

Humanizacja opieki okołoporodowej warunkiem zdrowego społeczeństwa



WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
Łódzkiego

Alicja Łaska-Formejster
Paulina Adamczyk
Aneta Muzioł Vidal

Humanizacja opieki okołoporodowej warunkiem zdrowego społeczeństwa

**Standardy
a rzeczywistość
na przykładzie
Polski i Chile**



**WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
ŁÓDZKIEGO**
Łódź 2020

Alicja Łaska-Formejster, Paulina Adamczyk – Uniwersytet Łódzki
Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Katedra Socjologii Polityki i Moralności
90-214 Łódź, ul. Rewolucji 1905 r. 41/43
alicja.formejster@uni.lodz.pl; paulina.maria.adamczyk@wp.pl

Aneta Muzioł Vidal – Univesidad de Magallanes, Avenida Bulnes 01855, Puente Arenas, Chile
anetamuziol@gmail.com

RECENZENT

Mieczysław Gałuszka

REDAKTOR INICJUJĄCY

Iwona Gos

OPRACOWANIE REDAKCYJNE

Anna Surendra, Sebastian Surendra

SKŁAD I ŁAMANIE

Munda – Maciej Torz

KOREKTA TECHNICZNA

Leonora Gralka

PROJEKT OKŁADKI

krzysztof de mianiuk

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/aygunaliyeva

© Copyright by Authors, Łódź 2020

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2020

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.09614.19.0.K

Ark. wyd. 7,3; ark. druk. 7,5

ISBN 978-83-8220-134-5

e-ISBN 978-83-8220-135-2

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

www.wydawnictwo.uni.lodz.pl

e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl

tel. 42 665 58 63

Spis treści

Wprowadzenie	7
Rozdział I	
Zdrowie prokreacyjne i opieka okołoporodowa – systemowy kontekst opieki zdrowotnej	15
1. Struktura systemu opieki zdrowotnej w Polsce	17
1.1. Organizacja opieki okołoporodowej – wybrane aspekty prawne	20
1.2. Główne problemy występujące w ramach opieki okołoporodowej	24
2. Struktura systemu ochrony zdrowia w Chile	27
2.1. Organizacja opieki okołoporodowej – wybrane aspekty prawne	30
2.2. Główne problemy występujące w ramach opieki okołoporodowej	33
Rozdział II	
Wymiary wsparcia w imię tzw. dobrego porodu	39
1. Lekarz i położna – filary profesjonalnego wsparcia	39
2. <i>Doula</i> jako odpowiedź na potrzeby współczesnych rodziców	44
3. Poród jako wydarzenie rodzinne – realna potrzeba czy fanaberia?	47
4. Optymalizacja porodu	49
Rozdział III	
Aksjonormatywne filary profesjonalnej opieki okołoporodowej	53
1. Jak filozofia moralna wkrada się w kontekst opieki medycznej? Autonomiczność jako wartość	55
2. Komponenty wymiaru poszanowania autonomiczności – empatia i świadoma zgoda – w wybranym obszarze refleksji	59
3. Opieka, ale jaka? Konieczność poszanowania zasady godnego i podmiotowego traktowania pacjenta	62
4. Prawa pacjenta	66

Rozdział IV

**Opieka okołoporodowa w opinii badanych Polek i Chilijek
– wyniki badania**

71

- | | |
|---|----|
| 1. Kto uczestniczył w badaniu? | 72 |
| 2. Opinie dotyczące opieki sprawowanej przez lekarza | 74 |
| 3. Opinie dotyczące opieki sprawowanej przez położną i <i>doulę</i> | 77 |
| 4. Opieka okołoporodowa | 80 |
| 5. Sugestie niezbędnych zmian | 83 |

Rozdział V

**Niewystarczająca opieka okołoporodowa – możliwe zagrożenia
i konsekwencje**

91

- | | |
|--|----|
| 1. Zaniedbania prenatalne | 92 |
| 2. <i>Baby blues</i> a depresja ciężarnych i depresja poporodowa | 96 |
| 3. Leczyć czy nie leczyć? | 99 |

Zakończenie 101

Bibliografia 109

Wykaz tabel 119

Wprowadzenie

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 zainteresowania¹.

Na proces kształtowania się jednostki wpływa wiele czynników oddziałujących na siebie jednocześnie. W zasadzie niemożliwe jest wskazanie tego, który pełni najważniejszą funkcję, ponieważ brak jednego elementu potrafi zaburzyć całą strukturę. Niezależnie od etapu rozwoju jednostka potrzebuje dogodnych warunków do wzrastania. Tymczasem ciąża oraz poród generują u kobiety dużo stresu i niepokoju, a podatność na ich negatywne oddziaływanie jest wysoka². Długotrwały stres u kobiety w ciąży może m.in. doprowadzić do zaburzeń emocjonalnych lub poznawczych u dziecka.

Ciąża oraz poród od zawsze były przedmiotem zainteresowania i naukowo-badawczej refleksji (uwarunkowanej kontekstem społeczno-polityczno-kulturowym), ponieważ odnosiły się do sprowadzenia na świat nowego życia. Ten biologiczny proces podlegał więc rytuałom medycznym, społecznym, religijnym czy wspomaganiu technikami medycyny niekonwencjonalnej – ziołolecznictwem, a wszystko po to, by nowa istota od samego początku miała jak najlepszą opiekę. Wydawałoby się, że ze względu na istotność tego wydarzenia w życiu jednostki, a także na jego znaczenie dla całego społeczeństwa, współczesna opieka okołoporodowa uwzględnia wysokie standardy, jest odpowiednio dofinansowana oraz logistycznie i systemowo właściwie zorganizowana. Można by uznać, że potwierdzają to m.in. zmiany, jakie miały miejsce w ostatnich kilkudziesięciu latach

1 A. Doroszewska, Fundacja „Rodzić Po Ludzku”, <https://www.rodzicpoludzku.pl/> (dostęp: 4.04.2020).

2 M. Wilińska, W. Cedrowska, *Komunikacja z kobietą w okresie okołoporodowym – szczególna rola pielęgniarki i położnej w promowaniu zachowań prozdrowotnych matki dziecka*, „Zeszyty Naukowe” 2009, nr 43, s. 5.

w systemie opieki okołoporodowej, a także w kwestiach prawnych dotyczących ciężarnych, np. w sferze zawodowej. Jednak nawet niekwestionowany rozwój medycyny oraz technologii, szereg przywilejów, obecność najlepiej wykwalifikowanego personelu medycznego czy dostęp do najnowocześniejszych metod łagodzenia bólu nie zawsze są gwarancją bezpiecznego przebiegu ciąży i porodu. Niestety, dane empiryczne z zakresu analiz medycznych czy społecznych oraz literatura psychologiczna i psychiatryczna wciąż wskazują na zasadnicze braki w tym obszarze. Podobnie zresztą jak statystyki dotyczące liczebności lekarzy danej specjalizacji, dostępności wizyt czy badań oraz danych z zakresu oceny samej jakości przebiegu relacji kobieta ciężarna – personel medyczny.

Jak wynika chociażby z najnowszego raportu Fundacji „Rodzić po Ludzku”³, dotyczącego monitoringu oddziałów położniczych, choć zmiany systemowe wprowadzone w ostatnich latach przyniosły wiele pozytywnych efektów, to jednak problem braku respektowania praw kobiet przez personel medyczny szpitali wciąż pozostaje aktualnym i ważnym wyzwaniem (a konsekwencje tych doświadczeń mają charakter traumatyczny i często trwałe). Tak więc przebieg relacji kobieta ciężarna – personel medyczny wymaga dalszych zmian, chociażby przestrzegania w praktyce zasady godnego i podmiotowego podejścia do pacjentek. To, że rodzącej może towarzyszyć bliska osoba (bez konieczności ponoszenia dodatkowych opłat), zwiększenie liczby pojedynczych sal do porodów rodzinnych, umożliwianie (w niektórych szpitalach) picia i jedzenia w trakcie porodu, zmniejszenie odsetka nacięć krocza, umożliwienie kobietom podjęcia większej aktywności w trakcie porodu, a także zwiększenie odsetka kobiet, które mają zagwarantowaną realizację prawa do dwugodzinnego kontaktu matki z dzieckiem „skóra do skóry” zaraz po narodzinach, wskazuje na pozytywny kierunek zmian, które jednak w niewielkim stopniu wyczerpują pożądane standardy opieki okołoporodowej.

Niniejsze opracowanie powstało na podstawie krytycznej analizy literatury przedmiotu i dokumentów prawnych, a także badań zrealizowanych w 2019 r. przez Anetę Muzioł Vidal, których celem było poznanie doświadczeń i opinii kobiet na temat opieki okołoporodowej w dwóch odmiennych kulturach – europejskiej (Polska) i latynoskiej (Chile). Interesująca była weryfikacja czynników wpływających na ocenę tej opieki w dwóch wyraźnie różniących się kręgach kulturowych oraz wskazanie tych, które miały dla badanych kobiet największe znaczenie. Badanie porównawcze zostało zrealizowane z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety zawierającego 102 pytania skierowane do badanych z Polski oraz 98 do badanych z Chile, co wynikało z różnic w uwarunkowaniach prawnych i w systemie ubezpieczeń zdrowotnych w obu państwach. Deklaracja przystąpienia do badania była dobrowolna, a za kryterium decydujące o zakwalifikowaniu się do próby uznano urodzenie co najmniej jednego dziecka w czasie maksymal-

3 W badaniach wzięło udział 8378 pacjentek oddziałów położniczych I, II i III poziomu referencyjności, które urodziły dzieci w 2017 r. i w pierwszych dwóch miesiącach 2018 r.

nie 10 lat poprzedzających rozpoczęcie badania ankietowego. Link do ankiety udostępnionej w adekwatnym języku opublikowany został na portalach dotyczących tematyki macierzyństwa: chilijskim forum dla przyszłych matek (<https://www.matrimonios.cl/comunidad/foro-futuras-mamas>); chilijskim fanpage'una Facebooku dla kobiet będących matkami (<https://www.facebook.com/mamis.puq/>); polskim forum o tematyce ciąży, porodu i bycia matką (<https://www.zapytajpolozna.pl/forum>); polskim forum dla matek (<https://mamy-mamom.pl/category/forum/>).

Kwestionariusz zawierał szereg szczegółowych pytań, które miały umożliwić przeprowadzenie pogłębionej analizy, jednak najprawdopodobniej ich liczba zniechęcała kobiety do udzielania odpowiedzi na wszystkie z nich. Część zebranych danych, która charakteryzowała się dużymi brakami w odpowiedziach, nie mogła być więc włączona do źródłowego materiału badawczego, tym samym ostatecznej analizie poddano (co zaskoczyło badaczkę – zapewne w takim samym stopniu, jak i czytelnika) równo 100 kompletnych ankiet (po 50 z Polski i Chile). Kwestie metodologiczne zostały szerzej omówione w rozdziale czwartym.

Autorki opracowania mają świadomość, że zrealizowane badanie obejmowało niewielką próbę i nie należy go traktować jakkolwiek reprezentatywnie, uznają je jednak za ważny głos w dyskusji nad rozbieżnościami między przyjętymi standardami a rzeczywistością w opiece okołoporodowej oraz jako pewnego rodzaju pilotaż ukierunkowujący i wskazujący obszar do zgłębienia w kolejnych badaniach (szczególnie o charakterze jakościowym). Wypracowane wnioski i sugerowane przez respondentki propozycje zmian w opiece okołoporodowej stały się bowiem inspiracją do powstania niniejszej monografii, a dalsza eksploracja obszaru z pewnością pozwoli na szczegółowe opracowanie rekomendacji.

Pragniemy tutaj zwrócić uwagę na społeczny wymiar i wagę zarówno instytucjonalnych, jak i personalnych czynników wpływających na jakość całego, złożonego procesu przyjścia dziecka na świat oraz tych wpływających na kondycję matki. Jest to w naszej opinii tym bardziej istotne, że skutki niewłaściwej lub niewystarczającej opieki podczas ciąży oraz porodu opisywane są przede wszystkim w literaturze z dziedziny psychologii oraz psychiatrii, gdzie akcent kładzie się na zdrowiu psychicznym matki oraz jej relacji z dzieckiem. Sądzymy, że na znaczeniu powinny zyskiwać holistyczno-humanistyczne koncepcje opieki okołoporodowej. Nie żyjemy przecież w społecznej próżni, a to oznacza, że wszelkie konsekwencje, takie jak chłód matki wobec własnego dziecka czy depresja poporodowa, znajdują również swoje odzwierciedlenie w szeroko rozumianym funkcjonowaniu w społeczeństwie. Mając to na uwadze i uznając interdyscyplinarny wymiar zdrowia, zdecydowałyśmy się opisać tę tematykę w perspektywie społecznej, z uwzględnieniem wymiaru aksjonormatywnego. Strukturę tekstu wyznacza zatem idea humanizacji porodu, czyli uznanie za priorytetowe respektowanie wszelkich praw i adekwatne zaspokojenie potrzeb kobiety ciężarnej i rodzącej, oraz aktywne współuczestniczenie tejże kobiety w poszczególnych etapach i decyzjach

dotyczących przebiegu porodu i kontroli nad nim jako procesu odbywającego się w lokalnym środowisku.

W pierwszym rozdziale dokonano charakterystyki wybranych elementów systemu opieki okołoporodowej w Polsce oraz Chile w celu zobrazowania instytucjonalnego kontekstu ich funkcjonowania i przedstawienia ich istotnych podobieństw oraz różnic. Uwzględniono w nim zasady finansowania świadczeń zdrowotnych, a także wybrane zapisy ustawodawcze, obowiązujące w krajach, z których pochodziły respondenci. W kontekście opisu systemu opieki za niezbędne uznano też wskazanie głównych problemów, z którymi borykają się kobiety w ramach opieki okołoporodowej w obu tych krajach.

Jako że fundamentalne znaczenie ma również charakter tejże opieki, w następnej części przedstawione zostały wybrane formy wsparcia niezbędnego dla kobiet spodziewających się potomstwa – od tego profesjonalnego, świadczonego przez położną i lekarza, po wsparcie niespecjalistyczne, lecz bazujące na doświadczeniu i odpowiednim przeszkoleniu, a świadczonym przez tzw. *doulę*. Podjęto tu również temat optymalizacji porodu oraz wskaźników pozwalających na zaklasyfikowanie go (lub nie) do kategorii „dobrego porodu”, co wiąże się też niekiedy z koncepcją porodu jako wydarzenia rodzinnego, którą także przywołano w tej części.

W kolejnym rozdziale zaprezentowana została wykładnia aksjonormatywna, stanowiąca teoretyczne zakotwiczenie omawianych zagadnień. Zasadnicze znaczenie w kontekście działań, w które wpisują się autonomiczne wartości, takie jak dbałość o wartość życia i zdrowia, przypisuje się upodmiotowieniu i poszanowaniu autonomii pacjenta – w tym przypadku kobiety oczekującej narodzin dziecka, dla której ciąża jest nowym, a bywa również wyjątkowo trudnym okresem w życiu. Respektowanie i poszanowanie zasad godnego, zindywidualizowanego traktowania, wzbudzanie zaufania, okazywanie empatii oraz poszanowanie praw pacjentek i ich rodzin mają zasadnicze znaczenie na każdym etapie udzielania pomocy medycznej.

W rozdziale czwartym przedstawiono i omówiono najistotniejsze (z punktu widzenia tematyki niniejszej monografii) wyniki wstępnego badania dotyczącego opinii kobiet z Polski i Chile na temat opieki okołoporodowej, przede wszystkim skupiając się na ocenie relacji badanych kobiet z lekarzem oraz położną, opiniach na temat jakości otrzymanej pomocy i wsparcia, a także sugestii zmian na etapie kontroli ciąży i porodu.

W ostatniej części opisane zostały zaś negatywne konsekwencje niewłaściwej opieki okołoporodowej, które mają znaczenie zarówno w perspektywie krótko-, jak i długoterminowej. Ich zasięg wykracza bowiem poza te odczuwane bezpośrednio przez same kobiety, wpływając na przebieg relacji rodzinnych i ogólne funkcjonowanie w społeczeństwie. W perspektywie podjętej refleksji niezbędne wydawało się zatem wskazanie obszarów wymagających zasadniczych zmian, które wpłynęłyby na polepszenie jakości opieki okołoporodowej.

Wypracowane i przedstawione przez autorki rekomendacje były zatem naturalną konsekwencją analizy wyników badania oraz krytycznej analizy literatury przedmiotu.

Celem niniejszej monografii jest charakterystyka opieki okołoporodowej i jej roli w tworzeniu zdrowego społeczeństwa, z uwzględnieniem niedoborów w jej zakresie i zasygnalizowania ich znaczenia dla jednostek i społeczeństwa. Oczywiście jesteśmy świadome, że opieka okołoporodowa jest zjawiskiem interdyscyplinarnym, złożonym i wielopłaszczyznowym. Obejmuje również takie aspekty, jak chociażby nieuwzględniony przez nas poród odbywający się w domu czy problem strukturalnych nierówności w dostępie do tejże opieki. Jednak celowo nie zdecydowałyśmy się na włączenie tych zagadnień do rozważań, ponieważ nie były one bezpośrednim przedmiotem podjętych badań. Wydają się one natomiast inspirującym i niezwykle ciekawym obszarem, wymagającym eksploracji w kolejnych analizach. W tym miejscu zasadna i konieczna jest natomiast operacjonalizacja tytułowego terminu – zdrowego społeczeństwa – i wskazanie, że nie posługujemy się nim w potocznie znanym kontekście (zdrowego stylu życia). Uzasadnione naukowo mogłoby się jednak wydawać odniesienie do tego wymiaru, gdyż zagadnienia związane z analizą czynników decydujących o „zdrowym społeczeństwie” od lat 70. XX w. związane są właśnie ze zdrowym stylem życia oraz takimi procesami, jak:

[...] wydłużenie przeciętnego trwania życia i zmiany w strukturze chorób, rozwój wiedzy naukowej dotyczącej etiologii chorób zwanych cywilizacyjnymi, kryzysem gospodarczym, rosnącą podmiotowością pacjentów (w tym rola ruchów konsumenckich) oraz zwrotem w samym systemie medycznym, polegającym na większym przykładaniu wagi do działań zapobiegawczych w stosunku do działań naprawczych⁴.

W perspektywie opisywanej tematyki (a zatem w węższym znaczenie ujęciu) proces „tworzenia” zdrowego społeczeństwa identyfikujemy z jakością, odnosimy ją jednak do opieki okołoporodowej i warunków narodzin nowych jego członków – szczególnie w wymiarze profesjonalnym, tj. instytucjonalnym. Zakładamy, że im lepszej jakości będzie to opieka, czyli gwarantująca zaspokojenie potrzeb i oczekiwań kobiety, tym „zdrowiej”, zarówno w kontekście psychofizycznym, jak i społecznym, będą przebiegały procesy ciąży, porodu, połogu, tworzenia się więzi między matką i dzieckiem oraz pozostałymi najbliższymi członkami rodziny. Znacznie łagodniej, z poczuciem wsparcia i komfortu, kobieta będzie mogła przyjąć rolę matki, otaczając odpowiednią troską swoje potomstwo, i tym mniejsze

4 J. Kłos, *Zjawisko zdrowego stylu życia we współczesnym społeczeństwie polskim*, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań 2014, rozprawa doktorska, s. 5, <https://www.wbc.poznan.pl/dlibra/publication/426747/edition/337834/content> (dostęp: 14.06.2019).

będzie prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych czy dysfunkcyjnych konsekwencji związanych z deficytem owego wsparcia. Do przyjętego stanowiska wpisuje się następująca teza:

Troska o zdrowie prokreacyjne warunkuje stan zdrowia Polaków, zachowanie ciągłości biologicznej narodu, dobre zdrowie następnych pokoleń, a także wspomaga działania mające na celu poprawę wskaźników demograficznych⁵.

Bliższa w tym ujęciu jest zatem koncepcja traktująca zdrowie jako element kapitału społecznego oraz zasób jednostki – umożliwiający życie, zainicjowana w 1984 r. przez World Health Organization (WHO) *Health promotion*⁶. Jednak i to podejście bywa krytykowane, gdyż zróżnicowany charakter określenia zakresu znaczeniowego zdrowia skutkuje trudnościami w oszacowaniu jego wartości. Przyjęliśmy zatem założenie, że wartość zdrowia jednostkowego (mierzonego poprzez subiektywne poczucie) jest kompatybilną częścią zdrowia społecznego. Można w tych rozważaniach posunąć się także nieco dalej i wskazać, że zdrowie można pozyskać poprzez zachowania prozdrowotne, aktywną działalność na rzecz środowiska psychofizycznego oraz świadome korzystanie z usług związanych ze zdrowiem – w tym ujęciu zdrowie stanowi istotną wartość dla pracowników instytucji o charakterze medycznym⁷. A zatem zdrowe społeczeństwo to takie, w którym wdrażane są instytucjonalne mechanizmy i narzędzia umożliwiające inwestowanie w kapitał fizyczny oraz ludzki, do którego np. Weisbrod, Schultz i Becker zaliczali przede wszystkim zdrowie i szkolnictwo⁸.

Każda jednostka ma prawo do dbania o swoje zdrowie, co może czynić zarówno w wymiarze indywidualnych, społecznych, jak i instytucjonalnych działań. Ma też prawo do jak najlepszego nadzoru zdrowotnego. Zintegrowane działania w obszarze opieki okołoporodowej mogą stanowić gwarancję kształtowania zdrowego społeczeństwa (oczywiście w określonym wymiarze), składającego się z podmiotów cechujących się wysokim kapitałem zdrowotnym (także tę perspektywę odnosimy do węższej przestrzeni – jednak żywimy przekonanie, że ten rodzaj kapitału przynosi korzyści w znacznie szerszym zakresie), tym bardziej że „[...] przebieg

5 E. Ślizień-Kuczapska, E. Sys, B. Baranowska, U. Tataj-Puzyna, *Zdrowie prokreacyjne jako zasadniczy kierunek troski o zdrowie rodziny. Wybrane zagadnienia profilaktyki zaburzeń płodności oraz promocji karmienia piersią na tle sytuacji demograficznej Polski*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio” 2017, nr 32, s. 3.

6 World Health Organization, *Health Promotion. A discussion document on the concept and principles: summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion*, Copenhagen, 9–13 July 1984, <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107835#sthash.zd9L07Lx.dpuf> (dostęp: 4.04.2020).

7 I. Rudawska, *Marketing w nowoczesnej opiece zdrowotnej. Wybrane aspekty*, „Rozprawy i Studia” 2005, nr 606, s. 25–26.

8 M. Jaworzyńska, *Rola zdrowia w rozwoju gospodarczym*, „Oeconomia” 2011, t. 45, nr 1, s. 4.

okresu okołoporodowego może stanowić jeden z wyznaczników zdrowia prokreacyjnego kobiety, a także wpływać na przyszłe zdrowie prokreacyjne matki i dziecka”⁹. Nasze przypuszczenia dotyczące znaczenia dbałości o ten aspekt zdrowia potwierdzają też dane opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia, gdzie wskazano, że troska o zdrowie prokreacyjne nie tylko wpływa na stan zdrowia Polaków, ale przekłada się również na zdrowie następnych pokoleń¹⁰.

9 E. Ślizień-Kuczapska, E. Sys, B. Baranowska, U. Tataj-Puzyna, *op. cit.*, s. 12.

10 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/6-poprawa-zdrowia-prokreacyjnego> (dostęp: 5.04.2020).

Rozdział I

Zdrowie prokreacyjne i opieka okołoporodowa – systemowy kontekst opieki zdrowotnej

Płodność człowieka determinowana jest przez wiele czynników, a zdrowie prokreacyjne kształtuje się przez pokolenia, dlatego tak ważny jest m.in. systematyczny i permanentny monitoring jakości opieki okołoporodowej. Definicja zdrowia prokreacyjnego została po raz pierwszy doprecyzowana w Polsce w czasie prac Ministerstwa Zdrowia nad dokumentem dotyczącym realizacji celu szóstego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.

[zdrowie prokreacyjne – przyp. aut.] obejmuje zagadnienia pokwitania i przekwitania, płodności i niepłodności, planowania rodziny, zdrowia podczas ciąży, porodu i połogu, nowotworów narządów płciowych i piersi. Troska o zdrowie prokreacyjne (ZP) warunkuje stan zdrowia Polaków, zachowanie ciągłości biologicznej narodu, dobre zdrowie następnych pokoleń, a także wspomaga działania mające na celu poprawę wskaźników demograficznych¹.

Jest to dość szeroka definicja, z której wynikają także określone uprawnienia, m.in. prawo do dostępu do opieki medycznej (okołoporodowej), gwarantującej bezpieczny przebieg ciąży, porodu i połogu. Opracowanie kompleksowej polityki w zakresie zdrowia prokreacyjnego utrudnia jednak brak informacji na temat większości wskaźników określających jego jakość, dlatego też należy dołożyć wszelkich starań, aby ich monitoring realizowany był w sposób nieprzerwany.

Sam termin „opieka okołoporodowa” może wprowadzać w błąd, ponieważ sugeruje, że opieka ta skoncentrowana jest jedynie na porodzie i czasie tuż przed i po nim. Warto jednak podkreślić, że ma ona swój początek na długo przed wydaniem na świat dziecka i nie kończy się w momencie jego urodzenia. Weryfikacja

1 E. Ślizień-Kuczapska, E. Sys, B. Baranowska, U. Tataj-Puzyna, *Zdrowie prokreacyjne jako zasadniczy kierunek troski o zdrowie rodziny. Wybrane zagadnienia profilaktyki zaburzeń płodności oraz promocji karmienia piersią na tle sytuacji demograficznej Polski*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio” 2017, nr 32, s. 3.

wielu obserwacji oraz opracowania ekspertów w obszarze położnictwa i neonatologii wskazują, że odpowiednie przygotowanie do ciąży intensyfikuje szanse na jej odpowiedni przebieg oraz urodzenie zdrowego dziecka. Dostęp wszystkich kobiet w okresie rozrodczym oraz okołoporodowym do bezpłatnej służby zdrowia jest gwarantowany przez konstytucje wielu państw europejskich, z kolei prawo do zdrowia fizycznego oraz psychicznego zostało określone przez międzynarodowe konwencje wchodzące w skład dokumentów międzynarodowych, definiujących katalog praw człowieka².

Nieodzownym warunkiem respektowania prawa kobiety ciężarnej do diagnostyki oraz leczenia jest odpowiednio funkcjonujący układ trójstopniowej opieki okołoporodowej, ułatwiający kobietom w ciąży (szczególnie znacznego ryzyka) korzystanie ze specjalistycznej opieki. Zgodność z dzisiejszą wiedzą medyczną ustalana jest na bazie opinii konsultantów w obszarze położnictwa oraz w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego i jeżeli zachodzi taka potrzeba, odrębnych dyscyplin medycznych wspomagających opiekę nad matką oraz dzieckiem. Ocena jakości i efektywności wykonywania zadań podejmowanych na rzecz zdrowia matki oraz dziecka przez jednostki organizacyjne powinna być elementem „codziennej” praktyki³.

To, co jest istotne i powinno być nieodłącznym komponentem opieki położniczej finansowanej ze środków publicznych, a często w praktyce jest pomijane, to wsparcie zdrowia psychicznego kobiet w wieku rozrodczym, zwłaszcza w okresie okołoporodowym. Zagwarantowanie kobiecie na każdym etapie ciąży, porodu oraz położu komfortu psychicznego jest istotnym czynnikiem bezpośrednio rzutującym na jakość jej życia. Ważne jest także wczesne wykrywanie, diagnostyka oraz leczenie depresji okołoporodowej. W procesie tym oraz podczas sprawowania opieki, niezbędnym (a wręcz priorytetowym) poza poszanowaniem oraz ochroną godności i intymności przyszłej matki, jest dostarczenie jej właściwych informacji oraz zaoferowanie możliwości skorzystania z bezpłatnego wsparcia psychologicznego, niekiedy już na etapie prewencyjnym⁴.

Jeszcze innym istotnym aspektem w kontekście macierzyństwa i opieki nad kobietami ciężarnymi czy młodymi rodzicami, głównie matkami, choć nie bezpośrednio związanym z samą opieką okołoporodową, jest sposób rozwiązania problemów dotyczących ochrony stosunku pracy kobiety ciężarnej w okresie urlopu macierzyńskiego. Urlop macierzyński, rodzicielski oraz wychowawczy i wynikające z niego korzyści są efektywnym narzędziem państw opiekuńczych używanym w celu zwiększenia reprodukcji społecznej, ochrony dobrostanu kobiet i ich dzieci, a także sposobem na hamowanie rosnących problemów de-

2 <https://www.unfpa.org/maternal-health> (dostęp: 15.04.2019).

3 S. Janus, *Analiza jakości opieki perinatalnej w Polsce w latach 1996–2010*, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, rozprawa doktorska, Poznań 2011, s. 15–16, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/206549/index.pdf> (dostęp: 12.05.2019).

4 <http://www.wbc.poznan.pl/Content/323441/index.pdf> (dostęp: 10.04.2019).

mograficznych czy gospodarczych. Jednym z uniijnych priorytetów jest bowiem pomoc rodzinom, tak mężczyznom, jak i kobietom, w osiągnięciu i zachowaniu równowagi między sferą zawodową a rodzinną⁵.

Skuteczność opieki nad kobietą w okresie okołoporodowym uwarunkowana jest więc wieloma czynnikami, zwłaszcza istnieniem wypracowanych metod postępowania (np. Standardów Opieki Okołoporodowej) oraz odpowiednio uściślonych kryteriów oceny efektywności ze strony zarówno pacjentek, jak pracowników ochrony zdrowia (np. regularne badanie opinii). Przeszkodami utrudniającymi dostęp do opieki zdrowotnej są niekiedy niesprzyjające okoliczności socjoekonomiczne kobiet, a czasem brak świadomości czy też niewystarczający poziom wiedzy o istocie tej opieki. W takich właśnie przypadkach najbardziej zauważalna jest konieczność wprowadzenia prawidłowo funkcjonujących systemowych rozwiązań. Najkorzystniejsze i relatywnie najprostsze jest zaprogramowanie działań prewencyjnych, skoncentrowanych nie tylko na zapobieganiu patologii położniczych, ale także optymalizacji prozdrowotnych działań⁶.

1. Struktura systemu opieki zdrowotnej w Polsce

W kategoriach aksjologicznych zdrowie należy do najbardziej pożądanых wartości człowieka – aż 55% Polaków przedkłada zdrowie (a dokładniej zachowanie dobrego zdrowia) nad sukces, sławę, pracę zawodową czy dobrobyt i bogactwo⁷. Według najczęściej przywoływanej definicji Światowej Organizacji Zdrowia, zdrowie to stan fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia), a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności. Pod uwagę brana jest tutaj również sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego. W tym ujęciu zakres zdrowia uwzględnia więc cztery jego wymiary: psychiczny, fizyczny, społeczny i duchowy.

Do pierwszego wymiaru zalicza się: zdolność do rozpoznawania własnych uczuć i wyrażania ich w odpowiedni sposób, umiejętność radzenia sobie ze stresem, napięciami i lękiem oraz sprawność jasnego, logicznego myślenia. Drugim jest wymiar fizyczny, który w uproszczeniu odpowiada za prawidłowe funkcjonowanie organizmu, jego układów i narządów. Trzeci, społeczny, odnosi się do

5 [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2010/425648/IPOLFEMM_NT\(2010\)425648_PL.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2010/425648/IPOLFEMM_NT(2010)425648_PL.pdf) (dostęp: 10.04.2019).

6 G. Iwanowicz-Palus, *Zdrowie reprodukcyjne*, [w:] G. Stadnicka (red.), *Opieka przedkoncepcyjna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, s. 56.

7 Komunikat CBOS, *Komunikat z badań. Rodzina – jej znaczenie i rozumienie*, nr 22/2019, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_022_19.PDF (dostęp: 16.02.2020).

utrzymywania właściwych relacji z innymi ludźmi czy pełnienia funkcji społecznych, a czwarty – duchowy – związany jest z wiarą i zasadami utrzymania wewnętrznego spokoju. Natomiast wszystkie razem składają się na tzw. koncepcję holistyczną, która traktuje zdrowie człowieka jako całość, z wzajemnie powiązanymi ze sobą elementami. Opisane tu wymiary zdrowia bezpośrednio wpisują się w wykładnię teoretyczną podjętych rozważań – kobieta planująca lub oczekująca dziecka to nie chora jednostka czy też chory organ, ale osoba potrzebująca holistycznej opieki, uwzględniającej wszystkie obszary zdrowia, tym bardziej że holistyczne ujęcie znajduje wyraźne odzwierciedlenie w zakresie zdrowia prokreacyjnego.

Proces mający na celu zreformowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej, trwający od lat 80. i wdrażający w perspektywie poszczególnych kadencji Ministerstwa Zdrowia nowe rozwiązania systemowe, wciąż wydaje się mieć charakter niejednorodny, niespójny i niezadawalający. Uważa się wręcz, że wdrażane zmiany restrukturyzacyjne powodują, że system ten jawi się jako skomplikowany i nieprzyjazny pacjentowi, w którym procedury i sformalizowane standardy są ważniejsze od dobra człowieka, zaś podmiotem zmuszonym do działania w tej złożonej strukturze jest właśnie (w kontekście poruszanej tematyki) kobieta, która często samodzielnie musi zadbać o dobro swoje i najbliższej istoty, którą nosi pod sercem. Dlatego tym ważniejszą rolę przypisuje się właściwie realizowanej, profesjonalnej opiece okołoporodowej.

Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce

W Polsce generowanie środków finansowych na opiekę zdrowotną w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, w tym także na opiekę okołoporodową, opiera się na ogólnych podatkach lub składkach pochodzących z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Uzupełnia się je dodatkowymi funduszami, np. wprowadzając odpłatność za pewne usługi medyczne w ramach prywatnych usług lub ponoszonych bezpośrednio przez pacjentów. Dodatkowo niekiedy środki finansowe na rzecz opieki zdrowotnej gromadzi się dzięki rozmaitym akcjom charytatywnym – w Polsce za przykład może posłużyć Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy. Narodowy Fundusz Zdrowia dysponuje także środkami finansowymi, które pochodzą z dotacji, darowizn, lokat czy kredytów⁸.

Środki publiczne gromadzone są z reguły w oparciu o zasady solidaryzmu oraz współodpowiedzialności społecznej za zdrowie wszystkich, natomiast środki prywatne w oparciu o zasady rynku. Ma to wpływ na sposób ich zbierania oraz wiąże się z mechanizmami ich wykorzystania. Model finansowania opieki zdrowotnej

8 <https://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/medycyna,hasla,337653,narodowy-fundusz-zdrowia-nfz.html> (dostęp: 27.04.2019).

ze środków publicznych daje pacjentowi możliwości bezpłatnego (w określonym zakresie) korzystania z opieki zdrowotnej⁹.

Chociaż w Polsce konstytucja gwarantuje prawo do ochrony zdrowia, to nie zawsze jest to równoznaczne z prawem do uzyskania „wszystkich darmowych”, opłacanych ze środków publicznych, usług opieki zdrowotnej. Według ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prawo do świadczeń w Polsce mają: osoby ubezpieczone obowiązkowo lub dobrowolnie, a także inne osoby, jeśli spełniają warunki określone w tejże ustawie, np. są to zgłoszeni do ubezpieczenia członkowie rodziny ubezpieczonego (dziecko, mąż, żona itd.)¹⁰.

Nieustannie poszukuje się sposobów zmniejszenia tempa wzrostu nakładów na zdrowie skierowanych zarówno do świadczeniobiorców usług, jak i świadczeniodawców. Pierwszą próbą było stworzenie tzw. koszyka świadczeń, do którego zaliczone zostały świadczenia zdrowotne, w uproszczeniu – bezpośrednio ratujące życie bądź zdrowie. Wymienione w koszyku świadczenia ubezpieczony uzyskuje nieodpłatnie, są one finansowane ze środków publicznych, pozostałe zaś mają charakter odpłatny. W zależności od sygnalizowanych w analizach społecznych problemów zdrowotnych Polaków wdrażane były/są również stosowne programy profilaktyczne. Drugą próbą było wyhamowanie wzrostu kosztów świadczeń generowanych przez świadczeniodawców przez urzędowe regulowanie tychże świadczeń. Nieprzekroczenie przewidywanego limitu nakładów na świadczenia uprawnia świadczeniodawców do dowolnego dysponowania pozostałymi środkami finansowania, np. na inwestycje czy nowe technologie¹¹.

Zasadniczą rolę w wydatkach na opiekę okołoporodową odgrywają koszty związane z opieką szpitalną – a wpływ na nie mają liczba przyjęć do szpitala, długość pobytu oraz średni koszt jednego dnia hospitalizacji¹². Nie bez znaczenia jest także nakład na leki, który odgrywa bez wątpienia istotną rolę w wydatkach z zakresu opieki zdrowotnej. W Polsce nakłady te zwiększają się z roku na rok, jednak wciąż nie zaspakajają zapotrzebowania. Część leków jest refundowana, pozostałe koszty i wydatki pokrywa pacjent¹³.

Poziom nakładów na zdrowie ma znaczący wpływ na komfort życia oraz chorowania. Od poziomu nakładów na zdrowie uzależniona jest bezpośrednio efektywność wszelkich interwencji diagnostyczno-leczniczych poprawiających jakość zdrowia oraz mających wpływ na długość życia pacjenta. Polska pod względem

9 D.M. Fal, *Jak działa system ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2016, https://piu.org.pl/wp-content/uploads/2016/12/1_system-opieki-zdrowotnej-w-polsce_D.Fal_.pdf (dostęp: 12.05.2019).

10 <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/ubezpieczenia-w-nfz/> (dostęp: 2.05.2019).

11 <http://www.archiwum.mz.gov.pl/koszyk-swiadczen-gwarantowanych/> (dostęp: 12.05.2019).

12 K. Szamotulska, *Stan zdrowia matek i dzieci w okresie okołoporodowym w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej. Opracowanie na podstawie wskaźników Euro-Peristat*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2010, t. 14, nr 2, s. 567.

13 *Ibidem*, s. 565.

wielkości środków publicznych przeznaczonych na świadczenia zdrowotne zajmuje ostatnie miejsce w Europie – środki te wynoszą zaledwie 4,5% PKB, natomiast np. w Niemczech nakład ten jest dwukrotnie większy¹⁴.

W Polsce obowiązuje obecnie kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, polegające na zawieraniu umów pisemnych między stronami (świadczeniodawcami, czyli wszelkimi placówkami związanymi z ochroną zdrowia, a NFZ), które ściśle określają warunki, zobowiązania oraz ustalają terminy realizacji tych zobowiązań. W odniesieniu do świadczeń medycznych kontrakty służą podniesieniu efektywności systemu oraz lepszemu wykorzystaniu środków publicznych przeznaczonych na zdrowie¹⁵.

Warto także nadmienić, że według badania CBOS w Polsce większość osób leczy się w sposób „mieszany”, czyli korzystając zarówno z usług medycznych w ramach NFZ, jak i prywatnie (48% ogółu badanych)¹⁶. Główną przyczyną wyboru instytucji medycznych, które świadczą odpłatne usługi, jest znacząco krótszy czas oczekiwania na wizytę lub badanie. W kontekście opieki okołoporodowej prywatny charakter usług kojarzy się głównie z lepszą jakością obsługi, większymi możliwościami decydowania o przebiegu porodu oraz podwyższonym standardem warunków, w których przebywać będzie kobieta i noworodek po porodzie¹⁷.

1.1. Organizacja opieki okołoporodowej – wybrane aspekty prawne

Transformacja ustrojowa, polegająca na zastąpieniu gospodarki centralnie planowanej gospodarką wolnorynkową, dała początek przemianom systemu ochrony zdrowia. Zmiany dotyczyły nie tylko zasad finansowania usług zdrowotnych, ale także korekty systemu opieki zdrowotnej odnoszącej się do poszczególnych problemów zdrowotnych, w tym opieki perinatalnej. W 1993 r. powstał Ogólnopolski Program Poprawy Opieki Perinatalnej, którego przewodnim celem było zapobieganie występowania wcześniactwa i komplikacji z niego wynikających. W kolejnych latach organizacja opieki okołoporodowej oraz praktyka ginekologiczno-położnicza przeszły wiele istotnych zmian na gruncie poprawy jakości, zmniejszenia umieralności okołoporodowej i spadku liczby porodów przedwczesnych. Na przestrzeni prawie 25 lat współczynnik umieralności okołoporodowej obniżył się w Polsce z poziomu 19,5 (1990) do 5,6 (2014), co stanowi realny dowód na skuteczność wspomnianych działań¹⁸.

14 D.M. Fał, *op. cit.*

15 K. Szamotulska, *op. cit.*, s. 568.

16 Komunikat CBOS, *Komunikat z badań. Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*, nr 97/2018, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_097_18.PDF (dostęp: 12.02.2020).

17 <https://www.sosrodzice.pl/zbytek-czy-koniecznosc-krotko-o-prywatnych-poloznych-przy-porodzie/> (dostęp: 2.05.2019).

18 A. Doroszevska, M. Nowakowski, *Medykalizacja opieki okołoporodowej w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2017, t. 15, nr 2, s. 172.

