



S Z P T A L  
IM. ŚWIĘTEJ RODZINY

# Perinatologia jako medycyna macierzyństwa

*VI Kongres  
Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej  
Poznań 26-28 września 2013r.*

**Prof. Bogdan Chazan**

# Położnictwo w przeszłości jako historia separacji

Miłości od prokreacji

Ciaży od macierzyństwa

Płodu od ciąży

Matki od dziecka

Mleka od piersi

Medycyny matczyno-płodowej od  
położnictwa rozumianego jako medycynę  
macierzyństwa ?

# **Nierozdzielne atrybuty życia: (także prokreacji)**

- ◎ Fizyczny
- ◎ Emocjonalny
- ◎ Psychologiczny
- ◎ Duchowy

# Różne podejście do niepełnosprawnych dzieci

- ◎ Po urodzeniu : pomoc, współczucie, integracja (olimpiady dla niepełnosprawnych, przepisy budowlane)
- ◎ Przed urodzeniem:
  - > sieci w I trymestrze
  - > sieci w II trymestrze
  - > wg zasady „szukaj i niszczyć”



# Czy tak ma wyglądać położnictwo ?

Medycyna matczyno – płodowa  
Sztuczny rozród

Dzieci „wysokiej jakości”, określonej płci  
(kultura eugeniki)

Kontrola jakości (diagnostyka prenatalna)

Lekarze jako sędziowie i wykonawcy wyroków

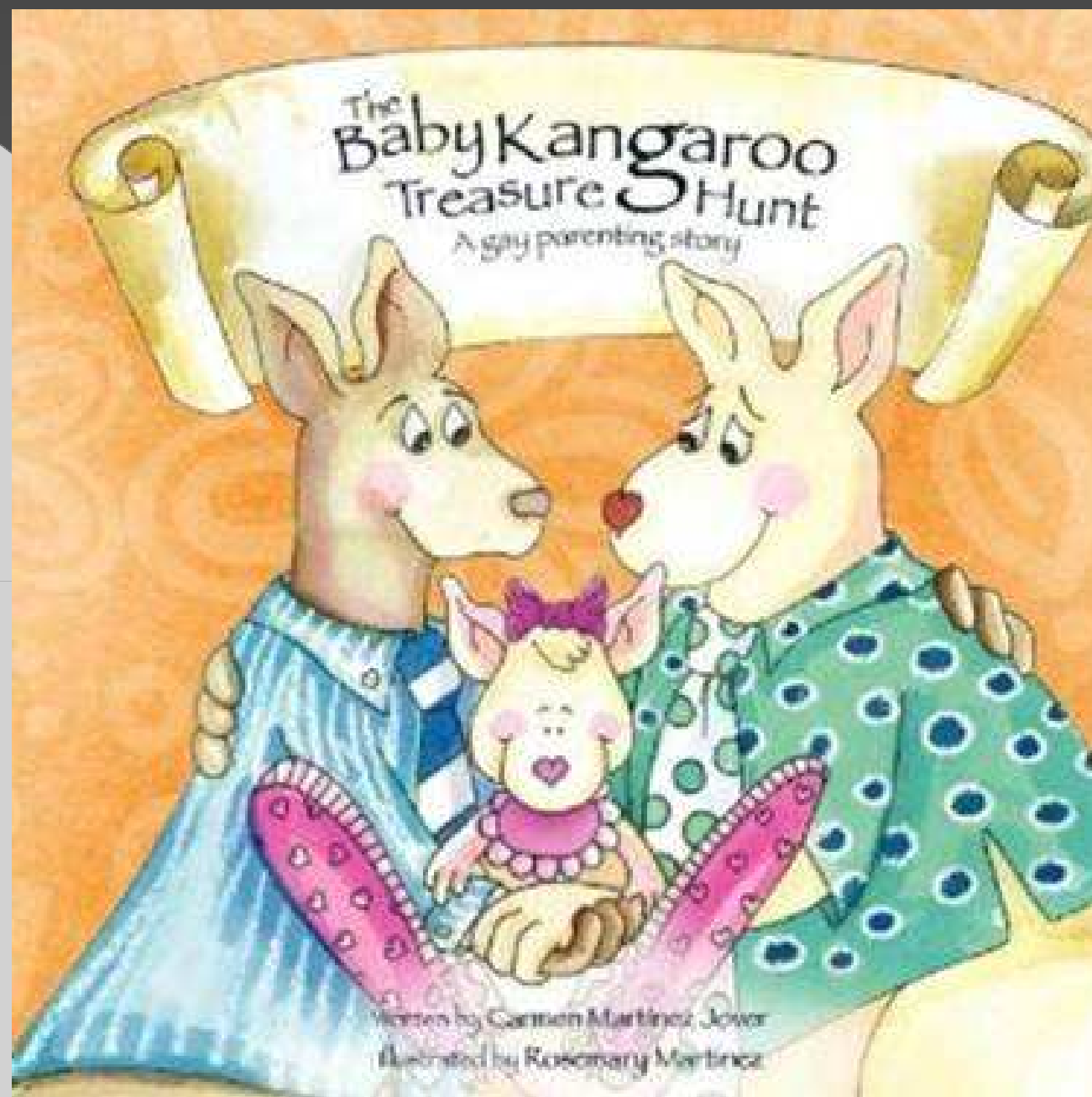
Wrongful birth

# **Jak humanizować opiekę położniczą**

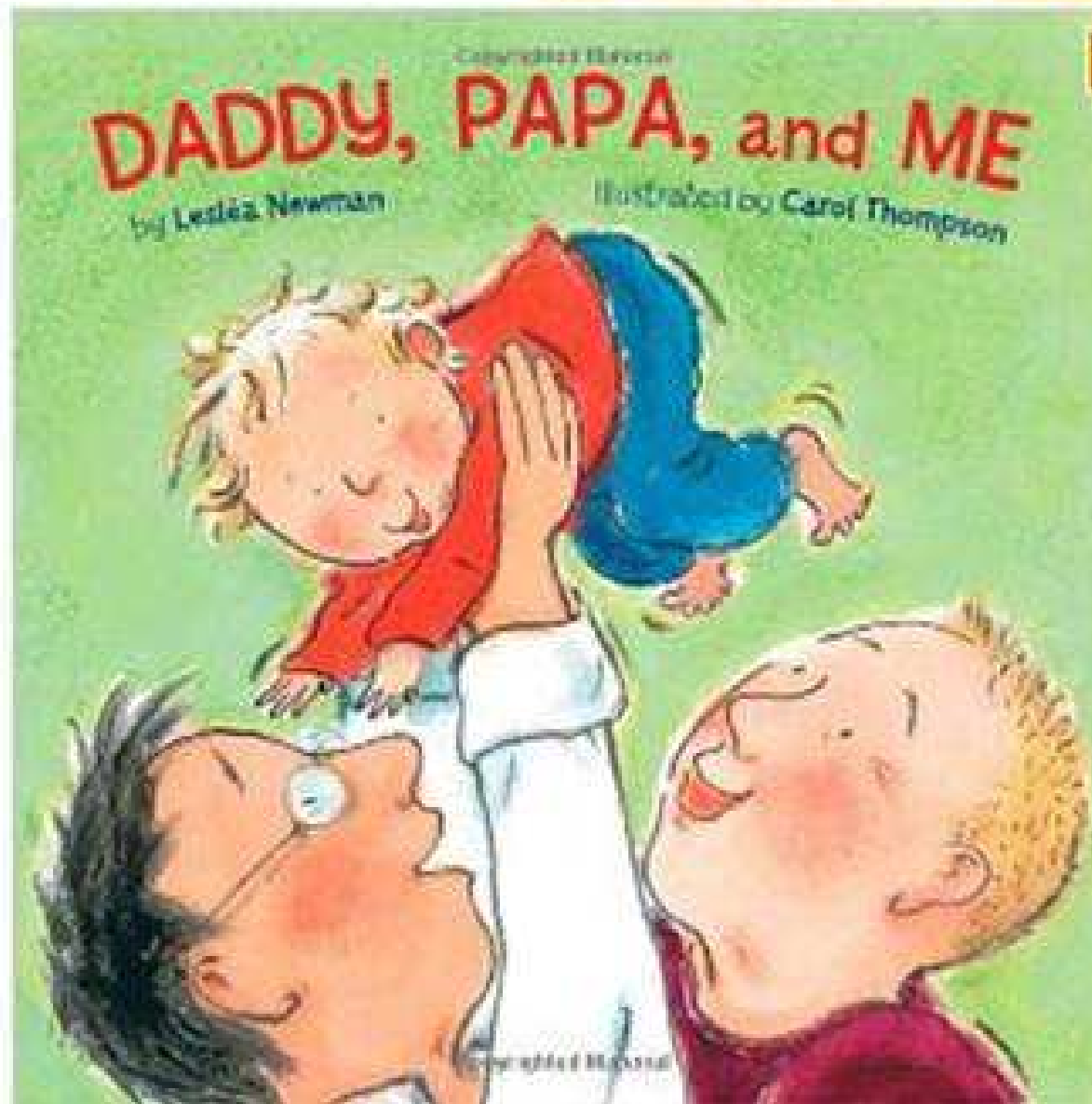
1. Zmniejszać obawę przed porodem
2. Promować opiekę okołoporodową opartą na dowodach
3. Stworzyć alternatywne miejsca porodu
4. Przekształcać model opieki medycznej
5. Tworzyć dobrze współpracujące zespoły medyczne
6. Dbać o wzajemne zaufanie personel medyczny – pacjenci

