

Małgorzata Dziedzic, Dorota Matuszyk, Barbara Prażmowska

Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Poród domowy w opinii położnych

Midwives' opinions about home birth

STRESZCZENIE

Wstęp. W ciągu kilkunastu lat poród z wydarzenia intymnego i rodzinnego stał się zdarzeniem medycznym, podlegającym kontroli i procedurom medycznym. Odradzająca się idea porodu naturalnego w warunkach szpitalnych przyniosła zasadnicze zmiany w zakresie opieki okołoporodowej. Zmiany te dotyczą również prawa kobiety do świadomego wyboru miejsca narodzin dziecka. Zmieniająca się świadomość kobiet powoduje, że część z nich decyduje się na poród w naturalnych, przyjaznych warunkach domowych, z pomocą wybranej położnej. Propozycja innego podejścia do fizjologicznego okresu okołoporodowego jest dla środowiska medycznego, jak i społeczeństwa interesującą alternatywą wobec tradycyjnego, medycznego modelu położnictwa.

Cel pracy. Celem przeprowadzonych badań było poznanie opinii położnych dotyczącej przyjmowania porodów w warunkach domowych.

Materiał i metody. W badaniach wykorzystano sondaż diagnostyczny z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, obejmującego pytania dotyczące miejsca pracy, kwalifikacji zawodowych, znajomości aktów prawnych, oceny bezpieczeństwa porodu domowego, czynników wpływających na decyzję położnych o prowadzeniu porodów w warunkach domowych. Badania przeprowadzono wśród 158 położnych pracujących w Krakowie i województwie małopolskim. Wyniki przeprowadzonych badań poddano analizie statystycznej przy użyciu programu Statistica 9.0.

Wyniki. Spośród badanych ponad połowa uważa, że poród domowy może być bezpieczny, ale tylko 9% respondentek wyraża gotowość do podjęcia opieki nad rodzącą w domu. Zaobserwowano istotną statystycznie zależność między opiniami położnych, które uważają, że poród domowy może być bezpieczny a ich wykształceniem i stażem pracy w sali porodowej.

Wnioski. Wśród położnych pracujących w Krakowie i województwie małopolskim jest grupa, która akceptuje wybór kobiety, która chce rodzić w domu i wyraża gotowość przyjmowania porodów domowych. Grupa ta posiada dobre przygotowanie zawodowe.

Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (2): 153–161

Słowa kluczowe: poród domowy, bezpieczeństwo, zagrożenia, opinia położnych

ABSTRACT

Introduction. Within several years childbirth, from an intimate and family event, turned into a medical event, subject to control and medical procedures. The reviving idea of natural childbirth in hospital environment has brought about fundamental changes in perinatal care. These changes also concern the right of a childbearing woman to consciously choose the place of delivery. The changing women's awareness makes some of them decide to deliver in natural, friendly home environment, attended by a chosen midwife. The possibility of different approach to physiological perinatal period is, for both medical community and the society, an interesting option compared with a traditional medical model of obstetrics.

Aim of the study. The aim of the study was to find the opinions of midwives regarding giving birth at home.

Material and methods. A diagnostic survey has been made using an original questionnaire. The questions involved workplace, professional qualifications, knowledge of relevant legislation, assessed safety of home birth, factors affecting women's decisions, assessed own preparation for home birth attendance. The survey has been conducted among 158 midwives working in Krakow and Małopolska province. The outcome of the survey was subject to statistical analysis with the use of computer program Statistica 9.0.

Results. Over half of the respondents expressed the opinion that home birth may be safe, but only 9% declared readiness to attend home delivery. A statistically considerable correlation has been observed between expressing the opinion that home birth may be safe and the qualifications and work experience in a delivery room.

Conclusions. Among midwives working in Krakow and Małopolska province there is a sufficient number of those who accept the choice a woman makes to deliver at home and declaring readiness to provide their attendance. This group has, at the same time, good professional experience.

Nursing Topics 2011; 19 (2): 153–161

Key words: home birth, safety, risk, opinion of midwives

Wstęp

W ciągu kilkudziesięciu lat poród z wydarzenia intymnego i rodzinnego stał się zdarzeniem medycznym, podlegającym kontroli i procedurom medycznym. Przez wieki dzieci rodziły się w domu, a do połowy XIX wieku opieka okołoporodowa była wyłącznie domeną kobiet [1]. W Polsce jeszcze w latach 50. XX wieku sporo dzieci rodziło się w domach przy asyście wykształconych akuserek, a poród był naturalnym wydarzeniem rodzinnym. Zmiana podejścia do porodu nastąpiła w latach 60. XX wieku wraz z administracyjnymi decyzjami dotyczącymi odbywania przez kobiety porodu w warunkach szpitalnych, kiedy masowo likwidowano przyjazne kobietom, prowadzone przez położne izby porodowe [2, 3]. Rola kobiety podczas porodu została sprowadzona do biernego uczestnictwa, poddawane różnorodnym działaniom, procedurom i interwencjom medycznym [4, 5]. Indywidualne potrzeby, uwarunkowania rodzinne, kulturowe i sytuacja osobista nie były uwzględniane w planie opieki.

Zmiany w opiece okołoporodowej rozpoczęły się w latach 90. ubiegłego wieku, kiedy to poprawą kondycji narodzin zainteresowały się nie tylko powołane do tego rządowe instytucje, ale również wiele organizacji i stowarzyszeń działających w poszczególnych krajach. Celem ich dążeń było wdrożenie zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), zawartych w raporcie „Poród nie jest chorobą” [4, 6].

W Polsce pierwszą konsumencką organizacją działającą na rzecz humanizacji porodów było założone w 1987 roku Stowarzyszenie na Rzecz Naturalnego Rodzenia i Karmienia. W późniejszych latach podjęta akcja „Rodzić po Ludzku” w zdecydowany sposób przyspieszyła przeobrażanie opieki położniczej w szpitalach.

