

Pozycje wertykalne w porodzie naturalnym w świetle standardu opieki okołoporodowej

Urszula Sioma-Markowska¹ (ADE), Małgorzata Kręgiel² (BCDF), Barbara Broers³ (DE), Anna Brzęk⁴ (E), Karolina Guspiel⁵ (EF), Bogumiła Kielbratowska⁶ (F)

- ¹ Zakład Pielęgniarstwa w Ginekologii i Położnictwie, Katedra Zdrowia Kobiety, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
² Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
³ Klinika Neonatologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu
⁴ Zakład Fizjoterapii, Katedra Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
⁵ Wydział Nauk Farmaceutycznych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie
⁶ Klinika Położnictwa, Gdański Uniwersytet Medyczny

WKŁAD AUTORÓW: (A) Projekt badania · (B) Zbieranie Danych · (C) Analiza Statystyczna · (D) Interpretacja Danych · (E) Przygotowanie Rękopisu · (F) Gromadzenie Piśmiennictwa · (G) Gromadzenie Funduszy

STRESZCZENIE

Wstęp. Właściwa pozycja ciała w porodzie naturalnym ma wpływ na jego przebieg. Opieka śródporodowa powinna być zgodna z wytycznymi Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2018 roku w sprawie standardu opieki okołoporodowej.

Cel pracy. Ocena stopnia realizacji wybranych wytycznych standardu będącego Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w zakresie opieki śródporodowej ze szczególnym uwzględnieniem stosowania pozycji wertykalnych w porodzie fizjologicznym.

Materiał i metodyka. Badania przeprowadzono w grupie 125 kobiet rodzących w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej i opisowej w programie IBM SPSS. W ocenie korelacji uwzględniono wartości statystyki testowej, liczbę stopni swobody (s), tablicową wartość. W przypadku testu Chi-kwadrat i zależności obu cech wartość współczynnika korelacji C-Pearsona. Przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

Wyniki. Niewielki odsetek położnych pracujących na salach porodowych omawia wspólnie z rodzącą plan porodu. Najbardziej dogodną pozycją porodową w opinii kobiet rodzących jest pozycja leżąca. Wraz ze wzrostem wieku wzrastał odsetek kobiet, które urodziły w pozycji klasycznej. Niewielki odsetek rodzących potrafił wybrać pozycję wertykalną w porodzie.

Wnioski. Kobiety młode poniżej 22. roku życia istotnie częściej samodzielnie podejmują decyzję o wyborze wertykalnej pozycji porodowej. Wykształcenie nie stanowi istotnego czynnika wpływającego na wybór pozycji wertykalnej w porodzie. Stopień realizacji przez położne wytycznych standardu okołoporodowego w zakresie proponowania pozycji wertykalnych w porodzie fizjologicznym jest niezadowalający, natomiast w realizacji innych wytycznych standardu jest wysoki.

Słowa kluczowe: poród; pozycje wertykalne; standard opieki okołoporodowej

Adres do korespondencji: Urszula Sioma-Markowska Zakład Pielęgniarstwa w Ginekologii i Położnictwie Katedry Zdrowia Kobiety, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach ul. Medyków 12, 40-752 Katowice, tel.: +48322088720 e-mail: urszula.markowska@sum.edu.pl

