

Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Katedra Zdrowia Matki i Dziecka  
Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa

Katarzyna Wszółek

Identyfikowanie czynników mogących mieć  
wpływ na stan emocjonalny położnic

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem  
dr hab. n. o zdrowiu Beaty Pięty

Poznań 2014

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, iż jestem autorem pracy doktorskiej pt.:

„Identyfikowanie czynników mogących mieć wpływ na stan emocjonalny położnic”.

Praca ta została przeze mnie napisana samodzielnie (bez jakiegokolwiek udziału osób trzecich), przy wykorzystaniu wykazanej w pracy literatury przedmiotu i materiałów źródłowych, stanowi ona pracę oryginalną nie narusza praw autorskich oraz dóbr osobistych osób trzecich i jest wolna od jakichkolwiek zapożyczeń.

Oświadczam również, że wymieniona praca nie zawiera danych i informacji, które zostały uzyskane w sposób niedozwolony prawem oraz nie była dotychczas przedmiotem żadnej urzędowej procedury związanej z uzyskaniem tytułu dr. n. o zdr., a złożona przeze mnie płyta CD zawiera elektroniczny zapis przedstawionej przeze mnie pracy.

Jednocześnie oświadczam, że nieodpłatnie udzielam Uniwersytetowi Medycznemu im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu licencji do korzystania z wyżej wymienionej pracy bez ograniczeń czasowych i terytorialnych w zakresie obrotu nośnikami, na których pracę utrwalono przez: wprowadzanie do obrotu, użyczenie lub najem egzemplarzy w postaci elektronicznej a nadto upoważniam Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu do przechowywania i archiwizowania pracy w zakresie wprowadzania jej do pamięci komputera oraz do jej zwielokrotniania i udostępniania w formie elektronicznej oraz drukowanej.

Imię i nazwisko: Katarzyna Wszolek

Data, podpis.....

*Gutta cavat lapidem non vi, sed saepe cadendo,  
sic homo doctus fit non vi sed saepe studendo.*

*Za cenne uwagi merytoryczne,  
wsparcie, zaangażowanie i pomoc  
w przygotowaniu niniejszej pracy  
dziękuję Pani Promotor dr hab. n. o zdr. Beacie Pięcie.  
Dziękuję również prof. dr. hab. n. med. Tomaszowi Opali,  
Ewie Żak i mojemu Ojcu Chrzestnemu.  
Pracę dedykuję mężowi i synkowi.*

|          |   |    |
|----------|---|----|
| 1.       | Wstęp .....   | 6  |
| 1.1.     | Emocje w życiu człowieka.....   | 6  |
| 1.1.1.   | Natura emocji.....  | 6  |
| 1.1.2.   | Definicja emocji.....   | 7  |
| 1.1.3.   | Rozwój emocji.....  | 9  |
| 1.2.     | Zdrowie psychiczne Polaków (dane epidemiologiczne).....   | 11 |
| 1.3.     | Planowanie rodziny.....   | 12 |
| 1.4.     | Status prawny i zawodowy położnej w Polsce.....   | 13 |
| 1.5.     | Rola położnej w opiece nad ciężarną w ciąży prawidłowej i powikłanej.....   | 14 |
| 1.5.1.   | Ciąża powikłana i udział położnej w postępowaniu diagnostycznym i leczniczym w poszczególnych jednostkach chorobowych ..... | 16 |
| 1.5.1.1. | Choroba matki .....   | 16 |
| 1.5.1.2. | Choroba płodu .....   | 21 |
| 1.5.1.3. | Ciąża wielopłodowa jako ciąża szczególnej troski.....   | 23 |
| 1.5.1.4. | Poronienie i ciąża obumarła .....   | 24 |
| 1.6.     | Poród jako niezwykle ważny moment w życiu rodziny.....  | 27 |
| 1.6.1.   | Przygotowanie rodziców do porodu.....   | 27 |
| 1.6.2.   | Poród rodzinny .....  | 28 |
| 1.6.3.   | Poród o przebiegu fizjologicznym .....  | 29 |
| 1.6.4.   | Poród powikłany .....   | 29 |
| 1.6.4.1. | Cięcie cesarskie.....   | 30 |
| 1.6.4.2. | Wyciągacz próżniowy i kleszcze położnicze.....  | 31 |
| 1.6.5.   | Zjawisko medykalizacji porodu .....   | 32 |
| 1.6.6.   | Rola położnej w opiece nad rodzącą w przebiegu porodu fizjologicznego .....   | 33 |
| 1.6.7.   | Rola położnej w opiece nad rodzącą w przebiegu porodu powikłanego .....   | 36 |
| 1.7.     | Położnica – matka – pacjentka .....   | 37 |
| 1.7.1.   | Wczesne wykrywanie zaburzeń psychicznych.....   | 37 |
| 1.7.1.1. | Przygnębienie poporodowe.....   | 39 |
| 1.7.1.2. | Depresja poporodowa .....   | 39 |
| 1.7.1.3. | Zaburzenia stresowe pourazowe .....   | 41 |
| 1.7.1.4. | Psychoza poporodowa. ....   | 42 |
| 2.       | Cel pracy .....   | 44 |
| 3.       | Materiał i metoda .....   | 44 |
| 4.       | Wyniki.....   | 46 |
| 4.1.     | Ogólna charakterystyka badanej populacji.....   | 46 |
| 4.2.     | Przebieg porodu.....  | 55 |
| 4.2.1.   | Poród drogami natury.....   | 55 |

|          |   |     |
|----------|---|-----|
| 4.2.2.   | Cięcie cesarskie .....  | 59  |
| 4.2.2.1. | Elektywne cięcie cesarskie.....   | 59  |
| 4.2.2.2. | Cięcia cesarskie z pozostałych wskazań .....                            | 62  |
| 4.3.     | Emocje i odczucia przed porodem. ....                                   | 66  |
| 4.3.1.   | Emocje i odczucia przed porodem w zależności od badanych czynników..... | 80  |
| 4.4.     | Emocje i odczucia po porodzie .....                                     | 85  |
| 4.4.1.   | Emocje i odczucia po porodzie w zależności od badanych czynników .....  | 98  |
| 4.5.     | Edynburska Skala Depresji Poporodowej .....                             | 105 |
| 4.6.     | Szpitalna Skala Lęku i Depresji .....                                   | 111 |
| 5.       | Dyskusja.....   | 117 |
| 6.       | Wnioski .....   | 134 |
| 7.       | Streszczenie.....   | 135 |
|          | Summary .....   | 139 |
|          | Piśmiennictwo .....   | 142 |
|          | Ankieta.....  | 157 |

# 1. Wstęp

## 1.1. Emocje w życiu człowieka

### 1.1.1. Natura emocji

Nad naturą emocji i ich znaczeniem w życiu człowieka zastanawiali się filozofowie jeszcze w czasach presokratyków. Sokrates (470-399 p.n.e.) i jego uczeń Platon (427-347 p.n.e.) uważali, iż emocje, jako prymitywne, są mniej godne zaufania niż rozum, dlatego też powinny podlegać kontroli. Również Arystoteles (384-322 p.n.e.) i wielu oświeconych Ateńczyków kontynuowało tę myśl. Uznano, że rozum i emocje to dwa ścierające się, antagonistyczne aspekty duszy. Jednak to właśnie Arystoteles może być uważany za prekursora głównych współczesnych teorii emocji. W analizie złości uwzględnił on jej charakterystyczne komponenty – poznawczy, określony kontekst społeczny, tendencję behawioralną oraz wystąpienie fizycznego pobudzenia. Zauważył także, że odczuwanie dyskomfortu psychicznego (np. nieszczęśliwa miłość, zawiedzione oczekiwania, doświadczenie niewdzięczności) bądź fizycznego (choroba, nędza, wojna) sprzyja pojawieniu się złości. Uznawał też emocje za element niezbędny dla dobrego życia. W odróżnieniu od tej filozofii stoicy dowodzili, że emocje są błędami konceptualnymi prowadzącymi do unieszczęśliwienia człowieka. Seneka (4 p.n.e.-65 r.n.e.) i Chryzyp (280-207 p.n.e.) uznawani są za tych, którzy, według dzisiejszych kategorii, sformułowali klasyczną poznawczą teorię emocji. W średniowieczu rozpoczęto szczegółowe badania pseudomedyczne dotyczące wpływu „humorów” na temperament człowieka, opisanych po raz pierwszy przez Hipokratesa (460-370 p.n.e.) [1], którą to teorię kontynuował i rozpropagował Galen (130-200 r. n.e.) [2,3]. W patologii humoralnej twierdzono, że istnieją cztery płyny (humory) wypełniające ciało i należą do nich: krew, żółć, śluz (flegma) i czarna żółć. Wzajemne stosunki poszczególnych humorów decydowały o zdrowiu i temperamencie człowieka [4,5]. Średniowieczne badania nad emocjami zdominowane zostały przez etykę chrześcijańską – ogromny wpływ na powstające teorie miało zaabsorbowanie zagadnieniem grzechu. Szczegółowo analizowano te emocje, namiętności i żądze, które uznano za grzeszne (chciwość, nieczystość, obżarstwo, gniew, pycha, lenistwo i zazdrość). Najwyższym cnotom (wiera, nadzieja, miłość) przyznano natomiast wyższy status, stawiając je na równi z rozumem. Takie rozważania prowadził m.in. św. Tomasz z Akwinu (1225-1274 r.n.e.) [4]. Kartezjusz (René Descartes, 1596-1659), uznawany za ojca współczesnej filozofii, stwierdził, że emocje wymagają interakcji umysłu z ciałem. Do ich spotkania dochodzi w „*małym gruczole w okolicy pnia mózgu*” – szyszynce, a ciało wpływa na umysł za pomocą „*tchnień życiowych*” – cząsteczek krwi. Przekonany był również, iż emocje nie są zależne tylko od wrażeń wywołanych fizycznym pobudzeniem, ale wpływ na nie mają również: spostrzeganie, pragnienia i przekonania [4]. Baruch (Benedykt) Spinoza (1632-1677), nowożytny stoik, uznawał emocje za formę „*myśli*” prowadzącą do błędnej interpretacji świata, co w rezultacie prowadzi do cierpienia i frustracji. Opowiedział się za rozbudowaną koncepcją metafizyczną, w której umysł i ciało stanowią dwa aspekty tego samego bytu, czym antycypował związek pomiędzy emocjami a mózgiem [4,6]. David Hume (1711-1766), radykalny orędownik oświecenia, określił emocje jako przyjemne bądź nieprzyjemne „*wrażenia*”, stymulowane ruchem „*tchnień życiowych*” we krwi. Zdefiniował również ideę, jako sieć przyczynową

wrażeń. Idee są wywoływane bądź wywołują emocje i dlatego emocji nie można utożsamiać tylko i wyłącznie z doznaniem czy wrażeniem, ale w kontekście kompleksu wrażeń i idei. Uważał również, iż istnieją emocje dobre i złe. Immanuel Kant (1724-1804), pomimo, iż nie widział potrzeby sformułowania teorii emocji, uważał, że *nic wielkiego na świecie nie powstało bez udziału namiętności*, czyli zaangażowania i procesu motywacyjnego [4]. Friedrich Nietzsche (1844-1900) sławił najbardziej instynktowne i mroczne przejawy ludzkiego rozumu, będące jednocześnie najmniej racjonalnym z jego aspektów. Wydarzenia I wojny światowej, w której wielu europejskich filozofów dostrzegło zbyt wiele irracjonalności i namiętności, spowodowały powrót do kultu rozumu znanego ze starożytności [4]. XX wiek przyniósł dyskusję na temat emocji, która potoczyła się dwojakim torem. W Ameryce Północnej i Wielkiej Brytanii emocje zepchnięto na dalszy plan, ze względu na panującą wówczas modę na nauki ścisłe i logikę. W tym samym czasie w Europie poświęcano emocjom więcej uwagi – przypisywano im kluczową rolę w ludzkiej egzystencji i darzono szacunkiem (Martin Heidegger, Paul Ricoeur). Nowy, egzystencjalny wymiar w badaniach nad emocjami przyniosły publikacje Jeana-Paula Sartre'a (1905-1980): *Zarys teorii uczuć* oraz *Byt i nicość*, w których dokonał ich szczegółowej analizy [4,7]. W filozofii angloamerykańskiej ponownie zwrócono się ku studiom nad emocjami dzięki artykułowi Errola Bedforda zatytułowanemu *Emocje* (1956). Podniósł on kwestię natury emocji oraz sprzeciwił się traktowaniu uczuć jako emocji [4].

### 1.1.2. Definicja emocji

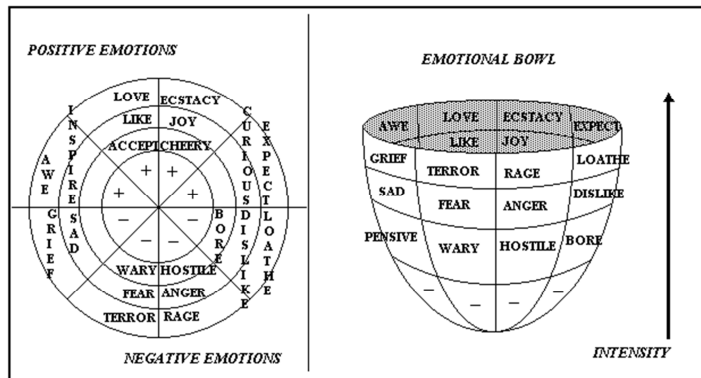
Obecnie prowadzone są próby opracowania holistycznej teorii emocji, która połączyłaby dziedziny psychologii, neurologii, antropologii i filozofii moralności [4]. Śledząc rozważania filozofów i etyków nad naturą emocji możemy stwierdzić, że w życiu człowieka odgrywają one niezmiernie ważną rolę. Intensywnie przeżywane pozwalają nam rejestrować związane z nimi chwile w naszej pamięci. Mogą działać na nas motywująco – pobudzają wtedy do działania, które jest przez nie ukierunkowane i podtrzymywane. Chcąc osiągnąć pożądaną cel wzbudzamy w sobie emocje pozytywne – wynikające z faktu działania w sposób, który jest zgodny z naszymi motywami. Gdy dochodzi do sytuacji odwrotnej, oddalania się od celu bądź zbliżania się do celu odstręczającego, zaczynamy odczuwać emocje negatywne. Możemy doświadczyć frustracji – nie mogąc podjąć działania pozwalającego nam na uzyskanie tego, czego pragniemy, bądź smutku – gdy przychodzi nam zmagać się z sytuacją przykrą [8]. Jednak każdy z nas inaczej zareaguje na tę samą sytuację, a ta sama osoba może różnie reagować na daną sytuację przy różnych okazjach. Zdarzają się również sprzeczności między postępowaniem człowieka w danej sytuacji, a tym, jak mówi, że będzie postępował [9].

W pracach Ekmana i wsp. [10,11] wykazano, iż wzorce ekspresji pewnych emocji cechuje ponadkulturowa uniwersalność. Należą do nich: smutek, strach, złość, wstręt, zaskoczenie i radość. Wymienione emocje nazwali podstawowymi. Są one przeżywane i rozpoznawane przez ludzi z różnych stron świata (ryc. 1).



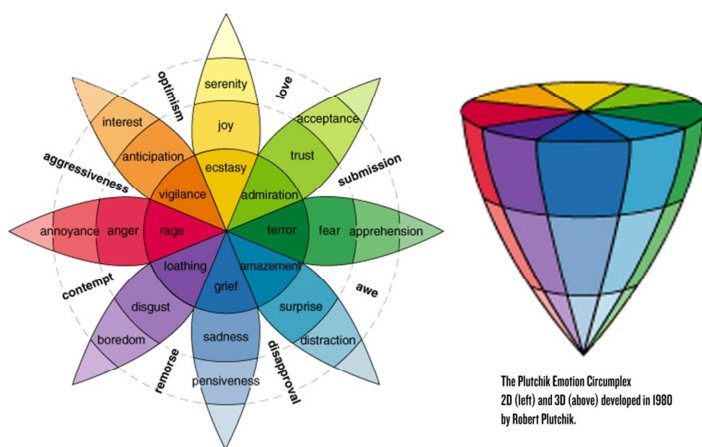
Ryc. 1. Wyrazy mimiczne sześciu głównych emocji [11].

Plutchik [12] w swojej teorii emocji wskazał osiem emocji podstawowych, tworzących cztery pary przeciwieństw: radość – smutek, strach – gniew, zdziwienie – oczekiwanie, akceptacja – wstręt. Pozostałe emocje nazwał pochodnymi. Trójwymiarowy model graficzny stworzony przez niego opisuje relacje pomiędzy wymienionymi emocjami. Wymiar pionowy reprezentuje intensywność, a koło poziome reprezentuje stopień podobieństwa. Emocje przeciwne znajdują się przeciwległe do siebie (ryc. 2,3). Według Kempera [10,13] powstawanie emocji pochodnych ma ścisły związek z sytuacją społeczną, w jakiej jednostka się znajduje. W jego definicji poczucie winy jest skutkiem strachu przed karą za podjęcie zabronionego działania. Duma natomiast wynika z satysfakcji i poczucia się jednostką wartościową dla samej siebie [10,13].



Ryc. 2. Koło emocji wg Plutchika [12].





Ryc. 3. Koło emocji wg Plutchika [14].

Trudności przysparza stworzenie jednoznacznej definicji emocji. Zjawiska, które je tworzą obejmują uczucia, kontrolę nad zachowaniem i myśleniem, przekonania (ich pojawienie się i trwałość), zachowania (mimowolne i impulsywne), zmieniające się relacje jednostki z otoczeniem oraz zmiany fizjologiczne niespowodowane warunkami fizycznymi. Zjawisko *uczucia* jest jednym z tych, które pobudziły do utworzenia i używania pojęcia *emocja*. Należy także pamiętać o pojęciu *afektu*, który cechują pragnienia, zachowania i myśli skoncentrowane na dążeniu do pewnego celu i kontynuowaniu ich bez względu na przeszkody zewnętrzne, zastrzeżenia moralne i koszty, które musi ponieść jednostka.

Kolejnym zjawiskiem są wzorce zachowania (uśmiech, śmiech, płacz, napady gwałtownych ruchów), które są powtarzalne. Uśmiech sugeruje, że dalszy kontakt będzie przyjazny, złość – odbieramy jako wrogość, osobę płaczącą jako potrzebującą pomocy. Wszystkie wyżej wymienione zjawiska odwołują się do wnętrza człowieka, sprawiają, iż poszukujemy ich czynników przyczynowych. I w tym kontekście możemy zdefiniować emocję jako pewien stan wewnętrzny lub proces. Ułatwia nam to zrozumienie postępowania różnych osób i ewentualnych sprzeczności w ich zachowaniu [9].

### 1.1.3. Rozwój emocji

U ssaków, dzięki genetycznie zakorzenionym procesom mózgowym, emocje (ich postaci i przejawy) rozwijają się homologicznie. Kolejnym etapem jest interakcja tych procesów ze środowiskiem (społecznym i ekologicznym) i zdolność człowieka do wytworzenia przedmiotów w umyśle jako czegoś psychicznego (semantyczna konceptualizacja spraw) [15]. Rozwój reakcji emocjonalnych przebiega stopniowo. Związany jest ze zmianami anatomicznymi zachodzącymi w centralnym układzie nerwowym. Mielinizacja poszczególnych dróg przewodzenia (około miesiąca – dwóch po urodzeniu) prowadzi do pojawienia się uśmiechu. Natomiast rozwój szlaków nerwowych w układzie rąbkowym (w około ósmym miesiącu życia niemowlęcia) wiąże się z wystąpieniem lęku przed obcymi i strachu przed rozłąką z opiekunami. Niezmiernie ważną funkcję pełni również kora mózgowa pola przedczołowego, które jest związane z powstawaniem emocji.

Jego dwukierunkowe zespolenie z podwzgórzem odpowiedzialne jest za reakcje fizjologiczne, występujące w odpowiedzi na pobudzenie psychiczne – przyspieszenie akcji serca, wzrost ciśnienia tętniczego krwi i liczby oddechów [16,17]. Dzięki dynamice procesów nerwowych, zachodzących w poszczególnych obwodach podkorowych, możemy mówić o pobudzeniu emocjonalnym i wyszczególnić pewne emocje podstawowe, wspólne dla wszystkich ssaków. W przypadku wystąpienia krótkotrwałego strachu czy bólu pobudzany jest pień mózgu. Gdy stan ten trwa dłużej, wystąpi złość, radość, wzruszenie bądź zainteresowanie, aktywuje się układ limbiczny, kora czołowa i skroniowa oraz obszary integracji emocji w śródmózgowiu – istota szara okołowodociągowa. Emocje społeczne, charakterystyczne dla ludzi znajdują swoje źródło w przodomózgowiu. Nazywane są uczuciami wyższymi.

Strach i lęk stanowią zjawiska emocjonalne. Lęk definiowany jest jako *trwożne przewidywanie przyszłych zagrożeń lub nieszczęść, któremu towarzyszą uczucia dysforyczne lub somatyczne objawy napięcia* [18]. Różnicując go ze strachem należy podkreślić, iż ten drugi wywołany jest przez rozpoznawalny bodziec. Ich zadaniem jest ochrona jednostki przed nadchodzącym niebezpieczeństwem. Uczucie strachu wyzwała w nas reakcję unikania bądź ucieczki. Gdy reakcje te stają się niemożliwe do zrealizowania, wyzwolony zostaje lęk. Lęk i strach mogą być określane jako stan emocjonalny (wywołany w konkretnym kontekście, o ograniczonym czasie trwania) bądź jako cecha osobowości (niezależna od momentu i sytuacji). Objawy wystąpienia tych reakcji obejmują: kołatanie serca, płytszy oddech, odczuwanie dyskomfortu w jamie brzusznej (hiperaktywność somatyczna) oraz: natrętne myśli, martwienie się, niepokój, uczucie nadmiernego napięcia mięśni (lęk poznawczy bądź psychiczny) [17]. Zdefiniowane zostały cztery czynniki według których wyszczególniono sytuacje dotyczące lęku. Pierwszy stanowiły czynniki związane z lękiem dotyczącym wydarzeń lub sytuacji interpersonalnych, drugi – związane ze śmiercią, obrażeniami cielesnymi, chorobami, krwią i zabiegami chirurgicznymi, trzeci – fobie na punkcie zwierząt i czwarty – lęki agorafobiczne [19]. Jednak mechanizmy obronne przynoszą jednostce korzyść tylko wtedy, gdy zagrożenie zostanie trafnie zidentyfikowane i uruchomione zostaną prawidłowe reakcje.

## 1.2. Zdrowie psychiczne Polaków (dane epidemiologiczne)

W latach 2009-2012 przeprowadzono (zgodnie z metodologią Światowej Organizacji Zdrowia – *World Health Organization* – WHO, we współpracy z konsorcjum *World Mental Health* – WMH) ogólnopolskie badanie, w którym oszacowano rozpowszechnienie problemów psychicznych wśród dorosłych mieszkańców naszego kraju. Badanie nosiło nazwę „EZOP” (Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej). Zastosowano w nim Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (CIDI). Celem badania była ocena rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w reprezentatywnej grupie dziesięciu tysięcy Polaków w wieku produkcyjnym (18-64 roku życia). Na podstawie wyników dokonano ekstrapolacji i oceny ile osób w populacji cierpi na poszczególne zaburzenia psychiczne. Wykonawcami projektu był Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny [20]. Analizując wyniki projektu stwierdzono, że w badanej populacji przynajmniej jedno zaburzenie – z 18 definiowanych w klasyfikacjach ICD-10 (Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych) i DSM-IV (klasyfikacja zaburzeń psychicznych *Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego*) – można rozpoznać w ciągu życia u 23,4% osób. Dokonano podziału na cztery podstawowe grupy zaburzeń:

1. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych – 12,8%. Grupa ta została podzielona pod względem: nadużywania alkoholu (11,9%) w tym osoby uzależnione (2,4%) i narkotyki - nadużywanie (1,4%) w tym osoby uzależnione (1,4%). Po ekstrapolacji można przyjąć, że substancji tych nadużywa ok. 3 milionów Polaków, a uzależnionych jest 700 tysięcy.
2. Zaburzenia nerwicowe – 10% (około 2,5 mln osób). Można wyróżnić: agorafobię (0,6%), uogólnione zaburzenia lękowe (1,1%), napady paniki (0,4%), fobie społeczne (1,8%), fobie specyficzne (4,3%), zespół stresu pourazowego (PTSD – *post-traumatic stress disorders*, 1,1%), neurastenię (1,0%). Najczęstsze są fobie specyficzne i społeczne.
3. Zaburzenia nastroju – depresja (niezależnie od stopnia nasilenia - 3,0%), dystymia (0,6%) i mania (0,4%) – 3,5% (blisko 1 milion osób).
4. Impulsywne zaburzenia zachowania (zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD – *Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*), zaburzenia zachowania, zaburzenia eksplozywne) – 3% (około 1 miliona Polaków).

W roku 2011 opublikowane zostało Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku w sprawie ustanowienia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Określono w nim *strategię działań mających na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawy jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń w opiece zdrowotnej* [21]. Program jest realizowany w latach 2011–2015.

### 1.3. Planowanie rodziny

Planowanie rodziny polega na świadomym i celowym przewidywaniu struktury rodziny i liczby jej członków, biorąc pod uwagę uwarunkowania zdrowotne, socjalno-bytowe, kulturowe, religijne oraz względy osobiste [22]. W ustawie z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie ludzkiego płodu i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży czytamy, że *życie jest fundamentalnym dobrem człowieka, a troska o życie i zdrowie należy do podstawowych obowiązków państwa, społeczeństwa i obywatela* [23]. Współcześnie dysponujemy wieloma metodami antykoncepcyjnymi pomocnymi w planowaniu rodzicielstwa, dostosowanymi do przekonań religijnych, kulturowych i uwarunkowań zdrowotnych stosującej je kobiety [24,25]. W kontekście planowania rodziny musimy również pamiętać, że przyszli rodzice mogą uznać bieżący moment za nieodpowiedni na posiadanie potomstwa, skorzystać w tym okresie z dostępnych metod ograniczenia płodności, by następnie podjąć świadomą decyzję o posiadaniu potomstwa. Kluczowym (choć nie jedynym) kryterium w ocenie metod antykoncepcyjnych jest ich skuteczność, ponieważ następstwem zastosowania metody nieskutecznej może być ciąża niechciana. Powszechnie stosowanym miernikiem skuteczności metody antykoncepcyjnych jest współczynnik Pearl (informuje o liczbie ciąż na 100 par w czasie roku stosowania danej metody. Im niższy wskaźnik tym wyższa skuteczność) [24].

Do metod zapobiegania ciąży (antykoncepcji) zaliczamy:

- a) metody wykorzystujące biologiczny rytm płodności kobiety – metoda kalendarzowa Ogino-Knausa, metoda termiczna, metody testów (PC 2000 – optyczny tester do oceny śluzu szyjkowego i śliny, Clear Blue – umożliwia ocenę hormonu luteinizującego w moczu, Tester Persona – analizuje zawartość hormonu luteinizującego i progesteronu w moczu), komputerowa analiza pomiarów temperatury [24,25],
- b) środki hamujące owulację lub spermatogenezę,
- c) środki uniemożliwiające zapłodnienie w jajowodach,
- d) środki zapobiegających zagnieżdżeniu się zapłodnionej komórki jajowej,
- e) środki uniemożliwiające połączenie się komórki jajowej z plemnikiem,
- f) środki niszczące plemniki,
- g) metody chirurgiczne,
- h) sterylizacja operacyjna [25].

Według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego kobietom, które nie rodziły, jako metodę z wyboru zaleca się stosowanie doustnej tabletki hormonalnej. Należy także uwzględnić stosowanie prezerwatyw, środków plemnikobójczych oraz metody okresowej abstynencji. W tej grupie kobiet nie zaleca się stosowania wkładek domacicznych. Wśród młodych kobiet posiadających potomstwo i planujących macierzyństwo, należy zalecać doustną tabletkę hormonalną (preparaty nisko- i średniodawkowe), natomiast stosowanie wkładki wewnątrzmacicznej nie jest polecane (dopuszczalna są tylko w wybranych sytuacjach). Kobietom, które rodziły i nie planują macierzyństwa, zaleca się stosowanie hormonalnej tabletki doustnej (progestageny II i III generacji) oraz wkładek

domacicznych. Dla kobiet w okresie przedmenopuzalnym zaleca się stosowanie doustnej tabletki hormonalnej oraz wkładek domacicznych [26].

Mówiąc o planowaniu rodziny nie możemy zapominać o problemie bezpłodności, który dotyka coraz większy odsetek małżeństw i par pragnących posiadać potomstwo. Niepłodność (*sterilitas*) – wg definicji Światowej Organizacji Zdrowia – to niemożność zajścia w ciążę pomimo regularnych stosunków płciowych (4–5 w tygodniu), utrzymywanych powyżej 12 miesięcy bez stosowania jakichkolwiek metod antykoncepcyjnych [27]. Określana jest również chorobą społeczną, ponieważ dotyczy 10-18% par małżeńskich, co pozwala ocenić, iż problemy z rozrodem ma co 6 małżeństwo na świecie. Z badań i opracowań Europejskiego Towarzystwa Reprodukcyjnego Człowieka i Embriologii (*ESHRE - European Society of Human Reproduction and Embryology*) wynika, że częstość występowania niepłodności w Polsce to 10–15% par, czyli dotyczy ona około 1 miliona polskich małżeństw w wieku reprodukcyjnym. Jednocześnie okazuje się, że tylko 19% par niepłodnych poszukuje specjalistycznej pomocy lekarskiej [28,29,30]. W rozwoju psychoseksualnym i społecznym kobiet i mężczyzn rodzicielstwo stanowi niezmiernie ważną funkcję. Należy pamiętać, iż problem niepłodności może dotyczyć konkretnej współżyjącej seksualnie pary, podczas gdy tych dwoje ludzi w innym związku partnerskim mogłoby posiadać potomstwo [31,32].

#### **1.4. Status prawny i zawodowy położnej w Polsce**

Zawód położnej kojarzony jest z niesieniem pomocy kobiecie będącej w potrzebie. Podstawowymi cechami osobowości, jakimi powinna cechować się położna powinny być życzliwość, empatia, delikatność i uczciwość. Ponad wszystko jednak umiłowanie człowieka – będącego w potrzebie, cierpiącego, przestraszonego, niepewnego w nowym, obcym dla niego środowisku szpitalnym [33]. Podejmując pracę w zawodzie położnej zobowiązujemy się postępować zgodnie z Kodeksem Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej, a co za tym idzie, przestrzegać praw pacjenta i dbać o godność zawodu, podejmować profesjonalną pomoc na rzecz człowieka będącego w potrzebie, niezależnie od rasy, wyznania, narodowości, poglądów politycznych i stanu majątkowego. Przyrzekamy okazywać pacjentom szacunek, przestrzegać tajemnicy zawodowej, strzec godności zawodu, postępować tak, aby zawsze mieć na względzie dobro pacjenta. Zobowiązujemy się również do wdrażania do praktyki nowych zdobyczy nauk medycznych oraz doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu, a także rzetelnie wypełniać swoje obowiązki wynikające z pracy w zawodzie położnej [34].

Zasady określające wykonywanie zawodu położnej, uzyskiwania prawa wykonywania zawodu, kształcenia zawodowego i kształcenia podyplomowego położnej zawarte są w ustawie z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej [35].

Kompetencje zawodowe położnych są o bardzo szerokie i obejmują działania z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki wielu chorób, rozmaitych świadczeń w stosunku do pacjenta (pielęgnacyjnych, diagnostycznych, rehabilitacyjnych). Prócz realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji Ustawa uprawnia do podejmowania szeregu samodzielnych czynności w zakresie:

- a) rozpoznawania i prowadzenia ciąży fizjologicznej, w tym wykonywania niezbędnych badań; kierowania na badania mające na celu jak najszybsze

rozpoznanie ciąży wysokiego ryzyka, prowadzenia porodu fizjologicznego, również z nacięciem krocza, wraz z monitorowaniem stanu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej, w przypadkach nagłych przyjęcia porodu z położenia miednicowego, monitorowania przebiegu okresu poporodowego, podejmowania koniecznych działań w sytuacjach nagłych do czasu przybycia lekarza (w tym ręcznego wydobycia łożyska, ręcznego zbadania macicy), sprawowania opieki nad matką i noworodkiem, badania noworodków i opieka nad nimi oraz podejmowania w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji,

- b) udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
- c) prowadzenia profilaktyki chorób kobiecych i patologii położniczych, rozpoznawania u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza, sprawowania opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą, prowadzenia działalności edukacyjno-zdrowotnej,
- d) nauczania zawodu położnej lub pielęgniarki oraz wykonywania pracy na rzecz doskonalenia zawodowego położnych lub pielęgniarek oraz prowadzenia prac naukowo-badawczych w zakresie wykonywania zawodu położnej, w szczególności opieki nad kobietą, noworodkiem lub rodziną [35].

Aby wykonywać zawód położnej niezbędne jest uzyskanie prawa do wykonywania zawodu.

Szczegółowy zakres uprawnień i obowiązków położnej określony jest w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku [36].

### **1.5. Rola położnej w opiece nad ciężarną w ciąży prawidłowej i powikłanej**

Zgodnie z definicją Międzynarodowego Stowarzyszenia Położnych (ICM – *International Confederation of Midwives*) przyjętą w 2005 roku położna jest osobą, która uzyskała prawo do wykonywania zawodu na zasadach uznawanych przez dane państwo. Ponadto jest *odpowiedzialnym specjalistą pracującym na zasadach partnerskich z kobietami dając im potrzebne wsparcie, opiekę i radę w czasie ciąży, porodu i porożu*. Dalej czytamy, iż (...) *ważnym zadaniem położnej jest doradztwo i edukacja w zakresie zdrowia, nie tylko w odniesieniu do kobiety, ale całej rodziny i społeczności. Ta praca powinna obejmować edukację przedporodową i przygotowanie do rodzicielstwa i rozszerzyć się na zagadnienia dotyczące zdrowia kobiet, zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego a także opieki nad dzieckiem* [37]. Definicja ta obrazuje, jak wiele zależy od wiedzy, postawy i doświadczenia położnej wykonującej swój zawód z zapałem i oddaniem.

Zakres obowiązków i przywilejów wobec kobiety, jakie posiada położna sprawująca opiekę nad ciężarną, rodzącą i położnicą jest niezwykle szeroki. Umiejąca poprowadzić kobietę przez doświadczenie ciąży położna zdaje sobie sprawę ze zmian w psychice, jakich ciężarna doświadcza przez dziewięć miesięcy. Ogromny ładunek emocjonalny, towarzyszący kobiecie w czasie tych niezwykle ważnych momentów w jej życiu stanowi dla położnych pewnego rodzaju wyzwanie. Sprostanie oczekiwaniom kobiety, gotowość towarzyszenia jej w trudnych momentach ciąży, porodu i porożu, postawa pełna empatii i delikatności,

odpowiadanie na pytania, często zadawane wielokrotnie, nie należą do zadań łatwych. Kobiety mogą odczuwać lęk i niepokój związany z wyimaginowanymi sytuacjami (co się stanie, jeżeli?), wpływu ciąży na prozaiczne wydawałoby się niektórym aspekty życia (nie dam rady posprzątać w domu, nie mam siły wyjść dziś na spotkanie ze znajomymi, spałam do południa, a planowałam wstać jak zwykle o godzinie 8.00 rano, itp.). Dodatkowo zmiany, jakie dokonują się w ciele kobiety w przebiegu ciąży fizjologicznej są dla niektórych z nich stresujące i trudne do zaakceptowania. Wielokrotnie obawy dotyczą sylwetki – brzucha, gruczołów piersiowych i narządu rodnego, szczególnie w kontekście sfery seksualnej i pragnienia bycia atrakcyjną dla partnera.

Inne odczucia towarzyszą kobietom w poszczególnych trymestrach ciąży. W I trymestrze kobieta dostosowuje się do nowej sytuacji. Powoli rozwija się w niej świadomość stanu, w jakim się znajduje. Ciąża nie jest jeszcze widoczna, ale przyszła matka odczuwa już jej symptomy – zatrzymanie miesiączki, poranne mdłości i wymioty czy powiększenie i tkliwość gruczołów sutkowych. Początkowe skoncentrowanie na sobie i zmianach zachodzących w organizmie powoli zostaje ukierunkowane na dziecko. Pierwsze badanie ultrasonograficzne z uwidocznieniem czynności serca płodu stanowi wydarzenie przełomowe – uświadamia kobiecie istnienie dziecka. W sferze emocjonalnej dominuje ambiwalencja uczuć i zmienność nastroju [38]. Główną potrzebą ciężarnej jest zaakceptowanie jej osoby i stanu przez otoczenie. W przeciwnym razie pojawia się wiele negatywnych uczuć, mogących prowadzić nawet do depresji. Jest też grono kobiet potrzebujących dłuższego czasu na zaakceptowanie ciąży. Są to kobiety samotne, pierwiastki, nieletnie dziewczęta, kobiety znajdujące się w trudnej sytuacji ekonomicznej, kobiety po stracie dziecka czy też kobiety molestowane seksualnie w przeszłości [39].

II trymestr dla większości kobiet stanowi czas dobrego samopoczucia. Wzrasta poczucie odpowiedzialności za losy ciąży i rozwoju płodu. Doświadczenie wielu pozytywnych emocji (radość, satysfakcja, duma) daje kobietom poczucie wewnętrznej siły, energii i życiowej równowagi. Moment, kiedy ciężarna zaczyna odczuwać ruchy płodu jest niezwykle ważny. Dziecko, do tej pory widoczne jedynie w obrazie ultrasonograficznym, zaczyna być dla przyszłej matki realne. Jeżeli pojawiają się negatywne odczucia, zwykle związane jest to z odmiennym od radosnego przeżywaniem tego czasu przez kobietę [38,39].

III trymestr ciąży może być dla kobiety najtrudniejszy. Zwykle pojawiają się pewne dolegliwości fizyczne, będące skutkiem powiększającego się brzucha i zmian zachodzących w organizmie przygotowującym się powoli do porodu. Bardzo ważne jest wsparcie emocjonalne – zmniejsza lęk i napięcie emocjonalne spowodowane rozmyślaniami o porodzie, zamartwianiem się o dobro swoje i mającego narodzić się dziecka. Wsparcia takiego mogą udzielić osoby bliskie, ale niezmiernie ważna jest tu też rola lekarza czy położnej. To właśnie oni potrafią odpowiedzieć na pytania związane z przebiegiem ciąży czy porodu. Część kobiet korzysta także z zajęć w szkołach rodzenia. Osoby prowadzące zachęcają do udziału także partnera kobiety [38,39].

## **1.5.1. Cięża powikłana i udział położnej w postępowaniu diagnostycznym i leczniczym w poszczególnych jednostkach chorobowych**

### **1.5.1.1. Choroba matki**

Wystąpienie powikłań w czasie ciąży czy porodu niesie dla pacjentki pewne ograniczenia, może być przyczyną zależności od innych, braku samowystarczalności, potrzeby zażywania leków czy utrzymywania kontaktu z placówkami służby zdrowia. Specyfika tej sytuacji polega na fakcie potrzeby otoczenia opieką co najmniej dwóch osób – matki i płodu, bądź płodów w przypadku ciąży mnogiej. Z tego też względu należy zwrócić szczególną uwagę na stan psychiczny ciężarnej czy rodzącej i zrozumieć pewne sprzeczności, jakie mogą w tym przypadku wystąpić. Radość z macierzyństwa bywa przyćmiona przez niepokój i lęk o przebieg ciąży, stan płodu, czy możliwe działania niepożądane zażywanych przez kobietę leków, podczas gdy zaniechanie farmakoterapii również mogłoby być przyczyną komplikacji [40]. Dodatkowo konieczność hospitalizacji, nierzadko przecież na wiele tygodni, przysparza wielu trosk tym matkom, które myślami są wciąż w domu, przy pozostawionych bez ich opieki starszych dzieciach. W trudnej sytuacji znajduje się także partner kobiety – ojciec dziecka. Radość z faktu zaistnienia ciąży miesza się z lękiem o stan zdrowia dziecka i jego matki – partnerki życiowej mężczyzny.

Udowodniony jest związek pomiędzy akceptacją choroby a lepszym przystosowaniem pacjentów i mniejszym nasileniem negatywnych emocji. Pacjentów wykazujących wyższy stopień akceptacji choroby cechuje optymistyczne, pełne nadziei podejście do życia. Jednocześnie wykazują większe zaufanie do lekarzy i proponowanych metod leczenia, biorąc jednocześnie aktywny udział w terapii [33,41].

Ciąża prawidłowa może być powikłana wieloma jednostkami chorobowymi specyficznymi dla ciąży, niejednokrotnie nakładającymi się na siebie. W ciążę zachodzą też kobiety zmagające się już z chorobą przewlekłą.

#### **1.5.1.1.1. Zagrożający poród przedwczesny**

Jednym z częstych powikłań ciąży prawidłowej jest zagrożający poród przedwczesny. Z jego konsekwencjami zmagają się nie tylko neonatolodzy we wczesnym kontakcie z wcześniakiem, ale również rodzice dziecka urodzonego przedwcześnie, terapeuci, pediatry czy pedagodzy na różnych poziomach edukacji dziecka. Występowanie porodu przedwczesnego szacowane jest na 6-8% w Polsce, 5-7% w Europie i 11% w Stanach Zjednoczonych [42]. Zgodnie z definicją opartą na zaleceniach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO – *World Health Organization*) za poród przedwczesny uznajemy ten, który dokonał się między 22-36. ukończonym tygodniem ciąży. Wśród powikłań wcześniactwa należy wymienić dysplazję oskrzelowo-płucną i zespół niewydolności oddechowej, krwawienia dokomorowe i ich następstwa, martwicze zapalenie jelit czy retinopatię wcześniaczą. Znajomość kryteriów diagnostycznych porodu przedwczesnego (regularna czynność skurczowa, gdzie w ciągu 60 minut występuje  $\geq 8$  skurczów trwających  $\geq 30$  sekund) pozwala położnej opiekującej się ciężarną zalecenie jej niezwłocznego kontaktu z lekarzem bądź zgłoszenia się do izby przyjęć szpitala położniczego o odpowiednim stopniu referencji [43]. Do zadań położnej w czasie hospitalizacji ciężarnej z zagrożającym porodem



przedwczesnym należy między innymi obserwacja stanu ogólnego, krwawienia (jeżeli występuje), czynności skurczowej (pomimo włączonego leczenia tokolitycznego), stanu psychicznego (zgłaszanie potrzeby konsultacji ciężarnej z psychologiem), prawidłowe przygotowanie i podawanie zleconych leków, obserwacja, odnotowanie i zgłoszenie lekarzowi wystąpienia ewentualnych skutków ubocznych, podłączenie i wstępna interpretacja zapisu kardiokokograficznego oraz zgłaszanie lekarzowi wszelkich zaobserwowanych nieprawidłowości.

Ważnym elementem w profilaktyce porodu przedwczesnego jest unikanie wysiłku fizycznego (do ścisłego reżimu łóżkowego włącznie – co jest obecnie dyskutowane), zapewnienie komfortu psychicznego (tu podstawowym elementem jest bieżące informowanie ciężarnej o przebiegu leczenia, planowanej długości hospitalizacji, spokojne i rzeczowe wyjaśnianie podejmowanych na bieżąco działań), przestrzeganie odpowiedniej diety (lekkostrawna, bogatoresztkowa), a w przygotowując ciężarną do wypisu do domu, przedstawienie odpowiednich zaleceń (regularne zażywanie leków, ograniczenie wysiłku fizycznego, zakaz podnoszenia ciężkich przedmiotów, zalecenia dotyczące współżycia seksualnego, diety, uświadomienie wagi wizyt kontrolnych u lekarza prowadzącego ciążę, kontaktu z lekarzem bądź udanie się do izby przyjęć odpowiedniego szpitala w przypadku krwawienia, nasilenia czynności skurczowej, osłabionego odczuwania ruchów płodu czy odpływania płynu owodniowego). Ważnym jest, aby w rozmowie z pacjentką unikać trudnych terminów bądź skrótów medycznych, dać jej czas na zadawanie pytań i upewnić się, że rozumie zalecenia i ich sensowność. W takich sytuacjach buduje się zaufanie pacjentki do osoby sprawującej opiekę i proponowanego sposobu leczenia. Zrozumienie zaleceń skutkuje ich przestrzeganiem, a to prowadzi do zmniejszenia liczby powikłań. Ma to odniesienie do wszystkich jednostek chorobowych, które mogą wystąpić w przebiegu ciąży [44].

#### 1.5.1.1.2. Cukrzyca ciążowa

Spośród chorób metabolicznych wikłających ciążę na szczególną uwagę osób sprawujących opiekę nad ciężarną powinna zwrócić uwagę cukrzyca, występująca nawet u 3-5% ciężarnych. Może ona wpływać negatywnie na stan zdrowia matki i płodu. W zależności od trymestru, w którym występuje hiperglikemia, ciąża może zakończyć się poronieniem, wystąpieniem wad rozwojowych u płodu, makrosomią płodu, zaburzeniami metabolicznymi i niedojrzałością układu oddechowego płodu i noworodka [45]. W zależności od okresu, w którym została postawiona diagnoza rozróżnia się dwa główne typy cukrzycy w ciąży:

- a) *Pregestational diabetes mellitus* (PGDM) – kobieta choruje na cukrzycę typu 1 bądź 2 i jest w ciąży,
- b) *Gestational diabetes mellitus* (GDM) – po raz pierwszy w ciąży rozpoznano zaburzenia tolerancji węglowodanów lub rozwinęła się cukrzyca. Jeżeli dla uzyskania normoglikemii wystarczające jest stosowanie właściwej diety – rozpoznaje się cukrzycę ciążową klasy „G1”. Jeżeli niezbędne jest stosowanie diety i insuliny – rozpoznaje się cukrzycę ciążową klasy „G2” [46].

W celu wczesnego wykrycia tego typu zaburzeń zaleca się oznaczenie poziomu glukozy we krwi już przy pierwszej wizycie kobiety u ginekologa. W przypadku uzyskania prawidłowego wyniku ciężarna kwalifikowana jest do testu przesiewowego między 24-28 tygodniem ciąży. Obecnie zaleca się wykonanie testu diagnostycznego (OGTT – *Oral Glucose Tolerance Test*) z 75g glukozy – w celu wprowadzenia diagnostyki jednostopniowej. Dalsze postępowanie uzależnione jest od uzyskanego wyniku [46,47].

Ciąża kobiety chorującej na cukrzycę jest ciążą wysokiego ryzyka i jako taka powinna być prowadzona w ośrodku specjalistycznym o III° referencji. W przebiegu takiej ciąży konieczne są konsultacje specjalistyczne. W skład zespołu sprawującego opiekę nad ciężarną chorą na cukrzycę wchodzi: położnik, diabetolog, neonatolog, położna bądź pielęgniarka pełniąca rolę edukatora i okulista [45,46,47].

Rolą położnej przygotowującej kobietę do porodu jest edukowanie jej w zakresie kontroli glikemii, sposobu odżywiania, zdrowego stylu życia, podawania insuliny, liczenia ruchów płodu i konieczności regularnego zgłaszania się na wizyty kontrolne. Należy wyjaśnić kobiecie celowość wykonywanych badań diagnostycznych (między innymi pomiarów ciśnienia tętniczego, badania moczu na obecność glukozy i białka, posiewu moczu, poziomu hemoglobiny glikowanej w surowicy, klirensu kreatyniny, hormonów tarczycy, biocenozy pochwy), które niejednokrotnie wiążą się z hospitalizacją ciężarnej [45,46,47]. Omawiając przygotowanie do porodu ważnym jest poinformowanie kobiety, aby w przypadku udania się do szpitala zabrała ze sobą swój glukometr.

#### **1.5.1.1.3. Nadciśnienie tętnicze**

W Polsce jest nawet 6-8% wszystkich ciąż jest powikłanych nadciśnieniem tętniczym. Podobnie, jak w przypadku cukrzycy, nadciśnienie tętnicze w ciąży może nieść powikłania zarówno dla matki, jak i płodu lub noworodka.

W 2000 roku *National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy* wyszczególnił następujące postaci nadciśnienia:

- a) Przewlekłe nadciśnienie tętnicze (rozpoznane przed ciążą bądź przed 20 tygodniem ciąży). Utrzymuje się powyżej 6 tygodni po porodzie. Wartości ciśnienia są wyższe bądź równe 140/90 mm Hg.
- b) Stan przedrzucawkowy/rzucawka – obserwowany wzrost ciśnienia tętniczego po skończonym 20 tygodniu ciąży, dodatkowo białkomocz. Wystąpienie drgawek toniczno-klonicznych.
- c) Przewlekłe nadciśnienie tętnicze do którego dołączają objawy stanu przedrzucawkowego.
- d) Ciężowe nadciśnienie tętnicze – występuje po 20 tygodniu ciąży, nie towarzyszy mu białkomocz:
  - Przemijające – w czasie porodu nie obserwowano stanu przedrzucawkowego, ciśnienie tętnicze uległo normalizacji w ciągu 12 tygodni po porodzie,
  - Przewlekłe – utrzymujące się podwyższone wartości ciśnienia tętniczego powyżej 12 tygodni po porodzie [44].

Kobiety cierpiące na przewlekłe nadciśnienie tętnicze powinny planować ciążę. Należy dokonać oceny przyczyny nadciśnienia (pierwotne, wtórne) i czynników ryzyka (cukrzyca, otyłość, palenie tytoniu, choroby nerek, choroby serca, zaburzenia gospodarki lipidowej). W przypadku zażywania na stałe leków lekarz dokonuje weryfikacji i zmiany substancji potencjalnie teratogennych na bezpieczne dla płodu. Kobieta planująca ciążę powinna mieć świadomość możliwości wystąpienia powikłań – hypotrofii i obumarcia płodu, przedwczesnego oddzielenia łożyska, wystąpienia stanu przedrzucawkowego czy konieczności wcześniejszego zakończenia ciąży ze względu na zły stan matki lub płodu.

Położna opiekująca się kobietą w czasie ciąży powinna zwrócić jej uwagę na konieczność regularnych pomiarów ciśnienia tętniczego i notowania jego wartości, kontrolowania masy ciała, obserwowania obrzęków oraz zażywania leków o odpowiednich porach w stałych odstępach czasu. Należy również zwrócić uwagę kobiety na sytuacje, które powinny skłonić ją do konsultacji z lekarzem lub udania się do izby przyjęć szpitala o najwyższym stopniu referencji (nagły wzrost ciśnienia tętniczego do wysokich wartości, utrzymujący się ból głowy z widzeniem „mroczków” przed oczami, brak odczuwania ruchów płodu). Ciężarna nie powinna również w takich sytuacjach pozostawać sama, ale z osobą towarzyszącą zgłosić się do lekarza bądź do szpitala. Warto również pamiętać o tak zwanym „efekcie białego fartucha” – wzrost ciśnienia tętniczego związany jest z kontaktem ze służbą zdrowia (wizyta u lekarza, badanie ginekologiczne, badania kontrolne). W danym momencie jest to dla kobiety silny czynnik stresogenny. Aby wykluczyć wpływ wymienionych sytuacji na wartości ciśnienia tętniczego należy zachęcić kobietę do wykonywania pomiarów ciśnienia tętniczego w domu i odnotowywania jego wartości bądź automatycznego całodobowego ambulatoryjnego monitorowania ciśnienia tętniczego (ABPM – *Ambulatory Blood Pressure Monitoring*) [48].

W czasie porodu odpowiednio częsta kontrola ciśnienia tętniczego, nadzór kardiograficzny nad płodem, obserwowanie wczesnych objawów mogących świadczyć o pogorszeniu się stanu rodzącej [36] Szczegółowe postępowanie dostosowane jest do konkretnych przypadków nadciśnienia tętniczego w czasie ciąży i porodu [49].

#### **1.5.1.1.4. Choroby tarczycy**

Choroby tarczycy stanowią w Polsce poważny problem. Dotyczą aż 22% społeczeństwa, mają poważne konsekwencje zdrowotne, a są niestety bagatelizowane przez pacjentów. Dodatkowo kobiety aż 8,5-krotnie częściej zapadają na schorzenia gruczołu tarczowego (niedoczynność, nadczynność, rak tarczycy) [50].

Niedoczynność tarczycy u kobiet w czasie ciąży szacowana jest na 2,4% [51]. Nieleczona może powodować trudności z zajściem w ciążę – przyczynia się do występowania cykli bezowulacyjnych. W czasie ciąży wzrasta ryzyko poronienia, porodu przedwczesnego, przedwczesnego oddzielenia łożyska, nadciśnienia indukowanego ciążą, anemii czy krwawień poporodowych. Ponadto zaobserwowano dodatnią zależność między niedoczynnością tarczycy w czasie ciąży a ostrą niewydolnością oddechową u noworodków, prowadzącą do konieczności leczenia dziecka na oddziale intensywnej opieki medycznej. Może również dojść do nieodwracalnego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego u płodu (mózg płodu jest bardzo wrażliwy na niedobór hormonów tarczycy) [50,51]. Wśród objawów niedoczynności tarczycy należy wymienić wzrost masy ciała, zaparcia, uczucie zmęczenia,

uczucie zimna, łamliwość paznokci, wypadanie włosów czy suchość skóry. W badaniach laboratoryjnych uwagę zwraca obniżenie stężenia wolnej tyroksyny ( $fT_4$ ) przy znacznym wzroście stężenia tyreotropiny (TSH). Może również wystąpić niedokrwistość (w 10% przypadków jest to niedokrwistość złośliwa) [42]. W leczeniu niedoczynności tarczycy stosuje się L-tyroksynę w dawce dostosowanej do stanu pacjentki. Ciężarną należy poinformować, aby ustaloną przez lekarza dawkę leku przyjmowała 1 raz dziennie, rano, na czczo. Należy systematycznie oznaczać stężenie hormonów tarczycy (zwykle co 4 tygodnie), ponieważ niedoczynność tarczycy w czasie ciąży może przebiegać dynamicznie, co wymaga dostosowania odpowiedniej dawki L-tyroksyny do aktualnych wyników badań [42,50,51].

Nadczynność tarczycy dotyka około 0,2-0,55% wszystkich ciężarnych i w 90% przypadków spowodowana jest chorobą Gravesa-Basedowa [42]. W pierwszym tryestrze może wystąpić także przejściowa niedoczynność tarczycy spowodowaną obecnością ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej (hCG), która ma właściwości tyreotropowe [51]. U ciężarnych z nadczynnością tarczycy obserwuje się między innymi tachykardię (może ona wystąpić również u płodu), zwiększoną pobudliwość nerwową, brak przyrostu masy ciała (pomimo prawidłowego wzrostu macicy i płodu), wytrzeszcz gałek ocznych, drobnofaliste drżenie rąk, osłabienie siły mięśniowej, wymioty i biegunki. W badaniach laboratoryjnych uwagę zwraca znaczne obniżenie poziomu tyreotropiny przy podwyższonych stężeniach wolnej tyroksyny i trójiodotyroniny. W leczeniu stosuje się tyreostatyki, ale w możliwie najniższych dawkach, ponieważ łatwo pokonują barierę łożyskową i mogą powodować powstanie wola lub niedoczynności tarczycy u płodu [42,50,51]. W przebiegu ciąży nadczynność tarczycy może przyczyniać się do wystąpienia porodu przedwczesnego, hypotrofii płodu, wzrasta także ryzyko wystąpienia tyreoksykozy u płodu i noworodka. W porożu obserwuje się wzrost zapotrzebowania na leki przeciwtarczycowe, dlatego należy wnikliwie obserwować stan ogólny położnicy [42].

