ankietowanych (6,8%) deklaroował, że w ich odczuciu badanie to robiono za rzadko (wykres 17).

Wykres 17. Ocena częstotliwości wykonywania badania wewnętrznego w czasie porodu



Poród był wywoływany u 43,4% respondentek. Częściej wywoływany poród miały pierworódki (45,2% vs 39,9%) oraz osoby rodzące z osobą towarzyszącą (44,7% vs 35,3%). Jednocześnie ponad połowa badanych (**60,6%**) miała podaną **kroplówkę z oksytocyną** (wykres 18). Większości respondentek kroplówka została podana, by przyspieszyć poród (54,9%), a 39% ankietowanych otrzymało kroplówkę w celu wywołania porodu. **Oksytocyna** w czasie porodu częściej była podawana kobietom rodzącym po raz pierwszy (68,2% vs 45,4%) oraz tym, którym towarzyszyła osoba bliska (62,1% vs 52,1%).

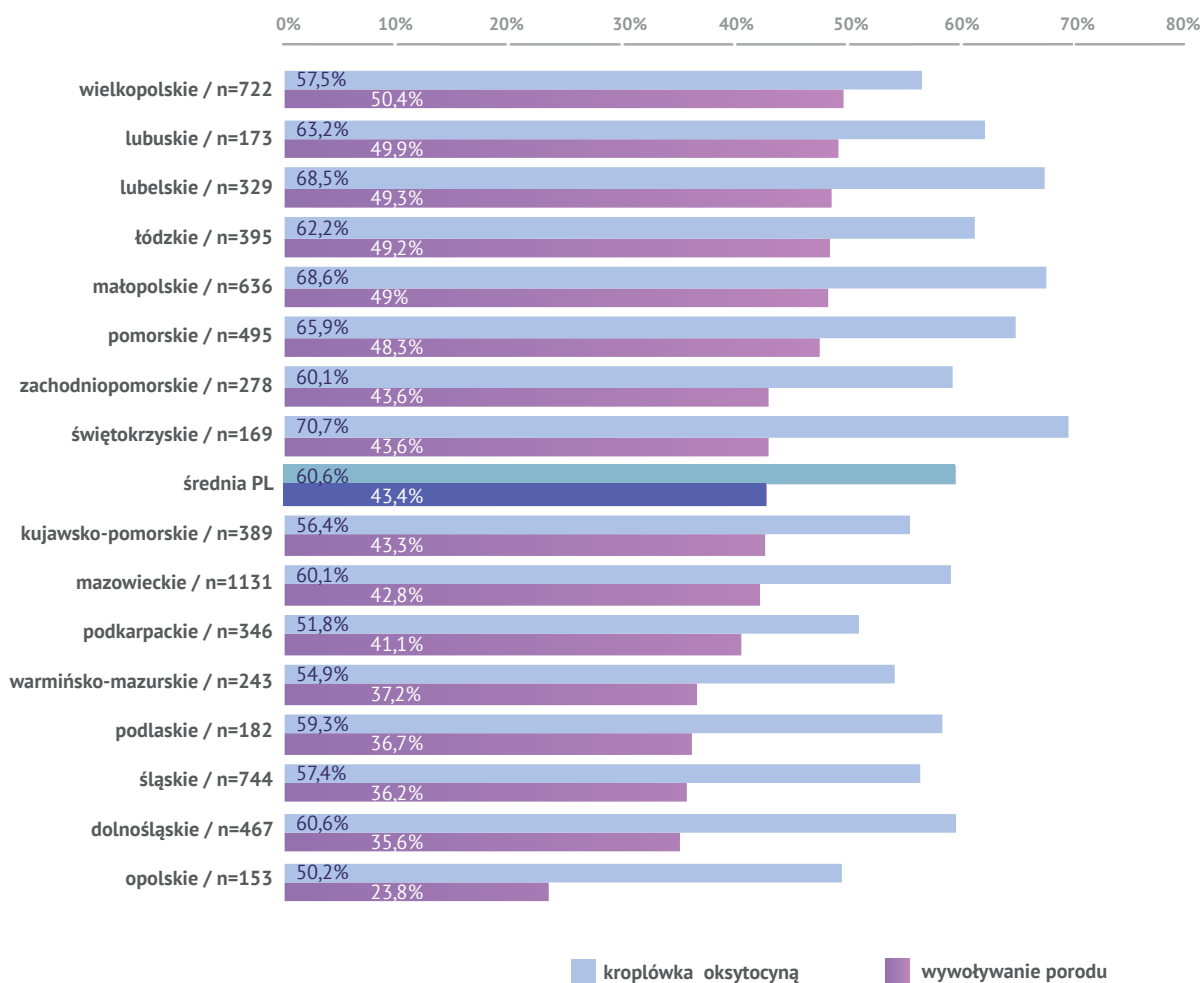
Wykres 18. Wywoływanie i przyspieszenie porodu



Odsetek osób, które miały wywoływany poród, był różny w poszczególnych województwach. Najwięcej tych osób było w województwie wielkopolskim (50,4%), lubuskim (49,9%), lubelskim (49,3%), łódzkim (49,2%) i małopolskim (49%). Najmniej respondentek, które deklarowały, że miały wywoływany poród odnotowano natomiast w województwie opolskim (23,8%).

Jeszcze więcej kobiet w czasie porodu miało podaną kroplówkę z oksytocyną. Najrzadziej – ale i tak w ponad połowie porodów – miało to miejsce w województwie opolskim (50,2%), podkarpackim (51,8%); najczęściej w świętokrzyskim (70,7%), małopolskim (68,6%) i lubelskim (68,5%) (wykres 19).

Wykres 19. Odsetek wywoływanych i przyspieszanych porodów w poszczególnych województwach



Ponad połowa badanych (55,4%), które rodziły drogami natury, miała w czasie porodu nacięte krocze. Odsetek ten zmniejszył się znacznie w ciągu ostatnich 12 lat – w 2006 r. 80% kobiet miało nacięte krocze. W wielu miejscach ta interwencja przestała być rutyną, ale nadal co druga kobieta w sali porodowej ma nacinane krocze.

7.3.6. Możliwość kontaktu „skóra do skóry” z dzieckiem po porodzie

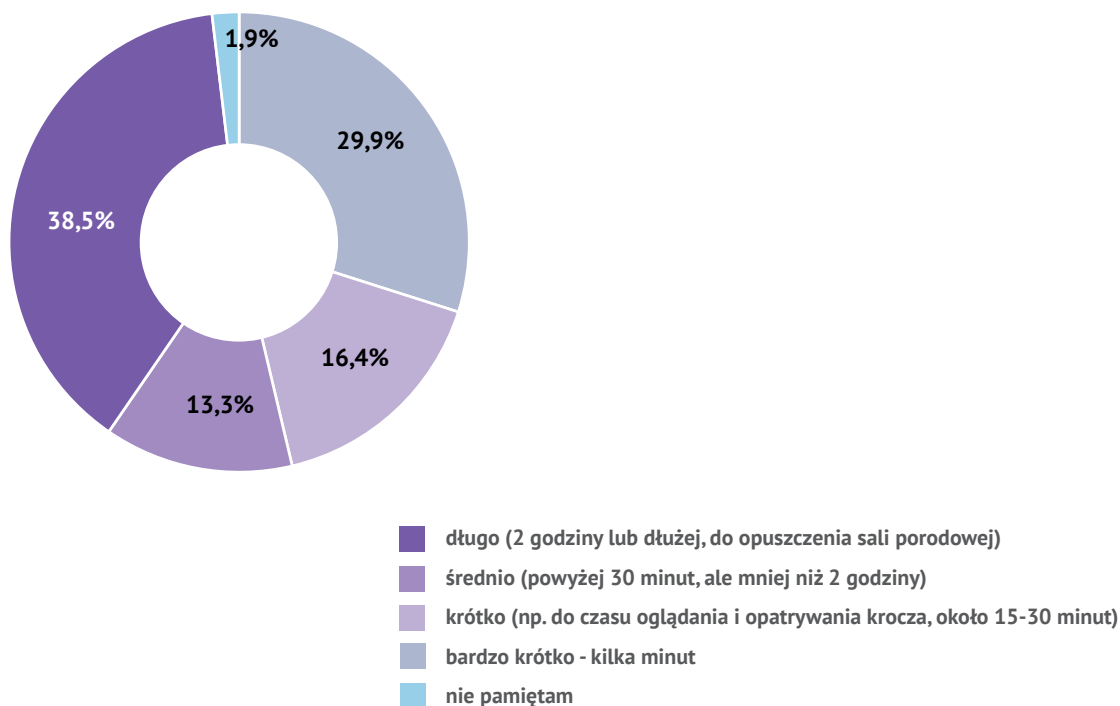
Zdecydowana większość respondentek (92,7%) deklarowała, że zaraz po porodzie miała zapewniony kontakt z noworodkiem „skóra do skóry”¹⁰.

10. W celu uniknięcia różnego rozumienia terminu kontakt „skóra do skóry” w ankiecie podano wyjaśnienie, które brzmiało następująco: „skóra do skóry” – kontakt między matką i dzieckiem po porodzie, polegający na położeniu nagiego noworodka na nagim brzuchu lub piersiach mamy. Po fizjologicznym/prawidłowym porodzie powinien trwać niezakłócenie ok. 2 godzin. W trakcie tego kontaktu dziecko wykazujące aktywność powinno mieć szansę przystawić się do piersi.

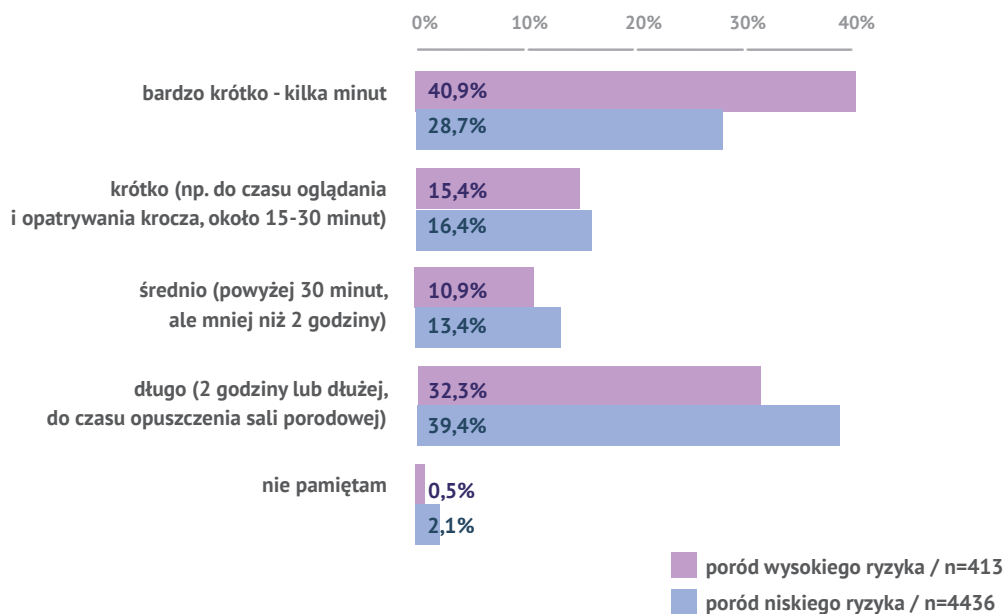
Jednym z zaleceń zawartym w Standardach Opieki Okołoporodowej jest, by po porodzie fizjologicznym, kontakt „skóra do skóry” trwał co najmniej dwie godziny. **38,5% badanych, które miały zapewniony kontakt z noworodkiem, deklarowało, że właśnie tyle czasu spędziły z dzieckiem po porodzie.** Respondentki, których poród był porodem wysokiego ryzyka, rzadziej wskazywały tę odpowiedź (32,3% vs 39,3%) (wykres 21). Częściej dwugodzinny lub dłuższy kontakt miały respondentki z wykształceniem wyższym niż średnim lub niższym (39,4% vs 35,3%), rodzące w sali jednoosobowej (42,4%) niż w innej sali (21,7%). Ankietowane, które rodziły w sali wieloosobowej (zarówno z innymi kobietami, jak i wtedy, gdy na takiej sali były same), częściej deklarowały, że kontakt „skóra do skóry” trwał bardzo krótko (kilka minut) – 45,5% w porównaniu z 26,5% respondentek rodzących w sali jednoosobowej. Częściej długi kontakt „skóra do skóry” miały zapewnić kobiety, które rodziły z osobą towarzyszącą (40,4%) niż same (23,6%).

Najczęstszym powodem skrócenia kontaktu „skóra do skóry” po porodzie była, według respondentek, konieczność zmiernia i zważenia dziecka – tak się stało według **73,8%** ankietowanych. U kobiet, które deklarowały, że ich poród nie był wysokiego ryzyka, ten wskaźnik wyniósł 76,8%, a u badanych po porodzie wysokiego ryzyka – 48,7%. Co trzecia badana (34,1%) wskazywała również, że dziecko należało ubrać w ciągu dwóch pierwszych godzin po porodzie. Problem zdrowotny dziecka i konieczność zbadania go przez lekarza lub przekazania na oddział neonatologiczny był przyczyną skrócenia pierwszego kontaktu zwłaszcza w przypadku badanych, które miały poród wysokiego ryzyka (42,7%).

Wykresy 20 i 21. Długość kontaktu „skóra do skóry” (odpowiedzi kobiet, które rodziły drogami natury i deklarowały, że miały kontakt „skóra do skóry” oraz w zależności od rodzaju porodu)



n=4975



Kobiety, które rodziły w szpitalach z III stopniem referencyjności częściej niż badane po porodzie w szpitalu z I stopniem deklarowały, że kontakt „skóra do skóry” trwał 2 godziny lub dłużej (46,4% vs 31,7%).

Kobiety, które rodziły **poprzez cesarskie cięcie**, najczęściej mogły tylko przez chwilę mieć kontakt z dzieckiem, które przyłożono im do twarzy (65%). Tylko **8,1% miało dziecko położone na piersi**. Co czwarta ankietowana (26,1%) nie miała kontaktu z dzieckiem, ponieważ zostało zabrane od razu po cesarskim cięciu. Jednocześnie $\frac{2}{3}$ badanych (65,6%), które miały cesarskie cięcie deklarowało, że dziecko nie było kangurowane przez bliską osobę. Taką sposobność miało co trzecie dziecko urodzone po operacji cesarskiego cięcia (30%).

7.4. Doświadczenia kobiet na oddziale położniczym

7.4.1. Możliwość towarzyszenia dziecku przy zabiegach, badaniach i szczepieniach

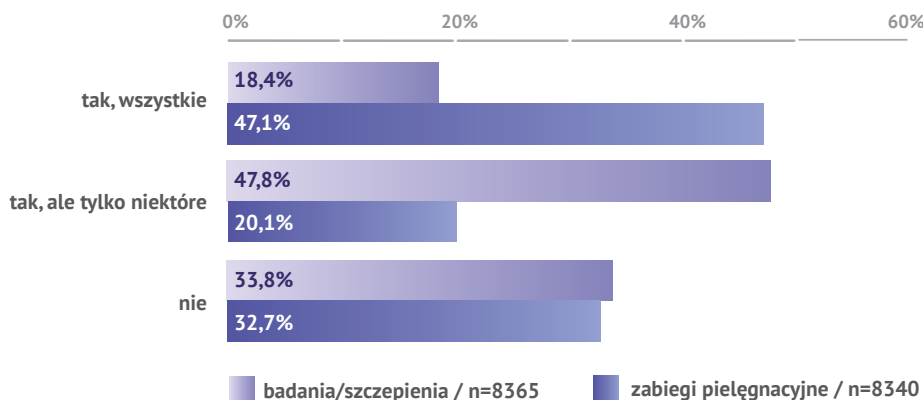
Na oddziale położniczym prawie wszystkie kobiety (93,5%) mogły przebywać razem z dzieckiem bez ograniczeń. Kobiety, które rodziły drogami natury, częściej niż te po cesarskim cięciu deklarowały, że przez cały czas po porodzie przebywały z dzieckiem w sali (95,7% vs 89,9%).

Prawie połowa kobiet (47,1%) ma doświadczenie, że wszystkie czynności pielęgnacyjne

wykonywane przez personel, takie jak przewijanie czy kąpiel, były wykonywane w ich obecności. Jednocześnie $\frac{1}{3}$ respondentek (32,7%) deklarowała, że nie towarzyszyła swoim dzieciom, gdy ktoś z personelu przewijał lub kąpał noworodka. Warto zwrócić uwagę, że badane po cesarskim cięciu rzadziej odpowiadały, że wszystkie zabiegi pielęgnacyjne przy dziecku były wykonywane w ich obecności (41,4% w porównaniu z 50,6% respondentek po porodzie drogami natury). Podobną tendencję można zaobserwować między ankietowanymi, które rodziły same i z osobą towarzyszącą. **49,6%, badanych, które rodziły z kimś bliskim, deklarowało, że wszystkie czynności pielęgnacyjne wykonywano w ich obecności, podczas gdy w przypadku osób, które rodziły same, odsetek ten wynosił 40,2%. Innymi zmiennymi, które różnicowały odpowiedzi na to pytanie, było wykształcenie i rodzaj sali, w której rodziły. Podobnie jak w przypadku innych wyników okazuje się, że osoby z wyższym wykształceniem częściej są zaangażowane w opiekę sprawowaną nad noworodkiem – częściej niż osoby z wykształceniem średnim lub niższym mogły być obecne przy wszystkich zabiegach pielęgnacyjnych (48,4 vs 43%).**

Ponad połowa kobiet (51,3%), które rodziły w szpitalach z III stopniem referencyjności deklarowała, że wszystkie czynności pielęgnacyjne przy dziecku były wykonywane w ich obecności. W szpitalach z II stopniem odsetek ten wynosił 49,3%, a z I stopniem 39%. Doświadczenia badanych związane z możliwością towarzyszenia przy badaniach wskazują na podobną tendencję. Podczas wszystkich badań czy szczepień mogło towarzyszyć dziecku 26,3% ankietowanych, które rodziły w szpitalu z III stopniem referencyjności, 17,4% rodzących w placówce mającej II stopień i 12,3% w szpitalu I stopnia referencyjności.

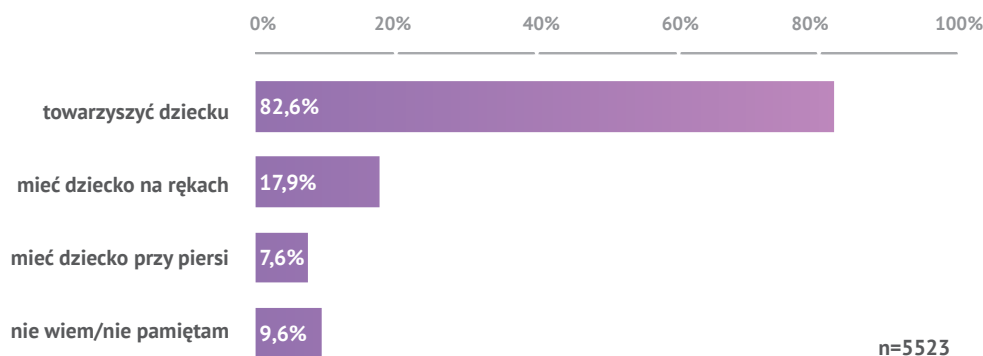
Wykres 22. Czynności pielęgnacyjne i zabiegi wykonywane w obecności matki



W znacznie mniejszym stopniu badane mogły towarzyszyć noworodkom podczas badań i szczepień. Mniej niż $\frac{1}{5}$ badanych (18,4%) mogła zawsze towarzyszyć dziecku podczas tych czynności. $\frac{1}{3}$ respondentek (33,8%) deklarowała, że czynności te nie były wykonywane w obecności matki. Przy wszystkich zabiegach częściej były obecne respondentki

z wyższym wykształceniem niż ze średnim lub niższym (20,3% vs 12,1%). Tylko 7,6% kobiet, które miały możliwość być z dzieckiem w czasie badań czy szczepień, deklaroowało, że w tym czasie mogły mieć dziecko przy piersi, a 17,9% mogło trzymać dziecko na rękach (wykres 23).

Wykres 23. Czy w trakcie badań, szczepień mogła Pani... (odpowiedzi osób, które deklarowały, że mogły być obecne w trakcie badań, szczepień)



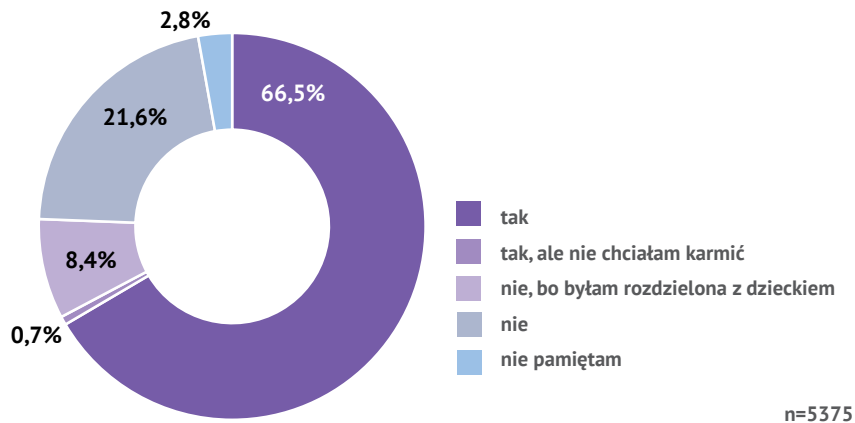
W porównaniu z danymi zebranymi w 2006 r. odsetek kobiet, które w 2018 r. deklarowały, że mogły zawsze być z dzieckiem podczas zabiegów i szczepień, utrzymuje się na tym samym poziomie – 19% w 2006 r. i 18,4% w opisywanym w niniejszym raporcie badaniu. Współcześnie nieznacznie mniej kobiet, które odpowiedziały na pytania w ankiecie Fundacji Rodzić po Ludzku deklaruje, że mogła zawsze towarzyszyć dziecku podczas wszystkich zabiegów pielęgnacyjnych. Odsetek ten obecnie kształtuje się na poziomie 47,1%, a w 2006 r. wynosił 50%¹¹.

7.4.2. Wsparcie w karmieniu piersią

Większość kobiet po porodzie drogami natury (66,5%) deklarowała, że personel pomógł im w pierwszym przystawieniu dziecka do piersi w sali porodowej. Warto jednak zwrócić uwagę, że 21,6% respondentek uznało, że nie otrzymało pomocy w pierwszym karmieniu (wykres 24). Częściej w pierwszym przystawieniu do piersi zaraz po porodzie wspierane były kobiety, które rodziły w sali jednoosobowej (68,1% w porównaniu z 59,7% rodzących w sali wieloosobowej), respondentki z wyższym wykształceniem (67,3% vs 63,8%) oraz rodzące z osobą towarzyszącą (67% vs 61,9%).

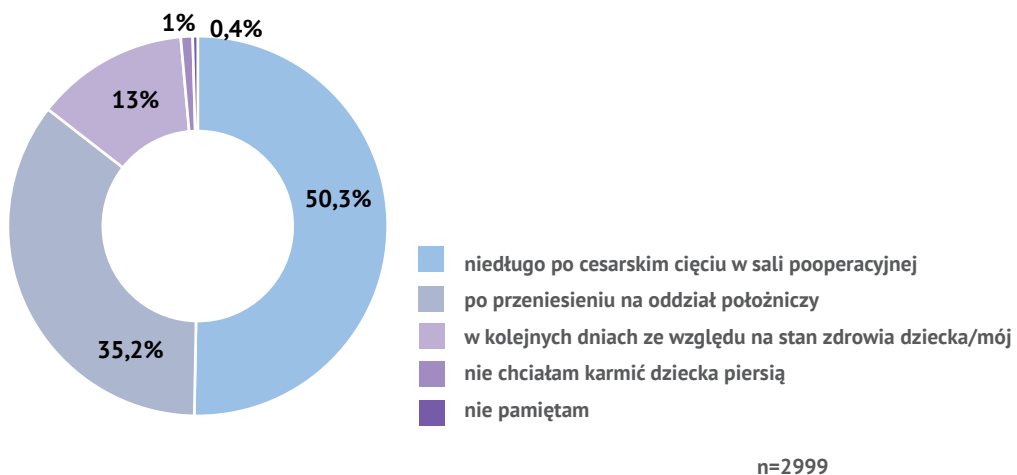
11. Kubicka-Kraszyńska U., Otffinowska A., *Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku”* 2006, Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2007.

Wykres 24. Czy wspierano Panią w pierwszym przystawieniu dziecka do piersi w sali porodowej? (odpowiedzi kobiet po porodzie drogami natury)



Połowa badanych kobiet (50,3%) próbę karmienia po cesarskim cięciu podjęła jeszcze w sali pooperacyjnej. Ponad $\frac{1}{3}$ respondentek (35,2%) pierwszy raz przystawiła dziecko na oddziale położniczym (wykres 25).

Wykres 25. Pierwsza próba karmienia dziecka piersią po cesarskim cięciu (odpowiedzi kobiet po cesarskim cięciu)



27,8% kobiet deklarowało, że nie potrzebowało pomocy w karmieniu piersią. Wśród tych, które pomocy potrzebowały, prawie połowa (43,9%) wspomina, że personel pomagał im z własnej inicjatywy, $\frac{1}{3}$ ankietowanych (38,3%) musiała prosić o pomoc w karmieniu piersią, a **17,8% kobiet zadeklarowało, że nie otrzymało wsparcia personelu, pomimo iż potrzebowało.**

Szpitala, w opinii kobiet, w różnym stopniu zapewniają możliwość skorzystania z usług doradcy laktacyjnego. Co trzecia kobieta (31,4%) nie wiedziała, czy na oddziale położniczym była możliwość skonsultowania się z profesjonalistą w zakresie karmienia piersią.

Wśród pozostałych respondentek 37,3% kobiet deklарowało, że doradca laktacyjny był dostępny na oddziale w wyznaczonym czasie, a 30,1% mogło skorzystać z jego wsparcia przez cały czas. Co trzecia badana zaznaczyła, że nie było możliwości skorzystania z usług doradcy laktacyjnego w szpitalu (32,6%).

Najmniejsza dostępność do porad doradcy laktacyjnego wystąpiła w opiniach badanych, które rodziły w szpitalu z I stopniem referencyjności. Według ponad połowy osób (51,7%) w szpitalu nie można było skorzystać z tego rodzaju pomocy. Taką deklarację złożyło 20,8% respondentek po porodzie w szpitalu z III stopniem referencyjności.

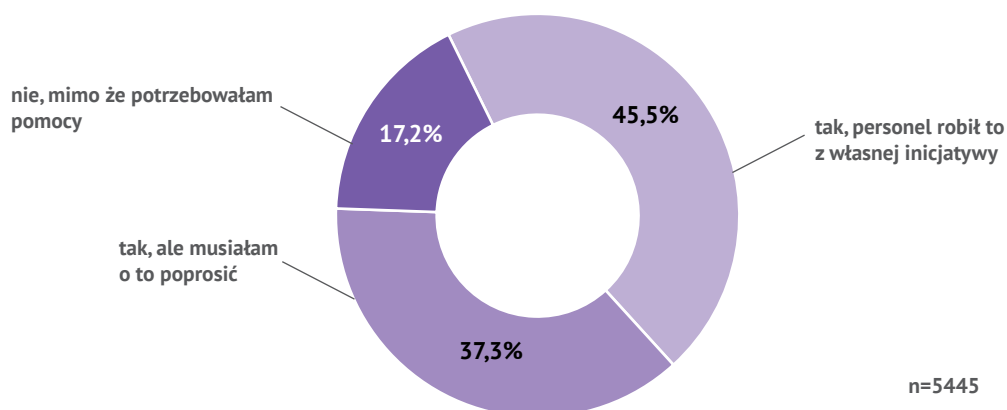
61,3% dzieci w trakcie pobytu w szpitalu było dokarmianych mlekiem modyfikowanym w tym 15,3% ze wskazań medycznych, a 29,8% na prośbę matki.

Podsumowując ogólna ocena opieki i wsparcia kobiet w karmieniu dziecka piersią w szpitalach jest niesatysfakcjonująca. Co czwarta oceniła to wsparcie jako średnie (24%), a co trzecia kobieta oceniła je **źle albo bardzo źle (30,4%)**. Mniej niż połowa badanych (45,6%) oceniła dobrze lub bardzo dobrze pomoc personelu w tym obszarze.