Obecnie w naszym kraju macierzyństwo znajduje się pod ochroną legislacyjną, dlatego wdrożona polityka rodzinna musi być skoordynowana ze strategią zdrowotną nakierowaną na zagwarantowanie kompleksowej, czynnej, zasadnej do potrzeb i bezpłatnej opieki nad matką oraz dzieckiem¹⁹. Konstytucja RP w art. 68 zabezpiecza prawo do ochrony zdrowia, w tym jednakowy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej opłacanej ze środków publicznych, z kolei w ust. 3 tegoż artykułu znajduje się odniesienie, że władze publiczne zobowiązane są do zagwarantowania szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom oraz kobietom ciężarnym²⁰. Podstawowe znaczenie statusu legislacyjnego kobiet podczas ciąży, porodu oraz położu reguluje Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., w której uznano, że Polska zapewnia wolność oraz prawa człowieka (art. 5), przy czym należy pamiętać, że zasadniczym źródłem praw człowieka jest niezbywalna godność jednostki ludzkiej nabyta w momencie przyjścia na świat. Jest ona nienaruszalna, a jej ochrona jest powinnością władzy publicznej (art. 30)²¹. Poszanowanie godności jest główną dyrektywą ochrony konstytucyjnej praw człowieka.

Z punktu widzenia prawnego statusu kobiety rodzącej oraz rolę i zadania państwa w tym obszarze reguluje wspomniany już art. 68 ust. 1 oraz ust. 2 Konstytucji RP, który gwarantuje każdemu prawo do ochrony zdrowia, a polskiemu obywatelom równy dostęp do rozmaitych świadczeń opieki zdrowotnej opłacanych ze środków publicznych (w rozumieniu ustawy). Warto zwrócić szczególną uwagę na zapis art. 68 ust. 3, który obliguje publiczne władze do gwarantowania opieki zdrowotnej kobietom ciężarnym. W pewnym sensie do praktyk powiązanych ze wsparciem zdrowia nawiązuje też art. 71 ust. 2 Konstytucji, z którego wynika, że: „Matka przed oraz po urodzeniu dziecka posiada prawo do szczególnej pomocy władz publicznych, której zakres określa ustawa”²². Oprócz tego ogólne normy Konstytucji traktują o prawach oraz wolnościach osobistych, które w oczywisty sposób odnoszą się do osób korzystających z usług medycznych, a zatem również bezpośrednio do pacjentek oddziałów położniczych. Są to:

- art. 39 – gwarantujący każdej kobiecie ochronę przed medycznymi eksperymentami bez wyrażonej dobrowolnie zgody;
- art. 40 – zakazujący poniżającego traktowania – zakaz ten ma charakter absolutny oraz nie dopuszcza jakichkolwiek wyjątków;
- art. 41 ust. 1 – w którym wskazane jest, że kobieta posiada prawo do osobistej nietykalności, wolności od środków przymusu oraz wolności osobistej

19 G. Iwanowicz-Palus, G. Stadnicka, A. Bień, *Organizacja opieki przedkoncepcyjnej i okołoporodowej determinantą zdrowia rodziny i społeczeństwa*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2013, t. 19, nr 3, s. 314.

20 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U. Nr 78, poz. 483, z 2001 r. Nr 28, poz. 318.

31 *Ibidem*.

22 *Ibidem*.

i wolności dysponowania własną osobą. Pozbawienie bądź ograniczenie dwóch tych wolności może nastąpić jedynie na zasadach oraz w trybie zdefiniowanych w ustawie.

Zgodnie z ust. 2 art. 68 Konstytucji podstawową postacią ochrony zdrowia w naszym kraju jest powszechne ubezpieczenie zdrowotne, z kolei świadczenia opieki zdrowotnej finansowane są z publicznych środków. Wymienia się zwłaszcza dwie zasady:

- 1) równego traktowania i solidarności społecznej,
- 2) zagwarantowania ubezpieczonym jednakowego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz wyboru świadczeniodawców wśród kontrahentów NFZ.

Na mocy ustawy prawa do świadczeń zdrowotnych w okresie ciąży, porodu oraz połogu przysługują wszystkim kobietom, niezależnie od tego, czy wliczają się do kategorii jednostek ubezpieczonych (art. 13). Według rozporządzenia o zakładach opieki zdrowotnej kobieta rodząca, przebywająca w zakładzie opieki zdrowotnej, posiada prawo do (art. 19 oraz 18 ustawy o z.o.z.): świadczeń zdrowotnych odpowiadających medycznej wiedzy, a w okoliczności ograniczonych sposobności udzielenia świadczeń – do czerpania z rzetelnej, bazującej na wyróżnikach medycznych procedury, określającej kolejność dostępu do wspomnianych świadczeń; wyrażania akceptacji lub odmowy jej udzielania na konkretne świadczenia, po otrzymaniu odpowiednich informacji; uzyskania danych o stanie zdrowia; poszanowania intymności oraz godności podczas udzielania jej świadczeń zdrowotnych²³. Dodatkowo, podczas pobytu w szpitalu (art. 20–26 ustawy o z.o.z.) pacjent posiada prawo do opieki pielęgnacyjnej, sprawowanej poprzez osobę bliską bądź inną osobę wskazaną przez siebie. Każdy zakład opieki zdrowotnej literalnie zobowiązany został do stworzenia konkretnej formy zabezpieczenia, która gwarantuje respektowanie praw pacjenta jako użytkownika tegoż zakładu. Wyraźny zakaz niezgodnych z prawem praktyk – względem praw pacjenta – wprowadza art. 18a ust. 2 rozporządzenia o z.o.z. Zgodnie ze wspomnianą regulacją „[...] postanowienia regulaminu [...] nie mogą naruszać praw pacjenta określonych i wynikających z przepisów ustawy oraz przepisów odrębnych”²⁴.

Niestety, łamanie praw pacjentki ciężarnej nie należy do rzadkości. Przez wiele lat normatywnym źródłem praw pacjenta były dokumenty prawne, których regulacje – odnoszące się bezpośrednio do konkretnych praw chorego – zebrano dopiero w Karcie Praw Pacjenta, opublikowanej przez Ministra Zdrowia 11 grudnia 1998 r.²⁵ Nie było to jednak skuteczne rozwiązanie. Brak spójnego ujęcia tego problemu powodował, że ustalenie rzeczywistych uprawnień było

23 Dz.U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

24 *Ibidem*. Ustawa reguluje m.in. zasady udzielania świadczeń zdrowotnych i ich rodzaje oraz prawa pacjenta.

25 <https://www.nfz-lodz.pl/dlapacjentow/aktualnosci/152-karta-praw-pacjenta> (dostęp: 7.05.2019).

problematyczne²⁶. Na skutek trwających od początku 2008 r. prac Sejm przyjął ustawę o prawach pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta. Sprecyzowany w owej ustawie katalog praw pacjenta odnosi się do osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zarówno w zakładach opieki zdrowotnej, jak i udzielanych w kontekście indywidualnej oraz grupowej praktyki lekarzy i położnych. Zawiera także kilka uregulowań dotyczących sytuacji pacjentki w okolicznościach oczekiwania na przyjście dziecka, porodu oraz porodu (np. prawo do obecności bliskiej jednostki wskazanej przez pacjentkę podczas udzielania jej medycznych świadczeń)²⁷.

Od 1 stycznia 2019 r. jakość opieki okołoporodowej w Polsce reguluje dodatkowy dokument – tzw. standardy opieki okołoporodowej. Uprawnomocniony zapis to Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r., opublikowane w Dzienniku Ustaw 11 września 2018 r., w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej²⁸. Nowy standard kompleksowo wyznacza ogólne i jednolite normy w zakresie opieki okołoporodowej oferowanej bez względu na rodzaj podmiotu świadczącego usługi. Określone w nim zostały przede wszystkim wytyczne dotyczące organizacji opieki, która powinna być zapewniana kobiecie w szpitalu w trakcie ciąży, porodu fizjologicznego, w okresie porodu oraz podczas sprawowania przez nią opieki nad noworodkiem. Określa on także zakres obowiązków i uprawnień zawodowych położnej²⁹. Istotnym jego walorem jest fakt, że wskazane są w nim zasadnicze korzyści dla kobiet, gdyż:

[...] standard [m.in. – przyp. aut.] stawia kobietę w okresie okołoporodowym i jej dziecko w centrum zainteresowania personelu medycznego sprawującego nad nimi opiekę; zapewni podmiotowe traktowanie, dialog i respektowanie praw pacjenta; ułatwi podjęcie najlepszej decyzji co do zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży, sposobu i wyboru miejsca porodu oraz opieki nad noworodkiem³⁰.

W zapisie wskazane zostały także korzyści i zadania dla personelu medycznego, „[...] aby jakość wykonywanej przez niego pracy była jak najlepsza”³¹. Respektowanie i wdrażanie zalecanych ustawowo standardów pozostaje jednak odrębnym problemem.

26 Odniesienie do praw pacjenta znajduje się w kilkunastu ustawach, rozporządzeniach. Zob. <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/prawa-pacjenta/> (dostęp: 15.04.2020).

27 Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Warto także wspomnieć o ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2016 r., poz. 1860, z późn. zm.) (dostęp: 15.04.2020).

28 Dz.U. z 2018 r., poz. 1756.

29 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zmiany-w-organizacji-opieki-okoloporodowej-1-stycznia-2019-r-wchodzi-w-zycie-nowy-standard-organizacyjny> (dostęp: 15.04.2020).

30 *Ibidem*.

31 *Ibidem*.

1.2. Główne problemy występujące w ramach opieki okołoporodowej

W trakcie ciąży w organizmie kobiety zachodzą istotne zmiany: hormonalne, metaboliczne, hematologiczne, hemodynamiczne, w układzie oddechowym czy pokarmowym. Jej egzystencja biologiczna bezpośrednio przekłada się na możliwości fizyczne, kondycję psychiczną, jakość życia, możliwość realizacji codziennych zadań i przygotowań do powitania na świecie nowego członka rodziny (w tym – wejścia w nową rolę). Niezbędnym warunkiem umożliwiającym przeżycie tego procesu we „względny” komfort jest poczucie otoczenia jej profesjonalną opieką. Prowadzenie ciąży oraz przyjęcie porodu wymagają odpowiednich kwalifikacji, wiedzy oraz umiejętności, a ciążarna doskonale zdaje sobie sprawę z tego, jak wiele powierza lekarzowi – życie swojego dziecka, a często także i swoje. Odpowiedni kontakt lekarza oraz położnej z kobietą hospitalizowaną czy nawet przychodzącą na wizyty kontrolne jest więc niezbędnym warunkiem do tego, by wzbudzić zaufanie, a tym samym zadbać o jej komfort i poczucie, że ona i dziecko znajdują się w dobrych rękach³². Na kształtowanie tego poczucia wpływ mają także inne czynniki, np. warunki, w jakich profesjonalna pomoc jest udzielana. Większość systemów opieki medycznej na świecie boryka się z różnymi problemami, które w istotny sposób weryfikują realne możliwości jej udzielania. Do podstawowych zaliczyć można ograniczenia i problemy finansowe związane z przygotowaniem oddziałów, np. z wyposażeniem ich we właściwy sprzęt umożliwiający niesienie pomocy i sprawowanie opieki w odpowiednim zakresie i na odpowiednim poziomie, oraz problemy kadrowe dotyczące braków obsady wśród lekarzy i położnych, którzy tą opieką mają otaczać ciężarne kobiety.

W zakładanym typie idealnym zespół medyczny planuje i realizuje swoje zadania i obowiązki zgodnie z oczekiwaniami i potrzebami pacjentek. Lekarz ma czas na spokojne wyjaśnianie wszelkich kwestii związanych z porodem (bądź ciążą), a które pozostają dla ciężarnej niezrozumiałe czy wątpliwe. Położna zaś ma instytucjonalnie stworzone możliwości do tego, by przekazać wskazówki dotyczące pielęgnacji i pierwszego przewijania noworodka lub zasad dotyczących laktacji i prawidłowego trzymania dziecka podczas karmienia w celu uniknięcia uszkodzenia kręgosłupa czy zachłyśnięcia. Tego typu pomoc wydaje się logicznie naturalna i pożądana, jednak nie zawsze oferowana, a przecież to ona ma decydujący wpływ na poczucie bezpieczeństwa młodej matki³³. Z drugiej strony, tę gotowość do pomocy trudno jednak wyobrazić sobie w sytuacji, gdy czas pracy lekarza

32 M. Wilińska, W. Cedrowska, *Komunikacja z kobietą w okresie okołoporodowym – szczególna rola pielęgniarki i położnej w promowaniu zachowań prozdrowotnych matki dziecka*, „Zeszyty Naukowe” 2009, nr 43, s. 6.

33 G. Stadnicka, B. Górka, G. Iwanowicz-Palus, *Satysfakcja z opieki i poczucie bezpieczeństwa pacjentek podczas porodu i położu*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2013, t. 21, nr 3, s. 361.

w Polsce trwa od 31 do 151 godzin bez przerwy, co miało miejsce w 17 na 29 oddziałów skontrolowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli (przy czym dotyczyło to lekarzy pracujących na podstawie umów cywilnoprawnych – nie obowiązują ich bowiem przepisy wyznaczone dla lekarzy zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę)³⁴. Pojawia się tutaj jeszcze zupełnie inny problem związany z konsekwencjami takiego trybu pracy – co z bezpieczeństwem pacjentek i ich dzieci? Dużą wątpliwość, a wręcz niepokój wzbudza świadomość, że opiekę nad nimi (wraz z podejmowaniem kluczowych decyzji) przejmuje lekarz zmęczony, wyczerpany spędzeniem kolejnej doby w pracy. Personel pracujący w wymiarze przekraczającym fizyczne możliwości organizmu, w warunkach ograniczających udzielanie pomocy na poziomie zgodnym z aktualną wiedzą medyczną, także często nie zabezpiecza i nie respektuje podstawowych zasad wpisanych w przebieg relacji z pacjentami. Problem ten potęguje fakt, że godność i poszanowanie praw rodzącej kobiety są często zagrożone z powodu niewłaściwego zagospodarowania przestrzennego oddziałów oraz ich wyposażenia. Przywoływany już raport z kontroli NIK przedstawia druzgocące dane również i w tym aspekcie. Wielostanowiskowe sale porodowe funkcjonowały na 16 spośród 29 oddziałów, z czego 12 odgradzało łóżka z rodzącymi kobietami zaledwie parawanami. Natomiast na 10 oddziałach nieodpowiednie ułożenie łóżka porodowego na wprost drzwi skutkować mogło zastaniem widoku rodzącej kobiety przez osoby postronne³⁵. W takiej sytuacji trudno jest mówić o zapewnieniu komfortu psychicznego i poczucia bezpieczeństwa w trakcie porodu.

Na inny problem warty rozważy i nagłośnienia wskazują także dane dotyczące wykonywania zabiegów ingerujących w ciało kobiety podczas porodu, takich jak np. nacięcie krocza (łac. *episiotomia*). Zabieg ten stosowano przede wszystkim po to, by zapobiec urazom i uciskom na główkę rodzącego się dziecka, a także by przyspieszyć poród. Z zebranych przez NIK danych wynika, że co druga kobieta w Polsce miała wykonane owe nacięcie (57%), tymczasem zdecydowanie rzadziej zdarzało się to w Szwecji (9,7%) czy w Wielkiej Brytanii lub Danii (12%)³⁶. Dlaczego w wymienionych krajach stosuje się ten zabieg tak rzadko, a w Polsce bywa on niejako standardem? Tym bardziej, że zarówno Światowa Organizacja Zdrowia, jak i Polskie Towarzystwo Ginekologiczne wskazują, że rutynowe nacinanie krocza jest nieuzasadnione i powinno być wykonywane jedynie w konkretnych przypadkach. Jest to bowiem zabieg inwazyjny, którego skutki (nie tylko fizyczne, takie jak powikłania czy bóle, ale także urazy psychiczne) mogą być przez kobietę odczuwane do końca życia³⁷.

34 W. Radgowski, *Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych – zapewnienie standardów świadczeń zdrowotnych*, „Kontrola Państwowa” 2017, t. 62, nr 3 (373), s. 53–54.

35 *Ibidem*.

36 *Ibidem*, s. 60.

37 M. Gutt, *Bio-psychoseksualne aspekty nacięcia krocza podczas porodu*, „Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia” 2014, t. 3, nr 4, s. 88–89.

Powyższy przykład wpisuje się w kolejny, bardzo istotny, coraz częściej i intensywniej nagłaśniany problem, jakim jest tzw. przemoc ginekologiczna lub przemoc położnicza przy porodzie. Według informacji pochodzących z dokumentów WHO w wielu szpitalach na całym świecie powszechne jest łamanie i nieprzestrzeganie praw kobiet, które przejawia się: przemocą fizyczną, przemocą słowną, stosowaniem procedur medycznych i przeprowadzaniem badań bez zgody lub informowania kobiety, nieposzanowaniem godności i intymności oraz odmową podania środków przeciwbólowych³⁸. Fundacja „Rodzić po Ludzku” wymienia ponadto praktyki przemocowe, do których dochodzi codziennie na oddziałach położniczych na całym świecie, a są to: ograniczenie możliwości spożywania posiłków lub napojów, zbywanie pytań kobiety milczeniem i ignorowaniem jej, podawanie leków bez informowania kobiety o tym, w jakim celu zostały one przepisane, wykonywanie badań w sposób niedelikatny – zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym³⁹.

Nadzorowany przez Fundację „Rodzić po Ludzku” monitoring respektowania praw pacjentki ciężarnej pokazuje, że bardzo istotną, o ile nie kluczową cechą naszej rodzimej opieki okołoporodowej jest nieodpowiedni stosunek do pacjentki, zarówno ze strony lekarzy, jak i położnych oraz personelu medycznego.

Mimo modyfikacji dokonanych na gruncie legislacji podstawowe prawa pacjentek są wciąż postrzegane jako martwe, fasadowe, jako ustawodawczy „wymysł”, dodatek do zasadniczej opieki, a nie jej sedno. Jedną z przesłanek naruszania praw pacjentek w opiece okołoporodowej jest zredukowanie porodu do medycznego zdarzenia⁴⁰. Intensywny, medyczny nadzór, opisywany jako medykalizacja opieki okołoporodowej⁴¹, nie sprzyja budowaniu intymnej, podmiotowej relacji. Standardem jest stanowcze instruowanie kobiet i towarzyszących im osób na salach porodowych, brak poszanowania ich godności i autonomii. Kobiety spotykają się z brakiem zrozumienia, a nawet doświadczają upokorzenia i przemocy ze strony personelu medycznego⁴².

Pomijanie psychologicznych oraz społecznych aspektów wydarzeń, takich jak ciąża, poronienie, poród, narodziny martwego dziecka bądź trudności w laktacji, utożsamia się m.in. z naruszeniami prawa do intymności oraz poszanowania godności osobistej, np. przez bezosobowe traktowanie, odmawianie prawa do uzyskania wsparcia bliskich osób bądź obecność zbyt wielu przedstawicieli personelu medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

38 <https://oko.press/przemoc-na-porodowce-nie-pajacuj-kazdy-ssak-to-potrapi-macne-sobie-raport-rodzic-po-ludzku/> (dostęp: 25.04.2019).

39 <http://www.rodzicpoludzku.pl/Aktualnosci/Przemoc-w-porodzie.html> (dostęp: 25.04.2019).

40 A. Otfinowska, U. Kubicka-Kraszyńska, *Opieka nad matką i dzieckiem w czasie ciąży, porodu i położu*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka” 2012, t. 11, nr 1 (38), s. 13–17.

41 A. Doroszevska, *Opieka okołoporodowa w Polsce po transformacji ustrojowej – między medykacją a demedykacją?*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio I – Philosophia-Sociologia” 2016, t. 41, nr 2, s. 47.

42 Fundacja „Rodzić po Ludzku”, *Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet*, Warszawa 2018.

Wiele naruszeń jest następstwem przyjęcia przez personel medyczny założenia, że laik w medycznych kwestiach nie potrafi podejmować odpowiedzialnych decyzji dotyczących swojego zdrowia oraz przebiegu leczenia (przyjmowanie postawy paternalistycznej). Przejawem podobnej okoliczności jest łamanie prawa do otrzymywania informacji (np. przez przekazywanie informacji zdawkowych, niepełnych bądź niezrozumiałych dla pacjentki) i prawa do wyrażania zgody bądź odmowy na medyczne świadczenia (przez niepytanie o wyrażenie akceptacji na zabiegi, zakładanie, że skoro kobieta została pacjentką danego szpitala, to zgodziła się na wszelkie praktyki medyczne ze strony personelu). W większości szpitali wdrażana jest zgoda na zabiegi medyczne, wyrażana w formie pisemnej przy przyjęciu kobiety do konkretnej placówki. Zgoda ta przeważnie uznawana jest przez personel medyczny za wystarczającą do wdrażania wszelkich procedur medycznych. Osobną zgodę wyrażoną na piśmie pobiera się wyłącznie w sytuacji cesarskiego cięcia, porodu zabiegowego bądź zastosowania znieczulenia dołędźwiowego⁴³.

Specyficzną trudnością jest też rozumienie prawa do nienaruszania intymności. Nadal w niektórych szpitalach akcje porodowe odbywają się w ogólnych salach, gdzie łóżka są oddzielone niskimi ściankami bądź parawanami, w okolicznościach absolutnie niegwarantujących, a wręcz dalekich od poszanowania intymności. W dużej części szpitali pojedyncze sale porodowe są odpłatne (głównie w dużych miastach). To wszystko negatywnie wpływa na poczucie bezpieczeństwa oraz komfort rodzącej kobiety.

2. Struktura systemu ochrony zdrowia w Chile

Chilijski system opieki zdrowotnej zorganizowany jest inaczej niż opisany wcześniej system opieki w Polsce. Przede wszystkim bazuje na systemie ubezpieczeniowym, który jest systemem mieszanym, a w jego skład wchodzi:

- ubezpieczenie publiczne FONASA (hiszp. *Fondo Nacional de Salud*), które jest odpowiednikiem polskiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- ubezpieczenie prywatne ISAPRE (hiszp. *Instituciones de Salud Previsional*)⁴⁴.

Narodowy Fundusz Zdrowia (FONASA) to usługa publiczna, posiadająca osobowość prawną i kapitał własny. Jako finansowy podmiot publiczny jest odpowiedzialny za zbieranie, zarządzanie i dystrybucję państwowych pieniędzy przeznaczonych na ochronę zdrowia zgodnie z zasadami, planami i normami określonymi przez Ministerstwo Zdrowia w Chile. Wszyscy beneficjenci wno-

⁴³ K. Szamotulska, *op. cit.*, s. 565.

⁴⁴ <https://www.minsal.cl/servicios-de-salud/> (dostęp: 22.05.2019).

szą wkład w wysokości 7% swojego dochodu podlegającego opodatkowaniu i uzyskują dostęp do jednolitego planu opieki zdrowotnej, niezależnie od kwoty składki i stanu zdrowia danego płatnika. System ubezpieczeń solidarnościowych zorganizowany jest na podstawie obowiązkowej składki proporcjonalnej do dochodu osoby pracującej tworzącej fundusz, w którym obowiązuje solidarność podziału według potrzeb⁴⁵.

Istnieją cztery kategorie beneficjentów systemu FONASA (A, B, C, D), klasyfikowanych w zależności od wysokości ich dochodów. Grupa A obejmuje osoby, które posiadają tzw. bezpłatną kartę (hiszp. *tarjeta de gratuidad*) wydawaną przez gabinety lekarskie i są zdefiniowane jako osoby bez zasobów finansowych i środków do życia i/lub są jedynymi żywicielami rodziny. Do tej kategorii należą m.in. beneficjenci podstawowych rent i emerytur solidarnościowych. Do grupy B należą osoby, których miesięczny dochód podlegający opodatkowaniu jest równy lub mniejszy niż 276 000 CLP (ok. 1350 PLN). Ponadto beneficjentami tej kategorii są także wszyscy pracownicy publicznego systemu ochrony zdrowia w Chile. Osoby należące do kategorii A i B są całkowicie zwolnione z opłat za usługi medyczne w szpitalach i przychodniach publicznych. Grupa C przeznaczona jest dla osób, których miesięczny dochód podlegający opodatkowaniu jest większy niż 276 001 CLP (ok. 1350 PLN) i mniejszy lub równy 402 960 CLP (ok. 2000 PLN). Pokrywają oni 10% całkowitych kosztów leczenia w szpitalach publicznych. W przypadku, gdy mają na utrzymaniu trzech lub więcej członków rodziny, przenoszeni są automatycznie do grupy B. Natomiast osoby z miesięcznym dochodem podlegającym opodatkowaniu wyższym niż 402 961 CLP (ok. 2000 PLN) są zaliczane do grupy D. Płacą oni 20% całkowitych kosztów leczenia w szpitalach publicznych. Analogicznie, jeżeli mają oni na utrzymaniu trzech lub więcej członków rodziny, przenoszeni są do grupy C⁴⁶.

System FONASA posiada dwie formy świadczenia usług:

- opiekę instytucjonalną (hiszp. *Modalidad de Atención Institucional*) – świadczenia medyczne są przyznawane beneficjentom w placówkach publicznych tworzących sieć opieki zdrowotnej;
- opiekę z wolnego wyboru (hiszp. *Modalidad Libre Elección*) – świadczeniobiorcy mogą korzystać z usług w prywatnych placówkach lub w prywatnych gabinetach lekarzy, którzy mają podpisaną umowę z FONASA. Dotyczy to osób z grup B, C i D. W tym celu zobowiązani są oni zakupić bon na daną usługę medyczną, natomiast cena usług zależy od formy i zakresu umowy zawartej z FONASA przez danego lekarza lub placówkę, w której świadczona jest opieka⁴⁷.

45 <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/9715-afiliacion-a-fonasa> (dostęp: 22.05.2019).

46 <https://www.minsal.cl/servicios-de-salud/> (dostęp: 22.05.2019).

47 <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/red-privada> (dostęp: 22.05.2019).

Z kolei ISAPRES są prywatnymi instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego, odpowiedzialnymi za finansowanie świadczeń zdrowotnych osobom, które odprowadzają na ubezpieczenie zdrowotne 7% (lub więcej) od miesięcznego dochodu. Składka zależy od trzech czynników, jakimi są: płeć, wiek i tak zwane ryzyko zachorowania. ISAPRE finansuje świadczenia zdrowotne i wypłaca swoim klientom należność za okres, kiedy musieli oni skorzystać ze zwolnienia lekarskiego. Przynależność do ISAPRE jest dobrowolna, a jej wybór zależy od indywidualnych potrzeb i preferencji klienta (w którego rolę wchodzi tutaj pacjent). Podobnie jak system FONASA, ISAPRE także dzieli się na tryby, ale w tym wypadku to klient wybiera najkorzystniejszy dla niego tryb, a jego miesięczne dochody nie są kryterium doboru. Możliwości, jakie oferuje ISAPRE to:

- tryb świadczeniobiorcy: świadczeniobiorcami są preferowani i objęci umową z ISAPRE (hiszp. *Prestadores en convenio o Preferentes*); w tym trybie ISAPRE opłaca świadczenia zdrowotne klienta bezpośrednio przez określonego usługodawcę lub sieć usługodawców, np. konkretne wymienione w umowie planu kliniki czy centra laboratoryjne. W przypadku preferowanego/sugerowanego usługodawcy ISAPRE pokrywa największy procent kosztów. Obejmuje to również świadczenia zdrowotne w ramach opcji wolnego wyboru, ale w mniejszym zakresie;
- tryb wolnego wyboru (hiszp. *Modalidad Libre Elección*): ISAPRE jest zobowiązane do pokrycia kosztów opieki medycznej w dowolnej, wybranej przez klienta placówce prywatnej;
- tryb zamknięty/ograniczony (hiszp. *Modalidad cerrada o Médico de Cabeecera*): ISAPRE pokrywa koszty leczenia świadczone jedynie przez usługodawcę, który został określony w planie i umowie.

ISAPRE zostały utworzone w 1981 r. na mocy postanowienia Ministerstwa Zdrowia, a od 2005 r. są kontrolowane przez Radę Nadzoru Zdrowia (hiszp. *Superintendencia de Salud*). Obecnie świadczą usługi w zakresie finansowania opieki zdrowotnej dla 19% populacji Chile i pozwalają na rozwój prywatnej działalności medycznej, co skutkuje wyraźnym wzrostem inwestycji w prywatnych klinikach, gabinetach, ośrodkach medycznych czy laboratoriach⁴⁸.

Warto wspomnieć, że system ISAPRE oferuje plany dla kobiet prawie trzy razy droższe niż dla mężczyzn, a jeśli kobieta jest w wieku rozrodczym i wymagany jest plan pokrywający koszty porodu, to różnica w cenie jest jeszcze większa⁴⁹. W systemie ISAPRE dofinansowanie kosztów związanych z porodem zależy od wysokości cen usług ustalonych przez usługodawcę oraz rodzaju i zakresu planu ustalonego przez ciężarną kobietę w porozumieniu z personelem medycznym. Według źródeł branżowych w przypadku procedur medycznych, których

48 <http://www.isapre.cl/las-isapres> (dostęp: 22.05.2019).

49 <https://www.eldefinido.cl/actualidad/pais/9239/Atentas-mujeres-En-que-fijarse-para-achuntarle-al-plan-de-la-Isapre/> (dostęp: 22.05.2019).

ostateczna wartość nie przekracza 2 000 000 CLP (ok. 9800 PLN), większość planów zapewnia zwrot kosztów porodu w wysokości 75% ich całkowitej wartości. Jeśli cena jest wyższa niż ta kwota, w planach wolnego wyboru pokrycie spada do 40%. Jednak jeśli w planie wolnego wyboru pacjentka zgłosi się do kliniki, która oferuje preferowany plan zgodny z danym ISAPRE, zwrot kosztów wynosi już około 80%⁵⁰.

Tymczasem w państwowym systemie FONASA zwrot kosztów jest taki sam zarówno dla porodu naturalnego, jak i cięcia cesarskiego, który miał miejsce w szpitalu publicznym, i jest zależny od kategorii, do której należy pacjentka. W systemie FONASA koszt porodu jest szacowany na około 900 000 CLP (ok. 4381 PLN), ale faktyczna wartość opłaty zależna jest od danej kategorii, do której należy dana kobieta. Dla osób z grupy A i B zwrot kosztów wynosi 100%, podczas gdy pacjentki z kategorii C i D mogą ubiegać się o zwrot odpowiednio 90 i 80%⁵¹. Jeśli kobieta, która podlega państwowemu systemowi FONASA, decyduje się na poród w placówce niepaństwowej z tzw. wolnego wyboru, to do rozliczenia stosuje się dokument PAD (hiszp. *Pago Asociado a un diagnóstico*). Jest to zestaw 55 standardowych świadczeń, do których pacjent dopłaca stałą kwotę w wysokości 263 290 CLP (ok. 1300 PLN). Według danych Stowarzyszenia Klinik 70 tys. pacjentek rocznie decyduje się na to rozwiązanie, a ponad połowa z nich to pacjentki systemu FONASA⁵².

2.1. Organizacja opieki okołoporodowej – wybrane aspekty prawne

W Chile, podobnie jak w Polsce, prawa pacjenta zapisane są w konstytucji. Ustawa nr 20 określa prawa i obowiązki pacjenta w kontekście działań związanych z opieką zdrowotną oraz chroni i określa podstawowe zasady opieki zdrowotnej wraz z przepisami, które muszą być stosowane we wszystkich instytucjach systemu ochrony zdrowia w Chile⁵³. Rozporządzenie to zostało opublikowane w chilijskim dzienniku ustaw 24 kwietnia 2012 r. i weszło w życie 1 października tego samego roku. Odnosi się do świadczeniodawców usług medycznych publicznych i prywatnych oraz instytucjonalnych i indywidualnych. Katalog praw pacjenta podzielony jest na kilka kategorii, dotyczących konkretnych obszarów, takich jak godność, autonomia czy dostęp do informacji. Jedno z kluczowych,

50 https://www.suseso.cl/607/articles-19844_archivo_01.pdf; https://www.suseso.cl/607/articles-19844_archivo_01.pdf (dostęp: 22.05.2019).

51 <https://www.guioteca.com/maternidad/los-costos-de-un-parto-valores-y-en-que-fijarse-para-tener-un-hijo-en-chile/> (dostęp: 22.05.2019).

52 <https://www.latercera.com/noticia/costo-base-parto-clinicas-fluctua-1-millon-7-millones> (dostęp: 22.05.2019).

53 <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Ley%2020584%20Derechos%20y%20Deberes.pdf> (dostęp: 22.05.2019).

a wręcz fundamentalnych postanowień dokumentu jest zawarte w art. 2 i gwarantuje otrzymywanie stosownej i pozbawionej dyskryminacji opieki medycznej przez wszystkich obywateli kraju. W art. 4 znajduje się uzupełnienie, że opieka ta musi być bezpieczna, charakteryzować się wysoką jakością usług, a także musi być zgodna z wytyczonymi protokołami postępowania. Artykuł 5 nakłada na wszystkich przedstawicieli usług medycznych obowiązek godnego traktowania i okazywania szacunku pacjentowi w każdych okolicznościach oraz posługiwanie się odpowiednim i zrozumiałym dla niego językiem. Każdy świadczeniobiorca powinien ponadto doświadczyć uprzejmości i życzliwości ze strony personelu medycznego.

To, co jest interesujące i odmienne od polskiej perspektywy kulturowej, to stosunek do pacjentów – pracownicy placówek medycznych każdego szczebla mają bowiem obowiązek zwracać się do pacjenta po imieniu i w pierwszej osobie, chronić jego prywatność i dostęp do danych osobowych. W przypadku obecności studentów podczas wykonywania badań czy zabiegów, a także w trakcie rozmów z pacjentami na temat ich stanu zdrowia, ustawa określa konieczność nadzoru lekarza lub innego przedstawiciela personelu medycznego. Artykuł 6 mówi o prawie do towarzyszenia podczas procesu leczenia osoby bliskiej i otrzymywania porady i wsparcia religijnego lub duchowego, jeśli pacjent wyrazi takie życzenie. Z kolei art. 8 i 11 odnoszą się do prawa do informacji na temat przebiegu leczenia, specyfikacji przeprowadzonych działań i zabiegów oraz kosztów opieki medycznej, w tym leków. Zasada informowania dotyczy także przekazania informacji na temat zasad wewnętrznych obowiązujących w placówkach. Nie mniej istotne (a może nawet i ważniejsze) jest prawo zapisane w art. 14, w którym ustanawia się, że pacjent ma prawo udzielić zgody na poddanie się jakiegokolwiek procedurze medycznej lub leczeniu (chodzi więc o wyrażenie świadomej zgody) lub odmówić⁵⁴.

W tekście ustawy do tej pory nie ma bezpośrednich odniesień do praw kobiet ciężarnych i rodzących. Dopiero w 2018 r. koordynator ds. praw urodzenia (hisp. *Coordinadora por los derechos del nacimiento*) przedstawiła projekt ustawy, który modyfikuje rozporządzenie nr 20.584, wprowadzając nowy paragraf, ściśle związany z prawami kobiety w trakcie ciąży, porodu, po porodzie, a także odnoszący się do opieki zdrowotnej, obejmującej noworodka. Projekt ten opiera się na zaleceniach proponowanych przez WHO, Międzynarodową Federację Ginekologii i Położnictwa (FIGO) oraz na prawach, które obowiązują obecnie w Wenezueli i Argentynie. Niestety, nadal nie został on oficjalnie uchwalony⁵⁵. Główne postulaty projektu dotyczą zagwarantowania kobiecie ciężarnej opieki medycznej wolnej od dyskryminacji oraz przemocy fizycznej i psychicznej.

54 Ley de Derechos y Deberes del Paciente Nr 20.584, Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile, Abril 2016, Santiago.

55 <https://www.etilmercurio.com/em/violencia-obstetrica-y-derechos-de-parto/> (dostęp: 22.05.2019).

Zwraca się w nim uwagę na obowiązek dbałości o prywatność i intymność zdarzenia, jakim jest poród. Wśród propozycji projektu znajdują się też sugestie odnoszące się do tego, że rodząca powinna mieć swobodę dostępu do jedzenia i picia, a także możliwość wyboru najwygodniejszej dla siebie pozycji. Istotny jest również wniosek o zmniejszenie stopnia ingerencji medycznych podczas porodu, takich jak nacięcie krocza, podanie oksytocyny czy sztuczne przebicie pęcherza płodowego. Jednocześnie w projekcie apeluje się o unikanie nieuzasadnionych cesarskich cięć. Jednym z celów projektu jest uświadamianie kobietom przydatności planu porodu oraz zachęcanie do jego tworzenia. Pozostałe postulaty koncentrują się na kwestiach dotyczących procedur postępowania z noworodkiem i dotyczą m.in. bezpośredniego po urodzeniu kontaktu „skóra do skóry” oraz promowania naturalnego karmienia piersią⁵⁶.

W Chile, tak jak i w Polsce, poza zapisami ustaw praw kobiety ciężarnej bronią także organizacje pozarządowe. Jedną z nich jest Obserwatorium Przemocy Położniczej (OVO Chile), które funkcjonuje jako interdyscyplinarna i nienastawiona na zysk organizacja. Powstała ona z potrzeby nagłośnienia i potępienia przypadków przemocy położniczej w publicznych i prywatnych placówkach służby zdrowia w Chile. Jej kluczowym zadaniem jest zwiększanie świadomości społecznej w zakresie przemocy w położnictwie oraz promowanie w społeczeństwie danych i wyników badań uzyskanych za pośrednictwem różnych platform i instytucji, skoncentrowanych na tej problematyce. Fundacja ponadto zajmuje się zbieraniem materiałów związanych z problemem łamania praw pacjentek w kontekście opieki okołoporodowej i przygotowaniem corocznego raportu o przemocy położniczej w Chile⁵⁷.

Państwowym programem pośrednio związanym z zapewnieniem należytej opieki okołoporodowej, lecz skupionym w większym stopniu na dziecku niż matce, jest inicjatywa *Chile Crece Contigo* stworzona przez Ministerstwo Zdrowia w Chile. Zasadniczą misją programu jest ochrona i pełne wsparcie dzieci i ich rodzin. *Chile Crece Contigo* jest częścią systemu ochrony socjalnej (ustawa 20.379 z 2009 r.) i jest zgodny z zobowiązaniami państwa chilijskiego z 1990 r., ratyfikowanymi podczas Międzynarodowej Konwencji o Prawach Dziecka. Każde dziecko staje się użytkownikiem programu już podczas pierwszej kontrolnej wizyty realizowanej przez kobiety w ciąży w publicznym sektorze chilijskiej opieki zdrowotnej. Wtedy też zaczyna się spersonalizowane wsparcie dziecka w jego procesie rozwoju, które trwa aż do rozpoczęcia przez nie nauki w systemie szkolnym. Program składa się z sieci inicjatyw i usług organizowanych, koordynowanych i monitorowanych przez Ministerstwo Rozwoju Społecznego. Ministerstwo Zdrowia jest odpowiedzialne za realizację programu w obszarze wsparcia rozwoju, a jednym z komponentów programu jest zapewnienie wszystkim dzieciom jak najlepszych warunków wzrostu i opieki od momentu urodzenia. W ramach działań programu

⁵⁶ *Ibidem*.

⁵⁷ <https://ovochile.cl/quienes-somos/> (dostęp: 22.05.2019).

rodzice lub opiekunowie, bez względu na wysokość dochodów, przy wypisie ze szpitala publicznego po narodzinach dziecka otrzymują pakiet podstawowej opieki pielęgnacyjnej i stymulacyjnej. Prowadzone są dla nich również warsztaty prenatalne i sesje edukacyjne promujące rodzicielstwo bliskości i karmienie piersią. Podczas warsztatów poruszane są też tematy związane z opieką nad noworodkiem, profilaktyką depresji poporodowej, a także problemami wczesnego rodzicielstwa⁵⁸.

2.2. Główne problemy występujące w ramach opieki okołoporodowej

W Chile, podobnie jak w innych krajach, dyskusja na temat praw seksualnych i reprodukcyjnych w ostatnich latach staje się coraz intensywniejsza. Jednak dopiero w ostatniej dekadzie zaczęto dostrzegać znaczenie pozytywnych doświadczeń doznanych podczas ciąży, porodu, położu i laktacji, w wyniku czego powstawać zaczęły międzynarodowe wytyczne redagowane m.in. przez WHO czy ACOG, a także standardy okołoporodowe tworzone przez ministerstwa zdrowia poszczególnych krajów⁵⁹.

Jak wykazały ostatnie wyniki CENSO (chilijski odpowiednik polskiego Powszechnego Spisu Ludności), współczynnik dzietności w Chile w ciągu ostatnich 25 lat zmalał z 2,6 dziecka na kobietę w 1990 r. do 1,3 dziecka na kobietę w 2017 r.⁶⁰ Według badania przeprowadzonego przez Centrum Polityki Publicznej w 2008 r. 57% kobiet, które posiadały już jedno dziecko, postanowiło nie mieć kolejnego. Co więcej, wyniki Badania Dwustulecia (hiszp. *Estudio Bicentenario*), przeprowadzonego w 2009 r., potwierdziły, że we wszystkich przedziałach wiekowych kobiety przyznały, że liczba dzieci, które posiadały, była mniejsza niż liczba dzieci, które chciałyby mieć. Jedynie 29% respondentek przyznało, że polityka Chile wspiera kobiety w podjęciu decyzji o posiadaniu dzieci⁶¹.