W przypadku wystąpienia schorzeń tarczycy na podłożu autoimmunologicznym do 12 miesięcy po porodzie, rozpoznawane jest poporodowe zapalenie tarczycy. Częstość występowania określa się na 10% kobiet, a u pacjentek leczonych z powodu cukrzycy odsetek ten sięga nawet 20% [42,51]. Poporodowe zapalenie tarczycy może objawiać się w różnoraki sposób – od przejściowej niedoczynności bądź nadczynności tarczycy do następczej eutyreozy. Na uwagę zasługuje fakt, iż poporodowe zapalenie tarczycy jest jednostką chorobową trudną do rozpoznania, a często jedynym jej objawem jest depresja [51].

Pomimo wprowadzenia 1997 roku w Polsce obowiązkowej profilaktyki jodowej (podstawą stało się jodowanie soli kuchennej), spożycie tego mikroelementu jest nadal niedostateczne w okresie ciąży i karmienia piersią [52]. Niedobór jodu może prowadzić do zaburzeń rozwoju psychomotorycznego, zespołu nadaktywności ruchowej z zaburzeniami uwagi (ADHD – *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*), a nawet wrodzonego zespołu niedoboru jodu w postaci neurologicznej z obrzękiem śluzakowatym. Dlatego też Światowa Organizacja Zdrowia opracowała wytyczne odnośnie do zalecanego dziennego spożycia jodu w postaci jodku potasu dla kobiet ciężarnych i karmiących. Zaleca się codzienne spożycie jodu dla kobiet ciężarnych i karmiących w ilości 250  $\mu\text{g}/\text{dobę}$ . Aby je zapewnić nie wystarczy codzienne spożycie jodowanej soli kuchennej. Wymagana jest dodatkowa suplementacja w ilości 150–200  $\mu\text{g}/\text{dobę}$  jodu. Nie należy przekraczać 500  $\mu\text{g}/\text{dobę}$ , ponieważ może prowadzić to do wystąpienia niedoczynności tarczycy bądź wola u płodu

lub noworodka. Zalecane jest również zwiększenie dziennego spożycia jodu (50 µg/d) na kilka miesięcy przed planowaną ciążą [42,50,51,52,53].

### **1.5.1.2. Choroba płodu**

Od momentu rozpoznania ciąży w psychice kobiety zachodzi wiele dynamicznych przemian, które prowadzić mają do podjęcia działań w celu ochrony rozwijającego się płodu. Ciężarne zaczynają unikać sytuacji, które mogą prowadzić do utraty ciąży. Zmianie ulega dotychczasowa dieta, wiele kobiet zaprzestaje palenia tytoniu i picia alkoholu, regularnie zgłaszają się na kontrolne badania lekarskie i wykonują zalecone badania [54].

Naturalnym jest, że ciężarne oczekują prawidłowego przebiegu ciąży, porodu i połogu, dlatego też zwykle szokującą dla rodziców jest informacja o powikłaniach ciąży, w szczególności zaś o chorobie płodu. Wykrycie powikłań stanowi ogromne obciążenie psychiczne dla obojga rodziców – budzą bowiem lęk, poczucie bezradności i często także poczucie winy. Matce towarzyszy lęk przed śmiercią dziecka lub wystąpieniem dalszych powikłań [55].

Zaakceptowanie nowej, trudnej sytuacji jest kilkuetapowe. Początkowo występuje szok, panika i zaprzeczanie, które w następnym etapie przechodzą w uczucie żalu i rozpacz z opłakiwaniem utraty zdrowia dziecka. W końcowym etapie pojawia się akceptacja i gotowość podjęcia aktywnych działań [56]. Wielokrotnie wymagana jest hospitalizacja ciężarnej. Kobieta musi przyjąć rolę pacjentki i swój stan zaczyna postrzegać jako chorobę. Pojawia się wiele negatywnych emocji i odczuć. W takim momencie osoby sprawujące opiekę nad kobietą stają się dla kobiety wsparciem i pomagają jej przejść przez te trudne chwile. Istotną rolę odgrywa tu poziom wiedzy położnej, jej doświadczenie i zaangażowanie a kluczowe jest holistyczne podejście do pacjentki przebywającej na oddziale [54].

#### **1.5.1.2.1. Diagnostyka prenatalna**

Dzięki diagnostyce prenatalnej możliwe jest wczesne rozpoznanie nieprawidłowości w przebiegu ciąży. W takiej sytuacji kobieta jest otaczana specjalistyczną opieką obejmującą profesjonalne poradnictwo w odniesieniu do rozpoznanych nieprawidłowości. Według Rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczącego postępowania w zakresie diagnostyki prenatalnej w dzisiejszych czasach należy skoncentrować się na wykonywaniu nowoczesnych, nieinwazyjnych badań prenatalnych i dążyć do nadania im charakteru badań przesiewowych [57]. W takiej formie są one adresowane do wszystkich Polek w ciąży bez względu na wiek.

W przypadku większości wad rozwojowych etiologia wciąż pozostaje nieznana, choć najprawdopodobniej są to czynniki genetyczne lub środowiskowe. Najczęstszymi wadami rozwojowymi u płodu są wady:

- ośrodkowego układu nerwowego,
- układu krążenia,
- układu pokarmowego (w tym rozszczep wargi i podniebienia),
- układu moczowego,
- narządów płciowych [58].

Wystąpienie nieprawidłowości w genomie klinicznie prowadzi do powstawania chorób uwarunkowanych genetycznie. Przykładami takich chorób są: fenyloketonuria, mukowiscydoza, choroba Huntingtona, dystrofia mięśniowa (Werdniga-Hoffmana) – powstają na drodze dziedziczenia, *de novo*, na skutek mutacji pojedynczych genów. Skutkiem strukturalnych lub liczbowych aberracji chromosomowych w 50-60% przypadków jest poronienie. Jeżeli jednak dojdzie do rozwoju zarodka i płodu, obserwuje się: zespół Turnera, Downa, Klinefeltera, Patau, Edwardsa. U noworodka obciążonego jednym z wymienionych zespołów obserwuje się liczne wady rozwojowe upośledzające jego rozwój i prowadzące do przedwczesnej śmierci organizmu [57].

Wczesne wykrycie wad i chorób uwarunkowanych genetycznie stanowi wstęp do odpowiedniej terapii, podejmowanej już nawet w życiu wewnątrzmacicznym. Może być także wskazaniem do leczenia matki, wnikliwego monitorowania przebiegu ciąży, planowania sposobu jej zakończenia i wdrożenia wczesnych interwencji po urodzeniu dziecka [59].

Pierwszym etapem diagnostyki prenatalnej jest wykonanie badania ultrasonograficznego między 11-13 tygodniem ciąży z oceną długości ciemieniowo-siedzeniowej (CRL - *cranial growth length*). W tym samym okresie zalecane jest przeprowadzenie testu podwójnego (poziom osoczowego białka ciążowego – PAPP-A – *pregnancy-associated plasma protein A* i podjednostki  $\beta$  ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej –  $\beta$ hCG) wraz z pomiarem przezierności karkowej (NT – *nuchal translucency*) w ciąży pojedynczej. W przypadku komputerowego oszacowania ryzyka aberracji chromosomowych na  $\geq 1/300$  należy skierować ciężarną do poradni specjalistycznej. W zależności od interpretacji uzyskanych wyników i decyzji odnośnie do dalszego postępowania należy poinformować pacjentkę o diagnostyce inwazyjnej i w przypadku wyrażenia chęci na takie postępowanie uzyskać jej pisemną zgodę. Celem diagnostyki inwazyjnej jest uzyskanie i ocena materiału genetycznego płodu pobranego na drodze:

- biopsji trofoblastu (CVS – *chorionic villus sampling*) przeprowadzanej najwcześniej, między 9 a 12 tygodniem ciąży. Polega na pobraniu przeszłykowym (ryzyko poronienia wynosi 2,2%) bądź przezpowłokowym (ryzyko poronienia jest mniejsze i wynosi 1,33%) fragmentu kosmówki kosmatej (bardzo aktywnej mitotycznie). W materiale uzyskanym dzięki hodowli krótko bądź długoterminowej oceniany jest kariotyp płodu,
- amniopunkcji – nakłucie jamy owodni i pobranie próbki płynu owodniowego (około 15-20 ml) w którym zawarte są amniocyty, poddawane hodowli i ocenie kariotypu płodu. Płyn owodniowy można również poddać badaniom biochemicznym. W zależności od tygodnia ciąży w którym jest wykonywana wyróżnia się amniopunkcję wczesną (11-14 tydzień ciąży) i klasyczną (15-20 tydzień ciąży). Ryzyko poronienia w przypadku amniocentezy klasycznej wynosi około 0,5%,
- kordocentezy – przezpowłokowe nakłucie sznura pępowinowego i pobranie około 0,5-1 ml krwi pępowinowej, z której uzyskuje się limfocyty poddawane hodowli. Można ją wykonywać od 20 tygodnia ciąży do czasu jej zakończenia szczególnie w przypadkach małowodzia lub bezwodzia. Ryzyko poronienia lub obumarcia płodu wynosi ok. 2% [57].

Ciężarnym, które nie wykonywały wcześniejszych badań przesiewowych lub tym, które wykonały, ale zachodzi konieczność poszerzenia diagnostyki, proponuje się wykonanie testu potrójnego. Przeprowadzany jest między 15 a 18 tygodniem ciąży i obejmuje ocenę w osoczu ciężarnej całkowitego hCG, alfafetoproteiny (AFP) i wolnego estriolu.

Kolejnym etapem diagnostyki nieinwazyjnej jest wykonanie badania ultrasonograficznego między 18 a 24 tygodniem ciąży. Wykrycie w tym badaniu określonych wad u płodu bądź wystąpienie konkretnych markerów wad prowadzi do rozważenia pogłębienia diagnostyki prenatalnej o badania inwazyjne [56,60].

#### **1.5.1.2.2. Terminacja ciąży**

Jeżeli wykonane badania prenatalne wskazują na ciężkie bądź nieodwracalne uszkodzenie płodu lub nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, zgodnie z art. 4a ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U.93.17.78 z późn. zm.) dopuszczalna jest terminacja takiej ciąży. Przerwanie ciąży może dokonać tylko i wyłącznie lekarz, a zabieg musi być przeprowadzony w szpitalu. Wystąpienie okoliczności uprawniających do podjęcia takiego działania stwierdza inny lekarz niż ten, który przeprowadza zabieg. Według art. 4a ust. 2 ustawy, terminacji ciąży można dokonać do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem ciężarnej [23].

Rodzice otrzymujący niepomyślną diagnozę związaną ze stanem zdrowia ich nienarodzonego dziecka powinni zostać otoczeni wielospecjalistyczną opieką. Należy udzielić im informacji dotyczących zdiagnozowanej wady i rokowania dla płodu. W przypadku rozpoznania wady letalnej wielu rodziców decyduje się na zakończenie ciąży, część jednak pragnie donosić ciążę do końca i nie należy nakłaniać ich do zmiany decyzji, chyba, że istnieją ku temu inne medyczne przesłanki [61].

#### **1.5.1.3. Ciąża wielopłodowa jako ciąża szczególnej troski**

Od około 30 lat obserwuje się stały wzrost odsetka ciąż mnogich w populacji ogólnej [62]. Najbardziej prawdopodobnym wyjaśnieniem tego stanu rzeczy jest coraz szersze stosowanie technik wspomaganego rozrodu (ART. – *assisted reproductive technology*), w szczególności zaś zapłodnienia pozaustrojowego (IVF – *in vitro fertilization*). Spontaniczne poczęcie bliźniąt wynika najprawdopodobniej z trendu związanego z opóźnionym macierzyństwem [62,63].

Zjawisko ciąży wielopłodowej polega na jednoczesnym rozwoju w jamie macicy dwóch lub większej liczby płodów. W zależności od ich liczby wyróżnia się ciążę bliźniaczą, trojaczą, czworaczą, itd. [42]. Najczęstszą postacią ciąży wielopłodowej jest ciąża bliźniacza. Poznano kilka mechanizmów prowadzących do wystąpienia takiej ciąży. Pierwszym z nich jest poliowulacja – jednoczesne uwolnienie co najmniej dwóch komórek jajowych z osobnych pęcherzyków Graafa. Gdy dojdzie do ich zapłodnienia rozwiną się dwa płody nazywane dwujajowymi lub dwuzygotycznymi. Powstanie bliźniąt jednojajowych (jednozygotycznych) związane jest z podziałem zapłodnionej już (przez jeden plemnik) komórki jajowej. W przypadku uwolnienia dwóch komórek jajowych w pewnym odstępie czasu możliwe jest zapłodnienie każdej z nich podczas oddzielnego stosunku seksualnego. Zjawisko to nosi nazwę nadpłodnienia [42].

Stwierdzenie takiej ciąży jest dla położnika jednoznaczne ze stwierdzeniem ciąży wysokiego ryzyka, ponieważ powikłania występują znacznie częściej niż w ciąży pojedynczej. Najczęściej jest to poród przedwczesny, a wraz ze wzrostem liczby płodów skraca się statystyczny czas trwania ciąży. Niższa jest również masa ciała noworodków urodzonych z ciąży mnogiej. Wzrasta ryzyko wielowrodzenia, zaburzeń oddychania, krwawień do ośrodkowego układu nerwowego, wypadnięcia pępowiny, wad wrodzonych i zapętlenia pępowiny w ciąży mnogiej jednoowodniowej. Dla matki wyższe jest ryzyko wystąpienia niedokrwistości, nadciśnienia tętniczego, niepowściągliwych wymiotów ciężarnych, cholestazy wewnątrzwątrobowej, przedwczesnego pęknięcia błon płodowych, przedwczesnego oddzielenia łożyska i wystąpienia łożyska przodu [42,62,63].

Również w sferze emocjonalnej kobiety w ciąży wielopłodowej częściej występują zaburzenia. W chwili rozpoznania ciąży wielopłodowej przeżywają one szok, pojawia się lęk przed szeregiem powikłań w czasie ciąży. Niepewność co do sposobu rozwiązania – duże prawdopodobieństwo cięcia cesarskiego – wzbudza dodatkowy niepokój. Źródłem niepokoju może być także obawa o obniżenie stopy życiowej. Należy pamiętać o tym, że również partner kobiety przeżywa lęk i niepokój [63].

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego ciążę mnogą będącą skutkiem zapłodnienia pozaustrojowego należy zakończyć na drodze cięcia cesarskiego [64]. W pozostałych przypadkach wskazaniem do cięcia cesarskiego jest inne niż główkowe położenie pierwszego płodu, inne niż główkowe położenie drugiego płodu w przypadku gdy rodząca jest pierworódka, wyższa niż 3500g masa ciała drugiego płodu, rozbieżność mas ciała między płodami większa niż 20% [62,53,65]. Poród siłami natury jest bezpieczny w sytuacji położenia podłużnego główkowego obu bliźniąt. W sytuacji powikłań występujących po urodzeniu pierwszego dziecka drogami natury bywa konieczne wykonanie cięcia cesarskiego na drugim bliźniaku. Niezależnie od sposobu rozwiązania ciąży i położenia płodów wyższa jest zachorowalność i umieralność drugiego bliźniaka [62].

#### **1.5.1.4. Poronienie i ciąża obumarła**

Poronienie to wydalenie z jamy macicy jaja płodowego do 22. tygodnia ciąży. Poronieniu samoistnemu ulega około 15% wszystkich rozpoznanych ciąż.

W etiopatogenezie poronień można wymienić wiele czynników:

- genetyczne – nieprawidłowa struktura lub liczba chromosomów,
- hormonalne – zwiększona sekrecja hormonu luteinizującego (LH), hiperandrogenizm, niewydolność ciała żółtego, prowadząca do obniżonej produkcji progesteronu lub nieprawidłowa odpowiedź endometrium na progesteron,
- anatomiczne – wrodzone wady macicy, zrosty wewnątrzmaciczne, niewydolność szyjki macicy, endometrioza miednicy mniejszej,
- immunologiczne – zaburzenia w sekrecji cytokin ( $Th_1$  i  $Th_2$ ), zjawisko współdzielenia antygenów zgodności tkankowej (*HLA sharing*), zespół antyfosfolipidowy,
- metaboliczne – choroby tarczycy, cukrzyca, choroby przewlekłe przebiegające z uszkodzeniem wątroby czy nerek,



- infekcyjne – zakażenia wirusowe (wirus różyczki, cytomegalii, opryszczki, odry), bakteriemia lub toksemia u matki, wysoka temperatura ciała matki, toksoplazmoza
- związane z działaniem substancji toksycznej – alkoholu, tytoniu, stosowanie narkotyków (np. kokainy),
- wiek kobiety  $\geq 35$ . roku życia może mieć wpływ na zwiększenie odsetka poronień w tej grupie,
- obciążenie i napięcie psychiczne – wstrząs psychiczny, przedłużający się nadmierny stres [42,66].

Przebieg poronienia zależy od tygodnia ciąży, w którym do niego dochodzi. Do około 8. tygodnia ciąży jajo płodowe zostaje wydalone z jamy macicy w całości. Powyżej 8. tygodnia ciąży ma charakter dwufazowy – jako pierwszy wydany jest płód, dopiero po nim wydalana jest kosmówka (prawie w całości pozostaje w jamie macicy, stąd istnieje konieczność jej mechanicznego usunięcia) [42,67].

Do zadań położnej sprawującej w szpitalu opiekę nad kobietą, której ciąża zakończyła się poronieniem należy między innymi pomiar parametrów stanu ogólnego i odnotowanie ich w dokumentacji pacjentki, wkłucie kaniuli do żyły i pobranie krwi na zlecone badania przygotowanie jej do badania ginekologicznego i ultrasonograficznego, zapewnienie pakietu jałowych wkładek. Oprócz tych czynności, które powinny być wykonane sprawnie i profesjonalnie, należy również zwrócić uwagę na stan psychiczny pacjentki. Niezależnie od czasu trwania ciąży kobieta mogła nawiązać osobową relację z dzieckiem i intensywnie doświadcza wielu negatywnych emocji.

Zwykle razem z kobietą w szpitalu znajduje się partner pacjentki, który również doświadcza trudnych chwil w momencie straty dziecka. Ze względów organizacyjnych jest on często odizolowany od partnerki, nie wie, co w danym momencie dzieje się z nią, jak długo będzie musiał czekać na informacje. Nawet krótka rozmowa o planowanych działaniach i przewidywanym czasie ich trwania może mu bardzo pomóc w tym momencie. Mężczyzna w takich chwilach czuje się bezradny. Byłby gotów zrobić wszystko, żeby pomóc ukochanym osobom [54,67].

Ciąża obumarła to taka, w przebiegu której dochodzi do wewnątrzmacicznego zgonu płodu. W zależności od tygodnia ciąży w którym doszło do obumarcia wyróżnia się obumarcie wczesne (poniżej 20. tygodnia ciąży), pośrednie (od 20. do 27. tygodnia ciąży) i późne (powyżej 27. tygodnia ciąży). Średnia częstość tego zjawiska to 5,4 zgonów płodu na 1000 porodów. Do 80% zgonów płodów dochodzi w ciągu pierwszych 12 tygodni ciąży [42].

W przypadku obumarcia ciąży etiopatogeneza jest wieloczynnikowa. Wyróżnia się czynniki:

- matczyne – wady macicy, choroby prowadzące do niewydolności łożyska (przewlekłe nadciśnienie tętnicze, stan przedrzucawkowy i rzucawka, cukrzyca, choroby nerek, ciężkie choroby serca, choroby zakaźne, zakażenia, cholestaza wewnątrzwątrobowa, stosowanie substancji toksycznych), konflikt serologiczny,
- płodowe (zaburzenia chromosomalne, infekcje wewnątrzmaciczne, zaburzenia krążenia w pępowinie, zaburzenia metaboliczne),

- przedwczesne oddzielenie łożyska,
- ciąża przenoszona [42].

W opiece nad kobietą po poronieniu bądź po porodzie martwego dziecka ważne dla personelu medycznego jest uświadomienie sobie faktu, iż tydzień ciąży nie ma znaczenia dla przeżywających stratę rodziców. Podobnie mogą ją przeżywać rodzice, którzy stracili ciążę w 8. jak i 30. tygodniu jej trwania.

Przeżycia rodziców tracących dziecko są bardzo intensywne. Pojawia się szok, zaprzeczanie, gniew, złość, poczucie winy i bezradność. Plany na przyszłość ulegają zupełnej zmianie. Ważnym elementem opieki nad rodzicami jest rozmowa z lekarzem lub położną, pomocna w zrozumieniu tego, co się stało. Kobieta, która wychodzi do domu potrzebuje konkretnych informacji dotyczących postępowania terapeutycznego, jakiemu została poddana oraz wskazówek co do pierwszych dni czy tygodni w czasie których będzie dochodzić do siebie. W tym informacji o konieczności kontroli u ginekologa, objawów, które powinny ją zaniepokoić i skłonić do niezwłocznego zgłoszenia się do szpitala czy dawkowania zaleconych leków. Nieodzownym elementem opieki nad pacjentką w sytuacji poronienia jest udzielenie jej wskazówek, gdzie może poszukiwać pomocy psychologicznej, gdyby poczuła taką potrzebę. Stosunkowo nowe (prowadzone od roku 2003) badania wykazały, jak brzemiennie w odległe skutki mogą być: utrata ciąży na drodze poronienia samoistnego lub indukowanego, obumarcie płodu, czy poród przedwczesny i śmierć dziecka. Wśród dominujących zaburzeń występuje depresja, lęki, ataki paniki, zaburzenia kompulsywne czy zespół stresu pourazowego (PTSD – *post-traumatic stress disorders*) [54].

W tych trudnych dla rodziców momentach personel medyczny jest tym, który ma nieść im profesjonalną pomoc. Od momentu znalezienia się kobiety w szpitalu do chwili wypisu do domu jest ona zależna od osób, które się nią opiekują. Te wspomnienia będzie nosić w sobie do końca życia. Dlatego ważne jest, aby lekarze, pielęgniarki i położne, pracujący w zespole terapeutycznym, potrafili zapewnić jej nie tylko pomoc ze strony medycznej, ale także wsparcie psychiczne. Rodzice są również informowani o możliwości pochówku dziecka, ponieważ na mocy prawa polskiego mają prawo pochować dziecko niezależnie od tygodnia ciąży, w którym się zakończyła [68,69,70,71,72].

Odpowiednie zachowanie w sytuacji opieki nad kobietą przeżywającą stratę dziecka nie jest łatwe. Często, w dobrej wierze, wypowiadamy zdania, które nie pomagają, a wręcz powodują w kobietach jeszcze większy żal i smutek. Dlatego wiedząc, jak ważna jest profesjonalna pomoc w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu od 2006 roku istnieje możliwość wezwania psychologa przez 24 godziny na dobę 7 dni w tygodniu do kobiety, która tego potrzebuje [54].

## **1.6. Poród jako niezwykle ważny moment w życiu rodziny**

Poród definiowany jest jako *szereg kolejno następujących po sobie procesów prowadzących do wydalenia z jamy macicy wszystkich elementów jaja płodowego (płodu, płynu owodniowego, popłodu)* [73]. Jest to zjawisko złożone, a jego składowymi są zmiany fizykalne, hormonalne i emocjonalne zachodzące nieco odmiennie u każdej kobiety [74]. Na przebieg porodu wpływają trzy zasadnicze czynniki: rodzący się płód, drogi rodne kobiety i występujące w czasie siły porodowe [75]. Za poród fizjologiczny uważa się *spontaniczny poród niskiego ryzyka w momencie rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania porodu. Noworodek rodzi się w sposób spontaniczny w porodzie główkowym, pomiędzy ukończonym 37. a 42. tygodniem ciąży. Po porodzie matka i noworodek są w dobrym stanie* [36]. Osobami sprawującymi opiekę nad rodzącą w trakcie porodu fizjologicznego są lekarz (specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii, specjalista I stopnia lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii) i położna. Sprawują oni również opiekę nad ciążarną, położnicą i noworodkiem [36].

### **1.6.1. Przygotowanie rodziców do porodu**

Na przełomie XIX i XX wieku w naszym kręgu kulturowym dokonały się przemiany społeczne, których konsekwencją są zmiany w relacjach wewnątrz rodziny. Kobiety, których dominującą do tej pory rolą było rodzenie i wychowywanie potomstwa zaczęły brać aktywny udział w pracy zawodowej. Stały się współżyicielami rodziny, niejednokrotnie otrzymując dochody na podobnym lub wyższym poziomie od partnera. Ojcowie natomiast zyskali nowe możliwości w zakresie wychowywania dzieci i kontaktu z nimi. Biorąc jednak pod uwagę biologiczne uwarunkowania prokreacji zauważymy, że to rola kobiety jest dominująca. Zapłodniony zarodek rozwija się w macicy, trudy związane z porodem i karmieniem piersią również dotyczą kobiet. Należy jednak unikać wniosku, iż rola ojca dotyczy tylko i wyłącznie procesu zapłodnienia. W prawidłowo funkcjonującej relacji mężczyzna i kobieta wspólnie podejmują decyzję o posiadaniu potomstwa. Partner sprawując opiekę nad kobietą i dzieckiem w czasie ciąży przygotowuje się psychicznie do nowej roli i podejmuje ją po porodzie, a czas oczekiwania na dziecko to dla przyszłego ojca okres przeżywania silnych emocji [76].

Do nawiązania więzi z dzieckiem może dojść jeszcze w okresie prenatalnym [77]. Jest to zjawisko złożone i aby zaistniało niezbędne są trzy podstawowe elementy. Dziecko powinno być traktowane przez rodziców jako odrębna istota, ma przypisane właściwe sobie cechy, podejmowane są próby interakcji z nim. Nawiązanie osobowego kontaktu rodziców z dzieckiem owocuje rozwojem więzi emocjonalnej między nimi. Matka i ojciec mogą podejmować próby kontaktu poprzez mówienie do dziecka, czytania mu bajek, śpiewania i słuchania muzyki. Płód prawdopodobnie słyszy głosy rodziców i uczy się je rozpoznawać. Przyszli ojcowie mówią „do brzucha” i dotykają go. Ogromną satysfakcję daje im wrażenie, iż pod wpływem dotyku dziecko uspokaja się i chętnie „wypina pupę” się bądź „kopie” głaszczącą brzuch rękę [78].

Ze względu na wiele aspektów teoretycznych i praktycznych obecnych w edukacji przedporodowej, ciążarnej i jej parterowi proponuje się obecnie uczestnictwo w kursie szkoły rodzenia. Pomaga to we wspólnym przechodzeniu przez trudny okres ciąży, a przygotowanie

kobiety do porodu stanowi istotny element profilaktyki odczuwania przez nią lęku przedporodowego. Tematy poruszane w przebiegu kursu szkoły rodzenia obejmują przebieg ciąży, porodu, połogu, opieki nad noworodkiem, karmienia piersią. Wykonywane są również ćwiczenia odpowiednie dla kobiet w ciąży, nauka oddychania w czasie porodu i ćwiczenia relaksacyjne [39].

### 1.6.2. Poród rodzinny

Prowadzenie porodu i towarzyszenie rodzącej kobiecie przez wiele stuleci było domeną kobiet, a lekarza wzywano w przypadku wystąpienia powikłań. W średniowieczu surowo zakazano mężczyznom brania udziału w porodzie. Dopiero XVII wiek przyniósł znaczące zmiany, kiedy to położnictwem zaczęli zajmować się mężczyźni [79]. W XX wieku dokonał się ogromny postęp położnictwa jako nauki. Zaczęto stosować nowe metody postępowania i wprowadzono zasady, związane z koncepcją aktywnego prowadzenia porodu (AML – *Active Management of Labour*) opracowaną w Dublinie w 1968 roku [80]. Zwrócono także uwagę na rolę ojca dziecka w procesie prokreacji i możliwość jego obecności przy porodzie [81].

Pierwszy poród z oficjalną zgodą na udział ojca odbył się w 1954 roku we Francji. Pod koniec lat osiemdziesiątych we wszystkich szpitalach w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii była możliwość odbycia porodu rodzinnego, w Polsce natomiast pierwszy taki poród miał miejsce w 1983 roku w Klinice Perinatologii Akademii Medycznej w Łodzi. Kolejne lata przyniosły doskonalenie nowego stylu sztuki położniczej i dostosowywanie szpitali do możliwości odbywania w nich porodów rodzinnych [79]. Należy zaznaczyć, iż termin „poród rodzinny” nie zawsze oznacza poród z udziałem ojca dziecka. Bywa to wskazana przez rodzącą bliska jej osoba, niekoniecznie związana z nią więzami krwi [76].

Obecnie w większości odbywających się porodów bierze udział ojciec dziecka. Jednak już w 1989 roku zauważono, iż główną motywacją mężczyzny chcącego uczestniczyć w porodzie nie może być ciekawość i podążanie za modą. Mógłby uznać to zdarzenie za zbyt drastyczne i nieestetyczne. Jest to propozycja dla osób dojrzałych i rzeczywiście sobie bliskich [79,82,83]. W sytuacjach, w których kobieta potrzebuje wsparcia partnera, ale jedno z nich czuje opór przed przebywaniem razem przez cały czas, ustalają przed porodem, kiedy mężczyzna będzie wychodził z sali porodowej. Może dotyczyć to badań wewnętrznych lub samego aktu porodu. Bywają również sytuacje, w których ojciec dziecka odmawia symbolicznego dla wielu przecięcia pępowiny. Nie należy go do tego zmuszać.

Mężczyźni decydujący się na towarzyszenie partnerce w czasie porodu w głównej mierze pragną dać jej poczucie bezpieczeństwa, ułatwić przezwyciężenie trudów porodu i wzmacniać więzi rodzinne. Chcą również pomóc fizycznie, a czasem są po prostu ciekawi przebiegu porodu [80,82]. Obecność partnera w czasie porodu może dać kobiecie poczucie bezpieczeństwa i zacieśnić relacje partnerskie [82,83].

### 1.6.3. Poród o przebiegu fizjologicznym

W przebiegu porodu wyróżniamy cztery kolejno następujące po sobie okresy (fazy):

- I okres porodu – okres skracania i rozwierania szyjki macicy – od momentu wystąpienia regularnej czynności skurczowej macicy (jeden skurcz w ciągu 10 minut) do całkowitego rozwarcia szyjki macicy na 10 cm:
  - Faza utajona (wolnego rozwierania) – skrócenie i rozwarcie szyjki macicy do 3-4 cm. U pierwiastek powinna trwać około 6 godzin, u wieloródek 4,5 godziny.
  - Faza aktywna (przyspieszonego rozwierania) – od 3-4 cm do całkowitego rozwarcia. U pierwiastek powinna trwać około 3,4 godziny, u wieloródek 2,1 godziny.
- II okres porodu – okres wydalania – od całkowitego rozwarcia szyjki macicy do momentu urodzenia dziecka. Przeciętnie trwa około 50-60 minut u pierwiastek i 20-30 minut u wieloródek. Za przedłużający się II okresu porodu uważa się taki, który trwa powyżej 120 minut.
- III okres porodu – okres łożyskowy – od momentu urodzenia noworodka do wydalania popłodu. Jego czas trwania nie powinien być dłuższy niż 60 minut, o przedłużonym III okresie porodu mówi się, gdy jego czas trwania przekracza 30 minut.
- IV okres porodu – okres dwugodzinnego intensywnego nadzoru nad położnicą, obejmującego kontrolę:
  - Wysokości dna i obkurczania się macicy,
  - Krwawienia z dróg rodnych,
  - Stanu ogólnego położnicy.

Ponadto instruktaż obejmujący prawidłowe przystawienie noworodka do piersi i pomoc w karmieniu piersią wraz z przekazaniem informacji na temat laktacji w pierwszej dobie po porodzie [36,73,74,75].

### 1.6.4. Poród powikłany

W praktyce położniczej ogromne znaczenie dla bezpiecznego prowadzenia porodu ma ocena ryzyka u każdej rodzącej i dostosowany do niego sposób postępowania [43,84]. Istnieje wiele systemów pozwalających na ocenę i kwalifikację rodzących do odpowiednich grup ryzyka. Są jednak sytuacje, w których poród u kobiety, którą oceniono jako obciążoną niskim ryzykiem zostaje nieoczekiwanie powikłany, natomiast u kobiety obciążonej wysokim ryzykiem przebiega bez powikłań. Jednak prawidłowo sprawowana opieka położnicza to taka, która oparta jest na określonych procedurach postępowania wynikających z dowodów naukowych [84]. Między innymi podział szpitali na ośrodki o trzech stopniach referencji jest odpowiedzią na potrzeby ciężarnych, rodzących, położnic i noworodków wynikające z ich stanu zdrowia. W ośrodkach o I poziomie opieki perinatalnej sprawowana jest opieka nad zdrowymi ciężarnymi, rodzącymi, położnicami i noworodkami, a w przypadku wystąpienia patologii jest to opieka krótkotrwała – do czasu przekazania pacjenta do ośrodka o wyższym stopniu referencji. W ośrodkach o II poziomie opieki perinatalnej sprawowana jest opieka nad patologią ciąży średniego stopnia, a w ośrodkach o III poziomie opieki perinatalnej sprawuje

się opiekę nad najcięższą patologią ciąży [43]. W Polsce podział ten wprowadzono w 1995 roku, a pierwszym województwem z trójstopniową opieką perinatalną była Wielkopolska.

Wśród czynników pozwalających zakwalifikowanie ciężarnej do jednej z grup ryzyka można wymienić: wiek matki (poniżej 15 lub powyżej 40 lat), stan po porodzie przedwczesnym, ciąży obumarłej, cięciu cesarskim, zapłodnieniu pozaustrojowym, niska masa urodzeniowa poprzedniego dziecka, wady narządu rodowego u matki (np. macica podwójna), choroby matki (np. nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroby wątroby), stosowanie przez matkę używek, wady płodu w obecnej ciąży, położenie miednicowe płodu, inne choroby matki lub nieprawidłowości w obecnej ciąży (np. wystąpienie przedwczesnej czynności skurczowej, krwawienie, konflikt serologiczny, łożysko przodujące, wielowodzie bądź małowodzie), ciąża mnoga, itp. [42,45]. Znając wyżej wymienione obciążenia możliwe jest zaplanowanie sposobu dalszego prowadzenia ciąży bądź jej zakończenia (w terminie lub przed – w zależności od stanu matki i stanu płodu).

#### **1.6.4.1. Cięcie cesarskie**

Polega na operacyjnym ukończeniu ciąży lub porodu. Wykonywane jest chirurgiczne otwarcie powłok brzusznych i macicy z wydobyciem płodu (płodów) z następowym zszyciem ściany macicy i zamknięciem powłok jamy brzusznej. Powszechnie stosowanymi technikami jest cięcie cesarskie pozaotrzewnowe, poprzeczne w dolnym odcinku z otwarciem jamy brzusznej sposobem Pfannenstiela lub cięciem prostym, cięcie sposobem Mizgav-Ladach, rzadziej cięcie cesarskie klasyczne lub pozaotrzewnowe. Wykonywane jest w znieczuleniu ogólnym (dożylnym i dotchawiczym) bądź kanałowym (podpajęczynówkowym) [85,86,87,88].

Ze względu na wzrost odsetka wykonywanych cięć cesarskich w Polsce z około 5% wszystkich porodów w latach 60. do około 30% w 2006 roku [89], zespół ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w 2008 roku usystematyzował wskazania do cięcia cesarskiego:

- według kryterium stopnia pilności operacji:
  - elektywne (planowe) – cięcie cesarskie odbywa się w ustalonym terminie, a czynniki, które uniemożliwiają przeprowadzenie porodu drogami natury są znane,
  - pilne – wystąpiły czynniki, które potencjalnie zagrażają życiu i zdrowiu matki i dziecka, nie stanowiąc bezpośredniego zagrożenia życia w danym momencie. Pogorszenie stanu zdrowia może wystąpić jednak w każdym momencie i dalsze oczekiwanie może pogorszyć sytuację położniczą i warunki do wykonania cięcia cesarskiego, dlatego też pacjentka powinna być operowana po uzyskaniu potrzebnych wyników badań,
  - nagłące – wystąpiły zaburzenia, które potencjalnie zagrażają życiu i zdrowiu matki lub płodu, powtarzają się w krótkich odstępach czasu, a bezpośrednie zagrożenie dla życia matki lub płodu może nastąpić w każdej chwili. Pacjentka powinna być operowana jak najszybciej, już w trakcie wykonywania operacji czeka się na wyniki badań laboratoryjnych,
  - nagłe (natychmiastowe) – wystąpiły zaburzenia, które bezpośrednio zagrażają zdrowiu bądź życiu matki lub płodu. Cięcie cesarskie wykonuje

się natychmiast, a krew na badania laboratoryjne należy pobrać w trakcie trwania operacji.

- Wskazania pozapłoźnicze (kardiologiczne, pulmonologiczne, okulistyczne, ortopedyczne, neurologiczne i psychiatryczne).
- Wskazania do cięcia cesarskiego w ciąży wielopłodowej.
- Wskazania do cięcia cesarskiego w położeniu podłużnym miednicowym płodu – pierworódki bez względu na rodzaj ułożenia płodu [87].

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne nie rekomenduje wykonywania cięcia cesarskiego na życzenie pacjentki, gdy nie istnieją wskazania medyczne do jego przeprowadzenia. Główną motywacją pacjentki do podjęcia takiej decyzji jest jej lęk, który może zostać w czasie ciąży zredukowany poprzez psychoterapię i edukację na temat przebiegu porodu [86]. Cięcie cesarskie jest operacją, która niesie ryzyko poważnych powikłań, ze zgonem matki włącznie. Wśród powikłań śródoperacyjnych należy wymienić: uszkodzenie pęcherza moczowego, uszkodzenie moczowodów, krwawienia i zaburzenia krzepnięcia, zator płynem owodniowym i powikłania anestezyjologiczne. W położu mogą wystąpić: zapalenie błony śluzowej macicy, zakażenie dróg moczowych, zakażenie i zaburzenia gojenia rany, niedokrwistość, zapalenie płuc, zakrzepica i zatory, niedrożność jelita (częściowa lub całkowita), posocznica. Dlatego też cięcie cesarskie powinno być wykonywane tylko wtedy, gdy istnieją ku temu wyraźne wskazania [85,86,87,88].

#### **1.6.4.2. Wyciągacz próżniowy i kleszcze położnicze**

W przypadku wystąpienia powikłań w czasie porodu drogami natury lub sytuacji, w których wskazane jest jego skrócenie ze względu na chorobę matki, zastosowanie znajdują kleszcze położnicze i wyciągacz próżniowy.

Według Amerykańskiego Kongresu Położników i Ginekologów (*The American Congress of Obstetricians and Gynecologist – ACOG*) wskazaniami do zastosowania kleszczy położniczych są następujące sytuacje:

- Skrócenie czasu trwania drugiego okresu porodu,
- przedłużający się drugi okres porodu (u pierwiastek przekroczenie czasu jego trwania powyżej dwóch godzin bez regionalnej analgezji i trzech godzin przy zastosowaniu znieczulenia. U wieloródek natomiast powyżej godziny w przypadku braku znieczulenia i dwóch godzin, jeżeli zastosowane było znieczulenie przewodowe) [90],
- zagrożenie płodu,
- wskazania matczyne,
- wyczerpanie rodzącej [86,91,92].

Warunkami do zastosowania wyciągacza próżniowego są: całkowite rozwarcie szyjki macicy, pęknięte błony płodowe, opróżniony pęcherz moczowy, główka płodu co najmniej w próżni miednicy, brak niewspółmierności porodowej, prawidłowy mechanizm porodowy, możliwość założenia peloty w okolicy ciemienia małego, odpowiednia dojrzałość płodu (>34. tygodnia ciąży, masa ciała >2500 g), możliwość współpracy z rodzącą. Powikłaniami typowymi dla tej techniki są ślady po założonej pelocie, wybroczyny krwotoczne na skórze,

w siatkówce oka, krwiaki podkostnowe, krwawienia wewnątrzczaszkowe, uszkodzenia tkanek miękkich kanału rodowego matki [85,86,90,92].

### 1.6.5. Zjawisko medykalizacji porodu

W dzisiejszych czasach w krajach rozwiniętych większość porodów odbywa się w szpitalu [93]. W przypadku wystąpienia powikłań ze strony matki lub płodu, możliwa jest natychmiastowa interwencja z zastosowaniem wszystkich dostępnych środków, jakimi dysponuje dana placówka. Odbywanie porodu w takim miejscu wiąże się jednocześnie ze wzrostem interwencji w jego naturalny przebieg – uzasadnianych dobrem matki i rodzącego się dziecka.

Postępowanie zgodnie z zasadami aktywnego prowadzenia porodu wiązało się z wprowadzeniem na sale porodowe partogramów. Karta obserwacji porodu wywodzi się z pracy Friedmana, prowadzącego w latach 50. XX wieku obserwacje przeciętnych limitów czasowych dla poszczególnych stopni rozwarcia szyjki macicy [94]. W 1969 roku opublikowany został artykuł *Zapobieganie porodom przedłużającym się* O'Discrolla i wsp. [95]. Na tej podstawie wprowadzono zasady prowadzenia porodu, których powinien przestrzegać personel pracujący na sali porodowej:

- rozpoczęcie porodu – od wystąpienia bolesnych skurczów, zgłodzenia szyjki macicy lub pęknięcia błon płodowych,
- amniotomia powinna zostać wykonana najpóźniej godzinę po przyjęciu rodzącej na oddział,
- postęp porodu – rozwarcie powinno powiększać się minimum 1 cm na godzinę. Jeżeli następuje wolniej, należy podłączyć wlew z oksytocyny,
- czas trwania porodu nie powinien przekraczać 12 godzin,
- rodzącej powinna przez cały czas trwania porodu towarzyszyć położna [81,95,96].

Wprowadzenie powyższych zasad szybko doprowadziło do medykalizacji porodu. Zgodnie z definicją przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia w Alma-Acie w 1978 roku termin *medykalizacja* oznacza *proces, w wyniku którego naturalne zdarzenia wpisane w życie każdego człowieka traktowane są jako problemy medyczne, wymagające medycznej diagnozy i kontroli, z położeniem nacisku na ryzyko, patologię i leczenie* [97]. Częstymi procedurami wykonywanymi w czasie porodu stały się: rutynowe podawanie rodzącej syntetycznej oksytocyny, wczesna amniotomia, rutynowe nacięcie krocza, podawanie środków analgetycznych i anestetycznych bez wyraźnych wskazań czy częste wykonywanie cięcia cesarskiego. W odniesieniu do tych zabiegów obecnie w polskim położnictwie zalecane jest ograniczenie ich do niezbędnego minimum [36]. Pozytywnym aspektem stała się opieka położnej nad rodzącą, co zwiększało poczucie bezpieczeństwa u rodzącej i prowadziło do zredukowania lęku.

W konsekwencji jednak takie postępowanie doprowadziło to do uprzedmiotowienia ciężarnych i rodzących. W wielu przypadkach zapominano o ich problemach natury psychicznej i społecznej [79]. Odpowiedzią na ten problem było powstanie na zachodzie Europy ruchów społecznych opartych o filozofię holizmu. Głównym założeniem było przekonanie, że to rodząca, a nie personel medyczny, zajmuje centralne miejsce w procesie



rodzenia. W procesie pielęgnowania należy zwrócić się do kobiety, uszanować jej niepowtarzalność jako osoby, zauważyć jej lęki i zwątpienia. Przede wszystkim jednak dać rodzącej prawo do takiego zachowywania w czasie porodu, jakie podpowiada jej instynkt. O powrocie do porodu naturalnego szczególnie dużo mówił Michel Odent (ur. 1930 r.), jednocześnie zauważając, że w przypadku porodu odbywającego się w szpitalu to położna jest osią i swoistym centrum, od której zależy przebieg i stopień tzw. „mechanizacji rodzenia” [79].

#### **1.6.6. Rola położnej w opiece nad rodzącą w przebiegu porodu fizjologicznego**

W momencie przyjmowania rodzącej na salę porodową obowiązkiem położnej jest w pierwszej kolejności wysłuchanie, wstępna ocena i odnotowanie w dokumentacji pacjentki czynności serca płodu. Następnym krokiem jest zebranie szczegółowego wywiadu dotyczącego przeszłości położniczej, obecnej ciąży, uzyskanie wyników niezbędnych badań (w szczególności wynik grupy krwi), ocena położenia płodu z zastosowaniem chwytów Leopolda, przeprowadzenie badania wewnętrznego i ocena zaawansowania porodu oraz stanu błon płodowych, ocena czynności skurczowej macicy, pomiar miednicy kostnej (wraz z analizą proporcji między płodem a miednicą matki), ocena stanu ogólnego rodzącej, ocena występowania czynników ryzyka, poinformowanie kobiety o przysługujących jej prawach, odnotowanie wszystkich dokonanych pomiarów w założonej dla każdej pacjentki oddzielnie dokumentacji medycznej z uwzględnieniem karty obserwacji porodu (partogramu) [98], ocena stopnia przygotowania kobiety do porodu [36]. W sytuacjach, które tego wymagają, założenie kaniuli do żyły obwodowej, w przypadku wyraźnej prośby pacjentki – wykonanie lewatywy i golenie owłosienia łonowego [36]. Pacjentka powinna zostać również poinformowana o sposobie wzywania pomocy.

W I okresie porodu fizjologicznego położna dokonuje oceny postępu porodu na podstawie badania wewnętrznego (nie częściej niż co 2 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio często). Zobowiązana jest ponadto do oceny czynności skurczowej macicy i stopnia reaktywności rodzącej na skurcze, oceny stanu płodu poprzez osłuchiwanie czynności serca płodu co 15-30 minut co najmniej przez minutę (ciągłe monitorowanie stanu płodu przy użyciu kardiografu zalecane jest jedynie w medycznie uzasadnionych przypadkach), kontrolowania stanu rodzącej poprzez pomiary parametrów stanu ogólnego (co 4 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio często), oceny wydzieliny pochwowej i samopoczucia rodzącej [36]. Do zadań położnej należy również prowadzenie psychoprofilaktyki położniczej i łagodzenie dolegliwości mogących wystąpić u pacjentki, aktywizowanie jej do czynnego udziału w porodzie (bieżące informowanie o postępie porodu, zachęcanie do stosowania udogodnień i form aktywności, wyrażania swoich potrzeb), nawiązanie współpracy z osobą bliską. Postęp i przebieg porodu, wykonywane badania i zabiegi, oraz ocena dobrostanu płodu i rodzącej na bieżąco odnotowywane są w dokumentacji medycznej. W odpowiednim momencie położna przygotowuje miejsce i zestaw konieczne do odbycia II okresu porodu [36].

Zachęcając kobietę do podejmowania aktywności można zaproponować jej dostępne w danej sali porodowej udogodnienia i krótko poinstruować o możliwości ich zastosowania. W wielu szpitalach dostępny jest worek sako, piłka, drabinki, lina zwisająca z sufitu, rzadziej

wanna służąca do immersji wodnej. Jeżeli kobieta odczuwa opory i nie jest chętna do korzystania z nich, można mobilizować ją do przyjmowania pozycji wertykalnych, pamiętając jednocześnie, że to sama rodząca może instynktownie odczuwać, jaka pozycja jest dla niej w danym momencie najkorzystniejsza [99].

Położne rozpoznają rozpoczęcie II okresu porodu na podstawie zachowania rodzącej i badania wewnętrznego. W tym okresie porodu należy dokonać oceny stanu ogólnego rodzącej, czynności serca płodu po każdym skurczu macicy oraz ocena czynności skurczowej, przygotowania zestawu i miejsca do porodu, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki, będąc jednocześnie w stałym kontakcie z pacjentką. Należy zachęcić rodzącą do przyjęcia dogodnej dla niej pozycji, z uwzględnieniem pozycji wertykalnych, ochrony krocza (nacięcia krocza należy dokonać jedynie w uzasadnionych przypadkach) i kontrolowanego wytaczania główki i barków płodu [36,86,96].

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia należy unikać rutynowego nacinania krocza, ponieważ nie zapobiega ono uszkodzeniom mięśni dna miednicy [100,101]. Jeżeli jest konieczna, epizjotomia powinna być wykonywana się w momencie silnego napinania tkanek krocza poprzez rodzącą się główkę płodu – pozwala to zmniejszyć utratę krwi i jest dla kobiety mniej bolesne [86]. Prawidłowo wykonane nacięcie krocza w znacznym stopniu zmniejsza ryzyko jego pęknięcia. Sytuacjami, które uzasadniają jego wykonanie są: objawy zagrażającego pęknięcia krocza, ostry stan zagrożenia życia płodu pod koniec porodu, pomoc ręczna w położeniu miednicowym płodu i porody zabiegowe (konieczność zastosowania kleszczy położniczych lub wyciągacza próżniowego), ułożenia odgięciowe główki płodu i poród dużego płodu [86].

Bezpośrednio po urodzeniu się noworodka należy go osuszyć i jeżeli stan ogólny matki i dziecka na to pozwala, położyć go na klatce piersiowej matki, zapewniając tym samym wczesny kontakt „skóra do skóry” (STS – *skin-to-skin contact*) [102,103,104]. Zaobserwowano, że zapewnienie takiej formy kontaktu matki z noworodkiem przyczynia się do zacieśnienia ich więzi emocjonalnej, ułatwia karmienie piersią i w odpowiednich warunkach zapewnia utrzymanie prawidłowej temperatury ciała dziecka [36,73,102,103,104]. Jeżeli jest to możliwe kontakt ten powinien trwać nieprzerwanie co najmniej dwie godziny od porodu [36,102]. Podczas trwania kontaktu skóra do skóry położna ocenia stan noworodka w skali Apgar [36,102].

W III okresie porodu do zadań położnej należy poinformowanie matki o godzinie porodu i płci dziecka, ocena stanu ogólnego pacjentki i noworodka, oznakowanie dziecka (zgodnie z obowiązującymi przepisami [105]) przed odpępnieniem, zaciśnięcie pępowiny po ustaniu tętnienia i przecięcie jej jałowym narzędziem, obserwacja kontaktu „skóra do skóry” i pomoc w przystawieniu noworodka do piersi, podanie leków w uzasadnionych przypadkach, ocena stanu tkanek miękkich kanału rodnego, rozległości nacięcia krocza (jeżeli było wykonane), ocena krwawienia z dróg rodnych, obkurczenia mięśnia macicy, rozpoznanie objawów świadczących o oddzieleniu łożyska, ocena kompletności popłodu i ilości utraconej w czasie porodu krwi [36].

IV okres porodu to czas kontroli stanu ogólnego położnicy, stopnia obkurczania się macicy, krwawienia z dróg rodnych, kontrola kanału rodnego z oglądaniem szyjki macicy we wzornikach i chirurgicznym zaopatrzeniem ran w obrębie kanału rodnego i krocza. Ponadto należy przeprowadzić instruktaż w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do

piersi i poinformować położnicę o zasadach postępowania w laktacji w pierwszych dobach po porodzie [36].

Należy szczegółowo udokumentować i opisać dokonane obserwacje, przeprowadzone zabiegi i wykonane zadania.

Moment przyjścia na świat dziecka stanowi dla kobiety zwieńczenie trudów całej ciąży i porodu. Sam poród trwa zwykle kilka – kilkanaście godzin. W kontekście czasu jest tylko niewielkim wycinkiem całego procesu prokreacji, ale ze względu na ładunek emocjonalny z jakim się wiąże jest niezwykle ważny dla funkcjonowania całej rodziny [28,82,106,107,108,109].

Głównym zadaniem osób sprawujących opiekę nad rodzącą – lekarzy i położnych – jest zapewnienie profesjonalnej opieki medycznej w celu bezpiecznego przeprowadzenia kobiety i jej dziecka przez okres porodu przy zminimalizowaniu ilości interwencji medycznych [36]. Jednocześnie powinniśmy pamiętać o wsparciu psychicznym i zapewnieniu rodzącym poczucia bezpieczeństwa. Ważne, aby kobieta miała do nas zaufanie – podczas pobytu w szpitalu polega na naszych umiejętnościach i wiedzy. Doskonałą sposobnością do nawiązania kontaktu jest wspólne omówienie planu porodu przygotowanego przez ciężarną. W czasie tej krótkiej rozmowy możemy spokojnie i rzeczowo wyjaśnić wiele kwestii, mogących stanowić dla kobiety źródło obaw i lęków. Zwykle czynnikiem budzącym najwięcej niepokoju jest strach przed bólem porodowym. Kobiety mogą też obawiać się nie tyle samych doznań bólowych, ale swoich reakcji związanych z jego odczuwaniem [78]. Należy poinformować rodzącą o dostępnych środkach przeciwbólowych i możliwości skorzystania z nich. Znając opracowaną już w latach 30. XX wieku przez Dick-Reada [110] triadę o sekwencji lęk-napięcie-ból, staramy się na każdym etapie porodu zminimalizować lęk i napięcie mogące powstawać u rodzącej.

Odczucie bólu znane jest każdemu człowiekowi. Zwykle towarzyszy uszkodzeniu tkanek, sygnalizuje zagrożenie i jest nieprzyjemny [111]. Zapamiętujemy sytuację, w której wystąpił, aby w przyszłości móc jej uniknąć [112]. W tym kontekście ból porodowy ma szczególny charakter. Nierozzerwalnie związany jest z fizjologicznym zakończeniem ciąży, pojawia się i zachowuje pewien rytm, szybko narasta, zwykle ustępuje bezpośrednio po urodzeniu się dziecka. Silnie odczuwany może jednak wpłynąć negatywnie na prawidłowo przebiegający postęp porodu, a nawet go spowolnić [111,112].

W pierwszym okresie porodu dolegliwości bólowe spowodowane są skurczami macicy prowadzącymi do rozwierania się szyjki macicy i okresowego niedokrwienia mięśniówki, a intensywność jest proporcjonalna do siły skurczu [88,111,112]. Napinanie, rozciąganie i rozrywanie powięzi, skóry i tkanek podskórnych krocza oraz ucisk na mięśnie krocza sprawia, że kobieta odczuwa ból w drugim okresie porodu. Dodatkowe dolegliwości może powodować ucisk na korzenie splotu krzyżowo – lędźwiowego, co nierzadko związane jest z nieprawidłowym ułożeniem płodu [88,111].

Na odczuwanie bólu wpływa wiele czynników. Biologiczne – związane z elastycznością tkanek miękkich i więzadeł, wielkością dziecka i osobniczym progiem wrażliwości bólowej i psychofizyczne – na te można wpłynąć podczas edukacji przedporodowej i w czasie trwania porodu [38,39,111].

### **1.6.7. Rola położnej w opiece nad rodzącą w przebiegu porodu powikłanego**

Do jednego z licznych zadań położnej sprawującej opiekę nad rodzącą należy również wczesne wykrywanie patologii i w takiej sytuacji niezwłoczne przekazanie rodzącej pod opiekę lekarza specjalisty. Od tego momentu lekarz przejmuje odpowiedzialność za prowadzenie porodu patologicznego, a położna jest osobą asystującą [36].

