

SAMODZIELNOŚĆ I KOMPETENCJE ZAWODU POŁOŻNEJ W SYSTEMIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

INDEPENDENCE AND COMPETENCES OF A MIDWIFE IN BASIC HEALTH CARE SYSTEM IN POLAND

Agnieszka Smerdka

Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Studenckie Koło Naukowe Etyki i Bioetyki Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Zawód położnej uważany jest za jeden z najstarszych zawodów świata. Początkowo zawodu położnej można było nauczyć się przez zdobywanie doświadczenia u boku bardziej doświadczonych kobiet, pomagających w czasie porodu. Obecnie, aby móc wykonywać zawód położnej należy ukończyć studia wyższe na uczelni medycznej, ponadto, aby pracować jako położna rodzinna trzeba wykazać się ukończeniem kursów doszkalających w tej dziedzinie.

Słowa kluczowe: położna, położna rodzinna, ciąża, poród, półóg, opieka okołoporodowa, opieka przedporodowa, opieka poporodowa.

ABSTRACT

Profession of a midwife is one of the oldest occupations in the world. Initially, this profession was learned in practice by working with more experienced women, who helped in childbirth. Nowadays, graduation from a medical university is necessary to practice midwifery. Moreover, to become a community midwife, one has to attend extra-curricular courses to be ready for this career.

Keywords: midwife, community midwife, pregnancy, childbirth, postpartum, perinatal care, antenatal care, postnatal care.

Wstęp

Położna od zarania dziejów towarzyszyła kobiecie na wszystkich etapach życia. Najstarsze źródła opisujące działania medyczne dotyczą odbierania porodu. Możemy zatem wnioskować, że jest to najstarsza gałąź medycyny, a jej przedstawicielką była kobieta asystująca przy porodzie [1]. Osobami towarzyszącymi kobiecie w okresie okołoporodowym były zawsze osoby bliskie, przez wiele wieków były to osoby bez przygotowania praktycznego i teoretycznego.

Zmieniający się świat wymusił, aby w czasie porodu oraz po nim opiekę nad matką i dzieckiem sprawowała osoba wykwalifikowana do tego. Oprócz profesjonalnej opieki w czasie porodu, równie ważne są profesjonalne świadczenia medyczne w czasie ciąży oraz po jej zakończeniu. Na kanwie tych założeń powstała koncepcja Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ). Ideą funkcjonowania Podstawowej Opieki Zdrowotnej była potrzeba zapewnienia pacjentom prostego dostępu do podstawowych świadczeń. Jednym z fundamentów działalności Podstawowej Opieki Zdrowotnej jest działalność położnej POZ.

Na przestrzeni ostatnich lat, w których opieka nad matką i dzieckiem pojmowana jest w sposób holistyczny, rola i zadania położnej środowiskowo-rodzinnej ewoluowała. Nie jest to już tylko osoba, która opiekuje się mat-

ka i noworodkiem po porodzie w środowisku domu, ale również pracownik opieki zdrowotnej pomagający kobiecie w przygotowaniu się do roli matki. Wzrosła rola położnej-edukatora. Zawód niegdyś kojarzony z wykonywaniem poleceń lekarza, w świetle ustawodawstwa polskiego jest na dzień dzisiejszy samodzielnym zawodem medycznym.

Rys historyczny zawodu położnej w Polsce

W Polsce pierwsze wzmianki o opiece okołoporodowej dotyczą głównie babek. Były to kobiety, które od wieków (w niektórych częściach Polski nawet do XIX wieku) zajmowały się kobietą rodzącą. Zwykle były to kobiety najstarsze w danej społeczności. Ich praktyki opierały się na zdobytym doświadczeniu oraz wierzeniach ludowych. Często wspierały się przesądami i magią, a w przypadku trudnego porodu odczynianiem uroków. Z upływem lat babki (bądź baby) zaczęto nazywać „mądrymi kobietami”, bądź po prostu „mądrymi”, a swą wiedzę zaczęły przekazywać młodszym niewiastom, najczęściej córkom [1–3].

