

# Porozumienie bez przemocy. Jak wykorzystać empatyczną komunikację na sali porodowej?

Barbara Baranowska<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-2723-9604>

Antonina Doroszevska<sup>2</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-0764-2105>

<sup>1</sup> Zakład Położnictwa, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

<sup>2</sup> Studium Komunikacji Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

*Adres do korespondencji:* Antonina Doroszevska, Studium Komunikacji Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa, antonina.doroszevska@wum.edu.pl

## ■ Abstract

### *Non-violent communication. How to use empathic communication in the delivery room?*

The process of birth has become a medical procedure, the correctness of which is monitored by obstetricians and midwives. In a hospital setting, the needs of a woman giving birth are not always taken into account. Over the years, women have been pushed into areas of objective rather than subjective treatment in obstetric care. Despite significant positive changes in perinatal care in Poland, many women giving birth do not understand why they are experiencing harm and violence from medical personnel. At the same time, the movement of the humanization of midwifery, emphasizing the patient's subjectivity, strengthens the active role of the mother in the delivery room, opening the possibility of using new methods of communication. Non-violent communication, developed by Marshall Rosenberg, assumes communication based on the recognition of needs and emotions, and allows for the complete elimination or at least limitation of the possibility of violence in dialogue in any form, psychological or physical. The aim of the article is to show how the empathic reception of the interlocutor's message can be an alternative to the communication of the delivery tract that women recall. Based on the experiences of women giving birth, a simulation of "reversing traumatic perinatal experiences" will be created through a proposed change in the pattern of communication.

**Key words:** childbirth, midwife, non-violent communication, empathy

**Słowa kluczowe:** poród, położna, porozumienie bez przemocy, komunikacja empatyczna

Poród szpitalny w większości kojarzy się z podejściem, w którym pacjentka, nieposiadająca medycznego wykształcenia, wymaga pomocy profesjonalistów, by wydać dziecko na świat. I w wielu przypadkach odpowiada paternalistycznej relacji pacjent–lekarz. W tym ujęciu personel medyczny odgrywa decydującą, autorytarną rolę. To on wie, w jaki sposób, w jakim czasie i przy udziale jakich interwencji medycznych powinien odbyć się poród. Proces narodzin stał się procedurą medyczną, nad poprawnością której czuwają położnicy i położne, nie zawsze uwzględniając potrzeby kobiety rodzącej. Opieka i czuwanie nad naturalnym procesem porodowym w ciągu kilkudziesięciu lat zamieniły się w medyczny, często intensywny nadzór, opisywany jako medykali-

zacja opieki okołoporodowej [1, 2]. W wielu sytuacjach na salach porodowych położna i lekarz instruuje kobietę oraz osoby towarzyszące, jak się mają zachowywać i co robić. Podejście to zakłada, że kobieta rodząca nie jest w stanie brać czynnego i w pełni odpowiedzialnego udziału w procesie porodu, między innymi ze względu na silny ból, działanie hormonów, zmęczenie procesem porodowym czy osłabienie funkcji poznawczych na rzecz aktywności starszych struktur mózgowych.

Przez lata kobiety były spychane w obszary przedmiotowego, a nie podmiotowego traktowania w opiece położniczej. Pomimo istotnych, pozytywnych zmian w zakresie opieki okołoporodowej w Polsce, zapoczątkowanych w 1994 roku akcją „Rodzić po ludzku”, wciąż

wiele kobiet doświadcza podczas porodu uczucia niezrozumienia, krzywdy i przemocy ze strony personelu medycznego [3, 4]. Analizę zmian, które zaszły w zakresie opieki okołoporodowej w ostatnich dziesięcioleciach, należy rozszerzyć o kontekst intensywnych przemian ekonomiczno-kulturowych, które nastąpiły po transformacji ustrojowej. Sugestie z tej analizy prowadzą do wniosku, że proces medykalizacji opieki okołoporodowej staje się coraz bardziej widoczny. Z kolei obniża się autorytet medycyny i pojawiają się alternatywne systemy eksperckie [5]. Jednocześnie ruch humanizacji położnictwa, podkreślający podmiotowość pacjentki, wzmacnia aktywną rolę kobiety na sali porodowej, co się wiąże z koniecznością wykorzystywania nowych metod komunikacji.