# Macierzyństwo

- ◉ Odpowiedzialność
- ◉ Słabość i siła kobiety
- ◉ Otwarcie się na drugą osobę
- ◉ Poświęcenie się
- ◉ Wyjątkowe powołanie
- ◉ Dodaje urody
- ◉ Znaczenie dla rodziny i społeczeństwa



Click to **LOOK INSIDE!**



# A Tale of Two Daddies



by Vanita Oelschlager

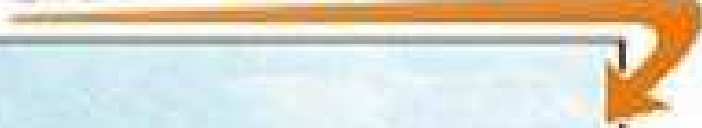
Illustrated by Kristin Blackwood and Mike Blanc



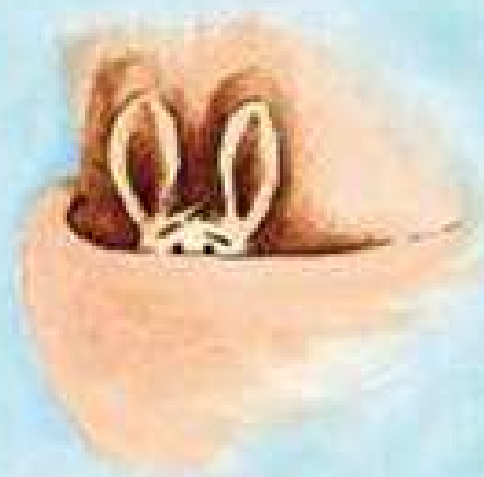
A Tale  
of Two  
Mommies

written by Vanita Oelschlager  
illustrations by Mike Blanc

Click to **LOOK INSIDE!**



# The Kangaroo Pouch



A story  
about surrogacy  
for young children

**By Sarah Phillips Pellet**

Illustrated by Laurie A. Faust

Foreword by Gail Taylor, Founder of Growing  
Generations and Fertility Future, LLC



# Kiedy ratować noworodka z bardzo małą masą ciała?

- ◎ Wiek ciążowy
- ◎ „Żywotność” noworodka
- ◎ „Własna mądrość moralna” czy sumienie
- ◎ Lekarz jako sędzia i realizator decyzji
- ◎ Rodzice jako partnerzy dialogu chociaż bez „wysokich kwalifikacji”
- ◎ Równe prawa ojca i matki
- ◎ Dziecko jako odrębny byt, a nie własność rodziców
- ◎ Jak daleko mają sięgać schematy postępowania?

# Prokreacja postrzegana jako procedura związana z ryzykiem

- ⊙ Zagrożenie powikłaniami
- ⊙ Nieprzyjazne środowisko szpitalne
- ⊙ Potencjalne źródło kryzysu zdrowotnego i rodzinnego
- ⊙ Strach przed powikłaniami ciąży i jakąkolwiek nieprawidłowością dotyczącą dziecka
- ⊙ Poród jako „szok” dla matki i dziecka
- ⊙ Karmienie piersią trudnym wyzwaniem
- ⊙ Pogorszenie jakości życia po porodzie

# Medykalizacja procesów prokreacji

Kontrola płodności, planowanie poczęcia  
w krótkim okresie czasu – teraz bardzo nie chcę  
być w ciąży

