

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego
w Poznaniu

Beata Marta Urbanowicz

Oczekiwania i potrzeby związane z porodem rodzinnym w opiniach kobiet rodzących

Rozprawa na stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk
o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu

Promotor:

dr hab. Adam Czabański

Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych

Kolegium Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań 2021

*"Gdy rodzi się dziecko,
cały Wszechświat musi się przesunąć i zrobić mu miejsce."*

(Ina May Gaskin)

Serdeczne podziękowania
dla dr hab. Adama Czabańskiego
za okazaną pomoc, cenne wskazówki, za wsparcie,
a także za cierpliwość i życzliwość
w trakcie przygotowania pracy

*„Macierzyństwo zawiera w sobie od samego początku
szczególne otwarcie na nową osobę: ono właśnie jest
udziałem kobiety. W otwarciu tym, w poczęciu i urodzeniu
dziecka kobieta odnajduje siebie przez bezinteresowny dar
z siebie samej”*

(Jan Paweł II)

Serdeczne podziękowania dla rodziny, wszystkich bliskich
i życzliwych osób, bez których wsparcia i pomocy przygotowanie
tej pracy byłoby niemożliwe.

W szczególny sposób chciałabym podziękować moim
ukochanym córkom Marcie i Agnieszce

Szczególne podziękowania dla wszystkich pacjentek, z którymi przy
pisaniu tej pracy miałam przyjemność być, pracować i rozmawiać.

Za ich życzliwość i otwartość każdej rozmowy.

Serdecznie dziękuję

Spis treści

SPIS SKRÓTÓW	8
1. WSTĘP.....	9
ROZDZIAŁ I. POTRZEBY I OCZEKIWANIA.....	10
ROZDZIAŁ II. OPIEKA POŁOŻNICZA PRZED ROKIEM 1993	13
2.1. Historia	13
2.2. Opieka położnicza w Polsce w XX wieku	14
2.3. Opieka położnicza w Europie w XX wieku	15
2.4. Opieka położnicza w Stanach Zjednoczonych	16
ROZDZIAŁ III. OPIEKA POŁOŻNICZA W POLSCE PO ROKU 1993	21
3.1. Aspekt społeczny porodu. Standard opieki okołoporodowej	21
3.2. Akcja „Rodzić po Ludzku”	23
3.3. Szkoła rodzenia	26
3.4. Domy Narodzin i porody domowe	29
3.4.1. Porody domowe.....	30
3.4.2. Domy Narodzin.....	31
3.5. Doula	33
ROZDZIAŁ IV. ZAŁOŻENIA I CEL PRACY.....	36
4.1. Cel pracy.....	36
4.2. Problemy i hipotezy badawcze.....	37
4.3. Materiał badań.....	39
4.4. Metody badań.....	40
ROZDZIAŁ V. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH	43
5.1. Charakterystyka badanej grupy.	43

4.2. Wyniki badań.....	47
5.3. Porównanie wyników między szpitalami.	72
5.3.1. Dane socjodemograficzne.	72
5.3.2. Dane kliniczne.	75
5.3.3. Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego.....	81
5.3.4. Kwestionariusz Lęku Porodowego.	83
5.4. Wnioski wynikające z badań	97
ROZDZIAŁ VI DYSKUSJA	99
ROZDZIAŁ VII WNIOSKI.....	116
STRESZCZENIE	118
PIŚMIENNICTWO	122
SPIS TABEL.....	135
ANEKS.....	137
Załącznik nr 1 – Formularz ankiety.....	137
Załącznik nr 2 – Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego	142
Załącznik nr 3 – Kwestionariusz Lęku Porodowego.....	143

Spis skrótów

WHO - Światowa Organizacja Zdrowia

CIMS – Koalicja na rzecz Poprawy Usług Położniczych

MZ – Ministerstwo Zdrowia

MSPSS– Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego

KLP – Kwestionariusz Lęku Porodowego

cc – cięcie cesarskie

psn – poród siłami natury

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

PRG – Polskie Towarzystwo Ginekologiczne

1. WSTĘP

Narodziny dziecka to najintymniejszy, najpiękniejszy i najtrudniejszy moment w życiu kobiety. Czas oczekiwania na dziecko jest okresem szczególnym, a poród kulminacyjnym momentem ciąży. Wydarzeniu temu od zawsze towarzyszy wiele bardzo silnych, często skrajnych emocji. Lęk, radość, spełnienie, niepewność, to najczęściej podawane przez rodzące emocje, jakie odczuwają przy porodzie. W tym trudnym czasie wiele kobiet oczekuje szczególnego wsparcia i bliskości. Obecnie, po bardzo wielu zmianach, w większości szpitali poród odbywa się w warunkach umożliwiających kobiecie przebywanie w obecności męża, ojca dziecka lub innej osoby, która będzie jej pomocna [1].

Poród zaczęto postrzegać jako wydarzenie społeczne. Jednak nie zawsze tak było. Przez wiele lat narodziny dziecka traktowano jako wydarzenie medyczne, w którym pierwszeństwo miały procedury. Przez dziesiątki lat poród był dziedziną dostępną tylko dla kobiet. Obecność ojca przy narodzinach swojego potomka była niedopuszczalna. Rola mężczyzny w społeczeństwie, była zupełnie inna [2,3,4]. Dopiero pod koniec XX wieku temat ciąży, porodu i macierzyństwa stał się zagadnieniem publicznym. Na łamach prasy, telewizji, w licznych publikacjach naukowych i popularno-naukowych rozgorzała szeroka dyskusja na temat konieczność zmian dotyczących przebiegu porodu i roli ojca przy narodzinach dziecka.

W 1983 roku odbył się w Polsce pierwszy poród w obecności ojca. Pojawienie się ojca dziecka na sali porodowej było początkiem wielu ogromnych zmian w oddziałach położniczych. Rozpoczął się wieloletni proces, który doprowadził do respektowania praw kobiet, a także praw ojców do świadomego uczestnictwa w narodzinach dziecka [1]. Pojawienie się ojca dziecka na sali porodowej ukierunkowało opiekę położniczą na potrzeby rodziny. Zaczęto zwracać uwagę na psychologiczne i socjologiczne aspekty porodu, a poród zaczęto postrzegać jako proces naturalny będący harmonijną współpracą obojga rodziców. Poród stał się procesem, w którym obecność bliskiej osoby, daje kobiecie możliwość zaspokojenia wielu potrzeb. Wśród najczęściej wymienianych kobiety podają potrzebę: czułości, zrozumienia, akceptacji, bezpieczeństwa i bliskości. Zaspokojenie ich łagodzi uczucie lęku i osamotnienia kobiety [5].

Bardzo istotnym krokiem ku zmianom dotyczącym tematu rodziny, porodu i praw kobiet rodzących, był raport Światowej Organizacji Zdrowi (WHO) z roku 1985. Była w nim mowa o konieczności zapewnienia dobrego psychicznego samopoczucia matki w czasie porodu „ (...) poprzez obecność przy porodzie wybranej przez nią osoby”. Na sali porodowej

zaczęli pojawiać się więc mężowie i ojcowie dzieci, ale też inne bliskie rodzącej osoby. Wśród nich; matki rodzących, ich siostry, przyjaciółki czy ostatnio również doule.

Rozdział I. Potrzeby i oczekiwania

Problematyka potrzeb nurtowała ludzkość od setek lat i już człowiek prehistoryczny musiał mierzyć się z takimi kwestiami jak głód, zimno czy zapewnienie ciągłości gatunku. Upłynęło wiele lat, zanim te potrzeby udało się skatalogować i usystematyzować.

Czym jest, więc potrzeba? Potrzeba to aktualny stan człowieka lub jego organizmu, charakteryzujący się niespełnieniem określonych ważnych warunków. Potrzeba to subiektywne odczucie braku, niezaspokojenia określonych warunków, nieodłącznie wiąże się z takimi kwestiami jak brak, zaspokojenie bądź niezaspokojenie, rozwój. Poszukiwanie potrzeb wywodzi się z teorii motywacji i koncentruje się na potrzebach z poczuciem niedostatku [103,104].

Jedną z pierwszych prób określenia i usystematyzowania potrzeb podjął grecki filozof Epikur. Zapoczątkowany przez niego system etyczny zwany epikureizmem podzielił na trzy kategorie według ich wartościowości: radość życia, przyjemności biernej, przyjemności czynnej, które podzielił na przyjemności duchowe i fizyczne. Cały system Epikura zakładał, że dobro równa się przyjemności, dlatego szczęśliwe życie osiągamy wówczas, gdy suma doznanych przyjemności jest większa niż suma cierpienia. Według filozofii Epikura jednoznacznie wynika więc, że przyjemności czynne w tym dotyczące sfery fizycznej, są najmniej pożądane. Należy więc rozważać, czy cierpienie wynikające z ich osiągnięcia nie przewyższy samej przyjemności. Aby swoje dążenia do osiągnięcia przyjemności czynnych świadomie kontrolować, trzeba rozwijać w sobie cnotę panowania nad potrzebami. Tak pojawia się pierwsza klasyfikacja potrzeb, w której Epikur wyodrębnił trzy grupy: potrzeby fizyczne wynikające z konieczności utrzymania życia, potrzeby naturalne i konieczne - głód, pragnienie; niemożliwe do zignorowania, które należy zaspokajać ostrożnie, aby uniknąć przesycenia oraz potrzeby fizyczne naturalne niekonieczne i niewynikające z konieczności utrzymania życia jak np. popęd płciowy. Tu Epikur zalecał tłumienie potrzeb, aby nie narażać się na niepotrzebne cierpienie. Ostatnia grupa potrzeb według Epikura to potrzeby duchowe-nienaturalne i niekonieczne, np. potrzeba miłości i bogactwa, których należy się wyzybyć całkowicie. Epikur opisał również rolę intensywności potrzeb w życiu człowieka, dzieląc je na namiętności (popędy), które nas kontrolują, i pragnienia, które są pod kontrolą człowieka

[178]. Gwałtowny rozwój nauki badający i określający potrzeby miał miejsce dopiero w XIX i XX wieku. W literaturze zajmującej się tematem psychologii potrzeb pojawiają się teorie A. Maslowa, A. Murraya czy P. Alderfera. Wszyscy badacze potrzeb i ich teorie były tylko formą uporządkowania tego, o czym mówili greccy klasycy. Bardzo istotnym jest fakt i świadomość tego, że na każdym etapie naszego rozwoju, sami tworzymy własne struktury i hierarchie potrzeb i najczęściej dzieje się to całkowicie nieświadomie. Im jednak bardziej zdajemy sobie sprawę z naszych potrzeb, tym pełniej możemy je realizować. Wciąż pojawiają się nowe teorie potrzeb, które są najczęściej zmodyfikowanym ujęciem czegoś już znanego, a różnica wynika z przyjętej nomenklatury, bądź z innych korelacji, w których pozostają poszczególne grupy potrzeb. Niezależnie jednak do której się odwołamy nas również powinno to inspirować do tworzenia własnych, świadomych struktur potrzeb.

Niewątpliwie każda ciężarna kobieta oczekująca na poród ma związane z tym wydarzeniem potrzeby i oczekiwania. Zarówno potrzeby i oczekiwania są różne i zależne od bardzo wielu osobniczych sytuacji. Wśród potrzeb, których zaspokojenie jest warunkiem prawidłowego rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego są potrzeby fundamentalne, uniwersalne dla całego gatunku ludzkiego, których długotrwałe niezaspokojenie uniemożliwia egzystencję. Człowiek nie rodzi się, więc z pełnym spektrum potrzeb, ale nabywa je wraz z rozwojem ontogenetycznym. Według teorii potrzeb A. Maslowa, która jest często przedstawiona w kształcie piramidy istnieje pięć podstawowych warstw tej piramidy: potrzeby fizjologiczne, bezpieczeństwa, przynależności i miłości, szacunku i uznania oraz samorealizacji. Według A. Maslowa najbardziej podstawowe poziomy potrzeb muszą być zaspokojone w pierwszej kolejności. Dopiero kiedy to nastąpi, może wystąpić pragnienie zaspokojenia kolejnych poziomów potrzeb. Abraham Maslow doskonale zdawał sobie sprawę z różnic między płciami. Przekłada się to również na hierarchię potrzeb. Autor w swoich dziennikach pisał „...tylko kobieta potrzebuje nade wszystko być kochana”. Wartości i priorytety kobiet przedstawiał jako „motywowane niedoborem”. Głównie, więc kobiety jako osoby musiały stale kontaktować się z innymi ludźmi, gdyż większość sposobów zaspokajania ich głównych potrzeb (miłości, bezpieczeństwa, szacunku, prestiżu, przynależności) może przyjść tylko od innych istot ludzkich [177,178].

Jedną z najświeższych teorii potrzeb jest powstała w 2011 roku teoria Pameli Rutledge, oparta na piramidzie hierarchii potrzeb A. Maslowa. Rutledge, amerykańska profesor psychologii mediów, zwróciła uwagę na fakt, że człowiek żyje w społeczeństwie i jego egzystencja zależy od współistnienia z innymi ludźmi. Potrzeby człowieka wynikają więc – czego Maslow zdawał się nie doceniać – z więzi społecznych. Zaproponowane przez P. Rutledge kategorie

potrzeb niemal całkowicie pokrywają się z opisanymi potrzebami A. Masłowa, poza potrzebą samorealizacji. Model Rutledge oparty jest na okręgu, a nie na piramidzie jak u Masłowa. Gdzie centrum tego kręgu stanowią właśnie relacje społeczne [178].

Oczekiwanie, zaś to przypuszczenia, nadzieje, pragnienia, które ma na celu pomóc w zaspokojeniu potrzeby lub wielu potrzeb, których realizacji oczekujemy poprzez konkretne działanie. Relacje społeczne są źródłem, które mogą pomóc nam w realizacji i urzeczywistnieniu naszych potrzeb.

Rozdział II. OPIEKA POŁOŻNICZA PRZED ROKIEM 1993

2.1. Historia

Ciąża i poród od zawsze wiązały się z lękiem i niepokojem kobiety o zdrowie dziecka. Od zarania czasów, w tym szczególnym okresie, kobiety potrzebowały pomocy i wsparcia. Poród był sprawą kobiet i dlatego położnictwo było w ich rękach. Z racji swojej życiowej roli jaką było macierzyństwo, miały największe doświadczenie w kwestii narodzin. Poród odbywał się w swoim naturalnym rytmie, a wiedza na temat ciąży, porodu i opieki nad noworodkiem była przekazywana z pokolenia na pokolenie w linii żeńskiej [1]. Matki swoją wiedzę przekazywały córkom, a te następnie swoim. Do porodu proszone były kobiety, które same wcześniej rodziły i wychowały już kilkoro dzieci. Ich doświadczenie w procesie przebiegu porodu oraz sposobu łagodzenia bólu porodowego było początkiem pracy dzisiejszej położnej [2]. Kobiety zajmujące się przyjmowaniem dzieci na świat były zwane babkami, znachorkami lub szamankami, później akuszerkami [3].

W akcie narodzin brały, więc udział osoby wspierające kobietę, nie ma jednak informacji, czy wśród nich byli mężczyźni [1,4]. Jak wskazuje literatura ojcowie nie byli obecni przy porodzie [2]. Podział ról społecznych dawał mężczyznom inne zadania na czas narodzin. Mężczyźni przygotowywali pomieszczenia, w którym miało narodzić się ich dziecko, zbierali drewno, grzali wodę. W taki właśnie sposób udzielali, w sferze psychicznej i fizycznej, wsparcia rodzącej żonie w okresie okołoporodowym [1,5].

Pierwszy raz zgodę na obecność mężczyzny przy porodzie wyrażono we Francji w 1954 roku, informacje na ten temat pochodzą jednak dopiero z 1963 roku [6,7]. Zauważono, że najbardziej pożądaną osobą na sali porodowej jest ojciec dziecka, jako osoba najbliższa rodzącej. Jego obecność jest dla kobiety nieocenionym wsparciem psychicznym, nawet gdy ta rola, ma sprowadzać się jedynie do bycia razem [6,7].

2.2. Opieka położnicza w Polsce w XX wieku

Jeszcze na początku XX wieku fachowa pomoc położnicza, opieka lekarza położnika, była bardzo ograniczona. Szczególnie dotyczyło to środowiska wiejskiego. Duża ilość urazów okołoporodowych oraz wysoka umieralność okołoporodowa spowodowały, iż rolę babek wiejskich zaczęły przejmować wyspecjalizowane położne. W środowisku wiejskim, gdzie dostęp do opieki medycznej i położniczej był szczególnie trudny, zaczęły powstawać izby porodowe [2]. Izba taka stwarzała kobiecie znacznie lepsze warunki higieniczne, niż te domowe. Była również miejscem odpoczynku, w którym położnica wraz z dzieckiem mogła przebywać do 7 dni. Czas, w którym położnica przebywała w izbie porodowej był ważny dla kobiety przed pracą jaką na nią czekała w domu. Pierwsza taka izba powstała w Polsce w 1945 roku w okolicach Warszawy, w miejscowości Laski i była inicjatywą położnej M. Hoffman. Izba porodowa, która miała stanowić salę porodową nie była oddziałem szpitalnym. Z czasem izb było coraz więcej, a kobiety rodziły w nich chętniej niż w domu. Ostatnią w Polsce izbę porodową zamknięto 31.12.2008 roku. Była ona w Łędzinach i funkcjonowała tam 57 lat. Izba ta dwukrotnie była wyróżniana w ogólnokrajowej akcji "Rodzić po ludzku" [2].

Szybki rozwój i postęp medycyny spowodował, iż porody zostały przeniesione do szpitali, gdzie panował inny model postępowania. Dominowały rutynowe zabiegi, z góry ustalony schemat przebiegu porodu, w wymuszonej na rodzącej pozycji. Po urodzeniu dziecko było natychmiast zabierane od matki. Noworodki przebywały w oddzielnych salach, a do matek przynoszone jedynie na wyznaczony czas karmienia. Matki nie zajmowały się pielęgnacją swoich dzieci. Nie miały więc możliwości nauki pielęgnacji noworodka, ponieważ czynności te wykonywane były przez personel medyczny. Charakterystycznym obrazem polskich oddziałów położniczych XX wieku, był widok dzieci pokazywanych rodzinie z okien sal szpitalnych [2]. Możliwość wsparcia rodzącej w osobie ojca dziecka była nierealna.

Porody rodzinne do położnictwa wprowadzone zostały w odpowiedzi na całkowicie zmedykalizowany przebieg porodu, który miał formę z góry ustaloną przez personel medyczny. W tym ustalonym szpitalnym schemacie nie były uwzględniane potrzeby i oczekiwania rodzących. Ich potrzeby zarówno fizyczne jak i psychiczne nie były istotne [8, 9]. Jeszcze w latach 80 i na początku lat 90, kobieta była zmuszona rodzić w samotności. Nie było możliwości, aby na sali porodowej, poza personelem medycznym, był ktoś jej bliski.

Kobiety były zmuszane do tego, aby I okres porodu odbywał się w pozycji leżącej w łóżku. W tym schemacie poród wykluczał jakąkolwiek aktywność kobiety. Rodząca nie miała żadnej możliwości protestu. Nie miała możliwości, aby to zmienić. Oczekiwania kobiet, co do przebiegu porodu nie miały znaczenia. Pracownicy ochrony zdrowia, w tym lekarze i położne przekonali kobiety i mężczyzn, iż obecność mężczyzny na sali porodowej i czynne uczestnictwo w porodzie wpływa niekorzystnie na status mężczyzny [1,5].

2.3. Opieka położnicza w Europie w XX wieku

Dążenie do przywróceniu porodowi charakteru rodzinnego, społecznego, a także duchowego stało się znakiem czasu końca XX wieku. Zmiany jakie zaczęły zachodzić w położnictwie były wynikiem zwrócenia uwagi na to, iż poród to nie tylko zjawisko fizyczne, somatyczne. W położnictwie pojawił się nurt psychosomatyczny, w którym zaczęto dostrzegać obecność i rolę ojca dziecka podczas ciąży i porodu [10,11,12,13]. W Europie trendy w opiece perinatalnej nad kobietą wyznaczył francuski ginekolog-położnik Michael Odent, oraz Sheila Helena Elizabeth Kitinger – brytyjska antropolożka.

Doktor M. Odent to lekarz, początkowo chirurg, później ginekolog-położnik, który przyjął 15 tys. porodów. w latach 60-ych XX wieku pracował w prowincjonalnej porodowce, którą w ciągu kilku lat przekształcił w oddział położniczy. Oddział, w którym chciały rodzić kobiety ze wszystkich kontynentów. Doktor M. Odent to światowej sławy prekursor nowego podejścia do porodu i narodzin. Jego poglądy cechują: poszanowanie wolności, szacunek dla człowieka, natury oraz zdrowy rozsądek oparty na fachowym przygotowaniu zawodowym i doświadczeniu. Michael Odent to zwolennik odejścia od sztywnych procedur medycznych. W zamian za to proponuje cierpliwe uczenie się i obserwację [10].

W latach 70-tych XX wieku rozpoczął ruch, który miał przywrócić podmiotowość i godność kobiecie ciężarnej i rodzącej. Jest autorem napisanej i wydanej na początku XXI wieku książkę „Odrodzone narodziny” (2009). W książce tej M. Odent pisze o kryzysie w położnictwie, o konieczności rozpoznania i znaczeniu poglądów na naturę, zdrowie i wolność. Pisze o konieczności feminizacji narodzin i roli kobiet w rozwiązywaniu kryzysu [11].

Sheila Kitzinger – antropolożka, autorka wielu książek, publikacji i wykładów o ciąży, porodzie i macierzyństwie. Była profesorem honorowym Thames Valley University i chociaż całe życie poświęciła opiece położniczej, dyplomu położnej nigdy nie uzyskała. Odznaczona za swoje zasługi na rzecz porodu naturalnego oraz karmienia piersią Orderem Imperium Brytyjskiego.

S. Kitzinger w szczególny sposób zwracała uwagę na psychologiczno-seksualne przygotowanie kobiety do porodu. Uważała, iż poród jest formą seksualizmu w życiu kobiety [18]. Zwracała uwagę na konieczność „wysłuchania” się w swoje ciało, na korelację nerwowo-mięśniową pomiędzy ustami, a mięśniami pochwy. Zauważyła zależność pomiędzy zaciśniętymi ustami, a napięciem mięśni dna miednicy. Propagowana przez S. Kitzinger metoda polega na przygotowaniu kobiety do porodu poprzez edukację w zakresie procesów fizjologicznych zachodzących w czasie ciąży i porodu. Antropolożka pokazuje kobietom, jak harmonijnie one ze sobą współdziałają. Świadomość zachodzących w ciele ciężarnej kobiety procesów pomaga w technikach relaksacyjnych, które są niezwykle ważne w obserwacji S. Kitzinger. Staranne przygotowanie do porodu umożliwia więc kobiecie w pełni świadomie przeżywać akt narodzin [18].

2.4. Opieka położnicza w Stanach Zjednoczonych

W Stanach Zjednoczonych poprawą w opiece położniczej zajęła się powołana do życia na początku roku 1996 Inicjatywa Porody Przyjazne Matkom. Przedstawiciele dwudziestu pięciu różnych organizacji stworzyli dokument na temat poprawy opieki położniczej w Stanach Zjednoczonych w podejściu do ciąży i narodzin. Dziesięć Kroków Inicjatywy Porody Przyjazne Matkom – ma solidne podstawy naukowe. Aktualnie pierwotną nazwę zmieniono na Koalicję na rzecz Poprawy Usług Położniczych (Coalition for Improving Maternity Services – CIMS). Misją tej koalicji jest promowanie dobrego modelu opieki położniczej. Modelu przyjaznego matce, dziecku i całej rodzinie. Wzorzec ten opiera się na badaniach i dowodach naukowych i koncentruje się na promocji zdrowia. Ma także obniżyć koszty związane z ciążą i porodem. Omawiany model powinien być alternatywny do

kosztowych badań diagnostycznych i programów leczniczych. Celem głównym Koalicji na rzecz Poprawy Usług Położniczych (CIMS) ma być dobrostan matek, dzieci i rodzin. Powstało Dziesięć kroków Inicjatywy Porody Przyjazne Matkom. Według założeń CIMS szpital, dom narodzin i każda inna jednostka zajmująca się porodami powinna;

1., Oferować wszystkim rodzącym;

- nieograniczony dostęp do osób towarzyszących im przy porodzie (w tym ojców, partnerów, dzieci, innych członków rodziny czy przyjaciół)
- nieograniczony dostęp do stałego emocjonalnego i fizycznego wsparcia wykwalifikowanej kobiety np. douli czy innej profesjonalnej pomocy porodowej
- dostęp do profesjonalnej opieki położniczej

2. Podać do wiadomości publicznej precyzyjne informacje opisowe i statystyczne dotyczące praktyk i procedur porodowych, w tym liczby podjętych interwencji i ich rezultatów.

3. Zapewnić opiekę adekwatną kulturowo – tj. opiekę, która jest wrażliwa i otwarta na przekonania, wartości i zwyczaje wynikające z religii i pochodzenia matki.

4. Zapewnić rodzącej kobiecie możliwość spacerów, ruchu i przybierania dowolnej pozycji podczas porodu (chyba, że zaistniały komplikacje uniemożliwiające swobodne poruszanie się kobiecie) oraz zniechęcenie do przyjmowania pozycji polegającej na leżeniu płasko na plecach z uniesionymi nogami (pozycji litotomicznej)

5. Posiadać jasno określoną politykę i procedury;

- współpracy i konsultacji w okresie perinatalnym z innymi jednostkami położniczymi (...) w razie konieczności przeniesienia rodzącej w inne miejsce
- kontaktowania matki i dziecka z opieką środowiskową, w tym opieką prenatalną, poporodową oraz wspierać karmienie piersią.

6. Niewprowadzania rutynowych praktyk i procedur, które nie są poparte dowodami naukowymi takimi jak;

- golenie
- lewatywa
- założenie wkłucia
- powstrzymywanie od przyjmowania pożywienia
- przedwczesnego przekłucia pęcherza płodowego

- elektronicznego monitoringu płodu

ograniczenie w następujący sposób;

- użycie oksytocyny w 10% przypadków lub rzadziej w celu wzbudzenia lub nasilenia akcji porodowej
- zastosowanie nacięcia krocza w 20% przypadków lub rzadziej, dążenie do osiągnięcia 5% lub mniej
- cięcie cesarskie stosowane w 10% przypadków lub rzadziej w szpitalach lokalnych i 15% przypadków lub rzadziej w szpitalach specjalistycznych
- porody pochwowe po wcześniejszym cięciu cesarskim dopuszcza się do 60% przypadków, w zamierzeniu co najmniej 75%

7. Zapewnia edukację personelu w zakresie niefarmakologicznych metod uśmierzania bólu i nie promuje zastosowania środków przeciwbólowych ani znieczulających, chyba że są one niezbędne w razie wystąpienia komplikacji

8. Zachęca wszystkie matki i rodziny, w tym te, których noworodki są chore, urodzone przedwcześnie lub z problemami zdrowotnymi, aby dotykały, przytulały, karmiły piersią i opiekowały się nimi w stopniu jaki jest możliwy, uwzględniając stan dziecka

9. Odradza obrzezanie noworodków, które nie wynika ze względów religijnych

10. Dąży do wdrożenia programu WHO-UNICEF promującego karmienie piersią.” [10].

Współtwórczynią Inicjatywy Porody Przyjazne Matkom była także Ina May Gaskin. Jedna z największych autorytetów na świecie w dziedzinie położnictwa, która w obradach reprezentowała Stany Zjednoczone, jako prezes Związku Położnych Ameryki Północnej. I.M.Gaskin w swojej karierze zawodowej przyjęła ponad 2000 porodów domowych. Posiada wyjątkową wiedzę i doświadczenie w przyjmowaniu porodów naturalnych. Jest jedyną położną na świecie imieniem, której nazwano technikę położniczą, polegającą na przyjęciu przez rodzącą pozycji kolankowo-łokciowej – zwanej Manewrem Gaskin. Jest on stosowany jest w przypadku wystąpienia dystocji barkowej. Jest jednak znana przede wszystkim za sprawą książki *Spiritual Midwifery* (1977), polskie tłumaczenie to – „Duchowe położnictwo” wydane po raz pierwszy w naszym kraju w 2011 roku. Książka wzbudziła ogromne zainteresowanie środowiska medycznego jak również samych kobiet. W ocenie autorki -

duchowość oznacza przywrócenie i powrót do porodu jako aktu naturalnego i wydarzenia rodzinnego. W wydarzeniu tym, według I. M. Gaskin duchowość nie ma znaczenia i powiązania religijnego. Jest przekazem uniwersalnym, który wskazuje, iż nie należy zaburzać tego co naturalne. „*Rozwój technologii powoduje, że zbyt wiele osób zapomina, że każde narodziny dziecka to doświadczenie duchowe. Ina May Gaskin uważa, że sakrament narodzin należy do ludzi i nie powinien być zawłaszczony przez system szpitalnictwa nastawiony na zysk. Zarówno rodzice, jak i dzieci potrzebują opieki położnych podczas delikatnego i bezbronnego okresu ciąży, porodu oraz w okresie poporodowym. Są to głęboko humanistyczne tezy i o tym jest ta książka (...)*” słowo wstępne - E. Dmoch-Gajzlerska [14].

W opinii Michała Musielaka „(...) metoda i techniki naturalnego porodu Iny May przekroczyły granice Stanów Zjednoczonych”. Ciekawym wydaje się również według M. Musielaka odpowiedź na pytanie „(...) jakie są źródła tej niesamowitej popularności „Duchowego położnictwa”? Wydaje się, iż z jednej strony jest to tęsknota za obecnością przy porodzie osób bliskich, tkwiąca głęboko w świadomości wielu młodych kobiet, których to nie matki, lecz częściej babki doświadczyły porodu w domu; z drugiej strony to niekiedy lęk rodzących i ich rodzin przed wszechobecną technicyzacją nowoczesnej sali porodowej, gdzie dominuje sterylność, medyczny język, a także profesjonalny dystans personelu do rodzącej (...) lektura „Duchowego położnictwa” napawa optymizmem. Pokazuje bowiem, że powszechny w naszej kulturze stan obaw i lęków przed porodem pozaszpitalnym jest w dużej części kreowany przez zmedykalizowaną opiekę nad matką i dzieckiem (...)” [14]. Sama zaś autorka książki poród opisuje „(...) Podczas porodu kobieta staje się mniej indywidualną jednostką, a bardziej żywiołem, tak jak tornado, wulkan, trzęsienie ziemi, huragan, kierującym się własnymi zasadami (...)” [14].

Za swoją pracę i wkład we współczesne położnictwo 29 września 2011 roku Ina May Gaskin otrzymała nagrodę Right Livelihood Award zwaną „alternatywną” Nagrodą Nobla.

Istnieje jednak zasadnicza różnica pomiędzy położnictwem promowanym przez Michela Odenta, a położną Iną May Gaskin. I. M. Gaskin jest zwolenniczką porodu w obecności męża, ojca dziecka. Natomiast M. Odent swoimi poglądami od lat budzi kontrowersje. Twierdzi bowiem, iż mężczyźni nigdy nie powinni uczestniczyć przy porodzie, a nawet powinni trzymać się od „tych spraw” z daleka. Jego obecność w tym momencie, utrudnia i wydłuża poród. Działa na rodzącą rozpraszająco i bywa istotnym czynnikiem, przedłużającym poród. Rodzenie w obecności ojca dziecka trwa dłużej, jest bardziej bolesne i częściej wywołuje

potrzebę cesarskiego cięcia. „ (...) kobieta w porodzie musi być chroniona przed pobudzaniem myślącej części jej mózgu tak, by poród przebiegał łatwo. Ta część mózgu powinna zostać wyłączona, a na pierwszy plan wyjść część połączona z podstawowymi funkcjami życiowymi. Kobieta rodząca powinna pozostać w prywatnym świecie, gdzie nie musi myśleć ani mówić ” [14,15]. Obecność partnera opóźnia poród. M. Odent uważa ponadto, iż mężczyzna w nim uczestniczący, wydziela potężną dawkę hormonu stresu i adrenaliny, co jest powodem niepokoju rodzącej. Mężczyzna w ten nieświadomy sposób utrudnia kobiecie skupienie się na akcji porodowej, a spokój i relaks rodzącej konieczne są do wydzielania przez nią niezbędnej w porodzie oksytocyny. Kolejnym powodem dla którego zdaniem M. Odenta, kobieta powinna rodzić sama jest trauma jaką wielu mężczyzn ma po wspólnym porodzie. Czasem wręcz mężczyzna popada w depresję. Ponadto M. Odent uważa, iż często wspólne doświadczenie porodu skutkuje tym, iż partner unika kontaktów intymnych z partnerką po porodzie. M. Odent uważa także, że kobieta bezpośrednio po urodzeniu dziecka potrzebuje kilku chwil w samotności. Tylko dla siebie z dzieckiem. Jest to czas pomiędzy drugim, a trzecim okresem porodu. Czas pomiędzy urodzeniem dziecka, a porodem łożyska. Nie chodzi tylko o więź z dzieckiem, ale również o urodzenie łożyska. Kobieta do jego prawidłowo urodzenia, potrzebuje ponownie wzrostu poziomu oksytocyny - hormonu miłości. Jeśli ma więc czas, aby spokojnie popatrzeć na dziecko, poczuć jego skórę i zapach i nikt jej nie rozprasza, to wówczas trzeci okres porodu przebiega prawidłowo [11]. M. Odent widzi więc konieczność feminizacji porodu. Poród to misterium i powinno pozostać w kobiecym świecie, a rolą kobiet jest rozwiązywanie kryzysu [10]. Argumenty te wywołują dyskusję i burzę, zarówno wśród kobiet, które już rodziły, jak i tych które rodzić dopiero będą. Emocje i zdania wśród ojców, są równie duże. Jedni i drudzy prezentują stanowisko za, jak i przeciw słowom M. Odenta.

Rozdział III. OPIEKA POŁOŻNICZA W POLSCE PO ROKU 1993

3.1. Aspekt społeczny porodu. Standard opieki okołoporodowej

W Polsce podobnie jak w innych krajach, opieka nad kobietą rodzącą zmieniała się wraz ze zmianami kulturowymi i społecznymi, a także religijnymi. Potrzeby kobiet i ich oczekiwania dotyczące opieki śródporodowej ulegały zmianom i były wynikiem zmieniającego się wzrastającego statutu społecznego kobiet [13,14]. Znakiem czasu tych zmian było dążenie, aby również na polskich porodówkach, narodziny miały charakter wydarzenia rodzinnego. Trendy te jako swoje rekomendacje ogłosiła Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Zalecając kobietom poród aktywny, w którym ma ona prawo i możliwość wybrania formy opieki okołoporodowej w tym miejsca porodu, pozycji w jakiej chce rodzić oraz możliwości uczestnictwa przy narodzinach osoby bliskiej rodzącej [1,10,13].

W 1993 roku redakcja miesięcznika *Twoje Dziecko* wraz z ośrodkiem Edukacji EKO- OKO zwróciły się do swoich czytelniczek z prośbą o dzielenie się wspomnieniami z porodów oraz wrażeń z pobytu w oddziale położniczym. Z całego kraju zaczęły napływać ogromne ilości listów, które były wyrazem tego jak ważny temat został poruszony. Kobiety w ten sposób dały wyraz swoim potrzebom i oczekiwaniom, które były bardzo rozbieżne z rzeczywistością jakiej je spotkała na sali porodowej, a później w oddziale położniczo-noworodkowym. Oddziałom, które najlepiej zostały ocenione przez kobiety przyznano tytuł Złotego Bociana [2]. Akcja w bardzo szybkim tempie za pomocą i wsparciem mediów, radia i telewizji rozprzestrzeniła się na całą Polskę. Rozpoczęła się reorganizacja porodówek i oddziałów położniczo-noworodkowych. W roku 1994 na łamach *Gazety Wyborczej* pojawiło się hasło - *Rodzić po Ludzku* i było początkiem wielu przełomowych zmian w polskich oddziałach położniczych.

W Ministerstwie Zdrowia (MZ), w 2008 roku, powołano Zespół ds. przygotowania standardów opieki okołoporodowej. Uwieńczeniem pracy tego zespołu, było wydane przez MZ, dnia 20 września 2012 roku, pierwsze „Rozporządzenie w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej, sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem”.

Celem powstania standardu opieki okołoporodowej było;

1. zapewnienie jednakowego schematu postępowania we wszystkich szpitalach w kraju,

2. stworzenie jednorodnych procedur działań dla personelu medycznego,
3. danie pacjentkom możliwość sprawdzenia, czy zastosowane wobec nich działania były zgodne ze standardami,
4. zmniejszenie interwencji medycznych, w tym liczby cesarskich cięć.

Rozporządzenie stało się obowiązujące dla wszystkich podmiotów leczniczych prowadzących działalność związaną z ciążą fizjologiczną, porodem, położeniem i opieką nad noworodkiem.

W latach 2012 – 2019 standard opieki okołoporodowej zmieniał się kilkakrotnie i za każdym razem rozszerzano prawa kobiet ciężarnych, rodzących oraz położnic. Ostatnia obowiązująca aktualizacja standardu weszła w życie 1 stycznia 2019 roku. W skład zespołu powołanego do stworzenia nowego rozporządzenia weszli nie tylko wybitni specjaliści, ale również 9 organizacji środowiska społecznego, m.in. Fundacja Rodzić po Ludzku, Fundacja Twórczych Kobiet czy Fundacja Promocji Karmienia Piersią. Standard określa poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnych interwencji medycznych, w szczególności:

1. amniotomii,
2. indukcji porodu,
3. stymulacji czynności skurczowej,
4. podawania opioidów,
5. nacięcia krocza,
6. cięcia cesarskiego,
7. podania noworodkowi mleka modyfikowanego – z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka medyczna opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności [16].

Standard opieki okołoporodowej kładzie duży nacisk na respektowanie praw kobiet. Kobieta ma możliwość świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanej z porodem, w tym dotyczącego miejsca jego odbycia z podziałem na poród w warunkach szpitalnych i pozaszpitalnych, jeśli jest to miejsce udzielania świadczeń

medycznych. Standard daje również kobiecie prawo do wyboru osoby sprawującej nad nią opiekę spośród osób do tego uprawnionych [16,17].

3.2. Akcja „Rodzić po Ludzku”

To ogólnokrajowa akcja zainicjowana przez grupę działaczy społecznych i dziennikarzy, w wyniku której, w roku 1994 powstała bardzo prężnie działająca Fundacja Rodzić po Ludzku. Założycielką jej jest Anna Otffinowska, której Tygodnik Powszechny, za społeczną działalność w Fundacji Rodzić po Ludzku przyznał w roku 2008 Medal świętego Jerzego, a w 2012 roku prezydent Bronisław Komorowski odznaczył za aktywność społeczną na rzecz Fundacji Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Inspiracją do podjęcia działań przez polskich działaczy społecznych, była działalność brytyjskiej antropolożki Sheli Haleny Elizabeth Kitzinger, autorki wielu książek o ciąży, porodzie i macierzyństwie. Książki jej autorstwa poświęcone były przeżyciom i doświadczeniom kobiet związanych z opieką medyczną w czasie ciąży i porodu. Autorka zajmowała się tematem przygotowania do porodu (plan porodu), znieczuleniem zewnątrzoponowym, nacięciem krocza, wywoływaniem porodu, karmieniem piersią, a także depresją poporodową. Jeśli tylko ciąża przebiegała prawidłowo S. Kitzinger była zwolenniczką porodów domowych [18].

Działalność Fundacji Rodzić po Ludzku opierała się od samego początku na zbieraniu i prezentowaniu w mediach doświadczeń indywidualnych kobiet rodzących w polskich szpitalach. Na tej podstawie w grudniu 1994 roku na łamach Gazety Wyborczej, opublikowany został pierwszy „Przewodnik po szpitalach położniczych w Polsce”. Powstał na podstawie rzetelnego opisu 272 polskich oddziałów położniczych. Po jego wydaniu akcji nie przerwano i dołączyły do niej media ogólnopolskie. W 1995 roku była to Telewizja Polska program 1. Akcję poparły i propagowały również: Super Express, miesięcznik Twoje Dziecko, oraz Ośrodek Edukacji Ekologicznej – EKO OKO, które najlepszym placówkom medycznym przyznały tytuł Złotego Bociana. W czasie pierwszych dwóch lat trwania akcji na apel odpowiedziało prawie 15 tysięcy kobiet. Opisano 439 placówek położniczych czyli 96% istniejących wówczas oddziałów położniczych, w tym sal porodowych [19,20]. Celem

statutowym Fundacji Rodzić po Ludzku jest poprawa poziomu opieki okołoporodowej w placówkach położniczych w całej Polsce, tak aby;

1. potrzeby kobiet i ich rodzin były priorytetem dla opieki okołoporodowej w Polsce,
2. każda kobieta czuła się podmiotem opieki okołoporodowej i miała do niej łatwy dostęp,
3. dzieci przychodziły na świat w przyjaznym otoczeniu,
4. rodzice mogli liczyć na wsparcie w przeżywaniu swojego macierzyństwa i ojcostwa,
5. kobiety były świadome swych praw i miały możliwość domagać się ich przestrzegania,
6. szpitale informowały o swojej pracy i publikowały jej wyniki,
7. praktyka położnicza opierała się na wiarygodnych badaniach naukowych,
8. zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia były uwzględniane w praktyce polskich szpitali położniczych,
9. stworzono warunki dla istnienia i rozwoju pozaszpitalnych miejsc do porodu,
10. samodzielne i niezależne położne odgrywały główną rolę w opiece nad kobietą i noworodkiem [19].

W ciągu 26 lat trwania akcji Rodzić po Ludzku widoczne są na oddziałach położniczych i noworodkowych znaczne zmiany. Rzadkością jest, aby kobieta bez wskazań medycznych musiała przebywać w czasie porodu w łóżku. Promowany jest poród aktywny. Kobiety mogą rodzić w pozycjach wertykalnych, mają zapewniony kontakt z noworodkiem bezpośrednio po porodzie, kontakt „skóra do skóry”. Promowane jest karmienie piersią, w tym pierwsze karmienie już na sali porodowej. Kobieta ma prawo, aby przy porodzie był przy niej ojciec dziecka, lub inna bliska jej osoba. Ma również mieć możliwość bliskiego kontaktu z rodziną w czasie pobytu w szpitalu. Wszelkie zabiegi medyczne uzgadniane są z rodzącą na bieżąco w trakcie porodu [19, 21,22,23]. Podobnie wszystkie czynności wykonywane przy noworodku muszą mieć zgodę i aprobatę matki. Personel neonatologiczny, ma za zadanie, w trakcie pobytu w szpitalu matki z dzieckiem, przygotować ją do samodzielnej opieki i pielęgnacji noworodka w domu, ze szczególnym uwzględnieniem karmienia piersią.