Kobiety opisują oczekiwania wobec położnych w zakresie budowania z nimi relacji opartej na zaufaniu, której podstawą jest dobra komunikacja [6]. Nieprzerwane wsparcie w trakcie porodu może poprawić wyniki położniczo-noworodkowe, zwiększa szanse na samoistny poród pochwy, krótszy czas porodu, zmniejsza potrzebę stosowania analgezji i wystąpienia u kobiet negatywnych uczuć związanych z przeżyciami z porodu [7]. Jako jeden z istotnych czynników wystąpienia traumatycznych doświadczeń porodowych wymieniane są interakcje z personelem. Zakłada się, iż poprawa komunikacji może wpływać na obniżenie występowania zespołu stresu pourazowego wynikającego z traumatycznego doświadczenia w trakcie porodu [8].

Kobiety potrzebują wsparcia zarówno od osób towarzyszących, jak i personelu medycznego. Podstawowym narzędziem udzielania wsparcia jest komunikacja. Z tego względu umiejętność empatycznej komunikacji stanowi ważny element wspierania kobiety w trakcie bolesnych skurczów czy niepokoju związanego z przebiegiem porodu. Komunikacja między rodzącą a personelem ma ogromne znaczenie dla przebiegu porodu. Uruchomienie naturalnych procesów umożliwiających dziecku przyjście na świat zapisane jest zarówno w ciele, jak i w psychice kobiety. Specyfika narodzin wiąże się z zaangażowaniem lub zahamowaniem odpowiednich struktur mózgowych, które są odpowiedzialne za wydzielanie subtelnego koktajlu hormonalnego sterującego naturalnym porodem [9]. Indywidualne potrzeby rodzącej, skoncentrowanie na dziecku i doświadczanie ekstremalnego bólu stanowią olbrzymie wyzwanie dla sprawujących opiekę w okresie okołoporodowym.

Ogromne znaczenie ma również komunikacja między członkami zespołu terapeutycznego. Położne i lekarze pomimo deklarowania wspólnego celu polegającego na dobru matki i rodzącego się dziecka wykazują różnice w przekonaniach, jak osiągnąć te cele [10]. Odmienne opinie, szczególnie w sferze decyzji klinicznych (na przykład co do podawania oksycyliny czy monitorowania stanu płodu w czasie porodu), prowadzą do konfliktów w obrębie zespołu terapeutycznego, co wpływa na doświadczenia i odczucia rodzących.

Niewłaściwa komunikacja między personelem a kobietą rodzącą stanowi element opisywanej w literaturze fachowej opieki położniczej pozbawionej szacunku

i związanej z nadużyciami (*disrespectful/abusive care during childbirth in facilities*, DACF) [11]. Sposób, w jaki położne i lekarze porozumiewają się z rodzącymi, powinien podkreślać szacunek dla kobiety, respektować przysługujące jej prawa i dawać matkom poczucie, że są uprawnione do współpodejmowania decyzji. Wymaga to odpowiedniego podejścia do rodzących, słuchania ich, a także uważności w doborze słów i refleksji dotyczącej własnego zachowania [12].

Badania komunikacji między lekarzami a położnymi wciąż wykazują, że porozumienie to jest niewystarczające. Przegląd integracyjny opisujący skuteczność strategii stosowanych w celu poprawy komunikacji między pielęgniarkami<sup>1</sup> a lekarzami wykazał, że obecne interwencje stosowane w celu uzyskania lepszego komunikowania odnoszą się jedynie do potrzeb informacyjnych personelu medycznego w ograniczonych i określonych sytuacjach, ale nie są w stanie odpowiednio rozwinąć umiejętności komunikacji interprofesjonalnej, której brakuje w praktyce. Dodatkowo rozbieżne poglądy pielęgniarek i lekarzy na komunikację z powodu odmiennych środowisk szkoleniowych zakłócają skuteczność prowadzonych interwencji lub strategii [13].

Komunikacja jest podstawowym narzędziem w pracy osób wykonujących zawody medyczne. Służy do budowania relacji, atmosfery zaufania. Celem porozumienia jest nie tylko przekazanie określonej informacji, lecz także wpływ na postawy, zachowania, samopoczucie pacjenta [14]. Takie rozumienie komunikacji oznacza, że ważnym elementem jest empatyczne podejście. Ewolucyjne znaczenie słownego wyrażania empatii zostało opisane przez Decety i Jacksona [15]. Zdolność do werbalnego wyrażania i dzielenia się przeżyciami emocjonalnymi z innymi jest unikatowa dla gatunku ludzkiego, a jednocześnie, jak wnioskuje autorzy, rozmowa pomaga rozwijać empatię, umożliwiając ludziom poznanie wspólnych emocji i doświadczeń [15].

