

Środowiskowa opieka nad noworodkiem i niemowłędem – oczekiwania kobiet po porodzie a ich realizacja przez położne środowiskowe / rodzinne

Home care of a new-born child and of an infant – expectations of women after childbirth and the fulfillment of the aspects`tions by family/home midwives.

Edyta Gałęziowska, Renata Domżał-Drzewicka, Elżbieta Stasiak

Edyta Gałęziowska, Renata Domżał-Drzewicka - Zakład Pielęgniarstwa Środowiskowego
Elżbieta Stasiak - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
Katedra Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Lublinie

ADRES DO KORESPONDENCJI:
ul. Chodźki 6, 20-059 Lublin
tel.: (0-81) 741-18-30
edyta.galezowska@poczta.am.lublin.pl

STRESZCZENIE

ŚRODOWISKOWA OPIEKA NAD NOWORODKIEM I NIEMOWŁĘCIEM - OCZEKIWANIA KOBIET PO PORODZIE A ICH REALIZACJA PRZEZ POŁOŻNE ŚRODOWISKOWE / RODZINNE

Jednym z najważniejszych zadań, jakie stają przed opiekunami nowo narodzonego dziecka, jest stworzenie mu optymalnych warunków do dalszego rozwoju. Szczególnie po pierwszym porodzie, kiedy kobieta nie ma jeszcze doświadczeń, jest to trudne i stresujące zadanie, wymagające wsparcia ze strony profesjonalistów. Na poziomie opieki podstawowej (POZ) młoda matka i jej rodzina mogą liczyć na pomoc położnej środowiskowej / rodzinnej; do jej zadań należy m.in. opieka nad niemowłędem do drugiego miesiąca życia. Sprawowanie opieki wymaga poznania oczekiwań ze strony świadczeniobiorców. Celem pracy było poznanie oczekiwań młodych matek, związanych ze sprawowaniem opieki nad noworodkiem i niemowłędem, wypisywanych ze szpitala po porodzie, w stosunku do położnych rodzinnych oraz próba oceny realizacji tych oczekiwań. Jako metodę zastosowano sondaż diagnostyczny, a wybraną techniką była ankieta. Badania przeprowadzono w okresie od maja 2001r. do maja 2003r. na grupie kobiet, wypisywanych do domu po porodzie (I grupa- 442 osoby) oraz będących pod opieką położnych środowiskowych / rodzinnych po powrocie do domu (II grupa-125 osób). Z analizy uzyskanego materiału wynika, że kobiety oczekiwały zróżnicowanego zakresu opieki. Oczekiwania te, chociaż mieszczące się w kompetencjach położnych rodzinnych, nie zawsze były realizowane.

Słowa kluczowe: noworodek, niemowlę, położna środowiskowa / rodzinna, POZ

ABSTRACT

HOME CARE OF A NEW-BORN CHILD AND OF AN INFANT- EXPECTATIONS OF WOMEN AFTER CHILDBIRTH AND THE FULFILLMENT OF THE EXPECTATIONS BY FAMILY/HOME MIDWIVES.

One of the most important tasks of a new-born child's carers is to create optimal conditions for its further development. Especially after the first childbirth, when a woman is inexperienced, taking care of a new-born baby is a hard and stressful task, calling for the support of the professionals. Primary Health Care includes the help of a family/home midwife whose responsibilities include, among others, taking care of an infant until the second month of its life. Looking after a new-born child's family necessitates finding out the expectations of the recipients of the help. The aim of the research was to find out young mothers' expectations concerning nursing of a new-born child and of an infant, after discharging from hospital, towards family midwives, and the attempt to evaluate the fulfilment of the expectations. The method used was diagnostic survey and the technique used was a questionnaire. The research was conducted from May 2001 to May 2003 on the group of women discharged from hospitals after childbirths (1st group-442 people) and being taken care of by family/home midwives after return to home (2nd group-125 people). The analysis of the data obtained proves that the women expected diversified scope of care. The expectations, although being within the scope of midwife's responsibilities, were not always fulfilled.