Liczba słów: 1796 Tabele: 3 Ryciny: 6 Piśmiennictwo: 17

Received: 27.02.2020

Accepted: 23.03.2020

Published: 31.03.2020

WSTĘP

W Polsce jednym z dokumentów regulujących zakres opieki śródporodowej sprawowanej nad kobietą podczas porodu jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku (Dz. U. z dnia 11 września 2018r. Poz.1756) w sprawie standardu opieki okołoporodowej [1]. Dokument ten, będący powszechnie obowiązującym aktem prawnym, wprowadza do polskiego położnictwa procedury medyczne oparte na dowodach naukowych. Zawarte w standardzie rekomendacje odnoszą się do przebiegu porodu oraz przeciwdziałaniu jego nadmiernej medykalizacji, uśmierzenia bólu porodowego, respektowania preferencji rodzącej, promocji aktywnego porodu oraz pomocy w wyborze odpowiedniej pozycji porodowej, nadzoru nad położnicą i noworodkiem, a także intensyfikacji satysfakcji rodzących z prowadzonej opieki [2]. Rekomendowane są dobre, udowodnione naukowo praktyki położnicze. Potrzeby i oczekiwania rodzącej wykorzystywane są do wspierania i kierowania rodzącą podczas porodu. Zgodnie z wytycznymi rozporządzenia osoby sprawujące opiekę powinny szanować prywatność i poczucie intymności rodzącej, wspólnie z rodzącą omawiać plan porodu, sposoby łagodzenia bólu porodowego, każdorazowo uzyskać zgodę rodzącej na wykonanie procedur położniczych, a w sytuacji konieczności objęcia rodzącej specjalistyczną opieką położniczą informować rodzącą o tym fakcie [1].

Właściwa pozycja ciała w poszczególnych okresach porodu, ma wpływ na jego przebieg. Według danych literaturowych poród aktywny jest korzystny [3]. Osoba sprawująca opiekę podczas porodu zgodnie z wytycznymi standardu jest zobowiązana proponować rodzącej poruszanie się podczas I okresu porodu oraz przyjmowanie takich pozycji, w tym wertykal-

nych, które są dla rodzącej wygodne, przynoszą jej ulgę w odczuwaniu bólu oraz umożliwiają nadzorowanie stanu płodu [1].

W pozycjach wertykalnych na płód działa siła grawitacji, która sprzyja szybszemu rozwieraniu się szyjki macicy oraz nasileniu czynności skurczowej macicy [4,5]. Miednica uzyskuje większy wymiar (średnica kanału rodnego zwiększa się), powiększa się kąt inklinacji miednicy, kość guziczna w stawie krzyżowo-guzicznym może swobodnie odchyłać się ku tyłowi dając więcej przestrzeni dla rodzącej się główki płodu. Możliwość ruchu oraz pochylanie się rodzącej do przodu (stosunek osi długiej płodu do osi długiej macicy) pozwala na mniejsze odczuwanie bólu porodowego [4]. Ponadto podczas przyjmowania pozycji wertykalnych dochodzi do zminimalizowania oporu (tkanki krocza równomiernie napinają się, dostosowując do główki i barków płodu) oraz uszkodzeń tkanek miękkich krocza, miednicy mniejszej czy szyjki macicy [3]. W pozycji pionowej żyła główna dolna oraz aorta są odciążone, co wpływa korzystnie na funkcjonowanie łożyska, które jest lepiej ukrwione i w konsekwencji powoduje lepsze utlenowanie płodu [3]. Rodząca unikając leżenia na plecach nie doprowadza do ucisku splotów nerwowych, skutkiem czego odczuwanie bólu jest mniejsze [3]. W pozycji pionowej, gdy rodząca odpoczywa między skurczami, główka stale uciska szyjkę, co pozytywnie wpływa na przebieg porodu [3,4]. Podczas parcia tkanki krocza równomiernie napinają się dostosowując się do główki oraz barków płodu i niwelują potrzebę nacinania krocza. W pozycji leżącej episiotomia jest zdecydowanie częściej wykonywana [3]. Pozycje wertykalne ułatwiają oddychanie. Po wyborze dogodnej pozycji kobieta rodząca może się zrelaksować oraz skupić na głębokim i spokojnym oddychaniu. Relaksacja kobiety rodzącej w czasie przerw międzyskurczowych jest niezwykle ważna, ponieważ w przypadku stałego napięcia i stresu wydzielanie endorfin jest hamowane, co może prowadzić do zatrzymania akcji porodowej oraz większego odczuwania bólu [6]. Wśród technik psychologicznych należy wymienić wsparcie informacyjne (poznawcze), które ma na celu informowanie rodzącej o wykonywanych czynnościach przez personel medyczny, co skutkuje zmniejszeniem stresu, a także bólu [7].