W przypadku pojawienia się powikłań należy pamiętać o rodzącej i osobie towarzyszącej. Często w momencie wykrycia zaburzeń niezbędne jest szybkie działanie, pobierane są dodatkowe badania, może zaistnieć konieczność podania leków. Lekarz omawia z rodzicami plan postępowania, kobieta podpisuje zgodę na zaproponowany sposób leczenia.

Ponieważ taka sytuacja budzi w rodzicach lęk, ważne jest otoczenie ich troskliwą, profesjonalną opieką. Rodząca czuje się bezradna – wykonywane zabiegi dotyczą jej ciała, ale ona sama zaczyna być biernym uczestnikiem zdarzeń. Dlatego też ważne jest tłumaczenie krok po kroku wykonywanych czynności, odpowiadanie na zadawane przez rodziców pytania i prezentowanie spokojnej postawy. Wzbudzi to w rodzącej i jej partnerze zaufanie do zespołu terapeutycznego i przyczyni się do zredukowania stresu. Należy również zadbać o to, aby w momencie wykonywania zabiegu w otoczeniu rodzącej znalazło się tylko tyle osób, ile w danym momencie jest rzeczywiście potrzebnych, a drzwi do sali, w której odbywa się zabieg pozostawały zamknięte [92].

## **1.7. Położnica – matka – pacjentka**

Położiem nazywamy okres dynamicznych zmian anatomicznych, morfologicznych i czynnościowych zachodzących w organizmie kobiety w czasie 6-8 tygodni po porodzie. W narządzie rodnym zachodzą procesy inwolucyjne, obniża się stężenie poszczególnych hormonów (laktogenu łożyskowego, gonadotropiny kosmówkowej, progesteronu, estronu i estradiolu), u kobiet karmiących znacznie wzrasta poziom prolaktyny. Zmniejsza się objętość krwi krążącej (z 5-6 litrów w czasie ciąży do około 4 litrów w 3 tygodniu połogu), o 80% wzrasta objętość wyrzutowa serca, u kobiet karmiących dochodzi do dynamicznych zmian w gruczole piersiowym [113,114]. Zwykle w 2-3 dobie po porodzie fizjologicznym i między 5-7 dobą po cięciu cesarskim położnica może zostać wypisana do domu. W czasie hospitalizacji obserwuje się w szczególności: parametry stanu ogólnego, ranę po nacięciu krocza, cięciu cesarskim, gruczoły piersiowe, stan obkurczania mięśnia macicy, ilość i jakość odchodów połogowych, diurezę i perystaltykę jelit. Osobnej ocenie podlega noworodek.

Zmiany demograficzne, ekonomiczne i rozproszenie rodzin w krajach Zachodu spowodowały, iż większość kobiet matkuje swoim dzieciom w samotności, z dala od tradycyjnych źródeł wsparcia i grupy osób znajomych [107,115,116]. Na skutek przemian społecznych, jakie dokonały się w naszym kręgu kulturowym na przełomie XIX i XX w., relacje wewnątrz rodziny uległy zdecydowanym zmianom. Kobieta – matka weszła w te obszary życia, które tradycyjnie zarezerwowane były dla mężczyzny – żywiciela rodziny. Obecnie to często kobieta ma wyższe dochody niż mężczyzna, odnosi sukcesy w karierze zawodowej i realizuje się w niej [76].

Biologiczną konsekwencją prokreacji jest czasowe ograniczenie aktywności kobiety bądź (w przypadku powikłań ciąży, porodu czy połogu) zmuszenie kobiety do pozostania w domu i rezygnacji z pełnionych dotychczas ról. Pojawienie się zaburzeń psychicznych w okresie połogu sprawia, iż kobieta jest smutna, odczuwa niepokój, bywa rozdrażniona i porytowana. Jeżeli objawy te przedłużają się bądź nasilają, należy szczegółowo im się przyjrzeć – czy jest to prawidłowa reakcja na macierzyństwo czy też objawy depresyjne [117].

### **1.7.1. Wczesne wykrywanie zaburzeń psychicznych**

Już Hipokrates zaobserwował występujące po porodzie zaburzenia emocjonalne. Ich źródeł upatrywał w nadmiarze czarnej żółci (występuje wtedy melancholia) lub w przemieszczaniu krwi z macicy do głowy bądź pokarmu z piersi [107,118,119,120]. W XVIII wieku Marce szczegółowo opisał patologiczny wpływ lęku podczas ciąży. Platon doszukiwał źródła zaburzeń emocjonalnych kobiet w „zabłąkanym łonie” – kobieta może osiągnąć równowagę psychiczną tylko wtedy, gdy łono jest „używane” do rodzenia dzieci [107]. Dixon (1995) stwierdził, że ten tok rozumowania jest konsekwencją wierzeń starożytnych Egipcjan i uczonych greckich. Wpłynęło to na historyczne postrzeganie kobiet jako istot zdanych na łaskę wahającego się cyklu reprodukcyjnego. Na skutek tej teorii kobiety uznano za niezdolne do prawidłowego funkcjonowania w sferze publicznej, zdominowanej przez mężczyzn. Odkrycie hormonów płciowych i ich wpływu na układ nerwowy i stan emocjonalny kobiet na nowo zwróciło uwagę badaczy na kwestie zaburzeń psychicznych u położnic [107,121].

Naszej wnikliwej uwadze powinien podlegać stan emocjonalny położnic. Pełnienie roli kobiety jako matki jest bardzo silnie wpisane w realizowaną przez nią rolę społeczną i zwykle traktowane jest jako swego rodzaju biologiczna powinność, która nie przysparza szczególnych trudności. Jednak okres poporodowy niesie nie tylko radość i spełnienie. Pojawić się mogą problemy i zaburzenia emocjonalne – poprzez nasilenie już istniejących do nowych, czasami o bardzo gwałtownym przebiegu. Ich konsekwencją mogą być trudności w opiece nad dzieckiem, podejmowaniu nowej roli społecznej, realizowaniu ról już nabytych i funkcjonowaniu całej rodziny [106,107,122]. Dla kobiety zostanie matką wymaga przyjęcia nowej tożsamości, a wyraźny jest dysonans między oczekiwaniami wobec owej tożsamości i rzeczywistymi zmaganiem dnia codziennego, wynikającymi z macierzyństwa. Patriarchalne postrzeganie macierzyństwa niesie przekaz, że macierzyństwo jest stanem naturalnym i nieuchronnym, a kobiety do niego aspirują [123,124]. Oakley [125] jako pierwsza krytycznie opisała sztywne realia opieki nad dzieckiem związanej z pozostaniem matki w domu. Dla kobiet uciążliwe były nieustanne żądania w stosunku do nich, niska wartość wykonywanej przez nie, nieodpłatnej pracy i wielokrotnie prozaiczność związanych z opieką zadań [123].

Wyodrębnione przez Hopkinsa [126] w latach 80. XX wieku trzy postaci kliniczne zaburzeń depresyjnych w okresie połogu obejmowały: przygnębienie poporodowe, depresję poporodową i psychozę poporodową. Autorzy najnowszych badań dowodzą jednak, że podział ten jest niewystarczający, a w czasie połogu mogą pojawić się również inne zaburzenia. Wśród nich należy wymienić: zaburzenia stresowe pourazowe, napadowy lęk, zaburzenia relacji matka – dziecko, zaburzenia relacji partnerskich, zaburzenia snu, stosunku do własnego ciała, zaburzenia obsesyjno – kompulsywne, hipomanię poporodową [117,118,127,128,129,130,131,132,133,134].

### 1.7.1.1. Przygnębienie poporodowe

Popularnie nazywane *baby blues*, „depresją dnia trzeciego” lub „smutkiem poporodowym” przygnębienie występuje od 30% do nawet 75% położnic [117,118,127-134]. Pojawia się w ciągu pierwszych dni po porodzie, zwykle w czasie nawału mlecznego i utrzymuje do drugiego tygodnia połogu. Charakterystyczne dla tego stanu jest obniżenie i zmienność nastroju, labilność emocjonalna, poczucie stałego zmęczenia, drażliwość, uczucie napięcia, nadmierna wrażliwość na bodźce, bóle głowy i nastawianie hipochondryczne, zakłopotanie, nerwowość, bezsenność, a nawet uczucie wrogości wobec partnera [117,123,130,131,133,134,135]. Część autorów wyklucza poczucie wyczerpania i bezsenność z listy objawów ze względu na ich powszechne występowanie po porodzie u zdecydowanej większości kobiet [134].

Prawdopodobnie jest fizjologiczną reakcją końcową w odpowiedzi na stres wywołany ciążą i porodem, a ze względu na dość częste występowanie bywa traktowane jako zjawisko normalne. Kobieta może być w związku z tym traktowana przez najbliższych i personel medyczny pobłażliwie. Ponieważ jednak przygnębienie poporodowe stanowi potwierdzony czynnik wystąpienia depresji poporodowej lub poporodowych zaburzeń lękowych, nie należy go ignorować, ale udzielić położnicy porady odnośnie tego zaburzenia i okazać potrzebne wsparcie [117,122,129,130,134].

Osoby z bliskiego otoczenia kobiety zauważają, że zaczyna ona płakać z wydawałoby się nieistotnych powodów, choć jeszcze przed chwilą była uśmiechnięta. Zwykle objawy te nie zaburzają w znacznym stopniu funkcjonowania kobiety, ale pogarszają jakość jej życia [132].

### 1.7.1.2. Depresja poporodowa

Depresja poporodowa (*postpartum depression*) stanowi istotny problem we współczesnym położnictwie, ponieważ dotyka około 10-30% kobiet na całym świecie [117,118,119,127-135,136]. Pierwsze objawy depresji mogą pojawić się na przełomie pierwszego i drugiego miesiąca po porodzie, podkreśla się jednak fakt, iż niektóre kobiety ujawnią jej objawy nawet do roku po porodzie [127,132,135-137].

Etiologia depresji poporodowej jest wieloczynnikowa:

- Czynniki związane z ciążą – ciąża niechciana, zagrożona, traumatyczne doświadczenia z poprzednich ciąż, strata dziecka w poprzedniej ciąży lub inne niepowodzenia położnicze, ciężki lub urazowy poród.
- Czynniki psychiatryczne i psychologiczne – depresja w rodzinie, przebyta depresja poporodowa (ryzyko nawrotu w kolejnej ciąży wynosi 35-50%), inne zespoły depresyjne (choroba afektywna jednobiegunowa – ryzyko wystąpienia depresji poporodowej wynosi 30%, choroba afektywna dwubiegunowa – ryzyko waha się od 25 do 60%), wysoki poziom lęku podczas ciąży, niska samoocena, stres związany z opieką nad dzieckiem, objawy przygnębienia poporodowego (doświadczyło go 70% kobiet, które zapadły na depresję poporodową), stan euforyczny po porodzie.

- Czynniki psychospołeczne – kobiety poniżej 18 roku życia, trudne wydarzenia życiowe, samotne macierzyństwo, złe relacje z własną matką, trudna sytuacja ekonomiczna, złe relacje w rodzinie [39,118,119,135-137].

Również położne środowiskowe zwracają uwagę na fakt, iż niewielkie wsparcie społeczne, niesatysfakcjonujące relacje w małżeństwie lub niepowodzenia życiowe w ostatnim okresie czasu, mogą mieć wpływ na wystąpienie tego zaburzenia [107,129,136].

Wśród objawów depresji poporodowej należy wymienić: obniżenie nastroju, uczucie przygnębienia, zmęczenie, poczucie braku energii, trudności z koncentracją i podejmowaniem decyzji, spadek zainteresowań, zaburzenia apetytu (zmniejszenie lub wzrost), zaburzenia snu (bezsenna lub nadmierna senność, kłopoty z zaśnięciem po nocnym karmieniu dziecka), nawracające natrętne myśli dotyczące dziecka (zamartwianie się jego stanem zdrowia, opieką nad nim, sprawdzanie, czy dziecko śpi, czy oddycha), trudności w opiece nad dzieckiem (postrzeganie go jako wyjątkowo kłopotliwego, rozdrażnienie i lęk w kontakcie z nim, obojętność wobec jego potrzeb), poczucie winy (twierdzenie „jestem złą matką”), aż do nawracających myśli o śmierci własnej lub dziecka, planów i prób samobójczych [117,118,119,132,135,136,138,139].

Leczenie poporodowych zaburzeń depresyjnych opiera się na psychoterapii – indywidualnej i grupowej, oraz farmakoterapii [135]. Psychoterapia zaburzeń depresyjnych może obejmować również partnera kobiety. W terapii kobiet dobre efekty przynosi terapia kognytywno-behawioralna i terapia interpersonalna. W przypadku zaburzeń depresyjnych, które wpłynęły na relacje z dzieckiem, proponuje się masaż noworodka, który może pozytywnie wpłynąć na interakcje w diadzie matka-dziecko [128]. Zwraca się również uwagę na rolę położnych środowiskowych, która może w nieoceniony sposób wysłuchać i towarzyszyć młodym matkom w ich trudnościach [107,135].

Farmakoterapię w leczeniu depresji poporodowej rozpoczyna się zwykle od podania selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI – *selective serotonin reuptake inhibitor*), ze względu na niskie ryzyko wystąpienia działań niepożądanych [128,132,134,140]. Kobietom karmiącym piersią można zaproponować Sertralinę, ponieważ w najmniejszym stopniu przenika do mleka kobiecego i nie zaobserwowano jej wpływu na dziecko [128,141]. Efekty uboczne u dzieci karmionych piersią zaobserwowano natomiast po stosowaniu przez matki Paroksetyny, Citaploramu i Fluoksetyny i obejmowały płaczliwość, zaburzenia snu, ulewania i wymioty oraz wodniste stolce [128,134,142,143].

Leczenie powinno rozpocząć się od najmniejszej możliwej dawki leku. Ze względu na zwiększoną wrażliwość na stosowane substancje, zaleca się nawet zmniejszenie wyjściowej dawki o połowę w stosunku do dawek stosowanych u innych chorych. Jeżeli po 6-8 tygodniach od włączenia leku obserwowana jest poprawa stanu kobiety, leczenie powinno być kontynuowane przez następnych 6 miesięcy [132,134]. W przypadku braku poprawy po 6-tygodniowym okresie leczenia selektywnymi inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny, należy zmienić leki. Lekami drugiego rzutu w farmakoterapii depresji poporodowej są trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD – trójcykliczne leki przeciwdepresyjne) [131,133].

W przypadku nasilonych objawów obejmujących duże ryzyko popełnienia samobójstwa lub samobójstwa rozszerzonego, pacjentka powinna być hospitalizowana.



Ze względu na brak ośrodków, w których możliwe jest przebywanie matki z dzieckiem, takie postępowanie związane jest z ogromną traumą dla obojga, oznacza bowiem rozłąkę [132].

Nierozpoznana i nieleczona depresja poporodowa ma negatywny wpływ na rozwój dziecka – w aspekcie społecznym, emocjonalnym i poznawczym. Kobieta bywa apatyczna, rozdrażniona, odczuwa wrogość wobec noworodka. Konsekwencją tego stanu jest ograniczenie kontaktu z dzieckiem, brak reakcji na jego potrzeby, niemożność wzbudzenia w sobie empatii w stosunku do noworodka [117,142]. Matka reaguje z opóźnieniem bądź nie reaguje wcale na wysyłane przez niego sygnały. Zakłóceniu ulega interakcja dziecka z otoczeniem. Skutkuje to obniżeniem wyników dzieci matek cierpiących na depresję w testach mierzących ich rozwój poznawczy w 1 i 2 roku życia [106,117]. Dzieci te stają się zamknięte w sobie, wycofują się z kontaktów z rówieśnikami, są mniej radosne i chętne do zabawy. Obserwuje się również zwiększone ryzyko zachorowalności na depresję wśród tej grupy dzieci [143].

### **1.7.1.3. Zaburzenia stresowe pourazowe**

Występowanie zaburzenia stresowego pourazowego (*PTSD – post-traumatic stress disorder*) szacowane jest na 1,5% do 5,6% przypadków [107,132]. Jest zaburzeniem lękowym, rozpoczynającym się już w czasie trwania porodu lub w czasie pierwszych godzin życia dziecka. Obserwowany jest u ludzi narażonych na zadziałanie ogromnego czynnika stresogenego, takiego jak gwałt, przemoc czy terroryzm.

W tym kontekście zaskakujący może być fakt, iż poród, przez wiele osób kojarzony z pozytywnymi emocjami, może wywołać taką reakcję. Jednakże Beck [144] twierdzi, iż poród rzeczywiście jest silnym czynnikiem stresowym, a czynnikami ryzyka rozwinięcia zespołu stresu pourazowego są:

- Cięcie cesarskie ze wskazań nagłych [145].
- Poród instrumentalny [146].
- Traumatyczny poród (doznanie silnego bólu, poczucie utraty kontroli nad sytuacją w czasie porodu, brak wsparcia ze strony osób bliskich).
- Brak wsparcia ze strony personelu medycznego [147]
- Retraumatyizacja spowodowana porodem u kobiet molestowanych seksualnie w przeszłości [148].
- A także zmienne psychologiczne (umiejętności społeczne, osobowość kobiety), zmienne biologiczne (osobnicze cechy ośrodkowego układu nerwowego i zmiany hormonalne) oraz siła i natężenie stresu porodowego [132].

Wśród całej gamy objawów, kobiety cierpiące na zaburzenia stresowe pourazowe, doświadczają: koszmarów sennych (dotyczących porodu), wspomnień porodu o charakterze intruzywnym, zaburzeń poznawczych (amnezja psychogenna, trudności w koncentracji uwagi), wzmożonych reakcji przestachu, intensywnej reakcji na czynniki zewnętrzne lub wewnętrzne, przypominające o porodzie, zaburzeń snu czy gniewu. Ponadto kobieta może być rozdrażniona i nadmiernie czujna [132].

Jeżeli wymienione objawy trwają co najmniej miesiąc, występują długotrwale (nawet do kilku lat po porodzie), rozpoznawane jest zaburzenie stresowe pourazowe. Jeżeli natomiast występują krócej, wówczas zaburzenie to nazywane jest ostrą reakcją na stres [132].

Leczenie zespołu stresu pourazowego opiera się na psychoterapii. W trudniejszych przypadkach stosowane są leki przeciwdepresyjne i przeciwłękowe [132].

#### **1.7.1.4. Psychoza poporodowa**

Psychoza poporodowa (*postpartum psychosis*) jest ciężkim zaburzeniem psychicznym, specyficznym dla okresu poporodowego. Dotyka około 0,1-0,2% położnic [107,129,130,132,134]. Ryzyko wystąpienia psychozy poporodowej u kobiet chorujących na chorobę afektywną dwubiegunową wynosi 30%, podobnie u kobiet, u których krewnych I stopnia występowała psychoza poporodowa, natomiast wystąpienie obu tych czynników zwiększa ryzyko wystąpienia tego zaburzenia u położnicy do 75% [134]. Wśród innych czynników ryzyka podaje się pierworództwo, poród przedłużony, powikłania położnicze, hipomanię poporodową, epizody zaburzeń nastroju w czasie ciąży, bezsenność [133]. Pierwsze objawy pojawiają się zwykle w ciągu pierwszych dwóch tygodni po porodzie, czasem nawet już w trzeciej dobie po urodzeniu dziecka. Czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu tego zaburzenia jest pierworództwo, przebyta psychoza afektywna, incydent psychozy połogowej w przeszłości i psychoza afektywna u osoby bliskiej [129,130,132]. Przebieg psychozy połogowej jest zwykle gwałtowny i dramatyczny, a stan psychotyczny może w szybkim czasie ulec pogłębieniu.

Wśród objawów, które powinny zwrócić uwagę personelu medycznego, lub innych osób przebywających z kobietą mogą znaleźć się:

- Splątanie, dezorganizacja myślenia, podejrzliwość, niedowierzanie, agresja.
- Wyraźnie obniżony lub podwyższony nastrój, płacz lub śmiech nieadekwatny do sytuacji.
- Zmniejszenie zapotrzebowania na sen.
- Utrata łaknienia.
- Pobudzenie – kobieta przemieszcza się bez celu w swoim otoczeniu, wykonuje niepotrzebne czynności.
- Nagłe zmiany zachowania – krzyk, opuszczenie domu w nieodpowiednim ubraniu.
- Brak rozpoznawania osób bliskich.
- Silny niepokój, lęk, chowanie się przed ludźmi.
- Wypowiadanie treści urojeniowych – włącznie z twierdzeniem, że jest jeszcze w ciąży i nie urodziła swojego dziecka, a dziecko, które przebywa w domu nie należy do niej.
- Omamy wzrokowe lub słuchowe, natrętne myśli, urojenia.
- Wypowiadanie myśli i planów samobójczych [122,132,134].

Ze względu na wysokie ryzyko popełnienia samobójstwa, dzieciobójstwa lub samobójstwa rozszerzonego, konieczna jest hospitalizacja położnicy, u której zaobserwowano objawy psychozy połogowej [107,122,132,134]. Po wykluczeniu somatycznych przyczyn psychozy poporodowej (guz mózgu, choroby tarczycy, udar mózgu

w przebiegu stanu przedrzucawkowego, psychoza wynikająca ze stosowania glikokortykosteroidów lub leków sympatykomimetycznych) wprowadzane jest odpowiednie leczenie [134]. W terapii farmakologicznej stosowane są leki przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne i stabilizatory nastroju. Po ustąpieniu objawów i wypisie ze szpitala kobieta powinna pozostać pod opieką psychiatry, który przez dłuższy czas będzie obserwował jej stan psychiczny. Zdarzają się przypadki przejścia psychozy połogowej w przewlekłe procesy chorobowe, między innymi schizofrenię [132].

## 2. Cel pracy

Celem pracy jest wyłonienie czynników mogących wpływać na zmiany emocjonalne występujące u położnic w pierwszych dobach po porodzie oraz próba zaproponowania standardu postępowania z rodzącą i położnicą obciążoną czynnikami wystąpienia zaburzeń psychicznych.

## 3. Materiał i metoda

Materiał badawczy stanowiła grupa 541 położnic objętych badaniem ankietowym. Anonimowy kwestionariusz zaprojektowany na potrzeby badania wypełniały położnice przebywające na oddziałach Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego przy ul. Polnej w Poznaniu. Uzyskałam zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego na przeprowadzenie badania (uchwała nr 230/13 z dnia 7 marca 2013 roku). Pacjentki zostały poinformowane o celu i przebiegu badania, a każda z położnic wyraziła świadomą zgodę na wypełnienie ankiety.

Kwestionariusz składający się z 30 pytań testowych o charakterze otwartym i zamkniętym, obejmował pytania dotyczące wieku, sytuacji socjoekonomicznej, wywiadu położniczego, zaplanowania obecnej ciąży, przygotowania do porodu, przebiegu ciąży i porodu, chorób współistniejących, stanu noworodka i pomocy osób bliskich w opiece nad dzieckiem. W dwóch pytaniach (odnoszących się do czasu przed porodem – co oceniały retrospektywnie, oraz momentu wypełniania ankiety) respondentki mogły zaznaczyć doświadczane przez siebie odczucia i emocje i w skali od jeden do dziesięć określić ich natężenie (najsłabszemu natężeniu przypisano wartość jeden, maksymalne natężenie – dziesięć): radość, spokój, pewność siebie, radosne oczekiwanie, zadowolenie, zachwyty, czułość, duma, szczęście, uczucie miłości do dziecka/dzieci, odpowiedzialność, zmęczenie, obojętność, potrzeba izolacji, odosobnienia, niepewność, niepokój, zniecierpliwienie, strach, smutek, gniew, bezradność, obawa, niechęć, rozczarowanie, ból, przygnębienie, inne. Głównym kryterium doboru pytań zawartych w ankiecie była analiza czynników mogących powodować zaburzenia emocjonalne u położnic podawanych w literaturze naukowej.

Dodatkowo kobiety wypełniały Edynburską Skalę Depresji Poporodowej (*Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS*) i Szpitalną Skalę Depresji i Lęku (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS*).

Kwestionariusz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej po raz pierwszy powinien zostać wypełniony w pierwszym tygodniu po porodzie, najlepiej między trzecim a piątym dniem połoгу i następnie powtórzony w szóstym tygodniu po porodzie [118,127]. Położnice odpowiadają na dziesięć pytań, wybierając jeden z czterech możliwych wariantów odpowiedzi. Uzyskanie dziesięciu i więcej punktów wskazuje na występowanie zaburzeń depresyjnych o różnym nasileniu. W wypadku pozytywnego zaznaczenia odpowiedzi na pytanie dotyczące chęci wyrządzenia sobie krzywdy, stan kobiety powinien zostać oceniony przez specjalistę, nawet, jeżeli uzyskała w sumie mniej niż dziesięć punktów [118,126,132,149].

Szpitalna Skala Lęku i Depresji zbudowana jest z dwóch niezależnych skal mierzących poziom lęku i depresji. W każdej z nich zawartych jest siedem stwierdzeń,

odnoszących się do samopoczucia osoby badanej. Osiągnięcie w każdej skali od 0–7 punktów traktowane jest jako norma, 8–10 punktów – łagodne, 11–14 punktów – umiarkowane, a 15–21 punktów – za ciężkie zaburzenia lękowe lub depresyjne.

Do opisu analizowanych parametrów użyto rozkładu poszczególnych wartości tj. liczebności i wartości procentowych. Dla punktacji odczuć przed i po porodzie, punktacji Edynburskiej Skali Poporodowej oraz Szpitalnej Skali Depresji i Lęku do opisu użyto mediany oraz zakres tj. pomiar minimalny i maksymalny. Do porównania ww. punktacji i parametrów w których występowało narastanie cechy istotność statystyczną wyznaczono przy pomocy testów nieparametrycznych. Do porównania dwu grup wykorzystano test Manna-Whitneya. Do porównania trzech i więcej grup wykorzystano test Kruskala-Wallisa z testem wielokrotnych porównań Dunna.

Do opisu parametrów kategoryalnych wyznaczono liczebności i odpowiadające im wartości procentowe każdej kategorii. Do zbadania zależności parametrów na skali nominalnej stworzono tabele kontyngencji. Dla parametrów na skali nominalnej, które tworzyły tabele o wymiarowości 2x2 zastosowano test Chi2 z poprawką Yatesa lub test dokładny Fishera. Natomiast dla tabel o wymiarowości większej niż 2x2 zastosowano test Chi2 Pearsona lub test Fishera-Freemana-Haltona.

Do zbadania zależności między skalami lęku i depresji Szpitalnej Skali Depresji i Lęku a Edynburską Skalą Depresji Poporodowej wyznaczono współczynnik korelacji nieparametrycznej Spearmana.

Przyjęto poziom istotności  $\alpha = 0,05$ . Obliczenia wykonano przy pomocy pakietu statystycznego STATISTICA v10 oraz Cytel Studio v 9.0.0. w Katedrze i Zakładzie Informatyki i Statystyki Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

## 4. Wyniki

### 4.1. Ogólna charakterystyka badanej populacji

Pierwszym czynnikiem ocenianym w ankiecie był wiek położnic. Najmłodsza respondentka miała 17 lat, najstarsza 44. Średnia wieku dla badanej populacji wynosi 30 lat, tab. 1.

**Tab. 1. Przedziały wiekowe.**

| PRZEDZIAŁY WIEKOWE | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|--------------------|------------|-------------|
| ≤20                | 9          | 2           |
| 21-25              | 61         | 11          |
| 26-30              | 220        | 41          |
| 31-35              | 181        | 33          |
| 36-40              | 58         | 9           |
| ≥41                | 12         | 4           |

Kolejnym analizowanym czynnikiem był stan cywilny ankietowanych. Najliczniejszą grupę stanowiły mężatki (80%), następnie panny (17%) i rozwódki (3%), tab. 2.

**Tab. 2. Stan cywilny.**

| STAN CYWILNY | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|--------------|------------|-------------|
| mężatka      | 433        | 80          |
| panna        | 92         | 17          |
| rozwódka     | 16         | 3           |

Oceniając status socjoekonomiczny wzięto pod uwagę wykształcenie, miejsce zamieszkania i sytuację materialną respondentek. Z analizy wynika, że aż 74% kobiet posiada wykształcenie wyższe, 22% wykształcenie średnie, a 4% wykształcenie podstawowe, tab. 3.

**Tab. 3. Poziom wykształcenia.**

| WYKSZTAŁCENIE | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|---------------|------------|-------------|
| wyższe        | 402        | 74          |
| średnie       | 118        | 22          |
| podstawowe    | 21         | 4           |

Miejscem zamieszkania dla 74% ankietowanych jest miasto, 26% mieszka na wsi, tab. 4.

**Tab. 4. Miejsce zamieszkania.**

| MIEJSCE ZAMIESZKANIA | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|----------------------|------------|-------------|
| miasto               | 399        | 74          |
| wieś                 | 142        | 26          |

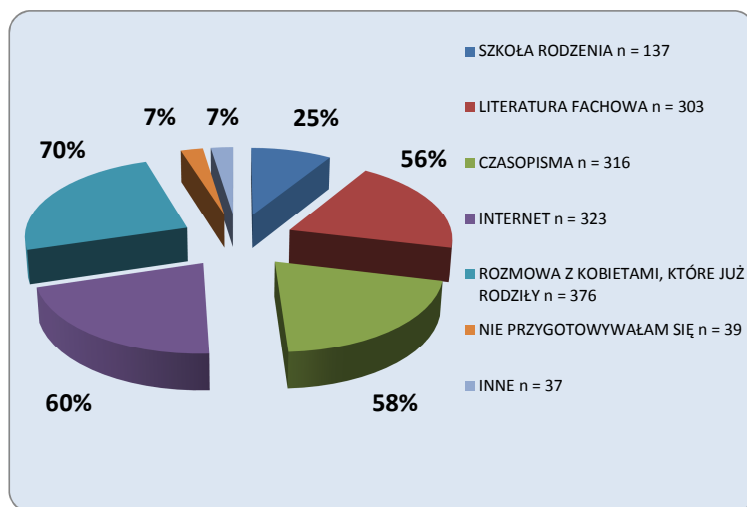
Większość kobiet (69%) zadeklarowało, iż jest w dobrej sytuacji materialnej, 16% - w średniej, 14% - w bardzo dobrej, a jedynie 1% oceniło swoją sytuację materialną jako złą, tab. 5.

**Tab. 5. Sytuacja materialna.**

| SYTUACJA MATERIALNA | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|---------------------|------------|-------------|
| zła                 | 3          | 1           |
| średnia             | 88         | 16          |
| dobra               | 372        | 69          |
| bardzo dobra        | 78         | 14          |

Położnice wymieniały sposób, w jaki przygotowywały się do porodu (mogły wybrać więcej, niż jedną odpowiedź) i ocenę stopnia przygotowania do porodu, co kolejno ilustrują ryc. 4 i tab. 6.

Aż 70% respondentek zadeklarowało, iż wiedzę na temat porodu uzyskały z rozmów z kobietami, które już rodziły. Bardzo często kobiety korzystają z Internetu (60%), czasopism (58%) i literatury fachowej (56%). Do szkoły rodzenia uczęszczało 25% ankietowanych, 7% inaczej przygotowało się do porodu (rozmowa z położną, lekarzem czy doświadczenie z poprzednich porodów). 7% respondentek w żaden sposób nie przygotowywało się do porodu.



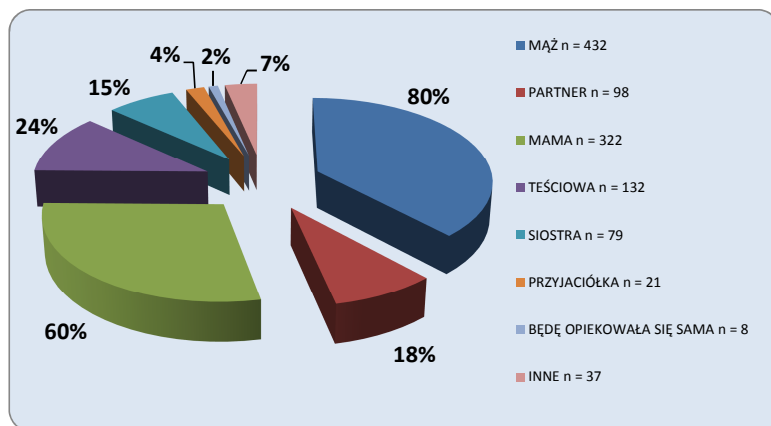
**Ryc. 4. Zestawienie sposobów przygotowania do porodu.**

Dobre przygotowanie do porodu zadeklarowało 61% ankietowanych, średnie – 19%, bardzo dobre – 15%, złe – jedynie 5% kobiet, tab. 6.

**Tab. 6. Stopień przygotowania do porodu.**

| STOPIEŃ PRZYGOTOWANIA DO PORODU   | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|-----------------------------------|------------|-------------|
| nie czuję się dobrze przygotowana | 27         | 5           |
| średnie                           | 105        | 19          |
| dobrze                            | 327        | 61          |
| bardzo dobre                      | 82         | 15          |

Ankietowane odpowiadały na pytanie, kto po porodzie będzie pomagał im w opiece nad dzieckiem. 80% z nich pomoże mąż, 60% mama, 18% partner. Teściowa pomoże 24% respondentek, siostra 15%, przyjaciółka 4%, a 2% kobiet samotnie będzie sprawowało opiekę nad dzieckiem. Jako osobę pomagającą w opiece nad dzieckiem (inne – 7%) wskazywano również położną środowiskową, starsze dziecko, opiekunkę i matkę partnera, ryc. 5.



**Ryc. 5. Osoby, które będą pomagały położnicy w opiece nad dzieckiem.**



Oceniając wywiad położniczy, wzięto pod uwagę rodność, sposób zakończenia poprzednich ciąż, przebieg obecnej ciąży, choroby współistniejące, leki zażywane w czasie ciąży, fakt hospitalizacji w czasie obecnej ciąży.

Dla 46% kobiet była to ciąża pierwsza, druga dla 35%, 13% było w ciąży trzeciej, następnie kolejno w czwartej, piątej i szóstej – 4 %, 2%, tab. 7.

**Tab. 7. Kolejna ciąża.**

| KTÓRA<br>CIAŻA   | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|------------------|---------------|----------------|
| pierwsza         | 246           | 46             |
| druga            | 188           | 35             |
| trzecia          | 72            | 13             |
| czwarta          | 23            | 4              |
| piąta/<br>szósta | 12            | 2              |

Pierworódki stanowiły 54% kobiet, drugi raz rodziło 37%, dla 7% był to poród trzeci, jedynie 2% ankietowanych rodziło czwarty lub piąty raz, tab. 8.

**Tab. 8. Kolejny poród.**

| KTÓRY<br>PORÓD    | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|-------------------|---------------|----------------|
| pierwszy          | 291           | 54             |
| drugi             | 202           | 37             |
| trzeci            | 38            | 7              |
| czwarty/<br>piąty | 8             | 2              |

W ciąży pojedynczej było 96% kobiet, 3% urodziło bliźniaki, tylko 1% było w ciąży trójacznej, tab. 9.

**Tab. 9. Ciąża pojedyncza/mnoga.**

| CIAŻA      | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|------------|---------------|----------------|
| pojedyncza | 520           | 96             |
| bliźniacza | 17            | 3              |
| trójacza   | 4             | 1              |

Spośród ankietowanych 93% urodziło w określonym terminie porodu, 7% ciąż zakończyło się przedwcześnie, tab. 10.

**Tab. 10. Tydzień zakończenia ciąży.**

| TYDZIEŃ<br>CIAŻY | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|------------------|---------------|----------------|
| 37-42            | 503           | 93             |
| 25-36            | 38            | 7              |

Wśród respondentek ciążę planowało 83%, w nieplanowaną ciążę zaszło 17% kobiet, tab. 11.

**Tab. 11. Ciąża planowana/nieplanowana.**

| CIĄŻA        | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|--------------|---------------|----------------|
| planowana    | 448           | 83             |
| nieplanowana | 93            | 17             |

W przypadku 64% kobiet przebieg ich ciąży był powikłany, 34% ciąż przebiegało prawidłowo, tab. 12.

**Tab. 12. Przebieg ciąży.**

| PRZEBIEG<br>CIĄŻY | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|-------------------|---------------|----------------|
| powikłany         | 348           | 64             |
| niepowikłany      | 193           | 36             |

Powikłania w czasie ciąży zestawiono w tab. 13. Najczęściej w badanej populacji wystąpiły przedwczesne skurcze (17,74%) i niewydolność szyjki macicy (13,49%). Dość częstym powikłaniem było zakażenie układu moczowego (12,75%) i krwawienie (12,38%). Cukrzycę stwierdzono u 9,24% ciężarnych, zakażenie pochwy u 8,32%, a niedoczynność tarczycy i nadciśnienie indukowane ciążą u 7,02%. Położenie miednicowe i choroba płodu stwierdzone zostało kolejno u 6,47 i 6,28% respondentek. Równie często (6,28%) występowała niedokrwistość. Zmian nastroju w czasie ciąży doświadczyło 4,99% ankietowanych, a depresja wystąpiła u jedynie 0,55% kobiet. Niepowściągliwe wymioty powikłały 4,62% ciąż, przedwczesne pęknięcie błon płodowych – 3,69%, łożysko przodujące – 2,4%, małopłytkowość – 1,48%. Małowodzie wystąpiło w 1,29% przypadków, a wielowodzie w 0,92%. Cholestaza wewnątrzwartrobowa pojawiła się w 1,11% ciąż, zespół antyfosfolipidowy – 0,92%. Rozejście spojenia łonowego, zapalenie oskrzeli, nadczynność tarczycy i choroba układu moczowego matki wystąpiły u 0,74% kobiet. Kolizja pępowinowa i nowotwór powikłały 0,55% ciąż. Wśród innych powikłań ciąży (7,2%) kobiety podawały toksoplazmozę, zaburzenia krzepnięcia, bóle podbrzusza, złamanie kości miednicy w czasie ciąży, appendectomię, guz pępowiny, migrenowe bóle głowy, niskie ciśnienie, konflikt serologiczny, przeziębienie i zatrucie pokarmowe.

**Tab. 13. Powikłania ciąży.**

| POWIKŁANIA CIĄŻY                   | LICZBA (n) | PROCENT (%) | POWIKŁANIA CIĄŻY                 | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|------------------------------------|------------|-------------|----------------------------------|------------|-------------|
| przedwczesne skurcze               | 96         | 17,74       | prom/p-prom                      | 20         | 3,69        |
| niewydolność szyjki macicy         | 73         | 13,49       | łożysko przodujące               | 13         | 2,4         |
| zakażenie układu moczowego         | 69         | 12,75       | małopłytkowość                   | 8          | 1,48        |
| krwawienie                         | 67         | 12,38       | małowodzie                       | 7          | 1,29        |
| cukrzyca ciężarnych                | 50         | 9,24        | cholestaza wewnątrzwartrobowa    | 6          | 1,11        |
| zakażenie pochwy                   | 45         | 8,32        | zespół antyfosfolipidowy         | 5          | 0,92        |
| inne                               | 39         | 7,2         | wielowodzie                      | 5          | 0,92        |
| nadciśnienie                       | 38         | 7,02        | rozejście spojenia łonowego      | 4          | 0,74        |
| niedoczynność tarczycy             | 38         | 7,02        | zapalenie oskrzeli               | 4          | 0,74        |
| położenie miednicowe               | 35         | 6,47        | nadczynność tarczycy             | 4          | 0,74        |
| choroba płodu                      | 34         | 6,28        | choroba układu moczowego u matki | 4          | 0,74        |
| niedokrwistość                     | 34         | 6,28        | kolizja pępowinowa               | 3          | 0,55        |
| zmiany nastroju                    | 27         | 4,99        | depresja                         | 3          | 0,55        |
| niepowściągliwe wymioty ciężarnych | 25         | 4,62        | nowotwór w ciąży                 | 3          | 0,55        |

Przed ciążą u 9,98% kobiet wystąpiła niedoczynność tarczycy. Leczeniu niepłodności poddanych było 6,84% ankietowanych. Choroby układu moczowego dotyczyły 3,14% badanej populacji, a choroby układu krążenia 2,03%. Z powodu astmy oskrzelowej leczono się 2,21% respondentek. W 1,84% przypadków występowały zmiany nastroju i niedokrwistość, w 1,66% – cukrzyca i mięśniaki macicy, choroba układu ruchu – 1,47%, w 1,29% – przewlekłe nadciśnienie tętnicze i nadczynność tarczycy. Depresja przed ciążą wystąpiła u 1,1% kobiet, alergia i żylaki kończyn dolnych – 0,92%, a endometrioza, wole obojętne, epilepsja i krótkowzroczność u 0,55% badanych, tab. 14.

**Tab. 14. Choroby zdiagnozowane przed ciążą.**

| CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE  | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|--------------------------|---------------|----------------|
| niedoczynność tarczycy   | 54            | 9,98           |
| leczenie niepłodności    | 37            | 6,84           |
| choroby układu moczowego | 17            | 3,14           |
| inne                     | 14            | 2,58           |
| astma oskrzelowa         | 12            | 2,21           |
| choroby układu krążenia  | 11            | 2,03           |
| zmiany nastroju          | 10            | 1,84           |
| niedokrwistość           | 10            | 1,84           |
| cukrzyca                 | 9             | 1,66           |
| mięśniaki macicy         | 9             | 1,66           |
| choroba układu ruchu     | 8             | 1,47           |
| nadciśnienie tętnicze    | 7             | 1,29           |
| nadczynność tarczycy     | 7             | 1,29           |
| depresja                 | 6             | 1,1            |
| żylaki kończyn dolnych   | 5             | 0,92           |
| alergia                  | 5             | 0,92           |
| endometrioza             | 3             | 0,55           |
| wole obojętne            | 3             | 0,55           |
| epilepsja                | 3             | 0,55           |
| krótkowzroczność         | 3             | 0,55           |

Aż 92% ankietowanych zaznaczyło, iż przyjmowały leki czasie ciąży. Żadnych leków nie przyjmowało zaledwie 8% ciężarnych, tab. 15.

**Tab. 15. Przyjmowanie leków w czasie ciąży**

| LEKI W CZASIE CIAŻY | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|---------------------|------------|-------------|
| nie                 | 44         | 8           |
| tak                 | 497        | 92          |

Spośród najczęściej zażywanych przez kobiety leków w czasie ciąży znalazły się preparaty witaminowe (66,7%). Następnie: preparaty magnezu (47,3%), Luteina (37,3%), preparaty żelaza (34,4%), Duphaston (30,5%), No-spa (28,9%), antybiotyk (19,4%), Fenoterol (17%), Furaginum (14,6%), Euthyrox (14,2%), Relanium (12,2%), Dopegyt (7%), Metocard (6,7%), kwas foliowy (6,3%), Celeston (5,9%), Monural (4,8%), tran (3,9%), przeciwgrzybicze leki dopochwowe (4,1%), Isoptin (3,1%), kwas acetylosalicylowy (3%), Clexane (2,6%), Urosept (1,8%), Paracetamol (1,7%). Wśród innych leków (4,6%) znalazł się Letrox (0,74%), Proursan (0,73%), Urinal (0,55%), Torecan (0,36%), Depakine Chrono (0,36%), Insuliny (0,36%), Beta-blokery (0,36%), Tyrosan (0,36%), immunoglobulina anty-D (0,36%), Żurawit (0,36%), Tantum Verde (0,36%), Lamitrin (0,18%), Thyrozol (0,18%), Bromergon (0,18%), Heviran (0,18%), Encorton (0,18%), Ranigast (0,18%), Jodid (0,18%), Procto-glyvenol (0,18%), sterydy wziewne (0,18%), Oxis (0,18%), Zyrtec (0,18%), Posterisan (0,18%), estrogeny (0,18%) i olej z wiesiołka (0,18%), tab. 16.

**Tab. 16. Leki zażywane przez ciężarne.**

| LEKI W CZASIE CIAŻY              | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|----------------------------------|------------|-------------|
| preparaty witaminowe             | 361        | 66,7        |
| preparaty magnezu                | 256        | 47,3        |
| Luteina                          | 202        | 37,3        |
| preparaty żelaza                 | 186        | 34,4        |
| Duphaston                        | 165        | 30,5        |
| no-spa                           | 152        | 28,9        |
| antybiotyki                      | 105        | 19,4        |
| Fenoterol                        | 92         | 17          |
| Furaginum                        | 79         | 14,6        |
| Euthyrox                         | 77         | 14,2        |
| Relanium                         | 66         | 12,2        |
| Dopegyt                          | 38         | 7           |
| Metocard                         | 36         | 6,7         |
| kwas foliowy                     | 34         | 6,3         |
| Celeston                         | 32         | 5,9         |
| Monural                          | 26         | 4,8         |
| inne                             | 25         | 4,6         |
| tran                             | 21         | 3,9         |
| przeciwgrzybicze leki dopochwowe | 22         | 4,1         |
| Isoptin                          | 17         | 3,1         |
| kwas acetylosalicylowy           | 16         | 3           |
| Clexane                          | 14         | 2,6         |
| Urosept                          | 10         | 1,8         |
| paracetamol                      | 9          | 1,7         |

W czasie ciąży hospitalizowanych było 40% kobiet z badanej grupy, tab. 17.

**Tab. 17. Hospitalizacja w czasie ciąży.**

| HOSPITALIZACJA<br>W CZASIE CIĄŻY | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|----------------------------------|-------------|--------------|
| nie                              | 322         | 60           |
| tak                              | 219         | 40           |

Najczęstszą przyczyną hospitalizacji ciężarnych był zagrażający poród przedwczesny (12,9%). Wśród pozostałych wskazań do hospitalizacji znalazły się badania diagnostyczne (5,7%), krwawienie (5,2%), cukrzyca ciężarnych (2,2%), choroba płodu i wymioty (2%), nadciśnienie indukowane ciążą (1,7%), choroba układu moczowego (1,1%), cholestaza ciężarnych, łożysko przodujące i niewydolność łożyska (0,6%). Wśród innych przyczyn pobytu ciężarnych w szpitalu była kolizja pępowinowa (0,4%), wypadek komunikacyjny (0,4%), podanie immunoglobuliny (0,4%), obciążony wywiad położniczy (0,4%) oraz konsultacja onkologiczna (0,2%), usunięcie guza jajnika (0,2%), appendektomia (0,2%), brak odczuwania ruchów płodu (0,2%), zakrzepica (0,2%), ciąża trojaczka (0,2%), migrenowe bóle głowy (0,2%), trombofilia (0,2%), podejrzenie zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C (0,2%), usunięcie kłykcin kończystych (0,2%), obserwacja w kierunku zakażenia (0,2%), duszności (0,2%), wstrząs – uczulenie na antybiotyki (0,2%), toxoplazmoza (0,2%), zapalenie oskrzeli (0,2%), tab. 18.

**Tab. 18. Przyczyny hospitalizacji ciężarnych.**

| PRZYCZYNA HOSPITALIZACJI       | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|--------------------------------|---------------|----------------|
| zagrażający poród przedwczesny | 70            | 12,9           |
| badania diagnostyczne          | 31            | 5,7            |
| krwawienie                     | 28            | 5,2            |
| inne                           | 26            | 4,8            |
| diagnostyka prenatalna         | 18            | 3,1            |
| cukrzyca ciężarnych            | 12            | 2,2            |
| choroba płodu                  | 11            | 2              |
| wymioty                        | 11            | 2              |
| nadciśnienie indukowane ciążą  | 9             | 1,7            |
| choroba układu moczowego       | 6             | 1,1            |
| cholestaza ciężarnych          | 3             | 0,6            |
| łożysko przodujące             | 3             | 0,6            |
| niewydolność łożyska           | 3             | 0,6            |

## 4.2. Przebieg porodu

W przypadku 51% kobiet poród zakończył się drogami natury, 49% respondentek wykonano cięcie cesarskie, tab. 19.

**Tab. 19. Sposób zakończenia porodu.**

| PORÓD            | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|------------------|---------------|----------------|
| drogami natury   | 274           | 51             |
| cięcie cesarskie | 267           | 49             |

### 4.2.1. Poród drogami natury

Spośród kobiet rodzących drogami natury 85% przebywało z osobą towarzyszącą, 15% rodziło bez obecności osoby bliskiej, tab. 20.

**Tab. 20. Obecność osoby towarzyszącej w czasie porodu.**

| JAK RODZIŁA          | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|----------------------|---------------|----------------|
| z osobą towarzyszącą | 233           | 85             |
| sama                 | 41            | 15             |

W czasie porodu drogami natury wykonano szereg procedur medycznych. Najczęściej było to podawanie leków (82%), ciągły zapis kardiokograficzny (79%), nacięcie krocza (69%), przerwanie ciągłości błon płodowych – amniotomia (44%), cewnikowanie pęcherza moczowego (22%), ukończenie porodu za pomocą wyciągacza próżniowego (14%), łyżeczowanie jamy macicy po urodzeniu łożyska (13%), pobieranie krwi włóścikowej ze skalpu płodu (6%), ukończenie porodu za pomocą kleszczy położniczych (2%) i przetaczanie krwi po porodzie (2%), tab. 21.

**Tab. 21. Procedury medyczne wykonane w czasie porodu drogami natury.**

| PROCEDURA                                   | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|---|---------------|----------------|
| podawanie leków                             | 224           | 82             |
| ciągły zapis kardiokograficzny              | 215           | 79             |
| nacięcie krocza                             | 190           | 69             |
| amniotomia                                  | 120           | 44             |
| cewnikowanie                                | 60            | 22             |
| wyciągacz próżniowy                         | 39            | 14             |
| łyżeczowanie jamy macicy                    | 35            | 13             |
| pobieranie krwi włóścikowej ze skalpu płodu | 15            | 6              |
| kleszcze położnicze                         | 4             | 2              |
| przetaczanie krwi po porodzie               | 4             | 2              |

Najczęściej stosowanym lekiem w czasie porodu drogami natury był Dolcontral (67%) i oxytocyna (59%), antybiotyk podano 17% kobiet, Entonoxem okresowo oddychało 8% rodzących. 3,1% pacjentek otrzymało Dopegyt, 2,2% Perfalgan (paracetamol) i znieczulenie zewnątrzoponowe, a w jednym przypadku podawano Fenoterol i Relanium (0,4%), tab. 22.

**Tab. 22. Leki zastosowane podczas porodu drogami natury.**

| LEKI                         | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|------------------------------|---------------|----------------|
| Dolcontral                   | 151           | 67             |
| Oxytocyna                    | 133           | 59             |
| antybiotyki                  | 37            | 17             |
| Entonox                      | 18            | 8              |
| Dopegyt                      | 7             | 3,1            |
| Perfalgan                    | 5             | 2,2            |
| znieczulenie zewnątrzoponowe | 5             | 2,2            |
| Fenoterol                    | 1             | 0,4            |
| Relanium                     | 1             | 0,4            |

Pomimo, iż 60% rodzących przez większą część trwania porodu pozostawało w łóżku, 46% skorzystało z możliwości wzięcia prysznic, 45% skorzystało z piłki, a 38% przyjmowało pozycje wertykalne. Stołek porodowy znalazł zastosowanie w 6,6% porodów, worek sacco w 3,7%. Jedynie 3,3% kobiet słuchało muzyki relaksacyjnej w czasie porodu, a zaledwie 1,5% miało wykonany masaż pleców przez partnera, tab. 23.

**Tab. 23. Aktywności podejmowane przez kobiety rodzące drogami natury.**

| AKTYWNOŚCI                           | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|--------------------------------------|---------------|----------------|
| większość czasu leżałam w łóżku      | 163           | 60             |
| skorzystałam z prysznic              | 126           | 46             |
| skorzystałam z piłki                 | 124           | 45             |
| przyjmowałam pozycje wertykalne      | 103           | 38             |
| skorzystałam ze stołka porodowego    | 18            | 6,6            |
| skorzystałam z worka "saco"          | 10            | 3,7            |
| słuchałam muzyki relaksacyjnej       | 9             | 3,3            |
| masaż pleców wykonany przez partnera | 4             | 1,5            |



Ankietowane zostały poproszone o oszacowanie czasu trwania porodu (w godzinach), od momentu wystąpienia regularnej czynności skurczowej do chwili przyjścia ich dziecka na świat. Czas trwania porodu wynosił od 1 godziny (5,5%) do 25 godzin (0,4%). Kolejno poród trwał: 4 godziny (16,1%), 5 godzin (13,9%), 2 godziny (13,5%), 3 godziny (10,3%), 6 godzin (7,7%), 8 godzin (6,6%), 7 godzin (5,1%), 9 godzin (4,7%), 10 i 12 godzin (3,3%), 11 i 13 godzin (1,5%), od 14 do 17 godzin (1,1%), 18 i 21 godzin (0,7%) oraz 20 godzin (0,4%). Dwie kobiety (0,7%) nie umiały oszacować czasu trwania porodu, tab. 24.

**Tab. 24. Czas trwania porodu w grupie kobiet rodzących drogami natury.**

| CZAS TRWANIA PORODU (h) | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|-------------------------|------------|-------------|
| 1                       | 15         | 5,5         |
| 2                       | 37         | 13,5        |
| 3                       | 28         | 10,3        |
| 4                       | 44         | 16,1        |
| 5                       | 38         | 13,9        |
| 6                       | 21         | 7,7         |
| 7                       | 14         | 5,1         |
| 8                       | 18         | 6,6         |
| 9                       | 13         | 4,7         |
| 10                      | 9          | 3,3         |
| 11                      | 4          | 1,5         |
| 12                      | 9          | 3,3         |
| 13                      | 4          | 1,5         |
| 14                      | 3          | 1,1         |
| 15                      | 3          | 1,1         |
| 16                      | 3          | 1,1         |
| 17                      | 3          | 1,1         |
| 18                      | 2          | 0,7         |
| 20                      | 1          | 0,4         |
| 21                      | 2          | 0,7         |
| 25                      | 1          | 0,4         |
| nie wie                 | 2          | 0,7         |

Punktację w skali V. Apgar w pierwszej minucie życia noworodków, które przyszły na świat drogami natury przedstawiono w tab. 25. W stanie dobrym (7-10 punktów) urodziło się 98,4% dzieci, w stanie średnim (4-6 punktów) 0,7%, w stanie złym (0-3 punktów) tylko jedno dziecko (0,4%). Również tylko jedna kobieta (0,4%) nie знаła punktacji swojego dziecka w skali V. Apgar.

**Tab. 25. Punktacja w skali V. Apgar noworodków urodzonych drogami natury.**

| PUNKTACJA W SKALI APGAR | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|-------------------------|------------|-------------|
| 10                      | 244        | 89          |
| 9                       | 19         | 7           |
| 8                       | 6          | 2           |
| 7                       | 1          | 0,4         |
| 6                       | 2          | 0,7         |
| 2                       | 1          | 0,4         |
| nie wie                 | 1          | 0,4         |

Bezpośrednio po porodzie 94% noworodków zostało ułożonych na nagiej klatce piersiowej ich matki, 6% noworodków i ich matek nie doświadczyło kontaktu „skóra do skóry”, tab. 26.

**Tab. 26. Kontakt „skóra do skóry” matki z noworodkiem po porodzie drogami natury.**

| KONTAKT „SKÓRA DO SKÓRY” | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|--------------------------|------------|-------------|
| tak                      | 258        | 94          |
| nie                      | 16         | 6           |

Po porodzie drogami natury 95% noworodków przebywało wraz z matką na oddziale położniczym, podczas gdy 5% noworodków znajdowało się na oddziale neonatologicznym, tab. 27.

