REALIZACJA KONTAKTU „SKÓRA DO SKÓRY” W KONTEKŚCIE WYTTCZYNYCH STANDARDU OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ W WYBRANYCH SZPITALACH WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

IMPLEMENTATION OF THE ‘SKIN TO SKIN’ CONTACT IN ACCORDANCE WITH PERINATAL CARE STANDARD RECOMMENDATIONS IN CHOSEN HOSPITALS OF ZACHODNIOPOMORSKIE PROVINCE

Marta Stanisz¹, Dorota Ćwiek², Joanna Preś³, Dorota Branecka-Woźniak¹

¹ Katedra i Zakład Ginekologii i Zdrowia Prokreacyjnego, Wydział Nauk o Zdrowiu Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

² Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych, Wydział Nauk o Zdrowiu Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

³ Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej, Klinika i Katedra Psychiatrii, Wydział Nauk o Zdrowiu Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.12>

STRESZCZENIE

Wstęp. Standard Opieki Okołoporodowej jest aktem prawnym, którego przepisy obowiązują w Polsce już od kilku lat. Rozporządzenie zostało opracowane na podstawie EBM [3]. Wczesny kontakt „skóra do skóry”, rekomendowany w Standardzie, ma na celu nie tylko skolonizowanie ciała dziecka fizjologiczną florą bakteryjną matki, lecz także budowanie trwałych relacji. Zgodnie z rozporządzeniem kontakt taki powinien trwać nieprzerwanie minimum 2 godziny po porodzie.

Cel. Głównym celem pracy była dokonana w kontekście praw pacjenta wynikających z „Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. (...)” ocena realizacji kontaktu „skóra do skóry” w szpitalach województwa zachodniopomorskiego.

Materiał i metody. Badaniem objęto 154 kobiety po porodzie drogami natury, hospitalizowane w trzech szpitalach województwa zachodniopomorskiego. Badanie zostało przeprowadzone w okresie od 11 lipca 2014 r. do 6 lutego 2015 r.; wykorzystano autorską ankietę opracowaną na podstawie Standardu Opieki Okołoporodowej. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego.

Wyniki. Większość pacjentek miała możliwość bezpośredniego kontaktu „skóra do skóry” po porodzie. Część kobiet – aż 75,5% w szpitalu w Szczecinku oraz mniej więcej jedna trzecia pacjentek SPSK1 i SPSK2 – nie miała możliwości przedłużenia tego kontaktu do 60 minut po porodzie. Najczęściej zaopatrzenie noworodka wykonywano w kąciu noworodka. Tak działo się w 90,5% przypadków w SPSK1. Z kolei dla SPSK2 i szpitala w Szczecinku odsetek ten wynosi odpowiednio 78,9% oraz 75,5%.

Wnioski. Realizacja kontaktu „skóra do skóry” nie odbywa się na dostatecznym poziomie, co może zaburzać rozwój prawidłowej relacji pomiędzy matką a noworodkiem. Konieczne jest podjęcie działań naprawczych w tym zakresie. Pierwsze badanie dziecka najczęściej wykonywane jest w kąciu noworodka. Ma to negatywny wpływ na realizację kontaktu „skóra do skóry”.

SŁOWA KLUCZOWE: opieka okołoporodowa, prawa pacjenta, poród, standard opieki, kontakt „skóra do skóry”.

ABSTRACT

Introduction. Perinatal Care Standard is a law act, which has been implemented in Poland for the few years. This Regulation was based on EBM [3]. The recommendation of the early ‘skin to skin’ contact has a purpose to colonise the newborn’s skin by physiological bacterial flora and also to develop a proper relationship between the mother and her child. In accordance with the regulation, the ‘skin to skin’ contact should last at least two hours after delivery.

Aim. The main aim of the study was to evaluate the implementation of the ‘skin to skin’ contact towards patient’s rights resulting from the Minister of Health Regulation of 20th September 2012 in case of the Perinatal Care Standard in chosen hospitals of Zachodniopomorskie province.

Material and methods. The study included 154 women after natural birth that were hospitalized in the period from 11th July 2014 to 6th February 2015, based on the author’s questionnaire, developed on the Standard of Perinatal Care 20th September 2012. There was used a diagnostic survey method.

Results. The vast majority of patients had the possibility of the close ‘skin to skin’ contact after labour. Unfortunately, 75.5% of women who gave birth in hospital in Szczecinek and about 1/3 of patients from SPSK1 and SPSK2 had no possibility to extend this contact up to 60 minutes after labour. All activities related to supplying the newborn were performed in the newborn corner mostly in every chosen hospitals – in 90.5% cases of SPSK1, 78.9% cases of SPSK2 and 75.5% cases of hospital in Szczecinek.

