

**Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Ochrony Zdrowia**

Barbara Prażmowska

**Wsparcie społeczne kobiet rodzących
a satysfakcja z opieki położniczej**

Rozprawa doktorska

Promotor:

Dr hab. med. Alfred Reroń

Bibl. Medyczna CM UJ



1816039740

Kraków 2003

Mojemu Promotorowi

Panu dr hab. med. Alfredowi Reroniowi

składam serdeczne podziękowania za

ukierunkowanie mojej pracy oraz czas

poświęcony na dyskusję i udzielone rady.

Spis treści

- 1. Wstęp.**
- 2. Cel pracy.**
- 3. Materiał i metody.**
- 4. Wyniki.**
- 5. Dyskusja.**
- 6. Wnioski.**
- 7. Streszczenie.**
- 8. Piśmiennictwo.**
- 9. Spis tabel.**
- 10. Aneks**

Wstęp

Poród jest fizjologiczną funkcją organizmu, która występuje samoistnie jako zakończenie ciąży. Jest sprawą bezsporną, że na udany poród składa się nie tylko nowoczesne zaplecze medyczne, gdyż jest ono niezbędne w różnych sytuacjach związanych z patologią ciąży, ale przede wszystkim istotne jest stworzenie właściwych warunków poprawiających kondycję psychiczną i fizyczną rodzącej. Coraz częściej do świadomości społecznej dochodzi fakt, że warunki takie mają swoje podstawy w przekonaniu, iż poród jest czynnością naturalną, ostateczną konsekwencją zbliżenia się ludzi, poczęcia i rozwoju dziecka w łonie matki, aż do biologicznej gotowości, umożliwiającej młodemu organizmowi samodzielne życie. Ostateczna odrębność personalna matki i dziecka dokonuje się wraz z przecięciem pępowiny. Aby ten moment mógł stać się chwilą jak najmniej związaną z lękiem i bólem i mógł być zapamiętany przez rodzącą jako chwila szczególna i piękna, kobieta powinna zyskać wsparcie w postaci zyskania odpowiedniej wiedzy na temat przebiegu ciąży i porodu oraz zmian cieleśnych i psychicznych. Powinna także rozpocząć przygotowania do macierzyństwa. Mówi o tym J. Balaskas, który zauważa, iż istotne jest także uświadomienie sobie instynktu rodzenia i bycia matką oraz zdobycie niezbędnej wiedzy dotyczącej fizjologii ciąży, porodu, wzrastania i całego rozwoju dziecka. (7).

Nie mniej ważne jest przygotowanie fizyczne czyli zapoznanie ciężarnych z wieloma różnymi pozycjami porodowymi i nabyć umiejętność ich stosowania, aby pomóc sobie i dziecku podczas porodu. (7). Przygotowanie to kobieta może zdobyć na kursach

w szkołach rodzenia. Kursy te przygotowują rodziców do nowoczesnego porodu, który obejmuje wiele zagadnień z dziedziny medycyny perinatalnej i dziedzin interdyscyplinarnych, np.: psychologii, fizjologii, wysiłku, biochemii. Trudno jest więc podać jednoznaczną definicję porodu nowoczesnego, ale na pewno w ramach tej definicji mieści się poród bezpieczny dla matki i dziecka, podczas którego stosowane są wszystkie współczesne osiągnięcia wiedzy medycznej, dziedzin pokrewnych oraz zalecenia WHO. (140).

T. Hines zakłada, że poród nowoczesny to taki, „w którym kobieta rodząca sama może realizować swoje instynktowne potrzeby, kiedy rodzić i jak rodzić, z wysiłkiem – trudem lub bez wysiłku. Kobieta chce urodzić sama, to jest jej cel i marzenie, nie należy jej w tym przeszkadzać”. (71).

Poród nowoczesny, naturalny to poród zgodny także z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącymi właściwych technik porodowych, których opis był opublikowany w raporcie WHO z 1985 roku. (34).

Zalecenia te powinny znać kobiety ciężarne, aby móc się do nich odwołać, gdy są nieprzestrzegane podczas porodów.

Jednym z bardzo ważnych zagadnień z zakresu organizacji sali porodowej, które mogą mieć znaczenie w porodzie nowoczesnym są dogodne pozycje rodzących, które spełniają 8 podstawowych zasad:

- ułatwić przebieg poszczególnych okresów porodu,
- zmniejszyć niebezpieczeństwo uszkodzeń porodowych i powstawania zaburzeń w funkcji organizmu,
- nie zwiększać niebezpieczeństwa dla dziecka,
- zapewnić „punkty oparcia” dla nóg i rąk rodzącej,

- ułatwić rodzącej możliwość najlepszego współdziałania w porodzie i rozwinięcia maksimum siły wydalającej,
- umożliwić dostęp i udzielenie pomocy położnej i lekarzowi,
- uwzględnić prawa fizyki i mechaniki, a przynajmniej im nie przeszkadzać (np. prawu ciężenia). (140,31,32,38).

Wielu autorów wskazuje, że najdogodniejszą pozycją dla rodzącej nie jest pozycja na wznak, która wręcz opóźnia i utrudnia przebieg porodu, gdyż odbywa się on wbrew działającym siłom grawitacji. (1,2,3). W I okresie porodu korzystne jest przyjmowanie pozycji w klęku podpartym na rękach. Pozycja ta eliminuje bóle kręgosłupa które są bardzo uciążliwe gdy kobieta rodzi w pozycji na plecach.

Jest faktem bezspornym, że kobieta rodząca czuje się najlepiej w pozycji wertykalnej, potrafi wówczas skutecznie rozluźnić mięśnie, być aktywną podczas skurczu, prawidłowo oddychać, unikać lub łagodzić bóle kręgosłupa i najbardziej efektywnie przeć. Możliwość zmiany pozycji kobiety rodzącej i dostosowanie jej do własnych potrzeb, daje poczucie swobody i spokoju wewnętrznego. (19,23,20).

Przeprowadzone w klinice w Tychach badania pod kierunkiem R. Poręby potwierdzają korzystny wpływ pozycji wertykalnych na przebieg porodów. Kobieta przyjmuje taką pozycję która w danej chwili jest najbardziej dla niej dogodna. (84).

Kondycja i kinezyadaptacja rodzącej to kolejne zagadnienie mogące mieć wpływ na nowoczesny poród. Rozwiązanie wiąże się z dużym wysiłkiem fizycznym rodzącej. Z tego powodu musi ona być przygotowana do jego sprawnego pokonywania. Pomocne w zdobywaniu kondycji są wykonywane podczas ciąży ćwiczenia gimnastyczne, (kinezystymulacja). One właśnie są podstawą do

uzyskania kinezyadaptacji, która pozwala być rodzącej aktywną i przeżywać poród w sposób naturalny bez stresów i komplikacji, a dziecku zapewnić komfort rodzenia. (97).

Z porodem nowoczesnym wiąże się także zagadnienie ergonomii, ponieważ nieergonomiczne postępowanie rodzącej, wywołuje niekorzystne następstwa dla jej organizmu i dla płodu. Stąd trening mięśniowy w okresie ciąży ma zwiększyć rezerwę tlenową w mięśniach, ochraniając ją przed zakwaszeniem mięśni, powstaniem kwasicy i w następstwie kwasicy infuzyjnej płodu. Można więc sparafrazować stwierdzenie Roskamma, że trening mięśni szkieletowych ochrania serce na określenie trening mięśniowy ochrania płód. Przygotowanie kondycyjne z wytworzoną kinezyadaptacją ułatwia rodzenie, które jest efektywne i ergonomiczne. (97).

Podstawową zasadą postępowania w czasie porodu jest eliminacja lęku i bólu porodowego.

Czynność rodzenia jest jedynym procesem fizjologicznym, któremu towarzyszy odczuwanie bólu, dlatego akt rodzenia związany jest z silnym doznaniem traumatycznym, który w świadomości kobiety pozostaje w pamięci do końca życia.

R. Melzack, jeden z największych badaczy bólu opisał ból porodowy „jako jedno z najbardziej kontrowersyjnych zagadnień w całym badanym problemie bólu”. Wyraźnie różni się on od innych licznych postaci ludzkiego bólu swoistymi cechami: nieuniknionym występowaniem w końcu fizjologicznego procesu ciąży, przerywanym rytmem występowania, szybkim nasileniem się do dużego natężenia i częstotliwości oraz oczekiwaniem, że ustąpi natychmiast po urodzeniu się dziecka. (70).

Przez setki lat kulturowo utrwalono przekonanie, że zjawisko to musi towarzyszyć rodzącej, było przyczyną zbyt powolnych,

nawet w drugiej połowie XX wieku, działań w kierunku jego złagodzenia. Wystarczy przypomnieć zawarte w Biblii stwierdzenie: „obarczę cię niezmiernie wielkim trudem twej brzemienności, w bólu będziesz rodziła dzieci” (Ks. Rodz. 3, 16), które powodowało, iż cierpienie związane z rodzeniem traktowane było bardzo długo jako kara za grzech pierworodny, a próby jego łagodzenia lub wyeliminowania jako naruszenie boskiego porządku świata. (134).

Dopiero Papież Pius XII w 1956 r. oficjalnie przyznał, że dopuszczalne jest stosowanie znieczuleń w trakcie przebiegu porodu. Zyskując moralne przyzwolenie autorytetu, kobieta z pokolenia na pokolenie, coraz mocniej domaga się, by współczesna opieka medyczna uwolniła ją od zbędnego, odartego z sankcji religijnej cierpienia.

Obecnie wiemy, że wpływ na intensywność doznań bólowych mają takie czynniki jak: nasilenie czynności skurczowej, czas trwania poszczególnych skurczów, zaawansowanie i szybkość postępu porodu (stopień i szybkość rozwierania się szyjki macicy), stopień rozciągnięcia tkanek kanału rodnego, głównie dna miednicy. (107).

Wpływ na percepcję bólu ma także pozycja kobiety oraz możliwość poruszania się i zmiany pozycji w czasie porodu. Kobiety rodzące w pozycji leżącej, z ograniczoną możliwością poruszania się i zmiany pozycji, częściej opisują ból porodowy jako bardzo nasilony. (150,120,59).

Rodzące, którym pozostawiono możliwość swobodnego wyboru pozycji, kierując się zmniejszeniem doznań bólowych, w pierwszym okresie porodu, najczęściej wybierają pozycję pionową lub półpionową oraz kolankowo–łokciową. (23,122,125,148,149,150,151).

Położna lub lekarz, sprawujący opiekę nad rodzącą, może minimalizować odczucia bólowe u rodzącej poprzez nawiązanie kontaktu, odwrócenie uwagi, wyjaśnienie istoty bólu porodowego, ciągłą obecność przy rodzącej, podtrzymywanie wiary w szczęśliwe zakończenie porodu oraz stosowanie naturalnych sposobów łagodzenia bólu tj. poród w immersji wodnej, masaż, relaksację, muzykoterapię, zmianę pozycji, chodzenie w pierwszym okresie porodu, obecność osoby bliskiej w czasie porodu, wystrój pokoju porodowego zbliżony do domowego. (43,92,117,167).

Nasilony ból powoduje ponadto zwiększenie stężenia amin katecholowych z różnorodnymi efektami i może zmniejszyć przepływ krwi przez macicę prowadząc do zmniejszenia utlenienia krwi płodu. (145,115).

Intensywność doznań bólowych w czasie rozwiązania jest ściśle związana ze stanem emocjonalnym oraz nastawieniem rodzącej do porodu. Odpowiednia motywacja, świadomość procesów zachodzących w czasie porodu, (nauka technik relaksacyjnych, właściwe oddychanie oraz obecność męża), pozytywne nastawienie do porodu są czynnikami znacznie poprawiającymi tolerancję towarzyszącego mu bólu. (114,142).

Rodzenie dziecka przez wiele wieków łączyło się z lękiem. Najczęściej był to lęk przed bólem, zagrożeniem życia, obawą o zdrowie dziecka. Źródłami utrzymujących się do dziś postaw lękowych są: atmosfera niewiedzy oraz niewłaściwe tradycje rodzinne i przekazy otoczenia, że poród jest nieuniknionym cierpieniem.

M. Read (wg W. Fijałkowskiego), opisał mechanizm powstawania złego samopoczucia i potęgujących się odczuć bólowych w czasie porodu. Punktem wyjścia jest lęk. Jego konsekwencją jest

mobilizacja napięcia mięśni i ścian naczyń krwionośnych, a skutkiem zwiększonego napięcia jest niedotlenienie i ból. (48).

Ból z kolei potęguje lęk i w ten sposób powstaje „błędne koło”. W. Fijałkowski pisze, że obserwując rozwój „błędnego koła” należałoby nazwać je zaklętym ze względu na niemożność wyrwania z niego rodzącej, nie mającej pojęcia jak dalece czynniki nieświadomej samoobrony i niepokoju wpływają na bolesność porodu. U kobiety w takim stanie emocjonalnym niemożliwa jest żadna ocena innych doznań towarzyszących porodowi. (48,24).

Ponadto silny stan napięcia lękowego w sposób znaczący upośledza funkcjonowanie człowieka. W połączeniu z dolegliwościami porodowymi może doprowadzić do dezorganizacji zachowania rodzącej i wadliwego odbioru informacji. Instrukcje przekazywane przez położne nie są wtedy właściwie odbierane, perswazje i pouczenia nie odnoszą pożądanego skutku, a zachowanie się rodzącej zwiększa ból i czyni poród bardziej traumatycznym dla dziecka. (109,48).

Zespół lęku, napięcia i bólu powoduje, że dla wielu kobiet poród staje się urazem. Natomiast bariera łożyskowa oddzielająca dziecko od matczynych zarazków i toksyn nie stanowi analogicznej izolacji od psychogennych bodźców pochodzących od matki. Stąd lęk matki udziela się dziecku.

Panuje pogląd, że nie jest możliwe całkowite wyeliminowanie ani lęku, ani bólu. Najistotniejsze to przesunięcie punktu odniesienia dla doznań z własnej osoby na rodzące się dziecko w celu zaoszczędzenia mu obciążeń porodowych. (48).

Jak pisze W. Fijałkowski: „w ten sposób cały ładunek emocjonalny negatywnego w treści lęku rozładuje się w pozytywnej treści zawartej w obawie, przeżywanej jako troska o dobro dziecka.

Przez przekształcenie lęku w obawę a obawy w troskę nastąpi intelektualizacja lęku". (48).

Jak wynika z badań, wiele kobiet uważa, że „ból porodowy to bardzo specyficzny rodzaj bólu, który daje specjalne korzyści”, „może być kontrolowany, a na końcu porodu masz coś co napawa cię dumą i całkowitym samospelnieniem”, „jest wyjątkowy, bo za jego przyczyną na świat przychodzi oczekiwane dziecko”. (126).

Ból porodowy jest subiektywnym doświadczeniem. Każda kobieta rodząca odczuwa go na swój sposób. Dlatego też metody uśmierzania bólu porodowego farmakologiczne i nefarmakologiczne muszą być dostosowane indywidualnie do wymagań każdej kobiety. (22,120,165).

Ból porodowy i stopień jego złagodzenia najczęściej oceniany jest przy użyciu skal analogowych. Skale wzrokowe pozwalają osobie badanej na większy wybór w ocenie natężenia bólu. (143, 119,128,21,43,100,103,104).

Stan emocjonalny kobiety ma duży wpływ na sam przebieg porodu i stan zdrowia mającego się narodzić dziecka. Wyniki badań naukowych potwierdziły korzystny wpływ na stan psychoemocjonalny rodzącej osoby bliskiej przy porodzie. (111).

D. Pratt w 1990 roku pisał, że ciągle istnieje problem iż niedostatecznie wiele uwagi poświęca się ojcom na wszystkich etapach ciąży i porodu. (138). W kolejnych latach pojawiły się prace, A. Goldstein, T. Dragonas związane z ojcowskim doświadczeniem w aspekcie klinicznym, psychologicznym i socjologicznym. (35).

Według W. Guzikowskiego porody rodzinne kończą się dwukrotnie mniejszą ilością porodów zakończonych cięciem cesarskim, a średnia ocena wg skali Apgar stanu urodzeniowego noworodka jest wyższa, niż przy porodach tradycyjnych. (61).

Najczęściej osobą towarzyszącą kobiecie rodzącej podczas porodu jest mąż. Jego udział w narodzinach dziecka, okazywane wsparcia emocjonalnego jest dla rodzącej bardzo ważne. (66).

Problem obecności męża podczas porodu był dyskutowany już w 1971 roku w Londynie, w czasie Międzynarodowego Kongresu Medycyny Psychosomatycznej w Położnictwie i Ginekologii. Zwrócono wówczas uwagę na zjawisko występowania trudności psychologicznych i przeżywania napięć przez mężczyzn w okresie poprzedzającym narodziny dziecka. „Skazani na bierność, izolowani od czynnego uczestnictwa w porodzie wykazują skłonność do frustracji maskowanej najróżniejszymi zachowaniami”. (45).

I. Sasmor, cyt. wg W. Fijałkowskiego, analizując reakcje mężów uczestniczących w porodzie stwierdziła, że 99,6% wyraziło zadowolenie ze swego udziału, a 92% uznało swoją obecność za pożyteczną. (45) Podobne wyniki zostały uzyskane przez T. Dragnas (35) i K. Vehvillainem–Julkunen. (189).

Możemy dziś z całą pewnością stwierdzić, że obecność męża zmniejsza u rodzącej uczucie lęku i osamotnienia. Jest on najbliższą osobą, która zna jej potrzeby i oczekiwania i może najefektywniej pomóc (wg J. Sleep). (169).

Obserwacje potwierdzające, że mąż na sali porodowej ma korzystny wpływ na zachowanie i samopoczucie żony mają pracownicy Łódzkiej Szkoły Rodzenia, a także wielu szkół w różnych miastach naszego kraju. Mężowie z dobrym skutkiem pomagają w rozładowaniu napięć, w prawidłowym oddychaniu, wykonują masaż okolicy kości krzyżowej łagodzący ból. (46,170).

Uczestnicząc w narodzinach dziecka ojciec obserwuje wysiłek, który rodząca wkłada w narodziny potomka i stara się aktywnie

jej pomagać. Czuje się wówczas potrzebny, bo właśnie on zna jej gesty, potrafi wytłumaczyć, pocieszyć i uspokoić. (166).

Badania w zakresie psychologii prenatalnej wykazują ogromną wrażliwość noworodka na bezpośredni cielesny kontakt z najbliższymi osobami, matką i ojcem. Daje to rodzącemu się dziecku poczucie bezpieczeństwa, zwłaszcza, jeżeli rodzice prowadzili z nim dialog jeszcze w okresie jego życia wewnątrzmacicznego.

Obecność kobiety i mężczyzny w czasie porodu jest w równej mierze ich potrzebą, jak i potrzebą dziecka. Przynosi wymierne korzyści w budowaniu trwałej więzi między małżonkami oraz między nimi a potomkiem. Natomiast trud porodu staje się łatwiejszy do przezwyciężenia dla rodzącej kobiety. (7,35).

