

# Poród to nie choroba

*Dramatyczna opowieść Kamili o złym porodzie. Naczelny ginekolog kraju przeprasza. Minister obiecuje wprowadzenie standardu rodzenia po ludzku. Mówi, że szpitale pobierają opłaty „prawem kaduka”. Oto zapis poruszającej debaty „Poród to nie choroba” w klubie „Goście Gazety” poświęconej akcji „Rodzic po ludzku”*



Debata „Poród to nie choroba” w siedzibie „Gazety” 20 lutego. Od lewej: Artur i Magda Krystowie, Kamila Gradowska z córką i prowadzący Piotr Pacewicz

**Piotr Pacewicz, „Gazeta Wyborcza”:** Poród odbywa się w szpitalu, ale to nie jest choroba, to jest akt ludzki, zarazem skrajnie medyczny, skrajnie biologiczny, ale też wchodzący w najwyższe rejony ducha, psychiki. Akcję „Rodzic po ludzku”, wokół której się tutaj spotykamy, zainicjowaliśmy w 1994 r. Na Boże Narodzenie zeszłego roku ogłosiliśmy jej kolejną odsłonę.

Wróciliśmy do niej, ponieważ po dziesięciu latach wiele z tego, co się wtedy poprawiło, znowu się zepsuło, a jednocześnie gwałtownie wzrosły oczekiwania kobiet. Zartujemy sobie, że jesteśmy taką „ligą polskich narodziń”, i jak przystało na ligę, nie wyrażamy zgody na komercjalizację i prywatyzację w tej dziedzinie. Bogaci mogą sobie oczywiście pozwolić na luksusowość z telewizorem czy wanną à la Wassermann, ale podstawowe prawa każdej kobiety: prawo wyboru sposobu rodzenia, kontaktu z dzieckiem, prawo do obecności męża, do informacji, do intymności, do szacunku – wszystko to nie może zależeć od pieniędzy.

Osią akcji są ankiety, w których kobiety oceniają swój poród. Mamy tych ankiet już prawie 16 tys., to jest szokująca liczba.

„Rodzic po ludzku 2006” ma obudzić ambicję personelu, bo oceny, które kobiety wyrażają w ankietach, złożą się na ocenę szpitala, a szpitale o tym wiedzą. Na debatę przybyło świetne grono specjalistów. Zapytamy: jak się w Polsce rodzi, czy po ludzku, a jeżeli tak, to gdzie, a jeżeli nie, to dlaczego? I co zrobić, żeby się rodziło bardziej po ludzku?

Mamy tu najlepszych ekspertów, czyli kobiety rodzące: Kamila Gradowska z córeczką Michaliną oraz Magda Kryst z córeczką Karoliną i mężem Arturem.

**Magda Kryst:** Rodziliśmy w szpitalu św. Zofii w Warszawie, i to nie był przypadek. Mieliśmy sprecyzowane oczekiwania, chciałam rodzić z mężem. Chciałam mieć kontakt z położną i żebyśmy się mogły wcześniej poznać, żebyśmy mogły nabrać zaufania. Chciałam dostać bezpieczne znieczulenie, chciałam, żeby położna chroniła moje kroczki, żebyśmy mogły wybrać sobie pozycję, żebyśmy nie były przykute do łóżka i aparatury. Wszystkie te oczekiwania spełnił Szpital św. Zofii.

**Piotr Pacewicz:** W jakiej pozycji rodziłaś?

**Magda Kryst:** Na krześle porodowym. Dzięki temu poród trwał krótko. Przyjechaliśmy do szpitala około godz. 10, a o 11.45 już urodziłam. Poród wspominałam cudownie. Prawie zero bólu. Położna cały czas informowała mnie, co się dzieje.

**Artur Kryst:** Dzięki szkole rodzenia wiedziałem, co robić od pierwszych skurczy. Pozytywnie zaskoczył mnie ciepły wystrój, nowoczesne sprzęty. I jeszcze intymność. Mogę o tym godzinami opowiadać.

**Magda Kryst:** W kulminacyjnym momencie mąż razem z położną wyjęli dziecko i po ostatnim parciu położyli mi je na piersi. Pierwszą osobą, która dotykała dziecka, był Artur, przecinał pępowinę. Cudowna chwila, widziałam jego wzruszenie. Dziecko dwie godziny leżało mi na piersi, pierwsze karmienie. Nie było żadnego lekarza, który by nad nami stał i mówił, co mamy robić, albo że trzeba już zbadać dziecko, zmierzyć i zważyć. Zrobił to wtedy, kiedy byliśmy już gotowi.

**Piotr Pacewicz:** A ile te wszystkie cuda kosztowały?

**Magda Kryst:** Pobyt w szpitalu, od godz. 10 do 14 następnego dnia, kosztował nas 2,5 tys. zł. W tej cenie był kontakt z położną od 36. tygodnia ciąży do rozwiązania. W każdej chwili mogłam do niej zadzwonić.

**Kamila Gradowska:** Mogę tylko zazdrościć. Też chciałam, żeby była przy mnie położna, której ufam. Chciałam rodzić w szpitalu, który znam. Niestety, oddział, na którym miałam rodzić, został akurat zamknięty i rodziłam w środowisku zupełnie obcym.

**Piotr Pacewicz:** Co to był za szpital?

**Kamila Gradowska:** Szpital MSWiA na Wołoskiej w Warszawie. Najpierw spędziłam ładnych parę godzin z córeczką na izbie przyjęć, gdzie na 11 kobiet z brzuchami były cztery krzeselka – zmienialiśmy się. Na oddział patologii przyjęto mnie o godz. 19 z diagnozą kolki nerkowej. Byłam tam tydzień. 30 września przekierowano mnie na porodówkę, tam spędziłam trzydzieści kilka godzin. Przyjęto mnie z półtoracentymetrowym rozwarciem i akcja nie postępowwała, więc na 15 godzin założono mi cewnik. Ciężko mi było się poruszać, a musiałam chodzić do toalety co chwila. Nie było przy mnie nikogo, kto by pomógł zejść z łóżka. Rozwarciem po zdjęciu cewnika: 4 cm. Zmie-

niały się ekipy, zmieniali się lekarze, zmieniali położne. Dostałam oksytocynę.

Nie miałam siły, żeby po kogoś zadzwonić. Zaczęłam słabnąć i strasznie mi było źle samej, więc poprosiłam położną, żeby posiedziała chwilę przy mnie i dodała mi otuchy. Powiedziała: „Nie wytrzymam, jak krzyczysz” i wyszła. Pierwsze zderzenie z rzeczywistością. Przyszł pan doktor i zdaje się, że przebił pęcherz owdniowity. Dokładnie nie wiem, nie pytałam.

**Piotr Pacewicz:** Wyglądasz na osobę zdecydowaną, pewną siebie.

**Kamila Gradowska:** Tak, ale tam się bałam, nie chciałam być upierdliwą pacjentką. Chwilę potem poczułam ból nie do opisanego. Wydaje mi się, że w tym momencie główka mojej córeczki zaczęła schodzić do kanału rodowego i rozpychać wszystko, co można było. Krzyczałam strasznie. I wtedy padły dwa kolejne teksty mojej położnej: „Ile ty masz lat, że tak się zachowujesz?” i drugi: „Robić dzieci jest komu, rodzić to już nie”.

Rodziłam półleżąc na łóżku porodowym. Po próbnym parciu położna zaproponowała, żebym poszła do ubikacji i posiedziała sobie na sedesie. Miałam kropłówek, było mi ciężko iść. Poprosiłam położną o pomoc. Nie chciała. Po kwadransie na tym sedesie poczułam, że tracę przytomność. Zawołałam ją. „Czego się drzesz?” – usłyszałam. – Ważysz prawie 100 kg, dziewczyno, nie będę się z tobą szarpać”. I poszła. Jakoś się zwlokłam.

Poskakałam na piłce, żeby było większe rozwarcie, i mogłam rodzić. Poszła mi szybko, cztery parcia. Byłam szczęśliwa. Położyli mi córkę na piersi, ale zaraz ją zabrali. Byłam wyczerpana, straciłam dużo krwi. Po jakiejś godzinie, dwóch doszłam do siebie i... (Kamila zaczyna płakać) usłyszałam, jak doktor od noworodków pyta, czy przynieść dziecko. A położna: „Ona nie ma siły, żeby zająć się swoim dzieckiem”. To był koszmar.

**Magda Kryst:** Magda Kryst: Co to było za poród, co nie było małą kwotą, bo moja koleżanka urodziła trzy tygodnie wcześniej w Szpitalu Bielańskim i nie mogła wybrać sobie pozycji, nie mogła się ruszać, nie miała głosu. Rodziła trzecie dziecko, a i tak rutynowo nacięto jej kroczki. Całe szczęście, kiedy poprosiła o znieczulenie, zapytała, co to będzie. Gdy dowiedziała się, że dolargan, zrezygnowała.

