

Wybrane zagadnienia z planu porodu w kontekście oczekiwań kobiet i ich wyników okołoporodowych

Selected issues concerning the birth plan in the context of women's expectations and their perinatal outcomes

ALEKSANDRA ROMAŃSKA^{1/}, BARBARA BARANOWSKA^{2/}, DOROTA SYS^{3/}, PIOTR WĘGRZYN^{4/}

^{1/} Studentka Wydziału Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

^{2/} Zakład Położnictwa, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

^{3/} Zakład Zdrowia Prokreacyjnego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

^{4/} Klinika Położnictwa i Perinatologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie. Plan porodu jest dokumentem, który coraz powszechniej towarzyszy kobietom podczas narodzin dziecka. Rodzice zawierają w nim preferencje dotyczące przebiegu porodu. Nie zawsze zapisane w planie porodu oczekiwania kobiet wobec opieki w trakcie porodu są respektowane.

Cel. Weryfikacja oczekiwań kobiet ciężarnych zawartych w planie porodu, poznanie stopnia ich zgodności z rzeczywistym przebiegiem porodu oraz określenie wpływu posiadania planu porodu na wyniki położniczo-noworodkowe.

Materiały i metody. Badanie retrospektywne przeprowadzono w szpitalu III stopnia referencyjności, w grupie 203 kobiet. Analizowano historie położnicze oraz plany porodu. Grupa posiadająca plan porodu liczyła 100 kobiet. Pozostałe 103 badane nie posiadały planu porodu i stanowiły grupę kontrolną. Kryterium włączenia do badania była niskiego ryzyka donoszona ciąża pojedyncza.

Wyniki. Porody kobiet posiadających plan porodu częściej były stymulowane przy pomocy oksytocyny oraz kończyły się kontaktem 'skóra do skóry'. Najniższy stopień realizacji oczekiwań zapisanych w planie porodu stwierdzono w odniesieniu do znieczulenia aparatem TENS, a najwyższy w odniesieniu do sposobu karmienia noworodka. Odsetek porodów siłami natury był wyższy, gdy zgodność planu porodu z preferencjami kobiet wynosiła 50% lub więcej.

Wnioski. Oczekiwania kobiet wyrażone w planie porodu rzadko są w pełni realizowane. Zauważono związek pomiędzy wzrostem szansy na poród drogami natury, indukowany lub stymulowany za pomocą oksytocyny, a wysokim stopniem realizacji preferencji zapisanych w planie porodu.

Słowa kluczowe: plan porodu, opieka okołoporodowa, poród

Introduction. A birth plan is a document that is more and more frequently used by pregnant women before giving birth, and in which pregnant women provide their preferences for the course of their labour. However, their expectations about the delivery care described in the birth plans are not always respected.

Aim. The objective of the study was to verify the expectations of pregnant women included in the birth plan, and to get to know the degree of their compliance with the real course of labour, as well as to determine the influence of possessing the birth plan on the obstetric and neonatal outcomes.

Material & method. A retrospective study was carried out in a tertiary referral hospital in a group of 203 women. Obstetric histories and birth plans were analysed. The group having a birth plan consisted of 100 women. The other 103 women in the study did not have a birth plan and constituted the control group. The selection criterion for the study was a singleton full-term pregnancy of low risk.

Results. The labours of the women who had a birth plan were more frequently stimulated with oxytocin and ended in 'skin-to-skin' contact. The lowest degree to which the expectations provided in the birth plan were implemented was noted in respect of TENS use, while the highest degree was noted in respect of the way newborns were nursed. Where the compliance of the birth plan with women's preferences amounted to 50% or exceeded this percentage, the rate of natural childbirths was higher.

Conclusion. Women's expectations expressed in their birth plan are rarely fully met. A correlation between vaginal delivery with oxytocin induction or stimulation and the high degree of implementation of the preferences described in the birth plan was observed.