Zacząto dostrzegać potrzeby pacjentek dotyczące między innymi obecności osób towarzyszących, aktywności fizycznej w trakcie porodu, rodzenia w wybranej pozycji, stałego kontaktu z dzieckiem, zachowania intymności, wyrażania swoich emocji, życzliwego, indywidualnego traktowania. Humanizacja porodu oznacza nie tylko stawianie rodzącej w centrum wydarzenia, jakim jest poród, ale i możliwość takiego przeżywania aktu narodzin, który daje kobiecie spełnienie. Sprzyjają temu miejsce świadczenia usług okołoporodowych oraz niezależność i samodzielność zawodowa położnych. W Polsce zawód położnej ma status niezależnej profesji medycznej, a kompetencje tej grupy zawodowej są jasno określone. Ważnym osiągnięciem na

drodze humanizacji porodu jest podpisane przez Ministra Zdrowia rozporządzenie w sprawie standardów postępowania oraz procedur okołoporodowych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki w czasie ciąży i w okresie porodu oraz opieki nad noworodkiem. W rozporządzeniu tym jest zagwarantowany wybór miejsca porodu [7]. Jeśli kobieta zdecyduje się rodzić w domu, to świadczenia medyczne będą realizowane w domu pacjentki. Przyjęty standard jest odpowiedzią na zapotrzebowanie społeczeństwa na zindywidualizowaną, podmiotową opiekę położniczą, stawiającą kobietę, jej dziecko i partnera w centrum aktu rodzenia [8]. Porody domowe budzą w Polsce ogromne kontrowersje, co jest związane z postrzeganiem ciąży i porodu jako źródła niebezpieczeństwa dla kobiety. Prowadzone od kilkunastu lat na niewielką skalę porody domowe traktowano jako sprawę marginalną, a położne zmagaly się z wieloma nie do końca uregulowanymi problemami, na przykład kwestią szczepienia noworodka. Co istotne, koszty takiego porodu ponosiła rodząca. Obecnie NFZ ma refundować porody domowe, co może spowodować wzrost liczby kobiet decydujących się urodzić dziecko w domu. Przyszłość pokaże, czy porody domowe staną się konkurencyjne dla szpitalnych. Badania przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy miały określić stanowisko i gotowość położnych wobec zachodzących zmian.

Cel pracy

Głównym celem badań było poznanie opinii położnych dotyczących odbywania porodów w warunkach domowych.

Za szczegółowe cele uznano zbadanie czynników wpływających na opinię o bezpieczeństwie porodu domowego oraz na decyzje o prowadzeniu porodów domowych.

Materiał i metody

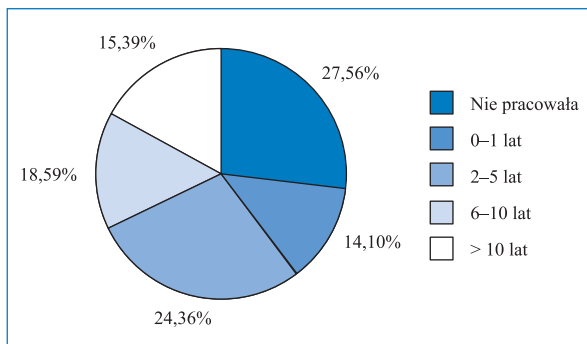
W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem narzędzia autorskiego kwestionariusza ankiety, obejmującego pytania dotyczące uznania porodu domowego jako alternatywy porodu szpitalnego, oceny bezpieczeństwa takiego porodu, miejsca pracy, kwalifikacji zawodowych położnych, czynników wpływających na decyzję prowadzenia porodów domowych lub braku akceptacji takiej formy działalności zawodowej położnej. Zastosowane pytania były typu otwartego i zamkniętego, a wypełnianie kwestionariusza ankiety miało charakter dobrowolny i anonimowy.

Badania przeprowadzono wśród 158 położnych pracujących w Krakowie i województwie małopolskim w okresie od października 2010 roku do stycznia 2011 roku. Wyniki przeprowadzonych badań poddano analizie statystycznej przy użyciu programu Statistica 9.0., testu χ^2 , analizy korespondencji oraz analizy logistycznej.

Wyniki

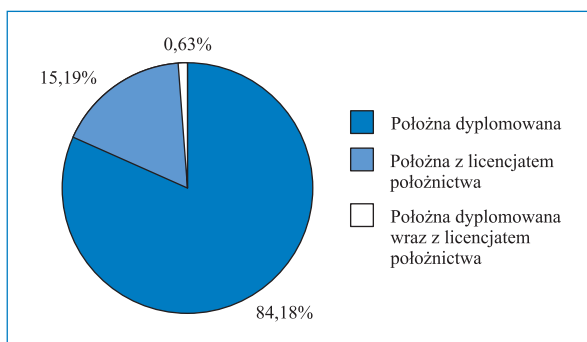
Spośród 158 badanych położnych największą grupę stanowiły osoby w wieku 31–50 lat (87,3%, w tym 34,1% w wieku 31–40 lat i 53,1% w wieku 41–50 lat). Staż pracy w granicach 11–30 lat ma 80,3% respondentek, w tym 37,3% — 11–20 lat i 43% — 21–30 lat pracy. Wśród ankietowanych w sali porodowej nie pracowało 27,56% położnych, natomiast spośród pracujących w sali porodowej największą grupę stanowią położne z 2–5-letnim stażem (24,36%), następnie ze stażem 6–10 lat — 18,59% i ponad 10 lat — 15,38% (ryc. 1).

Wśród badanej grupy nie było położnych z tytułem magistra położnictwa lub pielęgniarstwa. Tytuł dyplomowanej położnej posiada 84,18% badanych, 15,19% legitymuje się tytułem licencjata położnictwa i 0,63% stanowią położne posiadające obydwa tytuły (ryc. 2).



Rycina 1. Staż pracy badanych położnych w sali porodowej

Figure 1. Work experience midwives in a delivery room



Rycina 2. Wykształcenie zawodowe badanych położnych

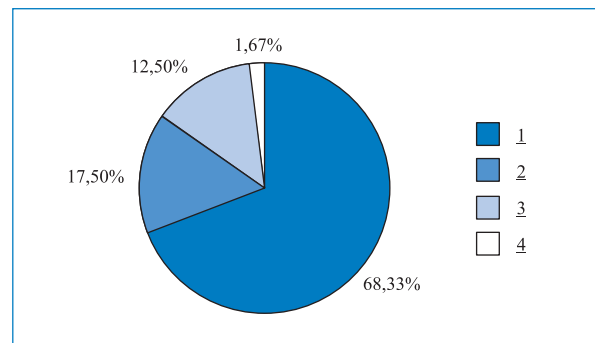
Figure 2. Professional education of respondents midwives

Wszystkie położne posiadają dodatkowe kwalifikacje, takie jak kurs dokształcający, specjalistyczny, kwalifikacyjny lub specjalizację zawodową. Co najmniej jedną z dodatkowych kwalifikacji posiada 68,33% badanych, dwie — 17,5%, a 3 i 4 ponad 14% respondentek (ryc. 3).