Porozumienie bez przemocy (*nonviolent communication*, NVC; pl. Pbp) opracowane przez Marshalla Rosenberga zakłada komunikowanie oparte na rozpoznawaniu potrzeb i emocji, pozwala na ograniczenie, a czasem zniewielowanie możliwości wystąpienia przemocy w dialogu w jakiegokolwiek formie psychicznej lub fizycznej [16, 17]. Twórca tego podejścia był psychologiem klinicznym i doskonalił je przez 40 lat, kierując je szczególnie do sfery działań edukacyjnych i na rzecz pokoju [18]. Porozumienie bez przemocy zwane jest również w literaturze przedmiotu komunikacją empatyczną, porozumieniem współczującym, „językiem serca lub żyrafy”.

U podstaw porozumienia bez przemocy leży kilka założeń:

- ludzie chętnie przyczyniają się do dobra innych osób, o ile jest to ich własny wybór;
- wszyscy ludzie mają takie same potrzeby i różne ulubione strategie ich spełnienia;
- potrzeby wszystkich ludzi są jednakowo ważne;
- ludzie działają nie przeciwko innym, lecz po to, aby zaspokoić własne potrzeby;
- każda krytyka, osąd czy gniew jest tragicznym wyrazem niezaspokojonej potrzeby [19].

Proces porozumienia bez przemocy zdefiniowany przez Rosenberga składa się z czterech kluczowych zasad. Te cztery zasady mogą być stosowane w różnych procesach NVC: wyrażaniu siebie, słuchaniu innych lub „przyjmowaniu empatii” [16].

Pierwszą zasadą jest oddzielenie obserwacji od oceny, drugą – badanie i wyrażanie własnych uczuć, a trzecią – branie odpowiedzialności za własne uczucia. Rosenberg wierzył w to, że „słowa i działania innych, mogą być jedynie bodźcem dla naszych uczuć, ale nigdy nie stanowią ich przyczyny. Źródłem naszych uczuć jest sposób, w jaki decydujemy się przyjmować to, co mówią i robią inni, a także nasze szczególne potrzeby i oczekiwania w tym momencie” [17].

Podejście NVC opiera się również na założeniu, że istoty ludzkie chcą wydobyć z siebie „wewnętrzne” motywacje zamiast poczucia winy, wstydu, obowiązku lub nagrody. Rosenberg uważał, że wyrażanie własnych potrzeb zwiększa szanse na ich zaspokojenie. Komunikacja empatyczna to język potrzeb, zainspirowany twórczością A. Masłowa [20]. Rosenberg nie przedstawia jednak potrzeb w kategoriach hierarchicznych, lecz jakościowych. Twórca koncepcji porozumienia bez przemocy szukał sposobów na wyrażanie prośb w taki sposób, aby inni chętniej reagowali ze współczuciem na nasze potrzeby. Proponował, aby prośby były wyrażane w sposób pozytywny (wyrażały to, czego chcemy, zamiast tego, czego nie chcemy) i formułowane precyzyjnie. Rosenberg podkreślał, że wyrażanie prośby bez wyrażania naszych uczuć i potrzeb, a także brak przyzwolenia na odmowę mogą być usłyszane jako żądanie [17].

Niewiele jest opracowań dotyczących empatycznej komunikacji proponowanej przez Rosenberga w odniesieniu do zagadnień zdrowia czy opieki nad pacjentem [21–24]. Doniesienia na temat zastosowania metody NVC dotyczą głównie pacjentów psychiatrycznych lub zwolnionych warunkowo mężczyzn poddanych leczeniu z uzależnień [25–27]. Odnośniki do porozumienia bez przemocy można odnaleźć w podręczniku do nauczania komunikacji dla lekarzy [28]. Nie opisano dotychczas

użycia metody NVC w odniesieniu do sali porodowej i kobiety rodzącej.