**Anna Otfinowska, prezes fundacji Rodzic po Ludzku:** Gdyby zajrzeć do karty porodu Kamili, to pewnie jest tam napisane, że poród odbył się siłami natury. W Polsce dzielimy porody na cesarskie cięcia i siłami natury. Ale co to jest ten poród naturalny, fizjologiczny? Czy w ogóle istnieje, skoro 98 proc. porodów odbywa się w szpitalu pod ścisłym nadzorem medycznym, skoro jest widziany jak choroba, jak zagrożenie życia matki i dziecka, jako coś, przez co kobieta sama przejść nie może. Światowa Organizacja Zdrowia sformułowała definicję porodu normalnego. Wśród 2 tys. kobiet, które odpowiedziały na naszą ankietę, bez interwencji rodziło tylko 7 proc., z jedną interwencją – 12 proc., z dwiema – 38 proc., z trzema – 26 proc.

Gdy pytamy ordynatorów, jak u nich podchodzi się np. do nacięcia kroczka, wszyscy odpowiadają oczywiście, że „tylko w razie potrzeby”. Ale ta potrzeba ujawnia się w 80 proc. porodów! A liczba cesarskich cięć rośnie z roku na rok, teraz to 25 proc. Mamy w Polsce mocną medykację porodu.

W położnictwie nie odświeża się wiedzy medycznej, tylko się idzie utartymi torami, choć badania pokazują, że wiele z tych interwencji jest nieefektywnych, czasem wręcz szkodliwych.

**Urszula Kubicka-Kraszyńska, fundacja Rodzic po Ludzku:** Nacięcie kroczka zostało wylansowane w 1920 r., w naszych podręcznikach wciąż jest dogmatem. Tymczasem w wielu krajach odchodzi się od medykacji. Jednym z warunków tego odwrotu jest, żeby wrócić do tego, że poród to domena położnej, co w Polsce zanika.

**Anna Otfinowska:** Co zrobić, żeby poród przestał być w Polsce chorobą? Przede wszystkim odnieść się do definicji porodu normalnego i w zgodzie z nią ustalić standardy opieki okołoporodowej. Uznać, że jest też poród domowy, zaplanowany, bezpieczny, a także dom narodzin, dawniej izba porodowa. I rozdzielić kompetencje między położnymi i lekarzami.

**Piotr Pacewicz:** Jednak można w Polsce rodzić po ludzku, np. w Pucku i w Sokółce, w szpitalach laureatów naszych akcji w poprzednich latach.

**Dr Małgorzata Kamińska, szpital w Sokółce:** Najtrudniejsza jest zmiana samego siebie, bo kiedyś lekarzy czegoś na-

uczono, a teraz zasady się zmieniają. Idealnym jest, żeby pacjentki mogły poznać personel przed porodem. Pacjentki są u mnie dobrze traktowane. Ale ja prowadzę szpital pierwszego poziomu referencyjnego, czyli szpital powiatowy, rodzimy średnio 700 noworodków rocznie. To niewielka liczba porodów, niewielka ilość personelu. Środowisko, które się zna, jest szkoła rodzenia.

**Piotr Pacewicz:** Ile kosztuje u Pani rodzenie z bliską osobą?

**Dr Kamińska:** Nic się nie płaci.  
**Dr Andrzej Przyboś, szpital w Pucku:** Kiedy pod koniec lat 90. nastąpiły kasy chorych, zaczęliśmy myśleć, jak przetrwać. Ja mam pod bokiem Trójmiasto. Pochwalę się: w ostatnich sześciu latach z Trójmiasta przyjechało do nas 850 pacjentek. My już mówimy nie „pacjentki”, ale „klientki”. Przepraszam mamy za takie wyrażenie, ale jeżeli ja dostaję pieniądze z NFZ za każdy poród... Skąd ten sukces? Szukamy sposobów, żeby rodzice przyciągnąć do siebie.

To, żeby pacjentki mogły rodzić aktywnie, kosztuje nas może troszeczkę więcej wysiłku. Ale poród aktywny to przyszłość – musimy wyrugować sytuację, gdy pacjentka leży na wznak. Podkreślam, że mój oddział to też pierwszy stopień referencji, patologię odsyłamy do większych szpitali. U nas pacjentka wybiera pozycję, w której chciałaby sobie rodzić. Pokazujemy możliwości: czy piłeczka, czy worek sako, krzeselko, materac, drabinka, woda.

**Piotr Pacewicz:** Woda?

**Dr Przyboś:** Tak. Mieliśmy już ok. 900 porodów w wodzie, jestem niekwestionowanym liderem w skali kraju. Dzięki aktywnemu porodowi skracają się u nas fazy porodu, a nie rośnie odsetek uszkodzeń czy obrażeń kroczka. Lepszy jest też stan nowo narodzonego dziecka.

**Prof. Katarzyna Kornacka, konsultant wojewódzki ds. neonatologii w woj. mazowieckim:** Jest coś takiego jak bezpieczeństwo zagrożonej ciąży. Trzeba by też zapytać kobiety, które rodzą w 25. tygodniu ciąży, jak one rozumieją sentencję „rodzić po ludzku”. Porównaliśmy się do Skandynawii, ale my nijak się mamy do krajów skandynawskich. Odsetek porodów przedwczesnych tam wynosi 2,5 proc., u nas 6-7 proc. I mamy wciąż duży odsetek ciąż zagrożonych.

Zgadzam się, że trzeba zwiększyć rolę położnej w porodzie fizjologicznym, ale wprowadzić tu hierarchię: położne niższe, które powinny być z rodzącą cały czas. I wyśre, które nadzorują poród.

**Katarzyna Grzybowska, położna:** Pracowałam na sali porodowej w Szpitalu Klinicznym Akademii Medycznej na Karowej przez 11 lat, później przez 8 lat w Wołominie. Byłam też w Szwecji, i to był moment przełomowy: wiem, że w szpitalu pracować już nie będę. Jest luka w polskim położnictwie – między porodem w domu a porodem w szpitalu. To położne powinny być zapełnić. Razem z grupą koleżanek tworzę tzw. dom narodziń, gdzie kobieta będzie miała zapewnioną wolność i indywidualność. Będzie mogła przyjść przed ciążą, potem w ciąży, będzie miała do dyspozycji położne, które będą tę ciążę prowadzić. U nas urodzi i będzie z nami potem, będziemy służyć jej poradą laktacyjną i położniczą. Trudno zapewnić taką opiekę w szpitalu, gdzie wciąż zmieniamy się na dyżurach.

dokończenie na s. 2



dokończenie ze s. 1

**Irena Choluż, położna:** Położne muszą zaważyć o tożsamość swojego zawodu. Do końca zaangażować się w bycie z rodzącą. Tymczasem w szpitalu położna ma wiele obowiązków, również administracyjnych. Trzeba by wprowadzić zasadę indywidualnej opieki nad kobietą przez jedną położną. Jest przecież instytucja położnej rodzinnej. Rzecz w tym, by ta położna, która kobietę zna od samego początku, mogła z nią iść do szpitala i być jej opiekunką. Teraz jest inaczej. Gdy prowadzę poród domowy i pojawiają się komplikacje, muszę zawieźć rodzącą do szpitala i zostają za progami.

**Piotr Pacewicz:** Domy narodzin, porody domowe to nowe rozwiązania, ale czy coś można zrobić w całej służbie zdrowia? Panie ministrze...

**Bolesław Piecha, wiceminister zdrowia:** Z zawodu jestem ginekologiem-położnikiem i zgadzam się, że poród fizjologiczny to domena położnych. Mówimy o medykalizacji, o dehumanizacji, o procedurach medycznych, nie mówiliśmy jeszcze o ekonomizacji. Pan ordynator z Pucka mówił, że mu się opłaca. W USA być może nacięć krocza jest mniej. Pytanie, ile jest cięć cesarskich, które je zastępują? A w niektórych amerykańskich ośrodkach to nawet 50 proc.! Więc ta medycyna będzie zawsze wkraczać. Przede wszystkim – zgadzam się – trzeba opisać poród po ludzku jako standard, czyli świadczenie gwarantowane w ramach ubezpieczenia. Poza tym wyraźnie wyodrębnić domy narodzeń, gdzie poród naturalny może być prowadzony niekoniecznie z pełną obsługą lekarską. Czy to są zadania nie do wykonania? Nie, problemy są raczej w naszej mentalności. Ale mam jeszcze jeden pomysł: może warto za poród naturalny płacić szpitalom więcej niż za poród zmedykalizowany?

**Jerzy Chajdas, Narodowy Fundusz Zdrowia:** W 1998 r. powstał program opieki okołoporodowej, miał być zaktualizowany, miały powstać standardy – niestety tego nie ma. Gdyby posługiwać się wytycznymi dotyczącymi postępowania z kobietami rodzącymi, byłoby łatwiej kontrolować ich wykonanie i określić poziom finansowania. To tyle z mojej strony.

**Elżbieta Cichocka, „Gazeta Wyborcza”:** Kluczowe jest opracowanie takich standardów. Tylko kto ma to zrobić? Ministerstwo Zdrowia, które kształtuje politykę zdrowotną? Świat medyczny reprezentowany przez prof. Stanisława Radwickiego, konsultanta krajowego ds. ginekologii i położnictwa? NFZ?