Psychoprofilaktyka obejmuje edukację dotyczącą przebiegu porodu oraz naukę technik relaksacyjnych. Świadomość kobiety na temat bólu oraz przebiegu porodu powoduje przerwanie schematu tzw. błędnego koła lęk-napięcie-

ból czyli triady Reada. Immersja wodna i relaksacja wodą stanowią dwie różne metody łagodzenia bólu porodowego. Najważniejszą zaletą tych metod jest poprawa przepływu maciczno-łożyskowego oraz lepsze utlenowanie płodu. Woda wpływa uspakajająco, likwiduje napięcie mięśniowe oraz obniża ciśnienie tętnicze krwi [8]. Stopień odczuwania bólu zależy od indywidualnego progu bólowego i nie wszystkie metody niefarmakologiczne mogą okazać się pomocne.

Obecność osoby towarzyszącej jest bardzo pomocna przy wyborze właściwej pozycji. Bliskość, kontakt fizyczny i wspólne przeżywanie zbliża do siebie przyszłych rodziców, obniża lęk rodzącej przed porodem, a partner czuje satysfakcję poprzez aktywną pomoc rodzącej [9,10]. Wsparcie medyczne udzielane podczas porodu powinno obejmować: zachęcanie rodzącej do korzystania ze wsparcia wybranej przez nią osoby bliskiej, zachęcanie do aktywności fizycznej i pomoc w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas porodu, wspieranie rodzącej w wyborze i zastosowaniu technik oddechowych i relaksacyjnych podczas porodu.

Standard opieki okołoporodowej zawiera również zapis dotyczący posiadania przez rodzącą planu porodu. Jest to jeden z dokumentów medycznych, który zostaje przygotowany przez ciężarną najczęściej wspólnie z położną lub lekarzem prowadzącym ciążę i obejmuje składowe działań medycznych w okresie śródpodrodowym m.in. decyzji o episiotomii, wykonaniu lewatywy, goleniu krocza, doborze środków przeciwbólowych, możliwości korzystania z immersji wodnej/relaksacji wodą, wyborze pozycji w II okresie porodu, obecności osoby towarzyszącej w każdym okresie porodu.

Bezpieczny oraz satysfakcjonujący poród dla kobiety będzie miał miejsce wówczas, gdy zapewniona zostanie intymność, poważanie godności oraz szanowanie praw rodzącej oraz jej preferencji na temat przebiegu porodu, informowanie o postępie porodu. W przypadku porodu fizjologicznego, postępującego bez powikłań, rodząca ma prawo decydować o sposobie łagodzenia bólu porodowego, obecności osoby towarzyszącej na sali porodowej czy doborze pozycji porodowej.

CEL PRACY

Ocena stopnia realizacji wybranych wytycznych standardu będącego rozporządzeniem ministra zdrowia w zakresie opieki śródpodrodowej ze szczególnym uwzględnieniem stosowania pozycji wertykalnych w porodzie fizjologicznym.

MATERIAŁ I METODYKA

Badania przeprowadzono w grupie 125. kobiet rodzących, które odbyły poród fizjologiczny siłami natury. Z badań wyłączono kobiety po porodach zabiegowych, zakończonych cięciem cesarskim oraz nie wyrażających zgodę w udział w badaniach. Badania ankietowe przeprowadzono w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej i opisowej w programie IBM SPSS. W ocenie korelacji uwzględniono wartości statystyki testowej, liczbę stopni swobody (s), tablicową wartość. W przypadku testu chi-kwadrat i zależności obu cech wartość współczynnika korelacji C-Pearsona. Przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

WYNIKI

Charakterystyka socjo-demograficzna badanej grupy kobiet

Kobiety w wieku 23-30 lat stanowiły 69,6% rodzących, 15-22 lat - 19,2%, a rodzące powy-

