

# WPŁYW OBECNOŚCI OSOBY TOWARZYSZĄCEJ PRZY PORODZIE NA DOŚWIADCZENIE PORODOWE RODZĄCEJ ORAZ POZIOM MEDYKALIZACJI PORODU

*Influence of the presence of the accompanying person on childbirth experience and the level of the medicalization of labor*

Adrianna Gawińska<sup>1</sup>, Antonina Doroszevska<sup>2</sup>, Dorota Sys<sup>3</sup>, Barbara Baranowska<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny (studentka kierunku Położnictwo)

<sup>2</sup> Studium Komunikacji Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>3</sup> Zakład Zdrowia Prokreacyjnego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

<sup>4</sup> Zakład Położnictwa, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

adres do korespondencji: bbaranowska@gmail.com

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Standardów Organizacyjnych Opieki Okołoporodowej oraz przepisów zawartych w Karcie Praw Pacjenta każda kobieta rodząca ma prawo do udziału bliskiej osoby w porodzie. Obecność osoby towarzyszącej kształtuje doświadczenie porodowe. WHO podkreśla korzyści z uczestnictwa osoby bliskiej, takie jak: poczucie bezpieczeństwa rodzącej, zaspokojenie potrzeby bliskości oraz zacieśnienie więzi między partnerami oraz między rodzicami i dzieckiem.

**Cel pracy.** Ocena zależności między obecnością osoby towarzyszącej a medykacją porodu oraz określenie związku między obecnością osoby towarzyszącej a doświadczeniem porodowym badanych kobiet.

**Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono w okresie luty–marzec 2018 r. Narzędziem badawczym była ankieta dostępna on-line na stronie [www.ankieta.rodzicpoludzk.pl](http://www.ankieta.rodzicpoludzk.pl). Do analizy materiału wykorzystano dane socjodemograficzne rodzących oraz informacje na temat osoby towarzyszącej przy porodzie, zastosowanych interwencji medycznych oraz subiektywnej oceny doświadczenia porodowego kobiet. Wyniki opracowano za pomocą testu niezależności chi-kwadrat ( $\chi^2$ ), testu Fishera oraz testu U Manna–Whitneya.

**Wyniki.** Większość kobiet skorzystała z prawa do obecności osoby towarzyszącej przy porodzie (72,97%). Respondentki najczęściej do porodu wybierały ojca dziecka (69,87%). Indukcja porodu oraz stymulacja czynności skurczowej macicy statystycznie częściej występowała w przypadku kobiet rodzących z udziałem osoby towarzyszącej. Rodzące z osobami bliskimi lepiej oceniały swoje doświadczenia porodowe oraz opiekę medyczną uzyskaną od personelu.

**Wnioski.** Obecność osoby towarzyszącej podczas porodu wpływa na doświadczenie porodowe kobiet, zwiększa szansę na przestrzeganie praw pacjenta w zakresie uzyskiwania zgody na zabiegi, jednocześnie łącząc się z wyższą medykacją porodu.

**Słowa kluczowe:** ciąża, poród rodzinny, osoba towarzysząca, opieka położnicza.

## SUMMARY

**Background.** According to the World Health Organization (WHO) and in the Patient Rights Charter, every woman giving birth has the right to the presence of an accompanying person during the birth of her child. The presence of an accompanying person affects the childbirth experience. WHO emphasizes the benefits such as sense of security, meeting the needs for closeness and to strengthen ties.

**Objectives.** Assessment of the relationship between the presence of close person and the medicalization of labor. Identify the relationship between the presence of the accompanying person and the childbirth experience.

**Material and methods.** The survey was conducted during February–March 2018. The research tool was a survey available on-line on the website [www.ankieta.rodzicpoludzk.pl](http://www.ankieta.rodzicpoludzk.pl). The analysis of the material is based on sociodemographic data of the birth, information about accompanying person, medical interventions used during labor and childbirth experience.