Nowoczesne ośrodki położnicze dają kobiecie możliwości skorzystania podczas porodu z: muzykoterapii, aromaterapii, nowoczesnych łóżek porodowych, porodu w wodzie – jeżeli takie ma oczekiwania rodząca. W ostatnich latach wiele par chcących rodzić w sposób naturalny, decyduje się na odbycie porodu w wodzie. Prowadząc immersję wodną lub poród podwodny, trzeba pamiętać, że głównym celem jest zapewnienie bezpieczeństwa matce i dziecku. Dlatego do odbycia porodu w wodzie muszą być spełnione ustalone kryteria. Problematyką takich porodów zajmowali się: M. Eriksson (41,42) S. Hall (64), K. Eckert (39), M. Schorn (155), G. Ohlson (135), R. Benefield (9), R. Gilbert (54), A. Oakley (131), R. Zimmerman (191), J. Reynolds (147). Badali oni doświadczenia kobiet rodzących w wodzie. Kobiety chcą rodzić przy zastosowaniu tej metody, bo zanurzenie w wodzie ułatwia relaksację, łagodzi ból, skraca fazy porodu, znosi zmęczenie, zmniejsza zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe.

U większości kobiet występuje lęk i wiele obaw związanych z porodem mimo zapewnienia rodzącym nowoczesnego podejścia do porodu i przygotowania w szkole rodzenia.

Poród – zwłaszcza pierwszy – stanowi dla każdej kobiety nową, odmienną od innych sytuację, doświadczenie trudne, ale niezwykle ważne. Narodziny dziecka to czas przemiany, dla kobiety, która staje się matką, daje życie nowej istocie ludzkiej. (11, 163,164,163).

[Porodowi towarzyszą ogromne przeżycia emocjonalne i bardzo intensywne uczucia, od rozpacz i słabości, do odwagi i siły, od wyczerpania do przyływu ogromnej energii (7,58,18,179,177, 178), dlatego też zaliczany jest przez psychologów do stresujących wydarzeń życiowych.]

A. Holmes i wsp. (cyt. wg Ph. Zimbardo) opracowali skalę, w oparciu o którą można określić wartość przeżytego stresu na podstawie tzw. „jednostek zmian życiowych”. Przeanalizowali oni wiele stresujących wydarzeń zachodzących w życiu człowieka i przydzielili im odpowiednią ilość punktów. I tak, na skali Holmesa znalazły się zmiany życiowe związane z ciążą w sposób bezpośredni (ciąża 40 pkt., narodziny nowego członka rodziny 39 pkt.). Trzeba pamiętać, że dla rodzącego się dziecka poród także jest niewątpliwym stresem. W trakcie każdego skurczu następuje zmniejszenie przepływu maciczo – łożyskowego co powoduje zmniejszenie zawartości tlenu we krwi płodu i jego tkankach, co z kolei wzmacnia jego lęk. Wysoki poziom towarzyszącego mu lęku koreluje z wysokim poziomem adrenaliny we krwi, która jest jego wskaźnikiem. Zachowania dziecka w trakcie skurczów macicy są charakterystyczne dla człowieka odczuwającego ból. (99).

Najistotniejszą cechą stresujących wydarzeń życiowych jest to, że zakłócają funkcjonowanie układu jednostka – otoczenie (159,58).

U większości kobiet zarówno przed porodem jak i w czasie jego trwania, występuje obawa o życie własne i dziecka, lęk przed bólem, poczucie zagrożenia, zależności od osób drugich, obawa związana z brakiem akceptacji i niezrozumieniem przez personel medyczny. (55).

Zródłem utrzymujących się od tylu lat stanów lękowych są: atmosfera niewiedzy oraz niewłaściwe tradycje rodzinne i przekazy otoczenia sugerujące, że poród jest cierpieniem. Lękowi przed porodem trzeba się przeciwstawić, po to aby matka mogła skupić się na trosce o dziecko musi najpierw przezwyciężyć lęk o siebie. (48).

Można bez przesady stwierdzić, że z żadnym innym wydarzeniem życiowym nie łączy się tak wiele nadziei, emocji i oczekiwań jak z porodem. (96).

Rodzące oczekują od położnych i lekarzy wsparcia mającego umożliwić odbycie bezpiecznego porodu, który będzie pozytywnym przeżyciem (36,176). Pozytywne doświadczenia związane z porodem wpływają korzystnie na rozwój uczuć macierzyńskich w okresie połogu.

Są dwa efekty porodu, względem których można oceniać działanie personelu medycznego. Każda kobieta chce urodzić zdrowie dziecko, rokujące nadzieję na prawidłowy rozwój fizyczny i psychospołeczny. Drugi oczekiwany efekt ,to odebranie porodu , przez rodzącą jako pozytywnego doświadczenia. Racjonalnym uzasadnieniem jest fakt, że przyszłe relacje pomiędzy matką, a dzieckiem będą zależały w dużym stopniu od przeżyć matki

w czasie porodu, a więc od tego czy udzielono jej szeroko rozumianego wsparcia czy też nie. (36).

Korzyści z pozytywnych doświadczeń odniesionych w czasie porodu związane są z zadowoleniem z macierzyństwa, które z kolei wywiera korzystny wpływ na dobre samopoczucie ułatwia proces wejścia w rolę matki, przyczynia się do nawiązania bliskiej więzi z dzieckiem, oraz daje poczucie satysfakcji z narodzin dziecka. (6,160,179,177,178,116).

Pozytywne przeżycia w czasie porodu umożliwią także kobiecie zachowanie jej osobowości i godności, a ponadto pozwolą na utrzymanie, a nawet wzmocnienie, jej zaufania do siebie. Aby to osiągnąć kobieta musi zrozumieć wszystkie zdarzenia i brać aktywny udział w decyzjach dotyczących jej porodu, mieć możliwość zadawania pytań. (36).

Natomiast negatywne lub ambiwalentne odczucia są wymieniane jako jedne z przyczyn obniżenia nastroju w pierwszym tygodniu po porodzie i depresji poporodowej opisywanej jako koszmar wypełniony niekontrolowanymi atakami lęku i poczuciem winy. (106,8).

Kobiety z tymi zaburzeniami opisując swoje porody mówią, że nie miały kontroli nad tym, co się z nimi działo podczas porodu. Były zmuszone do zaakceptowania leczenia, którego sobie nie życzyły, a często były źle traktowane przez położne i lekarzy.(137).

J. Green (58), A. Oakley (131), P. Simkin (164) wykazują w swoich badaniach, że wspomnienie porodu utrzymuje się u kobiet, przez co najmniej 15 – 20 lat i ma wpływ na jakość macierzyństwa, samopoczucie, stosunek do dziecka i relacje w rodzinie. O tej zależności muszą pamiętać położne i lekarze opiekujący się pacjentką rodzącą.

Badania prowadzone przez A. Otffinowską, z grupą sześciu tysięcy kobiet potwierdzają, że poród to wydarzenie trudne, ale nagrodzone urodzeniem dziecka. Aż 60% badanych wyraziło taką opinię, a tylko 2% uznało poród jako koszmar, o którym chciałyby jak najszybciej zapomnieć. Poród jako pozytywne przeżycie jedyne w swoim rodzaju uznało 28% kobiet, a 7% potraktowało go jako zadanie, które trzeba wykonać. (137).

Generalnie dla większości kobiet czas narodzin dziecka jest okresem trudnym, w którym oczekują wsparcia od osób uczestniczących w porodzie (C. Niven), oraz sprawujących opiekę nad nimi. (75, 56, 156).

Rodowodu problematyki wsparcia społecznego należy także szukać w ruchu społeczności terapeutycznej, pomocy psychologicznej i ruchu grup samopomocy. Jest to więc tematyka, która wyrasta z nurtu praktycznego działania i odpowiada aktualnym potrzebom ludzkim, związanym z niektórymi skutkami rozwoju współczesnej cywilizacji. (81).

W badaniach dotyczących wsparcia społecznego zwrócono także uwagę na fakt, że ludzie posiadający wielu przyjaciół, należący do różnych organizacji, związani ideologią lub wiarą z innymi ludźmi cieszą się lepszym zdrowiem, łatwiej dają sobie radę w trudnych sytuacjach i ponoszą mniejsze konsekwencje sytuacji stresowych (81).

Synonimami terminu „wsparcie” w literaturze są słowa: oparcie, podpora, zachęta, porada, rada, ratunek, usługa i przysługa. Zamiennie ze słowem wsparcie używane jest też słowo pomoc, pomaganie. (30).

Wsparcie jest różnie definiowane. Według I. Sarason wsparcie społeczne „to pomoc dostępna dla jednostki w sytuacjach trudnych, stresowych”. (81).

Natomiast H. Sęk określa wsparcie jako „rodzaj interakcji społecznej podjętej przez jedną lub dwie strony w sytuacji problemowej, w której dochodzi do wymiany informacyjnej, emocjonalnej i instrumentalnej”. (91). N. Lin definiuje pojęcie wsparcia społecznego „jako dostępne wsparcie płynące z powiązań człowieka z innymi ludźmi, grupami społecznymi, społeczeństwem”. (81).

Najbardziej trafnie określa wsparcie Z. Kawczyńska–Butrym: „jako działanie lub inną formę pomocy skierowaną do człowieka lub do grupy, umożliwiającą im przezwyciężenie własnych problemów, trudności, konfliktów, trudnych sytuacji. Wsparcie jest specyficzną formą pomagania, które polega na umiejętności wyzwolenia wiary we własne siły, mobilizowania sił, aktywności i możliwości osoby wspieranej do działań na rzecz własnej samodzielności w pokonywaniu trudności lub we własnym rozwoju”. (86,87).

Jest wiele określeń czym jest pomoc, pomaganie (dawanie wsparcia). J. Mellibruda podaje, że „pomaganie drugiemu człowiekowi jest jedną z podstawowych wartości powszechnie uznawanych. (...) pomagać (...) to znaczy przede wszystkim robić dla jego dobra to, czego on naprawdę potrzebuje”. (118).

Mówiąc inaczej – dawanie człowiekowi wsparcia polega na wychodzeniu naprzeciw jego potrzebom w tym zakresie. Natomiast rodzaje i zakres wsparcia zależy od aktualnych potrzeb osoby wspomaganiej. Funkcjonowanie każdego człowieka w podstawowych rolach społecznych związane jest z uzyskiwaniem oraz udzielaniem różnego rodzaju wsparcia społecznego, potrzebnego dla pokonywania różnorodnych zdarzeń krytycznych.

Wpływ wsparcia społecznego na stan zdrowia fizycznego i psychicznego był wielokrotnie badany. Wsparcie rozumiane jako pewien układ społecznych relacji i więzi, pozytywnie oddziałujących w sposób bezpośredni i pośredni na jednostkę, oznacza pomoc udzielaną jednostce w wyniku interakcji społecznych zachodzących w grupach lub całej społeczności (50,174,185).

Więzi społeczne zdaniem R. Weissa (cyt. wg J. Pommersbach, 88) są:

- 1) Źródłem poczucia bliskości, w którym człowiek może wyrażać swoje uczucia w sposób nieskrępowany i bez obaw. Brak poczucia intymności prowadzi do emocjonalnej izolacji, czyli samotności. Zapobiega jej bliski kontakt przynajmniej z jedną osobą. Najczęściej dla dziecka są to rodzice a dla osoby dorosłej partner seksualny.
- 2) Zapewniają społeczną integrację (poczucie przynależności); tę funkcję spełniają związki przyjacielskie, sąsiedzkie i zawodowe, w których ludzie dzielą się doświadczeniami, informacjami a także przeżywają podobne sytuacje życiowe.
- 3) Umożliwiają zachowania opiekuńcze – czyli nie tylko możliwość otrzymywania ale i dawania wsparcia. Wyrażanie opieki występuje najczęściej w stosunku do dziecka ale i inne związki również spełniają tę funkcję, np. opieka nad starszymi i chorymi osobami, uczenie innych nowych umiejętności, czuwanie nad przebiegiem szkolenia.
- 4) Kształtują poczucie wartości i samoocenę.
- 5) Dostarczają dóbr rzeczowych oraz różnorodnych usług, np. opieka nad dziećmi, sprząatanie domu.

- 6) Służą radą i przewodnictwem – członkowie sieci dostarczają informacji dotyczących oceny podejmowanych działań lub użytecznych sposobów zachowania się w sytuacji trudnej.
- 7) Umożliwiają dostęp do nowych kontaktów i różnorodnych informacji. Wpływa to na rozszerzenie możliwości radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Wsparcie bezpośrednio działa wielokrotnie na zasadach bufora, osłaniającego i ochraniającego jednostkę przed niekorzystnymi wpływami i doświadczeniami. Wyniki wielu badań dowodzą, że szczególne znaczenie wsparcia społecznego zaznacza się nie tylko w promowaniu zachowań prozdrowotnych, ale także w sytuacjach stresujących, w których umożliwia łagodzenie negatywnych skutków stresu.(139).

W pielęgniarstwie wykorzystuje się wsparcie oparte na modelu buforowym. Efekt buforowy wsparcia wynika z faktu, że jest ono konsekwencją relacji międzyludzkich, w których znaczącą rolę odgrywa:

1. liczba osób wyrażających gotowość udzielania wsparcia,
2. zasoby, które mogą być uruchomione w celu zapewnienia wsparcia,
3. zakres, w którym osoby z otoczenia chcą udzielić wsparcia.

Ochraniające działanie wsparcia społecznego możliwe jest dzięki procesom dwójakiego rodzaju:

- 1) Afektywno – emocjonalnym, które:
 - wyzwalają wiarę i nadzieję,
 - zwiększają aktywność życiową podmiotu,
 - zmniejszają destruktywne koncentrowanie się na problemie własnej choroby,
 - podnoszą samoocenę i dostarczają poczucia bycia ważnym,

- motywują do podjęcia wysiłku przezwyciężenia choroby,
- redukują lęk dzięki zjawisku afilacji,
- umożliwiają dokonywanie porównań społecznych.

2) Poznawczym – wsparcie społeczne może być potrzebne do dokonania poznawczej interpretacji wydarzeń życiowych, tak aby uczynić sytuację mniej bolesną, aby nadać cel i znaczenie cierpieniu albo nadać sens przeżywanym problemom (139).

Według S. Cobbsa wsparcie ma na celu przekazanie trzech podstawowych rodzajów informacji dotyczących emocji, przekazywanie pewnych ocen oraz komunikacji dotyczących wzajemnych obowiązków. (25).

Szczególne znaczenie w sytuacji pojawiania się stresu, jak i podejmowaniu określonych działań, mających na celu uporanie się z nimi i powrót do równowagi, przypisuje się wsparciu społecznemu. Uważa się, że pełni ono ochronną, zabezpieczającą rolę w redukowaniu napięć wynikających z sytuacji stresowej, a także może działać zabezpieczająco przed samym pojawieniem się stresu.(139).

Największe znaczenie przypisuje się jednak wsparciu otrzymanemu od członków rodziny. Efekt jego oddziaływania zależy od sposobu w jaki jednostka spostrzega rolę rodziny oraz od wzajemnych relacji między członkami rodziny, od układu więzi rodzinnych mogących mieć wpływ na ocenę sytuacji rodzinnej jednostki (50,112).

Rodzaje wsparcia udzielanego jej członkom zależą w pierwszym rzędzie od relacji pomiędzy rodziną, a takim wydarzeniem życiowym jakim są narodziny nowego jej członka.

Wsparcie rodzinne jest ściśle zależne od systemu rodziny oraz jej zasobów materialnych, emocjonalnych i funkcjonalnych, będących podstawą działania tego systemu. Czynnikiem warunkującym wsparcie ze strony rodziny są:

- system komunikacji wewnętrznej i komunikacji ze środowiskiem zewnętrznym,
- stopień stabilności rodziny w sensie emocjonalnym i funkcjonalnym,
- stigma – jako następstwo choroby,
- zdolność do zapewnienia opieki w chorobie (funkcja opiekuńcza – zabezpieczająca).

Wsparcie rodziny w sytuacji trudnej może mieć charakter buforowy. Może ono być ukierunkowane na rozwiązanie problemu, sposób postrzegania problemu, na wzmacnianie pozytywnych emocji. Wsparcie rodzinne poprzez (specyficzne funkcje wspierające) może przybierać różne formy:

- emocjonalne (miłość, opiekowanie się, empatia),
- instrumentalne (działanie na rzecz osoby potrzebującej wsparcia),
- informacyjne, prowadzące do znalezienia rozwiązania problemu,
- oceniające – informacja wpływająca na samoocenę,
- społeczne relacje – wspólne spędzanie czasu, partnerstwo w wypełnianiu określonych zadań.

Teoria społecznego wsparcia ma bogate powiązania z wiedzą pielęgniarską i z koncepcjami pielęgnowania. Wzbogaca podstawę teoretyczną pielęgniarstwa i implikuje jego funkcje w sferze badawczej, dydaktyczno-wychowawczej, organizacyjnej i zawodowej (57).

Pojęcie „wsparcie” dla współczesnego pielęgniarstwa oznacza posiadanie wiedzy o pielęgnowaniu, nauczaniu i wsparciu, jakiego każdy pacjent i jego rodzina potrzebuje. Wymaga to od pielęgniarek i położnych konieczności przemian w roli zawodowej. Współcześnie rozumiana rola zawodowa pielęgniarki i położnej, wiąże się z udzielaniem szeroko rozumianego wsparcia osobom, którymi się opiekują. (145,80).

Udzielanie wsparcia pacjentom, w każdej dziedzinie pielęgniarstwa jest ogromnie ważne, ale szczególnego znaczenia nabiera w sytuacji kobiety rodzącej. Udzielane wsparcia rodzącom, należy uznać za coś w rodzaju buforu dla trudnych przeżyć związanych z porodem. Potwierdzają to badania przeprowadzone przez I. Sarason i H. Sęk, które wykazały, że w krytycznych wydarzeniach życiowych ludzie oczekują wsparcia, a więc oczekują go też kobiety rodzące. Pomagać jej, to przede wszystkim działać dla dobra jej i dziecka. (154,159).

Pojęcie wsparcia społecznego kobiet w czasie porodów może łączyć się z poczuciem dobrze wykonanego zadania, zadowoleniem i satysfakcją, która w dużej mierze zależy od tego czego doświadczyła podczas porodu, tzn. czy była rozumiana, akceptowana, czy udzielano jej pomocy, czy miała przy tym poczucie, że od niej samej dużo zależy podczas narodzin dziecka, czy czuła się bezpieczna, czy opieka położnicza była wystarczająca. (72)

Wielu autorów, w tym M. Kirkham (89), E. Hodnett (74), M. Enkin (40), Ch. Henderson (97), R. Sosa (171), M. Klaus (90), M. Keirse (87), K. Scott (156), J. Kennel (88), A. Gagnon (51), R. Cogan (26) E. Hemninki (67) w swoich pracach wykazuje pozytywny wpływ wsparcia społecznego rodzających na przebieg porodu i poziom satysfakcji z opieki położniczej.

Wsparcie podczas porodu określano w tej pracy jako działania skierowane do rodzącej przez osobę towarzyszącą (np. męża, matkę) oraz wynikające z opieki realizowanej przez położną i lekarza, a umożliwiające przeżywanie i pokonywanie trudności związanych z odbyciem porodu; rozumianym jako sytuacja trudna dla rodzącej i członków jej rodziny. (76,77,72,51).

Wsparcie jest formą pomagania kobiecie rodzącej i jej dziecku, które koncentruje się na wyzwoleniu u niej wiary we własne siły, mobilizowaniu jej do czynnego udziału w porodzie, podjęciu przez rodzącą działań mających zapewnić dziecku bezpieczne narodziny (umiejętność prawidłowego oddychania, relaksacji, parcia i współpracy z osobą przyjmującą poród).