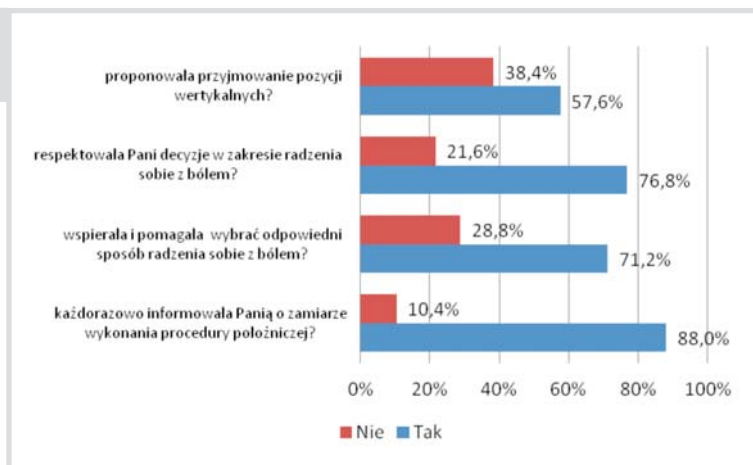
żej 31 lat - 11,2%. Większość rodzących kobiet (74,4%) zamieszkiwała tereny miejskie. Wykształcenie wyższe posiadało 60,8% badanych, średnie 32,8%. Mężatki stanowiły połowę badanej grupy (52,8%), w związku partnerskim przebywało 33,6% rodzących, panny stanowiły 13,6% badanej grupy kobiet.

Stopień realizacji standardu opieki okołoporodowej na salach porodowych

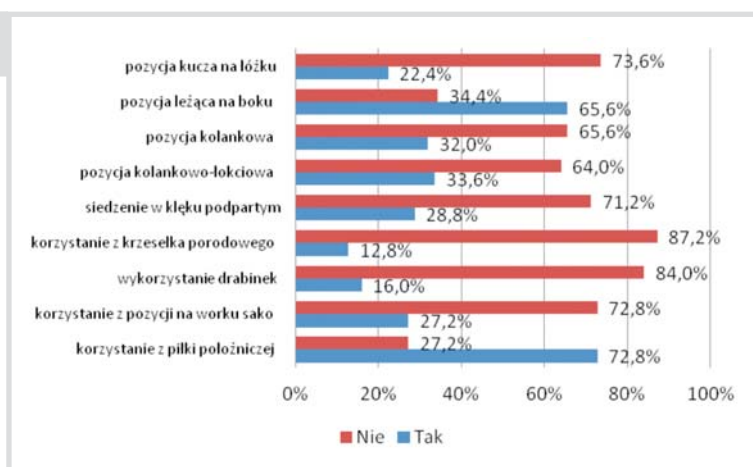
Plan porodu posiadało 60% kobiet rodzących. Większości rodzącym (83%) towarzyszyła osoba bliska na sali porodowej, 88% rodzących rodziło w pozycji półsiedzącej na łóżku porodowym, 3,2% kobiet rodziło w pozycji kolankowo-łokciowej, 2,4% na krzeselku porodowym.

Położna podczas porodu w większości informowała o zamiarze wykonywania procedury położniczej (88%), wspierała i pomagała wybrać odpowiednią metodę łagodzenia bólu (71,2%), a także respektowała decyzję w zakresie sposobu radzenia sobie z bólem porodowym (76,8%) oraz proponowała przyjmowanie pozycji wertykalnych (57,6%) oraz proponowała przyjmowanie pozycji wertykalnych (38,4%).

Ryc. 1. Stopień realizacji wybranych aspektów opieki śródporodowej zgodnie z wytycznymi standardu



Ryc. 2. Pozycje wertykalne w I okresie porodu fizjologicznego



tykalnych (57,6%) (ryc. 1.). Położne najczęściej zachęcały do pozycji leżącej na boku (65,6%) oraz do korzystania z piłki położniczej (72,8%). Inne pozycje wertykalne były proponowane rzadziej (ryc.2.).

Pozycję porodową 60,8% rodzących zaproponowała położna, 25,6% kobiet dokonało samodzielnego wyboru pozycji porodowej, u 13,6% rodzących osoba towarzysząca zaproponowała dobór pozycji porodowej.

Preferencje kobiet rodzących dotyczące pozycji porodowej

Dla 17,6% rodzących najbardziej dogodną pozycją porodową była pozycja leżąca, dla 15,2% pozycja kolankowo-łokciowa, dla 12,8% klasyczna oraz na boku, dla 8,8% siedząca lub kuczna. Niewielki odsetek rodzących wskazywał inne pozycje wertykalne: leżąca na lewym boku (8%), pozycje z wykorzystaniem piłki, worka sako oraz krzeselka (7,2%), stojąca (4,8%), pozycja kolankowa (4%). 21,6% rodzących nie posiadało zdania na temat pozycji porodowej.