**Results.** The majority of women benefited during childbirth from the right to the presence of an accompanying person at childbirth (72.97%). The respondents most often chose the child's father (69.87%). In these women, delivery was with more medical interventions (induction and stimulation of labor). A group of these respondents better assess their childbirth experience and the medical care received from their staff.

**Conclusions.** The presence of an accompanying person during childbirth affects women's childbirth experience, increases the chance of respecting the patient's rights in obtaining consent for treatments, while also combining with higher medicalization of childbirth.

**Key words:** pregnancy, family childbirth, accompanying person, obstetric care.

## WSTĘP

Pierwszy polski poród rodzinny miał miejsce w roku 1983. 10 lat później przedstawiono stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczące aktywnego udziału osoby bliskiej w porodzie na Międzynarodowym Kongresie pod hasłem „Jakość Narodzin – Jakość Życia” [1]. W polskich szpitalach zaczęły odbywać się porody rodzinne, a obecność mężczyzny na sali porodowej budziła coraz mniej negatywnych emocji. Obecność ojca dziecka podczas porodu stała się wyrazem świadomego uczestnictwa w narodzinach dziecka.

Zgodnie z dokumentami WHO, zapisami w Karcie Praw Pacjenta oraz Standardami Opieki Okołoporodowej każda kobieta ro-

dząca ma prawo do udziału bliskiej osoby w akcie narodzin jej dziecka [2–5]. Obecność osoby towarzyszącej podczas porodu powinna mieć charakter aktywnego i świadomego uczestnictwa, a nie jedynie biernego przyglądania się, dlatego wymaga wcześniejszego przygotowania [6].

Dotychczasowe badania podkreślają liczne korzyści, jakie niesie ze sobą obecność osoby towarzyszącej kobiecie podczas narodzin jej dziecka, tj. poczucie bezpieczeństwa, zaspokojenie potrzeby bliskości, zacieśnienie więzi między partnerami oraz między rodzicami a dzieckiem [6, 7]. Najczęściej osobą towarzyszącą rodzącej jest ojciec dziecka. Jego obecność może być dla kobiety wspierająca, ale w niektórych sytuacjach może

negatywnie wpływać na przebieg porodu. Emocje przeżywane przez mężczyzn podczas porodu mogą mieć wpływ na późniejsze relacje w związku partnerskim [1]. Aktywny udział ojca w narodzinach dziecka zwiększa u kobiety zdolność odczuwania kontroli, satysfakcję i pewności siebie, a w rezultacie wpływa na bardziej wydajne zarządzanie bólem porodowym [8].

W ostatnich latach zwiększa się w Polsce liczba porodów odbywanych w towarzystwie douli [9]. Doula to osoba przeszkolona i doświadczona (nieposiadająca wykształcenia medycznego), która dba o potrzeby rodzącej, zapewnia ciągłą fizyczną i emocjonalną opiekę oraz wsparcie informacyjne dla matki przed, podczas i zaraz po urodzeniu dziecka. Obecność douli podczas porodu wiąże się z pozytywnymi wynikami położniczo-noworodkowymi [10]. Wpisanie douli na listę zawodów w Polsce odzwierciedla ogrom zapotrzebowania kobiet na profesjonalne, niemedyczne wsparcie podczas porodu [11].

## CEL PRACY

Celem pracy była ocena zależności między obecnością osoby towarzyszącej a medykacją porodu oraz określenie związku między obecnością osoby towarzyszącej a doświadczeniem porodowym badanych kobiet.

## MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono metodą ilościową, za pomocą sondażu diagnostycznego. Badanie było częścią monitoringu przeprowadzonego między 6 lutego a 20 marca 2018 r. Jako narzędzia badawczego użyto kwestionariusza ankiety elektronicznej. Kwestionariusz opracowano w ramach projektu „Monitoring opieki okołoporodowej” realizowanego przez Fundację Rodzić po Ludzku. Ankieta była dostępna na stronie internetowej [www.ankieta.rodzicpoludku.pl](http://www.ankieta.rodzicpoludku.pl). Pytania skierowane do respondentek obejmowały zagadnienia dotyczące prowadzenia ciąży, przygotowania kobiet do porodu, doświadczeń porodowych oraz doświadczenia z pobytu na oddziale położniczym.