Panika – teraz bardzo chcę być w ciąży

Sztuczne zapłodnienie

Dziecko wg zamówienia

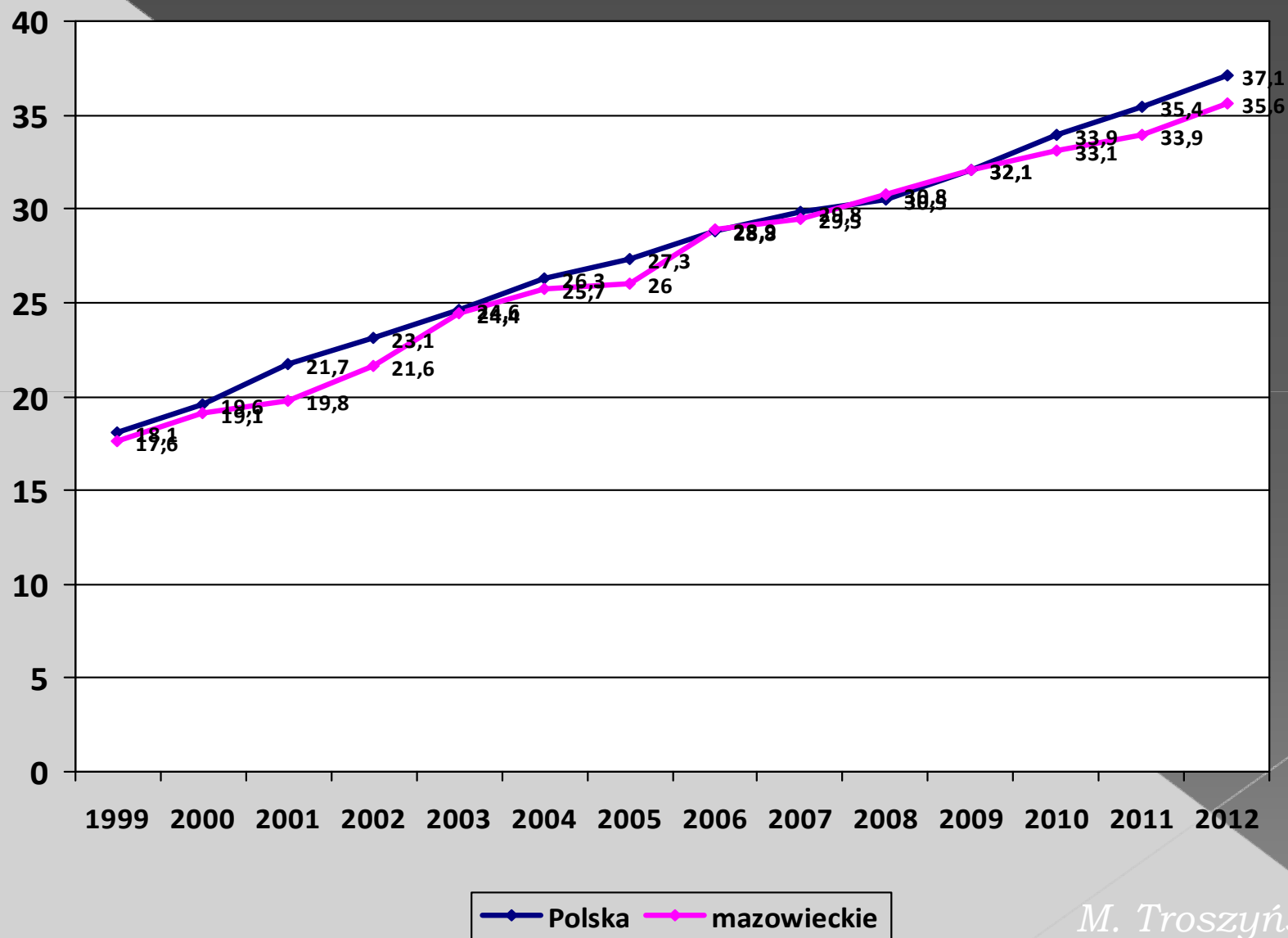
Diagnostyka prenatalna

Aborcja eugeniczna

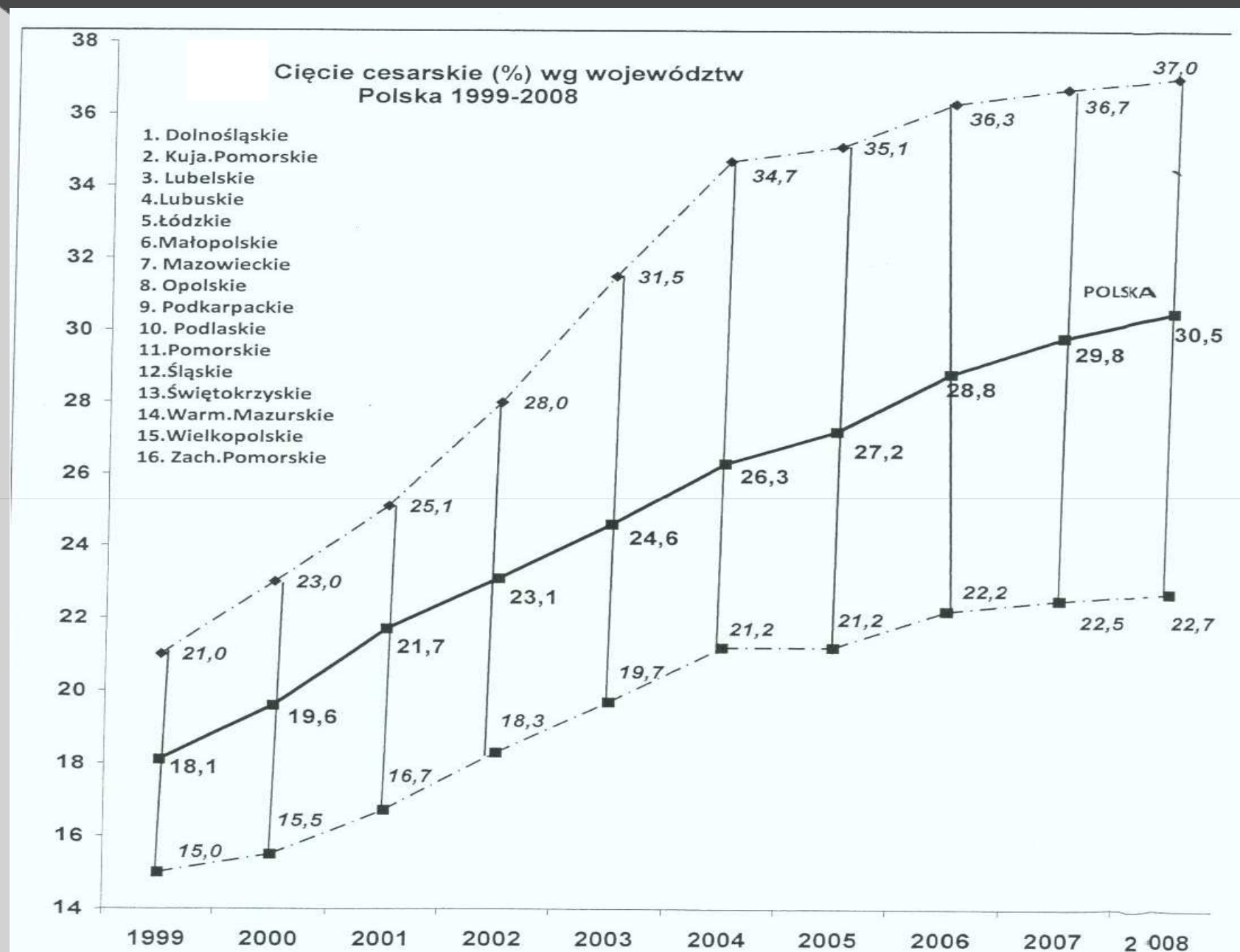
Cięcie cesarskie (skuteczność, wygoda)

→Zakłócenia prokreacji w przyszłości

## Cięcia cesarskie w latach 1999-2012 w Polsce i w województwie mazowieckim (%)



M. Troszyński



# **Dlaczego lekarze chętnie stosują procedury zabiegowe ?**

- ◎ Tak są kształceni
- ◎ Boja się oskarżenia
- ◎ Są przeciążeni pracą
- ◎ Znajdują się pod presją
- ◎ Łatwiej i szybciej

# Cięcie cesarskie

**korzystne dla lekarza  
niekorzystne dla szpitala i pacjenta  
– lekarz wpływa na decyzje kobiety,  
częstość cięć cesarskich „na żądanie”**

*R.B. Kalish, L.B. Mc Cullough, F.A. Chervenak: Decision – making  
about caesarean delivery, Lancet, 367, March 18, 2006, 883-4*

## Cięcie cesarskie i płodność (4)

- ◎ Podsumowanie istniejących badań kohortowych i case-control.
- ◎ Kobiety po c.c. rzadziej rodzą dzieci i mają ich mniej (dobrowolnie i w wyniku zakłóceń płodności)
- ◎ Mniejsza masa urodzeniowa następnych dzieci, więcej poronień i ciąż ektopowych

*Hemminki E., Impact of caesarean section on future pregnancy – a review of cohort studies. Paediatric Perinatal Epidemiol., 1996, 10, 366 – 379.*



# **Jak zmniejszyć częstość cięć cesarskich ?**

- ⊙ Edukacja kobiet przed ciążą i ich rodzin
- ⊙ Upowszechnienie szkół dla rodziców
- ⊙ Szkolenie personelu medycznego (KTG), odpowiednia liczba personelu w Sali Porodowej
- ⊙ Indukcja porodu – wskazania , częstość
- ⊙ Zmiana sposobu prowadzenia porodu
- ⊙ Doświadczenie w prowadzeniu porodu (położenie miednicowe, ciąża bliźniacza)
- ⊙ Wdrożenie do praktyki obrotu zewnętrznego płodu
- ⊙ Audyt poporodowy
- ⊙ Zbyt wczesne przyjmowanie rodzących do szpitala
- ⊙ Wdrożenie intensywnego nadzoru ambulatoryjnego

# **Jak zmniejszyć częstość cięcia cesarskiego na żądanie**

- ◉ Właściwe poradnictwo i edukacja
- ◉ Zmniejszenie medykalizacji porodów
- ◉ Omawiać z pacjentką wskazania do cięcia , korzyści i ryzyko
- ◉ Pozytywnie rozważyć poród drogami natury
- ◉ Dostępność metod łagodzenia bólu porodowego
- ◉ Szkolenie lekarzy
- ◉ Prawidłowa ocena ryzyka związanego z wiekiem rodzącej
- ◉ Obrót zewnętrzny w położeniu miednicowym
- ◉ Cięcie cesarskie na żądanie na koszt pacjentki ?
- ◉ Możliwość konsultacji przez lekarza i uzyskanie opinii innego lekarza
- ◉ Informacja o związku nietrzymania moczu z ciążą a nie z porodem
- ◉ Dokładanie określone kryteria diagnostyczne i procedury postępowania
- ◉ Usunąć mechanizmy wpływania lekarzy na decyzje pacjentek (wygoda, zysk finansowy)