Rozróżnia się cztery rodzaje wsparcia społecznego, które mogą być udzielane rodzącym:

- emocjonalne – przejawiające się w okazywaniu zrozumienia, empatii, przez przytulanie, głaskanie, trzymanie za rękę, dodawanie otuchy, towarzyszenie kobiecie rodzącej podczas porodu.
- wartościujące (oceniające) – rozumiane jako dawanie rodzącej do zrozumienia, że jest dobrze przygotowana do porodu, potrafi prawidłowo oddychać, relaksować się („robi to Pani bardzo dobrze”), że jest najważniejszą osobą w czasie porodu, i że to właśnie od niej w dużej mierze zależy przebieg porodu oraz stan dziecka po jego narodzinach.
- informacyjne – pojmujemy jako udzielanie informacji rodzącej o przebiegu porodu i sposobie zachowania w poszczególnych jego okresach, o postępie porodu, wykonywanych badaniach, o stanie zdrowia dziecka zaraz po porodzie oraz odpowiadanie na zadawane pytania i wyjaśnianie wątpliwości.

- instrumentalne (usługowe) – czyli stosowanie wszystkich procedur postępowania medycznego podczas nowoczesnego porodu (wykonywanie badań i zabiegów), mających na celu zapewnienie prawidłowego przebiegu porodu lub wczesnego wykrycia nieprawidłowości i podjęcia działań leczniczych oraz zabiegów i sposobów łagodzących odczucia bólowe rodzących. Wykonywanych przez profesjonalistów oraz także przez osobę towarzyszącą, która została przygotowana do tego rodzaju działań w szkole rodzenia.

Pomaganie kobiecie rodzącej nie jest umiejętnością łatwą. Wymaga od położnej zdobycia wiedzy z różnych dziedzin nauki, odejścia od zbyt instrumentalnego pojmowania działalności zawodowej.

Badania prowadzone przez J. Holden dowiodły, że udzielone wsparcie i profesjonalna pomoc kobiecie rodzącej, skraca okres faz porodowych, ogranicza zużycie środków farmakologicznych, (szczególnie przeciwbólowych), zmniejsza lub redukuje zabieg nacięcia krocza. Badania te wykazały również, że nowonarodzone dzieci otrzymywały wyższą punktację w skali Apgar i obserwowano niższy procent cięć cesarskich. (78).

M. Berg (12), M. Geary (53), N. Drew (37), J. Astbury (4), L. Seguin (158), którzy badali doświadczenia kobiet związane z porodem, podkreślali, że pomoc satysfakcjonująca udzielana kobiecie rodzącej jest możliwa tylko wtedy, gdy istnieją partnerskie stosunki między rodzącą a położną i panuje wzajemne zaufanie a sposoby udzielanej pomocy akceptowane są przez rodzącą. W konsekwencji oferowanie wysokiej jakości usług położniczych pozwala rodzącym kobietom na uzyskanie satysfakcji z opieki położniczej podczas porodu.

Od lat 80-tych rozpoczął się wzrost zainteresowania badaniami satysfakcji pacjenta z opieki zdrowotnej. (98).

Pierwsze badania dotyczące tej kwestii w zakresie opieki pielęgniarskiej, prowadzono nawet już w latach sześćdziesiątych. Podkreślano wówczas znaczący wpływ pielęgniarek na postrzeganie przez pacjentów ich satysfakcji, wzrostu udziału pacjentów w decydowaniu o zakresie opieki oraz ich poczuciu bądź braku zadowolenia z opieki pielęgniarskiej.

Z literatury przedmiotu, m.in. S. Bond (13), R. Fitzpatrick (49), B. Williams (184), wynika, że satysfakcja spełnia wiele funkcji, a w szczególności wpływa na ocenę:

- jakości opieki;
- efektywności programów edukacyjnych dla pielęgniarek;
- efektywności programów edukacyjnych dla pacjentów;
- organizacji interwencji;
- fachowości pielęgniarskiej.

Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej może odnosić się do wielu jej aspektów, np.:

- dostępności do opieki pielęgniarskiej;
- kontaktu pielęgniarka – pacjent;
- sprawności organizacyjnej w udzielaniu opieki;
- sprawności techniczno – usługowej;
- warunków, w jakich udzielana jest pomoc;
- uzyskanych efektów zdrowotnych.

L. Thomas, A. Donabedian przeprowadzili badania nad pomiarem satysfakcji pacjentów w odniesieniu do oceny różnych aspektów usług medycznych. Wyniki tych badań sugerują, iż należy włączyć subiektywną satysfakcję pacjentów na stałe do oceny efektów opieki. Udowodniono także, że opieka medyczna, która nie

zadawala pacjenta jest mniej efektywną, obserwuje się wolniejszy powrót do zdrowia, ponieważ nie stosuje się on wówczas do zaleceń personelu medycznego. (183).

Zadaniem skal służących do oceny stopnia satysfakcji pacjenta jest uzyskanie odpowiedzi na pytanie – co pacjent czuje w stosunku do osób, które świadczą mu opiekę i w jakim stopniu świadczone usługi zaspokajają jego potrzeby. (123,183).

W związku z wdrażaniem reformy służby zdrowia pojawia się coraz większe zrozumienie dla kwestii jakości opieki zdrowotnej, w tym jakości postrzeganej z perspektywy pacjenta. Obecnie staje się on pożądanym podmiotem działań lekarza oraz pielęgniarki i ma prawo wybrać zakład opieki, w którym chce być leczony i pielęgnowany. (113).

Tak dzieje się również w opiece położniczej, gdzie doświadczenie kobiet ciężarnych, rodzących i położnic dotyczące opieki i warunków w jakich jest ona udzielana oraz końcowych jej rezultatów, są wykorzystywane do oceny poprawy jakości opieki nad matką i dzieckiem.

Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych udowodniły ścisły związek między „osobistą”, nastawioną na pacjenta opieką pielęgniarską a wysokim poziomem satysfakcji odbiorcy tego rodzaju usług medycznych. Według White'a i Papera istnieje potrzeba oceny w jaki sposób opieka pielęgniarska wpływa na ostateczne wyniki leczenia.(cyt. wg E. Wilczek–Rużyczka, 183)

Do interesujących wniosków doszli N. Shields (162). Przebadali oni 1299 kobiet w dwóch grupach. Jedna grupa otrzymywała opiekę od położnych (midwife–managed), druga otrzymywała opiekę podzieloną od położnej, lekarza, praktyków (skared care). Kobiety z ciążą fizjologiczną, które pozostawały pod opieką tylko

położnej uzyskiwały wyższy poziom satysfakcji z opieki i uważały ją za bardziej efektywną w porównaniu do ciężarnych z drugiej grupy.

Badacze zajmujący się oceną opieki pielęgniarskiej zwracają uwagę, że należy właściwie dobierać metody badawcze dla porównania satysfakcji pacjentów w zależności od sposobów opieki, którą się ich obejmuje. Ważne jest też czy opiekę sprawuje jedna pielęgniarka czy cały zespół.

Również S. Williamson, A. Thomson (185), S. Brown (16), P. Slade (168), D. Shields (161), I. Bramadat (14), G. Breart (15), D. Sullivan (172), C. Hung (79) badali satysfakcję z opieki położniczej i przyczyny jej braku. Podstawowy wniosek z tych badań pokrywał się z wnioskami wcześniej zacytowanych badaczy i był następujący: największą satysfakcję z opieki podczas ciąży, porodu i połogu uzyskiwały te kobiety, którymi opiekowała się jedna położna, przez cały ten czas.

Ogólna strategia badania opinii kobiet objętych opieką okołoporodową zakłada, że pozwalają one na ocenę i poprawę sposobu postępowania z kobietami rodzącymi. Pozwala także na ustalenie jakości świadczeń i poziomu na jakim one powinny być zapewnione, co zarówno korzystnie wpływa na ogólny poziom zadowolenia kobiet z opieki położniczej jak i na zadowolenie położnych z wykonywanej pracy zawodowej. (162, 137).

Nowoczesne podejście do porodu, opieka położnicza ukierunkowana na satysfakcję pacjentki oddziału położniczego i jej rodziny, to tendencje zgodne z oczekiwaniami rodzących kobiet.

Wciąż jednak znaczący odsetek kobiet rodzi tradycyjnie, a nie rodzinnie. W jaki sposób te porody przebiegają? W jakiej atmosferze? Czy rodzące i ich rodziny otrzymują szeroko rozumiane wsparcie? Czy występują różnice w udzielaniu wsparcia w za-

leżności od typu porodu? To tylko niektóre z pytań, na które chciano uzyskać odpowiedź, podejmując badania dotyczące wsparcia społecznego kobiet rodzących.

2. Cel pracy, problemy badawcze, hipotezy

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wsparcia społecznego oczekiwanego i otrzymanego, udzielanego podczas porodów tradycyjnych, a także rodzinnych oraz wpływu tego wsparcia na poziom satysfakcji rodzących z opieki położniczej.

Problemy badawcze:

- 1) Jakiego rodzaju wsparcia oczekują kobiety w czasie porodu?
- 2) Jaki rodzaj wsparcia otrzymują kobiety rodzące i od kogo?
- 3) Jakie zmienne mają wpływ na rodzaj oczekiwanego i otrzymywanego wsparcia przez rodzące?
- 4) Czy kobiety oczekują wsparcia w łagodzeniu bólu porodowego?
- 5) Czy natężenie bólu porodowego ma wpływ na poziom satysfakcji z opieki w czasie porodu?
- 6) Czy otrzymane wsparcie ma wpływ na poziom satysfakcji z opieki okołoporodowej?
- 7) Czy rodzaj porodu (tradycyjny, rodzinny) ma wpływ na rodzaj oczekiwanego wsparcia przez rodzące?

Hipotezy:

- 1) Kobiety rodzące oczekują wsparcia emocjonalnego, wartościującego, informacyjnego i instrumentalnego podczas porodu.
- 2) Na rodzaj oczekiwanego wsparcia mają wpływ: wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, kolejność ciąży, uczestnictwo w szkole dla rodziców.
- 3) Kobiety rodzące tradycyjnie otrzymują mniejszy zakres wsparcia szczególnie emocjonalnego i informacyjnego.
- 4) Rodzące w systemie porodów tradycyjnych prezentują niższy poziom satysfakcji z opieki okołoporodowej.
- 5) Lęk jako stan i lęk jako cecha mają wyższe wartości u kobiet rodzących tradycyjnie.
- 6) Ocena natężenia bólu porodowego przez rodzące oraz sposobów jego łagodzenia ma wpływ na poziom satysfakcji z opieki w czasie porodu i zależy od typu porodu.
- 7) Kobiety rodzące rodzinnie otrzymują w wyższym stopniu wsparcie i prezentują wyższy poziom satysfakcji.

3. Materiał i metody

Badaniem objęto 358 kobiet rodzących, w tym 176 w systemie porodów rodzinnych i 182 rodzące w sposób tradycyjny. Na przeprowadzenie badania uzyskano pozwolenie w dwóch oddziałach położniczych krakowskich szpitali: Miejski Szpital Specjalistyczny im. G. Narutowicza i Szpital Położniczo – Ginekologiczny im. R. Czerwiakowskiego.

Przed rozpoczęciem badań zapoznawano się z topografią i organizacją pracy na obu blokach porodowych, pod kątem ilości zatrudnianego personelu medycznego, pracy zmianowej, wyposażenia pokoi do porodów rodzinnych, sal do porodów tradycyjnych, sposobów przygotowania par deklarujących odbycie porodu rodzinnego, procedur medycznych stosowanych w obu szpitalach podczas porodów oraz możliwości kontaktu z rodziną.

Wyżej wymienione czynniki pozwalają ocenić czy warunki w obu oddziałach, w jakich rodzą kobiety są porównywalne. Jest to podstawowy warunek, który ma wpływ na obiektywizm przeprowadzonych badań.

Personel medyczny obu bloków porodowych był poinformowany o celu badań i zapoznany z metodami badawczymi. W obu blokach porodowych przygotowano jedną osobę do współpracy przy ich przeprowadzaniu. Osobami tymi były położne, które poznały zasady przeprowadzania badań i były zobowiązane do ich przestrzegania.

Dobór próby do badań był losowy. Przeprowadzone one były przed porodem, w dobie porodu lub w pierwszej dobie po porodzie, bez względu na jego rodzaj.

Każda kobieta zakwalifikowana do badań była poinformowana o celu przeprowadzanych działań i ich anonimowym charakterze oraz proszona o wyrażenie pisemnej zgody na udział w badaniach.

Następnie dostarczano jej do wypełnienia kwestionariusze, reklamowy pakiet kosmetyków dla noworodka oraz kopertę na wypełnione ankiety. Badanym udzielano wskazówek jak postępować z wypełnianymi ankietami.

Do badań zastosowano następujące metody badawcze:

Sondaż diagnostyczny – kwestionariusz wywiadu był przygotowany do samodzielnego wypełniania przez badane kobiety. Zawierał 11 pytań i składał się z dwóch części. Pytania w pierwszej części dotyczyły wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania. W drugiej - zaplanowania rodzaju porodu (tradycyjny rodzinny), przebiegu ciąży obecnej i poprzednich, oraz porodów, a także o uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia

Kwestionariusz do oceny wsparcia społecznego – oparty głównie na koncepcji Ch. Tardy'ego, służy do badania rodzaju wsparcia jakie otrzymuje osoba badana od określonych grup społecznych. (91). Kwestionariusz ten został przystosowany do badania kobiet rodzących. Zawiera 20 pytań dotyczących oczekiwanego i otrzymywanego wsparcia: emocjonalnego, oceniającego, informacyjnego i instrumentalnego przez kobiety rodzące. Kwestionariusz ten pozwala na uzyskanie następujących wyników:

- całkowitego poziomu wsparcia społecznego udzielanego rodzajem w czasie porodów tradycyjnych i rodzinnych,

- poziomu wsparcia z uwzględnieniem różnicowania na wsparcie informacyjne, emocjonalne, wartościujące, instrumentalne,
- poziomu wsparcia oczekiwanego i otrzymywanego w zależności do rodzaju porodu i czynników osobowościowych rodzających;

Badania właściwe tym kwestionariuszem były poprzedzone badaniem pilotażowym.

Na etapie budowy kwestionariusza trafność twierdzeń zawartych w nim ustalono na podstawie oceny sędziów kompetentnych. Sędziów proszono, aby na 5-stopniowej skali ocenili wybrane stwierdzenia pod względem nasycenia daną cechą, czyli w jakim stopniu dane stwierdzenie dotyczy wsparcia emocjonalnego, wartościującego, informacyjnego oraz instrumentalnego. Sama skala ocen przedstawia się następująco: 1-twierdzenie jest bardzo silnie nasycone danym rodzajem wsparcia; 2- twierdzenie jest silnie nasycone danym rodzajem wsparcia; 3- twierdzenie jest słabo nasycone danym rodzajem wsparcia; 4- twierdzenie jest bardzo słabo nasycone danym rodzajem wsparcia; 5- twierdzenie w ogóle nie jest nasycone danym rodzajem wsparcia.

Do ostatecznej wersji Skali Wsparcia Społecznego zakwalifikowano tylko te dane, które w opinii wszystkich sędziów uzyskały oceny: 1 do 2 punktów.

Opracowywanie wyników przebiegało następująco: w pytaniach gdzie odpowiedź była tak/nie, za każde „tak” przyporządkowano liczbę 5 a dla „nie” 0. Suma wszystkich odpowiedzi do twierdzeń w poszczególnych rodzajach wsparć dawała wynik wsparcia całkowitego. Wyniki każdego rodzaju wsparcia zawarto w trzech kategoriach: niskie, średnie, wysokie. Zasada ta została zastosowana w opracowywaniu wyników kolejnych testów badawczych, z wyłączeniem skal dotyczących oceny napięcia i łagodzenia bólu.

Kwestionariusz samooceny (STAI), którego autorami są: Spielberger, Strelau, Tysarczyk, Wrześniewski to polska adaptacja amerykańskiego testu State-Trait Anxiety Inventory (STAI) opracowanego przez Spielbergera, Gorsucha i Lushene'a. (1988). Budowa Kwestionariusza Samooceny opiera się na rozróżnieniu między lękiem rozumianym jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie, a lękiem rozumianym jako względnie stałą cechą osobowości. Charakterystyczną właściwością lęku jako stanu jest jego duża zmienność pod wpływem oddziaływania różnego rodzaju czynników zagrażających. Na zmienność tą położono duży nacisk przy konstrukcji części pierwszej testu: X_1 , lęk jako cecha mierzony jest za pomocą drugiej części kwestionariusza X_2 .

Stwierdzenia zawarte w obu skalach sformułowane są w ten sposób, że niekiedy na najwyższy lęk wskazuje liczba 4 (np. twierdzenie nr 3. w skali X_1 „jestem napięty”), innym razem natomiast liczba 1 (np. twierdzenie nr 36. w skali X_2 „jestem zadowolony”). Pierwszy typ twierdzeń, to twierdzenie sformułowane wprost, drugi natomiast – twierdzenia sformułowane nie wprost. Taki typ sformułowania twierdzeń zapobiega mechanicznemu udzieleniu odpowiedzi, lecz utrudnia jednocześnie obliczenie wyników surowego testu. Nie można np. obliczyć wyników przez proste zsumowanie wartości liczbowych, zaznaczonych na arkuszu przez badanego, lecz należy wcześniej dokonać zmiany wartości liczb zakreślanych przez badanego przy pozycjach nie wprost, według następującej zasady: 1:=4, 2:=3, 4:=1 (co można napisać też ogólnie $x:=5-x'$, gdzie x' oznacza liczbę zaznaczoną na arkuszu przez badanego a x rzeczywistą wartość odpowiedzi).

Skala X_1 zawiera 10 pozycji sformułowanych wprost (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18) oraz 10 sformułowanych nie wprost (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20).

Skala X_2 zawiera 13 pozycji sformułowanych wprost (22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40), zaś pozostałe 7 pozycji (21,26,27,30,33,36,39) to pozycje nie wprost.

Po dokonaniu opisanej powyżej zamiany i sporządzeniu odpowiedniego klucza przystąpiono do sumowania wartości liczbowych odpowiedzi, otrzymując w ten sposób wynik surowy w danej skali dla każdego badanego. Wyniki surowe obu skal mogą, teoretycznie rzecz biorąc wahać się w granicach od 20 punktów (niski lęk) do 100 punktów (wysoki lęk).

Słowna skala natężenia bólu McGilla (cyt. wg R. Melzack), w pracy została użyta do subiektywnej oceny natężenia bólu porodowego przez kobiety podczas porodu. Na skali punkt początkowy 0 oznacza brak bólu, a końcowy 5 – ból największy z wyobrażalnych. Badana na skali zakreśla cyfrę świadczącą o natężeniu bólu w zależności od jej oceny. Skala ta została użyta do oceny natężenia bólu podczas I okresu porodu. II okres wydalania płodu i natężenia bólu podczas nacinania i szycia krocza. Ból całkowity podczas porodu stanowi suma cyfr wyznaczonych przez badaną na trzech skalach. Wyniki zostały skategoryzowane jako: ból niski, średni, wysoki. (119).