**Tab. 27. Przebywanie matki z noworodkiem po porodzie drogami natury.**

| NOWORODEK PRZEBYWA Z MATKĄ | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|----------------------------|------------|-------------|
| tak                        | 261        | 95          |
| nie                        | 13         | 5           |

#### 4.2.2. Cięcie cesarskie

Na drodze cięcia cesarskiego zakończyło się 49% wszystkich ciąż (tab. 19). Wskazania do wykonania cięcia cesarskiego przedstawia tab. 28. Największy odsetek (74%) stanowiły elektywne cięcia cesarskie, następnie cięcia wykonywane ze wskazań pilnych (13%), nagłych (7,5%) i naglących (4,5%). 0,8% ankietowanych nie podało, jakie były wskazania do wykonanego u nich cięcia cesarskiego.

**Tab. 28. Wskazania do wykonania cięcia cesarskiego.**

| WSKAZANIA  | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|------------|---------------|----------------|
| elektywne  | 198           | 74             |
| pilne      | 35            | 13             |
| naglące    | 12            | 4,5            |
| nagłe      | 20            | 7,5            |
| nie podaje | 2             | 0,8            |

Ze względu na specyfikę podziału wskazań do cięć cesarskich, osobno omawiane są wyniki uzyskane dla cięć cesarskich wykonanych ze wskazań elektywnych (planowe cięcia cesarskie) i pozostałych.

##### 4.2.2.1. Elektywne cięcie cesarskie

Podczas cięcia cesarskiego ze wskazań planowych (elektywne cięcie cesarskie) jedynie 36% kobiet towarzyszyła osoba bliska, 64% z nich przed operacją jak i po niej przebywało bez osoby towarzyszącej. W tym miejscu należy podkreślić, osoba bliska może przebywać z kobietą przed operacją, jak i po niej, nie może natomiast znajdować się na sali operacyjnej podczas cięcia cesarskiego. Wyjątek stanowią cięcia cesarskie przeprowadzane na salach operacyjnych w obrębie sali porodowej, gdzie po wydobyciu dziecka i zbadaniu go przez pediatrę, może wejść osoba towarzysząca, tab. 29.

**Tab. 29. Obecność osoby towarzyszącej podczas elektywnego cięcia cesarskiego.**

| JAK RODZIŁA          | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|----------------------|---------------|----------------|
| sama                 | 127           | 64             |
| z osobą towarzyszącą | 71            | 36             |

Ze względu na sposób zakończenia ciąży wszystkie kobiety miały założony cewnik do pęcherza moczowego. W znieczuleniu podpajęczynówkowym przeprowadzono 98,5% elektywnych cięć cesarskich, jedynie 1,5% w znieczuleniu ogólnym. Prawie wszystkim pacjentkom (96%) podawano leki, 45% przed operacją wykonano zapis kardiokograficzny, 5% amniotomię, 1% wymagało przetaczania krwi, tab. 30.

**Tab. 30. Procedury medyczne wykonane podczas elektywnego cięcia cesarskiego.**

| PROCEDURA                       | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|---------------------------------|------------|-------------|
| cewnikowanie pęcherza moczowego | 198        | 100         |
| znieczulenie podpajęczynówkowe  | 195        | 98,5        |
| zapis kardiokograficzny         | 89         | 45          |
| amniotomia                      | 10         | 5           |
| znieczulenie ogólne             | 3          | 1,5         |
| przetaczanie krwi               | 2          | 1           |

Punktację w skali V. Apgar w pierwszej minucie życia noworodków, które przyszły na świat na drodze elektywnego cięcia cesarskiego przedstawiono w tab. 31. W stanie dobrym (7-10 punktów) urodziło się 90% dzieci, w stanie średnim (4-6 punktów) – 4%, w stanie złym (0-3 punktów) dwoje dzieci (1%). 5% kobiet nie znało punktacji swojego dziecka, ocenianego w skali V. Apgar.

**Tab. 31. Punktacja noworodków w skali V. Apgar urodzonych na drodze elektywnego cięcia cesarskiego.**

| PUNKTACJA W SKALI APGAR | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|-------------------------|------------|-------------|
| 10                      | 145        | 73          |
| 9                       | 12         | 6           |
| 8                       | 12         | 6           |
| 7                       | 9          | 5           |
| 6                       | 3          | 1,5         |
| 5                       | 4          | 2           |
| 4                       | 1          | 0,5         |
| 2                       | 1          | 0,5         |
| 1                       | 1          | 0,5         |
| nie wie                 | 10         | 5           |

Kontakt „skóra do skóry” doświadczyło zaledwie 11% kobiet po elektywnym cięciu cesarskim, w przeciwieństwie do 89%, które nie miały takiej możliwości, tab. 32.

**Tab. 32. Kontakt „skóra do skóry” matki z noworodkiem urodzonym na drodze elektywnego cięcia cesarskiego.**

| KONTAKT „SKÓRA DO SKÓRY” | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|--------------------------|------------|-------------|
| nie                      | 176        | 89          |
| tak                      | 22         | 11          |

Po porodzie na drodze elektywnego cięcia cesarskiego 79% noworodków przebywało wraz z matką na oddziale położniczym, podczas gdy 21% noworodków znajdowało się na oddziale neonatologicznym, tab. 33.

**Tab. 33. Przebywanie matki z noworodkiem urodzonym na drodze elektywnego cięcia cesarskiego.**

| NOWORODEK<br>PRZEBYWA Z MATKĄ | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|-------------------------------|---------------|----------------|
| tak                           | 157           | 79             |
| nie                           | 31            | 21             |

#### 4.2.2.2. Cięcia cesarskie z pozostałych wskazań

Pozostałe cięcia cesarskie wykonano ze wskazań pilnych (13%), nagłych (4,5%) i nagłych (7,5%), tab. 28.

W przebiegu 62% cięć cesarskich rodzącej towarzyszyła osoba bliska, pozostałe 38% kobiet przebywało samo, tab. 34.

**Tab. 34. Obecność osoby towarzyszącej w czasie porodu zakończonego cięciem cesarskim z pozostałych wskazań.**

| JAK RODZIŁA          | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|----------------------|---------------|----------------|
| z osobą towarzyszącą | 43            | 62             |
| sama                 | 26            | 38             |

W czasie porodu zakończonego cięciem cesarskim ze wskazań pilnych, nagłych i nagłych, wykonano szereg procedur medycznych. Ze względu na sposób zakończenia ciąży, wszystkie kobiety miały założony cewnik do pęcherza moczowego, 96% rodzących podano leki. 96% cięć cesarskich wykonano w znieczuleniu podpajęczynówkowym, jedynie 4% kobiet zostało znieczulonych ogólnie. Ciągły zapis kardiokograficzny podłączony był u 80% ankietowanych. Amniotomię wykonano u 20% rodzących, u 4% pobierano krew włośniczkową ze skalpu płodu i przetaczano krew, tab. 35.

**Tab. 35. Procedury medyczne wykonane w czasie porodu zakończonego cięciem cesarskim z pozostałych wskazań.**

| PROCEDURA                                     | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|---|---------------|----------------|
| cewnikowanie pęcherza moczowego               | 69            | 100            |
| znieczulenie podpajęczynówkowe                | 65            | 96             |
| ciągły zapis kardiokograficzny                | 55            | 80             |
| podawanie leków                               | 49            | 71             |
| amniotomia                                    | 14            | 20             |
| pobieranie krwi włośniczkowej ze skalpu płodu | 3             | 4              |
| znieczulenie ogólne                           | 3             | 4              |
| przetaczanie krwi                             | 3             | 4              |

Najczęściej stosowanym lekiem podczas porodu zakończonego cięciem cesarskim ze wskazań pilnych, naglących i nagłych była oxytocyna (45%), Dolcontral (33%), antybiotyk (17%), Dopegyt (7%). Znieczulenie zewnątrzoponowe miało 6% rodzących, Fenoterol, Metocard i Entonox podano 3% kobiet. Jedna kobieta (1,5%) otrzymała Relanium i Perfalgan, tab. 36.

**Tab. 36. Leki stosowane podczas porodu zakończonego cięciem cesarskim z pozostałych wskazań.**

| LEKI                         | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|------------------------------|---------------|----------------|
| Oxytocyna                    | 31            | 45             |
| Dolcontral                   | 23            | 33             |
| antybiotyki                  | 12            | 17             |
| Dopegyt                      | 5             | 7              |
| znieczulenie zewnątrzoponowe | 4             | 6              |
| Fenoterol                    | 2             | 3              |
| Metocard                     | 2             | 3              |
| Entonox                      | 2             | 3              |
| Relanium                     | 1             | 1,5            |
| Perfalgan                    | 1             | 1,5            |

Podczas porodu zakończonego cięciem cesarskim ze wskazań pilnych, naglących i nagłych, kobiety podejmowały różne aktywności. 73% z nich większą część czasu leżała w łóżku, 45% skorzystało z prysznic, 30% korzystało z piłki, a 22% przyjmowało pozycje wertykalne. Jedynie 4% skorzystało z worka „saco” a 3% z krzeselka porodowego. Również tylko 3% słuchało muzyki relaksacyjnej, a jedna kobieta (2%) miała wykonany przez partnera masaż pleców, tab. 37.

**Tab. 37. Aktywności podejmowane przez kobiety podczas porodu zakończonego cięciem cesarskim z pozostałych wskazań.**

| AKTYWNOŚĆ                            | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|--------------------------------------|---------------|----------------|
| większość czasu leżałam w łóżku      | 50            | 73             |
| skorzystałam z prysznic              | 31            | 45             |
| skorzystałam z piłki                 | 21            | 30             |
| przyjmowałam pozycje wertykalne      | 15            | 22             |
| skorzystałam z worka "saco"          | 3             | 4              |
| krzeselko porodowe                   | 2             | 3              |
| słuchałam muzyki relaksacyjnej       | 2             | 3              |
| masaż pleców wykonany przez partnera | 1             | 2              |

Ankietowane zostały poproszone o oszacowanie czasu trwania porodu (w godzinach), od momentu wystąpienia regularnej czynności skurczowej do chwili przyjścia ich dziecka na świat. Czas trwania porodu wynosił od 1 godziny (11,6%) do 27 godzin (1,5%). W największym odsetku przypadków (17,4%), nie liczono czasu trwania porodu, ponieważ wystąpiły nagłe wskazania, decydujące o natychmiastowym ukończeniu ciąży. Kolejno porody trwały: 4 i 10 godzin (8,7%), 7 godzin (7,3%), 6 godzin (5,8%), 12 godzin (5,8%), 3 i 5 godzin (4,3%), od 14 do 19 godzin (2,9%), 2 godziny, 8, 9, 11 i 13 godzin (1,5%), tab. 38.

**Tab. 38. Czas trwania porodu zakończonego cięciem cesarskim z pozostałych wskazań.**

| CZAS TRWANIA PORODU (h)          | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|----------------------------------|------------|-------------|
| 1                                | 8          | 11,6        |
| 2                                | 1          | 1,5         |
| 3                                | 3          | 4,3         |
| 4                                | 6          | 8,7         |
| 5                                | 3          | 4,3         |
| 6                                | 4          | 5,8         |
| 7                                | 5          | 7,3         |
| 8                                | 1          | 1,5         |
| 9                                | 1          | 1,5         |
| 10                               | 6          | 8,7         |
| 11                               | 1          | 1,5         |
| 12                               | 4          | 5,8         |
| 13                               | 1          | 1,5         |
| 14                               | 2          | 2,9         |
| 15                               | 2          | 2,9         |
| 16                               | 2          | 2,9         |
| 17                               | 2          | 2,9         |
| 18                               | 2          | 2,9         |
| 19                               | 2          | 2,9         |
| 27                               | 1          | 1,5         |
| nie liczono czasu trwania porodu | 12         | 17,4        |



Punktację w skali V. Apgar w pierwszej minucie życia noworodków, które przyszły na świat na drodze cięcia cesarskiego ze wskazań pilnych, nagłych i nagłych, przedstawiono w tab. 39. W stanie dobrym (7-10 punktów) urodziło się 95,6% dzieci, w stanie średnim (4-6 punktów) – tylko jedno dziecko (1,5%). Żadne z dzieci nie urodziło się w stanie złym (0-3 punktów). Dwie kobiety (2,9%) nie znały punktacji swojego dziecka w skali V. Apgar.

**Tab. 39. Punktacja noworodków w skali V. Apgar urodzonych na drodze cięcia cesarskiego z pozostałych wskazań.**

| PUNKTACJA | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|-----------|---------------|----------------|
| 10        | 52            | 75,4           |
| 9         | 8             | 11,6           |
| 8         | 3             | 4,3            |
| 7         | 3             | 4,3            |
| 6         | 1             | 1,5            |
| nie wie   | 2             | 2,9            |

Po cięciu cesarskim ze wskazań pilnych, nagłych i nagłych, jedynie 9% matek i noworodków przeżyło kontakt „skóra do skóry”, podczas gdy aż 91% takiego kontaktu nie doświadczyło, tab. 40.

**Tab. 40. Kontakt „skóra do skóry” matki z noworodkiem po cięciu cesarskim z pozostałych wskazań.**

| KONTAKT<br>„SKÓRA DO SKÓRY” | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|-----------------------------|---------------|----------------|
| nie                         | 63            | 91             |
| tak                         | 6             | 9              |

Po cięciu cesarskim ze wskazań pilnych, nagłych i nagłych 88% noworodków przebywało z matką na oddziale położniczym, podczas gdy 12% noworodków znajdowało się na oddziale neonatologicznym, tab. 41.

**Tab. 41. Przebywanie matki z noworodkiem po cięciu cesarskim z pozostałych wskazań.**

| NOWORODEK<br>PRZEBYWA Z<br>MATKĄ | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|----------------------------------|---------------|----------------|
| tak                              | 61            | 88             |
| nie                              | 8             | 12             |

### 4.3. Emocje i odczucia przed porodem

Emocje i odczucia występujące u kobiet przed porodem przedstawiono w tab. 42.

**Tab. 42. Odczucia i emocje przeżywane przez kobiety przed porodem.**

| EMOCJE I ODCZUCIA PRZED PORODEM | LICZBA (n) | PROCENT (%) | MEDIANA (Me) | Wartość minimalna (Min) | Wartość maksymalna (Max) |
|---------------------------------|------------|-------------|--------------|-------------------------|--------------------------|
| radość                          | 441        | 82          | 9            | 1                       | 10                       |
| miłość w stosunku do dziecka    | 433        | 80          | 10           | 4                       | 10                       |
| radosne oczekiwanie             | 392        | 73          | 10           | 2                       | 10                       |
| szczęście                       | 384        | 71          | 10           | 2                       | 10                       |
| odpowiedzialność                | 375        | 69          | 10           | 2                       | 10                       |
| strach                          | 362        | 67          | 7            | 1                       | 10                       |
| niepokój                        | 343        | 63          | 6            | 1                       | 10                       |
| spokój                          | 335        | 62          | 6            | 1                       | 10                       |
| zmęczenie                       | 334        | 62          | 8            | 1                       | 10                       |
| czułość                         | 330        | 61          | 10           | 1                       | 10                       |
| obawa                           | 325        | 60          | 6            | 1                       | 10                       |
| zadowolenie                     | 321        | 59          | 9            | 1                       | 10                       |
| duma                            | 312        | 58          | 10           | 1                       | 10                       |
| pewność siebie                  | 305        | 56          | 6            | 1                       | 10                       |
| zniecierpliwienie               | 289        | 53          | 7            | 1                       | 10                       |
| zachwył                         | 276        | 51          | 8            | 1                       | 10                       |
| niepewność                      | 275        | 51          | 5            | 1                       | 10                       |
| ból                             | 202        | 37          | 5            | 1                       | 10                       |
| bezradność                      | 145        | 27          | 5            | 1                       | 10                       |
| smutek                          | 127        | 24          | 3            | 1                       | 10                       |
| przygnębianie                   | 116        | 21          | 3            | 1                       | 10                       |
| potrzeba izolacji/odosobnienia  | 115        | 21          | 3            | 1                       | 10                       |
| gniew                           | 88         | 16          | 2            | 1                       | 10                       |
| obojętność                      | 76         | 14          | 1            | 1                       | 10                       |
| niechęć                         | 56         | 10          | 1,5          | 1                       | 10                       |
| rozczarowanie                   | 55         | 10          | 1            | 1                       | 10                       |
| inne                            | 5          | 1           | -            | -                       | -                        |

Radość przed porodem odczuwało 82% ankietowanych (Me = 9, min = 1, max = 10, tab. 42). Oceniając natężenie radości w skali od 1 do 10, najczęściej kobiet (37,5%) określiło jej natężenie na poziomie 10. Jedynie 0,6% ciężarnych odczuwało radość na poziomie 1. Ciężarne zaznaczały kolejno natężenie tej cechy: na poziomie 2, 3 i 4 – 0,9%, 5 (9,1%), 6 (3,3%), 7 (5,6%), 8 (17,4%) i 9 (5,4%), tab. 43.

**Tab. 43. Stopień natężenia radości przed porodem.**

| RADOŚĆ PRZED PORODEM | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|----------------------|------------|-------------|
| 1                    | 3          | 0,6         |
| 2                    | 5          | 0,9         |
| 3                    | 5          | 0,9         |
| 4                    | 5          | 0,9         |
| 5                    | 94         | 9,1         |
| 6                    | 49         | 3,3         |
| 7                    | 30         | 5,6         |
| 8                    | 29         | 17,4        |
| 9                    | 18         | 5,4         |
| 10                   | 203        | 37,5        |

Miłość do dziecka/dzieci przed porodem odczuwało 80% respondentek (Me = 10, min = 4, max = 10, tab. 42). Najwięcej kobiet (67%) zaznaczyło wartość 10, najmniej (0,2%) – 4. Następnie kobiety określiły natężenie miłości na poziomie 8 (7%), 9 (2,8%), 7 (1,5%), 5 (1,1%), 6 (0,6%). Żadna z ankietowanych nie zaznaczyła natężenia tego uczucia w skali od 1-3, tab. 44.

**Tab. 44. Stopień natężenia uczucia miłości przed porodem.**

| UCZUCIE MIŁOŚCI DO DZIECKA/DZIECI PRZED PORODEM | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|---|------------|-------------|
| 4   | 1          | 0,2         |
| 5   | 6          | 1,1         |
| 6   | 3          | 0,6         |
| 7   | 8          | 1,5         |
| 8   | 38         | 7           |
| 9   | 15         | 2,8         |
| 10  | 362        | 67          |

Radosne oczekiwanie przed porodem odczuwało 73% ciężarnych (Me = 10, min = 2, max = 10, tab. 42). Najwięcej kobiet (41%) zaznaczyło jego natężenie na poziomie 10, najmniej (0,4%) na poziomie 4. Następnie na poziomie 8 (11,5%), 5 (6,5%), 7 (4,6%), 9 (4,3%), 6 (2,6%), 2 (1,3%), 3 (0,6%), 4 (0,4%). Żadna z ankietowanych nie określiła natężenia radosnego oczekiwania na poziomie 1, tab. 45.

**Tab. 45. Stopień natężenia radosnego oczekiwania przed porodem.**

| RADOSNE OCZEKIWANIE PRZED PORODEM | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|-----------------------------------|------------|-------------|
| 2                                 | 7          | 1,3         |
| 3                                 | 3          | 0,6         |
| 4                                 | 2          | 0,4         |
| 5                                 | 35         | 6,5         |
| 6                                 | 14         | 2,6         |
| 7                                 | 25         | 4,6         |
| 8                                 | 62         | 11,5        |
| 9                                 | 23         | 4,3         |
| 10                                | 221        | 41          |

Uczucia szczęścia przed porodem doświadczyło 71% ankietowanych (Me = 10, min = 2, max = 10, tab. 42). Najwięcej kobiet (47%) określiło jego natężenie na poziomie 10, najmniej (0,2%) na poziomie 3. Następnie na poziomie 8 (9,4%), 5 (4,8%), 9 (4,4%), 7 (3%), 6 (1,3%), 2 (0,7%), 4 (0,6%). Żadna z kobiet nie określiła uczucia szczęścia na poziomie 1, tab. 46.

**Tab. 46. Stopień natężenia uczucia szczęścia przed porodem.**

| SZCZĘŚCIE PRZED PORODEM | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|-------------------------|------------|-------------|
| 2                       | 4          | 0,7         |
| 3                       | 1          | 0,2         |
| 4                       | 3          | 0,6         |
| 5                       | 26         | 4,8         |
| 6                       | 7          | 1,3         |
| 7                       | 16         | 3           |
| 8                       | 51         | 9,4         |
| 9                       | 24         | 4,4         |
| 10                      | 252        | 41          |

Odpowiedzialność przed porodem odczuwało 69% kobiet (Me = 10, min = 2, max = 10, tab. 42). Największa liczba ankietowanych (50%) zaznaczyła jej natężenie na poziomie 10, najmniej – na poziomie 2, 3 i 4 (0,2%). Następnie na poziomie 6 (0,6%), 5 (2%), 7 (3%), 9 (5,2%), 8 (8,1%). Żadna z kobiet nie zaznaczyła natężenia odpowiedzialności na poziomie 1, tab. 47.

**Tab. 47. Stopień natężenia odpowiedzialności przed porodem.**

| ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRZED PORODEM | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|--------------------------------|------------|-------------|
| 2                              | 1          | 0,2         |
| 3                              | 1          | 0,2         |
| 4                              | 1          | 0,2         |
| 5                              | 11         | 2           |
| 6                              | 3          | 0,6         |
| 7                              | 16         | 3           |
| 8                              | 44         | 8,1         |
| 9                              | 28         | 5,2         |
| 10                             | 270        | 50          |

Strach przed porodem czuło 67% ciężarnych (Me = 7, min = 1, max = 10, tab. 42). Najwięcej respondentek (17,2%) zaznaczyło natężenie strachu na poziomie 10, najmniej na poziomie 9 (1,8%). Prawie tyle samo kobiet odczuwało strach na poziomie 8 (12,4%) i 5 (12,2%), następnie 7 (6,5%), 6 (4,4%), 4 (4,3%), 2 (3,1%), 3 (2,8%) i 1 (2,2%), tab. 48.

**Tab. 48. Stopień natężenia strachu przed porodem.**

| STRACH PRZED PORODEM | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|----------------------|------------|-------------|
| 1                    | 12         | 2,2         |
| 2                    | 17         | 3,1         |
| 3                    | 15         | 2,8         |
| 4                    | 23         | 4,3         |
| 5                    | 66         | 12,2        |
| 6                    | 24         | 4,4         |
| 7                    | 35         | 6,5         |
| 8                    | 67         | 12,4        |
| 9                    | 10         | 1,8         |
| 10                   | 93         | 17,2        |

Niepokój przed porodem odczuwało 63% ciężarnych (Me = 6, min = 1, max = 10, tab. 42). Najwięcej z nich (15,7%) zaznaczyło natężenie strachu na poziomie 5, najmniej na poziomie 1 (2,4%). Następnie na poziomie 10 (10,9%), 8 (10,5%), 7 (5,9%), 3 (5,4%), 4 (3,9%), 6 (3,1%), 9 (3%), 2 (2,6%), tab. 49.

**Tab. 49. Stopień natężenia niepokoju przed porodem.**

| NIEPOKÓJ PRZED PORODEM | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|------------------------|------------|-------------|
| 1                      | 13         | 2,4         |
| 2                      | 14         | 2,6         |
| 3                      | 29         | 5,4         |
| 4                      | 21         | 3,9         |
| 5                      | 85         | 15,7        |
| 6                      | 17         | 3,1         |
| 7                      | 32         | 5,9         |
| 8                      | 57         | 10,5        |
| 9                      | 16         | 3           |
| 10                     | 59         | 10,9        |

Spokój przed porodem odczuwało 62% ciężarnych (Me = 6, min = 1, max = 10, tab. 42). Oceniając natężenie spokoju w skali od 1 do 10, najczęściej kobiet (13,5%) określiło jego natężenie na poziomie 5. Ankietowane zaznaczały kolejno: 8 (11,8%), 10 (8,5%), 7 i 2 (5,9%), 6 (4,4%), 3 (3,9%), 4 (3,3%), 1 (2,4%) i 9 (2,2%), tab. 50.

**Tab. 50. Stopień natężenia spokoju przed porodem.**

| SPOKÓJ PRZED PORODEM | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|----------------------|------------|-------------|
| 1                    | 13         | 2,4         |
| 2                    | 32         | 5,9         |
| 3                    | 21         | 3,9         |
| 4                    | 18         | 3,3         |
| 5                    | 73         | 13,5        |
| 6                    | 24         | 4,4         |
| 7                    | 32         | 5,9         |
| 8                    | 64         | 11,8        |
| 9                    | 12         | 2,2         |
| 10                   | 46         | 8,5         |

Zmęczenie przed porodem czuło 62% kobiet (Me = 8, min = 1, max = 10, tab. 42). Najwięcej kobiet (16,5%) odczuwało zmęczenie na poziomie 8, najmniej na poziomie 1 (1,5%). Następnie 10 (14,5%), 5 (9,6%), 7 (5,9%), tab. 51.

**Tab. 51. Stopień natężenia zmęczenia przed porodem.**

| ZMĘCZENIE PRZED PORODEM | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|-------------------------|------------|-------------|
| 1                       | 8          | 1,5         |
| 2                       | 14         | 2,6         |
| 3                       | 15         | 2,8         |
| 4                       | 11         | 2           |
| 5                       | 52         | 9,6         |
| 6                       | 21         | 3,9         |
| 7                       | 32         | 5,9         |
| 8                       | 89         | 16,5        |
| 9                       | 16         | 2,9         |
| 10                      | 76         | 14,5        |

Czułości przed porodem doświadczyło 61% kobiet (Me = 10, min = 1, max = 10, tab. 42). Największa liczba ankietowanych określiła natężenie czułości na poziomie 10 (34,9%), najmniej na poziomie 1 (0,2%). Tyle samo respondentek (0,9%) określiło natężenie czułości na poziomie 2, 3 i 4, następnie – 6 (1,7%), 7 (1,9%), 9 (4,8%), 5 (5,6%) i 8 (9,2%), tab. 52.

**Tab. 52. Stopień natężenia czułości przed porodem.**

| CZUŁOŚĆ PRZED PORODEM | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|-----------------------|------------|-------------|
| 1                     | 1          | 0,2         |
| 2                     | 5          | 0,9         |
| 3                     | 5          | 0,9         |
| 4                     | 5          | 0,9         |
| 5                     | 30         | 5,6         |
| 6                     | 9          | 1,7         |
| 7                     | 10         | 1,9         |
| 8                     | 50         | 9,2         |
| 9                     | 26         | 4,8         |
| 10                    | 189        | 34,9        |

Obawę przed porodem odczuwało 60% ankietowanych (Me = 6, min = 1, max = 10, tab. 42). Najwięcej kobiet określiło natężenie jej na poziomie 5 (13,7%), najmniej na poziomie 9 (0,9%). Następnie 8 (10,2%), 6 (5,6%), 3 (4,6%), 7 (4,4%), 2 (3,7%), 4 (3,3%), 1 (2,6%) i 9 (0,9%), tab. 53.

**Tab. 53. Natężenie uczucia obawy przed porodem.**

| OBAWA PRZED PORODEM | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|---------------------|------------|-------------|
| 1                   | 14         | 2,6         |
| 2                   | 20         | 3,7         |
| 3                   | 25         | 4,6         |
| 4                   | 18         | 3,3         |
| 5                   | 74         | 13,7        |
| 6                   | 30         | 5,6         |
| 7                   | 24         | 4,4         |
| 8                   | 55         | 10,2        |
| 9                   | 5          | 0,9         |
| 10                  | 60         | 11,1        |

Przed porodem zadowolenie odczuwało 59% kobiet (Me = 9, min = 1, max = 10, tab. 42). Najczęściej ankietowane zaznaczały jego natężenie na 10 (26,3%), najrzadziej na 1 (0,4%). Następnie respondentki wybierały wartości: 8 (11,5%), 5 (6,7%), 7 (4,8%), 9 (3,7%), 6 (3%), 2 (1,3%), 4 (1,1%) i 3 (0,7%), tab. 54.

**Tab. 54. Natężenie uczucia zadowolenia przed porodem.**

| ZADOWOLENIE PRZED PORODEM | LICZBA (n) | PROCENT (%) |
|---------------------------|------------|-------------|
| 1                         | 2          | 0,4         |
| 2                         | 7          | 1,3         |
| 3                         | 4          | 0,7         |
| 4                         | 6          | 1,1         |
| 5                         | 36         | 6,7         |
| 6                         | 16         | 3           |
| 7                         | 26         | 4,8         |
| 8                         | 62         | 11,5        |
| 9                         | 20         | 3,7         |
| 10                        | 142        | 26,3        |



Uczucia dumy przed porodem doświadczyło 58% ciężarnych ( $Me = 10$ ,  $min = 1$ ,  $max = 10$ , tab. 42). Najwięcej z nich określiło jej natężenie na poziomie 10 (33,8%), najmniej na poziomie 1 (0,6%). Następnie kobiety określały jej wartość na poziomie 8 (8,9%), 5 (5,6%), 7 (2,2%), 9 (1,7%), 4 (1,5%), 3 (1,3%) oraz 2 i 6 (1,1%), tab. 55.

**Tab. 55. Stopień natężenia uczucia dumy przed porodem.**

| DUMA<br>PRZED PORODEM | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|-----------------------|---------------|----------------|
| 1                     | 3             | 0,6            |
| 2                     | 6             | 1,1            |
| 3                     | 7             | 1,3            |
| 4                     | 8             | 1,5            |
| 5                     | 30            | 5,6            |
| 6                     | 6             | 1,1            |
| 7                     | 12            | 2,2            |
| 8                     | 48            | 8,9            |
| 9                     | 9             | 1,7            |
| 10                    | 183           | 33,8           |

Pewność siebie przed porodem odczuwało 56% ankietowanych ( $Me = 6$ ,  $min = 1$ ,  $max = 10$ , tab. 42). Najwięcej kobiet (12,4%) zaznaczyło natężenie tego uczucia na 5, najmniej na 1 (1,9%). Następnie respondentki wybierały wartości: 8 (10,4%), 10 (7,4%), 7 (6,1%), 3 (4,8%), 2 (3,5%) oraz 4, 6 i 9 (3,3%), tab. 56.

**Tab. 56. Stopień natężenia pewności siebie przed porodem.**

| PEWNOŚĆ SIEBIE<br>PRZED PORODEM | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|---------------------------------|---------------|----------------|
| 1                               | 10            | 1,9            |
| 2                               | 19            | 3,5            |
| 3                               | 26            | 4,8            |
| 4                               | 18            | 3,3            |
| 5                               | 67            | 12,4           |
| 6                               | 18            | 3,3            |
| 7                               | 33            | 6,1            |
| 8                               | 56            | 10,4           |
| 9                               | 18            | 3,3            |
| 10                              | 40            | 7,4            |

Zniecierpliwienia przed porodem doświadczyło 53% ciężarnych (Me = 7, min = 1, max = 10, tab. 42). Najwięcej ankietowanych zaznaczyło wartość 10 (11,7%), najmniej – 9 (1,3%). Następnie respondentki zaznaczały wartości: 8 (9,8%), 5 (8,9%), 7 (5,7%), 6 (4,8%), 3 (3,7%), 2 i 4 (2,6%) oraz 1 (2,4%), tab. 57.

**Tab. 57. Stopień natężenia zniecierpliwienia przed porodem.**

| ZNIECIERPLIWIE<br>PRZED PORODEM | LICZBA<br>(n) | PROCENT<br>(%) |
|---------------------------------|---------------|----------------|
| 1                               | 13            | 2,4            |
| 2                               | 14            | 2,6            |
| 3                               | 20            | 3,7            |
| 4                               | 14            | 2,6            |
| 5                               | 48            | 8,9            |
| 6                               | 26            | 4,8            |
| 7                               | 31            | 5,7            |
| 8                               | 53            | 9,8            |
| 9                               | 7             | 1,3            |
| 10                              | 63            | 11,7           |

Zachwyty przed porodem odczuwało 51% ankietowanych (Me = 10, min = 1, max = 10, tab. 42). Najczęściej kobiety zaznaczały jego natężenie na 10 (21,1%), najrzadziej na 1 (1,1%). Następnie położnice zaznaczały wartości: 8 (8,3%), 5 (6,3%), 7 (3,9%), 6 i 9 (2,4%), 3 (2,2%), 2 i 4 (1,7%), tab. 58.

**Tab. 58. Stopień natężenia zachwyty przed porodem.**

| ZACHWYT<br>PRZED PORODEM | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|--------------------------|-------------|--------------|
| 1                        | 6           | 1,1          |
| 2                        | 9           | 1,7          |
| 3                        | 12          | 2,2          |
| 4                        | 9           | 1,7          |
| 5                        | 34          | 6,3          |
| 6                        | 13          | 2,4          |
| 7                        | 21          | 3,9          |
| 8                        | 45          | 8,3          |
| 9                        | 13          | 2,4          |
| 10                       | 114         | 21,1         |

Uczucia niepewności przed porodem doświadczyło również 51% kobiet (Me = 5, min = 1, max = 10, tab. 42). Najwięcej ankietowanych zaznaczyło natężenie niepewności na poziomie 5 (11,3%), najmniej na poziomie 9 (1,3%). Następnie kobiety wybierały wartości: 8 (9,8%), 10 (7%), 3 (5,6%), 1 i 4 (3,7%), 7 (3,5%), 6 (3%) i 2 (2%), tab. 59.

**Tab. 59. Stopień natężenia niepewności przed porodem.**

| NIEPEWNOŚĆ<br>PRZED PORODEM | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|-----------------------------|-------------|--------------|
| 1                           | 20          | 3,7          |
| 2                           | 11          | 2            |
| 3                           | 30          | 5,6          |
| 4                           | 20          | 3,7          |
| 5                           | 61          | 11,3         |
| 6                           | 16          | 3            |
| 7                           | 19          | 3,5          |
| 8                           | 53          | 9,8          |
| 9                           | 7           | 1,3          |
| 10                          | 38          | 7            |

Ból o różnym stopniu nasilenia przed porodem odczuwało 37% ciężarnych (Me = 5, min = 1, max = 10, tab. 42). Najczęściej kobiety określały jego natężenie na poziomie 10 (6,8%), najrzadziej – 9 (0,9%). Następnie położnice wybierały wartości: 5 (6,5%), 8 (4,8%), 2 (4,6%), 1 (4,4%), 3 (3,1%), 7 (2,8%), 6 (1,9%), 4 (1,5%), tab. 60.

**Tab. 60. Stopień natężenia bólu przed porodem.**

| BÓL<br>PRZED PORODEM | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|----------------------|-------------|--------------|
| 1                    | 24          | 4,4          |
| 2                    | 25          | 4,6          |
| 3                    | 17          | 3,1          |
| 4                    | 8           | 1,5          |
| 5                    | 35          | 6,5          |
| 6                    | 10          | 1,9          |
| 7                    | 15          | 2,8          |
| 8                    | 26          | 4,8          |
| 9                    | 5           | 0,9          |
| 10                   | 37          | 6,8          |

Bezradności przed porodem doświadczyło 27% ciężarnych ( $Me = 5$ ,  $min = 1$ ,  $max = 10$ , tab. 42). Najczęściej kobiety zaznaczały wartość 1 i 5 (5,6%), najrzadziej – 9 (0,6%). Następnie ankietowane wybierały wartości: 2 (3,5%), 3 (3%), 8 i 10 (2,8%), 7 (1,5%), 6 (0,9%) i 4 (0,7%), tab. 61.

**Tab. 61. Stopień natężenia bezradności przed porodem.**

| BEZRADNOŚĆ PRZED PORODEM | LICZBA n | PROCENT % |
|--------------------------|----------|-----------|
| 1                        | 30       | 5,6       |
| 2                        | 19       | 3,5       |
| 3                        | 16       | 3         |
| 4                        | 4        | 0,7       |
| 5                        | 30       | 5,6       |
| 6                        | 5        | 0,9       |
| 7                        | 8        | 1,5       |
| 8                        | 15       | 2,8       |
| 9                        | 3        | 0,6       |
| 10                       | 15       | 2,8       |

Smutek przed porodem odczuwało 24% kobiet ( $Me = 3$ ,  $min = 1$ ,  $max = 10$ , tab. 42). Najwięcej kobiet zaznaczyło wartość 1 (5,8%), najmniej – 9 (0,2%). Następnie położnice zaznaczały: 2 (4,6%), 5 (4,4%), 3 i 4 (1,9%), 8 (1,5%), 6 (1,3%), 10 (1,1%) i 7 (0,9%), tab. 62.

**Tab. 62. Stopień natężenia smutku przed porodem.**

| SMUTEK PRZED PORODEM | LICZBA n | PROCENT % |
|----------------------|----------|-----------|
| 1                    | 31       | 5,8       |
| 2                    | 25       | 4,6       |
| 3                    | 10       | 1,9       |
| 4                    | 10       | 1,9       |
| 5                    | 24       | 4,4       |
| 6                    | 7        | 1,3       |
| 7                    | 5        | 0,9       |
| 8                    | 8        | 1,5       |
| 9                    | 1        | 0,2       |
| 10                   | 6        | 1,1       |

Przed porodem przygnębiecie odczuwało 21% ciężarnych (Me = 5, min = 1, max = 10, tab. 42). Najwięcej kobiet zaznaczyło wartość 1 (5,7%), najmniej – 9 (0,2%). Następnie ankietowane wybierały wartości: 2 (3,9%), 5 (3,3%), 3 (3,1%), 4 (1,7%), 8 (1,1%), 6 i 10 (0,9%), 7 (0,6%), tab. 63.

**Tab. 63. Stopień natężenia przygnębiecia przed porodem.**

| PRZYGNĘBIENIE PRZED PORODEM | LICZBA n | PROCENT % |
|-----------------------------|----------|-----------|
| 1                           | 31       | 5,7       |
| 2                           | 21       | 3,9       |
| 3                           | 17       | 3,1       |
| 4                           | 9        | 1,7       |
| 5                           | 18       | 3,3       |
| 6                           | 5        | 0,9       |
| 7                           | 3        | 0,6       |
| 8                           | 6        | 1,1       |
| 9                           | 1        | 0,2       |
| 10                          | 5        | 0,9       |

Potrzebę izolacji/odosobnienia przed porodem odczuwało 21% ankietowanych (Me = 3, min = 1, max = 10, tab. 42). Najczęściej kobiety zaznaczały wartość 1 (6,1%), najrzadziej – 9 (0,4%). Następnie wybierały wartości: 5 (4,3%), 2 (3%), 3 (2%), 10 (1,5%), 4 (1,3%), 8 (1,1%), 7 (0,9%), 6 (0,7%), tab. 64.

**Tab. 64. Stopień natężenia potrzeby izolacji/ odosobnienia przed porodem.**

| POTRZEBA IZOLACJI/ODOSOBNIENIA PRZED PORODEM | LICZBA n | PROCENT % |
|--|----------|-----------|
| 1  | 33       | 6,1       |
| 2  | 16       | 3         |
| 3  | 11       | 2         |
| 4  | 7        | 1,3       |
| 5  | 23       | 4,3       |
| 6  | 4        | 0,7       |
| 7  | 5        | 0,9       |
| 8  | 6        | 1,1       |
| 9  | 2        | 0,4       |
| 10   | 8        | 1,5       |

Uczucia gniewu przed porodem doświadczyło 16% kobiet (Me = 2, min = 1, max = 10, tab. 42). Najwięcej ankietowanych zaznaczyło wartość 1 (7,2%), najmniej – 7 (0,2%). Następnie ankietowane wybierały wartości: 2 (2,8%), 5 (2,4%), 3 (1,3%), 10 (0,9%), 6 i 8 (0,6%), 4 (0,4%). Żadna z respondentek nie zaznaczyła natężenia gniewu na poziomie 9, tab. 65.

**Tab. 65. Stopień natężenia gniewu przed porodem.**

| GNIEW PRZED PORODEM | LICZBA n | PROCENT % |
|---------------------|----------|-----------|
| 1                   | 39       | 7,2       |
| 2                   | 15       | 2,8       |
| 3                   | 7        | 1,3       |
| 4                   | 2        | 0,4       |
| 5                   | 13       | 2,4       |
| 6                   | 3        | 0,6       |
| 7                   | 1        | 0,2       |
| 8                   | 3        | 0,6       |
| 10                  | 5        | 0,9       |

Obojętność przed porodem odczuwało 14% ankietowanych (Me = 1, min = 1, max = 10, tab. 42). Najwięcej kobiet zaznaczyło wartość 1 (7,2%), najmniej – 6 i 9 (0,2%). Następnie respondentki wybierały wartości: 2 (1,9%), 5 (1,3%), 3 i 4 (1,1%), 7, 8 i 10 (0,4%), tab. 66.

**Tab. 66. Stopień natężenia obojętności przed porodem.**

| OBOJĘTNOŚĆ PRZED PORODEM | LICZBA n | PROCENT % |
|--------------------------|----------|-----------|
| 1                        | 39       | 7,2       |
| 2                        | 10       | 1,9       |
| 3                        | 6        | 1,1       |
| 4                        | 6        | 1,1       |
| 5                        | 7        | 1,3       |
| 6                        | 1        | 0,2       |
| 7                        | 2        | 0,4       |
| 8                        | 2        | 0,4       |
| 9                        | 1        | 0,2       |
| 10                       | 2        | 0,4       |

Niechęć przed porodem odczuwało 10% ciężarnych ( $Me = 1,5$ ,  $min = 1$ ,  $max = 10$ , tab. 42). Najwięcej kobiet określiło natężenie tego uczucia na poziomie 1 (5,2%), najmniej – na poziomie 7 i 10 (0,2%). Następnie kobiety zaznaczały jego natężenie na poziomie: 2 (2%), 3 i 5 (0,9%), 6 (0,6%) i 4 (0,4%). Żadna z ankietowanych nie wybrała wartości 8 i 9, tab. 67.

**Tab. 67. Stopień natężenia niechęci przed porodem.**

| NIECHĘĆ<br>PRZED PORODEM | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|--------------------------|-------------|--------------|
| 1                        | 28          | 5,2          |
| 2                        | 11          | 2            |
| 3                        | 5           | 0,9          |
| 4                        | 2           | 0,4          |
| 5                        | 5           | 0,9          |
| 6                        | 3           | 0,6          |
| 7                        | 1           | 0,2          |
| 10                       | 1           | 0,2          |

Uczucia rozczarowania przed porodem doświadczyło również 10% kobiet ( $Me = 1$ ,  $min = 1$ ,  $max = 10$ , tab. 42). Najwięcej ankietowanych zaznaczyło natężenie rozczarowania na poziomie 1 (6%), najmniej na poziomie 7, 8 i 9 (0,2%). Następnie respondentki zaznaczały: 5 (1,7%), 2 (1,3%), 3 i 10 (0,4%). Żadna z kobiet nie określiła natężenia rozczarowania na poziomie 4 i 6, tab. 68.

**Tab. 68. Stopień natężenia rozczarowania przed porodem.**

| ROZCZAROWANIE<br>PRZED PORODEM | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|--------------------------------|-------------|--------------|
| 1                              | 32          | 6            |
| 2                              | 7           | 1,3          |
| 3                              | 2           | 0,4          |
| 5                              | 9           | 1,7          |
| 7                              | 1           | 0,2          |
| 8                              | 1           | 0,2          |
| 9                              | 1           | 0,2          |
| 10                             | 2           | 0,4          |

#### 4.3.1. Emocje i odczucia przed porodem w zależności od badanych czynników

Analizując uzyskane wyniki wykazano zależność między deklaracją pomocy matki ankietowanej nad dzieckiem, poziomem wykształcenia, stopniem przygotowania do porodu oraz liczbą ciąż a emocjami i odczuciami kobiet przed porodem.

Kobiety, które uzyskały deklarację pomocy nad dzieckiem ze strony swojej matki przed porodem częściej doświadczały radosnego oczekiwania w odniesieniu do kobiet, które takiej pomocy nie miały otrzymać (77,6% vs. 64,8%,  $p = 0,0010$ ), czułości (65,5% vs. 54,3%,  $p = 0,0088$ ), dumy (61,8% vs. 51,6%,  $p = 0,0183$ ), uczucia miłości do dziecka/dzieci (82,9% vs. 75,8%,  $p = 0,0419$ ) i odpowiedzialności (73,3% vs. 63,5%,  $p = 0,0150$ ), tab. 69.

Tab. 69. Emocje i odczucia przed porodem w zależności od deklaracji pomocy matki ankietowanej nad noworodkiem.

| EMOCJE I ODCZUCIA PRZED PORODEM   | PO PORODZIE POMOŻE MAMA |                      | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|-----------------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------------|
|                                   | TAK<br>n = 322 (60%)    | NIE<br>n = 219 (40%) |                            |
| radosne oczekiwanie               | 250 (77,6%)             | 142 (64,8%)          | 0,0010                     |
| czułość                           | 211 (65,5%)             | 119 (54,3%)          | 0,0088                     |
| duma                              | 199 (61,8%)             | 113 (51,6%)          | 0,0183                     |
| uczucie miłości do dziecka/dzieci | 267 (82,9%)             | 166 (75,8%)          | 0,0419                     |
| odpowiedzialność                  | 236 (73,3%)             | 139 (63,5%)          | 0,0150                     |

Wykształcenie podstawowe posiadało 4% ankietowanych, średnie 22%, a wyższe 74% kobiet, tab. 3. Wykazano zależność pomiędzy uczuciem niepokoju, gniewu i przygnębienia wśród ankietowanych i ich stopniem wykształcenia. Spośród kobiet z wykształceniem podstawowym niepokój odczuwało 47,6%, z wykształceniem średnim 56,8%, z wykształceniem wyższym 66,2% dla  $p = 0,0547$ , gniew odczuwało 4,8% kobiet z wykształceniem podstawowym, 11% z wykształceniem średnim i 18,4% z wykształceniem wyższym dla  $p = 0,0555$ , przygnębienie – 4,8% kobiet z wykształceniem podstawowym, 17% z wykształceniem średnim i 23,6% z wykształceniem wyższym dla  $p = 0,0491$ , tab. 70.

Tab. 70. Emocje i odczucia przed porodem w zależności od stopnia wykształcenia ankietowanych.

| EMOCJE I ODCZUCIA PRZED PORODEM | WYKSZTAŁCENIE PODSTAWOWE<br>n = 21 (4%) | WYKSZTAŁCENIE ŚREDNIE<br>n = 118 (22%) | WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE<br>n = 402 (74%) | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|---------------------------------|---|--|---------------------------------------|----------------------------|
| niepokój                        | n10 (47,6%)                             | 67 (56,8%)                             | 266 (66,2%)                           | 0,0547                     |
| gniew                           | 1 (4,8%)                                | 13 (11%)                               | 74 (18,4%)                            | 0,0555                     |
| przygnębienie                   | 1 (4,8%)                                | 20 (17%)                               | 95 (23,6%)                            | 0,0491                     |



Ankietowane oceniały stopień przygotowania do porodu. 5% z nich nie czuło się dobrze przygotowane do porodu, 19% określiło przygotowanie jako średnie, 61% jako dobre a 15% jako bardzo dobre, tab. 6. Wykazano zależność pomiędzy stopniem przygotowania ciężarnej do porodu a uczuciem spokoju, radosnego oczekiwania, zadowolenia, zachwytu i bezradności przed porodem. Spokój przed porodem odczuwało 33,3% kobiet, które nie czuły się dobrze przygotowane do porodu, 60% kobiet określających swoje przygotowanie jako średnie, 64,8% dobrze i 62,2% bardzo dobrze przygotowanych do porodu dla  $p = 0,0134$ , radosne oczekiwanie odczuwało 48,2% kobiet, które nie czuły się dobrze przygotowane do porodu, 70,5% kobiet określających swoje przygotowanie jako średnie, 75,2% dobrze i 72% bardzo dobrze przygotowanych do porodu dla  $p = 0,0236$ , zadowolenie odczuwało 29,6% kobiet, które nie czuły się dobrze przygotowane do porodu, 59,1% kobiet określających swoje przygotowanie jako średnie, 62,4% dobrze i 57,3% bardzo dobrze przygotowanych do porodu dla  $p = 0,0103$ , zachwyty odczuwało 25,9% kobiet, które nie czuły się dobrze przygotowane do porodu, 50,5% kobiet określających swoje przygotowanie jako średnie, 54,4% dobrze i 46,3% bardzo dobrze przygotowanych do porodu dla  $p = 0,0285$ , bezradność natomiast odczuwało 44,4% kobiet, które nie czuły się dobrze przygotowane do porodu, 31,4% kobiet określających swoje przygotowanie jako średnie, 25,1% dobrze i 22% bardzo dobrze przygotowanych do porodu dla  $p = 0,0231$ , tab. 71.

**Tab. 71. Emocje i odczucia przed porodem w zależności od stopnia przygotowania do porodu.**

| EMOCJE I ODCZUCIA PRZED PORODEM | NIE CZUJĘ SIĘ DOBRZE PRZYGETOWANA<br>n = 27 (5%) | PRZYGETOWANIE ŚREDNIE<br>n = 105 (19%) | PRZYGETOWANIE DOBRE<br>n = 327 (61%) | PRZYGETOWANIE B. DOBRE<br>n = 82 (15%) | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|---------------------------------|--|--|--------------------------------------|--|----------------------------|
| spokój                          | 9 (33,3%)  | 63 (60%)                               | 212 (64,8%)                          | 51 (62,2%)                             | 0,0134                     |
| radosne oczekiwanie             | 13 (48,2%)                                       | 74 (70,5%)                             | 246 (75,2%)                          | 59 (72%)                               | 0,0236                     |
| zadowolenie                     | 8 (29,6%)  | 62 (59,1%)                             | 204 (62,4%)                          | 47 (57,3%)                             | 0,0103                     |
| zachwyty                        | 7 (25,9%)  | 53 (50,5%)                             | 178 (54,4%)                          | 38 (46,3%)                             | 0,0285                     |
| bezradność                      | 12 (44,4%)                                       | 33 (31,4%)                             | 82 (25,1%)                           | 18 (22%)                               | 0,0231                     |

Respondentki, które były w pierwszej ciąży częściej od pozostałych ankietowanych odczuwały dumę (61,9% vs. 52,8%,  $p = 0,0335$ ), szczęście (75,3% vs. 66%,  $p = 0,0180$ ), uczucie miłości do dziecka/dzieci (83,2% vs. 76,4%,  $p = 0,0498$ ), odpowiedzialność (74,2% vs. 63,6%,  $p = 0,0075$ ) i strach (70,5% vs. 62,8%,  $p = 0,0594$ ) przed porodem, tab. 72.

**Tab. 72. Emocje i odczucia przed porodem w zależności od liczby ciąży.**

| EMOCJE I ODCZUCIA PRZED PORODEM   | CIĄŻA PIERWSZA<br>n = 246 (46%) | KOLEJNA CIĄŻA<br>n = 295 (54%) | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| duma                              | n = 180 (61,9%)                 | n = 132 (52,8%)                | 0,0335                     |
| szczęście                         | n = 219 (75,3%)                 | n = 165 (66%)                  | 0,0180                     |
| uczucie miłości do dziecka/dzieci | n = 242 (83,2%)                 | n = 191 (76,4%)                | 0,0498                     |
| odpowiedzialność                  | n = 216 (74,2%)                 | n = 159 (63,6%)                | 0,0075                     |
| strach                            | n = 205 (70,5%)                 | n = 157 (62,8%)                | 0,0594                     |

Kobiety, których ciąża była powikłana częściej od pozostałych odczuwały niepewność (56% vs. 41,5%,  $p = 0,0011$ ), niepokój (66,7% vs. 57,5%,  $p = 0,0342$ ), strach (70,4% vs. 60,6%,  $p = 0,0205$ ), smutek (26,2% vs. 18,7%,  $p = 0,0487$ ) i obawę (64,9% vs. 51,3%,  $p = 0,0019$ ) przed porodem, tab. 73.

**Tab. 73. Emocje i odczucia przed porodem w zależności od przebiegu ciąży.**

| <b>EMOCJE I ODCZUCIA PRZED PORODEM</b> | <b>POWIKŁANY PRZEBIEG CIĄŻY<br/>n = 348 (64%)</b> | <b>NIEPOWIKŁANY PRZEBIEG CIĄŻY<br/>n = 193 (36%)</b> | <b>ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p)</b> |
|--|---|--|-----------------------------------|
| <b>niepewność</b>                      | 195 (56%)   | 80 (41,5%)   | 0,0011                            |
| <b>niepokój</b>                        | 232 (66,7%)                                       | 111 (57,5%)  | 0,0342                            |
| <b>strach</b>                          | 245 (70,4%)                                       | 117 (60,6%)  | 0,0205                            |
| <b>smutek</b>                          | 91 (26,2%)  | 36 (18,7%)   | 0,0487                            |
| <b>obawa</b>                           | 226 (64,9%)                                       | 99 (51,3%)   | 0,0019                            |

Analizując poszczególne emocje i odczucia przed porodem wykazano szereg zależności między nimi a poszczególnymi jednostkami chorobowymi, które powikłyły przebieg ciąży. Kobiety, u których wystąpiła przedwczesna czynność skurczowa, częściej od pozostałych zaznaczały odczuwanie miłości do dziecka/dzieci przed porodem (88,5% vs. 78,2%,  $p = 0,0215$ ) i obawę (69,8% vs. 58%,  $p = 0,0302$ ).

Kobiety z niewydolnością szyjki macicy częściej od pozostałych czuły przed porodem zmęczenie (72,6% vs. 60%,  $p = 0,0400$ ), bezradność (39,7% vs. 24,8%,  $p = 0,0073$ ), obawę (80,8% vs. 56,8%,  $p = 0,0001$ ) i przygnębienie (30,1% vs. 20,1%,  $p = 0,0516$ ).

Respondentki, u których w czasie ciąży wystąpiło zakażenie układu moczowego, częściej od pozostałych zaznaczały zmęczenie odczuwane przed porodem (75,4% vs. 59,5%,  $p = 0,0126$ ).

Wśród kobiet, których ciąża powikłana była krwawieniem, przed porodem częściej niż w pozostałej populacji obserwowano występowanie zmęczenia (72,6% vs. 59,5%,  $p = 0,0042$ ) oraz niepokoju (80,6% vs. 61%,  $p = 0,0018$ ).

Ankietowane, u których w czasie ciąży doszło do zakażenia pochwy, częściej niż pozostałe respondentki zaznaczały przed porodem obawę (86,7% vs. 57,7%,  $p = 0,001$ ) i przygnębienie (33,3% vs. 20,4%,  $p = 0,0424$ ).

Kobiety cierpiące z powodu niedoczynności tarczycy w czasie ciąży rzadziej w odniesieniu do pozostałej populacji odczuwały radość (65,8% vs. 82,7%,  $p = 0,0096$ ), pewność siebie (39,5% vs. 57,7%,  $p = 0,0293$ ), czułość (36,8% vs. 62,8%,  $p = 0,0015$ ), dumę (42,1% vs. 58,9%,  $p = 0,0440$ ) i szczęście (52,6% vs. 72,4%,  $p = 0,0097$ ).