Key words: a new-born child, an infant, a family midwife, Primary Health Care

WSTĘP

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu społecznym wymienia m.in. świadczenia zdrowotne, przysługujące osobom objętym ubezpieczeniem. Część z nich jest realizowana m.in. przez położne rodzinne. Są to m.in.: świadczenia pielęgniarstwa, opieka nad kobietą w czasie ciąży, porodu i pogoju, opieka prenatalna nad płodem, nad noworodkiem oraz opieka profilaktyczna (1).

Według kompetencji położnej środowiskowej / rodzinnej, które zostały opracowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz Kolegium Pielęgniarek i Położnych Środowiskowych i Rodzinnych, położna rodzinna jest „to położna, zatrudniona w POZ, realizująca zadania z zakresu opieki nad rodziną, szczególnie z zakresu opieki położniczo - ginekologicznej i nad dzieckiem” (2). Świadczy ona usługi zdrowotne z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób, a także świadczenia pielęgnacyjne, lecznicze, diagnostyczne i rehabilitacyjne. Zgodnie z przygotowaniem zawodowym położna rodzinna realizuje opiekę przedkoncepcyjną, okołoporodową (nad kobietą, noworodkiem i rodziną), w schorzeniach ginekologicznych i onkologicznych, a także nad płodem, noworodkiem i niemowlęciem do drugiego miesiąca życia. Pod jej opieką powinna być kobieta w całym okresie życia (3).

W ramach wykonywania obowiązków położnej rodzinnej mieści się: realizowanie kompleksowej, holistycznej i indywidualnej opieki nad kobietą, noworodkiem i rodziną, która wynika z rozpoznanego stanu i zaplanowanych na tej podstawie działań, a także ocenianie przebiegu jej realizacji i uzyskanych efektów. Zadaniem położnej rodzinnej jest także określenie zapotrzebowania na opiekę położniczą w swoim obszarze działania.

Jednym z wielu zadań położnej rodzinnej, jest sprawowanie opieki nad kobietą po porodzie, po wypisie ze szpitala, i jej rodziną. Położna jest pierwszą osobą z zespołu POZ, która obejmuje opieką środowiskową najmłodszego członka tej rodziny, tj. noworodka. Swoją opiekę sprawuje nad niemowlęciem do drugiego miesiąca życia. Jest to niezwykle ważny okres rozwojowy w życiu człowieka i zadaniem położnej jest czuwanie nad zapewnieniem przez rodzinę jak najbardziej optymalnych warunków do dalszego rozwoju noworodka i niemowlęcia. Systematyczne wizyty w miejscu zamieszkania pozwalają położnej poznać warunki życia i problemy, związane z opieką nad noworodkiem i niemowlęciem, a także zaplanować zakres edukacji, odpowiadający potrzebom i problemom małego dziecka oraz jego matki.

Celem pracy jest uzyskanie odpowiedzi na dwa pytania:

1. Jaki jest zakres oczekiwań kobiet po porodzie, dotyczących opieki nad noworodkiem i niemowlęciem, w stosunku do położnej rodzinnej?
2. Czy oczekiwania kobiet mogą być realizowane przez położne rodzinne zgodnie z ich kompetencjami oraz w jakim stopniu te oczekiwania są faktycznie realizowane?

MATERIAŁ I METODY

Dla potrzeb pracy jako podstawową metodę badań przyjęto sondaż diagnostyczny, a wybraną techniką badawczą była ankieta. Metodą uzupełniającą był wywiad z kobietami, które wyraziły chęć dobrowolnego uczestnictwa w badaniach; jego celem było wprowadzenie w tematykę badań. Badania właściwie przeprowadzono w okresie od maja 2001r. do maja 2003r. w wylosowanych lubelskich oddziałach położniczych, we współpracy z oddziałowymi i wybranymi położnymi z tych oddziałów.