Początki zorganizowanej opieki okołoporodowej w Polsce datuje się na rok 1203, kiedy to biskup krakowski (Pełka) sprowadził do Sławkowa członków zakonu pod wezwaniem Świętego Ducha (nazwano ich później braćmi szpitalnymi). Duchowni ci trudnili się opieką nad chorymi, bezdomnymi, kobietami ciężarnymi i ich dziećmi. Jednak

ze względu na fakt iż w średniowieczu Kościół zwrócił się ku ascezie, i zalecał unikania widoku ciała kobiety, obecność zakonników na ziemiach polskich nie przyczyniła się do rozwoju wiedzy położniczej [1, 2].

Pierwszą polską położną, o której możemy wyczytać z kart historii była żona radcy krakowskiego Jana Ulla (rok 1555) [4].

Mimo rozwijającej się edukacji położnych w Europie (m.in. we Francji), w Polsce zarówno w wieku XV jak i XVI nie istniały przepisy, które normowałyby pracę położnych, a przyjmowanie porodów do XIX wieku określane było „babieniem” [1]. Zorganizowane nauczanie położnych w Polsce rozpoczęło się dopiero pod koniec XVIII wieku.

Rys historyczny edukacji położnych w Polsce

Początkowo do szkół dla położnych uczęszczały głównie kobiety niepotrafiące czytać i pisać, dla których zdobycie dyplomu akuszerek było szansą na awans społeczny. Z bieżem czasu (w latach 60. XIX wieku) warunkiem przyjęcia do szkoły była umiejętność czytania i pisania. W związku z faktem, że Polska znajdowała się pod zaborami czas nauki dla położnych był różny w różnych ośrodkach kształcenia (od 4 miesięcy do 2 lat w późniejszych okresach), nauka kończyła się egzaminem teoretycznym i praktycznym przed specjalną komisją [1]. Za sprawą szkół znacznie wzrosła liczba wykwalifikowanych położnych pod koniec XVIII i na początku XIX wieku. Jednocześnie zauważono potrzebę ciągłego doskonalenia się położnych i poszerzenia wiedzy [1].

Rozwijające się położnictwo i wzrost liczby położnych sprawiły, że zaczęto formalizować zawód położnej. Początkowo akty prawne dotyczące położnych miały charakter lokalny i wydawane były w dużych miastach. Od 28 marca 1820 roku obowiązały przepisy dla adeptek kończących warszawską szkołę dla położnych [1].

Pierwszy regulamin akuserek powstał w Poznaniu w 1827 roku. Składał się on z 30 paragrafów napisanych w języku polskim i niemieckim. Zawierał między innymi zasady nauczania oraz rekrutacji kandydatek [1].

Pomimo pojawienia się (już w XIX wieku w Polsce) pierwszych aktów prawnych regulujących zawód położnej, były one różne w poszczególnych rejonach Polski, ze względu na zabory. Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości, w związku z różnymi zasadami kształcenia położnych oraz nadal funkcjonującymi w społeczeństwie „babkami”, władze postanowiły uregulować prawnie pracę akuserek. Pierwszym aktem normującym pracę położnych w Polsce po odzyskaniu niepodległości była Zasadnicza Ustawa Sanitarna z 19 lipca 1919 roku. Nakładała ona na akuszerek obowiązek zgłaszania każdego przypad-

ku choroby zakaźnej, w tym zakażenia połogowego, do władz sanitarnych [1].

Za pierwszą ustawę o zawodzie położnej można uznać Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 18 marca 1928 roku. Standaryzowało ono zasady nabywania prawa wykonywania zawodu (mogły je otrzymać tylko obywatelki polskie), zakres obowiązków (udzielanie wskazówek dla ciężarnych z obszaru higieny i diety, opieka i pomoc przy porodzie, udzielanie pomocy ciężarnym i rodzącym w nagłych przypadkach, udzielanie porad i wskazówek w zakresie pielęgnacji, opieki nad noworodkiem oraz karmienia piersią). Samodzielność zawodowa położnych tamtego okresu była bardzo duża, każda posiadała i prowadziła między innymi „Dziennik położnej”, który był dokumentem prawnym potwierdzającym jej pracę. Punktem przełomowym dla zawodu położnej było wydanie 2 maja 1929 roku Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych, które w najistotniejszy sposób regulowało działanie szkół położniczych oraz pracę zawodową położnych [1].