Szacuje się, że w krajach rozwijających się, takich jak Chile, co roku ma miejsce 125 mln porodów, przy czym aż 43% rodzących kobiet uczęszcza zbyt rzadko (w stosunku do zalecanej przez WHO) na wizyty kontrolne w trakcie ciąży. W Chile każdego roku ostatniej dekady miało miejsce średnio 241 tys. porodów, a w 2015 r. każda kobieta będąca pod kontrolą publicznego systemu zdrowia

58 <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/055.GUIA-DE-LA-GESTACION-2016.pdf> (dostęp: 22.05.2019).

59 G. Leiva Rojas, *Derechos Sexuales y Reproductivos durante la atención de la gestación, parto y lactancia: La situación de Chile*, „Cuadernos Médicos-Sociales” 2018, t. 58, nr 2, s. 32–40.

60 Instituto Nacional de Estadísticas, <https://resultados.cen-so2017.cl/Home/Download> (dostęp: 12.02.2020).

61 R. Cerda, *Familia y Fecundidad*. NR 36, Santiago: Centro de Políticas Públicas UC; Mayo 2010, <https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/encuesta-nacional-bicentenario-2009-seminario.pdf> (dostęp: 14.02.2020).

(w ramach którego dochodzi do około 70% urodzeń) stawiała się średnio na 6,35 wizytach kontrolnych. W skali światowej rocznie aż 43 mln kobiet (34%) nie rodzi w placówkach zdrowotnych, a 21 mln (17%) pomimo poważnych powikłań położniczych nie otrzymuje należytej pomocy specjalistycznej. W przypadku Chile już w 2005 r. 99,8% porodów miało miejsce w zakładach opieki zdrowotnej zapewniających profesjonalną opiekę okołoporodową. Warto podkreślić, że wiele krajów Ameryki Południowej nadal nie osiąga w tych kwestiach zadowalających rezultatów⁶².

Warto także wspomnieć, że jednym z Milenijnych Celów Rozwoju ustalonych przez Organizację Narodów Zjednoczonych w 2000 r. było zmniejszenie współczynnika umieralności matek przy porodzie o 75% do 2015 r. w stosunku do wskaźników z roku 1990. Oznaczało to, że Chile powinno było zmniejszyć liczbę zgonów matek z 39,8 do 9 na 100 tys. żywych urodzeń (od 1990 do 2015 r.). W latach 1990–2013 liczba zgonów matek w skali światowej spadła o 45%. W przypadku Chile umieralność matek w latach 1990–2011 spadła o 53,6%, nie osiągając tym samym ustalonego przez ONZ Celu Milenijnego. Zastanawiający jest fakt, że w latach 2008–2011 umieralność matek w Chile wzrosła o 12%. Wskazuje się różne możliwe przyczyny tego zjawiska, m.in.: zbyt późne macierzyństwo, ogólne starzenie się populacji i wzrost przewlekłych chorób niezakaźnych, a także nadmierną medykalizację porodu⁶³.

Kraje o najniższym wskaźniku umieralności matek przy porodzie w Ameryce Południowej od 2007 r. to Urugwaj, Chile i Kostaryka. Natomiast Gwatemala, Dominikana i Paragwaj charakteryzują się najwyższymi wskaźnikami umieralności kobiet w okresie ciąży i porodu⁶⁴. W Ameryce Południowej wskaźnik umieralności matek jest stosunkowo niewielki w porównaniu z innymi regionami świata. W 2015 r. wskaźnik umieralności kobiet ciężarnych lub przy porodzie wyniósł w Chile 13,5 na 100 tys. urodzeń żywych. Można zatem uznać, że biorąc pod uwagę takie kwestie, jak profesjonalna opieka okołoporodowa, zakres opieki prenatalnej w ciąży i spadek umieralności matek przy porodzie, sytuacja kobiet w Chile określona może być jako optymistyczna, szczególnie na tle danych międzynarodowych. Współczesnym wyzwaniem pozostaje jednak poprawa narzędzi kładących nacisk na respektowanie praw kobiet zarówno w czasie ciąży, jak i podczas porodu. Dotyczy to nie tylko samej świadomości istnienia tych praw, ale przede wszystkim gwarancji ich przestrzegania i możliwości ich egzekwowania⁶⁵.

62 G. Leiva Rojas, *op. cit.*

63 E. Koch, *Paciente OB crítica*, módulo Uno, en Curso „Manejo de la paciente obstétrica crítica”, CEDIP (Centro Diagnóstico de Investigación Perinatal); 2013, www.youtube.com/watch?v=FaIV7SOTs8 (dostęp: 12.02.2020).

64 B. Burgos, *Políticas públicas en América Latina para la reducción de la mortalidad materna, 2009–2014*, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) 2015.

65 G. Leiva Rojas, *op. cit.*

Wyniki analizy funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej (i systemu ubezpieczeniowego) upoważniają do stwierdzenia, że Chile od ostatnich 10 lat wciąż znajduje się w fazie przejściowej między modelem interwencjonistycznym (polskie odniesienie to model biomedyczny) a modelem spersonalizowanym (model holistyczny). Model spersonalizowany różni się od modelu interwencjonistycznego przede wszystkim tym, że działania w nim podejmowane mają na celu integrację wymiaru cielesnego i emocjonalnego, a dostępna technologia jest wykorzystywana tylko w razie konieczności. Inną istotną cechą tego podejścia jest to, że kobieta i jej rodzina są aktywnymi podmiotami opieki i w związku z tym mogą podejmować decyzje w porozumieniu z przedstawicielami służby zdrowia. Taka forma opieki jest promowana przez państwo od 2008 r. przez aktywność i funkcjonowanie opisanego wcześniej programu *Chile Crece Contigo*. Niestety, wdrożenie tego modelu nadal nie odniosło oczekiwanych rezultatów, czego efektem jest m.in. nadmiar interwencji medycznych podczas porodu⁶⁶. Wyniki badania przeprowadzonego w dziewięciu szpitalach położniczych w Chile między majem a grudniem 2013 r., które objęło 1882 kobiet rodzących siłami natury, wykazały, że w przypadku 90,8% kobiet poród został przyspieszony medycznie. Jest to sygnał, że w większości przypadków nadal dąży się do tzw. szybkiego porodu bez poszanowania naturalnego i fizjologicznego przebiegu tego procesu⁶⁷. To samo badanie ujawniło, że 81,5% respondentek nie otrzymywało w trakcie porodu pokarmu ani wody. Zakaz przyjmowania płynów i pokarmów w trakcie porodu został wprowadzony w latach 40. XX w. Było to spowodowane błędnym, jak się później okazało, przekonaniem, że pełny żołądek jest przyczyną powikłań w razie ewentualnej konieczności podania znieczulenia ogólnego. Co więcej, w organizmie osoby głodnej w wyniku wyższego poziomu stresu wytwarza się kortyzol, co może z kolei spowolnić akcję porodową. Badania wykazały także, że poziom wysiłku przy porodzie siłami natury jest porównywalny z wysiłkiem maratończyka. Istotne jest zatem odpowiednie nawodnienie i odżywienie organizmu⁶⁸.

Kolejny wskazywany problem to pozycja, w jakiej rodzą kobiety. Chociaż od 1985 r. WHO zaleca, aby rodząca mogła wybrać najwygodniejszą dla siebie pozycję porodową, to okazuje się, że 79,7% badanych Chilijek rodziło w pozycji horyzontalnej, jaką wymusza łóżko ginekologiczne. W 2014 r. w Chile zaledwie 6,8% wszystkich porodów w ramach systemu publicznego odbyło się w pozycji wertykalnej⁶⁹.

Alarmujący jest fakt, że aż 56,4% badanych Chilijek w trakcie porodu przeszło episiotomię (nacięcie krocza), a w niektórych regionach kraju było to nawet 78,3%. Praktyka ta nadal jest bardzo powszechna, pomimo zalecenia WHO, które

66 *Ibidem*.

67 L. Binfá, L. Pantoja, J. Ortiz, M. Gurovich, G. Cavada, *Assessment of the Implementation of the Model of Integrated and Humanised Midwifery Health Services in Santiago, Chile*, „Midwifery” 2013, t. 29, nr 10, s. 1151–1157.

68 <https://www.znana-polozna.pl/artykuly/jedzenie-i-picie-w-czasie-porodu> (dostęp: 20.02.2020).

69 L. Binfá, L. Pantoja, J. Ortiz, M. Gurovich, G. Cavada, *op. cit.*

podkreśla, że należy ograniczyć stosowanie tego zabiegu tylko do sytuacji, które rzeczywiście tego wymagają. Warto podkreślić też, że kobieta powinna wyrazić zgodę na ten zabieg, a przynajmniej zostać o nim szczegółowo poinformowana, co w wielu przypadkach w ogóle nie ma miejsca⁷⁰.

Innym problemem w Chile jest zbyt wysoka i stale rosnąca liczba cesarskich cięć. Choć według deklaracji wydanej przez WHO w 1985 r. zaleca się, aby jedynie 15% wszystkich porodów było rozwiązywane przez cesarskie cięcie, to już w 1986 r. w Chile było to aż 27%. Co istotne, w ostatnim dziesięcioleciu liczba porodów w systemie prywatnym wzrosła z 21% w 2000 r. do 32% w 2015 r. Jest to kluczowa informacja, zważywszy na fakt, że to właśnie w sektorze niepublicznym wykonuje się najwięcej cesarskich cięć. W 2015 r. odsetek porodów przez cesarskie cięcie w systemie prywatnym wyniósł 69%, podczas gdy w publicznym – 40,9%. Niepokojąca jest jednak sytuacja, jaka ma miejsce w państwowym systemie opieki zdrowotnej, bezpośrednio uzależnionym od środków publicznych. Kobiety w nim ubezpieczone (FONASA), które decydują się na poród w ramach tzw. opieki z wolnego wyboru (*hiszp. Modalidad de libre elección*; przypominamy, że w tym trybie świadczeniobiorcy mogą korzystać z usług w prywatnych placówkach lub w prywatnych gabinetach lekarzy, którzy mają podpisaną umowę z FONASA), zobowiązane są do zakupu bonu na daną usługę medyczną (taką usługą jest także poród). Cena usług zależy od formy i zakresu umowy zawartej z FONASA przez danego lekarza lub placówkę, w której świadczona jest opieka za pośrednictwem Diagnostic Associated Payment (PAD). W państwowym systemie FONASA, o czym pisałyśmy, zwrot kosztów jest taki sam dla porodu naturalnego, jak i cięcia cesarskiego, które miało miejsce w szpitalu publicznym, i jest zależny od kategorii, do której należy pacjentka. Jeśli kobieta, która podlega państwowemu systemowi FONASA, decyduje się na poród w placówce niepaństwowej z tzw. wolnego wyboru, do rozliczenia stosuje się dokument PAD (*hiszp. Pago Asociado a un diagnóstico*). Jest to zestaw 55 standardowych świadczeń, do których pacjent dopłaca stałą kwotę w wysokości 263 290 CLP (ok. 1300 PLN). Powtórzmy, że według danych Stowarzyszenia Klinik 70 tys. pacjentek rocznie decyduje się na to rozwiązanie, a ponad połowa z nich to pacjentki systemu FONASA – w tej grupie cesarskie cięcie wybrane zostało przez 74,8% rodzących kobiet, zgodnie z danymi dostarczonymi przez Departament Cyklu Życia Ministerstwa Zdrowia w 2017 r.⁷¹

Warto nadmienić, że monitoring sytuacji i analiza opinii na temat opieki okołoporodowej w Chile prowadzone są także przez stowarzyszenia i fundacje (np. Fundację OVO – Obserwatorium Przemocy Położniczej, *hiszp. Observatorio de*

⁷⁰ *Ibidem*.

⁷¹ L. Leiva, K. González, *Costo base de un parto en clínicas fluctúa entre \$ 1 millón y \$ 7 millones*, 2017, <https://www.latercera.com/noticia/costo-base-parto-clinicas-fluctua-1-millon-7-millones/> (dostęp: 10.02.2020).

la Violencia Obstetrica), a o wadze problemów i poziomie ich uciążliwości dla kobiet świadczy chociażby chętnie przystępowanie do badań przez Chilijki. Obrazuje to najlepiej fakt, że do badań, których wyniki zostały opublikowane właśnie przez Fundację OVO, tzw. Pierwszej Ankiety na temat Narodzin w Chile (hiszp. *Primera Encuesta sobre el nacimiento en Chile*), przystąpiło ponad 11 tys. kobiet. Anonimowa ankieta była dostępna w formie internetowej od 1 marca do 31 maja 2017 r., a udział w niej był dobrowolny. Do badania przystąpiło 11 357 kobiet, które urodziły dzieci w latach 1970–2017. Podobne ankiety zostały udostępnione w krajach takich, jak Argentyna, Francja i Włochy, ale w żadnym z tych państw, pomimo tego, że liczba ich mieszkańców jest znacznie większa niż populacji Chile, odzew nie był aż tak duży. Dowodzi to, że temat opieki okołoporodowej jest ważny dla Chilijek, które wykazują chęć i potrzebę dzielenia się swoimi przeżyciami na temat porodu⁷².

72 <https://ovochile.cl/?s=encuesta> (dostęp: 15.02.2020).

Rozdział II

Wymiary wsparcia w imię tzw. dobrego porodu

Życie współczesnych kobiet charakteryzuje stres, pośpiech, siedzący tryb życia i złe nawyki żywieniowe. Sytuacja ta oraz jej wpływ na ciało i zdrowie kobiety mogą sprawiać, że do zajścia w ciążę, kontroli jej prawidłowego przebiegu i asysty podczas urodzenia zdrowego dziecka niezbędna jest specjalistyczna opieka medyczna już od wczesnego etapu ciąży (a czasami nawet w procesie jej planowania). Wymaga ona zaangażowania profesjonalnej kadry medycznej w cały proces opieki okołoporodowej. I choć dąży się do tego, aby poród nie był wyłącznie wydarzeniem medycznym, to sam fakt, że najczęściej odbywa się w placówce medycznej, nadaje mu taki wymiar, ponieważ w jego przebieg zaangażowany jest specjalistyczny personel.

1. Lekarz i położna – filary profesjonalnego wsparcia

Pacjent jest autonomicznym podmiotem społecznym, który dysponuje określonymi uprawnieniami aksjonormatywnymi (cechują go wartości o charakterze autotelicznym) i prawami w obszarze funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, regulowanymi przez każde państwo. W udostępnianych publikacjach i dokumentach pacjent często określany jest jako chory, klient lub świadczeniobiorca (w wymiarze legislacyjnym), korzystający z usług medycznych, które powinny spełniać określone warunki, przede wszystkim mieć na celu jego dobro, a w efekcie końcowym usatysfakcjonować go oraz – w miarę możliwości – spełnić jego oczekiwania.

Opieka nad pacjentem – z perspektywy Ministerstwa Zdrowia, które odpowiada za organizację ochrony zdrowia i opieki medycznej – powinna być sprawowana w taki sposób, aby była jak najbardziej mu przyjazna i aby w jej trakcie pod uwagę

brać jego potrzeby. Na poziomie ustawodawczym wiele uwagi poświęca się dbałości o zapewnienie odpowiednich podstaw prawnych do funkcjonowania całego systemu, poszczególnych placówek oraz instytucji medycznych, nie pomijając zatrudnionych w nich osób, a także pacjentów, którzy korzystają z ich świadczeń. Duży nacisk kładzie się tu na przestrzeganie praw pacjenta. Z kolei w kontekście instytucjonalnym nadrzędne jest dobro pacjenta, a wszelkie działania przedstawicieli opieki zdrowotnej skoncentrowane są na poprawie jakości jego życia¹.

Trzeba mieć także na uwadze, że świadczenia medyczne to specyficzny rodzaj usług, szczególnie jeśli mowa o kontekście opieki okołoporodowej, a kobieta ciężarna jest na swój sposób wyjątkowym pacjentem. Kobieta w prawidłowo przebiegającej ciąży bądź rodząca nie jest bowiem chora, a często jest tak traktowana przez lekarzy, położne czy personel medyczny. Można posunąć się do stwierdzenia, że znaczna część rodzących nie utożsamia się ze słowem „pacjentka”, a ich pobyt w szpitalu jest jedynie formą skorzystania z konkretnych świadczeń medycznych. Stąd mogą pojawić się problemy w relacjach między kobietą a lekarzem, położną czy innymi przedstawicielami personelu medycznego. Kobiety raczej nie są chętne, aby wejść w rolę uległego pacjenta (choć część z nich preferuje paternalistyczny model opieki), a lekarze nie do końca są przygotowani na bardziej partnerski rodzaj relacji².

A przecież spośród wszystkich przedstawicieli branży medycznej to właśnie lekarz odgrywa zasadniczą rolę w szeroko rozumianym procesie diagnozy i leczenia. To on podejmuje większość kluczowych decyzji, jest bezpośrednio odpowiedzialny za przebieg postępowania z pacjentem oraz może ingerować w jego ciało. Inni pracownicy medyczni pełnią funkcje pomocnicze oraz uzupełniające, i chociaż w żadnym wypadku nie można pomijać ich znaczenia, to jednak lekarz jest najbardziej decyzyjną postacią w kontekście przebiegu procesu leczenia czy opieki nad chorym³.

Na przestrzeni ostatnich kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu lat widoczna jest istotna zmiana w przebiegu relacji między lekarzem i pacjentem, spowodowana wieloma czynnikami⁴. Współczesny pacjent przyjmuje różne strategie, a jego oczekiwania korespondują z przyjętym sposobem budowy relacji, jego potrzebami i stanem psychofizycznym. W pewnym uproszczeniu można jednak uznać, że stopniowo zatracą się w tej relacji wymiar osobisty, niezwykle istotny dla skuteczności leczenia. Zwraca się także coraz częściej uwagę na rosnące wymagania

1 A. Łaska-Formejster, *Pacjent w sieci zależności. Społeczny kontekst praw i autonomii pacjenta*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015, s. 12.

2 W. Eichelberger, I. Stanisławska, *Być lekarzem, być pacjentem*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2013, s. 124.

3 A. Nawrocka, *Humanistyczny wymiar medycyny, farmacji, analityki medycznej i pielęgniarstwa a etyka zawodów medycznych*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 2004, nr 58, s. 85.

4 Zob. M. Gałuszka, *Nowe zjawiska w relacji lekarz – pacjent w kontekście rozwoju internetu*, „Przegląd Socjologiczny” 2012, nr 2, s. 118–150.

pacjentów oraz wynikający z nich roszczeniowy charakter tej relacji (roszczenia wysuwać mogą zarówno pacjenci, jak i lekarze). Jednocześnie dużo mówi się o przypadkach nieprofesjonalnego traktowania pacjentów przez lekarzy oraz zaniedbaniach czy błędach lekarskich⁵.

Te zmiany mają istotne znaczenie w świetle opieki okołoporodowej. Lekarz w tym kontekście ponosi niejako podwójną odpowiedzialność – za kobietę i za jej dziecko. Poziom zaufania w tej relacji powinien być więc jak najwyższy. Poza tym ginekologia to specjalizacja, która w najbardziej intymny sposób ingeruje w ludzkie ciało – dla osiągnięcia komfortu pacjentki istotny jest więc dobry kontakt z lekarzem, oparty na szczerym dialogu pozbawionym wstydu i uprzedzeń.

Aby nie powtarzać schematów prezentacji tego aspektu opieki (niezwykle istotnych – a może wręcz zasadniczych – dotyczących chociażby przebiegu procesu komunikacji, przekazywania informacji czy niesymetryczności relacji oraz zależności z niej wynikających), warto rozwinąć poprzednią myśl i wskazać na znaczenie „indywidualistycznych” wymiarów tej relacji, w której kontakt fizyczny i emocjonalny uznaje się za „naturalny”. A zatem należy podkreślić istotę zaufania, warunkującego skuteczność i sprawczość zalecanych działań i procedur, bo kobieta spodziewająca się dziecka, która ma zaufanie do lekarza, czuje się bezpieczniej i łatwiej dostosowuje się do jego zaleceń. Uznając różne perspektywy poznawcze, zawodowe i życiowe, lekarz powinien pamiętać, że tak jak dla niego kontakt z ciężarną jest codziennością, tak dla kobiety, planującej lub oczekującej narodzin dziecka, wizyta u lekarza jest wyjątkową okolicznością – relacją, podczas której pragnie określonej pomocy, poczucia, że jest objęta troską oraz może uzyskać odpowiedzi na wszelkie nurtujące ją pytania i wątpliwości. Ułatwić ten proces powinna empatyczna postawa lekarza, prowadząca zazwyczaj do większej otwartości ze strony pacjentki, a doświadczane przez lekarza emocje bezpośrednio przekładają się na zachowanie i postawę wobec kobiety. Okazywana troska oraz wzajemne zrozumienie mogą mieć kluczowe znaczenie dla udzielenia skutecznej pomocy. Ważną kompetencją lekarza w tym układzie jest akceptacja postaw pacjentek, które nie powinny odnosić wrażenia, że są oceniane, powinny natomiast mieć poczucie otoczenia ich opieką.

Warto też podkreślić, że ginekolog to specjalista pełniący ważną funkcję w życiu każdej kobiety, a jego znaczenie nie ogranicza się do wsparcia w okresie planowania, przebiegu ciąży czy przygotowania i odbioru porodu. Wszystkim kobietom powyżej 16. roku życia zaleca się bowiem regularne konsultacje ginekologiczne w celu kontrolowania stanu zdrowia, co w dłuższej perspektywie pozwala na szybkie wychwycenie jakichkolwiek nieprawidłowości i zastosowanie odpowiedniego leczenia. Lekarz ginekolog uczy również, w jaki sposób kobieta może sama badać swoje ciało i na co powinna zwracać uwagę, oraz udziela niezbędnych informacji

5 M. Mnichowska, *Współczesne tendencje i zmiany w relacji lekarz – pacjent*, „Zeszyt Studencki Kół Naukowych Wydziału Prawa i Administracji UAM” 2011, nr 1, s. 111–113.

w zakresie antykoncepcji. A zatem tym bardziej na znaczeniu zyskują takie kompetencje lekarza ginekologa, jak: przyjęcie humanistycznej postawy, zainteresowanie człowiekiem i troska o jego dobro, poszanowanie godności i praw człowieka, oparta na empatii gotowość świadczenia opieki i pomocy; poznanie samego siebie oraz podopiecznych, które powinien traktować indywidualnie, uwzględniając wszystkie rozpoznane czynniki mające wpływ na ich stan zdrowia i relacje ze światem; umiejętność doboru formy i metody przekazu, by stał się dla kobiet czytelny i zrozumiały; umiejętność odczytywania i interpretowania przekazywanych przez nie komunikatów oraz umiejętność tworzenia z nimi więzi⁶.

W kontekście rozważań dotyczących profesjonalnego wsparcia pragniemy w następnej kolejności wskazać na istotę roli położnej. Powszechnie panuje przekonanie, że wykonywanie tej profesji jest bardziej misją wynikającą z powołania niż typowym zawodem. Początki położnictwa sięgają korzeni cywilizacji, kiedy to matka pomagała rodzącej córce, a z biegiem czasu kobiety, które wielokrotnie doświadczyły porodu, zaczęły podejmować się zajęcia akuszerki w sposób zorganizowany. Chociaż najstarsze informacje na temat położnictwa pochodzą już ze starożytnego Egiptu, to oficjalne nauczanie położnych miało swoje początki dopiero w XVI w. we Francji i w Niemczech. Wraz z postępem medycyny w XIX w. w większości krajów Europy ukazały się oficjalne prawne rozporządzenia dotyczące praw i obowiązków położnych. Wiek XX przyniósł znaczący rozwój położnictwa w kontekście profesjonalizmu zawodu, a w XXI w. nastąpiło przededefiniowanie zawodu położnej, która – wyposażona w odpowiednią wiedzę medyczną – stała się uważnym, profesjonalnym świadkiem i towarzyszem narodzin⁷.

Współcześnie położna jest pracownikiem opieki zdrowotnej, nadzorującym kobiety w okresie ciąży, porodu oraz porożu, a także sprawującym opiekę nad noworodkami. Poza młodymi matkami wspiera ona kobiety podczas menopauzy, edukuje w obszarze prozdrowotnego stylu życia we wszystkich fazach rozwoju, prowadzi profilaktykę infekcji ginekologicznych oraz pomaga w odpowiedniej samoobserwacji⁸. Profesja położnej zespala w sobie komponenty wiedzy wielu dziedzin, w tym medycyny, socjologii i psychologii. Wykonywanie obowiązków zawodowych przez położną jest zróżnicowane – może być uwarunkowane miejscem jej zatrudnienia oraz doświadczeniem zawodowym. Ze względu na to, że zawód położnej przynależy w Polsce do zespołu tzw. samodzielnych zawodów oraz jest wspierany ustawą z 2011 r. definiującą zasady realizowania zawodu położniczego, powinności zawodowe położnej zostały usankcjonowane legislacyjnie.

6 M. Makara-Studzińska, *Komunikacja z pacjentem*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012, s. 66–73.

7 M. Wrzesińska, B. Bąk, *Historia zawodu położnej i kształtowanie się opieki okołoporodowej na świecie i w Polsce*, „Studia Medyczne” 2012, t. 27, nr 3, s. 90–93.

8 <https://www.nfz-lodz.pl/dlapacjentow/jak-sie-leczyc/2535-poona-poz> (dostęp: 15.04.2019).

Położna świadczy opiekę nad kobietami w różnych stadiach ich życia. Zgodnie z prawem do podstawowych obowiązków należy pielęgnacja bazująca na planowaniu oraz realizowaniu zadań profilaktycznych, terapeutycznych oraz rehabilitacyjnych. Indywidualność zawodowa położnych daje sposobność prowadzenia ciąży u fizjologicznie zdrowej kobiety, przyjęcia fizjologicznego porodu i opieki w położu nie tylko nad położnicą, ale i nad noworodkiem⁹. Gwarantuje to ciągłość opieki oraz podnosi jej jakość¹⁰. Ze względu na to, że położne są obecne podczas największych zmian w życiu przyszłej matki, podczas realizowania swoich obowiązków powinny zwracać szczególną uwagę na każde, również z pozoru najmniej relewantne szczegóły, gdyż często to od nich zależy, czy kobieta odważy się poprosić o wsparcie w chwilach, które wzbudziły jej niepokój. Zdarza się zatem, że położna odgrywa rolę cierpliwego słuchacza oraz obserwatora, gotowego udzielić odpowiedzi na wszelkiego rodzaju pytania i uspokoić w momentach wątpliwości bądź strachu. Dlatego też opieka położnych nad ciężarnymi i kontynuacja tej opieki w czasie porodu i położu jest rekomendowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO).

Bywa też, że ludzie traktują położne jedynie jako osoby wspierające i wykonujące zlecenia specjalisty ginekologa. Jest to faktycznie część obowiązków należących do położnych, lecz to one są z pacjentkami na oddziałach codziennie przez 24 godziny, a następnie w ich domach i przychodniach¹¹.

Funkcja położnej bez wątpienia jest niezwykle istotna: to ona w krótkiej rozmowie jest w stanie wychwycić detale, których ginekolog może nie zauważyć w czasie badania bądź podczas analizowania wyników. Oprócz obecności przy porodach w trakcie sprawowania opieki na szpitalnych oddziałach położna zajmuje się ciężarną, jest odpowiedzialna m.in. za nadzorowanie tętna płodu, parametrów ogólnego stanu, wykonywanie iniekcji, podawanie leków. W warunkach oddziału położniczego do jej zadań należy wsparcie w pielęgnacji noworodka, nauka karmienia piersią czy nadzorowanie ran poporodowych. Z kolei na oddziałach neonatologicznych zajmuje się ona całą gamą zabiegów zwykle ratujących życie noworodka. Istotną funkcję pełni także praca w środowisku, a więc prowadzenie przedporodowej edukacji jako wdrożenie do porodu, a w dalszej kolejności wizyty patronażowe już po przyjściu noworodka na świat¹².

9 Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, a także zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej położna może samodzielnie sprawować opiekę nad kobietą w ciąży fizjologicznej, tj. w ciąży przebiegającej w sposób prawidłowy.

10 G. Iwanowicz-Palus, E. Golonka, *Przygotowanie położnej do realizowania edukacji na temat zdrowego stylu życia kobiet ciężarnych w opinii społeczeństwa* (część II), „Problemy Pielęgniarstwa” 2012, t. 20, nr 3, s. 289.

11 M. Wrzesińska, B. Bąk, *op. cit.*, s. 97.

12 T. Słosorz, *Samodzielność zawodowa położnych*, „Położna. Nauka i Praktyka” 2009, t. 3, nr 7, s. 50–54.

W Polsce kobiety raczej nie korzystają ze wsparcia położnej przed zajściem w ciążę. Niewiele z nich posiada świadomość tego, że przysługuje im prawo do opisywanej tu opieki w ramach NFZ. Nikły odsetek kobiet decyduje się na nadzorowanie ciąży fizjologicznej u położnej, większość korzysta dopiero z patronażowych edukacji po porodzie. Wynika to głównie z potrzeby wsparcia w obszarze pielęgnacji i naturalnego karmienia w inicjalnych tygodniach po narodzinach dziecka. Zadaniem położnej jest nie tylko zagwarantowanie kobietom profesjonalnej opieki w okresie okołoporodowym, ale również udzielanie im pomocy w trudnych momentach związanych z oczekiwaniem na dziecko, jak też i z jego pojawieniem się na świecie¹³. Wsparcie profesjonalisty podczas wchodzenia w rolę społeczną matki jest niezwykle przydatne, ponieważ oprócz udzielania wskazówek i przekazania informacji na temat właściwych sposobów pielęgnacji dziecka stwarza i wzmacnia ono atmosferę bezpieczeństwa oraz zaufania. Kobieta nie musi trwać w nieustannym niepokoju czy lęku dotyczącym niepowodzenia – obok niej znajduje się osoba, której może zadać pytanie lub którą może prosić o pomoc. Z tego powodu jednym z celów polityki zdrowotnej powinny być szeroko prowadzone akcje (o zasięgu ogólnokrajowym) dostarczające kobietom informacji o istniejących możliwościach, zwłaszcza tych dotyczących wsparcia ze strony personelu medycznego.

2. *Doula* jako odpowiedź na potrzeby współczesnych rodzących

Przeważający w kulturze zachodniej schemat położnictwa wykluczył ważny komponent opieki, jakim jest uczuciowe wspieranie rodzącej przez jednostki z jej najbliższego otoczenia. Kiedy poród z domu przeniesiono bezpośrednio do szpitala, „naturalna”, bezpośrednia opieka nad kobietami została zastąpiona opieką profesjonalnych położnych bądź pielęgniarek. Jednak specyfika pracy szpitala, układ zmianowy, niewielka liczba położnych na wiele kobiet leżących na oddziale zwiększają poczucie samotności i skutkują tym, że pobyt na oddziale staje się niemiłym doświadczeniem. O powadze problemu świadczą chociażby wyniki badania zrealizowanego przez amerykańskich lekarzy i badaczy – inicjatorów instytucji *douli*, którzy badając wpływ przebiegu porodu na więź matki z dzieckiem (w latach 70. w Gwatemali), odkryli wagę i znaczenie bliskości i życzliwości osoby uczestniczącej w porodzie. W przypadku tego badania odkrycie dokonane zosta-

13 A. Smerdka, *Samodzielność i kompetencje zawodu położnej w systemie podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2015, t. 1, nr 45, s. 47–49.

ło w dość niezwykłych okolicznościach, ponieważ to życzliwość i empatia osoby ankietyjacej, która była obecna podczas porodu, wpłynęły na:

[...] lepsze jej [rodzącej – przyp. aut.] samopoczucie po porodzie i tworzenie się głębszej więzi między nią a jej dzieckiem. Wyniki były jednoznaczne. Kobiety rodzące z kimś, w kim miały ciągle oparcie i pomoc, rodziły szybciej, rzadziej sięgały po znieczulenia farmakologiczne, rzadziej dochodziło do porodu indukowanego i zakończono go kleszczowo lub cięciem cesarskim¹⁴.

Między innymi z tego powodu kobieta w ciąży może coraz częściej – poza opieką położną – skorzystać także z pomocy *douli*: z języka greckiego jest to kobieta, „która służy”. Jej głównym zadaniem jest fizyczne oraz emocjonalne wsparcie ciężarnej oraz rodzącej w oparciu o posiadaną wiedzę oraz doświadczenie.

Doula rozumie i chroni fizjologiczny przebieg porodu, odpowiada na emocjonalne potrzeby kobiety na każdym jego etapie. Pozostaje z rodzącą przez cały czas trwania porodu, towarzyszy jej w pierwszych dniach macierzyństwa¹⁵.

Zainicjowali (i zinstytucjonalizowali) tę formę wsparcia John Kennel i Marshall Klaus, którzy razem z Phyllis Klaus, Penny Simkin i Annie Kennedy stworzyli w 1992 r. stowarzyszenie DONA (Doula of North America), organizację zrzeszającą i szkolącą *doule*. Kilka lat później powstała sieć European Doula Network (EDN), która zrzeszała *doule* działające w Europie, natomiast w 2011 r. z inicjatywy 18 *doul* powstało polskie Stowarzyszenie DOULA, które zaledwie rok później zostało włączone do wspomnianej sieci EDN¹⁶.

W styczniu 2015 r. *doula* została oficjalnie zarejestrowana w Polsce jako zawód¹⁷, zaś *doule* zrzeszone w stowarzyszeniu obowiązuje m.in. Kodeks Etyczny i Standardy Pracy DOULI ze Stowarzyszenia DOULA w Polsce, który został przyjęty 17 września 2017 r.

Podstawową różnicą pomiędzy położną a *doulą* jest to, że położna posiada wykształcenie medyczne, może więc wykonywać czynności specjalistyczne związane z porodem. To ona przeprowadza wszystkie badania, obserwacje oraz podejmuje adekwatne do potrzeb decyzje – ponosi więc częściową odpowiedzialność za stan zdrowia kobiety w ciąży. Tymczasem *doula* nie ma wykształcenia

14 <http://www.doula.org.pl/kim-jest-doula> (dostęp: 24.03.2020).

15 <https://www.newsweek.pl/wiedza/nauka/doula-przyjaciolka-od-porodu-newsweekpl/zbwn9ex> (dostęp: 18.04.2019).

16 <http://www.doula.org.pl/kim-jest-doula> (dostęp: 24.03.2020).

17 Z informacji opublikowanych na oficjalnej polskiej stronie stowarzyszenia: „Na stronie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej można przeczytać syntezę zawodu douli, która niestety nie została skonsultowana ze Stowarzyszeniem DOULA w Polsce, a proponowane przez Stowarzyszenie zmiany nie zostały uwzględnione”.

medycznego – w krajach, gdzie usługi *douli* są popularne, zazwyczaj kończy ona kurs (lub szkolenie) wdrażający ją do tej funkcji. Oznacza to, że kształcenie *douli* trwa krócej i jest mniej profesjonalne niż kształcenie położnej, zatem *doula* nie może zastąpić położnej¹⁸. *Doule* szkolą się jednak i pozyskują wiedzę oraz umiejętności, które stanowią uzupełnienie tych świadczonych przez profesjonalistów, m.in. umiejętności wykonywania masażu manualnych i *rebozo*, pozyskują wiedzę fizjologii ciąży, porodu, porożu, rozwoju dziecka w pierwszych miesiącach jego życia, sposobów łagodzenia bólu porodowego, umiejętności sprawowania opieki nad kobietą w porożu, laktacji, wiedzę na temat problemów emocjonalnych kobiet – a wszystko to, aby uzyskać kompetencje i wspierać w każdym aspekcie kobietę w okresie okołoporodowym¹⁹.

Doulę i położną odróżnia też organizacja pracy – w przeciwieństwie do położnej, która zazwyczaj jest zaangażowana w pomoc wielu kobietom jednocześnie, *doula* poświęca czas oraz swoją uwagę tylko jednej osobie w nieprzerwany sposób. Zadania *douli* nie kończą się z momentem urodzenia dziecka – zaraz po porodzie czuwa ona nad inicjalnym kontaktem pomiędzy matką a dzieckiem, a także dba o to, by karmienie zaczęło się w prawidłowy sposób. Troszczy się o wygodę matki również po porodzie, odpowiada na pytania oraz wątpliwości młodych rodziców.

Promując zawód *douli*, Fundacja „Rodzić po Ludzku” wymienia następujące zalety jej obecności przy porodzie:

- czas porodu ulega znacznemu skróceniu;
- zredukowane zostaje ryzyko zabiegowego porodu bądź cesarskiego cięcia;
- rodząca zauważalnie lepiej radzi sobie ze skurczami, zażywa mniej środków przeciwbólowych;
- pogłębia się więź między rodzącą a jej partnerem (polepsza się również ich kooperacja);
- przyszła matka czuje się pewniej w nowej roli;
- rzadziej występują trudności z naturalnym karmieniem piersią²⁰.

Jednocześnie z inicjatywy Fundacji „Rodzić po Ludzku” od 2009 r. prowadzone są szkolenia dla osób chcących zostać *doulą*. Jest nadzieja, że zainicjuje to szerszy ruch na rzecz wdrożenia *douli* do opieki nad kobietą podczas ciąży, porodu oraz porożu²¹. Upowszechni wiedzę na temat roli kobiety, która wesprze rodzącą i będzie jej towarzyszyć podczas osvajania się z nową rolą społeczną – rolą matki, tym bardziej że to właśnie wsparcie społeczne wskazywane jest jako najskuteczniejsze w kształtowaniu tożsamości młodych matek. „Niezależnie od tego, gdzie i jak kobieta zamierza urodzić, to doświadczenie wpłynie na jej emocje, umysł,

18 Fundacja „Rodzić po Ludzku”, *Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po Ludzku”*, Warszawa 2017, s. 67.

19 <http://www.doula.org.pl/doula-czyli-sluzaca-marianna-szymarek> (dostęp: 24.03.2020).

20 <https://www.rodzicpoludzku.pl/Porod/Doula-profesjonalne-wsparcie-w-czasie-porodu.html> (dostęp: 23.04.2019).

21 *Ibidem*.

ciało i duszę do końca jej życia”²². Warto zatem promować pomoc *douli* jako formę wsparcia i alternatywnej opieki podczas – i tak zmedykalizowanego – porodu szpitalnego.

3. Poród jako wydarzenie rodzinne – realna potrzeba czy fanaberia?

Narodziny dziecka od zawsze były w jakimś stopniu przeżyciem rytualnym i/lub rodzinnym. W starożytnym Egipcie akcje porodowe odbywały się w towarzystwie innych przedstawicielek płci żeńskiej, zwykle były to kapłanki bogini porodów, Tueris. Role podczas porodu były odpowiednio podzielone – jedna z kobiet przyjmowała poród, a inne wspierały rodzącą. Porody przyjmowano także w rozmaitych pozycjach, a zadanie to ułatwiała kamienie, z których układano siedzenia dla rodzącej²³.

Na początku lat 80. minionego stulecia na większości położniczych oddziałów kobieta zgłaszająca się do izby przyjęć traktowana była przez personel medyczny instrumentalnie. Poczucie obcości w szpitalnym otoczeniu potęgował brak sposobności kontaktu z najbliższymi. Ciężarna zazwyczaj nie otrzymywała środków przeciwbólowych, a podczas porodu panował zakaz spożywania płynów. Z kolei po porodzie dziecko zabierano do mierzenia oraz ważenia, a w dalszej kolejności przekazywano na oddział noworodkowy. Matka pierwszy raz mogła ujrzeć swoje dziecko kilka godzin po narodzinach lub dopiero następnego dnia. W czasie kilkudniowego pobytu w szpitalu kobieta nie miała kontaktu z rodziną, zatem ani mąż, ani inni członkowie rodziny nie mogli zobaczyć się z nią czy nowo narodzonym dzieckiem²⁴.

W latach 90. w Polsce dokonano rewolucyjnych zmian w postrzeganiu porodu – przede wszystkim został on uznany za wydarzenie rodzinne, co oznaczało, że od tego momentu ojcowie rodzących się dzieci mogli być obecni na salach porodowych. Należy nadmienić, że w tym okresie zmianom uległo również pojmowanie rodzicielstwa. Upowszechniło się tzw. rodzicielstwo symetryczne, zwane „dwu-rodzicielstwem od chwili poczęcia”. Bazuje ono na tym, że obydwój rodzice wyrażają chęć poczęcia dziecka, prowadzą z nim rozmowy w fazie prenatalnej,

22 Cyt. I. May Gaskin, [za:] M. Borecka, *Doula – osoba towarzysząca w porodzie*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2014, nr 12, s. 24.

23 W. Fijałkowski, *Dar rodzenia*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1988, s. 80.

24 B. Rudnicka, *Poród w polskim położnictwie u progu XXI w.*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, rozprawa doktorska, Łódź 2013, s. 45.

wspólnie przygotowują się do odbycia porodu naturalnego, podczas którego mężczyzna wspiera swoją partnerkę, a po porodzie aktywnie uczestniczy w pielęgnacji dziecka oraz opiece nad nim²⁵.