Uzyskano 8378 kwestionariuszy ankiety wypełnionych samodzielnie przez kobiety, które odbyły poród w latach 2017–2018. W badanej próbie było 6023 respondentek, które rodziły z osobą towarzyszącą oraz 2355 kobiet, które rodziły same (wśród tych osób były zarówno takie, które nie chciały, by przy porodzie była obecna osoba bliska, jak i takie, których osoby towarzyszące nie mogły uczestniczyć w porodzie). Odpowiedzi udzielone przez ankietowane z obu grup poddano analizie porównawczej pod względem danych socjodemograficznych, takich jak: wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie czy sytuacja materialna. Podczas analizy zebranego materiału wykorzystano pytania dotyczące charakterystyki osoby towarzyszącej kobiecie przy porodzie, drogi i rodzaju porodu z uwzględnieniem zastosowanych interwencji medycznych oraz oceny opieki i doświadczenia porodowego wyrażanego przez respondentki.

Pierworódki stanowiły 65,59% ankietowanych, a 34,41% wieloródki, z czego tylko 0,92% kobiet rodziło minimum cztery razy. Poród drogami natury odbyło 61,33% matek, 2,47% to porody zabiegowe. Cięcia cesarskie stanowiły 36,2% wszystkich porodów. Indukcję porodu zastosowano u 43,96% pacjentek, natomiast u 62,85% zastosowano stymulację czynności skurczowej.

Rozkład procentowy wieku ankietowanych przedstawiał się w sposób następujący: poniżej 25 lat było 10,95% kobiet, między 26 a 30 lat – 43,69%, 35,83% miało 31–35 lat, a 9,54% było powyżej 36. roku życia.

W miastach powyżej 500 tys. mieszkańców mieszkało 30,40% ankietowanych, w miastach od 100 do 500 tys. – 20,98% badanych, w miastach poniżej 100 tys. mieszkańców – 31,12%, natomiast ze wsi pochodziło 17,50% kobiet.

Najbardziej liczną grupę stanowiły respondentki o wykształceniu wyższym – 78,87% oraz średnim – 18,92%. Tylko 2,21% kobiet posiadało wykształcenie zawodowe, gimnazjalne i podstawowe.

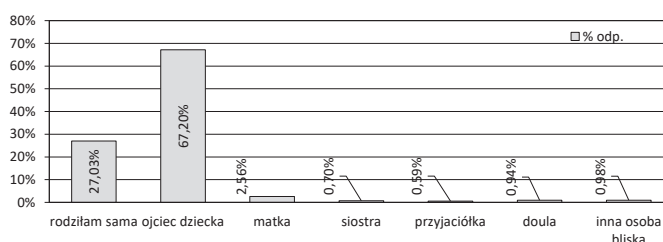
Większość badanych określiła swój status materialny jako bardzo dobry, dobry oraz przeciętny (odpowiednio 21,39, 55,7 i 22,51%), natomiast tylko 0,4% kobiet określiło swoją sytuację jako złą lub bardzo złą.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Warszawskim Uniwersytecie Medycznym o numerze AKBE/232/2017 oraz wszystkich kobiet biorących w nim udział. W analizie wyników dane zostały ważone według danych GUS. Zastosowano ważenie brzegowe po województwie i miejscu zamieszkania matki (miasto lub wieś).

Zebrany materiał został poddany analizie statystycznej – opisowej. Zależności cech skategoryzowanych oceniano stosując test niezależności chi-kwadrat ( $\chi^2$ ), test Fishera oraz test U Manna–Whitneya. Oceny istotności statystycznej dokonano przy poziomie krytycznym 0,05 w programach SPSS, R i Excel.