7.4.3. Wsparcie w opiece i pielęgnacji noworodka

Jak pokazują wyniki badania, wsparcie po porodzie jest kobietom bardzo potrzebne również w związku z pielęgnacją noworodka. Co trzecia kobieta (35%) nie potrzebowała pomocy w pielęgnacji dziecka. Spośród tych, które potrzebowały wsparcia, prawie połowa (45,5%) deklарowała, że personel pomagał i uczył, jak pielęgnować dziecko z własnej inicjatywy, a co trzecia kobieta (37,3%) musiała prosić o wskazówki. Należy zwrócić uwagę, że 17,2% kobiet, które potrzebowały wsparcia, nie otrzymało pomocy.

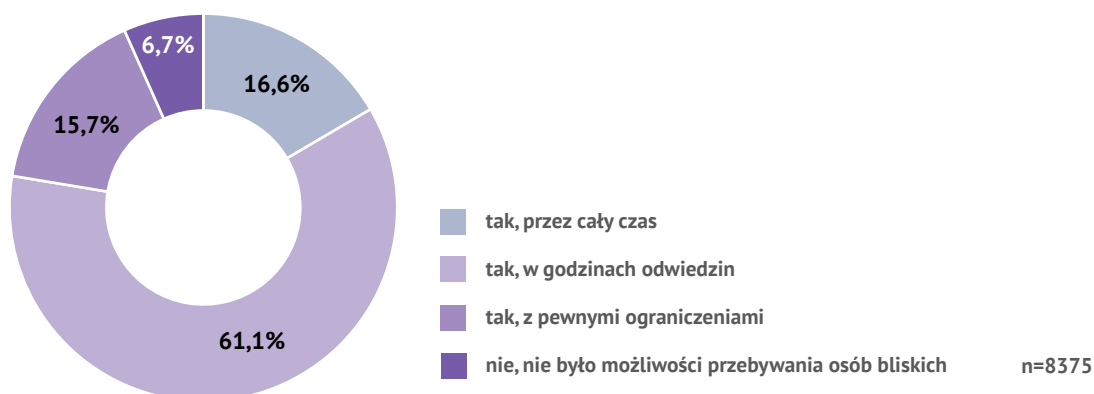
Wykres 26. Czy personel oddziału położniczego pomagał i uczył Panią, jak pielęgnować dziecko? (odpowiedzi kobiet, które potrzebowały pomocy)



7.4.4. Możliwość przebywania osoby bliskiej na oddziale

Na oddziale położniczym osoba bliska mogła towarzyszyć ponad 90% badanym. Według $\frac{2}{3}$ respondentek (61,1%) osoba ta mogła przebywać na oddziale położniczym w godzinach odwiedzin, 16,6% badanych deklarowało, że ktoś bliski mógł być z nimi cały czas (wykres 27).

Wykres 27. Możliwość przebywania osoby bliskiej na oddziale położniczym



7.5. Relacje personel medyczny – kobieta

Zagadnieniem, które w sposób szczególny starano się pogłębić w zrealizowanym badaniu, była relacja personel medyczny – kobieta. Skoncentrowano się na poznaniu doświadczeń badanych kobiet w zakresie sposobu zachowania personelu szpitala oraz komunikacji na izbie przyjęć, w salach porodowej, operacyjnej i pooperacyjnej oraz na oddziale położniczym. Pytania były tak sformułowane, by ukazać zarówno sposób przekazywania informacji, jak i charakter komunikatów formułowanych przez personel, a także sprawdzić, czy personel okazywał szacunek, zapewniał intymność, przekazywał wszystkie informacje w sposób grzeczny, kulturalny i rozumiały dla kobiety, traktował wszystkie pacjentki w jednakowy sposób.

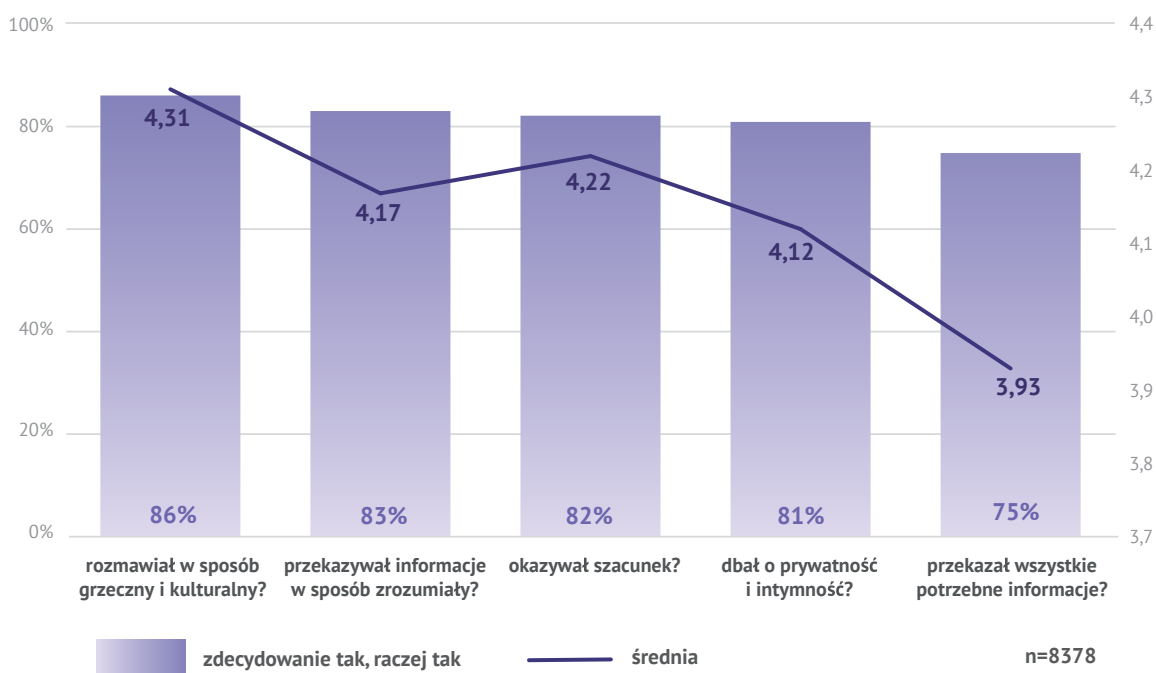
7.5.1. Komunikacja personelu medycznego z kobietą

7.5.1.1. Zachowanie personelu na izbie przyjęć

Zdecydowana większość badanych kobiet pozytywnie oceniła zachowanie personelu pracującego na izbie przyjęć. 8 na 10 respondentek uznało, że personel rozmawiał z nimi w sposób kulturalny (86%), przekazywał informacje w sposób rozumiały (83%), okazywał szacunek (82%) oraz dbał o prywatność i intymność (81%). Najniższy odsetek ankietowanych dotyczył przekazywania przez personel potrzebnych informacji (wykres 28).

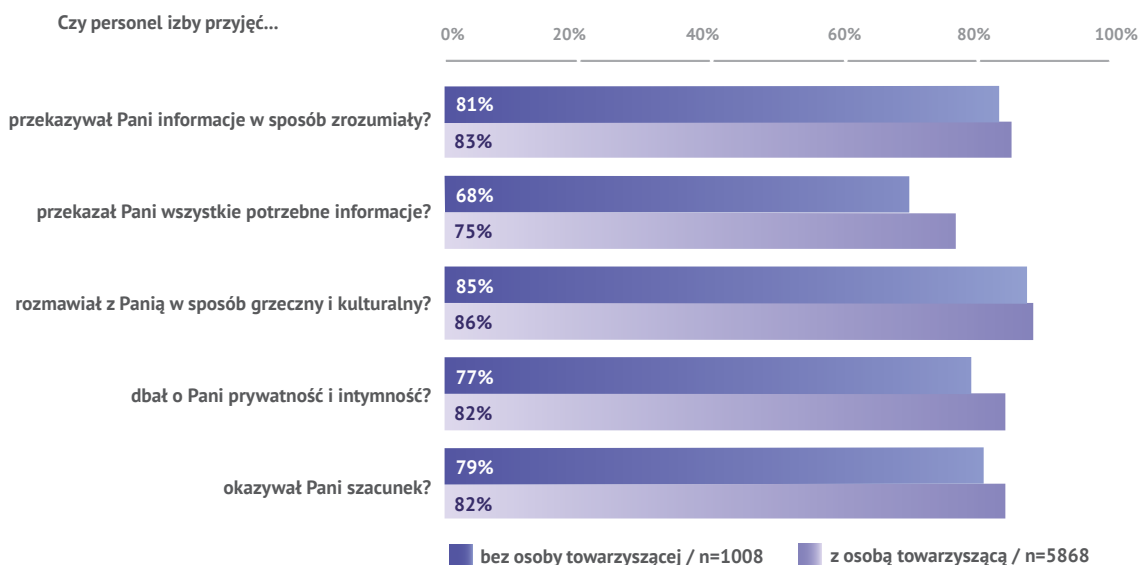
Wykres 28. Zachowanie personelu izby przyjęć w opinii badanych (odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak” oraz średnia ocena)

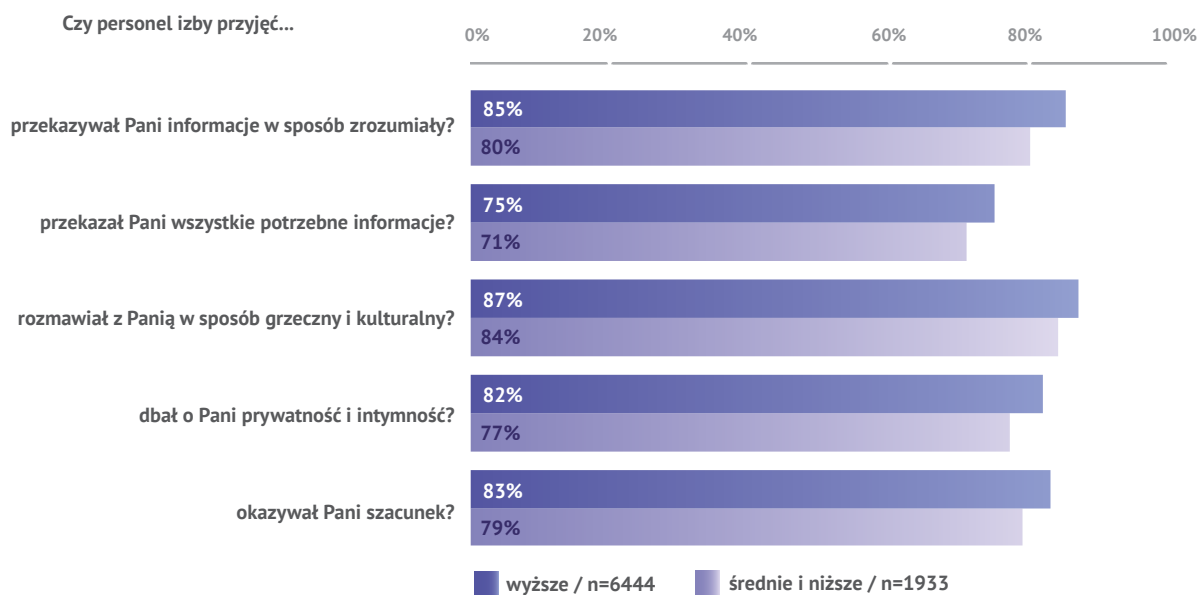
Czy personel izby przyjęć...



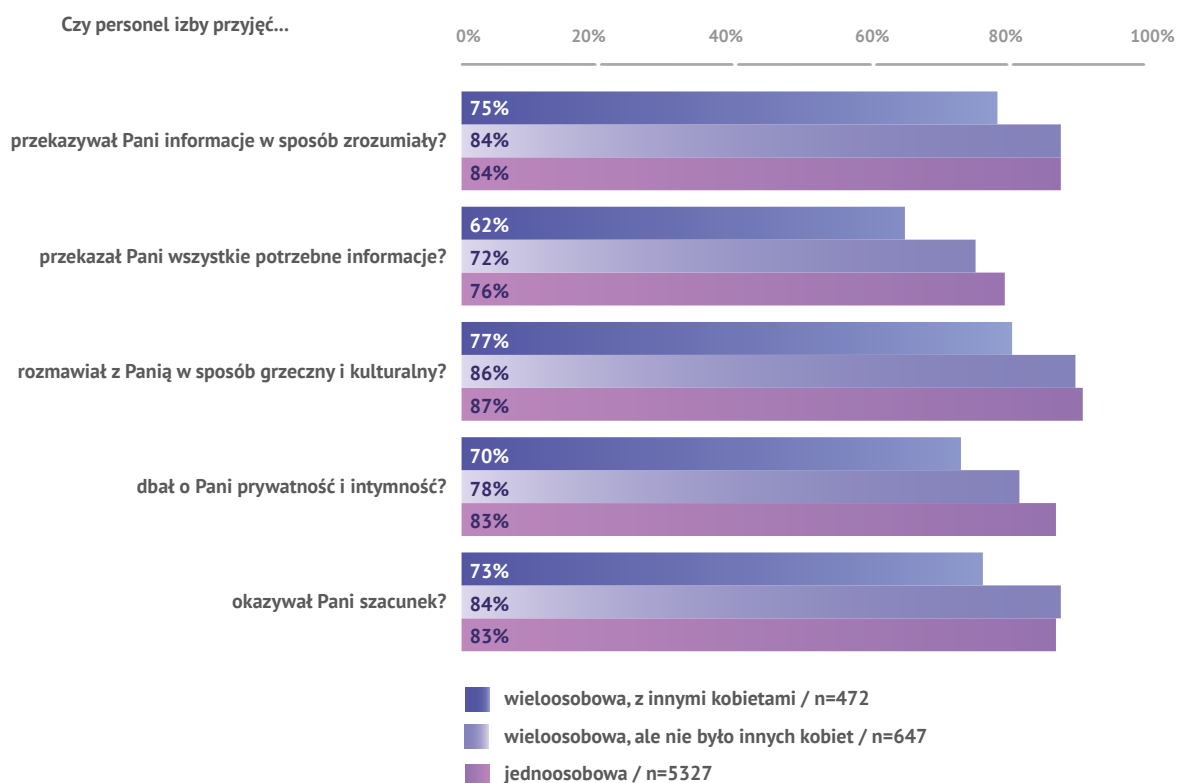
Kobiety, które rodziły z osobą towarzyszącą oraz badane z wykształceniem wyższym nieznacznie lepiej oceniły zachowanie i komunikację personelu izby przyjęć (wykres 29). Lepszą ocenę wystawiły personelowi również respondentki, które rodziły w sali jednoosobowej (wykres 30).

Wykres 29. Zachowanie personelu izby przyjęć w opinii badanych w zależności od wykształcenia oraz obecności osoby towarzyszącej (odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”)





Wykres 30. Zachowanie personelu izby przyjęć w opinii badanych w zależności od rodzaju sali (odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”)

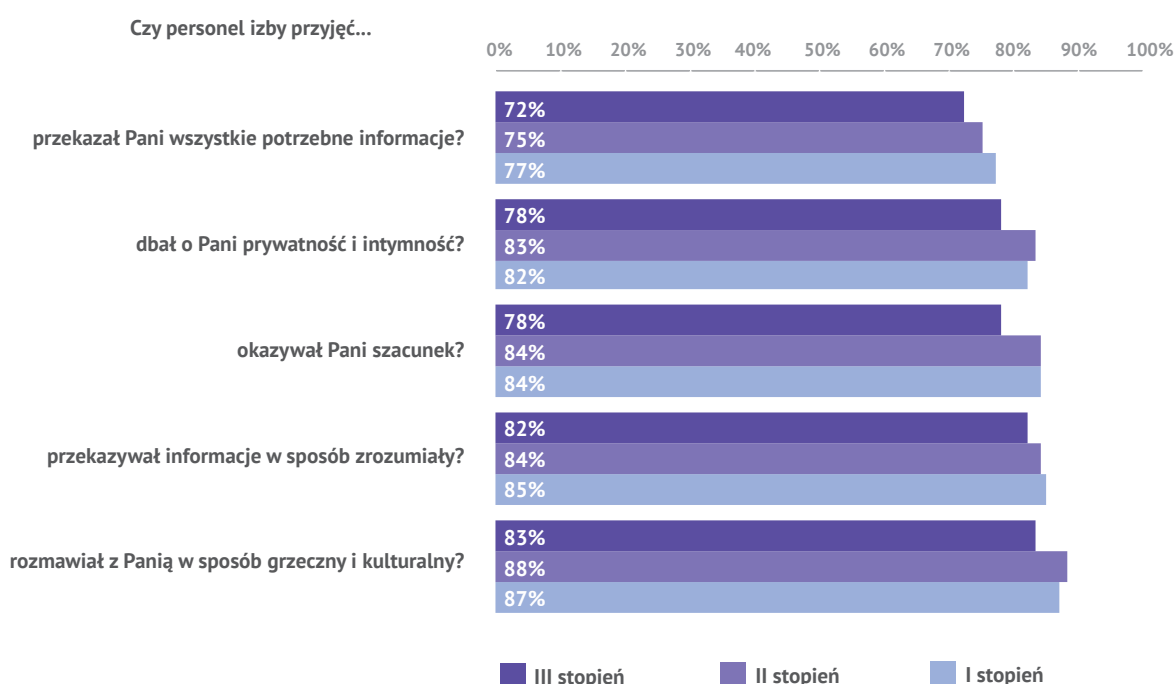


W badanej grupie znalazły się osoby, które deklarowały, że na izbie przyjęć miała miejsce sytuacja, na którą nie wyraziły zgody lub naruszyła ich poczucie bezpieczeństwa. Takie wspomnienie miało **3,6%** ankietowanych. Spośród nich ponad połowa (54%), deklarowała,

że ta sytuacja była związana ze **sposobem traktowania pacjentki przez personel oraz z komunikacją**. Respondentki wskazywały, że personel izby przyjęć nie był pomocny, zachowywał się w sposób opryskliwy, niekompetentny, ignorujący kobiety. ¼ badanych (26%) deklarowała, że na izbie przyjęć doświadczyła sytuacji, w której jakieś badanie lub czynność została wykonana bez zgody, niedelikatnie lub w sposób bolesny. Według 18% kobiet z tej grupy (n=56) na izbie przyjęć nie zapewniono pacjentce odpowiedniej dyskrecji.

Lepiej ocenione zostało zachowanie personelu na izbie przyjęć w szpitalach z I i II stopniem referencyjności, trochę gorzej w szpitalach z III stopniem referencyjności (wykres 31).

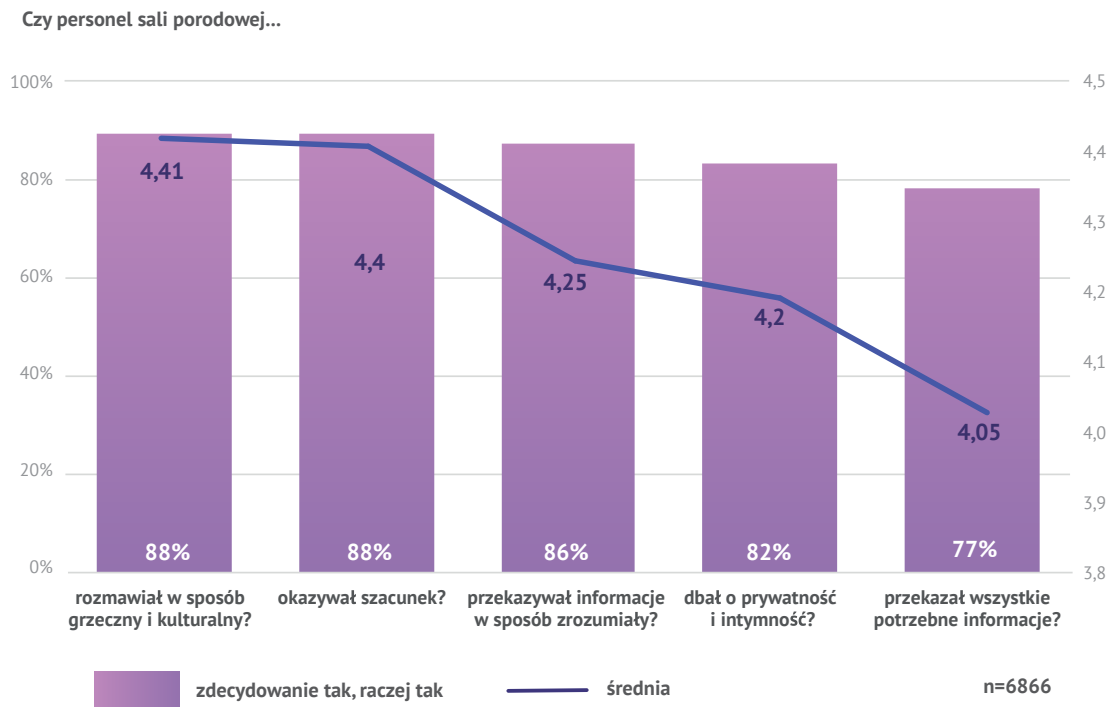
Wykres 31. Zachowanie personelu na izbie przyjęć w zależności od stopnia referencyjności (odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”)



7.5.1.2. Zachowanie personelu w sali porodowej

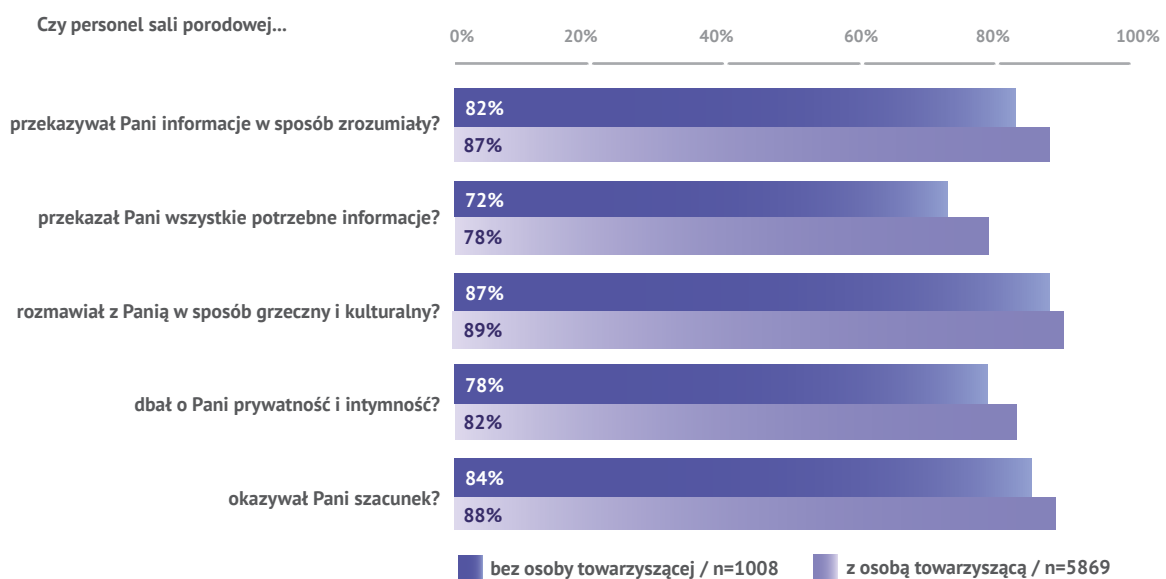
Ogólna ocena zachowania i komunikacji osób pracujących w sali porodowej była dobra i bardzo zbliżona do opinii na temat personelu izby przyjęć. 8 na 10 kobiet uznało, że personel rozmawiał z nimi w sposób kulturalny (88%), okazywał szacunek (88%), przekazywał informacje w sposób zrozumiały (86%), dbał o prywatność i intymność (82%). Ponad ¾ respondentek (77%) deklarowało, że personel sali porodowej przekazał wszystkie potrzebne informacje (wykres 32). Podobnie jak w przypadku personelu na izbie przyjęć najmniej respondentek miało poczucie, że uzyskały wszystkie potrzebne informacje.

Wykres 32. Zachowanie personelu w sali porodowej w opinii badanych
(odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak” oraz średnia z ocen)

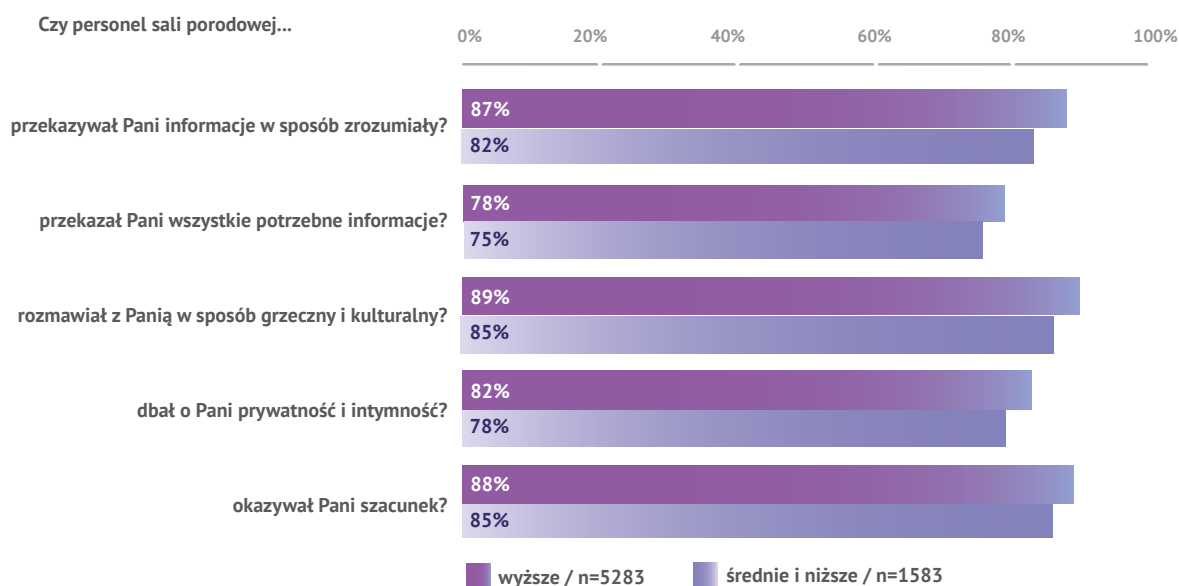


Kobiety, które rodziły z osobą towarzyszącą oraz mające wyższe wykształcenie nieznacznie lepiej oceniły komunikację personelu sali porodowej (wykresy 33 i 34).