Key words: birth plan, perinatal care, childbirth

© Hygeia Public Health 2019, 54(2): 123-129

www.h-ph.pl

Nadestano: 28.02.2019

Zakwalifikowano do druku: 05.06.2019

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Barbara Baranowska

Zakład Położnictwa

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

ul. Żelazna 90, 01-004 Warszawa

tel. 509 08 32 63, e-mail: bbaranowska@gmail.com

Wprowadzenie

Większość kobiet planujących w przyszłości zostać matką, posiada własne wyobrażenie porodu. Duża

część z nich oczekuje, aby był on doświadczeniem wyjątkowym. Z narodzinami dziecka wiążą się silne, czasem skrajne emocje i odczucia: zaczynając od

bólu, niepokoju, strachu, a kończąc na ekstazie i spełnieniu [1]. Specyfika tego wydarzenia czyni poród niezwykłym, ale i trudnym dla kobiety rodzącej oraz jej bliskich, a także dla personelu medycznego, który w nim uczestniczy. Labilność emocjonalna rodzających może wpływać negatywnie na kontakt między nimi, a personelem medycznym. Brak właściwej i efektywnej komunikacji może generować przeszkody w odpowiedzi na oczekiwania kobiet wobec porodu i wczesnego połogu [1].

W przeszłości w celu zapewnienia bezpieczeństwa procesu narodzin dziecka, kobiety brały udział w specjalnych rytuałach oraz kierowały się przesadami dotyczącymi okresu okołoporodowego [2-4]. Współcześnie próbą zapewnienia pomyślności przebiegu porodu, wyrażoną w postaci spisane oczekiwania, opartą na wiedzy medycznej i służącą właściwej komunikacji z personelem jest plan porodu.

Po raz pierwszy plan porodu pojawił się na świecie w latach 80. XX w. [5]. Jest to dokument, w którym ciężarna może zawrzeć swoje oczekiwania i preferencje dotyczące porodu. W myśl obecnie obowiązującego w Polsce 'standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej' kobieta ciężarna powinna opracować taki plan wspólnie z osobą prowadzącą jej ciążę – położną lub lekarzem [6].

Świadomie stworzony plan porodu niesie za sobą szereg korzyści, zarówno dla rodzącej, jak i dla personelu. Należą do nich przede wszystkim: większa kontrola nad porodem i zdarzeniami niepożądanymi oraz lepszy kontakt pomiędzy rodzącą, a personelem medycznym. Ponadto wśród kobiet, które opracowały własny plan porodu, obserwuje się dużą świadomość w zakresie pierwszego kontaktu z dzieckiem po porodzie [7]. Badania pokazują również wyższy odsetek porodów drogami natury, a zatem i inicjacji karmienia piersią u kobiet posiadających plan porodu, w stosunku do tych, które go nie posiadały [8, 9]. Korzystanie z planów porodu jest zalecane przez WHO [10].

Zakłada się, że nawet jeśli oczekiwania wyrażone w planie porodu, nie zostaną zrealizowane, sam proces jego tworzenia może mieć wpływ na pozytywne odczucia porodowe, ze względu na możliwość świadomej refleksji dotyczącej przebiegu narodzin i przedyskutowania własnych decyzji z personelem medycznym. Istnieje również obawa związana ze zbytnim przywiązaniem do proponowanych przez ciężarną w planie porodu rozwiązań i znacznym poporodowym rozczarowaniem związanym z niemożnością ich realizacji [11].

Do najczęściej poruszanych kwestii przez kobiety w planach porodu należą: wybór osoby towarzyszącej, forma łagodzenia bólu porodowego, dobór odpowiedniej pozycji w I i II okresie porodu, stosunek do interwencji medycznych oraz kształtowanie pozytywnej

więzi z noworodkiem poprzez kontakt 'skóra do skóry' i inicjację laktacji [12].

Choć w Polsce plan porodu nie jest jeszcze tak powszechny jak w krajach skandynawskich, to obserwuje się powolną tendencję do wzrostu liczby kobiet, które z niego korzystają. Wpływ mają na to przede wszystkim zalecenia dotyczące opieki nad matką i dzieckiem wynikające ze Standardu Opieki Okołoporodowej czy wdrażania Inicjatywy Szpitala Przyjaznego Dziecku [13, 14]. Powszechna dostępność powyższych dokumentów umożliwia kobietom zapoznanie się z ich treścią i podjęciem decyzji dotyczących własnych preferencji w zakresie np. kontaktu z dzieckiem po narodzinach.

Cel

Weryfikacja oczekiwań kobiet ciężarnych wyrażonych w planie porodu, poznanie stopnia ich zgodności z rzeczywistym przebiegiem porodu oraz określenie wpływu posiadania planu porodu na wyniki położniczo-noworodkowe.