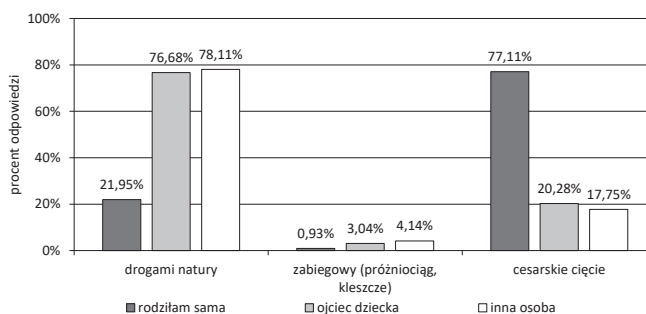
## WYNIKI

Wśród respondentek 27,03% rodziło bez udziału osoby towarzyszącej, natomiast 72,97% stanowiły kobiety, które rodziły z osobą towarzyszącą, jedną lub kilkoma. Najliczniejszą grupę stanowiły porody rodzinne z udziałem ojca dziecka (69,87%). Kobiety korzystały również ze wsparcia własnych matek. Część kobiet wynajęła do porodu doule. Najrzadziej w porodzie towarzyszyły kobiecie przyjaciółki i siostry (ryc. 1).



Rycina 1. Osoba towarzysząca kobiecie w trakcie porodu,  $n = 8378$

Rycina 2 przedstawia rozkład procentowy sposobu ukończenia ciąży w odniesieniu do obecności osoby towarzyszącej. Kobiety, u których wykonano zabieg cięcia cesarskiego, najczęściej nie miały możliwości skorzystania z obecności osoby towarzyszącej podczas porodu.



Rycina 2. Sposób ukończenia ciąży w porównanych grupach,  $n = 8378$

Kobiety rodzące bez partnera, osoby bliskiej czy douli częściej rodziły w sali wieloosobowej (26%) niż na sali porodowej jednoosobowej (11,10%).

Obecność osoby towarzyszącej wiązała się również z liczbą interwencji medycznych zastosowanych podczas porodu. W grupie kobiet, które nie miały elektywnego cięcia cesarskiego, kobiety rodzące samotnie rzadziej miały indukowany poród (tab. 1).

Tabela 1. Indukcja porodu według porównywanych grup,  $n = 6658$

| Indukcja porodu                                                | Osoba towarzysząca |       |                |       |            |       |       |       |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|-------|----------------|-------|------------|-------|-------|-------|
|                                                                | rodziła sama       |       | ojciec dziecka |       | inna osoba |       | razem |       |
|                                                                | n                  | %     | n              | %     | n          | %     | n     | %     |
| Tak                                                            | 299                | 37,24 | 2 546          | 44,76 | 82         | 49,10 | 2 927 | 43,96 |
| Nie                                                            | 504                | 62,76 | 3 142          | 55,24 | 85         | 50,90 | 3 731 | 56,04 |
| Suma                                                           | 803                | 100   | 5 688          | 100   | 167        | 100   | 6 658 | 100   |
| Test niezależności chi-kwadrat: $\chi^2 = 18,01$ ; $p < 0,001$ |                    |       |                |       |            |       |       |       |

Podobną tendencję zaobserwowano w stosunku do stymulacji czynności skurczowej macicy w trakcie porodu. Kobiety rodzące z osobą towarzyszącą znacząco częściej miały poród stymulowany kroplówką z oksytocyną (tab. 2).