Wykres 33. Zachowanie personelu sali porodowej w opinii badanych w zależności od obecności osoby towarzyszącej (odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”)

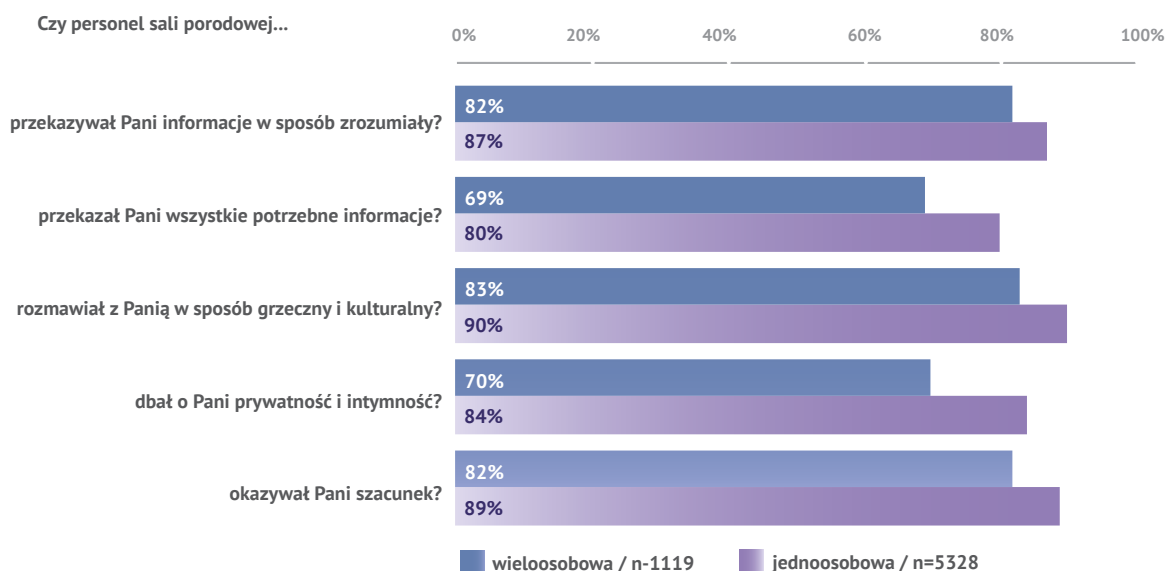


Wykres 34. Zachowanie personelu sali porodowej w opinii badanych w zależności od wykształcenia (odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”)

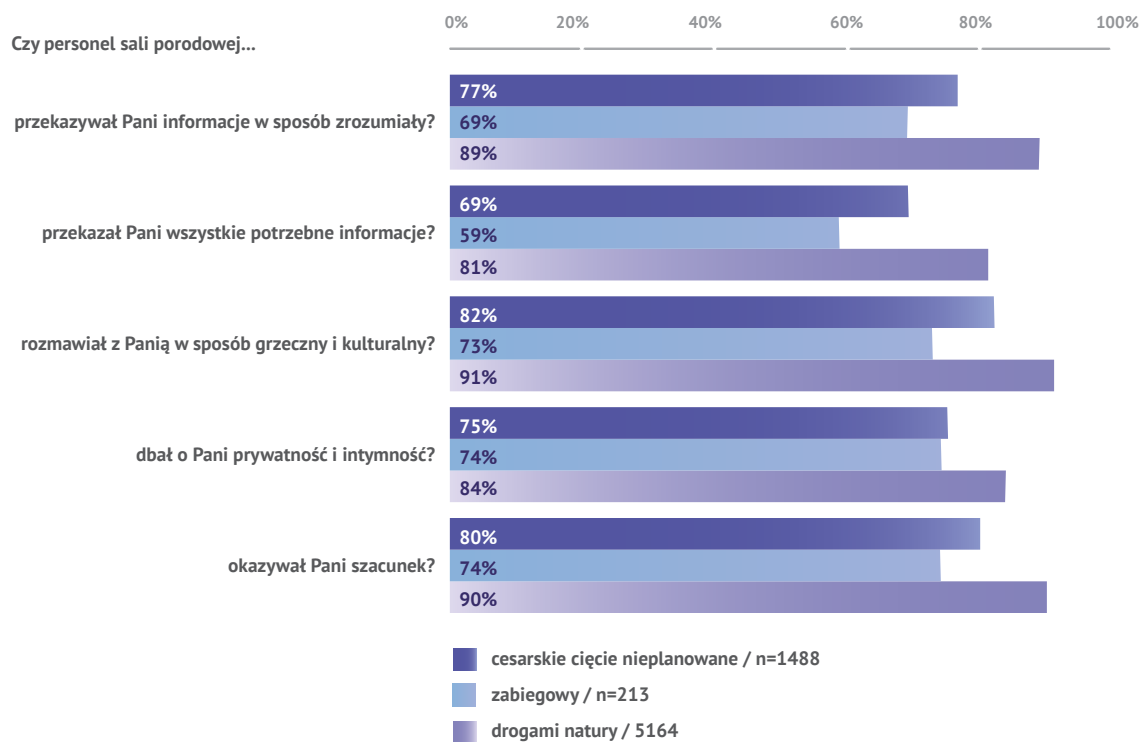


Czynnikami różnicującymi również ocenę zachowania i komunikacji personelu sali porodowej był rodzaj sali oraz rodzaj porodu. Respondentki, które urodziły drogami natury bez użycia kleszczy czy próżnościągu, lepiej oceniały zachowanie i komunikację personelu w trakcie porodu (wykresy 35 i 36).

Wykres 35. Zachowanie personelu sali porodowej w opinii badanych w zależności od rodzaju sali (odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”, średnia z ocen)



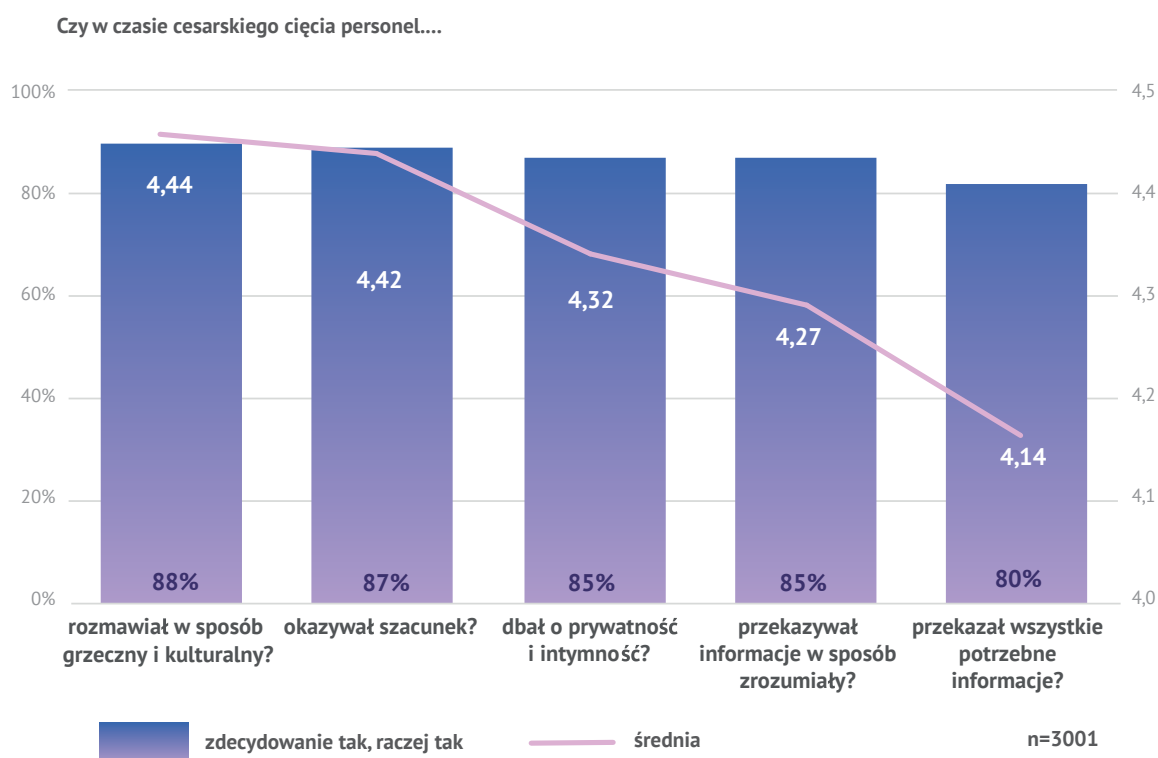
Wykres 36. Zachowanie personelu sali porodowej w opinii badanych w zależności od rodzaju porodu (odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”, średnia z ocen)



7.5.1.3. Zachowanie personelu podczas operacji cesarskiego cięcia i w sali pooperacyjnej

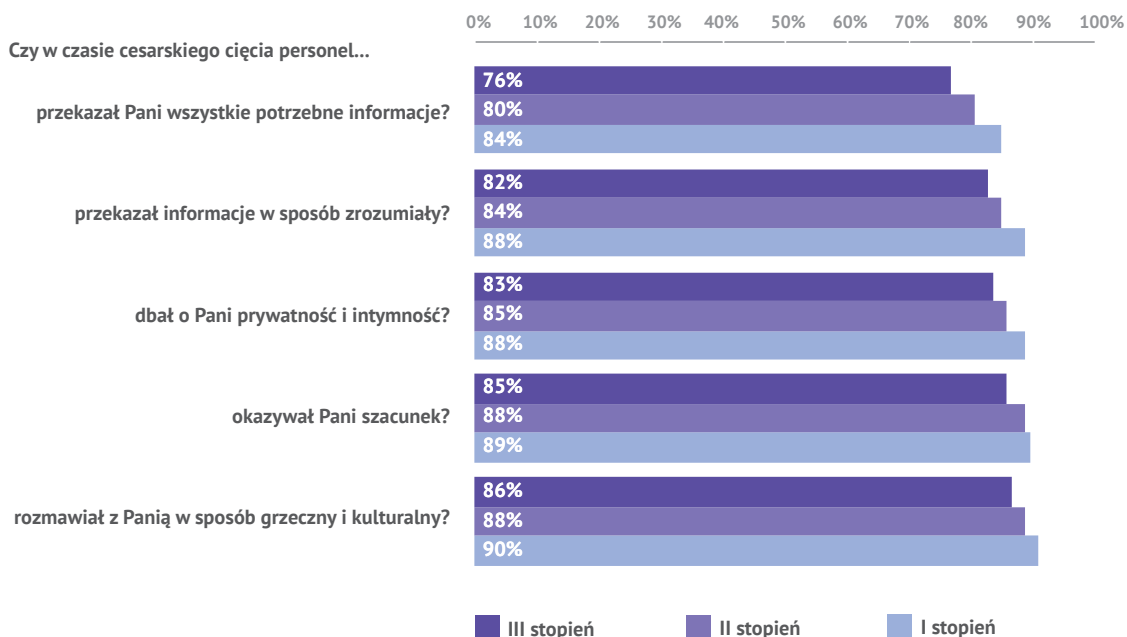
Badane kobiety, które miały cesarskie cięcie, zdecydowanie pozytywnie oceniły zachowanie personelu w czasie operacji. Ponad 85% respondentek uznało, że personel dbał o ich prywatność i intymności, okazywał szacunek, rozmawiał z nimi w sposób grzeczny i kulturalny, a informacje były formułowane w sposób zrozumiały. 8 na 10 kobiet miało również poczucie, że otrzymały wszystkie potrzebne informacje (wykres 37).

Wykres 37. Zachowanie personelu podczas cesarskiego cięcia w opinii badanych (odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”, średnia z ocen)



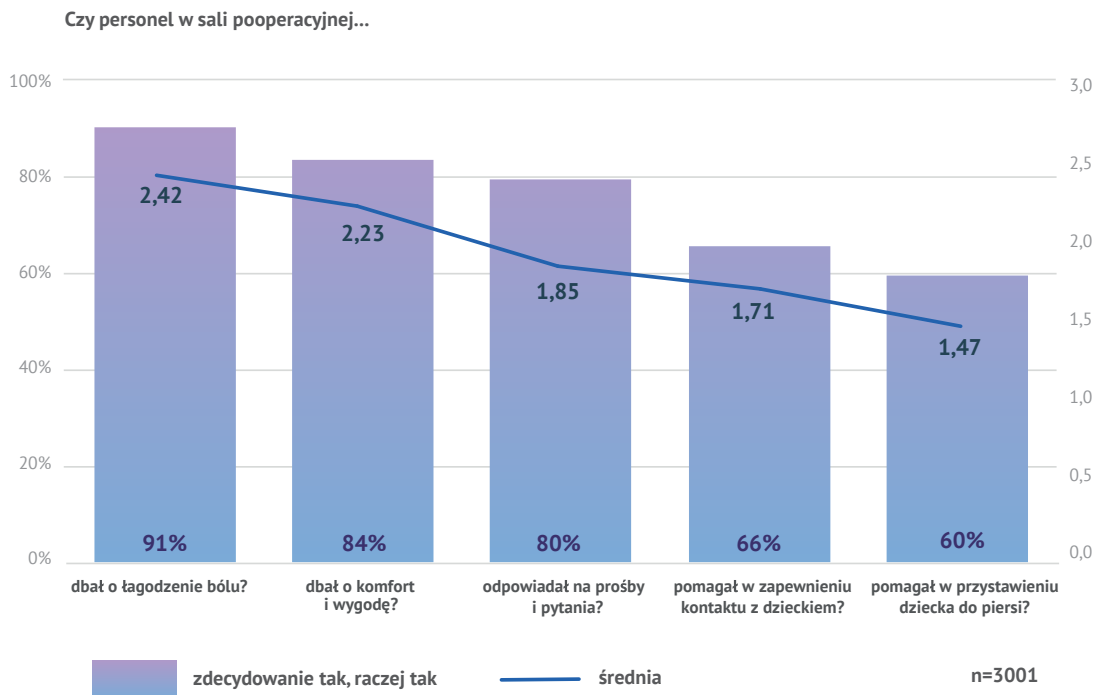
Najlepiej ocenione zostało zachowanie i komunikacja personelu podczas operacji cesarskiego cięcia w szpitalach z I stopniem referencyjności, trochę gorzej z II i III stopniem (wykres 38).

Wykres 38. Zachowanie personelu w czasie cesarskiego cięcia w zależności od stopnia referencyjności (odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”)



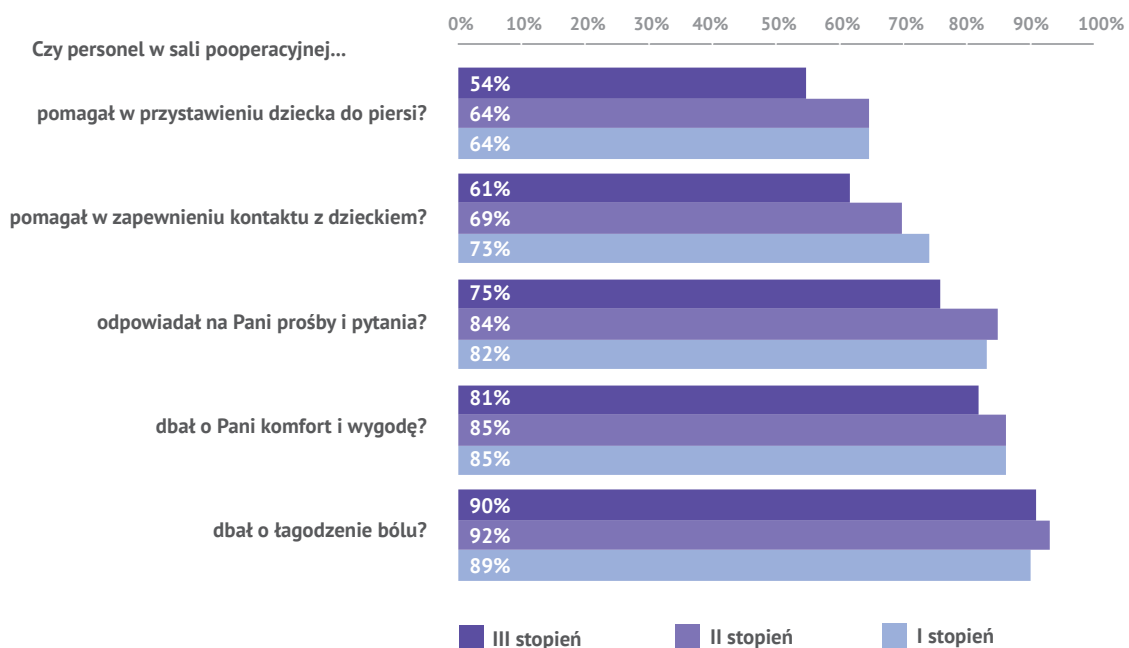
Opinie na temat opieki w sali pooperacyjnej również były pozytywne. Zdecydowana większość badanych kobiet uznała, że personel dbał o łagodzenie bólu (91%), komfort i wygodę (84%), a także odpowiadał na prośby i pytania (80%). Mniejszy odsetek respondentek deklarował, że w sali pooperacyjnej zadbano o kontakt matki z dzieckiem oraz wspierano w przystawieniu dziecka do piersi (wykres 39). Osoby z wykształceniem wyższym częściej niż badane z wykształceniem średnim i niższym deklarowały, że personel dbał o łagodzenie bólu oraz odpowiadał na pytania i prośby (odpowiednio 92% vs 87% oraz 81% vs 77%).

Wykres 39. Zachowanie personelu w sali pooperacyjnej w opinii badanych (odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”, średnia z ocen)



Lepiej wsparcie personelu w sali pooperacyjnej w przystawieniu dziecka do piersi, w pierwszym kontakcie oraz odpowiadaniu na prośby i pytania, kobiety oceniły w szpitalach z I i II stopniem referencyjności (wykres 40).

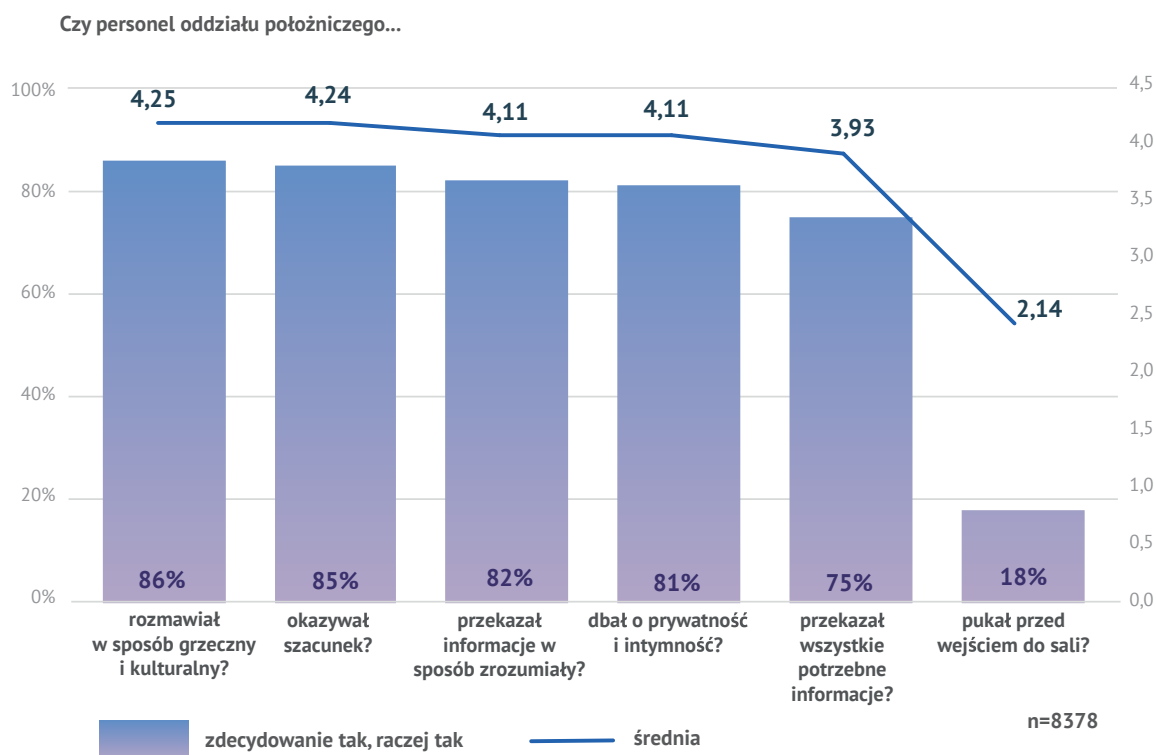
Wykres 40. Zachowanie personelu w sali pooperacyjnej w zależności od stopnia referencyjności (odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”)



7.5.1.4. Zachowanie personelu na oddziale położniczym

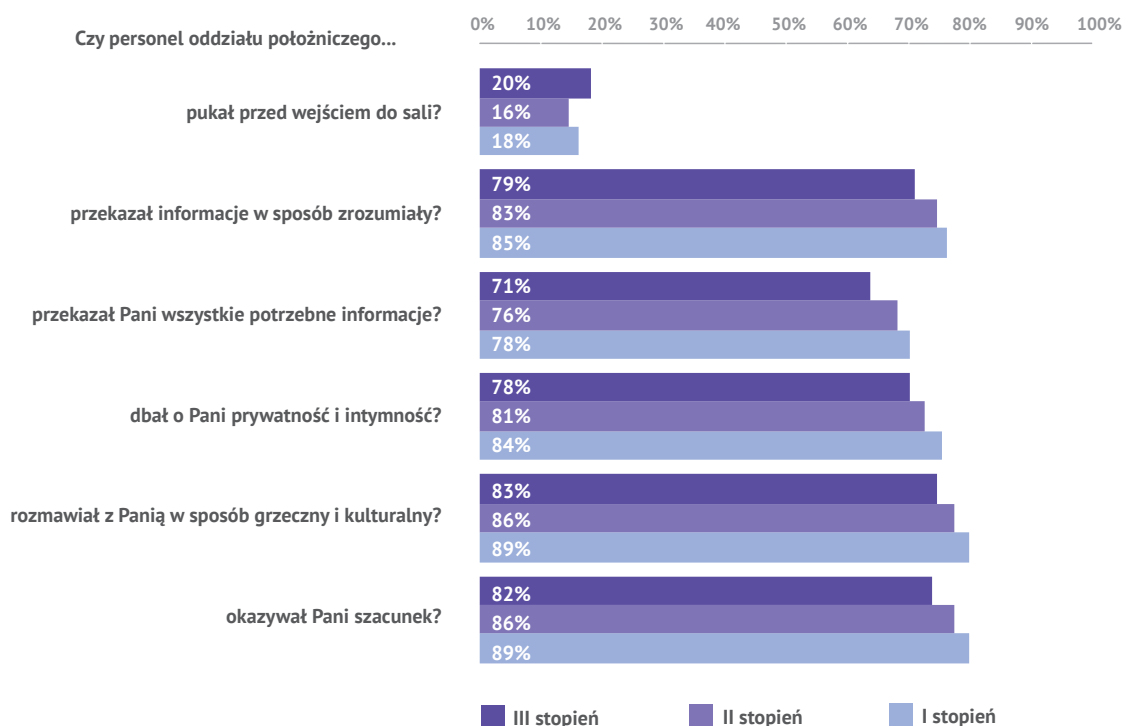
Na oddziale położniczym, podobnie jak w pozostałych oddziałach, sposób komunikacji był, w opinii badanych, zdecydowanie dobry. **Badane zwróciły jednak uwagę, że na oddziałach położniczych nie ma zwyczaju pukania do drzwi sal, w których przebywają kobiety z noworodkami.** Jedynie 18% respondentek deklarowało, że personel pukał do drzwi (wykres 41).

Wykres 41. Zachowanie personelu oddziału położniczego w opinii badanych (odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”, średnia z ocen)



Najlepiej przez kobiety zostało ocenione zachowanie i komunikacja personelu na oddziałach położniczych w szpitalach z I stopniem referencyjności. Na oddziałach położniczych we wszystkich szpitalach, bez względu na stopień referencyjności, personel nie ma zwyczaju pukania do drzwi, dbając o intymność i komfort kobiet (wykres 42).

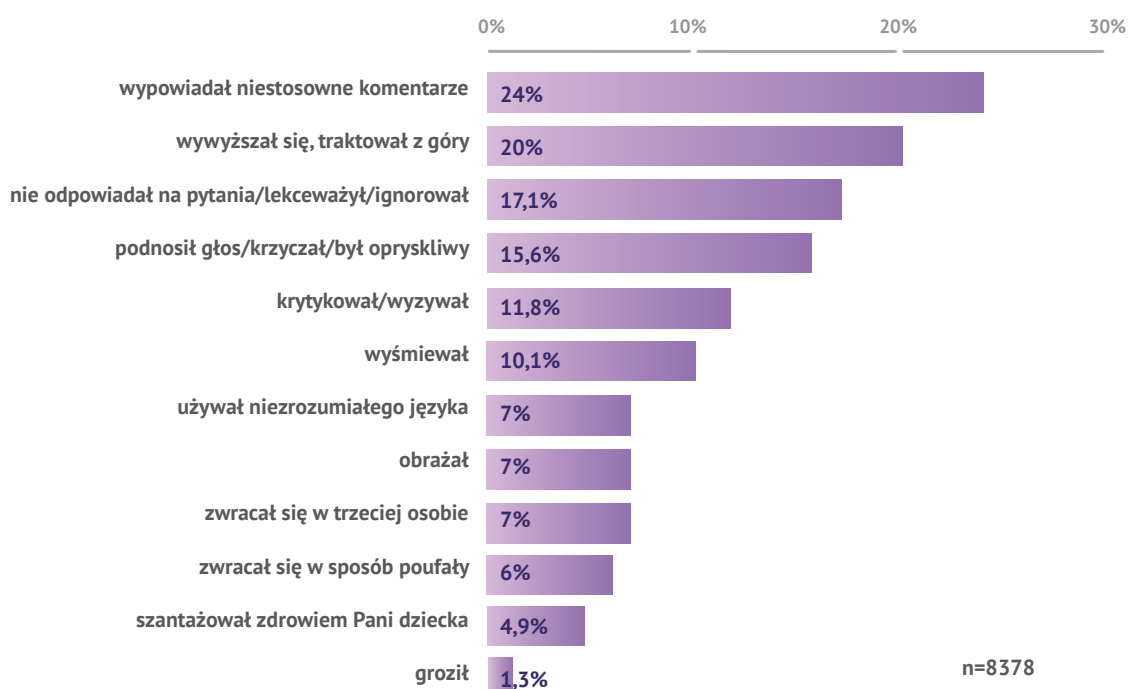
Wykres 42. Zachowanie personelu na oddziale położniczym w zależności od stopnia referencyjności (odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”)



7.5.1.5. Nadużycia i przemoc słowna

Doświadczenie badanych wskazuje również na to, że w szpitalach w zakresie komunikacji personel – pacjentka, pojawiają się poważne nadużycia. **¼ badanych (24%) wskazywała, że personel wypowiadał niestosowane komentarze, 1/3 respondentek (20%) miała poczucie, że była traktowana z góry.** Inne problemy w komunikacji, na które wskazywało ponad 10% badanych to ignorowanie, nieodpowiadanie na pytania, lekceważenie (17,1%), podnoszenie głosu (15,6%), krytykowanie (11,8%) i wyśmiewanie (10,1%) (wykres 43).

Wykres 43. Problemy w komunikacji personel – pacjentka



Osoby, które wskazały, że zdarzyła im się jedna z powyższych sytuacji, były proszone, by opisały szczegóły tego zdarzenia. Niektóre z badanych kobiet opisały sytuacje, w których personel wypowiadał **niestosowne komentarze** (oryginalna pisownia):

„Było 9 miesięcy żeby nauczyć się przewijać.”

„co pani taka delikatna, boleć to będzie dopiero przy porodzie” (w momencie wyszarpywania cewnika foleya).

„Jak się cesarki chciało to teraz sobie radz trzeba było rodzic naturalnie”.

*„Niektóre kobiety to sie nawet dadzą pociąć zeby tylko sobie wszystko ułatwi”
to powiedział doktor na obchodzie podczas wypisu gdy 3 dni wcześniej sam
decydował ze powinno być wykonane cc.*

„To ta pani która wszystko boli.”

*Były to zdania tego typu: „kolejna z planem porodu przyjechała, widzi Pani, po co plan
porodu jak Pani wody odeszły a skurczy nie ma, pedagogzka, wszystko wie najlepiej”.*

*Czasami nie trzeba było komentarzy, wystarczyły miny które robiły położne
jak zdawałam pytania.*

*Gdy zapytałam czy mogłabym skorzystać z piłki, położna podała piłkę i zapytała
ostentacyjnie „i co pani zamierza na niej robić?”. Podczas cięcia cesarskiego
powiedziałam, że jest mi niedobrze, osoba operująca zamiast podać gazę bądź rylenkę
powiedziała „proszę się opanować tu trwa operacja”.*

*I przebili mi pecherz. Co chwila slyszalam docinki typu „nie przezywaj nie udawaj nie
pajacuj taki bol to nie bol. boli - ma bolec, ale co ja ci poradze” to niektore ze slow jakie
padaly. Gdy zaczęłam mdlec partner zrobil awanture i podaly mi gaz który nie pomagal
cisnely mnie dalej. Lekarki nie mogli nigdzie znaleźć rodzina latala po całym szpitalu
zeby ja znalazc i zeby wyslala mnie na ciecie. Przyszla tez obrazona bardzo boleśnie
mnie zbadala i kazala zrobic wyniki na ktore czekalam kolejna h.*

W niektórych sytuacjach personel odwoływał się do swojego doświadczenia i wykształcenia, by wykazać kobiecie niewiedzę i brak kwalifikacji do oceny sytuacji, co badane odebrały jako sposób na **wywyższenie się personelu**, a jednocześnie **poniżanie pacjentek**.

„I tak Pani nie urodzi, co Wy tam możecie wiedzieć, to ja jestem położną”.