Słowna skala łagodzenia bólu – wg S. Wallenstein – jest to wzrokowo–analogowa skala do oceny złagodzenia bólu przez następujące czynniki: chodzenie, zmiana pozycji, obecność męża, wystrój pokoju porodowego. Na skali punkt 0 oznacza, że dany

sposób łagodzenia odczuć bólowych nie ma żadnego wpływu na zmniejszenie jego natężenia, a punkt 4 oznacza całkowite zniesienie bólu. Suma punktów z poszczególnych skal oceniających wpływ czynników łagodzących ból porodowy wyżej opisanych daje ocenę poziomu łagodzenia bólu porodowego. Wyniki te zostały skategoryzowane jako niskie złagodzenie bólu, średnie złagodzenie, wysokie złagodzenie bólu porodowego. (180)

Skala do oceny satysfakcji – Quality Scales E / P (Excellent Poor) – została użyta do oceny poziomu satysfakcji kobiet z opieki położniczej podczas porodu. Zawiera 20 twierdzeń dotyczących kontaktów z położną lekarzem, udzielania informacji okazywania rodzącej zrozumienia akceptacji, stosowania procedur medycznych, oceny opieki pielęgniarskiej i lekarskiej. Badana osoba ustosunkowuje się do treści danego twierdzenia, wybiera jedną z wielkości podanych na skali. Cyfra 1 oznacza najniższe nasilenie zgodności, 3 stan neutralny, a 5 najwyższe natężenie zgodności. Suma punktów wybranych przez badane przy ocenie każdego z twierdzeń daje całkowity poziom satysfakcji, jaki uzyskuje rodząca kobieta. (98).

Metody statystyczne – analiza statystyczna została przeprowadzona w oparciu o następujące metody:

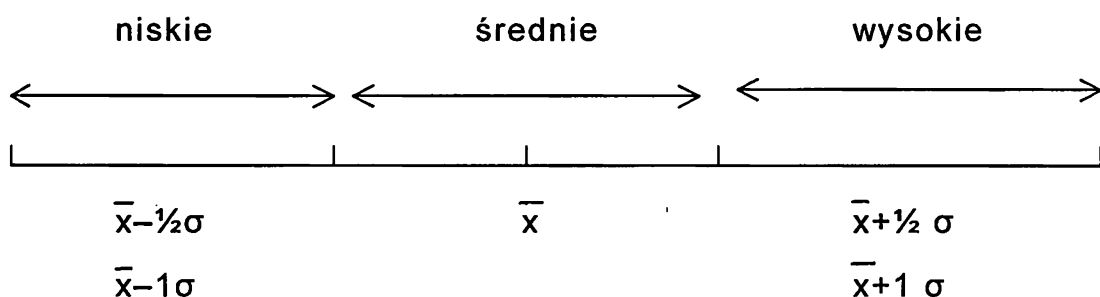
Przedstawiony zakres analiz statystycznych dotyczy wielu różnorodnych cech. Dlatego też szeroki jest zakres użytych metod statystycznych.

Dobór odpowiednich metod zależy od tego, czy analizowane cechy są ciągłe czy skokowe oraz w przypadku tych pierwszych od ich rozkładu. Szacując istotność różnic pomiędzy dwiema cechami

ciągłymi, analizę rozpoczęto od weryfikacji hipotezy o normalności rozkładu (test Kołmogorowa–Smirnowa, K–S) i w wyniku odpowiedzi pozytywnej stosowano test t-Studenta, względnie analizę wariacji, w przypadku zaś odrzucenia hipotezy o normalności rozkładu stosowano testy nieparametryczne Manna–Whitney’a oraz analizę wariacji Kurskala–Wallisa.

Przeprowadzając porównania cech skokowych, stosowano wyłącznie testy nieparametryczne Manna–Whitney’a oraz Kurskala–Wallisa. Analiza związku pomiędzy cechami zależała również od ich charakteru. Stosowano tu test Chi-kwadrat oraz nieparametryczny współczynnik korelacji Spearmana (zmienne skokowe) oraz współczynnik korelacji Pearsona w przypadku zmiennych ciągłych o rozkładzie normalnym.

Wyniki badań zostały skategoryzowane na trzy grupy: niskie, średnie, wysokie według następującej zasady:



Odnosząc to, do wsparcia, postępowano w ten sposób, że do kategorii średniej zaliczono wszystkie wartości różniące się od wartości średniej nie więcej niż jedna druga odchylenia standardowego. Kategoria „wsparcie wysokie” to są te wszystkie wyniki, które były większe od wartości średniej o więcej niż jedna druga odchylenia standardowego. Kategoria „wsparcie niskie” grupowała wyniki

mniejsze od wartości średniej o więcej niż jedna druga odchylenia standardowego.

Postępowanie takie zastosowano do opisanego wspomnianego już wsparcia, lęku jako cechy, lęku jako stanu i poziomu satysfakcji.

4. Wyniki badań

Wsparcie społeczne kobiet rodzących oraz jego wpływ na poziom satysfakcji z opieki położniczej.

Badaniem objęto 358 kobiet rodzących w oddziałach położniczych szpitali im. G. Narutowicza i R. Czerwiakowskiego. 176 rodzących podczas porodów rodzinnych co stanowi 49,2% badanej populacji i 182 rodzących w sposób tradycyjny, co stanowi 50,8% badanych.

Opracowywanie wyników rozpoczęto od analizy porównawczej badanych grup. Analizie poddano wszystkie dane zaobserwowane podczas wywiadu, takie jak: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, kolejną ciążę, liczbę dzieci żyjących, powikłania w poprzednich ciążach i obecnej, planowanie obecnej ciąży, uczestnictwo w zajęciach w szkole rodzenia, sposób rozpoczęcia porodu, przebieg obecnego porodu.

Istotność różnic między grupami dla cech z wywiadu weryfikowano testami statystycznymi dobranymi w zależności od rodzaju tych cech. W przypadku wieku (zmienna ciągła) opisano tę zmienną podając:

- zaobserwowaną wartość minimalną
- zaobserwowaną wartość maksymalną
- wartość średnią z badanej próby
- odchylenie standardowe badanej grupy.

Wiek w badanych grupach oceniano testem t–Studenta po uprzednim zweryfikowaniu zgodności jego rozkładu z rozkładem normalnym. Wynik testu K-S nie dał podstaw do odrzucenia hipote-

zy o braku zgodności z rozkładem normalnym ($p > 0,05$ dla obu grup tj dla RP=1 $p=0,103$ a dla RP=2 $p=0,07$). Wiek zatem można było porównać przy pomocy testu t-Studenta. Wynik testu pozwala na stwierdzenie, że wiek pacjentek w obu grupach nie różni się istotnie statystycznie. Poniżej opisano wiek w obu grupach oraz podano wynik testu t-Studenta.

Tabela 1.

Wiek badanych

Cecha	Rodzaj porodu	N	Średnia	Odchyl. standard.	Błąd stand. średniej	Test t-Studenta	df	Istotność p
Wiek	1	175	27,03	3,877	0,293	0,89	351	>0,37
	2	178	26,58	5,488	0,411			

*1 – rodzinny poród

*2 – tradycyjny poród

Pozostałe cechy są cechami skokowymi i dlatego też istotność różnic między grupami weryfikowano za pomocą testu χ^2 (Chi-kwadrat) dla tablic wielodzzielczych, z wyjątkiem cech NRC, w stosunku do których zastosowano test Manna-Whitney`a. Wyniki przeprowadzonych testów zamieszczono w poniższych tabelach.

Tabela 2

Dane z wywiadu

Cecha	Grupa				Wyniki testów		
	Poród rodzinny	%	Poród tradyc.	%	χ^2	df	p
Stan cywilny							
Panna	7	4,0	15	8,2	4,11	3	>0,25
Mężatka	166	94,3	165	90,7			
Rozwiedziona	2	1,7	1	0,5			
Wdowa	-	-	1	0,5			

Wykształcenie							
Wyższe	99	56,3	31	17,0	90,86	3	<0,001
Średnie	71	40,3	80	44,0			
Zawodowe	5	2,8	51	2,8			
Podstawowe	-	-	17	9,3			
Miejsce zamieszkania							
Duże miasto	147	83,5	125	68,7	17,36	2	<0,001
Małe miasto	17	9,7	18	9,9			
Wieś	11	6,3	39	21,4			
Komplikacje w poprzednich ciążach							
Tak	73	41,5			0,2	1	>0,6
Nie	18	10,2					
Planowanie obecnej ciąży							
Tak	108	61,4	112	65,4	0,0	1	=1,00
Nie	60	34,1	63	34,6			
Przebieg ostatniej ciąży – prawidłowy							
Tak	138	78,4	159	90,3	3,28	1	>0,05
Nie	28	15,9	17	9,7			
Uczestnictwo w szkole rodzenia							
Tak	70	39,8	15	7,2	57,1	2	<0,001
Z mężem	59	84,3					
Sama	11	11,7					
Nie	105	59,7	167	91,8			
Początek porodu							
Samoistny	125	71,0	114	63,7	4,0	2	>0,05
Indukowany	48	27,3	65	36,3			
Przebieg porodu – prawidłowy							
Tak	152	86,4	173	95,1	7,45	1	<0,001
Nie	23	13,1	8	4,9			

Cecha	P. rodz.	%	P. trad.	%	z	P
Kolejność ciąży						
Pierwsza	109	61,9	95	52,2	-2,99	<0,01
Druga	48	27,3	55	30,2		
Kolejna	18	10,8	25	17,6		

X^2 – wartość testu Chi-kwadrat

df – liczba swobody

p – istotność dwustronna

z – wartość statystyki M-W

Stan cywilny w grupie kobiet rodzących w systemie rooming-in był następujący: 7 kobiet (4,0%) było niezamężne, 66 (94,3%) to mężatki i 2 kobiety były rozwiedzione. Wśród kobiet rodzących tradycyjnie 15 (8,2%) było niezamężnych, 165 (90,7%) mężatek, jedna (0,5%) rozwiedziona i jedna (0,5%) wdowa.

Kobiety, które zdecydowały się na poród rodzinny posiadały wykształcenie wyższe– 99 (56,3%), średnie– 71 (40,3%) i 5 (2,8%) wykształcenie zawodowe.

W grupie kobiet rodzących tradycyjnie zaobserwowano znacznie mniejszą liczbę kobiet z wykształceniem wyższym, bo tylko 31 (17,0%), 80 (44,0%) kobiet miało wykształcenie średnie i znacznie więcej niż w poprzedniej grupie było kobiet posiadających wykształcenie zawodowe 51 (28,0%); 17 kobiet (9,3%) miało wykształcenie podstawowe.

W grupie rodzących rodzinie w dużych miastach mieszkało 147 (83,5%) kobiet, 17 (9,7%) w małych miastach i 11 (6,3%) na wsi. W grupie kontrolnej także najwięcej kobiet zamieszkiwało duże miasta 125 (68,7%), mieszkankami wsi było 39 badanych (21,4%), a z małych miast pochodziło 18 (9,9%)rodzących.

W grupie porodów rodzinnych dla 109 (61,9%) kobiet obecna ciąża była pierwszą, dla 48 (27,3%) drugą, dla 14 (8,0%) trzecią, dla 3 (1,7%) czwartą, dla 1 (0,6%) piątą. Dla 95 (52,2%) kobiet rodzących tradycyjnie była to pierwsza ciąża, 55 (30,2%) druga, dla 18 (9,9%) trzecia, dla 5 (1,6%) czwarta, dla 1 (0,5%) szósta i dla 1 (0,5%) ósma.

W poprzednich ciążach w grupie kobiet rodzących rodzinnie u 73 (41,5%) nie występowały powikłania, a u 18 (10,2%) wystąpiły. U rodzących tradycyjnie w 92 przypadkach (50,5%) nie wystąpiły powikłania, a u 18 (9,9%) wystąpiły.

Ciążę planowało w grupie porodów rodzinnych 108 (61,4%) kobiet, a nie planowało 60 (34,1%). W grupie kontrolnej 112 (64,0%) kobiet planowało ciążę, a 63 (34,6%) kobiety nie planowały jej. W obu badanych grupach był podobny odsetek ciąż planowanych.

Przebieg ostatniej ciąży w grupie kobiet rodzących rodzinnie był prawidłowy u 138 (78,4%), a nieprawidłowy u 28 (15,9%) kobiet. W grupie kontrolnej u 159 (90,3%) przebieg ciąży był prawidłowy, a u 17 (9,7%) nieprawidłowy. Najczęstsze przyczyny nieprawidłowego przebiegu ciąży to: plamienie we wczesnym okresie ciąży, anemia, bóle w dolnej części brzucha.

W zajęciach szkoły rodzenia, na 358 badanych uczestniczyły tylko 82 kobiety. W grupie porodów rodzinnych uczestniczących w zajęciach było 70 (39,8%) kobiet, a 105 (59,7%) nie uczęszczało na takie zajęcia. W grupie kontrolnej 167 (91,8%) kobiet nie było słuchaczami szkół rodzenia, a tylko 12 (6,6%) kobiet korzystało z zajęć przygotowujących do porodu. Do szkoły rodzenia kobiety z grupy porodów rodzinnych uczęszczały: z mężem 59 (84,3%), same 7 (10,0%), inne 3 (4,3%) (z matką, siostrą).

Powody nie uczęszczania do szkoły rodzenia były w tej grupie następujące: 1 (1,0%) odpowiedziała, że nie wiedziała o takiej możliwości, 56 (53,3%) odpowiedziało, że nie podjęło takiej decyzji, 35 (33,3%) podawało inne powody, np. finansowe, brak czasu. W grupie kontrolnej kobiety podawały następujące powody: 2 (1,2%) kobiety nie wiedziały, 109 (65,3%) nie podjęło takiej decyzji, 12 (7,2%) podało inne powody, np.: duża odległość do szkół rodzenia.

Poród rozpoczął się samoistnie u 239 (66,8%) badanych kobiet, a u 113 (31,6%) był indukowany. Początek porodu w grupie porodów rodzinnych występował samoistnie u 125 (71,0%) kobiet, a u 48 (27,3%) kobiet był indukowany. W grupie kontrolnej u 114 (63,7%) kobiet początek porodu był samoistny, a u 65 (36,3%) był indukowany.

Poród przebiegał u 325 (90,8%) kobiet prawidłowo, a u 31 (8,7%) wystąpiły podczas porodu powikłania (zaburzenia akcji skurczowej macicy, zaburzenia akcji serca płodu (ASP), zaburzenia w rozwieraniu ujścia szyjki macicy). Przebieg porodu w grupie porodów rodzinnych był prawidłowy u 152 (86,4%) kobiet, a 23 (13,1%) nieprawidłowy, w grupie kontrolnej 173 (95,1%) porodów przebiegało prawidłowo, a 8 (4,4%) nieprawidłowo.

Zaobserwowane różnice statystycznie istotne w badanych grupach dotyczą wykształcenia ($p < 0,001$), miejsca zamieszkania ($p < 0,001$), uczestnictwa w szkole rodzenia ($p < 0,001$) oraz przebiegu poprzednich porodów ($p < 0,05$).

Z przeprowadzonych testów nasuwają się następujące stwierdzenia:

- kobiety o wyższym wykształceniu częściej wybierają poród rodzinny,

- kobiety zamieszkujące na wsi znacznie częściej rodzą w sposób tradycyjny,
- szkoła rodzenia ma wpływ na wybór typu porodu, zwłaszcza, gdy kobieta uczestniczy w zajęciach razem z mężem,
- kobiety, u których w poprzednich porodach występowały powikłania obecnie decydowały się na poród rodzinny,
- kobiety rodzące po raz pierwszy rzadziej wybierają poród rodzinny.

Wsparcie społeczne kobiet rodzących

Badano zmienną wsparcie społeczne oczekiwane i otrzymywane w grupie kobiet rodzących tradycyjnie i rodzinnie. Wsparcie rozumiane jako informacyjne, emocjonalne, wartościujące i instrumentalne. Pomiaru wsparcia dokonywano w dobie porodu lub pierwszej dobie po porodzie w obydwu grupach. Analiza wyników pozwoliła na zweryfikowanie hipotez dotyczących zapotrzebowania u rodzących na udzielane im wsparcie oraz na określenie jego źródeł w badanych grupach.

Wsparcie informacyjne dotyczy przekazywania rodzącej informacji o stanie dziecka , postępie porodu a także wyjaśniania wątpliwości co do celu i sposobu wykonywania badania położniczego, badań diagnostycznych oraz prowadzenia porodu.

Wyniki badań odnośnie wyżej wymienionych kwestii zamieszczono w tabelach.

Tabela 3**Wsparcie informacyjne oczekiwane**

Rodzaj porodu	Wsparcie informacyjne oczekiwane						Ogółem	
	Niskie		Średnie		Wysokie			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rodzinny	46	12,9	81	22,8	48	13,5	175	49,2
Tradycyjny	64	18,0	74	26,8	43	12,1	181	50,8
Ogółem	110	30,9	155	43,5	91	25,6	356	100

Podczas porodów rodzinnych 46 (12,9%) kobiet oczekiwało udzielania informacji w bardzo wąskim zakresie, średnim 81 (22,8%), a pełnej informacji 48 (13,5%). W grupie porodów tradycyjnych 64 (18,9%) rodzących oczekiwało udzielania informacji na niskim poziomie, 74 (26,8%) na średnim i u 43 (12,1%) oczekiwania dotyczyły uzyskania pełnej informacji.

Oczekiwania w obu grupach dotyczące udzielania informacji przez położną, lekarza były podobne, na poziomie średnim i wysokim, natomiast różnica występuje między grupami w zakresie informowania na poziomie niskim. Znacznie większa grupa kobiet rodzących tradycyjnie oczekiwała, że otrzyma informacje w bardzo wąskim zakresie. Największa liczba kobiet 155 (43,5%) w obu grupach oczekiwała udzielania przez personel informacji na poziomie średnim, 91 (25,6%) na wysokim, natomiast 110 (30,9%) oczekiwało informacji w małym zakresie.

Stosując test Chi-kwadrat nie zaobserwowano statystycznie istotnego związku między oczekiwaniami kobiet co do udzielania informacji a rodzajem porodu.

Tabela 4**Wsparcie informacyjne otrzymane**

Rodzaj porodu	Wsparcie informacyjne otrzymane						Ogółem	
	Niskie		Średnie		Wysokie			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rodzinny	47	13,2	53	14,9	75	21,1	175	49,2
Tradycyjny	64	18,0	54	15,2	63	17,7	181	50,8
Ogółem	111	31,2	107	30,1	138	38,8	356	100

W czasie porodów rodzinnych 47 (13,2%) rodzących otrzymało informacje w wąskim zakresie, 53 (14,9%) w szerszym, a 75 (21,1%) w pełnym. Podobnie udzielanie informacji przebiegało w czasie porodów tradycyjnych, 64 (18,0%) badanych otrzymało informacje w wąskim zakresie, 54 (15,2%) w średnim a w pełnym 63 (17,7%).

W obu typach porodu największa liczba, 138 (38,8%) rodzących, otrzymała informacje pełną (poziom wysoki), 107 (30,1%) na poziomie średnim, a w wąskim zakresie informowanie dotyczyło aż 111 (31,2%) kobiet. Liczba informowanych na poziomie niskim była większa podczas porodów tradycyjnych.

Nie stwierdzono jednak statystycznie istotnego związku między udzielaniem wsparcia informacyjnego a typem porodu.

Wsparcie emocjonalne. Najczęściej udzielane jest przez męża rodzącej oraz położną prowadzącą poród rodzinny. W czasie porodu tradycyjnego rolę tę spełnia położna i jest to jedno z bardzo ważnych zadań, które realizuje w opiece nad kobietą i mającym narodzić się dzieckiem.