W podstawowej opiece zdrowotnej pracuje 25 osób, co stanowi 15,7% ogółu badanych, pozostałe położne są zatrudnione w zamkniętych jednostkach ochrony zdrowia, głównie szpitalach specjalistycznych i klinicznych (ryc. 4).

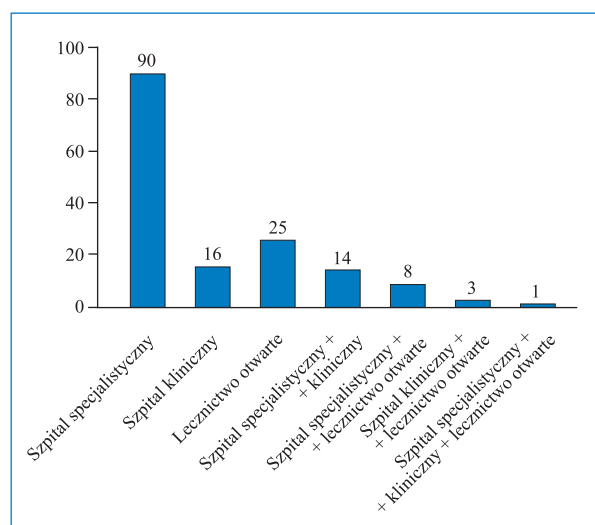
Spośród badanych położnych odpowiadających na pytanie, czy porody domowe mogą być jedną z alternatyw dla kobiet, 19 osób uważało, że zdecydowanie tak, a 86 badanych, że tak. Przeciwną opinię wyraziło 30 respondentek, pozostałe nie miały zdania (ryc. 5).

Poród domowy za bezpieczny uważa 50% badanych, w tym 2,53% za zdecydowanie bezpieczny. Jako niebezpieczny poród w domu oceniło 33,54% badanych, a zdecydowanie niebezpieczny 3,16%. Pozostałe osoby nie miały zdania w tej kwestii (ryc. 6).



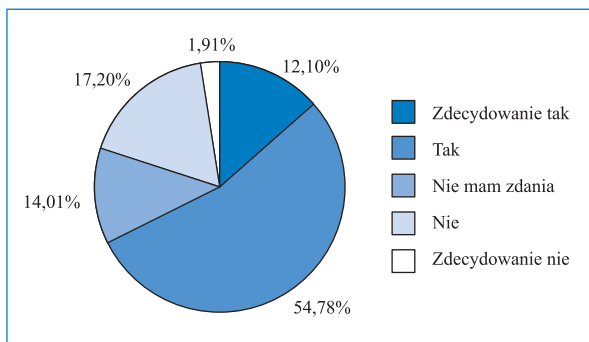
Rycina 3. Dodatkowe kwalifikacje badanych położnych

Figure 3. Additional qualifications of respondents midwives



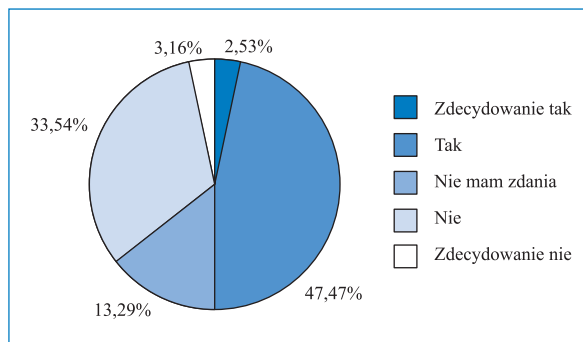
Rycina 4. Miejsce zatrudnienia badanych położnych

Figure 4. Place of employment of respondents midwives



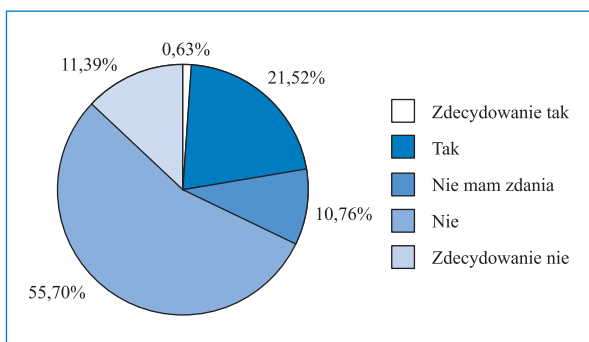
Rycina 5. Opinia badanych na temat porodu domowego jako alternatywy porodu szpitalnego

Figure 5. Opinion of respondents on home-birth as an alternative to hospital birth



Rycina 6. Opinia badanych na temat bezpieczeństwa porodu domowego

Figure 6. Opinion of respondents about the safety of home-birth



Rycina 7. Decyzja o przyjęciu propozycji prowadzenia porodu domowego

Figure 7. Decision to attend a home birth

Decyzję o przyjęciu propozycji prowadzenia porodu domowego wyraziło 22,15% badanych położnych, w tym 0,63% było zdecydowanie zadeklarowanych. Prowadzenia porodu w domu nie podjęłoby się 67,09% badanych, z których 11,39% było zdecydowanie przeciwnych takiej propozycji (ryc. 7).

W badanej grupie 34 położne wyrażające gotowość do prowadzenia porodu domowego wymieniają w pierwszej kolejności wśród czynników, które wpłynęłyby na taką decyzję, fizjologiczny przebieg ciąży, przebieg poprzednich porodów, odległość od szpitala, środek transportu, uzyskanie szybkiej konsultacji oraz relację z pacjentką (ryc. 8).

Negatywną decyzję dotyczącą przyjęcia porodu domowego 106 położnych uzasadniało przede wszystkim możliwością powikłań, zbytnim obciążeniem psychicznym, zbyt dużym ryzykiem dla matki i dziecka oraz brakiem doświadczenia (ryc. 9).