*„Jak można nie wiedzieć, jak karmić dziecko? Przecież każda matka to wie. To nie jest nic
skomplikowanego! Każdy ssak to potrafi”.*

*„Niech Pan myśli logicznie!” (Do mojego męża, kiedy zapytał czy anybiotyki dla dziecka
jest konieczny.*

*„Jestem położna z 15 letnim doświadczeniem i widzę, że krocze trzrba naciac, ale jak tam
Pani uważa. Pani po prostu nie chce rodzić!” - lekarz ginekolog, kiedy nie miałam siły*

przeć. Neonatolog: „Nie chcę Państwo zabiegu Credego? o, tu mam kartkę na której się NA WSZYSTKO zgodziliście!”

Respondentki, które deklarowały, że **ktoś na nie krzyczał**, były proszone o opisanie tej sytuacji. Poniżej są przykładowe wspomnienia badanych:

W trakcie skurczy lekarz krzyczał „nie drzyj się, zamknij się, czego się drzesz”.

W trakcie samego porodu, gdy chciałam zmienić pozycję, gdyż ta narzucona sprawiała ból nawet w przerwie między skurczami, miałam wrażenie, że położna na mnie krzyczy: „musi boleć, przecież to poród; nie wymyślać, tak jest dobrze”.

Jedna z sytuacji - do sali wchodzi nowa osoba, chyba lekarka i zaczyna krzyczeć, że zabiję to dziecko i mam natychmiast przeć, po czym wyrzuca za drzwi ojca dziecka.

Takich sytuacji przez to osiem godzin były dziesiątki.

Jeden z lekarzy gdy nie mogłam wyprzeć główki dziecka, wpadł na salę jak do obory, nie mówiąc dzień dobry, za to krzyżąc że jak nie wezmę oksycyny i dziecko będzie niedotlenione, to on ma na to świadków, następnie zaczął mnie wypytywać o dane osobowe i co mam do oksycyny. Użył wobec mnie szantażu, świadkami tego były położne i mój mąż. Zostałam w ten sposób zmuszona do wzięcia oksycyny, mimo iż się na to wewnętrznie nie zgadzałam.

„Dlaczego pani nie karmi piersią, jak to pani nie ma pokarmu proszę pokazać cycki, no faktycznie nic nie leci, takie piersi i pokarmu nie ma”.

„Mówiłam jak ma karmić, zabieraj te reke”- podniesionym głosem.

„Jak chce pani zmarnować dziecko to pani sprawa!”. Prosiłam wtedy o wytłumaczenie sytuacji, usłyszałam „lekarzowi należy ufać, a nie zadawać głupie pytania”.

Wyśmiewanie się personelu miało bardzo różny charakter i odnosiło się do różnych sytuacji i skojarzeń.

rubensowskie kształty.

„Pani nie jest opuchnięta tylko gruba” - pani dr.

„Czy nie może Pani przestać chrapać?! Cały oddział słyszy, niech pani coś z tym zrobi” - salowa.

„Nie chciało jej się meczyc, zrobic to miał kto, ale urodzić też trzeba”.

„Nie wyraziła zgody na porod sn? A co to za powód: brak zgody? Gowno nie powód”.

„Jako matka powinna pani wiedzieć jak zająć się dzieckiem i co dla dziecka jest najlepsze”.

„Po co pani chodziła do szkoły rodzenia, skoro sie pani niczego nie nauczyła?”
“robiła pani wszystko, zeby opoznic porod”.

Leżałam na stole operacyjnym, byłam przyszykowanywana do cc, przed położeniem się kazano mi się rozebrać do naga w obecności około 10 osób w tym mężczyzn, studentów. Widziałam jak po cichu mnie obgadują i naśmiewają się. Było to bardzo poniżające.

Położna mająca dyżur na oddziale położnictwa wyśmiała mnie za używanie laktatora. Powiedziała, że zamiast używać laktatora powinnam 24 godziny na dobę leżeć z dzieckiem na cycku.

Wyśmiewał kiedy chciałam iść do kaplicy.

Że kobiety w Afryce potrafią urodzić bez znieczulenia a ja nie.

Badane proszone o opisanie sytuacji, w której personel **używał niezrozumiałego języka** pisały m.in.:

W trakcie wizyt po porodzie, trzeba się było dopytywać o co chodzi albo szukać informacji w internecie.

Lekarz podczas badania z tekstem „macnę sobie”.

Lekarz kazał mi się zastanowić czy chcę kroplówkę i wyszedł z sali. Dopiero doula wytłumaczyła mi, że chodzi o podanie oksytocyny, która może przyspieszyć poród, ale skurcze będą bardziej intensywne.

Do tej pory nie wiem tak do końca co zdążyło się w trakcie Cesarskiego Ciecica. Lekarz w trakcie przeklinał, czulam jak mocno przyciskają moj brzuch. Maly nie płakał gdy go wyjeli. Prosilam zeby powiedzieli co sie dzieje. Pani kolo mnie powiedziela ze wszystko dobrze. Wiedzialam, ze to nie jest prawda. Gdy maly po chwili zaczął płakać lekarz

przyszł i powiedział że musieli dociec macice bo obkurczyła się na głowie dziecka (ulożenie posławkowe) i zebym już w tym szpitalu więcej nie rodziła.

Zwracanie się w trzeciej osobie do kobiet po porodzie jest na oddziałach położniczych nierzadką sytuacją. Badane przytaczały następujące przykłady takich wypowiedzi:

„Usiądzie, rozbierze się, zjadła już?”

„Usiądzie, położy się, nie histeryzuje”

„Weźmie zrobi, się rozbierze”

Przy każdej możliwej okazji nie używano nazwisk ani żadnej normalnej formy tylko „mama” lub w trzeciej lub bezosobowej.

„rozbierze mama dziecko do kąpieli”

„pokazać krocze”, „mama” robi to czy tamto.

„Podniesie koszulę do góry, Idzie spać, Po co ci butla, Wyciągnie go z tego rożka”. Ogólnie personel w ogóle nie zwracał się na Pani, jedynie niektórzy lekarze. Większość położnych zwraca się „mama weźmie”, „mama da”, „mama zrobi” przez co często zaczynały się pouchwalać.

Osoby, które wskazały, że w szpitalu **były obrażane** opisywały m.in. takie sytuacje:

„Rodzisz trzecie to wiesz, nie drzyj się, w tym wieku dziecko, nie urodzisz normalnie”

„Jaka z Pani matka, że nie ma Pani pokarmu!!!! Wszystkie matki mają wystarczającą ilość pokarmu, a Pani pewnie odciągać się nie chce... Mamusia sobie spi a dziecko w inkubatorze trzyma, nie chce się nim opiekować... Czasem nie za dobrze Pani? Inne matki mają przy sobie dzieci a Pani??” (Dziecko przebywało w inkubatorze). „Ten laktator to dziadostwo, musi Pani kupić (podana firma) bo innych w tym szpitalu nie respektujemy... Ile razy mam do Pani przychodzić”

„Ile pani przytyła podczas ciąży? 17 kg? A wygląda jak 27”

„Niech no tu podpisze że niczego bardziej w świecie nie pragnie jak pseudo wspaniałego

cesarskiego cięcia niech nie udaje pani że Panią boli mężowi też tak pani mówiła”

„Gruba świnia, weź się za siebie dziewczyno bo wstyd tak wyglądać, będzie ciężko tyle tu tłuszczu”

„Boli cie jak cie badam? Poczekaj co zaraz będzie. - No i po co krzyczysz. - Nie ruszaj się, musi boleć!” I na koniec wisienka na torcie na temat kobiety leżacej obok mnie która wiała się z bólu “wychodowała sobie macice po same uszy gruba swinia to nie dziwne że teraz ja boli”

„Pani dziecko, Pani problem”

„Nie mogę być przy pani, bo mam dwie inne rodzące komercyjnie (Położna Iwona)”. „oooo, no i zesrała się”

„ciężko się przebić przez ten tłuszcz (przy wbijaniu znieczulenia w kręgosłup przed cc)”

„Chciałaś się pieprzyć to teraz masz”

„Proszę nie udawać, że aż tak boli!”

Poufale zwracanie się do rodzących lub położnic zazwyczaj jest zwracaniem się per „Ty” lub używaniem zdrobnień w rozmowie z kobietą:

Zwroty po imieniu, „dziewczyno”, „kochaniutka”

Zwracano się do mnie per „mamusia”

Używając sformułowania „lalka”

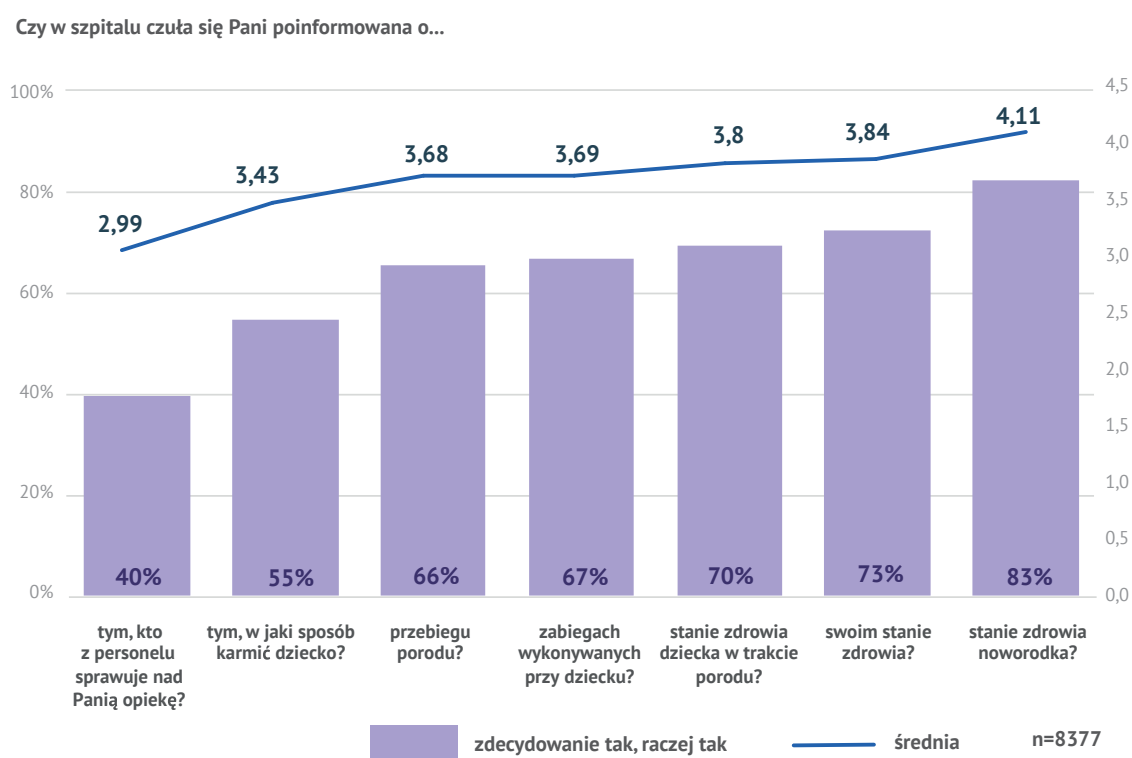
Teksty położnych na sali „już idę słoneczko”, zwracanie się per „kochanie”, Strasznie infantylizowano w ten sposób mnie i inne panie. Tak jakby byłyśmy dziećmi.

Do tego zwroty „kochanieńka”, „mamuśka” itp, które również były nieco niestosowne, ale ja akurat odbierałam to pozytywnie

7.5.2. Realizacja prawa do informacji

Zgodnie z art. 9 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* pacjent ma prawo do informacji, a art. 12 tej ustawy stanowi, że pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych¹². Badane kobiety w różnym zakresie czuły się w czasie pobytu w szpitalu poinformowane. Najwięcej respondentek – 83% – deklaroowało, że były poinformowane o stanie zdrowia noworodka. Tylko 40% wiedziało, kto jest osobą sprawującą nad nimi opiekę (wykres 44).

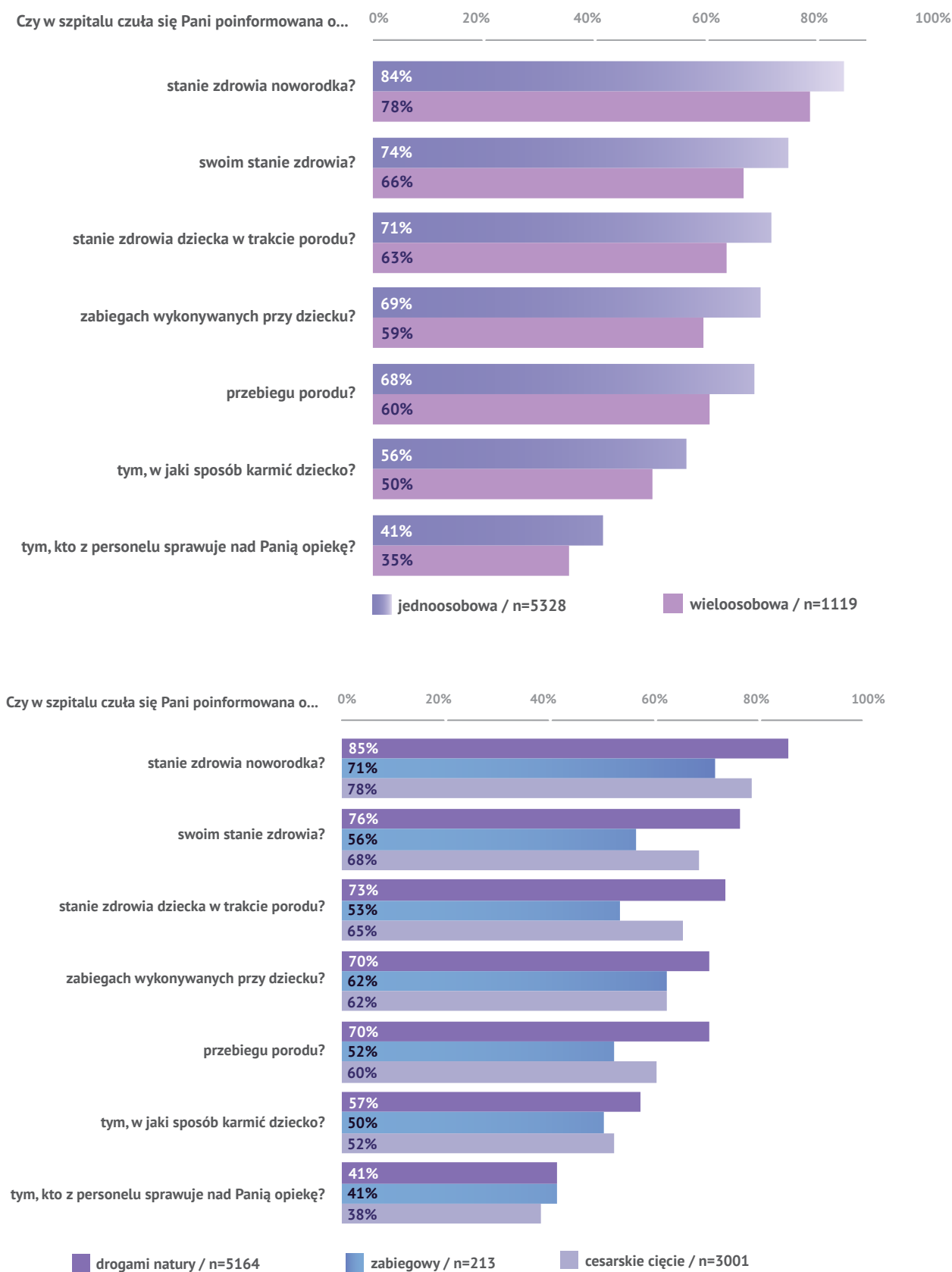
Wykres 44. Poczucie poinformowania (odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”, średnia)



Warto zwrócić uwagę, że respondentki, które rodziły w sali jednoosobowej, czuły się lepiej poinformowane niż te, które w czasie porodu przebywały w sali wieloosobowej (niezależnie czy były w niej obecne inne rodzące czy nie). Również lepiej poinformowane czuły się badane, które rodziły drogami natury (bez użycia kleszczy czy próżnościągu) niż te, które miały poród zabiegowy czy cesarskie cięcie (wykres 45).

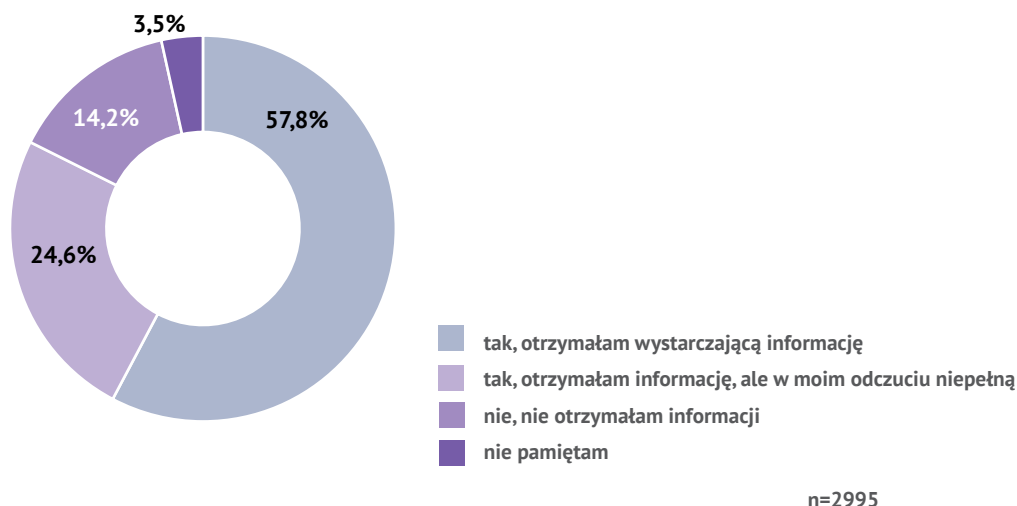
12. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm.

Wykres 45. Poczucie poinformowania w zależności od sali, w której kobieta rodziła oraz w zależności od rodzaju porodu (odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”)



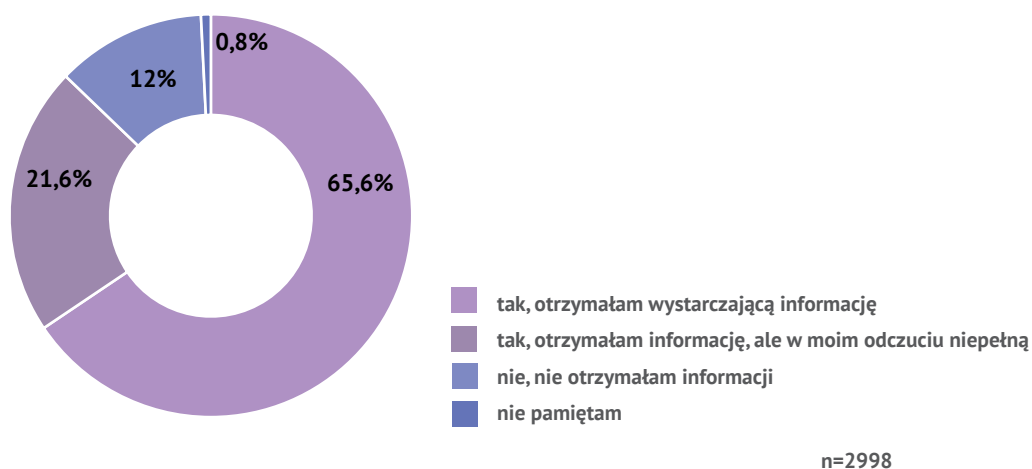
Jednym z ważnych elementów opieki jest przekazywanie informacji tak, by pacjentka wiedziała, jaki będzie przebieg pobytu w szpitalu, jak będą wyglądały określone procedury. Większość respondentek (57,8%), które miały cesarskie cięcie, uznało, że personel przekazał im potrzebne informacje. Jednocześnie $\frac{1}{4}$ badanych miała poczucie, że informacja o operacji została im przekazana, ale była niepełna i niewystarczająca. Dodatkowo 14,2% ankietowanych uznało, że w ogóle nie otrzymały informacji (wykres 46).

Wykres 46. Poczucie poinformowania w związku z operacją cesarskiego cięcia



Po cesarskim cięciu dla kobiety ważna jest również informacja, w jaki sposób dbać o ranę. $\frac{2}{3}$ respondentek (65,6%), które miały cesarskie cięcie, uznało, że dowiedziały się wszystkiego, co było im potrzebne. 21,6% badanych uznało, że informacja o sposobie pielęgnacji rany, jaką otrzymały była niepełna. 12% respondentek deklarowało, że w ogóle nie otrzymały informacji, w jaki sposób pielęgnować ranę pooperacyjną (wykres 47).

Wykres 47. Pozyskanie informacji, jak pielęgnować ranę po cesarskim cięciu



7.5.3. Pozyskiwanie zgody przez personel na zabiegi i czynności wykonywane w szpitalu

Standardy Opieki Okołoporodowej jednoznacznie stwierdzają, że osoby sprawujące opiekę *každorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań*¹³. Pozyskanie zgody jest zatem jedną z czynności, która powinna być wykonywana przez personel przy przystępowaniu do każdego zabiegu czy badania. Czy personel medyczny pytał zatem o zgodę na podejmowane działania? Jakie są w tym zakresie doświadczenia badanych?

7.5.3.1. Pozyskiwanie zgody na zabiegi i czynności podczas porodu

O zgodę na wykonanie lewatywy częściej pytano kobiety z wykształceniem wyższym (95,9% vs 91,6%) oraz badane, które rodziły z osobą towarzyszącą (96,2% vs 91,5%). Personel rzadziej pytał o zgodę na ogolenie krocza niż na wykonanie lewatywy (tab. 5). O zgodę na tę czynność częściej były pytane badane z wykształceniem wyższym (79,4% vs 72,7%), rodzące drugi i kolejny raz (82,8% vs 74,7%), rodzące w sali jednoosobowej (75,5% vs 70,3%) oraz te, którym w czasie porodu towarzyszyła osoba bliska (76% vs 72%).

Tabela 5. Czynności wykonywane na izbie przyjęć

	liczebność	odsetek osób, które miały wykonaną czynność	czynność wykonana za zgodą kobiety
lewatywa / n=8378	2604	31,1%	94,8%
golenie krocza / n=8378	1404	16,8%	77,5%

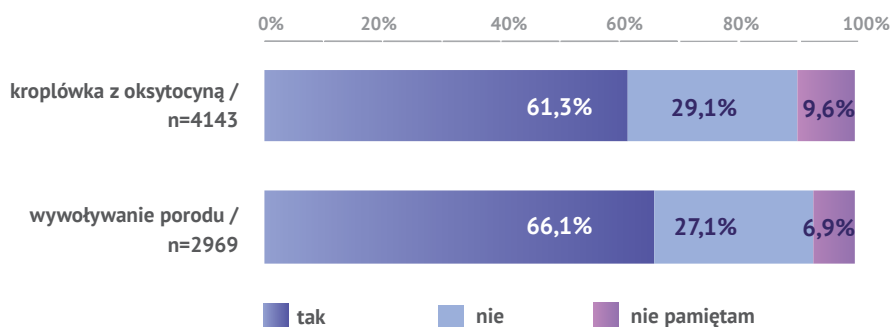
Spośród kobiet, które miały w szpitalu założone wkłucie do żyły obwodowej (90,9%), prawie $\frac{2}{3}$ (58,2%) zostało zapytane przez personel o zgodę na wykonanie tej czynności. **Jednocześnie 4 na 10 respondentek (40,9%) nie zostało zapytane o zgodę na założenie wenflonu, a 0,9% ankietowanych (n=58) deklarowało, że wkłucie założono im bez zgody i mimo ich sprzeciwu.** Kobiety, które rodziły w sali jednoosobowej oraz z osobą towarzyszącą, częściej były pytane o zgodę na założenie wenflonu (odpowiednio 59,7% vs 52,8% i 58,9% vs 54%).

13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia, 2012.

Studenci medycyny lub położnictwa byli obecni w czasie porodu 16,3% kobiet. Ponad połowa z tych kobiet (51,7%) została zapytana o zgodę, a **46,1% nie była pytana, czy studenci mogą być w sali porodowej w trakcie ich porodu**. Częściej pytane o zgodę na obecność studentów były ankietowane z wykształceniem wyższym niż średnim lub niższym (56,4% vs 34,7%).

O zgodę na wywołanie porodu zostało zapytanych 66,1% kobiet, a 27,1% nie zostało zapytanych. O zgodę na podanie kroplówki z oksytocyną zostało zapytanych 61,3%, a 29,1% nie było pytanych o zgodę przed wykonaniem czynności (wykres 48). Częściej o zgodę na wywołanie porodu pytano kobiety, które rodziły w sali jednoosobowej (67,4% vs 59,3%) oraz rodzące drugi lub kolejny raz (69,7% vs 64,5%). Natomiast zgoda na podanie kroplówki z oksytocyną była częściej pozyskiwana od kobiet z wykształceniem wyższym (62,9% vs 56,3%), wieloródek (66,3% vs 59,6%), rodzących w sali jednoosobowej (62,4% vs 57,0%) oraz rodzących z osobą towarzyszącą (62,1% vs 55,2%).

Wykres 48. Pozyskanie zgody kobiety (dotyczy kobiet, które miały czynności)



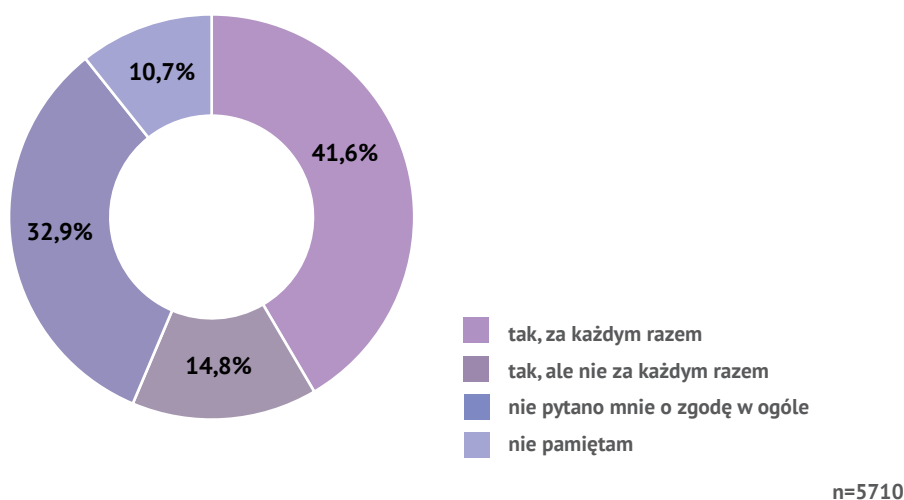
O zgodę na omawiane interwencje nieznacznie częściej pytano ankietowane rodzące w szpitalu z III stopniem referencyjności niż w pozostałych typach szpitali (tab. 6).

Tabela 6. Pozyskiwanie zgody na interwencje medyczne w zależności od stopnia referencyjności szpitala, w którym rodziła badana

	I stopień	II stopień	III stopień
zgoda na wywołanie porodu	62,1%	66,1%	69,3%
zgoda na podanie kroplówki z oksytocyną	59,7%	60,6%	64,1%

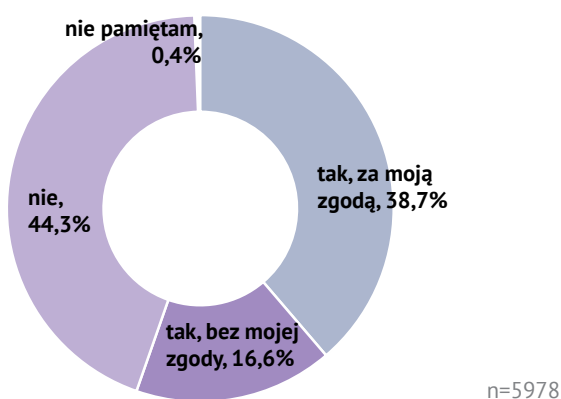
Czynnością, którą kilkakrotnie wykonuje się podczas trwającego kilka godzin porodu jest **badanie wewnętrzne**. Zgodnie z przepisami należy każdorazowo zapytać rodzącą o zgodę na wykonanie tej procedury. Wyniki badań pokazują, że niecała połowa badanych (41,6%) była pytana o zgodę na wykonanie badania wewnętrznego za każdym razem. **Co trzecia kobieta (32,9%) w ogóle nie była pytana**, czy zgadza się na to badanie (wykres 49). Częściej o zgodę pytano kobiety z wykształceniem wyższym (43,2% vs 36%), wieloródki (47,4% vs 38,5%), rodzące w sali jednoosobowej (43,7% vs 34,8%) oraz rodzące z osobą towarzyszącą (42% vs 38,4%).