Po II wojnie światowej, z powodu znacznego braku wykwalifikowanej kadry medycznej, zawodu położnej zaczęto nauczać w 3-letnich szkołach położniczych. Porody, zarówno w czasie II wojny światowej jak i po niej, odbywały się w domach. Od 1950 roku w Polsce zaczęto tworzyć Izby Porodowe, prowadzone w całości przez położne, które prowadziły porody fizjologiczne, a w przypadku pojawienia się komplikacji kierowały rodzącą do szpitala. Wprowadzenie Izb Porodowych do polskiej opieki zdrowotnej miało na celu podniesienie poziomu opieki nad ciężarną oraz zwalczanie niefachowej opieki okołoporodowej sprawowanej w domach. Położne, prowadzące samodzielnie placówki opieki zdrowotnej w formie Izb Porodowych, posiadały ogromną wiedzę oraz samodzielną. W latach 70. za sprawą powstania licznych szpitali ginekologiczno-położniczych w dużych miastach zaczęto likwidować Izby Porodowe, a w szpitalach oprócz porodów patologicznych przyjmowano również porody fizjologiczne. Kompetencje zawodowe położnych zostały w znacznym stopniu ograniczone, a kontrolę nad ich pracą zaczęli sprawować lekarze [1].

Samodzielność zawodu położnej w Polsce na przełomie XX i XXI wieku – rys historyczny aktów prawnych

Ustawodawstwo polskie na przestrzeni ostatniego stulecia przeszło liczne transformacje. Zmiany te są również bardzo widoczne w aktach prawnych regulujących zawód położnej.

Zawód położnej w wielu krajach Europy Zachodniej oraz w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych od dawna

traktowany jest jako samodzielny. Mimo iż profesja ta była w Polsce kilkadziesiąt lat temu również uważana za zawód samodzielny i nie budziło to niczyjego sprzeciwu, to zamknięcie Izby Porodowych i przeniesienie porodów fizjologicznych do szpitali znacznie zmieniło obraz suwerenności zawodu położnej oraz zahamowało rozwój samodzielności. Pierwsze zmiany dążące do ponownego usamodzielnienia się zawodu miały miejsce w 1991 roku, kiedy to weszła w życie ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 19 kwietnia tegoż roku [4, 5]. Zapis ustawy udowodnił, że samodzielność zawodu położnej jest faktem oraz był jednym z pierwszych dokumentów dostosowujących nasze prawo do wymogów Unii Europejskiej. Przepisy te zostały znowelizowane 1 lipca 2011 roku ustawą o samorządzie pielęgniarek i położnych, wskazując między innymi jednoznacznie zasady odpowiedzialności zawodowej i obowiązują po dziś dzień [6].

Jednym ze sztandarowych aktów prawnych dla każdej pielęgniarki i położnej była ustawa z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodzie pielęgniarki i położnej. Ustawa ta jasno określiła wymagania co do edukacji jaką musi zdobyć położna, aby uzyskać prawo wykonywania zawodu oraz wprowadziła w życie dyrektywy Unii Europejskiej między innymi 80/154/EWG z dnia 21 stycznia 1980 roku dotyczącą uznawania dyplomów, 80/155/EWG z dnia 21 stycznia 1980 roku dotyczącą zawodu położnej. Ponadto zaczął funkcjonować podział na położne otrzymujące tytuł licencjata i magistra położnictwa, zatem od tej pory, aby zdobyć zawód musiały kształcić się na wyższych uczelniach medycznych [7]. Konieczność ukończenia studiów na akademii/uniuersytecie medycznym znacząco wpłynęła na podniesienie prestiżu zawodu. Pierwsze studia magisterskie na kierunku położnictwo powstały w 1996 roku na Akademii Medycznej w Lublinie [1].

Ustawa z 1996 roku została zastąpiona w 2011 roku, kiedy w życie weszła Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej. W Rozdziale 1, Artykule 2 możemy przeczytać, że zawód pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi. Co więcej, ustawa określa kompetencje i zadania położnej, które polegają między innymi na rozpoznawaniu ciąży, prowadzeniu ciąży i porodu fizjologicznego, a w koniecznych przypadkach na wykonaniu również nacięcia krocza czy przyjęcia porodu z położenia miednicowego. Ustawa ta wprowadziła w życie przepis, dzięki któremu za wykonywanie zawodu położnej uznaje się nie tylko pracę w szpitalu, ale również nauczanie zawodu pielęgniarki i położnej, prowadzenie działalności badawczej, zajmowanie stanowisk kierowniczych w ośrodkach opieki zdrowotnej [8]. Ustawę tę można uznać za kontinuum Rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 7 listopada w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego [9].