Materiały i metody

Badanie retrospektywne przeprowadzono w Szpitalu Specjalistycznym III stopnia referencyjności w Warszawie. Dokonano analizy dokumentacji położniczych obejmujących plan porodu oraz dane dotyczące przebiegu porodu, punktacji skali Apgar noworodka, pierwszego kontaktu oraz karmienia dziecka po porodzie. Historie położnicze i plany porodu analizowano u kobiet, które urodziły w latach 2014-2017. Wśród losowo wybranych opisów 895 porodów, wyłoniono 103 dokumentacje kobiet posiadających plan porodu, który był dołączony do historii położniczej. Ostateczna grupa badanych liczyła 100 kobiet; 3 historie położnicze kobiet zostały odrzucone z powodu niekompletności danych uniemożliwiających dokładną analizę. Z pozostałych 792 dokumentacji wylosowano dodatkowe 103 dokumentacje kobiet rodzących w tym samym okresie, w tym samym szpitalu, lecz nie posiadające planu porodu, jako grupę porównawczą. Liczebność kobiet z grupy porównawczej, niemających planu porodu nie zmieniła się i wyniosła 103. Scharakteryzowano wybrane oczekiwania kobiet wyrażone w planach porodu oraz porównano wyniki położniczo-noworodkowe w grupach kobiet posiadających i nieposiadających planu porodu.

Plan porodu stanowił we wszystkich przypadkach standaryzowany dokument przygotowany dla kobiet rodzących w powyższym szpitalu dostępny na stronie internetowej [15]. Dane analizowano przy pomocy programu Statistica. Użyto testów t-Studenta, χ^2 , ANOVA, przy założeniu istotności statystycznej $p \leq 0,05$.

Badanie zostało przyjęte do wiadomości Komisji Bioetycznej przy Warszawskim Uniwersytecie Medycznym z numerem AKBE/232/2017.

Wyniki

Najmłodsza badana miała 22 lata, a najstarsza 45 lat, przy czym przedział wiekowy dla ciężarnych posiadających plan porodu wynosił 23-44 lata, a dla ciężarnych bez planu porodu 22-45 lat. Wśród kobiet z planem porodu 5% badanych nie przekroczyła 29 r.ż., co trzecia (37%) była w wieku 29-32 lat, a co druga liczyła 33-36 lat (45%). Wśród najstarszych kobiet 9% było w wieku 37-40 lat, tylko 4% kobiet przekroczyło 40 r.ż. W grupie niemającej planu porodu odsetki różniły się istotnie statystycznie ($p=0,006$) i wynosiły (odpowiednio): 4, 18, 46, 21 i 11%.

W badaniu brały udział głównie kobiety zamieszkujące duże miasta (>100 tys. mieszkańców): 77% mających plan porodu i 73% bez takiego planu. W mniejszych miastach mieszkało odpowiednio 18 i 20% badanych, a na wsi 5 i 7%. Nie odnotowano różnic statystycznych ($p=0,093$).

Istotnie statystycznie częściej ($p=0,002$) w badaniu brały udział kobiety z planem porodu, dla których była to pierwsza ciąża (66 vs. 45%). Odsetki kobiet będących w drugiej ciąży były zbliżone (24 vs. 26%); podobnie było w przypadku kobiet będących w czwartej (2 vs. 5%), jak i kolejnych ciążach (po 2%). Największą różnicę odnotowano u kobiet będących aktualnie w trzeciej ciąży (6 vs. 22%).

Podobnie istotnie częściej ($p=0,001$) plan porodu miały badane, dla których był to pierwszy poród (79 vs. 49%). Znacznie rzadziej taki plan porodu miały kobiety dla których była to już druga (14 vs. 35%), trzecia (13 vs. 6) czy kolejna ciąża (1 vs. 3%).

Średni wiek ciążowy badanych wyniósł 39 ± 2 tydzień ciąży (t.c.), przy czym minimalny wiek dla kobiet z planami porodu to 37 t.c., a dla kobiet bez planów porodu 36 t.c. W obu badanych grupach porody odbywały się nie później niż w 41 t.c. Kobiety z planem porodu istotnie częściej ($p=0,049$) rodziły w 40 t.c. (49 vs. 29%), a bez planu porodu w 39 t.c. (29 vs. 42%). W pozostałych przypadkach odsetki rodzących były zbliżone: 41 t.c. (10 vs. 8%), 38 t.c. (10 vs. 15%), 37 t.c. (2 vs. 5%). W 36 t.c. urodziła tylko 1 badana bez planu porodu.