Respondentki, których ciężę powikłało położenie miednicowe płodu częściej od pozostałych zaznaczały, iż przed porodem doświadczyły niepewności (71,4% vs. 49,4%,  $p = 0,0117$ ) i niepokoju (80% vs. 62,3%,  $p = 0,0350$ ).

W przypadku wystąpienia choroby płodu, ankietowane rzadziej od pozostałych kobiet zaznaczały radość (61,9% vs. 82,3%,  $p = 0,0182$ ) i zadowolenie (38% vs. 60,2%,  $p = 0,0432$ ), częściej natomiast strach (95,2% vs. 65,8%,  $p = 0,0049$ ).

Kobiety, których ciąża została powikłana niedokrwistością, częściej odczuwały zmęczenie przed porodem, w odniesieniu do pozostałych (79,4% vs. 60,6%,  $p = 0,0285$ ).

W przypadku wystąpienia u ciężarnych zmian nastroju, te kobiety rzadziej od pozostałych odczuwały przed porodem spokój (40,7% vs. 63%,  $p = 0,0200$ ), częściej natomiast niepewność (70,4% vs. 49,8%,  $p = 0,0372$ ), niepokój (85,2% vs. 62,3%,  $p = 0,0159$ ), obawę (77,8% vs. 59%,  $p = 0,0539$ ) i ból (55,6% vs. 36,4%,  $p = 0,0446$ ).

Ankietyowane, wśród których wystąpiły niepowściągliwe wymioty ciężarnych, częściej od reszty populacji doświadczały zmęczenia (88% vs. 60,5%,  $p = 0,0056$ ) i bólu (64% vs. 36,1%,  $p = 0,0047$ ) przed porodem.

Ciężarne, wśród których w czasie ciąży wystąpiła depresja, rzadziej od pozostałych odczuwały radość (33,3% vs. 81,8%,  $p = 0,0310$ ), częściej natomiast obojętność (100% vs. 13,6%,  $p < 0,001$ ), potrzebę izolacji/odosobnienia (66,7% vs. 21%,  $p = 0,0538$ ), niepewność (100% vs. 50,6%,  $p = 0,0434$ ) oraz przygnębienie (66,7% vs. 21,2%,  $p = 0,0556$ ), tab. 74.

**Tab. 74. Poszczególne emocje i odczucia przed porodem w zależności od powikłań ciąży.**

| EMOCJE I ODCZUCIA PRZED PORODEM   | PRZEDWCZESNE SKURCZE       |                        | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|-----------------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------------|
|                                   | TAK<br>n = 96 (17,7%)      | NIE<br>n = 445 (82,3%) |                            |
| uczucie miłości do dziecka/dzieci | 85 (88,5%)                 | 348 (78,2%)            | 0,0215                     |
| obawa                             | 67 (69,8%)                 | 258 (58%)              | 0,0302                     |
| EMOCJE I ODCZUCIA PRZED PORODEM   | NIEWYDOLNOŚĆ SZYJKI MACICY |                        | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|                                   | TAK<br>n = 73 (13,5%)      | NIE<br>n = 468 (86,5%) |                            |
| zmęczenie                         | 53 (72,6%)                 | 281 (60%)              | 0,0400                     |
| bezzadność                        | 29 (39,7%)                 | 116 (24,8%)            | 0,0073                     |
| obawa                             | 59 (80,8%)                 | 266 (56,8%)            | 0,0001                     |
| przygnębienie                     | 22 (30,1%)                 | 94 (20,1%)             | 0,0516                     |
| EMOCJE I ODCZUCIA PRZED PORODEM   | ZAKAŻENIE UKŁADU MOCZOWEGO |                        | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|                                   | TAK<br>n = 69 (12,8%)      | NIE<br>n = 472 (87,2%) |                            |
| zmęczenie                         | 52 (75,4%)                 | 282 (59,5%)            | 0,0126                     |
| EMOCJE I ODCZUCIA PRZED PORODEM   | KRWAWIENIE                 |                        | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|                                   | TAK<br>n = 67 (12,4%)      | NIE<br>n = 470 (87,6%) |                            |
| zmęczenie                         | 53 (72,6%)                 | 282 (59,5%)            | 0,0042                     |
| niepokój                          | 54 (80,6%)                 | 289 (61%)              | 0,0018                     |
| EMOCJE I ODCZUCIA PRZED PORODEM   | ZAKAŻENIE POCHWY           |                        | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|                                   | TAK<br>n = 45 (8,3%)       | NIE<br>n = 496 (91,7%) |                            |
| obawa                             | 39 (86,7%)                 | 286 (57,7%)            | 0,0001                     |
| przygnębienie                     | 15 (33,3%)                 | 101 (20,4%)            | 0,0423                     |

| EMOCJE I ODCZUCIA PRZED PORODEM | NIEDOCZYNNOSĆ TARCZYCY             |                        | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|---------------------------------|------------------------------------|------------------------|----------------------------|
|                                 | TAK<br>n = 38 (7%)                 | NIE<br>n = 503 (93%)   |                            |
| radość                          | 25 (65,8%)                         | 416 (82,7%)            | 0,0096                     |
| pewność siebie                  | 15 (39,5%)                         | 290 (57,7%)            | 0,0293                     |
| czułość                         | 14 (36,8%)                         | 316 (62,8%)            | 0,0015                     |
| duma                            | 16 (42,1%)                         | 296 (58,9%)            | 0,0440                     |
| szczęście                       | 20 (52,6%)                         | 364 (72,4%)            | 0,0097                     |
| EMOCJE I ODCZUCIA PRZED PORODEM | POŁOŻENIE MIEDNICOWE PŁODU         |                        | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|                                 | TAK<br>n = 35 (6,5%)               | NIE<br>n = 506 (93,5%) |                            |
| niepewność                      | 25 (71,4%)                         | 250 (49,4%)            | 0,0117                     |
| niepokój                        | 28 (80%)                           | 315 (62,3%)            | 0,0350                     |
| EMOCJE I ODCZUCIA PRZED PORODEM | CHOROBA PŁODU                      |                        | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|                                 | TAK<br>n = 34 (6,3%)               | NIE<br>n = 507 (93,7%) |                            |
| radość                          | 13 (61,9%)                         | 428 (82,3%)            | 0,0182                     |
| zadowolenie                     | 8 (38%)                            | 313 (60,2%)            | 0,0432                     |
| strach                          | 20 (95,2%)                         | 342 (65,8%)            | 0,0049                     |
| EMOCJE I ODCZUCIA PRZED PORODEM | NIEDOKRWISTOŚĆ                     |                        | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|                                 | TAK n = 34 (6,3%)                  | NIE n = 507 (93,7%)    |                            |
| zmęczenie                       | 27 (79,4%)                         | 307 (60,6%)            | 0,0285                     |
| EMOCJE I ODCZUCIA PRZED PORODEM | ZMIANY NASTROJU                    |                        | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|                                 | TAK<br>n = 27 (5%)                 | NIE<br>n = 514 (95%)   |                            |
| spokój                          | 11 (40,7%)                         | 324 (63%)              | 0,0200                     |
| niepewność                      | 19 (70,4%)                         | 256 (49,8%)            | 0,0372                     |
| niepokój                        | 23 (85,2%)                         | 320 (62,3%)            | 0,0159                     |
| obawa                           | 21 (77,8%)                         | 304 (59%)              | 0,0539                     |
| ból                             | 15 (55,6%)                         | 187 (36,4%)            | 0,0446                     |
| EMOCJE I ODCZUCIA PRZED PORODEM | NIEPOWŚCIĄGLIWE WYMIOTY CIĘŻARNYCH |                        | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|                                 | TAK<br>n = 25 (4,6%)               | NIE<br>n = 516 (95,4%) |                            |
| zmęczenie                       | 22 (88%)                           | 312 (60,5%)            | 0,0056                     |
| ból                             | 16 (64%)                           | 186 (36,1%)            | 0,0047                     |
| EMOCJE I ODCZUCIA PRZED PORODEM | DEPRESJA                           |                        | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|                                 | TAK<br>n = 3 (0,6%)                | NIE<br>n = 538 (99,4%) |                            |
| radość                          | 1 (33,3%)                          | 440 (81,8%)            | 0,0310                     |
| obojętność                      | 3 (100%)                           | 73 (13,6%)             | < 0,001                    |
| potrzeba izolacji/odosobnienia  | 2 (66,7%)                          | 113 (21%)              | 0,0538                     |
| niepewność                      | 3 (100%)                           | 272 (50,6%)            | 0,0434                     |
| przygnębienie                   | 2 (66,7%)                          | 114 (21,2%)            | 0,0556                     |

#### 4.4. Emocje i odczucia po porodzie

Emocje i odczucia występujące u położnic przedstawiono w tab. 75.

Tab. 75. Odczucia i emocje przeżywane przez kobiety po porodzie.

| EMOCJE I ODCZUCIA PO PORODZIE  | LICZBA (n) | PROCENT (%) | Mediana (Me) | WARTOŚĆ MINIMALNA (min) | WARTOŚĆ MAKSYMALNA (max) |
|--------------------------------|------------|-------------|--------------|-------------------------|--------------------------|
| radość                         | 502        | 93          | 10           | 5                       | 10                       |
| miłość w stosunku do dziecka   | 499        | 92          | 10           | 4                       | 10                       |
| szczęście                      | 476        | 88          | 10           | 2                       | 10                       |
| czułość                        | 462        | 85          | 10           | 4                       | 10                       |
| odpowiedzialność               | 433        | 80          | 10           | 1                       | 10                       |
| zadowolenie                    | 425        | 79          | 10           | 2                       | 10                       |
| spokój                         | 412        | 76          | 8            | 1                       | 10                       |
| duma                           | 410        | 75,8        | 10           | 1                       | 10                       |
| zmęczenie                      | 395        | 73          | 7            | 1                       | 10                       |
| zachwyty                       | 370        | 68          | 10           | 1                       | 10                       |
| pewność siebie                 | 340        | 63          | 8            | 1                       | 10                       |
| radosne oczekiwanie            | 264        | 54          | 10           | 2                       | 10                       |
| ból                            | 255        | 47          | 5            | 1                       | 10                       |
| obawa                          | 219        | 41          | 4            | 1                       | 10                       |
| niepokój                       | 205        | 38          | 5            | 1                       | 10                       |
| strach                         | 191        | 35          | 4            | 1                       | 10                       |
| niepewność                     | 178        | 33          | 5            | 1                       | 10                       |
| zniecierpliwienie              | 145        | 27          | 5            | 1                       | 10                       |
| bezzradność                    | 125        | 23          | 4            | 1                       | 10                       |
| smutek                         | 104        | 19          | 2            | 1                       | 10                       |
| przygnębienie                  | 86         | 16          | 2            | 1                       | 10                       |
| potrzeba izolacji/odosobnienia | 80         | 15          | 2            | 1                       | 10                       |
| gniew                          | 51         | 9,4         | 1            | 1                       | 9                        |
| obojętność                     | 51         | 9,4         | 1            | 1                       | 8                        |
| rozczarowanie                  | 49         | 9,1         | 1            | 1                       | 10                       |
| niechęć                        | 48         | 8,9         | 1            | 1                       | 5                        |
| inne                           | 4          | 0,7         | -            | -                       | -                        |

Uczucia radości po porodzie doświadczyło 93% ankietowanych (Me = 10, min = 5, max = 10, tab. 75). Najwięcej kobiet zaznaczyło natężenie radości na poziomie 10 (78,9%), najmniej na poziomie 6 (0,2%). Następnie położnice zaznaczały wartości: 8 (7,6%), 9 (4,3%), 5 (1,1%), i 7 (0,7%). Żadna z kobiet nie zaznaczyła wartości 1, 2, 3 i 4, tab. 76.

**Tab. 76. Radość po porodzie.**

| RADOŚĆ<br>PO PORODZIE | LICZBA n | PROCENT<br>% |
|-----------------------|----------|--------------|
| 5                     | 6        | 1,1          |
| 6                     | 1        | 0,2          |
| 7                     | 4        | 0,7          |
| 8                     | 41       | 7,6          |
| 9                     | 23       | 4,3          |
| 10                    | 427      | 78,9         |

Miłość do dziecka/dzieci po porodzie odczuwało 92% położnic (Me = 10, min = 4, max = 10, tab. 75). Ankietowane najczęściej zaznaczały wartość 10 (88,2%), najrzadziej – 7 (0,2%). Następnie wybierały wartości: 9 (1,7%), 8 (1,1%), 4, 5 i 6 (0,4%). Żadna z kobiet nie zaznaczyła wartości 1, 2 i 3, tab. 77.

**Tab. 77. Miłość do dziecka/dzieci po porodzie.**

| MIŁOŚĆ DO<br>DZIECKA/DZIECI<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|--|-------------|--------------|
| 4  | 2           | 0,4          |
| 5  | 2           | 0,4          |
| 6  | 2           | 0,4          |
| 7  | 1           | 0,2          |
| 8  | 6           | 1,1          |
| 9  | 9           | 1,7          |
| 10   | 477         | 88,2         |

Uczucia szczęścia po porodzie doświadczyło 88% położnic (Me = 10, min = 2, max = 10, tab. 75). Najwięcej kobiet zaznaczyło wartość 10 (79,5%), najmniej – 2 (0,2%). Następnie kobiety wybierały wartości: 8 (3,3%), 9 (2,6%), 5 (1,1%), 7 (0,9%) i 6 (0,4%). Żadna z ankietowanych nie wybrała wartości 1, 3 i 4, tab. 78.

**Tab. 78. Szczęście po porodzie.**

| SZCZĘŚCIE<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|--------------------------|-------------|--------------|
| 2                        | 1           | 0,2          |
| 5                        | 6           | 1,1          |
| 6                        | 2           | 0,4          |
| 7                        | 5           | 0,9          |
| 8                        | 18          | 3,3          |
| 9                        | 14          | 2,6          |
| 10                       | 430         | 79,5         |

Czułości po porodzie doświadczyło 85% ankietowanych, (Me = 10, min = 4, max = 10, tab. 75). Najczęściej kobiety zaznaczały wartość 10 (72,5%), najrzadziej – 4 (0,2%). Następnie położnice wybierały wartości: 8 (5,2%), 9 (4,4%), 7 (1,9%), 5 (0,7%) i 6 (0,6%). Żadna z ankietowanych nie zaznaczyła natężenia czułości na poziomie 1-3, tab. 79.

**Tab. 79. Czułość po porodzie.**

| CZUŁOŚĆ<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|------------------------|-------------|--------------|
| 4                      | 1           | 0,2          |
| 5                      | 4           | 0,7          |
| 6                      | 3           | 0,6          |
| 7                      | 10          | 1,9          |
| 8                      | 28          | 5,2          |
| 9                      | 24          | 4,4          |
| 10                     | 392         | 72,5         |

Odpowiedzialność po porodzie odczuwało 80% położnic (Me = 10, min = 1, max = 10, tab. 75). Najczęściej kobiety zaznaczały wartość 10 (66,9%), najrzadziej – 1 (0,2%). Następnie ankietowane wybierały wartości na poziomie: 8 (6,1%), 9 (3,1%), 7 (1,8%), 5 (0,9%), 6 (0,6%), 3 (0,4%), przy czym żadna z kobiet nie wybrała wartości 2 i 4, tab. 80.

**Tab. 80. Odpowiedzialność po porodzie.**

| ODPOWIEDZIALNOŚĆ<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|---------------------------------|-------------|--------------|
| 1                               | 1           | 0,2          |
| 3                               | 2           | 0,4          |
| 5                               | 5           | 0,9          |
| 6                               | 3           | 0,6          |
| 7                               | 10          | 1,8          |
| 8                               | 33          | 6,1          |
| 9                               | 17          | 3,1          |
| 10                              | 362         | 66,9         |

Uczucia zadowolenia po porodzie doświadczyło 79% kobiet (Me = 10, min = 2, max = 10, tab. 75). Najwięcej ankietowanych wybierało wartość 10 (58,8%), najmniej – 2, 4 i 6 (0,4%). Następnie respondentki zaznaczały: 8 (9,6%), 9 (5%), 5 (2%), 7 (1,5%) i 3 (0,6%). Żadna z kobiet nie wybrała wartości 1, tab. 81.

**Tab. 81. Zadowolenie po porodzie.**

| ZADOWOLENIE<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|----------------------------|-------------|--------------|
| 2                          | 2           | 0,4          |
| 3                          | 3           | 0,6          |
| 4                          | 2           | 0,4          |
| 5                          | 11          | 2            |
| 6                          | 2           | 0,4          |
| 7                          | 8           | 1,5          |
| 8                          | 52          | 9,6          |
| 9                          | 27          | 5            |
| 10                         | 318         | 58,8         |

Spokój po porodzie odczuwało 76% ankietowanych ( $Me = 8$ ,  $min = 1$ ,  $max = 10$ , tab. 75). Najczęściej kobiety wybierały natężenie tego odczucia na poziomie 10 (31,4%), najrzadziej na poziomie 1 (0,4%). Następnie respondentki wybierały wartości: 8 (19,2%), 5 (7,4%), 7 (5,6%), 9 (5,2%), 6 (4,6%), 2 (1,3%), 2 (1,3%), 3 i 4 (0,7%), tab. 82.

**Tab. 82. Spokój po porodzie.**

| SPOKÓJ<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|-----------------------|-------------|--------------|
| 1                     | 2           | 0,4          |
| 2                     | 7           | 1,3          |
| 3                     | 4           | 0,7          |
| 4                     | 4           | 0,7          |
| 5                     | 40          | 7,4          |
| 6                     | 23          | 4,6          |
| 7                     | 30          | 5,6          |
| 8                     | 104         | 19,2         |
| 9                     | 28          | 5,2          |
| 10                    | 170         | 31,4         |

Dumy po porodzie doświadczyło również blisko 76% położnic ( $Me = 10$ ,  $min = 1$ ,  $max = 10$ , tab. 75). Najwięcej kobiet wybrało jej natężenie na poziomie 10 (63,2%), najmniej na poziomie 1 i 4 (0,2%). Następnie ankietowane wybierały wartości: 8 (5,4%), 9 (3,5%), 6 (1,5%) oraz 5 i 7 (0,9%). Żadna z kobiet nie określiła natężenia dumy na poziomie 2 i 3, tab. 83.

**Tab. 83. Duma po porodzie.**

| DUMA<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|---------------------|-------------|--------------|
| 1                   | 1           | 0,2          |
| 4                   | 1           | 0,2          |
| 5                   | 5           | 0,9          |
| 6                   | 8           | 1,5          |
| 7                   | 5           | 0,9          |
| 8                   | 29          | 5,4          |
| 9                   | 19          | 3,5          |
| 10                  | 342         | 63,2         |



Zmęczonych po porodzie czuło się 73% respondentek (Me = 7, min = 1, max = 10, tab. 75). Najczęściej kobiety określały natężenie zmęczenia na poziomie 8 (17,2%), najrzadziej na poziomie 1 (0,9%). Następnie położnice wybierały wartości: 10 (14,4%), 5 (11,5%), 7 (7,4%), 6 (6,1%), 2 (5,2%), 4 (4,3%), 3 (3,3%) i 9 (2,8%), tab. 84.

**Tab. 84. Zmęczenie po porodzie.**

| ZMĘCZENIE<br>PO PORODZIE | LICZBA n | PROCENT<br>% |
|--------------------------|----------|--------------|
| 1                        | 5        | 0,9          |
| 2                        | 28       | 5,2          |
| 3                        | 18       | 3,3          |
| 4                        | 23       | 4,3          |
| 5                        | 62       | 11,5         |
| 6                        | 33       | 6,1          |
| 7                        | 40       | 7,4          |
| 8                        | 93       | 17,2         |
| 9                        | 15       | 2,8          |
| 10                       | 78       | 14,4         |

Zachwyty po porodzie odczuwało 68% kobiet (Me = 10, min = 1, max = 10, tab. 75). Najwięcej ankietowanych zaznaczyło jego natężenie na poziomie 10 (54,3%), najmniej na poziomie 4 i 6 (0,2%). Następnie położnice wybierały wartości: 8 (7,4%), 9 (3%), 5 (1,8%), 7 (1,1%) i 1 (0,4%). Żadna z kobiet nie wybrała wartości na poziomie 2 i 3, tab. 85.

**Tab. 85. Zachwyty po porodzie.**

| ZACHWYT<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|------------------------|-------------|--------------|
| 1                      | 2           | 0,4          |
| 4                      | 1           | 0,2          |
| 5                      | 10          | 1,9          |
| 6                      | 1           | 0,2          |
| 7                      | 6           | 1,1          |
| 8                      | 40          | 7,4          |
| 9                      | 16          | 3            |
| 10                     | 294         | 54,3         |

Pewność siebie po porodzie czuło 63% ankietowanych (Me = 8, min = 1, max = 10, tab. 75). Najwięcej położnic zaznaczyło jej natężenie na poziomie 10 (18,7%), najmniej na poziomie 1 (0,4%). Następnie kobiety wybierały wartości: 8 (17,2%), 5 (7,6%), 7 (6,5%), 6 i 9 (4,1%), 4 (2%), 3 (1,3%) i 2 (1,1%), tab. 86.

**Tab. 86. Pewność siebie po porodzie.**

| PEWNOŚĆ SIEBIE<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|-------------------------------|-------------|--------------|
| 1                             | 2           | 0,4          |
| 2                             | 6           | 1,1          |
| 3                             | 7           | 1,3          |
| 4                             | 11          | 2            |
| 5                             | 41          | 7,6          |
| 6                             | 22          | 4,1          |
| 7                             | 35          | 6,5          |
| 8                             | 93          | 17,2         |
| 9                             | 22          | 4,1          |
| 10                            | 101         | 18,7         |

Radosnego oczekiwania po porodzie doświadczyło 54% położnic (Me = 10, min = 2, max = 10, tab. 75). Najczęściej kobiety zaznaczały jego natężenie na poziomie 10 (38,1%), najrzadziej na poziomie 4 (0,2%). Następnie ankietowane wybierały wartości: 8 (8,5%), 7 (2,4%), 5 (2,2%), 9 (1,8%), 6 (0,7%) i 2 (0,4%). Żadna z kobiet nie zaznaczyła natężenia radosnego oczekiwania na poziomie 1 i 3, tab. 87.

**Tab. 87. Radosne oczekiwanie po porodzie.**

| RADOSNE<br>OCZEKIWANIE<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|---------------------------------------|-------------|--------------|
| 2                                     | 2           | 0,4          |
| 4                                     | 1           | 0,2          |
| 5                                     | 12          | 2,2          |
| 6                                     | 4           | 0,7          |
| 7                                     | 13          | 2,4          |
| 8                                     | 46          | 8,5          |
| 9                                     | 10          | 1,8          |
| 10                                    | 206         | 38,1         |

Ból po porodzie odczuwało 47% położnic (Me = 5, min = 1, max = 10, tab. 75). Najczęściej kobiety określały jego natężenie na poziomie 5 (11,3%), najrzadziej na poziomie 9 (0,7%). Następnie ankietowane wybierały wartości: 10 (6,1%), 8 (5,7%), 2 (5,4%), 4 (4,8%), 3 (4,1%), 7 (3,7%), 1 (3,1%) i 6 (2,2%), tab. 88.

**Tab. 88. Ból po porodzie.**

| BÓL<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|--------------------|-------------|--------------|
| 1                  | 17          | 3,1          |
| 2                  | 29          | 5,4          |
| 3                  | 22          | 4,1          |
| 4                  | 26          | 4,8          |
| 5                  | 61          | 11,3         |
| 6                  | 12          | 2,2          |
| 7                  | 20          | 3,7          |
| 8                  | 31          | 5,7          |
| 9                  | 4           | 0,7          |
| 10                 | 33          | 6,1          |

Uczucia obawy po porodzie doświadczyło 41% ankietowanych (Me = 4, min = 1, max = 10, tab. 75). Najczęściej kobiety określały jej natężenie na poziomie 3 (7,8%), najrzadziej na poziomie 9 (1,1%). Następnie respondentki wybierały wartości: 5 (6,1%), 2 (5,6%), 4 (4,4%), 1 (3,9%), 6 (3,3%), 7 (3%), 10 (2,8%) i 8 (2,6%) tab. 89.

**Tab. 89. Obawa po porodzie.**

| OBAWA<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|----------------------|-------------|--------------|
| 1                    | 21          | 3,9          |
| 2                    | 30          | 5,6          |
| 3                    | 42          | 7,8          |
| 4                    | 24          | 4,4          |
| 5                    | 33          | 6,1          |
| 6                    | 18          | 3,3          |
| 7                    | 16          | 3            |
| 8                    | 14          | 2,6          |
| 9                    | 6           | 1,1          |
| 10                   | 15          | 2,8          |

Niepokój po porodzie czuło 38% położnic ( $Me = 5$ ,  $min = 1$ ,  $max = 10$ , tab. 75). Najczęściej ankietowane zaznaczały jego natężenie na poziomie 5 (7,6%), najrzadziej na poziomie 9 (1,1%). Następnie kobiety wybierały wartości: 2 (6,5%), 1 (4,6%), 3 (4,4%), 4 i 6 (3,1%), 7 i 8 (2,6%) i 10 (2,2%), tab. 90.

**Tab. 90. Niepokój po porodzie.**

| NIEPOKÓJ<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|-------------------------|-------------|--------------|
| 1                       | 25          | 4,6          |
| 2                       | 35          | 6,5          |
| 3                       | 24          | 4,4          |
| 4                       | 17          | 3,1          |
| 5                       | 41          | 7,6          |
| 6                       | 17          | 3,1          |
| 7                       | 14          | 2,6          |
| 8                       | 14          | 2,6          |
| 9                       | 6           | 1,1          |
| 10                      | 12          | 2,2          |

Strach po porodzie odczuwało 35% ankietowanych ( $Me = 4$ ,  $min = 1$ ,  $max = 10$ , tab. 75). Najczęściej kobiety określały jego natężenie na poziomie 1 i 5 (5,9%), najrzadziej na poziomie 9 (0,7%). Następnie położnice wybierały wartości: 2 (4,6%), 3 (4,4%), 4 (3,3%), 10 (2,8%), 6 i 8 (2,6%) oraz 7 (2,4%), tab. 91.

**Tab. 91. Strach po porodzie.**

| STRACH<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|-----------------------|-------------|--------------|
| 1                     | 32          | 5,9          |
| 2                     | 25          | 4,6          |
| 3                     | 24          | 4,4          |
| 4                     | 18          | 3,3          |
| 5                     | 32          | 5,9          |
| 6                     | 14          | 2,6          |
| 7                     | 13          | 2,4          |
| 8                     | 14          | 2,6          |
| 9                     | 4           | 0,7          |
| 10                    | 15          | 2,8          |

Uczucie niepewności po porodzie towarzyszyło 33% położnic (Me = 5, min = 1, max = 10, tab. 75). Kobiety najczęściej określały jej natężenie na poziomie 5 (6,5%), najrzadziej na poziomie 9 (1,5%). Następnie ankietowane wybierały wartości: 2 (5%), 3 (4,1%), 1 (3,9%), 4 i 8 (3,1%), 7 (2%), 6 i 10 (1,8%), tab. 92.

**Tab. 92. Niepewność po porodzie.**

| NIEPEWNOŚĆ<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|---------------------------|-------------|--------------|
| 1                         | 21          | 3,9          |
| 2                         | 27          | 5            |
| 3                         | 22          | 4,1          |
| 4                         | 17          | 3,1          |
| 5                         | 35          | 6,5          |
| 6                         | 10          | 1,8          |
| 7                         | 11          | 2            |
| 8                         | 17          | 3,1          |
| 9                         | 8           | 1,5          |
| 10                        | 10          | 1,8          |

Zniecierpliwienie po porodzie czuło 27% kobiet (Me = 5, min = 1, max = 10, tab. 75). Najczęściej ankietowane określały natężenie zniecierpliwienia na poziomie 1 (4,6%), najrzadziej na poziomie 9 (0,6%). Następnie respondentki wybierały wartości: 5 (3,9%), 2 (3,5%), 10 (3,1%), 6 (3%), 8 (2,4%), 4 (2,2%), 3 (1,8%) i 7 (1,7%), tab. 93.

**Tab. 93. Zniecierpliwienie po porodzie.**

| ZNIECIERPLIWIE<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|-------------------------------|-------------|--------------|
| 1                             | 25          | 4,6          |
| 2                             | 19          | 3,5          |
| 3                             | 10          | 1,8          |
| 4                             | 12          | 2,2          |
| 5                             | 21          | 3,9          |
| 6                             | 16          | 3            |
| 7                             | 9           | 1,7          |
| 8                             | 13          | 2,4          |
| 9                             | 3           | 0,6          |
| 10                            | 17          | 3,1          |

Bezradność po porodzie odczuwało 23% położnic (Me = 4, min = 1, max = 10, tab. 75). Najwięcej kobiet zaznaczyło jej natężenie na poziomie 1 (5%), najmniej na poziomie 9 (0,4%). Następnie ankietowane wybierały wartości: 2 (3,3%), 3 (3,1%), 4 (2,6%), 5 (2,4%), 10 (2,2%), 8 (1,8%), 6 (1,7%) i 7 (0,6%), tab. 94.

**Tab. 94. Bezradność po porodzie.**

| BEZRADNOŚĆ<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|---------------------------|-------------|--------------|
| 1                         | 27          | 5            |
| 2                         | 18          | 3,3          |
| 3                         | 17          | 3,1          |
| 4                         | 14          | 2,6          |
| 5                         | 13          | 2,4          |
| 6                         | 9           | 1,7          |
| 7                         | 3           | 0,6          |
| 8                         | 10          | 1,8          |
| 9                         | 2           | 0,4          |
| 10                        | 12          | 2,2          |

Uczucia smutku po porodzie doświadczyło 19% ankietowanych (Me = 2, min = 1, max = 10, tab. 75). Najwięcej położnic określiło jego natężenie na poziomie 1 (6,7%), najmniej na poziomie 6 (0,2%). Następnie kobiety wybierały wartości: 2 (3,5%), 3 (2,2%), 5 (1,8%), 4 (1,7%), 10 (1,1%), 8 (0,9%), 7 i 9 (0,6%), tab. 95.

**Tab. 95. Smutek po porodzie.**

| SMUTEK PO<br>PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|-----------------------|-------------|--------------|
| 1                     | 36          | 6,7          |
| 2                     | 19          | 3,5          |
| 3                     | 12          | 2,2          |
| 4                     | 9           | 1,7          |
| 5                     | 10          | 1,8          |
| 6                     | 1           | 0,2          |
| 7                     | 3           | 0,6          |
| 8                     | 5           | 0,9          |
| 9                     | 3           | 0,6          |
| 10                    | 6           | 1,1          |

Przygnębienie po porodzie odczuwało 16% położnic (Me = 2, min = 1, max = 10, tab. 75). Najwięcej kobiet określiło jego natężenie na poziomie 1 (6,3%), najmniej na poziomie 6 (0,4%). Następnie ankietowane wybierały wartości: 2 (2,6%), 4 i 5 (1,7%), 3 (0,9%), 8 (0,7%) oraz 7, 9 i 10 (0,6%), tab. 96.

**Tab. 96. Przygnębienie po porodzie.**

| PRZYGNĘBIENIE<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|------------------------------|-------------|--------------|
| 1                            | 34          | 6,3          |
| 2                            | 14          | 2,6          |
| 3                            | 5           | 0,9          |
| 4                            | 9           | 1,7          |
| 5                            | 9           | 1,7          |
| 6                            | 2           | 0,4          |
| 7                            | 3           | 0,6          |
| 8                            | 4           | 0,7          |
| 9                            | 3           | 0,6          |
| 10                           | 3           | 0,6          |

Potrzebę izolacji/odosobnienia po porodzie odczuwało 15% położnic (Me = 2, min = 1, max = 10, tab. 75). Najczęściej kobiety określały jej natężenie na poziomie 1 (5,5%), najrzadziej na poziomie 9 (0,2%). Następnie ankietowane wybierały wartości: 5 (2,2%), 2 (2%), 10 (1,1%), 3 i 8 (0,9%), 6 i 7 (0,7%) oraz 4 (0,4%), tab. 97.

**Tab. 97. Potrzeba izolacji/odosobnienia po porodzie.**

| POTRZEBA<br>IZOLACJI/ODOSOBNIENIA<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|--|-------------|--------------|
| 1  | 30          | 5,5          |
| 2  | 11          | 2            |
| 3  | 5           | 0,9          |
| 4  | 2           | 0,4          |
| 5  | 12          | 2,2          |
| 6  | 4           | 0,7          |
| 7  | 4           | 0,7          |
| 8  | 5           | 0,9          |
| 9  | 1           | 0,2          |
| 10   | 6           | 1,1          |

Uczucia gniewu po porodzie doświadczyło 9,4% (Me = 1, min = 1, max = 9, tab. 75). Najwięcej kobiet zaznaczyło jego natężenie na poziomie 1 (5,5%), najmniej na poziomie 7 i 9 (0,2%). Następnie ankietowane zaznaczały wartości: 2 (1,5%), 5 (0,9%) oraz 3 i 4 (0,6%). Żadna z kobiet nie wybrała wartości 6, 8 i 10, tab. 98.

**Tab. 98. Gniew po porodzie.**

| GNIEW<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|----------------------|-------------|--------------|
| 1                    | 30          | 5,5          |
| 2                    | 8           | 1,5          |
| 3                    | 3           | 0,6          |
| 4                    | 3           | 0,6          |
| 5                    | 5           | 0,9          |
| 7                    | 1           | 0,2          |
| 9                    | 1           | 0,2          |

Obojętność po porodzie odczuwało również 9,4% kobiet (Me = 1, min = 1, max = 8, tab. 75). Najwięcej ankietowanych zaznaczyło natężenie obojętności na poziomie 1 (5,2%), najmniej na poziomie 4 i 7 (0,2%). Następnie położnice wybierały wartości: 2 (2%), 5 i 8 (0,6%) oraz 3 i 6 (0,4%). Żadna z kobiet nie wybrała wartości 9 i 10, tab. 99.

**Tab. 99. Obojętność po porodzie.**

| OBOJĘTNOŚĆ<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|---------------------------|-------------|--------------|
| 1                         | 28          | 5,2          |
| 2                         | 11          | 2            |
| 3                         | 2           | 0,4          |
| 4                         | 1           | 0,2          |
| 5                         | 3           | 0,6          |
| 6                         | 2           | 0,4          |
| 7                         | 1           | 0,2          |
| 8                         | 3           | 0,6          |

Rozczarowanie po porodzie odczuwało 9,1% położnic (Me = 1, min = 1, max = 10, tab. 75). Najczęściej kobiety określały jego natężenie na poziomie 1 (5,9%), najrzadziej na poziomie 5, 6, 8 i 10 (0,2%). Następnie ankietowane wybierały wartości: 2 (1,3%) oraz 3 i 4 (0,6%). Żadna z kobiet nie zaznaczyła natężenia rozczarowania po porodzie na poziomie 7 i 9, tab. 100.

**Tab. 100. Rozczarowanie po porodzie.**

| ROZCZAROWANIE<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|------------------------------|-------------|--------------|
| 1                            | 32          | 5,9          |
| 2                            | 7           | 1,3          |
| 3                            | 3           | 0,6          |
| 4                            | 3           | 0,6          |
| 5                            | 1           | 0,2          |
| 6                            | 1           | 0,2          |
| 8                            | 1           | 0,2          |
| 10                           | 1           | 0,2          |

Niechęć po porodzie odczuwało 8,9% kobiet (Me = 1, min = 1, max = 5, tab. 75). Najwięcej kobiet określiło jej wartość na poziomie 1 (5,9%), najmniej na poziomie 3, 4 i 5 (0,6%). 1,3% ankietowanych zaznaczyło natężenie niechęci po porodzie na poziomie 2. Żadna z położnic nie określiła natężenia niechęci po porodzie na poziomie od 6 do 10, tab. 101.

**Tab. 101. Niechęć po porodzie.**

| NIECHĘĆ<br>PO PORODZIE | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|------------------------|-------------|--------------|
| 1                      | 32          | 5,9          |
| 2                      | 7           | 1,3          |
| 3                      | 3           | 0,6          |
| 4                      | 3           | 0,6          |
| 5                      | 3           | 0,6          |



W tab. 102 zestawiono częstość występowania poszczególnych odczuć i emocji przed porodem i po porodzie.

**Tab. 102. Zestawienie częstości występowania poszczególnych odczuć i emocji przed porodem i po porodzie.**

| EMOCJE I ODCZUCIA              | PRZED PORODEM |             |              |                  |                   | PO PORODZIE |             |              |                  |                   |
|--------------------------------|---------------|-------------|--------------|------------------|-------------------|-------------|-------------|--------------|------------------|-------------------|
|                                | LICZBA (n)    | PROCENT (%) | MEDIANA (Me) | WART. MIN. (min) | WART. MAKS. (max) | LICZBA (n)  | PROCENT (%) | MEDIANA (Me) | WART. MIN. (min) | WART. MAKS. (max) |
| radość                         | 441           | 82          | 9            | 1                | 10                | 502         | 93          | 10           | 5                | 10                |
| miłość w stosunku do dziecka   | 433           | 80          | 10           | 4                | 10                | 499         | 92          | 10           | 4                | 10                |
| radosne oczekiwanie            | 392           | 73          | 10           | 2                | 10                | 264         | 54          | 10           | 2                | 10                |
| szczęście                      | 384           | 71          | 10           | 2                | 10                | 476         | 88          | 10           | 4                | 10                |
| odpowiedzialność               | 375           | 69          | 10           | 2                | 10                | 433         | 80          | 10           | 1                | 10                |
| strach                         | 362           | 67          | 7            | 1                | 10                | 191         | 35          | 10           | 2                | 10                |
| niepokój                       | 343           | 63          | 6            | 1                | 10                | 205         | 38          | 8            | 1                | 10                |
| spokój                         | 335           | 62          | 6            | 1                | 10                | 412         | 76          | 10           | 1                | 10                |
| zmęczenie                      | 334           | 62          | 8            | 1                | 10                | 395         | 73          | 7            | 1                | 10                |
| czułość                        | 330           | 61          | 10           | 1                | 10                | 462         | 85          | 10           | 1                | 10                |
| obawa                          | 325           | 60          | 6            | 1                | 10                | 219         | 41          | 8            | 1                | 10                |
| zadowolenie                    | 321           | 59          | 9            | 1                | 10                | 425         | 79          | 10           | 2                | 10                |
| duma                           | 312           | 58          | 10           | 1                | 10                | 410         | 75,8        | 5            | 1                | 10                |
| pewność siebie                 | 305           | 56          | 6            | 1                | 10                | 340         | 63          | 4            | 1                | 10                |
| zniecierpliwienie              | 289           | 53          | 7            | 1                | 10                | 145         | 27          | 5            | 1                | 10                |
| zachwył                        | 276           | 51          | 10           | 1                | 10                | 370         | 68          | 4            | 1                | 10                |
| niepewność                     | 275           | 51          | 5            | 1                | 10                | 178         | 33          | 5            | 1                | 10                |
| ból                            | 202           | 37          | 5            | 1                | 10                | 255         | 47          | 5            | 1                | 10                |
| bezradność                     | 145           | 27          | 5            | 1                | 10                | 125         | 23          | 4            | 1                | 10                |
| smutek                         | 127           | 24          | 3            | 1                | 10                | 104         | 19          | 2            | 1                | 10                |
| przygnębianie                  | 116           | 21          | 5            | 1                | 10                | 86          | 16          | 2            | 1                | 10                |
| potrzeba izolacji/odosobnienia | 115           | 21          | 3            | 1                | 10                | 80          | 15          | 2            | 1                | 10                |
| gniew                          | 88            | 16          | 2            | 1                | 10                | 51          | 9,4         | 1            | 1                | 8                 |
| obojętność                     | 76            | 14          | 1            | 1                | 10                | 51          | 9,4         | 1            | 1                | 9                 |
| niechęć                        | 56            | 10          | 1,5          | 1                | 10                | 48          | 8,9         | 1            | 1                | 10                |
| rozczarowanie                  | 55            | 10          | 1            | 1                | 10                | 49          | 9,1         | 1            | 1                | 5                 |
| inne                           | 5             | 1           | -            | -                | -                 | 4           | 0,7         | -            | -                | -                 |

#### 4.4.1. Emocje i odczucia po porodzie w zależności od badanych czynników

Analizując uzyskane wyniki wykazano zależność między stanem cywilnym, stopniem wykształcenia, sytuacją materialną, stopniem przygotowania do porodu, przebiegu ciąży i tygodnia ciąży, w którym doszło do porodu a emocjami i odczuciami kobiet po porodzie.

Mężatki stanowiły 80% badanej populacji, panny 17%, rozwódki 3%, tab. 2. Wykazano zależność pomiędzy uczuciem radości, szczęścia i uczuciem miłości do dziecka/dzieci wśród położnic a ich stanem cywilnym. Spośród mężatek radość odczuwało 94% z nich, 89,1% panien i 81,3% rozwódek dla  $p = 0,0506$ , szczęście odczuwało 90,3% mężatek, 78,3% panien i 81,3% rozwódek dla  $p = 0,0038$ , a uczucie miłości do dziecka/dzieci po porodzie odczuwało 93,5% mężatek, 85,9% panien i 93,8% rozwódek, dla  $p = 0,0433$ , tab. 103.

Tab. 103. Emocje i odczucia po porodzie w zależności od stanu cywilnego ankietowanych.

| EMOCJE I ODCZUCIA PO PORODZIE     | MEŻATKA<br>n = 433 (80%) | PANNA<br>n = 92 (17%) | ROZWÓDKA<br>n = 16 (3%) | ISTOTNOŚĆ<br>STATYSTYCZNA<br>(p) |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| radość                            | 407 (94%)                | 82 (89,1%)            | 13 (81,3%)              | 0,0506                           |
| szczęście                         | 391 (90,3%)              | 72 (78,3%)            | 13 (81,3%)              | 0,0038                           |
| uczucie miłości do dziecka/dzieci | 405 (93,5%)              | 79 (85,9%)            | 15 (93,8%)              | 0,0433                           |

Wykształcenie podstawowe posiadało 4% ankietowanych, średnie 22%, a wyższe 74% kobiet, tab. 3. Wykazano zależność pomiędzy uczuciem radości, spokoju, zadowolenia, zachwytu, dumy, szczęścia, miłości do dziecka/dzieci, smutku, bezradności, niechęci i przygnębienia wśród położnic a ich stopniem wykształcenia. Spośród kobiet z wykształceniem podstawowym radość odczuwało 76,2%, ze średnim 94,9%, wyższym 93% dla  $p = 0,0087$ , spokój odczuwało 52,4% kobiet z wykształceniem podstawowym, 78,8% ze średnim i 76,6% z wykształceniem wyższym dla  $p = 0,0295$ , zadowolenie odczuwało 57,1% kobiet z wykształceniem podstawowym, 83,9% z wykształceniem średnim i 78,1% z wykształceniem wyższym dla  $p = 0,0206$ , zachwyt 47,6% z wykształceniem podstawowym, 73,7% z wykształceniem średnim i 67,9% z wykształceniem wyższym,  $p = 0,0553$ , dumę odczuwało 43% kobiet z wykształceniem podstawowym, 82,2% z wykształceniem średnim i 67,9% z wykształceniem wyższym dla  $p = 0,0005$ , szczęście odczuwało 71,4% kobiet z wykształceniem podstawowym, 89,8% z wykształceniem średnim i 88,3% z wykształceniem wyższym dla  $p = 0,0532$ , uczucie miłości do dziecka/dzieci odczuwało 61,9% kobiet z wykształceniem podstawowym, 96,6% z wykształceniem średnim i 92,5% z wykształceniem wyższym dla  $p < 0,001$ , smutek odczuwało 9,5% kobiet z wykształceniem podstawowym, 11% z wykształceniem średnim i 22,1% z wykształceniem wyższym dla  $p = 0,0136$ , bezradność odczuwało 14,3% kobiet z wykształceniem podstawowym, 15,3% z wykształceniem średnim i 25,9% z wykształceniem wyższym dla  $p = 0,0343$ , niechęć odczuwało 4,2% kobiet z wykształceniem średnim i 10,7% z wykształceniem wyższym dla  $p = 0,0328$ , przygnębienie odczuwało 9,5% kobiet z wykształceniem podstawowym, 9,3% z wykształceniem średnim i 18,1% z wykształceniem wyższym dla  $p = 0,0499$ , tab. 104.

**Tab. 104. Emocje i odczucia po porodzie w zależności od stopnia wykształcenia ankietowanych.**

| EMOCJE I ODCZUCIA PO PORODZIE     | WYKSZTAŁCENIE PODSTAWOWE<br>n = 21 (4%) | WYKSZTAŁCENIE ŚREDNIE<br>n = 118 (22%) | WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE<br>n = 402 (74%) | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|-----------------------------------|---|--|---------------------------------------|----------------------------|
| radość                            | 16 (76,2%)                              | 112 (94,9%)                            | 374 (93%)                             | 0,0087                     |
| spokój                            | 11 (52,4%)                              | 93 (78,8%)                             | 308 (76,6%)                           | 0,0295                     |
| zadowolenie                       | 12 (57,1%)                              | 99 (83,9%)                             | 314 (78,1%)                           | 0,0206                     |
| zachwyt                           | 10 (47,6%)                              | 87 (73,7%)                             | 273 (67,9%)                           | 0,0553                     |
| duma                              | 9 (43%)                                 | 97 (82,2%)                             | 304 (75,6%)                           | 0,0005                     |
| szczęście                         | 15 (71,4%)                              | 106 (89,8%)                            | 355 (88,3%)                           | 0,0532                     |
| uczucie miłości do dziecka/dzieci | 13 (61,9%)                              | 114 (96,6%)                            | 372 (92,5%)                           | < 0,001                    |
| smutek                            | 2 (9,5%)                                | 13 (11%)                               | 89 (22,1%)                            | 0,0136                     |
| bezradność                        | (14,3%)                                 | 18 (15,3%)                             | 104 (25,9%)                           | 0,0343                     |
| niechęć                           | 0                                       | 5 (4,2%)                               | 43 (10,7%)                            | 0,0328                     |
| przygnębienie                     | (9,5%)                                  | 11 (9,3%)                              | 73 (18,1%)                            | 0,0499                     |

Swoją sytuację materialną 1% respondentek określiło jako złą, 16% średnią, 69% dobrą, 14% bardzo dobrą, tab. 5. Gniew odczuwało natomiast 5,7% kobiet określających swoją sytuację materialną jako średnią, 9,1% będących w dobrej i 15,4% w bardzo dobrej sytuacji materialnej dla  $p = 0,0302$ , tab. 105.

**Tab. 105. Emocje i odczucia w zależności od sytuacji materialnej.**

| EMOCJE I ODCZUCIA PO PORODZIE | SYTUACJA MATERIALNA ZŁA<br>n = 3 (1%) | SYTUACJA MATERIALNA ŚREDNIA<br>n = 88 (16%) | SYTUACJA MATERIALNA DOBRA<br>n = 372 (69%) | SYTUACJA MATERIALNA BARDZO DOBRA<br>n = 78 (14%) | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|-------------------------------|---------------------------------------|---|--|--|----------------------------|
| gniew                         | 0                                     | 5 (5,7%)                                    | 34 (9,1%)                                  | 12 (15,4%)                                       | 0,0302                     |

Ankietowane oceniały stopień przygotowania do porodu. 5% z nich nie czuło się dobrze przygotowane do porodu, 19% określiło przygotowanie jako średnie, 61% jako dobre a 15% jako bardzo dobre, tab. 6. Wykazano zależność pomiędzy stopniem przygotowania ciężarnej do porodu a uczuciem spokoju, pewności siebie, zadowolenia, zachwytu i strachu wśród położnic. Spokój po porodzie odczuwało 59,3% kobiet, które nie czuły się dobrze przygotowane do porodu, 66,7% kobiet określających swoje przygotowanie jako średnie, 79,2% dobrze i 81,7% bardzo dobrze przygotowanych do porodu dla  $p = 0,0058$ , pewność siebie po porodzie odczuwało 33,3% kobiet, które nie czuły się dobrze przygotowane do porodu, 59,1% kobiet określających swoje przygotowanie jako średnie, 66,4% dobrze i 63,1% bardzo dobrze przygotowanych do porodu dla  $p = 0,0059$ , zadowolenie po porodzie odczuwało 48,2% kobiet, które nie czuły się dobrze przygotowane do porodu, 75,2% kobiet określających swoje przygotowanie jako średnie, 82,3% dobrze i 78,1% bardzo dobrze przygotowanych do porodu dla  $p < 0,001$ , zachwyty po porodzie odczuwało 40,7% kobiet, które nie czuły się dobrze przygotowane do porodu, 66,7% kobiet określających swoje przygotowanie jako średnie, 71,3% dobrze i 68,3% bardzo dobrze przygotowanych do porodu dla  $p = 0,0120$ , tab. 106.

**Tab. 106. Emocje i odczucia po porodzie w zależności od stopnia przygotowania do porodu.**

| EMOCJE I ODCZUCIA PO PORODZIE | NIE CZUJĘ SIĘ DOBRZE PRZYGETOWANA<br>n = 27 (5%) | PRZYGETOWANIE ŚREDNIE<br>n = 105 (19%) | PRZYGETOWANIE DOBRE<br>n = 327 (61%) | PRZYGETOWANIE B. DOBRE<br>n = 82 (15%) | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|-------------------------------|--|--|--------------------------------------|--|----------------------------|
| spokój                        | 16 (59,3%)                                       | 70 (66,7%)                             | 259 (79,2%)                          | 67 (81,7%)                             | 0,0058                     |
| pewność siebie                | 9 (33,3%)  | 62 (59,1%)                             | 217 (66,4%)                          | 52 (63,1%)                             | 0,0059                     |
| zadowolenie                   | 13 (48,2%)                                       | 79 (75,2%)                             | 269 (82,3%)                          | 64 (78,1%)                             | < 0,001                    |
| zachwyty                      | 11 (40,7%)                                       | 70 (66,7%)                             | 233 (71,3%)                          | 56 (68,3%)                             | 0,0120                     |

Ciąża przebiegała prawidłowo u 36% ankietowanych, 64% ciąż było powikłanych, tab. 12 i 13. Wykazano zależność pomiędzy uczuciem strachu a przebiegiem ciąży. Strach po porodzie odczuwało 29,5% kobiet, których ciąża przebiegała prawidłowo i 38,5% kobiet, których ciąża była powikłana dla  $p = 0,0457$ , tab.107.

**Tab. 107. Emocje i odczucia po porodzie w zależności od przebiegu ciąży.**

| <b>EMOCJE I ODCZUCIA PO PORODZIE</b> | <b>PRZEBIEG CIĄŻY NIEPOWIKLANY<br/>n = 193 (36%)</b> | <b>PRZEBIEG CIĄŻY POWIKLANY<br/>n = 348 (64%)</b> | <b>ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p)</b> |
|--------------------------------------|--|---|-----------------------------------|
| strach                               | 57 (29,5%)   | 134 (38,5%)                                       | 0,0457                            |

Analizując poszczególne emocje i odczucia po porodzie wykazano szereg zależności między nimi a poszczególnymi jednostkami chorobowymi, które powikłyły przebieg ciąży.

Położnice, których ciąża była powikłana przedwczesną czynnością skurczową częściej od pozostałych kobiet odczuwały czułość (91,7% vs. 84%,  $p = 0,0421$ ) i deklarowały uczucie miłości do dziecka/dzieci po porodzie (96,9% vs. 91,2%,  $p = 0,0389$ ).

Kobiety, u których w ciąży wystąpiła niewydolność szyjki macicy częściej od pozostałych doświadczały strachu po porodzie (45,2% vs. 33,8%,  $p = 0,0570$ ).

W przypadku krwawienia w czasie ciąży, kobiety częściej deklarowały uczucie miłości do dziecka/dzieci (100% vs. 91,1%,  $p = 0,0111$ ), niepewności (44,8% vs. 31,4%,  $p = 0,0288$ ) i strachu po porodzie (50,8% vs. 33,1%,  $p = 0,0047$ ).

Ankietowane, których ciąża powikłana była cukrzycą rzadziej od reszty populacji odczuwały zachwyty (56% vs. 69,7%,  $p = 0,0479$ ) i czułość po porodzie (70% vs. 87%,  $p = 0,0012$ ).

Położnice, u których w czasie ciąży doszło do zakażenia pochwy częściej po porodzie odczuwały smutek (31,1% vs. 18,2%,  $p = 0,0345$ ) i obawę (55,6% vs. 39,1%,  $p = 0,0314$ ).

Kobiety, u których wystąpiło nadciśnienie indukowane ciążą, rzadziej od pozostałych odczuwały szczęście po porodzie (76,3% vs. 88,9%,  $p = 0,0217$ ).

W przypadku położenia miednicowego płodu położnice rzadziej zaznaczały, iż odczuwają zachwyty (82,9% vs. 67,4%,  $p = 0,0449$ ), częściej natomiast niepokój (60% vs. 36,4%,  $p = 0,0053$ ), strach (51,4% vs. 34,2%,  $p = 0,0390$ ), gniew (20% vs. 8,7%,  $p = 0,0268$ ), obawę (57,1% vs. 39,3%,  $p = 0,0378$ ) oraz niechęć (20% vs. 8,1%,  $p = 0,0166$ ).

Położnice, których ciąża została powikłana chorobą płodu rzadziej od pozostałych odczuwały radość (81% vs. 93,3%,  $p = 0,0182$ ), spokój (52,4% vs. 77,1%,  $p = 0,0091$ ) i zadowolenie (57,1% vs. 79,4%,  $p = 0,0417$ ).

Wśród kobiet z niedokrwistością w czasie ciąży po porodzie częściej występowała potrzeba izolacji/odosobnienia (26,5% vs. 14%,  $p = 0,0474$ ) i niepewność (48,5% vs. 32%,  $p = 0,0512$ ), tab. 108.