Conclusions. The implementation of the ‘skin to skin’ contact is not performed on a sufficient level, which can ensure development of a proper relation between the mother and her newborn. It is necessary to change the medical staff attitude. All activities related to supplying the newborn were performed in the newborn corner mostly. This has a negative influence on the ‘skin to skin’ contact.

KEYWORDS: perinatal care, patient’s rights, parturition, care standard, ‘skin to skin’ contact.

Wprowadzenie

Na przełomie dziesięcioleci doszło do radykalnych zmian w podejściu do ciąży, porodu i połogu zarówno w Polsce, jak i na świecie. W ubiegłym stuleciu poród traktowany był wyłącznie jako wydarzenie medyczne, zgodnie z panującą ideą *active management of labour* [1], a pacjentki traktowane były przedmiotowo [2]. Na wielu polskich oddziałach dominował system kohorty, w którym matka miała kontakt z dzieckiem wyłącznie w porze karmienia. Wraz z przekształcaniem systemu ochrony zdrowia w Polsce i organizacji pracy na oddziałach położniczych pojawiła się potrzeba zmian w ustawodawstwie.

Nowelizacja „Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. (...)” (Dz.U. Nr 187, poz. 1259) poskutkowała stworzeniem najnowszego Standardu Opieki Okołoporodowej (Dz.U. z 2012 r., poz. 1100), obowiązującego już od kilku lat. Rozporządzenie zostało opracowane na podstawie EBM, w oparciu o wytyczne WHO „Bezpieczne macierzyństwo”, prawa pacjenta oraz doświadczenia polskich praktyków w opiece nad matką i noworodkiem [3]. Nowe zasady postępowania budziły obawy i wątpliwości wśród personelu medycznego. Standard miał być obligatoryjnym źródłem wytycznych dla wszystkich placówek, unieważniając wewnętrznie obowiązujące procedury szpitalne [4].

Założenia Standardu Opieki Okołoporodowej dotyczą także nawiązywania kontaktu „skóra do skóry” tuż po narodzinach i utrzymywaniu go w III i IV okresie porodu, jeśli stan matki i dziecka jest dobry. Wczesny kontakt „skóra do skóry”, rekomendowany w Standardzie, ma na celu nie tylko skolonizowanie ciała dziecka fizjologiczną florą bakteryjną matki, lecz także budowanie trwałych relacji. Zgodnie z rozporządzeniem kontakt taki powinien trwać nieprzerwanie minimum 2 godziny po porodzie.

Cel pracy

Głównym celem pracy była dokonana w odniesieniu do praw pacjenta wynikających z „Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem” (w skrócie: Standard Opieki Okołoporodowej; Dz.U. z 2012 r., poz. 1100) ocena realizacji kontaktu „skóra do skóry” w wybranych szpitalach województwa zachodniopomorskiego.

Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 154 kobiet w pierwszej i drugiej dobie po porodzie drogami natury. Pacjentki hospitalizowane były:

- w Klinice Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii PUM w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 w Policach (Grupa 1),
- w Klinice Położnictwa i Ginekologii PUM w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 2 w Szczecinie (Grupa 2),
- na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym w Szpitalu w Szczecinku sp. z o.o. (Grupa 3).

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od 11 lipca 2014 r. do 6 lutego 2015 r. Przed rozpoczęciem badań uzyskano pisemną zgodę kierowników powyższych oddziałów na realizację projektu badawczego. Pacjentki biorące udział w badaniu zostały poinformowane o jego celu oraz wyraziły ustną zgodę na uczestnictwo. Kryterium włączenia do badania stanowił poród drogami natury, poprzedzony ciążą o przebiegu fizjologicznym.

W badaniach wykorzystano autorską ankietę opracowaną na podstawie Standardu Opieki Okołoporodowej z dnia 20 września 2012 r. (Dz.U. z 2012 r., poz. 1100). Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Ankieta zawierała pytania o charakterze zamkniętym i półotwartym.