Wywiad położniczy obciążony poronieniem stwierdzono nieistotnie częściej ($p=0,128$) u co piątej badanej (20%). W przypadku kobiet z planem porodu 14% badanych miało za sobą 1 poronienie, 2% – dwa i 1 badana 3 i więcej. Wśród kobiet bez planu porodu jedynie 23% badanych przeżyło jedno poronienie.

U większości badanych poród rozpoczął się spontanicznie i nie był przyspieszany za pomocą

oksytocyny; nie odnotowano różnic ($p=0,312$) między kobietami z planem porodu i bez takiego planu (88 vs. 92%). Istotnie częściej ($p=0,002$) czynność skurczowa macicy stymulowana była podczas porodu za pomocą oksytocyny w grupie kobiet posiadających plan porodu (33 vs. 15%).

U wszystkich badanych kobiet zastosowano przynajmniej jedną metodę niefarmakologicznego łagodzenia bólu porodowego. Rodzące korzystały z piłki/drabinek/stołka położniczego, częściej zmiany pozycji podczas porodu/pozycji wertykalnych, immersji wodnej/prysznic, aparatu TENS, aromaterapii oraz muzykoterapii.

Ze znieczulenia zewnątrzoponowego skorzystała prawie co trzecia badana; nieistotnie częściej ($p=0,066$) były to kobiety posiadające plan porodu (35 vs. 23%). Nieliczne badanie (odpowiednio: 5 i 7%) miały znieczulenie ogólne ($p=0,587$); znieczulenie podpajęczynówkowe było wykonane odpowiednio u 14 i 16% badanych ($p=0,620$).

Ochronę krocza prowadzono nieistotnie częściej u kobiet z planem porodu (51 vs. 43%; $p=0,237$). Nacięcie krocza wykonano u co trzeciej rodzącej; nie odnotowano istotnych różnic pomiędzy kobietami z planem porodu i bez takiego porodu (35 vs. 33%; $p=0,765$). U co trzeciej rodzącej z planem porodu (36%) i tylko u co piątej (19%) bez planu porodu doszło w czasie porodu do pęknięcia krocza. W przypadku kobiet z planem porodu był to najczęściej I stopień pęknięcia (35%), a tylko w jednym przypadku był to III stopień pęknięcia. W przypadku kobiet bez planu porodu również najczęściej było to pęknięcie I stopnia (16%), a w pozostałych 3% był to II stopień. Odnotowane różnice, poza I stopniem ($p=0,003$), nie były istotne statystycznie.

Większość porodów zakończono drogami natury. Porody operacyjne stanowiły zaledwie 15% ogółu porodów; nie odnotowano różnic pomiędzy kobietami z planem porodu i bez takiego planu (13 vs. 17%; $p=0,482$). Również nieistotnie rzadziej wśród kobiet z planem porodu zastosowany był próżnościąg (1 vs. 3%; $p=0,185$).

Minimalna i maksymalna wartość utraty krwi w obu badanych grupach wyniosła 350 ml i 1000 ml. Fizjologiczną utratę krwi odnotowano w 3/4 porodów, nie częściej u kobiet z planem porodu (77 vs. 68%). U co piątej badanej (23%) była to utrata w ilości 400-699 ml (odpowiednio: 18 vs. 27%), a tylko u 5% utrata krwi przekroczyła 700 ml (w obu grupach po 5%). Wartości utraty krwi nie różniły się istotnie między grupami ($p=0,292$).

Nieprzerwany kontakt 'skóra do skóry' przez 2h po porodzie wraz z inicjacją karmienia piersią zachowano u 3/4 rodzących (76%). Istotnie częściej był on zachowany u kobiet z planem porodu (83 vs. 71%; $p=0,44$).

Minimalna liczba punktów Apgar, jaką otrzymały noworodki badanych kobiet po 1 minucie życia wyniosła 7 punktów w przypadku obu grup badanych; w 10 minucie życia – 9 punktów dla grupy kobiet bez planów porodu i 10 punktów dla grupy kobiet z planami porodu. Nie były to jednak różnice istotne statystycznie.

Szczegółowa analiza danych umieszczanych przez badane w planach porodu uwzględniała 4 aspekty: zastosowanie aparatu TENS (73% badanych; 22% nie wskazało preferencji; w 27% preferencje zostały zrealizowane), skorzystanie ze znieczulenia zewnątrzoponowego (81%; 2% nie wskazało preferencji; w 37% preferencje zostały zrealizowane).