Pierwszą grupę badanych (I grupa) stanowiły położnicze z lubelskich oddziałów położniczych po porodzie dziecka żywego, którym w dniu wypisu do domu zaproponowano wypełnienie kwestionariusza ankiety. W efekcie otrzymano 460 wypełnionych kwestionariuszy, jednakże z uwagi na to, że w części z nich pominięto istotne dane, do analizy zakwalifikowano ostatecznie 442 ankiety.

Drugą grupę (II grupa) stanowiły kobiety, które odesłały ankietę zwrótną po ostatniej wizycie patronażowej położnej rodzinnej. Z 460 wręczonych ankiet zwrócono 129 wypełnionych kwestionariuszy analiz wyłączono 4 z nich, ponieważ odesłały je kobiety, do których położne nie zgłosiły się na wizyty patronażowe. Zwrotność wyniosła więc 26,3%.

W opracowaniu statystycznym wyników badań zastosowano test chi-kwadrat, a w sytuacjach koniecznych tzw. poprawkę Yates'a.

WYNIKI BADAŃ I ICH OMÓWIENIE

Badana grupa kobiet była zróżnicowana pod względem miejsca zamieszkania, wykształcenia, wieku oraz liczby odbytych porodów. Ze względu na miejsce zamieszkania, największą grupę stanowiły kobiety, mieszkające w dużych miastach (odpowiednio: 40,08% w I grupie oraz 42,61% w II grupie) - tab.1. Na wsi zamieszkiwała niemal co trzecia kobieta z I grupy (31,34%) i co piąta z II grupy (22,61%).

Pod względem wykształcenia przeważały kobiety z wykształceniem średnim (odpowiednio: 48,62% i 57,39%); najmniej było tych, które swoją edukację zakończyły na etapie szkoły podstawowej (4,59% w I grupie i ani jednej w II grupie). Zastanawiające i interesujące jest to, że w I grupie było 26,15% kobiet z wykształceniem wyższym, a tylko 3,48% w II grupie, co oznacza, że kobiety z wyższym wykształceniem znacznie rzadziej odsyłały ankietę po ostatniej wizycie położnej, niż te z wykształceniem niższym.

Średnia wieku kobiet w obu grupach wyniosła 28 lat, a najwięcej respondentek mieściło się w przedziale 26-30 lat (odpowiednio: 43,19% i 52,17%) - tab. 2. W grupie kobiet, badanych podczas wypisu z oddziału (I grupa) najmłodsza miała 17 lat, a najstarsza – 45 lat, natomiast w drugiej grupie było to - odpowiednio- 21 lat i 41 lat.

Ostatnią ciążę w I grupie planowała ponad połowa kobiet (56,87%), a w II grupie- 70,43%, co oznacza, że kobiety z nieplanowaną ciążą byłyby bardziej skłonne do udziału w badaniach, dotyczących opieki środowiskowej po porodzie.

Tab. 1 Miejsce zamieszkania i wykształcenie ankietowanej grupy.

Zamieszkanie i wykształcenie	Miejsce zamieszkania			Wykształcenie			
	Wieś	Małe miasto	Duże miasto	Podstawowe	Zasadnicze zawodowe	Średnie	Wyższe
I grupa (N=125)	31,34%	28,57%	40,08%	4,59%	20,64%	48,62%	26,15%
II grupa (N=442)	22,61%	34,78%	42,61%	---	39,13%	57,39%	3,48%

Tab. 2 Wiek w badanej grupie

Wiek	19 lat i mniej	20-25 lat	26-30 lat	31-35 lat	36-40 lat	41 lat i więcej
I grupa (N=125)	2,82%	30,05%	43,19%	14,55%	6,57%	2,82%
II grupa (N=442)	---	28,70%	52,17%	10,43%	5,22%	3,48%

Tab. 3 Porody w badanych grupach kobiet.