Inicjalne porody w obecności ojców dzieci były rewolucją nie tylko dla rodzin, ale także dla personelu oddziałów położniczych. Z czasem dostrzeżono zasadność obecności męża na sali porodowej i w szpitalach zaczęły w dość szybkim tempie powstawać oddziały porodów rodzinnych²⁶. Ogromną rolę odegrał tu profesor Fijałkowski, który dostrzegał potrzebę humanitarnego oraz ludzkiego spojrzenia na proces narodzin dziecka, co wiązało się z koniecznością przywrócenia porodowi rodzinnego charakteru. Wbrew pojawiającym się założeniom częstsza obecność mężczyzny na bloku porodowym nie budziła dużych oporów ze strony ginekologów czy położnych mających obawiać się krytycznej oceny ich pracy. Dostrzeżono za to, że obecność bliskiej osoby oddziałuje pozytywnie zarówno na przebieg porodu, jak i na poczucie bezpieczeństwa oraz komfort samej rodzącej²⁷. Potwierdziły to wyniki badań prowadzonych przez Bogusławę Rudnicką, w których porównywano przebieg porodu z obecnością bliskiej osoby na sali i bez niej²⁸.

Współcześnie porody rodzinne stały się poniekąd codziennością i nikogo nie dziwi już obecność ojca przy narodzinach dziecka. W dużej mierze związane jest to z odpowiedzią na oczekiwania psychospołeczne oraz potrzeby rodzin. Poród (niestety nie zawsze) przestał być postrzegany w kategoriach *stricte* medycznej procedury, co wynika też z aktualnego stanu wiedzy personelu, usiłującego zapewnić rodzącej optymalne warunki, jak też zadbać o psychiczny komfort, zwłaszcza że, jak wspomniano wcześniej, ma to pozytywny wpływ na przebieg porodu. Porody rodzinne w polskich szpitalach stały się więc realną odpowiedzią na potrzebę przeżywania narodzin w gronie najbliższych. Systematycznie zaczęła bowiem wzrastać liczba rodzin pragnących razem przeżywać ten ważny moment²⁹.

Należy podkreślić, że asystowanie partnerce podczas porodu jest trudnym doświadczeniem także dla mężczyzny. Choć nie uczestniczy w nim w sposób bezpośredni, to potrzebuje odpowiedniego przygotowania związanego np. z oczekiwaniami, jakie może mieć wobec niego rodząca. Brak tego przygotowania może spowodować udział mężczyzny w porodzie do roli biernego obserwatora, a nawet krytyka całego zdarzenia. Nieodpowiednio wdrożony mężczyzna może nieprawidłowo interpretować instynktowne zachowania rodzącej, co oddziałuje negatywnie na jej komfort oraz na sam tok porodu, powodując jego wydłużenie się. Dlatego decyzja o uczestnictwie ojca dziecka w porodzie musi być wspólnie przemyślana i poprzedzona odpowiednim przygotowaniem. Rodzice, którzy planują

25 I. Chołuj, *Urodzić razem i naturalnie*, Fundacja Źródła Życia, Mszczonów 2013, s. 45.

26 *Ibidem*, s. 47.

27 W. Fijałkowski, *op. cit.*, s. 85.

28 Zob. B. Rudnicka, *op. cit.*, s. 45.

29 W. Fijałkowski, *op. cit.*, s. 90.

razem przeżyć narodziny dziecka, mogą uczestniczyć np. w zajęciach szkoły rodzenia, które najczęściej prowadzone są przez położne. Podczas zajęć przedstawiane są informacje dotyczące fizjologicznych aspektów ciąży, porodu, położu i sprawowania opieki nad noworodkiem oraz niemowlęciem. Omawiane są reguły zdrowego stylu życia, odpowiedniego odżywiania, promuje się również karmienie piersią. Porusza się także psychologiczne aspekty ciąży oraz porodu, w tym zaangażowanie ojca dziecka we wszystkie etapy, będące podstawą w osiągnięciu bliższej relacji partnerskiej. W części ćwiczeniowej zajęć oboje partnerzy zapoznawani są ze sposobami relaksacji, oddychania i parcia w kolejnych fazach porodu. Przyszli rodzice uczą się też pielęgnowania noworodka oraz sprawowania opieki nad niemowlęciem. Zakres tematów może być odmienny i zależny od osoby prowadzącej, jak i samych uczestników i ich sugestii³⁰.

4. Optymalizacja porodu

Poród to stosunkowo krótkie wydarzenie w życiu kobiety, zwłaszcza jeżeli porównuje się czas jego trwania z całym okresem ciąży czy późniejszym macierzyństwem. Jest to jednak doświadczenie na tyle intensywne i przełomowe, że często to właśnie jego przebieg ma decydujący wpływ na liczne aspekty późniejszego życia kobiety, takie jak samoocena, więź z dzieckiem czy z partnerem. Obecnie temat tzw. dobrego porodu jest propagowany właściwie na całym świecie, a działania w kierunku optymalizacji aktu porodowego podejmowane są niemal we wszystkich krajach rozwiniętych. W tym celu reorganizuje się sale porodowe, likwidując te wielołożkowe na rzecz sal rodzinnych. Wprowadzane są ulepszone techniki uśmierzania bólu, zarówno te farmakologiczne, jak i bardziej naturalne. Coraz częściej powraca się także do tematu narodzin w domu, a zatem odejścia od zbędnych ingerencji i medykalizacji wydarzenia, jakim są narodziny dziecka³¹. Zmiany, jakie zaszły w tej kwestii, to w dużej mierze wynik aktywności fundacji, stowarzyszeń i inicjatyw podejmowanych w obszarze psychologii i pedagogiki prenatalnej. W Polsce to np. Fundacja „Rodzić po Ludzku”, Stowarzyszenie na rzecz Naturalnego Rodzenia czy też Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych „Dobrze Urodzeni”. Także sami lekarze, położne oraz pielęgniarki

30 D. Walewska, G. Bączek, U. Tataj-Puzyna, E. Dmoch-Gajzlerska, *Poród – rodzinne wydarzenie*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio” 2017, nr 29.

31 E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski, *Wstęp*, [w:] E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski (red.), *Optymalizacja porodu – zagadnienie interdyscyplinarne*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008, s. 8–9.

przyjmujący na świat dzieci dostrzegli, że oprócz kwestii związanych z fizjologią porodu nie należy ignorować całego wachlarza aspektów dotyczących doznań psychologicznych, duchowych czy społecznych matki i noworodka³².

Satysfakcjonujący poród ma miejsce wówczas, kiedy kobiecie rodzącej gwarantuje się poszanowanie oraz ochronę jej godności, intymności; przekazuje się jej właściwe informacje o stanie zdrowia własnym oraz dziecka w zrozumiałym sposób oraz o przysługujących im prawach. Zwraca się uwagę na znaczenie wczesnego wykrywania i leczenia chorób oraz skutecznego zapobiegania powikłaniom podczas porodu. Gdy nie występują przeciwwskazania medyczne, rodząca kobieta ma prawo do uwzględnienia własnych życzeń dotyczących stosowanych mechanizmów położniczych, zwłaszcza ochrony przed bólem, psychologicznego wsparcia czy obecności męża/osoby bliskiej w czasie akcji porodowej. W Polsce zarówno cesarskie cięcie, jak i indukcję porodu wykonuje się ze wskazań lekarskich³³.

Słowo „optymalny” oznacza: najkorzystniejszy, najbardziej sprzyjający (czemuś), najlepszy w danych warunkach³⁴. W związku ze wzrostem świadomości oraz wiedzy kobiet i ich partnerów o ciąży i samym porodzie oraz uwzględniając zmiany podejścia do tego procesu samych przedstawicieli personelu medycznego, pojęcie optymalizacji porodu należy rozważać w różnych perspektywach. Podczas gdy dla jednych będzie to naturalny poród fizjologiczny pozbawiony zbędnych ingerencji medycznych, dla innych wystarczające będzie urodzenie zdrowego dziecka i stosunkowo dobry stan jego matki, który także można definiować różnie ze względu na podmiot dokonujący owej oceny. W rozumieniu lekarza dobry stan zdrowia to taki, w którym nie występuje zagrożenie życia. Z perspektywy kobiety, np. po porodzie zabiegowym, jej stan nie jest dobry, ponieważ odczuwa ona ból czy dyskomfort³⁵.

W nowoczesnym położnictwie poród określany jest jako bardzo istotny moment w życiu jednostki, a rodząca zaczęła być traktowana zdecydowanie bardziej podmiotowo niż kiedyś. Zaczęto rozumieć, że poród to doświadczenie obarczone lękiem, stresem, niepewnością, ale jednocześnie wydarzenie niepozbawione radości, uniesień i pozytywnych emocji³⁶.

32 Birth Coach Project, <http://birthcoachproject.com/2018/01/30/przyczyny-medyzalizacji-porodow/> (dostęp: 25.04.2019).

33 W. Baran, J. Skręt-Magierło, *Poglądy położnych na temat optymalnej drogi porodu*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2016, t. 3, nr 48, s. 209–210.

34 E. Sobol (red.), *Słownik wyrazów obcych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 797.

35 E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski, *op. cit.*, s. 9.

36 E. Janiuk, *Zadania położnej podstawowej opieki zdrowotnej w opiece okołoporodowej w świetle obowiązujących przepisów*, [w:] D. Żurawicka, M. Zimnowodna, I. Łuczak (red.), *Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny*, t. 4, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu i Studio IMPRESO, Opole 2016, s. 113.

Bez wątpienia zadając pytanie, czym jest tak zwany „dobry poród”, odpowiedzi będą zróżnicowane i uzależnione od subiektywnych kryteriów i przeżyć. Z pewnością jednym z najważniejszych czynników wpływających na pozytywną ocenę przebiegu porodu są urodzenie zdrowego dziecka i dobry stan fizyczny kobiety po porodzie. Jest to jednak duże uproszczenie, charakterystyczne dla perspektywy medycyny konwencjonalnej. Brakuje w nim odniesienia do aspektów emocjonalnych i doznań pozasomatycznych³⁷. Nie można bowiem stawiać na równi porodu z operacjami czy zabiegami typowo medycznymi. Kobieta i jej rodzące się dziecko są, a przynajmniej powinni być, w tym kontekście najważniejszymi osobami, podmiotami, także jeśli mowa o porodzie zabiegowym czy cesarskim cięciu.

Rozpoznanie i kontrola wszystkich czynników decydujących o finalnej opinii na temat porodu są niezwykle trudne. Może o tym zadecydować osobowość rodzącej, jej oczekiwania, poziom świadomości i akceptacji ciąży, dziecka i samej siebie, sytuacja rodzinna czy wcześniejsze doświadczenia życiowe, niekoniecznie związane bezpośrednio z porodem³⁸.

Pomimo powszechnego przekonania, że ciąża to nie choroba – nawet prawidłowo zaplanowana i przebiegająca – to jednak jest to stan oceniany na 40 punktów w 100-stopniowej skali stresu³⁹. Ponadto w jej trakcie zachodzi cały szereg zmian zarówno w fizycznym, jak i psychicznym wymiarze funkcjonowania ciężarnej. Biorąc pod uwagę somatyczne odczucia, należy także pamiętać, że kobieta może doświadczać różnego rodzaju dolegliwości o zmiennym stopniu występowania lub natężenia. Ciężarna w naturalny sposób zaczyna analizować swoje ciało i wzmożona zostaje jej czujność wobec wszelkich niepokojących czy nieznanym sygnałów, które wysyła organizm. Dodatkowo, dochodzą zmiany hormonalne mające duży wpływ na funkcjonowanie różnych układów ludzkiego ciała. Nie można też pominąć stanu emocjonalnego kobiety, który zwykle w tym okresie ma charakter zmienny i skrajny⁴⁰.

Kobieta po narodzinach dziecka powraca do ogólnej formy sprzed ciąży w różnym czasie. Teoretycznie zakłada się, że połóg trwa od 6 do 8 tygodni i że w tym okresie kobieta powinna uzyskać stan sprzed ciąży oraz porodu. Zdarza się, że powrót do pełni sprawności jest utrudniony, gdyż pojawiają się swoiste dolegliwości. Większość kobiet postrzega za normalne symptomy np. utrzymujący się po porodzie dyskomfort w obszarze krocza, większość a naturalną konsekwencję uznaje nieestetycznie wyglądający po porodzie brzuch bądź rozstępy i nie podejmuje żadnych działań zaradczych, kroków, żeby sobie pomóc. Podobnie w przypadku

37 K. Oleś, *Poród naturalny*, Wydawnictwo Natuli, Warszawa 2018, s. 113–115.

38 A. Otfinowska, *Czynniki wpływające na satysfakcję kobiet z porodu – analiza danych z akcji Rodzić po ludzku*, [w:] E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski (red.), *op. cit.*, s. 107–108.

39 K. Oleś, *op. cit.*, s. 116.

40 K. Szymona-Pałkowska, *Psychologiczna analiza doświadczeń rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2005, s. 20–23.

bólu piersi w czasie laktacji bądź w razie nietrzymania moczu⁴¹. Często owa bierność wynika z braku wiedzy dotyczącej profilaktyki i samej terapii. Fizjoterapię można zastosować w kilku dziedzinach medycyny, w tym także w ginekologii bądź położnictwie. Dzięki właściwie wdrożonemu postępowaniu można znacznie szybciej wrócić do formy sprzed ciąży, jak również uniknąć szeregu skomplikowanych dolegliwości lub – gdy takowe wystąpią – efektywnie je zwalczać⁴².

Powrót do względnie dobrego stanu fizycznego, zbliżonego do tego sprzed ciąży, nie musi oznaczać powrotu do zdrowia. Zdrowie należy rozumieć nie tylko jako brak schorzenia, brak określonych dolegliwości, ale jako stan równowagi na poziomie biologicznego, psychologicznego i społecznego wymiaru istnienia. Nieostrzeganie problemu zdrowia z perspektywy holistycznej, zwłaszcza w przypadku opieki okołoporodowej i przebytego porodu, jest wielkim błędem, ponieważ poród to wydarzenie o charakterze interdyscyplinarnym⁴³. Szeroko pojmowana opieka okołoporodowa obecnie uwzględnia dorobek i znajomość już nie tylko najnowszych trendów i osiągnięć w zakresie medycyny, ale także psychologii, pedagogiki, prawa czy promocji zdrowia⁴⁴.

41 A. Opala-Berdzik, B. Bacik, M. Kurkowska, *Zmiany biomechaniczne u kobiet w ciąży*, „Fizjoterapia” 2009, t. 17, nr 3, s. 12–13.

42 D. Szukiewicz, *Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 72.

43 E. Lichtenberg-Kokoszka, *Poród*, [w:] E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski (red.), *op. cit.*, s. 11.

44 K. Oleś, *op. cit.*, s. 114.

Rozdział III

Aksjonormatywne filary profesjonalnej opieki okołoporodowej

Poszanowanie godności osobistej oznacza szacunek dla odrębności pacjentki jako człowieka, dla jej podmiotowości, traktowanie jej jako „pełnego człowieka”, a nie przypadku medycznego, ograniczonego do chorego narządu czy stanu wymagającego interwencji. Sprawy związane z ciążą i porodem głęboko angażują całą osobę – a zatem nie tylko ciało kobiety, ale także jej psychikę i tożsamość¹.

Już na wstępie rozważań o charakterze etycznym warto wskazać, że o podmiotowym, godnym i autonomicznym traktowaniu drugiego człowieka nie powinny decydować rozstrzygnięcia legislacyjne², choć taką formę „zabezpieczenia” zastosowano i w kontekście opieki okołoporodowej. Nie powinna decydować także wykładnia aksjonormatywna, choć do praw pacjenta wpisane jest poszanowanie intymności i godności osobistej, które wraz z życzliwym i kulturalnym traktowaniem pacjentów uwzględnione są w obszarze zasad i powinności etyki zawodowej zarówno lekarskiej, jak i pielęgniarzkiej oraz położniczej³. W kontekst opieki medycznej wpisuje się – tak jak w kontekst większości interakcji – godne, podmiotowe i autonomiczne podejście do człowieka. I tylko od uczestników owej interakcji zależy, czy faktycznie będzie ona przebiegać zgodnie z tymi wartościami. Owszem, nabierają one szczególnego znaczenia, jeśli pod rozważę poddaje się przebieg interakcji o charakterze medycznym, a jeszcze bardziej szczególnego

1 <https://gdzierodziec.info/bazawiedzy/prawo-do-poszanowania-intymnosci-i-godnosci/> (dostęp: 11.02.2020).

2 Artykuł 23 Kodeksu cywilnego, zgodnie z którym intymność oraz godność osobista stanowią dobra osobiste człowieka; art. 20–22 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, które zobowiązują osoby wykonujące zawód medyczny do takiego zachowania, które zapewnia pacjentowi poszanowanie godności i intymności; art. 36 ust. 1 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza stomatologa, który nakłada na wszystkich lekarzy obowiązek poszanowania godności osób korzystających z usług medycznych. Ponadto zgodnie z ust. 3 tego artykułu lekarz ma obowiązek dbać, aby inny personel medyczny przestrzegał w postępowaniu z pacjentem zasady poszanowania godności i intymności.

3 Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej (art. 3. pkt a), Kodeks Etyki Lekarskiej (art. 12).

w odniesieniu do opieki okołoporodowej. Zaznaczamy, że nie umniejszamy znaczenia wagi przebiegu interakcji w innych kontekstach opieki medycznej, jednak sądzimy, że w tym konkretnym, ze względu na pozostawanie pod opieką dwóch osób – matki (także w perspektywie kształtowania jej nowej roli) i jej dziecka, owe wartości nabierają swoistego znaczenia. Zważywszy ponadto na fakt, że stan zdrowia biologicznego, psychicznego i fizycznego kobiety wpływa bezpośrednio na płód i jego rozwój, pragniemy podkreślić rangę kontekstów interpersonalnych ze szczególnym uwzględnieniem poszanowania humanistycznej, holistycznej koncepcji człowieka.

Rozwój medycyny sprawia, że badanie czynników decydujących o ludzkim życiu oraz konieczność przemyślenia koncepcji jednostki powstałej pod wpływem nauki jawią się jako naturalna potrzeba (podmiotem działań opieki medycznej są przecież ludzie, a w kontekście omawianego tematu – kobiety ciężarne, matki). Działania o charakterze medycznym, a współcześnie szerzej ujmując zagadnienie – coraz częściej przywoływana bioetyka, zdaniem Callahana, aby mogła być „poważna”, musi zadać sobie dwa trudne, wręcz niewygodne pytania⁴. Dotyczą one moralnej jakości decyzji medycznych oraz związku między ludzkim życiem, koncepcją osoby i koncepcją godności ludzkiej osoby. Zdaniem badacza:

Termin „osoba” stał się powszechnie stosowany w ramach dyskusji etycznej, ale został pozbawiony jednoznacznego charakteru, przez co może być wykorzystywany w bardzo różnych kontekstach praktycznych⁵.

Pojęcie osoby nie może odnosić się więc do jednego z wymiarów człowieczeństwa, np. biologicznego, funkcjonującego w filozofii, teologii, prawie i psychologii⁶. W etycznym wymiarze autorzy podręcznika „Zasady etyki medycznej” zwracają np. uwagę na fakt, że debaty moralne nie wynikają z poważnych różnic co do akceptacji ogólnych dyrektyw moralnych, ale są często wynikiem sporów o założenia metafizyczne i religijne⁷. Koncypowanie coraz szerzej ujmowanych zagadnień z zakresu interwencji medycznych utrudnia fakt, że często przyjmuje ono postać analizy wielopoziomowej, interdyscyplinarnej, obejmującej szerokie spektrum zagadnień. W etycznych rozważaniach o granicach interwencji często przywołuje się akceptowany stosunek ryzyka do korzyści, który moralnie sankcjonowany jest przez dwie wartości: „dobroczynienie” i nieszko-

4 D. Callahan, *Why America Accepted Bioethics*, „Hastings Center Report” 1993, t. 23, nr 6, [za:] M. Aramini, *Bioetyka dla wszystkich*, Wydawnictwo eSPe, Kraków 2011, s. 12.

5 M. Aramini, *op. cit.*, s. 12–13.

6 B. Chyrowicz, *Argumentacja we współczesnych debatach bioetycznych*, [w:] W. Galewicz (red.), *Etyczne granice badań naukowych*, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2009, s. 10.

7 Zob. T. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, Wydawnictwo Książka i Wiedza, Warszawa 1996, s. 25.

dzenie⁸. W innych stanowiskach autorzy wskazują m.in. na zasadę solidarności, ochrony ludzkiego życia, świadomej i nieprzymuszonej zgody czy też zasadę całości (zasady terapeutycznej), odwołując się do kwestii proporcjonalności ryzyka zbilansowanego z oczekiwanymi korzyściami⁹. Nie można nie zgodzić się z tym, że zasady te mogą stanowić źródło praktycznych wskazówek, których realizacja może być jednak uwarunkowana bądź ograniczona przez inne czynniki formalne lub nieformalne. Ze względu na interesujący nas obszar problemów dotyczących przebiegu opieki okołoporodowej proponujemy jako punkt wyjścia odwołanie się do teoretycznych rozważań na temat autonomii, bezpośrednio związanej z ideą praw, wolności, godności i podmiotowości.

1. Jak filozofia moralna wkrada się w kontekst opieki medycznej? Autonomiczność jako wartość

Ciąża, a następnie poród, wpływają zasadniczo na życie kobiety i jej rodziny. W przebiegu fizjologicznych, „bezproblemowych” ciąż można założyć, że do określonego etapu kobiety w niewielkim stopniu zmieniają swoje nawyki, przyzwyczajenia i aktywność (chyba że zagrażają one zdrowiu i bezpieczeństwu jej lub dziecka). W przypadku problemów, mogących wystąpić na każdym etapie od momentu planowania ciąży, niezbędna jest specjalistyczna opieka medyczna. Szczególnie w tych okolicznościach (choć nie należy wykluczać z nich także standardowej opieki, np. podczas wizyt kontrolnych) może dojść do sytuacji, kiedy kobieta starająca się o dziecko czy kobieta będąca już w ciąży pozbawiona zostaje podstawowej wolności działania i współdecydowania o przebiegu opieki medycznej (w imię dobra dziecka oraz jej). Konsekwencją tego stanu rzeczy jest ograniczenie autonomii, co może dodatkowo przysparzać pacjentkom cierpienia z powodu nierówności w stosunku do tych, którzy zobowiązali się nimi opiekować oraz podejmują za nie zewnętrzne decyzje.

Autonomiczność – rozumiana jako niezależność jednostki zarówno od przymusu ze strony innych, jak i od wewnętrznych ograniczeń uniemożliwiających rzeczywisty wybór – jest silnie zakorzeniona w moralności¹⁰, jest też wartością niezwykle ważną w procesie kształtowania roli matki i więzi z dzieckiem. Nie oznacza to jednak, że wszyscy zgadzają się co do jej jednolitej natury, interpretacji

8 K. Szewczyk, *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 90.

9 M. Aramini, *op. cit.*, s. 114.

10 Por. T. Beauchamp, J.F. Childress, *op. cit.*, s. 132.

i zakresu, w jakim w praktyce powinna być stosowana. Jest to pojęcie wieloznaczne, często zależne od autora określającego jego zakres znaczeniowy, jak i kierunku filozoficznego, w ramach którego funkcjonuje¹¹.

Autonomia może być określana i rozumiana jako:

[...] wolność indywidualna, prawo do decydowania o sobie, suwerenność jednostki, niezależność, **korzystanie ze swoich praw**, samodzielne ustanawianie zasad moralnych, indywidualność, branie odpowiedzialności za swoje sprawy, niepodleganie wpływom innych, wierność swoim zasadom bycie sobą, szczerłość autentyczność itd.¹²

Może być opisywana jako zdolność lub cecha, uprawnienie lub wartość. „Autonomię orzeka się czasem o działaniach, a innym razem o osobach”¹³.

Autonomiczność jest właściwie oparta na pojęciu wolności człowieka i zasadniczo wymaga, także w kontekście niniejszego opracowania, zrozumienia przynajmniej jej dwóch podstawowych znaczeń¹⁴:

[...] wolności negatywnej, która wiąże się z pytaniem: jak daleko sięga obszar, w którego granicach podmiot – osoba bądź grupa osób – ma lub powinien mieć całkowitą swobodę bycia i działania wedle własnej woli, bez wtrącania się innych osób (?); i drugie: wolności pozytywnej, która wiąże się z odpowiedzią na pytanie: co lub kto jest źródłem władzy albo ingerencji, która może przesądzić, że ktoś ma zrobić raczej to niż tamto, być taki, a nie inny (?)¹⁵.

Etymologiczny kontekst tego pojęcia wywodzi się od słów *autos* (sam, własny, samodzielny) i *nomos* (prawo, norma, rząd) i oznacza samostanowienie, samorządność, niezależność, ustanawianie norm dla samego siebie¹⁶. Pojęcie autonomii jest ściśle związane z innymi terminami z zakresu filozofii moralnej, takimi jak sprawczość, odpowiedzialność i paternalizm. Wynika to z konsekwencji traktowania jednostki jako osoby autonomicznej – by uważać ją za sprawcę określonego czynu, musi być ona autonomiczna i tylko taką osobę można pociągać do odpowiedzialności za popełnienie danego czynu. Paterna-

11 Por. B. Dobrowolska, *Wprowadzenie do medycznej etyki troski*, Wydawnictwo Branta, Bydgoszcz 2010, s. 31.

12 P. Łuków, T. Pasierski, *Etyka medyczna z elementami filozofii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, s. 145.

13 *Ibidem*, s. 145.

14 Zamiast znaczeń *negatywny* – *pozytywny* używa się również zamiennie *silny* – *słaby*, a także: *wolności do* – *wolności od*. Por. A. Górski (red.), *Leksykon prawa medycznego: 100 podstawowych pojęć*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2012.

15 I. Berlin, *Cztery eseje o wolności*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2000, s. 187.

16 Por. M. Nowacka, *Autonomia pacjenta jako problem moralny*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2005, s. 24; *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN*, t. 1, Warszawa 1995, s. 291.

listyczna ingerencja w sferę decyzyjną osoby autonomicznej wymaga szczególnego uzasadnienia: „[...] im bardziej autonomiczna jest dana osoba, tym owo uzasadnienie musi być silniejsze”¹⁷. Uznaje się, że to właśnie paternalizm traktujący ludzi jako istoty bezwolne i odmawiający im prawa do samostanowienia jest największym wrogiem autonomii jednostki¹⁸. Paternalizm lekarski jest również stawiany w wyraźnej opozycji do realizowania i poszanowania zasady autonomii pacjentki¹⁹. I choć celem działań paternalistycznych jest dobro pacjentki, to nie ulega wątpliwości, że wymusza na jednostce pełne podporządkowanie wobec decyzji i działań lekarza²⁰. Zobrazowaniem tego podejścia może być poród szpitalny, podczas którego decyzyjność leży w zakresie aktywności lekarza oraz położnej. Uzasadnieniem takiego postępowania jest odczuwany przez kobietę silny ból oraz zmęczenie, które wraz z osłabieniem funkcji poznawczych uniemożliwiają jej uczestniczenie w tym procesie w sposób świadomy i odpowiedzialny²¹.

Pojęcie autonomii stanowi wreszcie podstawę etycznej zasady autonomii, która traktowana jest jako oczywista i fundamentalna zasada moralności (w kontekście wszystkich interakcji); w tym znaczeniu stanowi podstawę współczesnej etyki medycznej. Poszanowanie autonomii uznaje prawo jednostki do posiadania poglądów, dokonywania wyborów i podejmowania działań zgodnie z wyznawanymi przez tę jednostkę wartościami i przekonaniami. Wymaga ona podtrzymywania zdolności jednostki do dokonywania autonomicznych wyborów, przewyższania lęku i innych przeszkód zagrażających autonomii, a więc szacunek dla autonomii polega na traktowaniu innych ludzi w sposób uzdalniający do ich autonomicznego działania²². „Jeśli uznajemy wartość autonomii, to w konsekwencji musimy też uznać, że decyzja odnośnie do poddania się leczeniu jest decyzją moralną, a nie decyzją o naturze czysto medycznej”²³. Ma to szczególne znaczenie w przypadku, gdy mamy do czynienia z kobietą w ciąży, gdyż rodzi się tutaj wątpliwość, w jakim stopniu i zakresie powinna mieć ona możliwość skorzystania z przysługującej jej, jako osobie ludzkiej, autonomii (nie mając pewności, że autonomiczne decyzje nie zaszkodzą np. dziecku)²⁴.

17 A. Górski (red.), *op. cit.*, s. 2.

18 Por. J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2007, s. 18.

19 Szerzej na ten temat: M. Wichrowski, *Spór o autonomię pacjenta*, „Medicus” 1992, nr 4, s. 17.

20 T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s. 45.

21 B. Baranowska, A. Doroszevska, *Porozumienie bez przemocy. Jak wykorzystać empatyczną komunikację na sali porodowej?*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2018, t. 16, nr 4, s. 241.

22 Por. T. Beauchamp, J.F. Childress, *op. cit.*, s. 134.

23 M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa 2012, s. 76.

24 Por. T. Gordon, W.S. Edwards, *Pacjent jako partner*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1999; M. Kaczyński, *Stosunek pacjenta do lekarza a efekty leczenia*, [w:] M. Obara (red.), *Człowiek jako podmiot i przedmiot medycyny*, Akademia Medyczna, Poznań 1982.

Co więcej, za powszechnie przyjmowany uznaje się dziś pogląd, że paternalistyczna postawa lekarza wobec pacjenta/pacjentki musi zostać całkowicie odrzucona, ponieważ niszczy jego/jej autonomię i nie da się jej pogodzić z rozumieniem człowieka jako osoby²⁵. Z drugiej strony, ostatecznie nie deprecjonuje się stwierdzenia, że jakaś doza paternalizmu lekarskiego jest niezbędna i wskazana w kontaktach z lekarzem i personelem medycznym. Problemem wydaje się zasadniczo kwestia, jak duży może i powinien być stopień owego paternalizmu²⁶. W tym kontekście rozstrzygnięcia wymagałaby także kwestia wyznaczenia obiektywnej granicy między „jeszcze” poszanowaniem przez lekarza autonomii pacjenta/pacjentki a „już” przyjęciem przez niego postawy paternalistycznej²⁷.

Niezależnie od niuansów związanych z operacjonalizacją autonomii w różnych koncepcjach filozoficznych, etycznych i społecznych można uznać, że:

[...] wszystkie teorie autonomii podzielają przekonanie, iż można mówić o autonomii wtedy, gdy spełnione są przynajmniej trzy warunki: 1) wolność (niezależność od czynników kontrolujących – controlling influence), 2) spontaniczne działanie (zdolność do intencjonalnego działania – intentionality) oraz 3) zrozumienie (understanding)²⁸.

Jednak już samo rozumienie wymienionych tutaj elementów napotyka określone trudności. O ile działanie intencjonalne jest takie lub nie (jest w tym zakresie niestopniowalne), o tyle działania zrozumienia i wolności można oceniać na ciągłej skali: od całkowitego, pełnego zrozumienia własnych działań do niezrozumienia swoich działań w ogóle i od pełnego zniewolenia do całkowitej niezależności²⁹. W praktyce oznacza to akceptowanie przez pacjentki działań leczniczych mających na celu uzyskanie oczekiwanych rezultatów zdrowotnych; zrozumienie, przyswojenie i dysponowanie wiedzą (chodzi zarówno o ilość, jak i jakość przekazanej przez lekarza i połączną wiedzę), która pozwoli pacjentce udzielić świadomej zgody na proponowane działania medyczne/terapeutyczne; brak jasnych granic wyznaczających formy i możliwości wpływania na decyzje pacjentki w postaci przymusu, perswazji czy manipulacji.

Ostatecznie należy przyjąć, że realizacja „w pełni” zasady poszanowania autonomii pacjenta/pacjentki jest pewnego rodzaju stanem (typem) idealnym, do

25 Por. M. Nowacka, *op. cit.*, s. 12.

26 Por. R. Gillion, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997, s. 78.

27 Propozycją rozwiązania tego problemu jest przyjęcie czteropoziomowego modelu ujmującego kwestię autonomii działań i decyzji jednostki. Por. B. Miller, *Autonomy and the Refusal of Lifesaving Treatment*, „Hastings Center Report” 1981, nr 4, s. 22, [za:] M. Nowacka, *op. cit.*, s. 28–29.

28 Por. S. Szatkowski, *Autonomia pacjenta*, „Etyka” 1998, nr 31, s. 169; T. Beauchamp, J.F. Childress, *op. cit.*, s. 132–133; R. Faden, T. Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*, New York 1986, s. 235.

29 Por. M. Nowacka, *op. cit.*, s. 27.

którego (w kontekście poruszanej tematyki prowadzenia ciąży i porodu) należy zmierzać, a którego nie można osiągnąć w zupełności. Poszanowanie autonomii pacjentki wiąże się zatem z rozpatrywaniem poszczególnych przypadków i wyznaczaniem pułapu, od którego poczynając, działania i decyzje pacjentki traktowane mogą być jako w swej istocie autonomiczne, mimo że nie spełniają w pełni warunku zrozumienia i niepodlegania wpływom wewnętrznym³⁰.

Na ograniczanie (postawa paternalistyczna) lub respektowanie „w pełni” przez lekarzy zasady poszanowania autonomii pacjentki może mieć również wpływ natura przyjmowanego przez lekarzy modelu biomedycznego (naukowego, biomedycznego vs humanistycznego, aksjomedycznego)³¹. Odmienny pogląd mówi o tym, że „[...] ani postawa paternalistyczna, ani akceptacja zasady szacunku dla autonomii pacjenta nie są prostą konsekwencją przyjęcia określonego modelu wiedzy medycznej”³². Wynika to również z faktu, że:

[...] każdy model wiedzy medycznej zakłada, że pacjent jest osobą. Jednakże definicja osoby oraz określenia, w jaki sposób powinno się traktować osobę niezdolną do wyboru i realizacji swoich istotnych celów życiowych, wykracza poza granice medycyny³³.

Tak więc istnienia określonego stosunku lekarzy do pacjentek należy poszukiwać w kontekście szerszym niż kontekst przyjętych modeli medycznych. Pomóc ma w tym refleksja na gruncie filozofii, etyki i nauk społecznych.

2. Komponenty wymiaru poszanowania autonomiczności – empatia i świadoma zgoda – w wybranym obszarze refleksji

Zachowanie właściwych relacji między lekarzem a pacjentem, przy zastosowaniu zasady poszanowania jego autonomii, sprzyja kształtowaniu postawy empatycznej lekarza, która jest pożądaną cechą w tej profesji (w perspektywie poruszanej tematyki szczególnego wymiaru nabiera w kontaktach z ciężarną). Postawa empatyczna zakłada rozumienie woli, uczuć, przeżyć i całej sytuacji życiowej drugiego człowieka bez utożsamiania się z nim samym, co pozwala zarazem na obiektywne oceny

30 Por. R. Faden, T. Beauchamp, *op. cit.*, s. 240, [za:] M. Nowacka, *op. cit.*, s. 28.

31 Por. Z. Szawarski, *Dwa rodzaje wiedzy medycznej*, „Sztuka Leczenia” 1996, nr 2, s. 27.

32 Por. M. Nowacka, *op. cit.*, s. 35.

33 Z. Szawarski, *op. cit.*, s. 34.

i formułowanie wniosków³⁴. Warto zwrócić uwagę na to, że „[...] empatia jest relacją korzystną w każdym kontakcie lekarza i pacjenta”³⁵. Zachowania empatyczne są bowiem potrzebne nie tylko pacjentowi poszukującemu oparcia w trudnej sytuacji, ale i lekarzowi, gdy staje on na rozdrożu między przyjęciem postawy paternalistycznej wobec pacjenta/pacjentki a poszanowaniem autonomii jego/jej wyborów.

Jednocześnie ruch humanizacji medycyny, uwzględniający wymóg holistycznego traktowania osoby zgłaszającej się z określonymi oczekiwaniami dotyczącymi uzyskania pomocy medycznej, porady lub otoczenia opieką, zakłada nie tylko odniesienie do stanu pacjenta, ale stawia wobec opieki lekarskiej oczekiwania specjalnego traktowania i troski. Można tu także wskazać inicjatywy ruchu humanizacji położnictwa, podkreślającego rangę podmiotowości pacjentki, która miałaby wzmocnić jej aktywną rolę, np. na sali porodowej.

Postulat leczenia całego człowieka sprowadza się więc do stawiania żądań rozszerzenia zabiegów medycznych o działania o charakterze psychoterapeutycznym, przebiegające z właściwie dobranym przekazem komunikacyjnym. Lekarz ma nie tylko leczyć, ale ma także poniekąd pełnić funkcję terapeuty – pocieszać, motywować do działania, podtrzymywać nadzieję wyleczenia u pacjenta. Pacjent rzeka się więc niejako części odpowiedzialności za samego siebie, co stoi wyrażnie w sprzeczności z chęcią bycia jednostką autonomiczną:

[...] z jednej strony pacjent chce być osobą autonomiczną, z drugiej strony jednak żąda, aby traktowano go w sposób szczególny – tak jak traktuje się osoby, które utraciły autonomiczność na skutek niezależnych od nich uwarunkowań – tu choroby³⁶.

Zmiana postaw środowiska medycznego wobec pacjentów wiąże się również ze zmianą w nastawieniu człowieka do samego siebie: z jednej strony człowiek ma zwiększoną potrzebę realizacji własnej wolności, z drugiej strony zmniejszyło się jego poczucie odpowiedzialności za samego siebie. Chce być wolny, a zarazem oczekuje, że ktoś inny przejmie część odpowiedzialności za niego samego. Odnosząc tę sytuację do relacji pacjent – lekarz, ciężarna – lekarz, można stwierdzić, że obecnie pacjent/pacjentka rości sobie prawo do właściwej opieki lekarskiej przy jednoczesnym nakładaniu na lekarza obowiązku współuczestniczenia w podejmowaniu istotnych decyzji związanych ze stanem jego/jej zdrowia oraz zdrowia dziecka.

Z moralnego punktu widzenia zasady etyki medycznej mają swe źródło w powszechnie obowiązujących normach etycznych, będąc zarazem ich uszczegółowieniem³⁷. Można powiedzieć, że normy etyki medycznej nie tyle należą do zasad

34 Por. D. Aring, *Sympathy and Empathy*, „Journal of American Medical Association” 1958, nr 4, s. 447.

35 Por. H. Gaertner, *Lekarz, pacjent, empatia*, „Sztuka Leczenia” 1997, nr 3, s. 40.

36 *Ibidem*, s. 69.

37 Por. T. Beauchamp, J.F. Childress, *op. cit.*, s. 112.

etyki powszechnej, ale się z niej wywodzą³⁸. Implikacją tych założeń jest stwierdzenie, że po pierwsze, w stosunkach między lekarzem a pacjentem niedopuszczalne są zachowania, które nie są dopuszczalne w relacji między nie-lekarzem i nie-pacjentem; po drugie, działania na linii pacjent – lekarz nie mogą wchodzić w konflikt z powszechnie akceptowanymi zasadami etyki ogólnej. Warto jednak pamiętać o subiektywnym wymiarze zakresu i hierarchii norm moralnych akceptowanych przez lekarza oraz pacjenta/pacjentkę.

Gdyby sformułowanie „zdolności pacjenta do działań autonomicznych” zastąpić pojęciem „zdolności pacjenta do możliwości wyrażania przez niego świadomej zgody”, to można by przyjąć zasadę, w myśl której im mniejsza – większa zdolność człowieka do podejmowania działań autonomicznych, tym mniejsza – większa możliwość wyrażania świadomej zgody na proponowane działania. W kontekście opieki okołoporodowej wymiar wyrażania świadomej zgody ma istotne znaczenie nie tylko w odniesieniu do przebiegu interakcji i uzyskiwania oczekiwanych form wsparcia, ale i kształtowania czy wzmacniania roli matki.

Nie ma jednoznacznie sprecyzowanej definicji świadomej zgody, co jednak nie oznacza, że nie można wskazać przynależnych jej elementów³⁹. Na wyrażenie świadomej zgody składa się szereg działań nierozzerwalnie związanych z zachowaniem niezależności pacjenta, opartych na warunkach koniecznych, których spełnienie miałoby pozwolić zachować autonomię. Mowa tutaj o działaniu intencjonalnym, ze zrozumieniem, bez wpływu czynników zewnętrznych, determinujących czyny pacjenta⁴⁰.

Szersze spojrzenie na kwestię świadomej zgody zakłada istnienie koniecznych czynników, które łącznie ją „definiują”. Są to: ujawnienie pacjentowi treści znanych lekarzowi (informacji na temat jego stanu), zrozumienie przez pacjenta przekazanych mu informacji, zdolność pacjenta do działań oraz zgoda na podjęcie działań terapeutycznych⁴¹. Na znacznie bardziej rozbudowany zestaw postulatów składają się trzy grupy elementów (oraz warunki istniejące w ich obrębie):

- 1) elementy progowe (kompetencja pacjenta co do zrozumienia i decydowania oraz dobrowolność w podejmowaniu decyzji);
- 2) elementy informacji (ujawnienie pacjentowi treści informacji medycznej, zalecenie określonego planu terapii oraz rozumienie przez pacjenta ujawnionych treści i zaleconego planu);
- 3) elementy zgody (decyzja pacjenta co do wyboru przedstawionego planu leczenia oraz wyrażenie zgody na jego realizację)⁴².