Położne uważają, że kobiety decydujące się na poród domowy przede wszystkim pragną, by stał się on wydarzeniem rodzinnym. W porodzie szpitalnym przeszkadza im stres związany z pobytym w szpitalu, brak

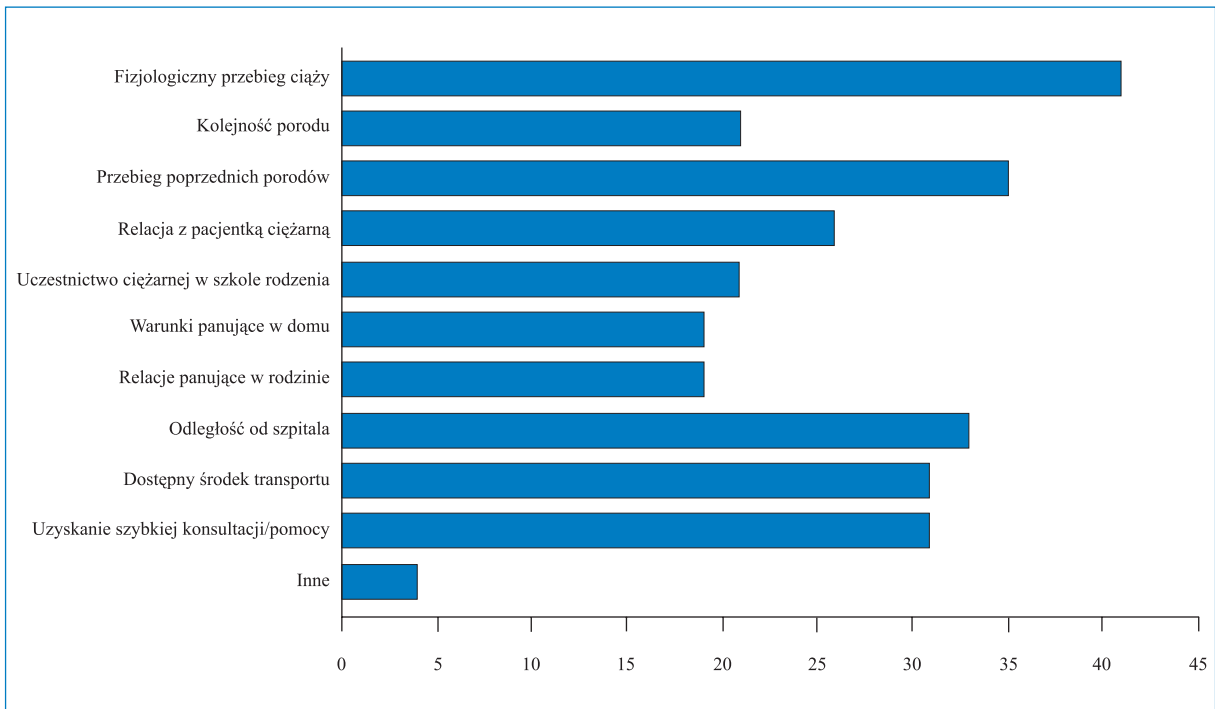
intymności, zmiany personelu opiekującego się w trakcie pobytu, ograniczone współdecydowanie o porodzie i przedmiotowe traktowanie (ryc. 10).

Analizując wpływ wybranych czynników na opinię położnych o bezpieczeństwie porodu domowego, można stwierdzić, że położne powyżej 40. roku życia w większym stopniu uznawały poród domowy za bezpieczny niż osoby młodsze. W analizie statystycznej nie wykazano istotnej statystycznie zależności między wiekiem a opinią badanych położnych dotyczącą bezpieczeństwa porodu w domu ($p = 0,22$) (ryc. 11).

Nie stwierdzono też istotnej statystycznie zależności między ogólnym stażem pracy a opinią o bezpieczeństwie porodu domowego ($p = 0,21$). Analiza związku między stażem pracy w sali porodowej a opinią o bezpieczeństwie porodu wskazuje, że największą grupę położnych uznających poród w domu za niebezpieczny stanowią położne, które nigdy nie pracowały na sali porodowej.

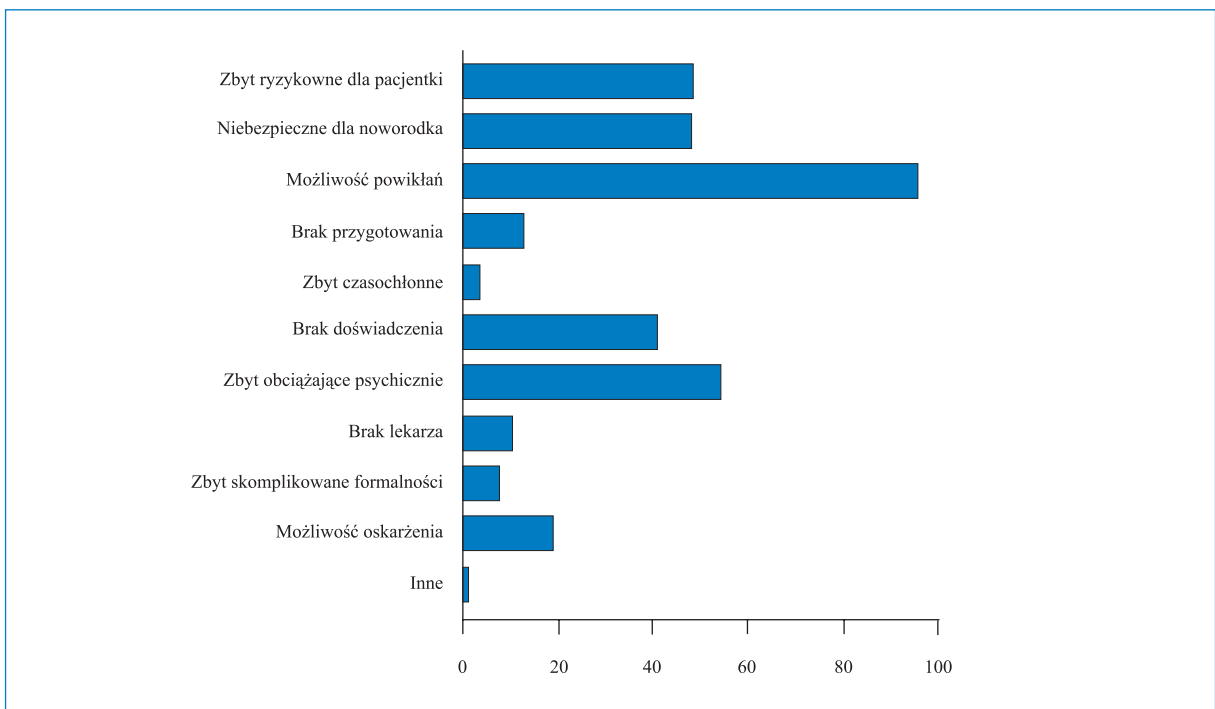
Wśród 2,5% osób, które uważają poród domowy za zdecydowanie niebezpieczny, znajdują się położne z 2–5-letnim stażem pracy w sali porodowej. Położne ze stażem pracy w sali porodowej 6–10 lat to osoby oceniające pozytywnie poród w warunkach domowych. Nie stwierdzono statystycznie istotnego związku między stażem pracy w sali porodowej a opinią położnych o bezpieczeństwie porodów domowych ($p = 0,427$).