Obliczenia statystyczne wykonano w programie Statistica 10. Badanie zależności pomiędzy zmiennymi ze względu na ich jakościowy charakter wykonano za pomocą testu niezależności χ^2 Pearsona. W przypadku braku spełnienia podstawowych założeń testu (liczności oczekiwane mniejsze od 5) stosowano poprawkę Yatesa na ciągłość testu χ^2 . Wyniki zaprezentowano za pomocą tabel dwudzielczych. Przyjęto poziom istotności równy 0,05, co w praktyce oznacza następujący układ hipotez:

- H_0 – brak statystycznie istotnych zależności między badanymi zmiennymi ($p > 0,05$),
- H_1 – występuje statystycznie istotna różnica między badanymi zmiennymi ($p < 0,05$).

Wyniki

Cechy różnicujące pacjentki biorące udział w badaniu to liczba posiadanego potomstwa, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny oraz poziom wykształcenia. Ogólną charakterystykę badanej populacji przedstawiono w **tabeli 1**. Ponad połowa respondentek rodziła swoje drugie lub kolejne dziecko, natomiast dla 40,3% kobiet był to pierwszy poród. Najmłodsza kobieta z grupy badanej miała 18 lat, natomiast najstarsza – 42 lata. Średnia wieku pacjentek wynosiła 29 lat. Najliczniejszą grupę reprezentowały rodzące pomiędzy 26. a 30. rokiem życia – aż 36,4% ogółu. Pacjentki pomiędzy 31. a 35. rokiem życia stanowiły 29,2% badanej populacji, natomiast kobiety do 25. roku życia – 24,7%. Najmniej liczną grupę reprezentowały kobiety powyżej 36. roku życia – jedynie 9,7%. Na podstawie analizy miejsca zamieszkania wykazano, iż spośród wszystkich bada-

nych aż 78,6% stanowiły mieszkanki miast. Jedynie 21,4% kobiet zamieszkiwało wsie. Większość kobiet z omawianej grupy była osobami niezamężnymi – 59,7%. Pozostałe 40,3% pacjentek to mężatki. Połowa (50,0%) badanej populacji miała wykształcenie wyższe, 34,4% respondentek miało wykształcenie średnie. Najmniej liczną grupę stanowiły kobiety z wykształceniem podstawowym lub zawodowym – 15,6%.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy
Table 1. Characteristic of examined group

Charakterystyka grupy/ Characteristic of group		Liczba i odsetek osób/ The number and percentage of people	
		N	%
Rodność/ The number of births	pierworódki/ primigravidas	62	40,3
	wieloródki/ multigravidas	92	59,7
Wiek/ Age	do 25. r.ż./ below 25 years of age	38	24,7
	26.–30. r.ż./ between 26–30 years of age	56	36,4
	31.–35. r.ż./ between 31.–35. years of age	45	29,2
	powyżej 36. r.ż./ above 36 years of age	15	9,7
Miejsce zamieszkania/ Current residence	miasto/ city	121	78,6
	wieś/ village	33	21,4
Stan cywilny/ Marital status	mężatki/ married	62	40,3
	niezamężne/ single	92	59,7
Poziom wykształcenia/ Education	podstawowe, zawodowe/ basic, vocational education	24	15,6
	średnie/ secondary education	53	34,4
	wyższe/ higher education	77	50,0

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Zmienną, która miała najistotniejsze znaczenie w kontekście realizacji kontaktu „skóra do skóry”, zgodnego z założeniami Standardu Opieki Okołoporodowej, stanowiło miejsce porodu. W **tabeli 2** przedstawiono liczebność respondentek korzystających z usług poszczególnych szpitali w trakcie porodu. Spośród 154 kobiet większość, bo aż 40,9%, rodziła w Klinice Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 w Policach PUM; 34,4% badanej populacji stanowiły pacjentki rodzące w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym Szpitala w Szczecinku sp. z o.o., zaś najmniejsza grupa – jedynie 24,7% – to kobiety rodzące w Klinice Położnictwa i Ginekologii

Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 w Szczecinie PUM.

Tabela 2. Liczebność respondentek względem poszczególnych szpitali
Table 2. The number of respondents in terms of particular hospital

Szpital/Hospital	N	%
Grupa 1/1 st group	63	40,9
Grupa 2/2 nd group	38	24,7
Grupa 3/3 rd group	53	34,4
Ogółem/Altogether	154	100,0

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W **tabeli 3** przedstawiono realizację kontaktu „skóra do skóry” tuż po porodzie w poszczególnych szpitalach. Na poziomie istotności 0,05 nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej mówiącej o braku statystycznie istotnej ($p = 0,915$) zależności między kontaktem „skóra do skóry” po porodzie a szpitalem. Zdecydowana większość pacjentek każdego ze szpitali miała możliwość bezpośredniego kontaktu „skóra do skóry” z noworodkiem tuż po porodzie.