38 Por. M. Ossowska, *Podstawy nauki o moralności*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1963, s. 366.

39 Zob. też: K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 105–149.

40 Por. A. Atras, K. Marczewski, *Znaczenie świadomej zgody pacjenta na działania medyczne*, „Zdrowie Publiczne” 2004, nr 114, s. 350.

41 Por. R. Faden, T. Beauchamp, *op. cit.*, s. 275.

42 Por. T. Beauchamp, J.F. Childress, *op. cit.*, s. 154.

Nie sposób nie zauważyć, że zasada świadomej zgody jest ściśle związana z zasadą autonomiczności pacjenta. Tym samym rodzi ona te same wątpliwości, niejasności i kontrowersje, jakie odnosi się do kwestii autonomii pacjenta. Autonomiczność jest zatem warunkiem koniecznym do możliwości wyrażenia świadomej zgody i odwrotnie: uznanie, że pacjent udzielił świadomej zgody, jest równoznaczne z uznaniem, że jest on autonomiczny w swych działaniach. Za uprawnioną można uznać opinię, która głosi, że każdy z elementów świadomej zgody wymaga szczegółowej interpretacji oraz rodzi zasadnicze wątpliwości co do możliwości i zasadności ich spełnienia. Dlatego też świadoma zgoda jest raczej uznawana za pewien ideał, do którego praktyka medyczna powinna zmierzać⁴³.

Prawu pacjenta do samostanowienia, a zarazem do wyrażania zgody na wszelkie podejmowane w stosunku do niego czynności medyczne, odpowiada obowiązek po stronie lekarza do uzyskania zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenia innego świadczenia zdrowotnego⁴⁴.

Największe kontrowersje budzi tutaj przekazywanie informacji pacjentowi na temat jego stanu zdrowia i podejmowanych procedur medycznych – nie jest możliwe, by pracownicy służby zdrowia byli w stanie przekazać choremu szczegółową wiedzę na temat wyników badań, na mocy których podjęto konkretne decyzje dotyczące interwencji medycznych. Ponadto lekarze są zobligowani do zadbania o to, by podejmowane przez pacjenta decyzje były słuszne, oczywiście bez konieczności wywierania na niego nacisków – z jednej strony chodzi przecież o to, by wyrażona przez chorego zgoda była w pełni autonomiczna, a z drugiej, by decyzja ta była właściwa, tj. odpowiadająca wymaganiom leczenia⁴⁵.

3. Opieka, ale jaka? Konieczność poszanowania zasady godnego i podmiotowego traktowania pacjenta

W aksjonormatywnym ujęciu filarami profesjonalnej opieki medycznej są poszanowanie godności pacjenta oraz zasady podmiotowego traktowania. Szczególnego znaczenia owe wartości nabierają właśnie w kontekście spotkania lekarza

43 Por. R. Gillion, *op. cit.*, s. 126; M. Nowacka, *op. cit.*, s. 94.

44 M. Woźniacka, *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu ratującego życie bez zgody pacjenta*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Modernizacja biomedyczna społeczeństwa a ryzyko zdrowotne*, Uniwersytet Medyczny, Łódź 2010, s. 336.

45 Por. A. Atras, K. Marczewski, *op. cit.*, s. 350.

z pacjentem, gdyż są immanentną częścią procedury diagnostycznej, a następnie terapeutycznej. Godność analizować można w obszarze różnych dziedzin nauki; w ujęciu semantycznym oznacza „[...] poczucie, świadomość własnej wartości, szacunek dla siebie samego, honor, dumę”⁴⁶. Na gruncie prawa „[...] godność człowieka stanowi fundamentalne zagadnienie, jej poszanowanie jest bowiem punktem wyjścia dla podmiotowego traktowania każdej osoby”⁴⁷. W wielu aktach prawa medycznego wartość ta jest także wymieniana jako zasadnicza, mająca uniwersalne znaczenie, której poszanowanie jest nakazane przez wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych⁴⁸. W zakres „prawnych” obowiązków lekarskich⁴⁹ również wpisany jest obowiązek jej poszanowania oraz obowiązek dbałości o to, by inny personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych przestrzegał tej zasady⁵⁰. System deontologiczny, aksjonormatywny, kontekst powinnościowy działań medycznych, etyka lekarska – także przywołują tę pryncypialną wartość jako immanentną w procesie sprawowania opieki nad pacjentem⁵¹.

Nie podlega wątpliwości, że „[...] godność przysługuje wszystkim i jest niestopniowalna”⁵². Punktem wyjścia jest założenie o autotelicznej wartości człowieka, jego wyjątkowej roli w świecie i pewnych niezbywalnych prawach, jakie mu z tego tytułu przysługują. A zatem każdy posiada godność, zaś w kontekście relacji o charakterze medycznym nabiera ona szczególnego znaczenia. Pracownicy medyczni z racji, że mają wgląd w szczególne potrzeby pacjentów, powinni starać się za wszelką cenę szanować godność i podmiotowość (wpisaną w godność) pacjenta. Bez uznania wartości ludzkiej podmiotowości trudno mówić o relacji przepełnionej empatią, współodczuwaniem, troską o drugiego człowieka. A takimi walorami powinno się cechować spotkanie lekarza z pacjentem, który zawsze będzie podmiotem interakcji.

Już przebieg takiego spotkania może mieć działanie terapeutyczne, a słowa psychiatry M. Balinta: „[...] najważniejszym lekiem w medycynie jest sam lekarz, [...] a sukces leczenia [...] zależy w dużym stopniu od wyzwolenia w chorym pozytywnych uczuć do otoczenia”⁵³, potwierdzają wagę wpływu tego aspektu na efekty

46 M. Szymczak (red.), *Słownik języka polskiego*, t. I, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1988, s. 673.

47 R. Kubiak, *Prawo pacjenta do intymności i poszanowania godności. Część II*, „Medycyna Paliatywna” 2016, t. 8, nr 4, s. 174.

48 Zob. art. 20–22 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 414 z późn. zm., tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz. 186 z późn. zm.).

49 Artykuł 36 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 125).

50 R. Kubiak, *op. cit.*, s. 174.

51 Szczególnie art. 3 oraz 12 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

52 M. Ossowska, *Normy moralne. Próba systematyzacji*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1985, s. 53.

53 A. Kępiński, *Psychopatologia nerwic*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002.

lecnicze i poczucie bezpieczeństwa. Podczas inicjowanych działań medycznych mieszają się często całkowicie sprzeczne emocje. Z jednej strony pojawia się lęk, a z drugiej nadzieja⁵⁴. Pojawia się również wątek przekraczania umownych kulturowo granic, ingerowania w cielesność człowieka, jego intymność. „Godność pacjenta domaga się zatem najwyższych standardów właściwego postępowania”⁵⁵.

W tradycyjnym ujęciu medycyny, szczególnie etyki lekarskiej, analiza stosunku lekarz – pacjent stanowiła wykładnię rozważań nad sylwetką osobową lekarza. Wskazywano, że naczelną zasadą postaw interpersonalnych było postępowanie przyczyniające się do zaspokojenia społecznie akceptowanych potrzeb jednostki, w wyniku którego unikano następstw niezgodnych z tymi potrzebami. Należą do nich poszanowanie godności człowieka, szacunek dla zdrowia i życia, tolerancja, opiekuńczość, rzetelność informacji, współodczuwanie i poszanowanie autonomii jednostki. Zaspokojenie wszystkich tych potrzeb ma szczególne znaczenie w procesie sprawowania opieki lekarskiej nad osobą, niezależnie, czy jest to człowiek chory, czy też przekonany o swojej chorobie lub chcący wyeliminować wątpliwości związane ze swoim stanem zdrowia⁵⁶ lub go monitorować.

Jak już wspomniano, w kontekście rozważań etycznych zwraca się uwagę na wartości przysługujące człowiekowi w ich autonomicznym wymiarze, np. każdy ma poczucie godności osobistej i potrzebuje jej potwierdzenia. Potrzeby w tym względzie są niezwykle zróżnicowane (szczególnie w wymiarze psychologicznym), a postawa lekarza powinna je uwzględniać. Szacunek dla życia i zdrowia, okazywany np. przez gotowość do usuwania fizycznych i psychicznych cierpień drugiego człowieka, także należy do podstawowych wymiarów wartości. Wykroczeniem przeciwko tej zasadzie jest np. nieliczenie się z psychiką pacjenta oraz postępowanie w stosunku do niego lub w jego obecności w sposób, który może podważyć zaufanie do lekarza. Kolejna jest postawa tolerancji, której prze-

54 R. Merton, *Paradygmat analizy funkcjonalnej w socjologii*, [w:] A. Jasińska-Kania i in. (wyb. i oprac.), *Współczesne teorie socjologiczne*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2006, s. 367–375.

55 S. Szary, *Znaczenie i godność ludzkiego ciała w praktyce medycznej*, „Hygeia Public Health” 2014, t. 49, nr 2, s. 223.

56 Sposoby zaspokojenia tych potrzeb uwarunkowane są także definicją zdrowia, których w literaturze przedmiotu można wskazać wiele; „od minimalistycznych, określających zdrowie jako brak choroby, po maksymalistyczne, podkreślające fakt, iż człowiek jest całością psychofizyczną, a zarazem istotą społeczną”, [w:] P. Czarnecki, *Dylematy etyczne współczesności*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008, s. 69. Zob. też: Z. Stońska, *Spółeczna natura zdrowia: teoria i praktyka*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2010, s. 64–83; A. Ostrowska, *Zróżnicowanie społeczne i nierówności w zdrowiu*, [w:] W. Piątkowski (red.), *op. cit.*, s. 23–47; M. Gałuszka, M. Legiędź-Gałuszka, *Medycyna i zdrowie w społeczeństwie ryzyka*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Zdrowie i choroba w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego, Łódź 2008, s. 54–106.

jawem jest poszanowanie woli chorego, niezależnie od jego systemu wartości czy przekonań, np. religijnych (zob. *Deklaracja genewska*⁵⁷).

Postawa opiekuńcza jest wymogiem stosunkowo powszechnym, występującym w różnych systemach etycznych. Na przykład Tadeusz Kotarbiński w założeniach etyki niezależnej zdefiniował postawę „spolegliwego opiekuna”, którą przypisuje się także przedstawicielom zawodów medycznych (szczególnie lekarzom): „Opiekun wtedy jest spolegliwy, kiedy można słusznie zaufać jego opiece, że nie zawiedzie, że dotrzyma placu w niebezpieczeństwie i w ogóle będzie pewnym oparciem w trudnych okolicznościach”⁵⁸. Zasada opiekuńczości głosi moralny obowiązek świadczenia pomocy każdemu, kto pomocy potrzebuje, w wymiarze fizycznym i psychicznym. Wskazana jest potrzeba zainteresowania lekarza zarówno problemami związanymi z objawami chorobowymi, jak i pozazdrowotnymi problemami pacjenta.

Holistyczne traktowanie pacjenta jest podstawą właściwie sprawowanej opieki, tym bardziej że powody zwrócenia się po pomoc do lekarza lub położnej są zróżnicowane, na co dowodem jest wypowiedź Kretschmera:

W wielu przypadkach lekarz bywa wzywany nie dlatego, aby była konieczna lub możliwa jakakolwiek kuracja, lecz aby pomóc pacjentowi i jego rodzinie w wydostaniu się z matni negatywnych afektów związanych z chorobą, a to z zaleknienia, hipochondrii, zatroskania, niepewności, poczucia bezradności⁵⁹.

Opieka jest pojęciem bezpośrednio kojarzonym z opieką medyczną, jednak w odniesieniu do warunków publicznej opieki zdrowotnej w Polsce (szczególnie w kontekście opieki okołoporodowej) niewiarygodnie brzmi zalecenie zwrócenia szczególnej uwagi przez lekarzy na psychologiczny jej wymiar, który opisany jest jako niezbędny do utrzymania więzi z lekarzem, i przekonania, że lekarz jest nim zainteresowany jako jednostką indywidualną i będzie sprawował nad nim opiekę w każdej sytuacji.

Kolejnym wymiarem holistycznie sprawowanej opieki nad pacjentem jest uwzględnienie jego praw. Ograniczenie swobody decyzji (praw) może wystąpić tylko w sytuacji braku społecznej dojrzałości jednostki (osoby nieletniej) lub w społecznej szkodliwości jej dążeń. „Szczególnie istotne jest poszanowanie autonomii jednostki w sprawach dotyczących leczenia”⁶⁰.

Optymalnym stanem w kontekście opieki medycznej jest osiągnięcie swego rodzaju współpracy, a kluczem do niej jest odpowiednia forma komunikacji, stanowiąca fundamentalne narzędzie w każdej pracy opartej na kontakcie międzyludzkim⁶¹. Podczas rozmowy z pacjentem lekarz uzewnętrznia i egzemplifiku-

57 Por. T. Brzeziński, *op. cit.*, s. 56.

58 *Ibidem*.

59 *Ibidem*, s. 57.

60 *Ibidem*, s. 57–58.

61 A. Doroszevska, A. Sadowska, *Mosty zamiast murów – socjologia medycyny przykładem udanej (?) interdyscyplinarnej współpracy*, „Nauka i Szkolnictwo Wyższe” 2013, t. 1, nr 41, s. 67.

je wartości, które mu przypisuje (takie jak poszanowanie jego podmiotowości i godności oraz okazanie szacunku). Uważa się, że komunikacja między lekarzem a pacjentem powinna mieć charakter partnerski, a decyzje powinny być podejmowane wspólnie. Dzięki temu pacjent nie jest bierny w trakcie sprawowanej nad nim opieki, ma poczucie podmiotowego traktowania, a w konsekwencji czuje się odpowiedzialny za stan swojego zdrowia⁶². Tym samym zwiększa się autonomia pacjenta – zarówno ta obiektywna, jak i przez niego odczuwana.

Istotne jest też to, że holistyczny model opieki zwiększa zaufanie pacjenta wobec lekarza oraz jego dyspozycji do dzielenia się z lekarzem intymnymi czy postrzeganymi za wstydlive problemami różnej natury. Inną zaletą tego modelu jest nawiązanie współpracy między lekarzem i podopiecznym w kwestii wyboru optymalnej metody postępowania lub leczenia, a także, jak pokazują badania, prewencyjna ochrona personelu medycznego przed wypaleniem zawodowym⁶³.

Podsumowując, brak odpowiednich kompetencji przedstawicieli personelu medycznego różnego szczebla w komunikacji z pacjentem prowadzi najczęściej do jego wycofania, poczucia braku zrozumienia, a niekiedy nawet upokorzenia, zawstydzenia czy poczucia winy⁶⁴. A że lekarz i pacjent spotykają się zwykle w kontekście emocjonalnie nieobojętnym (często tłem tego spotkania są ból i cierpienie), to ich relacja od samego początku ma delikatny charakter⁶⁵. Warto więc uszanować podstawowe wartości i prawa przynależące uczestnikom tego wyjątkowego spotkania.

4. Prawa pacjenta

W kontekście interwencji medycznych od lat 60. XX w.⁶⁶ wzmacniana była idea sformułowania praw przysługujących pacjentom. Wywodzą się one z praw przysługujących każdemu człowiekowi (praw powszechnych) niezależnie od

62 A. Cekański, M. Łosik, *Wykłady dla studentów położnictwa. Podręcznik dla studentów położnictwa*, Wydawnictwo Alfa-Medica Press, Bielsko-Biała 2011, s. 292.

63 M. Kosowicz, M. Kulpa, S. Świstak-Sawa, *Wybrane psychologiczne aspekty budowania poprawnej komunikacji między lekarzem a pacjentem*, [w:] J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski (red.), *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2014, s. 52.

64 A. Cekański, M. Łosik, *op. cit.*, s. 294.

65 M.J. Siemińska, *Relacja jako proces poszukiwania porozumienia lekarza z pacjentem*, [w:] M.J. Siemińska (red.), *Drogi pacjenta drogami lekarza*, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Szczecin 2005, s. 55.

66 W 1966 r. ujawnienie praktyki prowadzenia badań naukowych w klinikach amerykańskich, w których uczestniczyli niepoinformowani o tym pacjenci, oraz pierwsza transplantacja serca w 1967 r. stały się motorem do podjęcia przez społeczeństwo działań idących w kierunku precyzyjnego zdefiniowania praw pacjenta.

warunków, czasu, miejsca, w jakim żyje, niezależnie od różnicy płci, pochodzenia społecznego i narodowego, religii, języka czy poziomu wykształcenia. Jednocześnie nie sposób nie zauważyć, że prawa te dotyczą konkretnego człowieka, uwikłanego w różne sytuacje życiowe, pozwalając tym samym jednostce zachować indywidualność i przetrwać jako osoba niepowtarzalna. W tym kontekście warto wskazać na fakt, że prawa człowieka są sytuacyjnie rozwarstwione⁶⁷, co oznacza występowanie takich sytuacji, w których zmierza się nieustannie do poszukiwania sposobu zwiększania ochrony nie człowieka jako takiego, ale człowieka charakteryzowanego jako dziecko, kobieta, uchodźca, więzień polityczny czy pacjent⁶⁸.

Nie wolno przy tym pominąć kwestii zmian zachodzących w katalogu praw człowieka, który nie jest raz na zawsze ustalony i zamknięty, ale posiada dynamiczny i otwarty charakter i wraz z rozwojem społecznym, pojawianiem się nowych problemów cywilizacyjnych, dojrzewaniem kompromisów zmienia się i zostaje wzbogacony nowymi prawami⁶⁹. Coraz częściej zatem prawa człowieka są analizowane w aspekcie socjologicznym, który wiąże się z potrzebami ekonomicznymi, społecznymi, kulturalnymi i cywilizacyjnymi⁷⁰.

Nie ulega zatem wątpliwości, że w doktrynie prawa, powszechnie akceptowany jest pogląd, że prawa pacjenta w sposób immanentny powiązane są z ideą praw człowieka. Zdaniem niektórych, niemal wszystkie prawa pacjenta daje się wyprowadzić z praw i wolności osobistych, jakie przysługują każdemu człowiekowi i obywatelowi⁷¹.

W tym miejscu wyraźnie należy podkreślić, że prawa przysługujące każdemu człowiekowi nie ulegają zawieszeniu z tego tylko tytułu, że dana osoba stała się pacjentem. Ponieważ każdemu człowiekowi przysługują określone prawa i wolności, sytuacji tej nie zmienia fakt, że jest on dotknięty chorobą lub o nią podejrzany bądź też z innych powodów korzysta ze świadczeń zdrowotnych. Co więcej, te szczególne okoliczności sprawiają, że pacjent wymaga specjalnej ochrony prawnej. Prawa pacjenta są przełożeniem praw ogólniejszych na pewne szczególne sytuacje związane z korzystaniem z opieki zdrowotnej, z procesem leczenia (poddanie się diagnozie i terapii w sytuacji zagrożenia zdrowia)⁷². Prawa pacjenta mają więc pośrednio na celu podkreślenie wyjątkowego charakteru społecznej i prawnej sytuacji człowieka

67 Por. D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2004, s. 32.

68 *Ibidem*, s. 42.

69 Por. G. Michałowska, *Ochrona praw człowieka w Radzie Europy i w Unii Europejskiej*, Wydawnictwo WAIp, Warszawa 2007, s. 12–13.

70 Por. A. Michalska, *Źródła praw człowieka*, [w:] A. Rzepliński (red.), *Prawa człowieka a policja. Problemy teorii i praktyki*, Wydawnictwo Centrum Szkolenia Policji, Legionowo 1994, s. 64–65.

71 S. Poździej, *Prawa pacjenta w ustawodawstwie polskim*, „Pielęgniarstwo” 2000, nr 2 (37), s. 10–11.

72 Por. S. Poździej, *Prawa człowieka i prawa pacjenta – osiągnięcia II połowy XX wieku*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2001, nr 2, s. 17.

występującego w roli pacjenta w stosunku do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych oraz w oczach całego społeczeństwa⁷³.

Przyjęcie katalogu praw pacjenta uważa się za konsekwencje ewolucji, jaka dokonała się w sferze praw człowieka w wymiarze ogólnym⁷⁴, a jego rozwój jest ściśle związany z rozwojem tychże praw człowieka⁷⁵. Przyczyn zdefiniowania praw pacjenta upatruje się również w procesach zachodzących w obszarze samej medycyny⁷⁶. Co do zasady celem koncepcji praw pacjenta jest ochrona autonomii pacjenta przed ingerencją ze strony innych podmiotów (aspekt negatywny), ale i prawo domagania się należytych warunków realizacji uprawnień (aspekt pozytywny)⁷⁷.

Zgodnie z wcześniejszym rozumowaniem w pełni uzasadnione wydaje się twierdzenie, że prawa pacjenta stanowią integralną część szeroko rozumianych praw człowieka⁷⁸. Układ tej relacji bezspornie wskazuje na to, że prawa pacjenta opierają się na prawach człowieka, z nich wyrastają, stanowią ich fragment, a razem je „konkretyzują”⁷⁹.

Reasumując – praw pacjenta nie da się sprowadzić do jednego konkretnego wymiaru, gdyż raz jest to prawo podmiotowe, gdy dotyczy ochrony osoby, innym razem jest normą gwarancyjną, gdy chodzi o zorganizowanie pacjentom dostępu do świadczeń zdrowotnych⁸⁰. Można również potwierdzić tezę, że prawa pacjenta przeszły znamiennej ewolucję. Począwszy od podstawowych praw wolnościowych (praw pierwszej generacji), poprzez prawa natury społecznej (prawa drugiej generacji), po wymiar praw pacjenta jako praw człowieka⁸¹, na co wskazuje D. Safjan:

[...] prawa pacjenta to prawa człowieka w relacji do określonej instytucji (zakładu opieki zdrowotnej) lub w relacji do przedstawicieli zawodów medycznych, ze względu na podejmowane przez nich czynności zawodowe lub urzędowe⁸².

Ten wymiar praw człowieka zasadza się na ochronie jego godności w kontekście najnowszych zastosowań biologii i medycyny. Można go wiązać z krystalizo-

73 Por. D. Karkowska, *op. cit.*, s. 41.

74 Por. U. Drozdowska, *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2007, s. 19.

75 Por. M. Balicki, *Prawa pacjenta – wybrane zagadnienia*, [w:] *Szkola praw człowieka. Teksty wykładów*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka w Polsce, Warszawa 2009, s. 315.

76 Por. E. Kujawa, *Prawa pacjenta – nowa rzeczywistość, nowe dylematy moralne*, [w:] G. Rogala-Pawelczyk (red.), *Prawa pacjenta a etyka zawodowa pielęgniarzy i położnych*, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1998, s. 28.

77 D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Komentarz*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 32.

78 Tezę tę potwierdza M. Balicki, zob. M. Balicki, *op. cit.*, s. 315.

79 Por. E. Kujawa, *op. cit.*, s. 27.

80 Por. C. Byk, *Prawo do zdrowia jako prawo konstytucyjne*, „Państwo i Prawo” 2000, nr 9, s. 26.

81 Por. U. Drozdowska, *op. cit.*, s. 35.

82 Za: D. Ponczek, *Prawa pacjenta w Polsce*, Wydawnictwo ADI, Łódź 2000, s. 7.

waniem się tzw. trzeciej generacji praw człowieka, praw solidarnościowych⁸³. Prawa te, jak stwierdza Poździoch, dotyczą ochrony najcenniejszych wartości, jakimi są dla każdego człowieka zdrowie i życie⁸⁴:

Jak się wydaje, prawa pacjenta, wobec wspólnego zagrożenia człowieczeństwa wymagają podobnej solidarności gatunku ludzkiego, jak inne już uznane prawa natury solidarnościowej: prawo do czystego środowiska naturalnego czy prawo do wspólnego dziedzictwa ludzkości⁸⁵.

W kontekście opieki okołoporodowej wartości te nabywają dodatkowego znaczenia, gdyż dotyczą dwóch istnień. Swoistość stanu kobiety oczekującej dziecka została dostrzeżona również w tym aspekcie, gdyż oprócz faktu, że chroni ją obowiązujące ustawodawstwo, w tym prawo pracy, system socjalny oraz zdrowotny (uwzględniający prawa pacjenta⁸⁶), to dodatkowo przysługuje jej 10 uprawnień ułatwiających uzyskiwanie profesjonalnej opieki i wsparcia, a także podnoszących jakość jej życia, uprawniających do pozyskania kompetentnej interdyscyplinarnej pomocy.

Należą do nich prawa do: korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej; wizyt lekarskich najpóźniej w ciągu siedmiu dni roboczych od dnia zgłoszenia w placówkach działających w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia; nieodpłatnej pomocy prawnej finansowanej przez państwo; wsparcia psychologicznego; poradnictwa laktacyjnego; zaplanowania porodu (w dokumencie kobieta może zaznaczyć, że prosi o udzielenie pełnej, jasnej i zrozumiałej dla niej informacji o każdym planowanym zabiegu, zanim wyrazi na niego zgodę; że chce, by w przypadku zmiany osoby sprawującej nad nią opiekę poinformowano ją o tym; że prosi o założenie wenflonu tylko w sytuacji tego wymagającej; że chce omówić metody uśmierzania bólu porodowego dostępne w danym szpitalu; że liczy na pomoc w znalezieniu najlepszej dla niej pozycji podczas całego porodu). Do kolejnych uprawnień należą prawa do: przerw w pracy przy komputerze, obecności bliskiej osoby zarówno w trakcie porodu, jak i w gabinecie lekarskim przy przyjęciu do szpitala, oraz prawo do prowadzenia ciąży przez położną. To ostatnie prawo jest konsekwencją zmian ustawowych (wprowadzenia standardów opieki okołoporodowej), gdyż od stycznia 2017 r. nie tylko lekarz ginekolog, ale i położna posiadająca odpowiednie kwalifikacje może prowadzić ciążę fizjologiczną, czyli przebiegającą bez komplikacji⁸⁷. Prowadzenie ciąży w niczym się wówczas

83 Por. B. Gronowska, *Prawo konstytucyjne*, Wydawnictwo TNOiK, Toruń 2002, s. 100.

84 Por. S. Poździoch, *Prawa człowieka i prawa pacjenta...*, s. 17.

85 U. Drozdowska, *op. cit.*, s. 35.

86 Zob. ustawa z dnia 24 stycznia 2012 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r., poz. 159).

87 Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2018 r., poz. 1756).

nie różni – liczba wizyt i rodzaj badań są takie same, jedynie w przypadku, gdy pojawiają się jakieś problemy lub ciąża staje się zagrożona, kobieta zostaje skierowana do ginekologa (lub innego specjalisty, zależnie od rodzaju komplikacji)⁸⁸.

Wprowadzone standardy, które w kompleksowy sposób obejmują organizację opieki sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położu oraz nad noworodkiem, bezpośrednio korespondują też z prawami przynależnymi kobiecie oraz chronią niezbywalne jej wartości. Problemem pozostaje jednak ich respektowanie.

88 A. Pochręst-Motyczyńska, *10 praw kobiet w ciąży*, <https://zdrowie.pap.pl/rodzice/10-praw-kobiet-w-ciazy> (dostęp: 25.03.2020).

Rozdział IV

Opieka okołoporodowa w opinii badanych Polek i Chilijek – wyniki badania

Ze względu na postęp wiedzy i technologii wykorzystywanej w medycynie wydawałoby się, że opieka okołoporodowa w krajach rozwiniętych i rozwijających się jest zbliżona do typu idealnego. Niestety, przekazy medialne oraz literatura i badania, których wyniki są upubliczniane w dyskursie naukowym, często punktują niedociągnięcia systemowe, nieprawidłowości rozwiązań oraz niedostosowanie instytucjonalne do rzeczywistych potrzeb. I chociaż przyjmuje się obecnie biopsychosocjalne podejście do tematyki zdrowia, to wciąż uwidaczniają się w systemie pewne przyzwyczajenia zakorzenione w modelu biomedycznym, w którym leczenie (lub szerzej – opieka medyczna) charakteryzuje się zadaniowością i fragmentaryczną perspektywą. Tymczasem w trakcie ciąży oraz podczas porodu zachodzi wiele zmian w organizmie kobiety – nie tylko na poziomie czysto biologicznym, ale także psychicznym czy społecznym. Zresztą sfery te przenikają się wzajemnie, np. zmiany hormonalne mają wpływ na zachowanie kobiety, co może być widoczne w relacjach z dzieckiem, mężem lub innymi członkami rodziny. W sprawowaniu opieki nad kobietą ciężarną, konieczne jest więc podejście holistyczne, w którym uwzględniony zostanie jej stan psychiczny, poczucie komfortu, wsparcie emocjonalne, a także (a może przede wszystkim) po prostu poszanowanie godności oraz intymności.

Wciąż nieobce są jednak sytuacje, w których kobietom nie okazuje się należytego szacunku i łamie się ich prawa (na co już kilkakrotnie wskazywałyśmy), np. rodzące, z niejasnych przyczyn, nie otrzymują znieczulenia zagwarantowanego w Polsce prawnie. Nie zawsze przestrzegane są też procedury zawarte w standardzie organizacji opieki okołoporodowej – przykładem mogą być sytuacje, w których niektóre zabiegi wykonuje się np. bez uprzedniego uzyskania zgody rodzącej. W Chile problemy tego rodzaju nazwane zostały zbiorczym pojęciem *violencia obstétrica* (z hiszp. przemoc położnicza). Świadczyć to może o realnym problemie kobiet, które nie są przecież „zaledwie wyjątkami” w nikłych punktach procentowych statystyk. Zjawisko to znane jest na całym świecie i wymaga adekwatnych, zasadniczych rozstrzygnięć oraz wdrożenia skutecznych programów naprawczych.

Celem przeprowadzonych badań była eksploracja tematyki opieki okołoporodowej z perspektywy kobiet, które urodziły przynajmniej jedno dziecko. Badanie

zrealizowane w maju i czerwcu 2019 r. obejmowało respondentki z Polski i Chile, tj. dwóch odmiennych kulturowo państw (odmiennych kulturowo kontynentów), co pozwoliło ująć sytuację ciąży oraz porodu w kategoriach interkulturowych. Przeprowadzone zostało poprzez zapośredniczony kontakt badacza z badanym, tj. w formie standaryzowanej ankiety. Kwestionariusz ankiety opublikowany został w internecie na portalach dotyczących tematyki macierzyństwa: na chilijskim forum dla przyszłych matek (<https://www.matrimonios.cl/comunidad/foro-futuras-mamas>); na chilijskim fanpage'u na Facebooku dla kobiet będących matkami (<https://www.facebook.com/mamis.puq/>); na polskim forum o tematyce ciąży, porodu i bycia matką (<https://www.zapytajpolozna.pl/forum>); na polskim forum dla matek (<https://mamy-mamom.pl/category/forum/>), a jego wypełnienie było dobrowolne i anonimowe. Przyjęte filtry oraz usunięcie z bazy ankiet charakteryzujących się brakami danych pozwoliło na przystąpienie do analizy ze stanem 50 ankiet z Polski i 50 z Chile. Głównym kryterium doboru było doświadczenie co najmniej jednego porodu w trakcie ostatnich 10 lat. Niewielka liczba badanych wynika z początkowych założeń projektu, który zainicjowany i zrealizowany był przez jedną z autorek opracowania, tj. Anetę Muzioł Vidal, a także z utrudnień czasowych, związanych z tłumaczeniem odpowiedzi respondentek z Chile. Ze względu na niewielką próbę badawczą badanie zostało potraktowane jedynie jako pilotaż, natomiast zaplanowana na 2020 r. kontynuacja badań nad opieką okołoporodową nie mogła zostać przeprowadzona z powodów logistycznych i organizacyjnych (planowano przeprowadzenie badań jakościowych wśród personelu medycznego, co okazało się nierealne w dobie pandemii koronawirusa). Podjęto jednak decyzję o uwzględnieniu części empirycznej bazującej na przeanalizowanych stu ankietach w celu zasygnalizowania istotności tematyki opieki okołoporodowej w badaniach społecznych, niezależnie od czynników kulturowych.

Kwestionariusz wywiadu obejmował odpowiednio 102 pytania skierowane do Polek oraz 98 pytań adresowanych do Chilijek. Różnice w długości kwestionariusza wynikały z odmiennych uwarunkowań prawnych, np. w kwestii ubezpieczeń zdrowotnych w badanych krajach, które w efekcie miały wpływ na zasadność kierowanych do respondentek pytań. Wśród pytań znalazły się zarówno pytania zamknięte, jak i otwarte.

1. Kto uczestniczył w badaniu?

Według danych światowych współczynnik dzietności w 2017 r. w Polsce (1,4) był zbliżony do współczynnika dzietności w Chile – 1,7¹. Podobnie liczba urodzonych przez respondentki dzieci w Polsce i w Chile była do siebie zbliżona – 26 bada-

1 Fertility rate, The World Bank, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=PL-CL> (dostęp: 22.02.2020).

nich kobiet z Polski urodziło po jednym dziecku, a 28 z Chile. Dwoje lub więcej dzieci urodzonych w odstępach czasowych urodziło tyle samo kobiet z Polski, co z Chile (N=22). W polskiej grupie badanych kobiet odnotowano natomiast dwa przypadki ciąży wielopłodowej, co nie pojawiło się w grupie badanych Chilijek. Prawdopodobnie jest to jednak zwyczajny przypadek wynikający z małej próby badawczej, i z tego powodu nie zostanie to szerzej omówione. Co ciekawe, Polki biorące udział w badaniu częściej niż Chilijki deklarowały, że ciąża była planowana (rozkład odpowiedzi prezentuje tabela 1). Pojawia się tu interesujący, jednak niemożliwy do rozstrzygnięcia w ramach zrealizowanego badania dylemat: czy wpływom kulturowym ulega tutaj rzeczywiste planowanie rodziny, czy być może samo przyznawanie się do jego podejmowania (lub nie)? Wydaje się to warte zgłębienia w szerzej zakrojonych badaniach, np. jakościowych, choć można snuć w tym względzie przypuszczenia, że „spontaniczny” charakter ciąży jest przejawem trendu, że Ameryka Łacińska wchodzi w nową fazę procesów demograficznych².

Tabela 1. Planowanie ciąży – rozkład odpowiedzi

Odpowiedź	Polki (N=50)	Chilijki (N=50)	Ogółem
Tak	36	27	63
Nie	7	21	28
Trudno powiedzieć	7	2	9

Źródło: opracowanie własne.

W badaniu wzięły udział kobiety w różnym wieku. W przypadku Polek najmłodsza respondentka miała 21 lat, w grupie Chilijek była to 16-latką, natomiast w obu grupach najstarsze badane były w wieku 38 lat. W obu grupach średni wiek respondentek wyniósł 28 lat, przy czym najliczniejszą grupę Polek stanowiły kobiety w wieku 26 lat, w grupie chilijskiej dominowały badane w porównywalnym wieku – 25 lat. Aż 19 respondentek z Chile było w przedziale wiekowym 30+, natomiast tylko 11 badanych z Polski miało więcej niż 30 lat.

Na opinie dotyczące przebiegu opieki okołoporodowej mógł mieć wpływ stan cywilny kobiet biorących udział w badaniu, gdyż wsparcie społeczne, w tym wsparcie najbliższych, ma zasadnicze znaczenie w kształtowaniu tożsamości matki i budowaniu więzi z dzieckiem i otoczeniem. Odpowiedzi dotyczące stanu cywilnego jednoznacznie wskazały na wyraźne zróżnicowanie między obiema grupami. Chociaż w obu badanych grupach dominowały kobiety zamężne, to Polek w tej kategorii było aż dwa razy więcej niż Chilijek. Widoczną różnicę można było

2 K. Dembiczyz, *Transformacje demograficzne w Ameryce Łacińskiej a podstawy prokreacyjne i plany rodzinne latynoamerykańskiej młodzieży akademickiej*, „Studia i Materiały”, Warszawa 2014.

dostrzec również w grupie panien w wolnym związku. W przypadku Chile było to aż 20 ankietowanych, co stanowi drugą co do liczebności grupę respondentek z tego kraju, natomiast w Polsce zaledwie cztery kobiety zadeklarowały bycie panną w wolnym związku. Żadna z badanych nie była wdową, a tylko dwie Polki i trzy Chilijki były rozwódkami w nowych związkach. Wyniki te mogą sugerować, że dla badanych z Chile brak sformalizowania związku nie wpływa negatywnie na decyzję o posiadaniu potomstwa.

Stabilizacja finansowa także stanowi istotny czynnik oceny sytuacji związanej z oczekiwaniem przyjścia na świat potomstwa. Okazało się, że wśród badanych taka sama liczba Polek zadeklarowała, że źródłem ich utrzymania jest firma państwowa (N=16), co firma prywatna (N=16). W Chile większość respondentek wskazała firmę prywatną jako główne źródło utrzymania (N=20). Co piąta badana Chilijka utrzymuje się z własnej działalności gospodarczej, jest to nieco więcej niż w przypadku Polek (N=6). Pojedyncze osoby (PL – 3, CL – 2³) zadeklarowały, że utrzymują się z zasiłku dla bezrobotnych. Wśród innych odpowiedzi powtarzało się, że kobieta jest na utrzymaniu męża lub partnera (PL – 4, CL – 3). Jedna respondentka z Chile odpowiedziała, że utrzymują ją rodzice. Po jednej ankietowanej z Chile i z Polski odpowiedziało, że są na płatnym urlopie wychowawczym. Wyniki te sugerują, że badane kobiety w zdecydowanej większości są niezależne finansowo (N=80).

Być może i ten fakt wpłynął na systematyczność kontrolowania zdrowia podczas ciąży, gdyż zdecydowana większość badanych regularnie uczęszczała na wizyty kontrolne (N=88), przy czym w Polsce częściej były to wizyty płatne w placówkach prywatnych (N=22). 17 Polek wskazało na korzystanie zarówno z wizyt płatnych, jak i refundowanych. Odwrotnie dane rozłożyły się w grupie Chilijek, w której 16 badanych zadeklarowało, że korzystało z placówek (i wizyt) prywatnych, a 22 kobiety kontrolowały swoją ciążę, częściowo opłacając wizyty lekarskie. Odmienność ta może jednak wynikać z różnic ubezpieczeniowych i organizacji systemu opieki zdrowotnej.

2. Opinie dotyczące opieki sprawowanej przez lekarza

Różnica międzykulturowa w badanej próbie wyraźnie odnosiła się do procesu decyzyjnego dotyczącego wyboru lekarza prowadzącego. Jako profesjonalista jest on znaczącą i najbardziej decyzyjną osobą w przebiegu ciąży oraz porodu, dlatego kobietom zależy, by wybór ten był przemyślany. Jednak czynniki wpływające na podjęcie decyzji są różne u badanych Polek i Chilijek – w pierwszej grupie priorytetem

3 W niektórych miejscach analizy oraz przy opisanu cytatów respondentek skorzystano z oznaczeń zgodnych z kodami ISO 3166: PL dla badanych z Polski oraz CL dla badanych z Chile.

okazała się: opinia o lekarzu przeczytana w internecie (23 wskazania), rekomendacja znajomych i rodziny (20 wskazań), a także wcześniejsze doświadczenia (19 wskazań). Tymczasem w drugiej grupie informacje internetowe były zdecydowanie mniej istotne (zaledwie 5 wskazań). Najważniejsza okazała się natomiast dostępność danego lekarza w ramach ubezpieczenia państwowego (23 wskazania). Z kolei rekomendacje znajomych i rodziny były dla Chilijek równie ważne co dla Polek (21 wskazań). Wyniki dowodzą zatem, że tym, co łączy badane kobiety z obu państw, jest renoma lekarza, a ich zaufanie wzbudzają specjaliści pozytywnie oceniani przez inne kobiety, które miały już z nimi styczność. Jest to zrozumiałe, biorąc pod uwagę, że pozytywne doświadczenia innych kobiet stanowią najlepszą reklamę jakości usług świadczonych przez danego lekarza i świadectwo jego profesjonalizmu.

Wskazanie, że wybór lekarza był dokonany w kontekście jego dostępności, świadczy jednak o tym, że to system (uwarunkowania instytucjonalne), w którym funkcjonuje kobieta, determinuje część jej decyzji. Choć niektóre z nich mogły być także uzależnione od miejsca zamieszkania i właśnie dostępności do lekarza i internetu (mimo że dzisiejszy rozwój technologiczny nie zna granic w tym zakresie, a dostęp do sieci możliwy jest z niemal każdego mobilnego urządzenia). Okazało się, że zdecydowana większość badanych z Polski pochodziła z miast powyżej 250 tys. mieszkańców (N=30), gdzie właśnie dostęp do internetu jest zdecydowanie bardziej powszechny – ale i nawyk kulturowy (poszukiwania danych w sieci) może być bardziej utrwalony. Wśród badanych Chilijek dominowały kobiety z miast o liczności mniejszej niż 250 tys. (N=20), a kolejną, nieznacznie mniej liczną grupę, stanowiły mieszkanki miast powyżej 250 tys. (N=16). Są to miejscowości na tyle duże, że dostęp do internetu wydaje się nie stanowić większego problemu, a zatem to instytucjonalne uwarunkowania decydują w większym stopniu o możliwości wyboru lekarza ginekologa.