S Z P T A L  
IM. ŚWIĘTEJ RODZINY

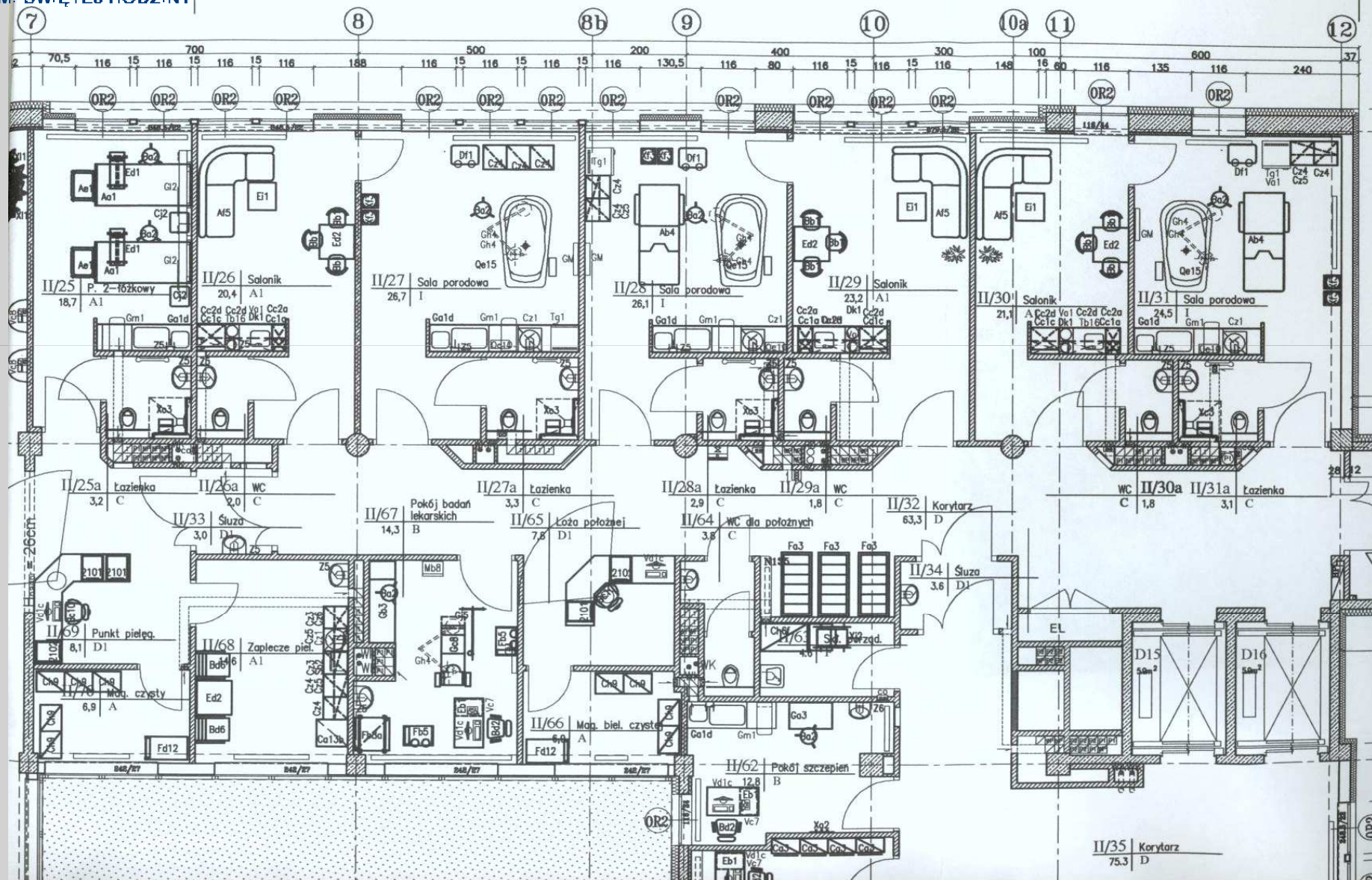
# Nacięcia krocza podczas porodów drogami natury

|                               | Ogółem<br>Liczba / %  |
|-------------------------------|-----------------------|
| <b>Nacięcie krocza ogółem</b> | <b>370<br/>50,82%</b> |
| Nacięcie krocza u pierwiastek | 253<br>66,58%         |
| Nacięcie krocza u wieloródek  | 117<br>33,62%         |



S Z P T A L  
M. ŚWIĘTEJ RODZINY

## ZESPÓŁ PORODOWY II 3 APARTAMENTY PORODÓW DOMOWYCH



# Niepowodzenia położnicze

- ◎ Poronienie
- ◎ Urodzenie martwego dziecka
- ◎ Urodzenie chorego dziecka
- ◎ Zgon noworodka
- ◎ Ciężkie powikłania u matki
- ◎ Zgon matki



S Z P I T A L  
IM. ŚWIĘTEJ RODZINY

# Poronienie w Szpitalu im. Św. Rodziny (1)

1. Okazanie szacunku matce i dziecku
2. Badania przeprowadzane w intymnej atmosferze
3. Możliwość uczestniczenia męża w badaniach  
(jeśli jest takie życzenie ze strony pacjentki i jej  
męża)
4. Ograniczenie spraw biurowych do niezbędnego  
minimum



S Z P I T A L  
IM. ŚWIĘTEJ RODZINY

# Poronienie w Szpitalu im. Św. Rodziny (2)

5. Opieka duszpasterska
6. Informacja o prawach rodziców, w tym prawie do pochówku dziecka
7. Zabieg wyłyżeczkowania w znieczuleniu ogólnym
8. Możliwość skorzystania z pomocy psychologa
9. Dostęp do pełnej informacji medycznej
10. Informowanie pacjentki o wszystkich czynnościach, które będą podejmowane





S Z P I T A L  
IM. ŚWIĘTEJ RODZINY

# Poronienie w Szpitalu im. Św. Rodziny (3)

- ◎ Personel medyczny przygotowany do rozmów z rodzicami po stracie dziecka(szkolenie)
- ◎ Personel zachęca do pożegnania z dzieckiem
- ◎ Miejsce do przechowywania zwłok dzieci w Szpitalu
- ◎ Zorganizowanie grupy wsparcia
- ◎ Organizacja pochówku dla dzieci pozostawionych w Szpitalu
- ◎ Standardy postępowania wobec matki i dziecka w przypadkach poronień martwych urodzeń i zgonów noworodków
- ◎ „Szpitalny” grób na cmentarzu





S Z P I T A L  
IM. ŚWIĘTEJ RODZINY

# Poronienie w Szpitalu im. Św. Rodziny (4)

- ⊙ Informacja o tym, co będzie się działo z ciałem dziecka
- ⊙ Informacja o możliwości zmiany decyzji o pochówku dziecka
- ⊙ Poinformowanie rodziców o miejscu pochowania dziecka
- ⊙ Informacja o stronie internetowej Szpitala o uroczystości pogrzebu dzieci pozostawionych w Szpitalu
- ⊙ „Szpital straszy matki pogrzebem”



S Z P T A L  
IM. ŚWIĘTEJ RODZINY

# Szkolenie położnych

1. Wiedza na temat przeżyć kobiet tracących dziecko
2. Większa wrażliwość na potrzeby matek po stracie dziecka
3. Jak wypełniać potrzeby matki i rodziny
  - Medyczne (procedury, gabinet, narzędzia, znieczulenie)
  - Psychologiczne
  - Społeczne
  - Organizacyjne
4. Jak zachowywać się w tej sytuacji
  - Werbalnie
  - Niewerbalnie
5. Współpraca z lekarzami, psychologiem , kapłanem
6. Jak sobie radzić z własnymi emocjami
7. Dokumentacja
8. Przygotowanie pamiątki po zmarłym dziecku