**Jerzy Chajdas:** Tak, są te spory kompetencyjne. Ja sądzę, że powinien to merytorycznie ocenić jednak fachowiec, czyli prof. Radwicki. Minister powinien tylko dać wskazania, że coś takiego zaakceptuje. Nasz Fundusz powinien do tego przystąpić miarkę finansową.

**Prof. Stanisław Radwicki, krajowy konsultant w dziedzinie położnictwa i ginekologii:** Przede wszystkim chciałbym przeprosić panią, która opisywała swój trudny poród, w imieniu całego pionu ginekologiczno-położniczego. Nie tak dawno porodów było 800 tys. Wtedy była to fabryka, czyli zupełnie inne standardy, inne wymogi. Teraz, gdy spada liczba porodów, musimy sprostać standardom, które obowiązują w większości krajów Europy. I tutaj pan minister już zapowiedział działania, żeby lepiej działał ten system podziału szpitali na trzy stopnie referencyjności. Bo dla mnie, z punktu widzenia nadzoru, poród musi być przede wszystkim bezpieczny.

**Głos z sali:** Czemu szpitale pobierają opłaty za poród? Jakim prawem?

**Bolesław Piecha:** Prawem kaduka. Nie ma powodu, żeby pobierać dodatkowe opłaty za standard porodu naturalnego.

**Jerzy Chajdas:** Czy ojciec uczestniczący w porodzie to dodatkowy koszt dla szpitala? Czy raczej możliwość zmniejszenia opieki? Bo on w końcu jakąś część opieki wykonuje, więc odciąża personel.

**Magda Witkiewicz, położna:** Nas nikt nie edukuje. Jak przychodzi pacjentka i mówi, że nie chce nacięcia krocza, my nie wiemy, dlaczego tak, dlaczego nie. Ani co wtedy zrobić? Tego nie ma w podręcznikach do położnictwa. Korzystamy ze starych i złych procedur.

**Monika Staszewska, położna:** Słuchałam z przejęciem historii Kamili. I chcę tylko publicznie obiecać, że nigdy nie zrobię niczego takiego żadnej pacjentce, żadnej rodzącej. ◆

# ABC RODZENIA PO LUDZKU



Filip Miller i Justyna Rosa rodzą w szpitalu im. prof. Witolda Orłowskiego przy ul. Czerniakowskiej w Warszawie

**Adrenalina.** Hormon, który wydziela się pod wpływem stresu i przygotowuje organizm do walki albo do ucieczki. Na początku porodu może spowodować jego wstrzymanie. Dlatego warto zadbać o swój komfort psychiczny w czasie porodu: przygotować się do niego w szkole rodzenia, wcześniej zapoznać się ze szpitalem, poszukać położnej, która będzie ci towarzyszyła w porodzie (patrz Położna), rodzić z bliską osobą, pojechać do szpitala dopiero wtedy, kiedy skurcze są już regularne. Adrenalina hamująca poród wydziela się również jeśli kobiecie jest zimno, dlatego tak ważne jest by na sali porodowej było ciepło.

Adrenalina odgrywa z kolei pozytywną rolę w ostatniej fazie porodu. Dzięki niej mimo zmęczenia kobieta jest w stanie zmobilizować się do wysiłku. Szczególnie, że hormon działa także przeciwbólowo. Adrenalina wytwarza się również u dziecka podczas przechodzenia przez kanał rodny, dzięki czemu rodzi się pobudzone i wydaje swój pierwszy krzyk.

**Akcja „Rodzić po ludzku”.** „Kobieta przywiązana do łóżka na wznak, obowiązkowo ogolona i po lewatywie. Lekarz naciska na jej brzuch, by przyspieszyć urodzenie dziecka, bo kończy się jego dyżur. Rutynowe cięcie krocza. Po porodzie dziecko odebrane matce. Żadnego trzymania za rękę, żadnej życzliwości”. Takim tekstem ogłaszaliśmy w „Gazecie” start akcji „Rodzić po ludzku” w maju 1994 roku.

Już wcześniej miesięcznik „Twoje Dziecko” i Ośrodek Edukacji Ekologicznej EKO-OKO (m.in. Anna Otfinowska, Ewa Smuk) zaapelowały o listy z opisem porodu i pobytu w szpitalu. Skorzystały z doświadczeń Sheili Kitzinger, antropolożki i feministki, która przyjechała do Polski na konferencję „Jakość narodzin – jakość życia”. Jej uczestniczki wspominały, jak położyła się na stole i pokazywała różnice między porodem tradycyjnym i naturalnym. Kitzinger stworzyła pierwszy przewodnik po szpitalach w Wielkiej Brytanii na podstawie listów od kobiet.

Po apelu „Gazety” akcja nabrała ogromnego impetu (bez porównania większego niż w Wielkiej Brytanii). Opublikowaliśmy setki listów, artykułów, apeli, a w grudniu 1994 „Przewodnik po szpitalach położniczych” (patrz Przewodnik).

W 1995 r. akcję wsparła TVP. W dwóch pierwszych latach akcji ankiety z opisem porodu (wtedy wyłącznie na papierze) przysłało prawie 15 tysięcy kobiet. W 1996 r. z ekipy prowadzącej akcję powstała fundacja Rodzić po Ludzku, która kontynuuje starania o poprawę standardu opieki okołoporodowej.

W trzeciej edycji w 2000 roku dostaliśmy 12 tysięcy ankiet, a sytuacja na porodówkach zaczęła wyglądać dużo lepiej.

Polski sukces natchnął organizacje kobiece w innych krajach. Podobne akcje odbyły się na Węgrzech (1998), w Luksemburgu (2001) i w Czechach (2003 i 2004).

Listy nadchodzące w ostatnich latach do fundacji pokazały, że stare praktyki wracają, a po ludzku można rodzić właściwie tylko za pieniądze. Tegoroczna, czwarta już edycja akcji pod hasłem „Rodzić po ludzku to nie przywilej” walczy o to, by kobiety mogły rodzić godnie za darmo.

**Alarm.** Poród tylko na filmach zaczyna się nagle. W rzeczywistości zapowiadają go liczne znaki – dreszcze, odciszczenie czoła śluzowego, rozwolnienie, pęknięcie pęcherza płodowego i regularne skurcze. Najpierw możesz odczuwać je w dole brzucha (przypominają bóle menstruacyjne), w lędźwiowym odcinku kręgosłupa lub po wewnętrznej stronie ud. Początkowo są rzadkie, trudno złapać ich rytm. Jeśli występują regularnie (co 7-10 minut) i mają swój początek, szczyt, a potem łagodnie opadają – warto zbierać się do szpitala.

Ważne, by nie jechać tam za wcześnie, zwłaszcza jeśli to pierwszy poród. Pobyt w domu, wśród bliskich, w bezpiecznym otoczeniu pomaga się rozluźnić (co dalej – patrz Wody płodowe).

**Aktywny poród.** To taki, w którym kobieta podąża za instynktem i potrzebami. Jest aktywna fizycznie – porusza się, zmienia pozycję, używa głosu, ale też decyduje o sobie, pozwala sobie na przeżywanie emocji. W latach 80. w Wielkiej Brytanii powstał Ruch na rzecz Porodu Aktywnego. Ruch protestował przeciw totalitarnemu położnictwu, które sprowadziło kobietę rodzącą do roli przedmiotu, a aktywną rolę zostawiło wyłącznie personelowi medycznemu.

**Baby blues.** To normalny (!) trwający do kilkunastu dni po porodzie stan drażliwości i chwiejności emocjonalnej, wynik gwałtownych zmian hormonalnych i wyczerpania. Kobieta przeżywa wtedy wiele intensywnych uczuć, konfrontuje wyobrażenia z rzeczywistością. Radość przeplata się ze zmęczeniem. Wszystko jest nowe i trudne: pielęgnacja, karmienie, wstawanie w nocy, nieustanna czujność i koncentracja na dziecku. Do tego poczucie odpowiedzialności i lęk, czy podołam? Gdy nowe czynności zostaną „oswojone”, baby blues minie.

**Blony płodowe,** inaczej pęcherz owodniowy. Chronią dziecko przed zakażeniem i nadmiernym uciskiem kurczących się ścian macicy.

Najczęściej pęcherz pęka sam na przełomie pierwszego i drugiego okresu porodu (patrz fazy porodu). Czasem lekarze stosują tzw. amniotomie (przebijanie pęcherza) w celu wywołania lub przyspieszenia akcji porodowej. Zabieg w Polsce zdecydowanie nadużywany, stosowany często bez wskazań medycznych i zgody rodzącej. (Patrz Wody płodowe).