Poród	Pierwszy	Drugi	Trzeci	Czwarty i kolejny
I grupa (N=125)	54,79%	31,96%	5,47%	15,83%
II grupa (N=442)	71,30%	20,87%	7,84%	---

Tab. 4 Informacje związane z opieką nad noworodkiem i niemowlęciem - oczekiwania a realizacja.

Informacje	Oczekiwane	Przekazane
Rodzaje, wady i zalety pieluch	31,22%	11,40%
Żywienie w 1r.ż.	40,27%	5,13%
Rozwój psychofizyczny niemowlęcia	36,65%	7,60%
Wizyty kontrolne	47,54%	56,41%
Szczepienia w 1 r.ż.	48,87%	51,28%
Wypróżnienia u niemowląt	38,40%	24,78%
Profilaktyka nieprawidłowości stawów biodrowych	48,42%	13,68%
Niepokojące objawy	56,11%	10,26%
Kąpic noworodka	22,62%	---
Zestaw przyborów do pielęgnacji	30,77%	5,13%
Spacer, werandowanie	28,96%	42,74%

Dla większości respondentek był to pierwszy poród (odpowiednio: 54,79% i 71,30%) - tab. 3. Najmniej kobiet było w grupie tych, dla których był to trzeci poród (odpowiednio: 5,47% i 7,84%). Zdecydowana większość urodziła w 39-40 tygodniu ciąży (odpowiednio: 53,30% oraz 61,18%); średni czas trwania ciąży w I grupie wynosił 38,5 tygodnia, a w II grupie- 39,5 tygodnia.

W sprawowaniu opieki nad noworodkiem i małym dzieckiem niezwykle ważny jest posiadany zasób wiedzy i umiejętności. Podczas swoich wizyt patronażowych położna rodzinna powinna przekazać matce i innym osobom, opiekującym się dzieckiem, wszystkie niezbędne informacje, dotyczące pielęgnacji, rozwoju i opieki nad noworodkiem. Zakres przekazywanych informacji powinien być dostosowany do potrzeb opiekunów, co oznacza, że najpierw należy rozpoznać poziom wiedzy i ocze-

kiwać osób, a następnie zaplanować tak swoją pracę edukacyjną, by po zakończeniu okresu sprawowanej przez położną opieki, matka i jej najbliżsi posiadali konieczny jej zasób.

Badane kobiety zapytano o to, jakich informacji na temat opieki nad noworodkiem i niemowlęciem oczekują (I grupa) oraz które z nich zostały im przekazane (II grupa). Wyniki przedstawia tabela 4. Jak z niej wynika, kobiety oczekiwały bardzo szerokiego zakresu informacji; najczęściej określały następujące odpowiedzi: niepokojące objawy, które wymagają kontaktu z lekarzem / położną (56,11%), szczepienia w 1 r.ż. (48,87%), profilaktyka nieprawidłowości stawów biodrowych (48,42%), niezbędne wizyty kontrolne w 1 r.ż. (47,54%) oraz żywienie niemowlęcia (40,27%). Natomiast położne najczęściej przekazywały następujące informacje: wizyty kontrolne (56,41%), szczepienia w 1 r.ż. (51,28%) oraz werandowanie i organizacja pierwszych spacerów (42,74%). Największe rozbieżności między oczekiwaniami kobiet a ich realizacją dotyczyły żywienia w 1 r.ż. (40,27% vs 5,13%), rozwoju psychofizycznego niemowlęcia (36,65% vs 7,60%), profilaktyki nieprawidłowości stawów biodrowych (48,42% vs 13,68%), informacji o objawach, które wymagają szybkiego kontaktu z lekarzem (56,11% vs 10,26%), organizacji kąpki noworodka (22,62% vs 0%) i zestawu do pielęgnacji małego dziecka (30,77% vs 5,13%).