Wykres 49. Pozyskiwanie przez personel zgody na badanie wewnętrzne



Spośród kobiet, którym nacięto krocze w trakcie porodu (55,4%), 70% została zapytana o zgodę, a w przypadku **co trzeciej decyzję o nacięciu krocza podjął personel medyczny bez pytania o zgodę**. Respondentki z wykształceniem wyższym oraz rodzące z osobą towarzyszącą częściej deklarowały, że były pytane o zgodę (odpowiednio 72% vs 62%, 71,5% vs 60,6%).

Wykres 50. Nacięcie krocza (odpowiedzi kobiet, które rodziły drogami natury)

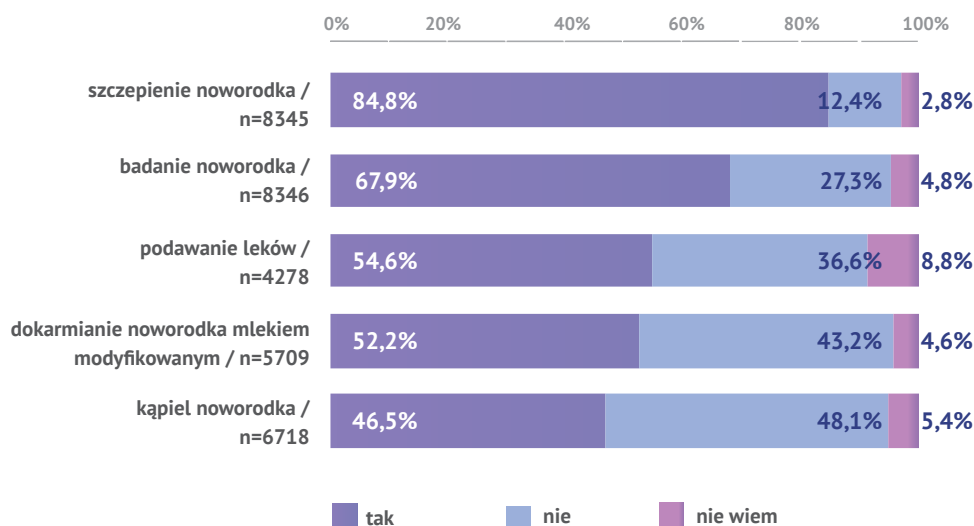


7.5.3.2. Pozyskiwanie zgody na zabiegi i czynności wykonywane przy dziecku

Zdecydowana większość badanych była pytana o zgodę na szczepienie noworodka (84,8%), a $\frac{2}{3}$ na badanie dziecka (67,9%). Ponad połowę zapytano wcześniej o to, czy personel może podać leki (54,6%) i dokarmić noworodka mlekiem modyfikowanym (52,2%). Jednocześnie warto dodać, że prawie połowa respondentek (48,9%) deklarowała, że w szpitalu nie było konieczności podawania dziecku leków. Spośród czynności wykonywanych przy dziecku **najrzadziej badane były pytane o zgodę na kąpiel noworodka – blisko połowa dzieci została wykąpana bez zapytania matek o zgodę (48,1%)**. Należy zwrócić uwagę, że **równie wysoki odsetek dotyczy podawania dziecku mleka modyfikowanego bez zgody (43,2%)** (wykres 51).

Różnica między szpitalami o różnym stopniu referencyjności pojawiła się w związku z pytaniem o zgodę na kąpiel noworodka. Częściej personel pytał o zgodę na tę czynność ankietowane rodzące w szpitalu z III stopniem referencyjności (54,5%) niż w placówkach z I stopniem (37,4%).

Wykres 51. Pozyskiwanie zgody na czynności wykonywane przy dziecku



Podsumowując wyniki badań, pytanie o zgodę nie jest rutynowym działaniem, co oznacza, że personel nie przestrzega zalecenia sformułowanego w Standardach Opieki Okołoporodowej, zgodnie z którym osoby sprawujące opiekę **każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań**. Zgoda na czynności takie jak lewatywa, szczepienie noworodka czy golenie krocza była pozyskiwana od ponad $\frac{3}{4}$ badanych. $\frac{2}{3}$ respondentek pytano, czy wyrażają zgodę na badanie noworodka, wywołanie porodu, a także podanie kroplówki z oksytocyną. Wiele czynności, zdaniem prawie połowy ankietowanych, było wykonywanych bez zapytania o zgodę (tab. 7).

Tabela 7. Pozyskiwanie zgody na wykonanie czynności w opinii badanych
(odsetki osób, które deklarowały, że dana czynność czy zabieg była wykonywana)

zabieg / czynność	odsetek kobiet, które zapytano o zgodę	odsetek kobiet, których nie zapytano o zgodę	nie pamiętam/ nie wiem
lewatywa n=1715	94,8%	4,3%	0,9%
szczepienia noworodka n=8345	84,8%	12,4%	2,8%
golenie krocza n=1370	77,5%	17,4%	5,1%
nacięcie krocza n=3309	70%	30%	-
badania noworodka n=8346	67,9%	27,3%	4,8%
wywołanie porodu n=2969	66,1%	27,1%	6,9%
podanie kroplówki z oksycyną n=4143	61,3%	29,1%	9,6%
badanie wewnętrzne n=5710	56,4%	32,9%	10,7%
podawanie leków noworodkowi n=4278	54,6%	36,6%	8,8%
założenie wenflonu n=6213	58,2%	40,9%	0,9% (założenie wenflonu pomimo sprzeciwu)
dokarmianie noworodka mlekiem modyfikowanym n=5709	52,2%	43,2%	4,6%
obecność studentów podczas porodu n=1118	51,7%	46,1%	2,2% (studenci byli obecni mimo sprzeciwu)
kąpiel noworodka n=6718	46,5%	48,1%	5,4%

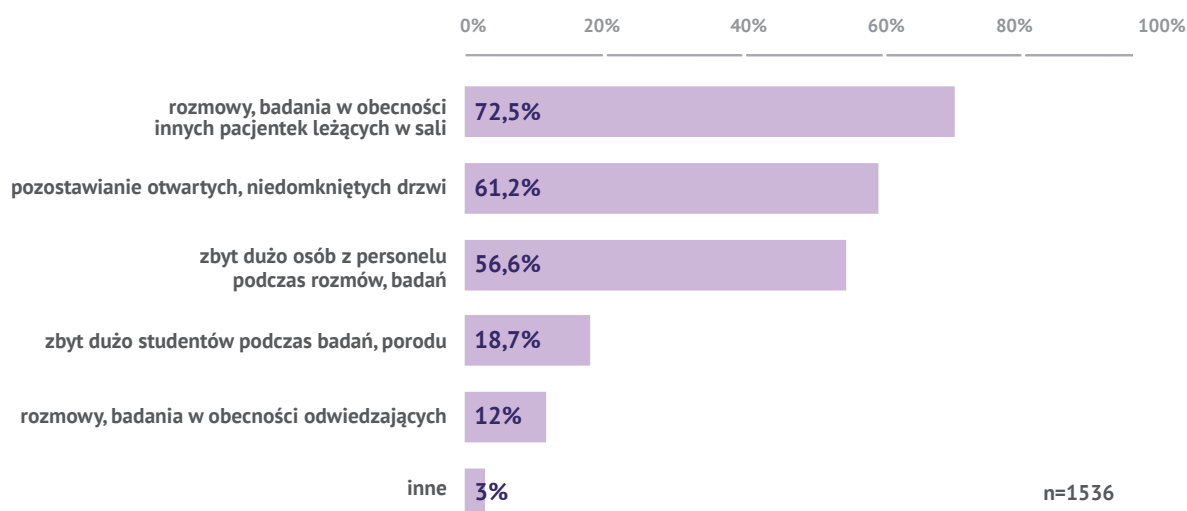
Kwestia zgody kobiety była poruszana również w raporcie Fundacji Rodzić po Ludzku w 2006 r. 12 lat temu 60% respondentek, które miały wywoływany lub przyspieszany poród, było pytane o zgodę. Jak widać na przestrzeni tej dekady odsetek ten wzrósł nieznacznie¹⁴.

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

7.5.4. Realizacja prawa do poszanowania intymności i godności osobistej

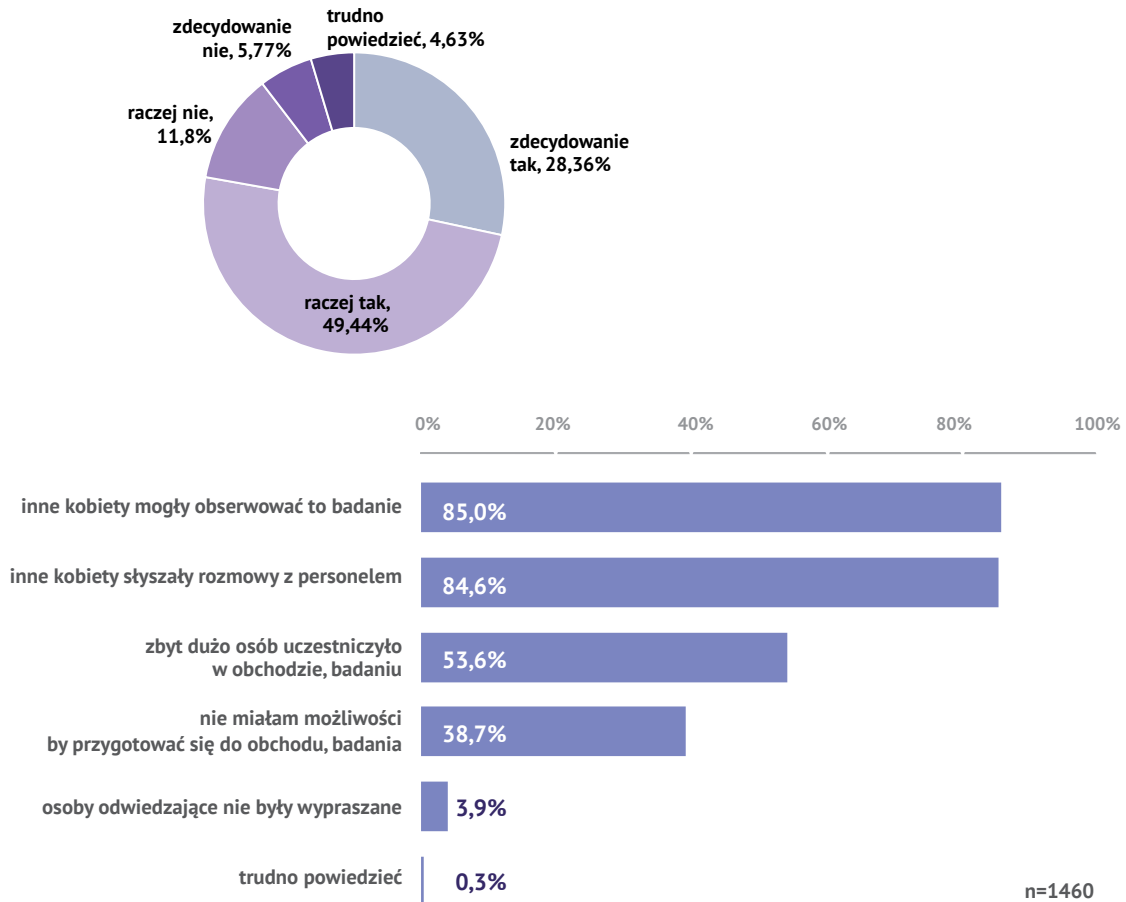
19,3% respondentek deklarowało, że niektóre czynności były wykonane bez dbałości o ich prywatność czy intymność. Sytuacje te w dużej mierze wynikają z braku dyskrecji. Ponad 70% z tych kobiet zdarzyło się, że rozmowy czy badania były wykonywane w obecności innych kobiet w sali albo w obecności odwiedzających (12%). 61% wskazało, że personel nie dbał o prywatność i intymność kobiet, pozostawiając otwarte drzwi do sal, w których przebywały. Ponad połowa kobiet wskazywała na zbyt dużą liczbę osób z personelu oraz studentów w trakcie badań, porodu (wykres 52).

Wykres 52. Czynności wykonane w opinii badanych bez dbałości o intymność



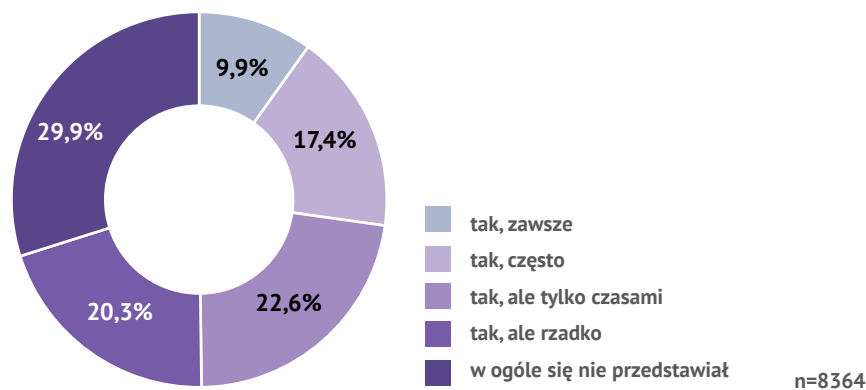
Sytuacją, w której pacjentkom często brakuje intymności, jest obchód lekarski. 17,6% respondentek uznało, że personel nie zadbał o ich intymność właśnie podczas obchodu lub badań lekarskich (wykres 53). Na pytanie uszczegóławiające, dlaczego pojawiło się takie uczucie, ankietowane najczęściej deklarowały, że inne kobiety mogły obserwować przebieg badania, słyszeć rozmowę z personelem, a także, że zbyt wiele osób było obecnych w czasie przeprowadzania obchodu czy badań.

Wykres 53. Czy w czasie obchodu, badań lekarskich uszanowano Pani intymność i z jakiego powodu ma Pani poczucie, że nie uszanowano intymności?



Trudności w określeniu, kto jest osobą sprawującą opiekę, wynikały być może z tego, że jedynie 9,9% respondentek deklarowało, że personel zawsze się przedstawiał, natomiast według 29,9% badanych personel nie robił tego nigdy. W opinii 60,2% ankietowanych personel przedstawiał się, ale nie było to rutynową praktyką (wykres 54).

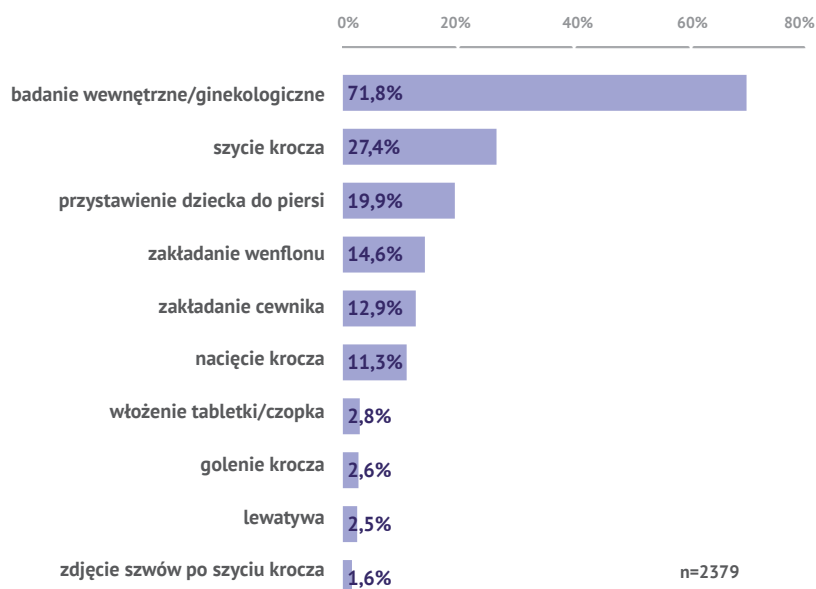
Wykres 54. Czy w trakcie Pani pobytu w szpitalu personel się przedstawiał?



7.5.5. Nadużycia i przemoc fizyczna

Co trzecia kobieta biorąca udział w badaniu (31%) deklarowała, że w szpitalu zdarzyła się sytuacja, że jakaś czynność została wykonana za mało delikatnie. Zdecydowanie najczęściej badanych kobiet wskazało na **badanie wewnętrzne** (71,8%), a co czwarta na **szycie krocza**. Dla części respondentek niedelikatne było **przystawienie dziecka do piersi** (20%) (wykres 55).

Wykres 55. Czynności wykonane w opinii badanych za mało delikatnie (odpowiedzi osób, które deklarowały, że w szpitalu jakaś czynność została wykonana za mało delikatnie)



W badanej próbie były kobiety, które deklarowały, że w szpitalu miała miejsce przemoc fizyczna. 3% respondentek deklarowało, że w czasie II okresu porodu ktoś na siłę rozkładał ich nogi, 66 badanych wspomina, że miała przywiązywane nogi do łóżka porodowego, w relacjach 38 ankietowanych pojawiła się informacja, że były szturchane przez personel.

Relacje kobiet w pytaniach otwartych mogą świadczyć, że w szpitalach pojawiają się sytuacje **świadczące o nadużyciach i przemocy fizycznej**:

Podczas 1 fazy przyszła doktor sprawdzić rozwarcie i zrobić mi masaż szyjki, który robiła na sile i bez mojej zgody, jak krzyczałam z bólu to usłyszałam, żebym się nie darła bo nie jestem bydłem/zwierzęciem... i dopóki nie przestanę krzyzczeć to mnie nie zbada, gdyby nie mój mąż nie miałabym się jak obronić, bo tylko płakałam z bólu. później powiedziała że jeszcze kilka razy i się przyzwyczaję.

Jedna z pań bez zgody ścisnęła mi piersi i z wyrzutem się zapytała czym chce karmić skoro tu nic nie ma.

Nacięcie krocza bez zgody i w złym momencie (gdy nie było dostatecznego parcia), tak że czułam niewyobrażalny ból podczas nacięcia.

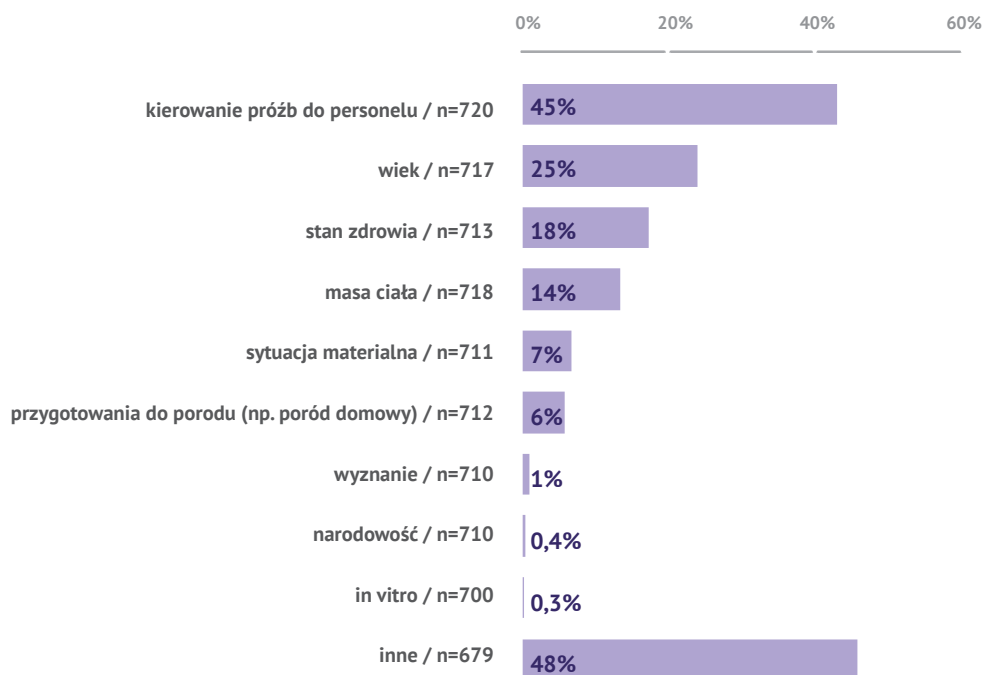
Prawie uduszono mnie i dziecko podczas bardzo brutalnego chwytu Kristellera w drugiej fazie porodu. Położne i lekarz nie dowierzały mi, że nie mam już siły przeć. Lekarz prawie leżał na mnie i wyciskał dziecko, które urodziło się sine. Potem dziecko zabrano ode mnie, a ja zostałam sama w brei poporodowej, której nie miał kto wytrzeć. Żałowałam, że nie umarłam.

Lekarka na początku „zaprosiła” mnie do gabinetu na USG (które w ogóle się nie odbyło). Za to na siłę próbował wywołać poród naturalny poprzez bardzo bolesny masaż szyjki. Mimo moich protestów lekarka powiedziała: „Mam być bardziej złośliwa” i kontynuowała „masaż”. (...) Byłam załamana, cały czas płakałam. Nigdy nie byłam tak przerażona. To był mój pierwszy pobyt w szpitalu i pierwsza ciąża.

7.5.6. Gorsze traktowanie i dyskryminacja

8,8% badanych deklarowało, że czuło się gorzej traktowana niż inne pacjentki. Wśród powodów dyskryminowania respondentki najczęściej wskazywały, że czuły się tak wtedy, gdy **kierowały prośby do personelu** (45%). Co czwarta czuła się gorzej traktowana **z powodu wieku**, część z powodu **stanu zdrowia** (18%) lub **masy ciała** (14%) (wykres 56).

Wykres 56. Powody gorszego traktowania respondentek



Osoby, które wskazały na inne powody gorszego traktowania niż podane w pytaniu, opisywały najczęściej, że przyczyną gorszego traktowania była anonimowość w szpitalu – brak lekarza prowadzącego ze szpitala, w którym rodziły, brak wykupionych usług położnej czy opieki po porodzie, brak znajomości wśród personelu. Pozostałe powody zostały przedstawione w tabeli 8. Przyczyny dyskryminowania są bardzo różne – dyskryminowane czuły się zarówno kobiety, które miały cesarskie cięcie, karmiły mlekiem modyfikowanym, jak i te, które rodziły naturalnie, nie wyrażały zgody na zaszczepienie dziecka. Zdarzało się, że powodem dyskryminowania było przygotowanie planu porodu, zadawanie dodatkowych pytań. Dyskryminowane czuły się osoby z wykształceniem medycznym, ale też te, które takiego wykształcenia nie mają, nie były też doświadczane, gdyż rodziły po raz pierwszy.

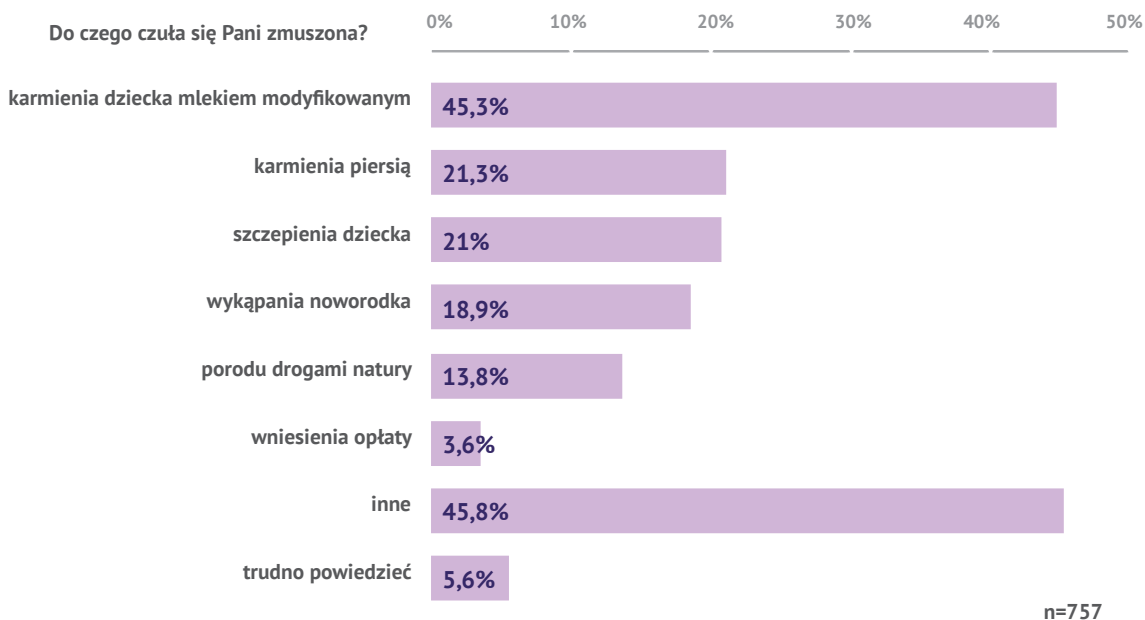
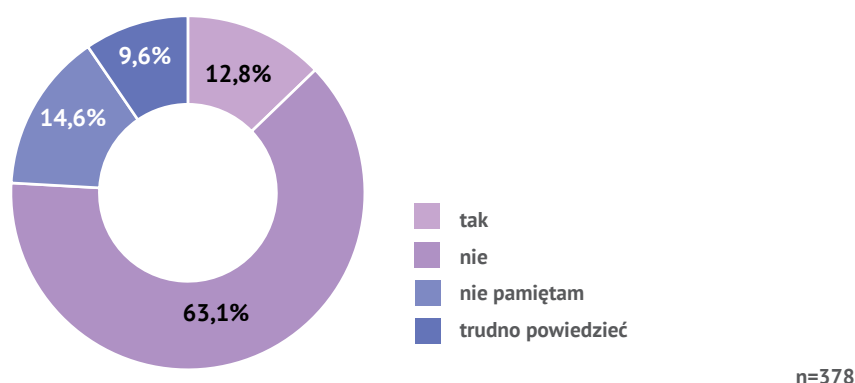
Tabela 8. Powody gorszego traktowania wskazane przez badane

powody gorszego traktowania	liczba wskazań
brak znajomości lub brak wykupionej opieki w szpitalu – brak lekarza prowadzącego z danego szpitala, brak wykupionej usługi położnej, brak wykupionej opieki poporodowej	139
cesarskie cięcie	31
odmowa szczepienia/innych zabiegów przy dziecku	28
zbyttnia dociekliwość/dodatkowe oczekiwania	22
karmienie piersią/karmienie mm/brak pokarmu	18
pierwszy poród – brak doświadczenia / kolejny poród – powinna być doświadczona	11
wygląd	6
posiadanie planu porodu	5
brak męża, bycie samotną	4
płaczliwe dziecko	4
depresja/obniżony nastrój	4
późna pora porodu/poród w weekend lub święto	4
wykształcenie medyczne (położna/lekarz)	4
brak zgody na różne zabiegi i działania podczas porodu	3
poród naturalny	3
inne	29

7.5.7. Nadużycia i sytuacje wymuszania

12,8% badanych kobiet zadeklarowało, że w czasie pobytu w szpitalu czuły się zmuszone do czegoś przez personel (wykres 57). Prawie połowa z tych osób (45,3%) czuła się zmuszona do karmienia dziecka mlekiem modyfikowanym, z kolei 21,3% respondentek uznało, że w szpitalu musiały karmić piersią. Podobny odsetek kobiet (21%) czuł się zmuszony do zaszczepienia dziecka, a także do wykąpania noworodka (18,9%). Do porodu drogami natury czuło się zmuszonych 13,8% kobiet (wykres 57).

Wykres 57. Czy podczas pobytu w szpitalu zdarzyła się sytuacja, że czuła się Pani zmuszona do czegoś przez personel?