Badania, które rozpoczęły się ponad ćwierć wieku temu, poruszyły społeczeństwo i opinię publiczną zwracając uwagę na wszechobecną medykalizację i dehumanizację porodu. Pomimo jednak upływu prawie 30 lat oraz ogromnych zmian jakie zaszły w

polских porodówkach i oddziałach położniczych istnieje różnorodność w dostępie do opieki położniczej. Stan ten jest wynikiem i konsekwencją zróżnicowania społecznego kobiet i ich zamożności [24]. Kolejna ankietyzacja ponad 10 tysięcy kobiet w okresie od stycznia 2017 roku do marca 2018 roku, ukazała działaczom Fundacji Rodzić po Ludzku, iż standard opieki okołoporodowej, który jest standardem medycznym o charakterze normatywnym i stanowi część systemu obowiązującego prawa w wielu placówkach medycznych, nie stanowi takiego prawa, i nadal istnieją placówki, które wciąż nie podjęły prób jego wdrożenia [19,22,23]. Przeprowadzone badanie ankietowe stało się podstawą do stworzenia Rekomendacji dla szpitali.

Rekomendacje Fundacji Rodzić po Ludzku - Rekomendacje dla szpitali:

1. „Wykorzystanie kompetencji położnych do samodzielnego prowadzenia i przyjmowania porodu fizjologicznego. Sposób przygotowania zawodowego położnych sprzyja demedycalizacji opieki okołoporodowej. Kształcenie położnych w znacznie większym stopniu jest skoncentrowane na fizjologii. Kształcenie lekarzy skupia się na wykrywaniu i leczeniu patologii. Rozpowszechnienie opieki położnych w znacznym stopniu ogranicza koszty opieki okołoporodowej i pozwala na przekierowanie zaoszczędzonych środków np. na zapewnienie anestezjologa, doradcy laktacyjnego, doposażenie sal, szkolenia personelu z komunikacji z pacjentem.
2. Regularne przeprowadzanie praktycznych szkoleń dla personelu medycznego w zakresie realizacji Standardów Opieki Okołoporodowej, w szczególności poświęconych m.in. pozycjom wertykalnym, karmieniu piersią, ochronie krocza, pierwszemu kontaktowi, komunikacji z kobietą, prawom pacjenta.
3. Zbieranie informacji od kobiet i ich analizowanie na temat jakości świadczonych usług, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii traktowania pacjentek i sposobu komunikacji personelu, respektowania prawa do informacji, intymności oraz wyrażania zgody na zabiegi i czynności pielęgnacyjne.
4. Zwiększenie liczby położnych zatrudnionych na oddziałach położniczych, które będą wyposażone w profesjonalną wiedzę w zakresie laktacji.
5. Zaprzestanie praktyk zakłócania pierwszego kontaktu matki z dzieckiem po narodzinach. Ważenie i mierzenie nie powinno być procedurą zakłócającą ten niezwykle ważny moment.
6. Zagwarantowanie przez wszystkie placówki mające kontrakt z NFZ, dostępności znieczulenia zewnątrzoponowego. Rozpowszechnienie dostępu do tej metody

łagodzenia bólu ograniczy ryzyko zachowań mogących nieść znamiona niehumanitarnego traktowania rodzącej oraz obniżyć wskaźnik planowanych cesarskich cięć.

7. Należy dążyć do tego, by każda kobieta miała osobną salę umożliwiającą poród rodzinny, gwarantującą intymność i komfort rodzącej, który zmniejsza stres zakłócający fizjologiczny przebieg porodu.
8. Wyposażenie wszystkich sal porodowych, również tych wieloosobowych, w sprzęt ułatwiający łagodzenie bólu i przyjmowanie dogodnych dla rodzących pozycji w I fazie oraz pozycji wertykalnych w II fazie porodu. Zapewnienie kobietom rodzącym dostępu do wanny lub prysznicza w trakcie porodu.
9. Omawianie z kobietą planu jej porodu, a w sytuacji kiedy nie ma swojego planu, omówienie z nią jej oczekiwań i potrzeb związanych z porodem i pobytem w szpitalu.
10. Ograniczanie nieuzasadnionych procedur medycznych podczas fizjologicznego porodu – przyspieszanie porodu za pomocą kroplówki z oksytocyną, nacinanie krocza.” [19].

Wraz z wejściem w życie 01.01.2019 roku, nowego Standardu Opieki Okołoporodowej, Fundacja Rodzić po Ludzku wprowadziła projekt „Na straży. Rodzić po ludzku”. Celem tego projektu poza dalszym monitoringiem opieki okołoporodowej, jest współdziałanie z udziałem społeczności i aktywistów lokalnych. Planowane są spotkania z dyrektorami szpitali, debaty publiczne wraz z organami zarządzającymi placówkami medycznymi oraz decydentami w ochronie zdrowia. Celem tej kampanii jest także doprowadzenie do systemowej zmiany dostępności prowadzenia ciąży przez położne w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

3.3. Szkoła rodzenia

Powstanie pierwszych szkół rodzenia wyprzedziło w czasie zmiany, które miały nadejść w położnictwie. Rosnąca wśród kobiet, świadomość konieczności edukacji związanej z ciążą, porodem, porodem oraz opieką nad noworodkiem, zwróciły uwagę lekarzy i położnych, na konieczność podjęcia edukacji zdrowotnej w tym zakresie. W latach 1956 – 1975 powstały w Polsce pierwsze szkoły rodzenia. Ich prekursorem w Polsce był ginekolog

dr W. Fiałkowski, który zwrócił uwagę na powstanie i istnienie u rodzącej kobiety triady stanów, trzech składników w porodzie; koncentracji, odprężenia czynnego i odczuwania naturalnego. Rodząca kobieta mając świadomość ich istnienia rodzi w sposób naturalny i zgodny z naturą. W. Fiałkowski wprowadził do położnictwa także pojęcie „naturalnego odczuwania”, co w połączeniu ze świadomością istnienia triady stanów ma pomóc kobiecie w porodzie [27,61]. Prowadzone w szkołach rodzenia zajęcia, miały więc poza wiedzą czysto medyczną, zwrócić uwagę kobiet na możliwość świadomego przeżywania aktu narodzin [2,27]. Pierwsze szkoły rodzenia powstają w: Krakowie, Szczecinie, Warszawie, Wrocławiu i Łodzi. Patronat nad ich rozwojem sprawował Instytut Matki i Dziecka w Warszawie [30].

Aktualnie szkoły rodzenia pełnią dwie funkcje. Pierwsza z nich to funkcja informacyjno – edukacyjna, a druga to funkcja terapeutyczno – wspierająca [32]. Obie z nich mają na celu przygotowanie obojga rodziców do świadomego i aktywnego udziału w porodzie oraz opieki nad noworodkiem z uwzględnieniem karmienia naturalnego. Udział w zajęciach grupowych zachęca ich uczestników do dzielenia się swoimi przeżyciami i emocjami związanymi z ciążą i przygotowaniem do porodu [32]. Kształcenie obejmuje wszystkie możliwe sytuacje położne z jakimi rodzice mogą spotkać się w czasie porodu, tak aby ewentualne zaistnienie, tych sytuacji nie budziło dodatkowego stresu i niepokoju rodzącej i ojca dziecka. Omawiane jest, więc zastosowania oxytocyny, nacięcie krocza, złożenie próżnociągu, kleszczy położniczych czy ukończenie porodu drogą cięcia cesarskiego. Zajęcia w szkole rodzenia mają rodzącą i ojca dziecka przygotować na możliwość wystąpienia nieprawidłowości położniczych, dając im możliwość nadal świadomego uczestnictwa w porodzie [27,30, 31,37].

W Europie prekursorem idei szkół rodzenia był angielski położnik G.D. Read. Według jego teorii towarzyszący porodowi lęk powoduje wzrost napięcia mięśniowego, a to zwiększa istniejący już lęk i jego siłę. Tak właśnie powstaje błędne koło chorobowe, zwane w medycynie „kołem Reada”. Autor pojęcia twierdził, aby przerwać to koło - proces narastającego lęku, konieczne jest zaznajomienie kobiety z etapami porodu i jasne określenie czekającego ją zadania. Zdaniem G.D. Reada znajomość i akceptacja procesu porodu, pozwala kobiecie w dużym stopniu zminimalizować lęk porodowy [61]. Doktor W.

Fiałkowski nie zgadza się z teorią G.D. Reada. Opisane przez W. Fiałkowskiego „naturalne odczuwanie” i wprowadzenie triady stanów; koncentracji, odprężenia i odczuwania naturalnego, ma rodzącej pomóc w akcie porodu [27,61]. W. Fiałkowski nie mówi o lęku, który niewątpliwie towarzyszy rodzącej, lecz zwraca uwagę na „naturalne odczuwanie”, które nie ma być powodem lęku porodowego.

Kształt i zakres działań szkół rodzenia zmieniał się przez ostatnie 50 lat wielokrotnie. Programy zajęć wciąż podlegają nieustannym zmianom mając na celu jak najlepsze dostosowanie się do aktualnej wiedzy, obowiązujących standardów wychodzą na wprost oczekiwaniom pacjentek. Zajęcia prowadzone są przez bardzo dobrze wyszkolony personel medyczny. Wśród nich są położne i lekarze położnicy, ale także konsultanci laktacyjni, dietetycy, psycholodzy czy fizjoterapeuci. Obecnie na terenie kraju jest ok. 500 szkół rodzenia. Ich lokalizacja jest bardzo zróżnicowana. Znajdują się w szpitalach - w ramach oddziałów położniczo-noworodkowych, stowarzyszeniach, w fundacjach, we wspólnotach parafialnych, wiele z nich prowadzonych jest w ramach indywidualnych praktyk położniczych. Spotkania w szkołach rodzenia obejmują zajęcia teoretyczne, praktyczne, ćwiczenia gimnastyczne. W zajęciach mogą uczestniczyć same ciężarne, jak i również pary rodziców [27,37,43,61].

W obu szpitalach, w których prowadzone były badania, w ramach oddziału ginekologiczno-położniczego, istniały lub nadal istnieją szkoły rodzenia. W Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej szkoła rodzenia prowadzona była jednoosobowo przez położną, zatrudnioną w oddziale i pracującą na bloku porodowym. Zupełnie inaczej przedstawia się sytuacja w Szpitalu Specjalistycznym w Pile. Tam zajęcia prowadzone są przez zespół specjalistów. Ze względu na II poziom referencji Szpitala Specjalistycznego w Pile, ciężarne tam rodzące, które korzystają z przygotowania do porodu w szkole rodzenia, objęte są wielospecjalistyczną edukacją przedporodową. Zajęcia w tej szkole rodzenia prowadzi kilka położnych zatrudnionych na bloku porodowym, certyfikowany doradca laktacyjny, pielęgniarka - specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego, lekarz ginekolog, dietetyk oraz fizjoterapeuta.

Wielokrotnie prowadzone badania wykazują, iż kobiety przygotowane do porodu w szkołach rodzenia, lepiej reagują w czasie porodu na sygnały swojego ciała. Łatwiej też

współpracują z położną i lekarzem. Efekty tego są bardzo wymierne. Należą do nich; skrócenie czasu porodu, rzadziej występujące zaburzenia czynności skurczowej mięśnia macicy, nacięcie krocza, urazy szyjki macicy, mniejsza jest ilość interwencji położniczych pod postacią porodów zabiegowych, noworodki rodzące się w lepszym stanie i wyższej skali punktowej Apgar, mniejszy jest odsetek urazów okołoporodowych noworodków, mniejsza utrata krwi w III okresie porodu, szybszy powrót do sprawności fizycznej oraz częstsze, z pełnym, sukcesem karmienie piersią [27,30,37].

3.4. Domy Narodzin i porody domowe

Efektem wieloletnich przemian w opiece okołoporodowej było powstanie w roku 2012 pierwszego Standardu Opieki Okołoporodowej. Rozporządzenie to jak i każda jego późniejsza nowelizacja, gwarantuje szeroki zakres realizacji praw pacjenta w tym „(...) prawa do wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych (...), w których udzielane są świadczenia medyczne” [16,62].

Po wielu latach całkowicie zmedykalizowanych porodów szpitalnych, zaczęto obserwować potrzebę kobiet do innej formy porodu. Temat zaczęto badać, poddając go zaopiniowaniu samych zainteresowanych. Zaczęły powstawać inne, alternatywne do tradycyjnych porodówek miejsca narodzin. Istniejące wiele lat Izby porodowe zastąpiły Domy Narodzin. Nadal jednak większość kobiet, szpitalną salę porodową wybiera jako miejsce najbardziej optymalne dla narodzin dziecka. W Polsce niewielka ilość pacjentek tradycyjny oddział szpitalny zamieniła na Dom Narodzin. Najmniej liczną grupę rodzących stanowią kobiety, które swoje dziecko chciałyby urodzić w warunkach całkowicie pozaszpitalnych i miejscem tym jest dom [14,32,62].

Badania własne potwierdzają ustalenia innych badaczy. Większość ankietowanych planuje rodzić w szpitalu (89,60%). Znacznie mniej respondentek planowało następny poród w Domu Narodzin (5,80%). Najmniej spośród badanych uważało, że kolejny poród odbędzie się w domu (4,60%). Żadna z ankietowanych nie wskazała innego miejsca jako właściwego dla narodzin dziecka.

W analizie wyników istotne jest, iż w obszarze zamieszkania pacjentek obu szpitali, nie ma Domu Narodzin. Stąd też z pewnością taki wybór. Uwagę zwraca jednak jeszcze jeden fakt, iż spośród tak licznej grupy badanych kobiet, tylko 28% słyszało, o istnieniu Domów Narodzin

oraz możliwości urodzenia w nim dziecka. Dla pozostałych respondentek, było to zupełnie nieznane pojęcie, co w XXI wieku, w czasach bardzo łatwego i szybkiego dostępu do uzyskania informacji jest zaskakujące.

Odrębnym tematem jest poród domowy. Taki poród może odbyć się bez względu na miejsce zamieszkania. Jednak tylko 23 pacjentki na 500 objętych badaniem zadeklarowało taką chęć. Prawdopodobnie tak małe zainteresowanie porodem domowym, poza obawą o fizjologiczny przebieg porodu, jest jego koszt. Ponieważ porody domowe w Polsce nie są refundowane przez NFZ. Czyli cały koszt porodu pokrywa ze środków własnych rodząca.

3.4.1. Porody domowe

Poród w domu uważany jest w wielu miejscach świata za bardzo istotny element opieki na rodzącą i jej dzieckiem. W razie wystąpienia powikłań kobieta jednak może szybko być przetransportowana do szpitala. Poród w warunkach domowych można odbyć tylko wówczas, gdy ciąża przebiegała całkowicie fizjologicznie i istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo, iż poród również będzie fizjologiczny. Każda ciąża i pacjentka wymaga indywidualnego podejścia, i bardzo wnikliwej analizy, szczególnie gdy pacjentka jest pierworódką [32, 34]. Poród domowy w naszej kulturze bywa najrzadziej wybieraną formą narodzin i jest praktykowany, w ramach indywidualnych praktyk położniczych. W Europie od wielu lat taki rodzaj porodu, jest najbardziej popularny w Holandii, gdzie stanowi 30% ogólnej liczby urodzeń. Ten wysoki odsetek porodów domowych w Holandii stanowi ewenement na skalę europejską. Drugim krajem, w którym popularność porodu w domu jest również znacząca, jest Dania. Porody domowe stanowią w Danii 10% ogólnej liczby narodzin. W obu krajach porody w domu są prowadzone przez niezależne położne, których działalność jest finansowana z budżetu państwa. W pozostałych krajach europejskich porody domowe stanowią około 1% wszystkich urodzeń. W Polsce stanowią < 1% i nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia [62].

Zalety porodu domowego to: możliwość bliskiego przebywania z większą ilością osób bliskich, co ma dobry wpływ na stan psychiczny rodzącej. Noworodek pozostaje cały czas z matką i kolonizuje się tylko bakteriami środowiska domowego. Bardzo istotnym czynnikiem są znacznie niższe koszty porodu w domu, od tego w warunkach szpitalnych oraz to, iż w szpitalach pozostaje większa ilość wolnych łóżek dla porodów z powikłaniami.

Porody domowe są czasami koniecznością i są wynikiem trudnej sytuacji ekonomicznej kraju czy całego regionu. Wiąże się to bezpośrednio z bardzo słabym i niewystarczającym zabezpieczeniem opieki zdrowotnej na danym obszarze.

Kolejnym czynnikiem niewielkiej ilości porodów domowych w rejonach gdzie organizacja opieki zdrowotnej jest niewystarczająca do rzeczywistych potrzeb społeczności, jest brak wystarczającej ilości fachowego personelu położniczego [30,32].

3.4.2. Domy Narodzin

Domy Narodzin są samodzielnymi poza szpitalnymi instytucjami, prowadzonymi przez położne. Tam sprawowana jest kompleksowa opieka nad kobietami ciężarnymi i rodzącymi. Poród w Domu Narodzin jest alternatywą do porodu szpitalnego, propozycją dla kobiet, które marzą o niezmedykalizowanym, naturalnym porodzie w warunkach intymnych, bardzo zbliżonych do warunków domowych. Poród w Domu Narodzin jest więc formą pośrednią pomiędzy porodem szpitalnym a domowym.

Dom Narodzin jest przystosowany i odpowiednio wyposażony do sprawowania opieki nad kobietami w ciąży niskiego ryzyka i porodami fizjologicznymi, ale również przygotowany jest do udzielenia pomocy doraźnej.

Domy Narodzin umiejscowione są w okolicy szpitali lub stanowią oddzielną część w budynku szpitalnym. Pomieszczenia, w których odbywają się porody, są zaaranżowane w taki sposób, aby nie przypominały sal szpitalnych. Pokoje porodowe są urządzone bardzo przytulnie, a umieszczony w nich niezbędny sprzęt medyczny dyskretnie wkomponowany w całość tak, by nie stanowił bariery psychicznej dla rodzącej. Jednocześnie w pomieszczeniach tych mogą odbywać się: kursy, wykłady, badania. Dzięki szkoleniom i zajęciom jakie są prowadzone przez Domy Narodzin w okresie ciąży, kobiety znają dobrze te pomieszczenia, a to powoduje, że czują się w nich bezpiecznie, tak jak w domu. M. Odent już dawno spostrzegł, iż „miejsce w którym ludzie chcą się kochać, jest najlepszym miejscem na narodziny” [15]. Przyszłe rodzące znają więc pokoje, w których będą rodziły. A jest dla nich bardzo ważne. W Domach Narodzin opieka nad kobietami i parami przygotowującymi się do porodu i macierzyństwa, prowadzona jest przez położne. Opieka sprawowana jest w sposób pełny, kompetentny i indywidualny. Rozpoznawane są wszystkie ewentualne czynniki ryzyka. Założeniem każdego Domu Narodzin jest prowadzenie porodu w sposób całkowicie naturalny, z naciskiem na minimalizację wszelkich procedur medycznych. Preferowanym

porodem jest więc poród aktywny [62]. Nie podaje się oxytocyny celem stymulacji czynności skurczowej mięśnia macicy, nie wykonuje się masażu szyjki macicy, czy amniotomii. Nie wykonuje się lewatywy, golenia krocza, chyba, że rodząca sobie tego życzy. Bardzo duży nacisk kładzie się na ochronę krocza w czasie II okresu porodu [69,70].

Domy Narodzin opieką położniczą obejmują także kobiety w porożu oraz nad noworodkiem w pierwszych dniach życia. Dają także możliwość, towarzyszenia wielu bliskich kobiecie osób. Jeśli ona sobie tego życzy, w czasie porodu poza ojcem dziecka, mogą przebywać z nią; rodzice, rodzeństwo, dzieci lub inni członkowie rodziny czy przyjaciele. Towarzystwo bliskich nie ogranicza się jedynie do samego aktu narodzin, ale obecność ta jest możliwa też w okresie opieki przedporodowej.

Pierwszy Dom Narodzin powstał pod koniec XX wieku w Dreźnie. Obecnie w Niemczech jest blisko 100 Domów Narodzin. Rodzi się w nich średnio 4 tysiące dzieci rocznie, a od 2008 roku poród w nich jest całkowicie finansowany przez Kasę Chorych.

W Holandii, ze względu na bardzo dużą popularność porodów domowych poród w Domu Narodzin jest bardzo rzadką formą [66]. W Wielkiej Brytanii istnieje kilka form opieki okołoporodowej, a odpowiednikiem Domu Narodzin są tzw. *birthing centers* – czyli Centra Narodzin. Tego typu placówek jest ponad 70 i odbywa się w nich 10% wszystkich porodów. W Danii przy szpitalach istnieją tzw. oddziały opieki położniczej, prowadzone przez położne. Tam na świat przychodzi około 10 % dzieci. W Austrii, Hiszpanii i Włoszech istnieją po cztery Domy Narodzin, w których odbywa się około 100 porodów w ciągu roku [62,66].

W Polsce obecnie funkcjonują trzy Domy Narodzin. Dwa z nich są integralną częścią szpitala, a poród w nim jest całkowicie refundowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pierwszy z nich to funkcjonujący od 2012 roku Dom Narodzin przy Szpitalu Specjalistycznym św. Zofii w Warszawie. Znajduje się na innym poziomie niż blok porodowy i składa się z trzech niezależnych sal. Każda jest wyposażona w łazienkę. Drugi Dom Narodzin, działa od stycznia 2014 roku w krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera. Jest włączony w strukturę bloku porodowego i stanowi jego integralną część. Rodząca tam kobieta ma zapewniony „poród w rytmie natury”. Podobnie jak w warszawskim Szpitalu św. Zofii, poród w nim także jest refundowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Trzeci z funkcjonujących w Polsce Domów Narodzin, to całkowicie niezależny od szpitala Dom Narodzin Świętej Rodziny w Łomiankach. Został zarejestrowany w Urzędzie Marszałkowskim w Warszawie w marcu 2013 roku i pobyt w nim jest w całości pokrywany przez rodzącą. Zajęcia w szkole rodzenia oraz opieka poporodowa jest refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

3.5. Doula

Doula to kobieta, wykształcona i przeszkolona z zakresie ciąży porodu i opieki nad noworodkiem. To osoba, która ma stanowić niemedyczną pomoc i wsparcie emocjonalne, fizyczne oraz informacyjne dla przyszłej matki, ale także dla jej rodziny. Określenie to zostało pierwszy raz użyte na początku lat 70-tych XX wieku w Stanach Zjednoczonych przez antropolożkę Danę Raphael i dotyczyło jedynie wsparcia młodej mamy w czasie karmienia piersią oraz opieki nad noworodkiem.

Zakres wsparcia douli w porodzie został opisany jako wywierający pozytywny wpływ w Gwatemali przez dwóch lekarzy, Marshalla Klausa i Johna Kennela oraz opisany w książce „Mothering the Mother” obecnie noszącej tytuł – „The Doula Book”.

Dziesięć lat później pojęcie i idea douli dotarła do Europy Zachodniej. I od tego czasu, w wielu krajach, doula jest osobą powszechnie znaną. W przeprowadzonych w Niemczech badaniach dotyczących tematu opieki okołoporodowej, spośród 230 badanych pacjentek jedynie 3 wskazały na obecność douli [73]. Natomiast w USA obecność douli jest tak popularna i powszechna, iż stanowi ofertę szpitali i Domów Narodzin [76,77].

Doula w Polsce pojawiła się w 2003 roku. Pierwszą doułą została Małgorzata Sikora-Borecka, Prezes Stowarzyszenia Doula w Polsce działającego od 2011r roku. Stowarzyszenie szkoli przyszłe doule oraz zrzesza i dokształca te już pracujące, a od 2012 roku Stowarzyszenie Doula w Polsce zostało członkiem European Doula Network.

W styczniu 2015 roku doula - asystentka kobiety w czasie ciąży i porodu, została wpisana na listę zawodów w Polsce [79]. W tym samym roku w oparciu o autorski program Małgorzaty Chochowskiej, Wielkopolska Szkoła Medyczna otworzyła pierwsze w Polsce Roczne Studium dla Doul.

3.6. Aspekty prawne towarzyszenia osoby bliskiej przy porodzie

"Wybór osoby uczestniczącej przy udzielaniu jakiegokolwiek pacjentowi świadczeń medycznych pozostawiony jest zawsze temu pacjentowi, tak więc w interesującej nas sytuacji porodu wybór należy do samej rodzącej" [79].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) promująca poród naturalny definiuje go jako „wydarzenie rodzinne”, przez co wyraźnie wskazują na umożliwienie kobiecie wyboru formy opieki okołoporodowej z uwzględnieniem miejsca porodu, pozycji do porodu oraz możliwości uczestniczenia w nim osobie bliskiej wskazanej przez rodzącą [10]. Wybór osoby towarzyszącej jej przy porodzie zależy tylko od kobiety, od jej woli. Zazwyczaj jest to mąż, partner, ojciec dziecka. Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy nie wskazuje jednak czy mężczyzna uczestniczący w akcie narodzin jest mężem rodzącej i czy w przypadku dziecka pozamałżeńskiego uznał ten fakt przed jego narodzinami [80]. Oznacza to, iż ojciec dziecka małżeńskiego korzysta jedynie z prawa domniemania ojcostwa. W świetle art.62 ust.2, Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego obecność mężczyzny niebędącego mężem rodzącej należy interpretować na zasadach ogólnych podobnie jak obecność, matki, siostry, przyjaciółki czy innej wskazanej przez rodzącą osoby [79].

Sprawą kontrowersyjną jest sytuacja uczestnictwa w akcie narodzin bliskiej osoby w warunkach wieloosobowej sali porodowej. Wówczas obecność bliskiej osoby uzależniona powinna być od zgody innych rodzących. Porody w salach wieloosobowych należy uznać za sytuację wyjątkową, przejściową z naciskiem na wprowadzenie jednoosobowych sal porodowych, gwarantujących poszanowanie intymności rodzących i umożliwienie odbycia porodu rodzinnego [19].

Kolejną kwestią prawną jest pobieranie przez niektóre szpitale opłat za tzw. porody rodzinne, lub za intymne warunki podczas porodu tj. za salę pojedynczą. Pobieranie takich opłat przez placówki, które zawarły z NFZ kontrakt na udzielanie świadczeń medycznych związanych z porodem, jest sprzeczne z konstytucyjnymi zasadami szczególnej opieki nad kobietą w ciąży, a także z zasadą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Praktyki te naruszają ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę o zakładach opieki zdrowotnej oraz wydane na ich podstawie

rozporządzenia. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jednoznacznie regulują zasady finansowania opieki zdrowotnej przez NFZ, a te zabraniają pobierania przez szpitale opłat od pacjentów, jeżeli mają oni prawo do bezpłatnej służby zdrowia, a NFZ zawarł ze szpitalem umowę na wykonywanie udzielanego świadczenia zdrowotnego. Stanowisko w tej sprawie zajęło również Ministerstwo Zdrowia, które w odpowiedzi na interpelację poselską stwierdza, że pobieranie opłat jest naruszeniem prawa. Jednocześnie ustawa o zakładach opieki zdrowotnej wskazuje jednak, że szpital nie może ponosić kosztów opieki sprawowanej przez osobę bliską. Wiąże się to faktem, iż dopuszcza się jedynie opłaty bezpośrednio związane z obecnością bliskiej osoby, np. za obuwie czy strój ochronny lub dodatkowy posiłek. Wysokość opłat, którą ustala kierownik podmiotu leczniczego, nie może stanowić bariery i musi odzwierciedlać rzeczywisty koszt realizacji świadczenia, a informacja o wysokości tych opłat jest jawna, i musi być dostępna w lokalu danego podmiotu leczniczego.

Również praktyka pobierania opłat za pobyt i poród w sali "ponadstandardowej" jest nielegalna. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r., w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej szczegółowo precyzuje warunki sanitarne i wyposażenie sal porodowych i są one weryfikowane przez NFZ. Stanowią więc część umowy pomiędzy szpitalem a NFZ, co oznacza że pobyt w takiej sali jest objęty kontraktem i szpital nie może pobierać za niego dodatkowej opłaty. Ponadto pojedyncza sala porodowa gwarantuje poszanowanie prawa kobiety do intymności i realizacja tego prawa, i tak jak inne prawa pacjenta, nie może być ograniczona ze względów finansowych. W przypadku gdyby podmiot leczniczy, mający podpisaną umowę z NFZ, pobierał wyżej wymienione opłaty, rodząca fakt ten winna zgłosić w oddziale NFZ, a to powinno skutkować nałożeniem kary na szpital. Pobieranie opłat za realizację prawa pacjenta do opieki sprawowanej przez osobę bliską, przekraczających wysokość kosztów poniesionych przez szpital, może stanowić podstawę do wniesienia pozwu do sądu cywilnego w celu zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę [19,79,81].

Rozdział IV. ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

4.1. Cel pracy

Celem naukowym rozprawy jest określenie rzeczywistych potrzeb pacjentek rodzących, w odniesieniu do potrzeb i oczekiwań w zakresie porodu rodzinnego. Cel ma być zrealizowany na podstawie badania ankietowego oraz przy użyciu dwóch narzędzi standaryzowanych Wielowymiarowej Skali Spostrzegania Wsparcia Społecznego i Kwestionariusza Lęku Porodowego, przeprowadzonego w oddziałach ginekologiczno - położniczych dwóch wielkopolskich szpitali: Szpitala Specjalistycznego w Pile oraz Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie.

Zamiarem autorki jest przedstawienie różnicy oczekiwań pacjentek pomiędzy oboma szpitalami odnośnie porodu rodzinnego.

4.2. Problemy i hipotezy badawcze

Dla potrzeb pracy zostały sformułowane następujące problemy badawcze:

- 1.Czy istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a wiekiem kobiet rodzących ?
2. Czy istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a wykształceniem kobiet rodzących ?
- 3.Czy istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a miejscem zamieszkania kobiet rodzących?
4. Czy istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a liczbą porodów?
- 5.Czy istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a sposobem porodu?
- 6.Czy istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a porodem rodzinnym u osób z bliskiego otoczenia?
- 7.Czy istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a sprawdzeniem możliwości odbycia porodu rodzinnego przy wyborze szpitala?
- 8.Czy istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a rodzajem porodu?
- 9.Czy istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a rodzajem poprzedniego porodu?
- 10.Czy istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a uczestnictwem w zajęciach przygotowujących do porodu?
- 11.Czy istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a opinią na temat oczekiwań związanych z porodem rodzinnym?
- 12.Czy istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a planowaniem kolejnego porodu rodzinnego?
- 13.Czy istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a Wielowymiarową Skalą Spostrzegania Wsparcia Społecznego?
- 14.Czy istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a Kwestionariuszem Lęku Porodowego?

Hipoteza główna: oczekiwania i potrzeby związane z porodem rodzinnym w opiniach kobiet rodzących różną się w zależności od rodzaju szpitala, w którym przeprowadzono badanie.

Hipotezy badawcze szczegółowe:

1. Istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a wiekiem kobiet rodzących.
2. Istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a wykształceniem kobiet rodzących.
3. Istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a miejscem zamieszkania kobiet rodzących.
4. Istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a liczbą porodów.
5. Istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a sposobem porodu.
6. Istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a porodem rodzinnym u osób z bliskiego otoczenia.
7. Istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a sprawdzeniem możliwości odbycia porodu rodzinnego przy wyborze szpitala.
8. Istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a rodzajem porodu.
9. Istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a rodzajem poprzedniego porodu.
10. Istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a uczestnictwem w zajęciach przygotowujących do porodu.
11. Istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a opinią na temat oczekiwań związanych z porodem rodzinnym.
12. Istnieje zależność a między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a planowaniem kolejnego porodu rodzinnego.
13. Istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a Wielowymiarową Skalą Spostrzegania Wsparcia Społecznego.
14. Istnieje zależność między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badania a Kwestionariuszem Lęku Porodowego.

4.3. Materiał badań

Technikami badawczymi, są czynności praktyczne, pomocne w osiągnięciu informacji na temat badanego zagadnienia i problemu. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego.

W pracy zastosowano ankietę konstrukcji własnej składającą się z 26 pytań. Pytania 1 – 3 były pytaniami metryczkowymi sprawdzającymi : wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania. Pytania 4 – 26 były pytaniami klinicznymi.

Dla potrzeb badań wykorzystano dwa narzędzia standaryzowane (ankiety).

- Wielowymiarową Skalę Spostrzegania Wsparcia Społecznego – MSPSS

Jest to polska wersja Wielowarstwowej Skali Spostrzegania Wsparcia Społecznego G. Zimenta, która uzyskała zadawalające własności psychometryczne również w odniesieniu do kobiet ciężarnych. Narzędzie zbudowane jest z 12 pytań i skalą odpowiedzi od 1 do 7. Cechuje się w pełni zadowalającą rzetelnością zarówno dla wyniku ogólnego, jak i poszczególnych podskal: przyjaciele, rodzina, osoba znacząca. Powstanie i istnienie więzi społecznych stwarza i daje poczucie zdrowia psychicznego, osłabiając pojawiający się stres i lęk. Więzi społeczne mają także istotne znaczenie w przystosowaniu do radzenia sobie z wydarzeniem krytycznym, a takim wydarzeniem niewątpliwie jest poród. Dlatego zastosowanie tego narzędzia w badaniu było w pełni uzasadnione.

- Kwestionariusz Lęku Porodowego – KLP

Jest to narzędzie składające się z dziewięciu stwierdzeń do pomiaru natężenia lęku porodowego. Do każdego stwierdzenia można udzielić odpowiedzi wybierając jedną z czterech kategorii: zdecydowanie tak, raczej tak, raczej nie, zdecydowanie nie. Zgodnie z kluczem poszczególnym kategoriom przypisuje się wartości liczbowe od 0 do 3, tzn. stwierdzeniom 2, 3, 5 wartości od 0 do 3, w przypadku stwierdzeń 1, 4, 6, 7, 8, 9 wartości od 3 do 0. Wyniki mogą się więc wahać od 0 do 27 punktów. Im wynik wyższy, tym większe natężenie lęku porodowego. Wypełnienie kwestionariusza zajmuje ciężarnej kilka minut, a obliczanie wyników i ich interpretacja jest szybka i prosta. Poziom lęku, może mieć bardzo istotny wpływ na oczekiwania rodzących, stąd zastosowanie tego narzędzia w niniejszej pracy znajduje pełne uzasadnienie.

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od grudnia 2016 roku do grudnia 2017 roku, w dwóch wielkopolskich szpitalach na oddziałach położniczo-ginekologicznych. W Szpitalu Specjalistycznym w Pile oraz w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie. Na badania wydana została zgoda Komisji Bioetycznej o numerze 923/16. Badaniu poddano 500 pacjentek obu wymienionych szpitali. Wszystkie pacjentki biorące udział w badaniu miały ukończony 36 tydzień ciąży, tak aby otrzymane wyniki były porównywalne dla obu szpitali. Wszystkie zostały poinformowane o celu badania, oraz o anonimowym i dobrowolnym charakterze w ich uczestnictwa.

4.4. Metody badań

Do opisu charakterystyki badanej grupy oraz wyników Kwestionariusza Lęku Porodowego i Wielowymiarowej Skali Spostrzeganego Wsparcia Społecznego (MSPSS) zastosowano miary statystyki opisowej. Natomiast do weryfikacji postawionych hipotez zastosowano testy statystyczne, które rozstrzygają jakie wyniki próby pozwalają uznać sprawdzaną hipotezę za prawdziwą a jakie za fałszywe.

Testy statystyczne pozwalają formułować szereg wniosków. Wnioski te dotyczą różnych parametrów statystycznych, takich jak: średnic, miary rozproszenia, proporcje, współczynniki korelacji. Badanie zbiorowości w drodze obliczania niektórych uogólnionych parametrów jest bardzo efektywnym sposobem poznania; dlatego też sposób ten jest powszechnie stosowany. Jego efektywność wynika głównie ze zwartej i precyzyjnej formy opisu badanych zjawisk. W pracy nie mogły być stosowane testy parametryczne, ze względu na nie spełnienie warunku rozkładu normalnego lub zbliżonego do normalnego. Do analizy ocen związków pomiędzy zmiennymi w przeprowadzonych badaniach wybrano test U Manna-Whitneya i test Chi-kwadrat.

Do oceny istotności różnic wartości przeciętnych w dwóch grupach niezależnych oraz w przypadku analiz dotyczących cech mierzonych za pomocą skal porządkowych korzystano z testu U Manna-Whitneya.

Test nieparametryczny Chi-kwadrat stosowany jest do sprawdzania zgodności rozkładu empirycznego (uzyskanego w badaniach) z rozkładem normalnym nie wymaga rozkładu normalnego. Może być stosowany do wszystkich skal pomiarowych.

W celu zweryfikowania hipotez zastosowano test chi – kwadrat, który pozwala obliczyć istotność dla więcej niż dwóch różnic między grupami.

Test chi – kwadrat wyraża się następującym wzorem:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_e - f_o)^2}{f_o}$$

gdzie:

f_e – oznacza liczebności empiryczne

f_o – oznacza liczebności oczekiwane

Przed przystąpieniem do analizy z wartości chi – kwadrat należy ze specjalnych tablic odczytać stopień swobody, czyli df (degrees of freedom).

Stopień swobody dla chi – kwadrat oblicza się według wzoru:

$$df = (w - 1)(k - 1)$$

gdzie:

w – oznacza liczbę wierszy w tablicy

k – oznacza liczbę kolumn w tablicy.

Obliczone według wzoru wartości chi – kwadrat należy porównać z wartością krytyczną χ odczytaną z tablicy chi – kwadrat przy ustalonym poziomie istotności i określonej liczbie stopni swobody.

Jeśli chi – kwadrat (wynik empiryczny) jest mniejszy od wartości krytycznej odczytanej z tabeli (wynik teoretyczny), to wówczas cechy uważa się za nieistotne i należy przyjąć hipotezę zerową.

Jeśli chi – kwadrat jest równy lub większy od wartości krytycznej, wówczas cechy uznaje się za statystycznie istotne i hipotezę zerową należy odrzucić [168].

Poziom istotności (poziom p) w badaniach naukowych jest to przedostatni etap weryfikacji hipotez statystycznych. Etap ten związany jest z teorią błędów popełnianych przy podejmowaniu decyzji weryfikacyjnych. Wynika to stąd, że na podstawie próbki nigdy badacz nie ma całkowitej informacji o badanej populacji. W wyniku testowania hipotezy zerowej może więc podjąć poprawną decyzję lub popełnić błąd. Wartość poziomu p określa zatem wynik wiarygodności takiego rezultatu. Im wyższy p, tym mniejsza pewność, że relacja obserwowana w próbie odzwierciedla relacje pomiędzy badanymi zmiennymi w populacji generalnej. Poziom istotności p, to inaczej prawdopodobieństwo popełnienia błędu błędnego przyjęcia hipotezy alternatywnej. Np. jeśli $p = 0,01$ oznacza, że istnieje 1% szans, że odkryty związek to po prostu przypadek. Najczęściej jako górną granicę p, mówiącą o występowaniu związku istotnego statystycznie, przyjmuje się poziom poniżej 0,05. Istotną statystycznie

zależność od zmiennych niezależnych przyjęto, gdy odpowiadający otrzymanej statystyce poziom istotności p , spełniał kryterium mniejszości od 0,05. W przypadku, gdy był większy od 0,05, ale mniejszy od 0,100 to uznano, że zależność jest bliska istotnej statystycznie. Dla pozostałych warunków uznano, że warunki nie są istotne statystycznie, przyjęto oznaczenie ns- ang. not significant. Tak dobrane metody pozwoliły na uzyskanie odpowiedzi na postawione problemy badawcze i umożliwiły dokonanie weryfikacji hipotez. Sam wynik jednoczynnikowej analizy wariancji mówi nam jednak tylko o tym, że co najmniej jedna z grup różni się od innej grupy. Jeśli porównujemy średnio 4 grupy, to ta informacja jest niewystarczająca. Nie wiemy czy grupa A różni się od grupy B, a może tylko grupa B różni się od C i D. Dzięki nim dowiadujemy się, które grupy różnią się między sobą istotnie statystycznie na poziomie $p < 0,05$ [169].

Dodatkowo obliczono współczynnik zmienności, który jest miarą rozproszenia i określa jaki procent wartości średniej stanowi odchylenie standardowe. Daje nam informacje o rozproszeniu wyników, ale w odniesieniu do tego, jak duża jest średnia (mediana). To pozwoliło na określenie względnej miary rozproszenia i ułatwiło porównanie zmienności danych cech wśród tej samej grupy osób bądź dwóch grup badanych osób pod względem tej samej cechy.

M- średnia,

sd – odchylenie standardowe,

p – poziom istotności statystycznej,

U – wartość statystyki U dla testu Manna-Whitneya;

Z – wartość standaryzowana rozkładu normalnego dla statystyki testu Manna-Whitneya;

p – wartość dwustronnego asymptotycznego prawdopodobieństwa testowego dla testu Manna-Whitneya;

Obliczenia i prezentacje graficzne wyników zostały wykonane z wykorzystaniem programu R (jest on dostępny jako Wolne Oprogramowanie na warunkach Fundacji Wolnego Oprogramowania GNU General Public License w formie kodu źródłowego). oraz arkusza kalkulacyjnego Excel firmy Microsoft.