Preferencje dotyczące kontaktu skóra do skóry z dzieckiem po porodzie (98%) wraz z oczekiwanym sposobem karmienia noworodka (98%); 2% badanych nie wskazało preferencji; w 100% preferencje zostały zrealizowane. Analizując dane dotyczące kontaktu 'skóra do skóry' brano pod uwagę wskazanie przez ciężarną chęci skorzystania z nieprzerwanego kontaktu z noworodkiem, rozpoczętego bezpośrednio po porodzie i trwającego co najmniej 2 h, połączonego z inicjacją karmienia piersią. Do grupy kobiet, których oczekiwaniem był pierwszy kontakt z dzieckiem włączano jedynie te, które uwzględniały wszystkie powyższe warunki tego kontaktu. Oczekiwanie to zostało wypełnione jedynie w przypadku 84% kobiet – uwzględniając położnice, które preferowały nieprzerwany kontakt, jak i te, które ten kontakt negowały, zgodnie z tym, co wskazały w planie porodu. Warto zauważyć, iż największy odsetek realizacji preferencji zawartych w planie porodu zanotowano w przypadku pytania o preferowany sposób karmienia noworodka. Pomimo, iż możliwe było opisanie dowolnego sposobu karmienia wszystkie badane kobiety preferowały karmienie noworodka piersią.

Najniższy stopień realizacji oczekiwań w planie porodu stwierdzono w odniesieniu do znieczulenia aparatem TENS, żadna z kobiet nie skorzystała z tego urządzenia pomimo, iż prawie 3/4 rodzących uwzględniło je jako jeden ze sposobów nefarmakologicznego łagodzenia bólu porodu. Ze znieczulenia zewnątrzoponowego chciała skorzystać większość ciężarnych, natomiast preferencje odnośnie oczekiwań, zarówno wobec skorzystania, jak i uniknięcia tego rodzaju analgezji uwzględniono tylko u 35% kobiet.

Biorąc pod uwagę ogólne dane dotyczące realizacji planu porodu stwierdzono, iż jedynie u 5% badanych kobiet nie uwzględniono ich preferencji w którymkolwiek z analizowanych punktów. W przypadku 11% badanych kobiet ich preferencje zostały uwzględnione tylko w jednym analizowanym punkcie. U co trzeciej (39%) badanej preferencje zostały zrealizowane w połowie lub w 75% (36% badanych). U niespełna co 10.

badanej zostały zrealizowane wszystkie preferencje ujęte w planie porodu (9%).

Porównując stopień zgodności planu porodu z wynikami występującymi w zależności od rodzaju porodu zauważono, iż odsetek porodów drogami i siłami natury był większy w przypadku, kiedy zgodność z planem porodu wynosiła 50% lub więcej. Gdy zgodność była na poziomie 75% i więcej, wszystkie porody zakończyły się drogami i siłami natury. Odsetek nacięć i pęknięć krocza był podobny w obu grupach. Stymulację czynności skurczowej oksytocyną częściej obserwowano w przypadku zgodności z planem porodu większej lub równej 75% (tab. I). Wszystkie noworodki urodziły się w stanie dobrym.

Tabela I. Wyniki (%) położniczo-noworodkowe powiązane ze stopniem realizacji planów porodu

Table I. Maternal and neonatal outcomes (%) associated with birth plan implementation

Wyniki położniczo-noworodkowe /Maternal and neonatal outcomes	Zgodność ≤50% /Compliance ≤50%	Zgodność ≥75% /Compliance ≥75%	p
porody siłami natury /spontaneous vaginal delivery	74	100	0,001
porody zabiegowe /operational delivery	2		0,363
cięcie cesarskie /caesarean section	24		0,001
nacięcie krocza /episiotomy	31	40	0,343
pęknięcie krocza /perineal injuries	31	42	0,241
indukcja oksytocyną /oxytocin induction	7	18	0,108
stymulacja czynności skurczowej oksytocyną /stimulation of systolic activity with oxytocin augmentation	27	40	0,178
Apgar w 1 minucie poniżej 10 pkt. /one-minute Apgar score below 10	5	2	0,157

Dyskusja

Przedstawione powyżej wyniki pokazują, iż w zdecydowanej większości plany porodu nie zostały zrealizowane zgodnie z preferencjami kobiet. Nie analizowano dokładnie poziomu zadowolenia kobiet z przebiegu porodu, ale wielu autorów twierdzi, iż wysoki stopień zgodności planu porodu z oczekiwaniami rodzących, pozytywnie wpływa na ich satysfakcję z opieki okołoporodowej [8, 16, 17].