Kompetencje położnej w świetle ustawodawstwa polskiego

Położna jest osobą, która towarzyszy kobiecie na wszystkich etapach jej życia, służąc jej radą, pomocą i roztaczając nad nią opiekę. Jest samodzielnym zawodem medycznym, a za wykonywanie zawodu położnej uznaje się świadczenie opieki zdrowotnej, polegające między innymi na rozpoznawaniu ciąży i sprawowaniu opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej przy wykorzystaniu aktualnej wiedzy medycznej i przy użyciu określonych badań niezbędnych w monitorowaniu prawidłowego przebiegu ciąży fizjologicznej. W ramach swoich kompetencji położna jest uprawniona do kierowania ciężarnej pacjentki na badania, konieczne do jak najwcześniejszego wykrycia ciąży wysokiego ryzyka. W zawód położnej wpisane jest również prowadzenie porodu fizjologicznego oraz nadzorowanie dobrostanu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej. Do jej obowiązków należy również przyjmowanie porodu naturalnego (w przypadku konieczności również z nacięciem krocza i w nagłych przypadkach również porodu z położenia miednicowego). Ponadto na położnych spoczywa obowiązek podejmowania działań koniecznych w nagłych sytuacjach do czasu przybycia lekarza (mowa tu o ręcznym wydobyciu łożyska oraz ręcznym zbadaniu macicy). Rola położnej nie kończy się jednak w chwili porodu. Po narodzinach dziecka położna sprawuje opiekę nad matką i noworodkiem, monitoruje przebieg okresu poporodowego oraz posiada wiedzę niezbędną do rozpoznania u matki lub u dziecka nieprawidłowych objawów wymagających skierowania do lekarza [10].

Moment przyjścia na świat potomka jest tylko jednym z momentów, w których kobieta może spotkać się z położną, należy w tym miejscu wspomnieć o bardzo ważnej roli jaką ma do spełnienia położna. Położna jest uprawniona do sprawowania opieki ginekologicznej – położniczej oraz prowadzenia czynnego poradnictwa w stosunku do kobiet ze schorzeniami ginekologicznymi, jak i przygotowania kobiet do prowadzenia samoobserwacji we wszystkich okresach życia w celu wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka schorzeniami nowotworowymi. Dodatkowo uprawniona jest do wykonywania samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, badań fizykalnych, które mają na celu wczesne wykrywanie chorób sutka. Niezwykle ważnym elementem kompetencji położnej jest działalność edukacyjno-zdrowotna w zakresie przygotowania kobiety do

życia w rodzinie, przekazywanie wiedzy na temat metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa. Położna swoją pracą w dużym stopniu realizuje cele nowoczesnej medycyny, której zadaniem jest profilaktyka i edukacja. W ramach swych kompetencji położna przygotowuje do rodzicielstwa, urodzenia dziecka włącznie z poradnictwem z zakresu higieny i żywienia. W ramach swych kompetencji może ustalać dietę kobiety na różnych etapach życia oraz w ciąży fizjologicznej i ciąży wysokiego ryzyka [10, 13].

Rola i zadania położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Mimo szerokiego wachlarza kompetencji jakie posiada położna często jej zawód kojarzony jest tylko z „odbieraniem porodów”. Jeżeli natomiast chodzi o położną Podstawowej Opieki Zdrowotnej w świadomości społeczeństwa jest to osoba, która przyjeżdża do domu pacjentki po porodzie i zajmuje się karmieniem piersią. Jednakże rodzaj opieki, który ma prawo sprawować położna POZ jest znacznie szerszy.