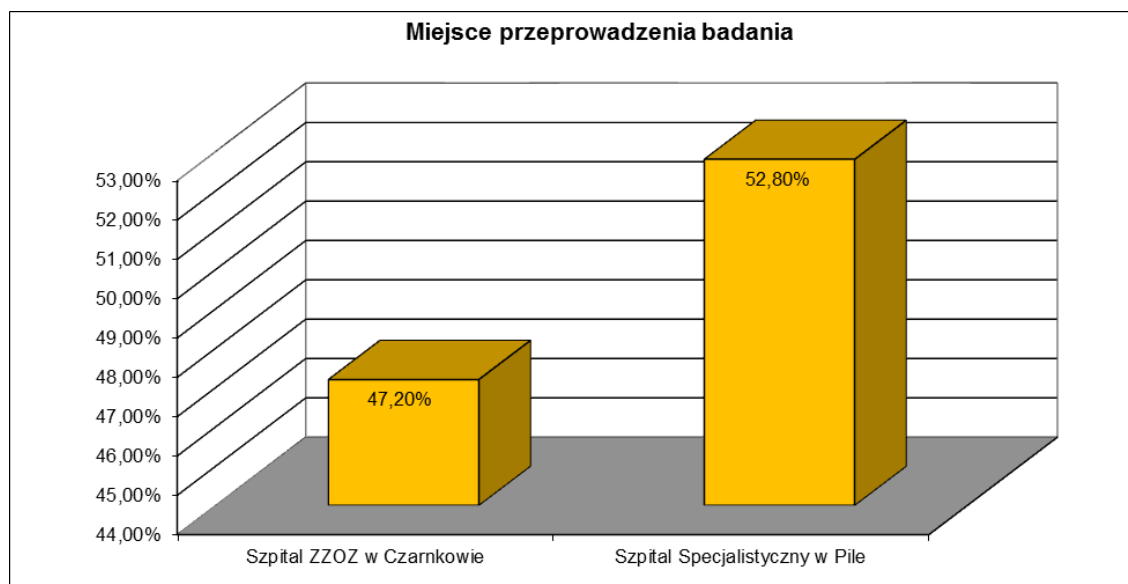
Rozdział V. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

5.1. Charakterystyka badanej grupy.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej w zakresie zmiennych społeczno – demograficznych

Zmienna	Charakterystyka zmiennej	N	%
Miejsce przeprowadzenia badania	Szpital ZZOZ w Czarnkowie	236	47,20
	Szpital Specjalistyczny w Pile	264	52,80
Wiek	do 20 lat	32	6,40
	21 – 40 lat	442	88,40
	powyżej 40 lat	26	5,20
Wykształcenie	Podstawowe	17	3,40
	Zawodowe	149	29,80
	Średnie	211	42,20
	Wyższe	123	24,60
Miejsce zamieszkania	miasto powyżej 20 tys. Mieszkańców	159	31,80
	miasto do 20 tys. Mieszkańców	129	25,80
	Wieś	212	42,40

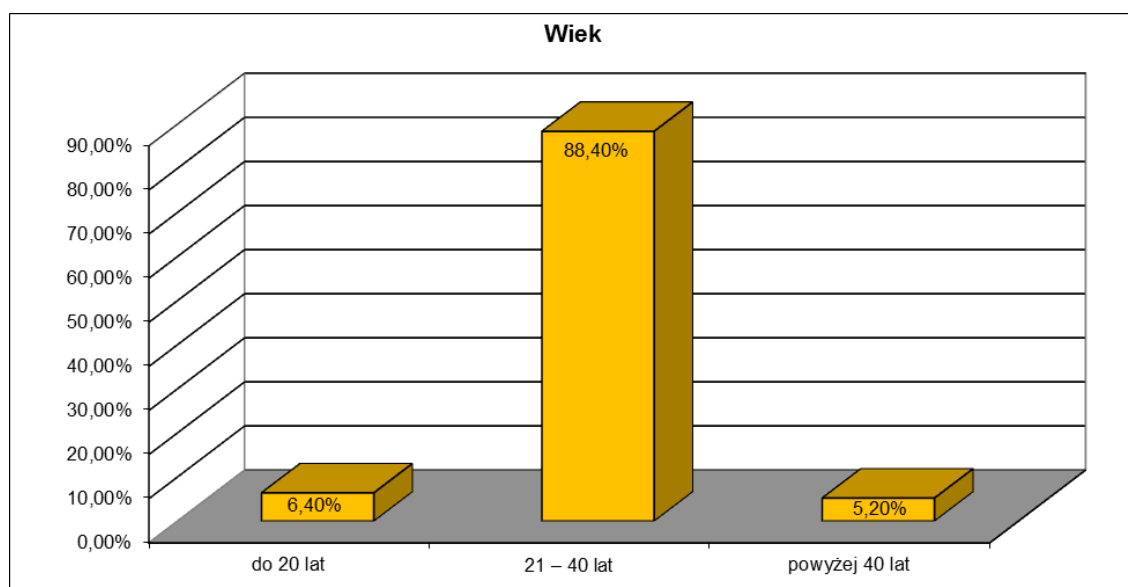
1. Miejsce przeprowadzenie badania



Ryc. 1. Miejsce przeprowadzenia badania

Badaniem objęto 500 radzących, z czego większość stanowiły pacjentki Szpitala Specjalistycznego w Pile 264 pacjentki (52,80%). Pozostałe rodzaje to pacjentki oddziału położniczego ZZOZ w Czarnkowie 236 pacjentek (47,20%).

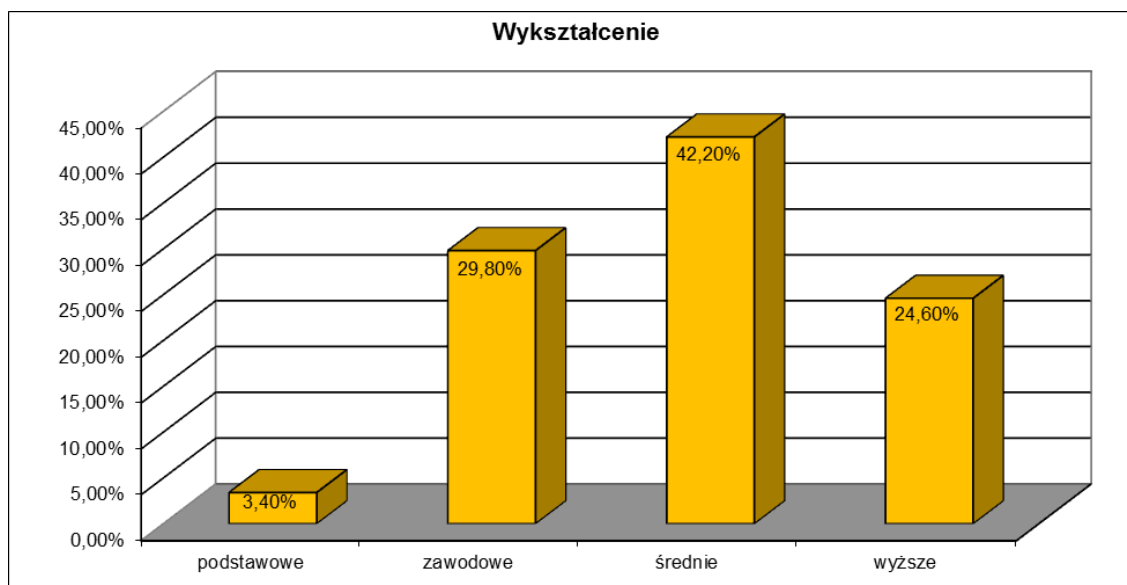
2. Wiek



Ryc. 2. Wiek

Najliczniejszą grupę rodzących, stanowiły pacjentki w wieku pomiędzy 21 – 40 rokiem życia, pacjentek w tym przedziale wiekowym było 442 (co stanowi 88,40% ogółu badanych). Rodzących poniżej 20 roku życia było 32 (tj.6,40%). Nieco więcej było ich w ZZOZ w Czarnkowie 18 respondentek (tj.7,63%). W grupie tej 8 rodzących było pacjentkami młodocianymi, które w dniu porodu nie ukończyło 18 roku życia. Najmłodsze 3 uczestniczki badania miały lat 16, pozostałe 5 nieletnich, to rodzące w wieku lat 17- stu. Zdecydowana większość, bo aż 6 pacjentek rodziła w Szpitalu Specjalistycznym w Pile. Związane jest to z częstszą patologią ciąży pod postacią porodów przedwczesnych. Tylko 2 z 8 młodocianych pacjentek, uczestniczek badania rodziło w ZZOZ w Czarnkowie. Wśród ankietowanych najmniej liczną grupę stanowiły rodzące w wieku powyżej 40 roku życia. Było ich łącznie 26 (tj.5,20% badanych). Najstarsza z nich miała lat 46. Tu, podobnie jak w przypadku respondentek młodocianych, większość rodzących po 40 roku życia, rodziła w szpitalu o wyższym stopniu referencji, jakim jest szpital w Pile. Pacjentek takich w ogólnej liczbie badanych było 16 (tj.6.06%). Cięższe tych pacjentek, zaliczane są do ciąży wysokiego ryzyka. Szczególnie gdy jest to pierwsza ciąża kobiety i gdy jest wynikiem leczenia bezpłodności. Pozostałe 10 ankietowanych powyżej 40 rok życia, rodziło w ZZOZ w Czarnkowie. Wszystkie rodzące były wieloródkami i były to ich 3, i 4 poród.

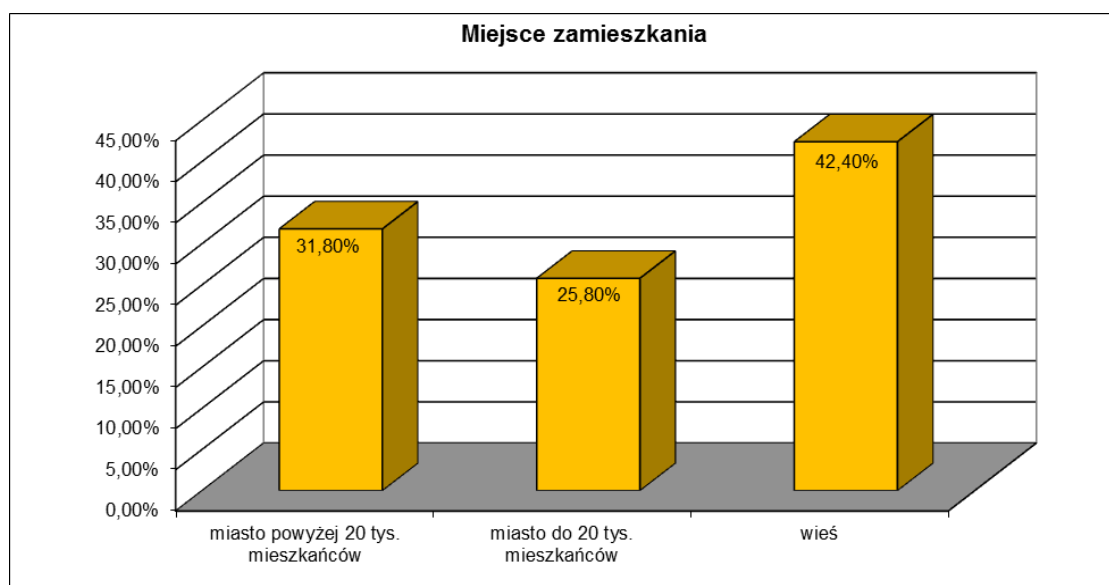
3. Wykształcenie



Ryc. 3. Wykształcenie

Najczęściej ankietowane miały wykształcenie średnie 211 (tj. 42,20%). Drugą grupę pod względem liczebności, stanowiły respondentki, które ukończyły szkołę zawodową, takich pacjentek było 149 (tj. 29,80%). Zdecydowanie więcej pacjentek z wykształceniem zawodowym rodziło w ZZOZ w Czarnkowie (37,71%). Trzecią co do liczebności grupą były panie z wykształceniem wyższym 123 (24,60%). Więcej pacjentek z wyższym wykształceniem rodziło w Szpitalu Specjalistycznym w Pile 84 (tj.31,82%). Ostatnią, najmniej liczną grupą rodzących były ankietowane z wykształceniem podstawowym. Respondentek z takim wykształceniem było jedynie 17 (tj. 3,40%), więcej z nich rodziło w ZZOZ w Czarnkowie 11 (4,66%).

4. Miejsce zamieszkania

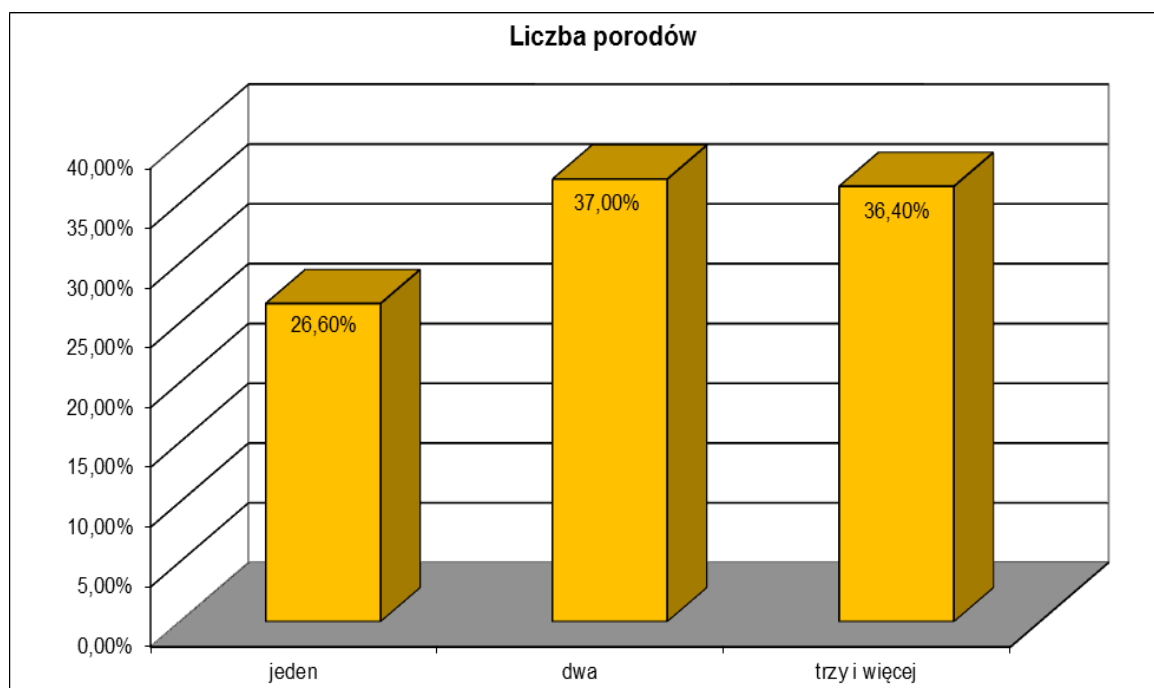


Ryc. 4. Miejsce zamieszkania

Badaniem objętych było 500 kobiet z czego większość stanowiły badane z Szpitalu Specjalistycznym w Pile 264 pacjentki (52,80%). Pozostałe ankietowane były badane w ZZOK w Czarnkowie 236 pacjentek (47,20%). Najczęściej ankietowane rodzące mieszkały na wsi 212 pacjentek (42,40%). Znacznie mniej respondentek mieszkało w mieście o liczbie mieszkańców powyżej 20 tysięcy 159 (31,80%). Najmniej liczną grupą ankietowanych były mieszkanki miast o liczbie mieszkańców do 20 tysięcy 129 (25,80%). Należy zwrócić uwagę, iż w Szpitalu Specjalistycznym w Pile, który ze względu na wyższy od ZZOK w Czarnkowie stopień referencji, rodziły kobiety z wieloma patologiami ciąży, bez względu na miejsce swojego zamieszkania. W Szpitalu Specjalistycznym w Pile, rodziły również mieszkanki najbliższej położonych terenów wiejskich, co wydaje się być oczywiste.

4.2. Wyniki badań

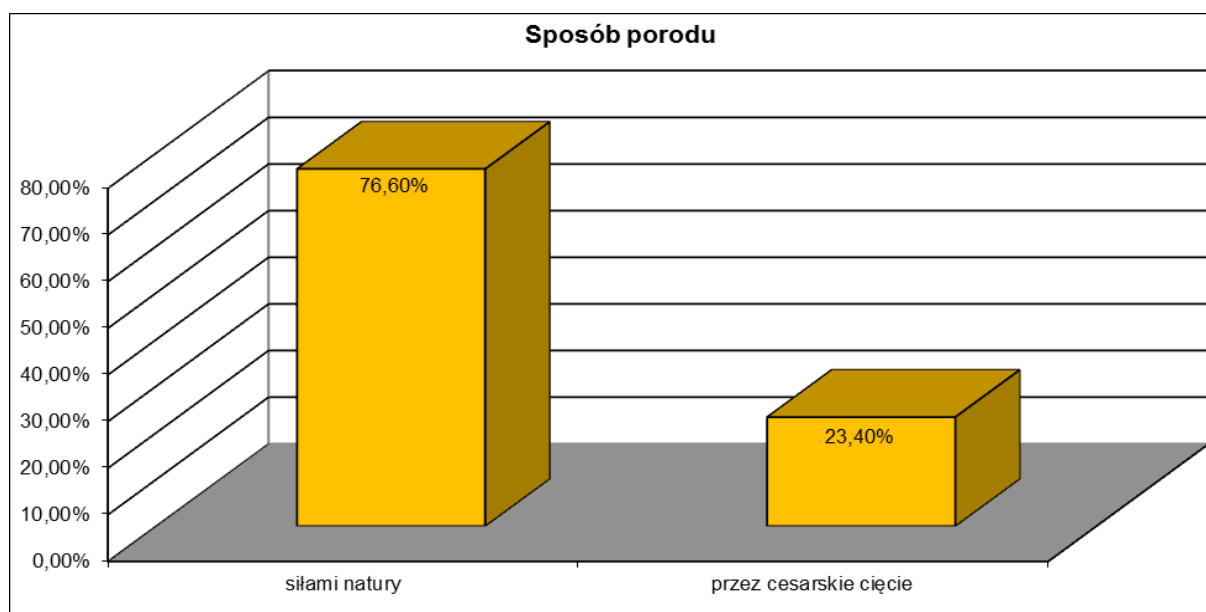
1. Który to był Pani poród?



Ryc. 5. Liczba porodów

Z analizy statystycznej wynika, że 73% ankietowanych było wieloródkami. Jak pokazały badania, najczęściej ankietowane rodziły po raz drugi. Takich pacjentek było 185 (tj. 37,00% ogółu badanych). Dla 182 rodzących (36,40%) badanej grupy respondentek był to poród trzeci lub więcej niż trzeci. Najmniej liczną grupą były panie, które rodziły po raz pierwszy. Takich rodzących było 133 (tj. 26,60%). Z tego 86 (tj. 32,56%) pierworódek rodziło w Szpitalu Specjalistycznym w Pile. Również kobiety rodzące po raz drugi częściej rodziły w Szpitalu Specjalistycznym w Pile. Respondentek rodzących więcej niż 2 razy, jak wynika z analizy badań, więcej było w ZOZZ w Czarnkowie.

2. Poród odbył się?



Ryc. 6. Sposób porodu

Poród drogami i siłami natury był wśród ankietowanych najczęściej wybieraną formą porodu. Z analizy otrzymanych wyników badań wynika, iż 76,60 % czyli 383 pacjentek tak właśnie ukończyło ciążę. Znacznie rzadziej respondentki rodziły przez cesarskie cięcie. Tylko 117 pacjentek wśród 500 ankietowanych obydło poród operacyjny co daje 23,40% badanej grupy.

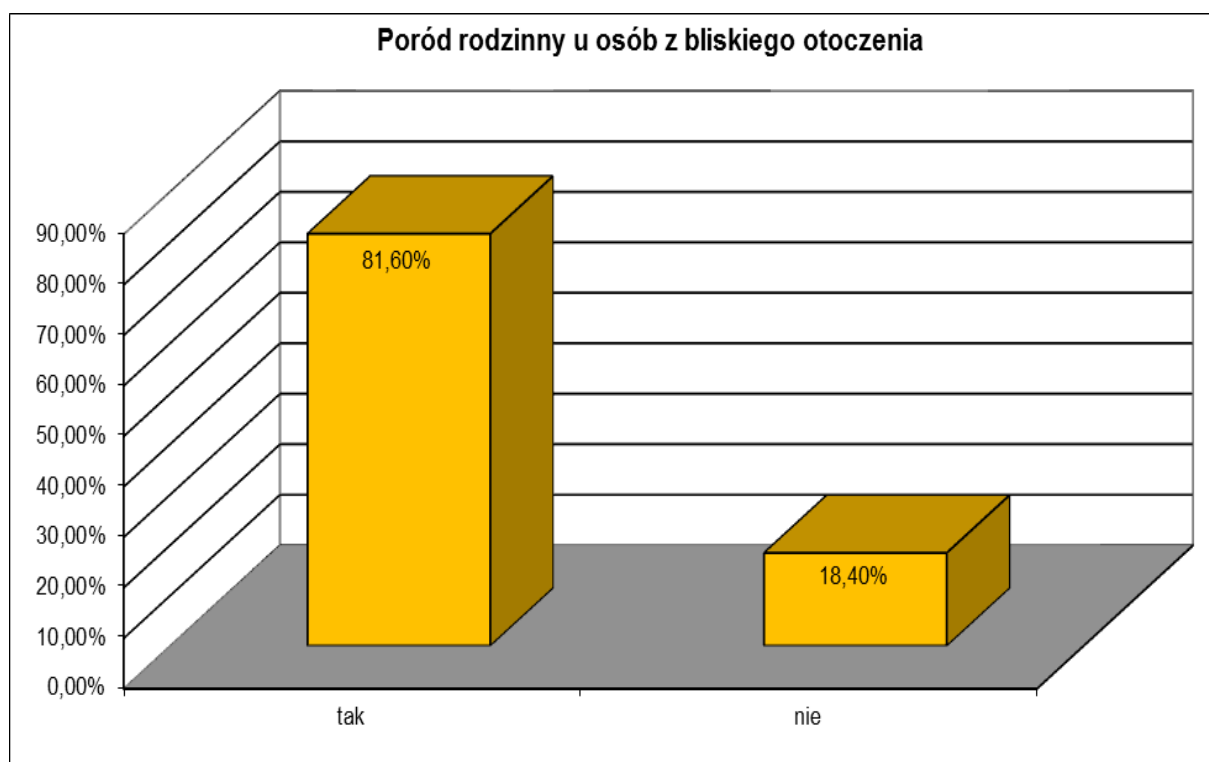
W Polsce ilość cięć cesarskich od wielu lat wzrasta i obecnie kształtują się na poziomie 45,8%. Według badań z roku 2016 prowadzonych przez Fundację Rodzić po Ludzku. Nieco inaczej odsetek cc wygląda w raporcie NIK z tego samego roku i kształtuje się na poziomie 47,1%.

Średni odsetek cięć cesarskich w krajach europejskich, które przodują w opiece okołoporodowej, kształtuje się na poziomie ok 27% np. w Finlandii 16,4%, Norwegii 16,5%, czy Islandii 16,1%. Najwięcej cięć cesarskich wykonują się na Cyprze (56,9%). W Rumunii i Bułgarii ilość zabiegów kończących ciążę brzusznie, jest na poziomie zbliżonym do Polski i odpowiednio wynosi 45,9 % w Rumunii i 43.0% w Bułgarii. W Polsce, w 2017 roku, nawięcej cięć cesarskich wykonano w województwie podkarpackim - 52.0%. Niewiele mniej, bo 51,0% w województwie łódzkim i świętokrzyskim. Najmniej cięć cesarskich wykonano na Pomorzu - 32,0%.

Pomimo, iż cięcie cesarskie jest operacją w obrębie jamy brzusznej i jak każda operacja może skutkować powikłaniami takimi jak: uszkodzenie pęcherza moczowego, jelit, nadmierną utratą krwi, zwiększonym ryzykiem choroby zatorowo-zakrzepowej czy

problemem z gojeniem się dużej rany. Pacjentki decydują się na cięcie cesarskie, ponieważ boją się bólu związanego z porodem, a dostęp do znieczulenia w trakcie porodu jest wciąż w wielu szpitalach problematyczny. Zdaniem Konsultanta Krajowego w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii prof. K. Czajkowskiego, strach przed bólem jest głównym powodem, dla którego Polki decydują się na cięcie cesarskie.

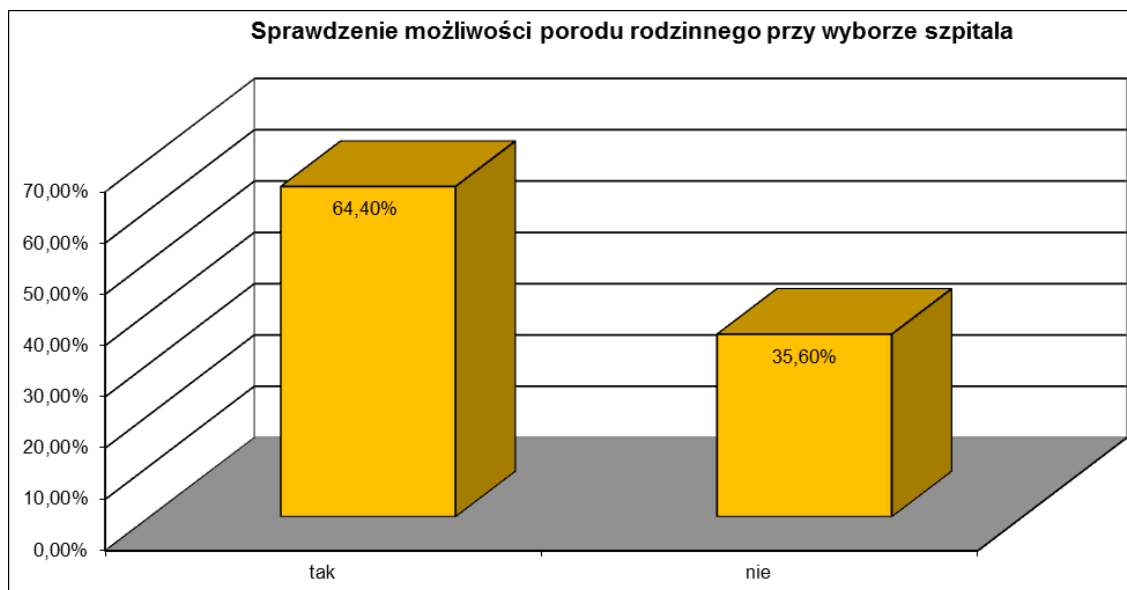
3. Czy ktoś z Pani bliskiego otoczenia odbył tzw. poród rodzinny ?



Ryc. 7. Poród rodzinny u osób z bliskiego otoczenia

Jak pokazały badania większość respondentek miała w swoim bliskim otoczeniu osoby, które odbyły poród rodzinny (81,60% ogółu badanych). Znaczaco mniejszą grupę stanowiły te pacjentki, które takiej osoby w swoim bliskim otoczeniu nie miały (18,40%).

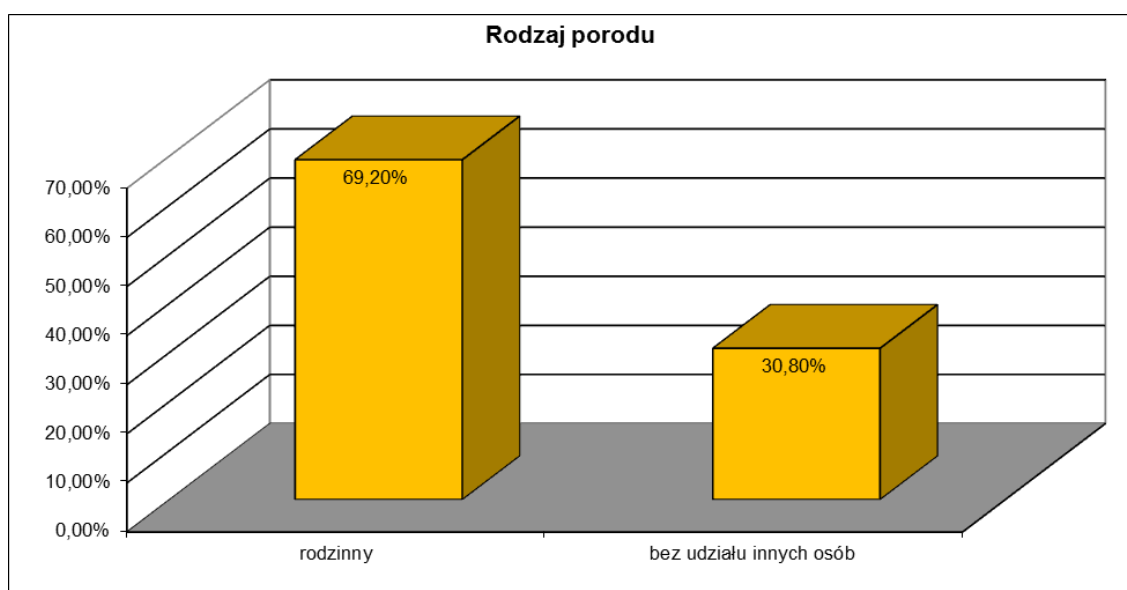
4. Czy wybierając szpital do porodu, sprawdzała Pani czy istnieje w nim możliwość odbycia tzw. porodu rodzinnego?



Ryc. 8. Sprawdzenie możliwości porodu rodzinnego przy wyborze szpitala

Przeprowadzone badania pokazały, że większość respondentek decydując o miejscu narodzin dziecka, sprawdzała możliwość odbycia w wybranym szpitalu porodu rodzinnego (64,40% ogółu badanych). Znacznie rzadziej badane nie sprawdzały takich możliwości (35,60% ogółu badanych).

5. Czy Pani poród był porodem rodzinnym?



Ryc. 9. Rodzaj porodu

Z analizy wyników badań wynika, że większości ankietowanych odbyła poród rodzinny (69,20%). Nie bez znaczenia była jednak ilość pacjentek, których poród odbył się bez udziału osoby bliskiej dla rodzącej (30,80%). Uzyskane wyniki pokazują, iż popularność porodu z osobą bliską jest duża i dla większości rodzących obecność czy pomoc takiej osoby jest ważna. Poród rodzinny nie jest jednak pożądany przez wszystkie rodzące.

6. Co zdecydowało, że zdecydowała się Pani na poród rodzinny?

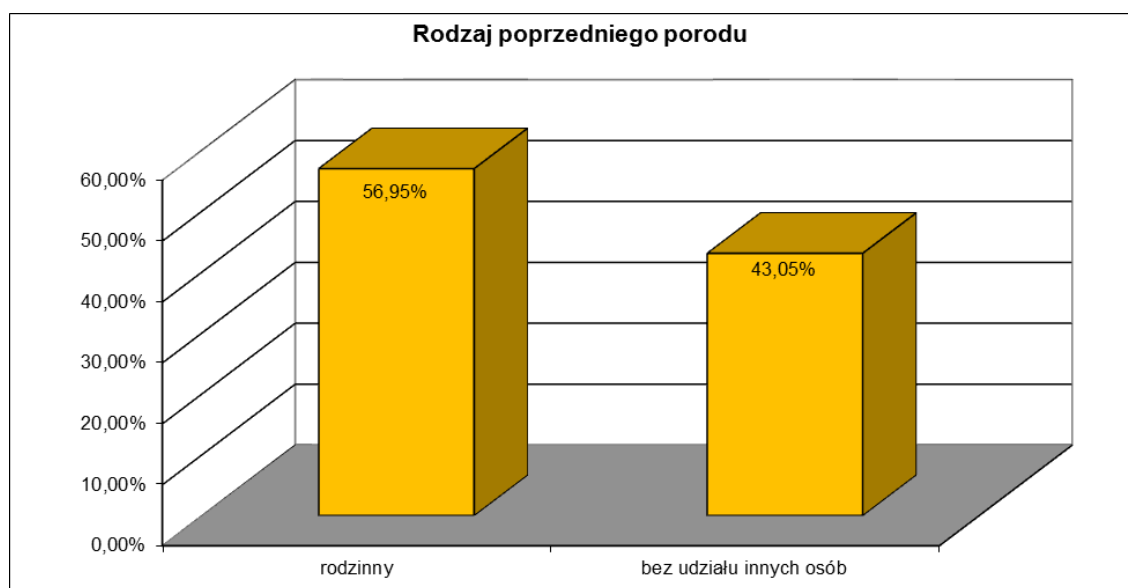
Tabela 2. Powody podjęcia decyzji o porodzie rodzinnym

	N	%
wsparcie psychiczne	308	89,02
moda (akcje medialne)	206	59,54
większe poczucie bezpieczeństwa	179	51,73
doświadczenie z poprzedniego porodu	153	44,22
nacisk partnera / rodziny	125	36,13
relacje osób, które odbyły poród rodzinny	123	35,55
inne	11	3,18

Pytanie dotyczyło tylko rodzących, które zdecydowały się na poród rodzinny i było wielokrotnego wskazania. Badania pokazały, że najczęstszym powodem podjęcia przez ankietowane decyzji o porodzie rodzinnym było wsparcie psychiczne. Drugim wskazanym powodem, które respondentki wyróżniły w badaniu, była moda na poród z osobą bliską. Analiza badań pokazała, że media mają bardzo istotny wpływ na podejmowane decyzje ponieważ, aż 206 na 364 respondentek takiej odpowiedzi udzieliła. Wśród rodzących wskazujących tę odpowiedź przeważały pierwiastki, w których bliskim otoczeniu nie było osób z doświadczeniem porodu rodzinnego (86 tj. 24,86%). Kolejnym powodem decyzji o porodzie rodzinnym wskazanym przez pacjentki, było większe poczucie bezpieczeństwa. Uzyskany wynik jest zbliżony z wynikami innych badaczy. Doświadczenia z wcześniejszego porodu rodzinnego, to kolejna z odpowiedzi ankietowanych. Odpowiedzi takiej udzielały głównie wieloródki rodzące po raz drugi (113 tj. 32,66%). Większość z nich rodziła w Szpitalu Specjalistycznym w Pile (86, tj. 24,86%). Nacisk rodziny/partnera (36,13%) oraz relacje osób, które odbyły poród rodzinny (35,55%) uzyskały bardzo zbliżony wynik wśród

badanych rodzących. Odpowiedzi innych, nie wskazanych w ankiecie było 11. Decyzja o wspólnym porodzie podjęta przez rodzącą w czasie trwania akcji porodowej 4 ankietowane (0,12%). Chęć zapewnienia więzi emocjonalnej między matką, ojcem i dzieckiem 5 odpowiedzi (0,14%) , 2 ankietowane (0,58%) podły, iż decyzję o wspólnym porodzie podjęła po obejrzeniu filmu z porodu rodzinnego.

7. Czy poprzedni Pani poród/porody także były porodami rodzinnymi?



Ryc. 10 Rodzaj poprzedniego porodu

Pytanie dotyczyło tylko kobiet rodzących drugi raz i więcej. Jak pokazały badania 209 wieloródek (56,95% grupy) miało już doświadczenie porodu rodzinnego. Znacznie mniej badanych rodziło wcześniej bez udziału osoby bliskiej. Takich wieloródek było 158 (co stanowi 43,05%)

8. Jeżeli rodziła Pani sama – to proszę podać powód.

Tabela 3. Powody rodzenia bez udziału innych osób

	<i>N</i>	<i>%</i>
poczucie wstydu	52	32,91
brak zaufania do swoich reakcji na ból	37	23,42
poród to sprawa kobiety	133	84,18
poród przez cesarskie cięcie	8	5,06
brak możliwości dojazdu partnera	5	3,16
poród przedwczesny	1	0,63

Pytanie dawało możliwość zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi i było skierowane wyłącznie do rodzących, które odbyły poród bez osoby towarzyszącej. Przeprowadzone badania pokazały, że najczęściej wskazywanym powodem rodzenia bez udziału osoby bliskiej, było poczucie ankietowanych, iż poród jest sprawą kobiety (84,18%). Znacznie rzadziej respondentki jako powód porodu bez osoby towarzyszącej podawały poczucie wstydu (32,91%) oraz brak zaufania do swoich reakcji na ból (23,42%). Poród przez cesarskie cięcie dla 8 respondentek (5,06%) był powodem porodu tradycyjnego. Brak możliwości dojazdu partnera 5 odpowiedzi (3,16%). Zaledwie jedna pacjentka wskazała jako powód porodu bez osoby bliskiej, poród przedwczesny (0,63%).

9. Kto był osobą towarzyszącą przy porodzie?

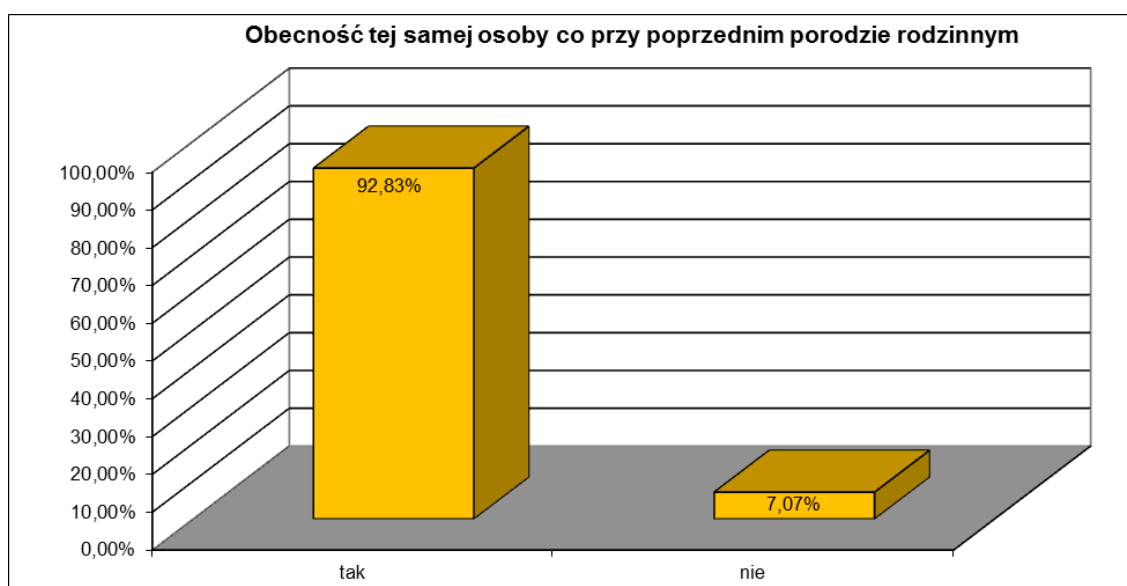
Tabela 4. Osoba towarzysząca przy porodzie

	<i>N</i>	<i>%</i>
ojciec dziecka	275	79,48
siostra	37	10,69
matka	35	10,12
przyjaciółka	3	0,87
większa ilość bliskich	2	0,58
doula	0	0,00
teściowa	5	1,45
kuzynka	2	0,58

Pytanie dotyczyło badanych rodzących rodzinie i było wielokrotnego wskazania. Z analizy przeprowadzonych badań wynika, iż najczęściej osobą towarzyszącą rodzącej był ojciec dziecka (79,48%). Drugą wskazaną osobą przez ankietowane była siostra (10,69%), a kolejną matka rodzącej (10,12%). We wszystkich porodach rodzinnych, gdzie osobą

towarzyszącą była matka, pacjentki były pierworódkami. Również we wszystkich porodach pacjentek nieletnich, które brały udział w badaniu, osobą towarzyszącą była matka. W 5 przypadkach osobami towarzyszącymi były teściowe (1,45%), w tym 3 teściowe były położnymi. Jeden taki poród odbył się w Szpitalu Specjalistycznym w Pile, pozostałe 2 w ZOZZ w Czarnkowie. W 2 porodach osobą bliską była przyjaciółka rodzącej (0,87%), kuzynka i większa ilość bliskich po 2 odpowiedzi (0,58%). W żadnym z porodów ankietowanych nie uczestniczyła doula (0,00%).

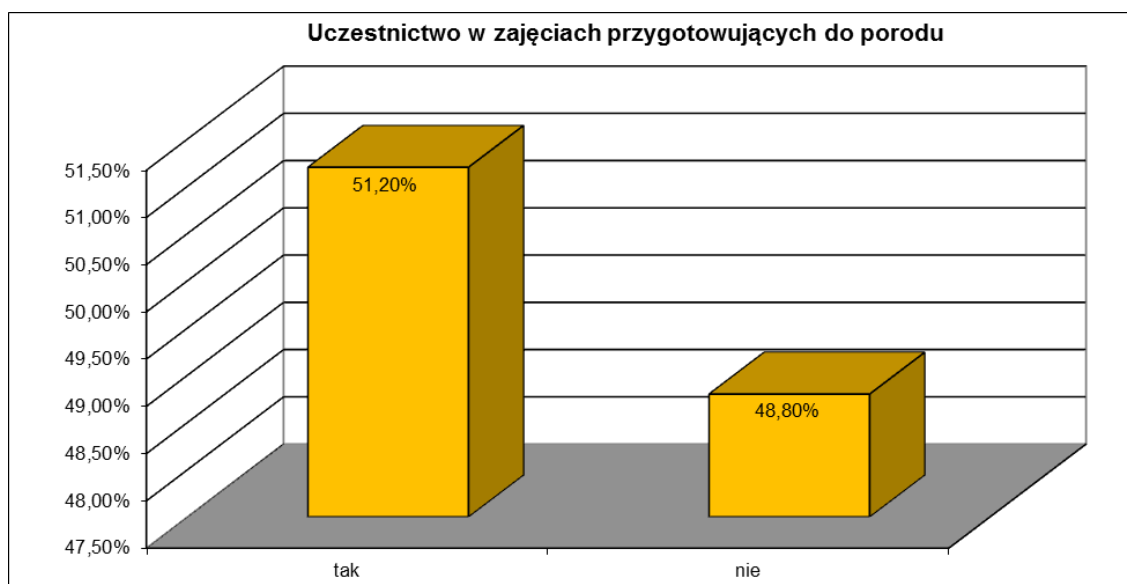
10. Czy była to ta sama osoba, z którą odbyła Pani wcześniej poród rodzinny?



Ryc. 11 Obecność tej samej osoby co przy poprzednim porodzie rodzinnym

Pytanie skierowane było do wieloródek, których poród czy porody poprzednio także były rodzinne. Uzyskany wynik pokazał, iż w większości porodów rodzinnych uczestniczyły te same osoby. Odpowiedzi takiej udzieliło 184 ankietowanych pacjentek (92,83%). Tylko w przypadku 14 porodów rodzinnych, była to inna niż wcześniej osoba (7,07%).

11. Czy uczestniczyła Pani w zajęciach przygotowujących do porodu?

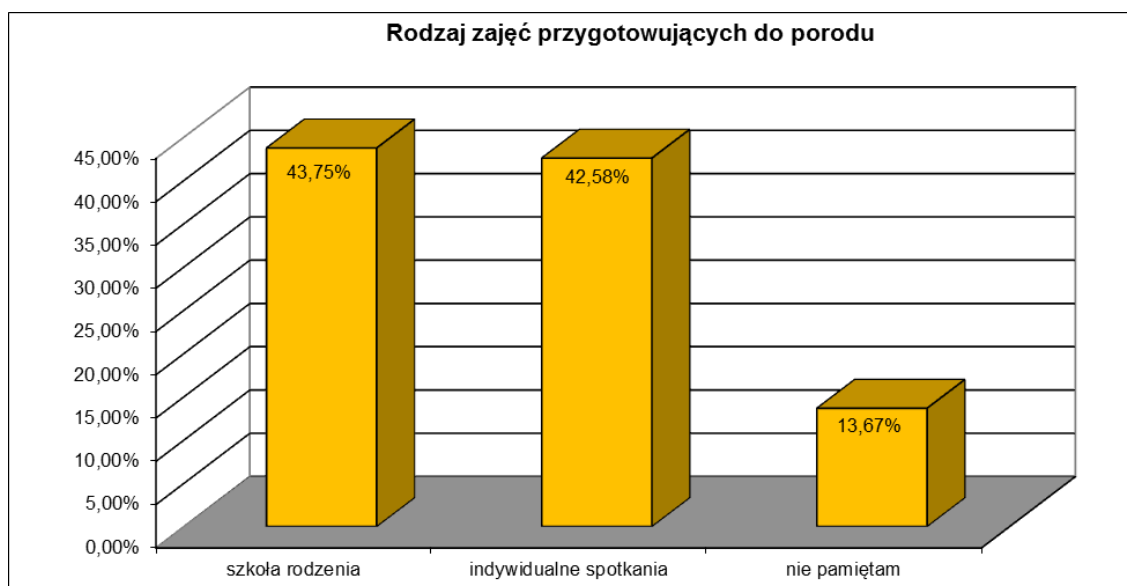


Ryc. 12 Uczestnictwo w zajęciach przygotowujących do porodu

Na pytanie o przygotowanie do porodu, analiza uzyskanych danych pokazała, że większość respondentek uczestniczyła w zajęciach edukacji przedporodowej (51,20%). Mniejszą grupę rodzących stanowią pacjentki, które nie uczestniczyły w takich zajęciach (48,80%).