Analiza zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi a pozycją porodową

Stwierdzono zależność istotną statystycznie pomiędzy wiekiem kobiet a pozycją porodową ($p=0,014$). Współczynnik korelacji obrazuje zależność umiarkowaną. Wraz ze wzrostem wieku wzrastał odsetek kobiet, które rodziły w pozycji klasycznej (79,2% w grupie wiekowej 15-22 lat vs 88,5% w grupie 23-30 lat vs 100% w grupie >31 lat). Różnice są istotne statystycznie (tab.1., ryc.3.).

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy wykształceniem a pozycją porodową ($p=0,134$). W pozycji klasycznej urodziło 100% kobiet z wykształceniem zawodowym, wśród pozostałych kobiet odsetek był porównywalny (ryc.4.).

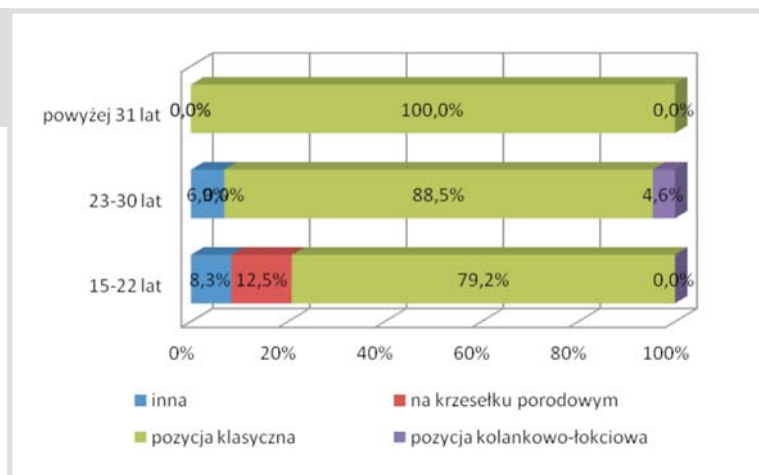
Wraz ze wzrostem wieku rodzącej decyzję o wyborze pozycji do porodu istotnie częściej proponowała położna ($p<0,001$). W grupie najstarszych kobiet rodzących (>31 lat) w 92,9% przypadków położna sugerowała pozycję do porodu, w grupie najmłodszych rodzą-

Tab. 1. Zależność między wiekiem rodzących a pozycją porodową

Wiek	Pozycja podczas porodu									
	Liczba kobiet		Inna*		Krzesło porodowe		Pozycja klasyczna		Pozycja kolankowo-łokciowa	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15-22 lat	24	19,20%	2	8,3%	3	12,5%	19	79,2%	0	0,0%
23-30 lat	87	69,6%	6	6,9%	0	0,0%	77	88,5%	4	4,6%
>31 lat	14	11,2%	0	0,0%	0	0,0%	14	100,0%	0	0,0%
Suma	125	100,0%	8	6,4%	3	2,4%	110	88,0%	4	3,2%

* pozycja „inna” – na boku lub półsiedząca

Ryc. 3. Zależność pomiędzy wiekiem rodzących a pozycją porodową ($s=6$; $\chi^2_{obl}=15,886$; $\chi^2_{tabl}=12,592$; $\chi^2_{obl} > \chi^2_{tabl}$; $p=0,014$, $C_{kor}=0,4$)



cych odsetek ten stanowił 20,8%. Samodzielność w wyborze pozycji porodowej najczęściej wykazywały kobiety młode z grupy wiekowej 15-22 lata (50%), (tab.2., ryc.5.).