Dane dotyczące wsparcia emocjonalnego zawierają kolejne tabele.

Tabela 5

Wsparcie emocjonalne oczekiwane

Rodzaj porodu	Wsparcie emocjonalne oczekiwane						Ogółem	
	Niskie		Średnie		Wysokie			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rodzinny	23	6,5	33	9,3	119	33,4	175	49,2
Tradycyjny	40	11,2	50	14,0	91	25,6	181	50,8
Ogółem	63	17,7	83	23,3	210	59,0	356	100

Kobiety rodzące podczas porodu rodzinnego oczekiwały wsparcia emocjonalnego na poziomie niskim 23 (6,5%), średnim 33 (9,3%) i wysokim 119 (33,4%). Natomiast rodzące tradycyjnie oczekiwały wsparcia emocjonalnego na poziomie niskim 40 (11,2%), średnim 50 (14,0%) i wysokim 91 (25,6%).

Największa liczba badanych, 210 (59,0%), w obu grupach oczekuje wsparcia emocjonalnego w najszerszym zakresie, na średnim poziomie tylko 83 (23,3%) i podobnie na niskim 63 (17,7%).

Dane zawarte w tabeli pozwalają na stwierdzenie, że wyraźnie większe oczekiwania w tym zakresie miały rodzące rodzinne. Zaobserwowano bardzo wysoce istotny statystycznie związek ($p < 0,001$ przy wartości testu Chi-kwadrat = 11,705 oraz 2 stopniach swobody) między wsparciem emocjonalnym oczekiwanym a typem porodu.

Tabela 6

Wsparcie emocjonalne otrzymane

Rodzaj porodu	Wsparcie emocjonalne otrzymane						Ogółem	
	Niskie		Średnie		Wysokie			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rodzinny	22	6,2	39	11,0	120	33,7	181	50,8
Tradycyjny	43	12,1	40	11,2	92	25,8	175	49,2
Ogółem	65	18,3	79	22,2	212	59,6	356	100

Kobietom rodzącym rodzinnie udzielono wsparcia emocjonalnego na poziomie niskim 22 (6,2%), średnim 39 (11,0%) i wysokim 120 (33,7%). Rodzące tradycyjnie otrzymały wsparcie emocjonalne na poziomie niskim 43 (12,1%), średnim 40 (11,2%) i wysokim 92 (25,8%). W obu typach porodu udzielono najliczniejszej grupie rodzących, 212 (59,6%) wsparcia emocjonalnego w najszerszym zakresie, średni poziom udzielania wsparcia emocjonalnego dotyczył 79 (22,2%) badanych, a niski 65 (18,3%). Podczas porodu rodzinnego osobą udzielającą wsparcia najczęściej był mąż, położna i lekarz. Podczas porodu tradycyjnego wsparcia emocjonalnego najczęściej udzielała położna i lekarz.

Zaobserwowano bardzo wysoce istotny statystycznie związek ($p < 0,001$, przy wartości testu Chi-kwadrat = 10,397 oraz 2 stopniach swobody) między wsparciem emocjonalnym otrzymanym przez rodzące a typem porodu. Kobiety rodzące rodzinnie otrzymały znacznie więcej wsparcia emocjonalnego na poziomie wysokim.

Zmienną D_x wprowadzono, aby obliczyć różnicę między wsparciem oczekiwanym a otrzymanym podczas porodu; czyli $D_x = \text{wsparcie oczekiwane (Wso)} - \text{wsparcie otrzymane (Wsot)}$.

Ta zmienna dobrze obrazuje postępowanie profesjonalistów w stosunku do kobiety rodzącej bez względu na jej oczekiwania, których niski poziom może wiązać się z niewiedzą w tym zakresie. Następnie dokonano kategoryzacji zmiennej Dx na niską, średnią i wysoką, tak samo jak postąpiono ze wsparciem.

Tabela 7

Różnica (DE) m/d wsparciem emocjonalnym oczekiwanym a otrzymanym

Rodzaj porodu	Różnica (DE) m/d wsparciem emocjonalnym oczekiwanym a otrzymanym						Ogółem	
	Niska		Średnia		Wysoka			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rodzinny	26	7,3	74	20,8	81	22,8	181	50,8
Tradycyjny	54	15,2	81	22,8	40	11,2	175	49,2
Ogółem	80	22,5	155	43,5	121	34,0	356	100

Różnica (DE) między wsparciem emocjonalnym oczekiwanym a otrzymanym podczas porodu rodzinnego wskazuje na to, że 26 (7,3%) kobiet oczekiwało większego wsparcia, 74 (20,8%) otrzymało wsparcie emocjonalne, którego oczekiwało, a 81 (22,8%) udzielono wsparcia emocjonalnego w znacznie szerszym zakresie niż tego oczekiwały.

Kobiety rodzące tradycyjnie 54 (15,2%) oczekiwały większego wsparcia niż otrzymały, 81 (22,8%) otrzymało wsparcie na poziomie swoich oczekiwań, a 40 (11,2%) kobietom udzielono wsparcia w znacznie szerszym zakresie, niż tego oczekiwały.

Różnica (DE) między wsparciem emocjonalnym otrzymanym a oczekiwanym dotycząca obu badanych grup wskazuje, że 80

(22,5%) kobiet rodzących oczekiwało większego wsparcia emocjonalnego niż otrzymało, 155 (43,5%) otrzymało wsparcie emocjonalne na poziomie, którego oczekiwało, a 121 (34,0%) kobietom udzielono wsparcia emocjonalnego w szerszym zakresie, niż tego oczekiwały.

Między różnicą (DE) a typem porodu występuje bardzo znaczący statystycznie związek (istotność $p < 0,001$ przy wartości testu Chi-kwadrat = 23,914 oraz 2 stopniach swobody).

Wsparcie wartościujące udzielane rodzącej motywuje ją do współpracy z położną i dodaje sił do zmagania się z trudami porodu, a polega na podkreślaniu, że rodząca dobrze jest przygotowana do porodu, bardzo dobrze sobie radzi, itd.

Wyniki badań dotyczące udzielania rodzącej wsparcia wartościującego zostały zamieszczone w tabeli.

Tabela 8

Wsparcie wartościujące otrzymane

Rodzaj porodu	Wsparcie wartościujące otrzymane						Ogółem	
	Niskie		Średnie		Wysokie			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rodzinny	13	3,7	30	8,4	132	37,1	175	49,2
Tradycyjny	23	6,5	31	8,7	127	35,7	181	50,8
Ogółem	36	10,1	61	17,1	259	72,8	356	100

Wsparcie wartościujące udzielono kobietom podczas porodu rodzinnego na poziomie niskim 13 (3,7%), średnim 30 (8,4%) i wysokim 132 (37,1%). Podczas porodu tradycyjnego 23 (6,5%) kobiety otrzymały wsparcie wartościujące na poziomie niskim,

średnim 31 (8,7%) i wysokim 127 (35,7%).

W obu badanych grupach największa liczba kobiet, 259 (72,8%) otrzymała wsparcie wartościujące na poziomie wysokim, średnim 61 (17,1%) i na niskim 36 (10,1%)

Nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy między poziomem wsparcia udzielonego rodzącym a typem porodu.

Wsparcie instrumentalne w czasie porodu to prawidłowe stosowanie procedur dotyczących przebiegu porodu, sprawowanie opieki położniczej, co ma zapewnić bezpieczny poród matce i dziecku.

Uzyskane dane dotyczące udzielanego wsparcia instrumentalnego ujęto w poniższych tabelach:

Tabela 9

Wsparcie instrumentalne oczekiwane

Rodzaj porodu	Wsparcie instrumentalne oczekiwane						Ogółem	
	Niskie		Średnie		Wysokie			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rodzinny	19	5,3	25	7,0	131	36,8	175	49,2
Tradycyjny	47	13,2	21	5,9	113	31,7	181	50,8
Ogółem	66	18,5	46	12,9	244	68,5	356	100

Oczekiwania kobiet rodzących rodzinnie dotyczące wsparcia instrumentalnego są następujące: u 19 (5,3%) oczekiwania były na poziomie niskim, średnim u 25 (7,0%) i wysokim u 131 (36,9%). U rodzących tradycyjnie 47 (18,5%) kobiet miało oczekiwania związane z opieką okołoporodową na poziomie niskim, 21 (5,9%) na średnim i 113 (33,7%) na wysokim. Małe oczekiwania wsparcia

instrumentalnego kobiet rodzących tradycyjnie mogą być związane z małą wiedzą w tym zakresie.

W obydwu badanych grupach najwięcej kobiet 244 (68,5%) oczekiwało wsparcia instrumentalnego na najwyższym poziomie. Jest to zrozumiałe, bowiem każda kobieta chce, aby opieka podczas porodu zapewniła bezpieczeństwo jej i dziecku. Na średnim poziomie wsparcia instrumentalnego oczekiwało 46 (12,9%) rodzących a na niskim 66 (18,5%).

Zaobserwowano bardzo znaczący statystycznie związek ($p < 0,001$, przy wartości testu Chi-kwadrat = 13,457 i 2 stopniach swobody) między wsparciem instrumentalnym oczekiwanym a rodzajem porodu. Co oznacza, że rodzącej rodzinie częściej udzielano wsparcia instrumentalnego na wyższym poziomie.

Tabela 10

Wsparcie instrumentalne otrzymane

Rodzaj porodu	Wsparcie instrumentalne otrzymane						Ogółem	
	Niskie		Średnie		Wysokie			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rodzinny	20	5,6	34	9,6	121	34,0	175	49,2
Tradycyjny	32	9,0	35	9,8	114	32,0	181	50,8
Ogółem	52	14,6	69	19,4	235	66,0	356	100

W grupie porodów rodzinnych wsparcie instrumentalne na niskim poziomie otrzymało 20 (5,6%) kobiet, na średnim 34 (9,6%) i wysokim 121 (34,0%), a podczas porodów tradycyjnych rodzące otrzymały wsparcie instrumentalne na poziomie niskim 32 (9,0%), średnim 35 (9,8%) i wysokim 114 (32,0%).

W obu badanych grupach wsparcia instrumentalnego na

najwyższym poziomie udzielono największej liczbie kobiet, 235 (66,0%), na poziomie średnim 69 (19,4%) i na niskim 52 (14,6%)

Nie zaobserwowano statystycznie istotnej różnicy między udzielaniem rodzącem wsparcia instrumentalnego a typem porodu.

W celu wykazania czy na wsparcie oczekiwane przez rodzącą ma wpływ: wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, uczestnictwo w szkole rodzenia zastosowano korelację Pearsena i test Chi-kwadrat,

Zastosowane testy statystyczne nie wykazały istotnej statystycznie zależności między wsparciem oczekiwanym, a badanymi zmiennymi w obu typach porodu.

Korzystając z testu Chi-kwadrat oceniano istotność związku między rodzajami wsparcia oczekiwanego i otrzymanego a oceną natężenia bólu porodowego i jego łagodzenia, satysfakcją, rodzajem porodu, lękiem jako stanem i lękiem jako cechą – czyli zmiennymi, które były badane w pracy.

Tabela 11

Wsparcie a badane zmienne w grupie porodów rodzinnych

Rodzaj wsparcia	Zmienna	Wartość testu Chi-kwadrat	df	Wartość p
Wsparcie informacyjne otrzymane	ocena złagodzenia bólu	11,337	4	<0,05
Wsparcie emocjonalne	lęk jako stan	9,518	4	<0,05
Różnice (DE) m/d wsparciem emocjonalnym oczekiwanym a otrzymanym	satysfakcja	33,218	4	<0,001
Wsparcie instrumentalne oczekiwane	satysfakcja	12,483	4	<0,01
Wsparcie instrumentalne otrzymane	lęk jako stan	11,745	4	<0,01

Uzyskane wyniki upoważniają do następujących stwierdzeń:

- Informowanie kobiet rodzących zwłaszcza dotyczące postępu porodu, jego przebiegu, celowości wykonywania badania położniczego, uzyskiwania wyjaśnień dotyczących wątpliwości, ma istotny statystycznie ($p < 0,05$) wpływ na ocenę natężenia bólu porodowego przez rodzącą.
- Udzielanie wsparcia emocjonalnego rodzącym podczas porodów rodzinnych przez osobę bliską, najczęściej męża oraz położną, wykazuje istotny statystycznie związek ($p < 0,05$) tego wsparcia z poziomem lęku jako stanu, związanego z sytuacją porodu.
- Gdy rodząca otrzymuje więcej wsparcia emocjonalnego, niż tego oczekiwała to występuje bardzo wysoce istotny związek ($p < 0,001$) między otrzymanym wsparciem emocjonalnym, a satysfakcją rodzącej.

Oczekiwania kobiet dotyczące opieki okołoporodowej wykazują istotny związek ($p < 0,01$) z poziomem satysfakcji. W sytuacji, gdy wszystkie procedury medyczne dotyczące porodu były przestrzegane, poród przebiegał prawidłowo, stosowano metody łagodzenia bólu porodowego to wówczas występuje istotny statystycznie związek ($p < 0,01$) między wsparciem instrumentalnym a poziomem lęku jako stanu związanego z sytuacją porodu.

Tabela 12**Wsparcie a badane zmienne w grupie porodów tradycyjnych**

Rodzaj wsparcia udzielonego podczas porodu tradycyjnego	Rodzaj zmiennej	Wartość chi-kwadrat	df	Wartość p
Wsparcie informacyjne otrzymane	satysfakcja	26,916 ^a	4	<0,001
Różnica (DI) m / d wsparciem informacyjnym otrzymanym a oczekiwanym	satysfakcja	22,295 ^a	4	<0,001
Wsparcie emocjonalne otrzymane	satysfakcja	19,156 ^a	4	<0,001
Różnica (DE) m / d wsparciem emocjonalnym oczekiwanym a otrzymanym	satysfakcja	11,721 ^a	4	<0,05
Wsparcie wartościujące otrzymywane	satysfakcja	12,370 ^a	4	<0,01
Wsparcie wartościujące otrzymywane	lęk jako stan	10,757 ^a	4	<0,01
Wsparcie wartościujące otrzymane	złagodzenie bólu porodowego	11,473 ^a	4	<0,01
Wsparcie instrumentalne oczekiwane	satysfakcja	11,326 ^a	4	<0,001
Różnica (DI) m / d wsparciem instrumentalnym oczekiwanym, a otrzymanym	satysfakcja	10,400 ^a	4	<0,05

Analizując zależności, które występują między rodzajami wsparcia oczekiwanego, otrzymanego, a innymi zmiennymi podczas porodu tradycyjnego można stwierdzić, że:

Między wsparciem informacyjnym otrzymanym a poziomem satysfakcji występuje bardzo wysoce istotny związek ($p < 0,001$), co oznacza, że możliwie pełna informacja udzielona rodzącej powoduje uzyskanie przez nią wysokiego poziomu satysfakcji. Taki sam wysoce istotny statystycznie związek ($p < 0,001$) wykazuje różnica

(DE) między wsparciem informacyjnym otrzymanym i oczekiwanym, a satysfakcją. Oznacza to, że jeżeli rodząca oczekiwała mniej niż otrzymała informacji podczas porodu to jej zadowolenie z opieki było bardzo duże.

Wsparcie emocjonalne udzielone rodzącej tradycyjnie ma wpływ na poziom jej satysfakcji i jest to związek bardzo wysoce istotny statystycznie ($p < 0,001$).

Różnica (DE) między wsparciem emocjonalnym otrzymanym, a oczekiwanym wykazuje istotny statystycznie związek ($p < 0,05$). Również między otrzymanym wsparciem emocjonalnym, a satysfakcją kobiet rodzących występuje istotny statystycznie związek ($p < 0,05$). Potwierdza to założenie, że w sytuacjach trudnych, a taką jest poród, rodząca oczekuje wsparcia.

Wsparcie wartościujące otrzymane podczas porodu tradycyjnego ma duże znaczenie dla rodzących. Stwierdzono istotne statystycznie związki między wsparciem wartościującym otrzymanym a satysfakcją ($p < 0,01$), lękiem jako stanem, a tym rodzajem wsparcia ($p < 0,05$) oraz złagodzeniem bólu porodowego a wsparciem wartościującym ($p < 0,01$).

Jeżeli oczekiwania kobiety rodzącej dotyczące przebiegu porodu tradycyjnego, postępowania medycznego i pielęgnacyjnego podczas jego poszczególnych okresów były na niższym poziomie niż otrzymane usługi położnicze, to wówczas występował istotny statystycznie związek ($p < 0,05$) między różnicą (DE), a poziomem osiągniętej przez nią satysfakcji.

Reasumując można stwierdzić, że podczas porodu rodzinnego:

- kobiety rodzące odczuwały satysfakcję, jeżeli ich oczekiwania dotyczące wsparcia emocjonalnego udzielonego przez osobę

bliską i położną były zaspakajane lub gdy udzielone wsparcie było w szerszym zakresie niż oczekiwali

- poziom lęku jako stanu był ściśle związany z zakresem udzielonego wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego rodzącej
- informowanie i wyjaśnianie podczas porodu miało znaczący wpływ na ocenę natężenia bólu porodowego.

Natomiast w czasie porodu tradycyjnego:

- informowanie i jego zakres miał wpływ na satysfakcję: im więcej informacji i wyjaśnień, tym poczucie zadowolenia wyższe u rodzącej
- udzielanie wsparcia emocjonalnego miało także wpływ na poziom satysfakcji
- wsparcie wartościujące miało ogromne znaczenie dla kobiety rodzącej tradycyjnie. Udzielanie tego wsparcia przez położną wiąże się z ciągłą jej obecnością przy rodzącej. W porodzie tradycyjnym jest to bardzo korzystne, ponieważ kobieta ma przy sobie osobę, która wierzy w jej siły i umiejętności, chwali ją i motywuje do działania. Takie postępowanie położnej rekompensuje w pewnym zakresie brak obecności osoby bliskiej. Udzielanie tego wsparcia ma bezpośredni wpływ na poziom lęku jako stanu i złagodzenie bólu porodowego
- jeżeli wsparcie instrumentalne było udzielone na wyższym poziomie niż tego oczekiwała kobieta rodząca, to wówczas odczuwała ona dużą satysfakcję z opieki okołoporodowej.

Międzygrupowe porównanie nasilenia lęku jako stanu (LS) i lęku jako cechy (LC)

Lęk jest zjawiskiem, które w mniejszym lub większym stopniu towarzyszy kobiecie rodzącej podczas porodu. Często związany

jest z obawą o własne i dziecka zdrowie, odczuwaniem bólu porodowego, nieraz także z wejściem w rolę matki. Wpływ lęku na nieprawidłowe funkcjonowanie jednostki jest bezsporny. W celu oceny poziomu lęku u badanych zastosowano kwestionariusz Spielberga. Badane odpowiadały na zadane pytania przed porodem.

Ogółem oceniono lęk jako stan u 291 badanych, a lęk jako cechę poddano ocenie u 283 kobiet.

Tabela 13

Lęk jako cecha (LC) i jako stan (LS) w obu grupach

Rodzaj lęku	Poziom lęku	Częstość	%
Lęk jako stan (LS)	niski	107	36,8
	średni	90	30,9
	wysoki	94	32,3
	Ogółem	291	100
Lęk jako cecha (LC)	niski	96	33,9
	średni	110	38,9
	wysoki	77	27,2
	Ogółem	283	100

W obu badanych grupach wysoki poziom lęku jako stanu występował u 94 (32,3%) kobiet badanych, średni u 90 (30,9%), a niski u 107 (36,8%) i dotyczył on obaw związanych z porodem. Natomiast wysoki poziom lęku jako cechy występował u 77 (27,2%) badanych, średni u 110 (38,9%) i niski u 96 (33,9%).