Położna POZ poza sprawowaniem opieki nad matką i dzieckiem po porodzie, w środowisku domowym, może również sprawować opiekę nad kobietą ciężarną. W ramach wykonywania świadczeń zdrowotnych, na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, położna może przeprowadzać edukację przedporodową od 21. tygodnia ciąży. Od 21. tygodnia ciąży do 32. tygodnia ciąży ma prawo do korzystania z jednego spotkania w tygodniu w ramach bezpłatnej edukacji przedporodowej, finansowanego z budżetu państwa. Po 32. tygodniu trwania ciąży, aż do jej rozwiązania pacjentka może spotykać się z położną POZ dwa razy w tygodniu. W czasie tych spotkań kobieta ciężarna powinna uzyskać informacje na temat fizjologicznego przebiegu ciąży i porodu, sygnałów, które mogą świadczyć o wystąpieniu patologii. Ponadto pacjentka powinna zostać wyedukowana na temat przebiegu laktacji oraz opieki nad noworodkiem. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem – osoba sprawująca opiekę nad ciężarną ustala plan opieki przedporodowej oraz plan porodu, które mogą ulec modyfikacji w zależności od sytuacji zdrowotnej pacjentki [14].

Położna POZ, nazywana potocznie położną środowiskową bądź rodzinną, sprawuje opiekę nad matką i jej dzieckiem przez pierwszych 6 tygodni od daty porodu. Pierwsza wizyta patronażowa w domu pacjentki powin-

na odbyć się w nie później niż w ciągu 48 h od zgłoszenia informacji, że pacjentka wróciła ze szpitala do domu [14]. Do zadań położnej w tym czasie należy między innymi zapewnienie warunków do przebiegu prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka poprzez dostarczenie matce niezbędnych informacji na temat metod karmienia piersią i korzyści z nich wynikających. Co więcej położna POZ zobowiązana jest do oceny stanu zdrowia matki i dziecka, oceny przyrostu masy ciała i rozwoju fizycznego noworodka. Informacje te powinny być odnotowane w karcie wizyt patronażowych. Niezbędnym elementem wizyt patronażowych jest również instruktaż, udzielanie rad i wskazówek na temat opieki nad noworodkiem oraz jego pielęgnacji (pielęgnacja skóry noworodka, kikuta pępownicy, dna pępka, techniki kąpeli i przewijania dziecka) i stopnia w jakim matka stosuje się do zaleceń dotyczących tejże opieki [14].

Niezwykle ważnym elementem pracy położnej, poza udzielaniem pomocy medycznej i rad z zakresu pielęgnacji noworodka i położnicy, jest również ocena możliwości uzyskania przez kobietę wsparcia ze strony osób z najbliższego otoczenia, rodziny oraz w przypadku zaobserwowania występowania nieprawidłowości w relacjach rodzinnych, takich jak przemoc fizyczna lub psychiczna, prawidłowa diagnoza i interwencja. Jest to bardzo istotny czynnik przeciwdziałania występowaniu przemocy w rodzinie, gdyż położna z racji sprawowania opieki nad położnicą i dzieckiem w środowisku domowym jest jedną z pierwszych osób, która może zaobserwować występowanie patologii w relacjach rodzinnych. Z licznych przeprowadzanych badań, między innymi takich jak Raport Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (sporządzonych przez TNS Ośrodek Badania Opinii Publicznej z 2008 roku), wynika, że 44% Polaków posiada w swoim otoczeniu (wśród znajomych, sąsiadów) przynajmniej jedną rodzinę, w której występuje przemoc wobec dzieci. Natomiast 31% osób, które wzięło udział w powyższym badaniu wie o stosowaniu wobec dzieci przemocy psychicznej, kolejne 31% ankietowanych wie o przemocy fizycznej, a 5% jest w stanie wskazać rodzinę w swojej okolicy, w której dochodzi do wykorzystywania seksualnego dziecka. Przy analizowaniu powyższych danych oraz zadań, stawianych położnym środowiskowo-rodzinnym, należy jednak pamiętać, że rolą położnej, jako wykwalifikowanego pracownika opieki zdrowotnej, nie jest funkcja kontrolera bądź sędziego, ale sojusznika w rozwiązywaniu problemów, który służy swoją pomocą [14, 15].