**Tab. 108. Poszczególne emocje i odczucia po porodzie w zależności od powikłań ciąży.**

| EMOCJE I ODCZUCIA<br>PO PORODZIE  | PRZEDWCZESNE SKURCZE          |                        | ISTOTNOŚĆ<br>STATYSTYCZNA<br>(p) |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------------------|
|                                   | TAK<br>n = 96 (17,7%)         | NIE<br>n = 445 (82,3%) |                                  |
| czułość                           | 88 (91,7%)                    | 374 (84%)              | 0,0421                           |
| uczucie miłości do dziecka/dzieci | 93 (96,9%)                    | 406 (91,2%)            | 0,0389                           |
| EMOCJE I ODCZUCIA<br>PO PORODZIE  | NIEWYDOLNOŚĆ SZYJKI MACICY    |                        | ISTOTNOŚĆ<br>STATYSTYCZNA<br>(p) |
|                                   | TAK<br>n = 73 (13,5%)         | NIE<br>n = 468 (86,5%) |                                  |
| strach                            | 33 (45,2%)                    | 158 (33,8%)            | 0,0570                           |
| EMOCJE I ODCZUCIA<br>PO PORODZIE  | KRWAWIENIE                    |                        | ISTOTNOŚĆ<br>STATYSTYCZNA<br>(p) |
|                                   | TAK<br>n = 67 (12,4%)         | NIE<br>n = 470 (87,6%) |                                  |
| uczucie miłości do dziecka/dzieci | 67 (100%)                     | 432 (91,1%)            | 0,0111                           |
| niepewność                        | 30 (44,8%)                    | 148 (31,4%)            | 0,0288                           |
| strach                            | 34 (50,8%)                    | 157 (33,1%)            | 0,0047                           |
| EMOCJE I ODCZUCIA<br>PO PORODZIE  | CUKRZYCA CIĘŻARNYCH           |                        | ISTOTNOŚĆ<br>STATYSTYCZNA<br>(p) |
|                                   | TAK<br>n = 50 (9,2%)          | NIE<br>n = 491 (90,8%) |                                  |
| zachwyt                           | 28 (56%)                      | 342 (69,7%)            | 0,0479                           |
| czułość                           | 35 (70%)                      | 427 (87%)              | 0,0012                           |
| EMOCJE I ODCZUCIA<br>PO PORODZIE  | ZAKAŻENIE POCHWY              |                        | ISTOTNOŚĆ<br>STATYSTYCZNA<br>(p) |
|                                   | TAK<br>n = 45 (8,3%)          | NIE<br>n = 496 (91,7%) |                                  |
| smutek                            | 14 (31,1%)                    | 90 (18,2%)             | 0,0345                           |
| obawa                             | 25 (55,6%)                    | 194 (39,1%)            | 0,0314                           |
| EMOCJE I ODCZUCIA<br>PO PORODZIE  | NADCIŚNIENIE INDUKOWANE CIĄŻĄ |                        | ISTOTNOŚĆ<br>STATYSTYCZNA<br>(p) |
|                                   | TAK<br>n = 38 (7%)            | NIE<br>n = 503 (93%)   |                                  |
| szczęście                         | 29 (76,3%)                    | 447 (88,9%)            | 0,0217                           |
| EMOCJE I ODCZUCIA<br>PO PORODZIE  | POŁOŻENIE MIEDNICOWE PŁODU    |                        | ISTOTNOŚĆ<br>STATYSTYCZNA<br>(p) |
|                                   | TAK<br>n = 35 (6,5%)          | NIE<br>n = 506 (93,5%) |                                  |
| zachwyt                           | 29 (82,9%)                    | 341 (67,4%)            | 0,0449                           |
| niepokój                          | 21 (60%)                      | 184 (36,4%)            | 0,0053                           |
| strach                            | 18 (51,4%)                    | 173 (34,2%)            | 0,0390                           |
| gniew                             | 7 (20%)                       | 44 (8,7%)              | 0,0268                           |
| obawa                             | 20 (57,1%)                    | 199 (39,3%)            | 0,0378                           |
| niechęć                           | 7 (20%)                       | 41 (8,1%)              | 0,0166                           |
| EMOCJE I ODCZUCIA<br>PO PORODZIE  | CHOROBA PŁODU                 |                        | ISTOTNOŚĆ<br>STATYSTYCZNA<br>(p) |
|                                   | TAK<br>n = 34 (6,3%)          | NIE<br>n = 507 (93,7%) |                                  |
| radość                            | 17 (81%)                      | 485 (93,3%)            | 0,0182                           |
| spokój                            | 11 (52,4%)                    | 412 (77,1%)            | 0,0091                           |
| zadowolenie                       | 12 (57,1%)                    | 413 (79,4%)            | 0,0417                           |
| EMOCJE I ODCZUCIA<br>PO PORODZIE  | NIEDOKRWISTOŚĆ                |                        | ISTOTNOŚĆ<br>STATYSTYCZNA<br>(p) |
|                                   | TAK<br>n = 34 (6,3%)          | NIE<br>n = 507 (93,7%) |                                  |
| potrzeba izolacji/odosobnienia    | 9 (26,5%)                     | 71 (14%)               | 0,0474                           |
| niepewność                        | 16 (48,5%)                    | 162 (32%)              | 0,0512                           |

W terminie porodu (między 37-42 tygodniem ciąży) urodziło 93% ankietowanych, 7% urodziło przedwcześnie (między 25-36 tygodniem ciąży), tab. 10. Wykazano zależność pomiędzy uczuciem spokoju, pewności siebie, zadowolenia i zachwytu w zależności od tygodnia ciąży, w którym doszło do porodu. Kobiety, które urodziły przedwcześnie rzadziej od pozostałych odczuwały spokój (52,6% vs. 77,9%,  $p = 0,0004$ ), pewność siebie (39,5% vs. 64,6%,  $p = 0,0019$ ), zadowolenie (63,2% vs. 79,7%  $p = 0,0164$ ), zachwyty (50% vs. 69,8%,  $p = 0,0114$ ), tab. 109.

**Tab. 109. Emocje i odczucia po porodzie w zależności od tygodnia ciąży, w którym doszło do porodu.**

| EMOCJE I ODCZUCIA PO PORODZIE | PORÓD PRZEDWCZESNY (25-36 tc)<br>n = 38 (7%) | CIĄŻA DONOSZONA (37-42 tc)<br>n = 503 (93%) | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|-------------------------------|--|---|----------------------------|
| spokój                        | 20 (52,6%)                                   | 392 (77,9%)                                 | 0,0004                     |
| pewność siebie                | 15 (39,5%)                                   | 325 (64,6%)                                 | 0,0019                     |
| zadowolenie                   | 24 (63,2%)                                   | 401 (79,7%)                                 | 0,0164                     |
| zachwyty                      | 19 (50%)                                     | 351 (69,8%)                                 | 0,0114                     |

Kobiety, którym w czasie trwania porodu towarzyszyła osoba bliska częściej od pozostałych odczuwały dumę (78,4% vs. 71,1%,  $p = 0,0589$ ), uczucie miłości do dziecka/dzieci (94,2% vs. 88,7%,  $p = 0,0200$ ), zmęczenie (76,4% vs. 67%,  $p = 0,186$ ) i bezradność (25,9% vs. 18%,  $p = 0,0366$ ) po porodzie, tab. 110.

**Tab. 110. Emocje i odczucia po porodzie w zależności od obecności osoby bliskiej w czasie porodu.**

| EMOCJE I ODCZUCIA PO PORODZIE     | RODZIŁA Z OSOBĄ TOWARZYSZĄCĄ<br>n = 347 (64,1%) | RODZIŁA SAMA<br>n = 194 (35,9%) | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|-----------------------------------|---|---------------------------------|----------------------------|
| duma                              | 272 (78,4%)                                     | 138 (71,1%)                     | 0,0589                     |
| uczucie miłości do dziecka/dzieci | 327 (94,2%)                                     | 172 (88,7%)                     | 0,0200                     |
| zmęczenie                         | 265 (76,4%)                                     | 130 (67%)                       | 0,0186                     |
| bezradność                        | 90 (25,9%)                                      | 35 (18%)                        | 0,0366                     |

Położnice, które po porodzie doświadczyły kontaktu „skóra do skóry” częściej odczuwały zadowolenie po porodzie w stosunku do pozostałych kobiet (82,9% vs. 73,7%,  $p = 0,0097$ ), tab. 111.

**Tab. 111. Emocje i odczucia po porodzie w zależności od kontaktu „skóra do skóry”.**

| EMOCJE I ODCZUCIA PO PORODZIE | KONTAKT "SKÓRA DO SKÓRY"<br>n = 286 (52,9%) | BRAK KONTAKTU "SKÓRA DO SKÓRY"<br>n = 255 (47,1%) | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|-------------------------------|---|---|----------------------------|
| zadowolenie                   | 237 (82,9%)                                 | 188 (73,7%)                                       | 0,0097                     |

Kobiety, które w oddziale położniczym przebywały wraz z noworodkiem częściej od tych, których dziecko zostało przekazane do oddziału neonatologii odczuwały radość (94,1% vs. 80,8%,  $p < 0,001$ ), spokój (79,1% vs. 48,1%,  $p < 0,001$ ), pewność siebie (65,2% vs. 40,4%,  $p < 0,001$ ), zadowolenie (81% vs. 55,8%,  $p < 0,001$ ), zachwyty (71% vs. 44,2%,  $p < 0,001$ ), czułość (87,1% vs. 69,2%,  $p < 0,001$ ), dumę (77,3% vs. 61,5%  $p = 0,0116$ ), szczęście (89,8% vs. 71,2%,  $p < 0,001$ ), uczucie miłości do dziecka/dzieci (93,3% vs. 82,7%,  $p = 0,0068$ ), zmęczenie (74,2% vs. 61,5%,  $p = 0,0499$ ), rzadziej natomiast strach (33,3% vs. 53,9%,  $p = 0,0032$ ) i smutek (18% vs. 30,8%,  $p = 0,0262$ ) po porodzie, tab. 112.

**Tab. 112. Emocje i odczucia po porodzie w zależności od przebywania noworodka z matką.**

| <b>EMOCJE I ODCZUCIA PO PORODZIE</b> | <b>NOWORODEK PRZEBYWA Z MATKĄ<br/>n = 489 (90,4%)</b> | <b>NOWORODEK - ODDZIAŁ NEONATOLOGII<br/>n = 52 (9,6%)</b> | <b>ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p)</b> |
|--------------------------------------|---|---|-----------------------------------|
| radość                               | 460 (94,1%)   | 42 (80,8%)  | < 0,001                           |
| spokój                               | 387 (79,1%)   | 25 (48,1%)  | < 0,001                           |
| pewność siebie                       | 319 (65,2%)   | 21 (40,4%)  | < 0,001                           |
| zadowolenie                          | 396 (81%)   | 29 (55,8%)  | < 0,001                           |
| zachwyty                             | 347 (71%)   | 23 (44,2%)  | < 0,001                           |
| czułość                              | 426 (87,1%)   | 36 (69,2%)  | < 0,001                           |
| duma                                 | 378 (77,3%)   | 32 (61,5%)  | 0,0116                            |
| szczęście                            | 439 (89,8%)   | 37 (71,2%)  | < 0,001                           |
| uczucie miłości do dziecka/dzieci    | 456 (93,3%)   | 43 (82,7%)  | 0,0068                            |
| zmęczenie                            | 363 (74,2%)   | 32 (61,5%)  | 0,0499                            |
| strach                               | 163 (33,3%)   | 28 (53,9%)  | 0,0032                            |
| smutek                               | 88 (18%)  | 16 (30,8%)  | 0,0262                            |



#### 4.5. Edynburska Skala Depresji Poporodowej

W Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej 77% położnic uzyskało <10 punktów, 23% natomiast  $\geq 10$  punktów, tab. 113.

Tab. 113. Edynburska Skala Depresji Poporodowej.

| EPDS ZAKRESY | LICZBA n | PROCENT % |
|--------------|----------|-----------|
| < 10         | 415      | 77        |
| $\geq 10$    | 126      | 23        |

Szczegółową punktację uzyskiwaną przez ankietowane w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej przedstawiono w tab. 114. Żadna z ankietowanych nie uzyskała maksymalnej liczby 30 punktów, jedna położnica (0,2%) uzyskała 27 punktów, 6% natomiast nie uzyskało ani jednego punktu. Najwięcej kobiet (10,7%) uzyskało 4 punkty, następnie 6 punktów (10,3%), 8 punktów (9,1%), 5 punktów (8,9%), 1 i 3 punkty (7,2%), 7 punktów (6,5%), 9 punktów (5,6%), 2 punkty (5,4%), 10 punktów (5,2%), 11 punktów (3,7%), 13 punktów (2,8%), 15 punktów (2,6%), 12 punktów (2,2%), 14 i 16 punktów (2%), 18 punktów (0,7%), 20 punktów (0,6%), 17 punktów (0,4%), od 19 do 25 punktów (1,8%).

Tab. 114. Szczegółowa punktacja EPDS.

| EPDS PUNKTACJA | LICZBA n | PROCENT % | EPDS PUNKTACJA | LICZBA n | PROCENT % |
|----------------|----------|-----------|----------------|----------|-----------|
| 0              | 32       | 6         | 13             | 15       | 2,8       |
| 1              | 39       | 7,2       | 14             | 11       | 2         |
| 2              | 29       | 5,4       | 15             | 14       | 2,6       |
| 3              | 39       | 7,2       | 16             | 11       | 2         |
| 4              | 58       | 10,7      | 17             | 2        | 0,4       |
| 5              | 48       | 8,9       | 18             | 4        | 0,7       |
| 6              | 56       | 10,3      | 19             | 1        | 0,2       |
| 7              | 35       | 6,5       | 20             | 3        | 0,6       |
| 8              | 49       | 9,1       | 21             | 1        | 0,2       |
| 9              | 30       | 5,6       | 22             | 1        | 0,2       |
| 10             | 28       | 5,2       | 23             | 1        | 0,2       |
| 11             | 20       | 3,7       | 25             | 1        | 0,2       |
| 12             | 12       | 2,2       | 27             | 1        | 0,2       |

W odpowiedzi na pytanie 10. (odnoszące się do myśli o zrobieniu sobie krzywdy), 17 kobiet uzyskało 1, 2 lub 3 punkty, tab. 115.

Tab. 115. Twierdząca odpowiedź na ostatnie pytanie.

| ODPOWIEDŹ TWIERDZĄCA | LICZBA n | PROCENT % |
|----------------------|----------|-----------|
| nie                  | 524      | 97        |
| tak                  | 17       | 3         |

Analizując uzyskane wyniki, zaobserwowano szereg zależności w odniesieniu do punktacji uzyskiwanej przez położnice w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej i badanymi czynnikami, a wyniki istotne statystycznie umieszczono w tab. 116.

Spośród kobiet, które uzyskały mniej niż 10 punktów wykształcenie podstawowe posiadało 3,1% vs. 6,4% kobiet, które uzyskały  $\geq 10$  punktów, wykształcenie średnie 20,2% vs. 27%, wykształcenie wyższe 76,6% vs. 66,7% dla  $p = 0,0201$ .

Sytuacja materialna kształtowała się następująco: położnice, które uzyskały mniej niż 10 punktów rzadziej były w złej sytuacji materialnej niż kobiety, które uzyskały  $\geq 10$  punktów (0,2% vs. 1,6%), podobnie dla średniej sytuacji materialnej (14,2% vs. 23%). Częściej w dobrej i bardzo dobrej sytuacji materialnej znajdowały się położnice, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w odróżnieniu od kobiet, które uzyskały  $\geq 10$  punktów – kolejno 70,1% vs. 64,3% i 15,4% vs. 11,1% dla  $p = 0,0096$ .

Bardzo silną zależność wykazano pomiędzy stopniem przygotowania do porodu, a punktacją uzyskiwaną przez położnice w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. Wśród kobiet, które uzyskały mniej niż 10 punktów zaledwie 3,1% nie czuło się dobrze przygotowanych do porodu vs. 11,1% kobiet z punktacją  $\geq 10$ , a średnie przygotowanie do porodu zadeklarowało 16,6% kobiet z pierwszej grupy vs. 28,6% położnic z grupy drugiej. Dobre przygotowanie do porodu zadeklarowało 62,4% kobiet w pierwszej grupie vs. 54% położnic z grupy drugiej, a bardzo dobre 17,8% kobiet z grupy pierwszej vs. 6,4% kobiet z grupy drugiej dla  $p < 0,001$ .

Kobiety, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej częściej uzyskiwały deklarację pomocy ze strony męża w opiece nad dzieckiem po porodzie w stosunku do kobiet, które uzyskały  $\geq 10$  punktów (82,4% vs. 71,4%) dla  $p = 0,0103$ . Odwrotną zależność uzyskano analizując pomoc partnera po porodzie – tu częściej kobiety uzyskujące  $\geq 10$  punktów miały taką pomoc otrzymać (15,6% dla kobiet z grupy pierwszej vs. 26,2% dla kobiet z grupy drugiej,  $p = 0,0106$ ). Również kobiety, które uzyskały  $\geq 10$  punktów w skali częściej zaznaczały, iż po porodzie będą same opiekowały się dzieckiem w stosunku do kobiet, których suma punktów była mniejsza niż 10 (3,4% vs. 0,8%,  $p = 0,0262$ ).

W ankiecie zadano pytanie odnoszące się do wywiadu położniczego respondentek, uzyskując wynik na granicy istotności statystycznej ( $p = 0,0622$ ). Kobiety, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej częściej rodziły siłami natury w stosunku do kobiet, które uzyskały  $\geq 10$  punktów (41,8% vs. 29,3%) i znacznie rzadziej poprzednie ciążę kończyły się u kobiet z grupy pierwszej niepowodzeniem (poronienie, ciąża obumarła, ciąża ektopowa, puste jajo płodowe) w stosunku do kobiet z grupy drugiej (28,9% vs. 44,8%). U podobnego odsetka kobiet wykonano cięcie cesarskie (23,1% vs. 24,1%) i założono kleszcze położnicze (1,3% vs. 1,7%). Wyciągacz próżniowy zastosowano przy poprzednich porodach u 4,9% kobiet z grupy pierwszej i u żadnej z kobiet z grupy drugiej.

Respondentki, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej rzadziej urodziły przedwcześnie w stosunku do kobiet, które uzyskały  $\geq 10$  punktów (5,5% vs. 11,9% dla  $p = 0,0143$ ).

Podobną zależność zaobserwowano w odniesieniu do powikłań ciąży – u położnic, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej ciąży rzadziej była powikłana w stosunku do kobiet, które uzyskały  $\geq 10$  punktów (60,2% vs. 77,8% dla  $p < 0,001$ ). Wśród powikłań występujących w czasie ciąży zmiany nastroju miały wpływ na uzyskiwany przez położnice wynik w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. Kobiety, których suma punktów była mniejsza niż 10 rzadziej doświadczały zmian nastroju w czasie ciąży od kobiet z grupy drugiej (5,6% vs. 13,3%,  $p = 0,0291$ ). Wśród kobiet, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej rzadziej niż u pozostałych występowała nadczynność tarczycy przed ciążą (0,2% vs. 4,8%,  $p < 0,001$ ), zmiany nastroju przed ciążą (1,2% vs. 4%,  $p = 0,0449$ ) i depresja przed ciążą (0,2% vs. 4%,  $p = 0,0030$ ).

Również znamienne rzadziej kobiety, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, wymagały hospitalizacji w czasie ciąży w stosunku do kobiet z grupy drugiej (37,1% vs. 51,6%,  $p = 0,0051$ ).

U położnic, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, rzadziej w czasie porodu wykonano nacięcie krocza w stosunku do położnic z drugiej grupy (65,9% vs. 82,1%,  $p = 0,0288$ ).

Kobiety, które uzyskały  $\geq 10$  punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej rzadziej przebywały z noworodkiem na oddziale położniczym (konieczność przekazania dziecka na oddział neonatologii z różnych względów – wcześniactwo, wady rozwojowe, zaburzenia oddychania i inne) w stosunku do położnic przebywających z noworodkiem (81% vs. 93,3%,  $p < 0,001$ ).

Analizując emocje i odczucia, jakie występowały u kobiet przed porodem zaobserwowano, że położnice, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w stosunku do położnic z grupy drugiej częściej i z większym natężeniem odczuwały radość (83,4%,  $Me = 9$  vs. 75,4%,  $Me = 8$ ,  $p = 0,0414$ ), spokój (64,3%,  $Me = 6$  vs. 54%,  $Me = 5$ ,  $p = 0,0025$ ), pewność siebie (57,4%,  $Me = 7$  vs. 53,2%,  $Me = 5$ ,  $p < 0,001$ ), radosne oczekiwanie (74,2%,  $Me = 10$  vs. 66,7%,  $Me = 8$ ,  $p = 0,0057$ ). Jednocześnie położnice z grupy pierwszej rzadziej i z mniejszym natężeniem w stosunku do kobiet, które uzyskały  $\geq 10$  punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej odczuwały zmęczenie (60,2%,  $Me = 7$  vs. 66,7%,  $Me = 8$ ,  $p < 0,001$ ), obojętność (11,6%,  $Me = 1$  vs. 22,2%,  $Me = 8$ ,  $p = 0,0068$ ), potrzebę izolacji/odosobnienia (17,1%,  $Me = 3$  vs. 34,9%,  $Me = 5$ ,  $p = 0,013$ ), niepewność (45,5%,  $Me = 3$  vs. 68,3%,  $Me = 5$ ,  $p < 0,001$ ), niepokój (59,3%,  $Me = 5$  vs. 77%,  $Me = 8$ ,  $p < 0,001$ ), zniecierpliwienie (51,3%,  $Me = 6$  vs. 60,3%,  $Me = 8$ ,  $p = 0,0077$ ), strach (61,7%,  $Me = 6$  vs. 84,1%,  $Me = 8$ ,  $p < 0,001$ ), smutek (19,3%,  $Me = 2$  vs. 37,3%,  $Me = 5$ ,  $p < 0,001$ ), gniew (13,7%,  $Me = 1$  vs. 24,6%,  $Me = 3$ ,  $p < 0,001$ ), bezradność (21,2%,  $Me = 3$  vs. 45,2%,  $Me = 5$ ,  $p < 0,001$ ), obawa (55,9%,  $Me = 5$  vs. 73,8%,  $Me = 8$ ,  $p < 0,001$ ), niechęć (9,9%,  $Me = 3$  vs. 11,9%,  $Me = 5$ ,  $p = 0,028$ ), rozczarowanie (8,9%,  $Me = 1$  vs. 14,3%,  $Me = 3$ ,  $p = 0,0047$ ) oraz przygnębienie (16,4%,  $Me = 2$  vs. 38,1%,  $Me = 5$ ,  $p < 0,001$ ).

Analizując wyniki uzyskane przez położnice w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej i Szpitalnej Skali Depresji i Lęku, zaobserwowano silną zależność. Kobiety, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej częściej osiągały wynik w zakresie normy w skali lęku w Szpitalnej Skali Depresji i Lęku w stosunku

do kobiet, u których suma punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej była równa bądź większa niż 10 (90,1% vs. 42,9%), rzadziej natomiast osiągały wynik klasyfikujący je do grupy z łagodnymi (8,4% vs. 30,2%), średnimi (1,2% vs. 16,7%) i ciężkimi zaburzeniami lęgowymi (0,2% vs. 10,3%) dla  $p < 0,001$ .

Podobne wyniki uzyskano analizując skalę depresji w Szpitalnej Skali Depresji i Lęku. Położnice, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej częściej osiągały wynik w zakresie normy w skali depresji w stosunku do kobiet, u których suma punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej była równa bądź większa niż 10 (97,8% vs. 76,2%), rzadziej natomiast osiągały wynik klasyfikujący je do grupy z łagodnymi (1,5% vs. 16,7%) średnimi i ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi (0,7% vs. 7,1%) dla  $p < 0,001$ , tab. 116.

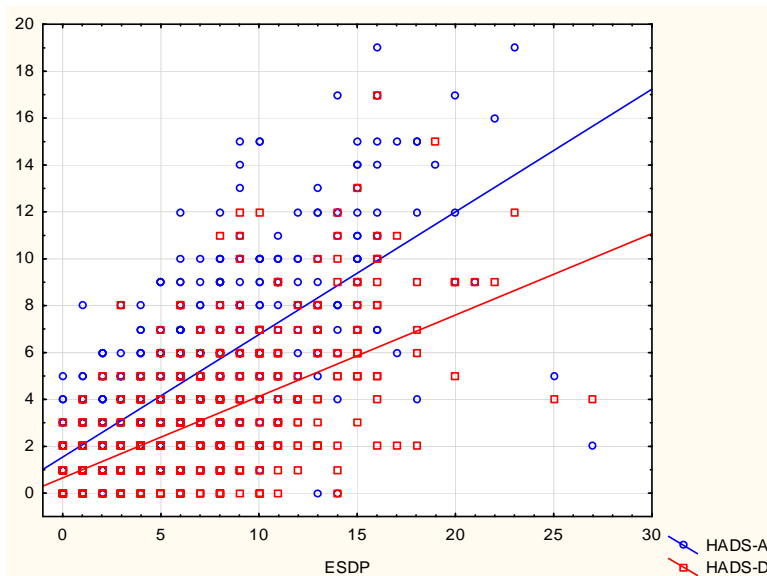
**Tab. 116. Statystycznie istotne zależności między Edynburską Skalą Depresji Poporodowej a badanymi czynnikami.**

|  | <10 PUNKTÓW W EDYNBURSKIEJ SKALI DEPRESJI POPORODOWEJ<br>n = 415 (77%)   | ≥10 PUNKTÓW W EDYNBURSKIEJ SKALI DEPRESJI POPORODOWEJ<br>n = 126 (23%)   | ISTOTNOŚĆ<br>STATYSTYCZNA |
|--|--|--|---------------------------|
|  |  |  | (p)                       |
| <b>wykształcenie</b>                                 | podstawowe n = 13 (3,1%)<br>średnie n = 84 (20,2%)<br>wyższe n = 318 (76,6%)   | podstawowe n = 8 (6,4%)<br>średnie n = 34 (27%)<br>wyższe n = 84 (66,7%)   | 0,0201                    |
| <b>sytuacja materialna</b>                           | zła n = 1 (0,2%)<br>średnia n = 59 (14,2%)<br>dobra n = 291 (70,1%)<br>bardzo dobra n = 64 (15,4%)   | zła n = 2 (1,6%)<br>średnia n = 29 (23%)<br>dobra n = 81 (64,3%)<br>bardzo dobra n = 14 (11,1%)  | 0,0096                    |
| <b>ocena przygotowania do porodu</b>                 | nie czuję się dobrze przygotowana n = 13 (3,1%)<br>średnie n = 69 (16,6%)<br>dobre n = 259 (62,4%)<br>bardzo dobre n = 74 (17,8%)  | nie czuję się dobrze przygotowana n = 14 (11,1%)<br>średnie n = 36 (28,6%)<br>dobre n = 68 (54%)<br>bardzo dobre n = 8 (6,4%)  | < 0,001                   |
| <b>kto po porodzie pomoże w opiece nad dzieckiem</b> | mąż n = 342 (82,4%)  | n = 90 (71,4%)   | 0,0103                    |
|  | partner n = 65 (15,6%)   | n = 33 (26,2%)   | 0,0106                    |
|  | będę opiekowała się sama n = 3 (0,8%)  | n = 5 (3,4%)   | 0,0262                    |
| <b>jak zakończyły się poprzednie ciąży</b>           | poród siłami natury n = 94 (41,8%)<br>vaacuum ex n = 11 (4,9%)<br>kleszcze położnicze n = 3 (1,3%)<br>cięcie cesarskie n = 52 (23,1%)<br>niepowodzenia (poronienie, ciąża obumarła, ciąża ektopowa, puste jajo płodowe) n = 65 (28,9%) | poród siłami natury n = 17 (29,3%)<br>vaacuum ex n = 0<br>kleszcze położnicze n = 1 (1,7%)<br>cięcie cesarskie n = 14 (24,1%)<br>niepowodzenia (poronienie, ciąża obumarła, ciąża ektopowa, puste jajo płodowe) n = 26 (44,8%) | 0,0620                    |
| <b>poród przedwczesny</b>                            | n = 23 (5,5%)  | n = 15 (11,9%)   | 0,0143                    |
| <b>powikłany przebieg ciąży</b>                      | n = 250 (60,2%)  | n = 98 (77,8%)   | < 0,001                   |

|                                      |  |                           |         |
|--------------------------------------|--|---------------------------|---------|
| <b>powikłania</b>                    | zmiany nastroju w czasie ciąży<br>n = 14 (5,6%)  | n = 13 (13,3%)            | 0,0291  |
|                                      | nadczynność tarczycy przed ciążą<br>n = 1 (0,2%) | n = 6 (4,8%)              | < 0,001 |
|                                      | zmiany nastroju przed ciążą<br>n = 5 (1,2%)      | n = 5 (4%)                | 0,0449  |
|                                      | depresja przed ciążą n = 1 (0,2%)                | n = 5 (4%)                | 0,0030  |
| <b>hospitalizacja w czasie ciąży</b> | n = 154 (37,1%)                                  | n = 65 (51,6%)            | 0,0051  |
| <b>procedury medyczne</b>            | nacięcie krocza n = 143 (65,9%)                  | n = 46 (82,1%)            | 0,0288  |
| <b>noworodek przebywa z matką</b>    | n = 387 (93,3%)                                  | n = 102 (81%)             | < 0,001 |
| <b>emocje przed porodem</b>          | radość n = 346 (83,4%)<br>Me = 9                 | n = 95 (75,4%)<br>Me = 8  | 0,0414  |
|                                      | spokój n = 267 (64,3%)<br>Me = 6                 | n = 68 (54%)<br>Me = 5    | 0,0025  |
|                                      | pewność siebie n = 238 (57,4%)<br>Me = 7         | n = 67 (53,2%)<br>Me = 5  | < 0,001 |
|                                      | radosne oczekiwanie n = 308 (74,2%)<br>Me = 10   | n = 84 (66,7%)<br>Me = 8  | 0,0057  |
|                                      | zmęczenie n = 250 (60,2%)<br>Me = 7              | n = 84 (66,7%)<br>Me = 8  | < 0,001 |
|                                      | obojętność n = 48 (11,6%)<br>Me = 1              | n = 28 (22,2%)<br>Me = 3  | 0,0068  |
|                                      | potrzeba izolacji n = 71 (17,1%)<br>Me = 3       | n = 44 (34,9%)<br>Me = 5  | 0,0130  |
|                                      | niepewność n = 189 (45,5%)<br>Me = 3             | n = 86 (68,3%)<br>Me = 5  | < 0,001 |
|                                      | niepokój n = 246 (59,3%)<br>Me = 5               | n = 97 (77%)<br>Me = 8    | < 0,001 |
|                                      | zniecierpliwienie n = 213 (51,3%)<br>Me = 6      | 76 (60,3%)<br>Me = 8      | 0,0077  |
|                                      | strach n = 256 (61,7%)<br>Me = 6                 | n = 106 (84,1%)<br>Me = 8 | < 0,001 |
|                                      | smutek n = 80 (19,3%)<br>Me = 2                  | n = 47 (37,3%)<br>Me = 5  | < 0,001 |
|                                      | gniew n = 57 (13,7%)<br>Me = 1                   | n = 31 (24,6%)<br>Me = 3  | < 0,001 |
|                                      | bezzradność n = 88 (21,2%)<br>Me = 3             | n = 57 (45,2%)<br>Me = 5  | < 0,001 |
|                                      | obawa n = 232 (55,9%)<br>Me = 5                  | n = 93 (73,8%)<br>Me = 8  | < 0,001 |
|                                      | niechęć n = 41 (9,9%)<br>Me = 3                  | n = 15 (11,9%)<br>Me = 5  | 0,0280  |
|                                      | rozczarowanie n = 37 (8,9%)<br>Me = 1            | n = 18 (14,3%)<br>Me = 3  | 0,0047  |
|                                      | przygnębienie n = 68 (16,4%)<br>Me = 2           | n = 38 (38,1%)<br>Me = 5  | < 0,001 |

|               |   |  |         |
|---------------|---|--|---------|
| <b>HADS-A</b> | norma n = 374 (90,1%)<br>łagodne n = 35 (8,4%)<br>średnie n = 5 (1,2%)<br>ciężkie zaburzenia n = 1 (0,2%) | n = 54 (42,9%)<br>n = 38 (30,2%)<br>n = 21 (16,7%)<br>n = 13 (10,3%) | < 0,001 |
| <b>HADS-D</b> | norma n = 406 (97,8%)<br>łagodne n = 6 (1,5%)<br>średnie + ciężkie zaburzenia n = 3 (0,7%)                | n = 96 (76,2%)<br>n = 21 (16,7%)<br>n = 9 (7,1%)                     | < 0,001 |

Przedstawiona na ryc. 6. liniowa zależność między Edynburską Skalą Depresji Poporodowej a skalą lęku i depresji Szpitalnej Skali Depresji i Lęku wyraźnie wskazuje na wyższe wyniki uzyskiwane przez położnice w skali lęku niż depresji, dodatnio korelujące z wyższym wynikiem uzyskiwanym przez ankietowane w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej.



**Ryc. 6. Zależność liniowa pomiędzy punktacją w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej i skalami lęku i depresji Szpitalnej Skali Depresji i Lęku.**

#### 4.6. Szpitalna Skala Lęku i Depresji

W skali depresji w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji aż 92,1% ankietowanych uzyskało wynik w zakresie normy, 4,9% wykazuje łagodne, 1,9% - średnie, a jedynie 0,4% - ciężkie zaburzenia depresyjne, tab. 117.

**Tab. 117. Poziom depresji wśród położnic.**

| SKALA HADS -<br>DEPRESJA | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|--------------------------|-------------|--------------|
| norma                    | 502         | 92,8         |
| łagodne                  | 27          | 4,9          |
| średnie                  | 10          | 1,9          |
| ciężkie<br>zaburzenia    | 2           | 0,4          |

Szczegółową punktację uzyskiwaną przez respondentki w skali depresji Szpitalnej Skali Lęku i Depresji przedstawiono w tab. 118. Żadna z ankietowanych nie uzyskała maksymalnej liczby 21 punktów, 0,2% uzyskało 17 punktów, a 13,7% położnic nie uzyskało ani jednego punktu. Najwięcej kobiet (23,7%) uzyskało 2 punkty, następnie 1 punkt (19,6%), 3 punkty (12%), 4 punkty (8,7%), 5 punktów (6,8%), 6 punktów (4,8%), 7 punktów (3,5%), 8 i 9 punktów (2%), 10 i 11 punktów (0,9%), 12 punktów (0,7%), 13 i 15 punktów (0,2%).

**Tab. 118. Szczegółowa punktacja HADS – depresja.**

| HADS – DEPRESJA<br>PUNKTACJA | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|------------------------------|-------------|--------------|
| 0                            | 74          | 13,7         |
| 1                            | 106         | 19,6         |
| 2                            | 128         | 23,7         |
| 3                            | 65          | 12           |
| 4                            | 47          | 8,7          |
| 5                            | 37          | 6,8          |
| 6                            | 26          | 4,8          |
| 7                            | 19          | 3,5          |
| 8                            | 11          | 2            |
| 9                            | 11          | 2            |
| 10                           | 5           | 0,9          |
| 11                           | 5           | 0,9          |
| 12                           | 4           | 0,7          |
| 13                           | 1           | 0,2          |
| 15                           | 1           | 0,2          |
| 17                           | 1           | 0,2          |

Analizując uzyskane wyniki zaobserwowano kilka zależności w odniesieniu do punktacji uzyskiwanej przez położnice w skali depresji w Szpitalnej Skali Depresji i Lęku i badanymi czynnikami.

Ze względu na niewielką liczbę kobiet w grupie ciężkich zaburzeń depresyjnych, połączono ją z grupą kobiet ze średnimi zaburzeniami depresyjnymi, tab. 109.

Sytuacja materialna kształtowała się w poszczególnych grupach następująco: w złej sytuacji materialnej znajdowało się 0,4% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, żadna z kobiet z łagodnymi zaburzeniami i 8,3% kobiet ze średnimi i ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi,  $p = 0,0018$ .

Nieprzygotowanych do porodu czuło się 4,6% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 3,7% z łagodnymi i 25% ze średnimi i ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi, średnie przygotowanie do porodu zadeklarowało 18,7% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 25,9% z łagodnymi i 33,3% ze średnimi i ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi, dobre przygotowanie zadeklarowało 60,4% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 70,4% z łagodnymi i 41,7% ze średnimi i ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi, bardzo dobrze przygotowało się 16,3% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy i żadna z kobiet z łagodnymi i średnimi oraz ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi,  $p = 0,0017$ .

Hospitalizowanych w czasie ciąży było 39,4% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 44,4% z łagodnymi oraz 75% ze średnimi i ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi,  $p = 0,0421$ , tab. 116.

Przed porodem niepokój odczuwało 62% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 77,8% z łagodnymi oraz 91,7% ze średnimi i ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi,  $p = 0,0303$ . Po porodzie spokój odczuwało 77,5% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 59,3% z łagodnymi i 58,3% ze średnimi i ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi,  $p = 0,0327$ , tab. 119.

**Tab. 119. Statystycznie istotne zależności między skalą depresji a badanymi czynnikami.**

|  | HADS-D   |   |  |                                  |
|--|--|---|--|----------------------------------|
|  | NORMA<br>n = 502 (92,8%)   | ŁAGODNE<br>n = 27 (4,9%)                                  | ŚREDNIE + CIĘŻKIE<br>ZABURZENIA<br>n = 12 (1,5%)             | ISTOTNOŚĆ<br>STATYSTYCZNA<br>(p) |
| <b>sytuacja materialna</b>             | zła n = 2 (0,4%)<br>średnia n = 74 (14,7%)<br>dobra n = 352 (70,1%)<br>b. dobra n = 74 (14,7%)                                   | n = 0<br>n = 8 (29,6%)<br>n = 16 (59,3%)<br>n = 3 (11,1%) | n = 1 (8,3%)<br>n = 6 (50%)<br>n = 4 (33,3%)<br>n = 1 (8,3%) | 0,0018                           |
| <b>przygotowanie do porodu</b>         | nie czuję się dobrze<br>przygotowana n = 23 (4,6%)<br>średnie n = 94 (18,7%)<br>dobre n = 303 (60,4%)<br>b. dobre n = 82 (16,3%) | n = 1 (3,7%)<br>n = 7 (25,9%)<br>n = 19 (70,4%)<br>n = 0  | n = 3 (25%)<br>n = 4 (33,3%)<br>n = 5 (41,7%)<br>n = 0       | 0,0017                           |
| <b>hospitalizacja w czasie ciąży</b>   | n = 198 (39,4%)  | n = 12 (44,4%)  | n = 9 (75%)  | 0,0421                           |
| <b>emocje i odczucia przed porodem</b> | niepokój n = 311 (62%)   | n = 21 (77,8%)  | n = 11 (91,7%)   | 0,0303                           |
| <b>emocje i odczucia po porodzie</b>   | spokój n = 389 (77,5%)   | n = 16 (59,3%)  | n = 7 (58,3%)  | 0,0327                           |



W skali lęku większość ankietowanych (79,1%) uzyskała wynik w zakresie normy, 13,5% wykazuje łagodne, 4,8% - średnie, a 2,6% - ciężkie zaburzenia lękowe, tab. 120.

**Tab. 120. Poziom lęku wśród położnic.**

| SKALA HADS<br>- LĘK   | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|-----------------------|-------------|--------------|
| norma                 | 428         | 79,1         |
| łagodne               | 73          | 13,5         |
| średnie               | 26          | 4,8          |
| ciężkie<br>zaburzenia | 14          | 2,6          |

Szczegółową punktację uzyskiwaną przez respondentki w skali lęku Szpitalnej Skali Lęku i Depresji przedstawiono w tab. 121. Żadna z ankietowanych nie uzyskała maksymalnej liczby 21 punktów, 0,4% uzyskała 19 punktów, a 5,4% położnic nie uzyskało ani jednego punktu. Najwięcej kobiet (14,1%) uzyskało 4 punkty, następnie: 3 punkty (13,1%), 2 punkty (11,5%), 6 punktów (10,2%), 5 punktów (9,4%), 1 punkt (9,1%), 7 punktów (6,5%), 8 punktów (4,6%), 9 i 10 punktów (4,4%), 12 punktów (2%), 15 punktów (1,5%), 11 punktów (1,3%), 14 punktów (0,9%), 13 i 17 punktów (0,5%) oraz 16 punktów (0,2%).

**Tab. 121. Szczegółowa punktacja HADS – lęk.**

| HADS – LĘK<br>PUNKTACJA | LICZBA<br>n | PROCENT<br>% |
|-------------------------|-------------|--------------|
| 0                       | 29          | 5,4          |
| 1                       | 49          | 9,1          |
| 2                       | 62          | 11,5         |
| 3                       | 71          | 13,1         |
| 4                       | 76          | 14,1         |
| 5                       | 51          | 9,4          |
| 6                       | 55          | 10,2         |
| 7                       | 35          | 6,5          |
| 8                       | 25          | 4,6          |
| 9                       | 24          | 4,4          |
| 10                      | 24          | 4,4          |
| 11                      | 7           | 1,3          |
| 12                      | 11          | 2            |
| 13                      | 3           | 0,5          |
| 14                      | 5           | 0,9          |
| 15                      | 8           | 1,5          |
| 16                      | 1           | 0,2          |
| 17                      | 3           | 0,5          |
| 19                      | 2           | 0,4          |

Analizując uzyskane wyniki, zaobserwowano szereg zależności w odniesieniu do punktacji uzyskiwanej przez położnice w skali lęku w Szpitalnej Skali Depresji i Lęku i badanymi czynnikami.

Sytuacja materialna kształtowała się w poszczególnych grupach następująco: w złej sytuacji materialnej znajdowało się 0,2% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy i 2,7% położnic z łagodnymi zaburzeniami lękowymi, podczas gdy w grupie ze średnimi i ciężkimi zaburzeniami lękowymi żadna z kobiet nie określiła swojej sytuacji materialnej jako złej. W średniej sytuacji materialnej znajdowało się 12,6% ankietowanych, które uzyskały wynik w zakresie normy, 26% z łagodnymi, 38,5% ze średnimi i 35,7% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi. Swoją sytuację materialną jako dobrą określiło 71,3% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 61,6% z łagodnymi, 50% ze średnimi i 64,3% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi. W bardzo dobrej sytuacji materialnej znajdowało się 15,9% położnic, które uzyskały wynik w zakresie normy, 9,6% z łagodnymi i 11,5% ze średnimi zaburzeniami lękowymi. W grupie z ciężkimi zaburzeniami lękowymi żadna z kobiet nie określiła swojej sytuacji materialnej jako bardzo dobrej,  $p < 0,001$ .

Ważnym czynnikiem okazało się przygotowanie ciężarnej do porodu. Nieprzygotowanych do porodu czuło się 3,5% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 8,2% z łagodnymi, 15,4% ze średnimi i 14,3% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi, średnie przygotowanie zadeklarowało 16,8% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 24,7% z łagodnymi, 42,3% ze średnimi i 28,6% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi, dobrze przygotowanych czuło się 63,3% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 52,1% z łagodnymi, 38,5% ze średnimi i 57,1% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi, bardzo dobre przygotowanie zadeklarowało natomiast 16,4% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 15,1% z łagodnymi i 3,9% ze średnimi zaburzeniami lękowymi. W grupie z ciężkimi zaburzeniami lękowymi żadna z kobiet nie czuła się bardzo dobrze przygotowana do porodu,  $p < 0,001$ .

Na granicy istotności statystycznej znajduje się wpływ powikłanego przebiegu ciąży na wyniki uzyskiwane przez położnice w skali lęku w Szpitalnej Skali Depresji i Lęku. W grupie kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 61,9% ciąży było powikłanych, 68,5% u kobiet z łagodnymi, 80,8% ze średnimi i 85,7% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi,  $p = 0,0578$ .

Choroby współistniejące wystąpiły u 26,2% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 32,9% z łagodnymi, 46,2% ze średnimi i 50% ciężkimi zaburzeniami lękowymi,  $p = 0,03$ .

Analizując emocje i odczucia, jakie występowały u kobiet przed porodem zaobserwowano następujące zależności: obojętność odczuwało 12,4% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 13,7% z łagodnymi, 42,3% ze średnimi i 14,3% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi ( $p < 0,001$ ), potrzebę izolacji/odosobnienia odczuwało 18,5% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 28,8% z łagodnymi, 42,3% ze średnimi i 28,6% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi ( $p = 0,0081$ ), niepewność odczuwało 47% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 60,3% kobiet z łagodnymi, 80,8% ze średnimi i 64,3% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi ( $p = 0,0014$ ), niepokój odczuwało 58,9% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 75,3% z łagodnymi, 88,5% ze średnimi i 92,9% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi ( $p < 0,001$ ), strach odczuwało 64,5% kobiet, które

uzyskały wynik w zakresie normy, 71,2% z łagodnymi, 84,6% ze średnimi i 85,7% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi ( $p = 0,0533$ ), smutek odczuwało 19,6% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 34,3% z łagodnymi, 50% ze średnimi i 35,7% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi ( $p < 0,001$ ), gniew odczuwało 14,3% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 16,4% z łagodnymi, 42,3% ze średnimi i 28,6% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi ( $p = 0,0012$ ), bezradność odczuwało 22,9% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 37% z łagodnymi, 50% ze średnimi i ciężkimi zaburzeniami lękowymi ( $p < 0,001$ ), obawę odczuwało 56,5% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 71,2% z łagodnymi, 80,8% ze średnimi i 71,4% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi,  $p = 0,0097$ , przygnębienie odczuwało 17,5% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 31,5% z łagodnymi, 46,2% ze średnimi i 42,9% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi,  $p < 0,001$ .

Kontakt „skóra do skóry” po porodzie doświadczyło 55,6% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 46,6% kobiet z łagodnymi, 38,5% ze średnimi i 28,6% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi,  $p = 0,0474$ .

Po porodzie z noworodkiem przebywało 91,8% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 93,2% z łagodnymi, 76,9% ze średnimi i 57,1% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi,  $p < 0,001$ , tab. 122.

**Tab. 122. Statystycznie istotne zależności między skalą lęku a badanymi czynnikami.**

|                                 | HADS-A  |   |  |   | ISTOTNOŚĆ STATYSTYCZNA (p) |
|---------------------------------|---|---|--|---|----------------------------|
|                                 | NORMA<br>n = 428 (79,1%)  | ŁAGODNE<br>n = 73 (13,5%)   | ŚREDNIE<br>n = 26 (4,8%)   | CIĘŻKIE ZABURZENIA<br>n = 14 (2,6%)   |                            |
| sytuacja materialna             | zła n = 1 (0,2%)<br>średnia n = 54 (12,6%)<br>dobra n = 305 (71,3%)<br>b. dobra n = 68 (15,9%)                                | zła n = 2 (2,7%)<br>średnia n = 19 (26%)<br>dobra n = 45 (61,6%)<br>b. dobra n = 7 (9,6%)                                   | zła n = 0<br>średnia n = 10 (38,5%)<br>dobra n = 13 (50%)<br>b. dobra n = 3 (11,5%)  | zła n = 0<br>średnia n = 5 (35,7%)<br>dobra n = 9 (64,3%)<br>b. dobra n = 0                                       | < 0,001                    |
| przygotowanie do porodu         | nie czuję się dobrze przygotowana n = 15 (3,5%)<br>średnie n = 72 (16,8%)<br>dobre n = 271 (63,3%)<br>b. dobre n = 70 (16,4%) | nie czuję się dobrze przygotowana n = 6 (8,2%)<br>średnie n = 18 (24,7%)<br>dobre n = 38 (52,1%)<br>b. dobre n = 11 (15,1%) | nie czuję się dobrze przygotowana n = 4 (15,4%)<br>średnie n = 11 (42,3%)<br>dobre n = 10 (38,5%)<br>b. dobre n = 1 (3,9%) | nie czuję się dobrze przygotowana n = 2 (14,3%)<br>średnie n = 4 (28,6%)<br>dobre n = 8 (57,1%)<br>b. dobre n = 0 | < 0,001                    |
| powikłany przebieg ciąży        | n = 265 (61,9%)   | n = 50 (68,5%)  | n = 21 (80,8%)   | n = 12 (85,7%)  | 0,0578                     |
| choroby współistniejące         | n = 112 (26,2%)   | n = 24 (32,9%)  | n = 12 (46,2%)   | n = 7 (50%)   | 0,0300                     |
| emocje i odczucia przed porodem | obojętność n = 53 (12,4%)   | n = 10 (13,7%)  | n = 11 (42,3%)   | n = 2 (14,3%)   | < 0,001                    |
|                                 | potrzeba izolacji/odosobnienia n = 79 (18,5%)   | n = 21 (28,8%)  | n = 11 (42,3%)   | n = 4 (28,6%)   | 0,0081                     |
|                                 | niepewność n = 201 (47%)  | n = 44 (60,3%)  | n = 21 (80,8%)   | n = 9 (64,3%)   | 0,0014                     |

|  |                              |                |                |                |         |
|--|------------------------------|----------------|----------------|----------------|---------|
| <b>emocje i odczucia przed porodem</b> | niepokój n = 252 (58,9%)     | n = 55 (75,3%) | n = 23 (88,5%) | n = 13 (92,9%) | < 0,001 |
|  | strach n = 276 (64,5%)       | n = 52 (71,2%) | n = 22 (84,6%) | n = 12 (85,7%) | 0,0533  |
|  | smutek n = 84 (19,6%)        | n = 25 (34,3%) | n = 13 (50%)   | n = 5 (35,7%)  | < 0,001 |
|  | gniew n = 61 (14,3%)         | n = 12 (16,4%) | n = 11 (42,3%) | n = 4 (28,6%)  | 0,0012  |
|  | bezzadność n = 98 (22,9%)    | n = 27 (37%)   | n = 13 (50%)   | n = 7 (50%)    | < 0,001 |
|  | obawa n = 242 (56,5%)        | n = 52 (71,2%) | n = 21 (80,8%) | n = 10 (71,4%) | 0,0097  |
|  | przygnębienie n = 75 (17,5%) | n = 23 (31,5%) | n = 12 (46,2%) | n = 6 (42,9%)  | < 0,001 |
| <b>kontakt "skóra do skóry"</b>        | n = 238 (55,6%)              | n = 34 (46,6%) | n = 10 (38,5%) | n = 4 (28,6%)  | 0,0474  |
| <b>noworodek przebywa z matką</b>      | n = 393 (91,8%)              | n = 68 (93,2%) | n = 20 (76,9%) | n = 8 (57,1%)  | < 0,001 |

## 5. Dyskusja

Liczne doniesienia naukowe wskazują na wieloczynnikowe uwarunkowanie zmian emocjonalnych występujących u położnic [39,54,61,68,78,83,101,102,107,110,115,117-142,144-149], a pojawiające się pod wpływem tych czynników poporodowe zaburzenia psychiczne dotyczące kobietę mają negatywny wpływ na funkcjonowanie całej rodziny i rozwój dziecka. Dlatego tak ważne jest wczesne wykrywanie zaburzeń psychicznych mogących wystąpić w porożu i zapobieganie ich skutkom. W tym miejscu pojawia się pytanie, czy znając grupę czynników mogących powodować zwiększenie ryzyka występowania zaburzeń emocjonalnych i psychicznych w porożu, możemy wprowadzić proste narzędzie diagnostyczne i zastosować je jako badanie przesiewowe jeszcze w czasie pobytu kobiety na oddziale położniczym szpitala, w którym rodziła. Pacjentki uzyskujące wynik wskazujący na ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych w okresie porożu powinny odbyć rozmowę z psychologiem klinicznym, który zdecydowałby o dalszym postępowaniu. Analiza bazy danych Cochrane przeprowadzona w 2007 roku przez Dennisa i Hodnetta [150] wykazała skuteczność interwencji psychologicznej i psychospołecznej w krótkoterminowym aspekcie leczenia depresji poporodowej. Również Mojs i wsp. [117] podkreślają istotę oceny stanu psychicznego kobiet we wczesnym porożu, wskazując jednocześnie na porożne środowiskowe i lekarzy położników, mających kontakt z kobietą w czasie poporodowych wizyt kontrolnych, dla których taka ocena mogłaby znaleźć zastosowanie w odpowiednim postępowaniu z kobietą. Kosińska-Kaczyńska i wsp. [129] również dostrzegają potrzebę wprowadzenia badania skринingowego wśród porożnic w celu wczesnego wykrywania poporodowych zaburzeń afektywnych, ponieważ Bloch i wsp. [151] zaobserwowali, że aż 50% wszystkich przypadków depresji w ogólnej populacji może być niezdiagnozowane. Kobiety, u których zostanie stwierdzone wysokie ryzyko wystąpienia depresji w późniejszym okresie, mogą zostać objęte szczególnym nadzorem i opieką w okresie poporodowym.

Jednym z częściej stosowanych kwestionariuszy we wczesnym wykrywaniu zaburzeń psychicznych wśród porożnic jest Kwestionariusz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. Skala ta została opracowana przez Coxa i wsp. [126] w 1987 roku w Livingston i Edynburgu. Polskie tłumaczenie kwestionariusza ukazało się po raz pierwszy w książce Meir Steiner i Kimberly Yonkers [152]. Obejmuje dziesięć pytań odnoszących się do samopoczucia porożnicy. Kobiety należy poinstruować, aby podkreśliła odpowiedzi najlepiej pasujące do jej stanu psychicznego w ciągu ostatnich 7 dni, a nie tylko chwili obecnej. Każdej z odpowiedzi przypisana jest konkretna liczba punktów (od 0 do 3 – w zależności od stopnia nasilenia objawów), które są sumowane przez psychologa, lekarza, pielęgniarkę lub porożną. Wynik graniczny 10 punktów może świadczyć o problemach emocjonalnych u matki, kobiety które uzyskają 12 – 13 punktów prawdopodobnie cierpią na depresję poporodową – wskazana jest konsultacja psychologiczna lub psychiatryczna, a twierdząca odpowiedź na ostatnie pytanie (odnoszące się do chęci wyrządzenia sobie krzywdy) nawet bez punktacji powyżej 10 punktów wymaga interwencji psychologa lub psychiatry, co podkreśla Kosińska-Kaczyńska [129] oraz Krzyżanowska-Zbucka [132]. Mauri i wsp. [153] zauważają, że uzyskanie w tej skali sumy  $\geq 10$  punktów wymaga potwierdzenia klinicznego, gdyż

współistniejące zaburzenia lękowe zwiększają ryzyko uzyskania wyniku fałszywie dodatniego.

Krzyżanowska-Zbucka [132] oraz Borysewicz [154] zwracają uwagę na dużą czułość i specyficzność tego kwestionariusza samooceny, niezależnie od kręgu kulturowego, w którym jest używany. Kaźmierczak i wsp. [118] podkreślają, że jego wypełnienie nie zabiera kobietom zbyt wiele czasu.

W wielu ośrodkach na świecie Edynburska Skala Depresji Poporodowej wypełniana jest przez wszystkie położnice i służy jako badanie przesiewowe, co proponują: Oakley [125], Miller [128], Krzyżanowska-Zbucka [132], Hannah i wsp. [133], Jaeschke i wsp. [134], Blum [139] oraz Georgiopoulus i wsp. [155], chociaż Snow [107] krytykuje Edynburską Skalę Depresji Poporodowej za wątpliwą możliwość oceny kobiet z etnicznych grup mniejszościowych i brak możliwości różnicowania innych zaburzeń psychicznych występujących u młodych matek (np. zaburzeń przystosowawczych) z zaburzeniami nastroju. Jest zalecana między innymi przez SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*) [156] oraz NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) [157]. Snow [107] i Miller [128] proponują, aby kobiety wypełniały ją między 6. tygodniem a 3. miesiącem po porodzie, Kosińska-Kaczyńska i wsp. [129] oraz Kaźmierczak i wsp. [118] zachęcają natomiast, aby kobiety po raz pierwszy wypełniły kwestionariusz między 3 a 7 dobą po porodzie, przebywając jeszcze w oddziale położniczym. Podobnie Jardri i wsp. [137] zalecający, aby położnice wypełniły kwestionariusz między 3 a 5 dobą po porodzie. W przypadku uzyskania sumy  $\geq 10$  punktów ponowne wypełnienie skali zalecane jest po 6 tygodniach, co pozwala na odpowiednio wczesne wykrycie i późniejszą ocenę dynamiki ewentualnych zaburzeń. Dennis i wsp. [158] stwierdzają bowiem, że uzyskanie w piątej dobie połogu sumy  $\geq 10$  punktów związane jest z aż trzydziestokrotnym zwiększeniem ryzyka wystąpienia objawów depresji poporodowej 6 tygodni po porodzie. W badanej przez mnie populacji średni czas hospitalizacji położnic wynosił 3 doby (najkrótszy czas pobytu trwał 2 doby, najdłuższy – 22 doby), dlatego też możliwe byłoby poddanie kobiet pierwszemu etapowi badania przesiewowego w proponowanym przez wielu autorów czasie.