Wysoki odsetek respondentek wskazał na inne sytuacje, w których czuły się do czegoś zmuszone. Najczęściej były to: leżąca pozycja w czasie porodu, działania zmierzające do przyspieszenia przebiegu porodu, konieczność pionizacji szybciej niż kobieta czuła się na siłach, założenie wenflonu, cewnika, opatrunku, wykonanie lewatywy, przebicie pęcherza czy masaż szyjki macicy. Szczegółowo sytuacje te zostały przedstawione w tabeli 9.

Tabela 9. Sytuacje, w których badane czuły się zmuszone

sytuacje, w których badana czuła się zmuszana	liczba wskazań
rodzenie na leżąco/wymuszona inna pozycja	55
wywołanie porodu/podanie oksytocyny/rodzenie na siłę	33
wstawanie po cesarskim cięciu/po porodzie drogami natury	29
założenie wenflonu/cewnika/opatrunku/lewatywa/przebicie pęcherza/masaż szyjki macicy	29
zabranie dziecka – badania dziecka lub mamy (inny powód)	18
krępujące sytuacje/brak intymności	18
KTG (zbyt długie/dodatkowe)	17
podpisywanie oświadczeń	14
podanie witaminy K dziecku/antybiotyku/inne	13
ściągnięcie pokarmu/sprawdzenie, czy mama ma mleko/przystawianie na siłę dziecka do piersi	13
cesarskie cięcie	11
dłuższe pozostanie na oddziale	11
dokarmianie/dopajanie dziecka	10
nacięcie krocza	9
rodzenie bez znieczulenia	7
szybkie opuszczenie oddziału	3
wyproszenie męża/osoby towarzyszącej	2
inne	55

7.6. Podsumowanie – nadużycia i przemoc w opiece okołoporodowej w świetle doświadczeń kobiet

Podsumowując można odwołać się do kategorii i rodzajów nadużycia zaproponowanych przez Bohren (Bohren et al., 2015) i zobaczyć, jak często te sytuacje miały miejsce w doświadczeniach badanych kobiet.

Tabela 10. Sytuacje uznane w literaturze za nadużycie, które pojawiły się w doświadczeniach badanych kobiet

kategoria nadużycia	rodzaje	przykład
przemoc fizyczna	użycie siły, np. uciskanie dna macicy fizyczny przymus	Personel: <ul style="list-style-type: none"> na siłę rękoma ładowała nogi przy parciu – 3% naciskała na brzuch w trakcie porodu – 15,5% - spośród tych osób, 90% wskazało, że odbywało się to w II okresie porodu, najczęściej naciskano dłońmi (57,6%), łokciem (39%), a w 18,2% ktoś naciskał całym ciałem przywiązała nogi do łóżka porodowego – 0,8% szturchnęła – 0,5%
przemoc słowna	upokorzenie przez krzyk lub krytykę groźenie obwinianie	Personel: <ul style="list-style-type: none"> wypowiadała niestosowne komentarze – 24% wywyższała się, traktowała z góry – 20% nie odpowiadała na pytania/lekceważyła/ignorowała – 17,1% podnosiła głos/krzyczała/była opryskliwa – 15,6% krytykowała/wyzywała – 11,8% wyśmiewała – 10,1% obrażała – 7,0% szantażowała zdrowiem dziecka lub kobiety – 4,9% groziła – 1,4%
dyskryminacja i stygmatyzowanie	dyskryminacja bazująca na czynnikach społecznych dyskryminacja bazująca na czynnikach socjoekonomicznych	8,8% badanych deklarowało, że czuło się gorzej traktowane niż inne pacjentki; powody dyskryminacji w opinii badanych (odsetek osób, które czuły się gorzej traktowane): <ul style="list-style-type: none"> kierowanie próśb do personelu – 45% wiek – 25% stan zdrowia – 18% masa ciała – 14% sytuacja materialna – 7% przygotowania do porodu – 6% wyznanie – 1% inne powody – 45% w tym: brak lekarza prowadzącego z danego szpitala, brak znajomości wśród personelu szpitala, cesarskie cięcie, dużo dodatkowych pytań, sposób karmienia, brak doświadczenia, wygląd, posiadanie planu porodu, samotne macierzyństwo, płaczące dziecko, depresja, obniżony nastrój, poród w nocy, w święto
opieka, na którą pacjent nie wyraził zgody	brak świadomej zgody kobiety na zabiegi i wykonywane czynności	Duża część badanych deklarowała, że personel nie pytał o zgodę na czynności i zabiegi. Poniżej odsetek osób, które deklarowały, że zgoda nie była pobierana: <ul style="list-style-type: none"> lewatywa – 4,3% szczepienia noworodka – 12,4% golenie krocza – 17,4%

opieka, na którą pacjent nie wyraził zgody, c.d.	brak świadomej zgody kobiety na zabiegi i wykonywane czynności	<p>badania noworodka – 27,3%</p> <p>wywołanie porodu – 27,1%</p> <p>kroplówka z oksycytyną – 29,1%</p> <p>nacinanie krocza – 30%</p> <p>badanie wewnętrzne – 32,9%</p> <p>podawanie leków – 36,6%</p> <p>założenie wenflonu – 40,9%</p> <p>dokarmianie noworodka mlekiem modyfikowanym – 43,2%</p> <p>obecność studentów podczas porodu – 46,1%</p> <p>kąpiel noworodka – 48,1%</p>
opieka naruszająca prawo do tajemnicy/poufności	brak zapewnionej intymności	<p>personel izby przyjęć i sali porodowej nie dbał o prywatność i intymność („zdecydowanie nie” i „raczej nie”) – 8%</p> <p>personel podczas cesarskiego cięcia nie dbał o prywatność i intymność („zdecydowanie nie” i „raczej nie”) – 6%</p> <p>personel oddziału położniczego nie dbał o prywatność i intymność („zdecydowanie nie” i „raczej nie”) – 7%</p> <p>19,3% respondentek deklarowało, że niektóre czynności były wykonane bez dbałości o intymność i prywatność</p>
brak dostępu do profesjonalnej opieki	procedury i badania zaniechania	<p>Czynność wykonana za mało delikatnie u 31% badanych, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • badanie wewnętrzne – 67,7% badanych, które deklarowały, że jakaś czynność została wykonana za mało delikatnie; • szycie krocza – 25,8% badanych, które deklarowały, że jakaś czynność została wykonana za mało delikatnie; • przystawienie dziecka do piersi – 20% • zakładanie cewnika – 12,9% <p>14,6% wspomina, że badanie wewnętrzne na izbie przyjęć było wyjątkowo bolesne i nieprzyjemne;</p> <p>18,7% respondentek deklarowało, że zabieg zakładania cewnika sprawił im ból; 13% ankietowanych deklarowało, że chciało otrzymać znieczulenie zewnątrzoponowe, ale w szpitalu nie było takiej możliwości;</p> <p>29% nie otrzymało potrzebnego wsparcia w karmieniu dziecka;</p> <p>12% nie otrzymało wsparcia w radzeniu sobie z nawałem pokarmu, ranami brodawek;</p> <p>32,6% nie miało możliwości skorzystania z usług doradcy laktacyjnego w szpitalu;</p> <p>17% kobiet nie otrzymało potrzebnego wsparcia w radzeniu sobie z obniżonym nastrojem.</p>
niewłaściwe relacje między personelem a kobietami	nieefektywna komunikacja brak wspierającej opieki utrata autonomii przetrzymywanie w placówkach	<p>Personel izby przyjęć:</p> <p>okazywał szacunek – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 6%</p> <p>dbał o prywatność, intymność – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 8%</p> <p>rozmawiał w sposób grzeczny i kulturalny – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 5%</p> <p>przekazał wszystkie potrzebne informacje – 12%</p> <p>przekazywał informacje w sposób zrozumiały – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 6%</p> <p>personel sali porodowej:</p> <p>okazywał szacunek – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 5%</p> <p>dbał o prywatność, intymność – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 8%</p>

niewłaściwe relacje między personelem a kobietami, c.d.	niefektywna komunikacja	rozmawiał w sposób grzeczny i kulturalny – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 4%
	brak wspierającej opieki	przekazał wszystkie potrzebne informacje – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 11%
	utrata autonomii	przekazywał informacje w sposób zrozumiały – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 6%
	przetrzymywanie w placówkach	personel w czasie cesarskiego cięcia: okazywał szacunek – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 5% dbał o prywatność, intymność – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 6%
		rozmawiał w sposób grzeczny i kulturalny – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 4%
		przekazał wszystkie potrzebne informacje – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 9%
		przekazywał informacje w sposób zrozumiały – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 5%
		personel oddziału położniczego: okazywał szacunek – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 4% dbał o prywatność, intymność – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 4%
		rozmawiał w sposób grzeczny i kulturalny – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 7%
		przekazał wszystkie potrzebne informacje – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 11%
	przekazywał informacje w sposób zrozumiały – „zdecydowanie nie”, „raczej nie” – 6%	

Analiza wyników badań pokazuje, że jest duża różnica między odczuciami kobiet i ich oceną opieki okołoporodowej, a wnioskami, które płyną z opisu przebiegu porodów respondentek. Podobny wniosek płynął również z analizy danych zebranych podczas akcji „Rodzić po ludzku” w 2006 r. Autorki raportu z tamtych badań napisały: *analiza informacji zebranych od kobiet ukazuje ciekawe zjawisko. Kobiety pozytywnie oceniają poród i pobyt w szpitalu, a jednocześnie relacjonują liczne naruszenia praw pacjenta. Można to wytłumaczyć tym, że kobiety nie są świadome swoich praw i akceptują wiele zachowań personelu, które co prawda w świetle przepisów naruszają prawa pacjenta, ale zwyczajowo się przyjęły.*

Na podstawie deklaracji ankietowanych należy stwierdzić, że badane dobrze, a w niektórych obszarach bardzo dobrze oceniły opiekę, którą otrzymały w szpitalu i w większości mają pozytywne doświadczenia porodowe. Jednocześnie **odpowiedzi respondentek pokazują, że w trakcie większości porodów zdarzają się sytuacje niezgodne z obowiązującymi przepisami, nadużycia, a nawet przemoc.**

15,5% badanych uznało, że podczas pobytu w szpitalu zostało złamane jakieś ich prawo. Jednocześnie ¼ respondentek (23,6%) nie potrafiła stwierdzić, czy doszło do naruszenia prawa. Jedynie 3% ankietowanych złożyło skargę w sprawie, w której nastąpiło, według nich, naruszenie prawa.

Zdarzają się sytuacje, że pacjenci nie są świadomi, że to co ich spotyka w szpitalu, jest niezgodne z prawem.

Jeśli do przemocy słownej i fizycznej zaliczymy zachowania personelu takie jak: szantażowanie, wyśmiewanie, grożenie, krzyczenie, obrażanie, wypowiedanie niestosownych w odczuciu kobiet komentarzy, szturchanie, rozkładanie na siłę nóg przy parciu, przywiązywanie nóg do łóżka porodowego to **16,9% badanych doświadczyło w trakcie swojego porodu lub po porodzie jednej (lub więcej) form przemocy.**

Z odpowiedzi respondentek wynika, że w czasie porodu **54,3% badanych doświadczyło przemocy lub nadużyć związanych z zachowaniem personelu lub niedopełnieniem wszystkich procedur.** Odsetek ten odnosi się do tych kobiet, które wskazały, że w czasie porodu miała miejsce jedna (lub więcej) z opisanych powyżej sytuacji zakwalifikowanych jako przemoc lub jedna z następujących sytuacji: obecność studentów/studentek położnictwa bez zgody badanej, personel zdecydowanie nie dbał o zachowanie prywatności i intymności, pacjentka miała poczucie, że w szpitalu zostało złamane jedno z jej praw, personel nie odpowiadał na pytania, używał niezrozumiałego języka, zwracał się w sposób świadczący o braku szacunku, ankietowana miała poczucie, że personel gorzej ją traktuje bądź zmusza do czegoś.

7.7. Edukacja przedporodowa i plan porodu jako czynniki wpływające na doświadczenia kobiet

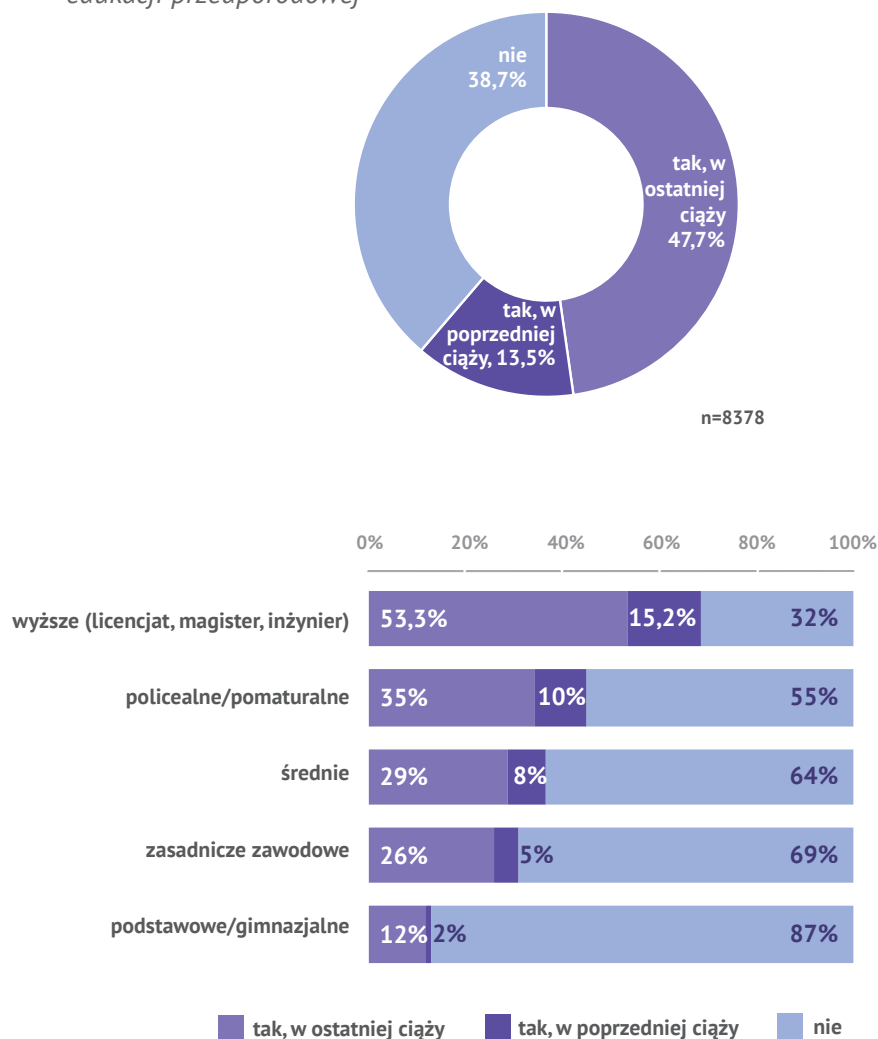
Analiza wyników badań pokazuje, że doświadczenia kobiet są uzależnione od edukacji związanej z przygotowaniem do porodu. Kobiety w Polsce mają kilka możliwości zdobywania wiedzy o porodzie, położu i pielęgnacji dziecka w ramach instytucjonalnego kształcenia. Jedną z możliwości to zajęcia w szkołach rodzenia, druga to spotkania z położną środowiskową w ramach edukacji przedporodowej. Jedną z form przygotowania do porodu jest także opracowanie planu porodu. Napisanie tego dokumentu wiąże się z refleksją nad potrzebami, oczekiwaniami kobiety. To wymaga zdobycia wiedzy na temat fizjologicznych procesów, dobrych praktyk czy interwencji, które mogą zakłócać poród. Zwykle jest o tym mowa podczas zajęć w szkołach rodzenia. Część kobiet zdobywa tę wiedzę na własną rękę korzystając z licznych źródeł internetowych.

Edukację przedporodową w postaci zajęć w szkole rodzenia bądź konsultacji z położną odbyło (w ostatniej lub wcześniejszej ciąży) **61,3% badanych kobiet** (wykres 58). Na edukację przed porodem częściej decydowały się kobiety z wykształceniem wyższym – w ten sposób do porodu przygotowywało się 68,5% respondentek z wykształceniem wyższym, podczas gdy wśród osób z wykształceniem średnim i niższym odsetek ten wynosił 39%, a z wykształceniem zasadniczym zawodowym lub niższym (podstawowe/gimnazjalne) 23,9%.

W opisywanym w raporcie badaniu znacznie większy odsetek respondentek odbył edukację

przedporodową (61,3%) niż odsetek ankietowanych w latach 2015-2016 przez Najwyższą Izbę Kontroli, które deklarowały, że chodziły na zajęcia do szkoły rodzenia – w tamtej próbie odsetek ten wyniósł 18%¹⁵.

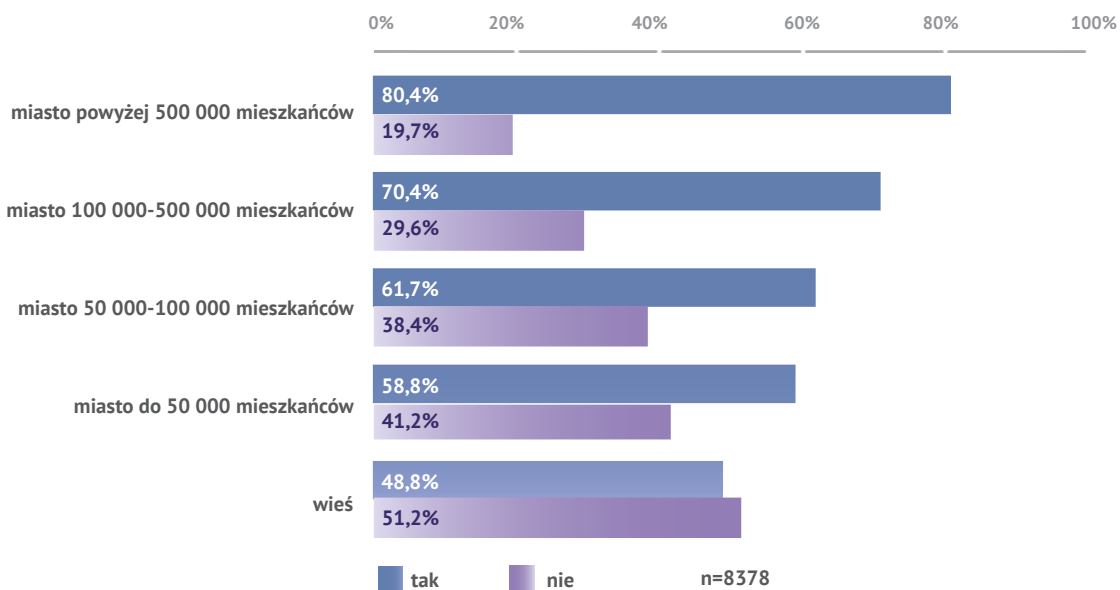
Wykres 58. Uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia lub spotkaniach z położną w ramach edukacji przedporodowej



Warto zwrócić uwagę, że wielkość miejsca zamieszkania respondentek wpływała na uczestnictwo w edukacji przedporodowej. Im większa miejscowość, tym wyższy odsetek ankietowanych, które deklarowały, że chodziły na zajęcia w szkole rodzenia lub spotykały się z położną. W największych miastach – powyżej 500 tys. mieszkańców – odsetek ten wynosił 80,4% (wykres 59).

15. Najwyższa Izba Kontroli, *Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych 2016*, dostępny na stronie: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11621,vp,13972.pdf> (dostęp 10.04.2018 r.).

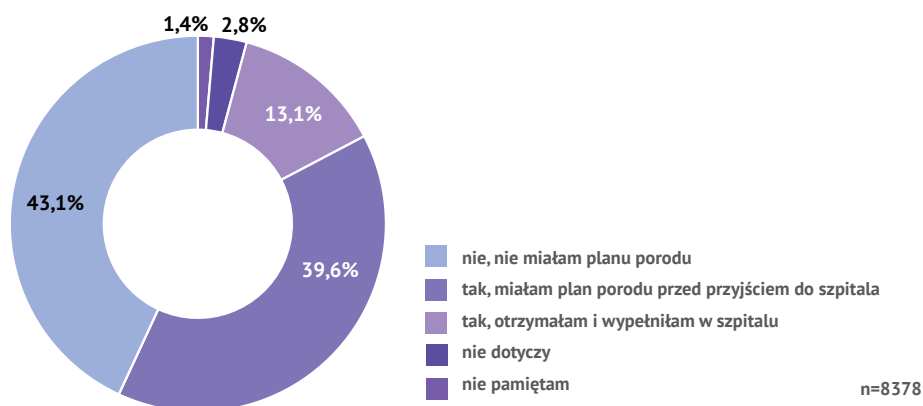
Wykres 59. Uczestnictwo w edukacji przedporodowej w zależności od miejsca zamieszkania



Plan porodu przed przyjściem do szpitala przygotowało prawie 40% kobiet (39,6%), kolejne 13,1% badanych wypełniło go w szpitalu przed porodem. To wyższy odsetek niż w badaniu Najwyższej Izby Kontroli, w którym 25% badanych miało plan porodu¹⁶. Jednocześnie 43,1% respondentek nie miało planu porodu (wykres 60). Częściej przygotowany przed porodem plan porodu miały ankietowane z wyższym wykształceniem (42,9%) niż ze średnim (29%).

Ponad połowa osób (52,4%), które miały przygotowany plan porodu lub otrzymały plan do wypełnienia na izbie przyjęć, deklarowała, że nikt z nimi nie omówił treści zapisanych w tym dokumencie. Jeśli zapisy planu porodu były omawiane to przeważnie przez położną. W prawie wszystkich szpitalach (90,5%), w których plan porodu był omawiany to położna rozmawiała z kobietą na ten temat. Okazuje się zatem, że posiadanie planu porodu nie zawsze oznacza, że personel rozmawia z kobietą o jej oczekiwaniach.

Wykres 60. Plan porodu

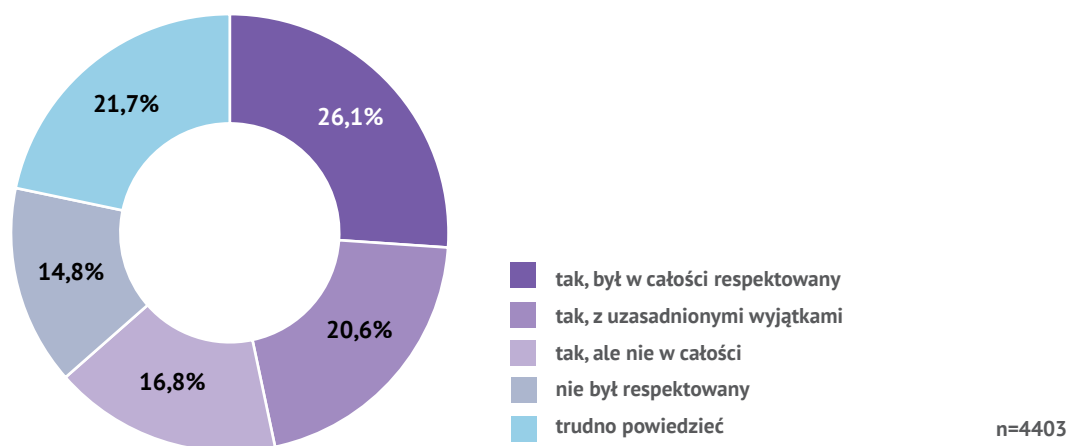


16. Najwyższa Izba Kontroli, *Opieka okołoporodowa...* op. cit.

Prawie połowa kobiet (46,7%), które miały plan porodu deklarowała, że był on respektowany, a jeśli nie to z uzasadnionych powodów. Jednocześnie 14,8% respondentek deklarowało, że plan nie był respektowany. Warto zwrócić uwagę, że $\frac{1}{5}$ badanych nie potrafiła określić, czy plan porodu był przestrzegany. To grupa kobiet, która być może potrzebuje lepszej edukacji w zakresie opieki okołoporodowej, żeby móc określić, w jakim zakresie ich oczekiwania są realizowane (wykres 61).

Częściej respektowany był plan porodu osób, które rodziły w sali jednoosobowej – 50,2% kobiet, które rodziły w takiej sali deklarowało, że plan był respektowany w całości lub z uzasadnionymi wyjątkami. Taką opinię wyraziło 41% respondentek, które rodziły w sali wieloosobowej. Jednocześnie kobiety, które rodziły z osobą towarzyszącą rzadziej deklarowały, że plan porodu nie był respektowany (14,1%) niż respondentki, które rodziły same (22,7%).

Wykres 61. Przestrzeganie zapisów zawartych w planie porodu



Analiza wyników pokazuje ponadto, że omówienie planu porodu wiąże się z tym, że plan porodu jest częściej respektowany (tab. 11).

Tabela 11. Omówienie a respektowanie planu porodu

	plan porodu – tak – ogółem / n=4403	plan porodu – tak – został omówiony / n=4403
tak, był w całości respektowany	26%	41%
tak, z uzasadnionymi wyjątkami	21%	32%
tak, ale nie w całości	17%	15%
nie był respektowany	15%	4%
trudno powiedzieć	22%	8%

Ponad połowa osób (61,9%), które nie miały planu porodu, deklarowała, że nikt w szpitalu nie rozmawiał z nimi o oczekiwaniach związanych z porodem i opieką na oddziale położniczym. Im więcej razy respondentki rodziły, tym częściej deklarowały, że personel omawiał z nimi oczekiwania związane z porodem. Deklarowało tak 30,7% ankietowanych, które rodziły 3. lub kolejny raz (n=102), 27,6% po doświadczeniu drugiego porodu oraz 22,4% badanych, które rodziły po raz pierwszy. Obecność osoby towarzyszącej w czasie porodu również była czynnikiem, który różnicował doświadczenia kobiet w zakresie konsultacji z personelem dotyczącej oczekiwań w czasie porodu. 26% kobiet, które rodziły z kimś bliskim deklaroowało, że w szpitalu pytano o ich oczekiwania, podczas gdy spośród tych, które rodziły same, rozmowę o oczekiwaniach pamięta 19,1% (n=110).

Warto zwrócić uwagę, że o przebiegu porodu znacznie częściej rozmawiano z kobietami, które rodziły drogami natury niż z tymi, które miały cesarskie cięcie. Plan porodu omówiono z 44,9% respondentek, które miały ten dokument i rodziły drogami natury oraz 39,5% ankietowanych, które miały cesarskie cięcie. Jednocześnie o oczekiwaniach związanych z porodem rozmawiano z 26,7% badanych po porodzie drogami natury oraz 23,2% po cesarskim cięciu.

W kontekście przedstawionych wyżej wyników warto zwrócić uwagę, że w Standardach Opieki Okołoporodowej jest napisane, że *w celu nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych (...) wspólnie czytają i omawiają plan porodu*. Doświadczenie ponad połowy badanych wskazuje, że zalecenie to nie jest realizowane. Ponadto wypowiedzi kobiet pozyskane w trakcie zbierania ankiety wskazują, że **plan porodu staje się czasami powodem nieporozumienia czy konfliktu**, a nawet wyśmiewania przez personel pacjentki, która przygotowała ten dokument. Kobiety tak m.in. wspominały sytuacje związane z planem porodu:

„a Ty dziecino w ogóle czytałaś to co nam przyniosłaś?” (komentarz nt planu porodu).

W planie porodu napisałam że nie wyrażam zgody na nacięcie krocza, ordynator który akurat przechodził obok usłyszał to i powiedział że to nie ja o tym decyduje, powiedziałam że znam ryzyko i wolę mieć pęknięte krocze niż nacięte bo pęknięcie mniej boleśnie i krócej się goi, zaczął się naśmiewać z mojej „wiedzy z internetu” i powiedział że mam usunąć ten zapis z planu porodu albo szukać sobie innego szpitala.

Mimo iż miałam swój plan porodu, kazano mi wypełnić go jeszcze raz ale na ich karcie. Tam niektóre zwroty były dla mnie nie zrozumiałe.