Kobieta rodząca znajduje się w wyjątkowym stanie nie tylko w sferze fizycznej, lecz także psychicznej. W czasie porodu ujawnia się wiele potrzeb uaktywnionych. W zależności od postępu porodu zmianie ulegają zarówno stany emocjonalne, jak i potrzeby rodzącej (Tabela I). Zdolność do percepcji obniża się na rzecz wyciszenia i skupienia na procesie porodowym. Zubożeniu podlega też możliwość werbalnego wyrażania prośb, co wynika z uciszenia nowej kory mózgowej i uaktywnienia starszych struktur mózgowych. Dla naturalnego przebiegu procesu ważne jest wyłączenie procesów poznawczych, pozwalające na wydzielanie koktajlu hormonalnego regulowanego z poziomu układu limbicznego [29].

## ■ Materiał i metody

Materiał stanowią relacje kobiet dotyczące komunikatów otrzymywanych w czasie porodu od personelu medycznego, zebrane w ramach badania przeprowadzonego w 2018 roku. Narzędziem była elektroniczna ankieta wypełniana przez respondentki on-line, dostępna na stronie [ankieta.rodzicpoludzk.pl](http://ankieta.rodzicpoludzk.pl). Celem badania było poznanie doświadczeń kobiet rodzących w latach 2017–2018, związanych z opieką okołoporodową. Ankiety były zbierane w okresie luty–marzec 2018 roku. Zebrano i zanalizowano 8378 wypełnionych ankiet. Celem analizy przedstawionej w niniejszym artykule było pokazanie na przykładzie sali porodowej, w jaki sposób empatyczny odbiór komunikatu rozmówcy może być alternatywą dla typowej komunikacji traktu porodowego. Materiał do analizy stanowiły odpowiedzi respondentek na pytania otwarte, w których ankietowane opisywały komunikację z personelem podczas pobytu w szpitalu. Z zebranych odpowiedzi wyłoniono komunikaty personelu, które badane wskazywały jako krzywdzące, poniżające, krytykujące. Do analizy wybrano dwa rodzaje komunikatów – prośby pacjentki oraz polecenia personelu, które stanowiły pod-

Potrzeby fizyczne	Potrzeba autonomii	Potrzeba kontaktu z samym sobą	Potrzeba związku z ludźmi	Potrzeba radości życia	Potrzeba związku ze światem
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bezpieczeństwa fizycznego</li> <li>• odpoczynku</li> <li>• powietrza</li> <li>• snu</li> <li>• pożywienia</li> <li>• ruchu</li> <li>• wygody</li> <li>• dotyku</li> <li>• wody</li> <li>• spokoju (cicho, ciemno, ciepło)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spontaniczności dokonywania wyborów</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prywatności</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bliskości</li> <li>• bezpieczeństwa emocjonalnego</li> <li>• szacunku</li> <li>• empatii</li> <li>• bycia widzianym</li> <li>• bycia rozumianym</li> <li>• zaufania</li> <li>• intymności</li> <li>• współpracy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• radości</li> <li>• prostoty</li> <li>• komfortu</li> <li>• wygody</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• piękna</li> <li>• harmonii</li> <li>• spójności</li> </ul>

**Tabela I.** Najważniejsze potrzeby kobiety rodzącej.

Źródło: Opracowanie własne.

stawę do pokazania, w jaki sposób te same treści można przekazać, wykorzystując zasady porozumienia bez przemocy. W cytatach wypowiedzi kobiet zastosowano oryginalną pisownię.

## Wyniki

Komunikacja w sali porodowej może przebiegać w różny sposób. Poniżej przedstawiono autentyczne komentarze stosowane przez personel w stosunku do kobiet rodzących oraz propozycję zamiany tych komunikatów zgodnie z zasadami komunikacji bez przemocy oraz komunikacji niewerbalnej.

W doświadczeniu kobiet często pojawia się wspomnienie, że komunikacja personelu medycznego–pacjentki miała charakter nakazowy. Podczas porodu personel nierzadko formułuje różne komunikaty, które mają na celu przekazanie informacji lub podanie wskazówek dotyczących przebiegu porodu i zachowania pacjentki.

W praktyce niejednokrotnie komunikaty stanowią raczej żądanie. Taki sposób komunikacji uniemożliwia partnerską relację na sali porodowej, podmiotowe traktowanie kobiety, uwzględnianie potrzeb, ale też przestrzeganie prawa. Obowiązujące przepisy jednoznacznie wskazują na konieczność zapewnienia pacjentce intymności, godnej opieki i przekazywania informacji [30, 31].

## Dyskusja

Komunikacja jest podstawowym narzędziem pracy personelu medycznego [32]. Właściwa komunikacja personelu medycznego z kobietą rodzącą ma wpływ na jakość opieki okołoporodowej [33]. Jednocześnie wytyczne związane z komunikacją są zawarte w obowiązujących regulacjach prawnych. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia personel powinien komunikować się z kobietami w sposób nie tylko zrozumiały, ale jednocześnie pełen szacunku [30].

Zagadnienie	Przykład wypowiedzi z doświadczeń badanych	Komunikacja bez przemocy	Komunikacja niewerbalna
Prośba o uśmierzanie bólu	<i>Musi boleć, przecież to poród; nie wymyślać, tak jest dobrze. Proszę nie udawać, że aż tak boli!. Nie przezywaj, nie udawaj, nie pajacuj, taki ból to nie ból. Boli – ma boleć, ale co ja ci poradzę.</i>	Słyszę, że coraz silniej Pani stęka, płacze, krzyczy (obserwacja), czuje się Pani coraz bardziej obolała (uczucia), potrzebuje Pani odpocząć od bolesnych skurczy (potrzeba). Co mogę zrobić, by poczuła Pani teraz ulgę/proponuję skakanie na piłce przez kilka kolejnych skurczów. Co Pani na to?/Czy pójść po anestezjologa?/(prośba o działanie)	Spokojnie, z uśmiechem wskazuję na piłkę, powoli kładę ręce w okolicy lędźwiowo-krzyżowej i dotykam kobiety, jeśli się na to zgadza; słucham odpowiedzi jej ciała.
Prośba o uśmierzanie bólu	<i>Nie chciało jej się męczyć, zrobić to miał kto, ale urodzić też trzeba. To ta pani, którą wszystko boli.</i>	Widzę, że skurcze są częstsze i dłuższe (obserwacja), czuje się Pani wykończona (uczucia), może kąpiel przyniosłaby teraz ulgę (potrzeba). Jak Pani myśli?	Jestem tu i teraz przy niej, z nią, kucam przy kobiecie i patrzę w jej oczy, słucham jej oddechu, wlewam wodę do wanny, czekam.
Prośba kobiety o obecność i przytrzymanie spadającej peloty (element aparatury medycznej rejestrującej czynność serca płodu)	<i>Nie mogę być przy Pani, bo mam dwie inne rodzaje komercyjnie.</i>	Powiedziała Pani, że chce, abym cały czas siedziała obok (obserwacja), chciałabym teraz Panią wspierać, jednocześnie wiem, że w sali obok jest druga kobieta pod moją opieką. Wrócę do Pani, jak tylko sprawdzę, co tam się dzieje? Czy tak możemy zrobić?	
Pytanie rodzącej, czy jest konkretna położna na dyżurze	<i>Trzeba sobie było wykupić usługę indywidualną, tylko księżna Kate ma 30 osób personelu do obsługi.</i>	Mówi Pani, że moja obecność daje Pani poczucie bezpieczeństwa, pomyślmy, w jaki jeszcze sposób mogę zaspokoić Pani potrzebę, jednocześnie nie zaniedbując innych obowiązków?	
Pytanie rodzącej o obecność osób towarzyszących	<i>Jeszcze sąsiadów tu brakuje, może jeszcze kogoś pani potrzebuje? W trakcie odwiedzin na sali był obecny mąż i szwagier, na co pielęgniarka zareagowała komentarzem: „Dwóch panów sprawców?” Do łazienki też chodźcie razem?</i>	Słyszę, że chciałaby Pani mieć przy sobie dwie bliskie osoby (obserwacja), jednocześnie chciałabym mieć zapewniony komfort pracy w tak małej sali (uczucia). Czy osoby te mogłyby się wymieniać, czy to byłoby OK?	

Tabela II. Komunikacja w trakcie porodu.

Źródło: Opracowanie własne.



Nie wolno wstawać z łóżka.	Potrzebuję mieć półgodzinny zapis KTG, proszę się położyć. Czy tak będzie Pani wygodnie, czy podnieść zagłówek? Może chce Pani wcześniej skorzystać z toalety?
Do sali wchodzi nowa osoba, chyba lekarka i zaczyna krzyżeć, że zabiją to dziecko i mam natychmiast przeć, po czym wyrzuca za drzwi ojca dziecka.	Proszę oddychać do brzucha, wdech – wyyyyyyyyyyyyyydech. Pani dziecko potrzebuje teraz więcej tlenu, świetnie to Pani robi. A teraz proszę mocno wypchnąć Gabrysię na świat. Czy ściskanie mojej ręki Pani pomaga?
Nie drzyj się, tylko przyj i oddychaj.	Bez słów – jestem, jestem, trzymam za rękę, oddycham z kobietą...

**Tabela III.** Przykładowe komunikaty w formie żądania i prośby.

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza doświadczeń kobiet, które przytaczały wypowiedzi personelu medycznego, pokazuje, że stosowanie porozumienia bez przemocy jest możliwe na sali porodowej. Ta forma komunikacji zdecydowanie bardziej uwzględnia potrzeby rodzącej oraz opiera się na szacunku do drugiego człowieka. Trudno jednoznacznie określić, w jakim stopniu pełne schematy komunikatu bez przemocy (zawierające wszystkie cztery elementy) mogą mieć zastosowanie w stosunku do kobiety, która powinna otrzymywać krótkie informacje, nieaktywizujące nadmiernie nowej kory poznawczej. W naszym rozumieniu więc porozumienie bez przemocy w praktyce położniczej powinno stanowić raczej sposób myślenia o potrzebach kobiety, a nie dokładną, kilkuetapową formę komunikatu.

Postrzeganie rodzącej przez pryzmat „zaspokajania jej potrzeb” może stanowić wówczas przeciwwagę do technokratycznego modelu opieki. Komunikacja z wykorzystaniem zasad porozumienia bez przemocy odzwierciedla biopsychospołeczne podejście do pacjentki i może wpływać na humanizację narodzin, na co kładą nacisk najnowsze wytyczne WHO w zakresie opieki okołoporodowej [34]. Badania pokazują, że 17% kobiet w Polsce doznaje w trakcie porodu lub po porodzie jednej lub więcej form przemocy na sali porodowej [3].

Ograniczenia sytuacji, w których kobiety doświadczają przemocy, humanizacja opieki uwzględniająca biopsychospołeczne podejście do pacjentki są możliwe w dużym stopniu dzięki właściwej komunikacji. Stanowi ona bowiem podstawę budowania relacji personelu z pacjentką, która kształtuje doświadczenia kobiet. Komunikacja bez przemocy jest jednym z podejść ułatwiających budowanie relacji opartej na zaufaniu, szacunku i autonomii pacjenta.

Zastosowanie porozumienia bez przemocy w praktyce położniczej może być pomocne również personelowi, by w empatyczny sposób wyznaczać własne granice oraz skutecznie komunikować się w zespole terapeutycznym. Ten rodzaj komunikacji, nastawiony na obserwację zamiast na interpretację, oraz unikanie ocen zwiększają szanse na precyzyjne porozumienie. Wyrażanie własnego zdania nienaruszające odbiorcy pozwala każdemu członkowi zespołu na przedstawienie swojej opinii i współpracę.

## Przypis

<sup>1</sup> W Stanach Zjednoczonych porody przyjmują pielęgniarki, które dodatkowo zdobyły certyfikat położnej (ang. *nurse-midwives*).

## Piśmiennictwo

- Doroszewska A., *Opieka okołoporodowa w Polsce po transformacji ustrojowej – między medykacją a demedykacją?*, „Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska Sect. I – Philosophia-Sociol.” 2017; 41 (2): 47.
- Doroszewska A., *Medykacja porodu w Polsce. Raport z monitoringu oddziałów położniczych*, Fundacja „Rodzić po ludzku”, Warszawa 2017.
- Adamska-Sala I., Baranowska B., Doroszewska A., Piekarek M., Pietrusiewicz J., *Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet*, Fundacja „Rodzić po ludzku”, Warszawa 2018.
- Baranowska B., Tymińska A., Kubicka-Kraszyńska U., *Monitoring wdrażania nowych standardów okołoporodowych w wybranych placówkach położniczych województwa mazowieckiego*, Fundacja „Rodzić po ludzku”, Warszawa 2013.
- Doroszewska A., Nowakowski M., *Medykacja opieki okołoporodowej*, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2017; 15 (2): 172–177.
- Berg M., Lundgren I., Hermansson E., Wahlberg V., *Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth*, „Midwifery” 1996; 12 (1): 11–15.
- Bohren M.A., Hofmeyr G.J., Sakala C., Fukuzawa R.K., Cuthbert A., *Continuous support for women during childbirth*, „The Cochrane Library” 2017.
- Soet J.E., Brack G.A., DiIorio C., *Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth*, „Birth” 2003; 30 (1): 36–46.
- Baranowska B., *Oksytocyna, jakiej nie znamy*, w: Baranowska B. (red.), *Wokół porodu. Wybrane zagadnienia medycyny opartej na dowodach naukowych*, Fundacja „Rodzić po ludzku”, Warszawa 2015: 6–10.
- Simpson K.R., James D.C., Knox G.E., *Nurse-physician communication during labor and birth: Implications for patient safety*, „J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.” 2006; 35 (4): 547–556.

11. Miller S., Lalonde A., *The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother-baby friendly birthing facilities initiative*, „Int. J. Gynecol. Obstet.” 2015; 131 (S1): S49–S52.
12. Mobbs N., Williams C., Weeks A., *Humanising birth: Does the language we use matter?* „BMJ Opin.” 2018; <http://blogs.bmj.com/bmj/2018/02/08/humanising-birth-does-the-language-we-use-matter/> (dostęp: ?).
13. Tan T., Zhou H., Kelly M., *Nurse-physician communication – An integrated review*, „J. Clin. Nurs.” 2017; 26 (23–24): 3974–3989.
14. Doroszevska A., *Ogólne zasady komunikowania się lekarza i pacjenta. Etyka komunikacji*, w: Ostrowska A. (red.), *Jak rozmawiać z pacjentem. Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2017: 15–40.
15. Decety J., Jackson P.L., *The functional architecture of human empathy*, „Behav. Cogn. Neurosci. Rev.” 2004; 3 (2): 71–100.
16. Rosenberg M., *Model for Nonviolent Communication*, New Society Publishers, Pennsylvania 1983.
17. Rosenberg M., *Nonviolent Communication: A language of Life*, Puddle Dancer Press, Encinitas 2003.
18. Juncadella C.M., *What is the Impact of the Application of the Nonviolent Communication Model on the Development of Empathy? Overview of Research and Outcomes*, University of Sheffield, Sheffield 2013.
19. Rosenberg M., *Nonviolent Communication – A Language of Compassion*, Puddle Dancer Press, Encinitas 2002.
20. Maslow A.H., *A theory of human motivation*, „Psychological Review” 1943; 50 (4): 370.
21. Museux A.-C., Dumont S., Careau E., Milot É., *Improving interprofessional collaboration: The effect of training in nonviolent communication*, „Soc. Work Health Care” 2016; 55 (6): 427–439.
22. Nosek M., *Nonviolent communication: A dialogical retrieval of the ethic of authenticity*, „Nurs Ethics” 2012; 19 (6): 829–837.
23. Rosenberg M., Molho P., *Nonviolent (empathic) communication for health care providers*, „Haemoph. of J. World Fed. Hemoph.” 1998; 4 (4): 335–340.
24. Wacker R., Dziobek I., *Preventing empathic distress and social stressors at work through nonviolent communication training: A field study with health professionals*, „J. Occup. Health Psychol.” 2018; 23 (1): 141–150.
25. Marlow E., Nyamathi A., Grajeda W.T., Bailey N., Weber A., Younger J., *Nonviolent communication training and empathy in male parolees*, „J. Correct Health Care” 2012; 18 (1): 8–19.
26. Sears M., *Humanizing Health Care with Nonviolent Communication*, Universe, New York 2006.
27. Sears M., *Humanizing Health Care Creating Cultures of Compassion with Nonviolent Communication*, Puddle Dancer Press, Encinitas 2010.
28. Beard J., Beard D., English E., *A new communication skills course for junior doctors*, „Med. Educ.” 2009; 43 (5): 496–497.
29. Buckley S.J., *Ecstatic birth: Nature's hormonal blueprint for labor*, E-book, 2010.
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem, Dz.U. 2012 poz. 1100.
31. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417 z późn. zm.
32. Doroszevski J., *Podstawy współczesnej komunikacji lekarskiej*, w: Markowski A., Doroszevski J., Kulus M. (red.), *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014: 13–22.
33. Tunçalp Ö., Pena-Rosas J.P., Lawrie T., Bucagu M., Oladapo O.T., Portela A. et al., *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience – going beyond survival*, „Int. J. Obstet. Gynaecol.” 2017; 124 (6): 860–862.
34. World Health Organization, *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*, Geneva 2018.