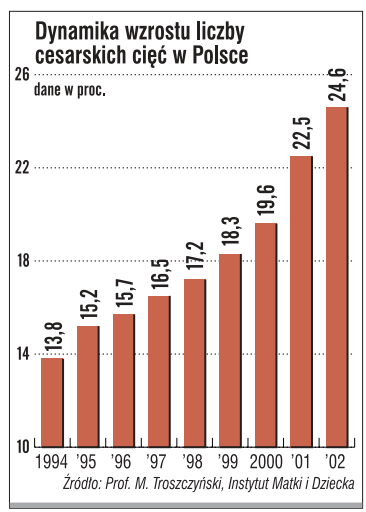
**Cena porodu.** Wybierasz szpital i nagle okazuje się, że choć jesteś ubezpieczona, za poród musisz słono zapłacić? W nie-

których szpitalach za pełną opcję – poród z bliską osobą, pojedynczą salą, obecność wybranej położnej, znieczulenie zewnątrzoponowe – możesz zapłacić do kilku tysięcy złotych. Dyrektorzy szpitali, którzy za każdy poród otrzymują stawkę z NFZ ok. 1100 zł, określają takie usługi jako „ponadstandardowe” i uważają, że mają prawo pobierać pieniądze.

Władze twierdzą, że te opłaty są narzucane „prawem kaduka” (wiceminister Bolesław Piecha – patrz s. 1) i nielegalne, ale nikt z tym nie walczy. Ta szara strefa polskiego położnictwa rozwija się głównie w dużych zamożnych miastach. Rodzić w pełni po ludzku i bez opłat można w wielu mniejszych szpitalach, np. w Pucku (też porody w wodzie) czy Sokółce. Mamy nadzieję, że dzięki tegorocznej akcji „Rodzić po ludzku” wprowadzone zostaną przepisy, które ułatwią kobietom egzekwowanie prawa do „ludzkiego porodu” bez dodatkowych opłat.

**Cesarskie cięcie.** Operacja, podczas której wydobywa się dziecko z macicy po nacięciu powłok brzusznych poprzecznie nad poziomem łonowym lub podłużnie poniżej pępka. Wskazaniem są wszelkie zagrożenia zdrowia i życia matki lub dziecka. Operacja może być wykonywana w znieczuleniu zewnątrzoponowym, podpajęczynówkowym lub ogólnym. Szwy zdejmuje się zwykle po tygodniu.

Ta forma porodu staje się coraz bardziej popularna, często mimo braku wskazań medycznych (patrz wykres). Kobiety tłumaczą się lękiem przed porodem i dobrem dziecka. Takie argumenty podają w wielkiej dyskusji, która rozpełtała się na forum akcji po artykule „Cesarka na życzenie” w „Wysokich Obcasach” (700 postów!). Jako organizatorzy akcji „Rodzić po ludzku” jesteśmy pewni, że fizjologicznie prowadzony poród naturalny, w bezpiecznych warunkach, z życzliwym wsparciem personelu jest znacznie lepszym rozwiązaniem niż cesarka na życzenie.



**Czop śluzowy.** Powstaje na początku ciąży – korek z gęstego śluzu w kanale szyjki macicy. Uszczelnia kanał tak, aby chorobotwórcze drobnoustroje nie mogły przedostać się do macicy i rozwijającego się w niej dziecka.

Odejście czopa, który wygląda jak gęsty śluz, często różowy albo brązowy, uznaje się za początek porodu. To nieprecyzyjny wskaźnik, świadczy tylko o tym, że kanał szyjki macicy rozwarł się na tyle, że czop się z niego wysunął. U kobiet rodzących kolejne dziecko może się to zdarzyć nawet kilkanaście dni przed porodem.

**Dekalog fundacji Rodzić po Ludzku.** Dziesięć najważniejszych postulatów opracowanych w fundacji Rodzić po Ludzku na podstawie ankiet i listów w III edycji akcji w 2000 roku. Nadal aktualny! Naszym zdaniem żaden z punktów Dekalogu nie został w pełni zrealizowany (patrz ostatnia strona).

**Depresja poporodowa.** Jak wynika ze statystyk, dotyka w szczególności kobiet, które przeżyły w ciąży życiową tragedię, urodziły dziecko martwe lub obarczone wadą. Częściej zdarza się kobietom starszym, zwłaszcza aktywnym zawodowo, przyzwyczajonym do niezależności i kontaktów towarzyskich. Ale także takim, które od dawna marzyły o macierzyństwie i miały jego wyidealizowany obraz. Sprzyja jej brak wsparcia ze strony męża i rodziny, bieda, samotne macierzyństwo, utrata pracy.

Jeśli kilka tygodni po porodzie wciąż: ◆ czujesz się zmęczona, nie możesz spać, wstajesz skonana, jesteś apatyczna i rozbita, ◆ nie masz apetytu lub przeciwnie – objadasz się, ◆ czujesz się niedobłą matką, nie czujesz więzi z dzieckiem, wydaje ci się ono zupełnie obce albo jesteś wciąż na nie zła, ◆ obsesyjnie martwisz się o dziecko, boisz się zostać z nim sama, ◆ jesteś rozdrażniona, ogarnia cię uczucie nierealności życia, czas płynie inaczej i nawet proste czynności zajmują ci więcej czasu – nie lekceważ swego stanu, tylko idź do psychiatry (skierowanie nie jest konieczne) lub poproś o pomoc psychologa.

**Dolargan.** Silny lek przeciwbólowy, pochodny morfiny, podawany dożylnie lub domięśniowo. Zmniejsza odczuwanie bólu, ale upośledza sprawność psychofizyczną i powoduje uczucie otępienia. Stosowany w czasie porodu przenika przez łożysko do płodu. Po narodzeniu dziecko może mieć kłopoty z oddychaniem i ssaniem piersi, wymaga podania antidotum.

**Endorfiny.** Hormony, które wydzielają się m.in. podczas wysiłku fizycznego. Naturalny środek znieczulający dla rodzącej i jej dziecka. Warunkiem ich wydzielania jest poczucie bezpieczeństwa i niezaburzony nadmierną ingerencją przebieg porodu (patrz Adrenalina). Endorfiny budują przypominając opiaty i mogą zaburzać świadomość u rodzącej, wywoływać jej „nieobecność” ale wywołują też rodzaj euforii. Kontakt matki i dziecka w pierwszych chwilach po porodzie powoduje „zalanie” obojga endorfinami. Wiele kobiet pamięta ten wspaniały moment jako zwieńczenie porodu.

**Fazy porodu.** ◆ I faza. Zwana okresem rozwierania, zaczyna się gdy kobieta ma regularne skurcze powodujące rozwarcie. Trwa najdłużej - około 14 godzin przy pierwszym dziecku, około 8 godzin przy kolejnych. Osiągnięcie pierwszych centymetrów rozwarcia trwa dłużej niż kilku ostatnich (patrz Rozwarcie). Janet Balaskas porównuje ten okres do wspinania się na szczyt góry – im wyżej, tym bardziej stromo. Czasem kobiecie wydaje, że nie da rady, pomoże wtedy ciepła kąpiel, masaż czy zmiana pozycji.

Krytyczny moment to tzw. kryzys siódmego centymetra. Do bolesnych skurczów dołącza się zmęczenie i zniecierpliwienie. Wiele kobiet mówi wtedy, że już nie da rady, a nawet prosi o cesarskie cięcie. Warto wiedzieć, że taki kryzys przeżywa niemal każda rodząca i że to mija.

◆ II faza. Zwana okresem parcia, zaczyna się od pełnego rozwarcia. To czas wy-



dawania dziecka na świat. Do tej pory kobieta mogła tylko czekać na pełne rozwarcie i pokonywać kolejne fale bólu, teraz może nareszcie wspomóc potężne skurcze macicy siłą swojego parcia (patrz Parcie). W tym okresie boli rozszerzanie się miednicy i rozciąganie tkanek pochwy i krocza przez schodzącą w dół główkę. Sam moment rodzenia się główki zwykle nie jest bolesny. Ten II okres trwa krótko – od 10 do 90 minut. Zwieńczony jest przytuleniem dziecka (patrz Kontakt z dzieckiem).

◆ **III faza.** Kilka kolejnych skurczów wypycha łożysko, co trwa najwyżej 30 minut. Po urodzeniu łożyska lekarz ogląda je, by sprawdzić, czy urodziło się w całości (patrz Łożysko).

**Godność.** Na początku akcji „Rodzić po ludzku” w połowie lat 90. oznaką braku poszanowania godności kobiety były tzw. zabiegi przygotowawcze – golenie krocza (często tępa żyłką) i lewatywa (często w otoczeniu wielu osób). Dziś w większości szpitali tych niepotrzebnych medycznie zabiegów się nie wykonuje, chyba że na wyraźne życzenie kobiety. Jednak poród wciąż nie jest wydarzeniem intymnym. Polki rodzą zwykle w kilkuosobowych salach, oddzielone od siebie tylko parawanem, a samemu porodowi potrafi przyglądać się nawet osiem osób. Personel rzadko puka do drzwi, czy przedstawia się, obchody bywają okazją do niewybrednych żartów. A przecież prawa pacjenta gwarantują kobiecie szacunek. Personel powinien też pytać rodzącą o zgodę na obecność osób trzecich, także studentów!

**Informacja.** Jedno z najważniejszych praw pacjenta wynika z naszego konstytucyjnego prawa do stanowienia o sobie. Prawo nakłada na personel obowiązek udzielania pełnej i zrozumiałej informacji o wszelkich zabiegach i lekach stosowanych w czasie pobytu w szpitalu, o przebiegu porodu, o stanie dziecka. Nieudzielanie informacji jest dopuszczalne, tylko gdy kobieta świadomie (!) wyrazi wolę, by o czymś nie wiedzieć. Praktyka jest zupełnie inna (patrz Yes/No).