Oprócz instruktażu na temat samoopieki położnicy oraz opieki nad dzieckiem, do zadań położnej środowiskowej należy również edukacja w zakresie zachowań proz-

drowotnych, zarówno w stosunku do nowonarodzonego dziecka, jak i w wszystkich członków rodziny. W czasie wizyt patronażowych pacjentka powinna otrzymać informacje od położnej na temat zaleceń w kwestii profilaktyki przeciwkrwotocznej i przeciwkrzywicznej u dziecka, o obowiązku zgłaszania się na szczepienia ochronne dziecka zgodnie z kalendarzem szczepień oraz badania profilaktyczne. Ponadto ważna jest edukacja pacjentki na temat zdrowego stylu życia, sposobów minimalizowania stresu i radzenia sobie z nim, wpływu palenia tytoniu na zdrowie, profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, metod planowania ciąży. Stałym elementem opieki nad położnicą jest również edukacja w zakresie laktacji (sposób odżywiania się, pomoc w zapobieganiu problemom związanym z laktacją). W kwestii samoopieki położnica może uzyskać wsparcie i fachową pomoc w zakresie pielęgnacji rany krocza/rany po cięciu cesarskim (jeżeli zachodzi taka konieczność położna ma prawo również ściągnąć szwy z krocza) [14].

Podsumowanie

Opiekowanie się pacjentką po porodzie przez położną rodziną nie jest niczym nowym w polskiej ochronie zdrowia. Faktem jest, że położna POZ otaczała swą opieką matki i ich dzieci po porodzie. Stosunkowo nowym zjawiskiem jest sprawowanie opieki w formie edukacji przedporodowej przez położne rodzinne. Jednak zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 20 września 2012 roku, opiekę nad kobietą w ciąży fizjologicznej, oprócz lekarza ginekologa, może sprawować również położna. Położna jest w tej sytuacji zobowiązana do świadczeń profilaktycznych, jak i działań z zakresu promocji zdrowia (obejmujących między innymi propagowanie prozdrowotnego stylu życia) [16]. Z badań przeprowadzonych przez Przystańską, Szymańską-Pomorską, Knihniecką Mercik, które dotyczyły działań edukacyjnych prowadzonych przez położną (2005) wynika, że położne w swojej pracy podejmują działania o charakterze edukacyjnym. Edukacja dotyczy zarówno kobiet ciężarnych, jak i ich rodzin. Działania te skierowane były głównie na profilaktykę (43,4%) i promowanie zdrowia (36,8%) [17]. W literaturze spotyka się również doniesienie podkreślające zalety edukacji przedporodowej (np. w formie Szkoły Rodzenia) [18]. Dzięki edukacji i stosowanej psychoprofilaktyce możliwe jest zaobserwowanie korzyści dla matki i dziecka w czasie porodu (między innymi stosowanie mniejszej ilości leków), jak i w okresie późniejszym. Dzięki uzyskanej wiedzy w czasie ciąży kobieta jest w stanie lepiej przygotować się do porodu oraz sytuacji jakie mogą temu towarzyszyć. Wsparcie zarówno informacyjne jak i emocjonalne pozwala łagodzić stany napięcia psychicznego jakie towarzyszą oczekiwaniu na

dziecko [19]. Narażenie na stres, lęk i towarzyszące temu dysfunkcje mogą zwiększyć ryzyko wystąpienia PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) (Czarnocka and Slade, 2000; Grazioli and Terry, 2000). Jednocześnie Lyons (1998), Czarnocka i Slade (2000) donoszą, że kobiety, które miały poczucie kontroli podczas porodu oraz wiedziały czego mogą się spodziewać w mniejszym stopniu narażone są na wystąpienie PTSD [20].

Odczuwanie bólu porodowego jest inne dla każdej kobiety (Waldenström i wsp. 1996). Związek pomiędzy oczekiwaniami kobiety w stosunku do porodu a odczuwaniem bólu jest uzależniony od jej własnej satysfakcji związanej z porodem oraz edukacji przedporodowej odnośnie tego, czego może się spodziewać (Lally i wsp. 2008) [21].