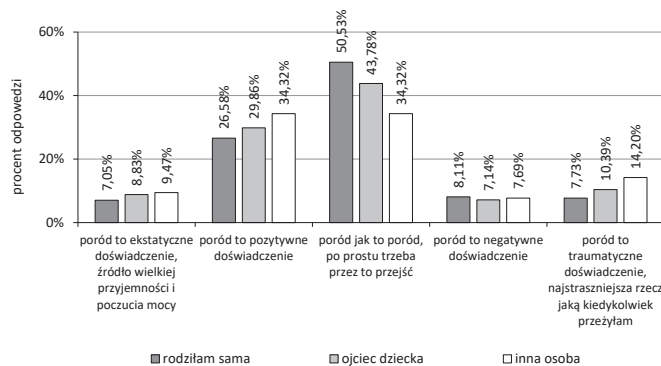
**Tabela 2.** Stymulacja czynności skurczowej według porównywanych grup,  $n = 6624$

| Stymulacja czynności skurczowej | Osoba towarzysząca |       |                |       |            |       |
|---------------------------------|--------------------|-------|----------------|-------|------------|-------|
|                                 | rodziłam sama      |       | ojciec dziecka |       | inna osoba |       |
|                                 | <i>n</i>           | %     | <i>n</i>       | %     | <i>n</i>   | %     |
| Tak                             | 422                | 53,76 | 3632           | 63,97 | 109        | 67,70 |
| Nie                             | 363                | 46,24 | 2046           | 36,03 | 52         | 32,30 |
| Suma                            | 785                | 100   | 5678           | 100   | 161        | 100   |

Test niezależności chi-kwadrat:  $\chi^2 = 32,44$ ;  $p < 0,001$

Nieprzerwany kontakt z noworodkiem „skóra do skóry” częściej dotyczył kobiet, które rodziły w towarzystwie osoby bliskiej lub douli (40,4%) niż rodzących samotnie (23,6%). W przypadku porodów w asyście osoby towarzyszącej o 9,4% częściej wykonywano zabiegi pielęgnacyjne u noworodka w obecności matki lub osoby bliskiej.

Kobiety rodzące z osobą towarzyszącą częściej deklarowały pozytywne lub bardzo pozytywne doświadczenia związane z narodzinami dziecka niż kobiety rodzące samotnie. Równocześnie wśród kobiet rodzących z inną niż ojciec dziecka osobą towarzyszącą było najwięcej osób, które deklarowały, że poród był przeżyciem traumatycznym (ryc. 3).



**Rycina 3.** Doświadczenie porodowe według porównywanych grup,  $n = 8378$

Komunikacja z personelem sali porodowej w obu grupach przedstawiała się podobnie i została oceniona przez kobiety jako dobra. 8 na 10 pacjentek deklarowało, iż okazywano im należyty szacunek, rozmowy prowadzono w sposób kulturalny, dbano o ich intymność, prywatność, a informacje były przekazywane w sposób dla nich zrozumiały. Nieznacznie częściej u respondentek rodzących z osobami towarzyszącymi pobierano zgody na czynności medyczne (56–62%). Plan porodu częściej nie był respektowany u kobiet, które rodziły samotnie (22,7% vs 14,1%).

Kobiety rodzące z ojcem dziecka rzadziej oceniały opiekę, która otrzymały w szpitalu jako dobrą lub bardzo dobrą (tab. 3).

**Tabela 3.** Ocena opieki, której kobieta doświadczyła podczas pobytu w szpitalu,  $n = 8378$

| Ocena opieki   | Osoba towarzysząca |       |                |       |            |       |
|----------------|--------------------|-------|----------------|-------|------------|-------|
|                | rodziłam sama      |       | ojciec dziecka |       | inna osoba |       |
|                | <i>n</i>           | %     | <i>n</i>       | %     | <i>n</i>   | %     |
| Niedostateczna | 845                | 35,88 | 2120           | 36,21 | 64         | 37,87 |
| Mierna         | 856                | 36,35 | 2216           | 37,85 | 63         | 37,28 |
| Dostateczna    | 441                | 18,73 | 1092           | 18,65 | 24         | 14,20 |
| Dobra          | 151                | 6,41  | 334            | 5,71  | 11         | 6,51  |
| Bardzo dobra   | 62                 | 2,63  | 92             | 1,57  | 7          | 4,14  |
| Suma           | 2355               | 100   | 5854           | 100   | 169        | 100   |