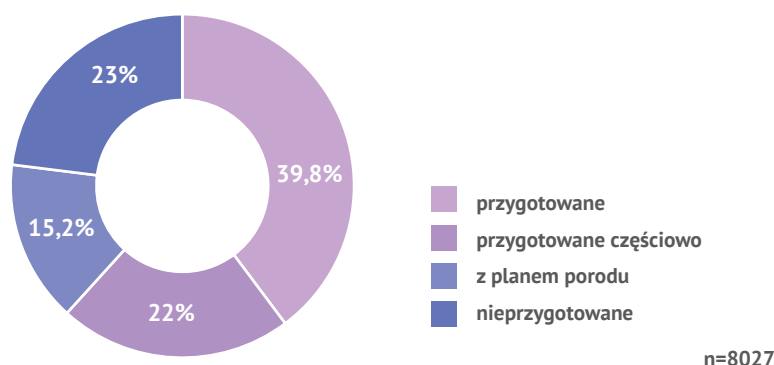
Przekazałam wydrukowany z Waszej strony [Fundacji Rodzić po Ludzku – przyp. red.] plan porodu, panie położne najpierw na korytarzu się z niego podśmiewały po czym przyszły na moją salę i pytały skąd to mam i co jest tam źle zaznaczone i dlaczego (chodziło o to że nie mam doświadczenia „medycznego”, nie wszystko da się wyegzekwować podczas porodu), dostała do wypełnienia szpitalny plan porodu (krótki dość).

Analizując wyniki badań, wyłoniono cztery grupy respondentek, uwzględniając ich zróżnicowane przygotowanie do porodu.

1. Przygotowane – osoby, które były na zajęciach w szkole rodzenia i miały plan porodu.
2. Przygotowane częściowo – osoby, które były na zajęciach w szkole rodzenia, ale nie miały planu porodu.
3. Z planem porodu – osoby, które nie były na zajęciach w szkole rodzenia, ale miały plan porodu.
4. Nieprzygotowane – osoby, które nie były na zajęciach w szkole rodzenia i nie miały planu porodu.

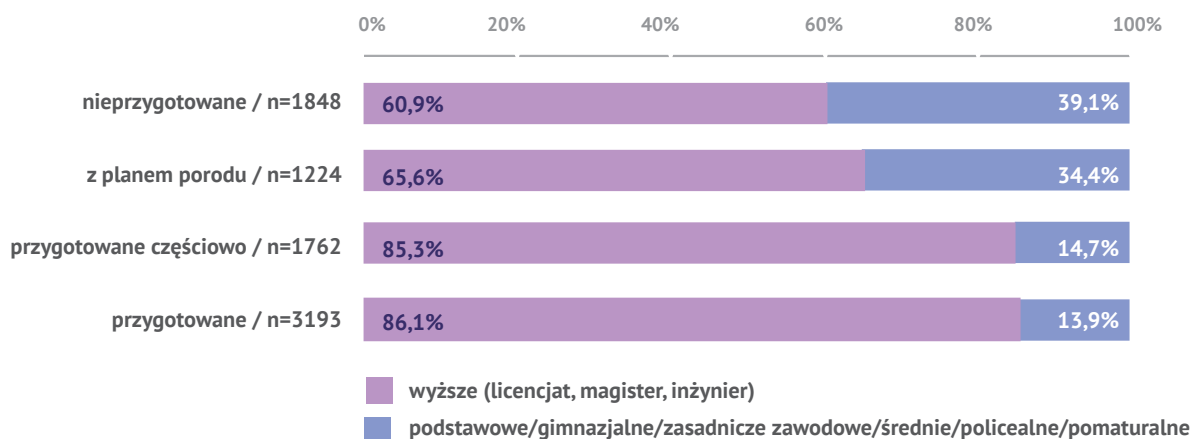
W badanej próbie najwięcej było „Przygotowanych” (39,8%). Podobny odsetek ankietowanych uczestniczył tylko w zajęciach w szkole rodzenia (22%) oraz był w ogóle nieprzygotowany do porodu (23%) (wykres 62). Należy zaznaczyć, że wśród „Przygotowanych” 82,8% miało plan porodu spisany przed przyjściem do szpitala, natomiast wśród osób „Z planem porodu” mniej więcej połowa miała plan przygotowany w domu (55,2%) oraz wypełniła formularz planu porodu w szpitalu (44,8%).

Wykres 62. Respondentki w zależności od przygotowania do porodu



W grupie respondentek „Nieprzygotowanych” oraz „Z planem porodu” więcej było osób z wykształceniem średnim i niższym (wykres 63).

Wykres 63. Przygotowanie do porodu a wykształcenie respondentek



W poniższej tabeli przedstawiono doświadczenia kobiet w zależności od stopnia ich przygotowania do porodu. Okazuje się, że respondentki „Przygotowane” częściej niż pozostałe były pytane o zgodę na wykonanie poszczególnych procedur (tab. 12).

Tabela 12. Doświadczenia w realizacji prawa i Standardów – różnice między grupami respondentek

	przygotowane n=2884	przygotowane częściowo n=1350	z planem porodu n=1058	nieprzygotowane n=1416
założenie wenflonu za zgodą	55,9%	50,4%	53,9%	48,6%
wykonanie lewatywy	96,4%	94,7%	96,9%	91,4%
wykonanie lewatywy za zgodą	96,4%	94,7%	96,9%	91,4%
wywoływanie porodu	44,9%	41,8%	45,4%	41,2%
wywoływanie porodu za zgodą	69,1%	65,0%	68,7%	57,7%
podanie kroplówki z oksytocyną	62,7%	57,8%	63,7%	57,2%
podanie kroplówki z oksytocyną za zgodą	65,0%	60,6%	60,8%	53,6%
przekazanie informacji na temat dostępnych metod łagodzenia bólu	56,3%	45,4%	50,2%	38,7%
badanie wewnętrzne za zgodą	43,8%	41,1%	44,8%	34,5%
możliwość zmieniania pozycji	77,0%	72,0%	75,0%	68,0%
możliwość spożywania płynów	86,0%	83,0%	82,0%	79,0%

możliwość jedzenia	26,0%	18,0%	20,0%	16,0%
nacięcie krocza za zgodą	36,5%	33,1%	34,6%	28,9%
wsparcie w karmieniu piersią	70,7%	63,7%	64,3%	61,2%
kontakt „skóra do skóry” 2 godziny i dłużej	42,1%	39,2%	35,9%	33,3%

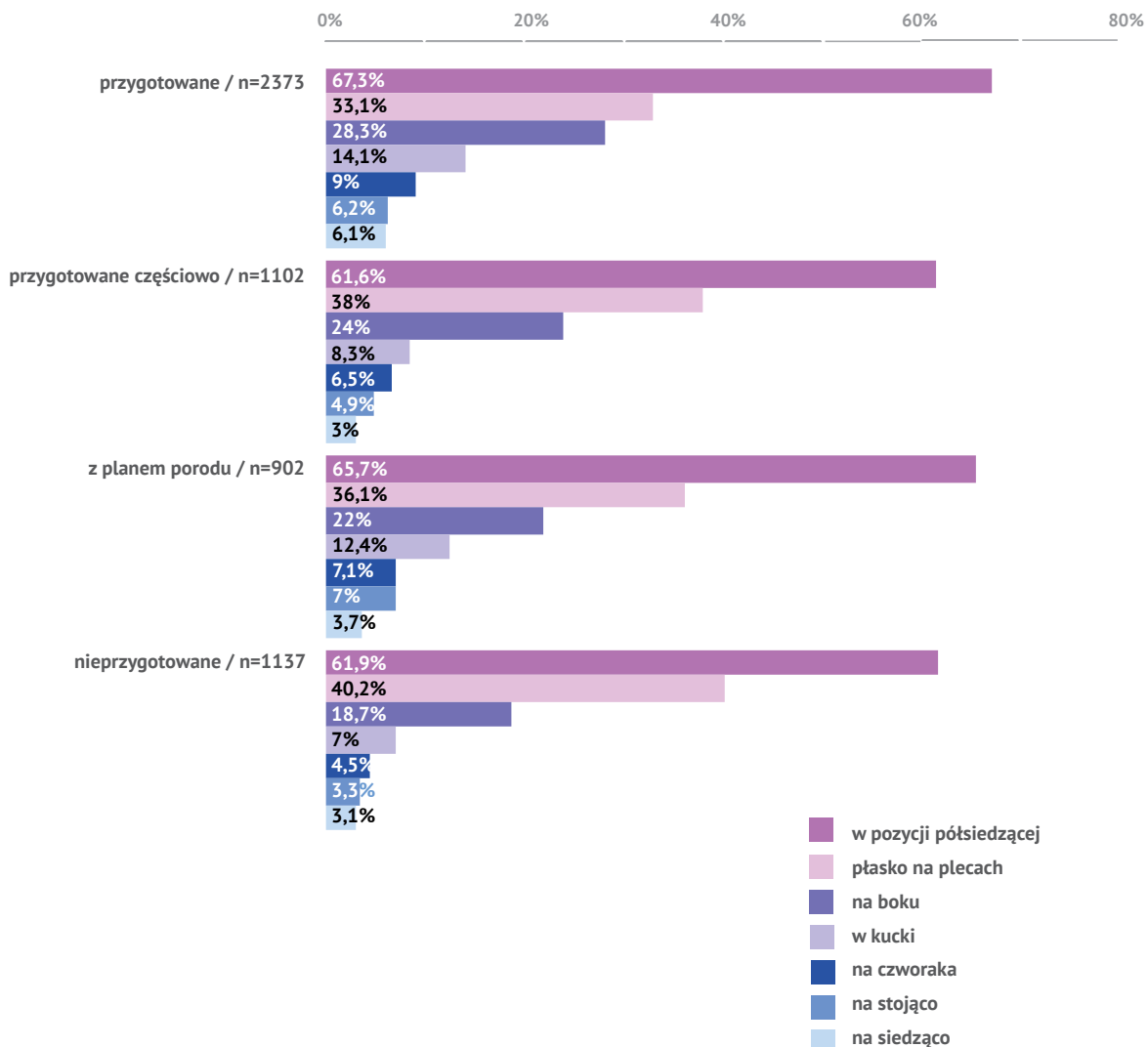
Analiza wyników pokazuje również, że **„Przygotowane” ankietowane częściej korzystały z metod łagodzenia bólu w czasie porodu, zarówno farmakologicznych, jak i niefarmakologicznych** (tab. 13).

Tabela 13. Grupy respondentek a korzystanie z różnych metod łagodzenia bólu w czasie porodu

	przygotowane n=2850	przygotowane częściowo n=1320	z planem porodu n=1055	nieprzygotowane n=1384
chodzenie, spacerowanie	63%	56%	64%	53%
worek sako, piłka, drabinki	54%	43%	45%	42%
kąpiel/prysznic	53%	44%	43%	39%
miejscowe znieczulenie do szycia krocza	49%	51%	50%	48%
gaz wziewny	35%	27%	31%	24%
znieczulenie zewnątrzoponowe w kręgosłup	26%	23%	23%	19%
masaż	26%	19%	19%	13%
okład ciepły lub zimny	15%	12%	13%	8%
dolargan	7%	7%	5%	6%
TENS	5%	3%	2%	2%

Respondentki **„Przygotowane” najrzadziej rodziły płasko na plecach**. W tej grupie najwyższy jest odsetek osób, które rodziły w półsiedzącej i innych pozycjach wertykalnych (wykres 64).

Wykres 64. Pozycje w II okresie porodu w zależności od przygotowanie do porodu



7.8. Ocena warunków sal porodowych i oddziałów położniczych

Zdecydowana większość kobiet bardzo dobrze lub dobrze oceniła czystość na salach porodowych (89,8%) oraz ich standard wyposażenia – szafki, łóżka, sprzęt (78,4%). $\frac{2}{3}$ respondentek pozytywnie oceniła estetykę (67,6%) oraz standard sal porodowych – łazienka, wielkość pomieszczeń (66,7%). W trakcie porodu 15% kobiet nie mogło korzystać z wanny lub prysznicza, a 7% z pomocnych sprzętów takich jak worek sako czy piłka, ponieważ w sali, w której rodziły, nie było takiej możliwości.

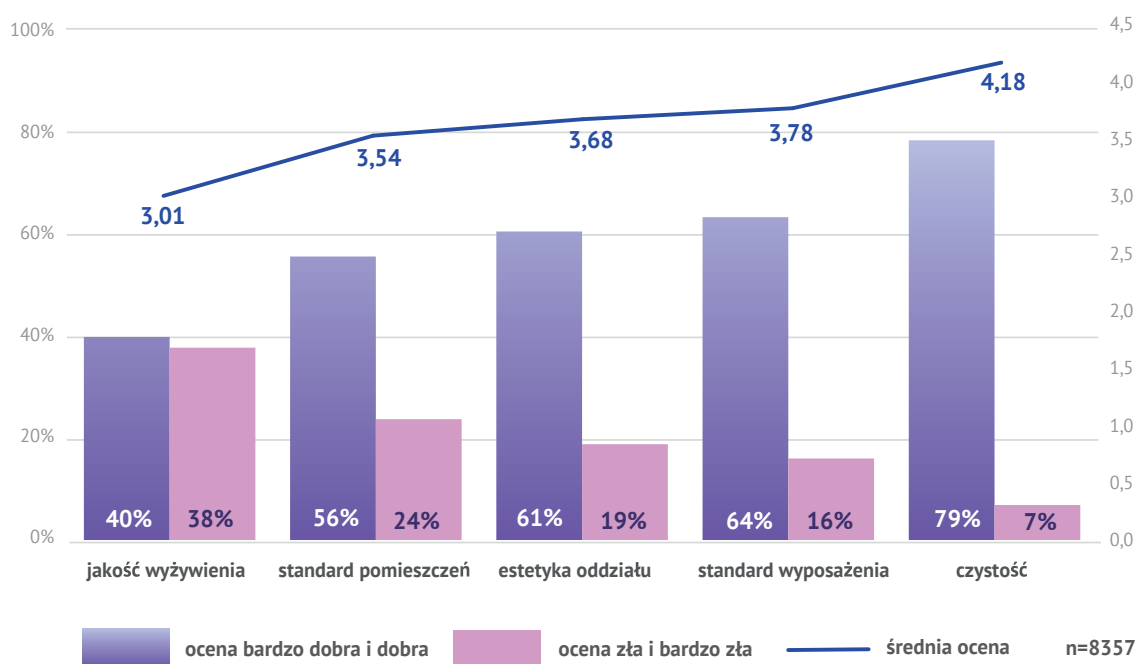
Respondentki zdecydowanie pozytywnie oceniły czystość w pomieszczeniach oddziału położniczego – 79% badanych wystawiła oddziałowi pod względem czystości ocenę bardzo dobrą lub dobrą. $\frac{2}{3}$ badanych dobrze lub bardzo dobrze oceniła standard wyposażenia (64%) oraz estetykę oddziału (61%). Ponad połowa ankietowanych (56%) miała

pozytywną opinię o standardzie pomieszczeń. Tylko $\frac{2}{3}$ kobiet (61,5%) po porodzie leżało w salach, które miały bezpośredni dostęp do łazienki.

Porównując ocenę warunków – respondentki lepiej oceniły standard pomieszczeń, wyposażenie oraz estetykę sal porodowych niż oddziałów położniczych. Najlepiej oceniły czystość w szpitalach.

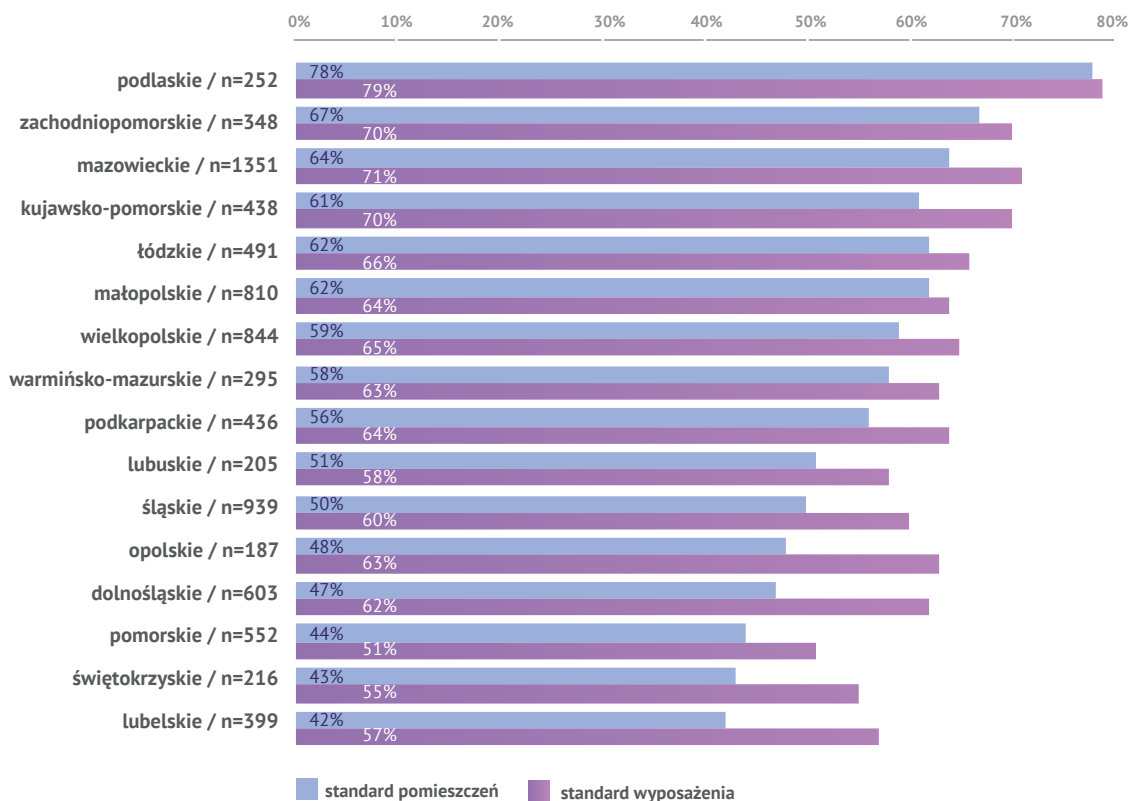
Najbardziej podzielone były badane w ocenie jakości wyżywienia – mniej więcej równoliczne grupy respondentek oceniły jedzenie na oddziale bardzo dobrze i dobrze (40%), bardzo źle i źle (38%) (wykres 65).

Wykres 65. Opinia badanych o warunkach na oddziale położniczym



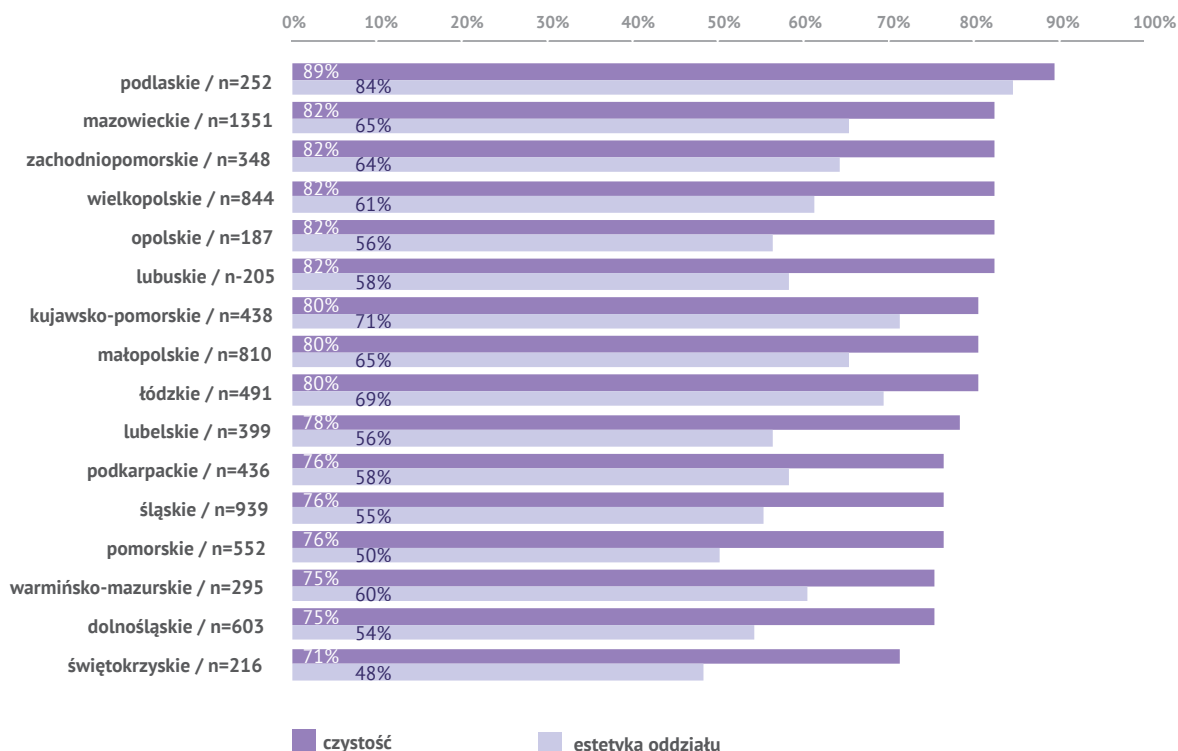
Najwyższe oceny szpitalom w tych kategoriach wystawiły ankietowane w województwach podlaskim, zachodniopomorskim, mazowieckim, kujawsko-pomorskim. W porównaniu z województwami ocenionymi najgorzej różnice sięgają 22 punktów procentowych (w zakresie standardu wyposażenia) i 36 punktów procentowych (standard pomieszczeń). Najgorzej ocenione szpitale znajdują się w województwach lubelskim, świętokrzyskim i pomorskim (wykres 66).

Wykres 66. Opinia badanych o warunkach na oddziale położniczym w województwach – standard wyposażenia i standard pomieszczeń (ocena bardzo dobra i dobra)



Respondentki znacznie lepiej oceniły czystość oddziałów niż estetykę pomieszczeń. Ponad 80% respondentek z 9 województw wystawiło czystości szpitali ocenę bardzo dobrą i dobrą. Pod względem estetyki oddziałów taki odsetek ankietowanych ocenił szpitale tylko w województwie podlaskim, 7 na 10 badanych z województwa kujawsko-pomorskiego pozytywnie oceniło wygląd oddziałów, podobne oceny zostały wystawione przez ankietowane z łódzkiego, małopolskiego, mazowieckiego i zachodniopomorskiego.

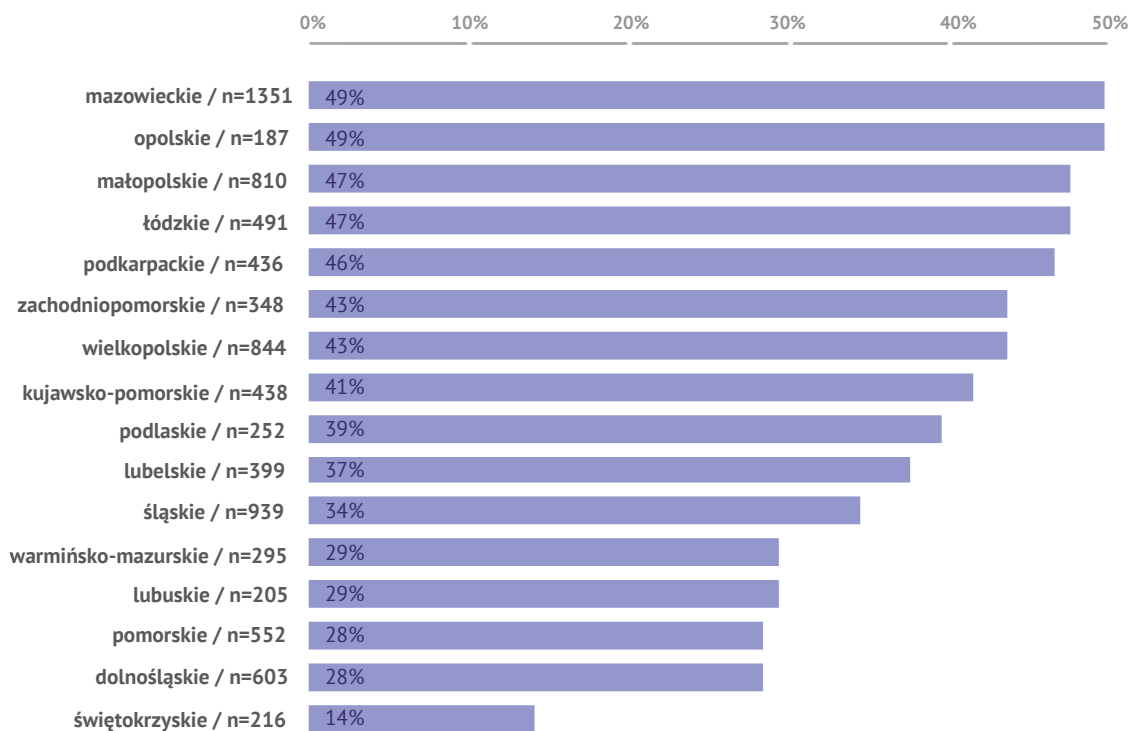
Wykres 67. Opinia badanych o warunkach w oddziale położniczym w województwach - estetyka oddziału i czystość (ocena bardzo dobra i dobra)



Jakość wyżywienia w szpitalach budzi w ostatnim czasie najwięcej kontrowersji. W 2018 r. ukazał się raport Najwyższej Izby Kontroli, którego wyniki wskazały, że w większości kontrolowanych szpitali posiłki przygotowywano z surowców niskiej jakości, o niewłaściwych wartościach energetycznych, były pozbawione odpowiednich wartości odżywczych¹⁷. Mniej niż połowa badanych, którzy wzięli udział w omawianym badaniu jakości wyżywienia w szpitalach, wystawiła ocenę dobrą lub bardzo dobrą. W województwie świętokrzyskim taką ocenę przyznało tylko 14% respondentek. W województwach dolnośląskim, pomorskim, lubuskim, warmińsko-mazurskim ponad 70% ankietowanych jakość wyżywienia w pięciostopniowej skali oceniła na 3 lub mniej (wykres 68).

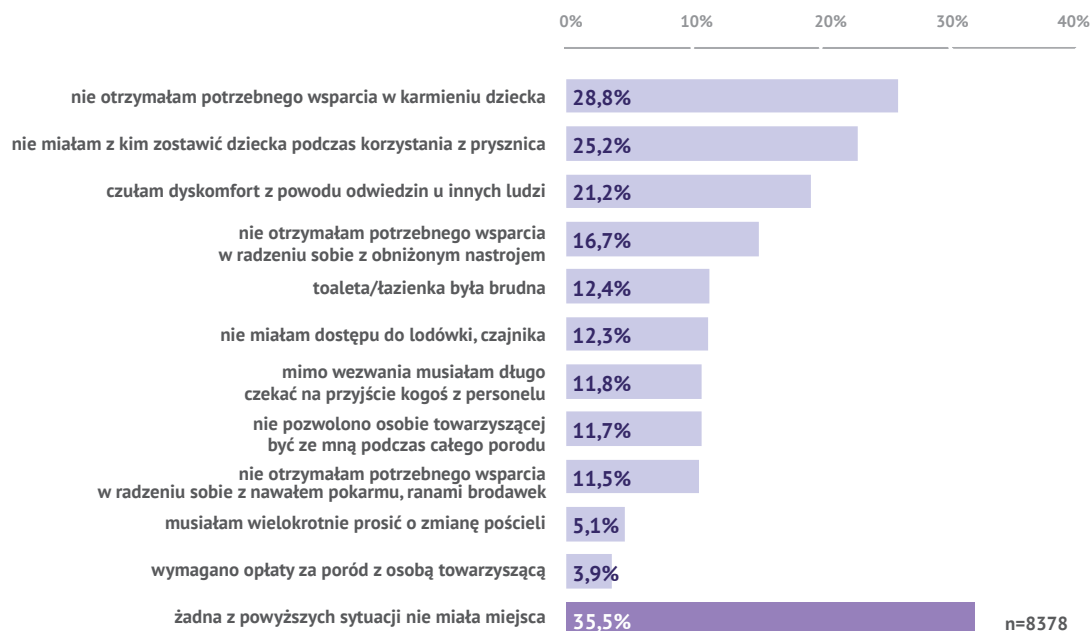
17. Najwyższa Izba Kontroli, *Żywnienie pacjentów w szpitalach*, Warszawa, 2018.