Ważnym aspektem pracy każdej położnej jest propagowanie karmienia piersią i wsparcie kobiet w okresie laktacji. Chęć karmienia piersią wynika często z obserwacji doświadczeń przyjaciół oraz najbliższej rodziny (Hoddinott i Pill, 1999). Wagner i wsp. (2006) wskazują, że 95% kobiet, które były karmione piersią przez matki w przyszłości również wybierze karmienie piersią [22]. W Polsce 97,7% kobiet rozpoczyna karmienie piersią, ale 50% dokarmia sztucznie (Zagórecka i wsp., 2007). W 6. miesiącu życia 68,6% dzieci jest karmionych piersią, ale tylko 3,7% wyłącznie (Zagórecka, 2007). W aglomeracjach miejskich 60% matek karmi piersią, ale wyłącznie tylko 18% (Pietkiewicz 2012) [23].

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Wrześniewska M, Bąk B. Historia zawodu położnej i kształtowanie się opieki okołoporodowej na świecie i w Polsce. *Studia Medyczne* 2012; 27 (3): 89–99.
2. Waszyński E. Historia położnictwa i ginekologii w Polsce. *Volume*, Wrocław, 2000.
3. Sznajder K, Mazurkiewicz B. Córki Ewy, czyli z historii zawodu położnej. Część 3. *Położ. Nauka i Praktyka*. 2012; 4: 46–50.
4. Słosorz T. Samodzielność zawodowa położnych. *Położ. Nauka i Praktyka*. 2009; 3(7): 50–54.
5. Dz.U. 1991 nr 41 poz. 178; Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych.
6. Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1038; Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych.
7. Dz.U. 1996 nr 91 poz. 410; Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej..
8. Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039; Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.
9. Dz.U. 2007 nr 210 poz. 1540; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych

- i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.
10. Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039; Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.
 11. Dz.U. 2013 poz. 1248; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
 12. Dz.U. 2012 poz. 1100; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem.
 13. Dz.U. 2007 nr 210 poz. 1540; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.
 14. Dz.U. 2012 poz. 1100; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem.
 15. Warowny M. Diagnostyka i interwencja w przypadku przemocy w rodzinie wyzwaniem dla położnej środowiskowo-rodzinnej. *Położ.* Nauka i Praktyka. 2011 3(15): 48–52.
 16. Iwanowicz-Palus G, Golonka E, Bień A, Stadnicka G. Przygotowanie położnej do realizowania edukacji na temat zdrowego stylu życia kobiet ciężarnych w opinii społeczeństwa (część II). *Problemy Pielęg.* 2012; 20 (3): 289–299.
 17. Przestrzelska M, Szymańska-Pomorska G, Knihnicka – Merdik Z. Funkcje działań edukacyjnych prowadzonych przez położne w stosunku do kobiet ciężarnych i ich rodzin. *Pielęg. Pol.* 2005; 1 (19): 186–192.
 18. Kraśniani E, Semczuk M, Skręt A, Semczuk A. Satisfakcja z opieki okołoporodowej pacjentek rodzących w Polsce/Rzeszów i w Republice Federalnej Niemiec/Gross-Gerau. *Ginek. Pol.* 2013; 84: 17–23.
 19. Sygulla K, Smęadowski A, Szatan A, Michalak A. Potrzeby i oczekiwania kobiet ciężarnych dotyczące opieki okołoporodowej – czy trudno je spełnić. *Przeg. Med. Rodzinnej; Grudzień 2009, VOL XI, 4: 30–36.*
 20. Snow S. Zdrowie psychiczne w okresie okołoporodowym. W: *Praktyka zawodowa.* Red. Dmoch-Gajzlerska E, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 9: 188–208.
 21. Baston H, Hall J. Niefarmakologiczne metody radzenia sobie podczas porodu. W: *Poród.* Red. Kaleta M, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011; 4: 39–53.
 22. Payne C. Karmienie piersią i rola położnej środowiskowej. W: *Praktyka zawodowa.* Red. Dmoch-Gajzlerska E, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 7: 141–162.
 23. http://www.kobiety.med.pl/cnol/index.php?option=com_content&view=article&id=153&Itemid=51&lang=pl; data wejścia 14.09.2014.

Zaakceptowano do edycji: 2015–02–10
Zaakceptowano do publikacji: 2015–03–30

Adres do korespondencji:

Agnieszka Smerdka
ul. Przemęcka 3A
64-234 Mochy
tel.: 603 273 630
e-mail: agasmerdka@wp.pl