# Poronienie

## Urodzenie martwego dziecka

## Zgon dziecka żywo urodzonego

Szpital

Informacja dla rodziców przy przyjęciu  
(na piśmie)

Dokumenty wypełnione we wszystkich przypadkach zgonów

← Dziecko  
pochowane przez rodziców  
(70%)  
Uroczystość pożegnania w Szpitalu  
z udziałem rodziny i personelu  
Szpitala

Wystawiona karta zgonu

Zasiłek pogrzebowy z ZUS

→ Dziecko  
pochowane przez Szpital  
(30%)  
Oświadczenie rodzica  
Informacja na stronie internetowej  
o dacie i godzinie pogrzebu

Zwrot kosztów pogrzebu przez MOPS

# **The Lancet**

April 14, 2011

Stillbirths -

An Executive Summary

„Millions of families experience stillbirth,  
yet these deaths remain uncounted,  
unsupported, and the solutions  
inderstudied.

# Martwe urodzenia

- ◎ Opieka medyczna
- ◎ Ustalenie przyczyny
- ◎ Żałoba rodziców
- ◎ Obwinianie się, stygmatyzacja
- ◎ Nadać imię, ubranie dziecka, pożegnanie z nim
- ◎ Pogrzeb

*Lancet*

# **Martwe urodzenia – zapobieganie**

- ◎ Opieka przed ciążą i podczas ciąży
- ◎ Nacisk na środowiska zaniedbane
- ◎ Zmiana stylu życia
- ◎ Ciąża we wcześniejszych latach życia
- ◎ Odżywianie (otyłość)

*Lancet*

# Postępowanie z ciałem dziecka

- ◎ W szpitalu znajduje się pokój pożegnań. Jest pomieszczenie gdzie przebywa rodzina i druga część w której jest chłodnia i miejsce przygotowań.
- ◎ Rodzice nie mogą bezpośrednio zabrać ciała dziecka. Pochówek musi być zorganizowany przez zakład pogrzebowy.
- ◎ Rodzice zamawiają małą trumienkę lub urnę.
- ◎ Przy pożegnaniu często uczestniczą inni członkowie rodziny, dzieci, dziadkowie, nawet kuzyni.

*M. Lipka*





**Poronienie,  
poród przedwczesny,  
poród o czasie  
różnią się jedynie stopniem  
zaawansowania ciąży.  
Matce, która traci dziecko  
należy się szacunek  
niezależnie  
od zaawansowania ciąży.**

# **The Millennium Development Goals**

The MDGs were developed out of the eight chapters of the Millennium Declaration, signed in September 2000. There are eight goals with 21 targets, and a series of measurable health indicators and economic indicators for each target.

# Goal 5: Improve maternal health

- ◎ Target 5A: Reduce by three quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio
  - > Maternal mortality ratio
  - > Proportion of births attended by skilled health personnel

# VI Kongres Akademii po Dyplomie GINEKOLOGIA

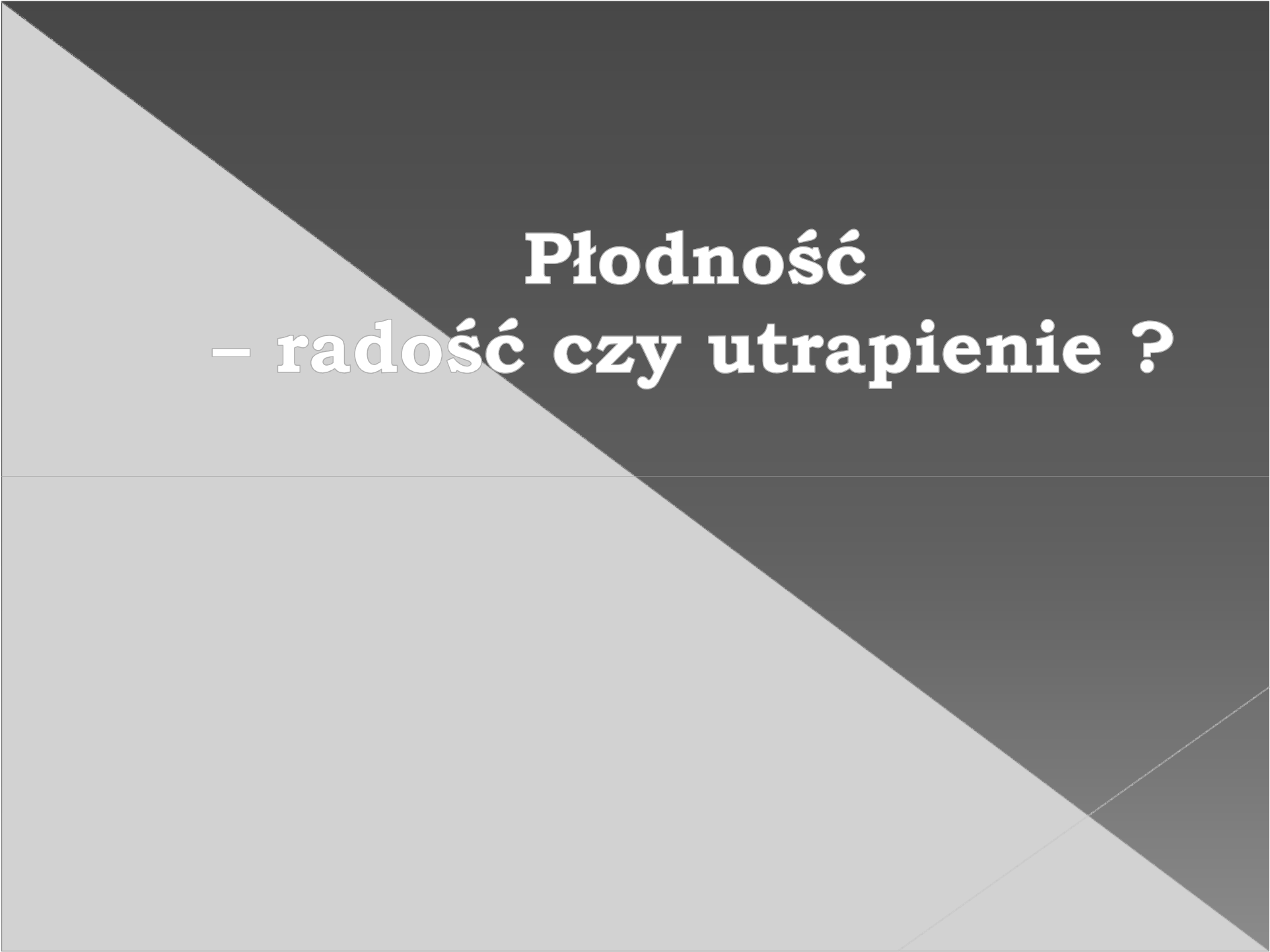
Ginekolog położnik – lekarzem kobiety  
Kierownik naukowy Kongresu: prof. dr hab. med. Romuald Dębski  
Torwar, ul. Łazienkowska 6a, Warszawa  
26-27 października 2012 r.