Natomiast analizując zależność między rodzajem wykształcenia a opinią o bezpieczeństwie porodu, można stwierdzić, że położne posiadające licencjat w zdecydowanej większości uznają poród domowy za bezpieczny. Stwierdzono istotny statystycznie związek między opinią badanych o bezpieczeństwie porodów domowych a wykształceniem położnych ($p = 0,013$). Jeżeli dodatkowo w badaniu tej zależności nie bierze się pod uwagę respondentek niemających zdania na temat bezpieczeństwa porodu przeprowadzonego w domu, poziom istotności wzrasta ($p = 0,005$). Na podstawie wyników regresji logistycznej można stwierdzić, że szan-



Rycina 8. Czynniki wpływające na pozytywną decyzję o przyjęciu porodu domowego

Figure 8. Factors affecting the decision to attend a home birth

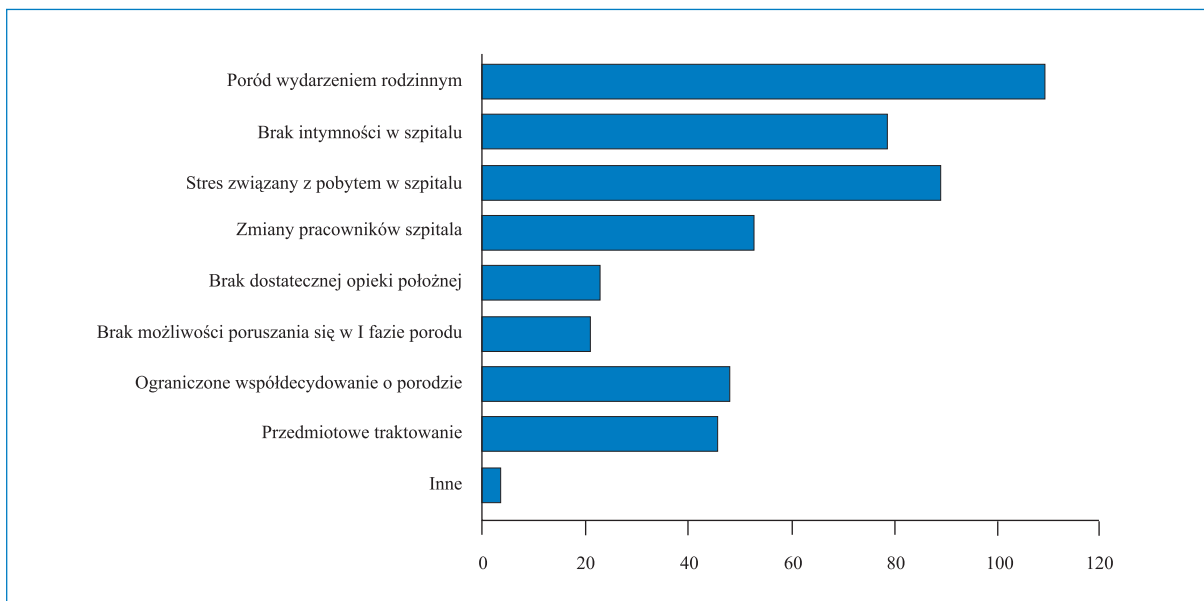


Rycina 9. Czynniki wpływające na negatywną decyzję o przeprowadzeniu porodu domowego

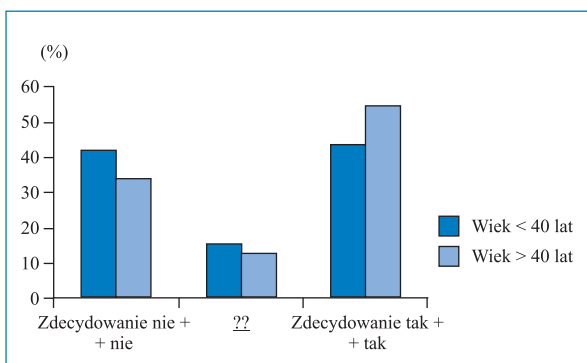
Figure 9. Factors affecting the decision not to attend a home birth

sa na to, że licencjonowana położna uzna poród domowy za bezpieczny, jest 4,6 razy większa, że tego samego zdania będzie położna dyplomowana (ryc. 12).

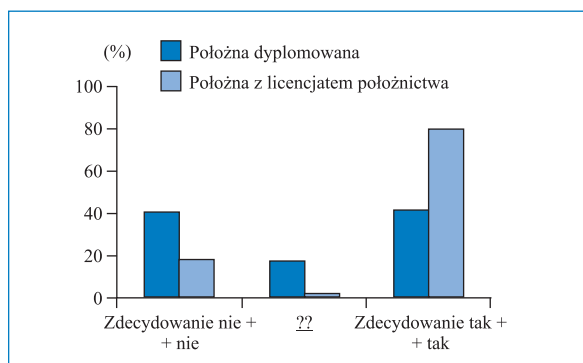
Wszystkie badane położne posiadają dodatkowe kwalifikacje zawodowe — od specjalizacji zawodowej po kursy doszkalające. Położne posiadające specjalizację



Rycina 10. Opinia położnych na temat czynników wpływających na decyzje ciężarnych dotyczące odbycia porodu domowego
Figure 10. Factors influencing childbearing women's decision regarding homebirth, according to midwives