**Jęść i pić.** Zakaz jedzenia i picia w większości szpitali tłumaczy się groźbą powikłań w razie konieczności cesarskiego cięcia. To jak zakaz tankowania samochodu przed podróżą, bo może się spalić w razie wypadku. Poród to duży wysiłek – trudno go przejść bez jedzenia i picia, głodowanie powoduje przecież osłabienie. Po wprowadzeniu na jednej z brytyjskich porodówek zakazu picia i jedzenia pięciokrotnie wzrosła liczba kobiet, którym trzeba było podać środki pobudzające akcję skurczową, a liczba porodów zabiegowych zwiększyła się o 35 proc.

Zamiast dać kobiecie kanapkę polscy lekarze powszechnie „wzmocniają” rodzącą za pomocą kroplówek (patrz Medykalizacja).

**Joga.** Praktykowanie jogi w ciąży pomaga poznać swoje ciało, uczy się relaksować. Ćwiczenia delikatnie rozciągają ciało, ale nie forsują go. Wśród wielu ćwiczeń jogi są też takie przeznaczone specjalnie dla ciężarnych.

**Kontakt z dzieckiem.** Przez cały okres porodu i jeszcze kilka godzin po nim w organizmie kobiety utrzymuje się wysoki poziom oksytocyny (patrz Oksytocyna). Gdy matka, będąc pod jej działaniem, przytuli do siebie dziecko, tworzy się między nimi niezwykła więź.

**Krzyki.** Rodzącej pomagają w czasie parcia – rozluźniają wejście do pochwy i dodają energii, szczególnie jeśli kobieta prze w pozycji wertykalnej (stojąc, kucając, na czworaka itp.).

Krzyk personelu natomiast jest niepotrzebnym elementem, który stresuje rodzącą, odbiera jej motywację i pewność siebie.

Krzyk dziecka, pierwszy – to sygnał, że wzięło oddech (ale uwaga! nie zawsze dziecko krzyczy). Kolejne informują o bólu, osamotnieniu i przerażeniu. Dzieci, które po porodzie leżą na piersi mamy i pozostają z nią w nieprzerwanym kontakcie przez dłuższy czas, nie krzyczą.

**KTG.** Badanie kardiograficzne, rejestrowanie czynności skurczowej macicy i częstości bicia serca płodu za pomocą głowic przylegających do skóry brzucha

matki. KTG pozwala ocenić stan płodu, zwłaszcza w reakcji na skurcze macicy. Powszechnie stosowane pod koniec ciąży i w czasie porodu, nieszkodliwe i niebolesne, ale w Polsce wiąże się z unieruchomieniem w pozycji leżącej na co najmniej kilkanaście minut.

Bywa to wykorzystywane do wymuszania przez personel tradycyjnej pozycji na plecach. Ciągłe monitorowanie porodu, zwłaszcza w pozycji leżącej, zwiększa ryzyko pojawienia się komplikacji.

**Laktacja.** Pokarm produkowany jest już od 16. tygodnia ciąży, w małych ilościach, niewykorzystany wchłania się. Gdy urodzi się łożysko, zachodzi nagle zmiana hormonalna – prolaktyna odcina wchłanianie się mleka i przyspiesza jego produkcję. Przez trzy pierwsze doby z piersi wydobywa się żółtawa siara – naturalna „szczepionka” dla dziecka, dominująca w niej bowiem przeciwciała.

Mleko zawiera także białko, cholesterol potrzebny do dojrzewania układu nerwowego, nienasycone kwasy tłuszczowe, witaminy, liczne enzymy, hormony, elementy krwi, żywe komórki. Ten koktajl zapewnia dziecku optymalny rozwój i chroni przed chorobami. Także matka czerpie z karmienia piersią korzyści. Wydzielająca się wtedy oksytocyna związa mięsień macicy, a prolaktyna zapewnia dobre samopoczucie. Karmienie pomaga też zrzucić wagę.

Jeśli pojawiają się problemy z karmieniem, kobieta powinna szybko skontaktować się z położną lub z poradnią laktacyjną. Większość problemów można pokonać. WHO zaleca karmienie piersią do końca drugiego roku życia dziecka.

**Lęk.** Lęk o dziecko czy lęk przed porodem przeżywa większość kobiet. Można go zmniejszyć, zdobywając rzetelne informacje na temat ciąży i porodu, poprzez kontakt z zaufanym lekarzem czy położną, ukończenie dobrej szkoły rodzenia. Przeżywanie w trakcie porodu lęku spowodowanego brakiem informacji, niezyczliwością personelu, samotnością może prowadzić nawet do zahamowania akcji skurczowej.

**Lewatywa.** Niegdyś powszechnie stosowana w szpitalu przed porodem. Jeśli ktoś martwi się, że mógłby w czasie parcia wypróżnić się w sposób niekontrolowany – może sobie sam zrobić lewatywę w domu przed wyjazdem do szpitala (w aptece są do kupienia jednorazowe zestawy). Można też skorzystać z czopka glicerynowego. Bardzo często organizm sam się oczyszcza przed porodem, stąd rozwolnienie uważa się za zwiastun porodu (patrz Alarm).

**Łożysko.** Powstaje w 12. tygodniu ciąży w miejscu zagnieżdżenia zarodka w macicy. Przylega do ściany macicy, łącząc się z nią licznymi naczyniami krwionośnymi. Wytwarza hormony utrzymujące ciążę. Przez łożysko i pępowinę do krwi dziecka przedostają się składniki odżywcze, witaminy, przeciwciała. W łożysku następuje wymiana gazu i usuwanie produktów przemiany materii. Dojrzałe łożysko ma średnicę ok. 20 cm i grubość 2-3 cm, waży około kilograma. Tzw. łożysko przodujące, umiejscowione zbyt blisko ujścia macicy, jest wskazaniem do cesarskiego cięcia. łożysko rodzi się kilkanaście lub kilkadziesiąt minut po dziecku, szybciej, gdy dziecko jest przy piersi mamy. Absolutnie nie wolno wyciągać łożyska na siłę za pępowinę.

**Łóżko porodowe.** Wielu kobietom kojarzy się źle. Ciągłe unowocześnianie zmieniło się z obszytego burą ceratą urządzenie wyposażonego w rzemienie do przywiązywania nóg w ekskluzywny mebel sterowany pilotem. Nic nie zmieni jednak faktu, że rodząca nie może się na nim swobodnie poruszać, a pozycja wertykalna jest zupełnie niemożliwa (patrz ilustracje Pozycje wertykalne). Takie łóżka powinny być używane tylko wtedy, gdy są szczególne wskazania, a już na pewno żadna zdrowa rodząca nie powinna zostawać w nim przez cały poród.

**Macica.** Zbudowana z grubej warstwy mięśni, od wewnątrz pokryta jest błoną śluzową. W drugiej części cyklu (po owulacji) błona śluzowa dzięki hormonom rozpuszcza się i zmienia tak, by mogło zagnieżdżyć się w niej jajo płodowe.

## Wybrane pozycje wertykalne



Parcie w pozycji kolankowej



Parcie w pozycji kucznej przy drabinkach



Parcie w pozycji kucznej



Parcie w klęku

W ciąży macica powiększa się z blisko 7 cm nawet do 30 cm. A jej objętość osiąga 5 litrów. Tętnice maciczne, dotąd spiralnie skręcone, rozprostowują się. Mięśnie okalające macicę są silne, szczególnie w górnej części macicy, która wypycha dziecko na zewnątrz.

**Medykalizacja.** Proces, gdy naturalne zdarzenia wpisane w życie każdego człowieka traktowane są jako problemy medyczne z naciskiem na ryzyko, patologię i leczenie. Medykalizacji ulega ciąża, na którą coraz częściej patrzymy z perspektywy możliwych powikłań i nieprawidłowości. Zmedykalizowany poród widziany jest jako mechaniczny proces uwalniania dziecka z ciała matki (patrz Siłami natury). Potrzeby i oczekiwania kobiety są ignorowane, a ona sama jest uznana za niekompetentną, aby móc decydować o sobie. Za oczywiste uznaje się rutynowe stosowanie środków farmakologicznych i zabiegów bez weryfikowania ich skuteczności.

**Nacięcie krocza.** Specjalnymi nożyczkami położna lub lekarz nacinają skórę i mięśnie przy wejściu do pochwy, aby zrobić więcej miejsca główce dziecka. Jest wiele mitów na temat nacinania – że chroni pochwę przed pęknięciami i nadmiernym rozciągnięciem czy zapobiega wypadaniu narządów rodnych. Ale faktycznie nacięcie krocza to poważne uszkodzenie – odpowiada pęknięciu II stopnia, obejmuje mięsień krocza i pochwy. Tymczasem kobiety rodzące bez nacięcia najczęściej mają krocze bez obrażeń lub z niewielkimi, szybko gojącymi się pęknięciami skóry i słuzówki (I stopnia).