Szpitalna Skala Lęku i Depresji (*Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS*) została opracowana przez Sneitha i Zigmunda w 1983 roku [159]. Stanowi proste narzędzie służące do pomiaru natężenia lęku i depresji. Początkowo stosowano ją do oceny objawów lęku i depresji wśród chorych cierpiących na schorzenia somatyczne przebywających w szpitalu. Obecnie jest również używana do oceny natężenia lęku i depresji u pacjentów leczonych w warunkach ambulatoryjnych oraz u osób cierpiących na zaburzenia psychiczne [160]. Jej prosta i zrozumiała konstrukcja umożliwia szybkie odpowiadanie na zadane pytania [161]. W Szpitalnej Skali Depresji i Lęku nie zawarto pytań odnoszących się do objawów mogących wynikać z przyczyn fizycznych (takich jak: bóle i zawroty głowy, zaburzenia snu, utrata łaknienia) [162]. Dlatego też może mieć znaczenie w ocenie stanu natężenia objawów depresji i lęku u położnic. Szpitalną Skalę Lęku i Depresji przetłumaczyła i po raz pierwszy zastosowała w Polsce Karakuła i wsp. [163].

Wiek kobiety podawany jest jako jeden z czynników korelujący z występowaniem poporodowych zaburzeń psychicznych. Iwanowicz-Palus i wsp. [39] twierdzą, że bardzo młody wiek położnicy (poniżej 18 roku życia) zwiększa ryzyko występowania poporodowych zaburzeń psychicznych a Kaźmierczak i wsp. [118] zauważają, że kobiety poniżej 25 roku życia narażone są na wyższe ryzyko zapadnięcia na depresję poporodową. Również Jaeschke i wsp. [134] wśród czynników ryzyka wystąpienia depresji poporodowej wskazują na młody wiek położnicy. W odróżnieniu od tych doniesień Reroń i wsp. [119] w swojej pracy wykazują, iż to właśnie kobiety powyżej 30 roku życia z większą częstotliwością zapadają na depresję poporodową. W niniejszej pracy nie wykazałam zależności między wiekiem ankietowanych a punktacją uzyskiwaną przez położnice w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej oraz Szpitalnej Skali Depresji i Lęku oraz występowaniem poszczególnych emocji i odczuć po porodzie, podobnie jak w pracach Krzyżanowskiej-Zbuckiej [132], Snow [107], Miller [128], Kosińskiej-Kaczyńskiej i wsp. [129], Chrzan-Dętko i wsp. [136], Baston i wsp. [130], Robertson i wsp. [135] oraz Podolskiej i wsp. [164].

W latach 2009-2012 przeprowadzone zostało ogólnopolskie badanie, w którym oszacowano rozpowszechnienie problemów psychicznych wśród dorosłych mieszkańców naszego kraju [20]. Stwierdzono, że w populacji w wieku 18-64 roku życia aż 20-30% osób doświadcza stanów obniżenia nastroju i aktywności, przewlekłego lęku i drażliwości. Kilkanaście procent Polaków cierpi na lęki napadowe i społeczne oraz napady złości. Jedynie kilka procent uskarża się na inne stany (hipomania, agorafobia, trudności w koncentracji połączone z nadmierną ruchliwością). Istotnym jest aby podkreślić, że większość z wymienionych zaburzeń diagnozowane jest u kobiet [20]. Zaburzenia nerwicowe cechuje występowanie lęku i zachowań mających na celu unikanie narażenia na ten stan. Lęk staje się nieproporcjonalny do sytuacji i bodźca i może prowadzić do wystąpienia objawów czynnościowych [165]. Impulsywne zaburzenia zachowania mogą sygnalizować bądź stanowić stadium poprzedzające dla innych stanów klinicznych, które po ekstrapolacji można rozpoznać u blisko 1 miliona Polaków [20]. W badaniu próbowano udowodnić zależności pomiędzy czynnikami społeczno-demograficznymi, a zaburzeniami zdrowia psychicznego. Okazało się, że jednym z decydujących czynników ryzyka jest brak zatrudnienia. Wzięto pod uwagę również emerytów, rencistów i gospodynie domowe. Analizując ten problem należy zauważyć, że zatrudnienie stanowi nie tylko źródło utrzymania, ale przede wszystkim może być źródłem społecznego wsparcia. Czynnikiem ochronnym jest natomiast małżeństwo. U osób, które utraciły współmałżonka (śmierć bądź rozwód) zaobserwowano wyższe od przeciętnego ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych, w szczególności zaburzeń depresyjnych, lękowych oraz tendencję do zaburzeń zachowania. W tym przypadku grupą szczególnie obciążoną ich wystąpieniem są mieszkańcy dużych miast, częściej kobiety [20].

Status socjoekonomiczny i czynniki psychospołeczne mają udowodniony wpływ na występowanie poporodowych zaburzeń nastroju. Według niektórych autorów, osoby znajdujące się w dobrej sytuacji społeczno-ekonomicznej cechuje na ogół dobre zdrowie i żyją dłużej. W tym kontekście Kaczmarczyk-Chałas i wsp. [166] uznają poziom wykształcenia za jeden z silniejszych, pojedynczych wskaźników stanu zdrowia.

W pracy dokonałam próby analizy wpływu stanu cywilnego oraz pomocy w opiece nad noworodkiem ze strony bliskich kobiecie osób na emocje przed porodem i po porodzie oraz wyniki uzyskiwane przez położnice w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej a także

w skalach depresji i lęku Szpitalnej Skali Depresji i Lęku. Z uzyskanych wyników można wnioskować, iż sam stan cywilny kobiet nie ma aż takiego wpływu na występujące u nich poporodowe zaburzenia nastroju, jak wsparcie ze strony osób bliskich. Wykazałam zależność między stanem cywilnym położnic a uczuciem radości, szczęścia i miłości do dziecka/dzieci po porodzie. Spośród mężatek radość odczuwało 94% z nich, 89,1% panien i 81,3% rozwódek, szczęście 90,3% mężatek, 78,3% panien i 81,3% rozwódek, a uczucie miłości do dziecka/dzieci 93,5% mężatek, 85,9% panien i 93,8% rozwódek.

Kobiety, które uzyskały deklarację pomocy nad dzieckiem ze strony swojej matki przed porodem częściej w tym czasie doświadczwały radosnego oczekiwania w odniesieniu do kobiet, które takiej pomocy nie miały otrzymać (77,6% vs. 64,8%), czułości (65,5% vs. 54,3%), dumy (61,8% vs. 51,6%), uczucia miłości do dziecka/dzieci (82,9% vs. 75,8%) i odpowiedzialności (73,3% vs. 63,5%). Wpływ relacji kobiety z matką w kontekście występowania depresji poporodowej jest podkreślany w literaturze naukowej. Chrzan-Dętkoś i wsp. [136] wykazują, iż kobiety, które doznały w dzieciństwie troski od własnej matki uzyskiwały niższą punktację w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. Podobnie Blum [139], który zauważa, iż kobiety manifestujące objawy depresji poporodowej znacznie częściej negatywnie oceniają jakość opieki sprawowanej nad nimi przez matkę, pod względem poświęconej im troski. Blum dodatkowo zaznacza, że podobny wpływ na występowanie poporodowych zaburzeń depresyjnych może wywoływać brak troski w dzieciństwie ze strony ojca położnicy. Gebuza i wsp. [118] do czynników wywołujących stres, zwiększający ryzyko wystąpienia depresji poporodowej, włączają złą relację z matką.

Położnice, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej częściej uzyskiwały deklarację pomocy ze strony męża w opiece nad dzieckiem po porodzie w stosunku do kobiet, które uzyskały  $\geq 10$  punktów (82,4% vs. 71,4%). Odwrotną zależność uzyskano analizując pomoc partnera po porodzie, co może wskazywać na kobiety, które nie są w stałych związkach – tu częściej kobiety uzyskujące  $\geq 10$  punktów miały taką pomoc otrzymać (15,6% dla kobiet z grupy pierwszej vs. 26,2% dla kobiet z grupy drugiej). Warto w tym miejscu przywołać pracę Podolskiej i wsp. [164], wskazujących na kobiety pozostające w związkach nieformalnych, wśród których ryzyko zapadnięcia na depresję poporodową było kilkukrotnie wyższe niż kobiet zamężnych. Autorzy powyższej publikacji zaznaczają, iż tę grupę pacjentek należy objąć badaniem skriningowym, mającym na celu wczesne wykrywanie poporodowych zaburzeń nastroju.

Opisywane przeze mnie kobiety, które uzyskały  $\geq 10$  punktów w skali częściej zaznaczały, iż po porodzie będą same opiekowały się dzieckiem w stosunku do kobiet, których suma punktów była mniejsza niż 10 (3,4% vs. 0,8%). W pracy Kosińskiej-Kaczyńskiej i wsp. [129] również nie wykazano istotnie statystycznej różnicy między grupą kobiet, które uzyskały  $< 10$  i  $\geq 10$  punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej a ich stanem cywilnym, zaobserwowano natomiast zależność między punktacją uzyskiwaną w skali a wsparciem ze strony męża lub partnera. Podobnych obserwacji dokonano w pracy Kaźmierczak i wsp. [118], które wśród czynników socjoekonomicznych wywołujących stres wymieniają złe relacje małżeńskie lub brak męża. Guskowska [78] również wskazuje, że złe relacje z partnerem mogą skutkować zaburzeniami stresowymi i brakiem satysfakcji z porodu oraz wystąpieniem depresji poporodowej. Baston i wsp. [130] podkreślają rolę braku wsparcia



ze strony otoczenia i braku partnera życiowego. Podobnie Krzyżanowska-Zbucka [132], która do grupy ryzyka występowania depresji poporodowej włącza czynniki psychospołeczne, takie jak: samotne macierzyństwo i złe relacje w rodzinie, podobnie Jaeschke i wsp. [134]. Iwanowicz-Palus i wsp. [39] zalecają personelowi oddziału położniczego wnikliwą obserwację tych położnic, które samotnie będą wychowywały dziecko i nie mogą liczyć na żadne wsparcie. Snow [107] i Rokach [115] zaobserwowały, iż matki w krajach Zachodu w większości przypadków samotnie zmagają się z trudami macierzyństwa, nie mając tradycyjnych źródeł wsparcia, a dodatkowo złe relacje w małżeństwie stanowią czynnik ryzyka występowania zaburzeń psychicznych w okresie połogu, co podkreśla również Blum [139]. Reroń i wsp. [119] w swojej pracy natomiast nie wskazują na stan cywilny, jako czynnik mogący wpływać na występowanie zaburzeń depresyjnych u położnic.

W pracy zaobserwowałam zależność między stopniem wykształcenia a emocjami i odczuciami kobiet przed porodem oraz wynikiem uzyskiwanym przez położnice w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. Nieoczekiwane jest częstsze odczuwanie przez kobiety w wykształceniu wyższym niepokoju, gniewu i przygnębienia przed porodem w stosunku do kobiet z wykształceniem podstawowym i średnim. Spośród kobiet z wykształceniem podstawowym niepokój odczuwało 47,6%, z wykształceniem średnim 56,8%, z wykształceniem wyższym 66,2%, gniew 4,8% kobiet z wykształceniem podstawowym, 11% z wykształceniem średnim i 18,4% z wykształceniem wyższym, przygnębienie natomiast 4,8% kobiet z wykształceniem podstawowym, 17% z wykształceniem średnim i 23,6% z wykształceniem wyższym. Jednocześnie w grupie kobiet, które uzyskały mniej niż 10 punktów wykształcenie podstawowe posiadało 3,1% vs. 6,4% kobiet, które uzyskały  $\geq 10$  punktów, wykształcenie średnie 20,2% vs. 27%, wykształcenie wyższe 76,6% vs. 66,7%. Podobną zależność zaobserwowały Kosińska-Kaczyńska i wsp. [129]. W badanej przez mnie populacji kobiety z wyższym wykształceniem rzadziej uzyskiwały 10 i więcej punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w odróżnieniu od kobiet z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim, które częściej uzyskiwały  $\geq 10$  punktów. Na podobną zależność w swoich pracach wskazują: Kaźmierczak i wsp. [118], Baston i wsp. [130], Jaeschke i wsp. [134], Chrzan-Dętkoś i wsp. [136]. Reroń i wsp. [119] natomiast zauważają, że najbardziej narażona na ryzyko wystąpienia depresji poporodowej jest grupa kobiet z wykształceniem średnim. Bałkowiec-Iskra i wsp. [140] oraz Podolska i wsp. [164] twierdzą jednak, że poziom wykształcenia kobiety nie ma wpływu na występowanie depresji poporodowej.

Analizując uzyskane dane wykazałam również, iż kobiety z wykształceniem średnim i wyższym są po porodzie bardziej radosne, zadowolone, spokojniejsze, częściej odczuwają zachwyty, dumę, szczęście i deklarują uczucie miłości do dziecka/dzieci w stosunku do grupy kobiet z wykształceniem podstawowym (radość – 76,2% kobiet z wykształceniem podstawowym, z wykształceniem średnim – 94,9%, z wykształceniem wyższym – 93%, spokój – 52,4% kobiet z wykształceniem podstawowym, 78,8% z wykształceniem średnim i 76,6% z wykształceniem wyższym, zadowolenie – 57,1% kobiet z wykształceniem podstawowym, 83,9% z wykształceniem średnim i 78,1% z wykształceniem wyższym, zachwyty – 47,6% z wykształceniem podstawowym, 73,7% z wykształceniem średnim i 67,9% z wykształceniem wyższym, dumy – 43% kobiet z wykształceniem podstawowym, 82,2% z wykształceniem średnim i 67,9% z wykształceniem wyższym, szczęście – 71,4%

kobiet z wykształceniem podstawowym, 89,8% z wykształceniem średnim i 88,3% z wykształceniem wyższym, uczucie miłości do dziecka/dzieci odczuwało 61,9% kobiet z wykształceniem podstawowym, 96,6% z wykształceniem średnim i 92,5% z wykształceniem wyższym). Również zaskakującą zależność zaobserwowałam w odniesieniu do uczucia smutku, poczucia bezradności, niechęci i przygnębienia po porodzie – najczęściej na występowanie tych emocji i odczuć po porodzie wskazywały kobiety z wykształceniem wyższym, następnie średnim, najrzadziej natomiast z wykształceniem podstawowym (smutek – 9,5% kobiet z wykształceniem podstawowym, 11% z wykształceniem średnim i 22,1% z wykształceniem wyższym, bezradność – 14,3% kobiet z wykształceniem podstawowym, 15,3% z wykształceniem średnim i 25,9% z wykształceniem wyższym, niechęć – 4,2% kobiet z wykształceniem średnim i 10,7% z wykształceniem wyższym, przygnębienie – 9,5% kobiet z wykształceniem podstawowym, 9,3% z wykształceniem średnim i 18,1% z wykształceniem wyższym). Jednocześnie kobiety z wykształceniem wyższym rzadziej uzyskiwały  $\geq 10$  punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w stosunku do kobiet z wykształceniem podstawowym i średnim, co może wskazywać na większe zdolności tej grupy kobiet do radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Nie zaobserwowałam zależności pomiędzy stopniem wykształcenia a wynikami uzyskiwanymi przez respondentki w skalach depresji i lęku Szpitalnej Skali Depresji i Lęku.

Sytuacja materialna kobiet ma znaczący wpływ na ich stan emocjonalny po porodzie. W badanej przez mnie populacji położnice, które uzyskały mniej niż 10 punktów rzadziej były w złej sytuacji materialnej niż kobiety, które uzyskały  $\geq 10$  punktów (0,2% vs. 1,6%), podobnie dla średniej sytuacji materialnej (14,2% vs. 23%). Częściej w dobrej i bardzo dobrej sytuacji materialnej znajdowały się położnice, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w odróżnieniu od kobiet, które uzyskały  $\geq 10$  punktów – kolejno 70,1% vs. 64,3% i 15,4% vs. 11,1%. Również w Szpitalnej Skali Depresji i Lęku w skali depresji (HADS-D) w złej sytuacji materialnej znajdowało się 0,4% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, żadna z kobiet z łagodnymi zaburzeniami i 8,3% kobiet ze średnimi i ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi. W skali lęku (HADS-A) w złej sytuacji materialnej znajdowało się 0,2% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy i 2,7% położnic z łagodnymi zaburzeniami lękowymi, podczas gdy w grupie ze średnimi i ciężkimi zaburzeniami lękowymi żadna z kobiet nie określiła swojej sytuacji materialnej jako złej. W średniej sytuacji materialnej znajdowało się 12,6% ankietowanych, które uzyskały wynik w zakresie normy, 26% z łagodnymi, 38,5% ze średnimi i 35,7% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi. Swoją sytuację materialną jako dobrą określiło 71,3% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 61,6% z łagodnymi, 50% ze średnimi i 64,3% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi. W bardzo dobrej sytuacji materialnej znajdowało się 15,9% położnic, które uzyskały wynik w zakresie normy, 9,6% z łagodnymi i 11,5% ze średnimi zaburzeniami lękowymi. W grupie z ciężkimi zaburzeniami lękowymi żadna z kobiet nie określiła swojej sytuacji materialnej jako bardzo dobrej. Podobną zależność w swojej pracy zaobserwowały Czerwiak i wsp. [122], a w badanej przez nie populacji aż 64% położnic stwierdziło, iż mają znaczne problemy finansowe. Iwanowicz-Palus i wsp. [39], Krzyżanowska-Zbucka [132], Chrzan-Dętkoś i wsp. [136], Baston i wsp. [130] również podkreślają, iż zła sytuacja materialna częściej obserwowana jest u kobiet, u których występują poporodowe zaburzenia nastroju. Ogólny wniosek podają Bergant

i wsp. [131] stwierdzając, że kobiety pochodzące z niższych warstw społecznych cechuje zwiększone ryzyko wystąpienia depresji poporodowej. Niespodziewaną zależność zaobserwowałam w odniesieniu do uczucia gniewu po porodzie w zależności od sytuacji materialnej respondentek – odczuwało go bowiem 5,7% kobiet określających swoją sytuację materialną jako średnią, 9,1% będących w dobrej i 15,4% w bardzo dobrej sytuacji materialnej, co wymaga dalszej analizy.

Miejsce zamieszkania ankietowanych w przeprowadzonej przeze mnie analizie nie miało związku z uzyskiwanymi przez nie wynikami w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, Szpitalnej Skali Depresji i Lęku oraz emocjami i odczuciami przed porodem i po porodzie, podobnie jak w pracach Kosińskiej-Kaczyńskiej i wsp. [129], Podolskiej i wsp. [164] oraz Gebuzy i wsp. [167]. Reroń i wsp. [119] stwierdzają jednak, że depresja poporodowa z większą częstotliwością występuje u kobiet zamieszkujących duże miasta (>50 tys. mieszkańców).

Bardzo istotnym czynnikiem, mającym ochronny wpływ na kobiety w kontekście występowania poporodowych zaburzeń nastroju ma poczucie przygotowania do porodu. O ile w niniejszej pracy nie wykazałam istotnej statystycznie zależności między sposobem, w jaki kobieta przygotowywała się do porodu (szkoła rodzenia, literatura fachowa, czasopisma, Internet, rozmowa z kobietami, które już rodziły i inne), o tyle subiektywnie oceniane przez nią przygotowanie do porodu zdaje się bardzo silnie wpływać na uzyskane wyniki.

Zaobserwowałam zależność pomiędzy stopniem przygotowania ciężarnej do porodu a uczuciem spokoju, radosnego oczekiwania, zadowolenia, zachwytu i bezradności przed porodem. Spokój przed porodem odczuwało 33,3% kobiet, które nie czuły się dobrze przygotowane do porodu, 60% kobiet określających swoje przygotowanie jako średnie, 64,8% dobrze i 62,2% bardzo dobrze przygotowanych do porodu, radosne oczekiwanie odczuwało 48,2% kobiet, które nie czuły się dobrze przygotowane do porodu, 70,5% kobiet określających swoje przygotowanie jako średnie, 75,2% dobrze i 72% bardzo dobrze przygotowanych do porodu, zadowolenie odczuwało 29,6% kobiet, które nie czuły się dobrze przygotowane do porodu, 59,1% kobiet określających swoje przygotowanie jako średnie, 62,4% dobrze i 57,3% bardzo dobrze przygotowanych do porodu, zachwyt odczuwało 25,9% kobiet, które nie czuły się dobrze przygotowane do porodu, 50,5% kobiet określających swoje przygotowanie jako średnie, 54,4% dobrze i 46,3% bardzo dobrze przygotowanych do porodu, bezradność natomiast odczuwało 44,4% kobiet, które nie czuły się dobrze przygotowane do porodu, 31,4% kobiet określających swoje przygotowanie jako średnie, 25,1% dobrze i 22% bardzo dobrze przygotowanych do porodu. Obserwując rozkład procentowy deklarowanych odczuć i emocji przed porodem można zauważyć, iż wśród kobiet deklarujących bardzo dobre przygotowanie do porodu rzadziej niż w grupie kobiet dobrze przygotowanych występował spokój i radosne oczekiwanie, a zadowolenie i zachwyt było nawet rzadsze niż u kobiet średnio przygotowanych, co warto poddać dalszej analizie, wykraczającej poza ramy niniejszej pracy.

W odniesieniu do Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej kobiety, które uzyskały mniej niż 10 punktów zaledwie w 3,1% nie czuły się dobrze przygotowane do porodu vs. 11,1% z punktacją  $\geq 10$ , a średnie przygotowanie do porodu zadeklarowało 16,6% kobiet z pierwszej grupy vs. 28,6% położnic z grupy drugiej. Dobre przygotowanie do porodu

zadeklarowało 62,4% kobiet w pierwszej grupy vs. 54% położnic z grupy drugiej, a bardzo dobre 17,8% kobiet z grupy pierwszej vs. 6,4% kobiet z grupy drugiej.

Podobnie wyniki kształtowały się w skalach depresji i lęku Szpitalnej Skali Depresji i Lęku – w skali depresji nieprzygotowanych do porodu czuło się 4,6% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 3,7% z łagodnymi i 25% ze średnimi i ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi, średnie przygotowanie do porodu zadeklarowało 18,7% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 25,9% z łagodnymi i 33,3% ze średnimi i ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi, dobre przygotowanie zadeklarowało 60,4% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 70,4% z łagodnymi i 41,7% ze średnimi i ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi, bardzo dobrze przygotowało się 16,3% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy i żadna z kobiet z łagodnymi i średnimi oraz ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi. W skali lęku nieprzygotowanych do porodu czuło się 3,5% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 8,2% z łagodnymi, 15,4% ze średnimi i 14,3% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi, średnie przygotowanie zadeklarowało 16,8% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 24,7% z łagodnymi, 42,3% ze średnimi i 28,6% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi, dobrze przygotowanych czuło się 63,3% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 52,1% z łagodnymi, 38,5% ze średnimi i 57,1% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi, bardzo dobre przygotowanie zadeklarowało natomiast 16,4% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 15,1% z łagodnymi i 3,9% ze średnimi zaburzeniami lękowymi. W grupie z ciężkimi zaburzeniami lękowymi żadna z kobiet nie czuła się bardzo dobrze przygotowana do porodu. W niniejszej pracy oceniałam również wpływ stopnia przygotowania do porodu na emocje i odczucia położnic. Spokój po porodzie odczuwało 59,3% kobiet, które nie czuły się dobrze przygotowane do porodu, 66,7% kobiet określających swoje przygotowanie jako średnie, 79,2% dobrze i 81,7% bardzo dobrze przygotowanych do porodu, pewność siebie po porodzie odczuwało 33,3% kobiet, które nie czuły się dobrze przygotowane do porodu, 59,1% kobiet określających swoje przygotowanie jako średnie, 66,4% dobrze i 63,1% bardzo dobrze przygotowanych do porodu, zadowolenie po porodzie odczuwało 48,2% kobiet, które nie czuły się dobrze przygotowane do porodu, 75,2% kobiet określających swoje przygotowanie jako średnie, 82,3% dobrze i 78,1% bardzo dobrze przygotowanych do porodu, zachwyty po porodzie odczuwało 40,7% kobiet, które nie czuły się dobrze przygotowane do porodu, 66,7% kobiet określających swoje przygotowanie jako średnie, 71,3% dobrze i 68,3% bardzo dobrze przygotowanych do porodu.

Kubicka-Kraszyńska i wsp. [112] podkreślają rolę położnej w psychoprofilaktyce przedporodowej, dzięki której rodzące z mniejszą intensywnością odczuwają ból porodowy, poprzez zredukowanie lęku, niepewności i braku zaufania do własnych sił. Bączyk i wsp. [168] zauważają zależność między uczestnictwem ciężarnych w zajęciach prowadzonych przez szkoły rodzenia a zmniejszeniem poziomu lęku przed porodem. Także Kaźmierczak i wsp. [118] podkreślają rolę przygotowania do porodu, w szczególności zaś rzetelnych informacji o trudnościach, jakie mogą wystąpić w okresie perinatalnym. Brak wyjaśnienia nurtujących ciężarną pytań prowadzi do uczucia bezradności, zagubienia i dezorientacji. Iwanowicz-Palus i wsp. [39] zwracają uwagę, iż brak wiedzy na temat ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem rodzi strach przed tym, co nieznanne, porodem i bólem. Według niej kobieta przygotowana do porodu rozumie siebie i swój stosunek do świata poprzez rozbudzenie w sobie odpowiedzialności za siebie i mające przyjść na świat dziecko. Ponadto

ciążarna poznaje typowe trudności, jakie mogą wystąpić w pierwszych tygodniach po porodzie także w sferze emocjonalnej i zna sposoby radzenia sobie z nimi. Guskowska [78] wskazuje na przygotowanie do porodu jako jeden z zasadniczych czynników redukujących lęk przedporodowy, jednak w badanej przez mnie populacji nie wykazano istotnej statystycznie zależności między stopniem przygotowania do porodu a występowaniem strachu przed porodem.

W niniejszej pracy nie wykazałam istotnej statystycznie zależności między liczbą ciąż i porodów a wynikami uzyskiwanym przez położnice w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, Szpitalnej Skali Depresji i Lęku oraz emocjami i odczuciami po porodzie. Takiej zależności nie wykazuje również Kosińska-Kaczyńska [129]. Kaźmierczak i wsp. [118] wskazują natomiast, że to kobiety po licznych porodach częściej dotknięte są zaburzeniami emocjonalnymi w okresie połogu w odróżnieniu od Gebuzy i wsp. [167] twierdzących z kolei, że częściej pogorszenie nastroju dotyka położnice po pierwszym porodzie. W odniesieniu do analizowanych przez mnie emocji i odczuć kobiet przed porodem pierwiastki częściej od pozostałych respondentek odczuwały dumę (61,9% vs. 52,8%), szczęście (75,3% vs. 66%), uczucie miłości do dziecka/dzieci (83,2% vs. 76,4%), odpowiedzialność (74,2% vs. 63,6%) i strach (70,5% vs. 62,8%). Porównując występowanie wyżej wymienionych emocji i odczuć w grupie położnic, które uzyskały w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej  $\geq 10$  punktów okazuje się jednak, że nie były one statystycznie istotne.

Czynnikiem mogącym zwiększać ryzyko występowania zaburzeń emocjonalnych wśród położnic jest sposób zakończenia poprzedniej ciąży i obciążony wywiad położniczy. Uzyskana w pracy zależność między sposobem zakończenia ciąży a punktacją położnic w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej znajduje się co prawda na granicy istotności statystycznej, ale w odniesieniu do danych literaturowych wydaje się być istotnym omówienie tego problemu. Nie wykazano natomiast zależności między sposobem zakończenia poprzednich ciąż a emocjami i odczuciami kobiet przed porodem i po porodzie oraz Szpitalną Skalą Depresji i Lęku.

Kobiety, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej częściej rodziły siłami natury w stosunku do kobiet, które uzyskały  $\geq 10$  punktów (41,8% vs. 29,3%) i znacznie rzadziej poprzednie ciążę kończyły się u kobiet z grupy pierwszej niepowodzeniem (poronienie, ciąża obumarła, ciąża ektopowa, puste jajo płodowe) w stosunku do kobiet z grupy drugiej (28,9% vs. 44,8%). U podobnego odsetka kobiet wykonano cięcie cesarskie (23,1% vs. 24,1%) i założono kleszcze położnicze (1,3% vs. 1,7%). Wyciągacz próżniowy zastosowano przy poprzednich porodach u 4,9% kobiet z grupy pierwszej i u żadnej z kobiet z grupy drugiej. Na podobną zależność wskazuje Snow [107] i Iwanowicz-Palus [39]. Łuczak-Wawrzyniak i wsp. [54] zwracają uwagę na trudną sytuację kobiet po poronieniu samoistnym, terminacji ciąży, obumarciu płodu oraz porodu przedwczesnego i śmierci tego dziecka. Położnice takie częściej niż w ogólnej populacji zapadają na depresję poporodową (22-55%), cierpią z powodu lęków i ataków paniki (22-41%), zaburzeń kompulsywnych i syndromu stresu pourazowego. Miller [128] twierdzi, że kobiety po poronieniu i porodzie martwego dziecka, które nie chorowały wcześniej na depresję, obciążone są takim samym ryzykiem wystąpienia epizodu depresyjnego w połogu jak kobiety po urodzeniu żywego dziecka. W przypadku

wcześniejszego występowania depresji ryzyko to wzrasta dwukrotnie. Podobnie Kaźmierczak i wsp. [118] wyróżniają kobiety po poronieniu i porodzie martwego dziecka, które po takim porodzie zareagowały reakcją pourazową. Prażmowska i wsp. [68] zauważają, iż kobiety po porodzie martwego dziecka wykazują wyższy stopień nasilenia depresji, lęku i mają niższą samoocenę w stosunku do kobiet po porodzie żywego dziecka. Kosińska-Kaczyńska i wsp. [129] nie zaobserwowały istotnej statystycznie różnicy w punktacji uzyskiwanej przez położnice w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej po stracie jednej lub więcej ciąży w wywiadzie. Ankiety zbieraną na potrzeby niniejszej pracy wypełniały kobiety po urodzeniu żywego dziecka, aby wyróżnić czynniki mogące powodować występowanie zaburzeń emocjonalnych w tej grupie kobiet.

W niniejszej pracy nie zaobserwowałam istotnej statystycznie różnicy w punktacjach uzyskiwanych przez położnice w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, Szpitalnej Skali Depresji i Lęku oraz występowaniu odczuć i emocji po porodzie wśród kobiet w ciąży pojedynczej i mnogiej. Malinowski [63] zauważa jednak, że kobiety, u których rozpoznano ciążę wielopłodową znacznie częściej mają problemy psychologiczne związane z zaakceptowaniem tego stanu. Ciężarne mogą obawiać się powikłań w przebiegu ciąży i porodu, stanu urodzeniowego dzieci, a także obniżenia stopy życiowej i konieczności zmiany prowadzonego do tej pory trybu życia. Problem narasta, gdy dochodzi do wewnątrzmacicznego zgonu jednego lub kilku płodów. Choi i wsp. [169] podają, iż ryzyko wystąpienia depresji poporodowej o średnim i ciężkim nasileniu jest o 43% wyższe u położnic, które były w ciąży mnogiej w stosunku do tych, które były w ciąży pojedynczej.

Podobnie w mojej pracy nie zaobserwowałam zależności między faktem zajścia w nieplanowaną ciążę i wynikami uzyskiwanymi przez kobiety w wyżej wymienionych skalach. Także Bałkowiec-Iskra i wsp. [140] nie stwierdzają takiej zależności. W pracach Krzyżanowskiej-Zbuckiej [132], Chrzan-Dętko i wsp. [136] oraz Kaźmierczak i wsp. [118] jako jeden z czynników wystąpienia depresji poporodowej wymieniana jest niechciana ciąża. Baston i wsp. [130] jako jeden czynnik łączy nieplanowaną i niechcianą ciążę, natomiast Blum [139] podkreśla, iż nie każda ciąża nieplanowana będzie ciążą niechcianą, na co również zwracają uwagę Iwanowicz-Palus i wsp. [39]. Guskowska [78] uważa natomiast, że jednym z czynników predysponujących do zaburzeń stresowych po porodzie mogą być trudności w akceptacji ciąży i rodzicielstwa.

Analizując uzyskane wyniki zaobserwowałam szereg zależności między powikłanym przebiegiem ciąży a emocjami i odczuciami zaznaczanymi przez kobiety przed porodem i po porodzie oraz punktacją uzyskiwaną przez kobiety w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. Wynik na granicy istotności statystycznej uzyskałam analizując powikłany przebieg ciąży i skalę lęku Szpitalnej Skali Depresji i Lęku.

Kobiety, których ciąża była powikłana częściej od pozostałych odczuwały niepewność (56% vs. 41,5%), niepokój (66,7% vs. 57,5%), strach (70,4% vs. 60,6%), smutek (26,2% vs. 18,7%) i obawę (64,9% vs. 51,3%) przed porodem. Analizując wpływ poszczególnych powikłań ciąży na emocje i odczucia kobiet przed porodem również zaobserwowałam liczne zależności. W przypadku pojawienia się przedwczesnej czynności skurczowej kobiety częściej od pozostałych odczuwały obawę (69,8% vs. 58%) oraz deklarowały uczucie miłości do dziecka/dzieci (88,5% vs. 78,2%); niewydolność szyjki macicy w przebiegu ciąży miała wpływ na częstsze występowanie

zmęczenia (72,6% vs. 60%), bezradności (39,7% vs. 24,8%), obawy (80,8% vs. 56,8%) i przygnębienia (30,1% vs. 20,1%); zakażenie układu moczowego wiązało się z częstszym występowaniem zmęczenia (75,4% vs. 59,5%); w przypadku krwawienia kobiety również częściej odczuwały zmęczenie (72,6% vs. 59,5%) oraz niepokój (80,6% vs. 61%); kobiety cierpiące z powodu zakażenia pochwy częściej doświadczały obawy (86,7% vs. 57,7%) i przygnębienia (33,3% vs. 20,4%); niedoczynność tarczycy miała wpływ na rzadsze odczuwanie radości (65,8% vs. 82,7%), pewności siebie (39,5% vs. 57,7%), czułości (36,8% vs. 62,8%), dumy (42,1% vs. 58,9%) i szczęścia (52,6% vs. 72,4%); w przypadku położenia miednicowego płodu kobietom częściej towarzyszyła niepewność (71,4% vs. 49,4%) i niepokój (80% vs. 62,3%); choroba płodu sprawiała, iż rzadziej wśród tych kobiet występowała radość (61,9% vs. 82,3%) i zadowolenie (38% vs. 60,2%), częściej natomiast strach (95,2% vs. 65,8%); w przypadku niedokrwistości kobiety częściej czuły się zmęczone (79,4% vs. 60,6%); niepowściągliwe wymioty ciężarnych również wpływały na częstsze odczuwanie przez kobiety zmęczenia (88% vs. 60,5%) i bólu (64% vs. 36,1%). Ciężarne doświadczające zmian nastroju w czasie ciąży rzadziej od pozostałych odczuwały przed porodem spokój (40,7% vs. 63%), częściej natomiast niepewność (70,4% vs. 49,8%), niepokój (85,2% vs. 62,3%), obawę (77,8% vs. 59%) i ból (55,6% vs. 36,4%); w przypadku depresji kobiety rzadziej od pozostałych odczuwały radość (33,3% vs. 81,8%), częściej natomiast obojętność (100% vs. 13,6%), potrzebę izolacji/odosobnienia (66,7% vs. 21%), niepewność (100% v. 50,6%) oraz przygnębienie (66,7% vs. 21,2%). Iwanowicz-Palus [39] także zauważa, że wystąpienie choroby w czasie ciąży ujemnie wpływa na stan emocjonalny kobiety i powoduje frustrację, a ciągła obserwacja własnego ciała w przypadku różnych dolegliwości może wzmacniać napięcie i lęk. Rutkowska i wsp. [40] również stwierdzają, że kobiety, których ciąża jest zagrożona częściej odczuwają lęk, wzmagany dodatkowo przez konieczność hospitalizacji.

Analizując powyższe odczucia i emocje w odniesieniu do wyników uzyskanych przez respondentki w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej można zauważyć, że zmęczenie, obojętność, potrzeba izolacji/odosobnienia, niepewność, niepokój, strach, bezradność, obawa i przygnębienie przed porodem częściej występowały u kobiet, których suma punktów była większa niż 10.

Występowanie powikłań w czasie ciąży wpływało również na emocje i odczucia po porodzie. Strach po porodzie odczuwało 29,5% kobiet, których ciąża przebiegała prawidłowo i 38,5% kobiet, których ciąża była powikłana. W przypadku wystąpienia przedwczesnej czynności skurczowej w czasie ciąży położnice częściej od pozostałych doświadczały czułości (91,7% vs. 84%) i deklarowały uczucie miłości do dziecka/dzieci po porodzie (96,9% vs. 91,2%); niewydolność szyjki macicy wiązała się z częstszym występowaniem strachu (45,2% vs. 33,8%); w przypadku krwawienia w ciąży położnice częściej deklarowały uczucie miłości do dziecka/dzieci (100% vs. 91,1%), niepewność (44,8% vs. 31,4%) i strach (50,8% vs. 33,1%); kobiety, u których przebieg ciąży powikłany był cukrzycą rzadziej odczuwały zachwyty (56% vs. 69,7%) i czułość po porodzie (70% vs. 87%); wystąpienie zakażenia pochwy w czasie ciąży powodowało zwiększenie częstotliwości smutku (31,3% vs. 18,2%) i obawy (55,6% vs. 39,1%) po porodzie; w przypadku nadciśnienia indukowanego ciążą obciążone nim kobiety rzadziej odczuwały szczęście po porodzie (76,3% vs. 88,9%); położenie miednicowe płodu miało wpływ na

częstsze doświadczanie zachwytu (82,9% vs. 67,4%), niepokoju (60% vs. 36,4%), strachu (51,4% vs. 34,2%), gniewu (20% vs. 8,7%), obawy (57,1% vs. 39,3%) i niechęci (20% vs. 8,1%) po porodzie; choroba płodu powodowała u matek rzadsze odczuwanie radości (81% vs. 93,3%), spokoju (52,4% vs. 77,1%) i zadowolenia (57,1% vs. 79,4%) po porodzie; z niedokrwistością natomiast wiązała się zwiększona częstotliwość występowania niepewności (48,5% vs. 32%) i potrzeby izolacji/odosobnienia (26,5% vs. 14%) wśród położnic.

Wśród ankietowanych, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej ciąża rzadziej była powikłana w stosunku do kobiet, których suma punktów była  $\geq 10$  (60,2% vs. 77,8%), rzadziej występowały też powikłania takie jak zmiany nastroju w czasie ciąży (5,6% vs. 13,3%), nadczynność tarczycy przed ciążą (0,2% vs. 4,8%), zmiany nastroju przed ciążą (1,2% vs. 4%) i depresja przed ciążą (0,2% vs. 4%). Na podobne zależności wskazują Kosińska-Kaczyńska [129] i Krzyżanowska-Zbucka [132]. Robertson i wsp. [135] wśród powikłań ciąży w nieznacznym stopniu zwiększających ryzyko wystąpienia depresji poporodowej wymieniają stan przedrzucawkowy i niepowściągliwe wymioty ciężarnych, podobnie jak Jaeschke i wsp. [134], którzy jednak podaje, że stan przedrzucawkowy i podejrzenie stanu zagrożenia płodu prawie dwukrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia depresji poporodowej. Tkaczuk-Włach i wsp. [51] wymieniają szereg powikłań położniczych, mogących być skutkiem niedoczynności i nadczynności oraz poporodowego zapalenia tarczycy, dlatego też w ocenie stanu psychicznego po porodzie należy zwrócić uwagę na położnice ze stwierdzoną chorobą tego gruczołu.

W grupie kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy w skali lęku Szpitalnej Skali Depresji i Lęku, 61,9% ciąż było powikłanych, 68,5% u kobiet z łagodnymi, 80,8% ze średnimi i 85,7% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi. W niniejszej pracy w skali lęku Szpitalnej Skali Depresji i Lęku choroby współistniejące wystąpiły u 26,2% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 32,9% z łagodnymi, 46,2% ze średnimi i 50% ciężkimi zaburzeniami lękowymi.

Rutkowska [40] zwraca uwagę na kobiety, dla których radość z macierzyństwa bywa być przyćmiona przez niepokój i lęk o przebieg ciąży, stan płodu, czy możliwe działania niepożądane zażywanych przez nią leków, podczas gdy zaniechanie farmakoterapii również mogłoby być przyczyną komplikacji. Grącka [170] podkreśla rolę pielęgniarek w edukacji rodziców i włączaniu ich do opieki nad własnym dzieckiem. Udowodniony jest związek pomiędzy akceptacją choroby a lepszym przystosowaniem pacjentów i mniejszym nasileniem negatywnych emocji. Tałaj i wsp. [33] oraz Oleszczuk i wsp. [44] udowadniają, że pacjentów wykazujących wyższy stopień akceptacji choroby cechuje optymistyczne, pełne nadziei podejście do życia oraz zaufanie do lekarzy i proponowanych metod leczenia.

Dodatkowym czynnikiem związanym ze zwiększeniem ryzyka występowania poporodowych zaburzeń nastroju jest hospitalizacja ciężarnych. W badanej przez mnie populacji aż 40% położnic w pewnym okresie ciąży wymagało pobytu w szpitalu przez pewien okres czasu. Fakt hospitalizacji kobiet miał wpływ na uzyskiwaną przez położnice punktację w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej oraz skali depresji Szpitalnej Skali Depresji i Lęku. Kobiety, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej znacznie rzadziej przebywały w szpitalu w czasie ciąży w stosunku do kobiet z grupy drugiej (37,1% vs. 51,6%). Hospitalizowanych w czasie ciąży było 39,4% kobiet,



które w skali depresji Szpitalnej Skali Depresji i Lęku uzyskały wynik w zakresie normy, 44,4% z łagodnymi oraz 75% ze średnimi i ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi. Jaeschke i wsp. [134] zaznaczają, iż konieczność hospitalizacji ciężarnej może zwiększać ryzyko wystąpienia depresji poporodowej aż dwukrotnie.

Czas trwania ciąży miał wpływ na uzyskiwaną przez badane przeze mnie położnice punktację w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej i występowaniu odczuć i emocji po porodzie. Spośród ankietowanych 93% urodziło w określonym terminie porodu, a 7% ciąż zakończyło się przedwcześnie. Respondentki, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej rzadziej urodziły przedwcześnie w stosunku do kobiet, które uzyskały  $\geq 10$  punktów (5,5% vs. 11,9%,).

W odniesieniu do emocji i odczuć po porodzie spokój odczuwało 52,6% kobiet, które urodziły przedwcześnie i 77,9% kobiet, które urodziły o czasie, pewność siebie odczuwało 39,5% kobiet, które urodziły przedwcześnie i 64,6% kobiet, które urodziły o czasie, zadowolenie po porodzie odczuwało 63,2% kobiet, które urodziły przedwcześnie i 79,7% kobiet, które urodziły o czasie, zachwyty po porodzie odczuwała połowa kobiet, które urodziły przedwcześnie i 69,8% kobiet, które urodziły w przewidywanym terminie porodu. Również Kaźmierczak i wsp. [118] wśród czynników wpływających na wystąpienie depresji poporodowej wymieniają poród przedwczesny, natomiast w pracy Kosińskiej-Kaczyńskiej [129] takiej zależności nie wykazano. Reroń i wsp. [119] podkreślają, że sam fakt odbycia porodu przedwczesnego nie stanowi jednego z czynników ryzyka występowania poporodowych zaburzeń nastroju, ale to problemy związane z wcześniactwem wywołują u kobiet poczucie lęku, napięcia i bezradności, co w konsekwencji prowadzi do długotrwałego obniżenia nastroju. Łuczak-Wawrzyniak [171] również zaobserwowała, iż rodzice wcześniaka doświadczają wielu bardzo intensywnych emocji, gdy po raz pierwszy znajdują się na oddziale noworodkowym, widząc swoje bezbronne dziecko w inkubatorze, podłączone do nieznanego im aparatury i od niej zależne. W takich momentach odczuwają żal, gniew, lęk, bunt i bezradność. Rodzice takich dzieci mogą tracić poczucie własnej wartości, stabilizacji i niezależności.

Czynnikiem, który zwiększał w badanej przeze mnie populacji ryzyko wystąpienia poporodowych zaburzeń nastroju było oddzielenie matki od dziecka ze względu na konieczność jego pobytu na oddziale noworodkowym z różnych wskazań ( wcześniactwo, wady wrodzone, zaburzenia oddychania, zakażenie i in.). Po porodzie drogami natury 95% noworodków przebywało wraz z matką na oddziale położniczym, po elektrywnych cięciach cesarskich – 79% po cięciu cesarskim ze wskazań pilnych, nagłych i nagłych – 88%. Kobiety, które uzyskały  $\geq 10$  punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej rzadziej przebywały z noworodkiem na oddziale położniczym w stosunku do położniczek przebywających z dzieckiem (81% vs. 93,3%), a w skali lęku Szpitalnej Skali Depresji i Lęku z noworodkiem przebywało 91,8% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 93,2% z łagodnymi, 76,9% ze średnimi i 57,1% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi. W odniesieniu do emocji i odczuć po porodzie również zaobserwowałam silne zależności. Kobiety, które w oddziale położniczym przebywały wraz z noworodkiem częściej od tych, których dziecko zostało przekazane do oddziału neonatologii odczuwały radość (94,1% vs. 80,8%), spokój (79,1% vs. 48,1%), pewność siebie (65,2% vs. 40,4%), zadowolenie (81% vs. 55,8%), zachwyty (71% vs. 44,2%), czułość (87,1% vs. 69,2%), dumę

(77,3% vs. 61,5%), szczęście (89,8% vs. 71,2%), uczucie miłości do dziecka/dzieci (93,3% vs. 82,7%), zmęczenie (74,2% vs. 61,5%), rzadziej natomiast strach (33,3% vs. 53,9%) i smutek (18% vs. 30,8%) po porodzie. Kózka i wsp. [172] wskazują, że wystąpienie u dziecka poważnej choroby jest dużym obciążeniem psychicznym dla rodziców, budzi u nich lęk, poczucie niemocy i bezradności, a nawet wyrzuty sumienia. Jaeschke i wsp. [134] wykazują, że hospitalizacja noworodka wiąże się z dwukrotnym zwiększeniem ryzyka wystąpienia depresji poporodowej wśród położnic, Łuczak-Wawrzyniak [173] podkreśla ponad to, że wśród prawie połowy matek noworodków hospitalizowanych z różnych wskazań na oddziałach intensywnej terapii występuje zespół stresu pourazowego.

Spśród wszystkich procedur wykonanych w czasie porodu drogami natury w badanej przeze mnie populacji nacięcie krocza, wykonane u 69% kobiet, miało największy wpływ na punktację uzyskiwaną przez położnice w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. U położnic, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej rzadziej w czasie porodu wykonano nacięcie krocza, w stosunku do położnic z drugiej grupy (65,9% vs. 82,1%). Podobnej zależności nie uzyskałam analizując odczucia i emocje kobiet po porodzie i punktację uzyskiwaną w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji. Kubicka-Kraszyńska i wsp. [101] wyjaśniają, że dla wielu kobiet silne emocje i dolegliwości bólowe spowodowane epizyotomią skutkują problemami emocjonalnymi w czasie porodu. Dodatkową traumę może powodować wykonanie nacięcia krocza bez uzgodnienia z rodzącą. Kaźmierczak i wsp. [118] wśród czynników związanych z porodem mogących prowadzić do występowania zaburzeń emocjonalnych w porodu nie podają co prawda samego zabiegu nacięcia krocza, ale wymieniają negatywne doświadczenia związane z porodem, którym towarzyszyło poczucie bezradności, utraty kontroli i poczucie uprzedmiotowienia. Również Gebuza i wsp. [167] analizując problemy kobiet w porodu zwracają uwagę na duży odsetek położnic odczuwających dolegliwości bólowe związane z nacięciem krocza i jego następowym zeszyciem i podkreślają, że przewlekły ból może wpływać negatywnie na zdolność matki do opieki nad dzieckiem oraz jej samopoczucie. Guskowska [78] zaobserwowała, że kobiety, które doświadczyły traumy w czasie porodu częściej poddawane były interwencjom medycznym, doznawały bólu i poczucia bezsilności.

Wbrew licznym doniesieniom na temat wpływu sposobu zakończenia ciąży na występowanie poporodowych zaburzeń emocjonalnych wśród położnic w niniejszej pracy nie zaobserwowałam zależności między sposobem rozwiązania i punktacją uzyskiwaną przez kobiety w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, skalami lęku i depresji Szpitalnej Skali Lęku i Depresji oraz emocjami i odczuciami kobiet po porodzie. Podobnie w pracach Kosińskiej-Kaczyńskiej [129] oraz Bałkowiec-Iskry i wsp. [140] takiej zależności nie wykazano. Krzyżanowska-Zbucka i wsp. [132] wśród czynników ryzyka depresji poporodowej podają ciężki lub urazowy poród, podobnie jak Kaźmierczak i wsp. [118] wskazujące na kobiety, których poród zakończył się z zastosowaniem próżniociągu lub kleszczy położniczych. Snow [107] analizująca przyczyny występowania zespołu stresu pourazowego, zwraca uwagę na położnice po cięciu cesarskim ze wskazań nagłych. Do podobnego wniosku doszli w swojej pracy Jaeschke i wsp. [134], wskazujący cięcie cesarskie wykonane w trybie pilnym jako czynnik mogący aż dwukrotnie zwiększać ryzyko wystąpienia depresji poporodowej. Również Robertson i wsp. [135] wśród czynników mogących powodować występowanie poporodowych zaburzeń nastroju wymieniają poród

instrumentalny i cięcie cesarskie, Blum [139] natomiast zaznacza, że zakończenie ciąży na drodze cięcia cesarskiego ma mniejszy niż do tej pory sądzono wpływ na występowanie depresji poporodowej. Warto podkreślić spostrzeżenie Podolskiej i wsp. [174], które zaobserwowały zwiększenie poziomu lęku jako stanu wśród położnic, których poród zakończył się na drodze cięcia cesarskiego, szczególnie, gdy kobieta planowała urodzić drogami natury. Z kolei Mojs i wsp. [117] stwierdzają obecność lęku jako cechy u kobiet po cięciu cesarskim. Ze względu na tak zróżnicowane doniesienia w literaturze naukowej, warto w przebiegu dalszych badań przeanalizować wpływ sposobu zakończenia ciąży na występowanie poporodowych zaburzeń emocjonalnych.

W literaturze naukowej podkreślany jest pozytywny wpływ wczesnego kontaktu „skóra do skóry” matki z noworodkiem. Ferber i wsp. [175] zaobserwowali poczucie spełnionego macierzyństwa wśród kobiet, które miały możliwość takiego kontaktu. Według Oslisło i wsp. [102] położnice, którym po porodzie umożliwiono kontakt z noworodkiem, w trzeciej dobie połogu wykazywały większą wiarę we własne siły i mniejszy lęk. Podobną zależność zaobserwowałam w odniesieniu do wyników uzyskiwanych przez położnice w skali lęku Szpitalnej Skali Lęku i Depresji. Kontakt „skóra do skóry” po porodzie doświadczyło 55,6% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 46,6% kobiet z łagodnymi, 38,5% ze średnimi i 28,6% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi. Matki, które doświadczyły kontaktu „skóra do skóry” z noworodkiem częściej od pozostałych odczuwały zadowolenie (82,9% vs. 73,7%). Nie zaobserwowałam podobnych zależności w odniesieniu do Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej oraz skali depresji Szpitalnej Skali Lęku i Depresji.

Stan noworodka, oceniany w skali Apgar pod koniec pierwszej minuty życia, nie miał wpływu na emocje i odczucia kobiet po porodzie oraz uzyskiwane przez nie wyniki w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej i Szpitalnej Skali Lęku i Depresji, podobnie jak w pracy Kosińskiej-Kaczyńskiej i wsp. [129]. Odmienne wyniki uzyskali w swoich badaniach Robertson i wsp. [135], którzy stwierdzają, że gorszy stan urodzeniowy noworodka stanowi silny czynnik ryzyka wystąpienia poporodowych zaburzeń afektywnych.

Obecność osoby bliskiej w czasie porodu miała wpływ na emocje i odczucia położnic, a kobiety, które nie były same częściej od pozostałych odczuwały po porodzie dumę (78,4% vs. 71,1%), uczucie miłości do dziecka/dzieci (94,2% vs. 88,7%), a także, co jest zaskakujące i skłania do dalszych badań, zmęczenie (76,4% vs. 67%) oraz bezradność (25,9% vs. 18%). Ulman-Włodarz i wsp. [83] stwierdzają, że obecność partnera w czasie porodu powoduje pogłębienie więzi między kobietą i mężczyzną, jednak uzyskane przeze mnie wyniki nie pozwalają na wysnucie takiego wniosku. Obecność osoby towarzyszącej w czasie porodu nie miała wpływu na uzyskiwaną przez położnice punktację w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej oraz skali depresji i lęku Szpitalnej Skali Lęku i Depresji.

Analizując emocje i odczucia, jakie występowały u kobiet przed porodem zaobserwowałam, że położnice, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w stosunku do położnic z grupy drugiej częściej i z większym natężeniem odczuwały radość, spokój, pewność siebie i radosne oczekiwanie. Jednocześnie położnice z grupy pierwszej rzadziej i z mniejszym natężeniem w stosunku do kobiet, które uzyskały  $\geq 10$  punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej odczuwały zmęczenie,

obojętność, potrzebę izolacji/odosobnienia, niepewność, niepokój, zniecierpliwienie, strach, smutek, gniew, bezradność, obawę, niechęć, rozczarowanie oraz przygnębienie. O ile trudno jest pojedynczo analizować wymienione emocje i odczucia, ponieważ dopiero w kontekście opisywanych przez mnie powyżej czynników możliwe jest wskazanie konkretnych przyczyn ich powstawania, o tyle występowanie przedporodowego lęku i strachu ma udowodniony wpływ na zwiększanie ryzyka zaburzeń emocjonalnych obserwowanych wśród położnic. Ponieważ w literaturze anglojęzycznej zamiennie stosowany jest termin „strach” (*fear of childbirth*) i lęk przedporodowy (*antenatal anxiety*), co w swojej pracy podkreśla także Guskowska [78], w skonstruowanej na potrzeby niniejszej pracy ankiecie zadano kobietom pytanie o odczuwanie przez nie przed porodem i po porodzie strachu, niepokoju i obawy. Ważne jest także rozróżnienie lęku jako stanu (przejściowy, zależny od występujących w danym momencie czynników zagrażających) i cechy (ma charakter wyuczony, względnie stała cecha osobowości), co jest podkreślane przez Podolską i wsp [174] Chrzan-Dętko i wsp. [136], Czerwiak i wsp. [122], Kaźmierczak i wsp. [118], Blum [139], Krzyżanowska-Zbucka [132], Podolska i wsp. [174] również wykazują, że występowanie lęku przedporodowego dodatnio koreluje z problemami emocjonalnymi obserwowanymi u położnic, a Wiktor i wsp. [176] zachęcają do identyfikacji położnic z wysokim poziomem lęku jako stanu i wdrożenia odpowiedniego postępowania w tej grupie kobiet, mającego na celu poprawę jakości ich życia oraz warunków rozwoju dziecka.