Z przykrością należy stwierdzić, iż prawie połowa ankietowanych nie uczestniczyła w żadnych z możliwych zajęć przygotowujących je do porodu. Fakt należy uznać za zadziwiający, ponieważ każdej ciężarnej kobiecie przysługuje bezpłatna edukacja przedporodowa - w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, które opłaca NFZ. Z edukacji tej mogą również skorzystać ciężarne pomimo braku jakiegokolwiek tytułu ubezpieczenia. Konstytucja RP w art.68 ust.3 mówi o szczególnym uprawnieniu kobiet w ciąży. Państwo polskie ma więc obowiązek objęcia opieką zdrowotną "...dzieci do 18. lat, kobiety w ciąży, w okresie połogu..." Jasno więc ustawodawca stwierdza, że każda kobieta w ciąży jest uprawniona do wszystkich świadczeń, jakie muszą być jej udzielone ze względu na stan zdrowia. Zapis w konstytucji jest skonkretyzowany przez ustawę o świadczeniach z opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jak pokazały badania prawie połowa kobiet z tego prawa nie korzysta.

12. Jaki to był rodzaj zajęć?



Ryc. 13 Rodzaj zajęć przygotowujących do porodu

Istnieje kilka możliwości przygotowania kobiety do porodu. Najbardziej popularna forma, to uczestnictwo w zajęciach szkół rodzenia prowadzonych przez położne. Zajęcia mogą odbywać się w przyszpitalnych szkołach rodzenia, które funkcjonują w ramach oddziałów położniczych lub jako zajęcia prowadzone przez indywidualne praktyki położnicze. Obie formy edukacji są finansowane przez NFZ, co oznacza, że pacjentki nie ponoszą żadnych kosztów związanych z uczestnictwem w zajęciach. Przeprowadzone badania pokazały, że z tej formy przygotowania do porodu skorzystało 122 ankietowanych pacjentek (43,75%), uczestnicząc w grupowych zajęciach w szkole rodzenia.

W czasie prowadzenia badań tylko w ZZOZ w Czarnkowie istniała przyszpitalna szkoła rodzenia. W strukturze oddziału ginekologiczno-położniczego Szpitala Specjalistycznego w Pile, szkoły rodzenia nie było. Jednak respondentki zamieszkałe w Pile, miały możliwość skorzystanie z tej formy przygotowania do porodu. Od wielu lat w Kościele przy Parafii Świętej Rodziny, istnieje szkoła rodzenia, w której zajęcia są bezpłatne.

Kolejną grupę pacjentek stanowią te, które przygotowania do porodu odbyły indywidualnie z wybraną przez siebie położną środowiskową. Zajęcia te są finansowane przez budżet państwa, jeśli położna swoją opiekę nad ciężarną sprawuje w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na mocy umowy zawartej z NFZ. Jeśli położna sprawującą opiekę i edukację nad ciężarną takiej umowy nie posiada, wówczas zajęcia są odpłatne.

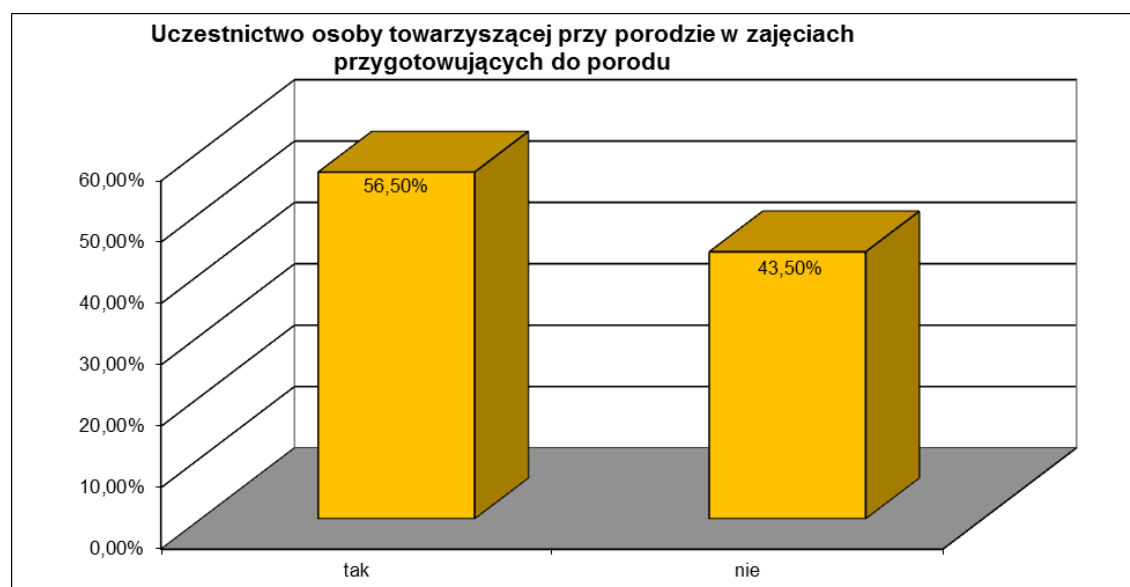
W toku badań ustalono, iż z zajęć indywidualnych z położną przygotowujących ciężarne do porodu, skorzystało 109 respondentek (42,58%) uczestniczek badania. Zakres tematyczny zajęć prowadzonych przez położne środowiskowe, jest taki sam jak zajęć w szkole rodzenia. Różnica pomiędzy obiema formami edukacji polega na tym, iż w szkole

rodzenia zajęcia często prowadzone są przez wielu specjalistów. Położne środowiskowe prowadzą te same zajęcia w ramach swoich kwalifikacji i kompetencji samodzielnie.

Trzecią grupę stanowią pacjentki, które zadeklarowały, iż nie pamiętają jaki rodzaj edukacji wybrały. Można to interpretować tak, iż 35 (13,67%) ankietowanych nie miało żadnego przygotowania do porodu.

Edukację przedporodową prowadzą także lekarze ginekolodzy, pod opieką których były wszystkie ciężarne obu szpitali. Jednak żadna z respondentek takiej odpowiedzi nie udzieliła. Również żadna z nich nie podała innej możliwej odpowiedzi jak np. edukacja medialna, czy literatura fachowa, natomiast pytanie dawało respondentkom taką możliwość.

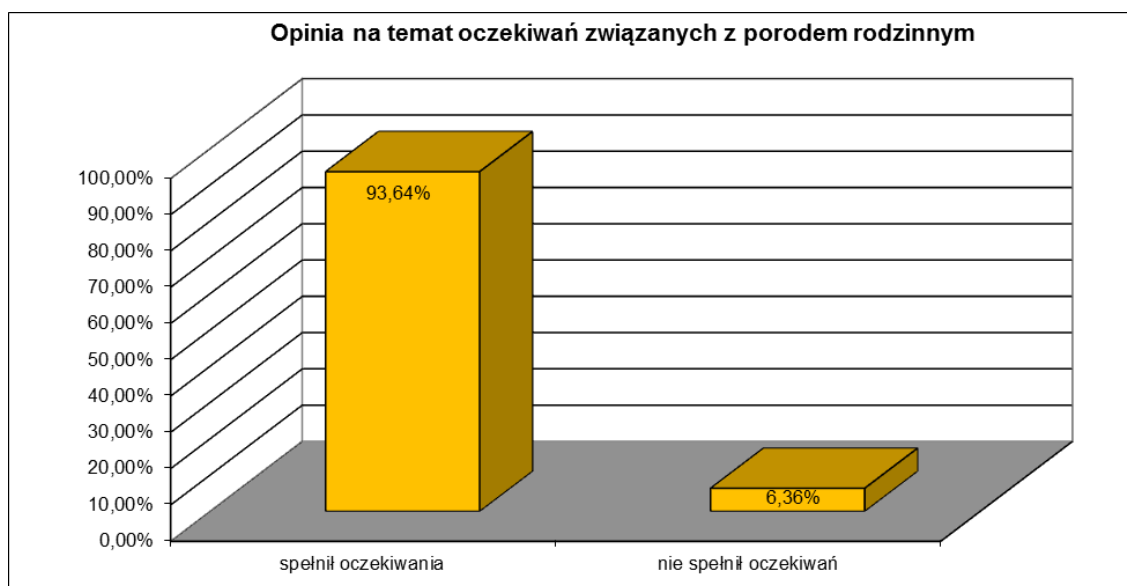
13. Czy osoba towarzysząca przy Pani porodzie, także brała udział w tych zajęciach?



Ryc. 14 Uczestnictwo osoby towarzyszącej przy porodzie w zajęciach przygotowujących do porodu

Pytanie dotyczyło osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych przedporodowych i rodzących rodzinnie. Wyniki badań pokazały, iż w tej grupie 113 osób towarzyszących rodzącej w porodzie brało również udział w zajęciach przygotowujących je do porodu (56,50%). Mniejszą grupę stanowiły osoby towarzyszące rodzącej w porodzie, które nie uczestniczyły w zajęciach. Osób takich było w badanej grupie 87(43,50%).

14. Czy tzw. poród rodzinny spełnił Pani oczekiwania?



Ryc. 15 Opinia na temat oczekiwań związanych z porodem rodzinnym

Pytanie dotyczyło wyłącznie osób, których ostatni poród był rodzinnym. Jak pokazały badania w zdecydowanej większości spełnił on oczekiwania respondentek. Takiego zdania było 324 rodzących (93,64%). Znacznie mniej respondentek było zdania, że poród z osobą towarzyszącą takich oczekiwań nie spełnił. Takiej odpowiedzi udzieliły 22 (6,36%) ankietowane kobiety.

15. Proszę podać szczegółowe odczucia po porodzie.

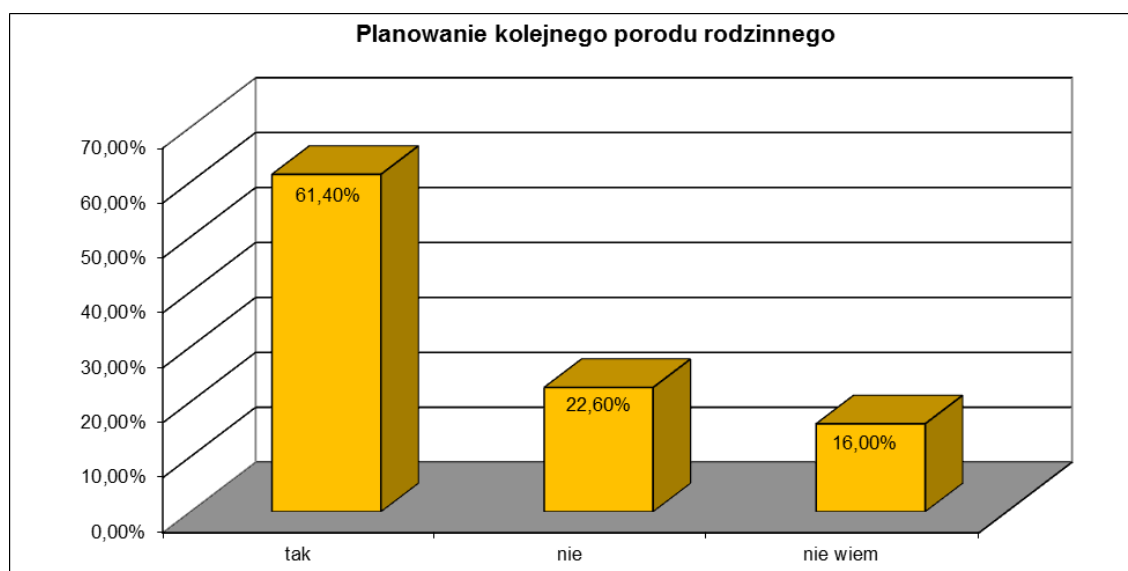
Tabela 5. Szczegółowe odczucia po porodzie

	<i>N</i>	<i>%</i>
duże poczucie bezpieczeństwa	177	35,40
pomoc techniczna	188	37,60
wsparcie psychiczne	309	61,80
niezadowolenie z postawy ojca dziecka	11	2,20
niezadowolenie z własnego zachowania i wyglądu	3	0,60
ulga z powodu stanu zdrowia własnego i dziecka	3	0,60
zadowolenie z postawy personelu medycznego	7	1,40

Pytanie było wielokrotnego wskazania, a uzyskane wyniki pokazały, iż wsparcie psychiczne dla ankietowanych było najważniejszym odczuciem po porodzie. Takich odpowiedzi udzieliło 309 ankietowanych, co stanowi 61,80%. Drugim w kolejności odczuciem po porodzie, jakie wskazały rodzące była udzielana im pomoc techniczna 37,60%, jaką otrzymywały od osoby towarzyszącej im przy porodzie. Kolejna odpowiedź, którą

wskazały pacjentki było duże poczucie bezpieczeństwa (35,40%), jaką rodzące otrzymywały od osoby bliskiej. Uzyskano 11(2,20%) odpowiedzi, w których respondentki wskazały jako odczucie towarzyszące im po porodzie, niezadawalające zachowanie ojca dziecka. Tylko 3 (0,60) pacjentki uznały jako istotne odczucie po porodzie, niezadowolenie z własnego zachowania i wyglądu. Tyle samo poczuło ulgę po porodzie wynikającą z dobrego stanu zdrowia własnego i dziecka. Zadowolenie z postawy personelu medycznego obecnego przy porodzie jako istotne odczucie uznało tylko 7 respondentek (1,40%).

16. Czy jeśli planuje Pani poród, to czy będzie to poród rodzinny?

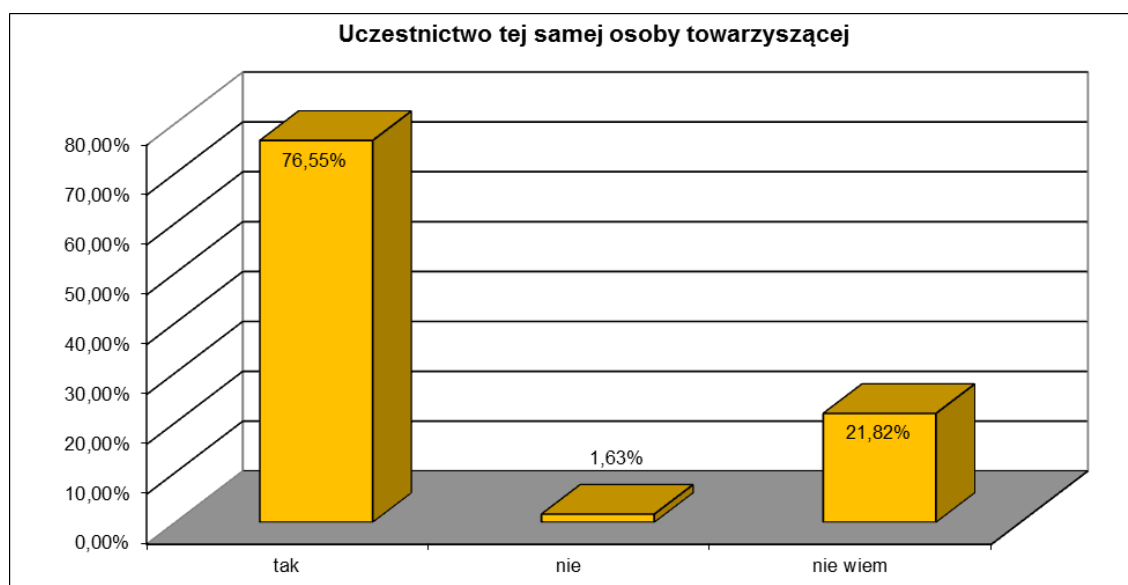


Ryc. 16 Planowanie kolejnego porodu rodzinnego

Uzyskane na to pytanie wyniki jednoznacznie pokazują, iż zdecydowana większość respondentek planuje kolejny poród rodzinny. 307 pacjentek zadeklarowało taką chęć (61,40%). Znacznie mniej ankietowanych (22,60%), nie planuje kolejnego porodu jako porodu rodzinnego. Pacjentek, które nie wiedziały czy ewentualny kolejny poród będą chciały odbyć wspólnie z osobą bliską było 80 (16,00%). Można więc uznać, iż one nie są w pełni zadowolone z porodu z osobą towarzyszącą.

W toku analizy badań istotne jest to, iż pacjentki, które deklarują chęć odbycia kolejnego porodu z osobą bliską, to w większości respondentki rodzące w Szpitalu Specjalistycznym w Pile 190 (71,97%). Rodzące, które nie chcą, aby kolejny poród był *rodzinny*, to w większości respondentki ZZOK w Czarnkowie 72 (30,51%).

17. Czy osobą towarzyszącą będzie ta sama osoba?



Ryc. 17 Uczestnictwo tej samej osoby towarzyszącej

Pytanie dotyczyło tylko osób zdecydowanych na następny poród rodzinny. Badanie pokazało, iż połowa ankietowanych chce, aby osobą towarzyszącą przy porodzie, była ta sama osoba 235 (76,55%). Znacznie mniej respondentek nie miało zdania na ten temat 67 (21,82%). Zaledwie 5 badanych uważało, że w następnym porodzie rodzinnym nie będzie uczestniczyć ta sama osoba (1,63%). 100% niezadowolonych ze wspólnego porodu, to ankietowane, które rodziły w obecności ojca dziecka. 4 respondentki to pacjentki rodzące w ZZOZ w Czarnkowie.

18. Jeśli nie chce Pani kolejnego porodu rodzinnego proszę podać przyczynę.

Tabela 6. Przyczyna nie planowania kolejnego porodu rodzinnego

	<i>N</i>	<i>%</i>
brak wsparcia osoby towarzyszącej	86	44,56
stres i zdenerwowanie osoby towarzyszącej	50	25,91
nieodpowiednie zachowanie osoby towarzyszącej	31	16,06
poród to sprawa intymna kobiety, wystarczy personel medyczny	40	20,73
obawa o reakcję partnera	10	5,18
brak panowania nad własnymi emocjami	11	5,70

Pytanie było wielokrotnego wskazania i dotyczyło osób, które w pytaniu 14 i 16 ankiety zaznaczyły warianty odpowiedzi „nie” lub „nie wiem”. Analiza danych pokazała, iż najczęściej podawanym powodem nieplanowania kolejnego porodu rodzinnego, był brak wsparcia ze strony osoby towarzyszącej (44,56%). Znacznie rzadziej respondentki wskazywały jako powód decyzji porodu bez osoby bliskiej stres i zdenerwowanie osoby towarzyszącej (25,91%) oraz intymność porodu (20,73%), a także nieodpowiednie zachowanie osoby towarzyszącej (16,06%). Najrzadziej ankietowane wskazywały na brak panowania nad własnymi emocjami (5,70%), oraz obawę na reakcję partnera (5,18%).

19. Jeśli planuje Pani kolejny poród , to w którym z miejsc chciałaby Pani rodzić?

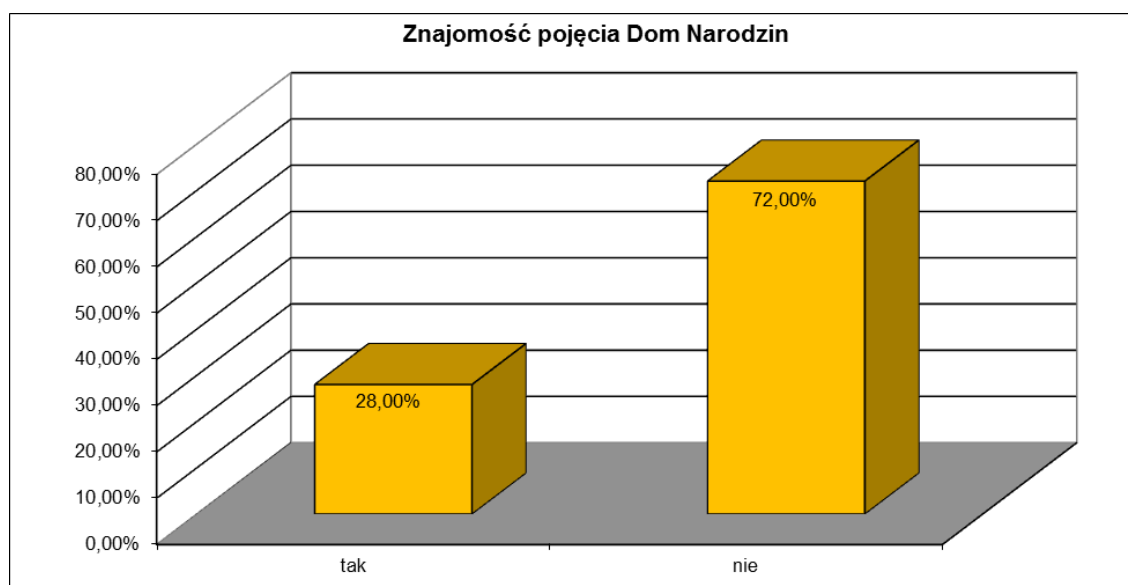
Tabela 7. Planowane miejsce kolejnego porodu

	<i>N</i>	<i>%</i>
Szpital	448	89,60
Dom Narodzin	29	5,80
Dom	23	4,60
Inne miejsce	0	0,00

Analiza uzyskanych wyników jednoznacznie pokazała, że zdecydowana większość ankietowanych szpital uznaje za miejsce najbardziej odpowiednie do porodu (89,60%). Pacjentek tak deklarujących w ZZOZ w Czarnkowie było trochę więcej 234 (46,8%) od tych w Szpitalu Specjalistycznym w Pile 214 (42,8%). Zdecydowanie mniej respondentek, tylko 29 (5,80%), chciałoby kolejny poród odbyć w Domu Narodzin. Najmniej badanych uważało, że poród odbędzie w domu 23 (4,60%). Żadna z ankietowanych nie wskazała innego miejsca.

Na uzyskany wynik, na pewno wpływ miał fakt, iż w najbliższym otoczeniu obu badanych szpitali nie ma Domu Narodzin. Istnieje natomiast możliwość porodu domowego. W ramach indywidualnej praktyki położniczej prowadzonej, przez położną pracującą na Bloku Porodowym w Szpitalu Specjalistycznym w Pile, porody domowe są możliwe do realizacji. Poród taki jest jednak kosztowny i może być dla wielu ciężarnych nieosiągalny z powodów finansowych. Aby ciąża mogła być ukończona porodem w domu musi przebiegać fizjologicznie.

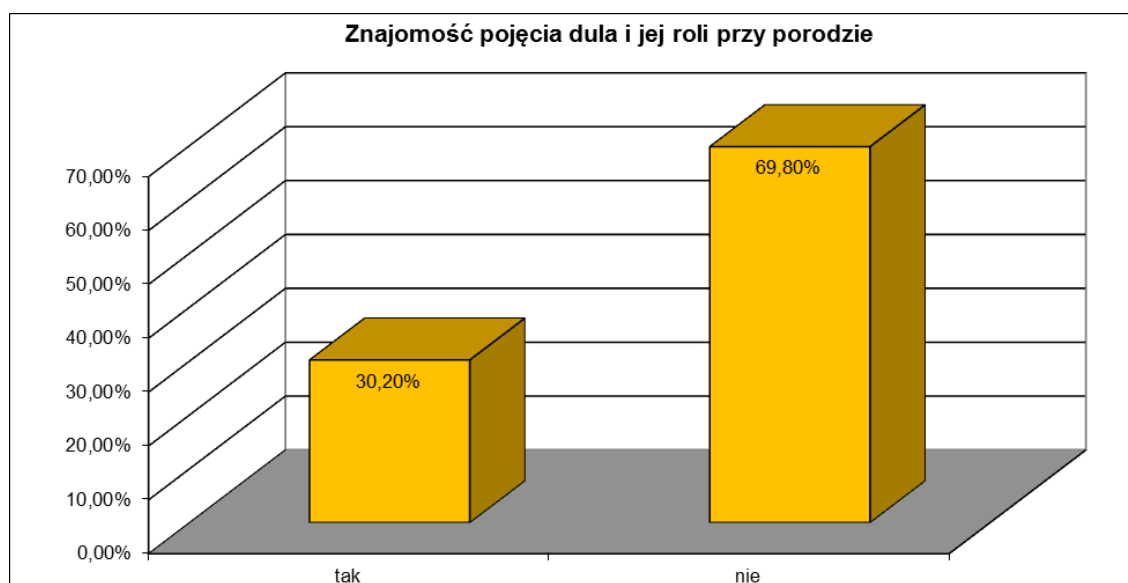
20. Czy słyszała Pani o Domach Narodzin?



Ryc. 18 Znajomość pojęcia Dom Narodzin

W badaniach uzyskano wiedzę, że dla większości respondentek, bo aż 360 (tj.72%) nieznane było pojęcie Domu Narodzin. Z uwagi na to, iż badanie prowadzone było w szpitalach w Wielkopolsce, gdzie nie funkcjonuje żaden Dom Narodzin, otrzymany wynik nie jest bardzo zaskakujący. Świadczyć jednak może o niewielkim stopniu zainteresowania rodzących innymi, alternatywnymi miejscami narodzin dziecka.

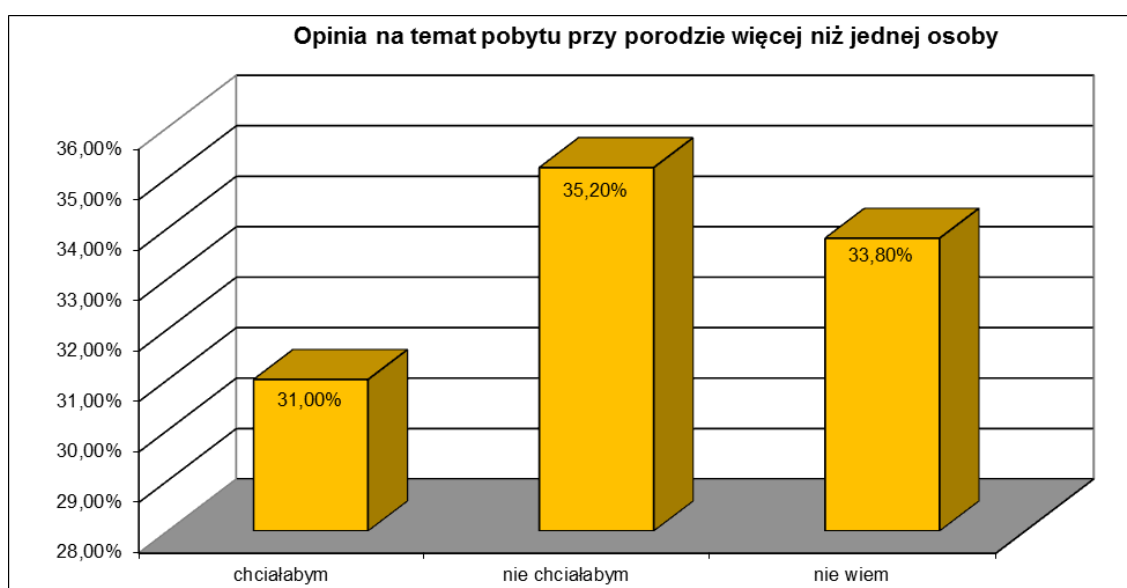
21. Czy wie Pani kto to jest doula i jaką pełni rolę?



Ryc. 19 Znajomość pojęcia dula i jej roli przy porodzie

Pytanie to było kolejnym, które miało pokazać wiedzę i zainteresowanie ankietowanych Wielkopolanek tematem porodu niestandardowego. Uzyskane wyniki pokazały, iż większość respondentek nie wiedziała kim jest doula i jaką pełni rolę 349 (69,80%). Pojęcie to było znane 151 badanym (30,20%). Z tego zdecydowanie lepszą znajomością zagadnienia wykazały się ankietowane rodzące w Szpitalu Specjalistycznym w Pile 118 (66,29%).

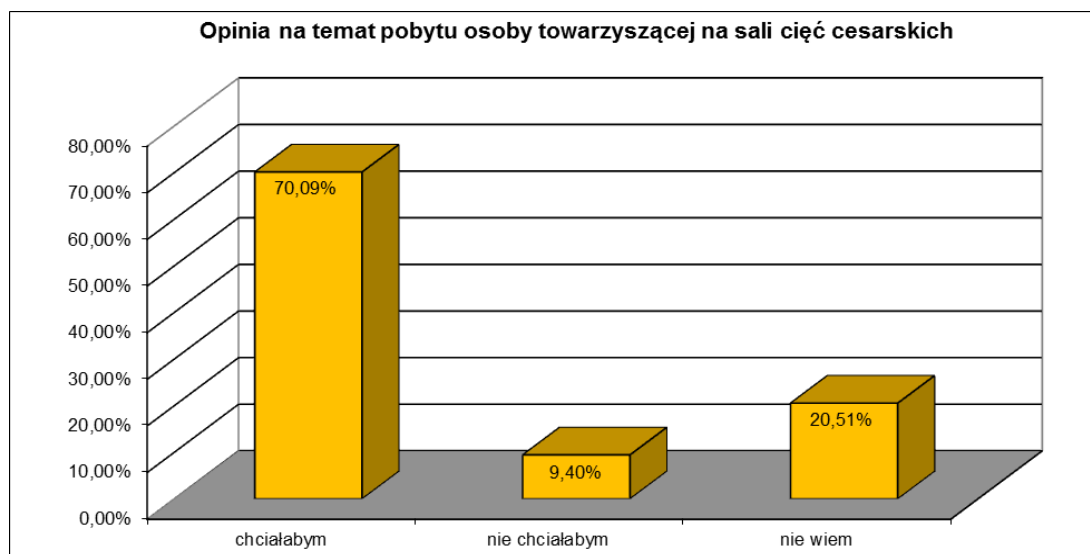
22. Czy chciałaby Pani, aby w czasie porodu była przy Pani więcej niż jedna osoba?



Ryc. 20 Opinia na temat pobytu przy porodzie więcej niż jednej osoby

Na to pytanie odpowiedzi twierdzącej udzieliło 155 badanych (31,00%). Odpowiedzi przeczących uzyskano 176 (35,20%). Nieznacznie mniej respondentek nie miało zdania na ten temat 169 (33,80%).

23. Czy chciałaby Pani, aby osoba towarzysząca przy porodzie miała możliwość przebywać z Panią na sali cięć cesarskich?



Ryc. 21 Opinia na temat pobytu osoby towarzyszącej na sali cięć cesarskich

Pytanie dotyczyło tylko pacjentek, które rodziły za pomocą cesarskiego cięcia. Uzyskane wyniki pokazują, iż duża większość ankietowanych chciałaby pobytu osoby bliskiej na sali cięć cesarskich 80 (70,09%). Znacznie mniej respondentek nie miało zdania na ten temat 24 (20,51%). Jedynie 11 (9,40%) uczestniczek badania, nie chciało obecności osoby towarzyszącej na sali cięć cesarskich.

24. Jeśli ma Pani potrzeby, oczekiwania i opinie dotyczące porodu rodzinnego niż te, o które pytano w ankiecie. Proszę je podać poniżej.

Tabela 8. Potrzeby, oczekiwania i opinie dotyczące porodu rodzinnego

<i>Treść potrzeb, oczekiwań i opinii respondentek</i>
myślę, że poród rodzinny mocno zbliża kobietę i mężczyznę, ponieważ to piękny czas
mężczyzna realnie przeżywa emocjonalnie i fizycznie poród, docenia trud i starania kobiety
jeśli dobierze się odpowiednią osobę (charakter) to będzie duże wsparcie, nieodpowiednia będzie denerwować
ogromnym wsparciem dla kobiety, która musi przejść cesarskie cięcie byłoby, aby najbliższa osoba towarzyszyła jej na sali operacyjnej
powinno się promować porody rodzinne, nie tylko z osobą towarzyszącą, jeśli rodząca wyraża taką chęć. Szkoda, że część szpitali ogranicza liczbę osób do 1, kobieta powinna korzystać np. ze wsparcia douli

więcej intymności, stworzenie odpowiedniego nastroju dla rodzącej
poród rodzinny jest wsparciem dla rodzącej, daje możliwość bycia razem podczas urodzin dziecka. przeżyliśmy z narzeczoną chwilę zmęczenia, ale i radości
dla mnie poród rodzinny jest przereklamowany, najważniejsze aby opieka była kompetentna, bo to dało mi poczucie bezpieczeństwa

Wśród spostrzeżeń jakimi podzieliły się rodzące, wyżej podane pojawiały się najczęściej. Wszystkie zasygnalizowane uwagi, zostały dokładnie przeanalizowane, podzielone na grupy tematyczne i szczegółowo zinterpretowane w dyskusji. Częściej swoimi spostrzeżeniami dzieliły się respondentki rodzące w Szpitalu Specjalistycznym w Pile. Było ich 84 (tj.31,81%), z tego 61 pacjentek to ankietowane, które rodziły z osobą towarzyszącą 23,10 %. Wśród badanych, które opisały swoje odczucia po porodzie w ZZOZ w Czarńkowie więcej było tych, które wybrały poród tradycyjny 38 (tj.16,10%).

Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego (MSPSS)

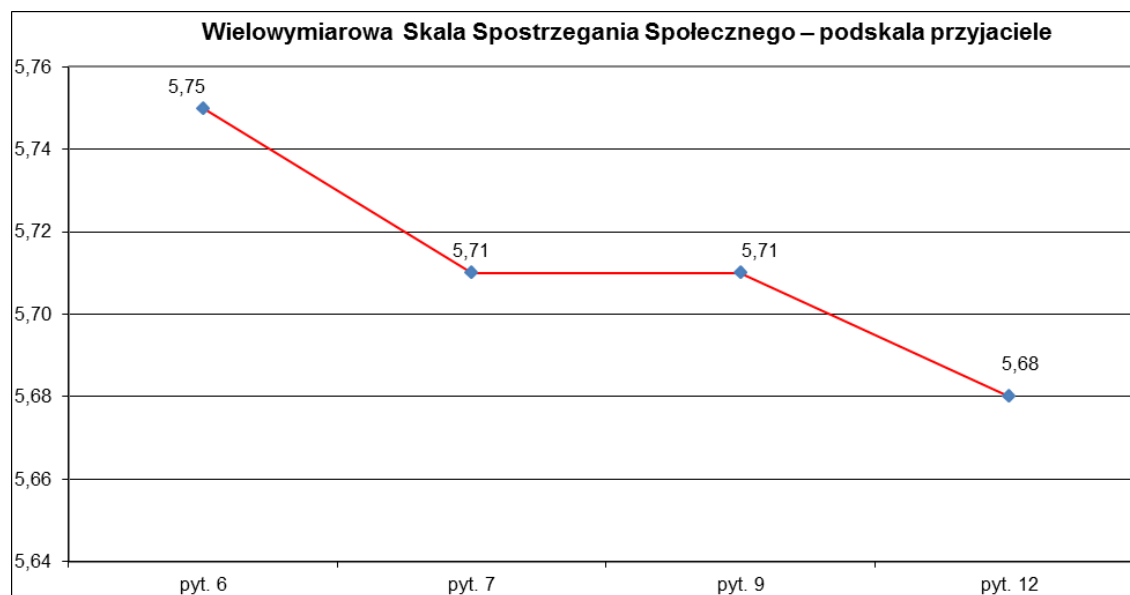
Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego ma wektor dodatni, czyli przyjmuje zasadę im więcej tym lepiej. Przyjmuje się, że im wyższy wynik osiągnie osoba badana w skali, tym wyższy poziom wsparcia społecznego dostrzega w swoim otoczeniu. Współczynnik zgodności wewnętrznej α Cronbacha wyliczony został dla całej skali, a także dla poszczególnych podskal. Wartości prezentowały się w sposób następujący: wynik ogólny – 0,88; przyjaciele - 0,85; rodzina - 0,87 i; osoba znacząca - 0,91 [129]. W polskich badaniach adaptacyjnych współczynniki w podskalach rodzina oraz przyjaciele były wyższe i przekroczyły wartość 0,90 (118).

25. Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego – podskala przyjaciele.

Tabela 9. Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala przyjaciele

<i>Nr</i>	<i>treść pytania</i>	<i>średnia</i>	<i>Odchylenie</i>
6	moi przyjaciele naprawdę starają się mi pomóc	5,75	±1,00
7	mogę liczyć na moich przyjaciół, gdy coś się nie układa	5,71	±1,01
9	mam przyjaciół, z którymi mogę dzielić swoje radości i smutki	5,71	±1,04
12	mogę rozmawiać z przyjaciółmi o swoich problemach	5,68	±1,02

Skala punktacji wynosi od 1 do 7, gdzie 1 to „zdecydowanie się nie zgadzam” a 7 to „zdecydowanie się zgadzam”. Najbardziej pozytywny wpływ na tę podskalę miało stwierdzenie „moi przyjaciele naprawdę starają się mi pomóc” ($5,75 \pm 1,04$). Najmniejszy pozytywny wpływ miało stwierdzenie „mogę rozmawiać z przyjaciółmi o swoich problemach” ($5,68 \pm 1,02$).



Ryc. 22 Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala przyjaciele

Tabela 10. Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala przyjaciele
podsumowanie – ujęcie statystyczne

Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala przyjaciele	Statystyka					
	Średnia	odchylenie	dominanta	mediana	Max	Min
Wyniki	22,85	$\pm 3,89$	24	24	28	7

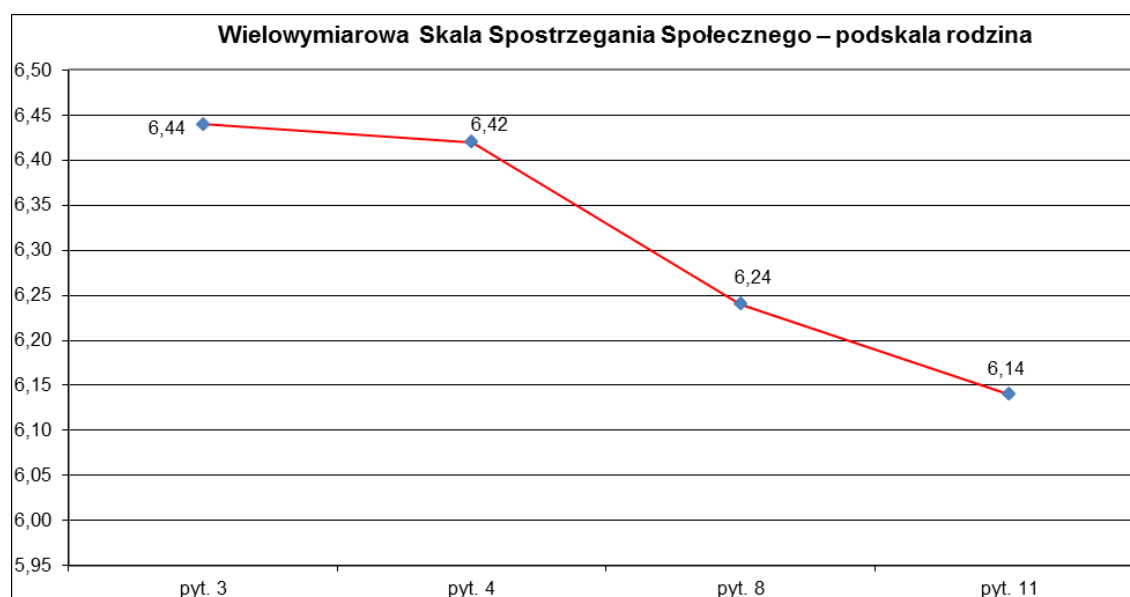
Średni wynik w podskali przyjaciele wynosił $22,85 \pm 3,89$ pkt. Najczęściej wynik wynosił 24 pkt. Połowa ankietowanych miała wynik wyższy niż 24 pkt. Najwyższy wynik wynosił 28 pkt., zaś najniższy 7 pkt., przy rozpiętości skali od 4 do 28 pkt.

26. Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego – podskala rodzina.

Tabela 11. Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala rodzina

Nr	treść pytania	Średnia	Odchylenie
3	moja rodzina naprawdę stara się mi pomóc	6,44	$\pm 0,80$
4	otrzymuję emocjonalną pomoc i wsparcie, którego potrzebuję, od swojej rodziny	6,42	$\pm 0,80$
8	mogę rozmawiać z rodziną o swoich problemach	6,24	$\pm 0,87$
11	moja rodzina chętnie pomaga mi w podejmowaniu decyzji	6,14	$\pm 0,87$

Najbardziej pozytywny wpływ na wyniki tej podskali miało stwierdzenie „moja rodzina stara mi się pomóc” ($6,44 \pm 0,80$). Najmniej pozytywny wpływ na tę podskalę miało stwierdzenie „moja rodzina chętnie pomaga mi w podejmowaniu decyzji” ($6,14 \pm 0,87$).



Ryc. 23 Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala rodzina

Tabela 12. Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala rodzina – ujęcie statystyczne

Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala rodzina	Statystyka					
	Średnia	Odchylenie	dominanta	mediana	Max	Min
Wyniki	25,23	$\pm 2,98$	28	26	28	4

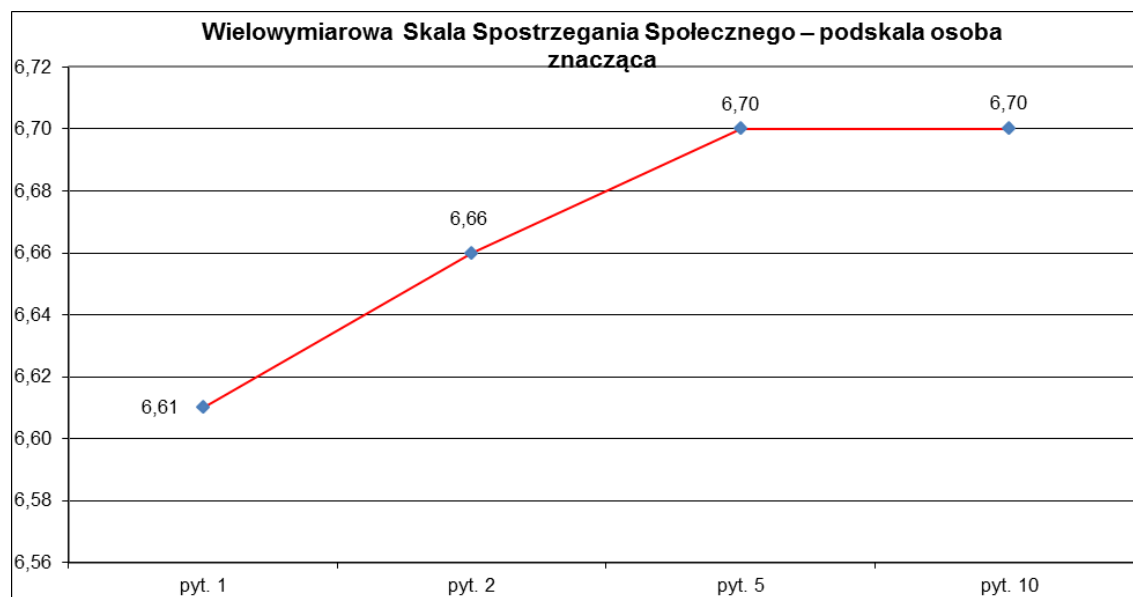
Średni wynik w podskali rodzina wynosił $25,23 \pm 2,98$ pkt. Najczęściej wynik wynosił 28 pkt. Połowa ankietowanych miała wynik wyższy niż 26 pkt. Najwyższy wynik wyniósł 28 pkt., zaś najniższy 4 pkt., przy rozpiętości skali od 4 do 28 pkt.

27. Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego – podskala osoba znacząca.

Tabela 13. Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala osoba znacząca

Nr	treść pytania	średnia	odchylenie
1	istnieje pewna szczególna osoba, która jest w pobliżu kiedy jestem w potrzebie	6,61	$\pm 0,74$
2	istnieje pewna szczególna osoba, z którą mogę dzielić swoje radości i smutki	6,66	$\pm 0,66$
5	mam pewną szczególną osobę, która jest dla mnie prawdziwym źródłem pociechy / wsparcia	6,70	$\pm 0,66$
10	w moim życiu jest pewna szczególna osoba, która troszczy się o moje uczucia	6,70	$\pm 0,71$

Najbardziej pozytywny wpływ na wyniki tej podskali miały dwa stwierdzenia „mam pewną szczególną osobę, która jest dla mnie prawdziwym źródłem pociechy / wsparcia” ($6,70 \pm 0,66$) oraz „w moim życiu jest pewna szczególna osoba, która troszczy się o moje uczucia” ($6,70 \pm 0,71$). Najmniej pozytywny wpływ na tę domenę miało stwierdzenie „istnieje pewna szczególna osoba, która jest w pobliżu kiedy jestem w potrzebie” ($6,61 \pm 0,74$).



Ryc. 24 Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala osoba znacząca

**Tabela 14. Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala osoba znacząca
podsumowanie – ujęcie statystyczne**

Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala osoba znacząca	Statystyka					
	średnia	odchylenie	dominanta	mediana	Max	Min
Wyniki	26,66	±2,57	28	28	28	4

Średni wynik w podskali osoba znacząca wynosił $26,66 \pm 2,57$ pkt. Najczęściej wynik wynosił 28 pkt. Połowa ankietowanych miała wynik niższy niż 28 pkt. Najwyższy wynik wyniósł 28 pkt., zaś najniższy 4 pkt., przy rozpiętości skali od 4 do 28 pkt.

28. Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego – wynik ogólny.

Tabela 15. Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – wynik ogólny – ujęcie statystyczne

Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego	Statystyka					
	średnia	odchylenie	dominanta	mediana	Max	Min
Wyniki	74,74	±8,15	84	76	84	20

Średni wynik ogólny wynosił $74,74 \pm 8,15$ pkt. Stanowi to 87,93% wyniku maksymalnego. Najczęściej wynik wynosił 84 pkt., co jest wynikiem maksymalnym. Połowa ankietowanych miała wynik wyższy niż 76 pkt. Najwyższy wynosił 84 pkt., zaś najniższy 20 pkt., przy rozpiętości skali od 12 do 84 pkt.

W zaprezentowanych badaniach zastosowano narzędzie jakim jest Polska Adaptacja Wielowarstwowej Skali Spostrzegania Wsparcia Społecznego (MSPSS) - K. Buszman, H. Przybyła- Basista [117], na podstawie jej adaptacji Wielowymiarowej Skali Spostrzeganego Wsparcia Społecznego autorstwa Zimeta i współpracowników [129]. Uzyskane rezultaty potwierdziły założoną przez autorów wersję oryginalnej trójczynnikowej struktury narzędzia. Składają się na nią następujące podskale: przyjaciele, rodzina i osoba znacząca, opisujące źródła postrzeganego wsparcia społecznego. Analiza confirmacyjna potwierdziła tę trójczynnikową strukturę, pokazując odpowiednie dopasowanie zgromadzonych danych do przyjętego modelu. Narzędzie cechuje w pełni zadowalająca rzetelność zarówno dla wyniku ogólnego, jak i poszczególnych podskal: przyjaciele, rodzina, osoba znacząca.

W roku 2015 przeprowadzono kilka badań z wykorzystaniem polskiej adaptacji

MSPSS. Narzędzie badawcze wykorzystano w grupach: kobiet chorujących na nowotwór złośliwy piersi (Naumiuk, 2015), rodziców dzieci z zespołem Downa (Kózka, 2015) oraz opiekunów osób chorych na schizofrenię (Bucka, 2015). Otrzymane wyniki kwestionariusza MSPSS, we wszystkich badaniach potwierdziły dobre psychometryczne właściwości, uzyskując w pełni zadowalające rzetelności, a współczynniki α Cronbacha dla wyniku ogólnego przyjmowały wartości przekraczające 0,90 (Naumiuk, 2015 – $\alpha = 0,94$; Kózka, 2015 – $\alpha = 0,93$; Bucka, 2015 – $\alpha = 0,91$). Rezultaty badań również w podskalach były satysfakcjonujące, co potwierdza użyteczność i wartość tego narzędzia pomiaru nie tylko w populacji ogólnej, ale również w badaniach klinicznych.

Kwestionariusz Lęku Porodowego (KLP II)

Kwestionariusz Lęku Porodowego składa się z 9 stwierdzeń. Ma wektor ujemny co oznacza, że im więcej punktów tym gorzej i większy poziom lęku. Skala punktacji wynosi od 0 do 3. Stwierdzenia 1,4,6,7,8,9 mają przypisane wartości od 3 do 0. Stwierdzenia 2,3,5 mają przypisane wartości od 0 do 3. Najbardziej negatywny wpływ na wyniki miało stwierdzenie „boję się że mój poród będzie bolesny” ($2,04 \pm 0,75$). W nieco mniejszym stopniu negatywny wpływ miało stwierdzenie „obawiam się, że mój poród będzie długi” ($1,92 \pm 0,75$). Najmniejszy negatywny wpływ na tę domenę miało stwierdzenie „oczekiwanie na poród to dla mnie bardzo radosny okres” ($0,61 \pm 0,66$) oraz „czuję, że w trakcie porodu zajdą jakieś nieprzewidziane komplikacje” ($0,79 \pm 0,61$).

Tabela 16. Kwestionariusz Lęku Porodowego

Nr	treść pytania	Średnia	Odchylenie
1	obawiam się, że mój poród będzie długi	1,92	$\pm 0,75$
2	wiem, że w trakcie porodu będę całkowicie panowała nad sytuacją	1,51	$\pm 0,74$
3	martwię się, że moje dziecko może urodzić się z jakąś wadą	0,95	$\pm 0,76$
4	czuję, że w trakcie porodu zajdą jakieś nieprzewidziane komplikacje	0,79	$\pm 0,61$
5	jestem przekonana, że w trakcie porodu będę spokojna i opanowana	1,64	$\pm 0,70$
6	boję się, że mój poród będzie bolesny	2,04	$\pm 0,75$
7	jestem przekonana, że po porodzie szybko	0,87	$\pm 0,66$

	dojdę do siebie		
8	obawiam się, że moje dziecko może zostać uszkodzone w trakcie porodu	0,96	±0,54
9	oczekiwanie na poród to dla mnie bardzo radosny okres	0,61	±0,66

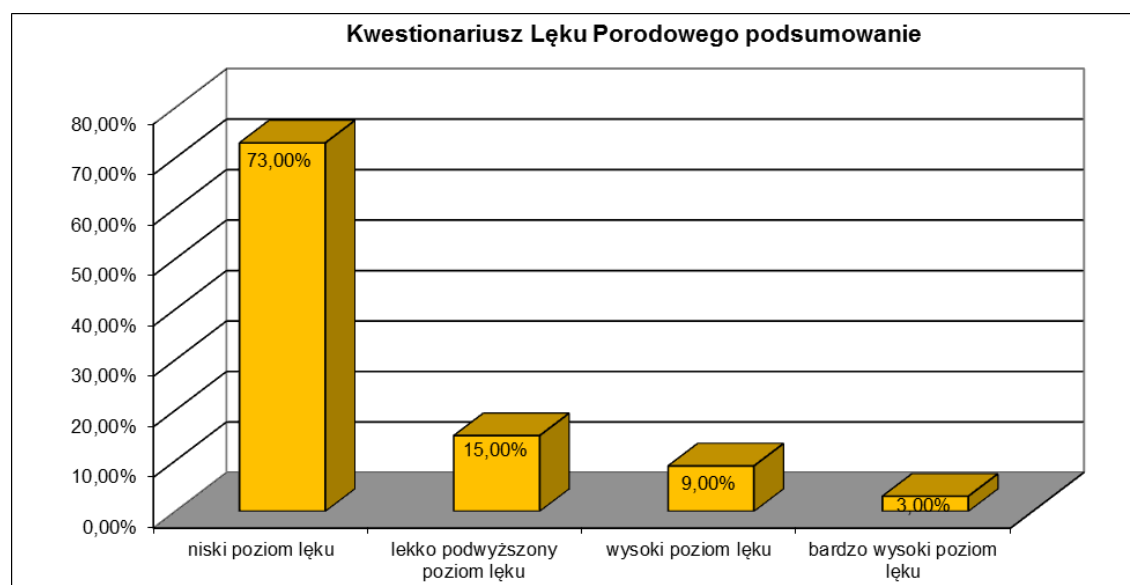
30. Kwestionariusz lęku porodowego podsumowanie.

Tabela 17. Kwestionariusz Lęku Porodowego – podsumowanie

	<i>N</i>	%
niski poziom lęku (0 – 13 pkt.)	365	73,00
lekko podwyższony poziom lęku (14 – 15 pkt.)	75	15,00
wysoki poziom lęku (16 – 17 pkt.)	45	9,00
bardzo wysoki poziom lęku (18 pkt. i więcej)	15	3,00

Z analizy wyników badań wynika, że najwięcej ankietowanych prezentowało niski poziom lęku (73,00%). Lekko podwyższony poziom lęku stwierdzono u (15,00%) respondentek. W dalszej kolejności stwierdzony został wysoki poziom lęku (9,00%). Najrzadziej ankietowane prezentowały bardzo wysoki poziom lęku (3,00%).

Znając poziom lęku porodowego przed wejściem rodzącej na salę porodową można szybko rozpocząć psychoprofilaktykę i znacząco podnieść jakość porodu.



Ryc. 25 Kwestionariusz Lęku Porodowego – podsumowanie

Tabela 18. Kwestionariusz Lęku Porodowego podsumowanie – ujęcie statystyczne

Kwestionariusz Lęku Porodowego - podsumowanie	Statystyka					
	średnia	Odchylenie	dominanta	mediana	Max	Min
Wyniki	11,29	±3,33	13	11	24	5

Twórców KLP II M. Paciork i L. Putyński przyjęli następujące normy interpretacji stopnia nasilenia lęku porodowego:

- 1) 13 pkt.- niski poziom nasilenia lęku porodowego
- 2) 14-15 pkt.- lekko podwyższony poziom lęku porodowego
- 3) 16-17 pkt.- wysoki poziom lęku porodowego
- 4) > 18 pkt.- bardzo wysoki poziom leku porodowego

Średni uzyskany w badaniach własnych wynik Kwestionariusza Lęku Porodowego wynosił 11,29±3,33 pkt. Świadczy to o niskim poziomie lęku. Najczęściej wynik wynosił 13 pkt., co także świadczy o niskim poziomie lęku. Połowa ankietowanych miała wynik wyższy niż 11 pkt. Najwyższy wynik wyniósł 24 pkt., zaś najniższy 5 pkt., przy rozpiętości skali od 0 do 27 pkt.

5.3. Porównanie wyników między szpitalami.

5.3.1. Dane socjodemograficzne.

1. Czy istnieje związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a wiekiem kobiet rodzących?

Tabela 19. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a wiekiem kobiet rodzących

Wiek	Szpital ZZOZ w Czarnkowie		Szpital Specjalistyczny w Pile		Razem	
	n	%	N	%	N	%
do 20 lat	18	7,63%	14	5,30%	32	6,40%
21-40 lat	208	88,14%	234	88,64%	442	88,40%
powyżej 40 lat	10	4,24%	16	6,06%	26	5,20%
Ogółem	236	100,00%	264	100,00%	500	100,00%
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=1,85$; $df=2$; $p=0,396$					

Jak pokazały badania, respondentki w wieku do 20 lat częściej rodziły w Szpitalu ZZOZ w Czarnkowie (7,63%). Badane w wieku 21 – 40 lat częściej rodziły w Szpitalu Specjalistycznym w Pile (88,64%). Ankietyowane w wieku powyżej 40 lat częściej rodziły w Szpitalu Specjalistycznym w Pile (6,06%).

Analiza badań statystycznych, na podstawie opracowanego materiału nie wykazała różnic istotnych statystycznie. Wynik χ^2 obliczony z danych empirycznych jest mniejszy od wyniku χ^2 tablicowego, zatem nie istnieje zależność zmiennych. Nie istnieje związek na przyjętym poziomie istotności między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a wiekiem kobiet rodzących ($p=0,396$).

2. Czy istnieje związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a wykształceniem kobiet rodzących?

Tabela 20. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a wykształceniem kobiet rodzących

Wykształcenie	Szpital ZZOZ w Czarnkowie		Szpital Specjalistyczny w Pile		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Podstawowe	11	4,66%	6	2,27%	17	3,40%
Zawodowe	97	41,10%	52	19,70%	149	29,80%
Średnie	89	37,71%	122	46,21%	211	42,20%
Wyższe	39	16,53%	84	31,82%	123	24,60%
Ogółem	236	100,00%	264	100,00%	500	100,00%
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=35,23$; $df=3$; $p=0,0001$; $V=0,26$					

Wyniki badań pokazały, że respondentki z wykształceniem podstawowym częściej rodziły w ZZOZ w Czarnkowie (4,66%), podobnie jak te z wykształceniem zawodowym (41,10%). W Szpitalu Specjalistycznym w Pile częściej rodziły ankietyowane z wykształceniem średnim (46,21%). Podobnie było z rodzącymi z wykształceniem wyższym. Ankietyowanych posiadających wykształcenie wyższe i rodzących w Szpitalu Specjalistycznym w Pile w badanej grupie było (31,82%).

Analiza badań statystycznych na podstawie opracowanego materiału, wykazała różnice istotne statystycznie. Wynik χ^2 obliczony z danych empirycznych jest większy od

wyniku χ^2 tablicowego zatem istnieje zależność zmiennych. Istnieje związek na przyjętym poziomie istotności między szpitalem, w którym prowadzono badanie a wykształceniem kobiet rodzących ($p < 0,05$).

3. Czy istnieje związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a miejscem zamieszkania kobiet rodzących ?

Tabela 21 Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a miejscem zamieszkania kobiet rodzących

Miejsce zamieszkania	Szpital ZZOZ w Czarnkowie		Szpital Specjalistyczny w Pile		Razem	
	N	%	N	%	N	%
miasto > 20 tys. mieszkańców	11	4,66%	148	56,06%	159	31,80%
miasto < 20 tys. mieszkańców	61	25,85%	68	25,76%	129	25,80%
wieś	164	69,49%	48	18,18%	212	42,40%
Ogółem	236	100,00%	264	100,00%	500	100,00%
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=180,89$; $df=2$; $p=0,0001$; $V=0,60$					

Z analizy badań wynika, iż respondentki mieszkające w mieście o liczbie mieszkańców większej niż 20 tys., częściej rodziły w Szpitalu Specjalistycznym w Pile (56,06%). Respondentki mieszkające w mieście o liczbie mieszkańców poniżej 20 tys. częściej rodziły w Szpitalu ZZOZ w Czarnkowie (25,85%). Również ankietowane mieszkających na wsi, częściej rodziły w ZZOZ w Czarnkowie (69,49%).

Analiza badań statystycznych, na podstawie opracowanego materiału wykazała różnice istotne statystycznie. Wynik χ^2 obliczony z danych empirycznych jest większy od wyniku χ^2 tablicowego, zatem istnieje zależność zmiennych. Istnieje związek, na przyjętym poziomie istotności, między szpitalem, w którym prowadzono badanie a miejscem zamieszkania rodzących ($p < 0,05$).

5.3.2. Dane kliniczne.

4. Czy istnieje związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a liczbą porodów ?

Tabela 22. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzani badanie a liczbą porodów

Liczba porodów	Szpital ZZOZ w Czarnkowie		Szpital Specjalistyczny w Pile		Razem	
	n	%	N	%	N	%
pierwszy	47	19,92%	86	32,58%	133	26,60%
drugi	91	38,56%	94	35,61%	185	37,00%
trzeci i więcej	98	41,53%	84	31,82%	182	36,40%
Ogółem	236	100,00%	264	100,00%	500	100,00%
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=11,02$; $df=2$; $p=0,004$; $V=0,15$					

Przeprowadzone badania pokazały, że wśród 264 ankietowanych, które rodziły w Szpitalu Specjalistycznym w Pile, przeważały pierworódki (32,58%). Respondentki rodzące drugi raz częściej rodziły w Szpitalu ZZOZ w Czarnkowie (38,56%). Również rodzących przynajmniej trzeci raz więcej było w Szpitalu ZZOZ w Czarnkowie (41,53%).

Analiza badań statystycznych, na podstawie opracowanego materiału, wykazała różnice istotne statystycznie. Wynik χ^2 obliczony z danych empirycznych jest większy od wyniku χ^2 tablicowego, zatem istnieje zależność zmiennych. Istnieje związek, na przyjętym poziomie istotności między szpitalem, w którym prowadzono badanie a liczbą porodów ankietowanych ($p=0,004$)

5. Czy istnieje związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a sposobem porodu ?

Tabela 23. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a sposobem porodu

Sposób porodu	Szpital ZZOZ w Czarnkowie		Szpital Specjalistyczny w Pile		Razem	
	n	%	N	%	N	%
siłami natury	186	78,81%	197	74,62%	383	76,60%
przez cesarskie cięcie	50	21,19%	67	25,38%	117	23,40%
Ogółem	236	100,00%	264	100,00%	500	100,00%
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=1,22$; $df=1$; $p=0,269$					

Analiza badań pokazała, że respondenci rodzące siłami natury częściej rodziły w Szpitalu ZZOZ w Czarnkowie (78,81%). Badane rodzące przez cięcie cesarskie częściej robiły to w Szpitalu Specjalistycznym w Pile (25,38%).

Analiza badań statystycznych, na podstawie opracowanego materiału, nie wykazała różnic istotnych statystycznie. Wynik χ^2 obliczony z danych empirycznych jest mniejszy od wyniku χ^2 tablicowego, zatem nie istnieje zależność zmiennych. Nie istnieje związek na przyjętym poziomie istotności między szpitalem, w którym prowadzono badanie a sposobem porodu ($p=0,269$).

6. Czy poród rodzinny u osób z bliskiego otoczenia kobiet rodzących miał związek z rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie ?

Tabela 24. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a porodem rodzinnym u osób z bliskiego otoczenia kobiet rodzących

Poród rodzinny u osób z bliskiego otoczenia	Szpital ZZOZ w Czarnkowie		Szpital Specjalistyczny w Pile		Razem	
	n	%	N	%	N	%
Tak	190	80,51%	218	82,58%	408	81,60%
Nie	46	19,49%	46	17,42%	92	18,40%
Ogółem	236	100,00%	264	100,00%	500	100,00%
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=0,35$; $df=1$; $p=0,551$					

Uzyskane wyniki badań jednoznacznie pokazują, że respondentki posiadające w bliskim otoczeniu osoby, rodzące rodzinnie częściej robiły to w Szpitalu Specjalistycznym w Pile (82,58%). Badane nie posiadające takiej osoby częściej rodziły w Szpitalu ZZOZ w Czarnkowie (19,49%).

Analiza badań statystycznych, na podstawie opracowanego materiału, nie wykazała różnic istotnych statystycznie. Wynik χ^2 obliczony z danych empirycznych jest mniejszy od wyniku χ^2 tablicowego, zatem nie istnieje zależność zmiennych. Nie istnieje związek na przyjętym poziomie istotności między szpitalem, w którym prowadzono badanie a porodem rodzinnym u osób z bliskiego otoczenia rodzących ($p=0,551$).

7. Czy istnieje związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a sprawdzeniem możliwości odbycia w nim porodu rodzinnego ?

Tabela 25. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a sprawdzeniem możliwości odbycia w nim porodu rodzinnego

Sprawdzenie możliwości porodu rodzinnego przy wyborze szpitala	Szpital ZZOZ w Czarnkowie		Szpital Specjalistyczny w Pile		Razem	
	N	%	N	%	N	%
tak	127	53,81%	195	73,86%	322	64,40%
nie	109	46,19%	69	26,14%	178	35,60%
Ogółem	236	100,00%	264	100,00%	500	100,00%
Wynik testu chi- kw.	$\chi^2=21,84$; $df=1$; $p=0,0001$; $fi=0,21$					

Po analizie uzyskanych badań, stwierdza się, że respondentki które sprawdziły możliwość porodu rodzinnego, częściej rodziły w Szpitalu Specjalistycznym w Pile (73,86%). Badane, które tego nie zrobiły, częściej rodziły w Szpitalu ZZOZ w Czarnkowie (46,19%).

Analiza badań statystycznych, na podstawie opracowanego materiału, wykazała różnice istotne statystycznie. Wynik χ^2 obliczony z danych empirycznych jest większy od wyniku χ^2 tablicowego, zatem istnieje zależność zmiennych. Istnieje związek, na przyjętym poziomie istotności, między szpitalem, w którym prowadzono badanie a sprawdzeniem możliwości odbycia w nim porodu rodzinnego ($p<0,05$).

8. Czy istnieje związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a rodzajem porodu ?

Tabela 26. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a rodzajem porodu

Rodzaj porodu	Szpital ZZOZ w Czarnkowie		Szpital Specjalistyczny w Pile		Razem	
	n	%	N	%	N	%
rodzinny	143	60,59%	203	76,89%	346	69,20%
bez udziału innych osób	93	39,41%	61	23,11%	154	30,80%
Ogółem	236	100,00%	264	100,00%	500	100,00%
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=15,53$; $df=1$; $p=0,0001$; $fi=0,18$					

Jak przeprowadzone badania pokazały, respondentki, które odbyły poród rodzinny częściej rodziły w Szpitalu Specjalistycznym w Pile (76,89%). Badane, które rodziły bez udziału osoby bliskiej, częściej robiły to w Szpitalu ZZOZ w Czarnkowie (39,41%).

Analiza badań statystycznych, na podstawie opracowanego materiału, wykazała różnice istotne statystycznie. Wynik χ^2 obliczony z danych empirycznych jest większy od wyniku χ^2 tablicowego, zatem istnieje zależność zmiennych. Istnieje związek, na przyjętym poziomie istotności, między szpitalem, w którym prowadzono badanie a rodzajem porodu ($p<0,05$).

9. Czy istnieje związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a rodzajem poprzedniego porodu ?

Tabela 27. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a rodzajem poprzedniego porodu

Rodzaj poprzedniego porodu	Szpital ZZOZ w Czarnkowie		Szpital Specjalistyczny w Pile		Razem	
	n	%	N	%	N	%
rodzinny	91	48,15%	118	66,29%	209	56,95%
bez udziału innych osób	98	51,85%	60	33,71%	158	43,05%
Ogółem	189	100,00%	178	100,00%	367	100,00%
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=12,3$; $df=1$; $p=0,0001$; $fi=0,18$					

Pytanie dotyczyło kobiet rodzących przynajmniej po raz drugi. Przeprowadzone badania i ich analiza pokazały, że respondentki, które odbyły poprzedni poród rodzinny częściej rodziły w Szpitalu Specjalistycznym w Pile (66,29%). Badane, które poprzednio rodziły bez udziału osoby bliskiej, częściej robiły to w Szpitalu ZZUZ w Czarnkowie (51,85%).

Analiza badań statystycznych, na podstawie opracowanego materiału, wykazała różnice istotne statystycznie. Wynik χ^2 obliczony z danych empirycznych jest większy od wyniku χ^2 tablicowego, zatem istnieje zależność zmiennych. Istnieje związek, na przyjętym poziomie istotności, między szpitalem, w którym prowadzono badanie a rodzajem poprzedniego porodu ($p < 0,05$).

10. Czy istnieje związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a uczestnictwem kobiet w zajęciach przygotowujących do porodu ?

Tabela 28. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a uczestnictwem w zajęciach przygotowujących do porodu

Uczestnictwo w zajęciach przygotowujących do porodu?	Szpital ZZUZ w Czarnkowie		Szpital Specjalistyczny w Pile		Razem	
	n	%	N	%	N	%
tak	140	59,32%	116	43,94%	256	51,20%
nie	96	40,68%	148	56,06%	244	48,80%
Ogółem	236	100,00%	264	100,00%	500	100,00%
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=11,80$; $df=1$; $p=0,001$; $fi=0,15$					

Odpowiedzi uzyskane na to pytanie pokazują, iż respondentki uczestniczące w zajęciach przygotowujących do porodu, częściej rodziły w Szpitalu ZZUZ w Czarnkowie (59,32%). Badane, które nie uczestniczyły w takich zajęciach, częściej rodziły w Szpitalu Specjalistycznym w Pile (56,06%).

Analiza badań statystycznych, na podstawie opracowanego materiału, wykazała różnice istotne statystycznie. Istnieje związek, na przyjętym poziomie istotności, między szpitalem, w którym prowadzono badanie a uczestnictwem w zajęciach przygotowujących do porodu ($p=0,001$).

11. Czy istnieje związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a opinią na temat oczekiwań związanych z porodem rodzinnym ?

Tabela 29. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a opinią na temat oczekiwań związanych z porodem rodzinnym

Opinia na temat oczekiwań związanych z porodem rodzinnym	Szpital ZZOK w Czarnkowie		Szpital Specjalistyczny w Pile		Razem	
	n	%	N	%	N	%
Tak	128	89,51%	196	96,55%	324	93,64%
Nie	15	10,49%	7	3,45%	22	6,36%
Ogółem	143	100,00%	203	100,00%	346	100,00%
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=6,99$; $df=1$; $p=0,008$; $\bar{f}=0,14$					

Pytanie dotyczyło jedynie kobiet, których ostatni poród był rodzinny. Wyniki badań pokazały, że respondenci, których poród rodzinny spełnił oczekiwania, częściej rodziły w Szpitalu Specjalistycznym w Pile (96,55%). Badane, w których opinii poród rodzinny nie spełnił oczekiwań, częściej rodziły w Szpitalu ZZOK w Czarnkowie (10,49%).

Analiza badań statystycznych na podstawie opracowanego materiału, wykazała różnice istotne statystycznie. Istnieje związek na przyjętym poziomie istotności, między szpitalem, w którym prowadzono badanie a opinią na temat oczekiwań związanych z porodem rodzinnym ($p=0,008$).

12. Czy istnieje związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a planowaniem kolejnego porodu rodzinnego ?

Tabela 30. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a planowaniem kolejnego porodu rodzinnego

Planowanie kolejnego porodu rodzinnego	Szpital ZZOK w Czarnkowie		Szpital Specjalistyczny w Pile		Razem	
	n	%	N	%	N	%
Tak	117	49,58%	190	71,97%	307	61,40%
Nie	72	30,51%	41	15,53%	113	22,60%
nie wiem	47	19,92%	33	12,50%	80	16,00%
Ogółem	236	100,00%	264	100,00%	500	100,00%
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=26,83$; $df=2$; $p=0,0001$; $V=0,23$					

W wyniku badań, uzyskano odpowiedź, iż pacjentki, które planują kolejny poród rodzinny częściej rodziły w Szpitalu Specjalistycznym w Pile (71,97%). Analogicznie badane, które nie planują kolejnego porodu rodzinnego, to ankietowane, które częściej rodziły w Szpitalu ZZOZ w Czarnkowie (30,51%), podobnie jak badane nie mające zdania na ten temat (19,92%).

Analiza badań statystycznych, na podstawie opracowanego materiału, wykazała różnice istotne statystycznie. Istnieje związek, na przyjętym poziomie istotności, między szpitalem, w którym prowadzono badanie a planowaniem kolejnego porodu rodzinnego ($p < 0,05$).

5.3.3. Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego.

13. Czy istnieje związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a Wielowymiarową Skalą Spostrzegania Wsparcia Społecznego ?

Tabela 31. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a Wielowymiarową Skalą Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala przyjaciele – ujęcie statystyczne

Zmienna	Szpital	N	M	Me	Min	Max	SD	CV%	Test Manna-Whitneya		
									U	Z	p
Podskala Przyjaciele	ZZOZ Czarnków	236	22,88	24	10	28	3,07	13,4	28982	1,378	0,1681
	SzS Piła	264	22,83	24	7	28	4,50	19,7			
Liczebność grupy badanej: N – liczebność; M – średnia arytmetyczna; Me. – mediana; Min., Maks. – wartości minimalna i maksymalna; SD – odchylenie standardowe; CV% – współczynnik zmienności; U – wartość statystyki U dla testu Manna-Whitneya; Z – wartość standaryzowana rozkładu normalnego dla statystyki testu Manna-Whitneya; p – wartość dwustronnego asymptotycznego prawdopodobieństwa testowego dla testu Manna-Whitneya; <u>podkreśleniem oznaczono istotne różnice</u>											

Tabela 32. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a Wielowymiarową Skalą Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala rodzina – ujęcie statystyczne

Zmienna	Szpital	N	M	Me	Min	Max	SD	CV%	Test Manna-Whitneya		
									U	Z	P
Podskala Rodzina	ZZOZ Czarnków	236	25,00	25	8	28	2,56	10,2	25353	3,675	<u>0,0002</u>
	SzS Piła	264	25,42	26	4	28	3,31	13,0			
Liczebność grupy badanej: N – liczebność; M – średnia arytmetyczna; Me. – mediana; Min., Maks. – wartości minimalna i maksymalna; SD – odchylenie standardowe; CV% – współczynnik zmienności; U – wartość statystyki U dla testu Manna-Whitneya; Z – wartość standaryzowana rozkładu normalnego dla statystyki testu Manna-Whitneya; p – wartość dwustronnego asymptotycznego prawdopodobieństwa testowego dla testu Manna-Whitneya; <u>podkreśleniem oznaczono istotne różnice</u>											

Tabela 33. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a Wielowymiarową Skalą Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala osoba znacząca – ujęcie statystyczne

Zmienna	Szpital	N	M	Me	Min	Max	SD	CV%	Test Manna-Whitneya		
									U	Z	P
Podskala Osoba znacząca	ZZOZ Czarnków	236	26,83	28	20	28	1,78	6,6	30644	0,371	0,7105
	SzS Piła	264	26,51	28	4	28	3,11	11,7			

Liczebność grupy badanej: N – liczebność; M – średnia arytmetyczna; Me. – mediana; Min., Maks. – wartości minimalna i maksymalna; SD – odchylenie standardowe;
CV% – współczynnik zmienności; U – wartość statystyki U dla testu Manna-Whitneya; Z – wartość standaryzowana rozkładu normalnego dla statystyki testu Manna-Whitneya;
p – wartość dwustronnego asymptotycznego prawdopodobieństwa testowego dla testu Manna-Whitneya;
podkreśleniem oznaczono istotne różnice

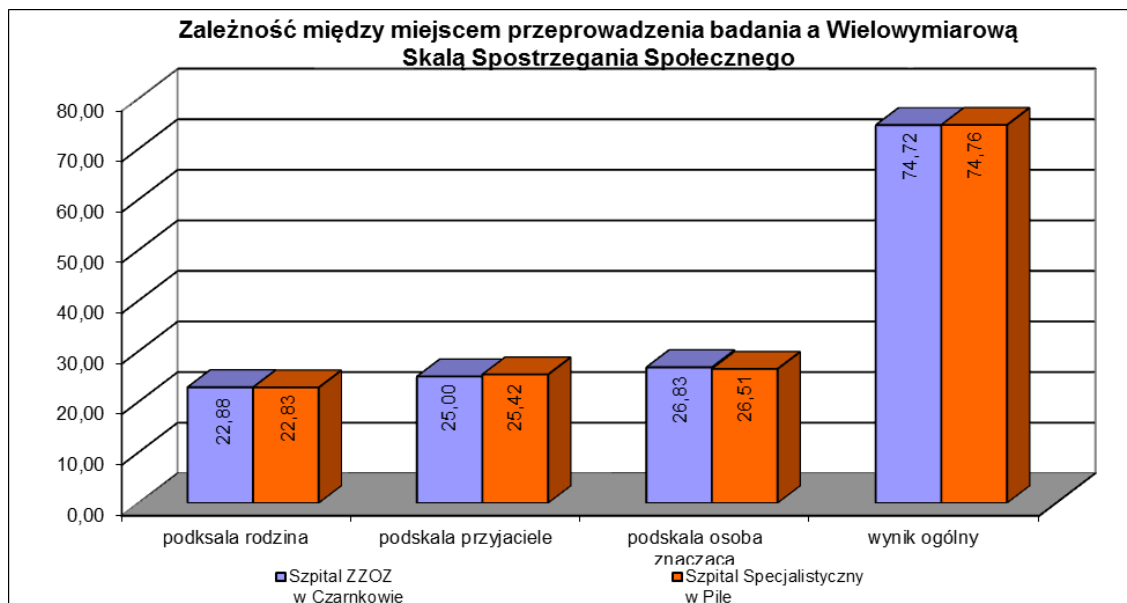
Tabela 34. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a Wielowymiarową Skalą Spostrzegania Wsparcia Społecznego – wynik ogólny – ujęcie statystyczne

Zmienna	Szpital	N	M	Me	Min	Max	SD	CV%	Test Manna-Whitneya		
									U	Z	P
Podskala Ogółem	ZZOZ Czarnków	236	74,72	75	45	84	6,14	8,2	27402	2,332	<u>0,0196</u>
	SzS Piła	264	74,76	77	20	84	9,60	12,8			

Liczebność grupy badanej: N – liczebność; M – średnia arytmetyczna; Me. – mediana; Min., Maks. – wartości minimalna i maksymalna; SD – odchylenie standardowe;
CV% – współczynnik zmienności; U – wartość statystyki U dla testu Manna-Whitneya; Z – wartość standaryzowana rozkładu normalnego dla statystyki testu Manna-Whitneya;
p – wartość dwustronnego asymptotycznego prawdopodobieństwa testowego dla testu Manna-Whitneya;
podkreśleniem oznaczono istotne różnice

Pomimo niskiego współczynnika zmienności wsparcia, co świadczy o niewielkim związku wsparcia społecznego z miejscem rodzenia, pacjentki Szpitala Specjalistycznego w Pile osiągnęły lepsze wyniki w podskali rodzina oraz w wyniku ogólnym.

Wyniki nieparametrycznego testu Manna-Whitneya wskazały istnienie istotnych statystycznie na poziomie $p < 0,05$ różnic pomiędzy miejscem badania w podskalach rodzina i wynik ogólny. Pozostałe podskale tj. przyjaciele i osoba znacząca Wielowymiarowej Skali Spostrzegania Wsparcia Społecznego nie wykazały tych różnic.



Ryc. 26 Zależność między miejscem przeprowadzenia badania a Wielowymiarową Skalą Spostrzegania Wsparcia Społecznego

Analiza otrzymanych wyników, badania standaryzowanego Wielowymiarowej Skali Spostrzegania Wsparcia Społecznego, pozwala na postawienie wniosku, iż wsparcie społeczne kobiety, nie jest czynnikiem determinującym ankietowane do wyboru porodu rodzinnego lub tradycyjnego.

5.3.4. Kwestionariusz Lęku Porodowego.

14. Czy istnieje związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a Kwestionariuszem Lęku Porodowego?

Tabela 35. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a Kwestionariuszem Lęku Porodowego

Kwestionariusz Lęku Porodowego	Szpital ZZOZ w Czarnkowie		Szpital Specjalistyczny w Pile		Razem	
	N	%	n	%	N	%
Niski	201	85,17%	156	59,09%	357	71,40%
lekko podwyższony	19	8,05%	35	13,26%	54	10,80%
Wysoki	13	5,51%	40	15,15%	53	10,60%
bardzo wysoki	3	1,27%	33	12,50%	36	7,20%
Ogółem	236	100,00%	264	100,00%	500	100,00%
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=47,75$; $df=3$; $p=0,0001$; $V=0,31$					

Analiza wyników Kwestionariusza Lęku Porodowego pokazała, iż respondentki prezentujące niski jego poziom częściej rodziły w Szpitalu ZZUZ w Czarnkowie (83,05%). Badane, u których stwierdzono lekko podwyższony poziom lęku częściej rodziły w Szpitalu Specjalistycznym w Pile (17,42%), podobnie jak badane z wysokim poziomem lęku (15,53%). Ankietowane prezentujące bardzo wysoki poziom lęku również częściej rodziły w Szpitalu Specjalistycznym w Pile (3,03%).

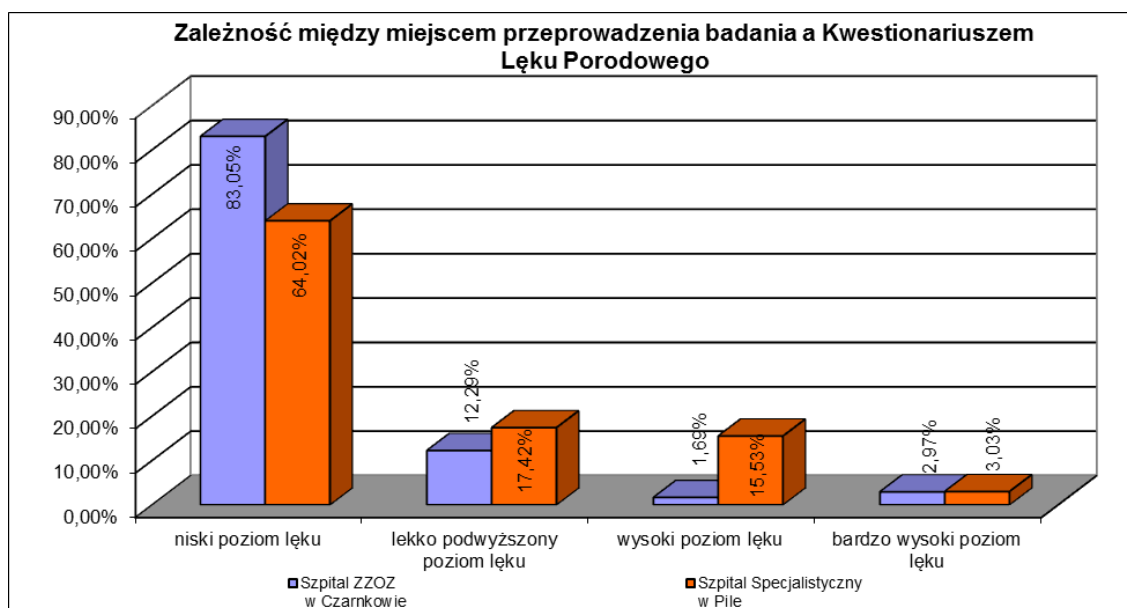
Wiele badań pokazuje, że lęk przed porodem występuje zarówno u pierwiastek, jak i wieloródek. Lęk ciężarnej przed porodem uzależniony jest od czynników społeczno-ekonomicznych kobiety, od typu osobowości, liczby przebytych porodów oraz ich przebiegu, od statusu materialnego rodzącej. Badania pokazują także, że nasilenie lęku przed porodem jest uwarunkowane kulturowo i lęk ten bardziej powszechny jest na obszarach miejskich [147]. Badania własne potwierdzają obserwacje innych badaczy.

Analiza badań statystycznych na podstawie opracowanego materiału, wykazała różnice istotne statystycznie. Istnieje związek na przyjętym poziomie istotności między szpitalem, w którym prowadzono badanie a Kwestionariuszem Lęku Porodowego ($p < 0,05$).

Tabela 36. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a Kwestionariuszem Lęku Porodowego – ujęcie statystyczne

	Szpital ZZUZ w Czarnkowie		Szpital Specjalistyczny w Pile		Test Manna-Whitneya		
Lęk poporodowy	M	Sd	M	Sd	U	Z	P
	9,5	3,676	12,35	4,240	18964	7,575	<u>0,000001</u>

p – wartość dwustronnego asymptotycznego prawdopodobieństwa testowego dla testu Manna-Whitneya; - różnice istotne statystycznie



Ryc. 27 Zależność między miejscem przeprowadzenia badania a Kwestionariuszem Lęku Porodowego

Analiza wyników Kwestionariusza Lęku Porodowego jednoznacznie pokazuje, iż poziom lęku pacjentek rodzących w Szpitalu Specjalistycznym w Pile jest wyższy od tych rodzących w ZZOZ w Czarńkowie. Brak korelacji pomiędzy KLP, a MSPSS pokazuje, iż lęk porodowy występuje niezależnie od poziomu wsparcia społecznego jakie mają kobiety. Skąd więc wyższy poziom lęku w respondentek rodzących w Szpitalu Specjalistycznym w Pile ? Odpowiedzi na to pytanie należy szukać w wyższym stopniu referencji. Szpital Specjalistyczny w Pile jest II stopnia referencji, a ZZOZ w Czarńkowie, funkcjonuje jako szpital powiatowy I stopnia referencji. Oczywistym jest więc, że w szpitalu o wyższym stopniu referencji jakim jest Szpital Specjalistyczny w Pile rodzi wiele pacjentek, których ciąży były obciążone i zagrożone. Należą do nich szczególnie: ciąży bliźniacze, ciąży z hipotrofią i hipertrofią, ciąży powikłane cukrzycą ciążową oraz wszystkie zagrożone porodem przedwczesnym. Takie sytuacje położnicze oczywiście sprzyjają większym natężeniom lęku.

5.3.5. Analiza korelacji pomiędzy obiema skalami

Tabela 37. Związek pomiędzy lękiem porodowym a poziomem spostrzegania wsparcia społecznego

Para zmiennych	r Pearsona	P
Lęk porodowy & Przyjaciele	-0,01	0,846
Lęk porodowy & Rodzina	0,05	0,229
Lęk porodowy & Osoba znacząca	0,00	0,947
Lęk porodowy & Wynik ogólny	0,02	0,713

Analiza korelacji pomiędzy skalami obu kwestionariuszy nie wykazała związków pomiędzy zmiennymi. Uzyskano komplet wyników nieistotnych statystycznie przy bardzo niskiej (bliskiej zera) wartości współczynników r. Nie ma podstaw do przyjęcia hipotezy o istnieniu związku pomiędzy wartościami uzyskiwanymi przez ciężarne w skali lęku porodowego a skalami kwestionariusza MSPSS.