Z badań wynika, że nacięcie sprzyja dalszemu uszkodzeniu pochwy (większość pęknięć III i IV stopnia jest konsekwencją wcześniejszego nacięcia). Wiele kobiet cierpi z powodu powikłań po nacięciu – przedłużonego gojenia się rany, infekcji, bolesności, problemów we współżyciu seksualnym.

Nacięcie czasem jest niezbędne. Według różnych źródeł – w 5-20 procentach porodów, przy komplikacjach takich, jak: poród pośladowki, zaklinowanie się barków, poważne wahania tętna płodu.

W Polsce nacięcie krocza jest jednak zabiegiem rutynowym – nacinana jest przynajmniej co druga kobieta i prawie każda rodząca po raz pierwszy. Na świecie, m.in. na skutek zaleceń WHO, odsetek nacięć jest dużo mniejszy – w Szwecji 10 proc., w Wielkiej Brytanii i Danii 12 proc., w USA 33 proc.

**Oksytocyna.** Ma wiele zalet – jest na przykład odpowiedzialna za orgazm! Bez niej nie byłoby porodu. Nie tylko inicjuje akcję porodową, ale doprowadza ją do szczęśliwego końca. Wydzielą się, kiedy dziecko ssie pierś. Jeśli noworodek po uro-

dzeniu zostanie przystawiony do piersi, wydzielająca się wtedy oksytocyna może urodzić się łożysku. Powoduje także przyływ uczuć macierzyńskich.

Szkoda, że większość kobiet kojarzy oksytocynę tylko z przyspieszeniem porodu (patrz Wywoływanie).

**Parcie.** Skurcze partu występują samistnie, gdy główka osiągnie dno miednicy. Nie da się ich pomylić z niczym innym – to tak wielkie ciśnienie, że nic nie jest w stanie go powstrzymać. Wiele kobiet odczuwa skurcze partu jako ulgę. Badania wskazują, że pozycja pionowa podczas parcia skraca tę fazę porodu średnio o 25 minut. Inne badania dowodzą, że „popędzanie kobiety”, by parła, przyspiesza poród o kilkanaście minut, ale zwiększa ryzyko komplikacji.

**Położna.** Zawód kojarzony tylko z tarzaniem kobiecie w ciąży i rodzącej, choć według polskiego prawa położna to anioł stróż kobiet w każdym wieku i dzieci w pierwszych tygodniach życia. Dawniej rozpoznawalna po czerwonym pasku na czepku, teraz większość identyfikatorów ma tak małe literki, że nie sposób ich przeczytać. Trzeba liczyć, że przedstawi się sama, albo zapytać. A to właśnie położna powinna sprawować opiekę nad rodzącą – samodzielnie, jeśli poród przebiega prawidłowo, i we współpracy z lekarzem w razie komplikacji. Ma także prawo prowadzić ciążę i przyjmować porody poza szpitalem, choć nie jest to jeszcze popularne. Do jej obowiązków należy także opieka nad kobietą w połogu i poradnictwo laktacyjne. Każdej kobiecie przysługują położna rodzinna, o czym mało kto wie. Zapytaj o swoją położną rodzinną w przychodni u swojego lekarza pierwszego kontaktu.

**Połów.** „Jest równie ważny jak poród” – napisała w liście pewna mama. „Nikt mi nie pomógł!” – skarży się inna. Położne lub pielęgniarki z oddziału noworodkowego (lub poporodowego) powinny pokazać, jak przystawiać dziecko do piersi, przewijać, kąpać, brać na ręce. Personel powinien otoczyć matkę zyczliwością, przecież ich życie w tej jednej chwili kompletnie się zmieniło. Mają prawo czuć się przestraszone, są zmęczone, rozchwiane hormonalnie. Połów trwa ok. sześciu tygodni. Organizm wraca powoli do stanu sprzed ciąży – goją się rany, drogi rodne się oczyszczają. Macica zaczyna się związać, ale – uwaga – brzuch będzie płaski dopiero za kilka miesięcy.

**Pozycja wertykalna.** Taka, w której kobietę wspomaga siła grawitacji. Należą do nich: pozycja stojąca, kuczna, klęcząca i kolankowo-lokciowa (patrz rysunek powyżej). Badania potwierdzają ich za-

lety. ◆ Szyjka macicy rozwiera się szybciej, bo główka dziecka mocniej na nią naciska niż w pozycji leżącej; (dlatego poród na wznak wymaga większego wysiłku, zarówno ze strony matki, jak i dziecka). ◆ Skurcze macicy są bardziej regularne, silniejsze, częstsze – czas porodu w porównaniu z porodem tradycyjnym skraca się nawet o 35 proc.! ◆ Łożysko jest lepiej ukrwione, a co za tym idzie – dziecko otrzymuje więcej tlenu. ◆ Przy pionowym ułożeniu ciała kobieta może wykorzystać swobodny i głęboki oddech do zmniejszenia bólu; łatwiej jej zapanować nad rytmem porodu. (W czasie leżenia na plecach oddech staje się na tyle płytki, że wykorzystanie przepływu jest praktycznie niemożliwe). ◆ Parcie jest łatwiejsze. Gdy kobieta stoi, kuca lub siedzi, kanał rodny skierowany jest do dołu, na przesuwanie się dziecko działa więc dodatkowa siła grawitacji. (Podczas leżenia na plecach kanał rodny skierowany jest skośnie do góry, mięsień macicy musi pokonać dodatkowy opór, siła grawitacji przyciska dziecko do kręgosłupa matki.) ◆ Mniejsze jest ryzyko pęknięcia krocza, bo tkanki wokół krocza naciągają się równomiernie w trakcie wyłaniania się główki. (W pozycji na wznak główka dziecka najmocniej napiera na krocze w okolicach odbytu, rośnie ryzyko pęknięcia ściany pochwy.)

**Przewodnik po szpitalach położniczych.** By go stworzyć, potrzebujemy jak najwięcej informacji o porodzie od świeżo upieczonych mam, czyli wypełnionych ankiet (w obecnej edycji akcji 2006 dostaliśmy ich już ponad 16 tys.). Wyślemy też w teren ankierów, którzy obejrzą każdy szpital, informacje nadesłali też ordynatorzy. Na podstawie tych wszystkich danych opiszemy każdą z 450 placówek położniczych. Każda dostanie ocenę – w gwiazdkach (maksimum sześć) i sercach (maksimum pięć plus czarne serce dla krąco mówiącego personelu). Liczba gwiazdek powie o standardzie szpitala – czy rodząca może przyjąć dowolną pozycję, czy może przyjąć z kimś bliskim, czy ma kontakt z dzieckiem zaraz po porodzie, czy szpital oferuje szkołę rodzenia i poradnictwo laktacyjne oraz czy usługi te dostępne są za darmo. Liczba serc powie o zyczliwości personelu. Przewodnik ukaże się 23 grudnia 2006 w „Gazecie Wyborczej”, potem będzie go można kupić razem z marcowym numerem miesięcznika „Dziecko” w roku 2007.

**Rozwarcie.** Gdy zbliża się poród, szyjka macicy skraca się, a następnie zaczyna rozszerzać. Jeśli zaczną rozszerzać się zbyt wcześnie, lekarz może zalecić leżenie, a w skrajnych przypadkach założyć

dokończenie na s. 4



dokończenie ze s. 3

szew na szyjkę macicy. Stopień rozwarcia sprawdza ręcznie położna lub lekarz w przerwie między skurczami, badanie podczas skurczów jest bolesne. Pełne rozwarcie wynosi 10 cm (5 palców) i oznacza, że nadchodzi druga faza porodu ze skurczami partymi (patrz Parcie). U kobiet, które rodzą kolejny raz, rozwarcie następuje szybciej.

**Ruch.** Konieczny w ciąży – pozwala zachować kondycję, uniknąć bólu kręgosłupa itp. Działa też stymulująco na dziecko.

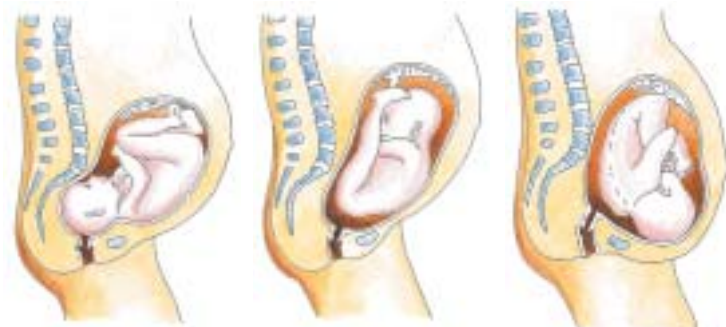
Ruch jest równie ważny podczas porodu – pozwala matce poczuć się panią sytuacji i rozładowywać napięcie przez instynktowne przybieranie najwygodniejszych dla niej pozycji. Na współczesnych porodówkach można już spotkać udogodnienia: worki sako, krzeselka porodowe, piłki, drabinki, sznury. Warto wcześniej je wypróbować.