Jednak, co ciekawe, aż dla ponad połowy ankietowanych, tj. 36 badanych Polek oraz 20 Chilijek, lekarz odbierający poród nie był lekarzem prowadzącym ciążę (co znowu wynika z uwarunkowań związanych z organizacją systemu opieki zdrowotnej). Jednocześnie aż 69 kobiet uważało, że duże znaczenie ma owa zgodność, by poród został odebrany przez lekarza, który prowadził ciążę. Dla kobiety uczestnictwo lekarza prowadzącego w porodzie oznacza większy komfort psychiczny oraz poczucie bezpieczeństwa. Zaufanie zdobywane i budowane w trakcie relacji zachodzących podczas wizyt kontrolnych ma przecież istotne znaczenie w tym „ostatecznym” procesie i wpływa na ocenę doświadczenia porodu.

Interakcje zachodzące w obszarze działań o charakterze medycznym charakteryzuje wysoki stopień niepewności. Pacjenci najczęściej nie znają wszystkich możliwych do wdrożenia procedur, a oczekiwania ich są najczęściej zindywidualizowane, uwarunkowane stanem ich zdrowia. Lekarze także nie zawsze są w stanie przewidzieć wszystkich konsekwencji podejmowanych działań i decyzji, i nie zawsze usiłują wyjaśnić to pacjentowi, a przecież odpowiednie przekazywanie informacji jest niezwykle istotne i często decyduje o skuteczności terapeutycznej. By uniknąć niepo-

rozumień i niepewności czy dyskomfortu pacjenta, postuluje się przekazywanie zrozumiałych i rzeczowych komunikatów, dostosowanych do jego możliwości odbioru. I właśnie na taki charakter komunikacji z lekarzem wskazała zaledwie połowa badanych kobiet (28 z Polski oraz 26 z Chile). Kolejna grupa kobiet (16 z Polski i 18 z Chile) również pozytywnie oceniła formę tego kontaktu, jednak wyraźnie podkreśliła, że o większość informacji szczegółowych musiała sama dopytać. Oznacza to, że 88 kobiet spośród 100 biorących udział w badaniu raczej dobrze oceniło komunikację z lekarzem, która jednak wciąż nie przebiegała zgodnie z oczekiwaniami badanych.

Gorzej ocenione zostało zainteresowanie lekarza stanem zdrowia psychicznego kobiety będącej w ciąży – niespełna połowa badanych (N=46) nie czuła, by ten wymiar ich zdrowia był istotny dla lekarza. Kobiety te nie były pytane o samopoczucie, a wizyty służyły jedynie wykonaniu badań kontrolnych (N=17) lub były pytane o to sporadycznie, jednak temat ten traktowany był bardzo powierzchownie (N=29). Tymczasem problem z odnalezieniem się w nowej roli społecznej, jaką jest bycie matką, może z różnych powodów być dla kobiety obciążający. Utrzymujący się niski nastrój, zmęczenie i stres to nie tylko chwilowy „gorszy czas” – to także potencjalna przyczyna wystąpienia depresji poporodowej czy depresji jeszcze w trakcie trwania ciąży. Konsekwencje takiego stanu psychicznego odczuwane są nie tylko przez samą kobietę, ale i przez jej dziecko oraz najbliższe otoczenie. Wśród skutków bagatelizowania depresji okołoporodowej najczęściej wymienia się chłód emocjonalny, odrzucenie dziecka, a nawet podjęcie próby samobójczej. Warto więc zastanowić się, dlaczego aspekt psychologiczny nadal nie stanowi integralnego elementu wizyty u lekarza ginekologa. Alarmujący jest bowiem fakt, że prawie połowa badanych kobiet odpowiedziała, że lekarz niewiele uwagi poświęcał samopoczuciu pacjentki bądź nie poświęcał jej wcale. Temat istotności zdrowia psychicznego w opiece okołoporodowej został poruszony w rozdziale piątym, tymczasem szczegółowy rozkład odpowiedzi respondentek zaprezentowano w tabeli 2.

Tabela 2. Zainteresowanie lekarza stanem psychicznym pacjentki – rozkład odpowiedzi

Odpowiedź	Polki (N=50)	Chilijki (N=50)	Ogółem
Zdecydowanie tak, na każdej wizycie pytał o moje samopoczucie i profilaktycznie informował mnie o możliwości kontaktu z psychologiem	11	17	28
Raczej tak, zwykle pytał o moje samopoczucie, a w razie potrzeby polecił mi odpowiednią pomoc psychologiczną	13	12	25
Raczej nie, czasem pytał o moje samopoczucie, ale nie poświęcał temu tematowi zbytnej uwagi	19	11	30
Zdecydowanie nie, nigdy nie zapytał o moje samopoczucie, a wizyty ograniczały się jedynie do badania	7	10	17

Źródło: opracowanie własne.

Warto jednak zaznaczyć (być może paradoksalnie, bo przebieg relacji z lekarzami jest integralnym elementem opieki okołoporodowej), że większość badanych kobiet ogólną opiekę lekarską oceniło jako bardzo dobrą (22 Polki i 9 Chilijek) lub wręcz doskonałą, o wiele lepszą, niż się spodziewały (21% wszystkich badanych), z czego w tej grupie było dwa razy więcej Chilijek (N=14) niż Polek (N=7). Chilijki częściej formułowały także przeciwne twierdzenie, że opieka w trakcie ciąży mogłaby być lepsza – taką odpowiedź wybrało aż 14 ankietowanych z Chile i tylko 8 z Polski. Zaledwie jedna Polka udzieliła odpowiedzi, że opieka była zła i nie spełniła jej oczekiwań. Natomiast, co ważne, żadna z uczestniczek badania nie stwierdziła, że opieka, jakiej doświadczyła, była bardzo zła.

3. Opinie dotyczące opieki sprawowanej przez położną i *doulę*

Położna jest specjalistką, która dzięki swojej profesjonalnej wiedzy oraz doświadczeniu może sprawować opiekę nad kobietą na różnych etapach jej życia (choć powszechnie kojarzona jest z opieką nad kobietami ciężarnymi). Blok pytań dotyczący opieki ze strony położnej nie dotyczył 14 kobiet, które nie korzystały z tej formy pomocy, przy czym aż 12 spośród tych kobiet było z Polski. Natomiast u kobiet, które zdecydowały się na skorzystanie z usług położnej, ich ocena bywała skrajnie zróżnicowana. Wśród ankietowanych Polek 19 oceniało pomoc położnej jako przydatną, 6 jako nieprzydatną, a aż 13 nie potrafiło sprecyzować swojej opinii. Badane Chilijki zaledwie w trzech przypadkach nie zadeklarowały jednoznacznej odpowiedzi, 10 kobiet uznało otrzymaną pomoc położnej za „bezużyteczną”, a aż 33 za przydatną. Biorąc pod uwagę otrzymane wyniki, nietrudno zauważyć, że badane z Chile w nieco większym stopniu niż Polki korzystają z usług położnej podczas ciąży, a także pozytywniej oceniają jej pomoc (przyznały, że położna udzielała im szczegółowych i kompleksowych informacji oraz zawsze wyczerpująco odpowiadała na ich pytania). Może to wynikać z faktu, że w Polsce stosunkowo niedawno została podniesiona ranga zawodu położnej (jest to związane ze zmianami w organizacji opieki okołoporodowej, które obowiązują dopiero od 1 stycznia ubiegłego roku) i znaczna część kobiet nadal nie wie o możliwości bezpłatnych konsultacji bądź nie jest im znany zakres usług świadczonych przez położną. Dowodzi o tym m.in. fakt, że na pytanie *Czy została Pani poinformowana o możliwości skorzystania z refundowanych przez NFZ spotkań edukacyjnych z położną w trakcie ciąży?*, ponad połowa Polek odpowiedziała negatywnie (N=28). Ankietowane z Polski nie stwierdziły, aby w dostępie do położnej miały jakiegokolwiek trudności. Zaś w przypadku badanych z Chile aż 38 z nich odpowiedziało, że w trakcie ciąży korzystało z usług położnej

dostępnych w ramach systemu ubezpieczenia społecznego. Tylko trzy z nich przyznały, że miały z tym pewne trudności, ale nie określiły, jakiego rodzaju. 7 Polek i 11 Chilijek zadeklarowało, że korzystało z płatnych usług położnej, niepracującej w ramach ubezpieczenia państwowego.

Jednym z zadań położnej jest pomoc kobiecie w przygotowaniu planu porodu. Okazuje się jednak, że skorzystała z tego zaledwie niecała połowa badanych (19 z Polski i 17 z Chile), a część z nich nawet nie wiedziała o możliwości ułożenia planu porodu i wsparcia tego procesu przez położną (7 Polek i 9 Chilijek). Co ciekawe, 14 badanych (10 z Polski oraz 4 z Chile) zaprzeczyło, aby między przygotowanym planem a rzeczywistym przebiegiem porodu istniała zgodność, a aż 17 kobiet nie potrafiło jednoznacznie określić, czy poród odbył się zgodnie z tymże planem. Otrzymane wyniki mogą świadczyć o tym, że ani w Polsce, ani w Chile nie przypisuje się dokumentowi, jakim jest plan porodu, należytej wagi. Tymczasem personel medyczny powinien się z nim zapoznać i, co więcej, poinformować jego autorkę np. o ewentualnych ograniczeniach organizacyjnych, które uniemożliwiają jego realizację na danym oddziale⁴.

W kwestionariuszu znalazło się także pytanie dotyczące korzystania z usług *douli*. Okazało się jednak, że aż połowa respondentek z Chile (N=25) i 13 kobiet z Polski nie wie, kim jest *doula*, i tylko jedna kobieta spośród wszystkich badanych skorzystała z jej usług. Kobieta ta pochodziła z polskiej grupy badanych i skomentowała swoje doświadczenia w następujący sposób:

Zdecydowanie jest to bardzo potrzebny zawód. Doula znacząco poprawia poczucie bezpieczeństwa i komfort psychiczny. Szkoda, że wiele kobiet nadal nie wie o istnieniu tej profesji (respondentka 38 PL)⁵

Rzeczywiście, istnienie *douli* nie jest rozpowszechnione na tyle, by można było mówić o świadomym podejmowaniu przez ciężarne kobiety decyzji co do skorzystania (lub nie) z jej usług, zaś brak wiedzy o istnieniu takiego zawodu obnaża niedoskonałości w systemie informacyjnym obu państw. I chociaż instytucja tzw. szkoły rodzenia jest zdecydowanie bardziej znana, udział w niej również nie jest powszechną formą osławiania się z rolą rodzica – w grupie ankietowanych 22 Polki zadeklarowały, że uczestniczyły w takich zajęciach, natomiast wśród przedstawicielek Chile było to zaledwie 15 kobiet. Tymczasem szkoły rodzenia z założenia mają jak najlepiej przygotować przyszłych rodziców na narodziny dziecka. Zajęcia dotyczą zarówno przebiegu porodu, jak i tego, co dzieje się tuż po nim. Mimo to zdecydowanie największą popularnością jako źródło wiedzy cieszył

⁴ <https://www.rodzicpoludzku.pl/planporodu/co-to-jest-plan-porodu.html> (dostęp: 4.04.2020).

⁵ Oznaczenia po cytacie odpowiadają krajom respondentek (PL – Polska, CL – Chile), natomiast liczba wskazuje na numer ankiety wprowadzony po zakodowaniu materiału źródłowego. Wypowiedzi respondentek przytaczane są zgodnie z oryginalną pisownią.

się internet, w którym można przecież odnaleźć wiele niepotwierdzonych rzetelną wiedzą rad i wskazówek. Aż 33 wskazań w grupie badanych Polek oraz 34 wskazania w grupie Chilijek potwierdziło tendencję, że to właśnie w sieci poszukiwane są odpowiedzi na każde pytanie (np. dotyczące przebiegu porodu) oraz rozwiązywanie problemów opiekuńczych i pielęgnacyjnych. Badane przyznały też, że wolą skorzystać z informacji internetowych, niż skonsultować się w tych kwestiach (np. przebiegu porodu) z lekarzem (odpowiednio PL – 26 i CL – 33 wskazania).

Tymczasem w kontekście opieki okołoporodowej wiarygodność informacji ma niezaprzeczalne znaczenie dla zdrowia kobiety oraz jej dziecka, dlatego bardzo istotne jest dostarczanie kobietom informacji z tego zakresu przez wykwalifikowane jednostki, czyli lekarzy i położne. Pełny rozkład odpowiedzi zaprezentowany został w tabeli 3.

Tabela 3. Źródło informacji na temat porodu – rozkład odpowiedzi

Odpowiedź	Polki	Chilijki	Ogółem
Literatura fachowa	18	12	30
Internet	33	34	67
Szkoła rodzenia	18	11	29
Konsultacje z lekarzem	26	33	59
Konsultacje z położną	12	30	42
Inne kobiety z mojego otoczenia posiadające doświadczenie w tej kwestii	28	32	60
Inne	2	4	6
Nie korzystam z żadnego źródła	1	2	3

Źródło: opracowanie własne.

Odpowiedzi badanych zarówno polskich, jak i chilijskich dowodzą, że w dzisiejszych czasach internet jest bezkonkurencyjnym pod względem liczby użytkowników źródłem informacji. Z jednej strony, jest to bardzo ważny i potrzebny środek przekazu, który umożliwia nieograniczony dostęp do informacji z różnych dziedzin właściwie wszystkim użytkownikom mającym podstawową wiedzę z zakresu korzystania z internetu. Jednak z drugiej, w kwestiach tak zasadniczych jak zdrowie i życie ludzkie, warto uruchomić i spopularyzować także inne kanały przekazu rzetelnych informacji (choćby pomiędzy kobietą ciężarną i bezpośrednio opiekującym się nią personelem medycznym). Warto też zadbać o to, aby korzystając z internetu, kobiety poszukiwały wiarygodnych źródeł informacji i unikały tych przygotowanych na podstawie wiedzy laickiej lub będących narzędziami stosowanymi w różnych działaniach o charakterze marketingowym.

4. Opieka okołoporodowa

Chociaż medycyna dzięki technicznym możliwościom i postępowi wiedzy minimalizuje wystąpienie ryzyka związanego z porodem, to na jego pozytywny przebieg i zakończenie ma wpływ wiele czynników. Niektóre są bezpośrednio związane z samą kobietą, jej stanem zdrowia, poziomem przygotowania czy ogólnym nastawieniem. Inne dotyczą odpowiednio przygotowanego personelu (także pod względem udzielania wsparcia emocjonalnego w tym trudnym momencie) czy wyposażenia placówki. Odnosząc się do rozważań bezpośrednio związanych z przebiegiem relacji mających miejsce w trakcie opieki podczas porodu, należy raz jeszcze podkreślić istotę takich właśnie czynników, jak wsparcie, którego doświadcza rodząca kobieta. Współcześnie większość kobiet planuje poród rodzinny, wzmacniający więzi rodzinne i mający często „terapeutyczny” wpływ na kobietę. Opinie te potwierdzają także wyniki zrealizowanego badania. Okazuje się bowiem, że kobiety uczestniczące w badaniu przypisują takiej formie porodu bardzo duże znaczenie. Wśród badanych obecność partnera lub innego członka rodziny była najważniejszym aspektem warunkującym możliwość poczucia się komfortowo na sali porodowej (na tyle, na ile oczywiście w tej sytuacji można odczuwać komfort). Nie dostrzega się tutaj różnicy między grupami ankietowanych (PL – 35; CL – 37). Jeśli zaś chodzi o wsparcie uzyskiwane od personelu medycznego, to w tym aspekcie najlepiej zostały ocenione usługi położnej – 40 Polek i 38 Chilijek przyznało, że mogło liczyć na wsparcie emocjonalne od położnej, a po 43 badanych z obu grup było zdania, że położna okazywała im szacunek. Wsparcia emocjonalnego okazanego przez lekarza doświadczyło 25 Polek i 28 Chilijek. Natomiast 36 Polek i 28 Chilijek odpowiedziało, że lekarz traktował je z szacunkiem. Podczas porodu asystują też inni pracownicy medyczni, np. pielęgniarki i anestezjolodzy, warto zatem wskazać, że znacznie mniejsza część badanej grupy (27 Polek i 22 Chilijki) zadeklarowała, że inni przedstawiciele personelu medycznego także okazywali im wsparcie emocjonalne. Nieco więcej badanych, bo 38 z Polski i 32 z Chile, było zdania, że pielęgniarki traktowały je z należytyym szacunkiem. Według przedstawionych danych grupa badanych kobiet oceniała więc położne znacznie lepiej pod względem posiadanych kompetencji miękkich.

Zdarzały się jednak sytuacje, w których ciężarne lub nawet rodzące już kobiety doświadczały przemocy ginekologicznej lub położniczej. W najprostszych słowach dotyczyła ona sytuacji, w których doszło do nierespektowania praw kobiety, przejawiającego się przemocą (zarówno werbalną, jak i niewerbalną), przeprowadzaniem badań i zabiegów bez zgody lub poinformowania kobiety, brakiem szacunku czy zaniedbaniem w kwestii poszanowania prawa do intymności. Szerzej temat ten został opisany jako jeden z głównych problemów opieki okołoporodowej w rozdziale pierwszym niniejszej monografii (osobno dla obu krajów). Mimo niewielkiej grupy kobiet biorących udział w badaniu 13 Chilijek i 5 Polek

wskazało na doświadczenie takich sytuacji (7 Polek i 1 Chilijka nie opowiedziały się jednoznacznie). Przemoc tego rodzaju najlepiej zilustrują wybrane wypowiedzi samych ankietowanych:

Nie czułam wsparcia emocjonalnego. Niektóre komentarze położnej i pielęgniarki były nie na miejscu. Zwlekano z podaniem mi znieczulenia. Wykonano mi nacięcie krocza, pomimo mojego sprzeciwu (respondentka 18 PL)

Nie podano mi znieczulenia, chociaż wielokrotnie o nie prosiłam (respondentka 47 PL)

Położny szydził ze mnie, że wybrałam cesarskie cięcie. Żartował, że jestem tchórzem i chcę łatwego rozwiązania dla leniwych [Cesarskie cięcie było wykonane ze wskazań medycznych, dziecko było zbyt duże] (respondentka 21 CL)

Nie poinformowano mnie o nacięciu krocza, nie zapytano mnie o zgodę (respondentka 31 CL)

Położna naciskała na mój brzuch, żeby rzekomo przyspieszyć urodzenie dziecka. Jak się później dowiedziałam, to bardzo niebezpieczna i niezalecana procedura (respondentka 44 CL)

Przemoc podczas porodu może przybierać różne formy, nie zawsze występuje ona w formie fizycznej. Przytoczone wypowiedzi dowodzą, że kobieta pada także ofiarą nieuprzejmych komentarzy. Brak informacji również należy rozpatrywać w kategoriach łamania praw pacjentki. Ocena danej sytuacji i stopień przyzwolenia na niektóre zachowania jest sprawą subiektywną, dlatego często trudno o obiektywną ocenę w kwestii nadużyć i przemocy. Najważniejsze jest jednak, aby pacjentki były świadome swoich praw oraz wiedziały, gdzie mogą zwrócić się o pomoc.

Wsparcie psychologiczne po porodzie zostało zaoferowane zaledwie 6 Polkom i 15 Chilijkom. Aż 67 spośród wszystkich respondentek zadeklarowało, że nie została im zaproponowana możliwość skorzystania z usług psychologa – na tę liczbę składa się 37 odpowiedzi polskich badanych i 30 chilijskich. Alarmujący jest fakt, że kondycja psychiczna kobiet po porodzie jest bagatelizowana, a profesjonalne wsparcie psychologiczne nie jest integralną częścią świadczeń okołoporodowych. Respektowanie i wdrażanie tej formy pomocy jest tym bardziej istotne, że zdecydowana większość badanych (N=84) była całkowicie zgodna co do tego, że jakość opieki okołoporodowej wpływa na pierwsze doświadczenia macierzyństwa. Głównie podkreślano fakt, że zapewniona w odpowiedni sposób wpływa pozytywnie na wejście w nową rolę społeczną (N=12), natomiast prowadzona niewłaściwie lub niewystarczająco dobrze zagraża zdrowiu psychicznemu matki (N=6), a także może determinować decyzje o rezygnacji z kolejnego dziecka (N=5). Oto przykładowe wypowiedzi respondentek:

Warto, aby być dobrze przygotowanym do macierzyństwa, odpowiednia opieka okołoporodowa mogłaby to znacząco ułatwić, to wejście w nowy świat (respondentka 2 PL)

Ciąża i poród to czas, kiedy kobieta jest zdana na innych ludzi i powierza im także swoje dziecko. Jest wiele momentów trudnych, w których musi zapomnieć o wstydzie czy swoich uprzedzeniach. Jeżeli dostanie wsparcie i zrozumienie, łatwiej jej będzie przez to przejść. Jeżeli nie, to może to odcisnąć piętno na jej psychice i poczucia własnej wartości jako kobiecie, a potem matce. To są bardzo delikatne sprawy i wymagają odpowiedniego podejścia (respondentka 44 PL)

Złe doświadczenia okołoporodowe (jak i poporodowe) mogą być długo rozpamiętywane i postrzegane jako pierwsza porażka w macierzyństwie. Przy tak wielu emocjach, wahaniach hormonalnych doświadczenia te mogą długo rzutować na postrzeganie siebie jako „dobrej matki”. Czyjeś błędy, zaniedbania, bądź wadliwy system opieki mogą powodować, że kobiety obwiniają same siebie za różnego rodzaju niepowodzenia około- i poporodowe. Na lata zostają z tym same i niezrozumiane (respondentka 18 PL)

Przez pierwsze tygodnie czułam się fatalnie, przerastała mnie opieka nad dzieckiem. Poród był dla mnie okropnym przeżyciem i nie wyobrażam sobie mieć więcej dzieci (respondentka 40 PL)

Przy pierwszym dziecku nie wyobrażam sobie braku wsparcia np. położnej. Osobiście nie wiedziałam nic na temat noworodków, samo zmienianie pieluchy było dla mnie dużym stresem, bałam się, że sobie nie poradzę jak już pójdziemy do domu. Na szczęście moja położna zadbała o każdy szczegół i dostarczyła mi wiedzę, która bardzo mi się przydała w tych pierwszych dniach (respondentka 49 CL)

Opieka okołoporodowa to zbiór rozmaitych komponentów o różnym charakterze i stopniu relewancji. Są to zarówno kwestie kluczowe dla prawidłowego przebiegu ciąży i porodu, jak i szereg detali wpływających na komfort rodzącej i jej subiektywne wrażenia. Wsparcie i pomoc najbliższych oraz personelu medycznego ma tutaj zasadnicze znaczenie, które wpływa także na poczucie bezpieczeństwa rodzącej kobiety. Pomimo wcześniejszych wskazań, okazało się, że większość kobiet uczestniczących w badaniu (ogółem 73) zadeklarowało, że czuło się bezpiecznie (PL – 36 i CL – 37). Kobiety, które nie miały takiego poczucia (po siedem z obu krajów), w uzasadnieniach wskazywały na różne powody, które można zaliczyć do kategorii zachowań łamiących prawa pacjentek, m.in. do tych, w których brakuje pomocy i wsparcia psychicznego lub które bezpośrednio wpływają na kondycję psychiczną rodzących, co obrazują następujące wypowiedzi.

Ciąża była rozwiązywana przed terminem, bałam się o dziecko, nic nie wiedziałam, czekałam na sali przedporodowej ponad 5 godzin, omijano mnie, nikt nic nie tłumaczył, nikt nie przejmował się moimi obawami (respondentka 13 PL)

Mój poród był przedwczesny, obawiałam się o dziecko i siebie. Nie znałam lekarza, który wykonywał cesarskie cięcie, wszystko przebiegało szybko i dość chaotycznie. Nie byłam psychicznie przygotowana (respondentka 32 PL)

Nie znałam lekarza odbierającego poród. Poród był skomplikowany i bardzo długi. Miałam poczucie braku informacji (respondentka 27 PL)

Bardzo się bałam, bo poród trwał długo, byłam zmęczona, straszono mnie, że jeżeli nie urodzę szybko to będzie konieczne cesarskie cięcie, którego chciałam uniknąć. Ostatecznie jednak urodziłam naturalnie, ale jakim kosztem... nie było to dobre doświadczenie (respondentka 19 CL)

Nie wytłumaczono mi jak przebiega zabieg cc [cesarskiego cięcia]. Bardzo źle czułam się po znieczuleniu (respondentka 36 CL)

Z tych wypowiedzi można wywnioskować, że brak poczucia bezpieczeństwa towarzyszył porodom, których przebieg był w jakiś sposób skomplikowany, a kobiety nie były w dostatecznym stopniu poinformowane o procedurach medycznych i stanie zdrowia swoim lub dziecka. Także nieznanostwo lekarza lub brak zaufania do lekarza odbierającego poród stanowiły przeszkodę, aby rodząca czuła się bezpiecznie. Brak poczucia bezpieczeństwa mógł również być potęgowany przez poczucie braku wsparcia emocjonalnego i psychicznego.

5. Sugestie niezbędnych zmian

W zależności od bezpośrednich doświadczeń ankietowanych z opieką okołoporodową sugerowały one w ramach pytań otwartych wprowadzenie pewnych zmian w sposobie organizacji tejże opieki, a dokładniej – podejścia personelu medycznego do pacjentek. Prośba o sformułowanie takich sugestii była wystosowana w każdym z obszarów badawczych, a obejmował on szerszy kontekst niż ten prezentowany w niniejszym opracowaniu, tj. kontrolę ciąży, procedurę przyjęcia na oddział, poród i czas tuż po porodzie. Sugestie sformułowane przez uczestniczki badania okazały się bardzo zbieżne, świadczące o tym, że z podobnymi trudnościami zmagają się zarówno badane Polki, jak i Chilijki.

Wśród naglących potrzeb (niezależnie od miejsca pochodzenia) wskazywano na zmniejszenie różnic w jakości opieki świadczonej w sektorze publicznym i prywatnym, a także polepszenie diagnostyki i dostępności specjalistów w ramach systemu finansowanego ze środków publicznych. Oto wypowiedzi badanych ilustrujące problem jakości i dostępności do świadczeń medycznych:

Podejście lekarzy NFZ do pacjentek. Początkowo chodziłam na wizyty w ramach NFZ i lekarze się zmieniali bez uprzedzenia, kilkugodzinne kolejki, wizyta 5 minut z poganianiem, lekarze opryskliwi, chamscy i oszczędzający na badaniach przysługujących za darmo, ogólnie dramat (respondentka 1 PL)

Porównując moje wcześniejsze doświadczenia z sektora publicznego, widzę wyraźną przepaść w jakości przede wszystkim obsługi już na etapie rejestracji w placówkach. Również ilość czasu poświęcanego pacjentce zasługuje na uwagę. Nie da się zaprzeczyć, że prywatne placówki wypadają o wiele lepiej w tej kwestii (respondentka 38 PL)

Rozszerzenie pakietu badań obowiązkowych, bezpłatnych (respondentka 16 PL)

Dostępność dobrych specjalistów na nfz, większość lekarzy pracujących na nfz ma bardzo złe opinie. Lekarze mający dobre opinie pracują wyłącznie prywatnie (respondentka 20 PL)

W przypadku systemu FONASA, polepszyć dostępność specjalistów takich jak dietetyk czy psycholog (respondentka 34 CL)

Niech lekarze pracujący w ramach kontraktu FONASA biorą bardziej pod uwagę preferencje ciężarnej żeby uniknąć niepotrzebnych komplikacji (respondentka 39 CL)

W kwestii systemu publicznego żeby lekarze przeznaczali więcej czasu na wizytę, żeby to nie było przysłowiowe 3 minuty, które lekarz przeznacza tylko na wypełnienie karty pacjentki, bez odpowiedniego wywiadu, odpowiedzi na pytania kobiety czy rozwianie jej wątpliwości (respondentka 25 CL)

Poprawa dostępu do lekarzy w systemie publicznym, więcej terminów (respondentka 47 CL)

Kolejna sugestia badanych dotyczyła zwrócenia szczególnej uwagi przez personel medyczny na istotę zdrowia psychicznego ciężarnych. Postulowały, aby uwzględniać ten aspekt w kontekście sprawowanej opieki w znacznie większym stopniu oraz zapewniać kobietom brzemiennym bezpłatne konsultacje psychologiczne. Choć wypowiedzi były lapidarne, kobiety wskazywały na:

Wczesne wykrywanie zaburzeń nastroju (depresja) u kobiet ciężarnych (respondentka 18 PL)

Obowiązkowa rozmowy z psychologiem dla każdej kobiety (respondentka 19 PL)

Więcej informacji na temat psychicznych aspektów zarówno ciąży, jak i porodu (respondentka 33 PL)

Zapewnienie opieki w sferze emocjonalnej (respondentka 14 CL)

Trzeba dbać o stan emocjonalny kobiet, przede wszystkim tych, które będą rodziły po raz pierwszy (respondentka 43 CL)

Myślę, że dobrze by było zatroszczyć się o stronę psychiczną matki (respondentka 48 CL)

Niemal wszystkie badane wskazały także na istotę możliwości wyboru miejsca porodu, gdyż w ich opinii współudział decyzyjny wpływa na ich większe poczucie bezpieczeństwa, obniża uczucie lęku przed nieznanym oraz gwarantuje poczucie respektowania ich praw. Dobrze byłoby również, gdyby miejscem tym było miejsce pracy lekarza prowadzącego, którego przyszła rodząca zna i któremu ufa. Zdecydowanie na poczucie bezpieczeństwa wpływa bowiem przekonanie, że opiekę sprawuje osoba, która od początku monitoruje przebieg ciąży.

Podczas porodu trzeba odczuwać komfort psychiczny, a wybierając samemu miejsce porodu i znając to miejsce tak właśnie się czułam (respondentka 4 PL)

To ważny moment w życiu kobiety i dobrze jeśli może ona wybrać miejsce odpowiadające jej potrzebom i które spełnia odpowiednie warunki na wypadek jakichkolwiek komplikacji w trakcie lub po porodzie (respondentka 16 CL)

Możliwość wybrania szpitala w którym chce się rodzić pozwala na poród u lekarza prowadzącego ciążę oraz na poród w komfortowych warunkach, które nie zawsze oferuje najbliższy szpital (respondentka 24 PL)

Najlepiej rodzić przy swoim zaufanym lekarzu (respondentka 35 PL)

Kobiety, których kontakty z instytucjami medycznymi w okresie ciąży i porodu miały bardziej zintensyfikowany charakter, zwracały uwagę na problem zbiurokratyzowania procedur w obszarze świadczonych usług medycznych. Wskazywały m.in. na potrzebę zmniejszenia liczby dokumentów, których wypełnienie jest wymagane przy przyjęciu na oddział ginekologiczno-położniczy⁶. Wydaje się to w pełni zrozumiałe, zważywszy na fakt, że zbliżający się poród to wydarzenie

⁶ Przykładowe wypowiedzi respondentek: *Należy dać priorytet pacjentce, a nie formalnościom* – respondentka 7 PL; *To nie jest moment na wypełnianie dokumentów* – respondentka 17 CL.

pełne emocji, które może znacząco zaburzać poziom koncentracji potrzebny przy wypełnianiu dokumentów.

Kobiety bez względu na kontekst kulturowy wielokrotnie pisały o doświadczanych przez nich formach przemocy położniczej, a przede wszystkim o braku podmiotowego, zindywidualizowanego traktowania. W konsekwencji nie tylko postulowały, ale wręcz domagały się lepszego traktowania, co zazwyczaj oznaczało okazywanie im szacunku i wyrozumiałości ze strony pracowników instytucji medycznych.

Personel powinien być miłszy. Rodząca jest zwykle zestresowana, zmęczona i oczywiście bardziej wrażliwa. To wymaga specjalnego traktowania i umiejętności ze strony personelu (respondentka 18 CL)

Cały proces nie powinien być taki mechaniczny. Matka ma uczucia i lęki, a wygląda, że nikogo to nie obchodzi i jest tylko kolejnym pacjentem do obsłużenia (respondentka 34 CL)

Zbędne komentarze dotyczące mojego owłosienia czy na temat hemoroidów sprawiały, że czułam się nieswojo (respondentka 46 CL)

Duża liczba studentów nie zapewniała intymności, brak przygotowania do operacji i związane z tym niemiłe komentarze lekarza, np. o braku depilacji (respondentka 16 PL)

Wskazywały także na potrzebę pocucia większego zainteresowania ich stanem w placówkach medycznych, a niektóre spośród nich podkreślały, że istotną zmianą powinno być dopilnowanie, aby personel medyczny wykazywał więcej zainteresowania rodzącą już bezpośrednio na sali porodowej⁷.

W aspekcie potrzeby pocucia godnego, podmiotowego traktowania, zrozumienia wyjątkowości sytuacji kobiety przywoływały też ważne według nich konkretne konteksty sytuacyjne, takie jak te dotyczące nauki karmienia piersią, która opierałaby się na aktualnej wiedzy w temacie laktacji oraz na empatycznym podejściu do kobiety. Pierworódki nie potrafią najczęściej poprawnie karmić piersią, mają obawy i wątpliwości, czy właściwie wykonują działania pielęgnacyjne i opiekuńcze wobec noworodka, badane sugerowały zatem wprowadzenie zmian w przebiegu relacji związanych właśnie z zaspakajaniem tych potrzeb. Personel medyczny, według nich, powinien rozumieć osobliwość tych sytuacji i sprawować opiekę z poszanowaniem ich godności i autonomii, cierpliwie pomagać w wykonywaniu tych zasadniczych czynności, uwzględniając intymny

⁷ Przykładowa wypowiedź respondentki: *miałam poczucie pozostawienia samej sobie [na sali porodowej – przyp. aut.], dużo czasu nikt do mnie nie przychodził, nie wiedziałam co się dzieje i czy wszystko jest w porządku* – respondentka 6 PL.

charakter wykonywanych działań. Problem ten jest tym bardziej istotny, że ma uzasadnienie biologiczne. Udowodnione jest, że karmienie piersią wpływa na zdrowie prokreacyjne matki:

Wspiera naturalne procesy porodu. Inicjacja karmienia piersią bezpośrednio po porodzie, zwiększa poziom oksytocyny w organizmie kobiety. Hormon ten sprzyja obkurczaniu mięśnia macicy, zmniejszając tym samym ryzyko nadmiernej utraty krwi w okresie poporodowym⁸.

Bezpośrednio z procesem pomagania związana była kolejna sugestia. Wśród rekomendacji badanych znalazł się także punkt dotyczący poprawy sposobu przekazywania informacji (lub w ogóle ich przekazywania), zwłaszcza w temacie procedur medycznych. Brak informacji, szczątkowy bądź niezrozumiały charakter tych przekazywanych budzi niepokój i w konsekwencji wpływa na obniżenie kondycji psychicznej przyszłej matki.

Kobiety przywołały ponadto następujące sugestie:

Więcej wymogów w zakresie informowania ciężarnych o alternatywnych sposobach prowadzenia ciąży, wybierania badań (respondentka 3 PL)

Większy dostęp do informacji nt udogodnień i praw ciężarnych, udzielanie informacji nt dostępnych badań (diagnostyka chorób genetycznych płodu) (respondentka 27 PL)

[...] informowanie o zaletach i wadach cięcia cesarskiego i porodu naturalnego. Wiedza na ten temat ma wpływ na decyzję kobiety (respondentka 34 PL)

[...] kompetentne porady żywieniowe i suplementacyjne, rzetelna odpowiedź na pytania i wątpliwości (respondentka 31 PL)

Lepsze informowanie na temat przebiegu porodu i jego etapów (respondentka 35 CL)

Bardziej merytoryczne przygotowanie do porodu (respondentka 30 CL)

Ankietowane powtarzały, że chcą być również pełnoprawnymi podmiotami w interakcji z lekarzem i móc podejmować decyzje w sprawach ingerencji medycznych, które nie mają niezbędnego i koniecznego charakteru. Postulowały, aby

8 E. Ślizień-Kuczapska, E. Sys, B. Baranowska, U. Tataj-Puzyna, *Zdrowie prokreacyjne jako zasadniczy kierunek troski o zdrowie rodziny. Wybrane zagadnienia profilaktyki zaburzeń płodności oraz promocji karmienia piersią na tle sytuacji demograficznej Polski*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio” 2017, nr 32, s. 13, [za:] P. Abedi, S. Jahanfar, F. Namvar, J. Lee, *Breastfeeding or Nipplestimulation for Reducing Postpartum Haemorrhage in the Third Stage of Labour*, „Cochrane Database of Systematic Reviews” 2016.

ograniczyć interwencję medyczną do działań niezbędnych i uwzględniać preferencje rodzących (np. dotyczące formy porodu).

Opieka po porodzie stanowi jeden z kluczowych elementów całości opieki okołoporodowej. To właśnie w pierwszych dniach macierzyństwa kobieta może potrzebować największego wsparcia tak ze strony członków rodziny, jak i profesjonalistów. Uczestniczki badania zapytane o to, jakie zmiany sugerują na tym etapie opieki, jednoznacznie wskazywały na potrzebę wprowadzenia działań, których efektem będzie udzielenie większego wsparcia psychologicznego i emocjonalnego, oraz zapewnienie matce i dziecku warunków spokoju.

Po porodzie byłam wykończona, a położna od razu na siłę przystawiała mi dziecko do piersi. Brakowało mi wsparcia i zrozumienia. Miałam depresję poporodową, ale do psychologa musiałam zgłosić się prywatnie dopiero kilka tygodni po porodzie (respondentka 42 PL)

Po porodzie kobieta potrzebuje spokoju. Uważam, że na oddziałach w państwowych szpitalach nie respektuje się tego faktu (respondentka 5 PL)

Zająć się emocjonalnym stanem młodej matki, w takim samym stopniu jak fizycznym (respondentka 6 CL)

Jednak z analizy wyników badania oraz krytycznego przeglądu literatury wynika, że zrozumienie, wykazanie zainteresowania, podmiotowe, autonomiczne traktowanie uwzględniające aktywny charakter kobiety w procesach decyzyjnych mają znaczenie na każdym etapie opieki okołoporodowej. Wpływają na kondycję psychiczną kobiety, zmniejszają lęk, minimalizują obawy i brak pewności związany z podołaniem obowiązków matki. Kształtują proces przeżywania macierzyństwa i są fundamentem budowania więzi z nowo narodzonym dzieckiem i otoczeniem.

Badane niezależnie od kraju pochodzenia zwracały uwagę na podobne problemy, jednak w perspektywie porównawczej i konieczności wskazania różnic te wyodrębnione (choć były zdecydowanie nieznaczące) dotyczyły następujących kwestii: badane Polki w nieco większym stopniu (w kontekście opieki podczas ciąży) sugerowały zmiany w sprawowaniu opieki przez położne⁹, a badane Chilijki w nieco większym stopniu wskazywały na potrzebę lepszego traktowania pacjentek oraz poświęcania większej ilości czasu kobietom podczas wizyt lekarskich. Choć jeśli chodzi o procedurę przyjęcia do szpitala, to Chilijki częściej niż Polki wskazywały na fakt, że były potraktowane z szacunkiem.

9 Przykładowe wypowiedzi respondentek: *Lepszy kontakt z położną środowiskową – może obowiązkowe zapoznanie przed porodem?* – respondentka 3 PL; *Kontakt z położną z danego szpitala przy wizytach lekarskich.* – respondentka 13 PL; *Kontakt z położną. Wizyty kontrolne u położnych niekoniecznie lekarzy* – respondentka 17 PL.

Okazało się też, że chilijskie respondentki w większym stopniu niż Polki mogły zdecydować o tym, w jaki sposób urodzić. 43% wszystkich kobiet przyznało, że wybrałoby cesarskie cięcie, gdyby miało taką możliwość, a większość Chilijek – bo pozwalały im na to rozwiązania systemowe – skorzystała z możliwości takiego wyboru. Ale to Chilijki (podkreślamy – także nieznacznie częściej) wskazywały, że były ofiarami przemocy lub nadużyć ze strony personelu medycznego¹⁰.

Podsumowując, należy raz jeszcze podkreślić wagę przebiegu relacji z lekarzem, gdyż niezależnie od kraju pochodzenia badane wskazywały, że to opieka lekarza w decydującym stopniu wpływa na ogólną ocenę doświadczonej opieki okołoporodowej. Charakter relacji z lekarzem, a także jego podejście do pacjentki okazują się bardziej istotne niż np. obiektywny przebieg ciąży i porodu. Jest to znacząca informacja, szczególnie gdyby opisywane wyniki badania mogły posłużyć jako egzemplifikacja i wskazanie priorytetowych obszarów, w których należy polepszyć jakość opieki okołoporodowej.

Przypominamy, że ze względu na rodzaj badania, dobór próby i jego liczebność przedstawione wyniki analizy nie są reprezentatywne, nie odzwierciedlają poglądów wszystkich kobiet, które w ostatnim dziesięcioleciu doświadczyły porodu w Polsce i w Chile. Wyniki analizy odzwierciedlają jedynie opinie kobiet biorących udział w badaniu i traktowane są jako wstępne, umożliwiające dalszą eksplorację podjętych problemów.