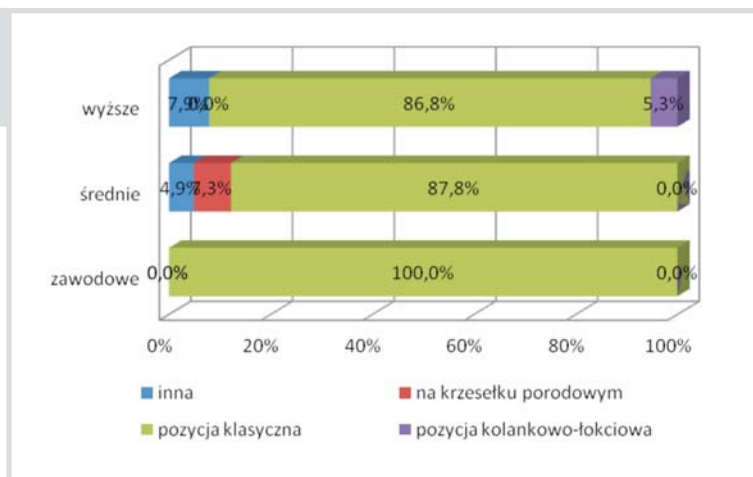
Nie stwierdzono zależności pomiędzy wykształceniem a wyborem pozycji porodowej. Rozkład odpowiedzi wśród kobiet z wykształceniem średnim i wyższym jest podobny (26,8% vs 21,1% wybór samodzielny, 56,1% vs 64,5% wyboru dokonała położna). W przypadku ko-

biet z wykształceniem zawodowym 62,5% wybierało pozycję do porodu samodzielnie. Różnica nie jest istotna statystycznie (tab.3, ryc.6.).

DYSKUSJA

Wprowadzone Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu opieki okołoporodowej ma zapobiegać medykalizacji porodu fizjo-

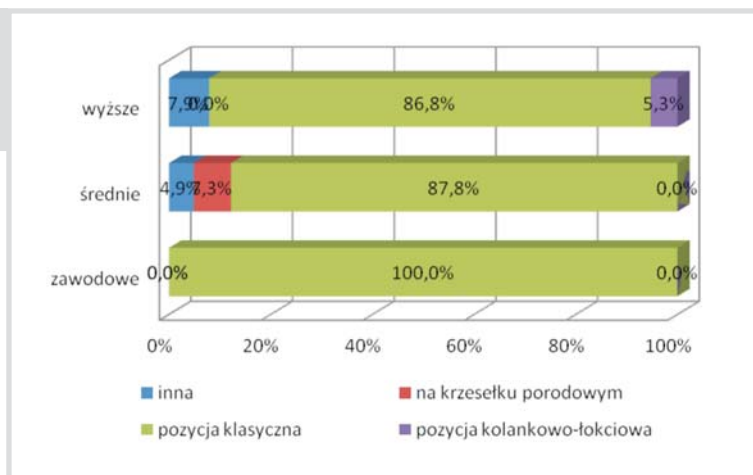
Ryc. 4. Zależność pomiędzy wykształceniem rodzających a pozycją porodową ($s=6$; $\chi^2_{obl}=9,794$; $\chi^2_{tabl}=12,592$; $\chi^2_{obl} < \chi^2_{tabl}$; $p=0,134$)



Tab. 2. Zależność między wiekiem a decyzją o wyborze pozycji porodowej

Wiek	Ogółem badanych									
	Kto zaproponował wybór pozycji porodowej									
	Liczba kobiet		Inne		Sama		Osoba towarzysząca		Położna	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15-22 lat	24	19,2%	5	20,8%	12	50,0%	2	8,3%	5	20,8%
23-30 lat	87	69,6%	10	11,5%	20	23,0%	0	0,0%	57	65,5%
>31 lat	14	11,2%	1	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	13	92,9%
SUMA	125	100,0%	16	12,8%	32	25,6%	2	1,6%	75	60,0%

Ryc. 5. Zależność pomiędzy wiekiem kobiet rodzących a decyzją o wyborze pozycji porodowej ($s=6$; $\chi^2_{obl}=28,586$; $\chi^2_{tabl}=12,592$; $\chi^2_{obl} > \chi^2_{tabl}$ $p<0,001$; $C_{kor} = 0,513$)



logicznego, wspierać poród naturalny bez sięgania po technologię medyczną. Personel medyczny jest zobowiązany do udzielenia fachowej pomocy medycznej, która zmierza do ograniczenia, zminimalizowania, a nawet eliminacji niepożądanych wpływów na matkę oraz dziecko [11-14].