Wykres 68. Opinia badanych o warunkach w oddziale położniczym w województwach – jakość wyżywienia (ocena bardzo dobra i dobra)



Obok pytań o warunki i wyżywienie w szpitalu znalazło się pytanie z wymienionymi sytuacjami i z prośbą o zaznaczenie tych, które przytrafiły się ankietowanym. 28,8% respondentek wskazało, że nie otrzymało wsparcia w karmieniu dziecka, 25,2% nie miało z kim zostawić dziecka, w czasie gdy chciały wziąć prysznic. Dla $\frac{1}{3}$ ankietowanych (21,2%) problemem był dyskomfort związany z odwiedzinami u innych pacjentek (wykres 69). $\frac{1}{3}$ badanych (35,8%) deklarowała, że żadna ze wskazanych sytuacji nie miała miejsca podczas ich pobytu w szpitalu.

Wykres 69. Doświadczenia kobiet podczas pobytu w szpitalu

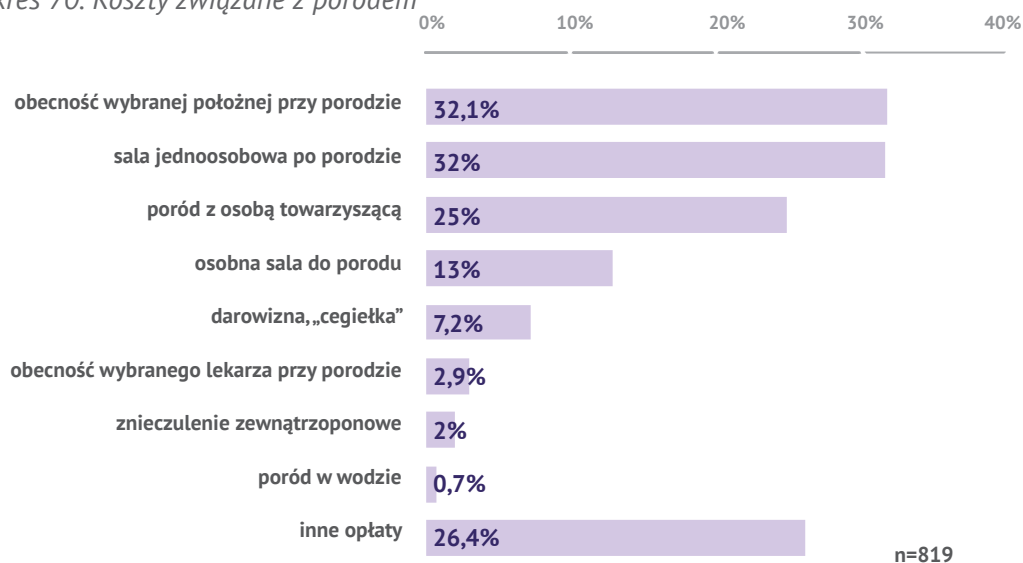


7.9. Opłaty związane z porodem i pobytem w szpitalu

Co 10 badana (9,8%) deklarowała, że w związku z pobytem w szpitalu poniosły jakieś koszty. Częściej dotyczyło to osób z wykształceniem wyższym niż średnim i niższym (11,1% vs 5,5%). Wynika to zapewne z tego, że osoby te opłacały indywidualne usługi.

Najwięcej badanych (32,1%) płaciło za obecność podczas porodu wybranej położnej oraz za możliwość przebywania po porodzie w sali jednoosobowej (32%). ¼ ankietowanych poniosła koszty związane z obecnością w czasie porodu osoby towarzyszącej, a 13,2% zapłaciło za osobną salę do porodu (wykres 70).

Wykres 70. Koszty związane z porodem



Średnie koszty związane z porodem wahają się od 211 zł za poród z osobą towarzyszącą do ponad 1000 zł za obecność wybranej położnej. Ze wskazanych przez respondentki wydatków jedynie opłata za poród oraz jednoosobowa sala po porodzie z wybraną położną wydaje się być usługą ponadstandardową. Pozostałe cele, na które kobieta musiała mieć pieniądze, powinny znajdować się w pakiecie bezpłatnych usług w placówkach publicznej ochrony zdrowia.

Tabela 14. Wysokość opłat

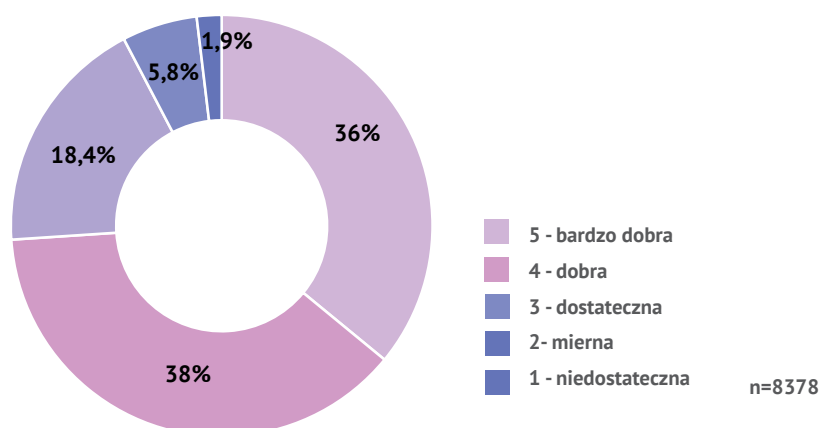
	poród z osobą towarzyszącą (w zł)	poród w sali jednoosobowej (w zł)	obecność wybranej położnej (w zł)	ZZO (w zł)	sala jednoosobowa po porodzie (w zł)	darowizna/ „cegiełka” (w zł)
mediana	50	150	1100	425	400	100
dominanta	50	100	1500	bd	500	100
średnia	211	412	1196	425	578	317
N	134	39	314	8 ¹⁸	259	51

18. Ze względu na małą liczbę wskazań, dane należy traktować ilustracyjnie.

7.10. Ogólna ocena i czynniki wpływające na zadowolenie z opieki w szpitalu

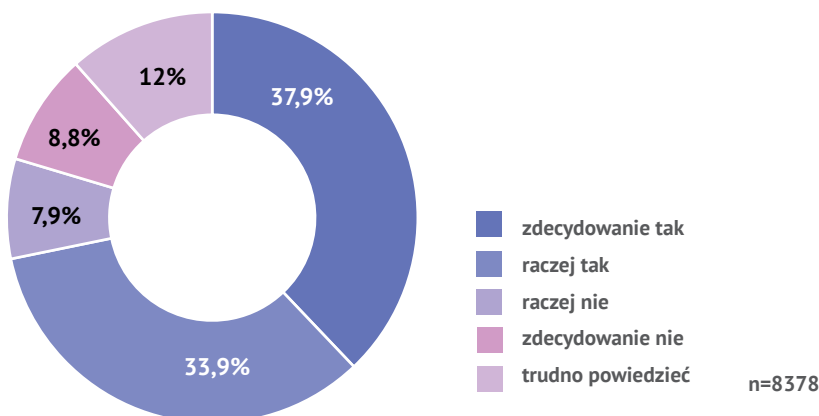
Jeśli badane miałyby wystawić ocenę opiece, którą otrzymały w szpitalu, to większość wystawiłaby ocenę bardzo dobrą (36%) lub dobrą (38%). ¼ kobiet nie oceniła pozytywnie opieki okołoporodowej – **18,4% wystawiło ocenę dostateczną, 5,8% mierną, a 1,9% niedostateczną** (wykres 71).

Wykres 71. Ocena opieki w szpitalu



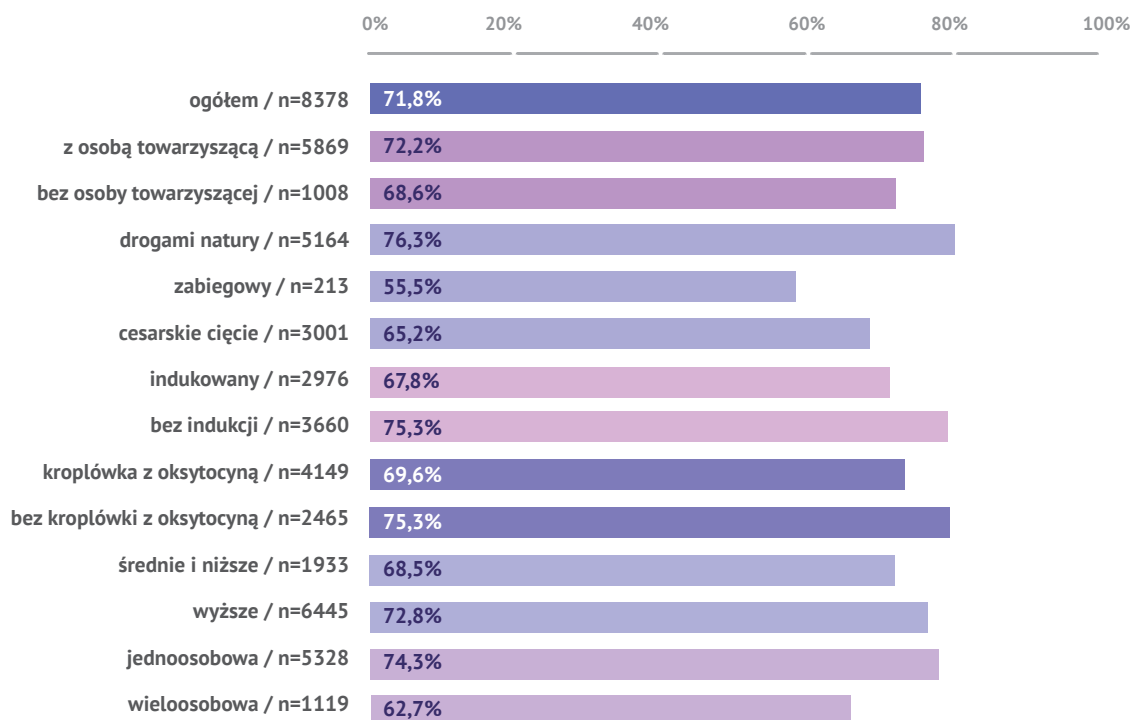
Wyznacznikiem ogólnych doświadczeń kobiet związanych z pobytem w szpitalu mogą być odpowiedzi na pytanie, czy przy kolejnym porodzie respondentki wybrałyby szpital, w którym rodziły. Prawie ¾ badanych (71,8%) deklarowało, że tak by właśnie postąpiło (wykres 72).

Wykres 72. Czy gdyby miała Pani rodzić jeszcze raz, wybrałaby Pani ten szpital ponownie?



Gotowość ponownego wyboru szpitala była nieznacznie większa u osób, które rodziły z osobą towarzyszącą, w sali jednoosobowej, miały wyższe wykształcenie. Ponad 10 punktów procentowych różni osoby, które rodziły drogami natury oraz miały cesarskie cięcie. Wśród ankietowanych, które rodziły drogami natury, większą gotowość ponownego wyboru tego samego szpitala miały osoby, których poród nie był indukowany ani stymulowany (wykres 73).

Wykres 73. Czy gdyby miała Pani rodzić jeszcze raz, wybrałaby Pani ten szpital ponownie?
(odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”)



Należy zwrócić uwagę, że 17% kobiet zadeklarowało, że w trakcie pobytu w szpitalu nie otrzymało potrzebnego wsparcia w radzeniu sobie z obniżonym nastrojem.

8. Wyniki badania na tle wyników innych badań

W ostatnich latach zrealizowano kilka badań, których przedmiotem było przestrzeganie Standardów Opieki Okołoporodowej. W 2016 r. ukazały się dwa raporty na ten temat. Jeden był wynikiem kontroli Najwyższej Izby Kontroli przeprowadzonej na oddziałach położniczych. W ramach tej kontroli zrealizowano również ankiety wśród kobiet, które rodziły w latach 2013-2015¹⁹. Drugi raport przedstawiał wyniki audytu społecznego przeprowadzonego przez Stowarzyszenie Obywatel Mama, którym objęto wszystkie szpitale i oddziały położnicze znajdujące się w województwie małopolskim. Przedstawione w tym raporcie dane dotyczą doświadczeń kobiet rodzących między majem 2013 r. a styczniem 2016 r.²⁰. W 2017 r. ukazał się raport Fundacji Rodzić po Ludzku „Medykalizacja porodu w Polsce”²¹. Przedstawione w raporcie dane dotyczą 2015 r. Różnią się jednak od pozostałych, bowiem przedstawione informacje pochodzą od szpitali – są to deklaracje szpitali o praktykach realizowanych w placówkach oraz dane statystyczne udostępnione przez szpitale. W poniższej tabeli przedstawiono również dane zawarte w raporcie Fundacji Rodzić po Ludzku z 2006 r. Takie porównanie pozwoli pokazać, jak zmieniają się praktyki po wprowadzeniu w 2012 r. Standardów Opieki Okołoporodowej.

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 10.04.2018 r.).

20. 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.

21. Doroszevska A., *Medykalizacja porodu w Polsce. Raport z monitoringu oddziałów położniczych*, Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2017.

Tabela 15. Porównanie wybranych wskaźników opieki okołoporodowej

	raport FRpL 2018 deklaracje kobiet	raport FRpL 2017 deklaracje i dane statystyczne od szpitali	raport NIK 2015-2016 deklaracje kobiet	raport "Obywatel Mama" 2016 deklaracje kobiet Małopolska	raport FRpL 2006 deklaracje kobiet
uczestnictwo w edukacji przedporodowej	61%	bd	18% szkoła rodzenia	bd	bd
przygotowanie planu porodu	40%	bd	25%	31%	bd
obecność osoby towarzyszącej w trakcie porodu	86%	56%	63%	91%	64%
wywoływanie porodu	43%	19%	bd	63% miała podaną oksytocynę, 31% miała przebity pęcherz płodowy	50% (łącznie indukcja i przyspieszanie porodu)
przyspieszanie porodu	61%	25%	bd	63% miała podaną oksytocynę	50% (łącznie indukcja i przyspieszanie porodu)
możliwość picia w czasie porodu	83%	95%	38% zachęcano do picia przejrzystych płynów	82%	bd
naciskanie brzucha w czasie porodu	15% (w tym prawdopodobny kristeller - 2,5%)	bd	27% (w tym prawdopodobny kristeller - 11%)	22%	bd
nacięcie krocza	55% (za zgodą 34%)	50%	68% (za zgodą 43%)	54% (za zgodą 39%)	80%
kontakt „skóra do skóry”	93%	84% - zawsze; 14% prawie zawsze	91%	92%	89%
długość kontaktu „skóra do skóry” 2 godziny lub dłużej	38%	48%	11%	17%	bd
długość kontaktu „skóra do skóry” 30 minut do 2 godzin	13%	27%	25%	23%	11% (powyżej 30 minut)
długość kontaktu „skóra do skóry” do 30 minut	46%	25%	63%	56%	78%

9. Rekomendacje Fundacji Rodzić po Ludzku

Rekomendacje dla szpitali

1. Większe skorzystanie z 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 ogranicza koszty opieki okołoporodowej i pozwala na przekierowanie zaoszczędzonych środków np. na zapewnienie anestezjologa, doradcy laktacyjnego, doposażenie sal, szkolenia personelu z komunikacji z pacjentem.
2. Regularne przeprowadzanie praktycznych szkoleń dla personelu medycznego w zakresie realizacji Standardów Opieki Okołoporodowej, w szczególności poświęconych m.in. pozycjom wertykalnym, karmieniu piersią, ochronie krocza, pierwszemu kontaktowi, komunikacji z kobietą, prawom pacjenta.
3. Zbieranie informacji od kobiet i analizowanie na temat jakości świadczonych usług, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii traktowania pacjentek i sposobu komunikacji personelu, respektowania prawa do informacji, intymności oraz wyrażania zgody na zabiegi i czynności.
4. Zwiększenie liczby położnych zatrudnionych na oddziałach położniczych, które będą wyposażone w profesjonalną wiedzę w zakresie laktacji.
5. Zaprzestanie praktyk zakłócania pierwszego kontaktu matki z dzieckiem po narodzinach. Ważenie i mierzenie nie powinno być procedurą zakłócającą ten niezwykle ważny moment.
6. Zagwarantowanie przez wszystkie placówki mające kontrakt z NFZ dostępności znieczulenia zewnątrzoponowego. Rozpowszechnienie dostępu do tej metody łagodzenia bólu ograniczy ryzyko zachowań mogących nieść znamiona nieludzkiego traktowania rodzącej oraz obniżyć wskaźnik planowanych cesarskich cięć.
7. 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.
8. Wyposażenie wszystkich sal porodowych, również tych wieloosobowych, w sprzęt ułatwiający łagodzenie bólu i przyjmowanie dogodnych dla rodzących pozycji w I fazie oraz pozycji wertykalnych w II fazie porodu. Zapewnienie kobietom rodzącym dostępu do wanny lub prysznicza w trakcie porodu.
9. Omawianie z kobietą jej planu porodu, a w sytuacji, kiedy nie ma swojego planu, omówienie z nią jej oczekiwań i potrzeb związanych z porodem i pobytem w szpitalu.
10. Ograniczanie nieuzasadnionych procedur medycznych podczas fizjologicznego porodu – przyspieszanie porodu za pomocą kroplówki z oksytocyną, nacinanie krocza.

Rekomendacje dla Ministra Zdrowia

1. Monitorowanie realizacji Standardów Opieki Okołoporodowej w szpitalach i wyciąganie konsekwencji wobec placówek naruszających zapisy SOO. Regularne kontrole w placówkach.
2. Regularne analizowanie sytuacji w opiece okołoporodowej poprzez organizowanie paneli i dyskusji ze wszystkimi zaangażowanymi w opiekę nad kobietą stronami.
3. Wsparcie dla badań i działań zapobiegających brakowi szacunku i nadużyciom w opiece okołoporodowej.
4. Inicjowanie i wspieranie programów mających na celu poprawę jakości opieki okołoporodowej, z silnym naciskiem na poszanowanie godności kobiet jako ważnego elementu jakości tej opieki.
5. Zdefiniowanie wskaźników medykalizacji i systematyczne ich monitorowanie, wdrożenie procedur ograniczających medykalizację porodu w Polsce.
6. Ustalenie jasnych wytycznych dla szpitali odnośnie corocznego raportowania postępów we wdrażaniu Standardów Opieki Okołoporodowej.
7. Ustalenie jasnych norm zatrudnienia położnych w odniesieniu do liczby rodzących i opieki na oddziałach położniczych.
8. Sprecyzowanie minimalnych wymagań dotyczących wyposażenia, organizacji i kompetencji personelu tak, by gwarantowały opiekę dostosowaną do potrzeb wszystkich pacjentek.
9. Uświadamianie społeczeństwa, a także osób wykonujących zawody medyczne, co do negatywnych konsekwencji złego traktowania kobiet podczas porodu, medykalizacji zarówno w aspekcie medycznym, jak i społecznym i ekonomicznym.
10. Stworzenie możliwości edukacyjnych dla personelu medycznego w zakresie realizacji Standardów Opieki Okołoporodowej, w szczególności poświęconych m.in. pozycjom wertykalnym, karmieniu piersią, ochronie krocza, pierwszemu kontaktowi, komunikacji z kobietą, prawom pacjenta i przestrzeganiu praw człowieka.
11. Zdiagnozowanie barier we wdrażaniu poszczególnych zapisów Standardów w szpitalach i podjęcie odpowiednio dobranych działań.

Rekomendacje dla osób sprawujących opiekę, a także odpowiedzialnych za edukację

1. Podejmowanie działań edukacyjnych mających na celu wzrost świadomości kobiet co do negatywnych konsekwencji zdrowotnych medykalizacji porodu drogami natury, niepotrzebnych interwencji medycznych i cesarskiego cięcia oraz praw przysługujących kobiecie w opiece okołoporodowej.
2. Podejmowanie działań edukacyjnych skierowanych także do osób towarzyszących

w porodzie. Powinny być one świadome całego procesu porodu, znaczenia poszczególnych etapów, korzyści związanych z niezakłóconym procedurami medycznymi przebiegiem porodu, ryzyka związanego z interwencjami medycznymi.

3. Promowanie porodu fizjologicznego i uświadamianie długofalowych korzyści takiego porodu dla matki i dziecka.
4. Zachęcanie i pomoc w przygotowaniu planu porodu.
5. Zachęcanie kobiet do uczestniczenia w edukacji przedporodowej. Jak pokazują wyniki badania kobiety lepiej przygotowane – po szkole rodzenia, z planem porodu – mają wyższą jakość opieki okołoporodowej. Wskazuje to na potrzebę nie tylko przekazania wiedzy, co dzieje się w ramach zajęć w szkołach rodzenia, ale także na usystematyzowanie tej wiedzy przez kobiety w trakcie refleksji dotyczącej jej oczekiwań i potrzeb związanych z opieką okołoporodową podejmowanych w czasie przygotowywania (samodzielnie lub z położną, ale przed porodem) planu porodu.
6. Przeanalizowanie programu kształcenia szkół rodzenia. Ważne jest, aby wiedza przekazywana podczas zajęć, była połączona z autorefleksją uczestniczek na temat ich potrzeb. Najlepiej też, aby ta wiedza była wykorzystywana w praktyczny sposób, na przykład w sformułowaniu oczekiwań w planie porodu.
7. Zachęcanie do korzystania z opieki położnych, które realizują edukację przedporodową, a także samodzielnie prowadzą i przyjmują fizjologiczne porody.

10. Piśmiennictwo

- Baranowska B., Kubicka-Kraszyńska, U., (2009), Znaczenie jakości narodzin dla dziecka w świetle wybranych badań (ss. 14–20), [w:] *Holistyczne położnictwo – nowe wyzwania w opiece nad matką i dzieckiem*, Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku.
- Batbaatar E., Dorjdagva J., Luvsannyam A., Savino M. M., Amenta P., (2017), Determinants of patient satisfaction: a systematic review (ss. 89–101), *Perspectives in Public Health*, 137(2). <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>.
- Bhutta Z. A., Salam R. A., Lassi Z. S., Austin A., Langer A., (2014), Approaches to improve Quality of Care (QoC) for women and newborns: conclusions, evidence gaps and research priorities (s 5), *Reproductive Health*, 11(Suppl 2). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S2-S5>.
- Brook R. H., McGlynn E. A., Shekelle P. G., (2000), Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers (ss. 281–295), *International Journal for Quality in Health Care*, 12(4). <https://doi.org/10.1093/intqhc/12.4.281>.
- Chalmers B., Porter R., (2001), Assessing effective care in normal labor: the Bologna score (ss. 79–83), *Birth* (Berkeley, Calif.), 28(2).
- Das J. K., Kumar R., Salam R. A., Lassi Z. S., Bhutta Z. A., (2014), Evidence from facility level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: interventions and findings (s. 4), *Reproductive Health*, 11(Suppl 2). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S2-S4>.
- Doroszewska A., (2017), *Medykalizacja porodu w Polsce. Raport z monitoringu oddziałożeń położniczych*. (s. 78), Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku.
- Hospital care for mothers and newborn babies quality assessment and improvement tool, 2017, March 18. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2014/hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies-quality-assessment-and-improvement-tool>.
- Hulton L., Matthews Z., Stones R. W., (2000), A framework for the evaluation of quality of care in maternity services.
- Indrio F., Martini S., Francavilla R., Corvaglia L., Cristofori F., Mastrolia S. A., Loverro G., (2017), Epigenetic Matters: The Link between Early Nutrition, Microbiome, and Long-term Health Development, *Frontiers in Pediatrics*, 5. <https://doi.org/10.3389/fped.2017.00178>.
- Lassi Z. S., Das J. K., Salam R. A., Bhutta Z. A., (2014), Evidence from community level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: interventions and findings (s. 2), *Reproductive Health*, 11(Suppl 2). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S2-S2>.
- Magne F., Puchi Silva A., Carvajal B., Gotteland M., (2017), The Elevated Rate of Cesarean Section and Its Contribution to Non-Communicable Chronic Diseases in Latin America: The Growing Involvement of the Microbiota, *Frontiers in Pediatrics*, 5. <https://doi.org/10.3389/fped.2017.00192>
- Moore S. R., McEwen L. M., Quirt J., Morin A., Mah S. M., Barr R. G., Kobor M. S., (2017), *Epigenetic correlates of neonatal contact in humans* (ss. 1517–1538), *Development and Psychopathology*, 29(05). <https://doi.org/10.1017/S0954579417001213>.
- Moya-Pérez A., Luczynski P., Renes I. B., Wang S., Borre Y., Anthony Ryan C., Cryan J. F., (2017), Intervention strategies for cesarean section-induced alterations in the microbiota-gut-brain axis (ss. 225–240), *Nutrition Reviews*, 75(4). <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw069>.
- Najwyższa Izba Kontroli, *Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych 2016*, dostępny na stronie: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11621,vp,13972.pdf> (dostęp 10.04.2018 r.).
- Niedośpiął J., (2016), *Mamy prawo. Realizacja standardów opieki okołoporodowej w szpitalach i oddziałach położniczych w województwie małopolskim w okresie 01.05.2013–17.01.2016*, Kraków: Stowarzyszenie Obywatel Mama.

- Petrou S., Kim S. W., McParland P., Boyle E. M., (2017), Mode of Delivery and Long-Term Health-Related Quality-of-Life Outcomes: A Prospective Population-Based Study (ss. 110–119), *Birth*, 44(2).
- Pittrof R., Campbell O. M., Filippi V. G., (2002), What is quality in maternity care? An international perspective (ss. 277–283), *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(4).
- Proctor S., (1998), What determines quality in maternity care? Comparing the perceptions of childbearing women and midwives (ss. 85–93), *Birth* (Berkeley, Calif.), 25(2).
- Raven J. H., Tolhurst R. J., Tang S., van den Broek N., (2012), What is quality in maternal and neonatal health care?, (ss. 676–683), *Midwifery*, 28(5). <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.09.003>.
- Raven J., Hofman J., Adegoke A., Van N. den B., (2011), Methodology and tools for quality improvement in maternal and newborn health care (ss. 4–9), *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 114(1). <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.02.007>.
- Renfrew M. J., McFadden A., Bastos M. H., Campbell J., Channon A. A., Cheung N. F., Declercq E., (2014), Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care (ss. 1129–1145), *The Lancet*, 384(9948). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Rosenthal G. E., Shannon S. E., (1997), The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems, *Medical Care*, 35(11 Suppl), NS58-68.
- 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, porodu oraz opieki nad noworodkiem, Dz.U. 2016 poz. 1132 z późn. zm.
- Salam R. A., Lassi Z. S., Das J. K., Bhutta Z. A., (2014), Evidence from district level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: interventions and findings (s. 3), *Reproductive Health*, 11(Suppl 2). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S2-S3>.
- Sandin-Bojö A. K., Kvist L. J., (2008), Care in labor: a Swedish survey using the Bologna Score (ss. 321–328), *Birth* (Berkeley, Calif.), 35(4). <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00259.x>.
- Sharma G., Mathai M., Dickson K. E., Weeks A., Hofmeyr G. J., Lavender, T., ... de Bernis, L., (2015), Quality care during labour and birth: a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions (s. 2), *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(Suppl 2). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-15-S2-S2>
- Smith H., Asfaw A. G., Aung K. M., Chikoti L., Mgawadere F., d'Aquino L., Van den Broek, N., (2017), Implementing the WHO integrated tool to assess quality of care for mothers, newborns and children: results and lessons learnt from five districts in Malawi, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1461-y>.
- Tunçalp, Özge, Pena-Rosas J. P., Lawrie T., Bucagu M., Oladapo O. T., Portela A., Metin Gülmezoglu, A., (2017), WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience – going beyond survival (ss. 860–862), *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(6).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2017 poz. 1318 z późn. zm.
- Van Duong D., Binns C. W., Lee A. H., Hipgrave D. B., (2004), Measuring client-perceived quality of maternity services in rural Vietnam, (ss. 447–452), *International Journal for Quality in Health Care*, 16(6).
- World Health Organization, (2014), Stanowisko WHO: Zapobieganie i eliminowanie braku poszanowania i złego traktowania rodzających w placówkach medycznych.

- World Health Organization, (2018), WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Pobrano 13 marzec 2018, z <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- World Health Organization, (2006), Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. <http://www.who.int/iris/handle/10665/43470>
- Younes J. A., Lievens E., Hummelen R., Van der Westen R., Reid G., Petrova M. I., (2017), Women and Their Microbes: The Unexpected Friendship, *Trends in Microbiology*. <https://doi.org/10.1016/j.tim.2017.07.008>.