**Siłami natury.** W języku potocznym każdy poród, który nie zakończył się cesarskim cięciem, nazywany jest porodem naturalnym. W nomenklaturze medycznej podobnie: ♦ poród operacyjny, czyli cesarskie cięcie, ♦ zabiegowy – z użyciem kleszczy lub próżniociągi, i ♦ naturalny (czyli cała reszta).

Jednak z badań prowadzonych przez fundację Rodzić po Ludzku wynika, że za ledwie 7 proc. kobiet rodzi bez żadnej interwencji medycznej (patrz Medykacja). Wygląda na to, że rodzimy raczej „siłami natury”, a nie natury. Najczęściej stosowane w Polsce interwencje w poród siłami natury to: nacinanie krocza, przyspieszanie porodu kroplówką z oksycytyną, zmuszanie do pozycji leżącej, przebicie pęcherza płodowego.

**Skala Apgar.** 10-punktowa skala wprowadzona w 1953 roku przez amerykańską lekarkę Virginię Apgar do oceny stanu noworodka w 1., 3., 5. i 10. minucie po urodzeniu. Oceniane są: czynność serca, liczba oddechów, zabarwienie skóry, napięcie mięśni i reakcja na bodźce. Za każdy parametr dziecko może otrzymać od 0 do 2 punktów. Oczywiście najlepiej jeśli punktów jest 9,10.

**Skurcz.** Macica, której wielkość w czasie ciąży zwiększa się ponad 100 razy, musi „potrenować”, aby podołać wysiłkowi porodu. Pierwsze skurcze pojawiają się więc już w czwartym miesiącu ciąży, nie powinny być bolesne, są odczuwane jako twardnienie macicy. Im bliżej porodu, tym są częstsze. Pojawiają się wieczorem albo kiedy kobieta dużo się rusza.



Ułożenie dziecka w macicy: podłużne – główkowe i pośladowe oraz poprzeczne

Prawdziwe skurcze porodowe spełniają kilka warunków: są regularne, trwają dłużej niż 30 sekund, ich siła narasta, a przerwy między nimi są coraz krótsze.

W I fazie porodu skurcze stają się coraz częstsze i bardziej bolesne – przy rozwarciu ośmiocentymetrowym trwają już średnio 40-60 sekund, a przerwy skracają się do 2-3 minut przy dziesięciocentymetrowym – skurcze mogą trwać tyle samo (albo dłużej) co przerwy (przerwa 30-60 sekund, skurcz – 60-90 sekund). (Patrz Alarm).

**Szkola rodzenia.** Jej zadaniem jest przygotowanie rodziców do porodu i rodzicielstwa. Zajęcia powinny składać się z części edukacyjnej, przygotowania fizycznego i emocjonalnego. Takie przygotowanie zmniejsza liczbę ciąż wysokiego ryzyka, porodów przedwczesnych, cesarskich cięć i depresji poporodowej. Nie było to jednak wystarczającym argumentem dla Narodowego Funduszu Zdrowia, który od 2004 roku zrezygnował z finansowania szkół. W efekcie ich liczba spadła z 409 w 2002 r do 262 w 2005 r.!

**Tata na sali.** Wielu mężczyzn się waha – chcieliby towarzyszyć żonie, być świadkiem narodzin własnego dziecka, ale mają wątpliwości, czy podołają i czy będą przydatni. Decyzję trzeba podjąć wspólnie. Nie poddawać się presji otoczenia ani modzie. A kiedy już ojciec jest w sali porodowej, okaże się, że najważniejsze jest... żeby był. W wielu badaniach stwierdzono, że już sama obecność osoby bliskiej powoduje skrócenie porodu i działa jak środek przeciwbólowy.

Kobiecie wystarczy czułość i wsparcie, zachęcanie do aktywności, dodawanie otuchy. Tak jest nawet jeśli żona ofuknie czasem męża lub będzie „nieobecna”. Towarzysz porodu jest obrońcą interesów kobiety, często wyręcza też personel.

**Termin.** Spodziewany czas przyjścia dziecka na świat lekarz ustala na podstawie ostatniej miesiączki. Jednak to tylko termin przybliżony. Teoretycznie ciąża trwa 40 tygodni, czyli 280 dni od pierwszego dnia ostatniej miesiączki lub 266 dni od

zapłodnienia. To wyliczenie zakłada, że cykl miesięczkowy trwa 28 dni, a owulacja występuje w połowie cyklu. Ponieważ niewiele kobiet ma tak regularne cykle, w wyliczonym przez lekarza dniu przychodzi na świat jedynie 5 procent dzieci! Dlatego za poród o czasie uznaje się ten między 38. a 42. tygodniem ciąży.

**Trakt porodowy.** To brzmi dumnie. Jeszcze nie tak dawno prawdziwa twierdza niedostępna dla zwykłych śmiertelników, którzy czyhali przed drzwiami ze słózkami kompotów i liścikami, które ktoś liściowy przekazywał młodym mamom. Uważano, że wpuszczenie „cywilów” na trakt skończy się co najmniej zakażeniem wewnątrzszpitalnym.

Kiedy wyszło na jaw, że teoria ta upadła, ojcowie przekonali się, że pod szyldem „trakt porodowy” kryją się porodówka i sala operacyjna do cięć cesarskich. Do tego dziś dochodzi sala porodów rodzinnych i sala przedporodowa. Wszystko to w większości szpitali można i warto zobaczyć jeszcze w czasie ciąży.

**Ułożenie dziecka.** Zwykle nie później niż w 36. tygodniu ciąży dziecko przyjmuje pozycję do porodu (patrz rysunek). ♦ Najczęściej przekręca się głową w dół, plecami do jednego z boków matki i przygina brodę do klatki piersiowej. To najbardziej korzystne ułożenie do porodu.

♦ Może się jednak zdarzyć, że dziecko odegnie głowę mocno w tył. To ułożenie nazywa się odgięciowym. Jeśli dziecko nie zamierza zmienić ułożenia konieczne będzie cesarskie cięcie (patrz Cesarka). ♦ Dziecko może również ułożyć się odwrotnie i skierować do kanału rodnego pośladowki lub pośladki i stopy. W Polsce najczęściej wykonuje się wtedy cesarskie cięcie, choć jeśli szerokość miednicy jest odpowiednia, można próbować rodzić siłami natury. ♦ Rzadko zdarza się, że dziecko ułożone jest barkiem lub plecami do dołu. Taką pozycję nazywa się skośną lub poprzeczną. Kończy się zawsze cesarskim cięciem.

Ułożenie dziecka podczas pierwszej fazy porodu sprawdza położna badaniem przez powłoki brzuszne i pochwę.

**USG.** Badanie ultrasonograficzne, uzyskiwanie obrazów z wnętrza ciała za pomocą odbicia wiązki ultradźwięków przetwarzanych na ekran przez komputer. Przydatne w czasie całej ciąży. Pozwala ocenić wnętrze macicy i przebijające w niej dziecko już od 6. tygodnia ciąży. Ustalić: ilość płodów, ocenić masę ciała, stan łożyska, ilość płynu owodniowego, wykryć wady wrodzone. Nie udowodniono szkodliwości USG dla rozwijającego się płodu, na wszelki wypadek jednak lepiej nie wykonywać go zbyt często bez wskazań medycznych. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zaleca wykonanie trzech badań USG – w 11.-14., 18.-22. i 36.-37. tygodniu ciąży.

**Wanna.** W trakcie porodu w wodzie kobieta przeżywa w wannie, woda ma temperaturę ciała (36-37°C). Sala porodowa jest ogrzana do co najmniej 26°C. Przebywanie w wodzie łagodzi ból i relaksuje rodzącą w I fazie porodu. W niektórych szpitalach (np. w Pucku) kobieta może być w wodzie również w fazie parcia – dziecko rodzi się wtedy wprost do wody.

Zalety porodu w wodzie: ♦ ciepła woda łagodzi napięcie i ból porodowy; ♦ kobieta ma poczucie większej kontroli nad akcją porodową; ♦ szybciej rozszerza się szyjka macicy, rozluźniają się mięśnie macicy i krocza; ♦ główka dziecka szybciej przesuwa się w kanale rodnym; ♦ rzadziej konieczne jest nacięcie krocza; ♦ zapewne wodny poród stanowi dla dziecka łagodniejsze przejście ze środowiska wodnego do oddychania powietrzem. W wodzie może rodzić każda kobieta w ciąży niskiego ryzyka.

**WHO.** W 1985 r. Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła zalecenia „Poród nie jest chorobą”, efekt pracy powołanych przez WHO interdyscyplinarnych grup roboczych położnych, lekarzy położników, pediatrów, psychologów, administratorów medycznych i samych rodzących.

Zespoły przeanalizowały dane ze światowych badań klinicznych i sformułowały zasady, jakie powinna realizować nowoczesna opieka w czasie porodu. WHO zaleca ograniczenie rutynowych dotąd zabiegów (np. nacięcie krocza). W wielu krajach (np. w Wielkiej Brytanii) zalecenia WHO stały się podstawą do wprowadzenia przyjaznych kobietom zmian.