Respondentki oczekiwały także informacji o sposobach postępowania w częstych problemach pielęgnacyjnych typu kolka jelitowa, ciemieniucha, pleśniawki i potówki. Jak wynika z tabeli 5, rozbieżności między oczekiwaniami kobiet, a ich realizacją, są duże i dotyczą każdego omawianego zakresu.

Młode matki, szczególnie po pierwszym porodzie, mogą się obawiać, że nie dość prawidłowo wykonują czynności pielęgnacyjne przy dziecku; mogą także odczuwać lęk przed zrobieniem mu krzywdy podczas takich czynności. Stąd ważne jest, by odpowiednio wcześ-

Tab. 5 Informacje o najczęstszych problemach pielęgnacyjnych - oczekiwania i realizacja

Informacje	Oczekiwane	Uzyskane
Kolka jelitowa	56,56%	22,22%
Ciemniucha	44,43%	5,13%
Pleśniawki	47,51%	16,24%
Potówki	42,08%	14,53%

Tab. 6 Pomoc w kształtowaniu podstawowych umiejętności pielęgnacyjnych - oczekiwania i realizacja.

Zakresy pomocy	Oczekiwane	Zrealizowane
Pielęgnacja kikutu pępowinowego	53,85%	46,15%
Pielęgnacja oczu	24,43%	13,68%
Pielęgnacja nosa	31,67%	7,69%
Pielęgnacja uszu	30,77%	5,13%
Pielęgnacja narządów płciowych	39,82%	23,93%
Kąpiel dziecka	38,46%	7,69%
Zmiana pieluchy	9,95%	5,98%
Uwieranie	27,15%	5,98%
Szerokie pieluszkowanie	29,86%	13,68%
Masaż dziecka	62,80%	10,26%

nie ukształtować pewne umiejętności, niezbędne każdej osobie, opiekującej się noworodkiem czy niemowlęciem. Przyczynić się to może do wzrostu poczucia pewności przy pielęgnacji dziecka, a tym samym jest jednym z elementów zapobiegania depresji poporodowej.

Ankietowane kobiety zapytano m.in. o to, przy jakich czynnościach chciałyby uzyskać pomoc ze strony położnej środowiskowej / rodzinnej ze względu na brak umiejętności jej wykonania lub wątpliwości, czy wykonywana jest prawidłowo. Wyniki przedstawia tabela 6. Ponad połowa kobiet była zainteresowana nauczeniem się wykonywania masażu niemowlęcia (62,80%) oraz prawidłowej pielęgnacji kikutu pępowinowego (53,85%). Wykonywanie masażu dzięki pomocy położnej, nauczyła się co szósta, oczekująca tego kobieta (62,80% vs 10,26%). Zdecydowanie lepiej wypadła pomoc przy pielęgnacji kikutu pępowinowego- niemal każda kobieta, która oczekiwała takiej pomocy uzyskała ją (53,85% vs 46,15%). Największe rozbieżności między pomocą oczekiwaną a uzyskaną, dotyczyły także pomocy przy kształtowaniu umiejętności pielęgnowania nosa (31,67% vs 7,69%), uszu (30,77% vs 5,13%), kąpieli dziecka (38,46% vs 7,69%) oraz jego ubierania (27,15% vs 5,98%).

Ważnym zagadnieniem, związanym z pielęgnacją dziecka i zapewnieniem mu jak najkorzystniejszych warunków do rozwoju, jest także problem karmienia piersią. Respondentki zapytano wobec tego także o ich oczekiwania właśnie w tym zakresie oraz o realizację tych oczekiwań. Wyniki prezentuje tabela 7. Wynika z niej, że najczęściej kobiety chciały uzyskać informacje o diecie matki karmiącej (58,37%) oraz o sposobach postępowania w zastoju pokarmu (54,30%). Najmniej kobiet było