ZDOBYWASZ  
12  
punktów  
edukacyjnych

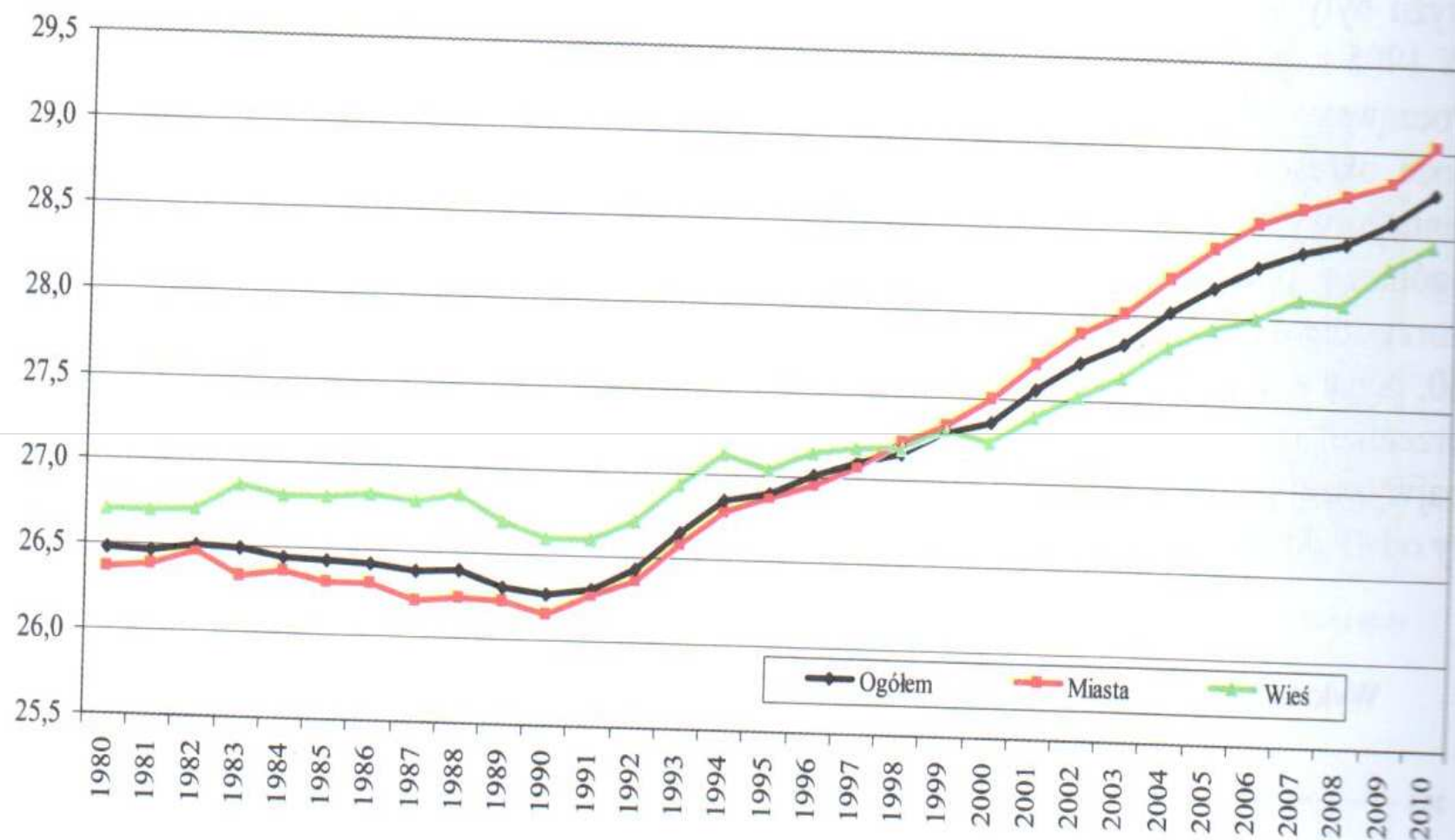
## 14:15 – 15:45 SESJA 7 – PRAWO A POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA

- |               |                                                                                                                                   |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14:15 – 14:40 | Jak z sali porodowej nie trafić za kraty?<br>– mgr prawa, dr med. Justyna Zajdel                                                  |
| 14:40 – 15:05 | Przykłady wpisów w dokumentacji medycznej<br>chroniących lekarzy w przypadku procesów sądowych<br>– dr n. praw. Radosław Tymiński |
| 15:05 – 15:30 | Pochówek ciąży ektopowej – lek. med. Piotr Niedziela                                                                              |
| 15:30 – 15:45 | Dyskusja                                                                                                                          |
| 16:05 – 16:30 | Przerwa                                                                                                                           |



**Płodność**  
**– radość czy utrapienie ?**

Wykres 3.29. Średni wiek matek w chwili rodzenia dzieci w Polsce w latach 1980–2010



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

**Opóźnienie czasu tworzenia  
rodziny zmniejsza płodność,  
zwiększa ryzyko endometriozy  
i wczesnych poronień**

# **Lekarz**

## **– powołanie czy zawód**

Praca lekarza skierowana jest bezpośrednio na człowieka, na jego dobro.

Nie możemy porzucić stawianych sobie ideałów.

Pieniądze nie mogą być ważniejsze niż ludzie potrzebujący pomocy.

Terapeutyczne znaczenie akceptacji, życzliwości i miłości wobec pacjentów

Pacjent współuczestniczy w poprawie stanu swojego zdrowia

*o. Jacek Salij , Wybierajmy Życie, 2002*



# Kodeks Etyki Lekarskiej

## Art. 38.

1. Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego.
2. Lekarz powinien udzielać zgodnych z wiedzą medyczną informacji dotyczących procesów zapłodniania i metod regulacji poczęć, uwzględniając ich skuteczność, mechanizm działania i ryzyko.
3. Lekarz ma obowiązek zapoznać pacjentów z możliwościami współczesnej genetyki lekarskiej, a także diagnostyki i terapii przedurodzeniowej. Przekazując powyższe informacje lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań przedurodzeniowych.

## Art. 39.

Podjęwając działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem.

Tab. 1. Dekalog lekarza humanisty

1. Szacunek dla życia człowieka i dla godności osoby oraz troska o zdrowie będą twoimi najważniejszymi obowiązkami.
2. Bądź kompetentny w sztuce medycznej pod względem technicznym i naukowym.
3. W swojej codziennej pracy kieruj się następującymi zasadami etycznymi: dobroczynność, niezależność i sprawiedliwość.
4. Odnoś się do pacjentów z troskliwą uważnością, delikatnością i cierpliwością.
5. Twoje idee, wartości i sposoby wyrażania się winny być zaczerpnięte ze świata aksjologii humanistycznej.
6. W relacjach z pacjentami staraj się o empatię.
7. Będziesz świadom swoich obowiązków wobec społeczności.
8. Traktuj swoich kolegów uprzejmie, z szacunkiem i lojalnie; hojnie dziel się z nimi swoim doświadczeniem.
9. Traktuj pozostały personel medyczny jak swoich prawdziwych współpracowników.
10. Masz prawo do sprzeciwu sumienia wobec irracjonalnych albo nieludzkich prośb twoich pacjentów lub innych pracowników służby zdrowia.

# Ewolucja powołania lekarskiego

## Cechy, predyspozycje i umiejętności lekarza

↑ Samarytanin

+ nauki medyczne

+ technika medyczna

+ kształcenie

+ nakłady finansowe

+ ubezpieczenia

+ standardy

.... →

depersonalizacja opieki medycznej

# Program

## „Rodzicielstwo zdrowe od początku”

### *Proponowane zadania:*

1. Zmniejszenie częstości chorób przenoszonych drogą płciową oraz ekspozycji młodych ludzi na czynniki zakłócające płodność, przebieg ciąży i rozwój płodu .
2. Profilaktyka poronień i wad rozwojowych. Wdrożenie poradnictwa prekonceptyjnego.
3. Zmniejszenie częstości wcześniactwa.
4. Zmniejszenie częstości zgonów matek, zgonów okołoporodowych i zachorowań płodów i noworodków.
5. Przygotowanie i realizacja przygotowania do rodzicielstwa według zmodyfikowanego programu „Szkoła Rodzenia” uwzględniającego wszechstronne przygotowanie rodziny do nowej sytuacji i dialog z dzieckiem przed urodzeniem
6. Przygotowanie i wdrożenie modelu porodu domowego w szpitalu.