10 Przykładowa wypowiedź respondentki: *Przy porodzie użyto kleszczy, nie dano mi czasu na odpowiednie parcie. Cóрка urodziła się ze złamanym obojczykiem* – respondentka 32 CL.

Rozdział V

Niewystarczająca opieka okołoporodowa – możliwe zagrożenia i konsekwencje

Przyjęcie nowej roli społecznej bywa niekiedy dla jednostki trudnym doświadczeniem, na które wpływ mają takie czynniki, jak poczucie wyobcowania wobec tejże roli, brak wsparcia najbliższych bądź wewnętrzna niezgoda na przymus jej przyjęcia. Ciąża oraz poród to wyjątkowe procesy, które zmieniają życie przyszłej matki zarówno pod względem fizycznym, psychicznym jak i społecznym. Obciążenie nową rolą może być więc problemem, z którym niezwykle trudno jest się kobietom zmierzyć.

W tradycyjnym polskim systemie wartości rola matki postrzegana jest jako ta najważniejsza: matka daje życie oraz kształtuje je poprzez codzienną opiekę nad bezbronnym, nowym istnieniem. Pełna poświęcenia miłość matki do dziecka jest czymś na tyle oczywistym w tej perspektywie, że nie ma tu miejsca na zrozumienie takich zachowań, jak odrzucenie, niechęć czy zmęczenie. Natomiast mogą się one pojawić jako swoisty przejaw czy też efekt wystąpienia takich okoliczności, jak brak emocjonalnego wsparcia, niedostateczna pomoc profesjonalna bądź zbyt duże obciążenie psychiczne i fizyczne. Podczas przyjmowania roli matki wiele czynników może negatywnie wpływając na to, w jaki sposób kobieta nawiąże relację ze swoim dzieckiem oraz jaką „wizję mamy” będzie realizować. To natomiast wpływa zazwyczaj na jej krytyczne postrzeganie samej siebie. W ten sposób tworzy się błędne koło niepewności, lęku i wycofania, którego konsekwencje mogą dotyczyć w różnym stopniu wiele osób.

Ponadto istotne znaczenie w opisywanym kontekście przypisuje się również doświadczeniom instytucjonalnym. Przebieg pomocy medycznej, a przede wszystkim jej jakość (głównie charakter interakcji, dbałość o autonomiczną i podmiotową jej naturę oraz poszanowanie godności kobiety), w istotny sposób kształtuje postawę kobiet wobec nowej roli. Dane empiryczne dowodzą jednak, że nawet prężny rozwój prywatnych placówek zdrowotnych i wzrost finansowania w tym sektorze nie zmieniają ogólnej krytycznej oceny dotyczącej funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Pejoratywną ocenę wystawiają jej zarówno pacjenci, jak i pracownicy medyczni¹.

1 E. Jakubek, *Wpływ standaryzacji świadczeń medycznych na jakość opieki zdrowotnej*, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań 2012, rozprawa doktorska, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/270944/index.pdf> (dostęp: 14.04.2019).

Raporty polskich (Rodzić po Ludzku) i chilijskich (OVO) fundacji pozarządowych zajmujących się tematyką opieki okołoporodowej wskazują na podobne problemy w obu krajach. Są to m.in.: wysoki odsetek cięć cesarskich, dokonywanie zbędnych ingerencji medycznych w trakcie przebiegu porodu, problemy z dostępem do znieczulenia zewnątrzoponowego czy nadużycia ze strony personelu medycznego. Bez wątpienia są to istotne kwestie, które mogą znacząco wpływać na jakość oferowanych usług, a w konsekwencji na opinię oraz poziom zadowolenia pacjentek.

Mimo oczywistych różnic wynikających z odmiennych rozwiązań instytucjonalnych i wzorców kulturowych (które – jak wynika z przedstawionych danych – nie są czynnikiem w determinujący sposób kształtującym opinie prezentowane przez badane z Polski i Chile) warto w tym miejscu raz jeszcze zaakcentować wagę znaczenia, jakie kobiety przypisują wyjątkowości stanu ciąży, przebiegu porodu i właściwie prowadzonej opieki okołoporodowej (zgodnej z ich potrzebami i oczekiwaniami). Negatywne konsekwencje wynikające z deficytów owej opieki są odczuwane tym boleśniej, że dotyczą wszystkich członków rodziny. Kobiety zaś często samotnie muszą mierzyć się z trudnościami o charakterze fizycznym, psychicznym i społecznym. Przedstawione w dalszej części skutki niewystarczającej lub niewłaściwej opieki okołoporodowej wynikają z sugestii badanych oraz szerokiego przeglądu literatury i dostępnych danych, a ich charakter często pozostaje uniwersalny. Niewłaściwa opieka okołoporodowa nie dotyczy tylko wymiaru instytucjonalnego i „zewnętrznego” względem ciężarnej – czasami to kobieta i jej najbliższe otoczenie dopuszczają się owych zaniedbań.

1. Zaniedbania prenatalne

Zaniedbywanie dziecka to inaczej niezaspokajanie jego podstawowych potrzeb, takich jak poczucie bezpieczeństwa, potrzeba jedzenia i picia czy zapewnienia odpowiedniego okrycia (chroniącego przed warunkami atmosferycznymi). To także brak właściwej reakcji na jego potrzeby emocjonalne, zdrowotne czy edukacyjne oraz brak poszanowania jego praw jako jednostki². Inaczej mówiąc, jest to szeroko rozumiane krzywdzenie dziecka poprzez pewne działania (lub ich deficyt). Podobnych krzywd można dopuścić się jeszcze przed jego narodzinami.

Termin „zaniedbania prenatalne” pojawił się stosunkowo niedawno w polskich publikacjach³. W zakres tego pojęcia wchodzi wszelkie działania (zamierzone lub

2 M. Kolankiewicz, *Zaniedbywanie dzieci*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka” 2012, nr 2 (39), s. 81–82.

3 D. Kornas-Biela, *Okres prenatalny*, [w:] J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 89.

nie), które podejmowane przez kobietę w ciąży wywołują stan zagrożenia zdrowia i/lub życia jej dziecka. Dotyczy to zarówno aspektu fizycznego, jak i psychicznego. Typowymi przykładami zaniedbań jest np. spożywanie alkoholu w trakcie ciąży, zaś konsekwencją tzw. płodowy zespół alkoholowy, albo przebywanie w pomieszczeniach zadymionych, gdy wiadomo, że dym tytoniowy wpływa na spowolnienie rozwoju dziecka i osiąganie przez nie gorszych wyników w nauce. Jako zaniedbania prenatalne wymienia się też zażywanie narkotyków, innych środków odurzających, nadużywanie leków⁴, niewłaściwe odżywianie się, nieprzestrzeganie zasad higieny wypoczynku, snu i pracy, a także duży stres, konflikty w rodzinie czy depresję⁵. Pojęcie to stosowane jest jako synonim angielskiego terminu *fetal abuse*. W angielskojęzycznym piśmiennictwie kwestia przemocy prenatalnej była podejmowana w latach 80. oraz 90. XX stulecia i wówczas to spopularyzowano określenia: *prenatal abuse*, *fetus/fetal maltreatment* (dosł. maltretowanie płodu). Przegląd literatury pozwala na stwierdzenie, że zagadnienia te najczęściej pojawiały się w artykułach o profilu medycznym (pediatria), edukacyjnym oraz profilaktycznym (edukacja zdrowotna) i dotyczącym przemocy⁶.

Przemoc jest rodzajem krzywdy, która może być czyniona dziecku przez matkę, ale także i ojca bądź inne jednostki z otoczenia znęcające się nad ciężarną przez praktyki o wymiarze agresji fizycznej, słownej czy psychicznej, na skutek czego kobieta, a jednocześnie dziecko, może doznać deformacji ciała, doświadczać niedożywienia czy silnego stresu. Przemoc prenatalna może mieć charakter aktywny, gdy podjęte są praktyki przeciwko dziecku (niezależnie od celowości tych czynów), jak i charakter pasywny. Ten ostatni związany jest z zaniechaniem podjęcia reakcji przez rodziców, jak również inne osoby, za pośrednictwem których działania podejmowane na szkodę dziecka mogłyby być powstrzymane. Przemoc może być podejmowana intencjonalnie, np. aby spowodować poronienie czy doprowadzić do zgonu dziecka. Może być też świadoma, lecz nieintencjonalna, gdy np. kobieta, wiedząc, że spożywanie używek (typu: alkohol, tytoń, narkotyki) osłabia i wycieńcza organizm dziecka, nie potrafi jednak z nich zrezygnować. Jednocześnie nie zamierza i nie chce celowo zaszkodzić nienarodzonemu jeszcze dziecku. Wówczas często zachodzi zjawisko dysonansu poznawczego – kobieta racjonalizuje własne zachowanie, zaprzecza wiedzy o negatywnych skutkach oraz podtrzymuje w sobie nadzieję, że jej dziecku się one nie przydarzą.

Zaniedbania dotyczące braku zaspokojenia potrzeb nienarodzonego dziecka, mogą wynikać z różnych czynników, w tym z braku wiedzy oraz kompetencji opiekuńczo-wychowawczej ojca i matki, ich całkowitego lub częściowego niewdrożenia

4 W. Pudętko, *Zaniedbanie prenatalne jako przyczyna zaburzeń rozwojowych u dzieci*, [w:] U. Szuścik, J. Skibska, E. Kochanowska (red.), *Profilaktyka, diagnoza i terapia w teorii i praktyce edukacyjnej*, Wydawnictwo LIBRON – Filip Lohner, Kraków 2014, s. 167–171.

5 M. Kolankiewicz, *op. cit.*, s. 84.

6 *Ibidem*.

do rodzicielstwa, niewydolności intelektualnej, braku zaradności życiowej, niedojrzałej osobowości czy trudnych sytuacji doznanych w życiu. W podobnych okolicznościach dopiero strata dziecka (np. przez poronienie, śmierć wewnątrzmaciczną) bądź urodzenie dziecka z wadą rozwojową lub chorobą wrodzoną skutkuje poszukiwaniem przyczyn zaistnienia danego stanu. Jednak ustalenie bezpośredniego związku przyczynowo-skutkowego w takich przypadkach jest zwykle złożone i niejednoznaczne. Niepokojącym i niezwykle ważnym problemem, którego predykatorem jest przemoc prenatalna, jest kontynuowanie jej przez opiekunów wobec już narodzonego dziecka – a zatem stosowanie przemocy postnatalnej⁷.

W tym miejscu warto również krótko scharakteryzować pewien rodzaj zaniedbania, którym jest zaniedbanie medyczne (inaczej lecznicze). Wyraża się ono w braku troski rodzicielki o stan własnego zdrowia i o stan zdrowia podopiecznego, czyli nadużywanie leków oraz stosowanie ich bez polecenia lekarza. Wiąże się to ze zmedykalizowanym podejściem do ciąży i porodu, skutkując narażaniem dziecka na działania różnych mechanizmów medycznych⁸. Istnieje również podejście całkowicie odwrotne, tj. zaniedbania podczas opieki prenatalnej czy zaniedbania związane z korzystaniem z opieki medycznej podczas ciąży oraz porodu. Przyszła matka odmawia wówczas przyjmowania niezbędnych leków, nieregularnie odbywa wizyty kontrolne, nie wykonuje rutynowych badań lekarskich pozwalających monitorować przebieg ciąży, nie leczy własnych chorób, które mogą zagrażać dziecku, a także decyduje się na poród w domu, lecz bez zapewnienia właściwych warunków oraz obecności położnej⁹.

Jeśli chodzi o dane statystyczne dotyczące opisanych rodzajów zaniedbań, to należy jednoznacznie stwierdzić, że nie ma wiarygodnych źródeł, dzięki którym można by dokonać wyczerpujących w tym względzie analiz. Badania prowadzone w minionych latach nad zjawiskiem opieki okołoporodowej, z jakiej korzystają kobiety w Polsce w okresie ciąży, pokazują, że najczęściej poczęcie dziecka jest stwierdzane przez ginekologa w 5.–6. tygodniu (31%) i w 7.–8. tygodniu (27%). Z kolei niemal połowa kobiet nie korzysta z tego typu opieki w inicjalnym trymestrze ciąży, a stosunkowo duża grupa zgłasza się do specjalisty dopiero w drugiej połowie ciąży. Wczesna zgłaszalność ciąży (tj. w inicjalnym trymestrze) jest nieco większa w miejskim środowisku (58, 6%) aniżeli wiejskim (46%). Niepokojące jest jednak to, że na przestrzeni minionych kilkunastu lat statystyki te nie uległy zmianie¹⁰.

7 *Ibidem*, s. 97.

8 Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, *Raport Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat, Polska 2016*, Warszawa 2017, s. 116, http://www.un.org.org.pl/dokumenty/raport_unfpa.pdf (dostęp: 10.05.2019).

9 W. Wójcik, *Zaniedbanie prenatalne: wyzwanie dla edukacji zdrowotnej od chwili poczęcia*, „Chowanna” 2008, nr 2, s. 100.

10 GUS, *Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży*, Warszawa 2015, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015-roku,1,6.html> (dostęp: 25.04.2019).

Z danych wynika też, że niemal 50% ciężarnych jest pozbawiona wsparcia i opieki medycznej w okresie organogenezy dziecka, a zatem w czasie jego maksymalnej podatności na teratogeny. Przez brak profesjonalnych konsultacji medycznych kobieta naraża zarówno los ciąży, jak i zdrowie oraz życie dziecka (co może przejawiać się w wadach strukturalnych – chorobach wrodzonych). Wyniki analiz wskazują również, że podejmowanie w ciąży praktyk ryzykownych wynika nie z braku wiedzy przyszłych matek co do szkodliwości spożywania alkoholu, palenia papierosów bądź używania narkotyków, a z opóźnionego zgłaszania się do lekarza oraz potwierdzenia ciąży (po pierwszym bądź drugim trymestrze). Duża liczba kobiet nie jest świadoma tego, jakie znaczenie ma dla przebiegu ciąży jak najwcześniejsze objęcie wsparciem medycznym poczętego życia oraz kontrola stanu zdrowia kobiet w czasie okołokoncepcyjnym. Wyniki wspomnianych badań są tak niepokojące, że znajdują odwołanie w dokumentach, takich jak np. Karta Praw Kobiety Rodzącej, gdzie można przeczytać:

[...] z opinii specjalistów, towarzystw naukowych, jak i z medialnych doniesień wynika, że w minionych latach osłabieniu uległa dostępność kobiet ciężarnych oraz rodzących i noworodków dostosowanej do potrzeb opieki profilaktyczno-leczniczej¹¹.

Jednym z mechanizmów mających zachęcić do korzystania z konsultacji lekarskich podczas ciąży jest obowiązująca w Polsce jednorazowa zapomoga przysługująca kobietom pozostającym pod opieką medyczną nie później niż od 10 tygodnia ciąży aż do dnia porodu¹².

Swoistym typem przemocy prenatalnej jest również bagatelizowanie możliwości odczuwania bólu przez dziecko w łonie matki podczas wykonywania niektórych lekarskich interwencji w okresie przed- oraz okołoporodowym. Dziecko w trakcie zabiegów medycznych może zachowywać się w taki sposób, jakby odczuwało ból, gdyż reakcje fizjologiczne są zbliżone do tych, które są typowe dla tych odczuwanych w przypadku bólu (np. kulenie się, kopanie, przyspieszenie akcji serca)¹³. W związku z tym w edukacji personelu medycznego zwraca się uwagę na propagowanie użycia substancji znieczulających ból dziecka podczas zabiegów powiązanych z diagnozą bądź terapią prenatalną i w okresie perinatalnym. Dodatkowo niektórzy zwracają uwagę na to, że dziecko może doznać przemocy na skutek zastosowanych względem matki podczas porodu środków farmakologicznych, które nie są przeznaczone dla dziecka, lecz do niego docierają. Dlatego też podkreśla się konieczność zachowania większej ostrożności we wdrażaniu

11 <https://www.rpo.gov.pl/pliki/12282221170.pdf> (dostęp: 15.05.2019).

12 <https://www.gov.pl/web/rodzina/jednorazowa-zapomoga-z-tytulu-urodzenia-sie-dziecka> (dostęp: 22.04.2019).

13 K. Kosińska-Kaczyńska, M. Wielgoś., *Czy płód może odczuwać ból*, „Ginekologia Polska” 2011, nr 82, s. 134–135.

analgezji w czasie okołoporodowym, co oznacza potrzebę promocji (w kontekście edukacji przedporodowej rodziców) rozumnego podejścia do zasadnych ofert znieczulania porodu¹⁴.

2. *Baby blues* a depresja ciężarnych i depresja poporodowa

Baby blues, czyli smutek poporodowy czy przygnębienie poporodowe, to różne nazwy dość powszechnego stanu, przypadającego na pierwsze 2–4 tygodnie po porodzie, a którego największa intensywność odczuwana jest po pierwszych 5–6 dniach. Do objawów *baby bluesa* zalicza się przede wszystkim nerwowość, napięcie, zmęczenie oraz zmienność nastrojów, które nie wymagają podejmowania kroków farmakologicznych. Zazwyczaj stan ten ustępuje, jest to jednak możliwe dzięki emocjonalnemu wsparciu bliskich oraz ich pomocy przy obowiązkach w opiece nad noworodkiem¹⁵. Powrót do stanu równowagi trwa wówczas maksymalnie trzy miesiące od momentu porodu¹⁶. W przypadku braku wsparcia ze strony rodziny (lub przy wsparciu niewystarczającym) istotna może okazać się również pomoc profesjonalistów, tj. lekarza lub położnej. Wskazuje się, że smutek poporodowy dopada od ok. 40% do nawet ok. 80% kobiet¹⁷, i chociaż jego objawy nie zawsze są zintensyfikowane i często ustępuje samoistnie, to lekceważony *baby blues* może doprowadzić do depresji poporodowej i mieć poważne konsekwencje dla matki oraz dziecka, zwłaszcza w sytuacji, gdy rodzina w negatywnym ujęciu podkreśla stan kobiety i krytykuje jej zachowanie.

Ciąża i poród to ważne wydarzenie nie tylko pod względem wielu przemian biologicznych i fizycznych zachodzących w ciele kobiety. To także powiązane z nimi przemiany w sferze psychicznej, w tym związane z osvajaniem się z nową rolą – rolą matki. Kobieta przestaje odpowiadać tylko za siebie – od chwili poczęcia przyjmuje na siebie również odpowiedzialność za dziecko¹⁸, a jej decyzje mają na nie bezpośredni wpływ (np. przez sposób odżywiania się i tryb życia w trakcie ciąży).

14 *Ibidem*, s. 135.

15 J. Krzyżanowska-Zbucka, *Okołoporodowe zaburzenia psychiczne a krzywdzenie dzieci*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka” 2010, nr 3 (32), s. 45.

16 K. Kossakowska-Petrycka, K. Wałęcka-Matyja, *Depresyjne zaburzenia nastroju u kobiet po narodzinach dziecka*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica” 2007, nr 11, s. 48.

17 M. Golec, A. Rajewska-Rager, K. Latos, A. Kosmała, A. Hirschfeld, M. Molińska-Glura, *Ocena zaburzeń nastroju u pacjentek po porodzie oraz czynników predysponujących do występowania tych zaburzeń*, „Psychiatria” 2016, t. 13, nr 1, s. 2.

18 M. Sosnowska, *Doświadczenia z warsztatu o depresji okołoporodowej – zmiana tożsamości kobiety po porodzie i odkrywanie nowego „ja”*, „Psychiatria” 2019, t. 16, nr 3, s. 141–144.

W różnych kręgach kulturowych depresja (w tym depresja okołoporodowa) przestaje być niewidzialna. Dzieje się to jednak powoli i nie w każdej społeczności, dużo zależy bowiem od wykładni aksjonormatywnej (wartości i norm obowiązujących w danej kulturze), poziomu rozwoju edukacji i wiedzy (także od świadomości jednostek) oraz od poziomu rozwoju gospodarczego, politycznego i technologicznego. Oznacza to, że stygmatyzacja depresji wciąż występuje w wielu środowiskach, przez co choroba ta utożsamiana jest nawet z pewnego rodzaju fanaberią. Tymczasem Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs oraz Anaya przeprowadzili analizę danych z 56 krajów¹⁹, z której wynika, że na depresję poporodową cierpi średnio 17,7% kobiet z państw objętych badaniem, zaś najwyższy wskaźnik (37,7%) dotyczył Chile²⁰. Według innych badań szacuje się, że w Polsce na depresję poporodową choruje około 10–25% kobiet²¹.

Powołując się na powyższe dane, można zaryzykować stwierdzenie, że u co piątej kobiety po urodzeniu dziecka diagnozuje się chorobę, której najczęstsze objawy to: drażliwość, zmęczenie, bezsenność, a także niepokój czy poczucie winy. Zazwyczaj wiąże się to niskim poczuciem własnej wartości, z negatywnym ocenianiem siebie jako matki i krzywdzącymi, przerastającymi często możliwości oczekiwaniami nakładanymi na samą siebie w ramach wypełniania tejże funkcji społecznej²². Niektóre spośród objawów charakterystycznych dla epizodu depresji, takie jak np. zaburzenia snu czy spadek libido, są także naturalnie występującymi objawami po porodzie, kiedy kobieta jest obolała, zmęczona i często wstaje do karmienia dziecka. Z tego powodu za główny wyznacznik i symptom depresji uznaje się niepokojący charakter relacji między matką a noworodkiem²³. Lęk przed popełnieniem błędu podczas opiekowania się dzieckiem przyczynia się tym samym do wycofania i niechętnego wykonywania czynności pielęgnacyjnych. Brak lub zmniejszenie kontaktu wzrokowego oraz dotykowego z noworodkiem znacznie utrudnia proces kształtowania się więzi²⁴, nie pozostaje to także bez znaczenia w oczach partnera i rodziny, którzy często mają pewne wyobrażenie przekształcone w oczekiwania wobec matki dziecka. Obawa przed krytyką czy surową oceną najbliższych w kwestii sprawdzania się kobiety w roli matki może wpłynąć

19 Wśród badanych krajów znalazły się np. Finlandia, Hiszpania, Singapur, Malezja, Izrael, Francja, Turcja. W badaniu nie analizowano danych z Polski.

20 J. Hahn-Holbrook, T. Cornwell-Hinrichs, I. Anaya, *Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 291 Studies from 56 Countries*, „Frontiers in Psychiatry” 2018, nr 8, s. 248.

21 K. Maliszewska, K. Preis, *Terapia depresji poporodowej – aktualny stan wiedzy*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 2014, nr 44, s. 105.

22 M. Chrzan-Dętkoś, L. Kalita, *Rola wczesnej interwencji psychologicznej w profilaktyce i terapii depresji poporodowej*, „Psychoterapia” 2019, nr 1 (188), s. 48.

23 A. Matus, J. Szyluk, B. Galińska-Skok, B. Konarzewska, *Występowanie depresji poporodowej a jakość relacji w związku*, „Psychiatria Polska” 2016, t. 50, nr 6, s. 1136.

24 M. Golec, A. Rajewska-Rager, K. Latos, A. Kosmala, A. Hirschfeld, M. Molińska-Glura, *op. cit.*, s. 2.

na podjęcie przez nią decyzji o ukrywaniu swojego zmęczenia czy odczuwanego lęku. Udając, że świetnie sobie radzi, pozbawia samą siebie wsparcia i pomocy, których potrzebuje. Tym samym ryzyko pogorszenia samopoczucia i wystąpienia depresji poporodowej staje się wyższe i bardziej realne²⁵.

Depresja poporodowa, jak nazwa wskazuje, pojawia się po przyjściu na świat nowej istoty, nie należy jednak zapominać, że stres i niepokój związany z przyjęciem roli matki pojawić się mogą także w trakcie ciąży. Poważne objawy depresji poporodowej mogą więc być wynikiem zachorowania jeszcze przed porodem, a w niektórych przypadkach nawet przed ciążą²⁶. W tej sytuacji moment porodu staje się jedynie bodźcem do pogłębienia złego stanu psychicznego kobiety. W badaniu przeprowadzonym w województwach lubelskim oraz mazowieckim w latach 2011–2012 aż 29,9% badanych kobiet wykazywało objawy lękowe w trzecim trymestrze ciąży, a niewiele mniej (27,4%) odczuwało je już w trakcie pierwszego trymestru. Rzadziej wskazywano na objawy depresyjne (15,3% w pierwszym trymestrze, 14% w trzecim), wciąż jednak oznacza to, że co siódma badana w trakcie swojej ciąży przeżywała objawy charakteryzujące stan depresyjny²⁷. To z kolei może mieć bezpośrednie przełożenie na zdrowie jeszcze nienarodzonego dziecka – wiele badań wskazuje na destrukcyjny wpływ odczuwanego przez kobietę w ciąży niepokoju i lęku. Istnieje wówczas większe prawdopodobieństwo, że u dziecka w przyszłości wystąpią takie problemy, jak zaburzenia emocjonalne czy też zaburzenia w rozwoju poznawczym²⁸.

Wskazuje się, że depresyjność matki niesie negatywne konsekwencje dla dziecka na różnych etapach jego rozwoju – u noworodków wyraża się głównie większą drażliwością i wyższym poziomem hormonów stresu, zaburzeniami snu oraz mniejszą aktywnością, natomiast u niemowląt i małych dzieci jest to przede wszystkim inny sposób podejmowania interakcji (tzw. depresyjny) oraz opóźnienie w rozwoju motorycznym. Wraz z wiekiem dziecka możliwy jest wzrost jego depresyjności, a także na niskim poziomie utrzymać się może jego poziom empatii, co zazwyczaj ma przełożenie na inicjowanie zachowań agresywnych²⁹.

25 K. Maliszewska., M. Świątkowska-Freund, M. Bidzan, K. Preis, *Ryzyko depresji poporodowej a cechy osobowości i wsparcie społeczne. Polskie przesiewowe badanie obserwacyjne matek 4 tygodnie i 3 miesiące po porodzie*, „Psychiatria Polska” 2017, t. 51, nr 5, s. 895–896.

26 J. Samochowiec, J. Rybakowski, P. Gałecki, A. Szulc, J. Rymaszewska, W.J. Cubała, D. Dudek, *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dotyczące leczenia zaburzeń afektywnych u kobiet w wieku rozrodczym. Część I: Leczenie depresji*, „Psychiatria Polska” 2019, t. 53, nr 2, s. 246–247.

27 J. Moryłowska-Topolska, M. Makara-Studzińska, J. Kotarski, *Wpływ wybranych zmiennych socjodemograficznych i medycznych na nasilenie objawów lękowych i depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży*, „Psychiatria Polska” 2014, t. 48, nr 1, s. 174–181.

28 G. Gebuza, M. Kaźmierczak, M. Gierszewska, E. Mieczkowska, M. Banaszkiewicz, A. Wróbel-Bania, *Lęk przed porodem w III trymestrze ciąży i jego powiązania ze stanem noworodka*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2015, t. 21, nr 1, s. 39–40.

29 K. Kossakowska, *Depresja poporodowa matki i jej konsekwencje dla dziecka i rodziny*, „Życie i Płodność. Ujęcie Interdyscyplinarne” 2019, nr 39, s. 140–142.

3. Leczyć czy nie leczyć?

Niekiedy przemęczona kobieta potrzebuje emocjonalnego wsparcia i większego zaangażowania partnera lub innych członków rodziny, a jej stan ulega wówczas stopniowemu polepszeniu – tak działałoby się na przykład w przypadku wystąpienia *baby bluesa* i w łagodnych przypadkach depresji poporodowej. Gdy jednak potrzeby te przekraczają możliwości rodziny lub kobieta nie ma nikogo bliskiego, kto mógłby ją wesprzeć, odpowiedzialność przesuwają na profesjonalistów, zajmujących się opieką okołoporodową w ramach wypełniania obowiązków wpisanych w rolę zawodowe. I tutaj pojawia się jednak pewna wątpliwość – nie zawsze poświęcenie uwagi czy dokładne i spokojne wyjaśnienie określonych wątpliwości wystarcza, by kobieta pokonała swoje lęki czy niechęć. Czasem potrzebna jest pomoc profesjonalisty z zakresu zdrowia psychicznego, np. konsultacje z psychologiem czy psychoterapeutą. Zdarza się również, że do procesu zdrowienia należy włączyć leczenie farmakologiczne, jednak jego zastosowanie nie jest takie oczywiste z powodu możliwych konsekwencji, np. dla dziecka w wewnątrzłonowej fazie jego życia, kiedy i ono przyjmuje leki brane przez matkę i żywi się pokarmem pochodzącym od niej.

Wpływ leków przyjmowanych przez matkę na dziecko pozostaje wciąż w sferze domysłów. Wynika to z pewnych kwestii etycznych, które uniemożliwiają przeprowadzenie dokładnych i pogłębionych badań. Lekarze niechętnie więc wskazują na tę formę leczenia, obawiając się konsekwencji dla rozwoju dziecka. Leki przeciwdepresyjne stosowane w psychofarmakoterapii to leki psychotropowe, mające różne skutki uboczne dla osoby je przyjmującej, takie jak np. problemy ze snem czy apetytem. W trakcie ciąży przyjmuje je jednak nie tylko kobieta, leki te przenikają bowiem przez łożysko. Na możliwe wystąpienie negatywnych skutków wskazują badania retrospektywne oraz analiza rejestrów medycznych. Zgodnie z wynikami przeprowadzonych w USA badań stosowanie leków z grupy SSRI (tj. selektywne inhibitory wychwyty serotoniny – leki przeciwdepresyjne) przez kobietę będącą w trzecim trymestrze ciąży może mieć wpływ na przedwczesny poród, niewydolność oddechową czy zaburzenia metaboliczne. Dane te potwierdzają wnioski z analizy rejestrów z lat 1998–2001 w Kolumbii Brytyjskiej w Kanadzie³⁰. Jednak i w tym względzie środowisko naukowe nie wypracowało jednoznacznych stanowisk i wniosków, gdyż publikowane są i takie wyniki analiz, które stoją w kontrze do tych podanych wcześniej i wskazują, że niepożądane efekty

30 Z. Misztal, M. Pawlicka, A. Mroczek, K. Bałabuszek, K. Kasprzak, M. Koziarska-Rościszewska, *Wpływ stosowanych antydepresantów podczas ciąży na rozwój płodu i noworodka*, [w:] J. Bednarski, M. Bajda (red.), *Nauki Przyrodnicze i Medyczne: Najnowsze doniesienia dotyczące nauk medycznych i biotechnologicznych*, Instytut Promocji Kultury i Nauki Dr Jerzy Bednarski, Lublin 2018, s. 12–13.

oddziaływania leków z grupy SSRI na noworodki są krótkotrwałe i łagodne (takie jak drażliwość czy problem ze snem), a pod względem działań medycznych wymagają jedynie obserwacji³¹.

W tracie ciąży (oraz podczas karmienia dziecka) zaleca się więc niefarmakologiczne leczenie depresji, co oznacza przede wszystkim podjęcie terapii u psychoterapeuty – wskazuje się tu głównie na psychoterapię poznawczo-behawioralną lub interpersonalną³². Jednak w sytuacji, gdy objawy depresji są nasilone, a jej przebieg nie jest łagodny, stosuje się także odpowiednie leki. Środkiem zaradczym dla kobiet karmiących może być zmniejszenie dawek leków i przyjmowanie ich w odpowiednich porach, np. tuż po karmieniu, w celu uniknięcia przedostania się niepożądanych substancji do pokarmu, którym żywi się dziecko³³. Należy jednak zachować ostrożność i nie dokonywać żadnych zmian w dawkowaniu tego typu leków we własnym zakresie. Kobieta powinna być pod opieką lekarza, który oceniając jej stan na podstawie swojej wiedzy oraz odpowiednich badań, będzie mógł wydać adekwatną do nich decyzję (wskazując m.in. uzasadnienie ich zastosowania lub istotne przeciwwskazania).

Podczas wizyty lekarz powinien przedstawić zarówno argumenty za stosowaniem danych leków przeciwdepresyjnych, jak i ich możliwe działanie niepożądane³⁴. Daje to kobiecie w ciąży (lub karmiącej niemowlę) wiedzę o procesie leczenia oraz możliwość obserwacji samej siebie i dziecka pod kątem występowania skutków ubocznych.

Jednocześnie nie należy lekceważyć stanu zdrowia psychicznego kobiety cierpiącej na depresję tzw. okołoporodową, niezależnie, czy dotyczy to ciąży, czy okresu po porodzie. Nieleczona depresja, zwłaszcza ta określana jako ciężka, prowadzić może do przedwczesnego porodu oraz do szeregu komplikacji u dziecka. Wśród nich znajdują się np.: rozdrażnienie, zaburzenia emocjonalne, niepokój czy późniejsze problemy z koncentracją i uczeniem się³⁵.

31 K. Maliszewska, K. Preis, *op. cit.*, s. 108–109.

32 *Ibidem*, s. 106.

33 Z. Wojdyła, D. Żurawicka, I. Łuczak, M. Zimnowoda, *Zaburzenia zdrowia psychicznego u kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu*, [w:] D. Żurawicka, I. Łuczak, M. Wojtał, J. Siekierka (red.), *Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny*, t. 7, s. 201–203.

34 J. Samochowiec, J. Rybakowski, P. Gatecki, A. Szulc, J. Rymaszewska, W.J. Cabała, D. Dudek, *op. cit.*, s. 249–250.

35 *Ibidem*, s. 258–259.

Zakończenie

Opieka okołoporodowa to niezwykle istotny element patronatu zdrowotnego nad kobietą i ważny aspekt procesu wpływającego na kształtowanie zdrowego społeczeństwa. Niewłaściwie sprawowana prowadzi do szeregu zagrożeń i negatywnych konsekwencji wpływających na jakość życia jednostek, rodzin i szerszych kręgów społecznych, dlatego tak istotne jest poddawanie pod rozagę elementów, które ją kształtują. I choć metodologiczne uzasadnienia nie pozwalają na to, aby zaprezentowane przez nas wyniki analizy badania kwestionariuszowego uogólniać, to wydaje się, że problemy w nich wyodrębnione mają jednak charakter powszechny. Narracja i zakres wskazanych obszarów analizy miały na celu także egemplifikację problemów występujących w przebiegu polskiej i chilijskiej opieki okołoporodowej oraz zasygnalizowanie potrzeby podejmowania tej tematyki na gruncie zdecydowanie szerszym niż nauki medycznej, w tym w obszarze socjologii. Rekomendacją ze strony autorek jest przede wszystkim konieczność prowadzenia społecznych i medycznych kampanii promocyjnych skupionych na praktyce okołoporodowej i profilaktyce macierzyństwa oraz wykonanie szerzej zakrojonych badań społecznych (przede wszystkim pod względem liczebności próby) dotyczących doświadczeń związanych z instytucjonalną opieką okołoporodową, świadczoną na etapie ciąży, porodu oraz połogu.

Powyższa rekomendacja wydaje się zasadna, szczególnie w świetle przywołanych argumentów i wyników analizy. Opisane w rozdziale piątym konsekwencje niewłaściwej opieki okołoporodowej bezpośrednio wpływają przede wszystkim na dwa podmioty – matkę, przyjmującą nową i wymagającą rolę społeczną, oraz dziecko, które w wyniku deficytów opieki nie otrzymuje tego, czego potrzebuje do prawidłowego rozwoju. Pośrednio wpływają również na funkcjonowanie kobiety w środowisku rodzinnym oraz w szerszych kręgach i grupach społecznych, a także w społeczeństwie jako całości. W sytuacji, gdy wiele czynników związanych z brakiem wsparcia i opieki nakłada się lub gdy jednostka jest wysoko wrażliwa i reaktywna, może pojawić się też bezpośrednie zagrożenie życia jej i dziecka. W konsekwencji znacznego obniżenia swojej samooceny, poczucia niesprawdzenia się w roli matki i braku wsparcia emocjonalnego ze strony bliskich (również

w opiece nad noworodkiem), u niektórych kobiet mogą wystąpić myśli samobójcze. Myśli te mogą natomiast przerodzić się w realne zagrożenie życia i zdrowia, tj. próbę samobójczą lub samobójstwo zakończone zgonem¹.

Jednak nie tylko tak dramatyczne sytuacje jak samobójcza śmierć matki wywierają ogromny wpływ na dziecko. Doświadczenie poczucia odrzucenia czy bycia niechcianym, koegzystencja i przebywanie z matką chorującą na depresję poporodową, która nieleczone przeradza się w depresję, nadają nowo urodzonej istocie duży bagaż obciążeń emocjonalnych, które następnie przejawiają się w jej nieprawidłowym funkcjonowaniu w świecie społecznym, opartym na życiu w społeczeństwie, wśród ludzi i z ludźmi. Te początkowe trudności w oswojeniu się ze światem i w budowaniu relacji z matką mogą przeobrazić się w złożone problemy, takie jak zaburzenia emocjonalne i poznawcze.

Te graniczne doświadczenia z pewnością są konsekwencją często multiplikujących się czynników, jednak jednym z tych najbardziej strategicznych wydaje się przebieg ciąży i porodu. Warto dokonywać zatem analiz wszystkich wymiarów egzystencji kobiet ciężarnych i wdrażać adekwatne wsparcie i pomoc, aby minimalizować prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych efektów ich braku. Analiza jakości opieki okołoporodowej należy do jednego z tych wymiarów, które które powinny być permanentnie monitorowane i w ramach których jak najszybciej powinno się wdrażać mechanizmy i narzędzia zaradcze. Jak wykazują choćby wyniki prezentowanego badania, doświadczenia z momentu porodu i czasu tuż po nim mają (w opinii badanych) większy wpływ na ostateczną ocenę opieki okołoporodowej niż obiektywne doświadczenia z całego okresu ciąży. Badane podkreślały, że niezwykle ważna jest pomoc kobiecie w tym czasie, który nacechowany jest brakiem pewności co do tego, czy przebiegnie zgodnie z ich oczekiwaniami i czy dziecko urodzi się zdrowe. Wskazywały one na obciążenia psychiczne oraz fizycznie. Jednocześnie w ramach przeprowadzonego badania okazało się, że badane kobiety mają poczucie niewystarczającego zainteresowania lekarza ich stanem emocjonalnym. I chociaż wydawać by się mogło, że Polska i Chile to kraje, które więcej różni, niż łączy – odmienne strefy klimatyczne, języki, kultury, sytuacje polityczne – to kobiety z obu tych państw spotykały się z podobnymi trudnościami w trakcie ciąży i porodu. Są to trudności zarówno na poziomie samego systemu opieki zdrowotnej, jak i te na poziomie relacji i komunikacji z lekarzem czy podejścia przedstawicieli służby zdrowia do ciężarnych. Co więcej, ankietowane z obu tych państw w większości podzielają i prezentują podobne sugestie dotyczące zmian, jakich życzyłyby sobie w kwestii opieki okołoporodowej. Zasadnicza krytyka dotyczyła raczej tzw. czynnika ludzkiego, rzadziej wyposażenia placówek czy udogodnienia sal poporodowych. Potwierdza to przypuszczenie, że niezależnie od wielu uwarunkowań systemowych, organizacyjnych i finansowych – czyli

1 K. Kossakowska, *Objawy depresji poporodowej a poczucie skuteczności w karmieniu piersią*, „Pediatria Polska” 2018, nr 93 (2), s. 108.

„zewnętrznych” wobec pacjentek, które mogą być bardziej lub mniej sprzyjające, nadrzędną rolę w opiece nad kobietą ciężarną i rodzącą odgrywa humanistyczne podejście i podmiotowe jej traktowanie. Odpowiednie traktowanie kobiety, stworzenie właściwej relacji opartej na zaufaniu i szacunku w tym pięknym, ale i trudnym dla niej czasie, może okazać się wystarczającym elementem, który przesądzi o jej pozytywnych doświadczeniach. To natomiast przekłada się bezpośrednio na opisywane w niniejszej monografii zdrowie prokreacyjne.

W kontekście rozważań teoretycznych, w które można wpisać doświadczenia ciężarnych w ramach opieki okołoporodowej, relacja powinna więc przybrać charakter partnerskiej, wzmocnionej empatyczną z poszanowaniem godności pacjentki postawy personelu medycznego, charakteryzującej się podmiotową naturą przebiegu inicjowanych interakcji. Jednak wypowiedzi badanych wskazują, że charakter przeżytych doświadczeń wpisuje się raczej w nurt określany mianem „antymedycznego”, a jego szczególną cechą jest to, że „[...] ujmując historie rozumu medycznego, jako powolny proces odejścia od Oświecenia (*Enlightenment*) do rozczarowania (*disenchantment*) i depotyizmu”². W teorii krytycznej medycyny w latach 60. i 70. poprzedniego wieku ukształtował się ruch kontestacji i krytyki systemu medycznego, potwierdzający słuszność owego stwierdzenia. Przedmiotem podejścia krytycznego wybitnych przedstawicieli tego nurtu (Ivan Illich, Rick J. Carlson, Vicente Navarro, John i Barbara Ehrenreich, Howard Waitzkin czy Elliot Krause³) było przede wszystkim wskazanie na rozwój koncepcji medycznej, rozwijającej się „bez względu na osobę”⁴, której immanentnym atrybutem była także tęsknota za humanistycznym, zindywidualizowanym podejściem do pacjenta⁵. Może to świadczyć o niezwyklej potrzebie wyzwolenia jednostki spod wpływu władzy medycyny, rozszerzającej się na obszary działań i zjawiska, które jeszcze nie tak dawno nie były zaliczane w zakres tych wymagających interwencji medycznej (mowa tu o koncepcji medykalizacji). I choć ów biomedyczny model zaczyna być wypierany przez procesy demedykalizacji (nawiązujące do potrzeb pacjentów, związanych z podmiotowym traktowaniem), to jej zakres jest definiowany w dość intuicyjny sposób „[...] jako szereg zjawisk przeciwnych medykalizacji albo jej towarzyszących lub będących społeczną odpowiedzią na nadmierną medykalizację”⁶. Pewną alternatywą

2 T. Osborne, *On Anti-medicine and Clinical Reason*, [w:] C. Jones, R. Porter (red.), *Reassessing Foucault: Power, Medicine, and the Body*, Routledge, London–New York 1994, s. 29.