5.3.6. Wpływ zmiennych niezależnych na wyniki KLP i MSPSS

15. Czy wiek ankietowanych miał wpływ na wynik obu skal?

Tabela 38. Wpływ wieku na zależność pomiędzy lękiem porodowym a poziomem spostrzegania wsparcia społecznego

Skala/podskala	G1: do 20 lat		G2: 21-40 lat		G3: pow. 40 lat		P (test F)	P (post-hoc)
	M	SD	M	SD	M	SD		
Przyjaciele	22,31	4,01	22,88	3,85	23,08	4,38	0,699	Ni
Rodzina	25,72	2,17	25,18	3,03	25,46	3,13	0,562	Ni
Osoba znacząca	26,75	1,76	26,67	2,61	26,42	2,69	0,875	Ni
Wynik ogólny	74,78	7,25	74,72	8,23	74,96	8,06	0,989	Ni
Lęk porodowy	11,41	4,52	11,05	4,19	9,81	4,55	0,299	Ni

Analiza obu skal, w odniesieniu do wieku ankietowanych, nie wykazała zależności istotnej statystycznie. Wszystkie trzy przedziały wiekowe respondentek nie dają podstaw do postawienia hipotezy o zależności KLP do MSPSS.

16. Czy wykształcenie ankietowanych miało wpływ na wynik obu skal ?

Tabela 39. Wpływ wykształcenia na zależność pomiędzy lękiem porodowym a poziomem spostrzegania wsparcia społecznego

Skala/podskala	G1: podst. lub zaw.		G2: Średnie		G3: Wyższe		p (test F)	P (post-hoc)
	M	SD	M	SD	M	SD		
Przyjaciele	21,97	3,92	22,85	3,75	24,04	3,78	0,000	G1-G2: p=0,090 G1-G3: p=0,000 G2-G3: p=0,038
Rodzina	24,78	3,24	25,19	2,92	25,89	2,62	0,007	G1-G2: p=0,404 G1-G3: p=0,009 G2-G3: p=0,159
Osoba znacząca	26,37	3,07	26,70	2,50	27,00	1,81	0,118	Ni
Wynik ogólny	73,12	9,14	74,74	7,71	76,93	6,90	0,000	G1-G2: p=0,158 G1-G3: p=0,001 G2-G3: p=0,083
Lęk porodowy	10,29	4,04	11,16	4,24	11,71	4,35	0,014	G1-G2: p=0,141 G1-G3: p=0,022 G2-G3: p=0,564

Uzyskane wyniki pokazują zależność KLP i MSPSS. Analiza obu skal daje podstawę do postawienia hipotezy, iż stopień wykształcenia jest czynnikiem mającym wpływ na postrzeganie wsparcia społecznego w podskali przyjaciele i rodzina na poziom lęku porodowego. W obu kwestionariuszach zależność dotyczy respondentek z grupy G1 i G3. Ankietowane tych grup posiadały odpowiednio wykształcenie podstawowe lub zawodowe i wykształcenie wyższe.

17. Czy miejsce zamieszkania ankietowanych miało wpływ na wynik obu skal ?

Tabela 40. Wpływ miejsca zamieszkania na zależność pomiędzy lękiem porodowym a poziomem spostrzegania wsparcia społecznego

Skala/podskala	G1: wieś		G2: miasto do 20 tys.		G3: miasto pow. 20 tys.		p (test F)	p (post-hoc)
	M	SD	M	SD	M	SD		
Przyjaciele	22,36	3,77	23,01	4,03	23,37	3,87	0,041	G1-G2: p=0,731 G1-G3: p=0,053 G2-G3: p=0,374
Rodzina	24,86	2,85	25,43	2,73	25,55	3,31	0,062	Ni
Osoba znacząca	26,60	2,27	26,68	2,21	26,74	3,16	0,876	Ni
Wynik ogólny	73,83	7,50	75,12	7,58	75,65	9,26	0,084	Ni
Lęk porodowy	10,28	3,90	10,71	4,26	12,21	4,38	0,000	G1-G2: p=0,010 G1-G3: p=0,000 G2-G3: p=0,692

Uzyskane wyniki badań wykazują zależność istotną statystycznie pomiędzy obiema skalami w podskali przyjaciele, w grupie respondentek mieszkających na wsi do tych mieszkających w mieście powyżej 20 tys. mieszkańców. Zależności takiej nie uzyskano w podskalach rodzina i osoba znacząca.

18. Czy ilość porodów ankietowanych ma wpływ na wynik obu skal?

Tabela 41. Wpływ ilości porodów na zależności pomiędzy lękiem porodowym a poziomem spostrzegania wsparcia społecznego - w podziale na dwie grupy

Skala/podskala	G1: pierwiastka		G2: wieloródka		p (test t)
	M	SD	M	SD	
Przyjaciele	23,50	4,00	22,61	3,82	0,023
Rodzina	25,80	2,63	25,02	3,08	0,009
Osoba znacząca	27,05	1,80	26,52	2,78	0,041
Wynik ogólny	76,36	7,25	74,15	8,38	0,007
Lęk porodowy	11,83	4,04	10,71	4,26	0,008

Analizując zależność pomiędzy skalą KLP a MSPSS w odniesieniu do pierwiastek i wieloródek, uzyskano wynik potwierdzający tę zależność w podskali rodzina i osoba znacząca. W podskali przyjaciele zależności istotnej statystycznie nie stwierdzono.

19. Czy ilość porodów z podziałem na grupy ma wpływ na wynik obu skal?

Tabela 42. Wpływ ilości porodów z podziałem na grupy na zależność pomiędzy lękiem porodowym a poziomem spostrzegania wsparcia społecznego - w podziale na trzy grupy

Skala/podskala	G1: pierwszy		G2: Drugi		G3: trzeci i więcej		P (test F)	P (post-hoc)
	M	SD	M	SD	M	SD		
Przyjaciele	23,50	4,00	23,25	3,55	21,96	3,99	0,000	G1-G2: p=0,856 G1-G3: p=0,003 G2-G3: p=0,004
Rodzina	25,80	2,63	25,35	2,86	24,68	3,26	0,003	G1-G2: p=0,423 G1-G3: p=0,005 G2-G3: p=0,075
Osoba znacząca	27,05	1,80	26,69	2,34	26,36	3,17	0,059	Ni
Wynik ogólny	76,36	7,25	75,29	7,47	72,99	9,09	0,001	G1-G2: p=0,524

								G1-G3: p=0,002 G2-G3: p=0,018
Lęk porodowy	11,83	4,04	11,41	4,43	9,99	3,97	0,000	G1-G2: p=0,684 G1-G3: p=0,001 G2-G3: p=0,003

Poszerzając analizę o podział na trzy grupy ankietowanych, zależność pomiędzy obiema skalami prezentuje się następująco. Nie wykazano zależności statystycznej w MSPSS w podskali osoba znacząca. Uzyskane wyniki pokazują zależność istotną statystycznie w grupie pacjentek G1 do G3 w MSPSS oraz G1 do G3 i G2 do G3 w KLP.

20. Czy sposób porodu ma wpływ na zależność pomiędzy obiema skalami ?

Tabela 43. Wpływ sposobu porodu na zależność pomiędzy lękiem porodowym a poziomem spostrzegania wsparcia społecznego

Skala/podskala	G1: siłami natury		G2: cesarskie cięcie		p (test t)
	M	SD	M	SD	
Przyjaciele	22,90	3,83	22,68	4,08	0,579
Rodzina	25,23	3,10	25,21	2,57	0,931
Osoba znacząca	26,61	2,74	26,85	1,89	0,381
Wynik ogólny	74,74	8,34	74,73	7,52	0,984
Lęk porodowy	10,81	4,14	11,64	4,45	0,063

Analiza uzyskanych wyników nie wykazała zależności statystycznej pomiędzy skalami KLP a MSPSS w zależności od sposobu porodu. Można, więc domniemać, iż poziom lęku respondentek był niezależny od spostrzegania wsparcia społecznego jakie odczuwały, a sposobem porodu jakie odbyły.

21. Czy planowanie kolejnego porodu rodzinnego ma wpływ na wyniki obu skal?

Tabela 44. Wpływ planowania kolejnego porodu rodzinnego na zależność pomiędzy lękiem porodowym a poziomem spostrzegania wsparcia społecznego

Skala/podskala	G1: Planuję		G2: nie planuję		G3: nie wiem		P (test F)	P (post-hoc)
	M	SD	M	SD	M	SD		
Przyjaciele	23,45	3,78	21,86	3,51	21,94	4,34	0,000	G1-G2: p=0,005 G1-G3: p=0,032 G2-G3: p=0,991
Rodzina	25,58	2,86	24,52	3,08	24,85	3,14	0,002	G1-G2: p=0,019 G1-G3: p=0,259 G2-G3: p=0,762
Osoba znacząca	26,79	2,50	26,61	2,13	26,28	3,28	0,278	Ni
Wynik ogólny	75,82	7,97	72,99	7,12	73,06	9,47	0,001	G1-G2: p=0,022 G1-G3: p=0,076 G2-G3: p=0,998
Lęk porodowy	11,47	4,39	9,96	3,66	10,73	4,12	0,002	G1-G2: p=0,018 G1-G3: p=0,503 G2-G3: p=0,476

Wykazano istotne statystycznie zależności pomiędzy obiema skalami. W skali KLP pomiędzy grupą G1 a G2. W skali MSPSS nie uzyskano jedynie zależność w podskali osoba znacząca. Wszystkie istotne statystycznie zależności jakie wykazała analiza wyników dotyczą grupy pacjentek G1 i G2, zarówno w skali MSPSS jak KLP.

5.3.7. Sprawdzenie zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi a podjęciem decyzji o rodzaju porodu

Tabela 45. Wpływ wieku na zależność w podjęciu decyzji o wyborze rodzaju porodu

Rodzaj porodu	do 20 lat		21-40 lat		powyżej 40 lat		Razem	
	N	%	n	%	N	%	N	%
Rodzinny	32	100,00 %	295	66,74%	19	73,08%	346	69,20%
bez udziału innych osób	0	0,00%	147	33,26%	7	26,92%	154	30,80%
Ogółem	32	100,00 %	442	100,00 %	26	100,00 %	500	100,00 %
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=15,69$; $df=2$; $p=0,004$; $V=0,18$							

Poród rodzinny w kryterium zmiennej niezależnej jaką był wiek ankietowanych wykazał zależność w grupie pacjentek pomiędzy 21 a 40 rokiem życia w stosunku do pacjentek z pozostałych grup wiekowych zarówno w wyborze porodu rodzinnego jak i tradycyjnego.

Tabela 46. Wpływ wykształcenia na zależność w podjęciu decyzji o wyborze rodzaju porodu

Rodzaj porodu	podst. lub zawodowe		średnie		wyższe		Razem	
	N	%	n	%	N	%	N	%
Rodzinny	85	51,20%	151	71,56%	110	89,43 %	346	69,20%
bez udziału innych osób	81	48,80%	60	28,44%	13	10,57 %	154	30,80%
Ogółem	166	100,00 %	211	100,00 %	123	100,00 %	500	100,00 %
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=49,39$; $df=2$; $p=0,0001$; $V=0,31$							

Analiza statystyczna wykazała, zależność pomiędzy pacjentkami z wykształceniem średnim i wyższym do tych z wykształceniem zawodowym i podstawowym w wyborze porodu rodzinnego lub tradycyjnego. Na poród rodzinny decydowały się najczęściej respondenci z wykształceniem średnim. Poród bez udziału osoby bliskiej częściej wybierały rodzące z wykształceniem podstawowym lub zawodowym.

Tabela 47. Wpływ miejsca zamieszkania na zależność w podjęciu decyzji o wyborze rodzaju porodu

Rodzaj porodu	miasto > 20 tys. mieszk.		miasto < 20 tys. mieszk.		wieś		Razem	
	N	%	n	%	N	%	N	%
Rodzinny	130	81,76 %	105	81,40%	111	52,36 %	346	69,20%
bez udziału innych osób	29	18,24 %	24	18,60%	101	47,64 %	154	30,80%
Ogółem	159	100,00 %	129	100,00 %	212	100,00 %	500	100,00 %
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=48,98$; $df=2$; $p=0,0001$; $V=0,31$							

Analiza zmiennej jaką było miejsce zamieszkania badanych rodzających wykazała zależność w grupie pacjentek mieszkających w obszarze wiejskim w stosunku do tych z obszarów miejskich w wyborze porodu bez osoby towarzyszącej. Poród rodzinny częściej wybierały mieszkanki miasta > 20 tys. mieszkańców w porównaniu od rodzających zamieszkujących środowisko wiejskie.

Tabela 48. Podjęciu decyzji o wyborze rodzaju porodu pomiędzy pierwiastkami a wieloródkami

Rodzaj porodu	pierwiastka		Wieloródka		Razem	
	N	%	n	%	N	%
Rodzinny	122	91,73%	224	61,04%	346	69,20%
bez udziału innych osób	11	8,27%	143	38,96%	154	30,80%
Ogółem	133	100,00%	367	100,00%	500	100,00%
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=43,15$; $df=1$; $p=0,0001$; $fi=0,29$					

Analiza statystyczna wykazała także zależność ankietowanych wieloródek w stosunku do grupy respondentek, które były pierworódkami. Wieloródki to grupa ankietowanych, które częściej decydowały się na poród bez osoby bliskiej wybierając poród tradycyjny.

Tabela 49. Wpływ sposobu porodu na zależność w podjęciu decyzji o wyborze rodzaju porodu

Rodzaj porodu	siłami natury		cięcie cesarskie		Razem	
	N	%	n	%	N	%
Rodzinny	244	63,71%	102	87,18%	346	69,20%
bez udziału innych osób	139	36,29%	15	12,82%	154	30,80%
Ogółem	383	100,00%	117	100,00%	500	100,00%
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=23,16$; $df=1$; $p=0,0001$; $fi=0,22$					

Poród siłami natury to dla większości rodzących poród rodzinny. Wynik analizy statystycznej 102 porodów rodzinnych, które ukończone zostały przez zabieg cięcia cesarskiego wskazuje na to, iż łączna suma porodów rodzinnych to 69,20% badanej grupy. Wykazano istotną zależność pomiędzy porodami siłami natury, a porodami przez cięcie cesarskie w grupie pacjentek rodzących tradycyjnie.

Tabela 50. Wpływ porodu w bliskim otoczeniu rodzącej na zależność w podjęciu decyzji o wyborze rodzaju porodu

Rodzaj porodu	poród rodzinny w otoczeniu		brak porodu w otoczeniu		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Rodzinny	310	75,98%	36	39,13%	346	69,20%
bez udziału osób innych	98	24,02%	56	60,87%	154	30,80%
Ogółem	408	100,00%	92	100,00%	500	100,00%
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=47,83$; $df=1$; $p=0,0001$; $fi=0,31$					

Odpowiedzi uzyskane na pytanie dotyczące wpływu osób w bliskim otoczeniu rodzącej, które odbyły poród rodzinny dają odpowiedź, że istnieje zależność pomiędzy wyborem porodu rodzinnego do porodu tradycyjnego.

Tabela 51. Możliwości odbycia porodu rodzinnego w wybranym szpitalu a podjęcie decyzji o wyborze rodzaju porodu

Rodzaj porodu	sprawdzano możliwość odbycia porodu rodzinnego		nie sprawdzano możliwości odbycia porodu rodzinnego		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Rodzinny	311	96,58%	35	19,66%	346	69,20%
bez udziału innych osób	11	3,42%	143	80,34%	154	30,80%
Ogółem	322	100,00%	178	100,00%	500	100,00%
Wynik testu chi- kw.	$\chi^2=318,23$; $df=1$; $p=0,0001$; $fi=0,80$					

Również analiza uzyskanych wyników dotycząca sprawdzenia możliwości odbycia porodu rodzinnego w wybranym szpitalu, wykazuje zależność pomiędzy rodzajami wybranego porodu.

Tabela 52. Wpływ uczestnictwa w zajęciach przygotowujących do porodu a podjęcie decyzji o wyborze rodzaju porodu

Rodzaj porodu	uczestnictwo w zajęciach przygotowujących do porodu		brak uczestnictwa w zajęciach przygotowujących do porodu		Razem	
	N	%	N	%	n	%
Rodzinny	200	78,13%	146	59,84%	346	69,20%
bez udziału innych osób	56	21,88%	98	40,16%	154	30,80%
Ogółem	256	100,00%	244	100,00%	500	100,00%
Wynik testu chi- kw.	$\chi^2=19,61$; $df=1$; $p=0,0001$; $fi=0,20$					

Wpływ udziału w edukacji przedporodowej nie wpływał na decyzję o wyborze rodzaju porodu. 78,13% rodzących, które aktywnie przygotowały się do porodu rodziło wraz z osobą bliską. Jednak 59,84% które nie uczestniczyły w zajęciach edukacyjnych również wybrało poród rodzinny.

Tabela 53. Wpływ rodzaju zajęć przygotowujących do porodu a podjęcie decyzji o wyborze rodzaju porodu

Rodzaj porodu	szkoła rodzenia		spotkania indywidualne z położną		Razem	
	N	%	N	%	n	%
Rodzinny	98	87,50%	71	65,14%	169	76,47%
bez udziału innych osób	14	12,50%	38	34,86%	52	23,53%
Ogółem	112	100,00%	109	100,00%	221	100,00%
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=15,35$; $df=1$; $p=0,0001$; $fi=0,26$					

Wykazano zależność pomiędzy obiema grupami pacjentek korzystających z różnych form przygotowania do porodu, a wyborem porodu rodzinnego lub porodu tradycyjnego.

5.4. Wnioski wynikające z badań

1. Nie wykazano zależności istotnej statystycznie między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a wiekiem kobiet rodzących.
2. Wykazano zależność istotną statystycznie między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a wykształceniem ankietowanych.
3. Wykazano zależność istotną statystycznie między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a miejscem zamieszkania ankietowanych.
4. Wykazano zależność istotną statystycznie między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a liczbą porodów.
5. Nie wykazano zależności istotnej statystycznie między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a sposobem porodu respondentek (psn, a cc).
6. Nie wykazano zależności istotnej statystycznie między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a porodem rodzinnym u osób z bliskiego otoczenia ankietowanych.
7. Wykazano zależność istotną statystycznie między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a sprawdzeniem możliwości odbycia w nim porodu rodzinnego.
8. Wykazano zależność istotną statystycznie między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a rodzajem porodu (poród rodzinny / poród bez osoby towarzyszącej).
9. Wykazano zależność istotną statystycznie między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a rodzajem poprzedniego porodu ankietowanych.
10. Wykazano zależność istotną statystycznie między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a uczestnictwem w zajęciach przygotowujących do porodu.
11. Wykazano zależność istotną statystycznie między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a opinią na temat oczekiwań związanych z porodem rodzinnym.
12. Wykazano zależność istotną statystycznie między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a planowaniem kolejnego porodu rodzinnego.
13. Wykazano zależności istotnej statystycznie między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a Wielowymiarową Skalą Spostrzegania Wsparcia Społecznego.
14. Wykazano zależność istotną statystycznie między rodzajem szpitala, w którym przeprowadzono badanie a Kwestionariuszem Lęku Porodowego.
15. Analiza korelacji pomiędzy skalami obu kwestionariuszy nie wykazała związków pomiędzy zmiennymi.

16. Nie wykazano zależności istotniej statycznie pomiędzy KLP a MSPSS w zmiennej niezależnej jaką jest wiek ankietowanych.
17. Wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy skalami KLP a MSPSS w zmiennej niezależnej jaką jest wykształcenie ankietowanych.
18. Wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy KLP a MSPSS w odniesieniu do pierwiastek i wieloródek.
19. Nie wykazano istotności statystycznej pomiędzy skalami KLP a MSPSS w zależności od rodzaju porodu.
20. Wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy obiema skalami w odniesieniu do planowania kolejnego porodu rodzinnego.

ROZDZIAŁ VI Dyskusja

Poród jest wydarzeniem, któremu towarzyszą bardzo silne i skrajnie różne emocje, od radości po strach. [82]. Oczekiwania związane z porodem zmieniły się na przełomie XX i XXI wieku. Obawa, lęk i niepokój związane z ciążą, porodem i macierzyństwem towarzyszyły kobiecie od zawsze i jest tak po dzień dzisiejszy. Do XX wieku poród był społecznie przypisany tylko kobietom. Rola ojca dziecka miała silne uwarunkowania kulturowe i ograniczała się do wsparcia fizycznego rodzącej [1,5].

W ostatnich latach za sprawą WHO nastąpił ogromny zwrot w postrzeganiu porodu w Europie i na świecie. Zwrócono uwagę na ogromną medykalizację porodu, która zaburza, a nawet wyklucza naturalny przebieg narodzin. W polskich porodówkach również zaczęły następować zmiany. Za sprawą licznych akcji medialnych środowisko medyczne podjęło temat porodu naturalnego. Szeroki zakres Akcji Rodzić po Ludzku, rozpoczął szereg zmian, które całkowicie odwróciły postrzeganie porodu, z wydarzenia wyłącznie medycznego, na wydarzenie ukierunkowane na kobietę i jej dziecko. Nastąpiło przejście z czysto medycznego, wręcz technicznego postrzegania porodu, do porodu naturalnego. Poród zaczęto postrzegać i traktować jako wydarzenie rodzinne, w którym kobieta ma prawo do współdecydowania o jego przebiegu [9]. Kobieta ma prawo, aby w tym wydarzeniu towarzyszyła jej bliska, wskazana przez nią osoba. Porody rodzinne, które zaczęto wprowadzać w odpowiedzi na nadmierną ich medykalizację, zmieniły całkowicie obraz porodu. Zauważono pozytywną rolę osób towarzyszących kobiecie w akcie narodzin, w tym głównie ojca dziecka. Dla kobiet, które już rodziły, przeżyty wcześniej poród jest często jednym z decydujących czynników prokreacyjnych [9]. Przeżycia porodowe mogą więc stać się źródłem pełni szczęścia, radości, satysfakcji, spełnienia, ale też i zawstydzenia, niechęci i poczucia wstydu czy nawet buntu. O porodzie w pełni przeżytym można mówić tylko wówczas gdy zadba się o komfort psychiczny pacjentki rodzącej [39]. Osiągnąć to można tylko wówczas gdy towarzyszy bliska jej osoba [34,39].

Wnioski z szeroko prowadzonych badań na temat porodu rodzinnego są bardzo zróżnicowane. Podobnie jak obszar badanego tematu był różny. Duża część badań dotyczyła głównie obecności ojca dziecka przy porodzie. Jego zadań, postawy, odczuć, przygotowania do wspólnego rodzenia. Wynika z tego, iż poród społecznie wyszedł z kręgu kobiet i zaczął obejmować bliskich rodzącej, ze szczególnym naciskiem na rolę ojca dziecka. Badano, więc nie tylko rodzące, ale także poród rodzinny z perspektywy ojca.

Zdaniem Ł. Rybakowskiego i M. Malewskiego poród był postrzegany pozytywnie przez kobietę i ojca dziecka przez 97% badanych par. I tylu właśnie ankietowanych deklaroowało chęć ponownego porodu razem [40,55]. Podobnie E. Narojczyk-Świeściak i L. Marianowski podają, iż większość par, które odbyły wspólny poród deklarują, iż w przyszłości chciałyby powtórzyć takie doświadczenie i przeżycie [53]. W badaniach M. Karauda i C. Łapeckiej-Klusek 48% kobiet wykazało chęć ponownego porodu z ojcem dziecka [33]. Takie same wyniki badań podaje E. Grochans i wsp. Tam również 48% badanych kobiet uznało za najbardziej pożądaną dla siebie poród, to poród rodzinny. W badaniach E. Kraśnianin, M. Semczuk, A. Skręt i A. Semczuk, przeprowadzonych w Oddziale Ginekologii i Położnictwa Szpitala Specjalistycznego im. F. Chopina w Rzeszowie i Gynäkologisch - Geburthilfliche Abteilung Kreiskrankenhaus Gross-Genau w Niemczech, istnieje znacząca różnica pomiędzy ilością porodów rodzinnych wybieranych przez pacjentki obu placówek. W rzeszowskim szpitalu z 259 badanych pacjentek, poród rodzinny odbyło 52%, natomiast z 230 badanych rodzących w niemieckim oddziale ginekologiczno-położniczym, poród z osobą bliską odbyło 99% pacjentek, w tym w trzech przypadkach osobą udzielającą wsparcia i pomocy przy porodzie była doula [73].

W badaniu własnym poród rodzinny wybrało i odbyło 346 pacjentek (69,2%) na 500 badany. Poród tradycyjny, czyli ten bez osoby towarzyszącej, wybrało 154 pacjentek, co stanowi 30,8% badanych. W tym samym badaniu dla 209 wieloródek poród poprzedni także był porodem rodzinnym, co stanowi 56,95% respondentek. Jednak dla 158 pacjentek wieloródek (43,05%), poród poprzedni nie był rodzinny. Przeprowadzone badania własne pokazały, że respondentki, które odbyły poród rodzinny częściej rodziły w Szpitalu Specjalistycznym w Pile (76,89%). Badane, które rodziły bez osoby bliskiej częściej rodziły w ZZOZ w Czarnkowie (39,41%).

Dokonując szczegółowej analizy pacjentek wybierających poród tradycyjny lub jego alternatywny przebieg czyli poród rodzinny, należy zwrócić uwagę na wiek rodzących kobiet, ich wykształcenie oraz miejsce zamieszkania. W badaniu E. Grochans i wsp. udział brało 100 pacjentek. Poród rodzinny odbyło (48,0%), pozostałe (52,0%) wybrało poród tradycyjny. Przedział wiekowy rodzących kształtował się następująco: 76% pacjentek stanowiły kobiety w wieku pomiędzy 20 a 29 rokiem życia, 15 % to pacjentki, które miały poniżej 19 lat. Pacjentki w przedziale wiekowym 30-39 lat stanowiły 9% badanych. W grupie badanej przez A. Wdowiak i wsp., na 130 rodzących, które odbyły poród rodzinny, wiek kształtował się następująco; 24,6% stanowiły kobiety w wieku 18-25 lat, 46,8% w wieku 26-32 lat, 18,4%

stanowiły kobiet w wieku 33-39 lat. Rodzących w wieku powyżej 40 roku życia było 13,08% [2].

Inaczej grupa wiekowa przedstawiała się u E. Modrzejewskiej, A. Torbe i D. Ćwiek. W badaniu tym uczestniczyło 347 kobiet. Tu wiek przedstawiał się następująco: od 18 do 20 lat było 14 pacjentek (7,3%) od 20 do 40 lat kobiet było 330, co daje (91%) oraz 3 pacjentki były w wieku powyżej 40 lat (1,7%) ankietowanych. W badaniu własnym przedział wiekowy rodzących przedstawiał się następująco; poniżej 20 roku - 32 pacjentki (6,4%), w wieku od 20 do 40 lat - 442 (88,4%) oraz 26 pacjentek w wieku powyżej 40 roku życia (5,2%). Jak pokazały badania, respondentki w wieku do 20 lat częściej rodziły w ZZOZ w Czarnkowie 7,63% badanej grupy. Badane w wieku 21–40 lat częściej rodziły w Szpitalu Specjalistycznym w Pile (88,64%). Ankietowane pacjentki w wieku powyżej 40 lat częściej rodziły w Szpitalu Specjalistycznym w Pile 6,06%.

Przeprowadzone badania pozwoliły także zauważyć, że respondentki, które sprawdziły możliwość odbycia w szpitalu porodu rodzinnego częściej rodziły w Szpitalu Specjalistycznym w Pile (73,86%). Badane, które takiej możliwości nie sprawdzały, częściej rodziły w ZZOZ w Czarnkowie (46,19%) badanych.

Czynnikiem, który z pewnością przekłada się na wybór rodzaju porodu jest wykształcenie rodzących kobiet. W badaniu I. Ulman–Włodarz i wsp., na 70 ankietowanych kobiet, które odbyły poród rodzinny 35,0% posiadało wykształcenie wyższe, (55,0%) średnie i (10,0%) wykształcenie zawodowe. W badaniu B. Mazurkiewicz, A. Wietrzyńskiej, E. Dmoch-Gajzlerskiej; zbadano 101 par, które odbyły poród rodzinny; wykształcenie wyższe posiadało 77,23%, średnie wykształcenie posiadało 10,89% i zawodowe 1,98%. Można uznać, że 7,92% badanych, które nie odpowiedziały na pytanie, posiadało wykształcenie podstawowe.

Natomiast w badaniu E. Kraśnianin, wśród polskich pacjentek wyższe wykształcenie posiadało 47,0% badanych, wykształcenie średnie 46,0%, a 7,0% pacjentek miało wykształcenie zawodowe.

Zupełnie inaczej przedstawiał się poziom wykształcenia pacjentek niemieckich. Wśród 230 respondentek niemieckich wykształcenie wyższe posiadało 26,0%, średnie 63,0% i zawodowe 11,0%. Można z tego wnioskować, że poziom wykształcenia pacjentek niemieckich nie miał znaczenia przy wyborze porodu rodzinnego. Natomiast w badaniach własnych poziom wykształcenia rodzących przedstawiał się następująco. Najczęściej ankietowane miały wykształcenie średnie - 221 pacjentek (42,20%) ogółu badanych. Szkołę zawodową ukończyło 149 pacjentek – (29,80%) badanych. Trzecią co do liczebności grupę

stanowiły osoby z wykształceniem wyższym -123 pacjentki (24,60%). Zdecydowanie najmniej było ankietowanych z wykształceniem podstawowym – 17 pacjentek (3,40%).

Istotnym czynnikiem wpływającym na rodzaj wybieranego porodu jest miejsce zamieszkania rodzącej. Plany prokreacyjne kobiet zamieszkujących miasto i wieś są różne i często uzależnione od wielu czynników. Wśród czynników różnicujących te plany są; różny światopogląd obu środowisk, różne wsparcie społeczne i instytucjonalne, które pomagałoby kobietom ze środowisk wiejskich godzić życie rodzinne z rolą macierzyństwa i życiem zawodowym. Na terenach wiejskich funkcjonuje znacznie mniej instytucji wspierających matki w rolach społecznych. Znacząco mniej jest na wsi żłobków, przedszkoli, świetlic, przychodni.

Jak podaje M. Gajewska i S. Michalska wzrost ilości placówek wychowania przedszkolnego w kraju, w latach 2009/2010 wyniósł 7,4%, z czego 1,3% odnotowano w środowisku wiejskim. Jeszcze trudniej jest z dostępem do żłobków [24]. Utrudniony dostęp do tych instytucji w bardzo znaczący sposób ogranicza aktywność zawodową kobiet wiejskich oraz znacznie ogranicza ich życie społeczne.

Jednak kluczowym czynnikiem mającym bezpośredni wpływ na obraz ciąży, porodu i jego przebieg dla kobiet ze środowiska wiejskiego są normy kulturowe tego środowiska. Kobiety zamieszkujące wieś, wciąż same wypełniają znaczną część obowiązków domowych związanych zarówno z prowadzeniem domu jak i opieką nad dziećmi. Jaka wynika z badań CBOS – „*O roli kobiet w rodzinie*” (2013), większość kobiet wsi deklaruje preferencję do modelu rodziny partnerskiej, w której kobieta i mężczyzna tyle samo czasu poświęcają na prowadzenie domu, wychowanie dzieci i pracę zawodową. Jednak dominującym modelem rodziny, w którym kobiety te się wychowały, był model tradycyjny czyli ten, w którym kobieta zajmuje się domem i dziećmi, a mąż czy partner utrzymuje rodzinę i jest jej jedynym żywicielem. Taki schemat wychowania powoduje to, iż kobiety ze środowisk wiejskich częściej niż te z miast, decydują się na poród tradycyjny. Podobnie obraz przedstawia się u B. Rudnickiej, Z. Pietrzak i G. Krasomskiego. W badaniu przeprowadzonym na Akademii Medycznej w Poznaniu, w latach 1992-1994, stosunek porodów w obecności ojca dziecka, kobiet zameldowanych i mieszkających na stałe w mieście, do tych zameldowanych na pobyt stały na wsi wynosił 5:1. Zwrócono uwagę, iż możliwą przyczyną tej sytuacji była odległość jaką muszą w przypadkach nagłych położniczych, pokonać mężowie kobiet rodzących ze środowisk wiejskich. Nie był to jednak główny powód częstszych porodów tradycyjnych kobiet ze środowisk wiejskich. W badaniu B. Rudnickiej kobiety mieszkające w mieście (86,0%), zdecydowanie częściej od tych mieszkających na wsi (14,0%) wybierały poród

rodzinny. Na wybór rodzaju porodu rodzinnego czy tradycyjnego, według tego samego badania, wpływ miała też wielkość miasta. Mieszkanki dużych miast tj. powyżej 50 tysięcy mieszkańców, częściej wybierały poród rodzinny (77,0%), od tych mieszkających w miastach poniżej 50 tysięcy (19,0%). Mieszkanek wsi, które rodziły z osobą bliską, było tylko (23,0%). Podobne dane w badaniach przedstawili P. Kossowski, W. Guzikowski i wsp. [91-95].

W badaniu własnym, w dwóch szpitalach o różnych stopniu referencji miejsce zamieszkania pacjentki ma znaczący wpływ na rodzaj porodu jaki wybierały rodzące. Z wielu rozmów jakie były przeprowadzone w trakcie trwania badania, można stwierdzić, że czynnikiem determinującym kobiety ze środowiska wiejskiego do odbycia porodu bez osoby towarzyszącej, jest tradycyjny model rodziny. Potwierdzają to wyniki badań własnych. W ZOZZ w Czarnkowie poród tradycyjny odbyło 39,41% rodzących. W Szpitalu Specjalistycznym w Pile tylko 23,11%. W tym respondentek mieszkających na wsi było 18,57%.

Istotną kwestią dotyczącą wyboru rodzaju porodu, są motywy którymi kobiety kierują się przy podjęciu decyzji o formie rodzenia. Zygmunt Freud w swojej psychoanalizie, twierdził, że w każdym człowieku tkwią niezmierzone pokłady motywów, które umiejscowione są w jego świadomości [104]. R. Franken uważa, że u podłoża każdego zachowania leży przystosowanie się do środowiska [105]. A. Maslow zaś w swojej teorii potrzeb pisał, że „(...) potrzeby fizjologiczne wiążą się z niedoborem, a potrzeby wyższe – ze wzrostem (...)” [104].

Możemy więc stworzyć hierarchię potrzeb kategoryzując je od potrzeb elementarnych do potrzeb wyższych. W czasie narodzin dziecka kobieta potrzebuje zaspokojenia wielu potrzeb. Wśród nich najczęściej podawane przez same rodzące to potrzeba; czułości, zrozumienia, akceptacji, bezpieczeństwa, bliskości [1,5]. W badaniach będących podstawą niniejszej dyskusji, w pytaniu 9 zapytano o powody podjęcia decyzji o odbyciu porodu rodzinnego, a w pytaniu 11 o powody porodu tradycyjnego. Analiza badań pokazała, że najczęstszym powodem podjęcia decyzji o porodzie rodzinnym było większe poczucie bezpieczeństwa (89,88%). Na drugim miejscu respondentki jako powód wyboru porodu rodzinnego wskazywały wsparcie psychiczne (56,44%), następnie nacisk rodziny/partnera (51,73%) oraz relacje osób, które taki poród odbyły (41,92%). W dalszej kolejności, respondentki wskazywały jako powód swojej decyzji, doświadczenie z poprzedniego porodu, który był rodzinny (33,70%) i spełnił ich oczekiwania. A także podjęcie decyzji w czasie

trwania akcji porodowej (0,01%). M. Olesiak-Andryszczak i wsp. [171] uzyskali podobne wyniki badań. Tam także kobiety wybierające poród rodzinny na pierwszym miejscu wskazały poczucie bezpieczeństwa (89,67%). Drugim powodem porodu rodzinnego podawanym przez rodzące było wspomnienie porodu - jako niezapomnianego przeżycia (71,19%). Pewne zaskoczenie może budzić kolejny powód wyboru tej formy porodu. Ankietowane w tym badaniu podają, iż poród z osobą towarzyszącą dał im poczucie wpływu na rozwój wydarzeń (55,43%). Następnie respondentki wskazywały na lepsze znoszenie bólu w towarzystwie bliskiej osoby (51,63%). W badaniu B. Mazurkiewicz i wsp.[1] pierwszym powodem wyboru porodu rodzinnego była, chęć przebywania z bliską osobą (28,71%), drugim poczucie bezpieczeństwa (25,74%), w następnej kolejności: wsparcie emocjonalne (7,92%) oraz lepsze komunikowanie się z personelem (6,93%). Zbliżone powody porodu rodzinnego podaje W. Guzikowski [13]. Tam głównym motywem podawanym przez kobiety, była potrzeba wsparcia psychicznego (39,9%), następnie większe poczucie bezpieczeństwa (27,5%). U N. Krajczyn [45] pacjentki jako główne przyczyny wspólnego porodu podają: „(...) obawę przed porodem, brak pewności siebie, poczucie zagrożenia i chęć przeżywania wspólnego narodzin dziecka”. I.Ulman i wsp. [107] na pierwszym miejscu wskazują wsparcie psychiczne, następnie: poczucie bezpieczeństwa, lęk przed samotnością, chęć bycia z kimś bliskim oraz przeżycie niezapomnianych chwil podkreślając wspólnotę partnerską. U G. Stadnickiej i A.K. Pawłowskiej – Muc [10], badane wskazały wsparcie psychiczne (72,89%), następnie chęć bycia z kimś bliskim (41,12%) oraz poczucie bezpieczeństwa (27,10%). Natomiast u K. Więznowskiej- Mączyńskiej i wsp.[40], czynnikami wpływającymi na wybór porodu rodzinnego są: obawa przed porodem, brak pewności siebie i poczucie zagrożenia, lęk rodzącej przed samotnością, i większe poczucie bezpieczeństwa, gdy w pobliżu jest bliska osoba oraz potrzeba wsparcia psychicznego.

Badane kobiety wybór porodu rodzinnego najczęściej tłumaczyły wsparciem psychicznym, chęcią wspólnego przeżycia z bliską osobą narodzin dziecka, większym poczuciem bezpieczeństwa, lękiem i obawą związaną z porodem, brakiem pewności siebie, poczuciem zagrożenia, przeżyciami z wcześniejszego porodu rodzinnego oraz co istotne modą na poród rodzinny! Jak pokazały badania własne z 500 kobiet poród rodzinny z osobą bliską wybrały 364 rodzące (69,20%), z czego modzie na taką właśnie formę porodu uległo 153 rodzących (41,92%), a kolejne 179 (51,73%) zaznaczyło także, iż partner i rodzina na taką właśnie formę porodu nalegali.

Większość kobiet chce rozwiązania z bliską sobie osobą, na której wsparcie będą mogły liczyć przez kilka godzin porodu. Nie jest to jednak normą i w czasie pracy na oddziałach położniczych, spotykałam liczną grupą kobiet, wyrażających pragnienie odbycie porodu tradycyjnego. Przyczyn tego stanu jest również wiele, jak przy wyborze porodu rodzinnego.

W ramach prowadzonych badań własnych pytano także o powody, dla których kobiety wybierają poród tradycyjny. W badanej grupie 500 rodzących, 154 kobiety (30,38%) wybrały poród tradycyjny. Porównując oba szpitale, poród bez osoby bliskiej częściej wybierały rodzące w ZZOZ w Czarnkowie (39,41%), od tych rodzących w Szpitalu Specjalistycznym w Pile (23,11%). Rodzące bez udziału osoby towarzyszącej, najczęściej wyrażały pogląd, iż poród to sprawa kobiety (84,18%), wskazywały także na: poczucie wstydu (32,91%), brak zaufania do swojej reakcji na ból (23,42%), 8 ankietowanych zaznaczyło odpowiedzi, iż przyczyną porodu bez osoby bliskiej był poród przez cięcie cesarskie (5,06%). Wskazano także na brak możliwości dojazdu partnera (3,16%) oraz poród przedwczesny (0,63%) .

Podobnie w badaniach M. Karauda i wsp., poród tradycyjny dawał kobietom poczucie dowartościowania (54,30%), a rodzące uważały, iż jest on sprawą wyłącznie kobiety, ponieważ to one, a nie mężczyźni obdarzone są darem rodzenia [94,108]. U M. Olesiak-Andryszczak i wsp. [170] główną przyczynę, dla której rodzące wybierały poród tradycyjny była obawa przed widokiem akcji porodowej i krwi (67,79%), kolejne przyczyny to: lepsze znoszenie bólu w samotności (61%), traktowanie porodu jako bardzo intymnego przeżycia (57,62%) oraz obawa przed utratą seksualności w oczach partnera (38,98%). B. Mazurkiewicz i wsp.[1] podają, iż czynnikami utrudniającymi kobiecie podjęcie decyzji o porodzie rodzinnym są: negatywne opinie mężczyzn o wspólnym porodzie (41,58%), brak zaangażowania osoby towarzyszącej podczas porodu (14,85%), negatywna ocena partnera reakcji kobiety na czynność skurczową macicy (13,86%), wygląd kobiety podczas porodu (12,87%), oraz negatywna reakcja personelu wobec rodzącej pary (9,90%). W. Guzikowski [13] w swoich badaniach na temat porodu tradycyjnego prezentuje motywy o charakterze „osobisto-estetycznym” . Tu także wśród kobiet istnieje przekonanie, że poród to sprawa kobiety. Według W. Guzikowskiego, u pacjentek w czasie porodu, istnieje wysoki poziom „ (...) poczucia skrępowania, wstydlivości, inaczej pojmowanej intymności, niedostatku nowoczesnego spojrzenia na poród (...) ”. Z badań przeprowadzonych w oddziałach Śląskiej

Akademii Medycznej wynika, iż kobiety, które wybrały poród tradycyjny, jako przyczyny porody bez osoby towarzyszącej podawały: nieatrakcyjność kobiety w czasie porodu, przewidywany uraz psychiczny męża, jego niedoświadczenie, chęć zachowania intymności, strach przed własnym zachowaniem [1].

Na podstawie przedstawionych badań z różnych polskich ośrodków naukowych można przyjąć, że do najczęściej podawanych powodów porodu rodzinnego zaliczyć należy: wsparcie psychiczne i poczucie bezpieczeństwa, chęć wspólnego przeżycia narodzin dziecka, lęk przed samotnością, chęć bycia z kimś bliskim oraz przeżycie niezapomnianych chwil podkreślających wspólnotę partnerską. Kolejność motywów bywa różna w zależności od badań i uzyskanych wyników.