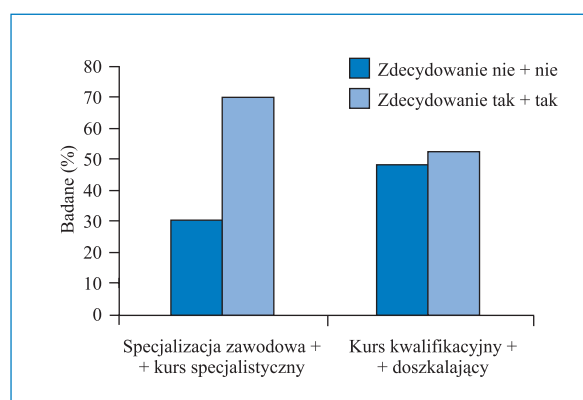
Rycina 11. Wiek badanych a opinia na temat bezpieczeństwa porodu domowego
Figure 11. Relationship between the age of the respondents and the opinion about the safety of home birth



Rycina 12. Opinia o bezpieczeństwie porodu domowego a rodzaj wykształcenia badanych (p = 0,013)
Figure 12. Relationship between the opinion about the safety of home birth and the type of education of the respondents

zawodową i kurs specjalistyczny w większym stopniu uważają poród domowy za bezpieczny. Związek ten jest istotny statystycznie, ale na poziomie $p = 0,09$ (ryc. 13).

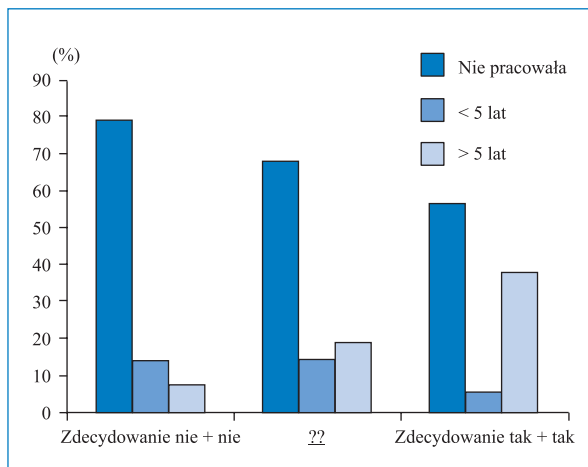
Analiza związku między decyzją poprowadzenia porodu domowego a stażem pracy w sali porodowej wskazuje, że osoby, które w niej nigdy nie pracowały, zdecydowanie nie zgodziłyby się na przeprowadzenie porodu domowego albo należą do grupy niemającej zdania. Położne, które raczej nie zdecydowałyby się na przeprowadzenie porodu domowego, mają staż 2–5 lat. Osoby zdecydowane na przeprowadzenie takiego porodu to położne ze stażem 6–10 oraz >10 lat pracy w sali porodowej. Można zatem mówić o dość wyraźnym podziale decyzji o przeprowadzeniu porodu domowego w zależności od stażu pracy w sali porodowej.



Rycina 13. Opinia o bezpieczeństwie porodu domowego a rodzaj posiadanych dodatkowych kwalifikacji przez badanych (p = 0,09)
Figure 13. Relationship between the opinion about the safety of home birth and the type of additional qualifications of the respondents

Tabela 1. Analiza związku między opinią o bezpieczeństwie a przyjęciem propozycji przeprowadzenia porodu domowego
Table 1. Analysis of the relationship between the opinion of the safety and the acceptance of proposal to carry out a home-birth

Bezpieczeństwo	Decyzja		
	Zdecydowanie nie + nie	Zdecydowanie tak + tak	Ogółem
Zdecydowanie nie + nie	57	1	58
Zdecydowanie tak + tak	34	34	68
Ogółem	91	35	126



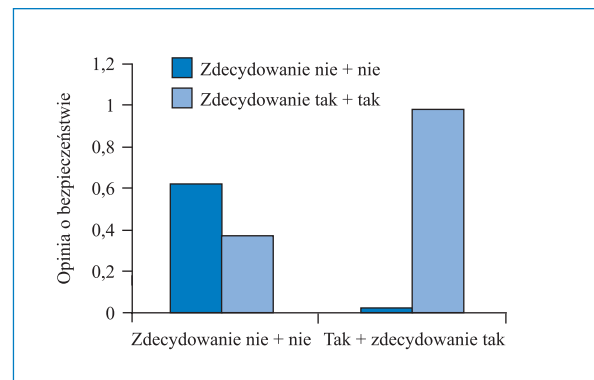
Rycina 14. Decyzja o przyjęciu propozycji prowadzenia porodów domowych a stażem pracy w sali porodowej ($p = 0,005$)

Figure 14. Relationship between the decision to attend a home birth and work experience in a delivery room

Występuje istotny statystycznie związek między stażem pracy położnych w sali porodowej a gotowością przeprowadzenia porodów domowych ($p = 0,005$). Analiza logistyczna, którą grupę odniesienia stanowiły położne, które nigdy nie pracowały w sali porodowej, wykazała, że szansa na to, że położna zgodzi się na przeprowadzenie porodu domowego, jest 7,5-razy większa u tych ze stażem pracy w sali porodowej powyżej 5 lat niż położnych, które nigdy na niej nie pracowały (ryc. 14).

Analiza związku między opinią o bezpieczeństwie a deklaracją przyjęcia propozycji prowadzenia porodów domowych upoważnia do stwierdzenia, że położne uważające poród domowy za niebezpieczny lub niemające zdania co do jego bezpieczeństwa nie przyjmują propozycji prowadzenia porodów domowych. Natomiast te, które uważają go za bezpieczny, zdecydowałyby się na przeprowadzenie porodu w domu ciężarnej (tab. 1).

Występuje statystycznie istotny związek między opinią o bezpieczeństwie porodu domowego a decyzją położnych o przeprowadzeniu takiego porodu ($p = 0,000$) (ryc. 15).