Przyczyn tak niskiego poziomu realizacji planów porodu może być wiele. Przede wszystkim należy zauważyć, iż poród jest procesem, którego przebieg nie zawsze jest możliwy do przewidzenia. Konsekwencją tego jest konieczność podejmowania szybkich, nagłych decyzji, czasami niezgodnych z tym, co rodzące wskazały jako pożądane. Decyzyjność leży tutaj zarówno po stronie personelu medycznego, jak również kobiet.

Lekarze i położne mają na uwadze przede wszystkim bezpieczeństwo rodzącej i dziecka, w związku z tym nie zawsze możliwa jest całkowita realizacja oczekiwań zawartych w planie porodu. Jeżeli plan porodu ma służyć kobiecie do uzyskania poczucia kontroli nad porodem, może w sytuacji niepomyślnego przebiegu utrudniać współpracę z personelem medycznym. Warto edukować kobiety, aby w okresie przedporodowym pracowały nad zamianą potrzeby kontroli nad porodem na świadomość procesu porodowego, pozwalającą im na dostosowywanie się do zmiany sytuacji.

Warto nadmienić także, że plan porodu w swym założeniu jest formą przygotowania się do porodu i powstaje przed doświadczeniem porodowym. Zazwyczaj dzieje się to podczas zajęć w szkołach rodzenia lub kilka dni przed terminem porodu, co może sprzyjać innemu postrzeganiu pewnych aspektów, które w planie porodu są poruszane. Towarzyszący porodowi ból oraz stres wywołany nową sytuacją powoduje, że zmienia się perspektywa kobiet oraz ich wola. Może to dotyczyć np. stosowanych form znieczulenia; często kobiety nie zdają sobie sprawy z intensywności bólu porodowego (szczególnie dotyczy to pierworódek) i negowane w planie porodu znieczulenie zewnątrzoponowe staje się jedyną opcją, aby kobieta mogła bez przeszkód urodzić.

Z drugiej strony literatura pokazuje, iż nie wszystkie położne traktują plan porodu, jako wskazówki rodzącej, co do przebiegu porodu. Część z nich uważa, że narodzin nie da się zaplanować, więc posługiwanie się terminem 'plan' jest kłopotliwe i mylące [18]. Inne położne z kolei twierdzą, że plan porodu stał się elementem wywierającym na nich presję. Jako przykłady, wymieniały tu przede wszystkim te plany, w których kobieta nie zgadzała się na jakiegokolwiek interwencje medyczne [18, 19]. Istotną rolę w tym przypadku spełnia efektywna komunikacja między rodzącą a położną, gdyż brak wyjaśnienia nawzajem swoich potrzeb i celów może stanowić barierę podczas porodu i sprzyjać konfliktom. Niektórzy autorzy zauważyli też, że kobiety które przedstawiły swój plan porodu były mniej zadowolone z położnych obecnych podczas porodu w porównaniu do kobiet, które planu porodu nie utworzyły [20]. Jednakże w badaniu, które zostało przeprowadzone w jednym z hiszpańskich szpitali stwierdzono, że kobiety których oczekiwania zostały spełnione w mniej niż 50%, mimo wszystko miały pozytywne zdanie o swoich położnych, a 95% zadeklarowało, że ponownie napisze swój plan porodu, jeśli zdecyduje się na kolejną ciążę [21, 22].

Nie zauważono istotnej różnicy w częstości zakończenia porodu drogą operacyjną u kobiet posiadających plan porodu, jednakże należy zauważyć, że cięcia cesarskie występowały jedynie w grupie kobiet, których zgodność oczekiwań z planem porodu wynosiła mniej

niż 50%. Korelacja między utworzeniem planu porodu, a wyższym odsetkiem cięć cesarskich opisywana jest przez kilku autorów [8, 12]. Istnieją badania, które nie potwierdzają istotnie wyższego odsetka cięć cesarskich u kobiet bez planów porodu [23].