Tab. 7 Informacje na temat karmienia piersią - oczekiwania i realizacja

Informacje o karmieniu piersią	Oczekiwane	Uzyskane
Zalety	24,43%	31,67%
Odżywianie matki karmiącej	58,37%	53,85%
Pielęgnacja piersi	41,63%	8,55%
Zastój pokarmu	54,30%	20,51%
Nawał pokarmu	44,34%	14,53%
Wzmacnianie laktacji	33,04%	14,53%
Techniki karmienia	25,79%	7,69%

zainteresowanych poszerzeniem swojej wiedzy o zalecanych pokarmach (24,43%) oraz o sposobach wzmacniania laktacji (33,04%). Największe różnice w oczekiwaniach a ich realizacji dotyczyły zagadnienia pielęgnacji piersi w okresie laktacji (41,63% vs 8,55%) oraz postępowania w nawałach pokarmu (44,34% vs 14,53%).

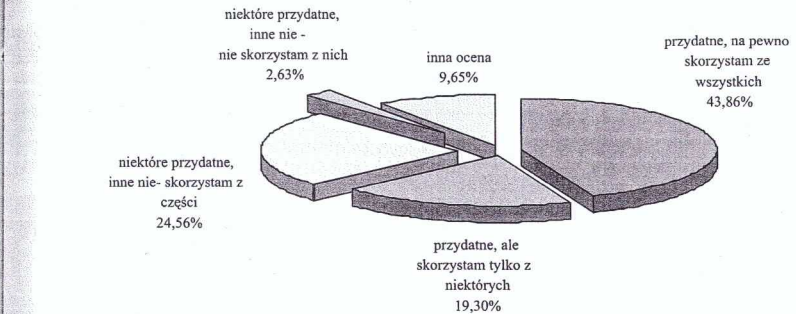
Z analizy statystycznej wynika, że na zakres oczekiwań kobiet i ich realizację wpływają różne czynniki. Najczęściej istotny statystycznie wpływ na zakres oczekiwań kobiet miał wiek rozrodzony i doświadczenia w sprawowaniu opieki nad małym dzieckiem; w przypadku miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia oraz wykorzystywanych źródeł informacji o pielęgnacji małego dziecka rzadko takie związki istotnie statystyczne dało się udowodnić.

W badaniach starano się także określić, jakie czynniki wpływały istotnie statystycznie na zakres przekazywanych przez położne informacji oraz ich pomocy w kształtowaniu niezbędnych umiejętności pielęgnacyjnych. Z analizy wynika, że najczęściej wpływ miała ilość wizyt położnej rodzinnej oraz liczba posiadanego przez kobiety potomstwa. Ograniczony wpływ lub niewielki posiadało natomiast miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz wiek rozrodzony kobiety.

Kobiety, poproszone o ocenę przydatności informacji, przekazywanych przez położne podczas wizyt po porodzie, określili je przede wszystkim jako przydatne, z tym, że 43,86% kobiet zamierza skorzystać ze wszystkich, a 19,30% respondentek tylko z niektórych wiadomości- ryc. 1.

OMÓWIENIE

Przeprowadzona analiza materiału badawczego wykazała zapotrzebowanie na środowiskową opiekę położniczą, sprawowaną przez położne po powrocie kobiety ze szpitala. Zakres oczekiwań jest dosyć szeroki i mogłoby sugerować, że kobiety po wypisie ze szpitala nie umieją opiekować się swoim potomstwem, posiadając braki w podstawowej wiedzy i umiejętnościach pielęgnacyjnych. Krótki okres pobytu w szpitalu, z noworodkiem, nie sprzyja przygotowaniu kobiety do samodzielnej opieki nad małym dzieckiem. Problemu tego nie rozwiązuje również szkoły rodzenia, gdyż tylko niewielki procent kobiet korzysta z tych placówek. Jednakże obecne możli-