Praca przeglądowa z Cochrane Database [15] i inne badania wykazały, że rodzące w pozycji wertykalnej doświadczają krótszych i mniej bolesnych porodów, występuje mniej pęknięć i nacięć krocza [16]. Zaobserwowano również rzadziej występujące zaburzenia czynności serca płodu [17]. Mimo doniesień naukowych o zaletach pozycji wertykalnych w porodzie, to dane uzyskane w badaniach własnych wskazują, że w dalszym ciągu poród w pozycji wertykalnej jest rzadkością na polskich salach porodowych (2,4% krzesło porodowe, 3,2% pozycja kolankowo-łokciowa). Najczęściej kobiety rodziły w pozycji klasycznej (88%). Zaobserwowana tendencja może wynikać z faktu niedostatecznej edukacji przedporodowej o zaletach pozycji wertykalnych w porodzie, jak również braku wsparcia ze strony położnej świadczącej opiekę w czasie porodu, ponieważ tylko

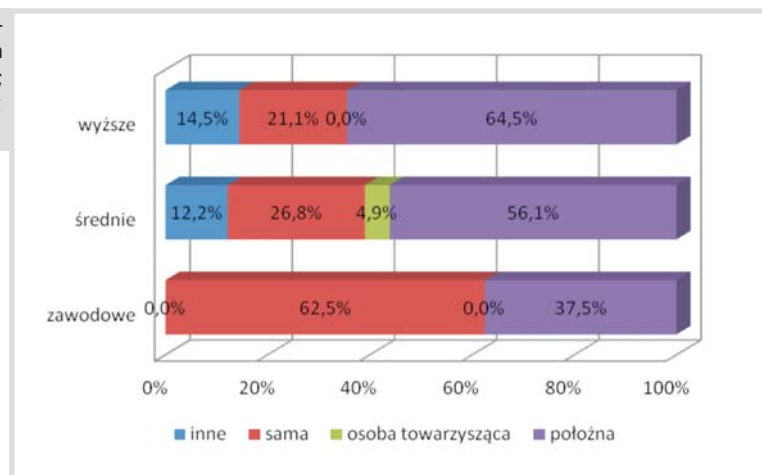
u 57,6% rodzących położna zaproponowała przyjęcie pozycji wertykalnej. Z badań własnych wynika, że istnieje zależność pomiędzy wiekiem a pozycją porodową - wraz ze wzrostem wieku kobiety częściej decydowały się rodzić w pozycji klasycznej. Wykształcenie natomiast, nie wpływa na podjęcie decyzji o wyborze pozycji porodowej. Kolejną badaną korelacją była zależność pomiędzy wiekiem a osobą dokonującą wyboru pozycji porodowej. Badania pokazały, że wraz ze wzrostem wieku rodzącej, częściej położna sugerowała pozycję porodową. Wykształcenie nie wpływało na podjęcie decyzji o wyborze pozycji porodowej. Z grupy 125. ankietowanych kobiet rodzących 22 (17,6%) uznało pozycję leżącą za najbardziej dogodną w porodzie, 27 (21,6%) nie miało zdania w tej kwestii.

Uzyskane wyniki w przeprowadzonym badaniu pokazują, jak niewielki odsetek rodzących potrafi wybrać najbardziej wygodną dla siebie pozycję i jak ważna jest wówczas rola położnych na salach porodowych. Stopień realizacji innych aspektów opieki śródporodowej zgodnych ze standardem był na wysokim poziomie: udzielanie informacji i wyjaśnień odnośnie wykonywanej procedury medycznej (88%), respektowanie

Tab.3. Zależność pomiędzy wykształceniem rodzających a decyzją o wyborze pozycji porodowej

Ogółem badanych Kto zaproponował wybór pozycji porodowej										
Wykształcenie	Liczba kobiet		Inne		Sama		Osoba towarzysząca		Położna	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
zawodowe	8	6,4%	0	0,0%	5	4,0%	0	0,0%	3	2,4%
średnie	41	32,8%	5	4,0%	11	8,8%	2	1,6%	23	18,4%
wyższe	76	60,8%	11	8,8%	16	12,8%	0	0,0%	49	39,2%
SUMA	125	100,0%	16	12,8%	32	25,6%	2	1,6%	75	60,0%