Jednym z wyników powyższego badania było to, że kobiety posiadające plan porodu zdecydowanie częściej miały porody stymulowane oksytocyną. Dodając przy tym fakt, iż zdecydowanie częściej plan porodu posiadały pierworódki można wysnuć wniosek, że stres i strach przed zdarzeniami niepożądanymi doprowadziły do zahamowania postępu porodu, a to spowodowało konieczność sztucznej stymulacji czynności skurczowej. Autorzy twierdzą, iż może być to także wynik nieelastycznego podejścia rodzących do planu porodu i zbyt sztywne trzymanie się go. Wskazują oni jednocześnie, iż jeśli plan porodu użyty zostaje w celu wzmocnienia świadomości i zwiększenia wiedzy na temat swojego ciała, to nie wskazuje on znacząco na nadużywanie oksytocyny podczas porodu [24-26].

Istotny jest także wynik liczby pęknięć krocza. Trudne jest porównanie powyższych wartości z innymi, ponieważ nie znaleziono podobnych badań na ten temat. Można jednak ustalić pewną zależność: kobiety, które posiadały plan porodu w większości rodziły po raz pierwszy, w związku z tym ich krocze mogło mieć mniejszą podatność na rozciąganie. O tym pisali inni badacze [27].

Warto zwrócić uwagę także na rzadkie wybieranie znieczulenia za pomocą aparatu TENS jako formy znieczulenia przez rodzące w planie porodu. Badacze twierdzą, iż może być to spowodowane niedostateczną wiedzą na temat działania urządzenia [28, 29].

Jeśli chodzi o wyniki noworodkowe, to powyższe badanie nie wykazało istotnej różnicy, natomiast literatura wskazuje na zdecydowanie lepszą punktację Apgar w kolejnych minutach życia tych dzieci, których matki utworzyły plan porodu. Warto zwrócić uwagę jednak na istotnie częstsze prowadzenie kontaktu 'skóra do skóry' po porodzie u kobiet z planami porodu. Autorzy twierdzą, że jest to rezultat wyraźnie większej świadomości korzyści płynących z wczesnego pierwszego kontaktu z noworodkiem oraz inicjacji karmienia piersią. Przede wszystkim chodzi tu o kolonizację skóry noworodka fizjologiczną florą bakteryjną skóry rodzącej, nawiązanie więzi między matką a dzieckiem oraz cenne właściwości mleka kobiecego [30, 31]. Na wysoki odsetek kobiet, które oczekiwały nieprzerwanego kontaktu z noworodkiem przez pierwsze dwie godziny po porodzie wpływ miała także wspomniana wcześniej liczba cięć cesarskich, która była niższa u kobiet, które posiadały plan porodu. Niestety położnice, których poród zakończył się cięciem cesarskim nie miały możliwości nieprzerwanie przebywać z noworodkiem zaraz po operacji.

W praktyce klinicznej plan porodu może okazać się skutecznym narzędziem, które sprzyja bardziej fizjologicznemu procesowi porodu, większej świadomości w stosunku do przebiegu procesu porodowego, ale i satysfakcji kobiet rodzących. Ważne jest, aby zadbać o lepszą komunikację pomiędzy rodzącymi a personelem medycznym. Dzięki temu nastawienie położnych do zwracania uwagi na realizację oczekiwań kobiet może ulec poprawie.

Wnioski

1. Warto uświadamiać kobiety, że plan porodu powinien stanowić zapis najbardziej pożądanego rozwiązania, a nie ścisły plan przebiegu porodu,

gdyż badanie wykazało, że oczekiwania w planie porodu rzadko są w całości realizowane w trakcie opieki.

2. Zaobserwowano związek pomiędzy lepszymi wynikami położniczo-noworodkowymi, niższym odsetkiem cięć cesarskich a wysokim stopniem realizacji preferencji kobiet zapisanych w planie porodu.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo / References