Test niezależności chi-kwadrat:  $\chi^2 = 18,78$ ;  $p < 0,05$

## OMÓWIENIE

Prawa kobiet podczas porodu określa m.in. stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia z 1985 r., ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. oraz Standardy Opieki Okołoporodowej [2, 4, 5]. Dokumenty te zgodnie podkreślają, że każda kobieta, której są udzielane świadczenia zdrowotne z tytułu ciąży, porodu czy połogu posiada prawo do obecności bliskiej, wskazanej przez nią osoby. Wyniki badań własnych pokazują, że zdecydowana większość kobiet rodzi w obecności osoby towarzyszącej, ale najrzadziej z przyjaciółkami czy siostrami.

Współczesne standardy oparte na aktualnej wiedzy medycznej zakładają, iż niepowikłany poród jest naturalnym procesem, w trakcie którego personel medyczny powinien ograniczyć do minimum wszelkie interwencje medyczne [3, 5]. Jak wynika z analizy wyników powyższego badania, aż 43,96% kobiet miało indukowany poród, a 62,85% porodów stymulowanych było za pomocą kroplówki z oksytocyną, natomiast 55,4% badanych rodzących drogami natury miało nacięte krocie. Według publikacji Berkau, porody rodzinne mają wpływ na zmniejszenie odsetka interwencji medycznych dzięki aktywnemu wsparciu ojca dziecka [12]. Wyniki te nie pokrywają się jednak z danymi z naszego badania, w którym 86,98% indukcji oraz 87,24% stymulacji czynności skurczowej miało miejsce właśnie podczas porodów rodzinnych. Jednocześnie analiza Rudnickiej przedstawia podobne wyniki w stosunku do obrażeń tkanek miękkich narządu rodowego, gdzie nacięcie krocia zastosowano u 68% kobiet rodzących z osobą bliską [13]. Badania analizujące doświadczenie porodu z perspektywy ojca wskazują, iż niedostatecznie przygotowani i zestresowani partnerzy mogą nieświadomie wpływać na pracę personelu medycznego, przelewać swoje emocje na partnerki i tym samym zaburzać przebieg porodu [14].

Na podstawie przeglądu badań wyciągnięto wnioski, że opieka profesjonalnych i wyszkolonych doul często korelowała z obniżeniem poziomu medykacji, wzrostem odsetka karmienia naturalnego oraz wzrostem satysfakcji pacjentek [11, 15, 16]. W naszym badaniu, w grupie porodów z osobą towarzyszącą, inną niż ojciec dziecka, medykacja była najwyższa, jednak doule stanowiły jedynie 16,3% tej grupy, co uniemożliwia nam jednoznacznie ocenę wpływu ich opieki na zastosowanie interwencji podczas porodu.

Wyniki badań własnych pokazały, że obecność osoby towarzyszącej podczas aktu narodzin zwiększa szansę na pozytywne doświadczenia porodowe kobiet oraz lepszą ocenę opieki zagwarantowanej w szpitalu. Kobiety, którym towarzyszyła osoba bliska rzadziej negatywnie oceniały swoje porody. Według Bojarczuk i wsp. szanse na optymistyczne przeżycia związane z porodem rosną, jeśli osobą towarzyszącą jest ojciec dziecka [17]. Wyniki te mają również potwierdzenie w przeglądzie Cochrane, gdzie udowodniono jednoznacznie korzystny wpływ obecności osoby towarzyszącej na przebieg porodu [18]. Praca Karaude i wsp. potwierdza tezę, iż kobiety decydujące się na poród w asyście męża częściej mają pozytywne przeżycia niż kobiety wybierające poród bez bliskiej osoby [19]. Równocześnie wśród naszych respondentek rodzących z inną niż ojciec dziecka osobą towarzyszącą było najwięcej deklaracji, iż poród był przeżyciem traumatycznym.