Ryc. 6. Zależność pomiędzy wykształceniem rodzających a decyzją o wyborze pozycji porodowej ($s = 6$; $\chi^2_{obl} = 11,225$; $\chi^2_{tabl} = 12,592$; $\chi^2_{obl} < \chi^2_{tabl}$; $p = 0,082$)



decyzji rodzącej w zakresie łagodzenia bólu porodowego (76,8%), udzielanie wsparcia i pomocy w wyborze metody analgezji porodowej (71,2%). Jedynie w stosunku do planu porodu, stopień realizacji tej procedury był niezadowolający. Położne w ponad 60% nie pytały kobiet rodzących o posiadanie planu porodu, a w 81% przypadków nie omawiały z rodzącymi ich oczekiwań wobec porodu. Korzystanie z immersji wodnej proponowało 40% położnych. Tak niski odsetek może być spowodowany niedostosowaniem sal porodowych, a niekiedy brakiem wiedzy lub chęci ze strony położnej.

WNIOSKI

1. Kobiety młode poniżej 22 roku życia istotnie częściej samodzielnie podejmują decyzję o wyborze wertykalnej pozycji porodowej.
2. Wykształcenie nie stanowi istotnego czynnika wpływającego na wybór pozycji wertykalnej w porodzie.
3. Stopień realizacji przez położne wytycznych standardu okołoporodowego w zakresie proponowania pozycji wertykalnych w porodzie fizjologicznym jest niezadowolający, natomiast w realizacji innych wytycznych standardu jest wysoki.

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2018r. poz. 1756).
2. Jędrzejewska L. Aspekty prawne opieki okołoporodowej w Polsce. *Piel Zdr Publ* 2013;3(2):204.
3. Balaskas J. Poród aktywny. Nowe spojrzenie na naturalny sposób rodzenia. Niezależna Oficyna Wydawnicza. Warszawa 1997.
4. Kicia M. Poród naturalny. w: Praktyka położnej. Poród fizjologiczny. [red.] Iwanowicz- Palus G. wyd. Raabe 2013; 1-10.
5. Witkiewicz M. Pozyccje wertykalne. Poród aktywny. *Mag Pielęg Położ* 2011;(3):34-35.
6. Witkiewicz M. Znaczenie bólu porodowego. Towarzysząc rodzącej. *Mag Pielęg Położ* 2011;(1/2):50-51.
7. Escott D, Slade P, Spiby H. Preparation for pain management during childbirth: The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clinical Psychology Review* 2009;29:617-622.
8. Guzikowski W. Immersja wodna w czasie porodu i poród w wodzie. *Fam Med Prim Care Rev* 2009;11(2):163-167.
9. Sioma-Markowska U, Poręba R, Skrzypulec-Plinta V. The model of active participation of the father in childbirth, based on the preferences of the parturient women. *Neuroendocrinol Lett* 2015; Vol.36. No.4:374-379.
10. Sioma-Markowska U, Poręba R, Skrzypulec-Plinta V. The preferences of parturient women and the participa-

- tion of the child's father during birth *Neuroendocrinol.Lett.* 2015; Vol.36. No.5:447-451.
11. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące opieki okołoporodowej i prowadzenia porodu. *Ginekol Pol* 2009;7(80):548-557.
12. Iwanowicz-Palus G, Stadnicka G, Bień A. Organizacja opieki przedkoncepcyjnej i okołoporodowej determinantą zdrowia rodziny i społeczeństwa. *Med Og Nauki Zdr* 2013; 19(3):313-318.
13. Król M, Kaczor P, Grobelny M. Znajomość metod korzystnie wpływających na przebieg porodu wśród ciężarnych z województwa lubuskiego. *Med Og Nauki Zdr* 2014; 20(3):251-255.
14. Krówka D, Żur A. Kwalifikacje zawodowe położnych a standard opieki okołoporodowej. *Ginekol Położ Medical Project* 2013;4(30):74- 79.
15. Gupta JK, Nikodem VC. Women's position during the second stage of labour. *Cochrane Review. The Cochrane Library.* 2000; Issue Oxford.
16. De Jong PR, Johanson RB, Baxen P et al. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104(5):567-571.
17. Enkin M, Keirse M, Chalmers I. A guide to effective care in pregnancy and Childbirth. 2000 Oxford University Press, Oxford.