W swoich badaniach zapytałam kobiety o motywy, które wcześniej nie pojawiały się u innych autorów, a mianowicie o wpływ środowiska, mediów i nacisk partnera na wspólny poród. Poród rodzinny oznacza przecież pełną harmonię, współpracę obojga rodziców. Nie może być więc w nim mowy o jakimkolwiek nacisku na rodzącą. Pacjentka musi czuć się swobodnie w swoich reakcjach, a będąc w sali porodowej, obecność osoby bliskiej, którą najczęściej jest ojciec dziecka, winna być gwarantem zaspokojenia jej potrzeb: czułości, bezpieczeństwa, bliskości, zrozumienia i akceptacji.

Analizując decyzje kobiet wybierających poród tradycyjny uwagę zwracają dwa główne powody podawane przez licznych autorów. Są to: przekonanie, że poród jest sprawą kobiety oraz względy estetyczne rodzenia. Ważna jest także obawa kobiety przed nieatrakcyjnym wyglądem oraz obawa przed utratą seksualności w oczach partnera. Istotne są również inne podawane przez rodzące powody np: lepsze znoszenie bólu w samotności, większe skupienie w samotności, brak rozproszenia czy brak właściwego zaangażowania w poród osoby bliskiej. Zarówno w badaniach własnych, jak i w przedstawianej literaturze naukowej, dominuje przekonanie, że niektóre kobiety wolą rodzić tradycyjnie uważając, że poród to sprawa kobiety.

W większości przytoczonych w niniejszej dysertacji prac, uwagę zwraca fakt, iż poród rodzinny traktowany jest z założeniem, że osobą towarzyszącą rodzącej w sali porodowej jest ojciec dziecka. Pozwolę sobie przytoczyć kilka tytułów: *Poród Rodzinny w Opinii Kobiet i*

Ich Współmałżonków [10], Przygotowanie małżonków do porodu rodzinnego w szpitalu [31], Poród rodzinny w szpitalu w ocenie małżonków [33], Rola szkoły rodzenia i poradni porodu rodzinnego w przygotowaniu rodziców do porodu [41], Obecność ojca przy porodzie [45], Pierwsze odczucia ojca jako uczestnika porodu rodzinnego (w zależności od wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania) [47], Analiza niektórych poglądów rodziców w aspekcie obecności przy porodzie [53], Poród rodzinny postrzegany z perspektywy ojca [56], Psychologiczne aspekty porodu z udziałem męża [60], Pozytywne aspekty obecności ojca dziecka przy porodzie [101], Poród z udziałem ojca – wpływ na kształtowanie więzi w rodzinie [107], Postawy partnera podczas porodu rodzinnego [171]. U autorów tych prac dominuje przekonanie, że jedyną pożądaną przez kobiety rodzące osobą przy narodzinach jest mąż czy partner. Czy tak rzeczywiście jest? W badaniu własnym na podstawie obserwacji porodów rodzinnych zapytałam pacjentki o osobę, z którą poród odbyły i czy była to ta sama osoba w przypadku kobiet rodzących po raz kolejny. Uzyskane wyniki przedstawiają się następująco: najczęściej osobą towarzyszącą przy porodzie był ojciec dziecka (79,48%). Na drugim miejscu była siostra (10,69%) i nieco rzadziej matka rodzącej (10,12%). W pojedynczych przypadkach osobami wskazanymi do uczestnictwa w porodzie rodzinnym była teściowa (1,45%) oraz przyjaciółka (0,87%), kuzynka i większa ilość bliskich (0,58%). W żadnym z porodów rodzinnych nie uczestniczyła doula. Kolejnym pytaniem było, czy była to ta sama osoba, która towarzyszyła przy porodzie wcześniejszym? Badanie dostarczyło informacji, że w zdecydowanej większości tak właśnie było i osobą towarzyszącą respondentkom była ta właśnie osoba (92,83%).

Z badań wynika również, że pacjentki zazwyczaj nie wiedzą kim jest doula (69,90%), a wiedzę taką posiada tylko (30,20%) badanych pacjentek. W badaniach usiłowano uzyskać informacje, jakie są oczekiwania rodzących, co do ilości osób bliskich uczestniczących w porodzie? Czy kobiety rodzące chciałyby, aby poród rodzinny oznaczał możliwość przebywania w jej bliskim otoczeniu więcej niż jednej osoby bliskiej ? Analiza uzyskanych wyników nie dała odpowiedzi na te pytania, a wyjaśnienia były bardzo zbliżone. Potrzebę, aby w porodzie rodzinnym uczestniczyła więcej niż jedna bliska rodzącej osoba wyraziło (31%). Potrzeby takiej nie miało, lub zdania na ten temat nie posiadało (31%) respondentek zaznaczając odpowiedź „nie wiem”. Najczęściej jednak respondentki nie chciały, aby w porodzie rodzinnym uczestniczyło więcej osób (35,20%). Zaznaczone odpowiedzi nie dają nam jednoznacznego rozstrzygnięcia tego zagadnienia. Można jedynie domniemać, iż nie jest to istotne dla rodzących.

Kolejną kwestią, która miała być zbadana, było sprawdzenie oczekiwań rodzących, które poród odbyły przez cięcie cesarskie. Zadano respondentkom pytanie rodzące, czy chciałyby, aby osoba bliska mogła przebywać wraz z nią w sali cięć cesarskich? Z wypowiedzi respondentek wynika, że taka możliwość byłaby bardzo pożądana. Odpowiedzi potwierdzających taką potrzebę było 70,09%. Obecności w sali operacyjnej osoby bliskiej nie chciałoby tylko 9,40% rodzących. Natomiast 20,51% ankietowanych nie potrafiło określić swoich oczekiwań w tym zakresie.

W badaniu do niniejszej rozprawy 5,06% pacjentek udzieliło odpowiedzi, iż poród przez cięcie cesarskie był powodem porodu bez osoby bliskiej. Oznacza to, że cięcie cesarskie było elektywne, a szpital nie dał rodzącej możliwości, aby osoba bliska przebywała razem z nią w sali cięć cesarskich. Wnioskować więc można, iż oczekiwaniem kobiet rodzących jest, aby poród przez cięcie cesarskie także mógł być porodem rodzinnym.

W ramach przeprowadzonych badań pacjentki mogły wyrazić swoje spostrzeżenia lub podać inne oczekiwania niż te, które były przedmiotem badania ankietowego. Większość z nich zamieściła tu opisy swoich przeżyć porodowych. Opisy te można podzielić na kilka kategorii. Wśród opisanych przeżyć znajdują się zarówno te, opisane przez pacjentki, które rodziły z osobą towarzyszącą, jak i te, które rodziły same. Oto kilka wypowiedzi pacjentek rodzących z osobą towarzyszącą: „Poród rodzinny według mnie bardzo zbliża partnerów, a mój był nawet lepszy niż go sobie wyobrażałam. Po nim jestem pewna, że trafiłam w życiu na właściwą osobę, z którą to stworzymy szczęśliwą rodzinę”, „Mój partner nie zdążył dojechać na czas do porodu, poprosiłam więc moją mamę, aby była ze mną. Gdy się zdecydowała, bardzo mnie to ucieszyło. Moja mama była dla mnie wsparciem od samego początku do końca porodu. Chociaż nie trzymała mnie za rękę, to sama świadomość, że była ze mną mi wystarczała”, „Wspaniały moment narodzin dziecka, który można podzielić z osobą towarzyszącą, lepsze wsparcie fizyczne i psychiczne. Jeżeli poród rodzinny przeżywamy z ojcem dziecka, to umacnia się między nami więź, która zostaje na całe życie. Takich chwil nigdy się nie zapomni”, „Poród rodzinny wzbogaca życie rodzinne, wzajemne zaufanie, pomaga pokonać samotność w bólu, przygotowuje także mężczyznę do większego zaangażowania w bycie tatą”, „Poród rodzinny to dla mnie bardzo ważne wydarzenie. Nie wyobrażam sobie być samej w takiej chwili. Moje odczucia w tym momencie to poczucie bezpieczeństwa, wsparcie psychiczne. Ciężko opisać to uczucie potrzeby bliskiej osoby

podczas porodu. Po prostu nie wyobrażam sobie, aby mogło być inaczej. Narodziny to cud, którego razem powinniśmy doświadczać”.

Wśród zgromadzonych opisów porodów, większość dotyczyła porodów tradycyjnych, czyli tych bez osoby bliskiej. Oto kilka z nich; „Brak wewnętrznej potrzeby, jestem osobą samodzielną i rzadko szukam wsparcia u innych, nawet bliskich osób”, „Dla mnie uczestnictwo ojca przy porodzie nie było konieczne. To mój trzeci poród, oba wcześniejsze przeszedłam bardzo szybko i także rodziłam sama. Nie potrzebowałam, więc pomocy męża teraz. Kiedy ponownie zaszłam w ciążę, od razu powiedziałam mężowi, że nie chcę porodu rodzinnego. Mąż także był tego samego zdania”. „Nie chciałam porodu rodzinnego z powodu większego stresu przy osobie drugiej”, „Poród to sprawa osobista kobiety. Krew, wody płodowe, krzycząca i niefajnie wyglądająca kobieta, to nie jest obraz dla mężczyzny”, „Nie miałam zaufania do siebie. Nie widziałam jak będę reagowała na ból. Nie chciałam się też taka właśnie pokazywać komuś bliskiemu”, „W czasie porodu chciałam się skupić na urodzeniu zdrowej córeczki, a nie na swoich reakcjach, które widziałby ojciec Hani”, „Nie czułam potrzeby, aby ktoś mnie trzymał za rękę. Większego wsparcia i pomocy potrzebuję w domu przy opiece nad dzieckiem. Teraz całkowicie wystarczyła mi bardzo dobra i ciepła, pełna wsparcia położna”.

Inne respondentki w swoich opisach zwracały uwagę na rolę jaką pełnią położne. „Jestem bardzo zadowolona z porodu rodzinnego, pomocy partnera, ale przede wszystkim z pomocy i wsparcia położnej. Bardzo jej za wszystko dziękuję”, „Ważne jest, aby położna, która odbiera poród była wyrozumiała i empatyczna. Ja taką właśnie położną miałam. Mogę powiedzieć, że przez te kilka godzin, które razem spędziłyśmy w sali porodowej zawiązała się między nami ciepła relacja.”, „Trzy porody, szybkie i udane bez komplikacji. Duża pomoc położnej, wiedza i doświadczenie. Jestem zadowolona z porodów bez osoby towarzyszącej”, „Poród to bardzo stresująca sytuacja i pomimo tego, że był ze mną mąż, to bardzo dużo pomogły mi położne. Dawały mi wsparcie i otuchę. Pracowały z powołaniem w sercu. Czułam i widziałam jak bardzo są zaangażowane i to też mi pomagało. Bardzo dziękuję, za ten piękny zawód, który nie jest tylko zawodem. Uważam, że dobrze byłoby, gdyby kobieta w ciąży mogła znać wcześniej położną z którą będzie rodziła swoje dziecko. Tak jak zna wcześniej swoją położną środowiskową”, „Posiadam doświadczenie zarówno z porodu rodzinnego, jak i z tego bez bliskiej osoby. Pierwszy kontakt ojca z dzieckiem, przecięcie

pępowiny. To bardzo dużo dla mnie znaczyło, dlatego było mi teraz trochę smutno, że nie było ze mną męża. Jednakże pomoc położnej była bardzo duża i fachowa. Poród odbył się bardzo szybko i jestem teraz szczęśliwą mamą drugiej córeczki”.

Tylko dwie pacjentki napisały o potrzebie obecności douli przy porodzie. „Uważam, że nie każda osoba towarzysząca ma potrzebną wiedzę i cechy charakteru, które potrzebne są przy porodzie. Dlatego dobrym rozwiązaniem jest doula, która jest właściwie do pomocy w porodzie przygotowana.”, „Dlaczego doula w Polsce jest tak mało propagowana? Czy jest szansa na to, aby doule były bardziej powszechne i dostępne ? ”.

Uwagę zwracają też inne potrzeby rodzących, zawarte w wypowiedziach badanych kobiet. „Czy możliwe jest uczestniczenie przy porodzie starszego dziecka? Gdy nie ma dla niego opieki w domu. Może w tej sytuacji rozwiązaniem byłby pokój rodzinny, gdzie dziecko mogłoby się bawić lub spać”, „W mojej opinii dobrą opcją byłaby możliwość pozostania osoby towarzyszącej przy porodzie ze mną i dzieckiem w szpitalu przez pierwszą dobę po porodzie”, „Dlaczego gdy poród, który miał być naturalny kończy się nieplanowanym cięciem cesarskim nie daje możliwości, aby osoba towarzysząca była z kobietą także w sali operacyjnej?”, „Ważne jest, aby w sali pooperacyjnej mogła z kobietą przebywać rodzina. Kobieta nie pozostaje wówczas sama i możliwa jest wspólna radość z narodzin nowego członka rodziny ”, „Pierwsze dziecko rodziłam w Austrii w szpitalu w Wiedniu. Był to poród przez cięcie cesarskie, mój mąż był cały czas ze mną. Cięcie cesarskie było planowe, a mój mąż był ze mną w sali operacyjnej i mnie wspierał. Tak jak lekarze i pielęgniarki. Było świetnie ”.

Jak widać z powyższych opisów większość z rodzących miała potrzebę, aby udzielić jej wsparcia przy porodzie. Nawet gdy kobieta rodziła bez osoby bliskiej to wsparcia i pomocy oczekiwała od położnej. Istnienie bliskich i pozytywnych więzi społecznych oraz relacji z bliskimi pozwala człowiekowi na utrzymanie równowagi w życiu codziennym. Większość badaczy potwierdza, iż tworzenie i utrzymanie więzi społecznych ma bardzo znaczący wpływ na dobrostan i zachowanie zdrowia psychicznego jednostki [118,121]. Dowiedziono, iż wsparcie społeczne ma bezpośredni wpływ na stan zdrowia człowieka w różnych jego wymiarach jak np.; immunologii, w chorobach układu sercowo-naczyniowego czy śmiertelności [118, 125]. Silne więzi społeczne odgrywają znaczącą rolę w

przystosowaniu jednostki do radzenia sobie w sytuacjach trudnych, czy krytycznych [118,119], a do takich na pewno można zaliczyć poród. Obecność osób bliskich tworzy tzw. sieci, które kształtują się przez całe życie. Za najważniejsze uznaje się te naturalne, czyli rodzinę, przyjaciół oraz osoby bliskie. Silna więź z rodziną, przyjaciółmi czy osobą szczególnie bliską, osłabia negatywny wpływ stresu i ułatwia możliwość radzenia w sobie z nim [118, 119].

W badaniu wsparcia społecznego stosuje się wielu narzędzi. W badaniu ankietowym każda z pacjentek otrzymała polską wersję Wielowymiarowej Skali Wsparcia Społecznego (MSPSS), która jest adaptacją Wielowymiarowej Skali Spostrzegania Wsparcia Społecznego Zimenta i współpracowników. Skala wykazała się dużą rzetelnością, a G. Ziment wyraził zgodę na przeprowadzenie adaptacji skali w warunkach polskich. Zarówno wersja oryginalna jak i jej polska adaptacja składa się z trzech podskali: przyjaciele, rodzina i osoba znacząca [128,130]. Przeprowadzone badania pokazały, że kobiety rodzące w Szpitalu ZZOZ w Respondentki rodzące w Szpitalu Specjalistycznym w Pile osiągnęły lepsze wyniki w podskali rodzina oraz wyniku ogólnym na poziomie istotności statystycznej $p < 0,05$. W podskali przyjaciele i osoba znacząca w obu badanych szpitalach różnic istotnych statystycznie nie osiągnięto, co świadczyć może o niskim związku wsparcia społecznego z miejscem prowadzenia badania.

Badając oczekiwania kobiet dotyczące porodu rodzinnego istotnym czynnikiem determinującym je do porodu z osobą bliską jest lęk przed rozwiązaniem. Współczesne położnictwo oparte jest na holistycznej opiece nad kobietą ciężarną i jednym z celów tej opieki stało się zbadanie poziomu lęku przed ciążą i porodem. Zaczęto zwracać większą uwagę na stan psychiczny kobiet w ciąży. Powstały narzędzia mające na celu zbadanie i opisanie lęku ich przed ciążą i porodem oraz wpływu lęku na przebieg ciąży, porodu i stanu noworodka. Badanie poziomu lęku porodowego dla twórców kwestionariusza miało na celu wczesne rozpoznanie i rozpoczęcie działań psychoprofilaktycznych, których efektem było podniesienie jakości porodu i stanu noworodka [131]. Według M. Ringler i R. Pavelka „ (...) lęk porodowy jest specyficznym wymiarem psychologicznym odmiennym od lęku ogólnego (...)” [135].

Lęk ten jednak zdaniem wielu badaczy jest najistotniejszym czynnikiem psychologicznym modyfikującym jakość i przebieg porodu [131,134]. Może on w znaczący sposób przedłużać i utrudniać akcję porodową, co w konsekwencji może sprzyjać powikłaniom położniczym [137]. Badając lęk porodowy i jego wpływ na przebieg porodu jednoznacznie można stwierdzić, iż istnieje bezpośrednie przełożenie odczucia lęku na odczuwanie napięcia psychicznego przez rodzące. Powstały strach zwiększa także napięcie mięśniowe, co powoduje intensywniejsze doznania bólowe w trakcie porodu. Towarzyszący rodzeniu niepokój i lęk, jest również przyczyną nieprzyjemnych doznań somatycznych [131].

Z badania W. Wenzel i wsp., wynika, iż poziom lęku jest bezpośrednio zależny od ilości posiadanych już dzieci. Badania H. Wiktor i wsp., także potwierdzają spostrzeżenie, że w grupie pierworódek poziom lęku był istotnie wyższy, niż u kobiet będących w drugiej lub kolejnej ciąży [141, 142,143]. Jednak według J. Rymaszewskiej zaburzenia psychiczne w okresie okołoporodowym uwarunkowane są genetycznie, socjoekonomicznie oraz osobowościowo [144].

Lęk przed porodem może jednak dotyczyć jego wielu aspektów, w zależności od czynnika stanowiącego jego źródło. Lęk może mieć charakter fobii, do której dołączają się dolegliwości fizyczne i psychiczne [145,146]. W literaturze anglojęzycznej częściej używane jest określenie strach (fear of child-birth), choć są autorzy, którzy używają pojęcia lęku. Jednak pojęcie strachu częściej używane jest w odniesieniu do ciąży niż porodu [145]. Patologiczny lęk przed ciążą i porodem to tokofobia (z gr. toko –poród, fobia – strach, lęk). W literaturze po raz pierwszy zjawisko patologicznego lęku przed ciążą i porodem opisywane było już w 1897 r., a w ostatnich latach zauważono zainteresowanie tą problematyką, w kontekście humanizacji i medykalizacji porodu.

Lęk przed ciążą, porodem opisano i podzielono na tokofobię pierwotną, wtórną i będącą objawem depresji. Tokofobia pierwotna prowadzi do odsuwania w czasie ciąży lub całkowitej rezygnacji z ciąży. O tokofobii wtórnej mówimy, gdy pojawia się ona na skutek traumatycznych przeżyć położniczych takich jak: poronienie czy poród dziecka martwego. Tokofobia wtórna może pojawić się po ciąży i porodzie zakończonym pełnym sukcesem położniczym, który w odczuciach pacjentki był jednak aktem bardzo trudnym i bolesnym. Lęk ten może być według niektórych badaczy objawem depresji okołoporodowej i

charakteryzuje się obsesyjnymi myślami nad dramatycznym lub nawet tragicznym przebiegiem porodu. Ciężarna uważa, że nie jest w stanie sama urodzić kolejnego dziecka. Pojawiają się myśli, iż ona lub dziecko nie przeżyją porodu [148, 150, 151].

Z badań W. Kaźmierczak i wsp. [9] wynika, że lęk przed porodem w Polsce badany jest bardzo rzadko. Nowy standard opieki okołoporodowej nakłada na lekarza lub położną obowiązek zaproponowania ciężarnej badania oceniającego jej stan emocjonalny, a w razie konieczności skierowanie jej do odpowiedniego specjalisty. To bardzo ważny zapis, ponieważ wiele kobiet przeżywa w czasie ciąży stany lękowe lub nawet depresję. Boi i wstydzi się jednak o tym mówić i cierpi w milczeniu. Dzięki temu zapisowi stan emocjonalny kobiety stał się tematem rozmowy. Jest to szczególnie istotne dla kobiet, które są w pierwszej ciąży i stan ten, nawet gdy jest bardzo oczekiwany, budzi wiele sprzecznych emocji.

Ważnym elementem korzystnie wpływającym na zmniejszenie objawów lęku przed ciążą i porodem jest wsparcie partnera lub osób bliskich ciężarnej. Brak tego wsparcia lub niezadowolenie z wyboru partnera życiowego mogą być przyczyną nasilonego lęku okołoporodowego lub nawet bywają przyczyną depresji [148]. W badaniach M. Zar przeprowadzonych w Szwecji silny lęk porodowy odczuwało 2,4%, natomiast w badaniu HL. Melender 80,0 % badanych pacjentek odczuwało niewielki lęk związany ciążą i zbliżającym się porodem. Podobne wyniki uzyskała W. Kaźmierczak, gdzie w badaniu 99 ciężarnych, 65,6% określiło swój lęk jako niewielki lub przeciętny [9].

Według wielu badaczy poziomu lęku, kobiety zamieszkujące miasta wykazują wyższy poziom lęku od tych mieszkających na obszarach wiejskich [148,157]. Badania Moryłowskiej-Topolskiej i wsp. [176] nie potwierdzają tej tezy. Jednak analiza badań będących podstawą niniejszej rozprawy wskazuje, iż niższy poziom lęku stwierdzono u pacjentek rodzących w ZZOZ w Czarnkowie (83,05% badanej grupy). W Szpitalu Specjalistycznym w Pile podwyższony poziom lęku reprezentowało 17,42% badanych, a 15,53% oceniło swój lęk jako bardzo wysoki. W obu badanych szpitalach respondentki prezentujące podwyższony, wysoki i bardzo wysoki poziom lęku były pierworódkami oraz wieloródki powyżej 40 roku życia. Rodzaj porodu nie miał wpływu na poziom odczuwanego lęku. Zarówno respondentki, które rodziły naturalnie jak i te, które miały poród zabiegowy przez cięcie cesarskie udzieliły zbliżonych odpowiedzi, co do poziomu odczuwanego lęku.

Jakie są więc oczekiwania i potrzeby związane z porodem rodzinnym w opinii badanych kobiet ?

Potrzeba jest czymś co jest nam niezbędne do prawidłowego funkcjonowania. Według Maslowa „ ... to biologiczny lub psychiczny stan człowieka, który w bezpośredni sposób wpływa na procesy motywacyjne, ukierunkowujące jego zachowania na określony cel, którym jest zaspokojenie tej potrzeby ”. Zgodnie z założeniami hierarchii potrzeb największą rolę w życiu człowieka mają potrzeby fizjologiczne, te zaś nie były przedmiotem badania. W dalszej kolejności potrzeb są: potrzeba bezpieczeństwa, pragnienie przynależności, uznania oraz samorealizacji. Oczekiwania zaś - to pragnienie, by zrealizowane zostały rozwiązania, które pomogłyby zaspokoić naszą potrzebę [104]. Umiejętność ich identyfikacji oraz spełnienia poprzez odpowiednią strategię i działanie ma na celu zapewnienie dobrostanu jednostki, w tym przypadku kobiety rodzącej.

Zapytano więc w badaniu sondażowym ankiety własnej, o te właśnie potrzeby w zakresie porodu rodzinnego. Głównym zagadnieniem było sprawdzenie czy pacjentki mają potrzebę rodzenia z osobą bliską ? A następnie jakie mają potrzeby związane z obecnością tej osoby. W toku analizy uzyskanych wyników badań jednoznacznie można wysunąć wniosek, iż wsparcie psychiczne 309 odpowiedzi (61,80%), pomoc techniczna 118 odpowiedzi (37,60%) oraz poczucie większego bezpieczeństwa 177 (53,40%), to najczęściej wymieniane potrzeby respondentek poddanych badaniu.

W dalszej części ankiety zapytano rodzące kobiety, o ich potrzeby związane z osobą, która będzie im towarzyszyła w akcie narodzin. Ankietowane jednoznacznie odpowiedziały, iż osoba tą jest ojciec dziecka 275 (79,48%). Kolejną badaną potrzebą respondentek było temat przygotowania do porodu. Rodzące potrzebę tą realizowały poprzez uczestnictwo w zajęciach w szkole rodzenia lub w indywidualnych spotkaniach z położną. 51,20% rodzących uczestniczyło w zajęciach z edukacji przedporodowej. Z zajęć w szkole rodzenia skorzystało 43,75% badanych, a dla 42,58% były to spotkania indywidualne z wybraną przez siebie położną. Potrzebą pacjentek było także odbycie porodu w warunkach szpitalnych 89,60% uzyskanych odpowiedzi. Aby tą potrzebę zrealizować 64,40% respondentek sprawdziła możliwość odbycia porodu rodzinnego w wybranym przez siebie szpitalu.

Drugim zadaniem sondażu diagnostycznego ankiety własnej było określenie oczekiwań pacjentek w obszarze porodu rodzinnego. W pytaniu o miejsce porodu uczestniczki badania określiły swoje oczekiwania. Ankietowane mogły wybrać jedną z

odpowiedzi (szpital, Dom Narodzin, dom) lub podać inne swoje oczekiwania dotyczące miejsca narodzin. Uzyskane wyniki dały odpowiedź, że rodzących, których oczekiwaniem byłoby inne alternatywne do szpitala miejsce porodu było tylko 10,40%. Dom Narodzin wskazało 5,80%, a dom jako drugie oczekiwane miejsce porodu uznało 4,60% respondentek. Innych oczekiwań w tym zakresie ankietowane nie określiły. Zapytano respondentki czy oczekiwałyby, aby w porodzie rodzinnym mogła uczestniczyć więcej niż jedna osoba bliska? Ta analiza wyników dała odpowiedź, iż oczekiwanie takie potwierdziło 31,00% rodzących. Natomiast 70,00% kobiet rodzących określiło, iż ich oczekiwaniem byłaby możliwość wspólnego przebywania z osobą bliską na sali cięć cesarskich.

Ankietowane rodzące potwierdziły potrzebę porodu z osobą bliską (69,20%). Poród rodzinny spełnił potrzeby i oczekiwania 93,64% respondentek biorących udział w badaniu. Częściej takie zdanie miały pacjentki Szpitala Specjalistycznego w Pile (96,55%) od pacjentek ZZOZ w Czarnkowie (89,51%). Poród z osobą towarzyszącą nie spełnił oczekiwań 22 ankietowanych. Częściej były to pacjentki ZZOZ w Czarnkowie (10,49%). Podane przez rodzące powody to; brak wsparcia osoby towarzyszącej, stres i zdenerwowanie osoby bliskiej, nieodpowiednie zachowanie osoby towarzyszącej, a także poród zabiegowy przez cięcie cesarskie 5,06%.

ROZDZIAŁ VII WNIOSKI

Przeprowadzone na grupie 500 rodzących w Szpitalu Specjalistycznym w Pile i ZZOZ w Czarnkowie badania pozwalają przedstawić następujące wnioski:

1. Poród rodzinny jest najbardziej pożądaną przez rodzące formą porodu. Nie jest jednak optymalny dla wszystkich kobiet. Blisko 1/3 ankietowanych wybrała poród bez osoby towarzyszącej.
2. Pacjentki rodzące w Szpitalu Specjalistycznym w Pile częściej wybierały poród rodzinny i częściej od tych rodzących w ZZOZ w Czarnkowie sprawdzały przed porodem możliwości odbycia w wybranej placówce porodu z osobą towarzyszącą.
3. Osobą najczęściej towarzyszącą rodzącej był ojciec dziecka, a miejscem najchętniej wybieranym na poród szpital.
4. Poród rodzinny częściej spełnił oczekiwania rodzących w Szpitalu Specjalistycznym w Pile i pacjentki tam rodzące częściej od ankietowanych w ZZOZ w Czarnkowie planują kolejny poród jako rodzinny.
5. Poczucie bezpieczeństwa i wsparcie psychiczne to najczęściej podawane powody wyboru porodu rodzinnego. Nacisk partnera oraz moda na poród rodzinny stanowią równie istotne czynniki wyboru porodu z osobą bliską.
6. Wśród kobiet, które nie chciały porodu rodzinnego najczęściej podawanym uzasadnieniem decyzji było stwierdzenie, iż poród jest sprawą kobiety.
7. Pacjentki nie określiły swoich potrzeb w kwestii większej ilości osób bliskich na sali porodowej. Potrzebę wspólnego porodu z osobą towarzyszącą rodzące zadeklarowały w sytuacji porodu zabiegowego przez cięcie cesarskie.
8. Poród rodzinny najczęściej wybierały rodzące pomiędzy 21 a 40 rokiem życia, z średnim wykształceniem będące mieszkankami miasta > 20 tysięcy mieszkańców, w których bliskim otoczeniu były porody rodzinne.
9. Poród rodzinny częściej wybierały pierwiastki oraz kobiety rodzące siłami natury, które korzystały z edukacji przedporodowej i były to rodzące, które zajęcia te odbyły w szkole rodzenia.
10. Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego (MSPSS) nie wykazała różnic istotnych statystycznie w wyniku ogólnym pomiędzy wsparciem kobiet rodzących w obu szpitalach. W podziale na podskale kobiety rodzące w Pile częściej miały większe wsparcie rodziny niż kobiety rodzące w Czarnkowie.

11. Nie wykazano zależności w zmiennej niezależnej jaką jest wiek ankietowanych w odniesieniu do MSPSS a KLP.
12. Wykazano zależność w zmiennej niezależnej jaką jest wykształcenie respondentek w odniesieniu do MSPSS a KLP oraz miejsce zamieszkania w podskali przyjaciele.
13. Wykazano zależność dla pierwiastek i wieloródek pomiędzy skalami MSPSS a KLP w odniesieniu do ilości odbytych porodów.
14. Rodzaj porodu oraz postrzeganie wsparcia społecznego nie miało wpływu na poziom lęku porodowego. Wykazano istotne statystycznie różnice w poziomie lęku pomiędzy rodzącymi w obu szpitalach. Kobiety rodzące w Szpitalu Specjalistycznym w Pile wykazywały wyższy poziom lęku od tych rodzących w ZZOZ w Czarńkowie.

STRESZCZENIE

Ciąża, poród i macierzyństwo od zawsze były tematami, które nurtowały i niepokoiły człowieka. Na przełomie wieków zmieniło się podejście społeczne do tematu narodzin. Ze skrajnie sfeminizowanego kręgu, do którym dostęp miały wyłącznie kobiety do czasów współczesnych, gdzie obecność ojca dziecka przy narodzinach, jest tak powszechna, iż budzi zdziwienie fakt, gdy męża czy partnera rodzącej nie ma przy narodzinach potomka. Poród rodzinny lub poród z bliską rodzącą osobą, to obecnie najczęściej wybierana forma porodu. Szeroko pojęta opieka okołoporodowa, dała rodzącym i ich rodzinom możliwość uczestnictwa i wspólnego przygotowania się do rodzicielstwa oraz przeżycia narodzin dziecka. Poród rodzinny nie jest jednak optymalną i pożądaną przez wszystkie rodzące formą narodzin.

Celem pracy było rzeczywiste określenie potrzeb rodzących w odniesieniu do porodu rodzinnego. W oparciu o kwestionariusz ankiety własnej oraz o kwestionariusze badań standaryzowanych MSPSS oraz KLP przeprowadzono szerokie badania w dwóch wielkopolskich szpitalach. W Szpitalu Specjalistycznym w Pile oraz w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie. Łącznie badaniu poddano 500 pacjentek oddziałów ginekologiczno-położniczych. Wśród respondentek były 264 położnice Szpitala Specjalistycznego w Pile i 236 ZZOZ w Czarnkowie. Kobiety pomiędzy 21 a 40 rokiem życia stanowiły 88,40%. Najczęściej posiadały wykształcenie średnie 42,20%, 288 ankietowanych (57,60%) to mieszkanki miast, 212 (42,40%), to rodzące zamieszkałe w środowisku wiejskim. 367 pacjentek stanowiły wieloródki (73,40%), 133 respondentek było pierworódkami (26,60%). 383 pacjentek rodziło siłami i drogami natury, co stanowi 76,60%, 117 pacjentek odbyło poród zabiegowy przez cięcie cesarskie, co stanowiło 23,40%. Poród rodzinny odbyło 346 pacjentek (69,20%). Bez osoby bliskiej rodziło 154 pacjentk (30,80%). Na pytanie o to, czy swój kolejny poród ankietowane chciałyby odbyć rodzinnie z osobą towarzyszącą twierdząco odpowiedziało 307 kobiet (61,40%). Odpowiedzi negatywnej udzieliło 113 (22,60% badanych), a 80 respondentek (16,00%) nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie. Jednocześnie 324 pacjentki (93,64%), które odbyły poród rodzinny były z tego faktu zadowolone. Tylko 22 badane (6,36%) były innego zdania. Najczęściej opisywane odczucie po porodzie rodzinnym to: wsparcie psychiczne (61,80%), 309 ankietowanych takiej odpowiedzi udzieliło, następnie pomoc techniczna 188 uzyskanych odpowiedzi (37,60%). Na

trzecim miejscu respondentki wskazały poczucie bezpieczeństwa. Takiej odpowiedzi udzieliło 188 respondentek (35,40% badanej grupy).

Ciekawe wydają się być powody, dla których respondentki nie planują kolejnego porodu rodzinnego. 86 badanych (44,56%) odpowiedziało, że był to brak odpowiedniego wsparcia osoby towarzyszącej, kolejne to stres i zdenerwowanie osoby towarzyszącej 50 odpowiedzi (25,91%), 31 respondentek (16,06%) uznało zachowanie osoby im towarzyszącej za nieodpowiednie. 40 pacjentek (20,73%) stwierdziło, iż wystarczy im personel medyczny, ponieważ poród jest intymną sprawą kobiety. Najczęściej obecną i pożądaną przez rodzącą osobą towarzyszącą na sali porodowej był ojciec dziecka 275 porody (79,48%), następnie siostra i matka rodzącej. Najlepszym miejscem na poród badane uznawały szpital 448 respondentek (89,60%). Istotny wynik uzyskano wśród ankietowanych rodzących przez cięcie cesarskie. 82 pacjentki (70,09%) wyraziło chęć i potrzebę, aby osoba im bliska mogła przebywać razem z nią w sali operacyjnej. Podsumowując, z przeprowadzonych badań wynika, iż potrzeby kobiet w kwestii porodu są różne. Powszechna opinia, iż każda kobieta chce rodzić rodzinnie nie sprawdziła się. Wnikliwa analiza wyników szeroko przeprowadzonych badań własnych, potwierdziły obserwacje z pracy zawodowej, iż dla wielu rodzących poród jest nadal „sprawą” zarezerwowaną dla kobiet. Pomimo wielu udogodnień, standardów i możliwości porodu rodzinnego nie dla wszystkich kobiet jest on optymalny. Często rolę osoby bliskiej przejmuje położna. Dotyczy to szczególnie kobiet rodzących w szpitalach powiatowych. Jak wynika z badania ankietowego i wielu rozmów, które odbyłam z respondentkami jest wiele czynników, które są powodem decyzji porodu rodzinnego. Wśród nich są: przekazy medialne, które preferują poród rodzinny jako jedynie słuszną formę porodu. Duży wpływ na decyzję o porodzie rodzinnym miał także nacisk męża, partnera. Presja społeczna i powszechna opinia o konieczności porodu rodzinnego, to także czynniki znacząco wpływające na wybór porodu rodzinnego.

Celem pracy ma być uświadomienie kobietom, iż ich potrzeby i oczekiwania są w czasie porodu najważniejsze. Nie moda i oczekiwania społeczne. Jeśli jednak rodząca wyrazi chęć i potrzebę porodu z osobą bliską, to będzie miała stworzone wszelkie możliwości, aby taki akt odbyć, nawet w sytuacji porodu przez cięcie cesarskie, jeśli nie będzie stanowiło to zagrożenia dla życia jej i dziecka.

Słowa kluczowe: poród, poród rodzinny, szpital, wsparcie społeczne, potrzeba, oczekiwania.

ABSTRACT

Pregnancy, childbirth and motherhood have always been topics that troubled and worried people. At the turn of century, the social approach to the subject of birth has changed. From an extremely feminised circle, to which only women had access, up to modern times, where the presence of the child's father at birth is so common that it is surprising if a husband or partner is not present at child's birth. Family childbirth or childbirth with a loved one giving birth is the most frequently chosen form of delivery. The broadly understood perinatal care provided giving births and their families the opportunity to participate and prepare together for parenthood and the experience of childbirth. However, it is not the optimal and desired form of birth for all those who give birth.

The aim of the study was to actually define the needs of the ones giving birth with regards to family delivery. Based on the own questionnaire and the MSPSS and KLP standardized research questionnaires, extensive research was carried out in two hospitals in Greater Poland. At the Specialist Hospital in Piła and in the Complex of Healthcare Institutions in Czarńków. A total of 500 patients of gynecology and obstetrics departments were examined. The respondents included 264 patients of the Specialist Hospital in Piła and 236 patients of the Health Care Center in Czarńków. Patients between 21 and 40 years of age accounted for 88.40%. Most often they had secondary education 42.20%, 288 respondents (57.60%) live in the cities, and 212 (42.40%) are living in rural environment. 367 patients were multigravida (73.40%), 133 of the respondents were primigravida (26.60%). 383 patients gave birth by force and natural means, which constitutes 76.60%, 117 patients underwent a surgical delivery by caesarean section, which constituted 23.40%. 346 patients underwent family childbirth, which constituted 69.20%. 154 patients (30.80% of the respondents) underwent childbirth without a relative. When asked if the patients would like to have their next childbirth with a companion, 307 women (61.40%) answered positively. 113 (22.60% of the respondents) gave a negative answer, and 80 of the respondents (16.00%) were not able to answer how they would like to have their possible next childbirth. At the same time (93.64%) 324 patients who had a family childbirth were satisfied with this fact. Only 22 respondents (6.36%) were not satisfied with the family childbirth. The most frequently reported feeling after family childbirth was: mental support (61.80%), 309 respondents gave such an answer, followed by technical assistance - 188 responses (37.60%). The third place was indicated by the sense of security. This answer was given by 188

respondents (35.40% of the surveyed group). The reasons why the respondents do not plan another family birth seem interesting. 86 respondents (44.56%) answered that it was the lack of adequate support from the accompanying person, another was stress and nervousness of the accompanying person 50 responses (25.91%), 31 respondents (16.06%) considered the accompanying person's behavior as inappropriate. 40 patients (20.73%) found that it is enough to have medical staff, as childbirth is an intimate matter of a woman. The most frequently present and desired accompanying person in the delivery room was the child's father of 275 deliveries (79.48%), followed by the sister and mother of the childbirth. The best place to give birth was considered the hospital (89.60%) by 448 respondents. A significant result was obtained among the respondents giving birth by caesarean section. 82 patients (70.09%) expressed a desire and need for a loved one to be with her in the surgery room.

To sum up, the conducted research shows that women's needs regarding childbirth are different. The common opinion that every woman wants to give birth with a family has not been confirmed. The research confirmed the observations of professional work in hospital wards that for many giving birth, childbirth is still a matter of women. Despite many amenities, standards and possibilities of family delivery, it is not optimal for all women. Often the midwife takes over the role of a loved one. This especially applies to women giving birth in district hospitals. According to the survey and many conversations I had with the respondents, there are many factors that make the decision to give family birth. Among them there are: media reports that prefer family childbirth as the only correct form of childbirth. The pressure of the husband and partner also had a great influence on the decision to give family birth. Social pressure and a common opinion about the necessity of family birth are also factors significantly influencing the choice of family birth. The aim of the study is to make women aware that their needs and expectations are the most important during childbirth. Not trends and social expectations. However, if the woman giving birth expresses her willingness and need to give birth with a loved one, she will have every opportunity to such delivery, even in case of a cesarean delivery, if it does not pose a threat to her life and the life of her child.

Keywords: childbirth, family delivery, hospital, social support, need, expectations.

PIŚMIENNICTWO

1. Mazurkiewicz B., Wietrzyńska A., Dmoch-Gajzlerska E.: Decyzja o porodzie rodzinnym; przyczyny, motywy, uwarunkowania. *Zdrowie i Dobrostan* 2014; 3, 89-106.
2. Waszyński E.: Historia położnictwa i ginekologii w Polsce. Wydawnictwo Volumes, Wrocław 2000.
3. Chołuj I. Urodzić razem i naturalnie. *Źródła życia* 2008, 41-47.
4. Berkau A.: Wpływ wsparcia i obecności partnera na samopoczucie rodzącej. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2015,2, 70-75.
5. Lichtenberg – Kokoszka E. Narodziny, wersja online www.zdrowarodzina.pl
6. Champen LL., Expectant father's roles during labour and birth. *Journal of Obstetric. Gynaecologic and Neonatal Nursing*. 1992, 2,114-120.
7. Berkau A., Suchowiak A., Plagens-Rotman K.: Poród rodzinny z perspektywy ojca. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2016, 1,46, 18-23.
8. DeVries RG.:Humanizing childbrth the discovery and implementation of bonding theor. *Int J.HealthServ*. 1984, 14, 89-104.
9. Kaźmierczak W., Fiegler P., Węgrzyn P., Cholewa D.:Rola porodu rodzinnego we współczesnym położnictwie.*Wiadomości Lekarskie*. 2006, LIX, 5-6. 317-319.
10. Stadnicka G., Pawłowska –Muc A.K.: Poród Rodzinny w Opinii Kobiet i Ich Współmałżonków. *Roczniki Teologiczne*. 2015, Tom1, XII, zeszyt 10.
11. Balaskas J.: Poród aktywny. Nowe spojrzenie na naturalny sposób rodzenia. Niezależna Oficyna Wydawnicza. Warszawa. 1997.
12. Poręba R.: Poród nowoczesny. *Klinika Perinatologii i Ginekologii*. 2002, 25, 15-22.
13. Guzikowski W.:Porody rodzinne we współczesnym położnictwie. (AM) Wrocław 2002.
14. Ina May Gaskin.: Duchowe Położnictwo. Intymność Narodzin. (oryg: Spiritual Midwifery) Wydanie I. Virgo. 2011.
15. Odent M.: Odrodzone Narodziny. Jak powinny rodzić się dzieci ? Dom Wydawniczy Bela Med. 2009.
16. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16.08.2018 r. z Dziennika Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756).