Doniesienia Menhart i Prosen oraz Hinic wykazały, że doświadczenie porodowe oraz ocena uzyskanej opieki jest szczególnie związana z jakością opieki, w tym ze wsparciem i komunikacją ze specjalistami, a następnie uczestnictwem w procesie podejmowania decyzji oraz z poziomem stresu z powodu niespodziewanych komplikacji lub interwencji oraz rozbieżnością między oczekiwanym a rzeczywistym przebiegiem porodu [20, 21]. W naszej pracy kobiety rodzące z osobą towarzyszącą deklarowały nieco lepszy kontakt z personelem medycznym, co może wynikać z większego starania się personelu, bądź obawy przed oceną. Rodzące w towarzystwie osób bliskich częściej pytane były o wizję porodu i zgodę na czynności medyczne, takie jak wykonanie lewatywy, założenie wenflonu czy badanie

wewnętrzne. Podobne wyniki uzyskała Rudnicka podczas porównywania porodów bez udziału osoby towarzyszącej z poro-  
dami rodzinnymi [22]. Z przeprowadzonego przez nas badania wynika również, że podczas porodów z udziałem osoby towar-  
zyszącej kontakt „skóra do skóry” z noworodkiem jest dłuższy, a procedury pielęgnacyjne u dziecka częściej odbywają się przy  
położnicy lub osobie bliskiej.

Jeśli celem opieki okołoporodowej jest promowanie optymal-  
nego zdrowia matki i jej dziecka tak samo w sferze fizycznej,  
jak i psychicznej, należy uwzględniać obecność osoby towarzy-  
szącej przy rodzącej we wszystkich odpowiednich strategiach  
planowania i organizacji opieki okołoporodowej. Właściwe  
przygotowanie osoby towarzyszącej do procesu porodu może  
w dużym stopniu wpływać na samopoczucie rodzącej oraz at-  
mosferę i komunikację ze wszystkimi członkami zespołu tera-

peutycznego. Pomoc, jaka udzielana jest kobiecie, znajomość jej  
oczekiwań i potrzeb, wpływa pozytywnie na kobietę oraz na  
więź między nią a osobą jej towarzyszącą [8].

## WNIOSKI

1. Obecność osoby towarzyszącej podczas porodu wpływa na doświadczenie porodowe kobiet, zwiększa szansę na prze-  
strzeganie praw pacjenta w zakresie uzyskiwania zgody na  
zabiegi, jednocześnie łącząc się z wyższą medykacją po-  
rodu.
2. Wsparcie doul i innych osób towarzyszących kobiecie w po-  
rodzie powinno być brane pod uwagę w strategiach plano-  
wania i organizacji opieki okołoporodowej.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