Lęk jako stan

Lęk jako stan definiowany jest jako cechujący się „subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja autonomicznego układu nerwowego. Dla tego testu charakterystyczna jest zmienność występowania w chwili pojawienia się w odczuciu badanego czynników zagrażających lub stresujących.

Lęk jako stan oceniono u 159 (90,9%) kobiet rodzących rodzinnie i u 132 (72,9%) kobiet rodzących tradycyjnie. Uzyskane dane prezentuje poniższa tabela.

Tabela 14

Lęk jako stan a rodzaj porodu

Cecha	Poród				Ogółem		Wartość testu Chi-kwadrat	df	Wartość p
	Rodzinny		Tradycyjny						
Poziom	N	%	N	%	N	%			
Niski	63	21,6	44	15,1	107	36,8	1,227	2	0,541
Średni	47	16,2	43	14,8	90	30,9			
Wysoki	49	16,8	45	15,5	94	32,3			
Ogółem	159	54,6	132	45,4	291	100			

Lęk jako stan występuje u 63 (21,6%) kobiet rodzących rodzinnie na poziomie niskim, średnim u 47 (16,2%) i wysokim u 49 (16,8%). U kobiet rodzących tradycyjnie poziom lęku jako stanu był następujący: niski 44 (15,1%), średni 43 (14,8%), wysoki 45 (15,5%). W obu badanych grupach największa liczba kobiet, 107 (36,8%), oceniła poziom lęku jako stanu na poziomie niskim.

Niepokojące jest zjawisko, iż w obydwu grupach duży odsetek kobiet odczuwa lęk jako stan na poziomie średnim i porównywalnie na wysokim, co może niekorzystnie wpływać na przebieg porodu i stan psychiczny kobiety rodzącej.

Nie stwierdzono statystycznie istotnego związku ($p > 0,5$, przy wartości testu Chi-kwadrat = 1,227 i 2 stopniach swobody) między poziomem lęku jako stanu a typem porodu.

Lęk jako cecha

Drugi rodzaj lęku, to lęk jako cecha. Charakteryzowany jest jako „motyw lub nabyta dyspozycja, która czyni jednostkę podatną na spostrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowania na nie, co stanami lęku nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa” (187).

Ta predyspozycja osobowościowa formuje się we wczesnym dzieciństwie i ma charakter wyuczony. Jest powiązana z relacjami między dzieckiem i rodzicami. Głównie dotyczy sytuacji karania. W podanej definicji podkreśla się, że w kwestionariuszu osobowości lękowej duże znaczenie pełnią procesy poznawcze (postrzeganie różnych sytuacji).

Lęk jako cechę przebadano u 153 (87,4%) kobiet rodzących rodzinnie i u 130 (71,8%) kobiet rodzących tradycyjnie.

Wyniki badań zostały przedstawione w tabeli 15.

Tabela 15

Lęk jako cecha a rodzaj porodu

Cecha	Poród				Ogółem		Wartość testu chi-kwadrat	df	Wartość p
	Rodzinny		Tradycyjny						
Poziom	N	%	N	%	N	%			
Niski	59	20,8	37	13,1	96	33,9	3,243	2	>0,198
Średni	56	19,8	54	19,1	110	38,9			
Wysoki	38	13,4	39	13,8	77	27,2			
Ogółem	153	54,1	130	45,9	283	100			

Lęk jako cecha występował u 59 (20,8%) kobiet rodzących rodzinnie na poziomie niskim, średnim u 56 (19,8%) i wysokim u 38 (13,4%). U kobiet rodzących tradycyjnie ten rodzaj lęku występował na poziomie niskim u 37 (13,1%), średnim u 54 (19,1%) i wysokim u 39 (13,8%).

W obu badanych grupach lęk jako cecha występował na poziomie średnim u największej liczby kobiet 110 (38,9%), na niskim u 96 (33,9%) i na wysokim u 77 (27,2%) badanych.

Stwierdzono, że nie występuje istotny statystycznie związek ($p > 0,198$) między poziomem lęku jako cechy a rodzajem porodu.

Następnie badano przy użyciu testu Chi-kwadrat związki lęku jako stanu (LS) i lęku jako cechy (LC) ze zmiennymi: wsparciem informacyjnym, emocjonalnym, wartościującym, instrumentalnym otrzymanym i oczekiwanym, oceną natężenia bólu porodowego, oceną złagodzenia bólu porodowego, rodzajem porodu i satysfakcją.

Istotne statystycznie zależności zaobserwowano między lękiem jako stanem (LS), a wsparciem emocjonalnym otrzymanym i satysfakcją oraz między lękiem jako cechą a satysfakcją.

Wyniki badań odnośnie wyżej wymienionej kwestii zamieszczono w tabelach 16,17,18.

Tabela 16**Lęk jako stan a wsparcie emocjonalne otrzymane**

Lęk jako stan	Wsparcie emocjonalne otrzymane						Ogółem	
	Niskie		Średnie		Wysokie			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Niski	9	3,1	27	9,3	71	24,4	107	36,8
Średni	14	4,8	19	6,5	57	16,6	90	30,9
Wysoki	18	6,2	34	11,7	42	14,4	94	32,3
Ogółem	41	14,1	80	27,5	170	58,4	291	100

Jeżeli lęk jako stan (LS) był u badanych kobiet na poziomie niskim i średnim to wsparcie emocjonalne, które otrzymywały było duże. Natomiast, jeżeli lęk jako stan (LS) był na poziomie wysokim, to rodzice otrzymywały mniej wsparcia emocjonalnego na poziomie najwyższym. Można przypuszczać, że wysoki poziom lęku jako stanu może być przeszkodą w artykułowaniu zapotrzebowania rodziców na ten rodzaj wsparcia.

Między lękiem jako stanem (LS) a wsparciem emocjonalnym otrzymanym zaobserwowano istotny statystycznie związek ($p < 0,01$, przy wartości testu Chi-kwadrat = 12,963 i 4 stopniach swobody).

Tabela 17**Lęk jako stan a satysfakcja**

Lęk jako stan	Satysfakcja						Ogółem	
	Niski		Średni		Wysoki			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Niski	12	4,1	44	15,1	51	17,5	107	36,8
Średni	18	6,2	39	13,4	33	11,3	90	30,9
Wysoki	25	8,6	52	17,9	17	5,8	94	32,3
Ogółem	55	18,9	135	46,4	101	34,7	291	100

Jeżeli lęk jako stan (LS) oceniono u rodzających na niskim lub średnim poziomie, to satysfakcja z opieki podczas porodu była duża. Jeżeli lęk jako stan (LS) osiągał wysoki poziom, to rodzące znacznie rzadziej uzyskiwały wysoki poziom satysfakcji. Między lękiem jako stanem (LS) a satysfakcją rodzających występuje wysoce istotny statystycznie związek ($p < 0,001$, przy wartości testu Chi-kwadrat = 12,963 i 4 stopniach swobody). Im mniejszy poziom lęku jako stanu występuje u rodzających, tym wyższy poziom satysfakcji z odbytego porodu.

Tabela 18**Lęk jako cecha a satysfakcja**

Lęk jako cecha	Satysfakcja						Ogółem	
	Niski		Średni		Wysoki			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Niski	14	4,9	37	13,1	45	15,9	96	33,9
Średni	17	6,0	56	19,8	37	13,1	110	38,9
Wysoki	23	8,1	39	13,8	15	5,3	77	27,2
Ogółem	54	19,1	132	46,6	97	34,3	283	100

Niski i średni poziom lęku jako cechy u rodzących, gwarantuje wysoki poziom satysfakcji z opieki okołoporodowej. Natomiast przy wysokim poziomie lęku jako cechy bardzo mało badanych – 15 osób (5,3%) uzyskało wysoki poziom satysfakcji.

Między lękiem jako cechą (LC) a satysfakcją występuje bardzo wysoce istotny statystycznie związek ($p < 0,001$, przy wartości testu Chi-kwadrat = 17,895 i 4 stopniach swobody). Oznacza to, że im niższy poziom lęku jako cechy występuje u kobiety rodzącej tym wyższą osiąga ona satysfakcję.

Wysoki poziom lęku jako stanu (LS) i lęku jako cechy (LC) u rodzących jest przeszkodą w uzyskiwaniu dla większości badanych pełnej satysfakcji z opieki położniczej udzielanej podczas porodu.

Ocena nasilenia bólu i złagodzenia odczuć bólowych podczas porodu w obu badanych grupach.

Ból porodowy wyraźnie różni się od znanych postaci ludzkiego bólu swoimi cechami, takimi jak:

- nieuniknionym występowaniem podczas porodu
- dotyczy tylko kobiet
- przerwany rytm występowania
- zmiennym charakterem
- ustępuje po narodzinach dziecka

Można go nazwać „twórczym”, ponieważ jego pojawienie się ma na celu przygotowanie kanału rodnego na przejście przez niego płodu i urodzenie dziecka. Dlatego powinien być sprzymierzeńcem kobiety rodzącej, nad którym ona panuje i dzięki niemu zbliża się do najszcześniejszych chwil w jej życiu – do narodzin oczekiwanego dziecka. Jednak nie zawsze jest tak odczuwany przez rodzące.

Natężenie bólu oceniano na trzech skalach analogowych od 0 – 5 punktów. Skale oceniały nasilenie bólu podczas pierwszego i drugiego okresu porodu oraz podczas zabiegu szycia krocza, jeżeli było wykonane boczne nacięcie. Suma punktów na tych trzech skalach wskazana przez rodzące oznaczała całkowite nasilenie bólu podczas porodu.

W pierwszym okresie porodu, podczas porodu tradycyjnego, rodzące najczęściej określały ból jako przykry 35 (19,9%), silny 45 (25,6%), bardzo silny 51 (29,0%), rozdzierający 19 (10,8%). Natomiast w czasie pierwszego okresu porodu rodzinnego, kobiety rodzące określały ból jako przykry 39 (21,4%), silny 42 (23,1%), bardzo silny 53 (29,1%), rozdzierający 18 (9,9%). Ocena natężenia bólu przez rodzące w pierwszym okresie porodu tradycyjnego i rodzinnego taka sama.

W ocenie natężenia bólu w drugim okresie porodu występują duże różnice w zależności od typu porodu, w szczególności, gdy dotyczy to bólu określanego przez rodzące jako „bardzo silny” i „rozdzierający”. Kobiety rodzące tradycyjnie znacznie częściej, bo 75 (42,6%), określają jako „bardzo silny” niż rodzące rodzinne 48 (26,4%). Natomiast kobiety rodzące rodzinne częściej określają ból jako „rozdzierający”, 87 (47,8%), niż rodzące tradycyjnie 57 (32,4%). Oceniano także odczucia bólowe podczas zabiegu szycia krocza. Najwięcej kobiet w obu typach porodu określało ten ból jako „przykry”, 56 (31,8%) w porodzie tradycyjnym i 62 (34,1%) podczas porodu rodzinnego.

Natomiast stopień łagodzenia odczuć bólowych był związany ze stosowaniem naturalnych sposobów łagodzenia bólu, to jest: zmianą pozycji, chodzeniem podczas pierwszego okresu porodu,

obecnością męża przy porodzie, wystrojem pokoju do porodów rodzinnych zbliżonym do domowego.

Łagodzenie było oceniane od 0 – 4. Suma punktów zaznaczonych przez rodziców określała wartość złagodzenia odczuć bólowych w czasie porodu.

Uzyskano następujące wyniki: 74 (20,8%) kobiet uważało, że metody naturalne złagodziły ból w stopniu niskim, 82 (23,0%) w stopniu średnim, a 200 (56,2%) w stopniu wysokim. Chodzenie w obu typach porodu wpływało umiarkowanie i znacznie na złagodzenie odczuwania bólu.

Częsta zmiana pozycji podczas obu typów porodu powoduje umiarkowane i znaczne złagodzenie bólu. Umiarkowane u 77 (43,8%) rodzących tradycyjnie i u 74 (40,7%) rodzinie, a znaczne złagodzenie występuje u 57 (32,4%) badanych podczas porodów tradycyjnych i u 47 (25,8%) podczas porodów rodzinnych.

Oceniano także podczas porodów rodzinnych wpływ obecności osoby bliskiej i wystroju pokoju do porodów rodzinnych na złagodzenie odczuć bólowych.

Obecność osoby bliskiej podczas porodu (męża, matki, koleżanki), daje rodzącej poczucie bezpieczeństwa i w ten sposób wpływa korzystnie na zmniejszenie odczuć bólowych.

Zmiana otoczenia dla kobiety tuż przed porodem jest bardzo stresująca. Znane jest zjawisko zatrzymania akcji skurczowej macicy u rodzącej po przyjęciu do szpitala. Dlatego też utworzenie pomieszczeń do porodów rodzinnych z wyposażeniem przypominającym domowe, łagodzi tę zmianę otoczenia, obniża poziom lęku, a w konsekwencji zmniejsza odczucia bólowe, znacznie u 53 (29,1%) kobiet rodzących i umiarkowanie u 63 (34,1%).

Badana średnia wartość nasilenia bólu w obu typach porodu była jednakowa, natomiast średnia wartość oceny złagodzenia odczuć bólowych była niższa u rodzących tradycyjnie.

Zweryfikowano hipotezę o wpływie rodzaju porodu na te dwa parametry przy pomocy nieparametrycznego testu Manna-Whitney'a. Wartość statystyki M-W dla OCB (ocena natężenia bólu) $z = -1,63$ i $p < 0,001$, wartość statystyki M-W dla OCZ (ocena złagodzenia bólu) $z = -2,917$ i $p < 0,001$. Wyniki testu pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

- ocena natężenia bólu porodowego nie zależy od rodzaju porodu
- ocena złagodzenia bólu w sposób wysoce istotny statystycznie ($p < 0,001$) zależy od typu porodu. W przypadku porodu rodzinnego złagodzenie odczuć bólowych u rodzących było znacznie częstsze.

Ocena poziomu satysfakcji z opieki położniczej w obu badanych grupach

Satysfakcja jest jednym z czynników oceny jakości opieki, ale – co należy podkreślić – w przypadku kobiet rodzących, ma ona ogromny wpływ na stosunek matki do dziecka i rozwój uczuć macierzyńskich. Poród dla kobiety jest przeżyciem, które zwykle tkwi w jej pamięci przez wiele lat. Pozytywne przeżycia z tego okresu ułatwiają kobiecie wejście w rolę matki i korzystnie wpływają na relacje w rodzinie.

Satysfakcję rodzących oceniano na skali Quality Scales E/P (Excellent/Poor) do oceny satysfakcji pacjentów. Badania były anonimowe i przeprowadzono je w dobie porodu.

Wyniki dotyczące poziomu satysfakcji z opieki położniczej prezentowane są w tabeli 19.

Tabela 19

Satysfakcja z opieki położniczej w obu typach porodu

Cecha	Poród						Wartość testu chi-kwadrat	df	Wartość p
	Rodzinny		Tradycyjny		Ogółem				
	N	%	N	%	N	%			
Niski	35	9,8	53	14,8	88	24,6	6,423	2	<0,05
Średni	77	21,6	83	23,2	160	44,8			
Wysoki	63	17,6	46	12,9	109	30,5			
Ogółem	175	49,0	182	51,0	357	100			

Uzyskane wyniki wskazują, że w obu grupach największa liczba kobiet, 160 (44,8%), odczuwała średni poziom satysfakcji z opieki okołoporodowej, 109 (14,9%) badanych uzyskało wysokie poczucie zadowolenia a 88 (24,6%) niski poziom satysfakcji.

Widoczna jest także następująca zależność: podczas porodu tradycyjnego znacznie więcej kobiet 53 (14,8%) uzyskiwało niski poziom satysfakcji, niż to miało miejsce w grupie kobiet rodzących rodzinie 35 (9,8%).

Zaobserwowano istotny statystycznie ($p < 0,01$) związek między satysfakcją odczuwaną przez rodzące tradycyjnie i rodzinie. Rodzące rodzinie odczuwają wyższy poziom satysfakcji.

Starając się ustalić jakie zmienne mają wpływ na poziom satysfakcji rodzących w obu badanych grupach zastosowano test Chi-kwadrat dokonując oceny związku między poziomem satysfakcji, a poszczególnymi zmiennymi, to jest:

- rodzajem wsparcia oczekiwanego i otrzymanego
- różnicą między (DI) wsparciem oczekiwanym a otrzymanym

- oceną natężenia bólu porodowego
- oceną stopnia złagodzenia odczuć bólowych
- typem porodu.

W analizie dotyczącej porodu rodzinnego uzyskano następujące wyniki, które zostały zamieszczone w poniższych tabelach: 20, 21, 22, 23, 24.

Tabela 20

Satysfakcja a wsparcie informacyjne otrzymane

Satysfakcja	Wsparcie informacyjne otrzymane						Ogółem	
	Niskie		Średnie		Wysokie			
Poziom	N	%	N	%	N	%	N	%
Niski	8	17,0	6	11,3	6	8,0	20	11,4
Średni	26	14,9	22	12,6	25	14,3	73	41,7
Wysoki	13	27,7	25	14,3	44	25,1	82	46,9
Ogółem	47	26,9	53	30,3	75	42,9	175	100

Widoczne jest, że satysfakcja kobiet rodzących wzrasta w zależności od poziomu otrzymanego wsparcia informacyjnego. Udzielanie dokładnych i wyczerpujących informacji zapewnia rodzącej poczucie wysokiej satysfakcji.

Między satysfakcją a wsparciem informacyjnym otrzymanym występuje bardzo istotny statystycznie związek ($p < 0,01$, przy wartości testu Chi-kwadrat = 11,337 i 4 stopniach swobody). Wskazuje to, że kobieta rodząca otrzymująca pełną informację podczas porodu odczuwa duże zadowolenie.

Tabela 21**Satysfakcja a różnica (DI)**

Satysfakcja	Różnica (DI) m/d wsparciem informacyjnym oczekiwanym a otrzymanym						Ogółem	
	Niska		Średnia		Wysoka			
Poziom	N	%	N	%	N	%	N	%
Niski	7	4,0	11	6,3	2	1,1	20	11,4
Średni	26	14,9	26	14,9	21	12,0	73	41,7
Wysoki	15	8,5	29	16,5	38	21,8	82	46,9
Ogółem	48	27,4	66	37,7	61	34,9	175	100

U 48 (27,4%) kobiet oczekiwania dotyczące udzielania informacji przez personel medyczny były znacznie wyższe niż udzielone w tym zakresie wsparcie, 66 (37,7%) kobiet oczekiwało tyle informacji ile otrzymało. Natomiast 132 (75,4%) kobietom udzielono wsparcia informacyjnego na poziomie znacznie przewyższającym ich oczekiwania. Można stwierdzić, że gdy kobiety rodzące otrzymują wsparcie informacyjne na wysokim poziomie przewyższającym ich oczekiwania w tym zakresie, to satysfakcja rodzących osiąga też wysoki poziom. Dotyczy to dużej liczby kobiet, 82 (46,9%) w obu badanych grupach.

Ponadto stwierdzono bardzo wysoce istotny statystycznie związek, ($p < 0,001$, przy wartości testu Chi-kwadrat = 13,912 i 4 stopniach swobody), między poziomem satysfakcji, a różnicą (DI).