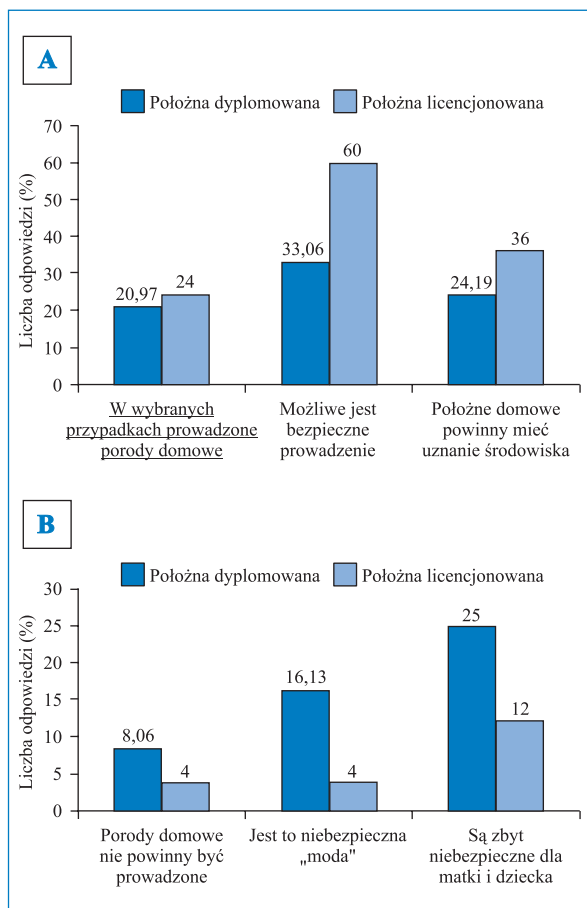
Rycina 15. Analiza związku między opinią o bezpieczeństwie a przyjęciem propozycji przeprowadzenia porodu domowego ($p = 0,000$)

Figure 15. Relationship between the opinion about the safety of home birth and the decision to attend one

Analizując rodzaj wskazywanych opinii o działalności położnych związanej z prowadzeniem porodów domowych, można stwierdzić ich zależność od rodzaju wykształcenia. Położne licencjonowane zdecydowanie częściej uważają, że położne domowe powinny mieć uznanie środowiska i że możliwe jest bezpieczne prowadzenie porodu domowego, natomiast położne dyplomowane częściej wskazują, że jest to niebezpieczna „moda” i zbyt ryzykowna dla matki i dziecka (ryc. 16 A i B).

Dyskusja

Ponad 20 lat temu na konferencji WHO w Fortalizie w Brazylii sformułowano zalecenie, aby nadzór nad porodami nie był domeną tylko lekarzy czy szpitali, lecz aby był również realizowany przez oparty na dowodach naukowych system opieki okołoporodowej monitorowany przez rząd, system, w którym mają miejsce bardziej społeczne modele narodzin. Opieka cechująca się dużą autonomiczną rolą położnych jest dostępna w krajach wysoko rozwiniętych. Rozszerza się i umacnia ruch na rzecz powrotu porodów w rodzinie. Poród, który przez ostatnie dziesięciolecia odbywał się w szpitalach, powraca do środowiska domowego również w Polsce, wspierany przez działające społeczne pozarządowe organizacje,



Rycina 16 A i B. Opinie o działalności zawodowej położnych
 Figure 16 A i B. Opinions about practicing midwifery

dążące do przywrócenia porodowi rangi wydarzenia rodzinnego, prawa do czytelnych i rzetelnych informacji medycznych oraz do podejmowania decyzji dotyczących miejsca jego przeprowadzenia. Spełnianie takiej misji postawiło sobie za cel między innymi stowarzyszenie społeczne „Dobrze urodzeni”.

Od kilkunastu lat w Polsce na niewielką skalę odbywają się porody domowe [3]. Wyeliminowanie porodu domowego z zakresu obowiązków położnej wynikało nie tylko z przeniesienia porodu do szpitala jako miejsca bezpiecznego dla narodzin dziecka, ale również z braku ustawy zawodowej określającej zakres kompetencji położnej. Nieliczne położne, które towarzyszyły porodom domowym, robiły to na podstawie przedwojennej ustawy z 16 marca 1928 roku. Zmiany ustawowe dla grupy zawodowej położnych dokonały się w czasie przeobrażeń politycznych w Polsce. Początek powrotu do samodzielności zapoczątkowała ustawa zawodowa dla pielęgniarek i położnych z 1996 roku potwierdzona dyrektywą Unii Europejskiej [1, 9].

Podpisane w 2010 roku rozporządzenie w sprawie standardów opieki okołoporodowej jest bardzo waż-

nym dokumentem, który daje szansę na większą akceptację porodu domowego w środowisku medycznym, zwłaszcza lekarskim. Zdecydowane poparcie dla domu jako jednego z miejsc alternatywnych dla porodów szpitalnych wyraziło prawie 67% respondentek. Przeciwnicy porodów domowych posługują się argumentami o braku odpowiedzialności rodziców i położnej i dużym niebezpieczeństwie, które grozi matce i dziecku. W ogólnej opinii za niebezpieczne dla matki i dziecka porody domowe uważa 50%, natomiast w grupie osób, które nie zdecydowałyby się na propozycję prowadzenia porodu domowego, 100% badanych położnych argumentowało tę decyzję niebezpieczeństwem dla matki i dziecka.

Badania dotyczące bezpieczeństwa porodów domowych prowadzono w krajach, gdzie się one odbywają. Jednymi z najnowszych są opublikowane przez badaczy holenderskich wyniki badań kohortowych (lata 2000–2006), którymi objęto ponad 529 tysięcy kobiet. Wiele spośród analizowanych danych dotyczących kobiet z ciążami niepowikłanymi dostarczyła wiarygodnych i rzetelnych wniosków potwierdzających bezpieczeństwo porodów domowych. W badaniu wykazano, że planowe porody domowe są bezpiecznym rozwiązaniem w krajach, w których kobiety są objęte opieką położniczą, porody są przyjmowane przez właściwie wyszkolone położne, a w sytuacji zagrożenia istnieje możliwość transportu do szpitala. Wyniki tych badań są zgodne z wcześniejszymi doniesieniami uzyskanymi między innymi przez Olsena czy zawartymi w podobnych publikacjach poświęconych tym zagadnieniom [10–12].

Jednym z najważniejszych czynników gwarantujących bezpieczeństwo porodu domowego w powyżej cytowanych badaniach są posiadane kwalifikacje zdobyte podczas kształcenia podyplomowego. Podobne wyniki uzyskano w badaniach prezentowanych w niniejszej pracy. Respondentki zwróciły także uwagę na doświadczenie zawodowe zdobyte podczas pracy w sali porodowej.

Dla każdej położnej podejmującej się uczestnictwa w porodzie domowym bardzo ważne jest dokładne rozważenie sytuacji położniczej i zakwalifikowanie pacjentki do grupy niskiego ryzyka. Pomocna może tu być „Karta oceny czynników ryzyka ciążowego” opracowana i polecana między innymi przez Kitzinger [13]. Wszystkie z wymienianych przeciwwskazań do porodu domowego zawartych w karcie były wskazywane przez badane położne w stopniu potwierdzającym bardzo dobrą wiedzę w tym zakresie.