# Program

## „Rodzicielstwo zdrowe od początku”

### *Proponowane zadania:*

7. Zmniejszenie częstości zagrożeń dla zdrowia matek i dzieci związanych ze zwiększającą się częstością wykonywanych cięć cesarskich.
8. Upowszechnienie inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” poprzez włączenie wszystkich szpitali do programu promocji karmienia piersią
9. Zapobieganie krzywdzeniu dzieci w okresie prenatalnym
10. Przygotowanie i realizacja programu kształcenia i wsparcia rodziców po porodzie w celu ułatwienia im radzenia sobie w trudnościach dotyczących matki, dziecka i rodziny
11. Konsekwentne utrzymywanie systemu trójstopniowej opieki perinatalnej
12. Upowszechnienie zasad prawidłowego postępowania po stracie dziecka (odpowiednie podejście do rodziców pomoc w przeżyciu żałoby) oraz postępowania z ciałem dziecka po poronieniu lub zgonie okołoporodowym
13. Kryzys demograficzny

## **Artykuł 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka**

1. Każdy człowiek ma prawo do standardu życia zapewniającego zdrowie i dobrobyt jego i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne, prawo do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w okolicznościach od niego/niej niezależnych.

2. Matki i dzieci mają prawo do specjalnej opieki i pomocy. Wszystkie dzieci, zarówno małżeńskie jak i pozamałżeńskie powinny korzystać z jednakowej ochrony społecznej.



## KARTA PRAW MATEK



2012

# PRAWA MATEK

## (1)

### *Artykuł 1*

Należy pozwolić i ułatwić każdej matce przyjęcie daru jej dziecka. Każde dziecko powinno być doceniane jako dar a jego wartość nie może być umniejszana poprzez traktowanie go jak przedmiotu domniemanych praw kogoś innego.

### *Artykuł 2*

Każda matka ma prawo do szacunku dla swojej godności, dla swoich religijnych, moralnych, społecznych oraz kulturalnych wartości, ma prawo do bycia wolną od wszelkich form niesprawiedliwej dyskryminacji lub zniewolenia, szczególnie w czasie ciąży, porodu i po porodzie.

### *Artykuł 3*

Każda matka i każde dziecko mają prawo do leczenia i opieki zdrowotnej potrzebnej do zachowania życia i zdrowia podczas ciąży i porodu. Nie można zrobić rozmyślnie i bezpośrednio niczego, co spowoduje lub w intencji ma spowodować śmierć matki i/lub dziecka. Nie można rozmyślnie pominąć niczego, co jest moralnie słuszne w celu zapobieżenia śmierci jednego lub obojga z nich. Podczas ciąży, porodu oraz później należy zawsze zapewnić podstawową opiekę położniczą.

### *Artykuł 4*

Każda matka ma prawo do pełnej opieki prenatalnej, włącznie ze skuteczną edukacją zdrowotną i przygotowaniem do bezpiecznego porodu.



# PRAWA MATEK

## (2)

### *Artykuł 5*

Każda matka ma prawo odmówić wykonania diagnostyki prenatalnej, której celem i kierunkiem nie jest przeżycie i dobry stan zdrowia dziecka, które nosi w swoim łonie. W każdej sytuacji ma prawo odrzucić przymus i inne formy nacisku, by wykonać aborcję

### *Artykuł 6*

Każda matka ma prawo do bezpiecznych, czystych i odpowiednich warunków, w których urodzi swoje dziecko.

### *Artykuł 7*

Każda matka ma prawo do opieki wykwalifikowanej położnej podczas porodu.

### *Artykuł 8*

Każda matka ma prawo do specjalistycznej opieki położniczej w przypadku wystąpienia powikłań.

### *Artykuł 9*

Każda matka ma prawo do opieki po porodzie, włącznie z poradnictwem i wsparciem laktacyjnym oraz do informacji i poradnictwa w zakresie moralnie uczciwych metod rozpoznawania płodności

### *Artykuł 10*

Każda matka ma prawo do utrzymania swojej płodności oraz nie może być poddawana naciskom w celu farmakologicznego lub chirurgicznego ubezpłodnienia.

# Jakość opieki medycznej – współzależność, współdziałanie ...





S Z P I T A L  
M. ŚWIĘTEJ RODZINY

# Styl pracy Szpitala

- Rozwój opieki ambulatoryjnej
- Ciągłość opieki (ci sami lekarze w oddziale i w przychodni)
- Rozwój opieki jednodniowej
- Nie oddzielanie dziecka od matki (łóżka hotelowe)
- Jednoczesna realizacja potrzeb zdrowotnych, społecznych i psychologicznych matki, dziecka, rodziny
- Monitorowanie skarg, pochwał, listów
- Monitorowanie opinii pacjentek hospitalizowanych i po wypisaniu do domu
- Relacje personel-personel, personel-pacjentki i ich rodziny
- Życzliwość, uśmiech, bycie razem w cierpieniu i radości



S Z P T A L  
IM. ŚWIĘTEJ RODZINY

# Opieka położnicza ukierunkowana na rodzinę

- ◉ narodziny jako normalne wydarzenie w rozwoju rodziny
- ◉ personalizacja narodzin
- ◉ autonomia rodziców
- ◉ plan porodu
- ◉ zmniejszanie nierówności w dostępie do właściwej opieki
- ◉ zapewnienie ciągłości opieki



S Z P T A L  
IM. ŚWIĘTEJ RODZINY

# Zdrowie rodziny w Szpitalu

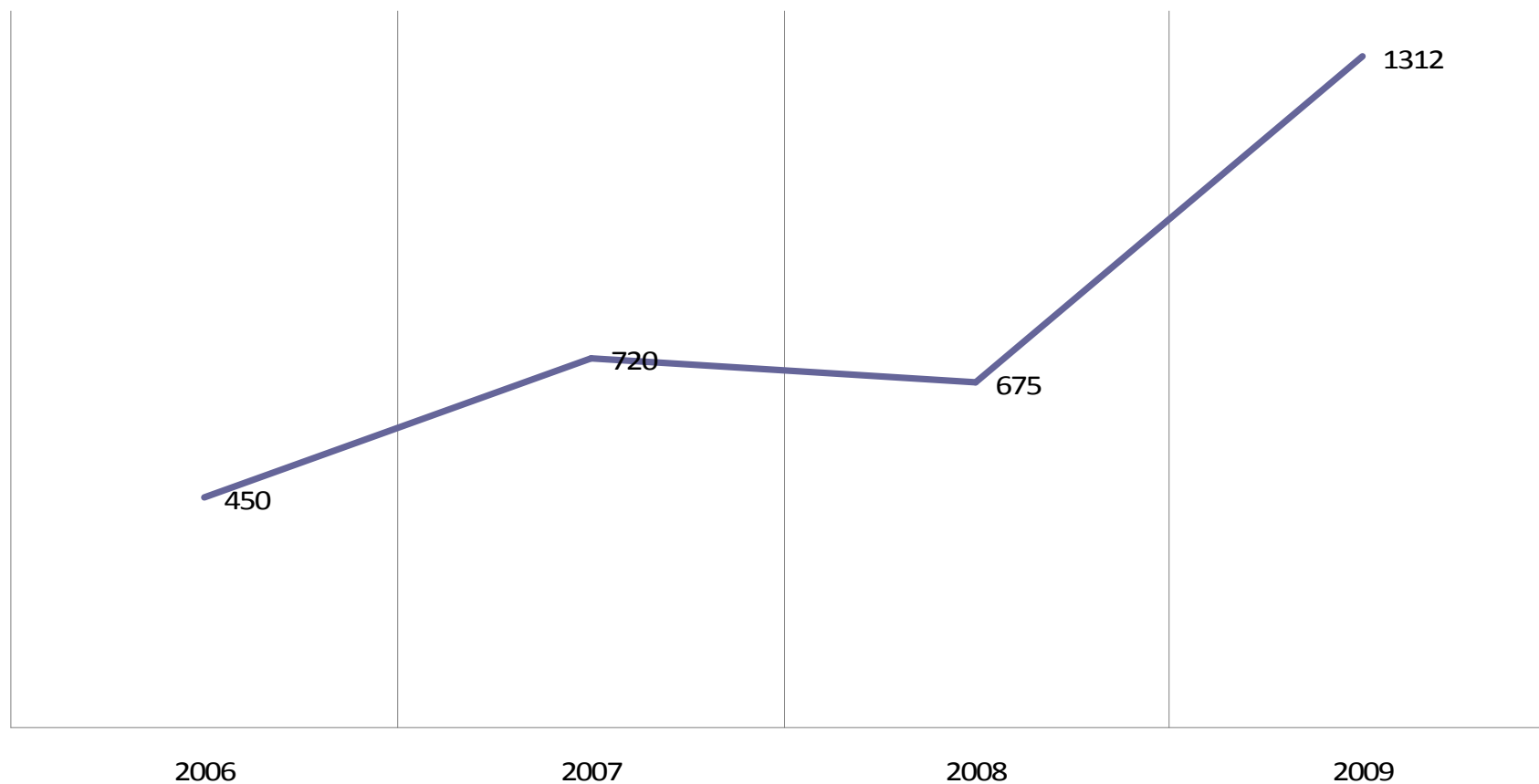
- Przygotowanie młodzieży do rodzicielstwa (zdrowie dziewcząt)
- Rozpowszechnienie opieki przedciążowej - uwzględniającej zagadnienia planowania rodziny
- Doskonalenie systemu referencyjnego
- Prewencja małej urodzeniowej masy ciała
- Upowszechnienie modelu opieki podczas ciąży
- Intensywny nadzór ambulatoryjny w końcowym okresie ciąży
- Nowoczesny styl opieki podczas porodu
- Promocja karmienia piersią
- Szkoła dla matek i ojców po porodzie