Ryc. 1 Ocena przydatności informacji przekazywanych przez położne podczas wizyt patronażowych

wości uzupełniania, zdobywania i uaktualniania swojej wiedzy sugerują, że oczekiwania wobec położnych rodzinnych mogą mieć inne źródło- niepewność co do swoich umiejętności, posiadanej wiedzy oraz brak doświadczenia. Kobieta ciężarna czy młoda matka, najczęściej korzysta z poradników, fachowych czasopism czy internetowych forach dyskusyjnych, jednakże często otrzymać w ten sposób sprzeczne informacje. Dlatego korzysta z każdej okazji, aby upewnić się, czy dobrze wywiązuje się z nowej roli, okazując zainteresowanie w każdej sytuacji, jeśli ma okazję porozmawiać z fachowcem w tej dziedzinie, jaką niewątpliwie jest położna rodzinna. Warto pamiętać o tym, że brak reakcji środowiska (np. rodziny, ale też położnej podczas wizyt) na nową rolę kobiety, brak uznania z ich strony czy nadmierny krytycyzm, może być jednym z czynników, powodujących problemy natury psychicznej w okresie poporodowym. Rozmowa z położną, która po raz kolejny wyjaśni kobiecie to, co ją niepokoi, stanowi niewątpliwie rodzaj psychoterapii i powinna być wykorzystywana przy każdej okazji spotkania z kobietą i jej rodziną.

W obecnych realiach pracy zespołu POZ nie ma zwyczajnie przekazywania przez położne opieki nad niemowlęciem pielęgniarstwu; powoduje to, że położna w ciągu 6 tygodni opieki nad niemowlęciem musi przekazać wiele istotnych, ważnych i niezbędnych wiadomości, które dotyczą opieki także nad starszym niemowlęciem. W wielu z tych zadań z powodzeniem mogłaby ją zastąpić pielęgniarka (np. edukacja w zakresie żywienia dziecka i jego rozwoju psychomotorycznego w 1 r.ż.; wizyty kontrolne i szczepienia), a tak uzyskany czas wykorzystała na zadania, przypisane tylko położnym. Poza tym, dla kobiety i jej rodziny skutkuje to tak naprawdę brakiem ciągłej, całościowej opieki środowiskowej w okresie, kiedy pojawiają się coraz to inne problemy, związane z opieką nad niemowlęciem, np. włączanie nowych pokarmów, powrót kobiety karmiącej do pracy czy odstawianie od piersi. Taką „lukę” w opiece z powodzeniem może wypełnić pielęgniarka rodzinna, przejmująca opiekę od swojej koleżanki - położnej.

WNIOSKI I POSTULATY

1. Oczekiwania kobiet po porodzie, związane z opieką nad noworodkiem i niemowlęciem, zgodne są z kompetencjami położnej rodzinnej.
2. Zakres oczekiwań kobiet jest różny, w związku z czym nieodzowne jest zindywidualizowane podejście do każdej kobiety i jej rodziny.
3. Ważność poruszanej i oczekiwanej przez kobiety tematyki edukacji i wsparcia instruktażem wymaga większego, niż wykazano, zaangażowania położnych środowiskowych / rodzinnych w swoją pracę z kobietą po porodzie. Wykazane rozbieżności między oczekiwaniami kobiet a ich realizacją wskazują na potrzebę analizy przyczyn tego niepokojącego zjawiska. Wpłynęłoby to na uzyskanie większej satysfakcji ze strony kobiety ze współpracy ze swoją położną.
4. Warto zastanowić się nad większym zaangażowaniem pielęgniarek środowiskowych / rodzinnych w opiekę nad niemowlęciem po zakończeniu wizyt patronażowych, realizowanych przez położne. Pozwoliłoby to na znaczne odciążenie położnych środowiskowych / rodzinnych w pracy na rzecz zadań, które są przypisane tylko tej grupie zawodowej.

PISMIENICTWO

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.)
2. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Środowiskowych i Rodzinnych: Zakres kompetencji położnej środowiskowej, zatwierdzony przez Sekretarza Stanu w MZIOS M. Piłroga w dniu 2.02.1999r.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 214, poz. 1816 z 2005 roku)