Tabela 3. Kontakt „skóra do skóry” matki i dziecka tuż po porodzie w poszczególnych szpitalach
Table 3. 'Skin to skin' contact of the mother and baby just after the birth in particular hospitals

Kontakt „skóra do skóry”/“Skin to skin” contact	Szpital/Hospital					
	Grupa 1/1 st group	Grupa 2/2 nd group	Grupa 3/3 rd group			
	N	%	N	%	N	%
Tak/Yes	37	97,4	63	100,0	52	98,1
Nie/No	1	2,6	0	0,0	1	1,9
	chi ²		Df		P	
	chi ² Yatesa		df=2		p=0,915	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W **tabeli 4** zaprezentowano możliwość utrzymania kontaktu „skóra do skóry” przez matkę i noworodka ponad 60 minut po porodzie w poszczególnych szpitalach. Na poziomie istotności 0,05 zaobserwowano statystycznie istotną ($p = 0,000$) zależność między prezentowanymi aspektami.

Ponad dwie trzecie kobiet rodzących w SPSK1 i SPSK2 miało możliwość utrzymania bezpośredniego kontaktu „skóra do skóry” ze swoim dzieckiem ponad 60 minut po porodzie. W szpitalu w Szczecinku jedynie nieco ponad jedna czwarta (24,5%) matek mogła po porodzie trzymać swoje dziecko na brzuchu ponad 60 minut. Wobec powyższego część kobiet – aż 75,5% rodzących w szpitalu w Szczecinku oraz mniej więcej jedna trzecia pacjentek SPSK1 i SPSK2 – nie miała tej możliwości.

Tabela 4. Możliwość utrzymywania kontaktu „skóra do skóry” przez matkę i noworodka ponad 60 minut po porodzie w poszczególnych szpitalach
Table 4. Possibility to maintain ‘skin to skin’ contact between the mother and newborn over 60 minutes after delivery in particular hospitals

Kontakt „skóra do skóry” ponad 60 minut/‘Skin to skin’ contact over 60 minutes	Szpital/Hospital					
	Grupa 1/1 st group		Grupa 2/2 nd group		Grupa 3/3 rd group	
	N	%	N	%	N	%
Tak/Yes	25	65,8	44	69,8	13	24,5
Nie/No	13	34,2	19	30,2	40	75,5
chi ² Pearsona	26,9		df=2		p=0,000	

Źródło: opracowanie własne
Source: author’s own analysis

W tabeli 5 przedstawiono podejście personelu medycznego do miejsca zaopatrzenia noworodka po porodzie w poszczególnych szpitalach. Na poziomie istotności 0,05 nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej mówiącej o braku statystycznie istotnej ($p = 0,086$) zależności między zaopatrzeniem dziecka a szpitalem.

Zaopatrzenie noworodka na brzuchu mamy najczęściej wykonywane było w szpitalu w Szczecinku (24,5%) wobec 21,1% przypadków w SPSK2 i zaledwie 9,5% przypadków w SPSK1.

We wszystkich omawianych szpitalach najczęściej zaopatrzenie noworodka wykonywano w kąciu noworodka. Tak działo się w 90,5% przypadków w SPSK1. Z kolei dla SPSK2 i szpitala w Szczecinku odsetek ten wynosi odpowiednio 78,9% oraz 75,5%.

Tabela 5. Podejście personelu medycznego do miejsca zaopatrzenia noworodka po porodzie w poszczególnych szpitalach
Table 5. Approach of medical staff to the place of first newborn examination after delivery in particular hospitals

Miejsce zaopatrzenia noworodka/Place of first newborn examination	Szpital/Hospital					
	Grupa 1/1 st group		Grupa 2/2 nd group		Grupa 3/3 rd group	
	N	%	N	%	N	%
Kąć noworodka/First aid place for newborns	30	78,9	57	90,5	40	75,5
Brzuch matki/Mother’s abdomen	8	21,1	6	9,5	13	24,5
chi ² Pearsona	4,9		df=2		p=0,086	

Źródło: opracowanie własne
Source: author’s own analysis

Dyskusja

Opieka zarówno w trakcie porodu, jak i w pierwszych chwilach po narodzeniu dziecka stanowi ważny moment, rzutujący na dalszy rozwój więzi pomiędzy matką a noworodkiem. Wczesny kontakt „skóra do skóry”, rekomendowany w Standardzie, ma na celu nie tylko skolonizowanie ciała dziecka fizjologiczną florą bakteryjną matki, lecz także budowanie trwałych relacji i podjęcie próby karmienia piersią już w warunkach sali porodowej.