3 Zob. P.W.G. Wright, *The Radical Sociology of Medicine*, „Social Studies of Science” 1980, t. 10, nr 1; W. Piątkowski, M. Skrzypek, *To Tell the Truth. A Critical Trend in Medical Sociology – An Introduction to the Problems*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2013, t. 20, nr 3; T. Osborne, *op. cit.*, s. 28–47.

4 J. Domaradzki, *Medykalizacja a genetyzacja: ciągłość czy zmian?*, „Przegląd Socjologiczny” 2017, t. 66, nr 1, s. 9–31.

5 M. Arribas-Ayllon, *After Geneticization*, „Social Science and Medicine” 2016, nr 159.

6 M. Wójta-Kempa, *Samoleczenie: medykalizacja czy demedykalizacja? Granice władzy medycyny*, „Przegląd Socjologiczny” 2017, t. 66, nr 1, s. 85.

formą dla zmedykalizowanego porodu, w którym rodzące nie czują się traktowane podmiotowo, okazuje się możliwość skorzystania z usług położnych lub *douli*, których zakres działań opisano w rozdziale drugim. Autorki zgadzają się jednogłośnie, że usługi te powinny charakteryzować się większą dostępnością, ale i „widocznością”, gdyż niestety wciąż wiele kobiet nie jest informowanych, nie posiada wiedzy, że mogą z takich form pomocy skorzystać. Rozwiązaniem tych problemów mogłoby być systematyczne prowadzenie edukacji zdrowotnej uwzględniającej tematykę okołoporodową i wpisanych w nią informacji dotyczących dostępnych form uzyskania pomocy (opartych na dowodach naukowych) oraz związanych z nimi praw pacjentki.

Znamienne, że osobom pełniącym funkcje opiekuńcze, szczególnie w wymiarze zawodowym, przypisuje się posiadanie określonych atrybutów, które niezależnie od uwarunkowań systemowych, organizacyjnych czy finansowych determinują sposób niesienia pomocy. To człowiek i sposób, w jaki realizuje określone zadania, a nie fakt zainicjowania lub wdrożenia określonych narzędzi decyduje o realnym wsparciu doświadczanym przez osoby potrzebujące. W zakresie oceny opieki okołoporodowej schemat tego podejścia także znalazł potwierdzenie. Okazało się bowiem, że nawet na bieżąco wdrażane systemowe i ustawodawcze rozwiązania, takie jak np. uszczegółowianie zasad w ramach opieki nad pacjentkami w określonych stanach, np. wdrażanie zasad wynikających z opracowania standardów organizacyjnych opieki okołoporodowej czy inicjowanie bezpłatnych szkoleń „Bezpieczny Poród” realizowanych we współpracy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z Polskim Towarzystwem Ginekologów i Położników, nie wpłynęły na zmianę sytuacji Polek rodzących w szpitalach (w tym przypadku chociażby ze względu na ograniczony zasięg realizacji szkoleń).

Podejmowane działania prawne (np. przez wprowadzanie nowych ustaw) mają poprawić standardy opieki okołoporodowej, jednak brak zmian w jej jakości uwierzytelniają również badania zrealizowane przez Federację na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Wyniki opublikowane w „Raporcie z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet”⁷ potwierdzają, że kobiety wciąż doświadczają sytuacji niezgodnych z obowiązującymi przepisami, etycznymi zasadami i „humanistycznym podejściem” do człowieka. Poza działaniami w ramach funkcjonowania instytucji może warto byłoby więc częściej podejmować kampanie uważliwiające personel medyczny na potrzeby ciążnych i konieczność dbałości o podmiotowy do nich stosunek, a same pacjentki na posiadane przez nie prawa. Istnienie rozwiązań systemowych odpowiadających współczesnej wiedzy medycznej, wdrażanie standardów postępowania, określenie jasnych kryteriów oceny efektywności opieki zarówno ze strony pacjentek, jak i pracowników medycznych, powinno bowiem stanowić instytucjonalne filary dla aktywności osób wyposażonych w oczekiwane przez pacjentki atrybuty.

⁷ Badania zrealizowane zostały w oparciu o wypowiedzi 8 tys. kobiet, które urodziły w latach 2017–2018.

Być może jednym z rozwiązań są domy narodzin, czyli oddziały prowadzone przez położne dla kobiet w fizjologicznych ciążach, które pragną urodzić dziecko w warunkach zbliżonych do domowych, jednak pod nadzorem położnej⁸. Rozwiązanie to jednak nie rozstrzyga kwestii jakości opieki okołoporodowej w szpitalach.

Czy właściwym do naśladowania przykładem jest holenderski system opieki okołoporodowej, o którym mówi się, że jest jedyny w swoim rodzaju i niepowtarzalny w skali światowej? Na czym polega owa niepowtarzalność? Zapewnia on położnym niezwykle szeroki zakres decyzyjności i niezależności. Zasadnicze zmiany legislacyjne, organizacyjne i systemowe, umożliwiające im autonomiczne działania, zainicjowane zostały w latach 80., a efektem jest podniesienie jakości opieki okołoporodowej, systemowe wsparcie kobiet i realny wpływ na decyzje dotyczące porodu. W Holandii położne należą do grupy zawodów medycznych na równi z lekarzami rodzinnymi, dentystami, farmaceutami i położnikami; prowadzą często prywatne praktyki, zaś porody przyjmują w domach lub w instytucjach typu Centrum Narodzin; to one decydują, czy kobieta może urodzić poza szpitalem. Do szpitali kierowane są pacjentki, których stan zagraża ich życiu lub dziecka, co nie oznacza zaprzestania sprawowania opieki nad ciężarną. Położna często traktowana jest jak specjalista, partner w działaniach porodowych. W kontekście opisywanej opieki warto wspomnieć także o podejściu do bólu porodowego. Holenderski system opieki okołoporodowej promuje naturalną formę porodu (podanie środka przeciwbólowego możliwe jest jedynie w szpitalu przez lekarza), a zatem dodatkowe uwarunkowania i obostrzenie dotyczące procedur podawania środków przeciwbólowych, „naturalnie” wymuszają ograniczenia w tym zakresie (choć trend ten w wybranych kontekstach może wzbudzać kontrowersje). W Polsce porody odbywają się głównie w szpitalu, ich przebieg jest uwarunkowany stanem zdrowia rodzącej i jej indywidualnymi oczekiwaniami, bo część kobiet pragnie faktycznie przeżyć poród w całkowicie „naturalnym” wymiarze. Jednak biorąc pod uwagę chociażby wyniki przywoływanych tu badań, Polki oczekują wsparcia w uśmierzaniu bólu, a brak podania środków przeciwbólowych jest traktowany przez nie jako przejaw przemocy oraz jako łamanie prawa rodzącej kobiety do zmniejszenia dolegliwości bólowych podczas porodu.

To, co same holenderskie położne uważają za rodzaj wsparcia systemowego, my zaś za przejaw braku respektowania praw pacjentek, to brak zwyczaju składania skarg. Zasadę tę reguluje system legislacyjny i system ubezpieczeń uniemożliwiający otrzymanie rekompensaty finansowej osobom mającym zastrzeżenia do jakości uzyskanej pomocy medycznej. Kobieta niezadowolona z opieki lekarskiej lub położniczej może złożyć skargę, którą rozpatruje komitet składający się

8 Zob. J. Nawrot, A. Gniadek, A. Suder, *Women's Interest in Birth Centre Care – Is It Time to Make More Options Available?*, „Medical Studies/Studia Medyczne” 2019, t. 35, nr 2, s. 117–122.

z lekarzy i położnych. Po stwierdzeniu, że doszło do pomyłki lub błędu, lekarz lub położna otrzymują ostrzeżenie, zaś po trzech ostrzeżeniach może być wszczęte postępowanie sądowe. Ten rodzaj odpowiedzialności wspierany jest przez narodowy system ubezpieczeń oraz rozwiązania legislacyjne i społeczne dotyczące wsparcia dla rodziców dzieci niepełnosprawnych.

Jednak tym, co nie wzbudza kontrowersji i byłoby pożądane w polskim systemie opieki okołoporodowej, jest interdyscyplinarny charakter pomocy, jaką oferują holenderskie położne:

Holenderskie położne współpracują również z profesjonalnymi opiekunkami, pomocniczymi pielęgniarkami położniczymi, które pomagają położnym podczas porodu, a potem zostają z rodziną i jej pomagają. Prowadzą one codzienne obserwacje matki i dziecka, pomagają matce w karmieniu piersią i w pracach domowych⁹.

Doświadczenia związane z opieką okołoporodową nie pozostają bez znaczenia w kontekście przeżywania macierzyństwa, chociaż dotyczą zaledwie fragmentu tego etapu życia jednostki. Jest to jednak moment wejścia w nową rolę społeczną, a zazwyczaj te pierwsze chwile i wrażenia determinują przebieg późniejszych działań, odczuwanych emocji, budowy więzi i relacji. Dlatego ponownie pragniemy podkreślić potrzebę eksploracji tego obszaru i konieczność wdrażania określonych zmian, choć jeśli kobiety zasadnicze znaczenie przypisują jakości opieki lekarskiej i położniczej w wymiarze interpersonalnym i oczekują wyraźnych zmian w przebiegu interakcji, to główny nacisk mechanizmów „naprawczych” powinien być przesunięty z tych systemowych na kształtowanie odpowiednich postaw wobec podopiecznych. Ankietowane wyraźnie podkreślały, że nieprzyjemne doświadczenia mogą niekorzystnie przekładać się na samopoczucie kobiety i pośrednio przyczyniać się do *baby bluesa*, a nawet depresji poporodowej. W skrajnych przypadkach traumatyczne przeżycia mogą nawet zniechęcić kobiety do posiadania kolejnych dzieci. Są to poniekąd fundamentalne argumenty odpowiadające na pytanie, dlaczego należy dążyć do zagwarantowania jak najlepszej i w miarę możliwości spersonalizowanej opieki okołoporodowej każdej kobiecie.

Kształt systemu ochrony zdrowia jest wynikiem konkretnej polityki zdrowotnej, która determinuje formy i rodzaj finansowania, określa efektywność i cele tegoż systemu. W znaczącym stopniu wpływa również na długość i jakość życia jednostki, a także jej poczucie bezpieczeństwa w danym społeczeństwie, które przyjęło określony model ochrony zdrowia. Polityka zdrowotna często determinuje więc życie jednostki, ale i ogółu społeczeństwa. Prawidłowo działający system ochrony zdrowia gwarantuje poprawne funkcjonowanie placówek zdrowot-

9 <https://www.rodzicpoludku.pl/wokol-porodu/na-swiecie/686-sprawozdania-2005.html> (dostęp: 20.02.2020).

nych, a wobec tego także zadowalającą jakość oferowanych świadczeń – im lepsza będzie ogólna kondycja zdrowotna pacjenta, tym lepsza będzie kondycja całej populacji¹⁰.

Właściwa opieka okołoporodowa odnosi się do zdrowia rozumianego nie w kategoriach biologicznych, lecz zdrowia ujętego holistycznie. Kobieta, otrzymując odpowiednie, spójnie i harmonijnie zaplanowane i zorganizowane wsparcie, może podjąć rolę matki bez dodatkowych obciążeń i skupić swoją uwagę na relacji z dzieckiem, najbliższymi, a także na samej sobie – właśnie w tej nowej roli. Popęlnia również mniej błędów, które w destrukcyjny sposób mogłyby wpłynąć na funkcjonowanie nowonarodzonej jednostki w rodzinie, a następnie w społeczeństwie. Każdy noworodek powinien mieć szansę na stworzenie bliskiej relacji z dobrze czującą się matką, pozbawioną paraliżującego lęku czy znacznego obciążenia psychofizycznego. Z tego powodu konieczne jest nie tylko monitorowanie i wdrażanie na bieżąco rozwiązań systemowych i instytucjonalnych, które odpowiadałyby potrzebom ciężarnych, ale przede wszystkim uświadamianie personelowi medycznemu konsekwencji niewłaściwego przebiegu relacji interpersonalnych, akcentowanie znaczenia podejścia empatycznego, pełnego zrozumienia i szacunku dla autonomii kobiet.

10 V. Grynychutskyi, N. Machuga, *Zdrowotne, społeczne i ekonomiczne wymiary jakości usług zdrowotnych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach. Seria: Administracja i Zarządzanie” 2013, nr 97.

Bibliografia

- Abedi P., Jahanfar S., Namvar F., Lee J., *Breastfeeding or Nipple Stimulation for Reducing Postpartum Haemorrhage in the Third Stage of Labour*, „Cochrane Database of Systematic Reviews” 2016.
- Aramini M., *Bioetyka dla wszystkich*, Wydawnictwo eSPe, Kraków 2011.
- Aring D., *Sympathy and Empathy*, „Journal of American Medical Association” 1958, nr 4.
- Arribas-Ayllon M., *After Geneticization*, „Social Science and Medicine” 2016, nr 159.
- Atras A., Marczewski K., *Znaczenie świadomej zgody pacjenta na działania medyczne*, „Zdrowie Publiczne” 2004, nr 114.
- Balicki M., *Prawa pacjenta – wybrane zagadnienia*, [w:] *Szkoła praw człowieka. Teksty wykładów*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka w Polsce, Warszawa 2009.
- Baran W., Skręt-Magierło J., *Poglądy położnych na temat optymalnej drogi porodu*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2016, t. 3, nr 48.
- Baranowska B., Doroszevska A., *Porozumienie bez przemocy. Jak wykorzystać empatyczną komunikację na sali porodowej?*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2018, t. 16, nr 4.
- Beauchamp T., Childress J.F., *Zasady etyki medycznej*, Wydawnictwo Książka i Wiedza, Warszawa 1996.
- Berlin I., *Cztery eseje o wolności*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2000.
- Binfá L., Pantoja L., Ortiz J., Gurovich M., Cavada G., *Assessment of the Implementation of the Model of Integrated and Humanised Midwifery Health Services in Santiago, Chile*, „Midwifery” 2013, t. 29, nr 10.
- Boratyńska M., *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa 2012.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Prawa pacjenta*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2001.
- Borecka M., *Doula – osoba towarzysząca w porodzie*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2014, nr 12.
- Brzeziński T., *Etyka lekarska*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
- Bujny J., *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2007.
- Burgos B., *Políticas públicas en América Latina para la reducción de la mortalidad materna, 2009–2014*, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) 2015.

- Byk C., *Prawo do zdrowia jako prawo konstytucyjne*, „Państwo i Prawo” 2000, nr 9.
- Callahan D., *Why America Accepted Bioethics*, „Hastings Center Report” 1993, t. 23, nr 6.
- Cekański A., Łosik M., *Wykłady dla studentów położnictwa. Podręcznik dla studentów położnictwa*, Wydawnictwo Alfa-Medica Press, Bielsko-Biała 2011.
- Chołuj I., *Urodzić razem i naturalnie*, Fundacja Źródła Życia, Mszczonów 2013.
- Chrzan-Dętkoś M., Kalita L., *Rola wczesnej interwencji psychologicznej w profilaktyce i terapii depresji poporodowej*, „Psychoterapia” 2019, nr 1 (188).
- Chyrowicz B., *Argumentacja we współczesnych debatach bioetycznych*, [w:] W. Galewicz (red.), *Etyczne granice badań naukowych*, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2009.
- Czarnecki P., *Dylematy etyczne współczesności*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008.
- Dembicz K., *Transformacje demograficzne w Ameryce Łacińskiej a podstawy prokreacyjne i plany rodzinne latynoamerykańskiej młodzieży akademickiej*, „Studia i Materiały”, Warszawa 2014.
- Dobrowolska B., *Wprowadzenie do medycznej etyki troski*, Wydawnictwo Branta, Bydgoszcz 2010.
- Domaradzki J., *Medykalizacja a genetyzacja: ciągłość czy zmiana?*, „Przegląd Socjologiczny” 2017, t. 66, nr 1.
- Doroszewska A., *Opieka okołoporodowa w Polsce po transformacji ustrojowej – między medykalizacją a demedykalizacją?*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio I – Philosophia-Sociologia” 2016, t. 41, nr 2.
- Doroszewska A., Nowakowski N., *Medykalizacja opieki okołoporodowej w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2017, t. 15, nr 2.
- Doroszewska A., Sadowska A., *Mosty zamiast murów – socjologia medycyny przykładem udanej (?) interdyscyplinarnej współpracy*, „Nauka i Szkolnictwo Wyższe” 2013, t. 1, nr 41.
- Drozdowska U., *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2007.
- Eichelberger W., Stanisławska I., *Być lekarzem, być pacjentem*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2013.
- Faden R., Beauchamp T., *A History and Theory of Informed Consent*, New York 1986.
- Fijałkowski W., *Dar rodzenia*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1988.
- Fundacja „Rodzić po Ludzku”, *Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku”*, Warszawa 2017.
- Fundacja „Rodzić po ludzku”, *Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet*, Warszawa 2018.
- Gaertner H., *Lekarz, pacjent, empatia*, „Sztuka Leczenia” 1997, nr 3.
- Gałaszka M., *Nowe zjawiska w relacji lekarz – pacjent w kontekście rozwoju internetu*, „Przegląd Socjologiczny” 2012, R. 61, nr 2.
- Gałaszka M., Legiędź-Gałaszka M., *Medycyna i zdrowie w społeczeństwie ryzyka*, [w:] M. Gałaszka (red.), *Zdrowie i choroba w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego, Łódź 2008.
- Gebuza G., Kaźmierczak M., Gierszewska M., Mieczkowska E., Banaszkiewicz M., Wróbel-Bania A., *Lęk przed porodem w III trymestrze ciąży i jego powiązania ze stanem noworodka*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2015, t. 21, nr 1.
- Gillion R., *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997.

- Golec M., Rajewska-Rager A., Latos K., Kosmala A., Hirschfeld A., Molińska-Glura M., *Ocena zaburzeń nastroju u pacjentek po porodzie oraz czynników predysponujących do występowania tych zaburzeń*, „Psychiatria” 2016, t. 13, nr 1.
- Gordon T., Edwards W.S., *Pacjent jako partner*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1999.
- Górski A. (red.), *Leksykon prawa medycznego: 100 podstawowych pojęć*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2012.
- Gronowska B., *Prawo konstytucyjne*, Wydawnictwo TNOiK, Toruń 2002.
- Grynchutskyi V., Machuga N., *Zdrowotne, społeczne i ekonomiczne wymiary jakości usług zdrowotnych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach. Seria: Administracja i Zarządzanie” 2013, nr 97.
- Gutt M., *Bio-psychoseksualne aspekty nacięcia krocza podczas porodu*, „Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia” 2014, t. 3, nr 4.
- Hahn-Holbrook J., Cornwell-Hinrichs T., Anaya I., *Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 291 Studies from 56 Countries*, „Frontiers in Psychiatry” 2018, nr 8.
- Iwanowicz-Palus I., *Zdrowie reprodukcyjne*, [w:] G. Stadnicka (red.), *Opieka przedkoncepcyjna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.
- Iwanowicz-Palus G., Golonka E., *Przygotowanie położnej do realizowania edukacji na temat zdrowego stylu życia kobiet ciężarnych w opinii społeczeństwa (część II)*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2012, t. 20, nr 3.
- Iwanowicz-Palus G., Stadnicka G., Bień A., *Organizacja opieki przedkoncepcyjnej i okołoporodowej determinantą zdrowia rodziny i społeczeństwa*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2013, t. 19, nr 3.
- Janiuk E., *Zadania położnej podstawowej opieki zdrowotnej w opiece okołoporodowej w świetle obowiązujących przepisów*, [w:] D. Żurawicka, M. Zimnowodna, I. Łuczak (red.), *Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny, Tom 4*, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu i Studio IMPRESO, Opole 2016.
- Jaworzyńska M., *Rola zdrowia w rozwoju gospodarczym*, „Oeconomia” 2011, t. 45, nr 1.
- Kaczyński M., *Stosunek pacjenta do lekarza a efekty leczenia*, [w:] M. Obara (red.), *Człowiek jako podmiot i przedmiot medycyny*, Akademia Medyczna, Poznań 1982.
- Karkowska D., *Prawa pacjenta*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2004.
- Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Komentarz*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- Kępiński A., *Psychopatologia nerwic*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002.
- Kolankiewicz M., *Zaniedbywanie dzieci*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka” 2012, nr 2 (39).
- Kornas-Biela D., *Okres prenatalny*, [w:] J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
- Kosińska-Kaczyńska K., Wielgós M., *Czy płód może odczuwać ból*, „Ginekologia Polska” 2011, nr 82.
- Kosowicz M., Kulpa M., Świątek-Sawa S., *Wybrane psychologiczne aspekty budowania poprawnej komunikacji między lekarzem a pacjentem*, [w:] J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski, *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2014.

- Kossakowska K., *Depresja poporodowa matki i jej konsekwencje dla dziecka i rodziny*, „Życie i Płodność. Ujęcie Interdyscyplinarne” 2019, nr 39.
- Kossakowska K., *Objawy depresji poporodowej a poczucie skuteczności w karmieniu piersią*, „Pediatrya Polska” 2018, nr 93 (2).
- Kossakowska-Petrycka K., Walęcka-Matyja K., *Depresyjne zaburzenia nastroju u kobiet po narodzinach dziecka*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica” 2007, nr 11.
- Kubiak R., *Prawo pacjenta do intymności i poszanowania godności. Część II*, „Medycyna Paliatywna” 2016, t. 8, nr 4.
- Krzyżanowska-Zbucka J., *Okoloporodowe zaburzenia psychiczne a krzywdzenie dzieci*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka” 2010, nr 3 (32).
- Kujawa E., *Prawa pacjenta – nowa rzeczywistość, nowe dylematy moralne*, [w:] G. Rogala-Pawełczyk (red.), *Prawa pacjenta a etyka zawodowa pielęgniarki i położnej*, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1998.
- Leiva Rojas G., *Derechos Sexuales y Reproductivos durante la atención de la gestación, parto y lactancia: La situación de Chile*, „Cuadernos médicos-sociales” 2018, t. 58, nr 2.
- Lichtenberg-Kokoszka E., *Poród*, [w:] E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski (red.), *Optymalizacja porodu – zagadnienie interdyscyplinarne*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008.
- Lichtenberg-Kokoszka E., Janiuk E., Dzierżanowski J., *Wstęp*, [w:] E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski (red.), *Optymalizacja porodu – zagadnienie interdyscyplinarne*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008.
- Łaska-Formejster A., *Pacjent w sieci zależności. Społeczny kontekst praw i autonomii pacjenta*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015.
- Łuków P., Pasierski T., *Etyka medyczna z elementami filozofii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
- Makara-Studzińska M., *Komunikacja z pacjentem*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012.
- Maliszewska K., Preis K., *Terapia depresji poporodowej – aktualny stan wiedzy*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 2014, nr 44.
- Maliszewska K., Świątkowska-Freund M., Bidzan M., Preis K., *Ryzyko depresji poporodowej a cechy osobowości i wsparcie społeczne. Polskie przesiewowe badanie obserwacyjne matek 4 tygodnie i 3 miesiące po porodzie*, „Psychiatria Polska” 2017, t. 51, nr 5.
- Małus A., Szyluk J., Galińska-Skok B., Konarzewska B., *Występowanie depresji poporodowej a jakość relacji w związku*, „Psychiatria Polska” 2016, t. 50, nr 6.
- Merton R., *Paradygmat analizy funkcjonalnej w socjologii*, [w:] A. Jasińska-Kania i in. (wyb. i oprac.), *Współczesne teorie socjologiczne*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2006.
- Michalska A., *Źródła praw człowieka*, [w:] A. Rzepliński (red.), *Prawa człowieka a policja problemy teorii i praktyki*, Wydawnictwo Centrum Szkolenia Policji, Legionowo 1994.
- Michałowska G., *Ochrona praw człowieka w Radzie Europy i w Unii Europejskiej*, Wydawnictwo WAiP, Warszawa 2007.
- Miller B., *Autonomy and the Refusal of Lifesaving Treatment*, „Hastings Center Report” 1981, nr 4.
- Misztal Z., Pawlicka M., Mroczek A., Bałabuszek K., Kasprzak K., Koziarska-Rościszewska M., *Wpływ stosowanych antydepresantów podczas ciąży na rozwój płodu i noworodka*, [w:] J. Bednarski, M. Bajda (red.), *Nauki Przyrodnicze i Medyczne: Najnowsze doniesienia dotyczą-*

- ce nauk medycznych i biotechnologicznych, Instytut Promocji Kultury i Nauki Dr Jerzy Bednarski, Lublin 2018.
- Mnichowska M., *Współczesne tendencje i zmiany w relacji lekarz – pacjent*, „Zeszyt Studencki Kół Naukowych Wydziału Prawa i Administracji UAM” 2011, nr 1.
- Moryłowska-Topolska J., Makara-Studzińska M., Kotarski J., *Wpływ wybranych zmiennych socjodemograficznych i medycznych na nasilenie objawów lękowych i depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży*, „Psychiatria Polska” 2014, t. 48, nr 1.
- Nawrocka A., *Humanistyczny wymiar medycyny, farmacji, analityki medycznej i pielęgniarstwa a etyka zawodów medycznych*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 2004, nr 58.
- Nawrot J., Gniadek A., Suder A., *Women's Interest in Birth Centre Care – Is It Time to Make More Options Available?*, „Medical Studies/Studia Medyczne” 2019, t. 35, nr 2.
- Nowa Encyklopedia Powszechna PWN*, t. 1, Warszawa 1995.
- Nowacka M., *Autonomia pacjenta jako problem moralny*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2005.
- Oleś K., *Poród naturalny*, Wydawnictwo Natuli, Warszawa 2018.
- Osborne T., *On Anti-medicine and Clinical Reason*, [w:] C. Jones, R. Porter (red.), *Reassessing Foucault: Power, Medicine, and the Body*, Routledge, London–New York 1994.
- Ossowska M., *Normy moralne. Próba systematyzacji*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1985.
- Ossowska M., *Podstawy nauki o moralności*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1963.
- Ostrowska A., *Zróżnicowanie społeczne i nierówności w zdrowiu*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2010.
- Otfinowska A., *Czynniki wpływające na satysfakcję kobiet z porodu – analiza danych z akcji Rodzić po ludzku*, [w:] E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski (red.), *Optymalizacja porodu – zagadnienie interdyscyplinarne*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008.
- Otfinowska A., Kubicka-Kraszyńska U., *Opieka nad matką i dzieckiem w czasie ciąży, porodu i połogu*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka” 2012, t. 11, nr 1 (38).
- Piątkowski W., Skrzypek M., *To Tell the Truth. A Critical Trend in Medical Sociology – An Introduction to the Problems*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 2013, t. 20, nr 3.
- Ponczek D., *Prawa pacjenta w Polsce*, Wydawnictwo ADI, Łódź 2000.
- Poździej S., *Prawa człowieka i prawa pacjenta – osiągnięcia II połowy XX wieku*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2001, nr 2.
- Poździej S., *Prawa pacjenta w ustawodawstwie polskim*, „Pielęgniarstwo” 2000, nr 2 (37).
- Pudełko W., *Zaniedbanie prenatalne jako przyczyna zaburzeń rozwojowych u dzieci*, [w:] U. Suściak, J. Skibska, E. Kochanowska (red.), *Profilaktyka, diagnoza i terapia w teorii i praktyce edukacyjnej*, Wydawnictwo LIBRON – Filip Lohner, Kraków 2014.
- Radgowski W., *Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych – zapewnienie standardów świadczeń zdrowotnych*, „Kontrola Państwowa” 2017, t. 62, nr 3 (373).
- Rudawska I., *Marketing w nowoczesnej opiece zdrowotnej. Wybrane aspekty*, „Rozprawy i Studia” 2005, nr 606.
- Rudnicka B., *Poród w polskim położnictwie u progu XXI w.*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Rozprawa doktorska, Łódź 2013.

- Samochowiec J., Rybakowski J., Gatecki P., Szulc A., Rymaszewska J., Cubala W.J., Dudek D., *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dotyczące leczenia zaburzeń afektywnych u kobiet w wieku rozrodczym. Część I: Leczenie depresji*, „Psychiatria Polska” 2019, t. 53, nr 2.
- Siemińska M.J., *Relacja jako proces poszukiwania porozumienia lekarza z pacjentem*, [w:] M.J. Siemińska (red.), *Drogi pacjenta drogami lekarza*, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Szczecin 2005.
- Slosorz T., *Samodzielność zawodowa położnych*, „Położna. Nauka i Praktyka” 2009, t. 3, nr 7.
- Ślōńska Z., *Spółeczna natura zdrowia: teoria i praktyka*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2010.
- Smerdka A., *Samodzielność i kompetencje zawodu położnej w systemie podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2015, t. 1, nr 45.
- Sobol E. (red.), *Słownik wyrazów obcych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
- Sosnowska M., *Doświadczenia z warsztatu o depresji okołoporodowej – zmiana tożsamości kobiety po porodzie i odkrywanie nowego „ja”*, „Psychiatria” 2019, t. 16, nr 3.
- Stadnicka G., Górka B., Iwanowicz-Palus G., *Satysfakcja z opieki i poczucie bezpieczeństwa pacjentek podczas porodu i połogu*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2013, t. 21, nr 3.
- Szamotołska K., *Stan zdrowia matek i dzieci w okresie okołoporodowym w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej, Opracowanie na podstawie wskaźników Euro-Peristat*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2010, t. 14, nr 2.
- Szary S., *Znaczenie i godność ludzkiego ciała w praktyce medycznej*, „Hygeia Public Health” 2014, t. 49, nr 2.
- Szatkowski S., *Autonomia pacjenta*, „Etyka” 1998, nr 31.
- Szawarski Z., *Dwa rodzaje wiedzy medycznej*, „Sztuka Leczenia” 1996, nr 2.
- Szewczyk K., *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Szewczyk K., *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Szukiewicz D., *Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
- Szymczak M. (red.), *Słownik języka polskiego*, t. I, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1988.
- Szymona-Pałkowska K., *Psychologiczna analiza doświadczeń rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2005.
- Ślizień-Kuczapska E., Sys E., Baranowska B., Tataj-Puzyna U., *Zdrowie prokreacyjne jako zasadniczy kierunek troski o zdrowie rodziny. Wybrane zagadnienia profilaktyki zaburzeń płodności oraz promocji karmienia piersią na tle sytuacji demograficznej Polski*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio” 2017, nr 32.
- Walewska D., Bączek G., Tataj-Puzyna U., Dmoch-Gajzlerska E., *Poród – rodzinne wydarzenie*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio” 2017, nr 29.
- Wichrowski W., *Spór o autonomię pacjenta*, „Medicus” 1992, nr 4.
- Wilińska M., Cedrowska W., *Komunikacja z kobietą w okresie okołoporodowym – szczególna rola pielęgniarki i położnej w promowaniu zachowań prozdrowotnych matki dziecka*, „Zeszyty Naukowe” 2009, nr 43.

- Wojdyła Z., Żurawicka D., Łuczak I., Zimnowoda M., *Zaburzenia zdrowia psychicznego u kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu*, [w:] D. Żurawicka, I. Łuczak, M. Wojta, J. Siekierka (red.), *Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny*, t. 7, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Opole 2019.
- Woźniacka M., *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu ratującego życie bez zgody pacjenta*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Modernizacja biomedyczna społeczeństwa a ryzyko zdrowotne*, Uniwersytet Medyczny, Łódź 2010.
- Wójcik W., *Zaniedbanie prenatalne: wyzwanie dla edukacji zdrowotnej od chwili poczęcia*, „Chowanna” 2008, nr 2.
- Wójta-Kempa M., *Samoleczenie: medykalizacja czy demedykalizacja? Granice władzy medycyny*, „Przegląd Socjologiczny” 2017, t. 66, nr 1.
- Wright P.W.G., *The Radical Sociology of Medicine*, „Social Studies of Science” 1980, t. 10, nr 1.
- Wrzesińska M., Bąk B., *Historia zawodu położnej i kształtowanie się opieki okołoporodowej na świecie i w Polsce*, „Studia Medyczne” 2012, t. 27, nr 3.

Źródła internetowe

- Birth Coach Project, <http://birthcoachproject.com/2018/01/30/przyczyny-medykalizacji-porodow/> (dostęp: 25.04.2019).
- Cerda R., *Familia y Fecundidad*. NR 36, Santiago: Centro de Políticas Públicas UC; Mayo 2010, <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/encuesta-nacional-bicentenario-2009-seminario.pdf> (dostęp: 14.02.2020).
- Fal D.M., *Jak działa system ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2016, https://piu.org.pl/wp-content/uploads/2016/12/1_system-opieki-zdrowotnej-w-polsce_D.Fal_.pdf (dostęp: 12.05.2019).
- Fertility rate, The World Bank, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=PL-CL> (dostęp: 22.02.2020).
- Fundacja „Rodzic Po Ludzku”, www.rodzicpoludzku.pl (dostęp: 4.04.2020).
- GUS, *Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży*, Warszawa 2015 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015-roku,1,6.html> (dostęp: 25.04.2019).
- Instituto Nacional de Estadísticas, <https://resultados.cen-so2017.cl/Home/Download> (dostęp: 12.02.2020).
- Janus S., *Analiza jakości opieki perinatalnej w Polsce w latach 1996-2010*, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, rozprawa doktorska, Poznań 2011, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/206549/index.pdf> (dostęp: 12.05.2019).
- Kłós K., *Zjawisko zdrowego stylu życia we współczesnym społeczeństwie polskim*, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań 2014, rozprawa doktorska, <https://www.wbc.poznan.pl/dlibra/publication/426747/edition/337834/content> (dostęp: 14.06.2019).
- Koch E., *Paciente OB crítica*, módulo Uno, en Curso „Manejo de la paciente obstétrica crítica”, CEDIP (Centro Diagnóstico de Investigación Perinatal) 2013, www.youtube.com/watch?v=FoAIV7SOTs8 (dostęp: 12.02.2020).

- Komunikat CBOS, *Komunikat z badań. Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*, nr 97/2018, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_097_18.PDF (dostęp: 12.02.2020).
- Komunikat CBOS, *Komunikat z badań. Rodzina – jej znaczenie i rozumienie*, nr 22/2019, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_022_19.PDF (dostęp: 16.02.2020).
- Leiva L., González K., *Costo base de un parto en clínicas fluctúa entre \$ 1 millón y \$ 7 millones*, 2017, <https://www.latercera.com/noticia/costo-base-parto-clinicas-fluctua-1-millon-7-millones/> (dostęp: 10.02.2020).
- Pochręst-Motyczyńska A., *10 praw kobiet w ciąży*, <https://zdrowie.pap.pl/rodzice/10-praw-kobiet-w-ciazy> (dostęp: 25.03.2020).
- Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, *Raport Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat, Polska 2016*, Warszawa 2017, http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/raport_unfpa.pdf (dostęp: 10.05.2019).
- World Health Organization, *Health Promotion. A discussion document on the concept and principles: summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion*, Copenhagen, 9–13 July 1984, <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107835#sthash.zd9L07Lx.dpuf> (dostęp: 4.04.2020).
- <http://www.archiwum.mz.gov.pl/koszyk-swiadczen-gwarantowanych/> (dostęp: 12.05.2019).
- <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/055.GUIA-DE-LA-GESTACION-2016.pdf> (dostęp: 22.05.2019).
- <http://www.doula.org.pl/doula-czyli-sluzaca-marianna-szymarek> (dostęp: 24.03.2020).
- <http://www.doula.org.pl/kim-jest-doula> (dostęp: 24.03.2020).
- [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2010/425648/IPOLFEMM_NT\(2010\)425648_PL.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2010/425648/IPOLFEMM_NT(2010)425648_PL.pdf) (dostęp: 10.04.2019).
- <http://www.isapre.cl/las-isapres> (dostęp: 22.05.2019).
- <http://www.rodzicpoludzk.pl/Aktualnosci/Przemoc-w-porodzie.html> (dostęp: 25.04.2019).
- <http://www.wbc.poznan.pl/Content/323441/index.pdf> (dostęp: 10.04.2019).
- <https://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/medycyna,hasla,337653,narodowy-fundusz-zdrowia-nfz.html> (dostęp: 27.04.2019).
- <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/9715-afiliacion-a-fonasa> (dostęp: 22.05.2019).
- <https://www.eldefinido.cl/actualidad/pais/9239/Atentas-mujeres-En-que-fijarse-para-achuntarle-al-plan-de-la-Isapre/> (dostęp: 22.05.2019).
- <https://www.etilmercurio.com/em/violencia-obstetrica-y-derechos-de-parto/> (dostęp: 22.05.2019).
- <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/red-privada> (dostęp: 22.05.2019).
- <https://gdzierodziec.info/bazawiedzy/prawo-do-poszanowania-intymnosci-i-godnosci/> (dostęp: 11.02.2020).
- <https://www.gov.pl/web/rodzina/jednorazowa-zapomoga-z-tytulu-urodzenia-sie-dziecka> (dostęp: 22.04.2019).
- <https://www.gov.pl/web/zdrowie/6-poprawa-zdrowia-prokreacyjnego> (dostęp: 5.04.2020).
- <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zmiany-w-organizacji-opieki-okoloporodowej-1-stycznia-2019-r-wchodzi-w-zycie-nowy-standard-organizacyjny> (dostęp: 15.04.2020).
- <https://www.guioteca.com/maternidad/los-costos-de-un-parto-valores-y-en-que-fijarse-para-tener-un-hijo-en-chile/> (dostęp: 22.05.2019).
- <https://www.minsal.cl/servicios-de-salud/> (dostęp: 22.05.2019).

- <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Ley%2020584%20Derechos%20y%20Deberes.pdf> (dostęp: 22.05.2019).
- <https://www.newsweek.pl/wiedza/nauka/doula-przyjaciolka-od-porodu-newsweekpl/zbwn9ex> (dostęp: 18.04.2019).
- <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/prawa-pacjenta/> (dostęp: 15.04.2020).
- <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/ubezpieczenia-w-nfz> (dostęp: 2.05.2019).
- <https://www.nfz-lodz.pl/dlapacjentow/jak-sie-leczyc/2535-poona-poz> (dostęp: 15.04.2019).
- <https://www.nfz-lodz.pl/dlapacjentow/aktualnosci/152-karta-praw-pacjenta> (dostęp: 7.05.2019).
- <https://oko.press/przemoc-na-porodowce-nie-pajacuj-kazdy-ssak-to-potrafi-macne-sobie-raport-rodzic-po-ludzku/> (dostęp: 25.04.2019).
- <https://ovochile.cl/quienes-somos/> (dostęp: 22.05.2019).
- <https://ovochile.cl/?s=encuesta> (dostęp: 15.02.2020).
- <https://www.rodzicpoludzku.pl/Porod/Doula-profesjonalne-wsparcie-w-czasie-porodu.html> (dostęp: 23.04.2019).
- <https://www.rpo.gov.pl/pliki/12282221170.pdf> (dostęp: 15.05.2019).
- <https://www.sosrodzice.pl/zbytek-czy-koniecznosc-krotko-o-prywatnych-polozonych-przy-porodzie/> (dostęp: 2.05.2019).
- https://www.suseso.cl/607/articles-19844_archivo_01.pdf (dostęp: 22.05.2019).
- <https://www.unfpa.org/maternal-health> (dostęp: 15.04.2019).
- <https://www.znana-polozna.pl/artykuly/jedzenie-i-picie-w-czasie-porodu> (dostęp: 20.02.2020).

Kodeksy i artykuły prawne

- Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej* (art. 3. pkt a), *Kodeks Etyki Lekarskiej* (art. 12).
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483, z 2001 r. Nr 28, poz. 318).
- Ley de Derechos y Deberes del Paciente Nr 20.584, Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile, Abril 2016, Santiago.
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U., poz. 1860, z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2018 r., poz. 1756).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r. Nr 91 poz. 408).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 125).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 24 stycznia 2012 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r., poz. 159).
- Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2016 r., poz. 1860, z późn. zm.).

Wykaz tabel

Tabela 1. Planowanie ciąży – rozkład odpowiedzi	73
Tabela 2. Zainteresowanie lekarza stanem psychicznym pacjentki – rozkład odpowiedzi	76
Tabela 3. Źródło informacji na temat porodu – rozkład odpowiedzi	79