## BIBLIOGRAFIA

1. Jenczura A, Stawicka K, Podsiadło B, i wsp. *Postawy partnera pod-  
czas porodu rodzinnego*. W: Markocka-Mączka K, Król H, red. nauk.  
*Dobrostan a rozwój i zdrowie dzieci i młodzieży*. Lublin: NeuroCen-  
trum; 2016: 107–115.
2. World Health Organization. Poród nie jest chorobą. Fortaleza, Brazylia;  
1985. Dostępny na URL: <http://www.rodzicpoludku.pl/Wokol-porodu/zalecenia-WHOPorod-nie-jest-choroba.html> [cyt. 10.04.2019].
3. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum  
care for a positive childbirth experience; 2018. Dostępny na URL:  
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapar-tum-care-guidelines/en/> [cyt. 10.04.2019].
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku  
Praw Pacjenta (Dz.U. 2017 poz. 1318 z późn. zm).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w spra-  
wie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2018  
poz. 1756).
6. Mazurkiewicz B, Wietrzyńska A, Dmoch-Gajzlerska E. *Decyzja o po-  
rodzie rodzinnym: przyczyny, motywy, uwarunkowania*. W: Turowski  
K, red. *Zdrowie i dobrostan*. Lublin: NeuroCentrum; 2014: 89–108.
7. Walewska D, Bączek G, Tataj-Puzyna U, i wsp. Poród – rodzinne wy-  
darzenie. *Fides et Ratio* 2017; 29(1): 171–181.
8. Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, et al. Factors influencing posi-  
tive birth experiences of first-time mothers. *Nurs Res Pract* 2013;  
doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/349124>.
9. Stowarzyszenie Doula w Polsce. Dostępny na URL: <http://www.doula.org.pl/> [cyt. 10.04.2019].
10. Kozhimannil KB, Hardeman RR, Attanasio LB, et al. Doula care,  
birth outcomes, and costs among Medicaid beneficiaries. *Am J Pu-  
blic Health* 2013; 103(4): 113–121.
11. Kozhimannil KB, Attanasio LB, Jou J, et al. Potential benefits of in-  
creased access to doula support during childbirth. *Am J Manag Care*  
2014; 20(8): 340–352.
12. Berkau A. Wpływ wsparcia i obecności partnera na samopoczucie  
kobiety rodzącej. *Pol Prz Nauk Zdr* 2015; 2(43): 71–75.
13. Rudnicka B, Wrońska B, Szymańska I, i wsp. Ocena wybranych pa-  
rametrów klinicznych rodzących kobiet i noworodków w przebie-  
gu porodu konwencjonalnego i porodu rodzinnego. *Perinatol Neo-  
natol Ginek* 2012; 5(3): 131–136.
14. Steen M, Downe S, Bamford N, et al. Not-patient and not-visitor:  
a meta synthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and  
maternity care. *Midwifery* 2012; 28(4): 422–431.
15. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al. Continuous support for  
women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 7, doi:  
10.1002/14651858.CD003766.
16. Spiby H, Green JM, Darwin Z, et al. Multisite implementation of  
trained volunteer doula support for disadvantaged childbearing  
women: a mixed-methods evaluation. *Health Serv Deliv Res* 2015;  
3(8): 1–332.
17. Bojarczuk K, Łagowska-Batyra A, Kochman M, i wsp. The role of a sup-  
port person during labour. *J Educ Health Sport* 2018; 8(6): 372–390.
18. Bohren MA, Hofmeyr G, Sakala C, et al. Continuous support for  
women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 7, doi:  
10.1002/14651858.CD003766.
19. Karauda M, Łepecka-Klusek C, Buholc M. Współcześni małżonko-  
wie wobec porodu rodzinnego. *Wiad Lek* 2006; 59(9–10): 623–625.
20. Menhart L, Prosen M. Women's satisfaction with the childbirth  
experience: a descriptive research. *Obzornik zdravstvene nege* 2017;  
51(4): 298–311.
21. Hinic KA. *The relationships among perceived stress, birth satisfac-  
tion, and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women*. Se-  
ton Hall University Dissertations and Theses (ETDs) 2015.
22. Rudnicka B. Poród w polskim położnictwie u progu XXI w. Rozpra-  
wa na stopień doktora nauk medycznych napisana pod kierunkiem  
prof. dr. hab. Zbigniewa Pietrzaka, Wydział Pielęgniarstwa i Położ-  
nictwa, II Katedra Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medycz-  
ny w Łodzi. Łódź: Główna Biblioteka Lekarska; 2009.

## Adres do korespondencji:

Dr n. med. Barbara Baranowska  
Zakład Położnictwa  
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego  
ul. Żelazna 90  
01-004 Warszawa  
Tel.: 509 083 263  
E-mail: bbaranowska@gmail.com

Praca wpłynęła do redakcji: 12.03.2019 r.

Po recenzji: 15.04.2019 r.

Zaakceptowano do druku: 16.04.2019 r.