1. Dixon L, Skinner JP, Foureur M. The emotional and hormonal pathways of labour and birth: integrating mind, body and behaviour. *J N Z Coll Midwives* 2013, 48(1): 15-23.
2. Afek J. Kulturowe i językowe uwarunkowania chińskich przesądów i tabu. Rozprawa doktorska. UAM, Poznań 2013.
3. Sowińska M, Baranowska B, Dmoch-Gajzlerska E. Przesady w położnictwie dawniej i dziś. *Położ Nauka Prakt* 2010, 4(12): 62-64.
4. Sowińska M, Baranowska B, Dmoch-Gajzlerska E. Przesady w położnictwie. *Położ Nauka Prakt* 2010, 3(11): 66-69.
5. Whitford HM, Entwistle VA, van Teijlingen E, et al. Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland. *Birth* 2014, 41(3): 283-289.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2018 poz. 1756).
7. Kaufman T. Evolution of the birth plan. *J Perinat Educ* 2007, 16(3): 47-52.
8. Afshar Y, Wang E, Mei J, et al. Higher odds of vaginal deliveries in women who have attended childbirth education class or have a birth plan. *Am J Obstet Gynecol* 2016, 214(suppl 1): S162.
9. Mei JY, Afshar Y, Gregory KD, et al. Birth plans: what matters for birth experience satisfaction. *Birth* 2016, 43(2): 144-150.
10. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. *Rev Lat Am Enfermagem* 2017, 25: e2953.
11. Lothian J. Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006, 35(2): 295-303.
12. Afshar Y, Wang ET, Mei J, et al. Childbirth education class and birth plans are associated with a vaginal delivery. *Birth* 2017, 44(1): 29-34.
13. Section 1 – Background and Implementation. [in] *Baby-Friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for integrated care*. WHO & UNICEF, Geneva 2009.
14. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO, Geneva 2018. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1> (13.03.2019).
15. Centrum Medyczne „Żelazna”. Plan porodu 2018. <https://szpital.szpitalzelazna.pl/wp-content/uploads/2018/06/plan-porodu.pdf> (10.12.2018).
16. Aragon M, Chhoa E, Dayan R, et al. Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *J Obstet Gynaecol Can* 2013, 35(11): 979-985.
17. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Use and influence of delivery and birth plans in the humanizing delivery process. *Rev Lat Am Enfermagem* 2015, 23(3): 520-526.
18. Welsh JV, Symon AG. Unique and proforma birth plans: a qualitative exploration of midwives' experiences. *Midwifery* 2014, 30(7): 885-891.
19. DeBaets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *Am J Obstet Gynecol* 2017, 216(1): 31.e1-31.e4.
20. Federación de Asociación de Matronas de España (FAME) Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso 2007. https://orbananos.files.wordpress.com/2008/03/ipn_libro.pdf (10.01.2019).
21. Magoma M, Requejo J, Campbell O, et al. The effectiveness of birth plans in increasing use of skilled care at delivery and postnatal care in rural Tanzania: a cluster randomised trial. *Trop Med Int Health* 2013, 18(4): 435-443.
22. Farahat AH, Mohamed ES, Abd Elkader S, El-Nemer A. Effect of implementing a birth plan on womens' childbirth experiences and maternal & neonatal outcomes. *J Educ Practice* 2015, 6(6): 24-31.
23. White-Corey S. Birth plans: tickets to the OR? *MCN Am J Matern Child Nurs* 2013, 38(5): 268-273.
24. Berger M. Birth plan non-adherence: impact on birth satisfaction, interventions and perceived birth trauma. Student Research Conference Select Presentations. Western Kentucky University, Bowling Green 2017.
25. Anderson CM, Monardo R, Soon R, et al. Patient communication, satisfaction, and trust before and after use of a standardized birth plan. *Hawaii J Med Public Health* 2017, 76(11): 305-309.
26. Wagner M. Pursuing the birth machine. ACE Graphics, Camperdown 1994.
27. Vale de Castro Monteiro M, Pereira GM, Aguiar RA, et al. Risk factors for severe obstetric perineal lacerations. *Int Urogynecol* 2016, 27(1): 61-67.

28. Król M, Kaczor P, Grobelny M. Znajomość metod korzystnie wpływających na przebieg porodu wśród ciężarnych z województwa lubelskiego. *Med Og Nauk Zdr* 2014, 20(3): 251-255.
29. Śledzińska U, Leja-Szpak A, Barłowska-Trybulec M i wsp. Wiedza na temat nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego wśród położnic krakowskich szpitali oraz ich wykorzystanie w praktyce. *Probl Pielęg* 2016, 24(3-4): 225-231.
30. Tsai TI, Huang SH, Lee SY. Maternal and hospital factors associated with first-time mothers' breastfeeding practice: a prospective study. *Breastfeed Med* 2015, 10(6): 334-340.
31. Praveen P, Jordan F, Priami C, Morine MJ. The role of breastfeeding in infant immune system: a systems perspective on the intestinal microbiome. *Microbiome* 2015, 3: 41.