# **Szczególne elementy opieki zdrowotnej nad rodziną**

- ◉ Empatia
- ◉ Współprzeżywanie radości i klęsk
- ◉ Umiejętność przekazywania niedobrych wiadomości
- ◉ Indywidualizacja opieki medycznej
- ◉ Troska o ciało dziecka martwo narodzonego
- ◉ Wsparcie psychologiczne
- ◉ Ojciec dziecka może być obecny podczas każdej procedury położniczej i neonatologicznej



## Liczba par rodziców którzy uczęszczali do Szkoły Rodzenia w ramach programu "Zdrowie Mama i Ja"





**Zastanówmy się  
czy położnictwo nie powinno  
być w większym stopniu  
medycyną macierzyństwa**

# Czym niebawem może być położnictwo i ginekologia ?

Medycyna matczyno – płodowa

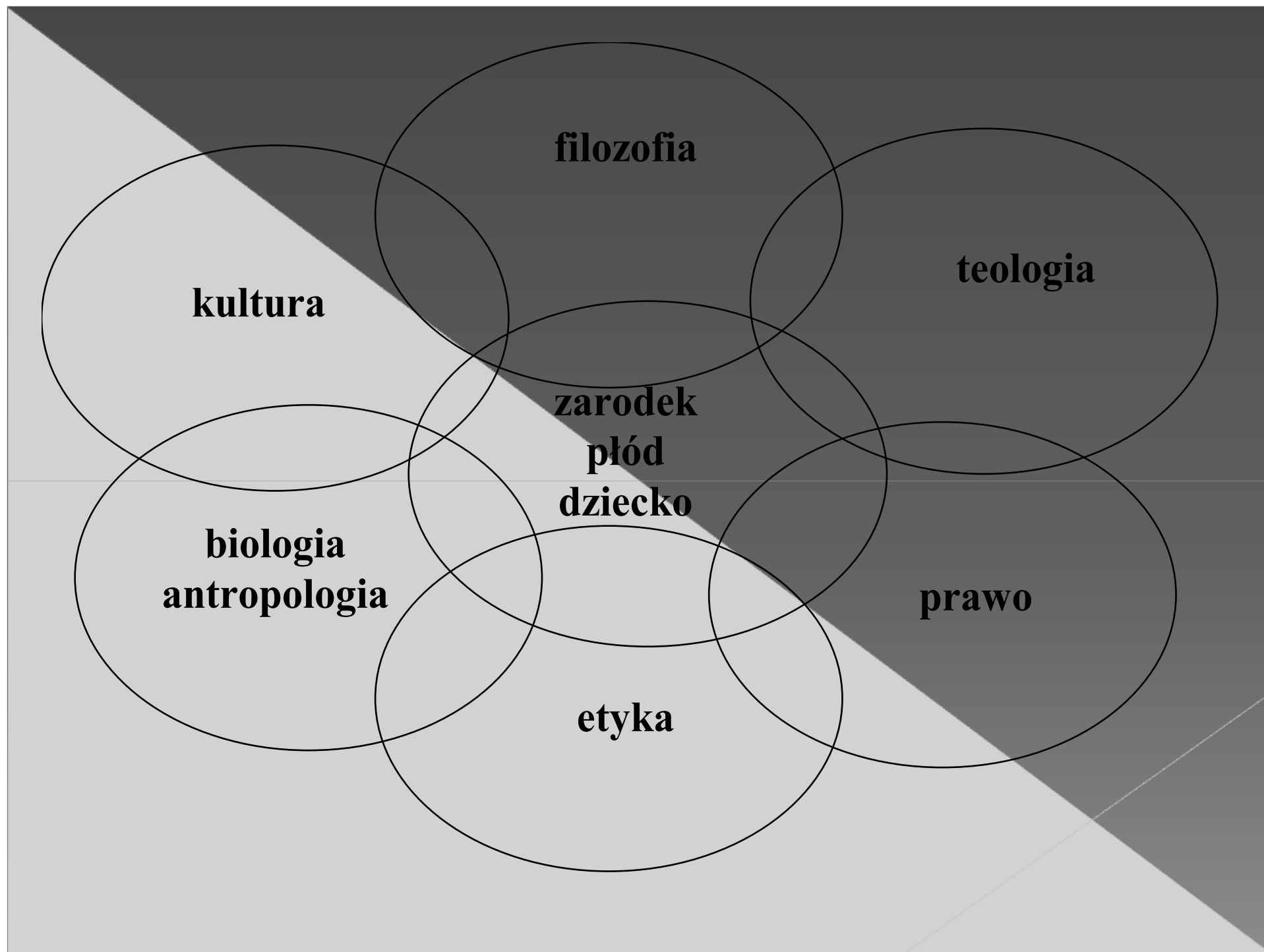
Sztuczny rozród

Dzieci „wysokiej jakości”, określonej płci  
(kultura eugeniki)

Kontrola jakości (diagnostyka prenatalna)

Lekarze jako sędziowie i wykonawcy wyroków

Wrongful birth



# **Perinatologia jako medycyna macierzyństwa ?**

- ◎ Prewencja, promocja zdrowia
- ◎ Diagnostyka
- ◎ Terapia
- ◎ Odżywianie się
- ◎ Wsparcie psychiczne, rodzina, personel medyczny
- ◎ Wsparcie duchowe
- ◎ Godność matki i dziecka przed i po urodzeniu







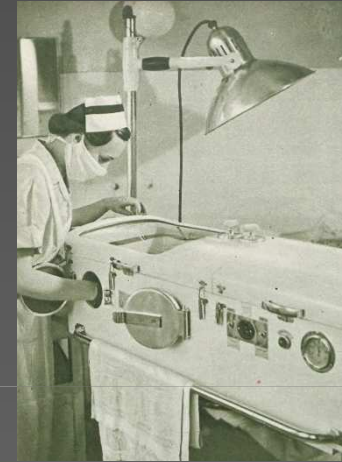








# Historia szpitala









*Dziękuję za uwagę*