Tabela 22**Satysfakcja a różnica (DE)**

Satysfakcja	Różnica (DE) m/d wsparciem emocjonalnym oczekiwanym a otrzymanym						Ogółem	
	Niska		Średnia		Wysoka			
Poziom	N	%	N	%	N	%	N	%
Niski	4	2,3	9	5,1	7	4,0	20	11,4
Średni	22	12,6	24	13,7	27	15,4	73	41,7
Wysoki	5	2,9	15	8,6	62	35,4	82	46,9
Ogółem	31	17,7	48	27,4	96	54,4	175	100

U 20 (11,4%) kobiet oczekiwania były wyższe niż otrzymane wsparcie emocjonalne, u 73 (41,7%) rodzających oczekiwania pokryły się z tym co rodzące otrzymały, natomiast u 82 (46,9%) kobiet uzyskane wsparcie przewyższało ich oczekiwania w tym zakresie.

Uzyskane wyniki potwierdziły, że istnieje bardzo wysoce istotny statystycznie, ($p < 0,001$, przy wartości testu Chi-kwadrat = 30,327 i 4 stopniach swobody), związek między satysfakcją, a różnicą (DE) między wsparciem emocjonalnym oczekiwany a otrzymanym.

Tabela 23**Satysfakcja a wsparcie wartościujące otrzymane**

Satysfakcja	Wsparcie wartościujące otrzymane						Ogółem	
	Niskie		Średnie		Wysokie			
Poziom	N	%	N	%	N	%	N	%
Niski	2	1,1	5	2,9	13	7,4	20	11,4
Średni	11	6,3	14	8,0	48	27,4	73	41,7
Wysoki	–	–	11	6,2	71	40,6	82	46,9
Ogółem	13	7,4	30	17,1	132	75,4	175	100

Wyraźnie widoczna stała się zależność poziomu satysfakcji od zakresu udzielanego rodzącej wsparcia wartościującego. Liczba badanych, którym tego rodzaju wsparcia udzielono w najszerszym zakresie, wyniosła – 71 rodzących (40,6%) a średni poziom satysfakcji – 48 (27,4%).

Zaobserwowano wysoce istotny statystycznie związek ($p < 0,001$, przy wartości testu Chi-kwadrat = 16,114 i 4 stopniach swobody) pomiędzy satysfakcją rodzących, a otrzymanym wsparciem wartościującym. Im więcej udzielono tego rodzaju wsparcia rodzącej tym jej satysfakcja była większa.

Tabela 24**Satysfakcja a wsparcie instrumentalne otrzymane**

Satysfakcja	Wsparcie instrumentalne otrzymane						Ogółem	
	Niskie		Średnie		Wysokie			
Poziom	N	%	N	%	N	%	N	%
Niski	12	0,6	3	1,7	16	9,1	20	11,4
Średni	13	7,4	15	8,6	45	25,7	73	41,7
Wysoki	5	2,9	7	4,0	70	40,0	82	46,9
Ogółem	19	10,9	25	14,3	131	74,9	175	100

Zestawienie wykazało, że wysoki poziom satysfakcji uzyskują kobiety, które otrzymały profesjonalne wsparcie instrumentalne podczas porodu. Stan taki wynika z faktu, że każda kobieta oczekuje bardzo dobrej opieki zapewniającej bezpieczeństwo jej i rodzącemu się dziecku.

Stwierdzono także istotny statystycznie, ($p < 0,01$ przy wartości testu Chi-kwadrat = 12,483 i 4 stopniach swobody), związek między satysfakcją rodzących kobiet a wsparciem instrumentalnym oczekiwanym.

Natomiast analizując wyniki badań dotyczących porodu tradycyjnego zaobserwowano statystycznie istotne związki między:

- poziomem satysfakcji a wsparciem informacyjnym otrzymanym,
- poziomem satysfakcji a różnicą (DE) między wsparciem emocjonalnym oczekiwanym a otrzymanym,
- poziomem satysfakcji a wsparciem wartościującym otrzymanym,
- poziomem satysfakcji a wsparciem instrumentalnym oczekiwanym

Uzyskane wyniki zostały zamieszczone w tabelach: 25,26,27,28,29.

Tabela 25**Satysfakcja a wsparcie informacyjne otrzymane**

Satysfakcja	Wsparcie informacyjne otrzymane						Ogółem	
	Niskie		Średnie		Wysokie			
Poziom	N	%	N	%	N	%	N	%
Niski	32	17,7	11	6,1	11	6,1	54	29,8
Średni	30	16,6	32	17,7	34	18,8	96	53,0
Wysoki	2	1,1	11	6,1	18	9,9	31	17,2
Ogółem	64	35,4	54	29,8	63	34,8	181	100

Dla grupy rodzających tradycyjnie średni poziom satysfakcji zaobserwowano u największej liczby badanych, bo aż 96 (53,0%). W tej grupie 66 (36,51%) kobiet otrzymało informacje na poziomie średnim i wysokim. Natomiast najwyższy poziom satysfakcji uzyskała mała grupa, licząca 31 (17,2%), kobiet badanych.

Między satysfakcją rodzających, a udzielanym wsparciem informacyjnym istnieje wysoce istotny statystycznie związek ($p < 0,001$, przy wartości testu Chi-kwadrat = 26,916 i 4 stopniach swobody).

Tabela 26**Satysfakcja a wsparcie emocjonalne otrzymane**

Satysfakcja	Wsparcie emocjonalne otrzymane						Ogółem	
	Niskie		Średnie		Wysokie			
Poziom	N	%	N	%	N	%	N	%
Niski	13	7,2	14	7,7	27	14,9	54	29,8
Średni	8	4,4	30	16,6	58	32,8	96	53,0
Wysoki	–	–	4	2,2	27	14,9	31	17,2
Ogółem	21	11,6	48	26,5	112	61,9	181	100

Największa grupa kobiet, 58 (32,8%), uzyskała średni poziom satysfakcji i jednocześnie wsparcie emocjonalne w najszerszym zakresie.

Między satysfakcją odczuwaną przez rodzące, a udzielanym im wsparciem emocjonalnym występuje wysoce istotny statystycznie związek ($p < 0,001$, przy wartości testu Chi-kwadrat = 19,156 i 4 stopniach swobody). Im szerszy zakres udzielanego wsparcia emocjonalnego tym poziom satysfakcji rodzącej wyższy.

Tabela 27

Satysfakcja a różnica DE

Satysfakcja	Różnica DE między wsparciem emocjonalnym oczekiwanym a otrzymanym						Ogółem	
	Niska		Średnia		Wysoka			
Poziom	N	%	N	%	N	%	N	%
Niski	13	7,2	14	7,7	27	14,9	54	29,8
Średni	12	6,6	43	23,8	41	22,7	96	53,0
Wysoki	1	0,6	17	9,4	13	7,2	31	17,2
Ogółem	26	14,4	74	40,9	81	44,8	181	100

Najwięcej kobiet rodzących tradycyjnie uzyskiwało średniego stopnia satysfakcję, gdy ich oczekiwania dotyczące wsparcia emocjonalnego pokrywały się z tym co otrzymały w tym zakresie.

Zaobserwowano istotny statystycznie związek ($p < 0,01$, przy wartości testu Chi-kwadrat = 11,721 i 4 stopniach swobody), między poziomem satysfakcji a różnicą (DE), między wsparciem emocjonalnym oczekiwanym a otrzymanym. Jeżeli kobieta rodząca mniej oczekiwała, a więcej otrzymała wsparcia emocjonalnego od położnej lub lekarza, to jej satysfakcja była większa.

Tabela 28**Satysfakcja a wsparcie wartościujące otrzymane**

Satysfakcja	Wsparcie wartościujące otrzymane						Ogółem	
	Niskie		Średnie		Wysokie			
Poziom	N	%	N	%	N	%	N	%
Niski	17	9,4	12	6,6	25	13,8	54	29,8
Średni	16	8,8	18	9,9	62	34,3	96	53,0
Wysoki	1	0,6	9	5,0	21	11,6	31	17,2
Ogółem	34	18,8	39	21,5	108	59,7	181	100

Średni poziom satysfakcji uzyskiwało najwięcej kobiet, którym podczas porodu udzielono wsparcia wartościującego na najwyższym poziomie.

Między tymi zmiennymi występował istotny statystycznie związek ($p < 0,01$, przy wartości testu Chi-kwadrat = 12,370 i 4 stopniach swobody), co oznacza, że wsparcie wartościujące jest bardzo ważne dla każdej rodzącej kobiety.

Tabela 29**Satysfakcja a wsparcie instrumentalne oczekiwane**

Satysfakcja	Wsparcie instrumentalne oczekiwane						Ogółem	
	Niskie		Średnie		Wysokie			
Poziom	N	%	N	%	N	%	N	%
Niski	21	11,6	3	1,7	30	16,6	54	29,8
Średni	25	13,8	13	7,2	58	34,0	96	53,0
Wysoki	1	0,6	5	2,8	25	13,8	31	17,2
Ogółem	47	26,0	21	11,6	113	62,4	181	100

Duża liczba, 113 (62,4%), kobiet rodzących tradycyjnie oczekiwała wsparcia instrumentalnego w najszerszym zakresie.

Między satysfakcją a wsparciem instrumentalnym oczekiwanym występuje bardzo istotny statystycznie związek ($p < 0,01$, przy wartości testu Chi-kwadrat = 14, 326 i 4 stopniach swobody).

Podsumowując można powiedzieć, że u rodzących podczas porodu rodzinnego wysoki poziom satysfakcji korespondował z wysokim poziomem udzielonego wsparcia informacyjnego, emocjonalnego otrzymanego, wartościującego otrzymanego i instrumentalnego u większości kobiet badanej grupy. Na wysoki poziom satysfakcji wpływ miała także różnica między wsparciem emocjonalnym oczekiwanym a otrzymanym. Jeżeli kobieta rodząca otrzymywała więcej wsparcia emocjonalnego niż oczekiwała to jej poziom satysfakcji z opieki podczas porodu był wyższy.

Należy podkreślić, że największa liczba kobiet rodzących w tej grupie uzyskiwała wysoki poziom satysfakcji, na który wpływało udzielanie każdego rodzaju wsparcia w najszerszym zakresie. Jest to charakterystyczne dla tego rodzaju porodu.

Podczas porodu tradycyjnego te same zmienne mają wpływ na poziom satysfakcji rodzących kobiet. Występuje jednak znacząca różnica między badanymi grupami. Polega ona na tym, że kobiety rodzące tradycyjnie uzyskują najczęściej średni poziom satysfakcji, z którym łączy się otrzymywanie każdego rodzaju wsparcia na tym samym, średnim poziomie, różnica dotyczy także faktu, iż grupa kobiet uzyskująca niski poziom satysfakcji i otrzymująca wsparcie na niskim poziomie była znacznie większa niż podczas porodu rodzinnego.

Można zatem stwierdzić, że zakres udzielonego wsparcia społecznego rodzącym w czasie porodu rodzinnego jest szerszy

i rodzące uzyskują wyższy poziom satysfakcji niż ma to miejsce w grupie kobiet rodzących tradycyjnie.

Analiza wyników badań pozwoliła na potwierdzenie większości postawionych w pracy hipotez.

Hipoteza pierwsza - kobiety rodzące oczekują wsparcia emocjonalnego, informacyjnego, wartościującego i instrumentalnego. Została potwierdzona w stu procentach przez wyniki badań. Bez względu na rodzaj porodu – rodzinny czy tradycyjny – kobieta rodząca oczekuje każdego rodzaju wsparcia, oczywiście w różnym zakresie, w zależności od indywidualnego zapotrzebowania.

Druga hipoteza – na rodzaj oczekiwanego wsparcia mają wpływ: wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, kolejność ciąży i uczestnictwo w szkole rodzenia. Wyniki badań nie potwierdziły tej hipotezy. Nie stwierdzono statystycznie istotnego związku między rodzajem oczekiwanego wsparcia, a wymienionymi powyżej zmiennymi.

Kolejna hipoteza trzecia – kobiety rodzące tradycyjnie otrzymują mniejszy zakres wsparcia szczególnie emocjonalnego i informacyjnego. Hipoteza ta została potwierdzona w wynikach badań w pięćdziesięciu procentach w kwestii dotyczącej wsparcia emocjonalnego. Rzeczywiście, podczas porodu tradycyjnego kobiety otrzymywały go mniej. Jest to zrozumiałe, bo ten rodzaj wsparcia udzielany jest przez personel medyczny, a nie przez osobę bliską która zna oczekiwania rodzącej. (tab. 5). Wynik badań nie potwierdził natomiast drugiej części hipotezy – kobiety rodzące tradycyjnie otrzymują mniejszy zakres wsparcia informacyjnego. Nie stwierdzono statystycznie istotnego związku między wsparciem informacyjnym, a typem porodu. Kobietom rodzącym tradycyjnie

i rodzinie udzielano tego rodzaju wsparcia na podobnym poziomie (tab. 4.).

Następna czwarta hipoteza – rodzące tradycyjnie prezentują niższy poziom satysfakcji z opieki okołoporodowej. Wyniki badań w stu procentach potwierdziły tę hipotezę. Kobiety rodzące tradycyjnie najczęściej uzyskują średni poziom satysfakcji z opieki podczas porodu. (tab. 19.).

Piąta hipoteza – lęk jako cecha i lęk jako stan mają wyższe wartości u kobiet rodzących tradycyjnie. Wyniki badań potwierdziły tę hipotezę, ale jednak nie wystąpił statystycznie istotny związek między rodzajem lęku a typem porodu. (tab14,15.).

Szósta z kolei hipoteza w brzmieniu: ocena natężenia bólu porodowego i sposób jego łagodzenia ma wpływ na poziom satysfakcji z opieki i zależy od typu porodu została tylko częściowo potwierdzona w przeprowadzonych badaniach. Ocena natężenia bólu porodowego przez kobiety rodzące była na podobnym poziomie bez względu na rodzaj porodu i nie miała wpływu na poziom uzyskiwanej satysfakcji. Natomiast ocena złagodzenia bólu w sposób istotny statystycznie zależy od typu porodu i ma wpływ na poziom uzyskiwanej przez rodzące satysfakcji.

Ostatnia, siódma hipoteza – kobiety rodzące rodzinie otrzymują w wyższym stopniu wsparcie i prezentują wyższy poziom satysfakcji w całości znalazła potwierdzenie w badaniach. Kobieta podczas porodu rodzinnego znajduje się w specyficznej sytuacji. Wsparcia udziela jej najbliższa osoba – mąż oraz położna i lekarz. Położna opiekuje się tylko tą jedną rodzącą i w każdej chwili wykazuje gotowość do pomocy. (tab. 4,6,8,10.)

5. Dyskusja

Poród to krótkotrwały okres w życiu kobiety, który diametralnie zmienia jej życie i jej partnera. W jednej chwili stają się oni rodzicami odpowiedzialnymi za zdrowie i rozwój psychofizyczny nowonarodzonego dziecka. Od jakości towarzyszących matce przeżyć podczas porodu będą zależały ich wzajemne relacje w rodzinie, łatwość w nawiązywaniu wzajemnej więzi między nimi a dzieckiem.

Pozytywne przeżycia będą wzmacniały kobietę w roli matki, a mężczyznę w roli ojca, a także będą motywowały do działań opiekuńczych nad potomkiem, na przykład do karmienia piersią. Będą także źródłem radości płynących z pozytywnego przeżywania macierzyństwa. Zadaniem lekarza i położnej jest zadbanie o to, aby atmosfera podczas porodu sprzyjała pozytywnym przeżyciom rodzącej. Jednym z czynników, który ma na to bezpośredni wpływ jest udzielanie rodzącej i osobie jej towarzyszącej szeroko rozumianego wsparcia. Takie postępowanie personelu medycznego podczas porodu pozwala na uzyskanie satysfakcji z opieki rodziców nowonarodzonego dziecka. (95,94,96,99).

Opracowywanie wyników rozpoczęto od analizy porównawczej badanych grup. Analizie poddano wszystkie dane zebrane podczas wywiadu takie jak: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, kolejną ciążę, liczbę dzieci żyjących, powikłania w poprzednich ciążach i obecnej, planowanie obecnej ciąży, uczestnictwo w zajęciach w szkole rodzenia, sposób rozpoczęcia porodu, przebieg obecnego porodu.

Wiek badanych w obu grupach był zbliżony. Średnia wieku kobiet w grupie porodów rodzinnych wyniosła 27,03, a w grupie

porodów tradycyjnych była nieco niższa, 26,58 lat. Podobne wyniki badań uzyskali D. Ćwiek i wsp. (29), T. Laudański (102), M. Klaus (90). Odmienne wyniki, w tym względzie przedstawił W. Guzikowski (61,63). Badania tego autora wskazywały, że młodsze kobiety były bardziej zainteresowane porodami rodzinnymi.

W badaniach własnych, w obu grupach, zaobserwowano różnice statystycznie istotne dotyczące: wykształcenia, miejsca zamieszkania, uczestnictwa w szkole rodzenia i przebiegu poprzednich porodów. Wyniki tych badań pozwalają na sformułowanie następujących stwierdzeń:

- Kobiety o wyższym wykształceniu częściej wybierają poród rodzinny. Pokrywa się to z wynikami badań, które uzyskał W. Guzikowski(61,63), D. Ćwiek, i wsp. (29).
- Kobiety mieszkające na wsi częściej rodzą w sposób tradycyjny. Potwierdzają to badania W. Guzikowskiego „Opieka położnicza koncentrowana na rodzinie jest kwestią kulturową, społeczną i antropologiczną. Wyższy poziom socjoekonomiczny i wyższe osiągnięcia intelektualne rodziców powodują, że są oni zainteresowani najwyższej jakości świadczeniami związanymi z narodzinami ich dziecka” (cyt. wg Ch. Beck, 8). Podobne wyniki uzyskali także D. Ćwiek i wsp. (29).
- Zajęcia w szkole rodzenia miały wpływ na wybór typu porodu, zwłaszcza, gdy kobieta uczestniczyła w zajęciach razem z mężem. Kobiety uczestniczące w zajęciach w szkole rodzenia zwykle planowały poród rodzinny, który daje większe poczucie bezpieczeństwa dla rodzącej i dziecka oraz zapewnia jej udzielanie wsparcia psychicznego. Potwierdzają to badania W. Guzikowskiego (62) i W. Fijałkowskiego (48), A. Szałkowskiego i wsp. (173), K. Ziółkowskiej i L. Marianowskiego (192).

- Jeżeli przy poprzednich porodach występowały powikłania, to obecnie kobiety decydowały się częściej na poród rodzinny.
- Rodzące po raz pierwszy, rzadziej wybierały poród rodzinny

Dwa ostatnie stwierdzenia nie uzyskały potwierdzenia w piśmiennictwie. W obu badanych grupach znaczący odsetek porodów był indukowany: podczas porodów rodzinnych u 48 (27,3%) kobiet zastosowano oksytocynę, a podczas porodów tradycyjnych u 65 (36,3%). Jest to zjawisko niekorzystne, bo przebieg akcji skurczowej po podaniu oksytocyny jest inny niż w przypadku porodu naturalnego, w czasie którego przysadka mózgowa matki wydziela tyle oksytocyny, ile jest potrzebne do akcji skurczowej macicy i możliwości adaptacyjnych organizmu dziecka. Oksytocyna egzogenna powoduje natomiast o wiele boleśnieszce odczucia bólowe, przerwy międzyskurczowe są krótsze, a skurcze dłuższe. Silne skurcze macicy ograniczają dopływ tlenu do dziecka na zbyt długi okres czasu. Krótkie przerwy międzyskurczowe powodują, że ani kobieta, ani dziecko nie zdążą odpocząć, a już zaczyna się następny skurcz.