Mała liczba położnych deklarujących zmianę swojej pozycji zawodowej przez podejmowanie się prowadzenia porodów domowych wynika z oddziaływania wielu czynników, zwłaszcza natury prawnej czy ustawodawstwa zawodowego (zmieniających się w ostatnim czasie na korzyść umacniania samodzielności zawodowej

położnej). Istnieje ponadto silnie utrwalona informacja społeczna o konieczności odbywania porodu wyłącznie w warunkach szpitalnych i wynikająca z tego opinia, że nie jest on czymś naturalnym, fizjologicznym, lecz związanym z niebezpieczeństwem, wymagającym bacznej obserwacji i „prowadzenia” [2].

Podjęto wiele wysiłku, by zmienić warunki porodu i sposób traktowania rodzącej. Wielu lekarzy i położnych stwarza rodzącym atmosferę komfortu i są to bardzo pozytywne i znaczące zmiany. Oczekiwania kobiet pragnących odbyć poród w domu są nieco inne — potrzebują akceptacji własnej aktywności i ich naturalnych kompetencji, poszanowania intymności narodzin [3, 15], chcą być „współtwórcami” porodu [5], a od wybranej przez siebie położnej oczekują przede wszystkim życzliwego i czujnego asystowania. Wskazywane przez położne czynniki mające wpływ na decyzję ciężarnych o porodzie domowym świadczą o rozumieniu i akceptowaniu argumentów wpływających na takie decyzje kobiet.

Wybór miejsca narodzin jest kwestią świadomej decyzji rodziców, którzy mają pełne prawo jej podjęcia według własnych upodobań, ale nie mogą się kierować tylko pozytywnymi argumentami, przemawiającymi za rodzeniem w domu. Jak podkreśla Otffinowska, prezes Fundacji „Rodzić po Ludzku”, nie chodzi przecież o to, by zamieniać porody szpitalne na domowe, ale o możliwość realnego wyboru jego miejsca [15].

Aby alternatywne miejsca porodu były bezpieczne, muszą stanowić element całego systemu opieki okołoporodowej. Pierwsze kroki w postaci prawnych rozporządzeń zostały podjęte, dalsze rozwiązania są kwestią czasu. Istotne jest uznanie, że położne gwarantują bezpieczne prowadzenie porodu fizjologicznego, stosując mniej interwencji medycznych [6], przez co ich praca jest tańsza, a taki poród daje kobiecie większą satysfakcję.

Wnioski

1. Zdecydowana większość respondentek uznaje dom jako alternatywne miejsce porodu, a połowa określa go jako bezpieczne.
2. Wśród badanych 22,15% osób jest zdecydowanych podjąć się prowadzenia porodów domowych. Położne te uważają poród domowy za bezpieczną i dobrą alternatywę porodu szpitalnego.
3. Analiza materiału badawczego wskazuje na istotnie statystycznie wyższy poziom deklaracji bezpieczeństwa porodu domowego przez położne licencjonowane niż dyplomowane.
4. Położne deklarujące chęć prowadzenia porodów domowych to osoby ze stażem pracy w sali porodowej 6–10 lat i ponad 10 lat.
5. Opinia o bezpieczeństwie porodu domowego nie zależy od wieku i ogólnego stażu pracy badanych.
6. W opinii badanych położnych bezpieczeństwo porodu w domu zależy do kwalifikacji zawodowych, stażu pracy i doświadczenia w pracy na sali porodowej.
7. Bezpieczeństwo porodu domowego wymaga też rozwiązań systemowych zapewniających współpracę położnej przyjmującej porody w domu z zespołem terapeutycznym w szpitalu.

Piśmiennictwo

1. Karkowska D. Status zawodowy położnej — zarys problemu. FRpol, Warszawa 2007.
2. Garbarczyk M., Kubika-Kraszyńska U. Opieka okołoporodowa w Polsce i przestrzeganie praw pacjenta w świetle opieki konsumenckiej. FRpol, Warszawa 2002.
3. Holuj I. Urodzić razem i naturalnie. Alterna, Mszczonów 2008: 197–198.
4. Chazan T. Co można i należy zmienić w polskim położnictwie. Materiały z międzynarodowej konferencji naukowej dla lekarzy i położnych „Świadome i nowoczesne podejście do porodu, Wrocław 2008, Fundacja „Kobieta i Natura”.
5. Odent M. Odrodzone narodziny. Niezależna Oficyna Wydawnicza, Warszawa 1997.
6. Cekański A., Ciszkowa V. Próba oceny praktycznego wykorzystania zaleceń zawartych w raporcie WHO. Annales Academiae Medicae (supl.), Żnin 1992.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 roku w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem. Dz.U. 2010, nr 187, poz. 1259.
8. Otffinowska A., Kubicka-Kraszyńska U. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po Ludzku”. FRpol, Warszawa 2006: 31–33.
9. Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego z dnia 7.09.2005 w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, L255/22 PL. Dziennik Urzędowy UE 30.09.2005, art. 42.
10. Olsen O., Jewell M.D. Home versus hospital birth. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 3 Art. No.: CD003352. DOI: 10.1002/146512858. CD000352. W: Medycyna oparta na dowodach — przykłady zastosowania w opiece położniczej. FRpol, Warszawa 2006.
11. de Jonge A. van der Goes B., Ravelli A., Amelink-Verburg M., Mol B., Nijhuis J. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births.
12. Bennebroek J., Gravenhorst J., Buitendijk S. BJOG; DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x. a TNO Quality of Life, Leiden, the Netherlands b Department of Obstetrics and Gynecology. Publikacja oryginalna dostępna na stronie http://www.tno.nl/downloads/bjog_2175_final150409.pdf, 2.04.2011 r.
13. Kitzinger S. Rodzić w domu. Springer PWN, Warszawa 1995: 7–13.
14. Oleś K. Poród domowy — relikwyt czy przyszłość. Materiały z konferencji „Alternatywne miejsca do porodu — czy mogą istnieć w Polsce”. FRpol, Warszawa 2003.
15. Otffinowska A. Rodzić po ludzku — czy mamy jeszcze szansę? Materiały z konferencji „Model opieki okołoporodowej — od kogo zależą zmiany w polskim położnictwie”. FRpol Warszawa 2006.