**Wody płodowe.** Przesuwająca się ku dołowi główka dziecka napiera na pęcherz płodowy, który rozciąga się i pęka i wtedy odchodzą wody płodowe. Płyn owodniowy gwałtownie chlusta albo sączy się powoli. Wylać się może jedna czwarta wód płodowych, ale ciało dziecka nadal jest nimi otoczone, nie ma więc obawy, że dziecko urodzi się „na sucho”.

Ważne jest zabarwienie wód: płyn powinien być przezroczysty, białawy lub słomkowy. Zielony kolor wskazuje, że dziecko jest w stresie, dlatego wydzieliło do pęcherza płodowego smółkę (czyli pierwszy stolec), która zabarwiła wody, wtedy poród może zostać przyspieszony.

**Wsparcie.** Kobieta może je uzyskać od personelu medycznego albo od osoby bliskiej – męża, partnera, matki czy przyjaciółki. Mogą one kobietę masować, karmić, pomagać w znajdowaniu jak najwygodniejszej pozycji, wspólnie oddychać, gdy rodząca gubi rytm. W Polsce mimo jednoznaczного zapisu w karcie Praw Pacjenta obecność osoby bliskiej jest w wielu placówkach ograniczana przez dodatkowe wymagania lub wprowadzenie opłaty za tzw. poród rodzinny.

**Wywoływanie porodu.** Najczęściej farmakologicznie, kroplówką z oksycytyną lub przez podanie do szyjki macicy prostaglandyn. Czasem – mechanicznie, przez przebicie pęcherza płodowego. Wskazaniem są poważne zagrożenia matki lub dziecka, np. gdy minie ponad 12 godzin od odesścia wód, a wciąż nie zaczęły się skurcze.

Kontrowersje wzbudza wywoływanie porodu z powodu przeterminowania ciąży, często już po kilkunastu dniach późniejszego terminu zapisanego w karcie ciąży. A przecież termin jest orientacyjny – dziecko może przyjść na świat na dwa tygodnie przed lub po nim. To dziecko w dużym stopniu decyduje, kiedy jest gotowe się urodzić, a ono nie wie, co napisane jest w dokumentach!

**Yes/No.** Tak czy nie? Zgadzać się czy nie? Większość kobiet nie ma takiego dylematu, bo nie są w szpitalu pytane o zgodę na badania, zabiegi, podawane środki. Tymczasem prawa pacjenta nakładają na personel medyczny obowiązek pytania pacjentki o zgodę przed każdą czynnością medyczną.

Zgoda (lub odmowa) powinna być świadoma, czyli poprzedzona rzetelną informacją o powodach oraz dobrych i złych skutkach interwencji, jakiej dotyczy. Kobieta może z tego prawa nie skorzystać i zdać się na decyzje personelu (patrz Informacja).

**Zatrucie ciążowe.** Dawna nazwa choroby zwanej dziś nadciśnieniem indukowanym ciążą. Objawy: podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, obrzęki i obecność białka w moczu. Pojawia się w ostatnich miesiącach ciąży i stanowi zagrożenie dla matki i dziecka. Często wymaga pobytu w szpitalu, leków obniżających ciśnienie krwi, a czasem wcześniejszego zakończenia ciąży za pomocą cesarskiego cięcia. Choroba zwykle mija po ciąży, bez następstw.

**Znieczulenie.** Są różne rodzaje znieczulenia: ♦ zewnątrzoponowe polega na nakłuciu lędźwiowego odcinka pleców i podaniu środka znieczulającego do osłonek otaczających rdzeń kręgowy. Podobne jest znieczulenie ♦ podpajęczynówkowe, stosowane często do cięcia cesarskiego. Cięcie cesarskie może również odbyć się w znieczuleniu ♦ ogólnym, przy którym środek znieczulający podaje się dożylnie i następuje utrata świadomości. Znieczulenie ♦ miejscowe, czyli wstrzyknięcie środka znieczulającego bezpośrednio do operowanych tkanek, stosuje się przy szyciu krocza

**Autorzy:** Anna Otfinowska, Urszula Kubicka-Kraszyńska, Justyna Dąbrowska, Dorota Frontczak, Agnieszka Kurczuk-Powolny (lekarz położnik), Katarzyna Oleś (położna)

**Oprac.** Dorota Frontczak

**Współorganizatorzy akcji:** fundacja Rodzić po Ludzku, miesięcznik „Dziecko”  
Partner akcji: Johnson’s baby  
Patroni medialni: AMS, gazeta.pl, TVP 1, radiowa „Jedynka”  
Sponsor: fundacja Agory

**Ankieta dla mam i więcej o akcji na www.rodzicpoludsku.pl**  
**Czekamy na listy. Piszcie na rodzicpoludsku@agora.pl**

## Dekalog „Rodzenia po ludzku”

I

**Kobieta rodząca ma prawo do żywej, serdecznej opieki oraz do szacunku ze strony personelu. Ma też prawo do pełnej informacji.**

Personel nie może traktować rodzącą niegrzecznie, lekceważąco, bezosobowo. Kobieta ma prawo do pełnej i zrozumiałej dla siebie informacji o postępowaniu porodu, podawanych środkach, zabiegach i ich skutkach, a także o zdrowiu dziecka i ewentualnym jego leczeniu.

II

**Kobieta ma prawo wyboru miejsca urodzenia dziecka**

Kobieta może – zgodnie z prawem – wybrać dowolny szpital, a także rodzić w izbie porodowej i w domu. Jeśli w wybranym przez kobietę szpitalu nie ma miejsc, wtedy personel powinien zastroszczyć się o to, aby trafiła ona tam, gdzie warunki są jak najbardziej zbliżone do oczekiwanych przez nią.

III

**Przyszli rodzice powinni mieć możliwość przygotowania się do porodu w szkołach rodzenia**

Każda kobieta w ciąży powinna mieć dogodny dostęp do szkół prowadzo-

nych przy szpitalach, przychodniach i innych placówkach. Jeżeli najbliższa szkoła jest zbyt odległa, to wszelkich wyjaśnień lub instruktażu powinna udzielić położna lub lekarz prowadzący ciążę.

IV

**To kobieta decyduje o sposobie, w jaki urodzi swoje dziecko**

Personel nie powinien ograniczać prawa kobiety do swobodnego poruszania się i wyboru najdogodniejszej pozycji zarówno w pierwszym, jak i drugim okresie porodu. Ograniczenie swobody usprawliwiają wyłącznie przyczyny medyczne, a nie wyгода personelu.

V

**Kobieta ma wpływ na środki i zabiegi stosowane podczas porodu.**

Kobieta może nie zgodzić się na rutynowe zabiegi stosowane przez szpital, np.: indukcję porodu, przebicie pęcherza płodowego, nacięcie krocza czy znieczulenie. Personel powinien ograniczyć rutynowe stosowanie środków i zabiegów, zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. Medyczne interwencje powinny być uzasadnione indywidualną sytuacją rodzącej i jej dziecka.

VI

**Poród jest wydarzeniem intymnym**

Rodząca ma prawo domagać się, aby poród, a także wszystkie badania i zabiegi odbywały się w miejscu i w sposób gwarantujący poszanowanie jej godności i poczucia intymności. Powinna być pytana o zgodę na obecność przy badaniach i porodzie studentek położnictwa i studentów medycyny.

VII

**Poród to wydarzenie rodzinne. Kobieta ma prawo do tego, by towarzyszył jej ktoś bliski.**

Może to być mąż lub partner życiowy, matka, siostra lub inna osoba, wspierająca rodzącą i dająca jej poczucie bezpieczeństwa. Szpital nie może w tej kwestii stawiać ograniczeń formalnych i finansowych.

VIII

**Od pierwszych chwil po porodzie zdrowy noworodek powinien przebywać z matką.**

Dziecko ma prawo do kontaktu z matką „skóra do skóry” i karmienia w ciągu pierwszych 2 godzin po porodzie. Badanie dziecka i inne czynności wokół niego powinny odbywać się po pierwszym karmieniu.

W oddziale położniczym matka powinna mieć możliwość przebywania bez ograniczeń z dzieckiem w tzw. systemie rooming-in (sala dla matek z dziećmi). Personel powinien wspierać matkę w karmieniu piersią, uczyć pielęgnacji i opieki nad dzieckiem. Młode matki powinny być otoczone uwagą i troskliwością personelu.

IX

**Kobieta i dziecko mają prawo do kontaktu z rodziną**

Szpital nie powinien, bez uzasadnionego powodu, zabraniać lub utrudniać matce i dziecku kontaktu z rodziną. Odwiedziny powinny tak być zorganizowane, aby nie zakłócały pracy oddziału i nie naruszały intymności innych kobiet.

X

**„Rodzenie po ludzku” powinno być dostępne w ramach ubezpieczenia.**

Zapewnienie każdej kobiecie dostępu do wyżej opisanego standardu nie może być tylko indywidualną sprawą lekarzy, położnych czy też pojedynczych placówek, ale powinno stać się istotnym elementem w planowaniu i ocenie opieki okołoporodowej w całej Polsce. Poziom satysfakcji kobiet z opieki i przestrzeganie praw pacjenta powinny być jednymi z najważniejszych kryteriów jej oceny.