Kobiety, które w skali depresji Szpitalnej Skali Lęku i Depresji uzyskały wynik w zakresie normy rzadziej odczuwały niepokój przed porodem (62%) w odróżnieniu od kobiet z łagodnymi (77,8%) oraz średnimi i ciężkimi zaburzeniami (91,7%). Podobnie położnice, które w skali depresji Szpitalnej Skali Lęku i Depresji uzyskały wynik w zakresie normy częściej odczuwały spokój po porodzie (77,5%) w odróżnieniu od kobiet z łagodnymi (59,3%) oraz średnimi i ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi (58,3%).

Podobne zależności zaobserwowałam analizując zależności między emocjami i odczuciami występującymi u kobiet przed porodem w odniesieniu do wyników uzyskiwanych przez nie w skali lęku Szpitalnej Skali Lęku i Depresji. Obojętność przed porodem odczuwało 12,4% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 13,7% z łagodnymi, 42,3% ze średnimi i 14,3% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi, potrzebę izolacji/odosobnienia – 18,5% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 28,8% z łagodnymi, 42,3% ze średnimi i 28,6% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi, niepewność – 47% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 60,3% kobiet z łagodnymi, 80,8% ze średnimi i 64,3% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi, niepokój – 58,9% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 75,3% z łagodnymi, 88,5% ze średnimi i 92,9% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi, strach – 64,5% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 71,2% z łagodnymi, 84,6% ze średnimi i 85,7% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi, smutek – 19,6% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 34,3% z łagodnymi, 50% ze średnimi i 35,7% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi, gniew – 14,3% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 16,4% z łagodnymi, 42,3% ze średnimi i 28,6% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi, bezradność – 22,9% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 37% z łagodnymi, 50% ze średnimi i ciężkimi zaburzeniami lękowymi, obawę – 56,5% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 71,2% z łagodnymi, 80,8% ze średnimi i 71,4% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi,

przygnębień – 17,5% kobiet, które uzyskały wynik w zakresie normy, 31,5% z łagodnymi, 46,2% ze średnimi i 42,9% z ciężkimi zaburzeniami lękowymi.

Analizując wyniki uzyskane przez położnice w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej i skali lęku Szpitalnej Skali Depresji i Lęku, zaobserwowałam silną zależność. Kobiety, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej częściej osiągały wynik w zakresie normy w skali lęku w stosunku do grupy drugiej (90,1% vs. 42,9%), rzadziej natomiast osiągały wynik klasyfikujący je do grupy z łagodnymi (8,4% vs. 30,2%), średnimi (1,2% vs. 16,7%) i ciężkimi zaburzeniami lękowymi (0,2% vs. 10,3%).

Podobne wyniki uzyskałam analizując skalę depresji w Szpitalnej Skali Depresji i Lęku. Położnice, które uzyskały mniej niż 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej częściej osiągały wynik w zakresie normy w skali depresji w stosunku do kobiet, u których suma punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej była równa bądź większa niż 10 (97,8% vs. 76,2%), rzadziej natomiast osiągały wynik klasyfikujący je do grupy z łagodnymi (1,5% vs. 16,7%) średnimi i ciężkimi zaburzeniami depresyjnymi (0,7% vs. 7,1%). Analiza wyników uzyskanych przez położnice w niniejszej pracy w skalach lęku i depresji Szpitalnej Skali Depresji i Lęku wyraźnie wskazuje na wyższy poziom lęku o różnym nasileniu (20,9%) niż depresji (7,2%). Ponieważ Mojs i wsp. [117] zauważają w swojej pracy konieczność różnicowania poporodowego lęku i depresji poporodowej, ze względu na inny sposób postępowania z pacjentką, dlatego też w skriningu poporodowych zaburzeń emocjonalnych warto zastosować obok Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej kwestionariusz pozwalający na identyfikację lęku i rozróżnienie lęku jako stanu i jako cechy, a nie tylko lęku jako takiego (na co pozwala Szpitalna Skala Depresji i Lęku).

## 6. Wnioski

1. Najczęściej występującymi zaburzeniami emocjonalnymi okresu poporodowego są: przygnębienie poporodowe, depresja poporodowa, zaburzenia stresowe pourazowe i psychoza poporodowa.
2. Zaburzenia emocjonalne występujące wśród położnic wpływają na funkcjonowanie kobiety i jej relację z noworodkiem, co może skutkować nieprawidłowym rozwojem dziecka.
3. Możliwe jest wczesne wykrywanie poporodowych zaburzeń emocjonalnych poprzez wyłonienie czynników wpływających na ich powstawanie.
4. Do czynników w różnym stopniu zwiększających ryzyko wystąpienia zaburzeń emocjonalnych w okresie połogu należą: brak wsparcia ze strony osób bliskich, samotne macierzyństwo, pozostawanie w związku partnerskim, niższy poziom wykształcenia, niedostateczne przygotowanie do porodu, zła sytuacja materialna, niepowodzenia położnicze w wywiadzie, powikłany przebieg ciąży (w szczególności wystąpienie przedwczesnej czynności skurczowej, niewydolność szyjki macicy, krwawienie, zakażenie dróg moczowych i pochwy, niedoczynność tarczycy, położenie miednicowe płodu, choroba płodu, niedokrwistość, zmiany nastoju oraz depresja), hospitalizacja w czasie ciąży, choroby współistniejące, poród przedwczesny, nacięcie krocza, brak kontaktu „skóra do skóry” matki z noworodkiem bezpośrednio po porodzie, konieczność umieszczenia noworodka na oddziale neonatologicznym.
5. Kobiety, u których występują wyżej wymienione czynniki ryzyka, mogłyby zostać poddane badaniu przesiewowemu w kierunku występowania poporodowych zaburzeń nastroju jeszcze w czasie pobytu w szpitalu, a dobrym narzędziem służącym do wczesnego wykrywania tych zaburzeń jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej.
6. Położnice, które w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej uzyskały wynik świadczący o ryzyku rozwoju poporodowych zaburzeń psychicznych powinny zostać objęte opieką psychologa lub psychiatry, w zależności od stopnia nasilenia objawów.
7. Nie wykazano przydatności Szpitalnej Skali Depresji i Leku w diagnozowaniu poporodowych zaburzeń emocjonalnych. Skala ta może być przydatna w ocenie poziomu lęku występującego wśród położnic, nie pozwala jednak na rozróżnienie lęku jako stanu i jako cechy.

## 7. Streszczenie

Emocje w życiu człowieka odgrywają niezmiernie ważną rolę. Stanowią źródło motywacji do podejmowania przez niego pewnych czynności, a także wpływają na kształtowanie relacji międzyludzkich.

W czasie dziewięciu miesięcy ciąży kobiety doświadczają wielu intensywnych, zmiennych emocji. Zwykle pojawiają się pewne dolegliwości fizyczne, będące skutkiem powiększającego się brzucha i zmian zachodzących w organizmie przygotowującym się powoli do porodu. Bardzo ważne jest wsparcie emocjonalne – zmniejsza lęk i napięcie emocjonalne spowodowane rozmyślaniami o porodzie, zamartwianiem się o dobro swoje i mającego narodzić się dziecka. Wsparcia takiego mogą udzielić osoby bliskie, ale niezmiernie ważna jest tu też rola lekarza czy położnej. To właśnie oni potrafią odpowiedzieć na pytania związane z przebiegiem ciąży czy porodu.

Ciąża prawidłowa może być powikłana wieloma jednostkami chorobowymi specyficznymi dla ciąży, niejednokrotnie nakładającymi się na siebie. W ciążę zachodzą też kobiety zmagające się już z chorobą przewlekłą. Wystąpienie powikłań w czasie ciąży czy porodu niesie dla pacjentki pewne ograniczenia, może być przyczyną zależności od innych, braku samowystarczalności, potrzeby zażywania leków czy utrzymywania kontaktu z placówkami służby zdrowia. Z tego też względu należy zwrócić szczególną uwagę na stan psychiczny ciężarnej czy rodzącej i zrozumieć pewne sprzeczności, jakie mogą w tym przypadku wystąpić.

Na przełomie XIX i XX wieku w naszym kręgu kulturowym dokonały się przemiany społeczne, których konsekwencją są zmiany w relacjach wewnątrz rodziny. Kobiety, których dominującą do tej pory rolą było rodzenie i wychowywanie potomstwa zaczęły brać aktywny udział w pracy zawodowej. Stały się współzycielami rodziny, niejednokrotnie otrzymując dochody na podobnym lub wyższym poziomie od partnera. Ojcowie natomiast zyskali nowe możliwości w zakresie wychowywania dzieci i kontaktu z nimi. Biorąc jednak pod uwagę biologiczne uwarunkowania prokreacji zauważymy, że to rola kobiety jest dominująca.

Ze względu na wiele aspektów teoretycznych i praktycznych obecnych w edukacji przedporodowej, ciężarnej i jej parterowi proponuje się obecnie uczestnictwo w kursie szkoły rodzenia. Pomaga to we wspólnym przechodzeniu przez trudny okres ciąży, a przygotowanie kobiety do porodu stanowi element profilaktyki odczuwania przez nią lęku przedporodowego.

Poród to zjawisko złożone, a jego składowymi są zmiany fizykalne, hormonalne i emocjonalne zachodzące nieco odmiennie u każdej kobiety. Moment przyjścia na świat dziecka stanowi dla kobiety zwieńczenie trudów całej ciąży i porodu. Sam poród trwa zwykle kilka – kilkanaście godzin. W kontekście czasu jest tylko niewielkim wycinkiem całego procesu prokreacji, ale ze względu na ładunek emocjonalny z jakim się wiąże jest niezwykle ważny dla funkcjonowania całej rodziny.

W czasie trwania porodu położna sprawuje nadzór nad matką i płodem, dbając o zapewnienie bezpiecznych warunków do jego przeprowadzenia. Ponadto prowadzenie psychoprofilaktyki położniczej i łagodzenie dolegliwości mogących wystąpić u pacjentki, aktywizowanie jej do czynnego udziału w porodzie (bieżące informowanie o postępie porodu, zachęcanie do stosowania udogodnień i form aktywności, wyrażania swoich potrzeb) oraz nawiązanie współpracy z osobą bliską w pozytywny sposób wpływa na rodzącą.

W przypadku pojawienia się powikłań należy pamiętać o rodzącej i osobie towarzyszącej. Często w momencie wykrycia zaburzeń niezbędne jest szybkie działanie, pobierane są dodatkowe badania, może zaistnieć konieczność podania leków. Lekarz omawia z rodzicami plan postępowania, kobieta podpisuje zgodę na zaproponowany sposób leczenia. Ponieważ taka sytuacja budzi w rodzicach lęk, ważne jest otoczenie ich troskliwą, profesjonalną opieką.

Pełnienie roli kobiety jako matki jest bardzo silnie wpisane w realizowaną przez nią rolę społeczną i zwykle traktowane jest jako swego rodzaju biologiczna powinność, która nie przysparza szczególnych trudności. Jednak okres poporodowy niesie nie tylko radość i spełnienie. Pojawić się mogą problemy i zaburzenia emocjonalne – poprzez nasilenie już istniejących do nowych, czasami o bardzo gwałtownym przebiegu. Ich konsekwencją mogą być trudności w opiece nad dzieckiem, podejmowaniu nowej roli społecznej, realizowaniu ról już nabytych i funkcjonowaniu całej rodziny.

Przygnębienie poporodowe pojawia się w ciągu pierwszych dni po porodzie, zwykle w czasie nawału mlecznego i utrzymuje do drugiego tygodnia połogu. Dotyka od 30% do nawet 75% położnic. Charakterystyczne dla tego stanu jest obniżenie i zmienność nastroju, labilność emocjonalna, poczucie stałego zmęczenia, drażliwość, uczucie napięcia, nadmierna wrażliwość na bodźce, bóle głowy i nastawianie hipochondryczne, zakłopotanie, nerwowość, bezsenność, a nawet uczucie wrogości wobec partnera.

Depresja poporodowa stanowi istotny problem, ponieważ obejmuje od 10% do 30% kobiet na całym świecie. Wśród objawów depresji poporodowej należy wymienić: obniżenie nastroju, uczucie przygnębienia, zmęczenie, poczucie braku energii, trudności z koncentracją i podejmowaniem decyzji, spadek zainteresowań, zaburzenia apetytu (zmniejszenie lub wzrost), zaburzenia snu (bezsenność lub nadmierna senność, kłopoty z zaśnięciem po nocnym karmieniu dziecka), nawracające natrętne myśli dotyczące dziecka (zamartwianie się jego stanem zdrowia, opieką nad nim, sprawdzanie, czy dziecko śpi, czy oddycha), trudności w opiece nad dzieckiem (postrzeganie go jako wyjątkowo kłopotliwego, rozdrażnienie i lęk w kontakcie z nim, obojętność wobec jego potrzeb), poczucie winy (twierdzenie „jestem złą matką”), aż do nawracających myśli o śmierci własnej lub dziecka, planów i prób samobójczych.

Zaburzenie Stresowe Pourazowe Stresowe jest zaburzeniem lękowym, rozpoczyna się już w czasie trwania porodu lub w czasie pierwszych godzin życia dziecka. Obserwowany jest u ludzi narażonych na zadziaływanie ogromnego czynnika stresogennego, takiego jak gwałt, przemoc czy terroryzm. W tym kontekście zaskakujący może być fakt, iż poród, przez wiele osób kojarzony z pozytywnymi emocjami, może wywołać taką reakcję. Wśród całej gamy objawów, kobiety cierpiące na zaburzenia stresowe pourazowe, doświadczają: koszmarów sennych (dotyczących porodu), wspomnień porodu o charakterze intruzywnym, zaburzeń poznawczych (amnezja psychogenna, trudności w koncentracji uwagi), wzmożonych reakcji przestachu, intensywnych reakcji na czynniki zewnętrzne lub wewnętrzne, przypominające o porodzie, zaburzeń snu czy gniewu. Ponadto kobieta może być rozdrażniona i nadmiernie czujna.

Psychoza poporodowa jest ciężkim zaburzeniem psychicznym, specyficznym dla okresu poporodowego. Dotyka około 0,1-0,2% położnic, jej przebieg jest zwykle gwałtowny i dramatyczny, a stan psychotyczny może w szybkim czasie ulec pogłębieniu.



Charakterystyczne dla psychozy są omamy wzrokowe lub słuchowe, natrętne myśli, urojenia. Ze względu na wysokie ryzyko popełnienia samobójstwa, dzieciobójstwa lub samobójstwa rozszerzonego, konieczna jest hospitalizacja położnicy, u której zaobserwowano objawy psychozy połogowej.

Materiał badawczy stanowiła grupa 541 położnic w wieku od 17 do 44 roku życia, objętych badaniem ankietowym. Kobiety wypełniały kwestionariusz składający się z 30 pytań testowych o charakterze otwartym i zamkniętym. W dwóch pytaniach respondentki mogły zaznaczyć doświadczane przez siebie odczucia i emocje i w skali od jeden do dziesięć określić ich natężenie. Głównym kryterium doboru pytań zawartych w ankiecie była analiza czynników mogących powodować zaburzenia emocjonalne u położnic, podawanych w literaturze naukowej.

Dodatkowo kobiety wypełniały Edynburską Skalę Depresji Poporodowej (*Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS*) i Szpitalną Skalę Depresji i Lęku (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS*).

Kwestionariusz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej po raz pierwszy powinien zostać wypełniony w pierwszym tygodniu po porodzie, najlepiej między trzecim a piątym dniem połogu i następnie powtórzony w szóstym tygodniu po porodzie. Położnice odpowiadają na dziesięć pytań, wybierając jeden z czterech możliwych wariantów odpowiedzi. Uzyskanie dziesięciu i więcej punktów wskazuje na występowanie zaburzeń depresyjnych o różnym nasileniu. W wypadku pozytywnego zaznaczenia odpowiedzi na pytanie dotyczące chęci wyrządzenia sobie krzywdy, stan kobiety powinien zostać oceniony przez specjalistę, nawet, jeżeli uzyskała w sumie mniej niż dziesięć punktów.

Szpitalna Skala Lęku i Depresji zbudowana jest z dwóch niezależnych skal mierzących poziom lęku i depresji. W każdej z nich zawartych jest siedem stwierdzeń, odnoszących się do samopoczucia osoby badanej. Osiągnięcie w każdej skali od 0–7 punktów traktowane jest jako norma, 8–10 punktów – łagodne, 11–14 punktów – umiarkowane, a 15–21 punktów – za ciężkie zaburzenia lękowe lub depresyjne.

W wielu ośrodkach na świecie Edynburska Skala Depresji Poporodowej wypełniana jest przez wszystkie położnice i służy jako badanie przesiewowe. Podkreśla się dużą czułość i specyficzność tego kwestionariusza samooceny, niezależnie od kręgu kulturowego, w którym jest używany, a jego wypełnienie nie zabiera kobietom zbyt wiele czasu. Szpitalna Skala Lęku i Depresji jest prostym narzędziem służącym do oceny natężenia lęku i depresji. Pacjentki uzyskujące wyniki wskazujące na ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych w okresie połogu powinny odbyć rozmowę z psychologiem klinicznym, który zdecydowałby o dalszym postępowaniu.

Analizując uzyskane wyniki stwierdzono, że czynnikami w różnym stopniu zwiększającymi ryzyko wystąpienia zaburzeń emocjonalnych w okresie połogu jest: brak wsparcia ze strony osób bliskich, samotne macierzyństwo, pozostawanie w związku partnerskim, niższy poziom wykształcenia, niedostateczne przygotowanie do porodu, zła sytuacja materialna, niepowodzenia położnicze w wywiadzie, powikłany przebieg ciąży (w szczególności wystąpienie przedwczesnej czynności skurczowej, niewydolność szyjki macicy, krwawienie, zakażenie dróg moczowych i pochwy, niedoczynność tarczycy, położenie miednicowe płodu, choroba płodu, niedokrwistość, zmiany nastoju oraz depresja), hospitalizacja w czasie ciąży, choroby współistniejące, poród przedwczesny, nacięcie krocza,

brak kontaktu „skóra do skóry” matki z noworodkiem bezpośrednio po porodzie, konieczność umieszczenia noworodka na oddziale neonatologicznym. Kobiety, u których występują wyżej wymienione czynniki ryzyka, mogłyby zostać poddane badaniu przesiewowemu w kierunku występowania poporodowych zaburzeń nastroju jeszcze w czasie pobytu w szpitalu, a dobrym narzędziem służącym do wczesnego wykrywania tych zaburzeń jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej. Nie wykazano przydatności Szpitalnej Skali Depresji i Leku w diagnozowaniu poporodowych zaburzeń emocjonalnych. Skala ta może być przydatna w ocenie poziomu lęku występującego wśród położnic, nie pozwala jednak na rozróżnienie lęku jako stanu i jako cechy.

## Summary

Emotions are very significant part of human life. They are the source of motivation in taking certain actions by the individual, and also affect the development of interpersonal relationships.

During the nine months of pregnancy a woman experience a number of intensive variables of emotions. Usually there are some physical ailments, resulting from growing abdomen and changes occurring in the body preparing slowly to childbirth. It is very important to grant an emotional support to a woman in this stage – reduces anxiety and emotional tension caused by ruminations by the birth, no more worrying about special for their and newborn welfare. Such support can give people close, but extremely important there is also the role of the doctor or midwife. They can answer questions related to the course of pregnancy or childbirth.

Pregnancy may be complicated by number of disease known exclusively to pregnancy time, which often overlap each other. Pregnant women are might also struggle with chronic illness. An instance of complications during a pregnancy or childbirth can influence the patient in many different ways, for example: health limitations, dependence on others, a lack of self-sufficiency, a need for medications and/or constant contact with the health-care services. Because of the above mentioned reasons, a special attention needs to be paid to the mental state of a pregnant woman. It is necessary to understand the health issues and the possible contradictions in treatments that may occur in different cases.

At the turn of the 19th and 20th century, our cultural circles have made a social transformation. These changes are the consequence of the changes in relations within a family setting. Women, whose dominant role so far, was the birth giving and bringing up offspring, have begun to take an active part in the work sphere; becoming a co-provider for the family. This situation gave fathers new opportunities in the field of parenting and contact with children. However, given the natural biological determinants of reproduction, one would find that the role of women is dominant in parental relationship to the offspring.

Due to the many aspects of theoretical and practical education in prenatal roles, pregnant woman and her partner are advised to participate in courses that prepare them for the new role as a parent. Attending such courses helps the parents in the difficult periods of pregnancy and prepares the women for the childbirth. The courses take part in the prevention of suffering through her antenatal anxiety.

Childbirth is a complex process. Birth giving composes of physical and emotional aspects, with dramatic hormonal changes in the body of the woman. Additionally, the hormonal changes occur differently in every woman. The moment in which the child comes to the world, is a culminating moment of many hardships of the time of the pregnancy and the struggle of the birth itself. Usually, childbirth lasts more than a dozen hours. Taking into account the entire time of the pregnancy it is only a short period of time. In the face of the whole process of procreation, due to the emotional charges associated with childbirth, this moment is extremely important for the proper functioning of the family.

A period of time called “baby blues” occurs within the first days after birth, usually in the dairy overload and remains during the second week of the postpartum period. It affects between 30% - 75% of lying-in women. A characteristic of this condition is reduced variety

**Komentarz [S1]:** Tutaj zapomnialem zmieniać kolory, sorry.

of moods, emotional instability, the feeling of constant fatigue, irritability, feelings of tension, excessive sensitivity to external stimuli, headaches and hypochondric setting, unusual embarrassment, nervousness, insomnia, and a feeling of hostility towards the partner.

Postpartum depression is also a significant problem, it includes from 10% - 30% of women around the world. Among the symptoms of postpartum depression are: depressed mood, feelings of depression, fatigue, lack of energy, difficulty concentrating and decision-making, decrease of interest, impaired appetite (decrease or increase), sleep disturbances (insomnia or hypersomnia, trouble falling asleep after nightly feeding of the child), recurrent intrusive thoughts regarding the child (over-sensitive worrying of the state of health, nervous care, constant checking to see if the baby sleeps and/or breathes). Postpartum depression is also associated with difficulties in caring for the child (the perception of him as an extremely cumbersome, irritability and anxiety in contact with him, or even indifference to their needs). Postpartum depression can cause a guilt feeling, associated with the assertion: "I am a bad mother"), which in extreme cases can lead to the recurrent thoughts of death or suicide thoughts, plans and possibly attempts.

Post-Traumatic Stress Disorder is another disorder that can occur during childbearing. This disorder is a disorder of anxiety which can begin during the birth or the first hours of the child's life. PTSD can also be observed in persons exposed to the activation of a huge stress factor, such as rape, extreme violence or terrorism. In the context of childbearing, the cause for PTSD may be the childbirth; even though many people associated it with positive emotions, can trigger a negative reaction. Among the wide range of symptoms, that women suffer from this stress disorders some are: nightmares (childbirth), oppressive memories of the birth, possible cognitive amnesia and an increased reaction can adequately portray, an intense reaction to external or internal factors, sleep disorders or anger. In addition, a woman can be irritable and overly vigilant.

Postpartum psychosis disorder is another severe mental disorder, it appears in postpartum period. Affects approximately 0,1-0,2% of lying-in women, its course is usually rapid and dramatic; furthermore, psychotic state may quickly deepen. The characteristics of this psychosis are: visual or audition hallucinations, intrusive thoughts and delusions. Due to the high risk of the patient committing suicide or infanticide, it is necessary to extended hospitalization lying-in women. While the period of hospitalization, the patient must be observed for the symptoms of the postpartum psychosis.

The study was conducted among 541 lying-in women aged 17-44. Women filled a questionnaire consisting of 30 multiple-choice, open and closed questions and the scale of the emotional intensification in each of the questions. The main criterion for the selection of questions contained in the survey was the analysis of the factors likely to cause emotional disorders in lying-in women, reported in the literature.

In addition, women filled the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Edinburgh Postnatal Depression Scale questionnaire for the first time should be completed in the first week after birth, preferably between the third and fifth day on the postpartum period and then repeated in the sixth week after birth. Lying-in women correspond to the ten questions, by selecting one of the four possible variants of answers. Getting ten or more points indicates the prevalence of depressive disorders with varying

**Komentarz [S2]:** Tu mi sie przypomniało zmieniac kolory

severity. In the case of positive selection response to a question about the willingness of the harm, the status of women should be evaluated by a specialist, even if in total less than ten points. In many centers in the world Edinburgh Postnatal Depression Scale is filled by all lying-in women and serves as a screening test. Stresses the high sensitivity and specificity of this self-assessment questionnaire, regardless of cultural background in which it is used, and its fulfilment of women does not take too much time.

Hospital Anxiety and Depression Scale is comprised with two independent scales measuring the levels of anxiety and depression. In each of them there are seven statements relating to the well-being of the person. Achievement in each scale of 0-7 points is considered as normal, 8-10 points-medium, 11 – 14 points-moderate, and 15-21 points-for severe anxiety or depression disorders. Hospital Anxiety and Depression Scale is a simple tool that can be used to measure the intensity of the anxiety and depression.

Patients obtaining the results indicating the risk of mental disorders in the postpartum period should be consulted with a clinical psychologist, who should decide about further treatment.

Analyzing the results obtained it was concluded that factors in varying degrees increasing the risk of emotional disorder during the postpartum period is: lack of support on the part of people close, single motherhood, being in civil partnership, the lower level of education, inadequate preparation for childbirth, bad material situation, complicated obstetric history, complicated pregnancy (in particular an instance of premature contractions, insufficiency of cervix, bleeding, inflammation of urinary tract or vagina, hypothyreosis, breech presentation of the foetus, fetal disease, anemia, mood swings and depression, hospitalization during pregnancy, concomitant diseases, premature childbirth, episiotomy, no contact "skin to skin" the mother of the infant immediately after birth, the need to put a newborn in a neonatal care unit). Women who present the above mentioned risk factors, could be submitted to a screening test in the direction of postnatal mood disorders while still in the hospital, and a good tool for early detection of these disorders is Edinburgh Pastnatal Depression Scale. It has not been demonstrated the usefulness of Hospital Anxiety and Depresiion Scale in diagnosing emotional disorders after birth. This scale can be helpful in evaluating the level of anxiety that occurs among the lying-in women, however, does not allow to distinguish anxiety as a state and as a features.

## Piśmiennictwo

---

1. Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J. *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*. T. 1. Elsevier, Urban & Parner, Wrocław 2010. ISBN 978-83-7609-102-0.
2. *Wielka Historia Świata*, t.3, Praca zbiorowa, 2006, Polskie Media Amer.Com, ISBN 83-7425-365-7.
3. Laertios D. *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
4. Solomon R.C. *Filozofia emocji* [w:] Lewis, M., Haviland-Jones, J. (red.) *Psychologia emocji*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 19-34.
5. Tatarkiewicz W., *Historia filozofii*, T. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
6. Spinoza B. *Etyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
7. Sartre J.P. *Byt i nicość. Zarys ontologii fenomenologicznej*. Wydawnictwo Zielona Sowa, Kraków.
8. Zimbardo P. *Emocje, stres i psychologia zdrowia* [w:] *Psychologia i życie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, 470-515.
9. Frijda N. H. *Punkt widzenia psychologów* [w:] Lewis, M., Haviland-Jones, J. (red.) *Psychologia emocji*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 88-107.
10. Doliński D. *Ekspresja emocji. Emocje podstawowe i pochodne* [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Strelau J. red, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 1999, 351-368.
11. Ekman P., Wallace V. Friesen *Unmasking the Face: A Guide to Recognizing Emotions From Facial Expressions*. Malor Books, 2003, ISBN 1883536367.
12. Plutchik R. *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*, Harper and Row, ISBN 0-06-045235-8, New York 1980.
13. Kemper T. D. *Modele społeczne w wyjaśnianiu emocji* [w:] Lewis, M., Haviland-Jones, J. (red.) *Psychologia emocji*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 72-87.
14. <http://www.feelguide.com>. Dostęp: 19.06.2013.

- 
15. Panksepp J. *Emocje jako twory naturalne w mózgu u ssaków* [w:] Lewis, M., Haviland-Jones, J. (red.) *Psychologia emocji*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 185-209.
16. Gołąb B. K. *Anatomia czynnościowa ośrodkowego układu nerwowego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
17. Gabor M. *Ciało a stres. Jak unikać fizycznych kosztów ukrytego stresu*. Świat Książki, Warszawa 2004: 1–324.
18. Ohman A. *Strach i lęk z perspektywy ewolucyjnej, klinicznej i poznawczej*. [w:] Lewis, M., Haviland-Jones, J. (red.) *Psychologia emocji*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 719-744.
19. Arrindell W.A., Pickersgill M.J., Merckelbach H., Ardon A.M., Cornet, F.C. *Phobic dimensions: III. Factor analytic approaches to the study of common phobic fears: an updated review of findings obtained with adults subjects*. *Advances in Behaviour Research and Therapy* 1991;13, s. 73-130.
20. <http://www.ezop.edu.pl>. Dostęp: 25.05.2013.
21. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku. *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego*. Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA na zamówienie Ministerstwa Zdrowia. ISBN 978-83-7760-024-5.
22. Łepecka-Klusek C. *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Czelej, Lublin 2003.
23. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Dz.U. 1993 nr 17 poz. 78.
24. *Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie wykorzystania Naturalnych Metod Planowania Rodziny do celów antykoncepcyjnych*. *Ginekologia Polska* 2010, 81, 947-949.
25. Bączek G., Kawecka N., Dmoch-Gajzlerska E. *Metody planowania rodziny w grupie kobiet zamężnych — wybór, ocena, satysfakcja*. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18 (3): 266–271.
26. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie antykoncepcji. *Ginekologia Praktyczna* 2003; 6: 3–4.

- 
27. Gnoth C., Godehardt E., Frank-Herrmann P., Triol K., Tigges J., Freundl G. *Definition and prevalence of subfertility and infertility*. Hum. Reprod. 2005; 20: 1144–1147.
28. The ESHRE Capri Workshop Group. *Social determinants of human reproduction*. Human Reproduction 2001; 16: 1518–1526.
29. ESHRE: *The European IVF-monitoring programme (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Assisted reproductive technology in Europe, 2000. Results generated from European registers by ESHRE*. Human Reproduction 2004; 19: 490–503.
30. Drosdzol A., Skrzypulec V., Buchacz P., Bakon I. *Psychologiczne i społeczno-kulturowe aspekty niepłodności*. Annales Academiae Medicae Silesiensis 2006, 60, 5.
31. Krasnodębski J., Ćwiklicki J. *Zapłodnienie pozaustrojowe – temat nadal aktualny*. Ginekologia Praktyczna 2009; 1: 36-39.
32. Klimek R. *Wspomagać czy tylko sztucznie inicjować macierzyństwo?* Ginekologia Praktyczna 2008; 2: 7-12.
33. Tałaj A., Suchorzewska J. *Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych*. Problemy pielęgniarstwa 2007, tom 15, zeszyt nr 1, s. 32-38.
34. *Kodeks Zawodowy Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej*. Załącznik do uchwały nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r.
35. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U.2011.174.1039.
36. 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, położu oraz opieki nad noworodkiem. Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. Zm).
37. International Confederation of Midwives, 2010. *ICM International Definition of the Midwife*.
38. Lepiarz A., *Zmiany psychiczne doświadczane przez kobiety oczekujące narodzin dziecka*. Ginekologia Praktyczna 2010; 1, 54-57.



- 
39. Iwanowicz-Palus G., Bień A. *Psychoprofilaktyka u kobiet w ciąży* [w:] Bień A. red. *Opieka nad kobietą ciężarną*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 342-361.
40. Rutkowska A., Rolińska A., Kwaśniewski W., Makara-Studzińska M., Kwaśniewska M. *Lęk – jako stan i jako cecha u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka*. *Current Problems of Psychiatry* 2011; 12(1): 56-59.
41. Krajewska-Kułak E., Chilicka M., Kułak W., Rozwadowska E., Lankau A. *Akceptacja sytuacji związanej ze stanem zdrowia przez pacjentki oddziału patologii ciąży i położniczego*. *Ginekologia Praktyczna* 2010; 2, s. 31-35.
42. *Ciąża o przebiegu nieprawidłowym* [w:] Bręborowicz G. H. red. *Położnictwo i ginekologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 77-182.
43. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych Na podstawie art. 31c ust. 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468 oraz z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 929 i Nr 162, poz. 1116).
44. Oleszczuk J., Pilewska-Kozak A., Kanadys K. *Wybrane stany ryzyka ciążowego – udział położnej w opiece* [w:] Bień A. red. *Opieka nad kobietą ciężarną*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 242-341.
45. *Choroby współistniejące z ciążą*. [w:] Bręborowicz G. H. red. *Położnictwo i ginekologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 183-318.
46. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne: *Standardy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego postępowania u kobiet z cukrzycą*. *Ginekologia Polska* 2011, 82, 474-479.
47. Gogola C., Kotlarz B., Naworska B., Mężyk I., Podsiadło B., Czajkowska M. *Opieka nad kobietą ciężarną z cukrzycą*. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18 (3): s. 348–352.
48. Szczepaniak-Chicheł L., Tykarski A. *Leczenie nadciśnienia tętniczego w ciąży w świetle aktualnych wytycznych Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego z 2011 roku*. *Ginekologia Polska* 2012, 83, 778-783.
49. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego *Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym — 2011 rok*. *Nadciśnienie tętnicze* 2011; 15 (2) s. 55-82.
50. Ponichtera A., Borowiak E. *Choroby tarczycy jako poważny problem medyczny w Polsce*, *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16 (1, 2): 192–198.

---

51. Tkaczuk-Włach J., Sobstyl M., Jakiel G. *Choroby tarczycy w okresie przedkoncepcyjnym, ciąży i połogu*. Przegląd Menopauzalny 2012; 2: 151–155.

52. Zalecenia postępowania w chorobach tarczycy w ciąży przygotowane przez Zespół Ekspertów do spraw Opieki Tyreologicznej w Cięży pod auspicjami Polskiego Towarzystwa Tyreologicznego, Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Konsultantów Krajowych w dziedzinie Endokrynologii oraz Położnictwa i Ginekologii *Postępowanie w chorobach tarczycy u kobiet w ciąży*. Endokrynologia Polska 62; 4/2011: 362-381.

53. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne: *Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie suplementacji witamin i mikroelementów podczas ciąży*. Ginekologia Polska 2011, 82: 550-553.

54. Łuczak-Wawrzyniak J., Czarnecka-Iwańczuk M., Bukowska A., Konofalska N. *Wczesne i późne psychologiczne skutki utraty ciąży*. Ginekologia Polska 2010, 81: 374-377.

55. Tałaj A., Fischer B., Kupcewicz E. *Potrzeby i oczekiwania hospitalizowanych ciężarnych z patologią ciąży*. Problemy Pielęgniarstwa 2012, 20 (2): 228–232.

56. Kózka M., Perek M., Łudzi K. *Wiedza i postawy rodziców dzieci z rozpoznaną wadą serca*. Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (2): 79–85.

57. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne: *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w zakresie diagnostyki prenatalnej*. Ginekologia Polska 2009, 80, 390-393.

58. Perenc M. *Diagnostyka prenatalna wad rozwojowych i genetycznych - metody inwazyjne i nieinwazyjne*. Przewodnik Lekarza, 2002, 5, 5, 94-99.

59. Ciach K. *Przebieg ciąż i porodów po amniopunkcji genetycznej*. Rozprawa doktorska, Klinika Położnictwa Akademii Medycznej w Gdańsku, Gdańsk 2006.

60. *Diagnostyka rozwoju i stanu płodu* [w:] Bręborowicz G. H. red. *Położnictwo i ginekologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 435-524.

61. Kornas-Biela D. *Niepomyślna diagnoza prenatalna: dylemat rodziców, wyzwanie dla profesjonalistów*. Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo 2008; 4.

- 
62. Madej A., Szymusik I., Olędzka M., Kosińska-Kaczyńska K., Bomba-Opoń D., Wielgoś M. *Ocena zmian w sposobie prowadzenia porodu ciąż bliźniaczych na przełomie lat*. Ginekologia Polska 2012, 83, 754-759.
63. Malinowski W. *Epidemia ciąż wielopłodowych. Nowy problem w położnictwie*. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia 2009, tom 2, zeszyt 2, 90-93.
64. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne; *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie wybranych patologii wczesnej ciąży oraz postępowania w ciąży po zapłodnieniu in vitro*. Ginekologia Polska 2004, 75, 905-912.
65. Malinowski W., Bręborowicz G.H. *Ciąża wielopłodowa [w:] Ciąża wysokiego ryzyka*. Red. Bręborowicz G.H. Ośrodek Wydawnictw Naukowych Poznań 2010, 259-294.
66. Wojtyła C., Głuszek Ł., Biliński P., Paprzycki P., Warzocha K. *Smoking during pregnancy – hematological observations in pregnant women and their newborns after delivery*. Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2012, Vol 19, No 4, 836-841.
67. Oleszczuk J., Kanadys K., Pilewska-Kozak A. *Krwawienia w okresie ciąży [w:] Bień A. red. Opieka nad kobietą ciężarną*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 271-284.
68. Prażmowska B., Puto G., Kowal E., Gierat B. *Niespełnione macierzyństwo*. Ginekologia Praktyczna 2009; 4: 53-56.
69. Ustawa z dnia 29 września 1986 roku – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. Nr 36, poz. 180 z późn. zm.).
70. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2004 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. Nr 219, póź. 2230).
71. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. Nr 153, poz. 1783).
72. Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2000 r. Nr 23, poz. 295 z późn. zm.).
73. *Poród [w:] Bręborowicz G. H. red. Położnictwo i ginekologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 319-418.

- 
74. Charles C. *Akcja porodowa i poród fizjologiczny* [w:] *Prowadzenie porodu*. Chapman V., Charles C. red. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 1-42.
75. *Poród prawidłowy* [w:] *Położnictwo praktyczne i operacje położnicze*. Dudenhausen J. W. red. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 148-220.
76. Gębka M. *Miejsce ojca w procesie prokreacji – droga ku równości czy zagrożenie dyskryminacją* [w:] Marchlewska K., Wedeł-Domaradzka A. red. *Studia i analizy europejskie. Półrocznik naukowy poświęcony zagadnieniom polityki równości Unii Europejskiej*, Bydgoszcz 2011; 1(7): 89-100.
77. Łukasik R., Woś H. *Różne formy kontaktu rodziców z dzieckiem przed narodzeniem*. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013; 21 (1): 137–140.
78. Guskowska M. *Lęk przed porodem i determinujące go czynniki*. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2012, tom 5, zeszyt 3, 154-161.
79. Wrześniewska M., Bąk B. *Historia zawodu położnej i kształtowanie się opieki okołoporodowej na świecie i w Polsce*. *Studia Medyczne* 2012; 27(3): 89-99.
80. Paters A.J., Satin A.J. *Active Management of Labor*. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 2005; 32: 221-230.
81. Gass-Wilczek A., Tokarski S. *Temperament, empatia i preferowane wartości u ojców obecnych przy porodzie*. *Kwartalnik Naukowy towarzystwa uniwersyteckiego Fides et Ratio Miłość jako zadanie*. 2010; 4 (4): 56-67.
82. Lewandowski H. *Psychosomatyczne aspekty porodu z udziałem męża po przygotowaniu w Szkole Rodzenia*. *Annales Academicæ Medicæ Silesiæ*, 1989, 315-323.
83. Ulman-Włodarz I., Poręba A., Kwiatkowska E., Szafarczyk A. *Poród z udziałem ojca – wpływ na kształtowanie więzi w rodzinie*. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* 2007; 43 (3): 52-56.
84. Bates C. *Ocena i postępowanie w sytuacji ryzyka w praktyce położniczej* [w:] Iwanowicz-Palus G. red. *Stany nagłe w okresie okołoporodowym*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 241-265.
85. *Operacje położnicze* [w:] *Położnictwo praktyczne i operacje położnicze*. Dudenhausen J. W. red. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 333-369.

- 
86. Słomko Z., Bręborowicz G.H. *Operacje położnicze* [w:] Bręborowicz G. H. red. *Położnictwo i ginekologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 399-418.
87. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne: *Rekomendacje: cięcie cesarskie*. Poznań, 16 maja 2008 roku.
88. Sobieszczyk S. *Poród nieprawidłowy* [w:] Bręborowicz G. H. red. *Położnictwo i ginekologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 355-386.
89. Troszyński M., Niemiec T., Wilczyńska A. *Cięcie cesarskie – dobrodziejstwo czy zagrożenie?* *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2008; 1 (1): 8-10.
90. *Operative vaginal delivery*. ACOG Technical Bulletin: International Journal of Gynecology and Obstetrics 1992; 38: 55-60.
91. Krasomski G., Brocka U. *Zabieg kleszczowy – historia czy współczesność?* *Ginekologia Praktyczna* 2005; 86, 5: 24-27
92. Charles C. *Poród wspomagany: próżniociąg położniczy i kleszcze* [w:] *Prowadzenie porodu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 178-198.
93. de Jonge A., van der Goes B.Y., Ravelli A.C.J., Amelink-Verburg M.P., Mol B.W., Nijhuis J.G., Bennebroek Gravenhorst J., Buitendijk S.E. *Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births*. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology* 2009;116 (9):1177–1184.
94. Chapman V. *Poród powolny i nieprawidłowe przodowanie płodu/nieprawidłowe ułożenie płodu* [w:] *Prowadzenie porodu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 140-177.
95. O'Driscoll K., Jackson J.A., Gallagher J.T. *Prevention of Prolonged Labour*. *British Medical Journal* 1969; 2(5655): 477–480.
96. Baranowska B., Otfinowska A. *Rytm i czas porodu. Indukcja i stymulacja porodu w świetle badań naukowych*. Kubicka-Kraszyńska U. red. Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2009.
97. *Declaration from the International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, September 1978.
98. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku – o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2012 poz. 159 i 742).

- 
99. Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące zapobiegania śródporodowym urazom kanału rodniego oraz struktur dna miednicy. *Ginekologia Polska* 2011 (5): 390-394.
100. World Health Organization *Care in normal birth: report of the technical working group*. WHO/FRH/MSM/96.24, Geneva 1999.
101. Kubicka-Kraszyńska U., Otfinowska A, Siemińska A. *Nacięcie krocza – konieczność czy rutyna?* Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2008.
102. Oslisło A., Otfinowska A. *Najważniejsza chwila w życiu. O pierwszym kontakcie matki z dzieckiem i możliwości jego realizacji w placówkach położniczych w Polsce*. Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2008, ISBN 978-83-60971-04-8.
103. Stodolak A., Fuglewicz A. *Kontakt skóra do skóry i kangurowanie noworodków – chwilowa moda czy naukowo udowodniona metoda?* *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 2012; 5 (1): 19-25.
104. Baston H., Hall J. *Midwifery Essentials Labour*. Elsevier Limited, London 2009.
105. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 w sprawie warunków, sposobu, i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku. Na podstawie art. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. Ustaw nr 112, poz. 654, z późn. Zm.).
106. Bielawska-Batorowicz E. *Psychologiczne aspekty prokreacji*. „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2005, s. 221–242.
107. Snow S. *Zdrowie psychiczne w okresie okołoporodowym* [w:] Edwins J. red. *Praktyka zawodowa. Biblioteka Położnej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 187-208.
108. Cekański A. *Prowadzenie porodu kontrolowanego z położenia podłużnego główkowego – rozważania praktyczne*. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2009, 2 (1), 23-30.
109. Sygulla K., Smęadowski A., Szatan A., Michalak A. *Potrzeby i oczekiwania kobiet ciężarnych dotyczące opieki okołoporodowej – czy trudno je spełnić?* *Problemy Medycyny Rodzinnej* 2009, 11(4): 30-36.
110. Dick-Read G. *Chilbirth without fear*. Printer & Martin Ltd, London 2004.

- 
111. Klejewski A., Urbaniak T., Pisarska-Krawczyk M., Terefenko F. *Stopień odczuwania bólu porodowego w zależności od stosowanych metod jego łagodzenia*. Przegląd Lekarski 2012 ; 69 (10): 1026-1030.
112. Kubicka-Kraszyńska U., Otffinowska A., Pietrusiewicz J. *O bólu porodowym i metodach jego łagodzenia*. Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2006.
113. Ronin-Walknowska E. *Połów* [w:] Bręborowicz G. H. red. *Położnictwo i ginekologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 419-433.
114. Marianowski L., Marianowski P. *Przebieg porodu fizjologicznego* [W:] *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Łepecka-Klusek C. red., Czelej, Lublin 2003: 195.
115. Rokach A. *Giving life: loneliness, pregnancy and motherhood. Social Behaviour and Personality*. An International Journal, 32 (7), p. 691-702.
116. Office for National Statistics *Birth Statistics: Review of the Registrar General on British and Patterns of Family Building in England and Wales*. HMSO, London 2004.
117. Mojs E., Czarnicka-Iwańczuk M., Głowacka M. D. *Poziom lęku jako stanu i cechy oraz depresji we wczesnym poroku – doniesienia wstępne*. Psychiatria Polska 2013; 47 (1): 31-40.
118. Kaźmierczak M., Gebuza, Gierszewska M. *Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego*. Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (4): 503–511.
119. Reroń A., Gierat B., Huras H. *Ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej*. Ginekologia Praktyczna 2004; 3: 32–35.
120. Hallström C., McClure N. *Depresja. Odpowiedzi na pytania*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2005; 3: 70–77.
121. Casper R.C. (red.). *Women's health: Hormones, emotions and behavior*. Cambridge University Press, Cambridge 1998.
122. Czerwiak G., Michlska M., Zdziebło K. *Problemy emocjonalne związane z porodem*. Annales Academiae Medicae Silesiensis 2006; 60 (1): 31-34.
123. Richardson D. *Women, Motherhood and Childreaning*. MacMillan, London 1993.
124. Smart C. *Deconstructing motherhood* [w:] Bortolaia Silva E. ed *Good Enough Motheing: Feminist Perspectives on Lone Motherhood*. Routledge, London 1996.

---

125. Oakley A. *Becoming a Mother*. Oxford: Martin Robertson, London 1979. Under the title *From Here to Maternity*. Harmondsworth: Penguin, 1981. Reprinted with new Introduction, 1986.

126. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. *Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 782–786.

127. Brockington I.F. *Postpartum psychiatric disorders*. *Lancet* 2004; 363: 303–310.

128. Miller L. J. *Postpartum depression*. *The Journal of the American Medical Association* 2002; 287 (6): 762-765.

129. 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.

130. Baston H., Hall J. *Midwifery Essentials. Postnatal*. Elsevier Limited, London 2009.

131. Bergant A. M., Heim K., Ulmer H., Illmensee K. *Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors*. *Journal of Psychosomatic Research* 1999, 46 (4): 391–394.

132. Krzyżanowska-Zbucka J. *Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym*. Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2008.

133. Hannah P., Adams D., Lee A., Glover V., Sandler M. *Links Between Early Post-partum Mood and Postnatal Depression*. *British Journal of Psychiatry* 1992;160: 777-780.

134. Jaeschke R., Siwek M., Dudek D. *Poporodowe zaburzenia nastroju – update 2012*. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2012; 7, 3: 113–121.

135. Robertson E., Grace S., Wallington T., Stewart D. E. *Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature*. *General Hospital Psychiatry* 2004; 26: 289 –295.

136. Chrzan-Dętkoś M, Dyduch-Maroszek A., Humięcka A., Karasiewicz K. *Uwarunkowania i konsekwencje depresji poporodowej*. *Psychoterapia* 2012; 2 (161): 55-63.



- 
137. Jardri R, Pelta J, Maron M, Thomas P, Delion P, Codaccioni X, Goudemand M. *Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression*. Journal of Affective Disorders 2006; 93(1-3):169-76.
138. Born L., Zinga D., Steinem M. *Challenges in identifying and diagnosing postpartum disorders*. Primary Psychiatry 2004; 11: 29-36.
139. Blum L.D. *Psychodynamics of postpartum depression*. Psychoanalytic Psychology 2001; 24 (1): 45-62.
140. Bałkowiec-Iskra E., Niewada M. *Depresja poporodowa – rozpoznawanie i leczenie*. Przew Lek 2002, 5, 11/12, 104-110.
141. Whitby D.H., Smith K.M. *The use of tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors in women who are breastfeeding*. Pharmacotherapy 2005, 25(3): 411-425.
142. Affonso D.D., De A.K., Horowitz J.A., Mayberry L.J. *An international study exploring level of postpartum depressive symptomatology*. Journal of Psychosomatic Research 2000; 49: 20716.
143. Kossakowska-Petrycka K. *Adaptacja polskiej wersji kwestionariusza oceny ryzyka depresji poporodowej*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2007; 16 (4): 303–308.
144. Beck C. *Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath*. Nursing Research 2004; 53 (4): 216-224.
145. Ryding E., Wijma B., Wijma K. *Post-traumatic stress reactions after emergency caesarean section*. Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica 1997; 76: 856-861.
146. MacLean L., McDermott M., May C. *Method of delivery and subjective distress: women's emotional responses to childbirth practices*. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2000; 18: 153-162.
147. Söderquist J., Wijma K., Wijma B. *Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables*. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 2002; 23(1): 31-39.
148. Crompton J. *Post-traumatic stress disorder and childbirth*. British Journal of Midwifery 1996; 4: 290-293.
149. Kazimierzak M., Sipiński A. *Profilaktyka zaburzeń psychicznych występujących w okresie poporodowym*. Annales Academiae Medicae Silensis 2005; 59 (5): 413–416.

- 
150. Dennis C. L., Hodnett E. *Psychosocial and psychological intervention for prevention of postpartum depression*. British Medical Journal 2005; 331:15.
151. Bloch M., Rotenberg N., Koren D., Klein E. *Risk factors for early postpartum depressive symptoms*. General Hospital Psychiatry 2006; 28 (1): 3–8.
152. Steiner M., Yonkers K. *Depresja u kobiet*. Via Medica, Gdańsk 1999.
153. Mauri M., Oppo A., Montagnani M.S. et al. *Beyond „postpartum depressions”: specific anxiety diagnoses during pregnancy predict different outcomes: results from PND-ReScU*. Journal of Affective Disorders 2010; 127: 177-184.
154. Borysewicz K. *Edynburska Skala Depresji Poporodowej – zastosowanie w badaniach polskiej populacji – doniesienia wstępne*. Wiadomości Psychiatryczne 2001; 4 (2).
155. Georgiopoulos A. M., Bryan T. L., Wollan P. et al. *Routine screening for postpartum depression*. Journal of Family Practice. 2001; 50: 117-122.
156. SIGN *Postnatal Depression and Puerperal Psychosis*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2002.
157. NICE *Antenatal and Postnatal Mental Health*. National Institute for Health and Care Excellence, 2007.
158. Dennis C. L. E., Janssen P. A., Singer J. *Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period*. Acta Psychiatrica Scandinavica 2004;110 (5): 338–346.
159. Zigmond A. S., Snaith R. P. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67: 361–370.
160. Spinhoven P. H., Ormel J., Sloekers P. A., Kempen J. M., Speckens A. E. M., Hemert A. M. *A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects*. Psychological Medicine 1997; 27, 363–370.
161. Snaith R. P. *The Hospital Anxiety And Depression Scale*. Health and Quality of Life Outcomes 2003, 1:29.
162. Bedford A., de Pauw K., Grant E. *The structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): an appraisal with normal, psychiatric and medical patient subjects*. Personality and Individual Differences 1997; 23 (3): 473-478.

- 
163. Karakuła H., Grzywa A., Śpila B., Baszak J., Gieroba A., Kosikowski W., Jędrych M. *Zastosowanie Skali Leku i Depresji – HADS w chorobach psychosomatycznych*. Psychologia Polska 1996; 30(4): 653–668.
164. Podolska M. Z., Majkowicz M., Sipak-Szmigiel O., Ronin-Walknowska E. *Kohabitacja jako silny czynnik predykcyjny depresji okołoporodowej*. Ginekologia Polska 2009; 80 (4), 280-284.
165. Kowalewska B., Krajewska-Kułał E., Ortman E., Gołębiwska A. *Rola czynników psychicznych w rozwoju chorób*. Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (1): 134–141.
166. Kaczmarczyk-Chałas K., Baryła M., Bielecki W., Drygas W., Stelmach W. *Wykształcenie a zdrowie – czynniki warunkujące korzystanie ze świadczeń zdrowotnych wśród podopiecznych Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych*. Menedżer Zdr. 2003 : nr 5, s. 68-71.
167. Gebuza G., Kaźmierczak M., Gierszewska M., Michalska E. *Problemy kobiet w porożu i ich przyczyny*. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia 2010; 3 (4): 290-295.
168. Bączyk G., Cebulska V., Koźlak V., Michalak M., Bajek A., Marcinkowski J. T. *Poziom lęku przedporodowego u kobiet w ciąży*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2011, 92 (4): 774-777.
169. Choi Y., Bishai D., Minkovitz C.S. *Multiple Births Are a Risk Factor for Postpartum Maternal Depressive Symptoms*. Pediatrics 2009;123;1147.
170. Grącka B., Grażyna Skotnicka-Klonowicz G. *Dziecko matki cukrzycowej noworodkiem szczególnego ryzyka, wymagającym wzmożonej opieki pielęgniarstwa w okresie okołoporodowym*. Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (1): 108–116.
171. Łuczak-Wawrzyniak J. *Matka wcześniaka – sytuacja psychologiczna i społeczna w trakcie pobytu dziecka w szpitalu i po opuszczeniu oddziału noworodkowego*. Ginekologia Praktyczna 2009; 1: 7-8.
172. Kózka M., Perek M., Łudzik K. *Wiedza i postawy rodziców dzieci z rozpoznaną wadą serca*. Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (2): 79–85.
173. Łuczak-Wawrzyniak J., Czarnecka M., Konofalska N., Bukowska A., Gadzinowski J. *Holistyczna koncepcja opieki nad wcześniakiem lub (i) dzieckiem chorym – pacjentem Oddziału Intensywnej Terapii Noworodka i jego rodzicami*. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia 2010, 3 (1): 63-67.
174. Podolska M., Majewska A. *Lęk jako stan i jako cecha w grupie kobiet, u których zakończono ciążę za pomocą cięcia cesarskiego*. Kliniczna Perinatologia i Neonatologia 2007; 43 (4): 60-63.

---

175. Ferber S.G., Makhoul I.R. *The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial.* Pediatrics 2004; 113: 858-865.

176. Wiktor H., Lewicka M., Humeniuk E., Gulanowska-Gędek B., Wiktor K., Kanadys K. *Ocena poziomu lęku u kobiet w porożu.* Annales Academiae Medicae Stetinesis 2009; 55 (1): 66-69.