17. Jędrzejewska L.: Standardy opieki okołoporodowej. Nowe wyzwania dla położnych. *Położna Nauka i Praktyka*. 2011, I,13, 8-11.
18. Jucewicz A.: Shelia Kitzinger, prekursora „Rodzić po Ludzku”. *Wysokie Obcasy*. 2006.
19. Zalecenia WHO.: Poród nie jest chorobą. [https://www.rodzicpoludzku.pl/ dokumenty/ aktualnosci/15102019/.http:// www.rodzicpoludzku.pl](https://www.rodzicpoludzku.pl/dokumenty/aktualnosci/15102019/.http://www.rodzicpoludzku.pl)
20. Baranowska B., Kubicka-Kraszyńska U.: Znaczenie jakości narodzin dla dziecka w świetle wybranych badań. [w:] *Holistyczne położnictwo – nowe wyzwania w opiece nad matką i dzieckiem*. Fundacja Rodzić po Ludzku. Warszawa. 2009, 14-20.
21. Doroszevska A.: Medykalizacja porodu w Polsce. Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Fundacja Rodzić po Ludzku. Warszawa. 2017.
22. Najwyższa Izba Kontroli.: Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych. 2016, dostępny na stronie: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11621,vp,13972.pdf> (dostęp 10.04.2018).
23. Niedośpiał J.: Mamy prawo. Realizacja standardów opieki okołoporodowej w szpitalach i oddziałach położniczych w województwie małopolskim w okresie 01.05.2013–17.01.2016. Stowarzyszenie Obywatel Mama. Kraków 2016.
24. Gajewska M., Michalska S.: Poród i macierzyństwo na wsi- zmiany doświadczeń i ról kobiet wiejskich. *Wieś i Rolnictwo*. 2015, 1, 2.35-47.
25. Batbaatar E., Dorjdagva J., Luvsannyam A., Savino M. M., Amenta P.: Determinants of patient satisfaction; a systematic review. *Perspectives in Public Health*. 2017,137(2), 89-101.
26. Bhutta Z. A., Salam R. A., Lassi Z. S., Austin A., Langer A.: Approaches to improve Quality of Care (QoC) for women and newborns: conclusions, evidence gaps and research priorities. *Reproductive Health*. 2014,11,5.
27. Fiałkowski W. :Poród naturalny po przygotowaniu w szkole rodzenia. Wydawnictwo PZWL.Warszawa 1998.
28. Domańska U.M.: Modele narodzin i opieki położniczej w kontekście procesu medykalizacji. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2006, 3, 51-55.
29. Rudnicka B., Pietrzak Z., Krasomski G.: Wpływ czynników socjologicznych i demograficznych na wybór porodu tradycyjnego lub rodzinnego. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*. 2011, 4, 2, 96-100.
30. Pisarski T. Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Wydanie IV. Warszawa 2002.
31. Karauda M., Łepecka –Klusek C.: Przygotowanie małżonków do porodu rodzinnego w szpitalu. *Pielęgniarka i Położna*. 2001,7, 8-10.

32. Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G.: Psychologia w położnictwie i ginekologii. PZWL Warszawa 2019, 198-200.
33. Karauda M., Łepecka-Klusek C.: Poród rodzinny w szpitalu w ocenie małżonków. Pielęgniarka i Położna. 2001, 9, 6-8.
34. Bullinger H.: Mężczyzna czy ojciec. Niezależna Oficyna Wydawnicza. Warszawa 1997.
35. Karpińska B.: Sztuka rodzenia. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych. Warszawa 1990.
36. Kitzinger S.: Rodzić w domu. Wyd. PWN. Warszawa 1995.
37. Kitzinger S.: Szkoła rodzenia. Wyd. PWN. Warszawa 1996.
38. Klauz E.K.: Powrót do naturalnego porodu i psychoprofilaktyki porodowej. Pielęgniarka i Położna. 1996, 5-7.
39. Polucha L.: Rodzić, ale jak ? Pielęgniarstwo. 2000. 1995, 2, 44.
40. Więznowska-Męczyńska K., Pięta B., Opala T.: Za i przeciw porodu rodzinnego. Przegląd Ginekologiczno-Położniczy. 2005, 5, 351-355.
41. Ćwiek D.: Rola szkoły rodzenia i poradni porodu rodzinnego w przygotowaniu rodziców do porodu. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia. 2002, 38, 147-154.
42. Fijałkowski W.: W szkole rodzenia - odkrywanie radości rodzicielstwa. Wydawnictwo Medyczne MAKmed. Gdańsk. 1996, 17-18, 81-82.
43. Guzikowski W.: Aspekty kliniczne porodów rodzinnych – czy istnieją wymierne korzyści wyboru takiej formy porodu. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia. 2002, 38, 155-167.
44. Guzikowski W., Kudaś D.: Porody rodzinne w ocenie ich uczestników. Ginekologia Praktyczna. 1999, 7, 18-22.
45. Krajczyn N.: Obecność ojca przy porodzie. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia. 1996, 32, 32-34.
46. Kubacki J.: Analiza przebiegu 240 porodów rodzinnych. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia. 1996, 32, 35-38.
47. Guzikowski W.: Pierwsze odczucia ojca jako uczestnika porodu rodzinnego (w zależności od wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania). Kliniczna Perinatologia i Ginekologia. 2002, 38, 176-181.
48. Laudański T., Fijałkowski W., Dec W., Zddziennicki A., Tyliński W., Lasota J.: Poród rodzinny w warunkach szpitalnych. Annals Academie Medicae Bydgosiensis. 1992, 5, 141-146.

49. Lewandowski M.:Poglądy pracowników Oddziału Położniczo-Ginekologicznego i Oddziału Noworodkowego Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie na zagadnienie uczestnictwa ojca dziecka przy porodzie - wyniki badania ankietowego. *Annals Academie Medicae Bydgostiensis* 1992, 5, 153-160.
50. Mazurkiewicz B.: Alternatywne sposoby prowadzenia porodu- nowe wyzwania dla położnych. *Profesjonalna Położna*. 2004, 4,9-12.
51. Melender HL.: Experienoes of fears associatel with pregnancy and childbirth a study of 329 pregnant women. *Birth* 2002, 2, 29,101-111.
52. Melender HL.:Fears and coping strategies associated wirh pregnancy and childbirth Finlan. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2002, 4,47, 256-263.
53. Naroczyk-Świeściak E., Marianowski L.:Analiza niektórych poglądów rodziców w aspekcie obecności przy porodzie. *Annals Academie Medicae Bydgostiensis* 1992, 5, 197-200.
54. Piątkowska J.: Szkoła rodzenia i zdrowy styl życia. *Profesjonalna Położna*. 2004, 1, 13-16.
55. Rybkowski Ł., Malewski M.: Poród rodzinny na Oddziale Położnictwa w Szpitalu ZOZ w Śremie. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*. 1996, 32, 539-542.
56. Rykowska-Pierzchała A., Smoleń A., Wisłocka-Stawrczyk M.,Wójtowicz M., Jakiel G.: Poród rodzinny postrzegany z perspektywy ojca. *Ginekologia Polska*. 2001, 1, 72, 1019-1024.
57. Salus DJ.: Effects of labour support on mothers babies and birth outcomes. *Journal of Obstetric Gynecolgic & Neonatal Nursing* 2002, 6, 31, 733-741.
58. Sipiński A., Stanek A.:Poród rodzinny w warunkach szpitalnych. I *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* 1996, 32,13, 52-60.
59. Szczurowicz A., Wydra D., Witczak A., Szałkiewicz J., Rogoza A., Szmula J.: Poród rodzinny i karmienie piersią w opinii kobiet z regionu gdańskiego i kieleckiego. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*. 1996, 32,13, 61-63.
60. Szymański W., Kontzbach R., Dróżdź B., Dróżdź W.: Psychologiczne apsekty pordu z udziałem męża. *Annales Academie Medicae Bydgostiensis* 1992, 5, 273-278.
61. Kołomyjec P., Suchocki S., Kędra-Rakoczy M.:Wykształcenie i zachowanie prozdrowotne ciężarnych biorących udział w zajęciach w szkole rodzenia oraz ich wpływ na przebieg porodu i stan noworodka. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*. 2007, 3, 57-60.
62. Nawrot J.: Domy narodzin jako alternatywna forma opieki okołoporodowej. *Położna Nauka i Praktyka*. 2015, 2,30, 27-33.

63. Wrzesińska M., Bąk B.: Historia zawodu położnej i kształtowanie się opieki okołoporodowej na świecie i w Polsce. *Studia Medyczne*. 2012, 27,3, 89-99.
64. Torbe A., Ćwiek D., Modrzejewska E.: Humanizacja porodu we współczesnym położnictwie. *Nowa Medycyna*. 2010, 3, 104-112.
65. Karkowska D.: Nowe standardy opieki nad matką i dzieckiem w kontekście prawnej organizacji opieki okołoporodowej w Polsce. Fundacja Rodzić po Ludzku. Warszawa 2013.
66. Emons J., Luiten M.J.: Opieka położnicza w Europie. Raport z piętnastu krajów członkowskich Unii Europejskiej. EMLC 2002.
67. Iwanowicz-Palus G.: Alternatywne metody opieki okołoporodowej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2012.
68. Kassner E.: Historia izb porodowych w Polsce. Sukces zawodu położnej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2007, 5, 40-47.
69. Kubicka Kraszyńska U.: Alternatywne miejsca do porodu. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 2004, 1-3, 48-49.
70. Junge I.: Dom Narodzin – alternatywa dla szpitala. Tekst wystąpienia na konferencji “Poród jako doświadczenie kobiety – rola, misja, odpowiedzialność położnej, lekarza”, organizowanej przez Fundację Rodzić po Ludzku. Warszawa 2005.
71. Stephens E.W.: Kto naprawdę potrzebuje lekarza przy porodzie? *Gazeta Wyborcza*. Wrocław 2008.
72. Dom Narodzin Świętej Rodziny. Dostępny pod adresem www.dom-narodzin.pl
73. Kraśniani E., Semczuk M., Skręt A., Semczuk A.: Satysfakcja z opieki okołoporodowej pacjentek rodzących w Polsce/Rzeszów i w Republice Federalnej Niemiec / Gross-Gerau. *Ginekologia Polska*. 2013, 84, 17-23.
74. Sowa A.: Społeczne uwarunkowania stanu zdrowia ludności. *Nauki Społeczne*. 2007, 5, 33-45.
75. Marcinowicz L., Grębowski R.: Satysfakcja pacjentów w świetle polskich badań empirycznych – próba wyjaśnienia zagadki wysokiego poziomu zadowolenia z opieki. *Polski Merkuriusz Lekarski*. 2005, 17, 663-666.
76. Krajewska K., Rolka H., Krajewska-Kułak E.: Satysfakcja pacjentek z udzielonych świadczeń medycznych w oddziale położniczym. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*. 2003, 4, 81-85.
77. Janiuk E.: Matka jako aktywny uczestnik porodu. Optymalizacja porodu – zagadnienia interdyscyplinarne. Red. Lichtenberg-Kokoszko E., Janiuk E., Dzierżanowski J. Oficyna Wydawnicza Impuls. Kraków 2008, 41-49.

78. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania ([Dz.U. z 2018 r. poz. 227](#)).
79. Haberko J.:Prawne aspekty asysty przy porodzie ze szczególnym uwzględnieniem uczestnictwa męża matki i ojca dziecka. Ginekologia Praktyczna. 2006, 88, 28-33.
80. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 roku . Kodeks rodzinny i opiekuńczy.
81. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., art. 68 ust.2 i 3 oraz art. 71 ust. 2.
82. Strelau J.: Osobowość jako zespół cech. Psychologia. Podręcznik akademicki. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. 2002, t.2.
83. Hall C., Lindzey.:Teorie osobowości. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 1994.
84. Ropecka M.:Poród prawidłowy. Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek. red. Bręborowicz G.II PZWL. Warszawa 2002.
85. Ropecka M.: Poród prawidłowy.Położnictwo i Ginekologia. red.Bręborowicz G.H. PZWL. Warszawa 2006.
86. Sajdak S.: Poród o przebiegu fizjologicznym. Położnictwo i Ginekologia. Podręcznik dla studentów. red. Pisarski T. PZWL. Warszawa 2001.
87. Iwanowicz-Palus G.: Opieka położnicza – wczoraj i dziś. Materiały z Międzynarodwej Konferencji dla położnych Jastrzębia Góra. 23-25.04.2005, Opieka śródporodowa wczoraj i dziś. Jastrzębia Góra. 2005, 8-26.
88. Iwanowicz-Palus G. Opieka położnicza okołoporodowa - wczoraj i dzisiaj. Pielęgniarstwo XXI wieku 2007, 1, 101-108.
89. Balaskas J.:Poród aktywny. Nowe spojrzenie na naturalny sposób rodzenia. Niezależna Oficyna Wydawnicza.Warszawa 1997.
90. Bednarek M.: Jak rodzi wsółczesna Polka – techniki porodowe. Położna środowiskowa/rodzinna. 2008, 2,22, 26-27.
91. Kossowski P., Piwowarczyk M., Sikora J.:Poród rodzinny w materiale Kliniki Położnictwa i Ginekologii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Kliniczna Perinantologia i Ginekologia supl. 2004, I, 50-52.
92. Guzikowski W., Kowalczyk D., Maczka M.: Aspekty socjologiczne i demograficzne uczestników porodów rodzinnych i tradycyjnych. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia supl. 2004, I , 71-73.
93. Guzikowski W.:Porody rodzinne – analiza socjo-psychologiczna ich uczestników. Ginekologia Polska. 2000,71,4, 165-170.

94. Guzikowski W.:Psychologiczne aspekty porodów rodzinnych – kierunki koncentracji świadomości rodzających. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* supl. XXV, 2002, 166-175.
95. Bachanek M. i wsp.:Analiza wybranych parametrów przebiegu porodu rodzinnego. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* supl. 2004, I, 41-43.
96. Wilk K.i wsp.: Wpływ wykształcenia i wieku rodzącej na częstość porodów rodzinnych i obecności studentów w trakcie porodu. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* supl. 2004, I, 53-54.
97. Maciejewski J., i wsp.: Poród rodzinny w doświadczeniach Kliniki Położnictwa i Ginekologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* supl. 2004, I, 62-63.
98. Prażmowska B., Radzik T.:Wsparcie społeczne kobiet podczas porodów rodzinnych. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* supl. 2004, I, 143-146.
99. Olenik A.i wsp.:Analiza porodów rodzinnych w materiale Katedry i Oddziału Klinicznego Położnictwa i Ginekologii w Bytomiu Śląskiej Akademii Medycznej w latach 1999-2003. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* supl. 2004, I, 38-40.
- 100.Guzikowski W. :Porody rodzinne – analiza uczestników (wg miejsca zamieszkania). *Ginekologia Polska* supl. 2000,I, 79-81.
- 101.Świątkowska – Freund M., Kawiak D., Preis K.: Pozytywne aspekty obecności ojca dziecka przy porodzie. *Ginekologia Polska*. 2002,78, 476-478.
- 102.Grochans E., Łuszczynka V.,Karakiewicz B., Kędzia A., Wysiecki P.: Oczekiwania pacjentek oddziałów położniczych, a jakość opieki medycznej. *Nowiny Lekarskie*. 2006,75, 558-563.Modrzejewska E.,Torbe A., Cwiek D.: Opinie położnic na temat udziału partnera w porodzie. *Położna Nauka i Praktyka*. 2015,4, 8-13.
- 103.Mietzel G.:Wprowadzenie do psychologii. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
- 104.Franken ER.:Psychologia motywacji. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005
- 105.Sendecka A., Sudomir G.:Poród rodzinny w szpitalu. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* supl. Poznań 1996, XIII, 47-51.
- 106.Ulman –Włodarz I., Poręba A., Kwaitkowska E.:Poród z udziałem ojca – wpływ na kształtowanie więzi w rodzinie. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*. 2007, 43, 52-56.
- 107.Karauda M., Łepecka-Klusek C., Bucholc M.: Współcześni małżonkowie wobec porodu rodzinnego. *Wiadomości Lekarskie*. 2006, LIX, 9-10.
- 108.Simkin P.: The Birth Partner: Everything You Need to Know to Help a Woman Through Childbirth. Harvard Common Press. 14 Maj 2001.

109. Simkin P.: Birth Partner 5th Edition. A Complete Guide to Childbirth for Dads, Partners, Doulas, and All Other Labor Companions Paperback. 25 september 2018.
110. Simkin P.: Pregnancy, Childbirth, and the Newborn. The Complete Guide Paperback. 18 September 2018.
111. Korte D.: A Good Birth, A Safe Birth. Choosing and Having the Childbirth Experience You Want Paperback. 16 September 1992.
112. Gaskin IM.: Ina May's Guide to Childbirth "Updated With New Material" Paperback. 4 March 2003.
113. Genevieve Howland, The Mama Natural Week-by-Week Guide to Pregnancy and Childbirth Paperback. 25 April 2017.
114. Simkin P.: The Birth Partner - Revised 3rd Edition: A Complete Guide to Childbirth for Dads, Doulas, and All Other Labor Companions (Birth Partner: A Complete Guide to Childbirth for Dads, Doulas, &) Paperback. 15 January 2008.
115. Simkin P.: The Birth Partner's Quick Reference Guide and Planner. Essential Labor and Childbirth Information for a New Mothers Partner and Helpers Paperback. 7 January 2020.
116. Buszmar K., Przybyłka-Basista H.: Polska Adaptacja Wielowymiarowej Skali Spostrzegania Wsparcia Społecznego. Polskie Forum Psychologiczne. 2017, 22, 4, 581-599.
117. Kawachi, I., Berkman, L.F.: Social ties and mental health. Journal of Urban Health. Bulletin of the New York Academy of Medicine. 2001, 78, 3, 458-467.
118. Cieślak R.: Wsparcie społeczne – problemy i techniki pomiaru. W; Sęk H., Cieślak R. (red.). Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa. 2012, 106-122.
119. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2009.
120. Kmiecik-Baran K.: Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. Przegląd Psychologiczny. 2005, 38, 201-214.
121. Łuszczynska A., Cieślak R.: Protective, promotive, and buffering effects of perceived social support in managerial stress: The moderating role of social support. Anxiety, Stress and Coping. An International Journal. 2005, 18, 3, 227-244.
122. Pleśniak A.: Wybór metody estymacji w budowie skali czynnikowej. Wiadomości Statystyczne. 2009, 11, 1-17.
123. Reblin, M., Uchino, B.N.: Social and emotional support and its implication for health. Current Opinion in Psychiatry. 2008, 21, 201-205.

124. Sęk, H.: Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2012, 49-67.
125. Sęk, H., Cieślak, R.: Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2012, 11-28.
126. Szlachta, E.: Próba adaptacji i walidacji polskiej wersji The Interpersonal Support Evaluation List (MSPSS) – Kwestionariusza Spostrzeganego Wsparcia Społecznego. *Przegląd Psychologiczny*. 2009, 52, 433-451.
127. Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., Farley, G.: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 1990, 52, 30-41.
128. Zimet, G., Powell, S., Farley, G., Werkman, S., Berkoff, K.: Psychometric of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 1990, 55, 610-617.
129. Paciorek M., Putyński L.: Kwestionariusz Lęku porodowego (KLP II) Wersja Zrewidowana: konstrukcja i właściwości psychometryczne. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica*. 2008, 12, 129-133.
130. Putyński L.: Lęk porodowy. Jego istota i metoda pomiaru. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica*. 1997, 147-152.
131. Putyński L., Paciorek M.: Lęk porodowy – paradygmat psychologiczny. Materiały konferencyjne „Podmiotowość pacjentki ciężarnej i rodzącej”, Chełmża 2007.
132. Perkin M. R., Bland J. M., Peacock J. L., Anderson H. R.: The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1993, 100, 629-634.
133. Reading A. E., Cox D. N.: Psychosocial Predictors of Labor Pain. „*Pain*”, 1985, 22, 309-315.
134. Ringer M., Pavelka R.: Geburtsangst: Konkretisierung und Beschreibung des Begriffes anhand empirischen Daten. „*Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatologie*”. 1982, 182, 55-57.
135. Molfese V. J., Bricker M. C.: Anxiety, Depression and stress in Pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 1987, 7, 77-92
136. Gebuza G., Kaźmierczak M., Gierszewska M., Mieczkowska E., Banaszkiewicz M., Wróbel-Bania A.: Lęk przed porodem w III trymestrze ciąży, jego powiązanie ze stanem noworodka. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2015, 21, 39-44.
137. Wiktor H., Lewicka M., Humeniuk E., Gulanowska-Gędek B., Wiktor K., Kanadys K.: Ocena poziomu lęku u kobiet w porożu. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*. 2009, 55, 66-69.

138. Borysewicz K.: Zaburzenia nastroju w okresie połogu, ich znaczenie, rozpowszechnianie i domniemane przyczyny. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 1999, 8, 445-455.
139. Wiktor H, Lewicka M, Humeniuk E.: Ocena poziomu lęku u kobiet w połogu. *Annales Academiae Medicae Stetinensis. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2009, 55, 66-69.
140. 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.
141. Wnezel A., Haugen E.N., Jackson L.C., Robinson K.: Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Arch Womens Ment Health*, 2003, 6 ,1, 43-49.
142. Rymaszewska J.: Ocena kliniczna i leczenie zaburzeń psychicznych okresu okołoporodowego. *Ginekologia Polska, Supl. I, XXIX Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego*. Poznań 2006, 66-69.
143. Libera A.: Problemy psychologiczne okresu ciąży. *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. red. Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G., Wydawnictwo Lekarskie PWSZ. Warszawa 2009, 154-177.
144. Dayan J., Yoshida K.1. : Psychological and pharmacological treatments of mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Review and synthesis. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Paris 2007, 36,6, 530–548
145. Jolly J., Walker J., Bhabra K.: Subsequent obstetric performance related to primary mode of delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1999, 106, 227-232.
146. Kazimierczak M., Sołdyńska M., Gierszewska M., Gebuza G., Mieczkowska E.: Ocena lęku u ciężarnych przed porodem. *Pielęgniarka Zdrowie Publiczne*. 2017, 26,1, 69–75.
147. Branecka-Woźniak D.: Ocena poziomu lęku u ciężarnych w kontekście wpływu uwarunkowań biologicznych, medycznych oraz środowiskowo-społecznych. *Zakład Zdrowia Prokreacyjnego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie* 2015, 61,4, 433-443.
148. Lonstein J.S. : Regulation of anxiety during the postpartum period. *Front Neuroendocrinol*. 2007, 28,2–3, 115–141.
149. Hofberg K., Brobkington I.: Tokophobia, an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *The British Journal of Psychiatry* 2000, 176, 83-85.
150. Koszewska I.: O depresji w ciąży i po porodzie. PZWL. Warszawa 2010.
151. Guszkowska M.: Lęk przed porodem i determinujące go czynniki – przegląd literatury. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2012, 5,3, 154-161.
152. Billert H.: Tokofobia – problem multidyscyplinarny. *Ginekologia Polska* 2007, 78, 807-811.

153. Zar M., Wijma K., Wijma B.: Pre-and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* 2010, 29, 101-111.
154. Melendy H.L.: Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth, a study of 329 pregnant women. *Birth* 2002, 29, 101-111.
155. Lonstein J.S.2.: Regulation of anxiety during the postpartum period. *Front Neuroendocrinol* 2007, 28, 2-3, 115-141.
156. Bączyk G., Cebulka V., Koźlak V., Michalak M., Bajek A., Marcinkowski J.T.: Poziom lęku przedporodowego u kobiet w ciąży. *Problemy Higieny Epidemiologicznej* 2011, 92, 4, 774-777.
157. Czerwiak G., Michalska M., Zdziebło K.: Problemy emocjonalne związane z porodem. *Annales Academiae Medicae Silesiensis* 2006, 60, 1, 31-34.
158. Cekański A.: Tokofobia – lęk przed porodem naturalnym – prośba o cięcie cesarskie. *Przegląd Ginekologiczny - Położniczy* 2009, 9, 2, 31-33.
159. Librus E., Michalik A.: Uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia jako forma psychoprophylaktyki. *Położna Nauka i Praktyka* 2008, 4, 42-49.
160. Tutaj- Puzyna U.: Jak położna może wpłynąć na zmniejszenie lęku przed porodem?. *Położna Nauka i Praktyka* 2011, 2, 4, 58-62.
161. Krzyżanowska-Zbucka J.: Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym. Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2008.
162. Szczawińska M.: Razem czy osobno ? Poród rodzinny, Wydawnictwo AZ, Kraków 2000, 41-42, 71-81.
163. Kubicka-Kraszyńska U., Otfinowska A., Pietrusiewicz J.: O bólu porodowym i metodach jego łagodzenia. Fundacja Rodzić po Ludzku. Warszawa 2006.
164. Patters A.J., Satin A.J. Active Management of Labor.: *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2005, 32, 221-230.
165. Guskowska M.: Lęk przed porodem i determinujące go czynniki. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*. 2012, 5, 3, 154-161.
166. Bączyk G, Cebulka V, Koźlak V, Michalak M, Bajek A.: Poziom lęku przedporodowego u kobiet w ciąży. *Problemy Higieny Epidemiologicznej* 2011, 92, 774-777.
167. Sobieszczyk M.: Statystyka. PWN. Warszawa 1997, 25
168. Sobieszczyk M.: Statystyka. PWN. Warszawa 1997, 48.
169. Olesiak-Andrzejczak M. i wsp.: Psychospołeczne i osobowościowe determinanty deklarowanego wyboru porodu rodzinnego. *Ginekologia Polska*, 2004, 75, 292-297.

170. Jenczura A. i wsp.: Alternatywa porodów rodzinnych w opiniach kobiet. *Dobrostan a Zdrowie Dzieci i Młodzieży*. Wyd. Naukowe Neuro Centrum Lublin, 2016, VIII, 125-136.
171. Ćwiek D, Fryc D., Branecka-Woźniak D.: *Poród. Szkoła Rodzenia*. Wyd. PZWL, Warszawa 2010, 162-164.
172. Prażmowska B.: Opieka nad kobietą podczas porodu fizjologicznego. *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Wyd. PZWL, Warszawa 2010, 118.
173. Sipiński A., Kazimierczak M.: Proces pielęgnowania w sali porodowej. Opieka w położnictwie. Red. Sipiński A., Wyd. Śląsk Sp.z o.o. Katowice 2012, 122.
174. Zimmel G.: Ojciec aktywny uczestnik porodu. Wyd. Impuls, Kraków 2008, 50-57.
175. Wolbiś M., Krychowska-Ćwikła A.: Poród rodzinny w oczach ojca. *Położna Nauka Praktyczna* 2012, 2, 31, 35-36.
176. Moryłowska-Topolska J., Makara-Studzińska M., Kotarski J.: Wpływ wybranych zmiennych socjodemograficznych i medycznych na nasilenie objawów lękowych i depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży. *Psychiatria Polska* 2014; 48(1); 173-186.
177. Maslow A.H.: *Motywacja i osobowość*. Wydawnictwo Naukowe PWN, 2006
178. Kozłowska A.: *Potrzeby jako system klasyfikacji modeli perswazyjnych- raport badawczy*. Wyższa Szkoła Promocji w Warszawie, 2014

SPIS RYCIN

Ryc. 1. Miejsce przeprowadzenia badania	43
Ryc. 2. Wiek	44
Ryc. 3. Wykształcenie	45
Ryc. 4. Miejsce zamieszkania	46
Ryc. 5. Liczba porodów	47
Ryc. 6. Sposób porodu	48
Ryc. 7. Poród rodzinny u osób z bliskiego otoczenia	49
Ryc. 8. Sprawdzenie możliwości porodu rodzinnego przy wyborze szpitala	50
Ryc. 9. Rodzaj porodu	50
Ryc. 10 Rodzaj poprzedniego porodu	52
Ryc. 11 Obecność tej samej osoby co przy poprzednim porodzie rodzinnym	54
Ryc. 12 Uczestnictwo w zajęciach przygotowujących do porodu	55
Ryc. 13 Rodzaj zajęć przygotowujących do porodu	56
Ryc. 14 Uczestnictwo osoby towarzyszącej przy porodzie w zajęciach przygotowujących do porodu	57
Ryc. 15 Opinia na temat oczekiwań związanych z porodem rodzinnym	58
Ryc. 16 Planowanie kolejnego porodu rodzinnego	59
Ryc. 17 Uczestnictwo tej samej osoby towarzyszącej	60
Ryc. 18 Znajomość pojęcia Dom Narodzin	62
Ryc. 19 Znajomość pojęcia doula i jej roli przy porodzie	62
Ryc. 20 Opinia na temat pobytu przy porodzie więcej niż jednej osoby	63
Ryc. 21 Opinia na temat pobytu osoby towarzyszącej na sali cięć cesarskich	64
Ryc. 22 Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala przyjaciele	66
Ryc. 23 Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala rodzina	67
Ryc. 24 Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala osoba znacząca	68
Ryc. 25 Kwestionariusz Lęku Porodowego – podsumowanie	71
Ryc. 26 Zależność między miejscem przeprowadzenia badania a Wielowymiarową Skalą Spostrzegania Wsparcia Społecznego	83
Ryc. 27 Zależność między miejscem przeprowadzenia badania a Kwestionariuszem Lęku Porodowego	85

SPIS TABEL

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej w zakresie zmiennych społeczno – demograficznych	43
Tabela 2. Powody podjęcia decyzji o porodzie rodzinnym.....	51
Tabela 3. Powody rodzenia bez udziału innych osób.....	53
Tabela 4. Osoba towarzysząca przy porodzie	53
Tabela 5. Szczegółowe odczucia po porodzie.....	58
Tabela 6. Przyczyna nie planowania kolejnego porodu rodzinnego	60
Tabela 7. Planowane miejsce kolejnego porodu	61
Tabela 8. Potrzeby, oczekiwania i opinie dotyczące porodu rodzinnego	64
Tabela 9. Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala przyjaciele.....	65
Tabela 10. Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala przyjaciele.....	66
Tabela 11. Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala rodzina	67
Tabela 12. Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala rodzina – ujęcie statystyczne	67
Tabela 13. Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala osoba znacząca	68
Tabela 14. Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala osoba znacząca podsumowanie – ujęcie statystyczne.....	69
Tabela 15. Wielowymiarowa Skala Spostrzegania Wsparcia Społecznego – wynik ogólny – ujęcie statystyczne	69
Tabela 16. Kwestionariusz Lęku Porodowego.....	70
Tabela 17. Kwestionariusz Lęku Porodowego – podsumowanie.....	71
Tabela 18. Kwestionariusz Lęku Porodowego podsumowanie – ujęcie statystyczne.....	72
Tabela 19. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a wiekiem kobiet rodzących	72
Tabela 20. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a wykształceniem kobiet rodzących.....	73
Tabela 21. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a miejscem zamieszkania kobiet rodzących	74
Tabela 22. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a liczbą porodów	75
Tabela 23. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a sposobem porodu	76
Tabela 24. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a porodem rodzinnym u osób z bliskiego otoczenia kobiet rodzących	76
Tabela 25. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a sprawdzeniem możliwości odbycia w nim porodu rodzinnego	77
Tabela 26. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a rodzajem porodu	78
Tabela 27. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a rodzajem poprzedniego porodu... ..	78
Tabela 28. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a uczestnictwem w zajęciach przygotowujących do porodu.....	79
Tabela 29. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a opinią na temat oczekiwań związanych z porodem rodzinnym.....	80
Tabela 30. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a planowaniem kolejnego porodu rodzinnego.....	80
Tabela 31. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a Wielowymiarową Skalą Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala przyjaciele – ujęcie statystyczne.....	81
Tabela 32. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a Wielowymiarową Skalą Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala rodzina – ujęcie statystyczne	81
Tabela 33. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a Wielowymiarową Skalą Spostrzegania Wsparcia Społecznego – podskala osoba znacząca – ujęcie statystyczne	82
Tabela 34. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a Wielowymiarową Skalą Spostrzegania Wsparcia Społecznego – wynik ogólny – ujęcie statystyczne	82
Tabela 35. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a Kwestionariuszem Lęku Porodowego	83
Tabela 36. Związek między szpitalem, w którym przeprowadzono badanie a Kwestionariuszem Lęku Porodowego – ujęcie statystyczne.....	84
Tabela 37. Związek pomiędzy lękiem porodowym a poziomem spostrzegania wsparcia społecznego.....	86
Tabela 38. Wpływ wieku na zależność pomiędzy lękiem porodowym a poziomem spostrzegania wsparcia społecznego.....	86
Tabela 39. Wpływ wykształcenia na zależność pomiędzy lękiem porodowym a poziomem spostrzegania wsparcia społecznego.....	87
Tabela 40. Wpływ miejsca zamieszkania na zależność pomiędzy lękiem porodowym a poziomem spostrzegania wsparcia społecznego.....	88

Tabela 41. Wpływ ilości porodów na zależności pomiędzy lękiem porodowym a poziomem spostrzegania wsparcia społecznego - w podziale na dwie grupy	89
Tabela 42. Wpływ ilości porodów z podziałem na grupy na zależność pomiędzy lękiem porodowym a poziomem spostrzegania wsparcia społecznego - w podziale na trzy grupy	89
Tabela 43. Wpływ sposobu porodu na zależność pomiędzy lękiem porodowym a poziomem spostrzegania wsparcia społecznego.....	90
Tabela 44. Wpływ planowania kolejnego porodu rodzinnego na zależność pomiędzy lękiem porodowym a poziomem spostrzegania wsparcia społecznego	91
Tabela 45. Wpływ wieku na zależność w podjęciu decyzji o wyborze rodzaju porodu	92
Tabela 46. Wpływ wykształcenia na zależność w podjęciu decyzji o wyborze rodzaju porodu.....	92
Tabela 47. Wpływ miejsca zamieszkania na zależność w podjęciu decyzji o wyborze rodzaju porodu.....	93
Tabela 48. Podjęciu decyzji o wyborze rodzaju porodu pomiędzy pierwiastkami a wieloródkami.....	93
Tabela 49. Wpływ sposobu porodu na zależność w podjęciu decyzji o wyborze rodzaju porodu	94
Tabela 50. Wpływ porodu w bliskim otoczeniu rodzącej na zależność w podjęciu decyzji o wyborze rodzaju porodu	94
Tabela 51. Możliwości odbycia porodu rodzinnego w wybranym szpitalu a podjęcie decyzji o wyborze rodzaju porodu	95
Tabela 52. Wpływ uczestnictwa w zajęciach przygotowujących do porodu a podjęcie decyzji o wyborze rodzaju porodu	95
Tabela 53. Wpływ rodzaju zajęć przygotowujących do porodu a podjęcie decyzji o wyborze rodzaju porodu ...	96

ANEKS

Załącznik nr 1 – Formularz ankiety

Niniejszym zwracamy się do Pani z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety.

Ankieta jest anonimowa, a jej wyniki zostaną wykorzystane w pracy doktorskiej p.t.

„Oczekiwania i potrzeby związane z porodem rodzinnym w opiniach kobiet rodzących”

Koordinator badania – mgr Beata Urbanowicz – pod kierunkiem Dr hab. Adama Czabańskiego – Wydział Nauk o Zdrowiu Katedra Nauk Społecznych - Pracownia Socjologii Zdrowia i Patologii Społecznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Dziękuję za wypełnienie ankiety

ANKIETA

1) Wiek

- < 20
- 21-40
- > 41

2) Wykształcenie

- podstawowe
- zawodowe
- średnie
- wyższe

3) Miejsce zamieszkania

- miasto > 20 tys. mieszkańców
- miasto < 20 tys. mieszkańców
- wieś

4) Który to Pani poród?

- pierwszy
- kolejny (który?).....

5) Poród odbył się

- siłami natury
- przez cięcie cesarskie

6) Czy ktoś z Pani bliskiego otoczenia odbył tzw. poród rodzinny ?

- tak
- nie

7) Czy wybierając szpital do porodu, sprawdzała Pani czy istnieje w nim możliwość odbycia tzw. porodu rodzinnego ?

- tak
- nie

8) Czy Pani poród był porodem rodzinnym?

- tak
- nie

9) Co zdecydowało, że zdecydowała się Pani na poród rodzinny? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

- większe poczucie bezpieczeństwa
- wsparcie psychiczne
- nacisk rodziny/ partnera
- moda (akcje medialne)
- relacje osób, które odbyły poród rodzinny
- doświadczenie z poprzedniego porodu/porodów
- inne.....

10) Czy poprzednie Pani poród /porody także były porodami rodzinnymi ?

- tak
- nie

11) Jeśli rodziła Pani sama – to proszę podać powód (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

- poczucie wstydu
- brak zaufania do swoich reakcji na ból
- poród to sprawa kobiety
- inne (proszę podać).....

12) Kto był osobą towarzyszącą przy porodzie ?

- ojciec dziecka
- siostra
- przyjaciółka
- matka
- doula
- większa ilość osób bliskich
- inne.....

13) Czy uczestniczyła Pani w zajęciach przygotowujących do porodu?

- tak
- nie

14) Jaki to był rodzaj zajęć ?

- szkoła rodzenia
- indywidualne spotkania z położną
- inne.....

15) Czy osoba towarzysząca Pani przy porodzie, także brała udział w tych zajęciach ?

- tak
- nie

16) Czy tzw. poród rodzinny spełnił Pani oczekiwania?

- tak
- nie

17) Proszę podać szczegółowe odczucia po porodzie (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

- duże poczucie bezpieczeństwa
- pomoc techniczna(podanie wody, masaż, pomoc przy poruszaniu, wspólne oddychanie)
- wsparcie psychiczne
- niezadowolenie z postawy ojca dziecka
- niezadowolenie z własnego zachowania i wyglądu
- ulga z powodu stanu zdrowia własnego i dziecka
- zadowolenie z postawy personelu medycznego

18) Jeśli planuje Pani kolejny poród, to czy będzie to poród rodzinny ?

- tak
- nie
- nie wiem

19) Czy osobą towarzyszącą będzie ta sama osoba?

- tak
- nie
- nie wiem

Jeśli kolejny poród będzie porodem rodzinnym, to proszę ominąć pytanie nr 20

20) Jeśli nie chce Pani porodu rodzinnego? Proszę podać przyczynę

- brak wsparcia oczekiwanego od osoby towarzyszącej
- nieodpowiednie zachowanie osoby towarzyszącej
- stres i zdenerwowanie osoby towarzyszącej
- inne.....
-

21) Jeśli planuje Pani kolejny poród, to w którym z miejsc chciałaby Pani rodzić?

- w szpitalu
- w Domu Narodzin
- w domu
- w innym miejscu – gdzie?.....

22) Czy słyszała Pani o Domach Narodzin ?

- tak
- nie

23) Czy wie Pani kto to jest doula i jaką pełni rolę?

- tak
- nie

24) Czy chciałaby Pani, aby w czasie porodu była przy Pani więcej niż jedna osoba (np. pokój dla rodziny przy sali porodowej)?

- tak
- nie
- nie wiem

Jeśli rodziła Pani naturalnie, to proszę ominąć pytanie nr 25

25) Czy chciałaby Pani, aby osoba towarzysząca przy porodzie miała możliwość przebywać z Panią na sali cięć cesarskich ?

- tak
- nie
- nie wiem

26) Jeśli ma Pani inne potrzeby, oczekiwania i opinie dotyczące porodu rodzinnego, niż te, o które pytano w ankiecie. Proszę je podać poniżej.

.....

Załącznik nr 2 – Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego

G. Zimet, N. Dahlem, S. Zimet & G. Farley

Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego

(adaptacja polska: K. Buszman, H. Przybyła-Basista)

INSTRUKCJA: Interesuje nas, jak ustosunkowujesz się do poniższych twierdzeń.

Przeczytaj każde z nich bardzo uważnie i zaznacz:

1 – jeśli zdecydowanie się nie zgadzasz

2 – jeśli się nie zgadzasz

3 – jeśli trochę się nie zgadzasz

4 – jeśli nie masz zdania

5 – jeśli trochę się zgadzasz

6 – jeśli się zgadzasz

7 – jeśli zdecydowanie się zgadzasz

1	Istnieje pewna szczególna osoba, która jest w pobliżu, kiedy jestem w potrzebie	1	2	3	4	5	6	7
2	Istnieje pewna szczególna osoba, z którą mogę dzielić swoje radości i smutki	1	2	3	4	5	6	7
3	Moja rodzina naprawdę stara się mi pomóc	1	2	3	4	5	6	7
4	Otrzymuję emocjonalną pomoc i wsparcie, którego potrzebuję, od swojej rodziny	1	2	3	4	5	6	7
5	Mam pewną szczególną osobę, która jest dla mnie prawdziwym źródłem pociechy / wsparcia	1	2	3	4	5	6	7
6	Moi przyjaciele naprawdę starają się mi pomóc	1	2	3	4	5	6	7
7	Mogę liczyć na moich przyjaciół, gdy coś się nie Układa	1	2	3	4	5	6	7
8	Mogę rozmawiać z rodziną o swoich problemach	1	2	3	4	5	6	7
9	Mam przyjaciół, z którymi mogę dzielić swoje radości i smutki	1	2	3	4	5	6	7
10	W moim życiu jest pewna szczególna osoba, która troszczy się o moje uczucia	1	2	3	4	5	6	7
11	Moja rodzina chętnie pomaga mi w podejmowaniu decyzji	1	2	3	4	5	6	7
12	Mogę rozmawiać z przyjaciółmi o swoich Problemach	1	2	3	4	5	6	7

Załącznik nr 3 – Kwestionariusz Lęku Porodowego

L. Putyński, M. Paciorek KLP II- Jesteśmy przekonani, że emocje odgrywają ważną rolę w czasie porodu. Ponieważ spodziewa się Pani dziecka, jesteśmy zainteresowani, jakie jest Pani obecne samopoczucie w związku z porodem. Prosimy wybrać i podkreślić tę z odpowiedzi umieszczonych pod każdym z poniższych zdań, która najlepiej oddaje to, jak się Pani obecnie czuje.

Obawiam się, że mój poród będzie długi

Zdecydowanie tak

Raczej tak

Raczej nie

Zdecydowanie nie

Wiem, że w trakcie porodu będę całkowicie panowała nad sytuacją

Zdecydowanie tak

Raczej tak

Raczej nie

Zdecydowanie nie

Martwię się, że moje dziecko może urodzić się z jakąś wadą

Zdecydowanie nie

Raczej nie

Raczej tak

Zdecydowanie tak

Czuję, że w trakcie porodu zajdą jakieś nieprzewidziane komplikacje

Zdecydowanie tak

Raczej tak

Raczej nie

Zdecydowanie nie

Jestem przekonana, że w trakcie porodu będę spokojna i opanowana

Zdecydowanie nie

Raczej nie

Raczej tak

Zdecydowanie tak

Boję się, że mój poród będzie bolesny

Zdecydowanie tak

Raczej tak

Raczej nie

Zdecydowanie nie

Jestem przekonana, że po porodzie szybko dojdę do siebie

Zdecydowanie nie

Raczej nie

Raczej tak

Zdecydowanie tak

Obawiam się, że moje dziecko może zostać uszkodzone w trakcie porodu

Zdecydowanie tak

Raczej tak

Raczej nie

Zdecydowanie nie

Oczekiwanie na poród to dla mnie bardzo radosny okres

Zdecydowanie nie

Raczej nie

Raczej tak

Zdecydowanie tak