Zgodnie z rozporządzeniem kontakt taki powinien trwać nieprzerwanie minimum 2 godziny po porodzie, co jest niezwykle rzadko realizowane, głównie ze względu na specyfikę organizacji pracy położnych i lekarzy [5, 6]. Istnieje niewielka baza publikacji dotyczących realizacji Standardów Opieki Okołoporodowej, stąd też trudno znaleźć odniesienie do doniesień innych autorów.

W badaniach własnych wykazano, iż w niemalże 100,0% przypadków kontakt „skóra do skóry” realizowany był w każdym z omawianych szpitali województwa zachodniopomorskiego. Niestety, możliwość trzymania swojego dziecka na brzuchu ponad 60 minut zadeklarowało znacznie mniej pacjentek, szczególnie w szpitalu w Szczecinku. Ponad trzy czwarte kobiet rodzących w tamtejszej placówce nie mogło przedłużyć czasu kontaktu „skóra do skóry”, który zgodnie z badaniami innych autorów najczęściej trwa jedynie kilka do kilkunastu minut [5]. Podobna, choć nieznacznie lepsza sytuacja jest w SPSK1 i SPSK2, gdzie ponad jedna trzecia pacjentek zadeklarowała brak możliwości utrzymywania bliskiego kontaktu z noworodkiem ponad 60 minut.

Bez wątplenia próby wdrażania wczesnego kontaktu „skóra do skóry” tłumsi wybór miejsca zaopatrzenia noworodka – w każdym z omawianych szpitali czynności związane z badaniem dziecka najczęściej wykonywano w kąciu noworodka. Jedynie w przypadku około jednej czwartej pacjentek SPSK2 i szpitala w Szczecinku noworodek zaopatrzony został na brzuchu mamy.

Na podstawie zestawienia wyników własnych z badaniami innych autorów należy stwierdzić, iż istnieje wiele uchybień ze strony personelu medycznego w procesie realizacji Standardu Opieki Okołoporodowej w szpitalach województwa zachodniopomorskiego.

Wnioski

1. Realizacja kontaktu „skóra do skóry” nie odbywa się na dostatecznym poziomie, zapewniającym rozwój pozytywnej relacji pomiędzy matką a dzieckiem. Przypuszczalnie może świadczyć to o niewiedzy i braku kompetencji ze strony personelu w zakresie obowiązujących ustaw i innych przepisów prawa. Konieczna jest zatem zmiana podejścia personelu do czasu utrzymywania bliskiego kontaktu noworodka i matki. Należy wdrożyć obowiązkowe szkolenia z zakresu przestrzegania praw pacjenta.
2. Czynności związane z zaopatrzeniem noworodka najczęściej wykonywane są w kąciu noworodka, co negatywnie wpływa na kontakt „skóra do skóry”, dlatego należy zachęcać personel do badania noworodka i wykonywania na brzuchu matki innych zabiegów po porodzie.

3. Organ Ministerstwa Zdrowia powinien sprawować większą kontrolę nad wdrażaniem Standardu Opieki Okołoporodowej w szpitalach, gdyż w wielu placówkach obowiązuje on jedynie w wybranych, wygodnych dla kierownictwa aspektach.

Piśmiennictwo

1. Kitzinger S. Rediscovering Birth. London: Little Brown; 2000.
2. Podgórska J. Betonowe położnictwo. Polityka. 2005; 43: 4–11.
3. Jędrzejewska L. Standardy opieki okołoporodowej. Nowe wyzwania dla położnych. Położ Nauka Prakt. 2011; 1(13): 8–11.
4. Nowakowska L. W stronę humanizacji porodu. Projekt standardu opieki okołoporodowej w Polsce. Zdr Publ. 2010; 120(4): 432.
5. Kubicka-Kraszyńska U (red.). Monitoring wdrażania nowych standardów okołoporodowych w wybranych placówkach położniczych województwa mazowieckiego. Raport. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2013. 27.
6. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medyczne-

go przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem. Dz.U. z 2012 r., poz. 1100.

Artykuł przyjęty do redakcji: 18.09.2017

Artykuł przyjęty do publikacji: 10.12.2017

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Marta Stanis

ul. Żołnierska 48, bud. 8

71-210 Szczecin

tel.: 91 480 09 20

e-mail: martastanis@gmail.com

Katedra i Zakład Ginekologii i Zdrowia Prokreacyjnego

Wydział Nauk o Zdrowiu

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie