

Gdański Uniwersytet Medyczny
Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa
i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej

Agnieszka Czerwińska - Osipiak

Czynniki determinujące funkcjonowanie kobiet
w okresie połogu

Rozprawa doktorska

Promotor: Prof. UM dr hab. n. o zdr. Beata Pięta

Gdańsk, 2016

*Wyrazy wdzięczności składam Pani Promotor
Prof. UM dr hab. n. o zdrowiu Beacie Pięcie za poświęcony czas oraz
okazaną mi życzliwość i cierpliwość.*

*Słowa podziękowania kieruję do Pani dr Joanny Moryś
za udzielone konsultacje psychologiczne.*

*Serdecznie dziękuję wszystkim Paniom Położnym, dzięki którym
realizacja badań była możliwa.*

1	WSTĘP	5
1.1	OPIEKA NAD KOBIETĄ W OKRESIE POŁOGU – ASPEKT TEORETYCZNY	7
1.2	POŁÓG.....	7
1.2.1	POŁOGOWE ZMIANY OGÓLNOUSTROJOWE ORAZ W NARZĄDACH PŁCIOWYCH.....	7
1.2.2	LAKTACJA.....	9
1.2.3	ZABURZENIA EMOCJONALNE W POŁOGU.....	9
1.2.3.1	PRZYGNĘBIENIE POPORODOWE.....	10
1.2.3.2	DEPRESJA POPORODOWA	10
1.2.3.3	PSYCHOZA POPORODOWA.....	11
1.2.3.4	OSTRA STRESOWA REAKCJA POPORODOWA	11
1.2.3.5	ZABURZENIA LĘKOWE	12
1.2.3.6	CZYNNIKI RYZYKA SPRZYJAJĄCE WYSTĘPOWANIU ZABURZEŃ EMOCJONALNYCH W POŁOGU	13
1.2.3.7	WYKRYWANIE ZABURZEŃ EMOCJONALNYCH W POŁOGU	13
1.3	PROBLEMY KOBIET W POŁOGU.....	16
1.3.1	PROFILAKTYKA PROBLEMÓW KOBIET W OKRESIE POŁOGU W ŚWIETLE ZALECEŃ ŚWIATOWYCH.....	18
1.4	WYKONYWANIE ZAWODU POŁOŻNEJ W POLSCE – STATUS PRAWNY	22
1.4.1	ROLA I ZADANIA POŁOŻNEJ PODCZAS SPRAWOWANIA OPIEKI NAD KOBIETĄ W OKRESIE POŁOGU.....	23
2	CEL PRACY	26
3	MATERIAŁ I METODA.....	26
3.1	NARZĘDZIA BADAWCZE	27
3.2	METODY SATYSTYCZNEJ ANALIZY DANYCH	30
4	WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH.....	31
4.1	CHARAKTERYSTYKA BADANEJ POPULACJI	31
4.2	PROBLEMY I DOLEGLIWOŚCI WYSTĘPUJĄCE W OKRESIE POŁOGU.....	35
4.3	OGÓLNA OCENA JAKOŚCI ŻYCIA	39
4.4	CECHY OSOBOWOŚCI BADANYCH	40
4.5	OCENA POZIOMU LĘKU JAKO STANU I CECHY	41
4.6	OCENA CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA CZYNNIKÓW RYZYKA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH PO PORODZIE	42
4.7	WERYFIKACJA HIPOTEZ W ZAKRESIE CZYNNIKÓW DETERMINUJĄCYCH FUNKCJONOWANIE KOBIET W OKRESIE POŁOGU	43
4.7.1	CECHY OSOBOWOŚCI BADANYCH A CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA CZYNNIKÓW RYZYKA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH PO PORODZIE.....	43

4.7.2	SPOSÓB UKOŃCZENIA CIĄŻY A PROBLEMY POJAWIAJĄCE SIĘ W OKRESIE POŁOGU	46
4.7.3	SPOSÓB UKOŃCZENIA CIĄŻY A ŻYWIENIE NOWORODKA	48
4.7.4	CZYNNIKI SPOŁECZNO – DEMOGRAFICZNE ORAZ ZDROWOTNE A FUNKCJONOWANIE KOBIET W OKRESIE POŁOGU.....	50
4.7.5	SPOSÓB UKOŃCZENIA CIĄŻY A CZYNNIKI RYZYKA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH PO PORODZIE	58
4.7.6	SPOSÓB UKOŃCZENIA CIĄŻY A POZIOM LĘKU	59
4.7.7	CZYNNIKI RYZYKA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH PO PORODZIE A POZIOM LĘKU.....	61
4.7.8	UCZESTNICTWO W ZAJĘCIACH SZKOŁY RODZENIA A POZIOM LĘKU	62
4.7.9	POZIOM LĘKU U POŁOŻNIC A UZYSKIWANA POMOC I WSPARCIE W OKRESIE POŁOGU.....	63
5	OMÓWIENIE I DYSKUSJA WYNIKÓW BADAŃ.....	66
6	WNIOSKI I REKOMENDACJE	81
7	STRESZCZENIE/ABSTRACT	83
8	PIŚMIENNICTWO	87
9	ANEKSY	98

1 WSTĘP

Zagadnienie ciąży wysokiego ryzyka było i jest szeroko omawiane w ostatnich latach. Skutkiem tego wprowadzono w wielu krajach programy poprawy opieki perinatalnej, które miały wyjść naprzeciw potrzebom ciężarnych oraz rodzących. Zdecydowanie mniej uwagi poświęcono opisaniu zdrowia i sytuacji społecznej kobiet w okresie połogu. Wypełnianie roli matki wpisane jest w rolę społeczną kobiety wyraźniej niż ojcostwo w rolę społeczną mężczyzny. Powszechnie podkreśla się również biologiczną naturalność posiadania potomstwa przez kobietę, stąd też zakłada się, że opieka nad dzieckiem nie będzie stwarzać kłopotów i trudności. Liczne obserwacje kliniczne wskazują, że adaptacja do zadań przypisanych funkcji rodzica nie zawsze jest prosta. Czas po narodzinach u większości przynosi oczekiwaną radość, jednak u części kobiet problemy, a nawet zaburzenia emocjonalne [1]. Ponieważ fakt macierzyństwa związany jest z gwałtownymi zmianami, uznawany jest jednak za stresujące wydarzenie życiowe [2]. Zdrowiu kobiet poświęcono uwagę w ostatnich dziesięcioleciach. Wcześniej problemy zdrowotne kobiet identyfikowano jedynie ze zdrowiem reprodukcyjnym. Dostrzeżenie zagrożeń oraz problemów zdrowotnych kobiet wydaje się być istotnym wobec aktualnych procesów socjodemograficznych zachodzących w kraju. Populacja Polaków, podobnie jak w Europie, starzeje się, jednak większość osób w podeszłym wieku to kobiety. Polska należy do grupy krajów o najniższym wskaźniku dzietności. Wobec powyższego zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych wszystkich kobiet, niezależnie od wieku, powinno być priorytetem zarówno dla samych kobiet jak i decydentów w obszarze zdrowia publicznego [3]. Dodatkowo zdrowie kobiet po porodzie wpływa na ich stan zdrowia w trakcie dalszego życia, podczas kolejnych ciąż oraz na funkcjonowanie rodziny.

Połów definiowany jest jako okres sześciu do ośmiu tygodni po porodzie, podczas którego dochodzi do stopniowego cofania się zmian powstałych w organizmie kobiety podczas ciąży i porodu. Najczęściej występującymi problemami, z jakimi borykają się kobiety po porodzie są: ból po zszyciu krocza, ból rany po cięciu cesarskim, ból spowodowany obkurczaniem się mięśnia macicy, smutek, lęk, przemęczenie, niedobór snu, nierzadko problemy z karmieniem piersią[4].

W prezentowanej pracy wyeksponowano kilka głównych problemów związanych z funkcjonowaniem psychofizycznym po porodzie: ból, dyskomfort spowodowany

zszyciem krocza, dyskomfort spowodowany raną pooperacyjną, obniżenie nastroju, problemy związane z laktacją, trudności z oddawaniem moczu, stolca, poczucie wyczerpania fizycznego oraz bezradności. Przy pomocy autorskiego kwestionariusza ankiety podjęto próbę określenia czynników determinujących występowanie problemów fizycznych u kobiet w okresie połogu. Za istotny czynnik mogący wpływać na funkcjonowanie kobiety w okresie połogu przyjęto dodatkowo jej stan emocjonalny. Niezwykle ważne jest określenie, czy znajduje się ona w grupie ryzyka i czy istnieją czynniki, które mogą sprzyjać wystąpieniu jakichkolwiek zaburzeń emocjonalnych po porodzie. Czynniki te określane mogą być podczas rutynowego zbierania wywiadu podczas wizyty patronażowej położnej środowiskowej. Przydatnym wydaje się schemat ustrukturalizowanego wywiadu zaproponowany przez Joannę Krzyżanowską – Zbucką. Taki kwestionariusz daje pewność, że wszystkie pytania zostały zadane, a położna nie musi kierować się jedynie własną intuicją [5]. Pozytywny stan emocjonalny kobiet w okresie poporodowym warunkuje jakość życia matki oraz kierunek rozwoju więzi w diadzie matka – dziecko.

Położne, w wyniku realizacji obowiązków zawodowych, które udokumentowane są w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. oraz w oparciu o swoją wiedzę i doświadczenie bezpośrednio wpływają na sytuację kobiety po porodzie. I tak w odniesieniu do opieki sprawowanej w okresie połogu, położna realizuje nie mniej niż 4 wizyty patronażowe. Podczas każdej z wizyt zobowiązana jest m.in. ocenić stan zdrowia kobiety i dziecka, udzielić informacji na temat problemów okresu noworodkowego i okresu połogu, sposobów zapobiegania im oraz zasad postępowania w przypadku ich wystąpienia. Ponad to przekazuje osobie bliskiej informacje na temat zmian fizycznych i emocjonalnych zachodzących w połogu, a jeśli zajdzie tak potrzeba przygotowuje do udzielenia wsparcia położnicy, wskazując instytucje, w których osoba bliska może uzyskać stosowną pomoc [6].

Wydaje się, że sprawowanie interdyscyplinarnej opieki i podejmowanie przez położne aktywności edukacyjnej wobec kobiet w okresie połogu może przyczyniać się eliminacji potencjalnych problemów tego okresu, przeciwdziałać im, a jednocześnie wpływać na podniesienie jakości opieki oraz rangi zawodu położnej.

1.1 OPIEKA NAD KOBIETĄ W OKRESIE POŁOGU – ASPEKT TEORETYCZNY

1.2 POŁÓG

Połów definiowany jest jako okres po ciąży i porodzie, w czasie którego w organizmie kobiety stopniowo ustępują anatomiczne, morfologiczne i czynnościowe zmiany powstałe w czasie ciąży i porodu. W tym czasie ma miejsce inicjacja laktacji. Połów rozpoczyna się w momencie urodzenia płodu i trwa od 6 do 8 tygodni [7]. Okres ten dzieli się na:

- ✓ bezpośredni, obejmujący pierwsze 24 godziny po porodzie;
- ✓ wczesny – pierwszy tydzień po porodzie;
- ✓ późny, trwający około sześć tygodni po porodzie – w tym okresie dochodzi do całkowitej involucji narządu rodniego, a u większości niekarmiących piersią kobiet pojawiają się po tym czasie cykle miesiączkowe [8].

1.2.1 POŁOGOWE ZMIANY OGÓLNOUSTROJOWE ORAZ W NARZĄDACH PŁCIOWYCH

Pod koniec pierwszego tygodnia połogu stężenie hormonów: estrogenu, estradiolu i progesteronu obniża się do wartości sprzed ciąży. Stężenie laktogenu łożyskowego (hPL) w surowicy osiąga wartości nieoznaczalne w ciągu kilku pierwszych dni połogu. Całkowity brak gonadotropiny kosmówkowej (hCG) stwierdza się między 11. a 16. dniem połogu, a u kobiet karmiących piersią powrót prawidłowych wartości estrogenów jest opóźniony [7,8]. Stężenie prolaktyny (PRL) po porodzie obniża się szybko, a jej wartość wzrasta przy każdym akcie ssania. Hamujący wpływ gonadotropin na czynność jajników utrzymuje się przez 3-4 tygodnie [9]. U niekarmiących kobiet pierwsze trzy tygodnie uważa się za niepłodne, a pierwszy cykl owulacyjny pojawia się w 4.-5. tygodniu [10].

Zmiany dokonują się również w układzie krążenia. Utrata krwi podczas porodu, płynów drogą wzmożonej diurezy oraz odchody połogowe powodują zmniejszenie się objętości krwi krążącej z 5-6 litrów przed porodem do około 4 litrów w ciągu 3 tygodnia połogu. Utrata krwi powoduje obniżenie hematokrytu oraz stężenia hemoglobiny. Obserwuje się również wzrost pojemności wyrzutowej serca o około 80%

w stosunku do przedporodowego. Ogólna liczba krwinek czerwonych obniża się o około 14%. Stężenie żelaza we krwi obniża się, aby powrócić do zakresu normy w 2. tygodniu połogu. Wzrasta lepkość krwi, liczby płytek krwi oraz stężenia fibrynogenu. Różnice związane z zakresem i tempem zmian zależne są od drogi porodu czy zastosowanego znieczulenia. Normalizacja powyższych parametrów w dokonuje się stopniowo w ciągu pierwszego tygodnia połogu [7,8].

Na uwagę zasługuje czynność pęcherza moczowego i jelit. Około 12 godzin po porodzie wzrasta diureza - do 3000 ml/dobę. Jej zadaniem jest eliminacja nadmiaru płynów z organizmu, nagromadzonych w czasie ciąży, efektem czego jest obniżenie masy ciała o około 3-5 kg. Do około drugiego tygodnia połogu położnica odczuwa zmniejszone parcie na pęcherz moczowy, co jest wynikiem poszerzenia dróg moczowych, zmniejszeniem napięcia ścian pęcherza. Perystaltyka jelit jest początkowo zmniejszona, a pierwsze wypróżnienie na ogół sprawia trudność. Ma to związek z bólem w obrębie zszytej rany krocza oraz współistniejącymi często żylakami odbytu [11].

Poprzez zahamowania działania hormonów łożyskowych oraz zmniejszenie ukrwienia macicy dochodzi do involucji mięśnia macicy. Tuż po porodzie macica waży około 1 kg, a pod koniec połogu 50 g. Za mechanizm ten odpowiedzialne są skurcze poporodowe, wywoływane oksytocyną. Bezpośrednio po wydaleniu płodu macica znajduje się w połowie odległości między spojeniem łonowym, a pępkiem, w 3. dniu trzy palce poniżej pępka i w 10. dniu na granicy górnego brzegu spojenia łonowego. Miejsce usadowienia łożyska goi się tworząc naciek leukocyтарny, a tkanki martwicze zostają usunięte wraz z odchodami połogowymi. W warunkach fizjologicznych prezentują one pewną zmienność: w pierwszym tygodniu są krwiste, w drugim - brązowo czerwone lub żółte, w trzecim – białawe. Wydzielina odchodów jest materiałem zakaźnym [8,9].

Szyjka macicy stopniowo zamyka się przybierając walcowaty kształt. Po zakończeniu pierwszego tygodnia połogu zamyka się ujście wewnętrzne szyjki macicy, a ujście zewnętrzne przybiera szparowaty wygląd u kobiet, które rodziły drogami natury. Napięcie tkanek pochwy, rozciągniętej podczas porodu, wzrasta do stanu zbliżonego do przedporodowego około 3. tygodnia połogu. Cienka śluzówka wykazuje skłonność do krwawień i stanu zapalnego. Wejście do pochwy pozostaje nieco swobodniejsze niż przed ciążą [7,8].

1.2.2 LAKTACJA

Laktacja jest procesem wydzielaniem mleka na odpowiednim poziomie przez cały okres karmienia piersią. Powodzenie tego procesu jest złożone i warunkowane kolejno następującymi po sobie etapami. W okresie embriogenezy dochodzi do rozwoju gruczołu piersiowego. W czasie dojrzewania płciowego następuje jego rozwój i wzrost – mammogeneza. Inicjacja funkcji wydzielniczej i pełny rozwój gruczołu piersiowego w okresie ciąży i po porodzie określana jest laktogenezą. Wymienione procesy regulowane są mechanizmami autokrynnymi, hormonalnymi oraz neurohormonalnymi [20]. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Amerykańskiej Akademii Pediatrii (AAP) oraz Europejskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (ESPGHAN) zalecanym sposobem żywienia noworodków oraz niemowląt jest wyłączone karmienie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia, a dodatkowo kontynuowanie karmienia piersią do roku lub dłużej [10,13]. Istnieje wiele, naukowo potwierdzonych, negatywnych skutków zdrowotnych stosowania u dzieci żywienia mieszkankami.

Większość kobiet uważa karmienie piersią za swoją naturalną potrzebę. Wskazują też, że ten sposób odżywiania umacnia więź z dzieckiem. Jednak najczęstsze problemy okresu połogowego dotyczą właśnie procesu laktacji [14,15].

1.2.3 ZABURZENIA EMOCJONALNE W POŁOGU

Zaburzeniom zdrowia psychicznego po porodzie uwagę poświęcił już Hipokrates. Puszczając ich przyczyn łączył pojawienie się melancholii z przemieszczaniem się krwi z macicy lub pokarmu z piersi do głowy. Późniejsi badacze zwracali uwagę na czynniki zakaźny oraz funkcjonowanie gruczołów piersiowych. W XIX wieku L. Marce utożsamiał zaburzenia psychotyczne po porodzie ze zmianami zachodzącymi w narządzie rodnym. Odkrycie hormonów płciowych i ich wpływu na funkcjonowanie układu nerwowego ponownie zwróciło uwagę badaczy na zaburzenia funkcjonowania psychicznego kobiet po porodzie [1,16]. W latach 80 – tych dwudziestego wieku wyodrębniono postaci kliniczne stanów depresyjnych okresu poporodowego, mianowicie: przygnębienie poporodowe, depresję poporodową i psychozę poporodową. Jednak w świetle współczesnych badań wydaje się on być niewystarczającym. Brockington wymienia ponad to zespół stresu pourazowego, zaburzenia w relacjach

matka - dziecko, lęk. Czynnikiem różnicującymi wymienione zaburzenia są: rodzaj i głębokość objawów oraz czas wystąpienia i okres trwania [17].

1.2.3.1 PRZYGNĘBIENIE POPORODOWE

Przygnębienie poporodowe nazywane zamiennie smutkiem poporodowym czy też *baby blues* jest najlżejszym i najczęściej pojawiającym się zaburzeniem po porodzie. Przyjęto, że występuje w pierwszych 2-4 dniach po porodzie i nie trwa dłużej niż 2 tygodnie. Zjawisko to jest bardzo powszechne, dotyczy bowiem 50-85% kobiet. Jest to łagodne zaburzenie afektywne, o samoograniczającym się charakterze, uważane za fizjologiczną reakcję kobiety na poród i związane z reakcją końcową na sytuację stresową, jaką były ciąża i poród. Typowe objawy to zaburzenia łaknienia i snu, wybuchy płaczu, niepokój, drażliwość czy uczucie wrogości wobec partnera. Jeśli położnica ma typowe objawy *baby blues*, nie wymaga interwencji medycznej. Ze względu na fakt, iż przygnębienie poporodowe może przekształcić się w depresję poporodową czy poporodowe zaburzenia lękowe, nie należy sytuacji bagatelizować, a okazać wsparcie, które da poczucie bezpieczeństwa [1,2,5,8,16,18,19,] .

1.2.3.2 DEPRESJA POPORODOWA

Depresja poporodowa (ang. pure postpartum depression, PPD) dotyka 10-20% kobiet. Jest zaburzeniem pojawiającym się zwykle w pierwszym miesiącu po porodzie, jednak jej objawy można dostrzec nawet w ciągu pierwszego roku od urodzenia dziecka. Zgodnie z obowiązującą w Polsce klasyfikacją chorób (ICD -10) depresja poporodowa nie występuje jako odrębna jednostka chorobowa, a rozpoznaje się ją, gdy pojawi się do 6 tygodni po porodzie. Zaliczana jest do zaburzeń depresyjnych o podłożu somatycznym, ze zwróceniem uwagi na czynniki reaktywne, genetyczne i psychospołeczne. Objawy depresyjne to: poczucie przygnębienia, negatywne myśli, poczucie beznadziejności, nieadekwatne poczucie winy, zaburzenia apetytu, natrętnie myśli wobec dziecka, zaburzenia snu (od bezsenności do nadmiernej senności), niezdolność do przeżywania radości (anhedonia), drażliwość, izolowanie się oraz myśli samobójcze [16,20,21,22].

U wszystkich kobiet, cierpiących na depresję poporodową niezbędne jest zebranie wywiadu internistycznego oraz badanie fizykalne. Istotna jest również ocena czynności

tarczycy, ponieważ zarówno niedoczynność, jak i nadczynność tego gruczołu, mają duży wpływ na nastrój. Potwierdzone rozpoznanie depresji poporodowej jest wskazaniem do rozpoczęcia farmakoterapii lekami przeciwdepresyjnymi. Za najbardziej efektywną formę leczenia uznaje się leczenie skojarzone, łączące podawanie leków z psychoterapią [5]. Zwraca się uwagę na rolę położnych środowiskowych, których zaangażowanie i profesjonalne wsparcie wpływają na powodzenie w leczeniu depresji poporodowej[23].

1.2.3.3 PSYCHOZA POPORODOWA

Kolejny rodzaj opisywanych zaburzeń poporodowych to psychoza poporodowa. Jest to najcięższe, jednocześnie najrzadziej występujące zaburzenie pojawiające się po narodzinach dziecka. Szacuje się, że dotyka ono 0, 1-0, 2% położnic. Objawy zazwyczaj rozpoczynają się w pierwszym tygodniu połogu, czasem w drugim, rzadko później [16,24]. Zaburzenie to charakteryzuje się wystąpieniem: bezsenności, brakiem odczucia głodu, pobudzeniem, drażliwością, unikaniem kontaktów z dzieckiem, splątaniem, podejrzliwością, agresją, nagłymi zmianami zachowania, nierozpoznawaniem osób bliskich, omamów wzrokowych, słuchowych, wypowiedaniem treści urojonych. Psychoza poporodowa rozwija się bardzo gwałtownie i ze względu na ogromne zagrożenie dla życia i zdrowia zarówno matki, jak i dziecka zwykle wymaga hospitalizacji. Leczenie psychozy poporodowej polega na podawaniu leków przeciwpsychotycznych, przeciwdepresyjnych oraz stabilizatorów nastroju. Po ustąpieniu objawów i wypisie ze szpitala kobieta wymaga intensywnej obserwacji stanu psychicznego, ponieważ psychoza połogowa może być związana z przewlekłym procesem chorobowym, np. schizofrenią [5,25].

1.2.3.4 OSTRA STRESOWA REAKCJA POPORODOWA

Wystąpienie zaburzenia stresowego pourazowego (*posttraumatic stress disorder*, PTSD) dotyka od 1, 5% do 5, 6% kobiet. Rozpoczyna się podczas porodu lub w ciągu pierwszych godzin po porodzie. Za wystąpienie tego specyficznego zespołu odpowiadają: natężenie i siła stresu związanego z porodem, zmienne biologiczne (specyficzne cechy ośrodkowego układu nerwowego i zmiany hormonalne), zmienne

psychologiczne takie jak cechy osobowości, czy kompetencje społeczne. PTSD to lękowe zaburzenie, występujące po zdarzeniach psychicznie wyczerpujących i traumatycznych np. klęska żywiołowa, wojna, wypadek, gwałt, czy też właśnie poród [26]. Czynnikiem ryzyka rozwinięcia stresu pourazowego są: ból doznawany w trakcie porodu, utrata poczucia kontroli nad sytuacją, brak wsparcia rodziny np. partnera, brak wsparcia personelu medycznego, trudne warunki materialne, nieplanowana ciąża. U podstaw tego zaburzenia leży przeżywanie porodu jako traumatycznego przeżycia, rozpamiętywanie go wyłącznie przez pryzmat przykrych doświadczeń. Kobiety cierpiące na PTSD doświadczają: ponownego przeżywania urazów w snach, wspomnień porodu o charakterze intruzywnym, wzmożonej reakcji przestachu, zaburzeń poznawczych (trudności w koncentracji, luki pamięciowe), ponownego przeżywania porodu (flashback, halucynacje, iluzje). Metodą leczenia z wyboru jest praca nad traumą porodu podczas psychoterapii. Jeśli zachodzi konieczność stosuje się leki przeciwdepresyjne i przeciwłękowe [1,5].

1.2.3.5 ZABURZENIA LĘKOWE

Liczne wyniki badań wskazują, że poród wzbudza lęk u kobiet, nie tylko związany z samym jego przebiegiem, ale i z funkcjonowaniem po porodzie, w kontekście radzenia sobie z opieką nad dzieckiem, pełnienia innych ról w społeczeństwie. Aktualne badania w tym obszarze dowodzą, że wiele położnic doświadcza różnych zaburzeń emocjonalnych, które charakteryzują się wysokim poziomem lęku. Depresja poporodowa i lęk współwystępują ze sobą, jednak nie wszystkie matki z lękiem będą prezentowały objawy depresji. Uznana koncepcja lęku Spielbergera wyróżnia lęk jako stan i lęk jako cechę. Pierwszy wyróżniony związany jest z subiektywnym odczuwaniem uczucia nerwowości, niepokoju czy napięcia i jest odpowiedzią na obecną sytuację. Lęk jako cecha jest zaś rutynową, indywidualną właściwością danej jednostki i implikuje jej reakcje w różnych sytuacjach. Wysokie poziomy lęku - cechy sprzyjają wysokim poziomom lęku – stanu. Kobiety z wysokim natężeniem lęku – cechy mogą być wyczulone na wszystkie sygnały niebezpieczeństwa, zarówno podczas samego porodu, jak i martwią się o przebieg okresu połogu oraz ewentualne niepowodzenia w roli matki. Ponieważ podwyższone poziomy lęku u kobiet w okresie połogu mogą wpływać na ich aktywność życiową oraz warunkować rozwój

noworodków i niemowląt, warto identyfikować właśnie tę grupę kobiet, co umożliwi wczesne wdrożenie odpowiedniego postępowania [2,16,27,28,29,30].

1.2.3.6 CZYNNIKI RYZYKA SPRZYJAJĄCE WYSTĘPOWANIU ZABURZEŃ EMOCJONALNYCH W POŁOGU

Liczne metaanalizy dotyczące zagadnienia depresji poporodowej pozwoliły na dokonanie klasyfikacji czynników ryzyka sprzyjających depresji po porodzie i współwystępujących z nią. Wyróżniono podział na czynniki biologiczne, demograficzne, psychologiczne, społeczne oraz położnicze. Pojawienie się objawów depresyjnych podczas ciąży, ich występowanie przed ciążą, czy zespół napięcia przedmiesiączkowego korelują z występowaniem smutku poporodowego. Epizody zaburzeń afektywnych dwubiegunowych zwiększa u kobiet ryzyko wystąpienia psychozy poporodowej o 26-35 % i wzrasta ono o kolejne 50% w przypadku następnej ciąży. Kobiety starsze, z wyższym wykształceniem, u których ciąża przebiegała w sposób prawidłowy były bardziej narażone na wystąpienie depresji w trzecim dobie połogu. Beck wyłonił 13 czynników ryzyka wystąpienia depresji poporodowej. Są to: wcześniejsza historia depresji, w tym depresja w trakcie ciąży, niski poziom poczucia własnej wartości, stres związany z opieką nad dzieckiem, niepokój w okresie prenatalnym, stresujące doświadczenia życiowe, brak wsparcia społecznego, konfliktowe relacje małżeńskie, temperament dziecka (m.in. kolki), wcześniejszy smutek poporodowy, samotne macierzyństwo, niski status ekonomiczny oraz nieplanowana lub niechciana ciążą [16,31,32].

1.2.3.7 WYKRYWANIE ZABURZEŃ EMOCJONALNYCH W POŁOGU

Liczne obserwacje kliniczne oraz wyniki badań wskazują, że okres następujący po porodzie przynosi radość, jednak czas adaptacji do roli matki może również stanowić poważny problem dla wielu z nich. Poporodowe zmiany emocjonalne u kobiet mogą mieć formę niegroźnego stanu obniżenia nastroju, ale również trwalszych zaburzeń psychicznych, a nawet choroby psychicznej. Ponieważ istnieje zależność pomiędzy nierozpoznanym i nieleczonym zaburzeniem emocjonalnym, a rozwijającą się w późniejszym okresie depresją lub psychozą połogową, wczesne wykrywanie zaburzeń

emocjonalnych zarówno w okresie ciąży i połogu powinno stać się elementem standardu postępowania podczas sprawowania opieki nad kobietami [33,34].

Wykrywanie zaburzeń emocjonalnych należy rozpatrywać wieloaspektowo z uwzględnieniem czasu wykrycia, osoby rozpoznającej zaburzenie, czy zastosowanego narzędzia wraz z rozpoznaniem wskaźników ryzyka wystąpienia zaburzenia. Czynnikiem ryzyka będą cechy osobowości jednostki lub jej konkretna sytuacja życiowa, mogące zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzenia lub choroby. Samo wystąpienie wskaźnika ryzyka nie jednak daje pewności co do wystąpienia zaburzenia. Do postawienia diagnozy niezbędne jest występowanie objawów i okoliczności przypisanych danemu zaburzeniu [5].

Czas rozpoznania zaburzenia, czas jaki upłynął od momentu porodu do pierwszych zauważalnych objawów może wskazywać zarówno na rodzaj zaburzenia, jak i wrażliwość otoczenia, a także starania położnicy o „poprawne” zachowanie. Stąd też dwa typy zaburzeń mogą być wykryte w pierwszej kolejności. Poporodowy smutek tzw. baby blues pojawi się najszybciej, a psychoza poporodowa manifestować się będzie wyraźnie zaburzonym zachowaniem. Objawy depresji poporodowej, rozwijającej się wolniej, powinny zwrócić uwagę zarówno rodziny, jak i członków całego zespołu terapeutycznego zajmującego się kobietami po porodzie. Ponieważ nie wszystkie oddziały położnicze w Polsce dysponują możliwością konsultacji psychologa, położne i lekarze muszą sami starać się ocenić potencjalne zagrożenie zaburzeń emocjonalnych u położnic. Objawy te mogą zostać wykryte na drodze obserwacji, ale także przy pomocy opracowanych już narzędzi badawczych. Światowym standardem jest wykorzystanie w tym celu Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (*Edinburgh Postnatal Depression Scale –EPDS*).

EPDS skonstruowana jest z 10 pytań badających nastrój kobiety w połogu w ciągu ostatnich 7 dni. Każde pytanie oceniane jest w skali czterostopniowej (od 0 do 3), a maksymalnie uzyskany wynik to 30 punktów. Otrzymanie 10 punktów i powyżej wskazuje, że matka prawdopodobnie przeżywa epizod depresyjny. Wykorzystanie EPDS nie zastąpi badania klinicznego przez profesjonalistę, ale może stanowić narzędzie przesiewowe, które określi, której podopiecznej zaproponować kontakt z psychologiem lub lekarzem psychiatrą. Zaproponowany przez Joannę Krzyżanowską –Zbucką kwestionariusz „Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie” służy z kolei oszacowaniu ryzyka pojawienia się zaburzeń emocjonalnych po porodzie. Wykorzystanie tak ustrukturyzowanego wywiadu pozwala personelowi medycznemu

mieć pewność, że wszystkie pytania zostały zadane oraz zakwalifikować położnicę do grupy ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych po porodzie, a tym samym objąć ją szczególną opieką interdyscyplinarną [5,16,34].

Zarówno Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jak i rozporządzenie Ministra Zdrowia 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, obligują położną do rozpoznawania oraz udzielenia pomocy i wsparcia podczas występujących zaburzeń emocjonalnych w okresie położu. Często obowiązek ten wypełnia ona kierując się własną wiedzą i intuicją. Ważnym jest zatem, aby poznała działania profilaktyczne wobec kobiety po porodzie zaproponowane przez Joannę Krzyżanowską - Zbucką w opracowaniu Fundacji Rodzić po Ludzku „Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym”. Schemat działań profilaktycznych przedstawia tabela nr 1.

Tabela 1 Działania profilaktyczne wobec kobiet po porodzie [5].

DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE WOBEC KOBIET PO PORODZIE – wskazówki dla profesjonalistów sprawujących opiekę
1. Zbierz dokładny wywiad – unikaj obcesowego wypytywania.
2. Zachęć położnicę do opowiedzenia o przebiegu porodu – to istotne źródło informacji przydatnych do oceny ryzyka pojawienia się zaburzeń psychicznych, a także sposób odreagowania stresu.
3. Monitoruj czynniki ryzyka za pomocą kwestionariusza „Czynniki ryzyka dla poporodowych zaburzeń afektywnych”.
4. Korzystaj z narzędzi do oceny stanu psychicznego pacjentki (ESDP).
5. W razie wątpliwości zaproponuj konsultację psychiatryczną.
6. Zachęcaj do korzystania z psychoterapii i innych niemedycznych form pomocy np. grupy wsparcia matek małych dzieci.
7. Edukuj matkę i jej rodzinę – przekaz materiały informacyjne.

1.3 PROBLEMY KOBIET W POŁOGU

Wiele współczesnych badań skupia się na zdrowiu psychicznym kobiet w okresie połogu, a tylko nieliczne opisują ich problemy związane ze zdrowiem. Cięża, poród i połów wiążą się ze znacznymi zmianami w ciele kobiety. Chociaż uznane są powszechnie za procesy fizjologiczne, mogą mieć wpływ na zdrowie matek [35]. Badacze wskazują, że jakość życia kobiet, które doświadczyły różnych powikłań w okresie ciąży, porodu instrumentalnego lub urodziły drogą cięcia cesarskiego, jest niższa [36]. Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) liczba pojawiających się problemów u kobiet po porodzie jest wysoka, jednak różna w odniesieniu do miejsca zamieszkania. W szóstym tygodniu po porodzie 23% kobiet zamieszkujących Indie deklarowało pojawienie się co najmniej jednego problemu zdrowotnego, wśród bangladeskich matek poziom ten wynosił 50%, a u kobiet zamieszkujących Anglię 47% [24]. Zdecydowana większość dolegliwości pojawia się w bezpośrednim okresie połogu, część z nich jednak nie ustępuje, przybierając przewlekły charakter. Polskie badania wskazują, że problem bólu po porodzie dotyczy aż 82% kobiet [4]. Zgodnie z badaniami Landau R. i wsp. 10-15% kobiet cierpi z powodu przewlekłego bólu po cięciu cesarskim [37].

Najczęściej występującymi problemami u kobiet w okresie połogu są: ból po zszyciu krocza, ból rany po cięciu cesarskim, ból związany z inwolucją mięśnia macicy, ból pleców, ból głowy i hemoroidy [4,38,39,40]. Ból pleców oraz głowy dotyczą głównie kobiet, u których zaszła konieczność wykonania cięcia cesarskiego, z przedłużającym się drugim okresem porodu i po zastosowaniu znieczulenia zewnątrzoponowego podczas porodu [24].

Zabieg nacięcia krocza podczas porodu jest najczęściej stosowanym podczas porodu w Polsce i w znakomitej większości szpitali wykonywany jest rutynowo, co wynika z danych zebranych na potrzeby kampanii „Nie daj się naciąć” Fundacji Rodzić po Ludzku. W 2006 roku blisko 80% kobiet rodzących miało nacięte krocze. Eksperti Światowej Organizacji Zdrowia jednoznacznie określają, iż uzasadnione jest stosowanie nacięcia krocza w 5 do 20% porodów. Warto także podkreślić, iż rutynowe nacięcie krocza zostało przez badaczy, w przeglądzie Cochrane, określone jako interwencja, której szkodliwość i brak skuteczności zostały udowodnione ponad wszelką wątpliwość. Stosowanie rutynowego nacięcia krocza nie chroni przed urazami, nietrzymaniem moczu i stolca, a w konsekwencji powoduje ból i dyspareunię. Dodatkowo u kobiet po

porodzie, po nacięciu i zszyciu krocza, obserwuje się problemy z samodzielnym funkcjonowaniem i sprawowaniem opieki nad dzieckiem [41,42].

Innymi, często wymienianymi w piśmiennictwie, problemami kobiet po porodzie są te związane z przebiegiem laktacji. Dotyczą one głównie techniki przystawiania do piersi, bólu brodawek sutkowych, nadmiaru pokarmu oraz braku wiary we własne możliwości [43,44]. Badania Bączek i wsp. wskazują, że prawie połowa badanych ocenia swoją laktację jako niewystarczającą i tylko 21% badanych nie zgłosiło problemów z brodawkami sutkowymi (tkliwość, poranienie) [15].

Problemem silnie związanym z urodzeniem dziecka jest wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM). Częstość występowania tego problemu jest różna i zależna od wielu czynników. Wśród kobiet zamieszkałych Wielką Brytanię obserwowano jego występowanie na poziomie 8 – 11% w trzecim miesiącu po porodzie [24]. Ocena ryzyka wystąpienia WNM u kobiet po porodzie drogami natury vs. drogą cięcia cesarskiego pozostaje niewyjaśniona. Nadal prowadzone są badania poszukujące innych czynników ryzyka WNM, takich jak: uraz krocza, poród instrumentalny, duża masa urodzeniowa noworodka, duży obwód głowy dziecka, czy zastosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego. Wśród młodych kobiet, do 25. roku życia, obserwuje się niższe ryzyko wystąpienia tego powikłania w stosunku do kobiet starszych [45,46].

Zgodnie z raportem WHO część kobiet dotyka problem zaparc i występowanie hemoroidów. Przedłużający się drugi okres porodu, użycie kleszczy położniczych oraz duża masa urodzeniowa noworodka są czynnikami zwiększającymi odsetek występowania hemoroidów, który waha się od 5, 3 % (Anglia) do 12% (Pakistan) – 15% (Szkocja). Zaparcia stanowiły problem dla 20 % szkockich kobiet w pierwszych ośmiu tygodniach od porodu [24].

Częstość występowania problemów związanych z funkcjonowaniem fizycznym różni się w zależności od sposobu ukończenia ciąży. Kobiety, które urodziły drogami natury częściej zgłaszały ból krocza, zaparcia i hemoroidy. Badane, po porodzie drogą cięcia cesarskiego, deklarowały większe nasilenie zmęczenia, braku snu oraz problemów układu pokarmowego. Odczucia te różne są wśród kobiet rodzących po raz pierwszy w stosunku do kobiet rodzących kolejne dziecko. Pierwiastkom częściej dokuczał ból krocza i problemy z karmieniem piersią, a wieloródkom problem z nietrzymaniem moczu [38]. Kanadyjskie badania na populacji kobiet w 8. - 10. tygodniu po porodzie jednoznacznie wskazuje, że 96% badanych deklaruje pojawienie się co najmniej jednego problemu związanego ze zdrowiem fizycznym [43]. Stąd ważne

jest, aby podczas edukacji przedporodowej prowadzonej przez położne oraz szkoły rodzenia, kobiety otrzymywały informacje o mogących pojawić się problemach zarówno fizycznych, jak i emocjonalnych. Wobec psychologicznych problemów kobiet w okresie połogu (omówione w Rozdz. 1.2.3), które nie należą do rzadkich, należałoby stosować profilaktykę w postaci wsparcia społecznego oraz wsparcia profesjonalistów sprawujących opiekę podczas ciąży, porodu i połogu.

Niełatwo porównywać wyniki licznych badań poświęconych zagadnieniu problemów kobiet w połogu. Ograniczenia te polegają głównie na różnicach w czasie pomiaru. W części z nich pytania zadawane były dokładnie w czasie występowania określonego problemu, a w innych - retrospektywnie. Dodatkowo porównań należałoby dokonywać na grupach jednorodnych.

1.3.1 PROFILAKTYKA PROBLEMÓW Kobiet W OKRESIE POŁOGU W ŚWIETLE ZALECEŃ ŚWIATOWYCH

Światowa Organizacja Zdrowia opracowała dokument, (WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn, 2013) w którym jasno określa zalecenia sformułowane dla profesjonalistów sprawujących opiekę nad matką i dzieckiem po porodzie. Z uwagi na zainteresowania niniejszego opracowania przytoczone zostaną jedynie wybrane, mające w mniemaniu autora największą wartość w kontekście profilaktyki problemów występujących w połogu. Jak określają autorzy raportu okres poporodowy jest czasem krytycznym zarówno dla matek jak i ich dzieci. W czasie tym występuje tak wiele zmian, które wpływają na ich dobre samopoczucie i funkcjonowanie. Brak odpowiedniej opieki nad kobietami i ich dziećmi może spowodować pogorszenie stanu zdrowia, a nawet doprowadzić do śmierci. Nadmienić w tym miejscu należy, iż opieka nad kobietami w połogu jest zdecydowanie gorzej wyceniona przez płatników, niż procedury związane z ciążą i porodem, co wpływa na niższą jakość świadczonych usług [47].

1. Rekomendacja dotycząca oceny stanu ogólnego i położniczego położnicy:
 - W przeciągu pierwszych 24 godzin od porodu należy u wszystkich położnic rutynowo oceniać stopień nasilenia krwawienia z pochwy i macicy, wysokość dna macicy, tętno, temperaturę począwszy od pierwszej godziny

po porodzie. Ciśnienie tętnicze krwi należy zmierzyć tuż po porodzie i w przypadku wartości prawidłowych kolejnego pomiaru należy dokonać po sześciu godzinach. Oddanie moczu przez położnicę powinno odbyć się w przeciągu sześciu godzin od porodu.

- Po upływie pierwszej doby połogu, podczas każdorazowego kontaktu z położnicą należy ukierunkować obserwację na : pytania o samopoczucie, oddawanie moczu, nietrzymanie moczu, czynność jelit, gojenie się rany – jeśli jest, bóle głowy, pleców, zmęczenie, ból krocza, sposób higieny krocza, ból piersi, tkliwość macicy, odchody połogowe, ocenę procesu laktacji.
- W czasie kolejnych spotkań zawsze należy zapytać położnicę o jej samopoczucie, czy posiada wsparcie ze strony rodziny i jakie są jej sposoby radzenia sobie z trudnościami dnia codziennego. Wszystkie kobiety i ich rodziny powinny być zachęcane do informowania o ewentualnych zmianach w nastroju, zachowaniach odbiegających od ich zwyczajowych. Jeśli w 10. - 14. dobie połogu łagodne zaburzenia nastroju utrzymują się, należy kontynuować ocenę stanu emocjonalnego w kierunku objawów depresji poporodowej.
- Podczas obserwacji położnicy warto zwrócić uwagę na ewentualne symptomy przemocy w rodzinie, a w razie konieczności należy kobiety poinformować gdzie powinny szukać pomocy. Osoba sprawująca opiekę nad położnicą informuje podopieczną o możliwości wznowienia stosunków seksualnych w czasie od 2 do 6 tygodni w zależności od sposobu porodu.

2. Rekomendacja dotycząca poradnictwa i edukacji wobec położnicy:

- Wszystkie położnice powinny posiadać informacje na temat fizjologicznego przebiegu połogu, wraz z problemami charakterystycznymi dla tego okresu. Objawy patologiczne powinny być im znane, w szczególności:
 - Objawy krwotoku poporodowego : nagła i obfita utrata krwi lub stała utrata krwi, omdlenia, zawroty głowy, kołatanie serca.
 - Objawy stanu przedrzucawkowego i rzucawki: bóle głowy, którym towarzyszy jeden lub więcej objawów np. zaburzenia widzenia, nudności, wymioty, ból w nadbrzuszu, uczucie omdlenia, drgawki (w ciągu pierwszych kilku dni po urodzeniu).

- Objawy infekcji: gorączka, dreszcze, ból brzucha i / lub duża utrata krwi z dróg rodnych
 - Objawy choroby zakrzepowo-zatorowej: jednostronny ból łydki; zaczerwienienie lub obrzęk łydki, duszność lub ból w klatce piersiowej.
- Kobiety należy edukować o sposobie żywienia, higienie, a szczególności higienie rąk.
 - Należy omówić z położnicą sposoby antykoncepcji i planowania rodziny.
 - Wszystkie kobiety należy zachęcać do aktywności fizycznej i wygospodarowania czasu na własny wypoczynek.
3. Rekomendacja dotycząca profilaktyki depresji poporodowej i wsparcia psychologicznego:
- Pracownicy sprawujący opiekę nad kobietami po porodzie powinni stworzyć okazję do omówienia porodu z podopiecznymi.
 - Dystrybucja materiałów edukacyjnych oraz możliwość rozmowy o objawach depresji poporodowej z osobą sprawującą opiekę – grupa robocza WHO uznała tę rekomendację za słabą, z uwagi na niedostateczną jakość dowodów naukowych.
4. Rekomendacja dotycząca opieki nad matką i dzieckiem domu:
- Zaleca się wizyty u położnicy w środowisku domowym w pierwszym tygodniu połogu.
5. Rekomendacja dotycząca sposobu odżywiania noworodka:
- Wszystkie dzieci powinny być karmione wyłącznie piersią od urodzenia do 6. miesiąca życia. Matki należy instruować i wspierać na rzecz wyłącznego karmienia piersią podczas każdorazowego kontaktu

Urodzenie dziecka jest zazwyczaj radosnym wydarzeniem w życiu nie tylko kobiety, ale całej rodziny. Jest jednak również momentem krytycznym, który implikuje w życiu matki nowe, nieznane dotychczas, potrzeby oraz obawy. Już w okresie ciąży dokonują się liczne zmiany. W obrębie psychologii R. Rubin wyróżnia najważniejsze zadania okresu ciąży: zapewnienie sobie i dziecku bezpieczeństwa w okresie ciąży i porodu, pozyskanie akceptacji dla nienarodzonego dziecka ze strony najbliższych, nawiązanie więzi z mającym urodzić się dzieckiem oraz przystosowanie się do nowych

zadań [16]. Opracowane przez WHO zestawienie potrzeb kobiet w okresie poporodowym przedstawia tabela nr 2.

Tabela 2. Potrzeby kobiet w połogu [24].

KOBIETY W OKRESIE POŁOGU POTRZEBUJĄ:
INFORMACJI / PORADNICTWA :
<ul style="list-style-type: none"> • w zakresie opieki nad dzieckiem i karmienia piersią, • o przebiegu połogu i ewentualnych objawach patologicznych, • o pielęgnacji i higienie w połogu, • o odpowiednim momencie rozpoczęcia współżycia seksualnego po urodzeniu dziecka, • o sposobach antykoncepcji, • o prawidłowym odżywianiu,
WSPARCIA:
<ul style="list-style-type: none"> • ze strony pracowników ochrony zdrowia, • ze strony partnera i rodziny,
<ul style="list-style-type: none"> • opieki zdrowotnej w momencie pojawienia się komplikacji,
<ul style="list-style-type: none"> • czasu, który poświęcają opiece nad dzieckiem,
<ul style="list-style-type: none"> • pomocy w zadaniach domowych,
<ul style="list-style-type: none"> • urlopu macierzyńskiego,
<ul style="list-style-type: none"> • społecznej akceptacji,
<ul style="list-style-type: none"> • ochrony przed przemocą.
KOBIETY W POŁOGU MOGĄ OBAWIAĆ SIĘ:
<ul style="list-style-type: none"> • niedoskonałości,
<ul style="list-style-type: none"> • utraty małżeńskiej intymności,
<ul style="list-style-type: none"> • izolacji,
<ul style="list-style-type: none"> • stałego obowiązku opieki nad dzieckiem.

1.4 WYKONYWANIE ZAWODU POŁOŻNEJ W POLSCE – STATUS PRAWNY

Przyjęta przez Międzynarodową Konfederację Położnych (ICM), Międzynarodową Federację Położników i Ginekologów (FIGO) oraz Światową Organizację Zdrowia definicja osoby wykonującej zawód położnej określa, iż jest to osoba, która pomyślnie ukończyła studia położnicze, formalnie uznawane przez państwo, w którym się odbyły oraz uzyskała kwalifikacje niezbędne dla posiadania licencji i / lub praktyki położniczej. Położna jest odpowiedzialnym specjalistą pracującym z kobietami, dając im wsparcie i opiekę w czasie ciąży porodu i porożu. Polska jako członek Wspólnoty Europejskiej przyjęła Dyrektywę Wspólnoty Europejskiej 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, tym samym przyjęła na siebie obowiązek zapewnienia położnym tych uprawnień w odpowiednim akcie prawnym [48,49].

Status zawodu polskiej położnej został określony w uchwalonej 15 lipca 2011 roku (z uwzględnieniem nowelizacji z 11.09. 2015 roku) ustawie o zawodach pielęgniarstwa i położnej. Dokument ten reguluje następujące zagadnienia: wykonywanie zawodu położnej, uzyskiwanie prawa do wykonywania zawodu, kształcenie zawodowe oraz podyplomowe. Omawiana ustawa precyzyjnie reguluje zarówno kwestię kompetencji jak i uprawnień zawodowych i nie pozostawia żadnych wątpliwości, określając zawód położnej, samodzielnym zawodem medycznym. Szerokie kompetencje zawodowe położnej polegają na samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych. Szczegółową regulację prawną, podkreślającą samodzielność zawodową, zawiera Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń udzielanych przez położną bez zlecenia lekarskiego. Ustawa uprawnia położne w szczególności do [50,51]:

1. Rozpoznawania ciąży, sprawowania opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, w tym wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych; kierowania na badania konieczne do rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka; prowadzenia porodu fizjologicznego, monitorowania płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej; przyjmowanie porodu naturalnego w razie konieczności z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych również z położenia podłużnego miednicowego; podejmowania niezbędnych działań specjalistycznych w sytuacjach nagłych do czasu przybycia lekarza.

2. Sprawowania opieki nad matką i jej dzieckiem oraz monitorowania okresu poporodowego; badania noworodka, opieki nad nim i podejmowania natychmiastowej reanimacji w razie konieczności.
3. Realizacji zleceń lekarskich w procesie leczenia, diagnostyki i rehabilitacji.
4. Prowadzenia profilaktyki chorób kobiecych i patologii położniczych; prowadzenia działalności edukacyjno zdrowotnej w zakresie przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny, rodzicielstwa, pełnego przygotowania do urodzenia dziecka oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa.

Dodatkowym warunkiem wykonywania zawodu położnej w Polsce jest uzyskanie prawa wykonywania zawodu przyznanego przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych. Obowiązkiem położnej powinno być wykonywanie zawodu z należytą starannością, zgodnie z zasadami Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej, z poszanowaniem praw pacjenta oraz z wykorzystaniem aktualnej wiedzy [51,52].

1.4.1 ROLA I ZADANIA POŁOŻNEJ PODCZAS SPRAWOWANIA OPIEKI NAD KOBIETĄ W OKRESIE POŁOGU

Zgodnie z zasadami wykonywania zawodu położna rozpoznaje i ustala warunki oraz potrzeby zdrowotne swoich podopiecznych, rozpoznaje problemy pielęgnacyjne, a w konsekwencji planuje i sprawuje opiekę nad nimi. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem jest polskim wzorcem dla sprawowania najlepszej opieki medycznej podczas ciąży, porodu fizjologicznego i porodu oraz opieki nad noworodkiem [6].

Problemy pielęgnacyjne określane u położnic wynikają głównie ze stanu położniczego i procesu involucji. Równocześnie, do odczuć związanych z obkurczającą się macicą, odchodów porodowych, bólu brodawek sutkowych, krocza, czy rany pooperacyjnej dołączają problemy natury emocjonalnej, takie jak: zmęczenie, brak wiary we własne możliwości, frustracja, poczucie zagubienia w obecnej sytuacji. Odnalezienie się i stawienie czoła nowym wydarzeniom życiowym, bez wsparcia ze strony profesjonalistów oraz rodziny, jest niezwykle trudne. Położna jest osobą

przygotowaną do sprawowania profesjonalnej opieki wobec matki i noworodka w okresie połogu. Jej zadaniem jest ocena procesów występujących w połogu w zakresie ich prawidłowego przebiegu, a w razie konieczności podjęcie określonych działań. Diada - matka i dziecko jest głównym podmiotem zainteresowania położnej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), często nazywaną położną rodzinną lub środowiskową [15].

Sprawowanie opieki położnej rodzinnej, wobec kobiety w połogu oraz noworodka, powinno rozpocząć się nie później niż 48 godzin od otrzymania przez nią zgłoszenia urodzenia dziecka. Zgłoszenia tego dokonuje podmiot leczniczy, w którym urodził się noworodek. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem położna wykonuje nie mniej niż 4 wizyty patronażowe, w trakcie których [6,53,54]:

- Ocenia stan zdrowia podopiecznych.
- Pielęguje i edukuje na temat prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia. Prowadzi instruktaż i koryguje ewentualne nieprawidłowości w przebiegu karmienia piersią.
- Dokonuje podstawowych pomiarów antropometrycznych u dziecka, ocenia jego odruchy.
- Edukuje w zakresie higieny i odżywiania w okresie połogowym, powrotu do płodności i metod regulacji płodności, wpływu palenia tytoniu na zdrowie, profilaktyki nowotworu szyjki macicy i piersi.
- Informuje o obowiązku zgłaszania się z dzieckiem na badania profilaktyczne i szczepienia ochronne.
- Zdejmuje szwy z krocza.
- Ocenia relacje w rodzinie, z uwzględnieniem interwencji w przypadku zaobserwowania objawów przemocy. Identyfikuje czynniki ryzyka występujące w rodzinie. Ocenia możliwości udzielania pomocy i wsparcia dla położnicy przez osoby bliskie. Przekazuje osobie bliskiej informacje na temat fizycznych i emocjonalnych zmian w połogu, przygotowuje ją do udzielenia wsparcia oraz wskazuje instytucje, w których może uzyskać pomoc w razie takiej potrzeby.

- W przypadku wystąpienia problemów lub powikłań przekraczających kompetencje położnej, informuje ona położnicę o konieczności interwencji lekarskiej, równocześnie informując lekarza POZ.

Najwyższa Izba Kontroli (NIK) w swoim raporcie z 2011 roku podaje, że zdecydowana większość kobiet i noworodków pozostawała pod opieką położnej POZ. Analiza dostępności usług położnej rodzinnej wskazuje, że najlepszy dostęp do opieki położnej mają mieszkanki dużych miast z ośrodkami przemysłowymi i naukowymi. Występują jednak tereny (województwo opolskie), w których opieką położnych objęto zaledwie nieco ponad połowę ubezpieczonych, głównie na skutek ich braku. W swoim raporcie pokontrolnym NIK wskazuje liczne zastrzeżenia związane z jakością i prawidłowością wizyt patronażowych, jednak pomimo tego, respondenci w zdecydowanej większości (95, 5%) pozytywnie oceniły jakość pracy położnych POZ. Prawie 90% podopiecznych położnych rodzinnych uzyskało dodatkowe informacje dotyczące pielęgnacji noworodka, a 73% w zakresie samopielęgnacji w położu. Krytyczne uwagi dotyczyły: pośpiechu podczas wizyt patronażowych, poświęcania niedostatecznej uwagi zdrowiu samej matki, a zwłaszcza problemów laktacyjnych [55].

Zdecydowanie bardziej krytyczny jest raport NIK z czerwca 2016 dotyczący opieki okołoporodowej na oddziałach położniczych. Głównym zarzutem pokontrolnym jest fakt, iż skontrolowane oddziały położnicze nie zapewniały kobietom i ich dzieciom odpowiedniej jakości świadczeń medycznych. Z uwagi na nieprzestrzeganie rozporządzenia w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia podmiotu leczniczego, w większości kontrolowanych szpitali (21 z 29 kontrolowanych podmiotów) skutkowało to naruszeniem prawa pacjentek do intymnego i godnego przebiegu świadczeń medycznych. Ustalono, iż w żadnym z kontrolowanych oddziałów nie przestrzegano wszystkich standardów opieki okołoporodowej. Jednym z założeń rozporządzenia jest uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i noworodka przy ograniczeniu interwencji medycznych do minimum, w tym cięcia cesarskiego, nacięcia krocza, podawania oksytocyny oraz mleka modyfikowanego dziecku. Ku zdziwieniu, skala powyższych interwencji medycznych okazała się być wyższa niż przed wprowadzeniem w życie standardów opieki okołoporodowej (2012r.), a ponad to była często kilkakrotnie wyższa niż w innych krajach rozwiniętych. Jednym z zaleceń pokontrolnych jest podjęcie działań mających na celu opracowanie jednolitego

programu edukacyjnego dla Szkół Rodzenia, który uwzględniałby zagadnienie szkodliwości wykonywania nieuzasadnionych medycznie cięć cesarskich [56].

2 CEL PRACY

Celem pracy jest ocena funkcjonowania kobiet w okresie połogu w kontekście czynników społecznych, emocjonalnych i zdrowotnych. Celem badań w zakresie praktycznym jest weryfikacja i poprawa działań zespołu interdyscyplinarnego opiekującego się kobietami w połogu, a szczególnie położnych rodzinnych.

Dla osiągnięcia powyższego celu postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jak wygląda subiektywna ocena stanu zdrowia badanych położnic?
2. Czy funkcjonowanie kobiet w okresie połogu związane jest ze sposobem ukończenia ciąży (poród fizjologiczny, a cięcie cesarskie), wystąpieniem problemów w okresie połogu, sposobem żywienia noworodka?
3. Czy na funkcjonowanie kobiet w okresie połogu wpływają czynniki społeczno - demograficzne i zdrowotne (wiek, wykształcenie, rodność, planowanie ciąży)?
4. Jaki jest poziom lęku u kobiet w okresie połogu?
5. Jaki jest poziom występowania czynników ryzyka zaburzeń psychicznych u badanych, czy i jak związany jest on z poziomem lęku?

3 MATERIAŁ I METODA

Projekt badawczy pt. "Czynniki determinujące funkcjonowanie kobiet w okresie połogu" uzyskał akceptację decyzją Niezależnej Komisji Bioetycznej ds. Badań Naukowych przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym z dnia 28.11.2013 roku.

Materiał badawczy stanowiła grupa 212 położnic w 5. - 6. tygodniu po porodzie. Respondentki objęte były opieką poszczególnych placówek NZOZ (Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej) lub położnej środowiskowej. Badania prowadzone były od grudnia 2013 roku do stycznia 2015 roku, we współpracy z : Małgorzata Tabor NZOZ "Baby - Vit" s.c. w Malborku, Indywidualna Praktyka Położnicza w Gniewie – mgr Beata Balon, Magdalena Kuzepska – Indywidualna Praktyka Pielęgniarsko – Położnicza „MagMed” w Gdańsku oraz Katarzyna Rzeszotarska - Przychodnia Lekarska Nowy Chelń Sp. z o. o . w Gdańsku. Respondentki zostały poinformowane

o przebiegu i celu badania, a każda z nich wyraziła świadomą zgodę na udział w badaniu. Przekazanie kwestionariusza ankiety poprzedzone było określeniem czynników dyskwalifikujących włączenie do badania. Badanie przeprowadzone było w formie bezpośrednich wizyt w poradni położniczo – ginekologicznej lub podczas wizyty patronażowej położnej środowiskowej. Z badania wyłączono pacjentki, które: nie wyraziły zgody, pacjentki, które nie rozumieją używanego języka, pacjentki niepiśmienne, przeżyły poród przedwczesny, urodziły dziecko z chorobą genetyczną, wadami rozwojowymi, przeżyły poród martwego dziecka, leczyły się z powodu psychozy.

3.1 NARZĘDZIA BADAWCZE

Na potrzeby pracy wybrano metodę sondażu diagnostycznego. Anonimowy, autorski kwestionariusz ankiety zaprojektowano na potrzeby badania. Kwestionariusz składający się z 18 pytań o charakterze zamkniętym obejmował następujące części składowe: instrukcję wstępną; część I określającą właściwości społeczno-demograficznych badanej grupy; część II zawierającą pytania odnoszące się do sposobu ukończenia ciąży, sposobu żywienia noworodka, przygotowania do porodu, posiadanego już potomstwa, planowania ciąży, wystąpienia problemów w okresie połogu takich jak: ból, dyskomfort spowodowany zszyciem krocza, dyskomfort spowodowany raną pooperacyjną, obniżenie nastroju, ograniczenia związane z karmieniem piersią, problemy z laktacją, poczucie wyczerpania fizycznego, poczucie bezradności i braku umiejętności opieki nad dzieckiem, trudności z oddawaniem stolca, trudności z oddawaniem moczu i uciążliwa kolka u noworodka. Do kwestionariusza dołączono zmodyfikowaną drabinkę Cantrila, która jest narzędziem stosowanym do pomiaru jakości życia, szczęścia. Przy pomocy drabiny Cantrila respondentki określały poziom zadowolenia z życia zarówno obecnie, jak i przed ciążą oraz za dwa lata. Skala ta składa się z jednego pytania. Badany określa swoje ogólne zadowolenie z życia w skali od 0 do 10. Każdemu poziomowi na drabince przypisany jest jeden punkt, gdzie zero oznacza sytuację najgorszą jaką można sobie wyobrazić, dziesięć - sytuację najlepszą jaką można sobie wyobrazić. Pozwala to na określenie poziomu nadziei, która występuje wówczas, gdy badany ocenia przewidywaną w przyszłości sytuację lepiej niż obecną [57,58].

Dodatkowo respondentki wypełniały standaryzowane testy psychologiczne, oceniane przez psychologa: Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI, Kwestionariusz

osobowości NEO FFI. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI jest adaptacją amerykańskiego kwestionariusza *State –Trait Anxiety Inventory* (STAI). Polską wersję narzędzia opracowali C.D. Spielberger, J. Strelau, M. Tysarczyki K. Wrześniewski. Jego budowa opiera się na rozróżnieniu między lękiem rozumianym jako stan przejściowy, dotyczący danej sytuacji, a lękiem rozumianym jako cecha stała jednostki. Lęk – stan związany jest z dużą zmiennością pod wpływem oddziaływania czynników zagrażających, a Lęk – cecha określaną jest jako nabyta dyspozycja behawioralna, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających z współistniejącą, nieproporcjonalną reakcją stanami lęku. Inwentarz STAI, zbudowany jest z dwóch podskal określonych symbolami X-1 oraz X-2. Podskala X-1, służy do pomiaru lęku jako stanu, zawiera ona 20 stwierdzeń. Podskala X-2 bada lęk jako cechę, składa się również z 20 twierdzeń, które odnoszą się do subiektywnej odczuć osoby badanej [59,60,61].

Kolejnym wypełnianym przez respondentki kwestionariuszem był Inwentarz Osobowości NEO – FFI. Jest to narzędzie umożliwiające diagnozę cech pięcioczynnikowego modelu osobowości. Model osobowości w ujęciu Costy i McCrae (tzw. Wielka Piątka) obejmuje pięć wymiarów osobowości: neurotyczność, ekstrwersję, otwartość na doświadczenia, sumiennność i ugodowość. Neurotyczność (NEU) oznacza podatność na doświadczenia negatywnych emocji takich jak: niezadowolenie, czy gniew. Osoby neurotyczne są skłonne do irracjonalnych pomysłów z małą zdolnością do kontrolowania swoich popędów. Osoby z niskim poziomem neurotyczności są emocjonalnie stabilne i zdolne do zmagania się ze stresem. Ekstrawersja (EKS) jest wymiarem określającym jakość i ilość interakcji społecznych oraz zdolność do odczuwania pozytywnych emocji. Ekstrawertycy są zatem osobami rozmownymi, przyjacielskimi, skłonni do zabawy, wykazującymi optymizm życiowy. Osoby introwertywne wykazują rezerwę w kontaktach społecznych, brak optymizmu i preferują przebywanie w samotności. Otwartość na doświadczenia (OTW) jest wymiarem charakteryzującym skłonność jednostki do poszukiwania, pozytywnego wartościowania doświadczeń życiowych. Osoby o dużej otwartości są ciekawe świata zarówno zewnętrznego jak i wewnętrznego. Mają życie bogatsze w kontekście doświadczeń i przeżyć. Osoby o małej otwartości nie wykraczają poza schematy, są konserwatywne w poglądach. Wartość niskiej lub wysokiej otwartości nie jest bezpośrednia i w głównej mierze zależy od środowiska i sytuacji. Ugodowość (UGD) jest wymiarem określającym pozytywne kontra negatywne nastawienie do ludzi. Na

poziomie poznawczym cecha ta związana jest z zaufaniem do innych lub jego brakiem, na poziomie emocjonalnym z wrażliwością albo obojętnością na sprawy innych, a na poziomie behawioralnym z nastawieniem współpracującym lub rywalizacyjnym. Zatem osoby o dużej ugodowości są sympatyczne wobec otoczenia, skłonne do niesienia pomocy, ponadto sądzą, że inni ludzie prezentują podobne postawy. Osoby o niskiej ugodowości to egocentrycy, sceptyczni w opiniach na temat intencji innych. Sumienność (SUM) jest cechą osobowości określającą stopień zorganizowania, motywacji jednostki w działaniach ukierunkowanych na cel, innymi słowy opisuje stosunek człowieka do pracy. Osoby o wysokiej sumienności postrzegane są jako dokładne, skrupulatne, rzetelne w pracy. Liczne badania wskazują, iż osoby o małej sumienności wykazują hedonistyczne nastawienie do życia. Kwestionariusz zawiera 60 twierdzeń, po 12 dla każdej z 5 skal: NEU, EKS, OTW, UGD, SUM. Każda z pozycji wymaga od respondenta ustosunkowania się w postaci udzielenia odpowiedzi na skali od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zdecydowanie się zgadzam. Wynik każdej skali NEO – FFI oblicza się poprzez zsumowanie punktów zgodnie z kluczem. Uzyskane wyniki surowe (WS) należy przekształcić na wyniki znormalizowane, tzw. steny. Działania tego dokonuje się, korzystając z tabel norm, sporządzonych dla kobiet i mężczyzn z rozróżnieniem grup wiekowych. Zazwyczaj przyjmuje się, że wyniki znajdujące się w granicach od 1. – 3. stena odczytuje się jako niskie, a wyniki od 7.-10. stena jako wyniki wysokie [62]. Narzędzia badawcze: Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI oraz Kwestionariusz osobowości NEO FFI, zakupione zostały w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego dzięki współpracy z Zakładem Psychologii Klinicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Dodatkowym narzędziem zastosowanym na potrzeby pracy jest kwestionariusz „Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie” autorstwa Joanny Krzyżanowskiej – Zbuckiej. Kwestionariusz ten ma charakter ustrukturyzowanego wywiadu, który pozwala zakwalifikować położnicę do grupy ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych po porodzie. Obecność jednego z czynników ryzyka opisanych w punktach od 1 do 9 obliguje personel sprawujący opiekę nad położnicą do skierowania do lekarza psychiatry obecnie ją leczącego, a w innym wypadku nakłonienia jej do konsultacji psychiatrycznej. Stwierdzenie obecności jednego z czynników ryzyka w punktach od 10 do 16, skłania położną bądź lekarza do szczególnego obserwowania pacjentki i częstego monitorowania jej stanu psychicznego. Grupa pytań od 17 do 24 dotyczy pozamedycznych czynników ryzyka, nieco mniej

istotnych niż dwie poprzednie grupy, jednak także zwiększających prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzeń. Pojawienie się dwóch z nich może być sygnałem ostrzegawczym dla personelu medycznego [5,34].

3.2 METODY STATYSTYCZNEJ ANALIZY DANYCH

Obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego SPSS 20 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel. Zmienne ilościowe zostały scharakteryzowane za pomocą średniej arytmetycznej, odchylenia standardowego, wartości minimalnej i maksymalnej. Natomiast zmienne typu jakościowego zostały przedstawione za pomocą licznosci oraz wartości procentowych (odsetka). Do sprawdzenia, czy zmienna ilościowa pochodziła z populacji o rozkładzie normalnym posłużono się testem W Shapiro-Wilka. Istotność różnic pomiędzy dwoma grupami sprawdzono testem U Manna-Whitneya. W celu sprawdzenia oddziaływania kilku zmiennych niezależnych na zmienną zależną zastosowano wielozmienną analizę regresji liniowej. Testy niezależności Chi-kwadrat wykorzystano dla zmiennych jakościowych. W celu stwierdzenia powiązania, siły oraz kierunku między zmiennymi zastosowano analizę korelacji obliczając współczynniki korelacji Spearmana. Za istotne statystycznie różnice we wszystkich przeprowadzonych testach uznano te, dla których poziom istotności wynosił $p < 0,5$.

4 WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

Ogólnym celem pracy jest ocena funkcjonowania kobiet w kontekście czynników społecznych, emocjonalnych i zdrowotnych w 5.-6. tygodniu porodu. Prezentowane wyniki badań wskazują elementy pracy porodowej i problemy, które obserwuje w swojej codziennej pracy.

4.1 CHARAKTERYSTYKA BADANEJ POPULACJI

W badaniu udział wzięło 212 położnic. Największą grupę badanych stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 26-30 lat (39, 6%), 31,6% to badane w przedziale 31-35 lat, 17,5% stanowiły położnice pomiędzy 18. a 25. rokiem życia, a 11,3% to kobiety powyżej 35. roku życia.

Spośród 212 badanych, 135 kobiet (63, 7%) posiadało wykształcenie wyższe, 65 osób (30, 7%) średnie, 7 badanych (3, 3%) wykształcenie zawodowe i 5 osób (2, 4%) zakończyło edukację na poziomie podstawowym.

Analizowano również miejsce zamieszkania badanych. Najliczniejszą grupę stanowiły badane zamieszkujące miasto powyżej 100 tys. mieszkańców (Gdańsk, Gdynia) - 61, 3%. Mniej liczną grupę stanowiły badane mieszkające w mieście do 100 tys. mieszkańców (Kartuzy, Pruszcz Gdański, Tczew) - 24, 2%. Badane zamieszkujące obszary wiejskie stanowiły 14, 2% badanej populacji.

Najliczniejszą grupę badanych stanowiły respondenci żyjące w związkach małżeńskich (74,1%). Panny stanowiły 10,4% badanej grupy, rozwiedzione 2,8% i kobiety żyjące w wolnych związkach 12,7% badanej populacji.

Charakterystykę demograficzną badanej populacji przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Dane demograficzne badanej populacji

WIEK	N - liczba	% - procent
18-25	37	17,5
26-30	84	39,6
31-35	67	31,6
POW.35	24	11,3
OGÓŁEM	212	100,0
WYKSZTAŁCENIE	N	%
PODSTAWOWE	5	2,4
ZAWODOWE	7	3,3
ŚREDNIE	65	30,7
WYŻSZE	135	63,7
OGÓŁEM	212	100,0
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	N	%
WIEŚ	30	14,2
MIASTO DO 100 TYS.MIESZKAŃCÓW	52	24,5
MIASTO POW.100 TYS.MIESZKAŃCÓW	130	61,3
OGÓŁEM	212	100,0
STAN CYWILNY	N	%
PANNA	22	10,4
MĘŻATKA	157	74,1
ROZWIEDZIONA	6	2,8
WOLNY ZWIĄZEK	27	12,7
OGÓŁEM	212	100,0

Kolejnymi analizowanymi czynnikami były: ilość posiadanych dotychczas dzieci, płeć nowonarodzonego dziecka oraz fakt czy ciąża była planowana. Dla 129 badanych kobiet, co stanowiło najliczniejszą grupę, obecne dziecko było pierwszym (61,7%), dwoje dzieci posiadało 65 badanych (28,6%), troje dzieci - 16 respondentek (7,5%) i pięcioro dzieci dwie badane (0,9%). Noworodki płci żeńskiej stanowiły 51,9%, a męskiej odpowiednio 48,1% . Większość badanych (76,4%) deklaruje, iż ciąża była zaplanowana, tab. 2.

Tabela 2. Ilość posiadanych dzieci, płeć noworodka, ciąża planowana/nieplanowana

POSIADANE DZIECI	N - liczba	% - procent
JEDNO DZIECKO	129	61,7
DWOJE DZIECI	65	28,6
TROJE DZIECI	16	7,5
PIĘCIORO DZIECI	2	0,9
OGÓŁEM	212	100,0
PŁEĆ DZIECKA		
MĘSKA	109	51,9
ŻEŃSKA	103	48,1
OGÓŁEM	212	100,0
ZAPLANOWANA CIĄŻA		
TAK	162	76,4
NIE	50	23,6
OGÓŁEM	212	100,0

Ankietowane odpowiadały na pytanie o obecny sposób żywienia noworodka (mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź). Większość badanych (84,0%) deklaruje karmienie piersią, 17,9% wskazuje na dokarmianie własnym odciągniętym pokarmem. Część kobiet (28,3%) podaje dziecku mleko modyfikowane. Nieliczna grupa matek (5,2%) dopaja dziecko wodą, herbatką i sokami (2,4%), tab.3.

Tabela 3. Obecny sposób żywienia dziecka

SPOSÓB ŻYWIENIA DZIECKA		N - liczba	% - procent
KARMIENIE PIERSIĄ	Tak	178	84,0
	Nie	34	16,0
	Ogółem	212	100,0
DOKARMIANIE WŁASNYM ODCIĄGNIĘTYM POKARMEM	Tak	38	17,9
	Nie	174	82,1
	Ogółem	212	100,0
MIESZANKA(MLEKO MODYFIKOWANE)	Tak	60	28,3
	Nie	152	71,7
	Ogółem	212	100,0
WODA	Tak	11	5,2
	Nie	201	94,8
	Ogółem	212	100,0
SOKI, HERBATKI	Tak	5	2,4
	Nie	207	97,6
	Ogółem	212	100,0

Zapytano ankietowane o uczestnictwo w zajęciach Szkoły Rodzenia oraz źródła wiedzy na temat porodu (respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź w pytaniu dotyczącym źródeł wiedzy na temat porodu). Większość badanych – 140 kobiet (66%) uczestniczyła w zajęciach Szkoły Rodzenia i dla 24,7% stanowiły one źródło wiedzy na temat porodu. Dla 26,8% badanych Internet stanowił źródło wiedzy o porodu, 19,5% pozyskiwało wiedzę z literatury, 15,6% od położnej, 6% od lekarza położnika, 2% z innych źródeł, a 4,4% badanych nie szukała informacji na temat porodu, tab.4.

Tabela 4. Uczestnictwo w zajęciach Szkoły Rodzenia oraz źródła wiedzy na temat porodu

UCZESTNICTWO W SZKOLE RODZENIA	N - liczba	% - procent
TAK	140	66,0
NIE	72	34,0
OGÓŁEM	212	100,0
ŹRÓDŁO WIEDZY NA TEMAT PORODU		
BRAK	21	4,4
SZKOŁA RODZENIA	119	24,7
LEKARZ POŁOŻNIK	29	6,0
POŁOŻNA	75	15,6
LITERATURA	94	19,5
INTERNET	129	26,8
INNE	14	2,9
OGÓŁEM	481	100,0

Największą grupę badanych (43,4%) stanowiły kobiety, które urodziły drogami natury z nacięciem krocza, 35,4% badanych urodziło drogą cięcia cesarskiego. W przypadku 11,8% poród zakończył się drogami natury bez nacięcia krocza, a 9,4% ankietowanych odbyło poród drogami natury z pęknięciem krocza, tab. 5.

Tabela 5. Sposób ukończenia porodu

SPOSÓB UKOŃCZENIA OSTATNIEGO PORODU	N - liczba	% - procent
PORÓD DROGAMI NATURY Z NACIĘCIEM KROCZA	92	43,4
PORÓD DROGAMI NATURY BEZ NACIĘCIA KROCZA	25	11,8
PORÓD DROGAMI NATURY Z PĘKNIĘCIEM KROCZA	20	9,4
CESARSKIE CIĘCIE	75	35,4
OGÓŁEM	212	100,0

4.2 PROBLEMY I DOLEGLIWOŚCI WYSTĘPUJĄCE W OKRESIE POŁOGU

Ankietowane zostały poproszone o wskazanie doskwierających im problemów oraz pojawiających się dolegliwości w kolejnych tygodniach połogu. Były to przedziały: 1. tydzień po porodzie, 2.-4. tydzień połogu oraz 5.-6. tydzień połogu. Respondentki mogły udzielić więcej niż jedną odpowiedź.

Położnicom w 1. tygodniu połogu najbardziej dokuczał dyskomfort spowodowany raną krocza i jej zszyciem – 85 badanych, co stanowiło 12,5 %, kolejno ból i poczucie wyczerpania fizycznego – 71 badanych (9,9%), pogryzione brodawki sutkowe - 63 badane (8,8%). Najrzadziej wskazywanym przez respondentki problemem były trudności w oddawaniu moczu - 12 badanych (1,7%). Grupa osiemnastu położnic (2, 5%) deklarowała, że problemy nie pojawiły się wcale. Szczegółową charakterystykę pojawiających się problemów w 1. tygodniu połogu przedstawia tabela 6.

Dla położnic w 2. – 4. tygodniu połogu najbardziej dolegliwe było poczucie wyczerpania fizycznego – 86 badanych (18, 3%), następnie obniżenie nastroju – 43 badane (9, 2%), dyskomfort spowodowany raną oraz zszyciem krocza - 39 badanych (8,3%), trudności w oddawaniu moczu i stolca – 33 badane (7%). Najrzadziej wskazywanym przez respondentki problemem były trudności w oddawaniu moczu - 2 badane (0,4%), a 39 respondentek (8,3%) wskazało na brak pojawiania się problemów. Szczegółową charakterystykę problemów pojawiających się między 2. a 4. tygodniem połogu przedstawia tabela 7.

Dla przedziału 5.-6. tydzień połogu najczęściej występującym problemem było poczucie wyczerpania fizycznego – 50 badanych (17,1%), następnie uciążliwa kolka u noworodka – 38 badanych (13%), niedobór pokarmu i obniżenie nastroju – 21 badanych (7,2%). Respondentki najrzadziej deklarowały trudności z oddawaniem moczu, nieumiejętne przystawianie do piersi oraz ból - po 3 badane (1%), a dla 100 badanych (34,2%) problemy w określonym czasie nie pojawiły się. Charakterystykę problemów pojawiających się w 5.- 6. tygodniu połogu przedstawia tabela 8.

Tabela 6. Procentowy rozkład dolegliwości w 1. tygodniu po porodzie

DOLEGLIWOŚCI W 1. TYGODNIU PO PORODZIE	<i>N - liczba</i>	<i>% - procent</i>
NIE POJAWIŁY SIĘ	18	2,5
BÓL	71	9,9
DYSKOMFORT SPOWODOWANY ZSZYCIEM KROCZA	89	12,5
DYSKOMFORT SPOWODOWANY RANAŁ POOPERACYJNAŁ	62	8,7
OBNIŻENIE NASTROJU	47	6,6
OGRANICZENIA ZWIĄZANE Z KARMIENIEM PIERSIĄ	36	5,0
NADMIAR POKARMU	29	4,1
NIEDOBÓR POKARMU	51	7,1
NIEUMIĘJTNE PRYZYSTAWIANIE DO PIERSI	50	7,0
POGRYZIONE BRODAWKI SUTKOWE	63	8,8
ZASTÓJ POKARMU	15	2,1
POCZUCIE WYCZERPANIA FIZYCZNEGO	71	9,9
POCZUCIE BEZRADNOŚCI I BRAKU UMIEJTNOŚCI OPIEKI NAD DZIECKIEM	30	4,2
TRUDNOŚCI Z ODDAWANIEM STOLCA	56	7,8
TRUDNOŚCI Z ODDAWANIEM MOCZU	12	1,7
UCIĄŻLIWA KOLKA U NOWORODKA	14	2,0
OGÓŁEM	714	100,0

Tabela 7. Procentowy rozkład dolegliwości między 2. – 4. tygodniem po porodzie

DOLEGLIWOŚCI W 2.-4. TYGODNIU PO PORODZIE	<i>N - liczba</i>	<i>% - procent</i>
NIE POJAWIŁY SIĘ	39	8,3
BÓL	27	5,8
DYSKOMFORT SPOWODOWANY ZSZYCIEM KROCZA	39	8,3
DYSKOMFORT SPOWODOWANY RANAŁ POOPERACYJNAŁ	29	6,2
OBNIŻENIE NASTROJU	43	9,2
OGRANICZENIA ZWIĄZANE Z KARMIENIEM PIERSIĄ	23	4,9
NADMIAR POKARMU	21	4,5
NIEDOBÓR POKARMU	28	6,0
NIEUMIĘJTNE PRYZYSTAWIANIE DO PIERSI	16	3,4
POGRYZIONE BRODAWKI SUTKOWE	24	5,1
ZASTÓJ POKARMU	9	1,9
POCZUCIE WYCZERPANIA FIZYCZNEGO	86	18,3
POCZUCIE BEZRADNOŚCI I BRAKU UMIEJTNOŚCI OPIEKI NAD DZIECKIEM	17	3,6
TRUDNOŚCI Z ODDAWANIEM STOLCA	33	7,0
TRUDNOŚCI Z ODDAWANIEM MOCZU	2	0,4
UCIĄŻLIWA KOLKA U NOWORODKA	33	7,0
OGÓŁEM	469	100,0

Tabela 8. Procentowy rozkład dolegliwości między 5.-6. tygodniem po porodzie

DOLEGLIWOŚCI W 5.-6. TYGODNIU PO PORODZIE	N - liczba	% - procent
NIE POJAWIŁY SIĘ	100	34,2
BÓL	3	1,0
DYSKOMFORT SPOWODOWANY ZSZYCIEM KROCZA	9	3,1
DYSKOMFORT SPOWODOWANY RANĄ POOPERACYJNĄ	6	2,1
OBNIŻENIE NASTROJU	21	7,2
OGRANICZENIA ZWIĄZANE Z KARMIENIEM PIERSIĄ	15	5,1
NADMIAR POKARMU	7	2,4
NIEDOBÓR POKARMU	21	7,2
NIEUMIEJĘTNE PRZYSTAWIANIE DO PIERSI	3	1,0
POGRYZIONE BRODAWKI SUTKOWE	4	1,4
ZASTÓJ POKARMU	3	1,0
POCZUCIE WYCZERPANIA FIZYCZNEGO	50	17,1
POCZUCIE BEZRADNOŚCI I BRAKU UMIEJĘTNOŚCI OPIEKI NAD DZIECKIEM	5	1,7
TRUDNOŚCI Z ODDAWANIEM STOLCA	4	1,4
TRUDNOŚCI Z ODDAWANIEM MOCZU	3	1,0
UCIĄŻLIWA KOLKA U NOWORODKA	38	13,0
OGÓŁEM	292	100,0

Poproszono respondentki o wskazanie przyczyn występującego bólu. Ankietowane mogły udzielić więcej niż jedną odpowiedź. Wyniki przedstawiały się następująco: 76 badanych (21,4%) podało, że ból spowodowany był obrażeniami krocza i zszytym kroczem, 65 badanych (18,3%) wskazało na ból spowodowany raną po cięciu cesarskim, 55 badanych (15,5%) podało, że ból spowodowany był połogowymi skurczami mięśnia macicy, dla 49 badanych (13,8%) ból spowodowany był uszkodzeniem brodawek sutkowych. Dla grupy 34 ankietowanych ból nie stanowił problemu, tabela 9.

Tabela 9. Przyczyny dolegliwości bólowych w poroegu

DOLEGLIWOŚCI BÓLOWE W OKRESIE POROEGU	<i>N - liczba</i>	<i>% - procent</i>
BRAK BÓLU	34	9,6
BÓL SPOWODOWANY SKURCZAMI POROEGOWYMI MIĘŚNIA MACICY	55	15,5
BÓL SPOWODOWANY OBRAŻENIAMI KROCZA I ZSZYTYM KROCZEM	76	21,4
BÓL SPOWODOWANY RANĄ PO CIĘCIU CESARSKIM	65	18,3
BÓL SPOWODOWANY WRAŻLIWOŚCIĄ BRODAWEK SUTKOWYCH	44	12,4
BÓL SPOWODOWANY USZKODZENIEM BRODAWEK SUTKOWYCH	49	13,8
BÓL SPOWODOWANY NAWAŁEM POKARMOWYM	32	9,0
OGÓŁEM	355	100,0

Ankietowane odpowiadały na pytanie, kto udzielał pomocy i wsparcia w sytuacji pojawienia się problemów w okresie poroegu. Respondentki mogły udzielić więcej niż jedną odpowiedź. W badanej populacji największe źródło wsparcia stanowił mąż/partner – 186 badanych (35,2%), na drugim miejscu znalazła się położna / pielęgniarka - 149 badanych (28,2%), następnie rodzina – 124 badane (23,4%). Żadnej pomocy nie otrzymało 6 respondentek (1,1%). Szczegółową charakterystykę źródeł wsparcia i pomocy przedstawia tabela 10.

Tabela 10. Źródła pomocy i wsparcia

POMOC I WSPARCIE	<i>N - liczba</i>	<i>% - procent</i>
BRAK POMOCY	6	1,1
MAŻ/PARTNER	186	35,2
LEKARZ	18	3,4
POŁOŻNA/PIELĘGNIARKA	149	28,2
RODZINA	124	23,4
ZNAJOMI	41	7,8
INNI	5	0,9
OGÓŁEM	529	100,0

4.3 OGÓLNA OCENA JAKOŚCI ŻYCIA

Zastosowana na potrzeby pracy technika pomiaru jakości życia – drabina Cantrila, polega na wybraniu przez badaną najtrafniejszego odczucia na drabinie mierzącej globalne zadowolenie z życia. Poproszono badane o dokonanie takiego wyboru i wskazanie jak określiłyby swoje zadowolenie z życia przed ciążą, obecnie i za dwa lata. Dane obrazują przewidywaną przez respondentki dynamikę zmian w ocenie jakości życia. Przyjmuje się, że udzielenie odpowiedzi poniżej 6 punktów wskazuje na niezadowolenie z życia [63]. Charakterystykę wyników przedstawia tabela 11.

Tabela 11. Ocena zadowolenia z życia

OCENA ZADOWOLENIA Z ŻYCIA	Z	N	MIN	MAX	ŚREDNIA M	ODCHYLENIE STANDARDOWE SD
PRZED CIĄŻĄ		212	0	10	8,27	1,54
OBECNIE		212	3	10	8,49	1,57
ZA 2 LATA		212	3	10	9,50	0,97

Analiza statystyczna przeprowadzona przy pomocy nieparametrycznego testu kolejności par Wilcoxon wykazała związek pomiędzy zmiennymi. Istotnie statystycznie wyżej badane oceniają swoją jakość życia za dwa lata niż przed ciążą ($Z = 9,65$; $p < 0,001$) oraz wyżej za dwa lata niż obecnie ($Z = 9,49$; $p < 0,001$). Nie uzyskano istotnych różnic w ocenie jakości życia przed ciążą a w chwili obecnej ($Z = 1,75$; $p > 0,05$). Wyniki zamieszczono w tabelach 12, 13 i 14.

Tabela 12. Ocena zadowolenia z życia przed ciążą vs. za dwa lata

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA	N	M	SD	Z	p
PRZED CIĄŻĄ	212	8,27	1,54	9,65	0,000
ZA DWA LATA	212	9,50	0,97		

Tabela 13. Ocena zadowolenia z życia obecnie vs. za dwa lata

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA	N	M	SD	Z	p
OBECNIE	212	8,49	1,57	9,49	0,000
ZA DWA LATA	212	9,50	0,97		

Tabela 14. Ocena zadowolenia z życia przed ciążą vs. obecnie

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA	N	M	SD	Z	p
PRZED CIAŻĄ	212	8,27	1,54	1,75	0,079
OBECNIE	212	8,49	1,57		

4.4 CECHY OSOBOWOŚCI BADANYCH

Oceny średniego nasilenia cech osobowości połącznic biorących udział w badaniu dokonano przy pomocy kwestionariusza NEO – FFI (narzędzie opisane w rozdziale 4.1). Średni wynik cechy neurotyczność w badanej populacji wyniósł 4,15 stenów, cechy ekstrawersja – 6,29 stenów, ugodowość – 5,94 stenów, otwartość – 4,90 stenów, a dla cechy sumienność – 6,80 stenów. Takie wyniki należy interpretować jako przeciętne nasilenie w/ w cech w badanej próbie. Dane dotyczące średnich wyników nasilenia wymiarów osobowości uzyskane w badaniu przedstawiają tabele 15, 16, 17, 18, 19.

Tabela 15. Średnie wyniki nasilenia wymiarów osobowości - neurotyczność

NEUROTYCZNOŚĆ	N	MIN	MAX	ŚREDNIA	ODCHYLENIE STANDARDOWE
				M	SD
WS (WYNIK SUROWY)	212	3	44	18,98	8,01
STEN	212	1	10	4,15	2,02

Tabela 16 Średnie wyniki nasilenia wymiarów osobowości. - ekstrawersja

EKSTRAWERSJA	N	MIN	MAX	ŚREDNIA	ODCHYLENIE STANDARDOWE
				M	SD
WS (WYNIK SUROWY)	212	13	47	30,09	6,36
STEN	212	1	10	6,26	1,97

Tabela 17. Średnie wyniki nasilenia wymiarów osobowości - otwartość

OTWARTOŚĆ	N	MIN	MAX	ŚREDNIA	ODCHYLENIE STANDARDOWE
				M	SD
WS (WYNIK SUROWY)	212	12	41	25,62	5,75
STEN	212	1	10	4,90	1,99

Tabela 18. Średnie wyniki nasilenia wymiarów osobowości - ugodowość

UGODOWOŚĆ	N	MIN	MAX	ŚREDNIA	ODCHYLENIE STANDARDOWE
				M	SD
WS (WYNIK SUROWY)	212	8	46	31,98	5,91
STEN	212	1	10	5,94	2,17

Tabela 19. Średnie wyniki nasilenia wymiarów osobowości - sumienność

SUMIENNOŚĆ	N	MIN	MAX	ŚREDNIA	ODCHYLENIE STANDARDOWE
				M	SD
WS (WYNIK SUROWY)	212	14	48	35,32	6,53
STEN	212	1	10	6,80	2,14

4.5 OCENA POZIOMU LĘKU JAKO STANU I CECHY

Zaproponowana przez C.D. Spielbergera koncepcja lęku jako cechy i stanu pozwala na interpretację emocji doświadczanych przez położnice. Wyniki surowe obu skal wahać się mogą w granicach od 20 punktów – niski poziom lęku do 80 punktów – wysoki lęk [59]. W analizowanej populacji zarówno poziom lęku jako cechy jak i stanu określić można jako średni. Przyjęto, że uzyskanie wartości stenowej poziomu lęku ≥ 7 , stanowi o jego wysokim poziomie [29]. Dane dotyczące średnich wyników poziomu lęku jako stanu i cechy przedstawiają tabele 20 i 21.

Tabela 20. Średnie wyniki poziomu lęku jako cechy

LĘK - CECHA	N	MIN	MAX	ŚREDNIA	ODCHYLENIE STANDARDOWE
				M	SD
WS (WYNIK SUROWY)	212	23	62	38,88	8,06
STEN	212	1	10	6,80	2,14

Tabela 21. Średnie wyniki poziomu lęku jako stanu

LĘK - STAN	N	MIN	MAX	ŚREDNIA	ODCHYLENIE STANDARDOWE
				M	SD
WS (WYNIK SUROWY)	212	20	59	35,48	8,77
STEN	212	1	10	4,91	2,17

4.6 OCENA CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA CZYNNIKÓW RYZYKA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH PO PORODZIE

Analiza odpowiedzi badanych na pytania z kwestionariusza „Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie” wykazała wystąpienie co najmniej jednego czynnika ryzyka w pierwszej grupie pytań u 13, 2% respondentek i od dwóch do sześciu czynników ryzyka u 9 % badanych. Zgodnie z instrukcją kwestionariusza wystąpienie co najmniej jednej odpowiedzi twierdzącej na pytania od 1.do 9. obliguje personel do nakłonienia podopiecznej do konsultacji psychiatrycznej. Na pytania od 10. do 16. co najmniej jednej odpowiedzi twierdzącej udzieliło 33, 5 % respondentek. Wynik ten powinien skłonić położną do baczniejszej obserwacji stanu psychicznego podopiecznej. W grupie pytań o pozamedyczne czynniki ryzyka zwiększające prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych po porodzie 22, 2% badanych deklarowała obecność co najmniej dwóch z podanych w pytaniach od 17. do 24. Szczegółową analizę odpowiedzi przedstawia tabela 22.

Tabela 22. Występowanie czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie

Kwestionariusz „Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie”	Ilość czynników	%		
Miała problemy emocjonalne w obecnej ciąży	nie występowały	77,8		
Leczyła się psychiatrycznie w przeszłości				
Była kiedykolwiek w szpitalu psychiatrycznym				
Zażywała jakieś leki uspakajające			1	13,2
Zażywała jakieś leki przeciwdepresyjne			2	2,8
Zażywała leki psychotropowe			3	2,4
Ma za sobą próbę samobójczą			4	2,8
Dokonywała w przeszłości samouszkodzeń			5	0,5
Przyjmowała ostatnio narkotyki (doustne, wziewne, dożylnie)			6	0,5
W rodzinie ktoś chorował psychicznie	nie występowały	66,5		
W rodzinie zdarzały się samobójstwa	1	21,2		
Przyjmowała kiedykolwiek narkotyki (doustne, wziewne, dożylnie)	2	6,6		
	3	3,8		
W poprzednich ciążach miała problemy emocjonalne	4	1,4		
Przy poprzednich porodach występowały jakieś problemy	5	0,5		
Przeżywała depresję poporodową po poprzednim porodzie				
Ostatni poród ocenia jako ciężki i urazowy				

Przeprowadzała się w ciągu ostatnich 6 miesięcy		
Chodziła do szkoły rodzenia	nie występowały	44,3
Jest w stałym związku z ojcem dziecka	1	33,5
Ma już dziecko specjalnej troski lub chore	2	13,2
Ma stałą pracę	3	7,5
Ma problemy finansowe	4	0,5
Jest w dobrych relacjach z własną matką	5	0,5
Ma wsparcie w dalszej rodzinie czy wśród przyjaciół	6	0,5

4.7 WERYFIKACJA HIPOTEZ W ZAKRESIE CZYNNIKÓW DETERMINUJĄCYCH FUNKCJONOWANIE KOBIET W OKRESIE POŁOGU

Dla opisu czynników mających wpływ na funkcjonowanie kobiet w okresie połogu postawiono kilka hipotez badawczych.

4.7.1 CECHY OSOBOWOŚCI BADANYCH A CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA CZYNNIKÓW RYZYKA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH PO PORODZIE

Hipoteza 1. Istnieje związek pomiędzy określonymi cechami osobowości a częstotliwością występowania czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie.

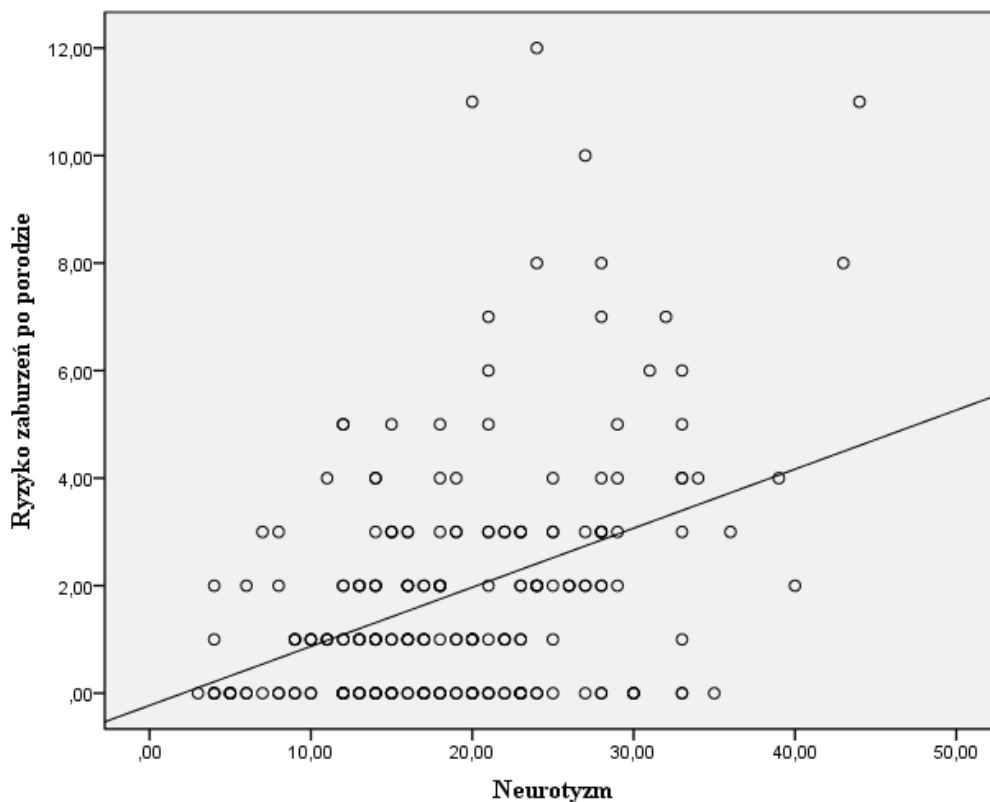
W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono analizę testem korelacji Spearmana. Analiza wykazała istotny związek pomiędzy zmiennymi. Wraz ze wzrostem cechy - neurotyzm ilość czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie wzrasta ($rHO = 0,35; p = 0,000$).

Wraz ze wzrostem cech: ugodowość ($rHO = -0,16; p < 0,05$) i sumienność ($rHO = -0,14; p < 0,05$) ilość czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie maleje. Pozostałe cechy osobowości nie były związane z ryzykiem zaburzeń po porodzie. Omawiane wyniki przedstawia tabela 23.

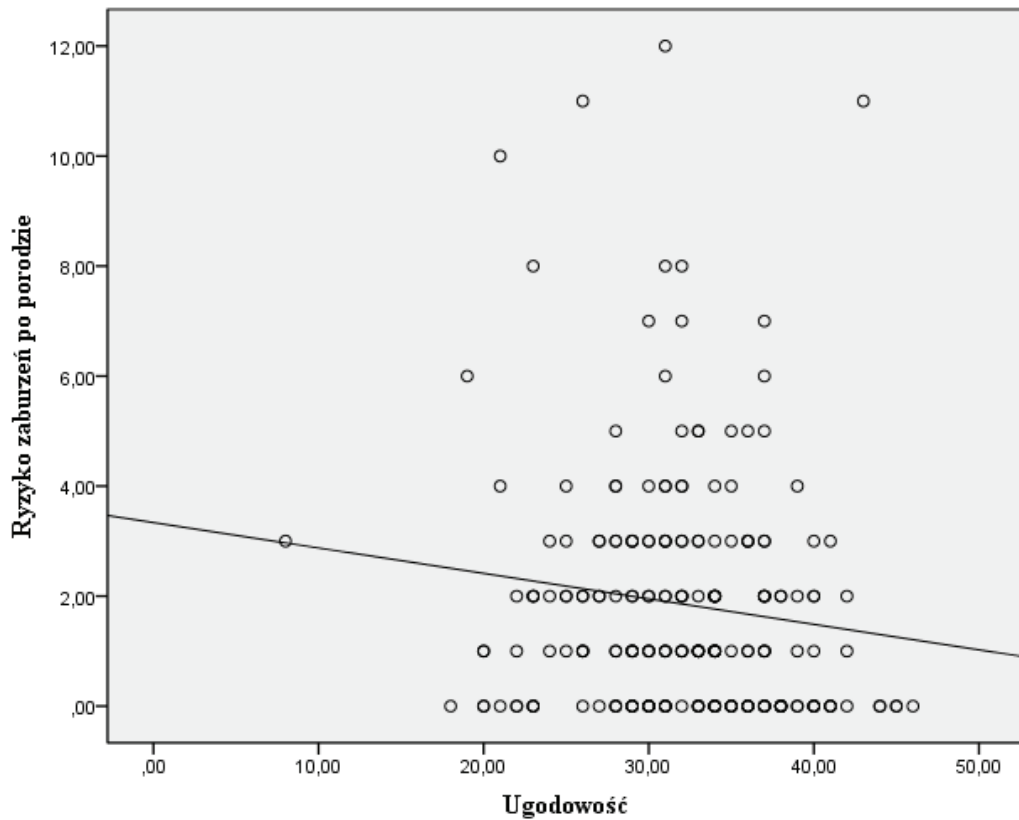
Tabela 23. Związek cech osobowości z częstością występowania czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie.

CZYNNIKI RYZYKA PO PORODZIE	WSPÓŁCZYNNIK KORELACJI	
	<i>rHO</i>	<i>p</i>
NEUROTYZM	0,35	0,000
EKSTRAWERSJA	-0,09	0,192
OTWARTOŚĆ	0,01	0,858
UGODOWOŚĆ	-0,16	0,021
SUMIENNOŚĆ	-0,14	0,041

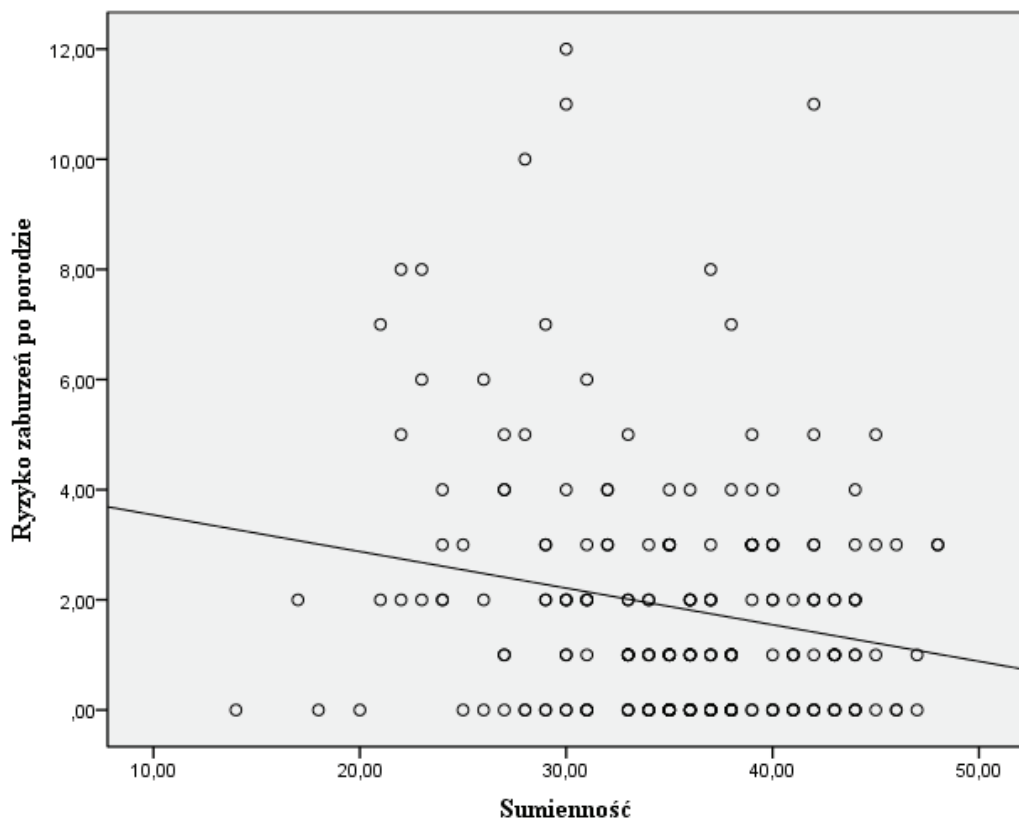
Na poniższych rycinach zaprezentowano wykresy rozrzutu dla istotnych statystycznie zależności.



Ryc.1. Wykres rozrzutu dla zmiennych: czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie oraz neurotyzm



Ryc.2. Wykres rozrzutu dla zmiennych: czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie oraz ugodowość



Ryc.3. Wykres rozrzutu dla zmiennych: czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie oraz sumienność

4.7.2 SPOSÓB UKOŃCZENIA CIĄŻY A PROBLEMY POJAWIAJĄCE SIĘ W OKRESIE POŁOGU

Hipoteza 2. Istnieje związek między sposobem ukończenia ciąży a częstością występowania problemów w okresie połogu.

W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono analizę testem U Manna Whitneya. Przeprowadzona analiza wskazuje, że istotnie statystycznie częściej dolegliwości w okresie połogu miały badane, które ukończyły ciążę cesarski cięciem, niż te, które ukończyły ciążę drogami natury ($Z = -2,03; p < 0,05$).

Wyniki średnie przedstawiają tabele nr 24 i 25, zaś omawianą zależność tabela nr 26.

Tabela 24. Średnie wyniki dla pojawiających się problemów w okresie połogu w zależności od sposobu ukończenia ciąży

DOLEGLIWOŚCI	RODZAJ PORODU	N	ŚREDNIA M	ODCHYLENIE STANDARDOWE SD
BÓL	DROGAMI NATURY	137	0,45	0,78
	CESARSKIE CIĘCIE	75	0,52	0,60
OBNIŻENIE NASTROJU	DROGAMI NATURY	137	0,53	0,81
	CESARSKIE CIĘCIE	75	0,52	0,83
OGRANICZNIE ZWIĄZANE Z KARMIENIEM PIERSIĄ	DROGAMI NATURY	137	0,34	0,64
	CESARSKIE CIĘCIE	75	0,37	0,69
NADMIAR POKARMU	DROGAMI NATURY	137	0,24	0,58
	CESARSKIE CIĘCIE	75	0,32	0,66
NIEDOBOR POKARMU	DROGAMI NATURY	137	0,40	0,80
	CESARSKIE CIĘCIE	75	0,60	1,03
NIEUMIEJETNE PRYZYSTAWIANIE DO PIERSI	DROGAMI NATURY	137	0,28	0,62
	CESARSKIE CIĘCIE	75	0,40	0,68
POGRYZIONE BRODAWKI SUTKOWE	DROGAMI NATURY	137	0,45	0,72
	CESARSKIE CIĘCIE	75	0,40	0,66

ZASTÓJ POKARMU	DROGAMI NATURY	137	0,09	0,36
	CESARSKIE CIĘCIE	75	0,19	0,51
POCZUCIE WYCZERPANIA FIZYCZNEGO	DROGAMI NATURY	137	0,91	1,01
	CESARSKIE CIĘCIE	75	1,11	1,03
POCZUCIE BEZRADNOŚCI	DROGAMI NATURY	137	0,20	0,53
	CESARSKIE CIĘCIE	75	0,33	0,64
TRUDNOŚCI Z ODDAWANIEM STOLCA	DROGAMI NATURY	137	0,50	0,79
	CESARSKIE CIĘCIE	75	0,32	0,64
TRUDNOŚCI Z ODDAWANIEM MOCZU	DROGAMI NATURY	137	0,10	0,35
	CESARSKIE CIĘCIE	75	0,04	0,20
UCIĄŻLIWA KOLKA U NOWORODKA	DROGAMI NATURY	137	0,37	0,87
	CESARSKIE CIĘCIE	75	0,45	0,78
DYSKOMFORT SPOWODOWANY ZSZYCIEM KROCZA	DROGAMI NATURY	137	0,99	0,92
	CESARSKIE CIĘCIE	75	0,01	0,11
DYSKOMFORT SPOWODOWANY RANA POOPERACYJNĄ	DROGAMI NATURY	137	0,02	0,19
	CESARSKIE CIĘCIE	75	1,25	0,79

Tabela 25. Średnie wyniki dla pojawiających się problemów w okresie połogu vs. sposób ukończenia ciąży

SPOSÓB UKOŃCZENIA PORODU		N	ŚREDNIA M	ODCHYLENIE STANDARDOWE SD
PROBLEMY I DOLEGLIWOŚCI	PORÓD DROGAMI NATURY	137	6,71	3,57
	CESARSKIE CIĘCIE	75	7,40	2,99

Tabela 26. Sposób ukończenia porodu a problemy pojawiające się w okresie połogu

SPOSÓB UKOŃCZENIA PORODU	U MANNA WHITNEYA Z	ISTOTNOŚĆ p
PROBLEMY I DOLEGLIWOŚCI	-2,03	0,043

4.7.3 SPOSÓB UKOŃCZENIA CIĄŻY A ŻYWIENIE NOWORODKA

Hipoteza 3. Istnieje związek między sposobem ukończenia ciąży a sposobem żywienia noworodka.

W celu weryfikacji hipotezy zastosowano test Chi-kwadrat. Przeprowadzona analiza wykazała istotny związek pomiędzy zmiennymi. Istnieją podstawy aby stwierdzić, że sposób ukończenia ciąży jest związany ze sposobem żywienia noworodka. Istotnie częściej kobiety, które urodziły drogami natury karmiły piersią $\chi^2(1, N = 212) = 9,74; p < 0,05$.

Nie uzyskano istotnych statystycznie zależności pomiędzy karmieniem noworodka własnym odciągniętym pokarmem, a sposobem ukończenia porodu $\chi^2(1, N = 212) = 0,92; p = 0,338$, oraz pomiędzy podawaniem dziecku soków i herbatek, a sposobem ukończenia ciąży $\chi^2(1, N = 212) = 1,36; p = 0,244$.

Uzyskano istotną statystyczną zależność pomiędzy podawaniem dziecku wody, a sposobem ukończenia porodu. Badane, które ukończyły poród cesarskim cięciem częściej podawały dziecku wodę, niż badane, które urodziły drogami natury $\chi^2(1, N = 212) = 4,05; p < 0,05$.

Dla zmiennych: żywienie noworodka mlekiem UHT, a sposób ukończenia porodu, test nie został wykonany, ponieważ żadna z badanych nie zastosowała tego rodzaju pokarmu. Wyniki przedstawiają tabele nr 27 i 28.

Tabela 27. Sposób żywienia noworodka w badanej populacji vs. sposób ukończenia ciąży

KARMIENIE PIERSIĄ	PORÓD DROGAMI NATURY	CESARSKIE CIĘCIE	OGÓŁEM
NIE	14 (6,6%)	20 (9,4%)	34 (16,0%)
TAK	123 (58,0%)	55 (25,9%)	178 (84,0%)
OGÓŁEM	137 (64,6%)	75 (35,4%)	212 (100,0%)
KARMIENIE ODCIĄGNIĘTYM WŁASNYM POKARMEM	PORÓD DROGAMI NATURY	CESARSKIE CIĘCIE	OGÓŁEM
NIE	115 (54,2%)	59 (27,8%)	174 (82,1%)
TAK	22 (10,4%)	16 (7,5%)	38 (17,9%)
OGÓŁEM	137 (64,6%)	75 (35,4%)	212 (100,0%)

WODA	PORÓD DROGAMI NATURY	CESARSKIE CIĘCIE	OGÓŁEM
NIE	133 (62,7%)	68 (32,1%)	201 (94,8%)
TAK	4 (1,9%)	7 (3,3%)	11 (5,2%)
OGÓŁEM	137 (64,6%)	75 (35,4%)	212 (100,0%)
SOKI, HERBATKI	PORÓD DROGAMI NATURY	CESARSKIE CIĘCIE	OGÓŁEM
NIE	135 (63,7%)	72 (34,0%)	207 (97,6%)
TAK	2 (0,9%)	3 (1,4%)	5 (2,4%)
OGÓŁEM	137 (64,6%)	75 (35,4%)	212 (100,0%)

Tabela 28. Sposób żywienia noworodka w zależności od sposobu zakończenia ciąży

KARMNIENIE PIERSIĄ	WARTOŚĆ	LICZBA STOPNI SWOBODY <i>Df</i>	ISTOTNOŚĆ <i>p</i>
CHI-KWADRAT	9,74	1	0,002
KARMNIENIE ODCIĄGNIĘTYM WŁASNYM POKARMEM			
CHI-KWADRAT	0,91	1	0,338
WODA			
CHI-KWADRAT	4,05	1	0,044
SOKI, HERBATKI			
CHI-KWADRAT	1,36	1	0,244

4.7.4 CZYNNIKI SPOŁECZNO – DEMOGRAFICZNE ORAZ ZDROWOTNE A FUNKCJONOWANIE KOBIET W OKRESIE POŁOGU

Hipoteza 4. Wybrane czynniki społeczno – demograficzne i zdrowotne (wiek, wykształcenie, rodność i planowanie ciąży) wpływają na funkcjonowanie kobiet w okresie połogu.

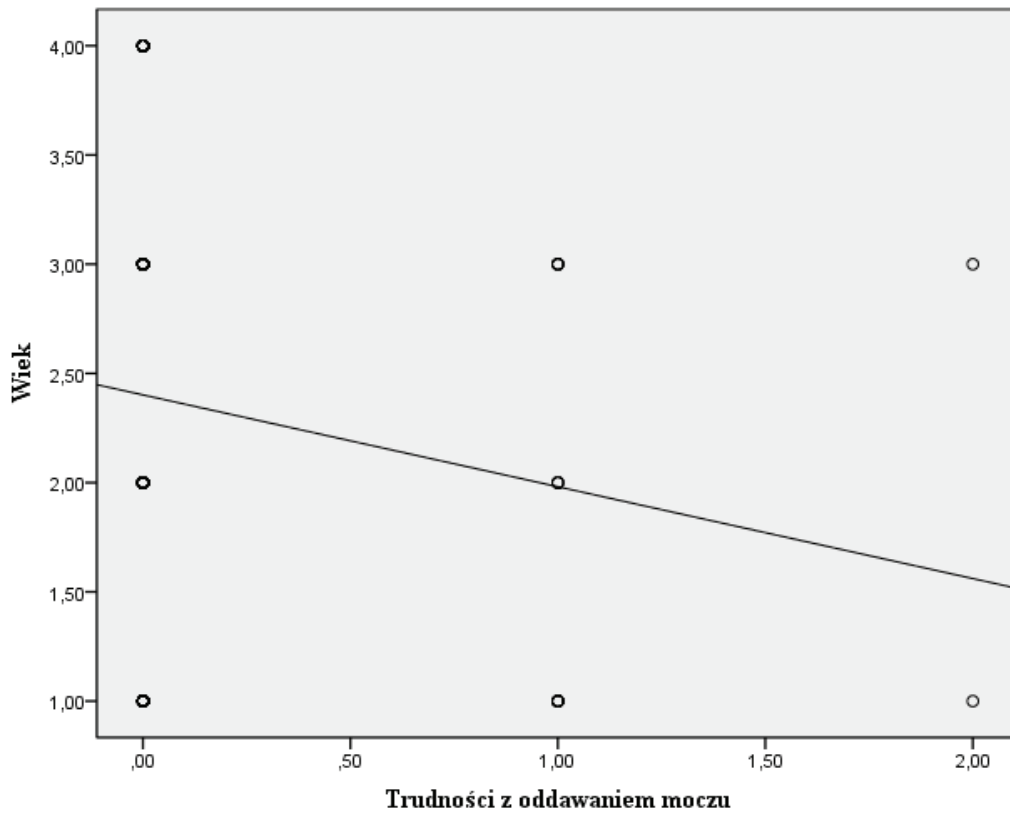
➤ Wiek

W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono analizę testem korelacji Spearmana. Analiza wykazała, że wraz ze wzrostem wieku maleją trudności z oddawaniem moczu w okresie połogu ($rHO = -0,14$; $p < 0,05$) oraz maleje dyskomfort spowodowany zszyciem krocza ($rHO = -0,24$; $p < 0,05$). Następną analizą wykazała, że wraz ze wzrostem wieku rośnie poziom dyskomfortu spowodowanego raną pooperacyjną ($rHO = -0,16$; $p < 0,05$). Zależność przedstawia tabela nr 29 oraz ryciny nr 4,5 i 6.

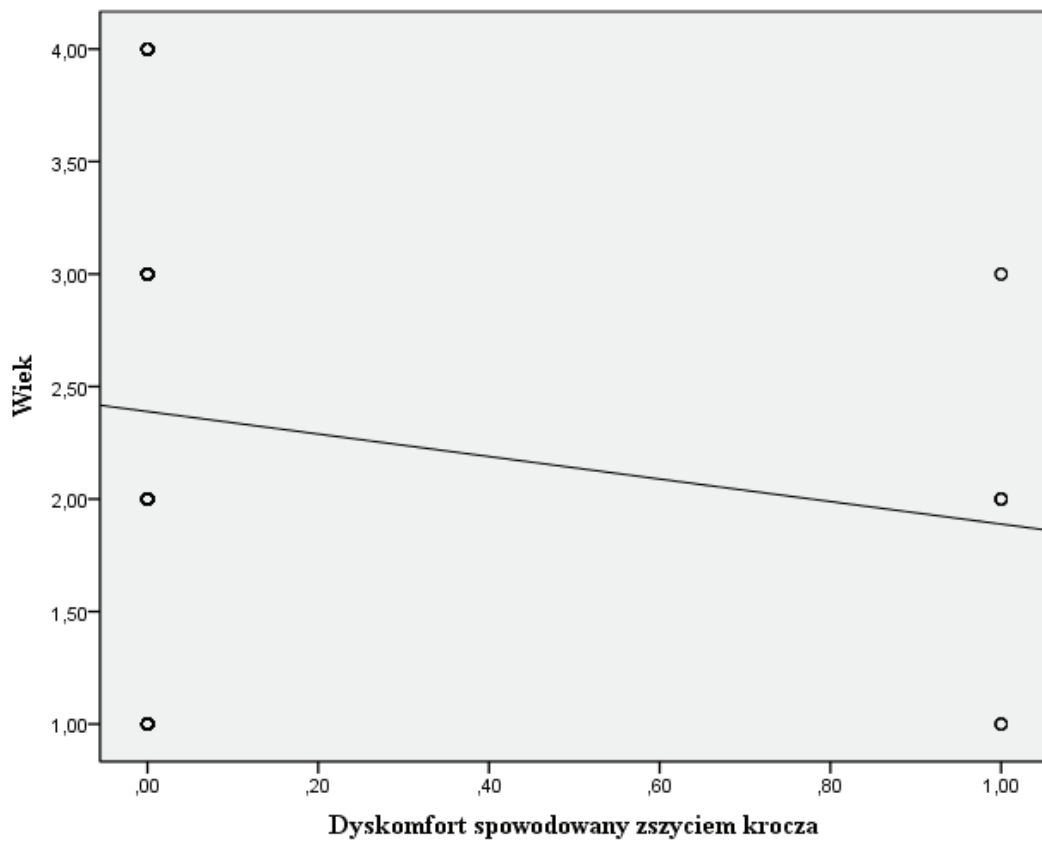
Dla pozostałych problemów pojawiających się w okresie połogu nie uzyskano istotnie statystycznie związku.

Tabela 29. Związek pomiędzy wiekiem badanych a funkcjonowaniem w okresie połogu

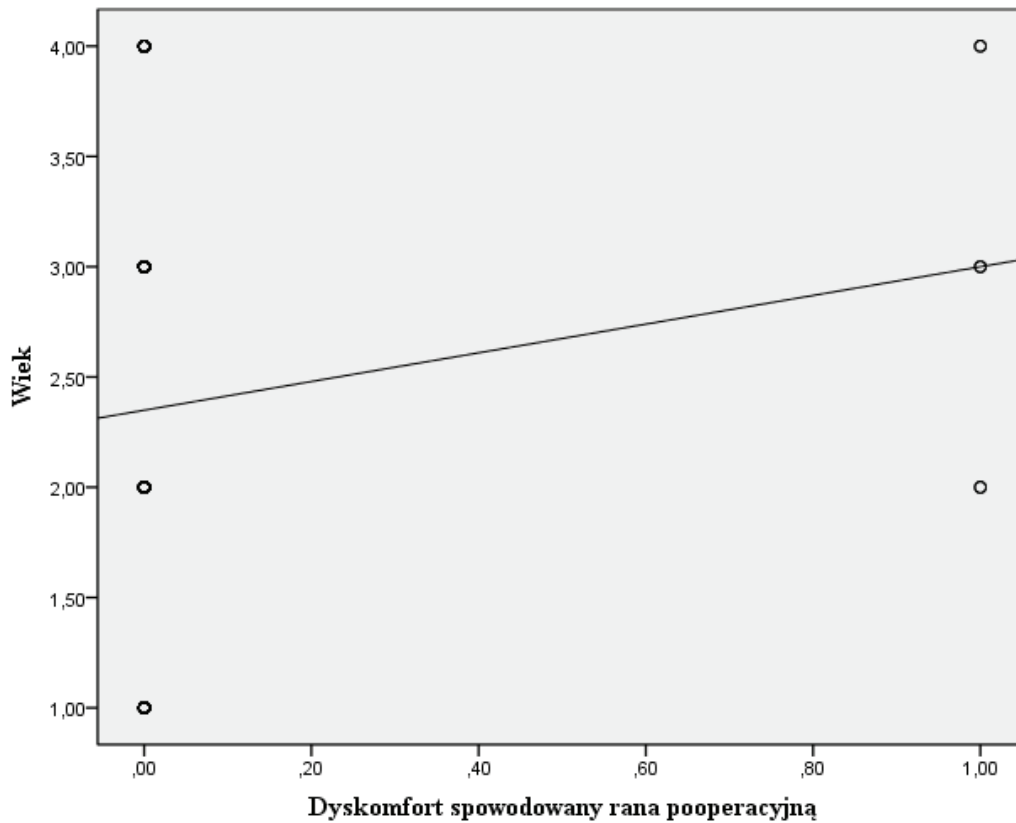
WIEK	WSPÓŁCZYNNIK KORALACJI rHO	ISTOTNOŚĆ p
BÓL	0,06	0,925
OBNIŻENIE NASTROJU	0,01	0,828
OGRANIECZENIE ZWIĄZANE Z KARMINIEM PIERSIĄ	0,04	0,576
POCZUCIE WYCZERPANIA FIZYCZNEGO	0,01	0,922
POCZUCIE BEZRADNOŚCI	-0,13	0,062
TRUDNOŚCI Z ODDAWANIEM STOLCA	-0,07	0,276
TRUDNOŚCI Z ODDAWANIEM MOCZU	-0,14	0,038
DYSKOMFORT SPOWODOWANY ZSZYCIEM KROCZA	-0,24	0,001
DYSKOMFORT SPOWODOWANY RANĄ POOPERACYJNĄ	0,16	0,017



Ryc.4. Wykres rozrzutu dla zmiennych: wiek oraz trudności z oddawaniem moczu



Ryc.5. Wykres rozrzutu dla zmiennych: dyskomfort spowodowany szyciem krocza oraz wiek



Ryc.6. Wykres rozrzutu dla zmiennych: dyskomfort spowodowany raną pooperacyjną oraz wiek

➤ Wykształcenie

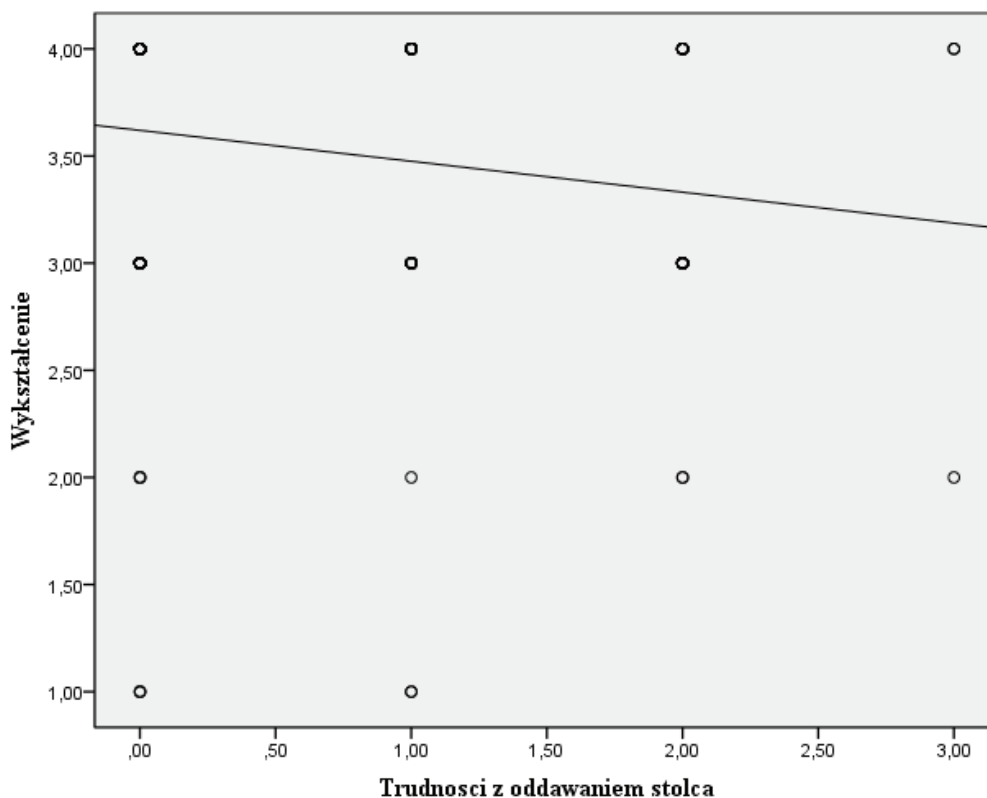
W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono analizę testem korelacji Spearmana. Analiza wykazała, że wraz ze wzrostem wykształcenia maleją trudności z oddawaniem stolca w okresie położu ($rHO = -0,17; p < 0,05$) oraz z oddawaniem moczu ($rHO = -0,14; p < 0,05$).

Na granicy tendencji statystycznej uzyskano zależność pomiędzy wykształceniem, a dyskomfortem spowodowanym raną pooperacyjną. Wraz ze wzrostem wykształcenia różnie dyskomfort spowodowany raną pooperacyjną ($rHO = -0,13; p = 0,052$).

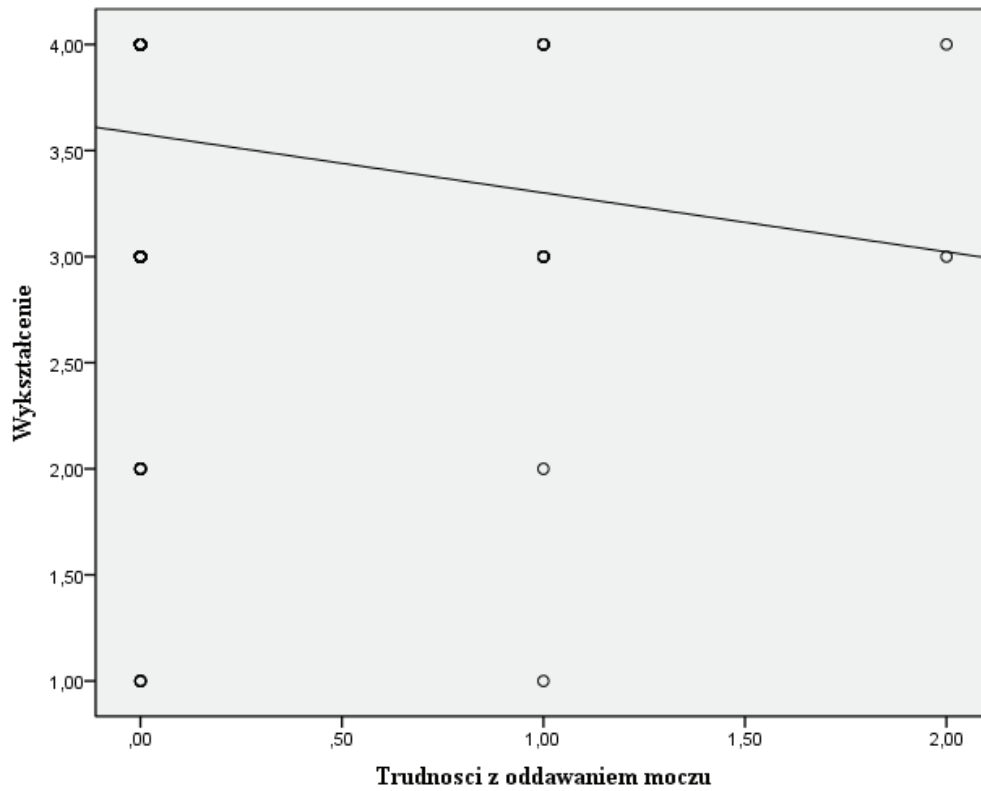
Dla pozostałych problemów pojawiających się w okresie położu nie uzyskano istotnie statystycznie związku. Zależności przedstawia tabela nr 30 oraz ryciny nr 7, 8 i 9.

Tabela 30. Związek pomiędzy wykształceniem badanych a funkcjonowaniem w okresie pogołu

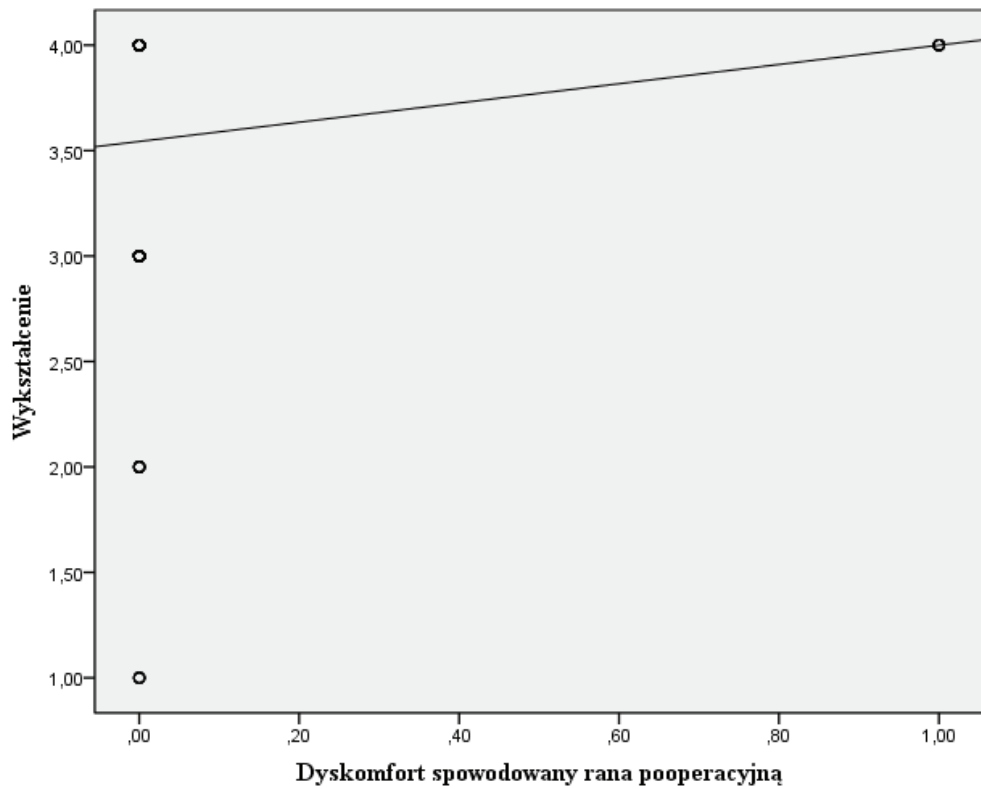
WYKSZTAŁCENIE	WSPÓŁCZYNNIK KORELACJI rHO	ISTOTNOŚĆ p
BÓL	-0,01	0,859
OBNIŻENIE NASTROJU	0,07	0,294
OGRANIECZENIE ZWIĄZANE Z KARMIENIEM PIERSIĄ	0,11	0,102
POCZUCIE WYCZERPANIA FIZYCZNEGO	0,07	0,274
POCZUCIE BEZRADNOŚCI	0,08	0,271
TRUDNOŚCI Z ODDAWANIEM STOLCA	-0,17	0,016
TRUDNOŚCI Z ODDAWANIEM MOCZU	-0,14	0,039
DYSKOMFORT SPOWODOWANY ZSZYCIEM KROCZA	-0,08	0,259
DYSKOMFORT SPOWODOWANY RANĄ POOPERACYJNĄ	0,13	0,052



Ryc.7. Wykres rozrzutu dla zmiennych: trudności z oddawaniem stolca oraz wykształcenie



Ryc.8. Wykres rozrzutu dla zmiennych: trudności z oddawaniem moczu oraz wysztalcenie



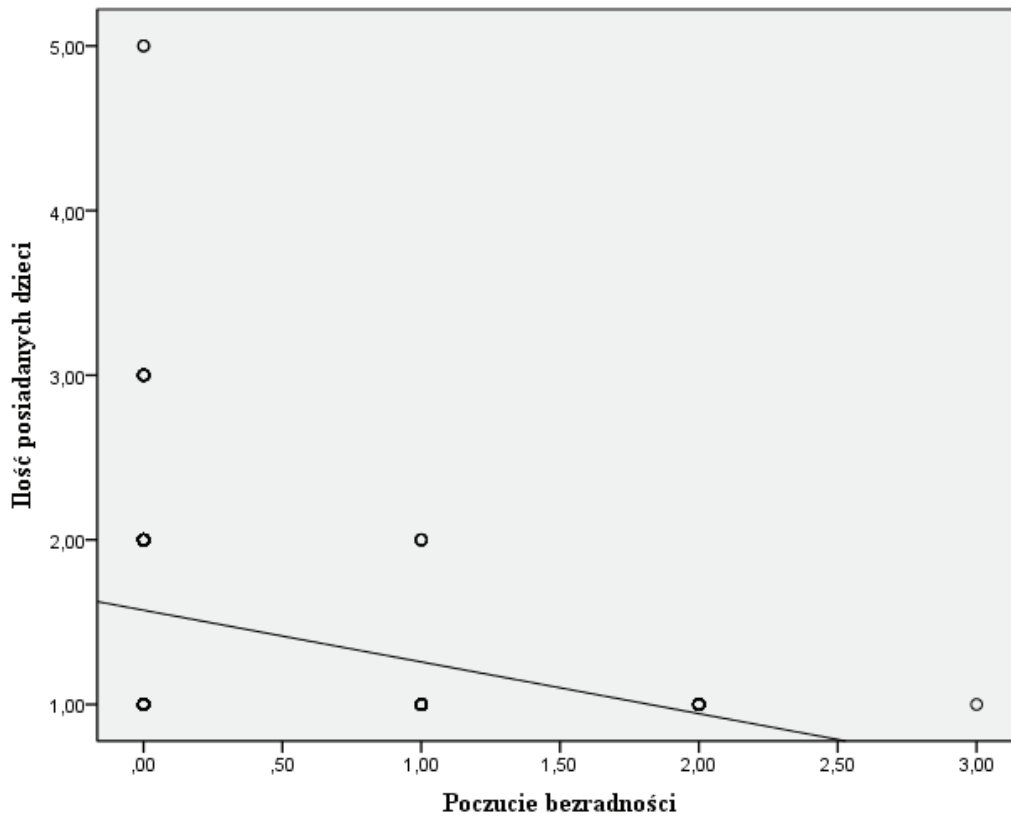
Ryc.9. Wykres rozrzutu dla zmiennych: dyskomfort spowodowany raną pooperacyjną oraz wysztalcenie

➤ **Ilość posiadanych dzieci**

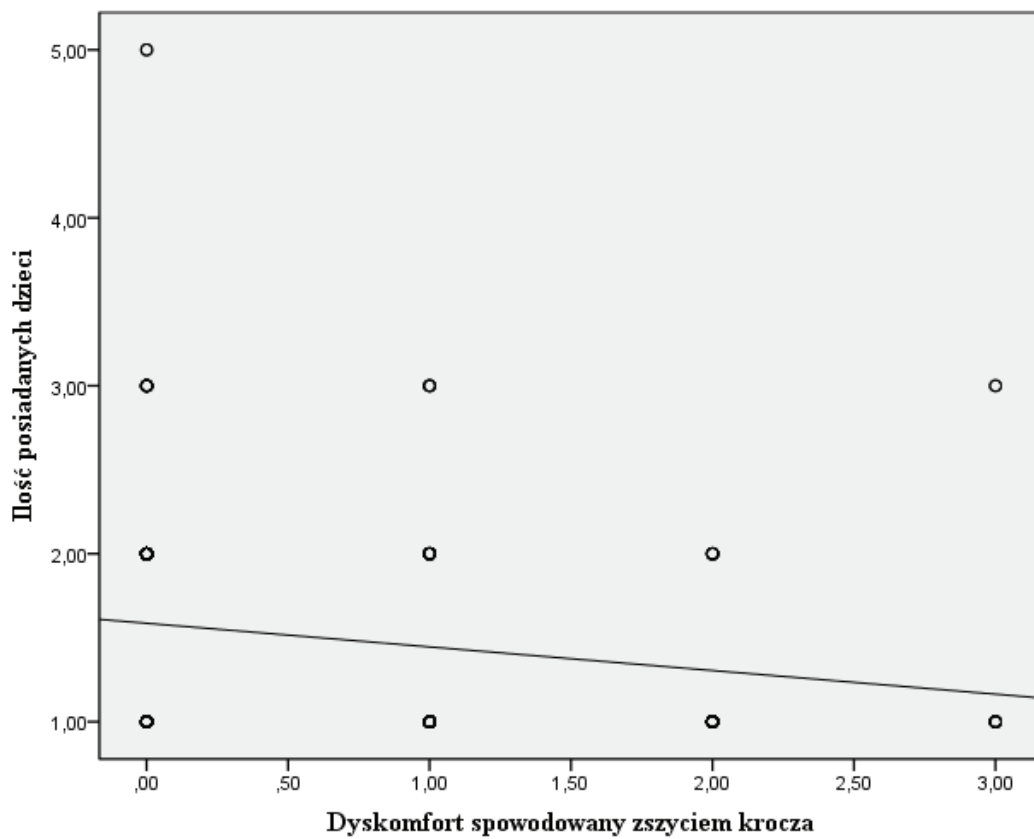
W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono analizę testem korelacji Spearmana. Analiza wykazała, że wraz ze wzrostem ilości posiadanych dzieci maleje stopień poczucia bezradności ($rHO = -0,28$; $p < 0,001$) oraz dyskomfort spowodowany zszyciem krocza ($rHO = -0,20$; $p < 0,05$). Wyniki przedstawia tabela nr 31 oraz ryciny 10 i 11.

Tabela 30. Związek pomiędzy ilością posiadanych dzieci a funkcjonowaniem w okresie połogu

ILOŚĆ POSIADANYCH DZIECI	WSPÓŁCZYNNIK KORELACJI rHO	ISTOTNOŚĆ p
BÓL	-0,03	0,613
OBNIŻENIE NASTROJU	-0,11	0,096
OGRANIECZENIE ZWIĄZANE Z KARMIENIEM PIERSIĄ	-0,07	0,296
POCZUCIE WYCZERPANIA FIZYCZNEGO	-0,08	0,258
POCZUCIE BEZRADNOŚCI	-0,28	0,000
TRUDNOŚCI Z ODDAWANIEM STOLCA	-0,12	0,078
TRUDNOŚCI Z ODDAWANIEM MOCZU	-0,07	0,335
DYSKOMFORT SPOWODOWANY ZSZYCIEM KROCZA	-0,20	0,004
DYSKOMFORT SPOWODOWANY RANĄ POOPERACYJNĄ	-0,09	0,190



Ryc.10. Wykres rozrzutu dla zmiennych: ilość posiadanych dzieci oraz poczucie bezradności



Ryc.11. Wykres rozrzutu dla zmiennych: ilość posiadanych dzieci oraz dyskomfort spowodowany zszyciem krocza

➤ **Planowana ciąża**

W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono analizę testem U Manna Whitneya. Analiza nie wykazała istotnych statystycznych różnic pomiędzy planowaniem ciąży a występowaniem dolegliwości w okresie połogu. Wyniki przedstawiają tabele nr 31 i 32.

Tabela 31. Uzyskane wyniki średnie dla poszczególnych dolegliwości vs. planowanie ciąży

DOLEGLIWOŚCI	PLANOWANA CIĄŻA	N	ŚREDNIA M	ODCHYLENIE STANDARDOWE SD
BÓL	TAK	162	0,48	0,75
	NIE	50	0,46	0,61
OBNIŻENIE NASTROJU	TAK	162	0,51	0,81
	NIE	50	0,56	0,84
OGRANICZNIE ZWIĄZANE Z KARMIENIEM PIERSIĄ	TAK	162	0,38	0,69
	NIE	50	0,24	0,56
POCZUCIE WYCZERPANIA FIZYCZNEGO	TAK	162	0,98	1,01
	NIE	50	0,96	1,05
POCZUCIE BEZRADNOŚCI	TAK	162	0,27	0,60
	NIE	50	0,16	0,47
TRUDNOŚCI Z ODDAWANIEM STOLCA	TAK	162	0,45	0,76
	NIE	50	0,40	0,67
TRUDNOŚCI Z ODDAWANIEM MOCZU	TAK	162	0,08	0,31
	NIE	50	0,08	0,27
DYSKOMFORT SPOWODOWANY ZSZYCIEM KROCZA	TAK	162	0,67	0,88
	NIE	50	0,58	0,86
DYSKOMFORT SPOWODOWANY RANĄ POOPERACYJNĄ	TAK	162	0,45	0,76
	NIE	50	0,48	0,81

Tabela 32. Związek pomiędzy planowaną ciążą a poszczególnymi dolegliwościami w okresie połogu

PLANOWANA CIĄŻA	U MANNA WHITNEYA Z	ISTOTNOŚĆ P
BÓL	-0,36	0,721
OBNIŻENIE NASTROJU	-0,45	0,654
OGRANICZENIA ZWIĄZANE Z KARMIENIEM PIERSIĄ	-1,38	0,167
POCZUCIE WYCZERPANIA FIZYCZNEGO	-0,23	0,821
POCZUCIE BEZRADNOŚCI	-1,25	0,212
TRUDNOŚCI Z ODDAWANIEM STOLCA	-0,17	0,864
TRUDNOŚCI Z ODDAWANIEM MOCZU	-0,27	0,789
DYSKOMFORT SPOWODOWANY ZSZYCIEM KROCZA	-0,66	0,509
DYSKOMFORT SPOWODOWANY RANĄ POOPERACYJNĄ	-0,19	-0,851

4.7.5 SPOSÓB UKOŃCZENIA CIĄŻY A CZYNNIKI RYZYKA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH PO PORODZIE

Hipoteza 5. Sposób ukończenia ciąży ma wpływ na występowanie czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie.

W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono analizę testem U Manna Whitneya. Analiza nie wykazała istotnych statystycznych różnic pomiędzy sposobem ukończenia ciąży, a występowaniem czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie ($Z = -0,22$; $p = 0,827$). Wyniki przedstawiają tabele nr 33 i 34.

Tabela 33. Sposób ukończenia ciąży a wystąpienie czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie

SPOSÓB UKOŃCZENIA CIĄŻY	U MANNA WHITNEYA Z	ISTOTNOŚĆ P
CZYNNIKI RYZYKA ZABURZEŃ PSYCH. PO PORODZIE	-0,22	0,827

Tabela 34. Wyniki średnie dla sposobu ukończenia ciąży vs. czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie

CZYNNIKI RYZYKA ZABURZEŃ PSYCH. PO PORODZIE		N	ŚREDNIA M	ODCHYLENIE STANDARDOWE SD
SPOSÓB UKOŃCZENIA PORODU	DROGAMI NATURY	137	1,79	1,99
	CESARSKIE CIĘCIE	75	1,97	2,53

4.7.6 SPOSÓB UKOŃCZENIA CIĄŻY A POZIOM LĘKU

Hipoteza 6. Sposób ukończenia ciąży ma wpływ na poziom lęku u położnic.

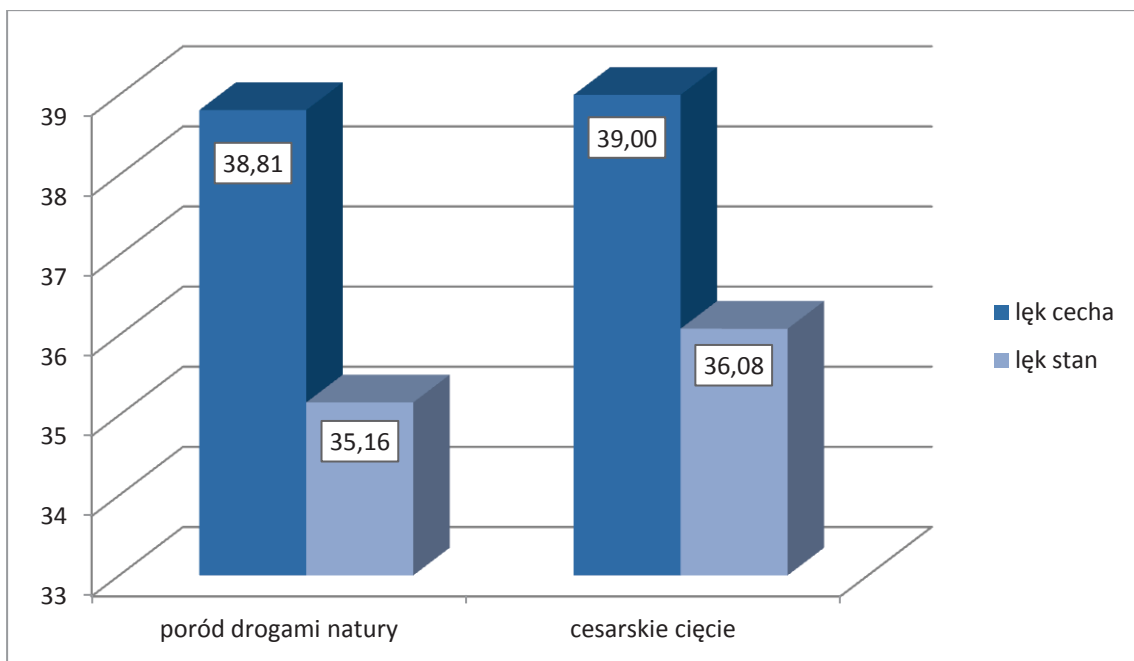
W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono analizę testem U Manna Whitneya. Analiza nie wykazała istotnych statystycznie zależności pomiędzy sposobem ukończenia porodu, a poziomem lęku jako cechy ($Z = -0,18$; $p = 0,854$) oraz poziomem lęku jako stanu ($Z = -0,83$; $p = 0,405$). Sposób ukończenia porodu nie wpływa na poziom lęku u badanych położnic. Uzyskane wyniki średnie przedstawiają tabele nr 35, 36 oraz rycina nr 12, a badane zależności tabele nr 37 i 38.

Tabela 34. Wyniki średnie dla lęk jako cecha vs. sposób ukończenia ciąży

LĘK JAKO CECHA		N	ŚREDNIA M	ODCHYLENIE STANDARDOWE SD
SPOSÓB UKOŃCZENIA CIĄŻY	DROGAMI NATURY	137	38,81	7,69
	CESARSKIE CIĘCIE	75	39,00	8,74

Tabela 36. Wyniki średnie dla lęk jako stan vs. sposób ukończenia ciąży

LĘK JAKO STAN		N	ŚREDNIA M	ODCHYLENIE STANDARDOWE SD
SPOSÓB UKOŃCZENIA CIĄŻY	DROGAMI NATURY	137	35,16	8,86
	CESARSKIE CIĘCIE	75	36,08	8,64



Ryc. 12. Poziom lęku u położnic a sposób ukończenia ciąży

Tabela 37. Sposób ukończenia ciąży vs. lęk jako cecha

SPOSÓB UKOŃCZENIA CIĄŻY	U MANNA WHITNEYA Z	ISTOTNOŚĆ p
LĘK - CECHA	-0,18	0,854

Tabela 38. Sposób ukończenia ciąży vs. lęk jako stan

SPOSÓB UKOŃCZENIA CIĄŻY	U MANNA WHITNEYA Z	ISTOTNOŚĆ p
LĘK - STAN	-0,83	0,405

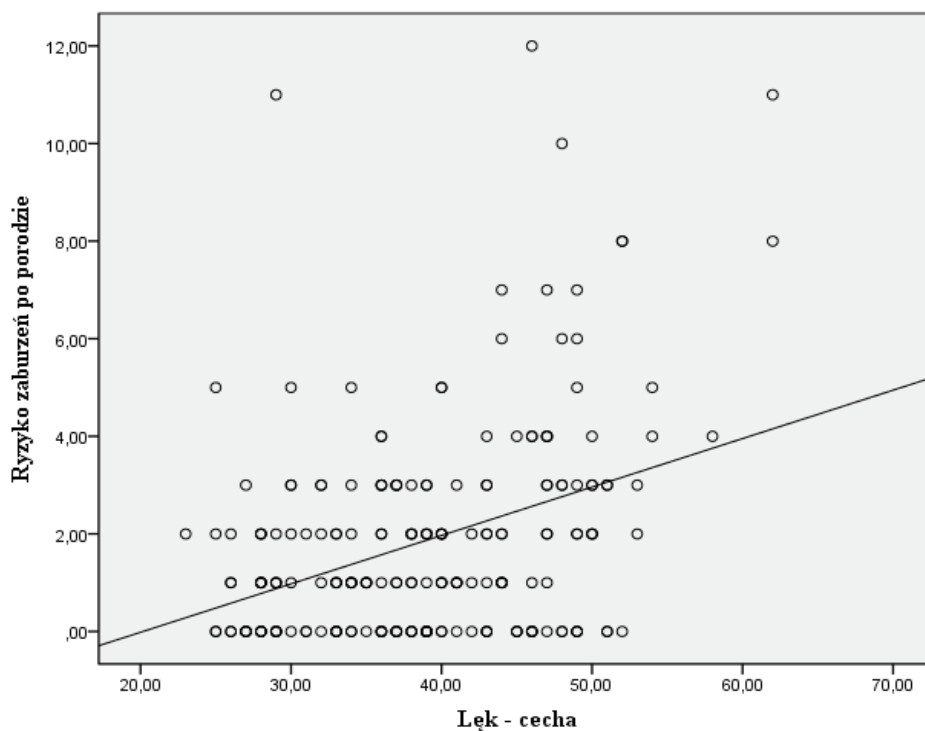
4.7.7 CZYNNIKI RYZYKA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH PO PORODZIE A POZIOM LĘKU

Hipoteza 7. Występowanie czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie ma wpływ na poziom lęku u położnic.

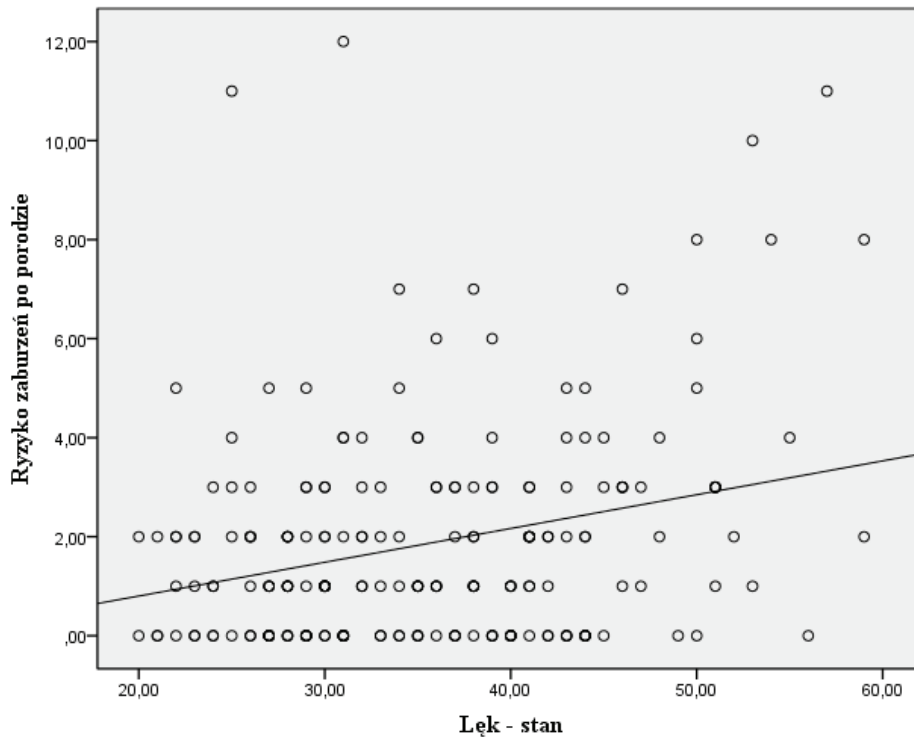
W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono analizę testem korelacji Spearmana. Analiza wykazała istotny związek pomiędzy zmiennymi. Wraz ze wzrostem liczby czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie wzrasta poziom lęku jako cechy ($rHO = 0,29$; $p < 0,05$) oraz poziomu lęku jako stanu ($rHO = 0,21$; $p < 0,05$). Wynik korelacji przedstawia tabela nr 39 oraz ryciny nr 13 i 14.

Tabela 39. Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie vs. lęk jako cecha i stan

CZYNNIKI RYZYKA ZABURZEŃ PSYCH. PO PORODZIE	WSPÓŁCZYNNIK	ISTOTNOŚĆ
	KORELACJI	
	rHO	p
LĘK-CECHA	0,298	0,000
LĘK-STAN	0,211	0,002



Ryc.13. Wykres rozrzutu dla zmiennych: czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie oraz lęk – cecha



Ryc.14. Wykres rozrzutu dla zmiennych: czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie oraz lęk – stan

4.7.8 UCZESTNICTWO W ZAJĘCIACH SZKOŁY RODZENIA A POZIOM LĘKU

Hipoteza 8. Istnieje związek pomiędzy uczestnictwem w zajęciach Szkoły Rodzenia a poziomem lęku u położnic.

W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono analizę testem U Manna Whitneya. Analiza nie wykazała istotnych statystycznie zależności pomiędzy uczestnictwem w Szkole Rodzenia a poziomem lęku jako cechy ($Z = -0,89$; $p = 0,370$); wykazała zaś istotne statystycznie różnice pomiędzy kobietami, które uczęszczały do Szkoły Rodzenia a poziomem lęku jako stanu. Podsumowując, położnice, które uczęszczały na zajęcia do Szkoły Rodzenia prezentowały niższy poziom lęku jako stanu w porównaniu z tymi, które nie korzystały z zajęć ($Z = -2,17$; $p < 0,05$). Wyniki średnie przedstawiają tabele nr 40 i 41, a badane zależności tabela nr 42 .

Tabela 40. Poziom lęku jako cechy a uczestnictwo w zajęciach Szkoły Rodzenia – wyniki średnie

LĘK - CECHA		N	ŚREDNIA M	ODCHYLENIE STANDARDOWE SD
UCZESTNICTWO W SZKOLE RODZENIA	TAK	140	38,52	7,71
	NIE	72	39,57	8,70

Tabela 41. Poziom lęku jako stanu a uczestnictwo w zajęciach Szkoły Rodzenia – wyniki średnie

LĘK - STAN		N	ŚREDNIA M	ODCHYLENIE STANDARDOWE SD
UCZESTNICTWO W SZKOLE RODZENIA	TAK	140	34,56	8,54
	NIE	72	37,29	8,99

Tabela 42. Uczestnictwo w zajęciach Szkoły Rodzenia vs. poziom lęku

UCZESTNICTWO W SZKOLE RODZENIA	U MANNA WHITNEYA Z	ISTOTNOŚĆ p
LĘK - CECHA	-0,89	0,370
LĘK - STAN	-2,17	0,030

4.7.9 POZIOM LĘKU U POŁOŻNIC A UZYSKIWANA POMOC I WSPARCIE W OKRESIE POŁOGU

Hipoteza 9. Istnieje związek pomiędzy poziomem lęku u położnic a uzyskiwaną pomocą i wsparciem.

W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono analizę testem korelacji Spearmana, Przeprowadzona analiza nie wykazała związku pomiędzy poziomem lęku jako cechy a uzyskiwaną pomocą. W przypadku zmiennych: lęk jako stan a otrzymywana pomoc, uzyskano istotne statystycznie zależności. Wraz ze wsparciem rodziny ($rHO = 0,21$; $p < 0,05$) i wsparciem od znajomych ($rHO = 0,18$; $p < 0,05$)

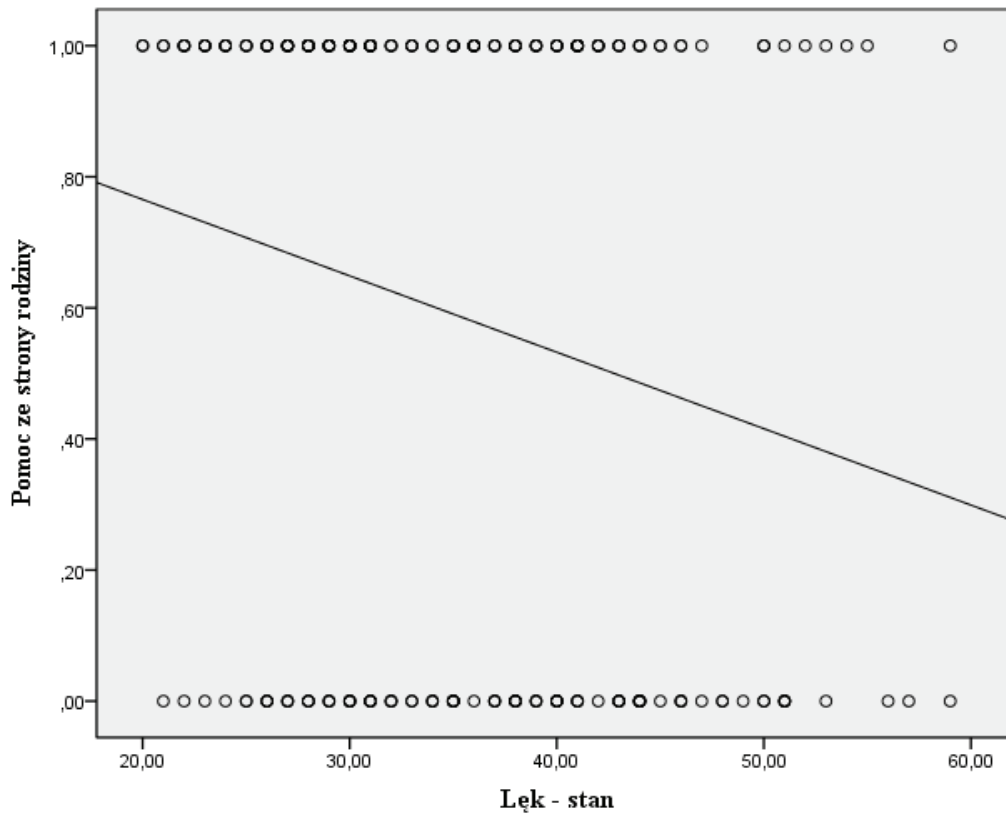
poziom lęku u badanych małż. Wyniki przedstawiają tabele nr 43 i 44. Dla istotnych zależności zaprezentowano wykresy rozrzutu na rycinach nr 15 i 16.

Tabela 43. Poziom lęku jako cechy a źródła wsparcia i pomocy

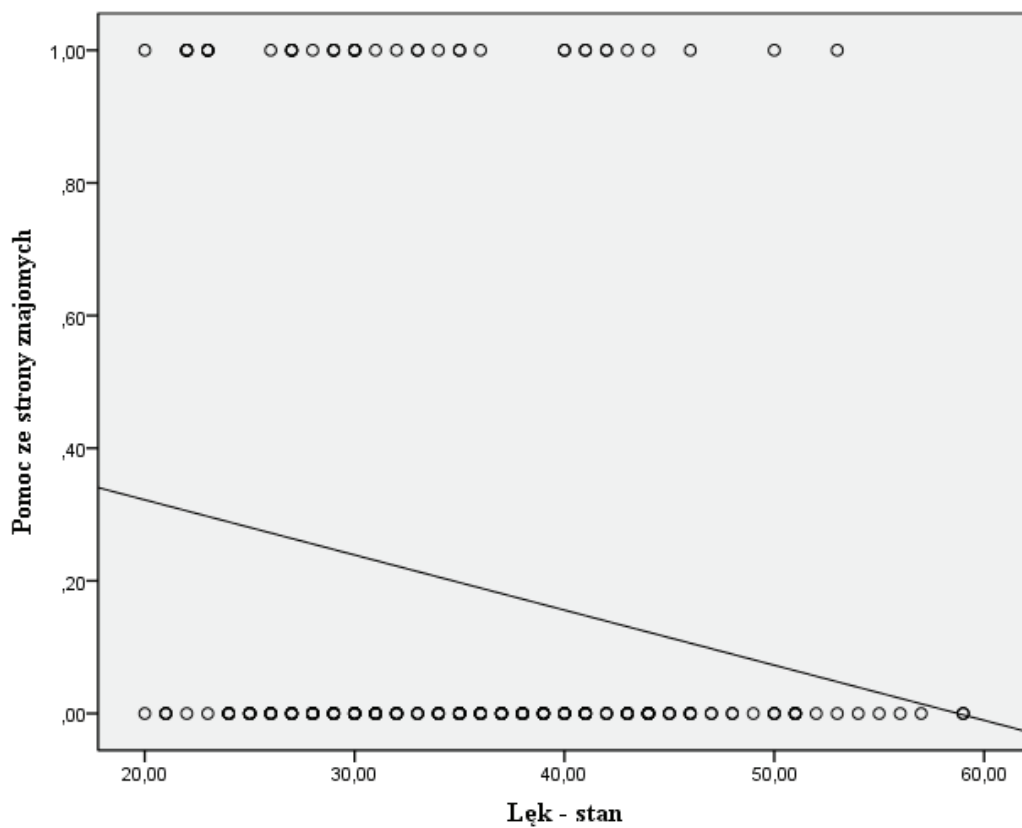
LĘK - CECHA	WSPÓŁCZYNNIK KORELACJI rHO	ISTOTNOŚĆ p
BRAK POMOCY	-0,035	0,616
MAŻ/PARTNER	-0,114	0,099
LEKARZ	-0,065	0,343
POŁOŻNA/PIELĘGNIARKA	0,042	0,544
RODZINA	-0,101	0,143
ZNAJOMI	-0,061	0,374
INNI	0,060	0,383

Tabela 44. Poziom lęku jako stanu a źródła wsparcia i pomocy

LĘK - STAN	WSPÓŁCZYNNIK KORELACJI rHO	ISTOTNOŚĆ p
BRAK POMOCY	0,043	0,529
MAŻ/PARTNER	-0,088	0,203
LEKARZ	-0,067	0,329
POŁOŻNA/PIELĘGNIARKA	-0,107	0,121
RODZINA	-0,208	0,002
ZNAJOMI	-0,184	0,007
INNI	-0,011	0,871



Ryc.15. Wykres rozrzutu dla zmiennych: pomoc ze strony rodziny oraz lęk - stan



Ryc.16. Wykres rozrzutu dla zmiennych: pomoc ze strony znajomych oraz lęk - stan

5 OMÓWIENIE I Dyskusja Wyników Badań

Sprawowanie opieki nad położnicą nie powinno kończyć się z chwilą opuszczenia przez nią szpitala, w którym urodziła dziecko. Opisane w poprzednim rozdziale liczne problemy, z którymi borykają się kobiety po porodzie, obligują personel sprawujący opiekę nad nimi, głównie położną środowiskowo – rodzinną, do zaoferowania wsparcia i pomocy. W Polsce opieka ta sprawowana jest głównie w postaci wizyt patronażowych realizowanych przez położną do ukończenia przez dziecko drugiego miesiąca życia [64].

Jednym z badanych elementów omawianych badań była ocena przygotowania położnic do okresu połogu. Poszukiwano odpowiedzi na pytania związane ze źródłami wiedzy na temat połogu oraz o uczestnictwo w zajęciach Szkoły Rodzenia. Ponad połowa respondentek (66%) uczestniczyła w zajęciach Szkoły Rodzenia, co dla 24,7% stanowiło źródło informacji na temat okresu połogu. Mimo tego, że to właśnie położna powinna przekazać położnicy informacje na temat bólu poporodowego, higieny krocza, inwolucji mięśnia macicy, odchodów połogowych jedynie 15, 6% ankietowanych ją wskazało jako źródło pozyskiwanych informacji. Jako najczęstsze źródło pozyskiwanej wiedzy respondentki wskazały Internet (26,8%). Wyniki większości polskich badań potwierdzają ową tendencję. Ponad połowa badanych przez Wszolek K. uczestniczyła w Szkole Rodzenia i aż 60 % respondentek korzystała z Internetu w poszukiwaniu informacji na temat porodu [65]. W badaniach Doroszewskiej i Dmoch – Gajzlerskiej Internet stanowił źródło wiedzy o ciąży, porodzie, połogu i pielęgnacji dziecka dla 80% badanych. Zgodnie z powyższymi danymi, zasoby internetowe stały się bardzo popularnym źródłem wiedzy medycznej. Warto jednak zwrócić uwagę, na fakt, że pacjenci mają trudność z rozróżnieniem informacji rzetelnych od niejasnych, czy nieprawdziwych, co niesie za sobą pewne zagrożenia [66]. Kaźmierczak M. i wsp. wskazują na konieczność prowadzenia systematycznej edukacji w zakresie pielęgnacji i samopielęgnacji w okresie połogu [67]. Badania Mazurkiewicz i wsp. wskazują, iż w opinii położnych poziom wiedzy położnic dotyczący okresu połogu jest zróżnicowany i zależy od zagadnienia. Położne najwyżej oceniły wiedzę położnic w zakresie pielęgnacji rany krocza lub rany po cięciu cesarskim, a najniżej znajomość zagadnienia powrotu płodności po porodzie [68]. Badania Kwiatek M. i wsp. określają, iż częściej z zajęć Szkoły Rodzenia korzystają kobiety z wyższym wykształceniem,

zamieszkujące duże miasta i oczekujące pierwszego dziecka. Takie wyniki prezentują również autorzy badań europejskich [69,70]. W przedstawianych badaniach dokładnej analizy uczestniczek zajęć Szkoły Rodzenia nie dokonano, jednak jak uprzednio wspomniano ponad połowa badanej populacji skorzystała z zajęć przygotowujących do porodu i położenia, 61,3% badanych to mieszkanki dużych miast, 63,7% deklaruje posiadanie wyższego wykształcenia, a dla 61,7% obecne dziecko było pierwszym. Wobec powyższych doniesień, można stwierdzić, że propagowanie przygotowania ciężarnych do porodu oraz wczesnego macierzyństwa w formie zajęć Szkół Rodzenia powinno być skierowane do kobiet o niższym poziomie wykształcenia oraz mieszanek wsi [68].

Konsekwencją nieodpowiedniej opieki i niedostatku edukacji w okresie ciąży bywają niejednokrotnie problemy pojawiające się w okresie położenia. Badacze poświęcili wiele uwagi problemom zdrowia psychicznego u położnic, niestety jedynie nieliczni opisują dolegliwości fizyczne, które zaburzają funkcjonowanie kobiet w okresie położenia. Niniejsze opracowanie przyczynia się do poszerzenia wiedzy w tym zakresie, zarówno poprzez określanie przez respondenci pojawiające się problemy i dolegliwości w kolejnych tygodniach położenia, jak i dokonanie przez nie samooceny zadowolenia z życia. W prezentowanych badaniach własnych okazało się, że jedynie 2,5% badanych nie wskazało żadnej dolegliwości w pierwszym tygodniu położenia, między 2.- 4. tygodniem co najmniej jeden problem deklarowało 91,7% respondentek, a w 5.-6. tygodniu żadnego problemu nie zgłosiło 34,2% położnic. Podobne doniesienia odnaleźć można w kanadyjskich badaniach Ansara D. i wsp., 96% kobiet potwierdziło pojawienie się co najmniej jednego problemu zdrowotnego w pierwszych dwóch miesiącach od porodu [43]. Australijskie badania wskazują podobnie – 94% badanych zgłosiło co najmniej jeden problem w przeciągu ośmiu tygodni od czasu porodu [38]. Szwedzkie badania Schytt E. i wsp. określają dodatkowo tymczasowość niektórych problemów takich jak ból kroczka, trudność z oddawaniem moczu czy problemy w przebiegu laktacji w pierwszych dwóch miesiącach od porodu, w porównaniu do problemów, których poziom wręcz wzrastał nawet w rok czasu od porodu np. poczucie zmęczenia, bóle głowy, pleców i szyi [40]. W moich badaniach zaobserwować można, iż najczęstszym problemem deklarowanym przez badane w pierwszym tygodniu położenia był dyskomfort spowodowany raną kroczka i jej zszyciem (12,5%), następnie ból i poczucie wyczerpania fizycznego (9,9%) oraz pogryzione brodawki sutkowe (8,8%). Położnicom w 2. – 4. tygodniu położenia najbardziej dokuczało poczucie wyczerpania

fizycznego (18,3%) oraz obniżenie nastroju (9,2%), następnie dyskomfort spowodowany raną oraz zszyciem krocza (8,3%), trudności w oddawaniu moczu i stolca (7%). Dla położnic w 5.-6. tygodniu połogu najbardziej dolegliwym problemem było poczucie wyczerpania fizycznego (17, 1%), następnie uciążliwa kolka u noworodka (13%), niedobór pokarmu i obniżenie nastroju (7,2%). Charakterystyczną cechą każdego z omawianych problemów było obniżanie się jego poziomu wraz z kolejnymi tygodniami połogu. Wyjątek stanowiło zagadnienie niedoboru pokarmu, na które uskarżało się początkowo 14, 6% badanych, w kolejnych tygodniach 5,7%, a pod koniec połogu 7,1%. Angielskie badania Rowlands I. i Redshaw M. wskazują, iż najczęstszym problemem wskazywanym przez położnice w 10. dobie połogu było poczucie wyczerpania i zmęczenie (37%), problemy z karmieniem piersią (35%), ból w okolicy założenia szwów (34%) [71]. Rodzime badania Gebuzy i wsp. przeprowadzone wśród położnic przebywających w oddziałach położniczych określają, iż najczęstszym wymienianym przez położnice problemem był ból (82%), następnie dyskomfort spowodowany raną krocza (69,8%), problemy z laktacją (29,6%), pogorszenie nastroju (26%) oraz ograniczenia związane z karmieniem noworodka (13,%). Ponadto badane poproszone zostały o udzielenie odpowiedzi o przyczyny bólu. Prawie połowa (45, 7%) podała, że przyczyną dolegliwości bólowych było nacięcie i zszycie krocza, dla 40% respondentek ból spowodowany był skurczami mięśnia macicy, a dla 14,3% z nich kojarzył się z uszkodzeniem brodawek sutkowych [4]. Moje badania również omawiają powyższe przyczyny bólu. Dla 90,4% badanych ból stanowił problem. Ponad jedna piąta badanych (21, 4%) podała, że ból spowodowany był obrażeniami krocza i zszytym kroczem, dla 18, 3% przyczyną bólu była rana po cięciu cesarskim, dla 15, 5% ból spowodowany był połogowymi skurczami mięśnia macicy, a 13, 8% respondentek przypisało ból uszkodzeniu brodawek sutkowych. Dwie najczęściej deklarowane przyczyny pojawiającego się bólu w okresie połogu związane są z rodzajem porodu. Odczucia bólowe mogą negatywnie wpływać na funkcjonowanie młodych matek i upośledzać ich zdolność opieki nad dzieckiem, a zastosowanie leczenia przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym wpływa na lepszą jakość życia kobiet po porodzie [37]. Ponad jedna trzecia moich badanych (35,4%) urodziła dziecko drogą cięcia cesarskiego, pozostałe badane urodziły drogami i siłami natury, z czego 43,4% miało wykonany zabieg epizjotomii. Dane te odbiegają od europejskiego wskaźnika porodów operacyjnych (19%) [72] oraz zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia, która określa docelowy odsetek cięć cesarskich na 15% [73]. Tendencja

wzrostowa tego zjawiska obserwowana jest w większości krajów. Badania Stasieluk A. i wsp. jako główną przyczynę wzrostu odsetka cięć cesarskich w Polsce podają przebyte przez pacjentkę cięcia cesarskiego w przeszłości [74]. Analizując pozyskane dane w zakresie odczuwanych przez kobiety dolegliwości wykazałam, że częściej dolegliwości w okresie połogu deklarowały badane, które ukończyły ciążę cięciem cesarskim, niż te, które urodziły drogami natury. Badania Thompson J.F. na grupie australijskich kobiet obrazują różne zależności. Kobiety, które urodziły drogą cięcia cesarskiego częściej deklarowały poczucie zmęczenia i dolegliwości ze strony układu pokarmowego, rzadziej zaś zgłaszały ból krocza i objawy nietrzymania moczu w 8. tygodniu połogu [38]. Przeglądu badań w omawianym obszarze dokonała Velho M. N. i wsp., która przytacza szereg argumentów przemawiających za porodami dokonywanymi drogami i siłami natury. Wymienia między innymi: niższy poziom bólu, szybszy powrót do sprawności fizycznej i codziennych obowiązków [75]. Jako podaje Wasilewska - Pordes kobiety po porodzie operacyjnym częściej mają problemy ze snem i obniżone łaknienie [76]. W opracowaniu Oslislo i Otffinowskiej swoje doświadczenia gorzej oceniają matki po cięciu cesarskim, niż te które urodziły drogami natury. Szwedzkie badania Jansen i wsp. jednoznacznie wskazują na większe zmęczenie, niższą jakość życia i dłuższy czas odzyskiwania sprawności u kobiet po zarówno po nagłym, jak i planowym cięciu cesarskim w porównaniu z kobietami, które urodziły naturalnie [77,78]. Badania przeprowadzone na populacji irańskich kobiet również sugerują, iż poród drogami natury może prowadzić do lepszej jakości życia, zwłaszcza w zakresie zdrowia fizycznego [79].

W swoich badaniach podjęłam próbę określenia problemów i dolegliwości kobiet w okresie połogu w kontekście następujących zmiennych: wiek badanych, posiadane wykształcenie, ilość posiadanych dzieci oraz element planowania ciąży. Przeprowadzona analiza wskazała, iż wiek jest jednym z czynników determinujących funkcjonowanie kobiet w okresie połogu. Zaobserwowano, że im starsze kobiety, tym mniejsze problemy z oddawaniem moczu w okresie połogu oraz mniej odczuwany dyskomfort spowodowany zszyciem krocza. Odwrotną obserwację uzyskano dla kobiet po cięciu cesarskim - wraz ze wzrostem wieku położnic rośnie dyskomfort spowodowany raną pooperacyjną. Poziom wykształcenia badanych okazał się być czynnikiem związanym z takimi dolegliwościami jak: trudności z oddawaniem stolca, moczu oraz odczuwaniem dyskomfortu spowodowanego raną pooperacyjną. Wraz ze wzrostem deklarowanego poziomu wykształcenia trudności z oddawaniem moczu

i stolca w porożu malały, a dyskomfort spowodowany raną pooperacyjną zwiększał się. W badaniach wykazałam również wpływ dziećności na funkcjonowanie kobiet w porożu. Posiadanie więcej niż jednego dziećka ma ochronny wpływ na odczuwane przez porożnice poczucie bezradności oraz dyskomfort spowodowany obrażeniami kroczu. Analizowane dane nie wskazują na jakikolwiek związek elementu planowania ciąży z pojawiającymi się problemami zdrowotnymi w okresie porożu. Wobec powyższych związków nie można pominąć doniesień innych autorów. Nie odnalazłam badań poszukujących zbieżnych korelacji, istnieją jednak inne określające liczne czynniki determinujące funkcjonowanie kobiet w porożu. Wyniki szwedzkich badań Schytt E. i wsp. wskazują, że jednym z czynników warunkujących okres porożu jest dziećność. Pierwiastki częściej uskarżały się na zmęczenie, bóle pleców, sutków oraz kroczu. W grupie wieloródek statystyczne zależności wykazano wobec trzech czynników: ból głowy, barków i problemy ze snem. Podobne wyniki badań prezentują Thompson J.F. i wsp. [38,40]. Inne badania Schytt E. i zespołu, przeprowadzone na grupie kobiet w odstępie jednego roku od porożu, identyfikują czynniki odpowiedzialne za wystąpienie wysiłkowego nietrzymania moczu (WMN), a związane są bezpośrednio z okresem porożu. Czynniki prognostycznymi w grupie pierwiastek było nietrzymanie moczu w okresie porożu, a otyłość i wystąpienie zaparć w porożu znajdowało się na granicy tendencji statystycznej. Poród operacyjny zdaniem autorów zmniejsza ryzyko wystąpienia WNM. Dla wieloródek jedynym czynnikiem predysponującym do WNM było nietrzymanie moczu w porożu, a wiek powyżej 35 lat, pęknięcie kroczu pierwszego i drugiego stopnia znajdowało się na granicy tendencji statystycznej. Podobne zależności wykazują angielskie badania MacArthur i wsp. [45,46].

Według wielu badaczy poziom wykształcenia uznawany jest za najistotniejszą zmienną wpływającą na postawy i zachowania wobec zarówno zdrowia, jak i choroby [80]. Była to istotna zmienna również w moich badaniach. Jednak zdaniem szwedzkich badaczy wiek i sposób porożu nie miały zakłócającego wpływu na deklarowane przez respondentki problemy [40]. W amerykańskim badaniu Ahn S. i Youngblut J.M. również nie potwierdzono związku pomiędzy wykształceniem oraz zatrudnieniem, a dolegliwościami w okresie porożu. Najistotniejszymi czynnikami determinującymi zdrowie kobiet w porożu były: temperament noworodka, wsparcie społeczne, rodziny oraz dochody [81].

Kwestia zajścia w nieplanowaną ciążę posiada kilka aspektów. Jednym z nich jest kontekst biologiczny. Ponieważ partnerzy nieprzygotowujący się do poczęcia nie zwracają uwagi na styl życia i stan zdrowia, dlatego stanowi to element zagrażający dla potencjalnie rozwijającego się płodu. Zajście w nieplanowaną ciążę może opóźnić podjęcie sprawowania opieki prenatalnej przez profesjonalistów. W tym kontekście wydawać by się mogło, że komplikacja ta może mieć wpływ na odczuwane przez kobiety problemy w okresie połogu. Moje badanie jednak tego nie potwierdza. W badane przeze mnie próbie w nieplanowaną ciążę zaszło 50 respondentek (23,6%), jednak analiza nie wykazała związku pomiędzy planowaną ciążą, a funkcjonowaniem kobiet w okresie połogu. Doniesienia Ansara D. i wsp. ponad to udowodniły, że kobiety które zaszły w nieplanowaną ciążę (27,5%), rzadziej zgłaszały problem bólu krocza po porodzie. Jak tłumaczy Bielawska – Batorowicz nieakceptowana ciąża nie musi pozostać niepożądaną. Wraz z rozwojem ciąży, równoległe przebiega proces adaptacji do roli rodzica i nawiązywanie więzi emocjonalnej z dzieckiem. Wyrazem tego jest fakt, że w ostatnim etapie ciąży nie obserwuje się różnic w nasileniu więzi z dzieckiem, zarówno w ciążach planowanych jak i nieplanowanych [16,43].

Ciąża, poród i połóg, jak wykazuje wielu badaczy, mają ogromny wpływ, na jakość życia kobiet [82]. W moich badaniach respondentki poproszono o ocenę zadowolenia z życia. Przy pomocy wizualnej skali (drabiny Cantrila) respondentki oceniały swoje zadowolenie z życia przed ciążą, w chwili badania oraz za dwa lata od momentu urodzenia dziecka. Zgodnie z oceną wyników średnich należy zaznaczyć, że badane wysoko oceniają swoje zadowolenie z życia (M - 8, 27 vs.8,49 vs.9,50). Wykazano również, że ankietowane prognozują większe zadowolenie z życia za dwa lata, w porównaniu zarówno z czasem sprzed ciąży, jak i z chwilą obecną. W badaniach Shytt E. i wsp. odnaleźć można doniesienia, że większość badanych, ocenia swoje samozadowolenie ze zdrowia dobrze i bardzo dobrze, w drugim miesiącu od porodu. Wysokie wskaźniki zadowolenia z życia i pozytywne prognozy tłumaczyć może fakt, że decyzja o posiadaniu potomstwa postrzegana jest jako wskaźnik zadowolenia z sytuacji życiowej. Odczuwana ulga i euforia po narodzinach zdrowego dziecka dodatkowo wpływają na odczucia kobiet po porodzie [40]. Mazur i wsp. w badaniach nad stanem zdrowia i nierówności w zdrowiu wśród młodzieży, wskazują, że zadowolenie z życia jest powszechnie uznanym elementem samopoczucia rozumianego jako *well-being*. Uznaje się, że na ogólne zadowolenie z życia, na równi z czynnikami zdrowotnymi, wpływają takie zasoby jak: jakość życia rodzinnego, relacje z przyjaciółmi, zasoby

majątkowe, warunki mieszkaniowe, doświadczenia w miejscu pracy lub nauki oraz cechy osobowe jednostki. W odniesieniu do badań własnych, narodziny dziecka są w opinii badanych czynnikiem bezpośrednio związanym z oceną zadowolenia z życia [83].

Prawidłowe żywienie we wczesnym okresie życia dziecka wpływa na jego rozwój fizyczny i psychiczny, a tym samym umożliwia osiągnięcie genetycznie uwarunkowanego potencjału zdrowotnego oraz poziomu inteligencji. Najbardziej aktualne Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci po raz kolejny podkreślają, iż celem do którego należy zmierzać w kwestii żywienia niemowląt, jest wyłączone karmienie mlekiem matki do szóstego miesiąca życia. Przez wyłączone karmienie piersią rozumie się karmienie mlekiem matki bezpośrednio z piersi lub odciągniętym pokarmem. Dziecko nie jest w tym czasie dopajane (woda, soki, herbatki) oraz dokarmiane, zarówno mieszankami, jak i pokarmami stałymi. Dopuszcza się podaż witamin i leków [84].

W badanej przeze mnie populacji wskaźnik karmienia piersią 5.-6. tygodniu życia dziecka wyniósł 84%. Odsetek ten nie odzwierciedla wyłączonego karmienia piersią, zawiera on również kombinacje związane z dokarmianiem i dopajaniem dziecka. Dokarmianie odciągniętym z piersi pokarmem deklarowało 17,9% ankietowanych, mleko modyfikowane podawało 28,3% kobiet, a 7,6% badanych dopajało niemowlę wodą, sokami lub herbatką. Dane z 2015 roku, zaprezentowane w raporcie pt. „Karmienie Piersią w Polsce” opracowanym przy pomocy Centrum Nauki o Laktacji, wskazują, że większość noworodków tuż po narodzinach jest karmiona naturalnie (98%). Wskaźnik ten z każdym kolejnym miesiącem dramatycznie spada. W 6. tygodniu po porodzie do karmienia piersią przyznaje się tylko 46% badanych, między 2. a 6. miesiącem - 42%. Odsetek dzieci karmionych piersią w 12. miesiącu życia wynosi 11,9%. Nieco lepiej wyglądają omawiane wskaźniki w lokalnych badaniach, co prawdopodobnie związane jest z prowadzonymi inicjatywami na rzecz promocji karmienia piersią. Dane z 2013 roku, opracowane na potrzeby programu zdrowotnego pt. „Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska”, realizowanego w Gdańsku, jednoznacznie wskazują na poprawę wskaźników karmienia piersią już po 2 latach realizacji programu. Wyłączone karmienie piersią deklaruje 72% ankietowanych, a karmienie mieszane kolejne 20% [85,86,87]. Wyniki badań własnych wykazały, że czynnikiem determinującym sposób żywienia niemowlęcia jest sposób porodu. Kobiety, które urodziły drogami natury częściej karmiły swoje dzieci

piersią, niż te które urodziły drogą cięcia cesarskiego (58,0% vs.25,9%). Położnice po porodzie operacyjnym istotnie częściej statystycznie dopajały noworodki wodą, niż te po porodzie drogami natury (62, 7% vs. 32,1%). Zbieżne zależności odnaleźć można w irańskich badaniach Saeed G. i wsp., według których sposób porodu ma wpływ na praktyki związane z żywieniem niemowląt, a wraz ze wzrostem odsetka cięć cesarskich wzrastają wskaźniki karmienia mlekiem modyfikowanym [88]. Regan J. i wsp. podają, że kobiety, które rodzą po raz kolejny drogą cięcia cesarskiego rzadziej inicjują karmienie piersią. Kobiety, które urodziły dzieci drogami natury, po uprzednim cięciu cesarskim, częściej karmią swoje dzieci naturalnie, niż kobiety po powtórny porodzie operacyjnym [8].

Banasiewicz J. i Wójtowicz S. w swoich rozważaniach wskazują na dwa główne czynniki obniżające jakość życia kobiet po porodzie drogą cięcia cesarskiego, jednym z nich jest ból pooperacyjny, a drugim właśnie problemy związane z karmieniem piersią. Opóźniony kontakt matki z dzieckiem po porodzie operacyjnym oraz zastosowanie leków anestetycznych mogą zaburzać proces laktacji i jak zaleca Hobbs A.J. i wsp. należy zapewnić szczególne wsparcie i pomoc, w zakresie inicjacji i kontynuacji karmienia piersią, właśnie tej grupie kobiet, ponieważ odpowiednio wczesne i częste przystawianie do piersi pozwoli na skuteczną laktację [90,91].

Na obraz stanu emocjonalnego kobiet w połogu wpływa cała gama czynników zarówno związanych z fizjologią tego stanu, jak i szereg czynników zewnętrznych. Niedostateczna wiedza w zakresie zmian dotyczących ciała i umysłu po narodzinach dziecka, brak wsparcia ze strony najbliższych oraz personelu medycznego sprawującego opiekę nad matką i dzieckiem, mogą stanowić przyczynę problemów emocjonalnych i prowadzić do poważnych zaburzeń psychicznych. Ponieważ udowodniona jest zależność pomiędzy nierozpoznanym i nieleczonym zaburzeniem emocjonalnym, a wystąpieniem depresji, czy psychozy poporodowej, istotnym wydaje się diagnozowanie oraz określanie ciężarnych i położnic z grup ryzyka [34]. Określenie czynników ryzyka możliwe jest podczas rutynowego zbierania wywiadu, przy pomocy schematu, gdzie zaznacza się obecność ryzyka lub jego brak [5]. Analiza odpowiedzi badanych z kwestionariusza „Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie” wskazuje, że ponad jedna piąta ankietowanych (22, 2%) deklaruje wystąpienie co najmniej jednego czynnika w pierwszej grupie pytań; 33,5% w drugiej i 55,7% w trzeciej. Obecność czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie obrazują wyniki badań Kobiółka A. i wsp. Najczęściej występującym czynnikiem w pierwszej

grupie pytań były problemy emocjonalne w obecnej ciąży (38%) oraz przyjmowanie leków uspokajających (8%), w drugiej grupie - ocena ostatniego porodu jako ciężki, urazowy (36%), choroba psychiczna w rodzinie (7%). Wśród czynników pozamedycznych wyróżniono: nieuczęszczanie do szkoły rodzenia w trakcie ciąży (42%), brak wsparcia ze strony dalszej rodziny oraz przyjaciół (24%) i problemy finansowe (18%). Przywoływane badania pozwoliły autorom na wyciągnięcie istotnych wniosków, mianowicie, iż na wystąpienie zaburzeń emocjonalnych w okresie połogu narażona jest co trzecia położnica, a głównymi czynnikami ryzyka zaburzeń emocjonalnych oraz depresji poporodowej w okresie połogu są problemy emocjonalne przed zajściem w ciążę, jak i w czasie jej trwania oraz stosowanie leków uspokajających w przeszłości [34]. Przedmiotem analizy moich badań było między innymi poszukiwanie związku pomiędzy sposobem ukończenia porodu, a częstością występowania czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie. W doniesieniach Goecke i wsp. odnaleźć można informację, iż odbyty poród operacyjny, ze wskazań nagłych, zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju u kobiet w porównaniu do elektywnego cięcia cesarskiego [92]. Według badań Houston K.A. i zespołu kobiety, które preferowały odbycie porodu drogami natury, a musiały urodzić drogą cięcia cesarskiego, są narażone na zwiększone ryzyko wystąpienia depresji we wczesnym okresie po porodzie [93]. Poszukiwaniu czynników ryzyka zaburzeń emocjonalnych po porodzie w kontekście sposobu porodu poświęcone były kanadyjskie badania Sword W. i wsp, które określają, że sposób porodu nie jest związany z wystąpieniem depresji poporodowej oraz czynnikami ryzyka [94]. Taki sam wynik uzyskałam w moich badaniach, jednak nie uwzględniał on podziału badanych w kontekście przyczyn wykonanego cięcia cesarskiego.

Zagadnie depresji poporodowej jest szeroko omawiane przez wielu badaczy w ostatnich latach. Część z nich uznaje za istotne, aby rozróżnić depresję poporodową od lęku w okresie połogu. Zgodnie z licznymi opracowaniami, powszechnie wiadomym jest, że powyższe zaburzenia współwystępują ze sobą, wymagają jednak innych metod leczenia [2,95,96,97]. Nie tylko ciąża i poród stanowią dla kobiet źródło niepokoju. Obawy i lęk wzbudza również czas po porodzie, w kontekście radzenia sobie z opieką nad nowonarodzonym dzieckiem, brakiem wsparcia najbliższych oraz pełnieniem nowych ról. Spielberg, twórca koncepcji lęku jako stanu (L-Stan) i cechy (L – Cecha), dokonał rozróżnienia pomiędzy lękiem rozumianym jako względnie stała cecha osobowości, a lękiem rozumianym jako tymczasowy i determinowany sytuacją stan

danej jednostki. Mając na uwadze powyższe, L – Cecha jest uwarunkowany dotychczasowymi doświadczeniami, ma charakter nabytej dyspozycji behawioralnej, która sprawia, że dana osoba postrzega obiektywnie niegroźne sytuacje jako niebezpieczne. Wówczas reaguje na nie stanami leku niewspółmiernymi do potencjalnego zagrożenia. Dla L – Stan charakterystyczne są świadomie postrzegane uczucia obawy i napięcia, z którymi związana jest aktywacja autonomicznego układu nerwowego, stąd duża zmienność L – Stan, który determinowany jest czynnikami stresogennymi [61]. Dla potrzeb niniejszego opracowania za takie zagrażające czynniki należy przyjąć zarówno poród, jak i pełnienie nowej roli, roli matki. Kobiety z wysokim poziomem lęku jako cechy mogą być nadmiernie wrażliwe na sygnały niebezpieczeństwa. Z uwagi na wyuczone tendencje do określonego interpretowania sygnałów, osoby te mogą odnajdywać potwierdzenie swoich obaw i podejrzeń, czego skutkiem będzie nasilenie leku jako stanu [16,28]. W badanej przez mnie populacji średni poziom L- Stan wyniósł 4,91 (średni), natomiast L - Cecha 6,80 (średni). W innych, krajowych badaniach na populacji kobiet pomiędzy 10.-15. dniem połogu średnie prezentowały się odpowiednio: 6,54 dla lęku – stanu i 5,56 dla lęku jako cechy. Analizie statystycznej poddano zarówno wyniki lęku jako stanu, jak i cechy, pomimo założenia, iż L – Cecha jest potencjalnie stałą cechą osobowości. W przeprowadzonych badaniach analizie poddano poziom lęku u kobiet w połogu zależnie od drogi porodu, częstości występowania czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie, uczestnictwa w zajęciach Szkoły Rodzenia oraz uzyskiwaną pomocą i wsparciem. Nie stwierdzono istotnej współzależności pomiędzy poziomem lęku – stanu i cechy, a sposobem porodu. Podobną obserwację opisuje Wiktor H. wraz z zespołem, którzy dodatkowo wykluczyli korelację pomiędzy L – Stan, a poziomem wykształcenia oraz stanem cywilnym. Poziom lęku jako stanu był istotnie wyższy u kobiet, które rodziły po raz pierwszy, młodych, które straciły bliską osobę w ostatnim czasie oraz w grupie kobiet, które miały złe relacje z partnerem lub matką [29]. Zgodnie z obserwacjami Johnson R i Slade P. wysokie natężeniu lęku przed porodem może skłaniać kobiety do dążenia zakończenia ciąży drogą operacyjną, nie zwiększało to jednak liczby przypadków, w których w wyniku komplikacji podczas porodu zaszła konieczność wykonania cięcia cesarskiego [98].

W badaniach własnych zaobserwowano istotną zależność pomiędzy częstością występowania czynników ryzyka zaburzeń psychicznych, a lękiem jako cecha i stan. Wraz ze wzrostem liczby czynników ryzyka wzrastają poziomy L – cecha ($rHO = 0,29$;

$p < 0,05$) i L – Stan ($rHO = 0,21$; $p < 0,05$). Z uwagi na brak doniesień odzwierciedlających tę konkretną zależność, wyniki porównano z obserwacjami analizującymi zjawisko depresji poporodowej. Mojs E. i wsp. zaobserwowały, że im wyższy poziom lęku jako stanu i cechy, tym wyższy wynik w Skali Depresji Becka [2]. Podobne wyniki potwierdzają liczne badania światowe [95,99,100]. Podwyższony poziom lęku u kobiet w okresie połogu determinuje jakość życia oraz rozwój dzieci w tym okresie, dlatego identyfikacja położnic z wyższym nasileniem lęku wydaje się być rozsądnym rozwiązaniem, w celu możliwie wczesnego wdrożenia odpowiedniego postępowania [69]. Konieczność podjęcia działań profilaktycznych, mających na celu obniżenie poziomu lęku przed, w trakcie i po porodzie, jest przedmiotem rozważań Podolskiej M. i Majewskiej A., według których ciężarnym należy proponować na przykład zajęcia Szkoły Rodzenia lub inną formę psychoedukacji. Identyfikacja czynników ryzyka zaburzeń psychicznych w ciąży i po porodzie oraz ocena poziomu lęku we wczesnym okresie połogu stanowią istotny walor praktyczny dla położnych środowiskowych oraz lekarzy położników [2,61].

Przygotowanie kobiet do porodu i połogu jest ważnym komponentem profilaktyki odczuwania lęku. Edukacja odbywająca się w Szkołach Rodzenia ma na celu zapoznanie z zagadnieniami dotyczącymi przebiegu ciąży, porodu i połogu. Dostarcza też informacji o pielęgnacji noworodka i karmieniu piersią. Moje badania potwierdzają, podkreślają przez zwolenników psychoprofilaktyki, tezę o pozytywnej roli przygotowania nie tylko do porodu, ale i do połogu. Wykazałam, że kobiety, które uczęszczały na zajęcia Szkoły Rodzenia prezentowały niższy poziom lęku jako stanu, w porównaniu do tych, które kursu nie ukończyły ($Z = -2,17$; $p < 0,05$). Augustyniak K. i wsp. analizowali częstość występowania zaburzeń emocjonalnych w zależności od uczestnictwa w edukacji poporodowej prowadzonej w oddziałach położniczych. Zgodnie z ich wynikami, uczestnictwo w edukacji poporodowej powoduje obniżenie częstości występowania zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym, a w przypadku ich pojawienia, odbiorcy kursu wykazują większe umiejętności radzenia sobie z nimi [101]. W badaniach Howell E.A. i wsp. prawie 39% położnic zgłosiło objawy depresyjne, 24% badanych nie czuło się odpowiednio przygotowanych do okresu połogu. Wykazano, że położnice, które nie były odpowiednio edukowane przez profesjonalistów częściej deklarowały objawy depresyjne w porównaniu do kobiet, które potwierdziły udział w edukacji przedporodowej [102]. Consoni i wsp. wskazują na pozytywną korelację pomiędzy niskim poziomem lęku u ciężarnych po

edukacyjnych kursach przedporodowych, a koniecznością krótszej hospitalizacji noworodków [103]. Bielawska – Batorowicz E. przywołuje cykl polskich badań nad uwarunkowaniami lęku przed porodem, uwzględniający nie tylko przeszłość położniczą, a dodatkowo inne zmienne, takie jak: uczestnictwo w Szkole Rodzenia, dostępne wsparcie społeczne, relacje z partnerem oraz cechy osobowości. W badaniach na populacji ciężarnych z niepowikłanym przebiegiem ciąży, stwierdzono, że poziom lęku porodowego u kobiet uczęszczających na kursy przedporodowe był istotnie niższy w porównaniu do kobiet bez takiego przygotowania. Nieco odmienną od mojej obserwacji był fakt, iż zajęcia psychoprofilaktyczne nie zmniejszały obaw o życie i zdrowie dziecka, związanych z pełnieniem roli matki i okresem połogu. Rozbieżność tę tłumaczyć można ówczesnymi programami Szkół Rodzenia, które w latach prowadzenia omawianych badań (1999r.) koncentrowały się głównie na przebiegu porodu, a mniej na okresie połogu i opiece nad noworodkiem [16]. Rolę położnej w psychoprofilaktyce przedporodowej podkreśla Kubicka – Kraszyńska U. i wsp, według której poprzez zredukowanie lęku i niepewności możliwe jest odczuwanie bólu porodowego z mniejszą intensywnością [104]. Badania Kwiatek M. i zespołu umożliwiły określenie profilu odbiorców edukacji przedporodowej oraz wpływu zajęć na przebieg porodu i stan noworodka. Za najważniejszy wynik należy uznać, iż ćwiczenia przygotowujące kobiety do porodu powodowały nieznaczne skrócenie pierwszego okresu porodu oraz lepszą tolerancję bólu w tym okresie. Wynik ten potwierdza słuszność teorii angielskiego położnika Reada G.D, według którego lęk występujący przed i podczas porodu powoduje wzrost napięcia mięśniowego, co prowadzi do spotęgowanego odczuwania bólu, a w rezultacie dalszego pogłębienia uczucia lęku [69].

Zagadnienie wsparcia społecznego obejmuje wszystkie etapy życia człowieka, zarówno w sytuacjach trudnych i wyjątkowych, jak i codziennych, a wymagających wspierającej obecności osób trzecich. W tym kontekście, pojawienie się na świecie nowego członka rodziny i współwystępujący okres połogu, sprawiają, że zapotrzebowanie na wsparcie wzrasta. Ponieważ sytuacja ta jest zupełnie nową, mobilizacja własnych zasobów bywa niewystarczająca. Termin „wsparcie społeczne” ma charakter wieloznaczny i rozumiany jest również bardzo szeroko. Określany jest jako oczekiwana pomoc, dostępna jednostce lub grupie w sytuacjach stresowych, przełomowych, których nie są w stanie samodzielnie przezwyciężyć, jak również jako zasoby dostarczane przez innych, jako pomoc w radzeniu sobie. Jak podkreślają

badacze, brak wsparcia, brak umiejętności korzystania z potencjalnych źródeł oraz niskie poczucie koherencji mogą prowadzić do niekorzystnych implikacji zdrowia psychicznego. Za najbardziej wartościowe źródło, zwiększające efektywność udzielanego wsparcia, przyjmuje się rodzinę [105,106]. Spostrzeżenie to, jest zbieżne z wynikami moich badań. W badanej przez mnie populacji kobiet, najczęstszym wymienianym źródłem wsparcia i pomocy był mąż/partner oraz rodzina (58,6%) . Na drugim miejscu wymieniona została położna/pielęgniarka (28,2%) i na trzecim znajomi (7,8%). Analiza otrzymanych wyników pozwoliła na stwierdzenie, że wraz pomocą i wsparciem pozyskiwanym od rodziny i znajomych natężenie poziomu lęku jako stanu malało. Sapkota i wsp. udowodnili, że kobiety, które rodziły w towarzystwie męża prezentowały wyższy poziom wsparcia w okresie połogu oraz niższe poziomy lęku [107]. Podobny związek opisuje Sender L., podwyższone wskaźniki depresji, zarówno w ciąży, jak i po porodzie korelują z niskim wsparciem społecznym [16]. Kim T. i wsp. oraz Webster i wsp. potwierdzają, iż otrzymanie wsparcia społecznego, zwłaszcza w połogu, zmniejsza ryzyko wystąpienia depresji poporodowej [108,109]. Ochronną rolę wsparcia społecznego, otrzymywanego zwłaszcza od rodziny, w profilaktyce zaburzeń emocjonalnych po porodzie podkreśla w swoich badaniach Maliszewska K. i wsp [110].

Zdaniem Rymaszewskiej J. do grupy czynników ryzyka zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym należą, poza uwarunkowaniami genetycznymi, socjoekonomicznymi, cechy osobowości. Osobowość określana jest jako zespół raczej trwałych, indywidualnych i niepowtarzalnych cech dla jednostki. Ocena osobowości definiowana jako „teoria cech” znalazła swoje odzwierciedlenie w pięcioczynnikowym modelu osobowości Paula T. Costy Jr. i Roberta R. McCrae (opisany w rozdziale 4.1). Jak podaje Krzyżanowska - Zbucka J. kobiety z neurotycznymi cechami osobowości, czyli nadwrażliwe, lękowe, o pesymistycznym postrzeganiu świata i siebie, albo też perfekcjonistki, są bardziej narażone na występowanie zaburzeń nastroju po porodzie [5]. Ponieważ ich mechanizmy radzenia sobie ze stresem są ubogie, w obliczu wyzwań związanych z macierzyństwem, bywają depresyjne [111]. W moich badaniach obserwacja ta potwierdza się. Wraz ze wzrostem cechy osobowości neurotyzm, ilość czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie wzrasta ($rHO = 0,35; p = 0,000$). Podobne obserwacje wykazują inni badacze, zarówno krajowi, jak i światowi [112,113,114]. W badaniach Maliszewskiej K i wp. nad zjawiskiem *baby blues* odnaleźć można informacje, że kobiety z wyższymi poziomami neurotyzmu były

bardziej narażone na przygnębienie poporodowe. Ochronną rolę w tej kwestii wykazano zaś dla ekstrawersji [110,115]. Podolska M. i wsp. wykazała ponad to, że z niższym ryzykiem depresji okołoporodowej związane są takie cechy osobowości jak: ekstrawersja otwartość na doświadczenia, wysoki stopień ugodowości i sumienność. Wynik moich badań potwierdzają współzależność pomiędzy ugodowością oraz sumiennością, a ilością czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie. Wraz ze wzrostem wyniku w obu wymiarach ilość czynników ryzyka malała (UGD: $rHO = -0,16$; $p < 0,05$; SUM: $rHO = -0,14$; $p < 0,05$). Osoby o dużym nasileniu w obszarze cech ugodowość i sumienność postrzegane są jako chętne do pomocy innym, empatyczne, prostolinijne, zorganizowane, o dużym poczuciu obowiązku. W sytuacji ciąży, porodu i położu zadaniowość, determinacja w dążeniu do celu i samodyscyplina niewątpliwie ułatwi współpracę z lekarzem, czy wypełnianie zaleceń położnej [116].

Przeprowadzona dyskusja wyników badań własnych pozwoliła na określenie pewnych ograniczeń przeprowadzonych badań. Zgodnie z sugestią Mojs E. i wsp., z uwagi na odrębne postępowanie wobec położnic z podwyższonym poziomem lęku i już dotkniętych depresją poporodową, słusznym wydaje się zastosowanie skryningu poporodowych zaburzeń emocjonalnych zarówno przy użyciu Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI (STAI), jak i Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EPDS), której w swojej pracy nie zastosowałam. Chociaż depresja i lęk współwystępują ze sobą, istnieją doniesienia, że nie wszystkie położnice z zaburzeniem lękowym miały depresję poporodową [2]. Z uwagi na zdecydowanie większą liczbę doniesień o depresji poporodowej, której pomiaru dokonano przy pomocy EPDS, w porównaniu do opracowań dotyczących lęku poporodowego, nie zawsze możliwe było odniesienie wyników badań własnych, w zakresie analizowanych zmiennych, do opracowań innych badaczy. Podobna sytuacja dotyczyła Kwestionariusza Czynniki Ryzyka Zaburzeń Psychicznym Po Porodzie (aut. Krzyżanowska – Zbucka J.), który zastosowany był tylko w jednym dostępnym badaniu. Zarówno badania własne, jak i badania Kobiółki A. i zespołu potwierdziły możliwość powszechnego stosowania tego narzędzia, w celu wyłonienia położnic narażonych na zaburzenia psychiczne po porodzie [34]. Ocena czynników ryzyka zgodnie z kwestionariuszem stanowi walor aplikacyjny dla położnych środowiskowych. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, położna podczas sprawowania opieki nad kobietą po porodzie, musi udzielić informacji na temat reakcji emocjonalnych w położu, zarówno samej położnicy, jak i jej partnerowi. Jednak, aby mogła robić to skutecznie, sama musi poznać czynniki ryzyka w tym obszarze.

Wydaje się, iż optymalnym rozwiązaniem w identyfikowaniu czynników determinujących funkcjonowanie kobiet w okresie połogu byłoby zaprojektowanie badania prospektywnego, które uwzględniałoby pomiar stanu zdrowia fizycznego i psychicznego zarówno podczas ciąży, jak i w okresie połogu. Atutem dla tego rodzaju badania byłoby określenie znaczenia ciąży, jej przebiegu oraz porodu na funkcjonowanie kobiet w połogu.

6 WNIOSKI I REKOMENDACJE

1. Odsetek wykonywanych cięć cesarskich i zabiegów epizjotomii, pomimo zaleceń ograniczenia procedur medycznych do minimum, pozostaje nadal na wysokim poziomie.
2. Najczęstszym źródłem informacji na temat okresu połogu są zasoby Internetu i edukacyjne zajęcia przedporodowe w Szkołach Rodzenia.
3. Zdecydowana większość kobiet karmi swoje dzieci piersią w okresie połogu, a czynnikiem ochronnym dla tego sposobu żywienia noworodków jest odbycie porodu drogami natury.
4. Jedynie nieliczna grupa kobiet nie zgłasza problemów w połogu. Nasilenie pojawiających się dolegliwości podlega zmianom w kolejnych tygodniach połogu.
5. Większości położnic okres połogu kojarzy się z bólem, a dwie najczęściej deklarowane przyczyny pojawiającego się bólu w okresie połogu związane są z rodzajem porodu (cięcie cesarskie vs. poród drogami natury).
6. Do czynników determinujących wystąpienie wybranych problemów i dolegliwości w okresie połogu należą: odbycie porodu drogą cięcia cesarskiego, wiek, poziom wykształcenia oraz ilość posiadanych dzieci.
7. Urodzenie dziecka powoduje, że badane wysoko oceniają swoje zadowolenie z życia, ponad to, prognozują większe zadowolenie z życia za dwa lata, w porównaniu zarówno z czasem sprzed ciąży, jak i z chwilą obecną.
8. Z występowaniem czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie związane są: cechy osobowości oraz poziom lęku jako cechy i stanu.
9. Czynnikiemami związanymi z poziomem lęku jako stanu są: uczestnictwo w edukacji przedporodowej oraz pomoc i wsparcie otrzymywane od rodziny i znajomych.
10. Wobec licznych problemów położnic, zarówno zdrowia fizycznego jak i psychicznego, należy rozważyć możliwość zaimplementowania do praktyki położnej środowiskowo – rodzinnej narzędzia „Kwestionariusz czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie”, co pozwoliłoby na wstępną ocenę i przyporządkowanie położnic do grup ryzyka.
11. Ocena stanu psychicznego, we wczesnym okresie połogu, powinna stać się standardem postępowania w praktyce profesjonalistów sprawujących opiekę nad

kobietami po porodzie, szczególnie wśród kobiet z wykrytymi czynnikami ryzyka zaburzeń psychicznych.

7 STRESZCZENIE/ABSTRACT

Wstęp. Wypełnianie roli matki wpisane jest w rolę społeczną kobiety wyraźniej niż ojcostwo w rolę społeczną mężczyzny. Powszechnie podkreśla się również biologiczną naturalność posiadania potomstwa przez kobietę, stąd też zakłada się, że opieka nad dzieckiem nie będzie stwarzać kłopotów i trudności. Liczne obserwacje kliniczne wskazują, że adaptacja do zadań przypisanych funkcji rodzica nie zawsze jest prosta. Czas po narodzinach u większości przynosi oczekiwaną radość, jednak u części kobiet problemy, a nawet zaburzenia emocjonalne. Okres połogu jest etapem, podczas którego dochodzi do stopniowego cofania się zmian powstałych w organizmie kobiety podczas ciąży i porodu. W prezentowanej pracy wyeksponowano kilka głównych problemów związanych z funkcjonowaniem fizycznym po porodzie: ból, dyskomfort spowodowany zszyciem krocza, dyskomfort spowodowany raną pooperacyjną, obniżenie nastroju, problemy związane z laktacją, trudności z oddawaniem moczu, stolca, czy poczucie wyczerpania fizycznego. W prezentowanym opracowaniu omówiono zagadnienie zaburzeń emocjonalnych w połogu, z uwzględnieniem czynników ryzyka oraz stosowanej profilaktyki. Położna jest osobą przygotowaną do sprawowania profesjonalnej opieki wobec matki i noworodka w okresie połogu. Jej zadaniem jest ocena procesów występujących w połogu w zakresie ich prawidłowego przebiegu, a w razie konieczności podjęcie określonych działań.

Cel badań. Celem pracy jest ocena funkcjonowania kobiet w okresie połogu w kontekście czynników społecznych, emocjonalnych i zdrowotnych. Celem podjętych badań w zakresie praktycznym jest weryfikacja i poprawa działań zespołu interdyscyplinarnego opiekującego się kobietami w połogu, a szczególnie położnych rodzinnych.

Materiał i metody. Materiał badawczy stanowiła grupa 212 położnic w 5. - 6. tygodniu po porodzie. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem dwóch standaryzowanych testów psychologicznych (Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI, Inwentarz Osobowości NEO FFI) oraz autorskiego kwestionariusza ankiety. Pytania dotyczyły sposobu ukończenia ciąży, sposobu żywienia noworodka, wystąpienia problemów w kolejnych tygodniach połogu, posiadanego już potomstwa i planowania ciąży. Do kwestionariusza dołączono zmodyfikowaną drabinkę Cantrila, przy pomocy której respondentki określały poziom

zadowolenia z życia zarówno obecnie, jak i przed ciążą i za dwa lata oraz Kwestionariusz Czynników Ryzyka Zaburzeń Psychiczych po Porodzie.

Wyniki i wnioski. Uzyskane wyniki wskazują, że najczęstsze problemy i dolegliwości okresu połogu dotyczą : w pierwszym tygodniu połogu – dyskomfortu związanego z raną krocza i jej zszyciem oraz bólu i poczucia wyczerpania fizycznego ; pomiędzy drugim a czwartym tygodniem: poczucia wyczerpania fizycznego oraz obniżenia nastroju; pomiędzy piątym a szóstym tygodniem - poczucia wyczerpania fizycznego. Zidentyfikowane czynniki determinujące wystąpienie wybranych problemów i dolegliwości w okresie połogu to: odbycie porodu drogą cięcia cesarskiego, wiek, poziom wykształcenia oraz ilość posiadanych dzieci. Analizując uzyskane wyniki stwierdzono, że odsetek wykonywanych cięć cesarskich i zabiegów epizjotomii, pomimo zaleceń ograniczenia procedur medycznych do minimum, pozostaje nadal na wysokim poziomie. Najczęstszym źródłem informacji na temat okresu połogu są zasoby Internetu i edukacyjne zajęcia przedporodowe w Szkołach Rodzenia. Większość kobiet karmi swoje dzieci piersią w okresie połogu, a czynnikiem ochronnym dla tego sposobu żywienia noworodków jest odbycie porodu drogami natury. Urodzenie dziecka powoduje, że badane wysoko oceniają swoje zadowolenie z życia, ponad to, prognozują większe zadowolenie z życia za dwa lata, w porównaniu zarówno z czasem sprzed ciąży, jak i z chwilą obecną. Czynnikiemami związanymi z występowaniem czynników ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie są: cechy osobowości oraz poziom lęku jako cechy i stanu, a czynnikami związanymi z poziomem lęku jako stanu są: uczestnictwo w edukacji przedporodowej oraz pomoc i wsparcie otrzymywane od rodziny i znajomych. Ocena stanu psychicznego, we wczesnym okresie połogu, powinna stać się standardem postępowania w praktyce profesjonalistów sprawujących opiekę nad kobietami po porodzie, szczególnie u kobiet z wykrytymi czynnikami ryzyka zaburzeń psychicznych.

ABSTRACT

Introduction. Filling the role of the mother is written in a woman's social role more clearly than fatherhood in a man's social role. Widely highlighted is also a woman's biological preparedness of having children and therefore it is assumed that childcare will not pose any problems or difficulties. Numerous clinical observations suggest that adaptation to the tasks assigned to the function of the parent is not always easy. The time after childbirth brings anticipated joy for most women, however, some women experience difficulties and even emotional disorders. The postpartum period is a stage during which gradual undoing takes place of the changes that occurred in the body during pregnancy and childbirth. The present study identified some of the major problems associated with the physical functioning post-delivery: pain, discomfort caused by perineal suturing, discomfort caused by post-operative wound, depressed mood, problems with lactation, difficulty passing urine or stool and feelings of physical exhaustion. The present paper discusses the issues of emotional disorders in childbirth including the risk factors and prevention. A midwife is a person prepared to provide professional care to the mother and the new-born during the postpartum period. Her task is to assess the processes that occur in childbirth in terms of their proper course, and if necessary, to take specific actions.

Aim of the research. The aim of the study is to assess women's functioning in the postpartum period in the context of social, emotional and health factors. The aim of the research in a practical context is to verify and improve the workings of an interdisciplinary team attending women in childbirth, especially midwives.

Methods and materials. The research sample comprised of 212 women in the 5th – 6th week after delivery. The study adopted a diagnostic survey method which consisted of two standardised psychological tests (State-Trait Anxiety Inventory STAI, NEO Five Factor Personality Inventory) as well as the author's questionnaire. The questions related to the method of childbirth, new-born feeding method, problems occurring over the next few weeks after childbirth, other children, and pregnancy planning. The questionnaire also included the modified Cantril Ladder which was used to determine respondents' levels of life satisfaction at present, before pregnancy and two years later, as well as the Risk Factors for Mental Disorders Questionnaire after childbirth.

Results and conclusions. The obtained results indicate that the most common problems and complaints in the postpartum period relate to: in the first week after

childbirth – the discomfort associated with the wound and its stitching, the pain and the feeling of physical exhaustion; between the second and the fourth week: the feeling of physical exhaustion and depressed mood; between the fifth and sixth weeks – a sense of physical exhaustion. The factors that determined the incidence of selected issues and problems in the postpartum period were identified as: childbirth via caesarean section, age, education status, and the number of prior children. An analysis of the obtained results indicated that the percentage of caesarean sections performed and the number of episiotomies, despite the recommendations of reducing the medical procedures to a minimum, still remains at a high level. The sources of information relating to the postpartum period most frequently used are the internet resources and educational activities in antenatal classes. Most women breastfeed their babies and a protective factor for this feeding method of infants is the natural childbirth. Respondents indicated that giving birth to a baby is associated with high life satisfaction; moreover, giving birth forecasts increased life satisfaction in two years when compared to the period before pregnancy as well as the present time. Risk factors associated with the postpartum onset of psychiatric disorders are: personality traits as well as the level of trait and state anxiety. Factors related to the level of state anxiety are: participation in prenatal education as well as help and support received from family and friends. Mental wellbeing evaluation in the earliest postpartum period should become a standard of care in professional practice, especially for women with identified risk factors of mental disorders.

8 PIŚMIENICTWO

1. Kaźmierczak M., Gebuza G., Gierszewska M.: Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2010, 18, 4, 503 – 511.
2. Mojs E., Czarnecka-Iwańczuk M., Głowacka M.: Poziom lęku jako stanu i cechy oraz depresji we wczesnym połogu – doniesienia wstępne. *Psychiatria Polska* 2013, tom XLVII, 1, 31-40.
3. Zdrowie i jego zagrożenia. Raport Polki 2013.
4. Kaźmierczak M., Gebuza G., Gierszewska M., Michalska E.: Problemy kobiet w połogu i ich przyczyny. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*. 2010, 3, 4, 290.
5. Krzyżanowska – Zbucka J. : Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku. 2008, 7-10; 21-37; 39-45.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem; Dz.U. 2012 nr 0 poz. 1100.
7. Ronin –Walkowska E.: Połóg. W: Bręborowicz G. H. (red.) *Położnictwo i Ginekologia*. T. 1. Warszawa: PZWL, 2008, 419-421.
8. Sipiński A., Sipińska K., Machura M.: Problemy w połogu fizjologicznym. W: *Opieka w położnictwie*. (red.) Sipiński A. Katowice: „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe, 2012, 177-179; 222-226.
9. Martius G.: *Fizjopatologii i patologia połogu*. W: Marius G., Breckwoldt M., Pfleiderer A. (red.) *Ginekologia i położnictwo*. Wrocław: Urban & Partner, 2004,311-313.
10. Nehring – Gugulska M., Pietkiewicz A.: Korzyści wynikające z karmienia piersią. W: Nehring – Gugulska M., Pietkiewicz A., Żukowska – Rubik M.: *Karmienie piersią w teorii i praktyce*. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy. Kraków: Medycyna Praktyczna, 2012,30 - 43.
11. Ronin –Walkowska E.: Połóg. W: Bręborowicz G. H. (red.) *Położnictwo*. Podręcznik dla położnych. Warszawa: PZWL, 2002, 189.

12. Ślizień E., Nehring – Gugulska M.: Regulacja procesu wytwarzania mleka. W: Nehring – Gugulska M., Pietkiewicz A., Żukowska – Rubik M.: Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy. Kraków: Medycyna Praktyczna, 2012, 60-66.
13. Eidelman, A., L., Schanler, R., J. : AAP, Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012, 129(3), 827-41.
14. Cierpka A, Żuralska R, Olszewski J, Gaworska-Krzemińska A.: Wiedza położnic na temat karmienia piersią. Prob. Piel. 2007;15:2–3:172–174.
15. Bączek G., Golubińska H., Dmoch-Gajzlersk E.: Wybrane problemy okresu połogowego – rola położnej środowiskowo-rodzinnej. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Rzeszów 2012, 2, 200–212.
16. Bielawska – Batorowicz E.: Psychologiczne aspekty prokreacji. Katowice: „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe, 2005, 221-242.
17. Brockington I.: Postpartum psychiatric disorders. Lancet 2004, 363, 303-310.
18. Hannah P., Adams D., Lee A. ,Glover V., Sandler M.: Links between early postpartum mood and post-natal depression. The British Journal of Psychiatry 1992, 160, 777-780.
19. Kosińska-Kaczyńska K., Horosz E., Wielgoś M., Szymusik I.: Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie – analiza rozpowszechnienia i czynników ryzyka. Ginekologia Polska 2008, 79, 182-185.
20. Jaeschke R., Siwek M., Dudek D.: Poporodowe zaburzenia nastroju – update 2012. Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2012,7, 3, 113–121.
21. Chrzan-Dętkoś M., Dyduch-Maroszek A., Humięcka A., Karasiewicz K.: Uwarunkowania i konsekwencje depresji poporodowej. Psychoterapia 2012, 2,161, 55-63.
22. Kossakowska-Petrycka K., Wałęcka-Matyja K. : Depresyjne zaburzenia nastroju u kobiet po narodzinach dziecka. Acta Universitatis Lodziensis, Folia Psychologica 2007, 11, 47-57.
23. Snow S.: Zdrowie psychiczne w okresie okołoporodowym. W: Edwins J. (red.) Praktyka zawodowa.Biblioteka Położnej. Warszawa: PZWL, 2008, 187-208.
24. Postpartum Care of the Mother and Newborn: a practical guide. WHO/RHT/MSM/98.3.WHO, 1998.

25. Czerwiak G., Michalska M., Zdziebło K.: Problemy emocjonalne związane z porodem. *Annales Academiae Medicae Silesiensis* 2006, 60,1,31-34
26. Beck C.: Post-Traumatic Stress Disorder Due to Childbirth. *The Aftermath: Nursing Research* 2004, 53, 4, 216-224.
27. McVeigh C. A.: Anxiety and functional status after childbirth. *Australian College of Midwives Incorporated* 2000, 3, 14-18.
28. Błaszczak A., Pilch D., Szamlewska B.: Badanie poziomu lęku kwestionariuszem STAI C.D. Spielberga u kobiet w okresie okołoporodowym. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2011, 4, 3, 163-168.
29. Wiktor H., Lewicka M., Humeniuk E., Gulanowska-Gędek B, Wiktor K., Kanadys K.: Ocena poziomu lęku u kobiet w porożu. *Annales Academiae Medicae Stetinesis. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2009, 55, 1, 66–69 .
30. Dayan J., Yoshida K.: Psychological and pharmacological treatments of mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Review and synthesis. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2007, 36, 6, 530–548.
31. Beck Ch.T. Predictors of postpartum depression. An update. *Nurs Res*, 2001, 50, 5, 275–285.
32. Kossakowska K. : Profilaktyka depresji poporodowej – rola personelu medycznego w rozpoznawaniu czynników ryzyka i symptomów choroby. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, Tom 19, 4, 463–468.
33. Kazimierczak M., Sipiński A.: Profilaktyka zaburzeń psychicznych występujących w okresie poporodowym. *Ann. Acad. Med.Siles.* 2005, 59,5, 413-416.
34. Kobiółka A., Pierz K., Mężyk I., Skrzypulec-Plinta V., Kazimierczak M., Urbańska E., Gogoła C.: Analiza wybranych czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń nastroju u kobiet w okresie porożu. *Zdrowie i Dobrostan.* 2015,1, 177-190.
35. Kline CR, Martin DP, Deyo RA: Health consequences of pregnancy and childbirth as perceived by women and clinicians. *Obstetrics and gynecology.* 1998,92,842-848.
36. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR: Association between method of delivery and maternal rehospitalization. *Jama* 2000, 283, 2411-6.

37. Landau R., Kraft J.C., Flint L.Y., Carvalho B., Richebé P., Cardoso M., Lavand'homme P., Granot M., Yarnitsk D., Cahana A.: An Experimental Paradigm for the Prediction of Post-Operative Pain (PPOP). *J. Vis. Exp.* 2010 ,35, doi:10.3791/1671.
38. Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth* 2002,29, 83-94.
39. Saurel-Cubizolles MJ, Romito P, Lelong N, Ancel PY. Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *Bjog* 2000,107,1202-9.
40. Schytt E., Lindmark G., Waldenström U.: Physical symptoms after childbirth prevalence and associations with self-rated health. *BJOG* 2005, 112 ,2, 210-217.
41. Kubicka-Kraszyńska U., Otffinowska A. Siemińska A.,: Nacięcie krocza-konieczność czy rutyna, Fundacja Rodzić po Ludzku, 2010, 5. ISBN 978-83-60971-14-7
42. Carroli G., Belizan J.: Episiotomy for vaginal birth (Review). Published online 2009 Jan 21. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2
43. Ansara D., Cohen MM, Gallop R, Kung R, Schei B.: Predictors of women's physical health problems after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.* 2005,26,115–25.
44. Józefów P., Przestrzelska M., Knihinicka-Mercik Z.: Przebieg laktacji we wczesnym połogu u kobiet po porodzie siłami natury i przez cesarskie cięcie z uwzględnieniem rodności kobiety. *Piel. Zdr. Publ.* 2013, 3, 2, 133–142.
45. MacArthur C., Glazener C.M., Wilson P.D., Lancashire R.J., Herbison G.P., Grant A.M.: Persistent urinary incontinence and delivery mode history: a six-year longitudinal study. *Bjog* 2006,113,218-24.
46. Schytt E., Lindmark G., Waldenström U.: Symptoms of stress incontinence 1 year after childbirth: prevalence and predictors in a national Swedish sample. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 2004, 83, 923-936.
47. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. World Health Organization, 2013, ISBN 978 92 4 150664 9
48. ICM International Definition of the Midwife. ICM Council June 15, 2011.
49. Karkowska D.: Status zawodowy położnej. Zarys problemu. Fundacja Rodzić poLudzku, 2007. ISBN 978-83-60971-01-7

50. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. O zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. 2011 Nr 174 poz. 1039. z późn. zm.
51. Rozwadowska E.: Położna w systemie prawnym. Prawo dla położnych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, ISBN 978 83 200 4510 9, 17-28.
52. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Załącznik do Uchwały nr 9 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 roku.
53. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – Załącznik nr 3 (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.).
54. Iwanowicz-Palus G., Krysa J., Bień A.: Rola położnej rodzinnej w Polsce. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, 19, 3, 272–278.
55. Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie. Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Kraków 2011, 15–25.
56. Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku. Informacja o wynikach kontroli : Opieka okołoporodowa w oddziałach położniczych. Warszawa 2016, 8-13.
57. de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M.: Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego. Wskazania dla lekarzy pierwszego kontaktu oraz poradni przeciwbólowych i paliatywnych. Wydawca Akademia Medyczna w Gdańsku, Zakład Medycyny Paliatywnej. Gdańsk 2003, 48.
58. Wnuk M., Hędzulek M.: Nadzieja jako pozytywny korelat szczęścia wśród Anonimowych Uzależnionych od Seksu i Miłości. Wydawnictwo Via Medica. Seksuologia Polska 2008, 6,2, 51-56.
59. Wrześniewski K., Sosnowski T., Jaworowska A., Fecenec D.: Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2011, 5-7; 79.
60. Podolska MZ., Majkowicz M., Sipak-Szmigiel O, Ronin-Walknowska E.: Style radzenia sobie w sytuacjach stresowych a Lęk-stan i Lęk-cecha u kobiet z objawami depresji okołoporodowej. Ginekologia Polska 2009, 80, 3, 201-206.

61. Podolska M., Majewska A.: Lęk jako stan i jako cecha w grupie kobiet , u których zakończono ciążę za pomocą cięcia cesarskiego. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* 2007, 43,4,60-63.
62. Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M.: Inwentarz Osobowości Neo – FFi Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae. Adaptacja polska. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2010, ISBN 9788360733127, 12-16,62,67 - 69.
63. Mazur J., Małkowska-Szkutnik A.: Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny. Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 2011, ISBN 9788388767586, 70.
64. Kowalczyk-Nowakowska J., Dmoch- Gajzlerska E.: Zadania położnej środowiskowo-rodzinnej. *Położna nauka i praktyka*, 2009, 4, 48- 51.
65. Wszolek K.: Identyfikowanie czynników mogących mieć wpływ na stan emocjonalny położnic. Rozprawa doktorska, Poznań, 2014.
66. Doroszevska A., Dmoch-Gajzlerska E.: Internet jako źródło informacji o ciąży, porodzie, położu i pielęgnacji dziecka – analiza wyników badań. *Zdr Publ* 2011, 121, 2, 129-134.
67. Kaźmierczak M., Gebuza G., Gierszewska M., Bannach M., Fałkowska J.: Ocena wiedzy położnic na temat okresu położu. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 2010, 3, 4, 296-301.
68. Mazurkiewicz B., Marat L., Dmoch – Gajzlerska E.: Wiedza położnic na temat okresu położu w opinii położnych. *Zdrowie i Dobrostan* 2014, 1, 79-101.
69. Kwiatek M., Gęca T., Biegaj-Fic J., Kwaśniewska A.: Szkoła rodzenia – profil pacjentek oraz wpływ zajęć na przebieg porodu i stan noworodka. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2011, 17, 3, 111-115.
70. Fabian H.M., Radestad I.J., Waldenstrom U.: Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*, 2004,20(3),226-35.
71. Rowlands I.J., Redshaw M.: Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, 12, 1-11.
72. Betran A., Merialdi M., Lauer J., Bing-Shun W., Thomas J., Van Look P., Wagner M.: Rates of cesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 2007, 21, 98-113.

73. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985, 2, 436-437.
74. Stasieluk A., Langowicz I., Kosińska-Kaczyńska K., Pietrzak B., Wielgoś M.: Czy epidemia cięć cesarskich jest wykładnikiem liberalizacji wskazań? *Ginekol Pol.* 2012, 83, 604-608.
75. Velho M.B., Kotzias E., dos Santos A., Brüggemann O.M, Camargo B.V.: Experience with vaginal birth versus cesarean childbirth integrative review of women's perceptions. *Text Context Nursing*, 2012 21,2, 458-66.
76. Wasilewska-Pordes M: Depresja porodowa u kobiet. Wydawnictwo Radamsa, Kraków, 2000, 200-252.
77. Oslislo A., Otffinowska A.: Najważniejsza chwila w życiu – o pierwszym kontakcie matki z dzieckiem i możliwościach jego realizacji w placówkach położniczych w Polsce. Warsaw, 2008, Wydawnictwo Fundacji Rodzić po Ludzku.
78. Jansen A.J., Duveko, J.J., Hop, W.C., Jon S.A., Steegers E.B. ,Rhenen, D.J.: New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2007, 86, 5, 579-584.
79. Torkan B., Parsay S., Lamyian M., Kazemnejad A., Montazeri, A.: Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2009, 9, 4.
80. Stelmach W., Bielecki W., Baryła M., Kaczmarczyk-Chałas K., Drygas W.: Wykształcenie a zdrowie – czynniki warunkujące korzystanie ze świadczeń zdrowotnych wśród podopiecznych Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych. *Menedżer Zdr.* 2003, 5, 68 – 71.
81. Ahn S., Youngblut J.M.: Predictors of Women's Postpartum Health.Status in the First 3 Months After Childbirth. *Asian Nursing Research*, 2007,1,2,136-146.
82. Majzoobi M.M., Majzoobi M.R., Nazari-pouya F., Biglari M., Poorolajal J.: Comparing Quality of Life in Women after Vaginal Delivery and Cesarean Section. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 2014, 2, 4, 207-2014.
83. Mazur J., Małkowska-Szkutnik A., Oblacińska A., Kołło H.: Drabina Cantrila w badaniach stanu zdrowia i nierówności w zdrowiu uczniów w wieku 11-18 lat. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 90,3, 355-361.
84. Szajewska H., Borszewska-Kornacka M.K., Gajewska D., Weker H., Socha P., Helwich E., Horvath A., Chybicka A., Książyk J., Rybak A., Czerwionka-

- Szaflarska M., Mojska H., Stolarczyk A., Dobrzańska A.: Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. *Standardy Med. Pediatria* 2014,3, 321-338
85. Pietkiewicz A., Winiarska J., Żołnowska J. : Trzy lata promocji karmienia piersią. Sprawozdanie z realizacji programu zdrowotnego „Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska”. Niepublikowany raport. Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha, Gdańsk 2013.
86. Karmienie piersią w Polsce. Raport 2015. [http://femaltiker.pl/wp-content/uploads/2015/05/Raport_Karmienie_Piersia_w_Polsce_20151.pdf - dostęp: 12.10.2016r.]
87. Pietkiewicz A., Winiarska J., Żołnowska J.: Podsumowanie realizacji programu zdrowotnego „Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka szkodliwych wpływów środowiska”. W: Sztuber B, Dmoch-Gajzerska E, (red.). *Skutecznie o karmieniu piersią*, Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2015, 67-80.
88. Saeed G., Fakha S., Imran T., Abbas L.K.: The Effect of Modes of Delivery on Infants' Feeding Practices. *Iran J Med Sci.* 2011, 36, 2, 128–132.
89. Regan J., Thompson A., DeFranco E.: The Influence of Mode of Delivery on Breastfeeding Initiation in Women with a Prior Cesarean Delivery: A Population-Based Study. *Breastfeed Med.* 2013, 8,2, 181–186.
90. Banasiewicz J., Wójtowicz S.: The Quality Of Life After Cesarean Section. *Acta Neuropsychologica* 2010, 8, 3, 273-283.
91. Hobbs A. J., Mannion C.A, McDonald S.W., Brockway M., Tough S.C.: The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016, 16: 90. Published online 2016 Apr 26. doi: 10.1186/s12884-016-0876-1.
92. Goecke T.W., Voigt F., Faschingbauer F., Spangler G., Beckmann M.W., Beetz A.: The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers. *Arch Gynecol Obstet.* 2012, 286,2, 309-16.
93. Houston K.A., Kaimal A.J., Nakagawa S., Gregorich S.E., Yee L.M., Kuppermann M.: Mode of delivery and postpartum depression: the role of patient preferences. *Am J Obstet Gynecol.* 2015, 212,2,229.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2014.09.002.

94. Sword W., Kurtz Landy C., Thabane L., Watt S., Krueger P., Farine D., Foster G.: Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG* 2011,118,966–977.
95. Austin M.P., Tully L., Parker G.: Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *J Affect Disord.* 2007,101,169-74.
96. Coelho H.F., Murray L., Royal-Lawson M., Cooper P.J.: Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: a longitudinal study. *J Affect Disord.* 201;129(1-3):348-53.
97. Leigh B., Milgrom J.: Risk factors of antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry.* 2008, 8: 24.
98. Johnson R., Slade P.: Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG.* 2002,109(11),1213-21.
99. Wenzel A., Haugen E.N., Jackson L.C., Brendle J.R.: Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Disord.* 2005,19(3),295-311.
100. Alipour Z., Lamyian M., Hajizadeh E.: Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women Birth.* 2012, 25(3),37-43.
101. Augustyniuk K., Rudnicki J., Grochans E., Jurczak A., Wieder-Huszla S., Szkup-Jabłońska M.: Uczestnictwo w zajęciach Szkoły Matek i Ojców a częstość występowania zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym. *Med Og Nauk Zdr.* 2013, 19(2), 138–141.
102. Howell E.A., Mora P.A., Chassin M.R., Leventhal H.: Lack of preparation, physical health after childbirth, and early postpartum depressive symptoms. *J Womens Health.* 2010, 19(4),703-708.
103. Consonni E.B., Calderon I.M., Consonni M., De Conti M.H., Prevedel T.Ts., Rudge M.V.: A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reprod Health* 2010, 29(7),28.
104. Kubicka – Kraszyńska U., Otffinowska A., Pietrusiewicz J.: O bólu porodowym i metodach jego łagodzenia. *Fundacja Rodzic po Ludzku.* Warszawa 2006, 15-31.
105. Szymańska J., Sienkiewicz E.: Wsparcie społeczne. *Curr Probl Psychiatry* 2011, 12(4), 550-553.

106. Leyk M., Książek J., Stangiewicz M.: Rodzina jako źródło wsparcia społecznego dla osób z wyłonioną kolostomią. *Probl. Piel.* 2010, 8(1),41-46.
107. Sapkota S, Kobayashi T., Takase M.: Impact on perceived postnatal support, maternal anxiety and symptoms of depression in new mothers in Nepal when their husbands provide continuous support during labour. *Midwifery*, 2013 , 29(11),1264-71. doi: 10.1016/j.midw.2012.11.010.
108. Kim T.H.A., Connolly J.A., Tamim H.: The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014, 14, 162. doi: 10.1186/1471-2393-14-162.
109. Webster J., Nicholas C., Velacott C., Cridland N., Fawcett L.: Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. *Midwifery*. 2011,27(5),745-9.
110. Maliszewska K., Świątkowska-Freund M., Bidzan M., Preis K.: Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. *Ginekologia Polska* 2016, 87, 6, 442–447.
111. Podolska M.Z., Bidzan M., Majkiewicz M., Podolski J., Sipak – Szmigiel O., Ronin –Walknoska E.: Personality traits assessed by the neo five-factor inventory (neo-ffi) as part of the perinatal depression screening program. *Med Sci Monit.* 2010, 16, 77–81.
112. van Bussel J.C., Spitz B., Demyttenaere K.: Depressive symptomatology in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal antenatal orientations. *Arch Womens Ment Health.* 2009, 12(3),155-66.
113. Weber K., Giannakopoulos P., Bacchetta J.P., Quast S., Herrmann F.R., Delaloye C., Ghisletta P., De Ribaupierre A., Canuto A.: Personality traits are associated with acute major depression across the age spectrum. *Aging Ment Health.* 2012,16(4):472-80.
114. Dudek D., Jaeschke R., Siwek M., Mączka G., Topór-Mądry R., Rybakowski J.: Postpartum depression: identifying associations with bipolarity and personality traits. Preliminary results from a cross-sectional study in Poland. *Psychiatry Res.* 2014, 30,215(1),69-74.
115. Rosellini A.J., A. Brown T.A.: The NEO Five-Factor Inventory: Latent Structure and Relationships With Dimensions of Anxiety and Depressive Disorders in a Large Clinical Sample. *Assessment* 2011, 18(1):27-38.

116. Rutkowska A., Kowalska A., Makara – Studzińska M., Kwaśniewska M.:
Analiza struktury osobowości u kobiet w pierwszej ciąży prawidłowej
i wysokiego ryzyka. *Curr Probl Psychiatri* 2011, 12(4), 420-427.

9 ANEKSY

Kwestionariusz NEO-FFI

NEO-FFI

Paul T. Costa, Jr. i Robert R. McCrae

Adaptacja: P. Szczepaniak, M. Śliwińska, J. Strelau, B. Zawadzki

Skala	WS	Steny
NEU		
EKS		
OTW		
UGD		
SUM		

INSTRUKCJA: Uważnie przeczytaj tę instrukcję, zanim zaczniesz pisać. Kwestionariusz ten składa się z 60 stwierdzeń. Przeczytaj każde z nich uważnie. Przy każdym zdaniu otocz kółkiem odpowiedź, która najlepiej wyraża Twoją opinię. Upewnij się, czy swoją odpowiedź wpisujesz przy odpowiednim stwierdzeniu.

Zakreśl:

1. gdy się ZDECYDOWANIE NIE ZGADZASZ lub gdy to stwierdzenie jest całkowicie nie trafne,
2. gdy się NIE ZGADZASZ lub gdy to stwierdzenie jest raczej nie trafne.
3. gdy NIE MASZ ZDANIA lub nie możesz się zdecydować, lub też stwierdzenie jest równie trafne jak nie trafne,
4. gdy się ZGADZASZ lub gdy to stwierdzenie jest raczej trafne,
5. gdy się ZDECYDOWANIE ZGADZASZ lub gdy to stwierdzenie jest całkowicie trafne.

Zakreśl tylko jedną odpowiedź przy każdym stwierdzeniu.

Ustosunkuj się do wszystkich stwierdzeń.

Jeśli się pomylisz. wyraźnie przekreśl pierwszą odpowiedź i zaznacz właściwą.

- 1 - zdecydowanie nie zgadzam się
- 2 - nie zgadzam się
- 3 - nie mam zdania
- 4 - zgadzam się
- 5 - zdecydowanie zgadzam się

1. Nie należę do osób stale martwiących się. 1 2 3 4 5
2. Lubię mieć wielu ludzi wokół siebie. 1 2 3 4 5
3. Nie lubię tracić czasu na marzenia. 1 2 3 4 5
4. Staram się być uprzejmy(a) dla każdego, kogo spotykam. 1 2 3 4 5
5. Utrzymuję swoje rzeczy w porządku i czystości. 1 2 3 4 5
6. Często czuję się gorsza(y) od innych. 1 2 3 4 5
7. Łatwo mnie rozśmieszyć. 1 2 3 4 5
8. Gdy raz znajdę właściwy sposób na robienie czegoś, trzymam się go. 1 2 3 4 5
9. Często popadam w konflikty z rodziną i współpracownikami. 1 2 3 4 5
10. Potrafię skutecznie mobilizować się, aby załatwić sprawy o czasie. 1 2 3 4 5
11. Kiedy znajduję się pod wpływem silnego stresu, to czasami czuję się tak, jakbym miał(a) się rozpaść na kawałki. 1 2 3 4 5
12. Nie zaliczam się do osób szczególnie beztroskich. 1 2 3 4 5
13. Intrygują mnie formy, które odkrywam w sztuce i naturze. 1 2 3 4 5
14. Niektórzy ludzie uważają, że jestem samolubny(a) i egoistyczny(a). 1 2 3 4 5
15. Jestem niezbyt systematyczny(a). 1 2 3 4 5
16. Rzadko czuję się osamotniony(a) lub przygnębiony(a). 1 2 3 4 5
17. Uwielbiam rozmawiać z ludźmi. 1 2 3 4 5
18. Uważam, że pozwalanie uczniom na słuchanie kontrowersyjnych poglądów, może im zamieszać w głowie i wprowadzić w błąd. 1 2 3 4 5
19. Wolał(a)bym raczej współpracować z innymi, niż z nimi rywalizować. 1 2 3 4 5
20. Staram się sumiennie wykonywać powierzone mi zadania. 1 2 3 4 5
21. Często czuję się napięty(a) i : denerwowany(a). 1 2 3 4 5
22. Lubię być tam, gdzie się coś dzieje. 1 2 3 4 5
23. Poezja działa na mnie słabo lub wcale. 1 2 3 4 5
24. Mam skłonności do bycia sceptycznym(a) i cynicznym(a) w stosunku do zamierzeń innych ludzi. 1 2 3 4 5

25. Mam jasno sprecyzowane cele i systematycznie pracuję, by je osiągnąć. 1 2 3 4 5
26. Czasami czuję się całkowicie bezwartościowy(a). 1 2 3 4 5
27. Zwykle wolę działać samotnie 1 2 3 4 5
28. Często próbuję nowych i egzotycznych potraw. 1 2 3 4 5
29. Sądzę że większość ludzi wykorzystuje innych, jeśli się im na to pozwoli 1 2 3 4 5
30. Tracę mnóstwo czasu, zanim zaborę się do pracy. 1 2 3 4 5
31. Rzadko czuję się przerażony(a) lub załęczniony(a). 1 2 3 4 5
32. Często czuję, że rozpira mnie energia .1 2 3 4 5
33. Rzadko dostrzegam nastroje lub uczucia płynące z otoczenia .1 2 3 4 5
34. Większość ludzi, których znam, lubi mnie .1 2 3 4 5
35. Ciężko pracuję, aby zrealizować swoje cele. 1 2 3 4 5
36. Często wpadam w złość z powodu w jaki inni mnie traktują. 1 2 3 4 5
37. Jestem wesoły(a) i pełen(na) werwy. 1 2 3 4 5
38. Sądzę, że powinniśmy odwoływać się do autorytetów religijnych przy podejmowaniu decyzji w sprawach moralności .1 2 3 4 5
39. Niektórzy sądzą, że jestem zimny(a) i wyrachowany(a). 1 2 3 4 5
40. Kiedy się do czegoś zobowiążę, to zawsze można na mnie polegać .1 2 3 4 5
41. Zbyt często, gdy sprawy idą źle, zniechęcam się i czuję się zrezygnowany(a). 1 2 3 4 5
42. Nie jestem pogodnym(a) optymistą(ką). 1 2 3 4 5
43. Czasami, gdy czytam poezje lub oglądam dzieło sztuki, czuję "dreszczyk emocji" i falę podniecenia. 1 2 3 4 5
44. Jestem twardy(a) i nieustępliwy(a) w swoich postawach wobec innych. 1 2 3 4 5
45. Jestem twardy(a) i nieustępliwy(a) w swoich postawach wobec innych. 1 2 3 4 5
46. Rzadko bywam smutny(a) i przygnębiony(a). 1 2 3 4 5
47. Moje życie przebiega w dużym tempie. 1 2 3 4 5

48. Mało interesuje mnie dociekanie natury wszechświata i natury ludzkiej. 1 2 3 4 5
49. Z reguły staram się być wrażliwy(a) na potrzeby i uczucia innych ludzi. 1 2 3 4 5
50. Jestem osobą skuteczną, która zawsze kończy, co rozpoczęła. 1 2 3 4 5
51. Często czuję się bezradny i, potrzebuję kogoś, kto rozwiązałby moje problemy. 1 2 3 4 5
52. Jestem bardzo aktywny(a). 1 2 3 4 5
53. Mam duże potrzeby intelektualne. 1 2 3 4 5
54. Jeśli kogoś nie lubię, to daję mu to odczuć. 1 2 3 4 5
55. Wygląda na to, że nigdy nie potrafię się zorganizować. 1 2 3 4 5
56. Czasami bywam tak zawstydzony(a), że chciał(a)bym się gdzieś schować. 1 2 3 4 5
57. Wolał(a)bym raczej iść własną drogą, niż przewodzić innym. 1 2 3 4 5
58. Często sprawia mi satysfakcję zajmowanie się teoretycznymi rozważaniami lub abstrakcyjnymi problemami. 1 2 3 4 5
59. W razie potrzeby jestem skłonny(a) manipulować innymi aby dostać to co chcę. 1 2 3 4 5
60. Dążę do doskonałości we wszystkim, co robię. 1 2 3 4 5

Kwestionariusz Samooceny STAI, arkusz X-1 oraz X-2

KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY

STAI, ARKUSZ X-1

1-prawie nigdy, 2-czasem, 3-często, 4-prawie zawsze

1. Jestem spokojny. 1 2 3 4
2. Czuję się bezpiecznie. 1 2 3 4
3. Jestem napięty. 1 2 3 4
4. Jestem rozżalony. 1 2 3 4
5. Czuję się swobodnie. 1 2 3 4
6. Jestem przygnębiony. 1 2 3 4
7. Martwię się, czy nie stanie się coś złego. 1 2 3 4
8. Czuję się wypoczęty. 1 2 3 4
9. Odczuwam niepokój. 1 2 3 4
10. Jest mi dobrze. 1 2 3 4
11. Czuję się pewny siebie. 1 2 3 4
12. Jestem zdenerwowany. 1 2 3 4
13. Jestem roztrzęsiony. 1 2 3 4
14. Jestem "podminowany". 1 2 3 4
15. Jestem odprężony. 1 2 3 4
16. Jestem zadowolony. 1 2 3 4
17. Jestem zmartwiony. 1 2 3 4
18. Czuję się nadmiernie podniecony. 1 2 3 4
19. Jestem radosny. 1 2 3 4
20. Jest mi przyjemnie. 1 2 3 4

STAI, ARKUSZ X-2

1-prawie nigdy, 2-czasem, 3-często, 4-prawie zawsze

21. Jest mi przyjemnie. 1 2 3 4
22. Szybko się męczę. 1 2 3 4
23. Chce mi się płakać. 1 2 3 4
24. Chciałbym być tak szczęśliwy jak inni. 1 2 3 4
25. Tracę na tym, że nie umiem się dostatecznie szybko decydować. 1 2 3 4
26. Czuję się wypoczęty. 1 2 3 4
27. Jestem spokojny i opanowany. 1 2 3 4
28. Czuję, że trudności tak się piętrzą, że nie potrafię ich przezwyciężyć. 1 2 3 4
29. Za bardzo martwię się czymś, co w gruncie rzeczy nie jest ważne. 1 2 3 4
30. Jestem szczęśliwy. 1 2 3 4
31. Jestem skłonny brać. wszystko zbyt poważnie. 1 2 3 4
32. Brak mi pewności siebie. 1 2 3 4
33. Czuję się bezpiecznie. 1 2 3 4
34. Staram się nie zauważać kryzysów i trudności. 1 2 3 4
35. Jest mi smutno. 1 2 3 4
36. Jestem zadowolony. 1 2 3 4
37. Jakaś nieważna myśl chodzi mi po głowie i dręczy mnie. 1 2 3 4
38. Przeżywam rozczarowania tak dotkliwie, że nie mogę przestać o nich myśleć. 1 2 3 4
39. Jestem osobą zrównoważoną. 1 2 3 4
40. Staję się napięty lub rozdrażniony, gdy myślę o swoich niedawnych kłopotach.
1 2 3 4

Kwestionariusz ankiety własnego autorstwa

Szanowna Pani,

Jestem pracownikiem Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Zakładu Pielęgniarstwa Położniczo – Ginekologicznego. Poniższa ankieta dotyczy problemów kobiet w okresie połogu. Jej celem jest określenie funkcjonowania kobiet w okresie połogu w kontekście czynników społecznych, emocjonalnych i zdrowotnych. Kwestionariusz ma charakter anonimowy i posłuży wyłącznie do badań naukowych.

Proszę o zakreślenie wybranej odpowiedzi symbolem „X”. Proszę również o podanie odpowiedzi na wszystkie pytania, ponieważ ankiety niewypełnione w całości, nie będą mogły być wykorzystane.

Dziękuję za wzięcie udziału w badaniu oraz poświęcony czas.

Agnieszka Czerwińska- Osipiak

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

1. Wiek

- 18 - 25
- 26 – 30
- 31 - 35
- Powyżej 35. roku życia

2. Wykształcenie

- Podstawowe
- Zawodowe
- Średnie
- Wyższe

3. Miejsce zamieszkania

- Wieś
- Miasto do 100 tys. mieszkańców (np., Kartuzy, Pruszcz Gdański, Tczew)
- Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców (np., Gdańsk, Gdynia)

4. Stan cywilny

- Panna
- Mężatka
- Rozwiedziona
- Wdowa
- Pozostają w wolnym związku

5. Proszę zaznaczyć ile posiada Pani już dzieci:
- To moje 1. dziecko
 - To moje kolejne dziecko (proszę wpisać które).....
6. Proszę zaznaczyć płeć obecnie narodzonego dziecka:
- Dziewczynka
 - Chłopiec
7. Czy ostatnia ciąża była przez Panią i Pani partnera zaplanowana?
- Tak
 - Nie
8. Proszę zaznaczyć obecny sposób żywienia dziecka (**można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź**)?
- karmienie piersią
 - karmienie odciągniętym własnym pokarmem
 - mieszanka (mleko modyfikowane dla niemowląt)
 - mleko (UHT, pasteryzowane, itp.)
 - woda
 - soki, herbatki
 - inne.....
9. Czy uczestniczyła Pani kiedykolwiek w zajęciach Szkoły Rodzenia?
- Tak
 - Nie
10. Jaki był sposób ukończenia ostatniego porodu?
- fizjologiczny z nacięciem krocza
 - fizjologiczny bez nacięcia krocza
 - fizjologiczny z pęknięciem krocza
 - instrumentalny (kleszcze, próżniociąg)
 - cięcie cesarskie
11. Czy podczas ciąży zapoznała się Pani z informacjami na temat przebiegu porodu ?
- tak
 - nie

12. Proszę zaznaczyć jakie było dla Pani źródło wiedzy na temat porodu (**można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź**)?

- nie szukałam informacji na ten temat
- zajęcia Szkoły Rodzenia
- od lekarza położnika
- od położnej
- z literatury
- z Internetu
- inne

13. Proszę zaznaczyć, które z niżej wymienionych problemów były dla Pani najbardziej intensywne w pierwszym tygodniu po porodzie (**dowolna ilość zaznaczeń**):

- nie pojawiły się
- ból
- dyskomfort spowodowany zszyciem krocza
- dyskomfort spowodowany raną pooperacyjną
- obniżenie nastroju
- ograniczenia związane z karmieniem piersią
- problemy z laktacją:
 - nadmiar pokarmu
 - niedobór pokarmu
 - nieumiejętne przystawianie do piersi
 - pogryzione brodawki sutkowe
 - zastój pokarmu
- poczucie wyczerpania fizycznego
- poczucie bezradności i braku umiejętności opieki nad dzieckiem
- trudności z oddawaniem stolca
- trudności z oddawaniem moczu
- uciążliwa kolka u noworodka

14. Proszę zaznaczyć, które z niżej wymienionych problemów były dla Pani najbardziej intensywne między 2. a 4. tygodniem po porodzie (**dowolna ilość zaznaczeń**):

- nie pojawiły się
- ból
- dyskomfort spowodowany zszyciem krocza
- dyskomfort spowodowany raną pooperacyjną
- obniżenie nastroju
- ograniczenia związane z karmieniem piersią
- problemy z laktacją:

- nadmiar pokarmu
- niedobór pokarmu
- nieumiejętne przystawianie do piersi
- pogryzione brodawki sutkowe
- zastój pokarmu
- poczucie wyczerpania fizycznego
- poczucie bezradności i braku umiejętności opieki nad dzieckiem
- trudności z oddawaniem stolca
- trudności z oddawaniem moczu
- uciążliwa kolka u noworodka

15. Proszę zaznaczyć, które z niżej wymienionych problemów były/są dla Pani najbardziej intensywne między 5. a 6. tygodniem po porodzie (**dowolna ilość zaznaczeń**) :

- nie pojawiły się
- ból
- dyskomfort spowodowany zszyciem krocza
- dyskomfort spowodowany raną pooperacyjną
- obniżenie nastroju
- ograniczenia związane z karmieniem piersią
- problemy z laktacją:
 - nadmiar pokarmu
 - niedobór pokarmu
 - nieumiejętne przystawianie do piersi
 - pogryzione brodawki sutkowe
 - zastój pokarmu
- poczucie wyczerpania fizycznego
- poczucie bezradności i braku umiejętności opieki nad dzieckiem
- trudności z oddawaniem stolca
- trudności z oddawaniem moczu
- uciążliwa kolka u noworodka

16. Jeśli odczuwała Pani dolegliwości bólowe w okresie połogu proszę o wymienienie ich przyczyn (**dowolna ilość zaznaczeń**) :

- nie odczuwałam bólu
- spowodowany skurczami połogowymi mięśnia macicy
- spowodowany obrażeniami krocza i zaszytym kroczem
- spowodowany raną po cięciu cesarskim
- spowodowany wrażliwością brodawek sutkowych
- spowodowany uszkodzeniem brodawek sutkowych
- spowodowany nawałem pokarmowym

17. Proszę zaznaczyć na czyją pomoc, wsparcie mogła Pani liczyć w rozwiązaniu pojawiających się problemów w czasie połogu (**można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź**):

- nikt mi nie pomagał - byłam sama
- mąż/partner
- lekarz
- położna/pielęgniarka
- rodzina
- znajomi
- inni

18. Globalna ocena zadowolenia z życia- Drabinka Cantrila

Górny szczebel poniższej drabinki oznacza najlepsze życie, jakie mogłoby Panią spotkać, dolny- najgorsze. Proszę zakreślić cyfrę wskazującą na tych drabinkach miejsce, w jakim zgodnie z subiektywnym odczuciem znajdują się Pani życie obecnie, przed ciążą oraz jakiego spodziewa się Pani za 2 lata.

NAJLEPSZE ŻYCIE, JAKIE MOGŁO LUB MOŻE MI SIĘ ZDARZYĆ

PRZED CIĄŻĄ	OBECNIE	ZA 2 LATA
10	10	10
9	9	9
8	8	8
7	7	7
6	6	6
5	5	5
4	4	4
3	3	3
2	2	2
1	1	1
0	0	0

NAJGORSZE ŻYCIE, JAKIE MOGŁO LUB MOŻE MI SIĘ ZDARZYĆ

Kwestionariusz Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie
(aut. Joanna Krzyżanowska-Zbucka)

CZYNNIKI RYZYKA PO PORODZIE	TAK	NIE
1.Miała problemy emocjonalne w obecnej ciąży		
2.Leczyła się w psychiatrycznie w przeszłości		
3.Była kiedykolwiek w szpitalu psychiatrycznym		
4.Zażywała jakieś leki uspokajające		
5.Zażywała leki przeciwdepresyjne		
6.Zażywała leki psychotropowe		
7.Ma za sobą próbę samobójczą		
8.Dokonywała w przeszłości samouszkodzeń		
9.Przyjmowała ostatnio narkotyki (doustne, wziewne, dożylnie)		
10.W rodzinie ktoś chorował psychicznie		
11.W rodzinie zdarzały się samobójstwa		
12.Przyjmowała kiedykolwiek narkotyki (doustne, wziewne, dożylnie)		
13.W poprzednich ciążach miała problemy emocjonalne		
14.Przy poprzednich porodach występowały jakieś problemy		
15.Przeżywała depresję poporodową po poprzednim porodzie		
16.Ostatni poród ocenia jako ciężki i urazowy		
17.Przeprowadzała się w ciągu ostatnich 6 miesięcy		
18.Chodziła do szkoły rodzenia		
19.Jest w stałym związku z ojcem dziecka		
20.Ma już dziecko specjalnej troski lub chore		
21.Ma stałą pracę		
22.Ma problemy finansowe		
23.Jest w dobrych relacjach z własną matką		
24.Ma wsparcie w dalszej rodzinie czy wśród przyjaciół		

Instrukcja do kwestionariusza Czynniki Ryzyka zaburzeń psychicznych po porodzie

Proponowany kwestionariusz służy oszacowaniu ryzyka pojawienia się zaburzeń emocjonalnych **po porodzie**. Zacienione pola są istotne dla oceny ryzyka, jeżeli odpowiedzi są w nich umieszczone, potwierdzają obecność czynnika ryzyka zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym. W dużej części czynniki ryzyka w tym okresie podobne są do tych w ciąży.

Odpowiedź twierdząca w jednym z punktów od 1 do 9 skłaniać powinny położną i lekarza do szybkiego kontaktu z psychiatrą leczącym pacjentkę, a jeżeli obecnie się nie leczy należy ją nakłonić do konsultacji psychiatrycznej.

Po stwierdzeniu obecności jednego z czynników ryzyka opisanych w punktach 10 – 16 należy bacznie obserwować pacjentkę i często sprawdzać jej stan psychiczny.

Ostatnia grupa pytań (od 17 do 24) opisuje pozamedyczne czynniki ryzyka, które w porównaniu z poprzednimi są mniej istotne, ale także zwiększają prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzeń, stwierdzenie dwóch z nich może być sygnałem ostrzegawczym dla położnika.