Organizm płodu nie ma czasu na wyrównanie akcji serca. Jeszcze serce dziecka nie zacznie bić w normalnym tempie, a już następny skurcz powoduje kolejne zwolnienie jego częstości. Nie ma zatem czasu na właściwe dotlenienie, zwłaszcza mózgu dziecka. Niektórzy badacze twierdzą, że poród indukowany może stanowić zagrożenie dla dziecka, dlatego też powinno się podejmować indukcje porodu tylko zgodnie ze wskazaniami. (7)

R. Caldeyro – Barcia, (cyt. wg J. Balaskas, 7) podkreśla, że skurcze stymulowane oksytocyną mogą również powodować zbyt silny ucisk głowy dziecka. W przypadku przyspieszania porodu oksytocyną istnieje większe prawdopodobieństwo wystąpienia

wylewów krwi do mózgu (Mendelson, cyt. wg J. Balaskas, 7). Częstsze jest również zagrażające pęknięcie macicy, zakończenie porodem przez cięcie cesarskie. Częściej też zdarza się nieprawidłowe położenie i ułożenie dziecka podczas porodu indukowanego oraz wydłużenie czasu trwania porodu. (61)

Badacze opieki zdrowotnej oraz świadczeniodawcy zalecają, aby wsparcie udzielane kobiecie rodzącej było przez położną w systemie „jeden na jeden”, to znaczy jedna położna opiekuje się jedną kobietą rodzącą tak jak to odbywa się podczas porodów rodzinnych. Opieka „jeden na jeden” zakłada ciągłą obecność położnej podczas porodu oraz zapewnia emocjonalne wsparcie rodzącej. Już choćby przez samo wytworzenie się więzi emocjonalnych pomiędzy położną, a przyszłą matką zwiększa się komfort fizyczny i psychiczny pacjentki, łatwiejsza staje się relaksacja. Nie jest to możliwe obecnie podczas porodów tradycyjnych, kiedy to położna obejmuje opieką jednocześnie 2 lub 3 rodzące, w zależności od sytuacji.

Model opieki „jeden na jeden” daje możliwość zmniejszenia ryzyka podawania oksytocyny. Stwierdzono to na podstawie randomizowanych badań 413 kobiet w Szpitalu Uniwersyteckim w Montrealu przez A. Gagnon i wsp. (51). Zmniejszenie ryzyka stymulacji oksytocyną wskazuje na zasadność opieki przez jedną położną w stosunku do jednej rodzącej kobiety.

W pracy poddano analizie wsparcie społeczne oczekiwane i otrzymane u rodzących w grupie porodów rodzinnych i tradycyjnych. Wsparcie rozumiane jako informacyjne, emocjonalne, wartościujące, instrumentalne.

Na podstawie analizy otrzymanych wyników dotyczących rodzajów wsparcia można stwierdzić, że:

- nie stwierdzono statystycznie istotnego związku między oczekiwaniami kobiet co do informowania podczas porodu, a typem porodu – rodzinny, tradycyjny
- nie stwierdzono także istotnego statystycznie związku między udzielonym wsparciem informacyjnym, a rodzajem porodu.

Oceniając wsparcie informacyjne w obu badanych grupach stwierdzono, że ogólne zapotrzebowanie na ten rodzaj wsparcia można ocenić na poziomie średnim. Ten poziom zainteresowania przejawiała najliczniejsza grupa badanych. Wsparcie informacyjne było istotne dla każdej rodzącej, która chciała wiedzieć jak przebiega poród i dotyczyło głównie problemów ogólnych, lecz najważniejszych z punktu widzenia matki i rodziny, na przykład: czy jest postęp porodu, czy dziecko jest bezpieczne. Często też kobieta chciała wiedzieć jak ma się zachowywać podczas porodu, zwłaszcza gdy rodzi pierwszy raz, a nie ma przygotowania w szkole rodzenia. Zagadnienie to badała M. Kirkham. (89). W pracy swojej zwracała też uwagę na sposób przekazywania informacji i używanie języka zrozumiałego dla rodzających jako jednego z czynników pozwalających na prawidłowe komunikowanie z rodzącą. Uzyskane wyniki wskazują, że zarówno pierworódki jak i wieloródki potrzebowały informacji, które by ich zorientowały w konkretnej sytuacji podczas porodu. Jedna z badanych powiedziała: „jak długo ja wiem tak długo czuję się dobrze”. Dla wielu kobiet informacje były bardzo ważne i tego oczekiwały od położnej. Niektóre badane wręcz mówiły, że oczekują wsparcia od położnej. Udzielane informacje łagodzą strach i zmniejszają obawy rodzających. Wyniki badań M. Kirkham korespondują z wynikami uzyskanymi podczas badań własnych.

Problem udzielania wsparcia informacyjnego rodzącym podczas porodu był badany także przez C. Corbet (27) i M. Garel (52), którzy także uzyskali podobne wyniki co do potrzeby informowania kobiet w czasie porodu i udzielania wyjaśnień rodzącym. Takie postępowanie miało wpływ na lepszą współpracę z rodzącą i zwiększenie jej poczucia bezpieczeństwa. Informowanie wiąże się także z możliwością współdecydowania rodzącej w kwestii postępowania medycznego podczas porodu. Jest to bardzo ważne dla rodzącej, co podkreślają autorzy badań, gdyż wówczas staje się ona podmiotem, a nie przedmiotem działań profesjonalistów.

Drugi rodzaj wsparcia, wsparcie emocjonalne w porodach rodzinnych jest udzielane przede wszystkim przez osobę bliską, najczęściej męża, a także położną i lekarza. Położna jest osobą, która udziela wsparcia emocjonalnego w obu typach porodu. Wsparcia emocjonalnego na najwyższym poziomie oczekuje najwięcej kobiet podczas porodów rodzinnych. W tej grupie badanych są kobiety, które częściej rodzą kolejny raz.

Istnieje jednak różnica między oczekiwaniami w tym zakresie między rodzącymi tradycyjnie i rodzinnie.

Zaobserwowano wysoce istotny statystycznie związek ($p < 0,001$) między wsparciem emocjonalnym oczekiwanym i otrzymanym, a typem porodu. Rodzące rodzinnie mają wyraźnie większe oczekiwania co do udzielania im wsparcia emocjonalnego. Podczas porodów rodzinnych osobą udzielającą tego wsparcia najczęściej był mąż oraz położna i lekarz, a w czasie porodów tradycyjnych położna i lekarz.

Przeprowadzone badania wykazały, że mąż decydujący się na udział w porodzie jest osobą, która niewątpliwie daje wsparcie kobiecie rodzącej. On najlepiej wie jak pomóc żonie w trudnych

chwilach porodu. Konieczne jest jednak wcześniejsze przygotowanie męża w szkole rodzenia do roli wspierającego podczas porodu. Wszystkie badane kobiety oceniły, że obecność męża wpłynęła na nie bardzo korzystnie, czuły się bezpiecznie, a jego pomoc była dla nich bardzo ważna.

Wnioski z badań C. Łepeckiej-Klusek i M. Karandy (110) potwierdzają powyższe stwierdzenia. Mężowie decydując się na poród rodzinny w szpitalu, motywowali to najczęściej chęcią pomocy żonie. Ponad dziewięćdziesiąt procent mężczyzn była zadowolona ze wspólnego uczestnictwa w porodzie, chociaż niektórzy uznali poród za niezwykle stresujące wydarzenie.

M. Somers-Smith (170) jako wniosek z przeprowadzonych badań zaleca, aby nie zostawiać w czasie porodu par samych sobie na długo. Należy regularnie oceniać potrzeby ojców, a jak zajdzie taka potrzeba udzielać pomocy.

Badania ankietowe T. Dragonas (35) i J. Presl (141), dowodzą, że pierwsze odczucie ojca dziecka po narodzinach potomka to ogromna radość, duma, satysfakcja. K. Vehvillainen – Julkunen (189), podkreśla, że mężczyzna uczestnicząc w narodzinach dziecka czuje się potrzebny i spełnia się w roli ojca.

Badania własne potwierdziły, że ważne zadanie spełniają położne także w udzielaniu rodzącym wsparcia emocjonalnego w obu typach porodu. Okazało się, że to właśnie położna jest przez cały czas z rodzącą, rozumie jej sytuację, trzyma za rękę, okazuje zrozumienie. Jej wsparcie jest wsparciem profesjonalisty, któremu ojciec i matka mogą zaufać.

Stwierdzenia te uzyskały także potwierdzenie w wynikach badań E. Hodnett (75), dotyczących udzielania wsparcia rodzącej i zapewnienia opieki zgodnej z jej oczekiwaniami.

Następny rodzaj wsparcia oceniany podczas porodu to wsparcie wartościujące (oceniające), które motywuje kobietę do pokonywania trudności związanych z porodem, wyzwala siły do radzenia sobie z odczuciami bólowymi i do aktywnego uczestniczenia w porodzie. Niski poziom wsparcia wartościującego znacznie częściej otrzymały kobiety rodzące tradycyjnie.

Nie zaobserwowano jednak statystycznie istotnego związku między wsparciem wartościującym otrzymanym, a rodzajem porodu. Oznacza to, że położne starają się udzielić tego wsparcia w możliwie szerokim zakresie każdej rodzącej. Jest ono silnie motywujące, w chwili gdy brakuje już rodzącej sił do dalszego zmagania się z trudami porodu.

Czwarty rodzaj wsparcia udzielanego kobietom rodzącym to wsparcie instrumentalne (usługowe), które zapewnia jej i dziecku bezpieczeństwo podczas porodu poprzez stosowanie procedur dotyczących prowadzenia porodu (24). Umożliwia także stosowanie pozycji wertykalnych, prowadzenie porodu w wodzie, stosowanie nowoczesnych łóżek porodowych (np.: Roma – Birth).

I. Choucri (24), podkreśla także kluczową rolę położnej podczas porodu oraz wzajemne relacje położnej i rodzącej.

W obu badanych grupach najwięcej kobiet oczekiwało wsparcia na najwyższym poziomie. Jest to oczywiste, bo każda rodząca kobieta oczekuje bezpiecznego porodu dla siebie i dziecka. Oczekiwania większe w tym zakresie miały jednak rodzące rodzinie, stąd pewnie ich decyzja o wyborze tego typu porodu. Zaobserwowano wysoce istotny statystycznie związek ($p < 0,001$) między wsparciem instrumentalnym oczekiwanym a typem porodu. Nie zaobserwowano jednak takiego związku między wsparciem instrumentalnym otrzymanym, a typem porodu.

Rodzące w obu grupach określały położne jako osoby znaczące, zaufane, ułatwiające pozytywne doświadczenia rodzenia. Kobiety rodzące z obu grup podkreślały pozytywne działania wody podczas porodu jako czynnika łagodzącego ból. Częściej korzystały z tej możliwości rodzące rodzinnie. Także zmiana pozycji i chodzenie w pierwszym okresie porodu wpływały w ich ocenie korzystnie na samopoczucie rodzących, odczucia bólowe i przebieg porodu.

Badania wykazały, że kobiety oczekują każdego rodzaju wsparcia. Tym większe zadowolenie kobiet z macierzyństwa im otrzymane wsparcie przewyższa oczekiwania w tym zakresie. Potwierdzają to wyniki badań C. Corbet (27) i M. Garel (52), które zajmowały się oceną oczekiwań rodzących i ich doświadczeniami podczas porodu.

Problematyką wsparcia w okresie okołoporodowym zajmował się także J. Norbeck (130). Wyniki jego badań dowodzą, że największe problemy w czasie porodu miały kobiety o niskim poziomie udzielonego wsparcia. Badania własne potwierdziły, że kobiety podczas porodu oczekiwały każdego rodzaju wsparcia bez względu na rodzaj porodu, tradycyjny czy rodzinny. Im większy był zakres wsparcia każdego rodzaju tym większe zadowolenie z opieki występowało u rodzącej kobiety.

S. Drayton (36) także badał oczekiwania rodzących. Wyniki tych badań były następujące: rodzące oczekują od położnych i lekarzy wsparcia, które umożliwi matce i dziecku bezpieczny poród. Oczekiwania w dużej mierze kierowane były do położnej, która towarzyszy rodzącej podczas porodu najdłużej.

W badaniach własnych wykazano, że na wsparcie oczekiwane nie ma wpływu: wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania,

uczestnictwo w szkole rodzenia. Zmienne te natomiast mają wpływ przy wyborze przez kobiety ciężarne rodzaju porodu.

Podczas analizy wyników dotyczących grupy kobiet rodzących rodzinnie zaobserwowano istotne statystycznie zależności między:

- wsparciem informacyjnym otrzymanym a oceną natężenia bólu przez rodzącą ($p < 0,05$),
- wsparciem emocjonalnym a lękiem jako stanem ($p < 0,05$),
wsparciem instrumentalnym a lękiem jako stanem ($p < 0,01$)
- wsparciem instrumentalnym oczekiwanym a satysfakcją ($p < 0,01$).

W grupie porodów tradycyjnych występowały następujące istotne statystycznie zależności, między:

- wsparciem informacyjnym otrzymanym a satysfakcją ($p < 0,001$)
- wsparciem emocjonalnym otrzymanym a satysfakcją ($p < 0,001$)
- wsparciem wartościującym otrzymanym a satysfakcją ($p < 0,01$)
- wsparciem wartościującym a oceną złagodzenia odczuć bólowych przez rodzące ($p < 0,01$)
- wsparciem instrumentalnym a satysfakcją ($p < 0,01$)

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że wspieranie, pomaganie kobiecie podczas porodu daje rodzącej oczywiste korzyści: zmniejszenie poziomu lęku związanego z porodem, złagodzenie odczuć bólowych oraz satysfakcję z odbytego porodu w obu badanych grupach.

Zbieżne z tymi stwierdzeniami są wyniki badań E. Hodnett (74), która zajmowała się zadowoleniem kobiety z narodzin dziecka i wpływem bólu porodowego na poziom tego zadowolenia. Według E. Hodnett stałymi czynnikami wpływającymi na zadowolenie z porodu jest jakość relacji między rodzącą a położną i jej pomoc, udzielanie wsparcia podczas porodu. Pomoc ta wyrażała się wzajemnym zrozumieniem komunikacji, informacji i poczuciem, że sprawujący opiekę angażuje kobietę rodzącą w podejmowanie decyzji dotyczących opieki.

Badania własne potwierdziły, że każdy rodzaj udzielonego wsparcia ma wpływ na satysfakcję rodzących.

W ostatnich latach wspieranie porodu uzyskało duże znaczenie. W prowokującym artykule „Dlaczego rodzące nie potrzebują wsparcia?” M. Odent wskazuje, że presja sugerująca konieczność wsparcia jest szkodliwa dla procesu rodzenia. Wiele często używanych słów w opisie porodu – wsparcie, pacjent, postępowanie, prowadzenie – sugeruje, że kobieta nie jest w stanie rodzić, nie będąc zależna od kogoś. A przecież tak nie jest, stwierdza M. Odent. (132). Rodząca nie potrzebuje wsparcia. Potrzebuje czuć się bezpiecznie i mieć trochę prywatności. Osoby zaś uczestniczące w porodzie chcąc uniknąć błędów powinny rozumieć kompleksowe zmiany psychologiczne, którym poddana jest kobieta rodząca. M. Odent zwraca uwagę, że słowo wsparcie nie tylko wskazuje na niezrozumienie, ale także na nieznajomość procesu rodzenia.

To stanowisko M. Odent jest różne od tych, które spotykano w pozostałej literaturze przedmiotu, gdzie możemy przeczytać, że znaleziono potwierdzenie korzystnego wpływu wsparcia na samopoczucie rodzącej i przebieg porodu. Przeprowadzo-

ne badania potwierdziły, iż szeroko rozumiane wsparcie dawało wymierne korzyści dla matki i rodzącego się dziecka. M. Odent zaprzecza potrzebie wsparcia, argumentując, że organizm kobiety jest bardzo dobrze przygotowany do narodzin dziecka. Ale czy do końca? Uważam, że nie, opierając się na pozostałych autorytetach i własnej praktyce oraz poczynionych badaniach. Wsparcie rodzącej powinno być dostosowane do jej potrzeb, indywidualnych oczekiwań, ale także powinno uwzględniać naturalną, niezaprzeczalną umiejętność rodzenia i nie zaburzać tego procesu. M. Odent ma racje tylko wtedy gdy pisze, że opiekujący się rodzącą powinni posiadać znajomość procesu rodzenia, żeby go nie zaburzać, a wspierać. (132).

Wyniki tej części badań dają wskazówki jak planować opiekę położniczą nad kobietą. Jakie elementy tej opieki są ważne, aby spełnić oczekiwania rodzącej i jej rodziny.

Następnie dokonano międzygrupowego porównania lęku jako stanu i jako cechy. Przeprowadzona analiza wyników pozwala na następujące stwierdzenia:

- Niski poziom lęku jako stanu występuje częściej podczas porodów rodzinnych.
- Średni i wysoki poziom lęku jako stanu jest porównywalny w obu typach porodu.
- Niski poziom lęku jako cechy występuje także częściej w porodach rodzinnych.
- Średni i wysoki poziom lęku jako cechy jest prawie taki sam u rodzących tradycyjnie i rodzinnie.
- Nie występuje jednak istotna statystycznie różnica między lękiem jako cechą i lękiem jako stanem, a rodzajem porodu.

Następnie badano związek lęku jako stanu (LS) i lęku jako cechy (LC) z wszystkimi rodzajami wsparcia oczekiwanego i otrzymanego, oceną natężenia i złagodzenia bólu oraz satysfakcją. uzyskano następujące wyniki badań:

- Między lękiem jako stanem a wsparciem emocjonalnym otrzymanym występuje istotny statystycznie związek ($p < 0,01$)
- Między lękiem jako stanem a satysfakcją występuje wysoce istotny statystycznie związek ($p < 0,001$)
- Poziom lęku jako cechy ma także wpływ na odczuwanie satysfakcji przez rodzącą i tworzy z nią wysoce istotny statystycznie związek ($p < 0,001$).

Poród jest wydarzeniem stresującym (krytycznym), dlatego może występować zjawisko zaobserwowane przez Spielberga, że osoby przejawiające wysoki poziom lęku jako cechy w sytuacjach krytycznych reagują wyższym poziomem lęku jako stanem, co potwierdzają wyniki przeprowadzonych badań.

Należy przy tym pamiętać, że odczuwanie lęku pod koniec pierwszego okresu porodu występuje częściej i związane jest z rozwieraniem się szyjki macicy. Wiele kobiet obawia się porodu i możliwości powikłań oraz trudności podczas samego aktu rodzenia.

Ten irracjonalny lęk czasami jest całkowicie podświadomy. M. Odent nazywa go lękiem fizjologicznym, który tuż przed narodzinami dziecka jest pożyteczny, bo zwiększa uwalnianie adrenaliny, co wyzwala „odruch wyrzucenia płodu”. (133).

Na lęk jako cechę nie mamy wpływu – jest to cecha osobnicza. Natomiast poziom lęku jako stanu można modyfikować, ale należy znać źródło tego lęku. Podczas porodu najczęściej związany jest on z obawami o życie i zdrowie własne oraz dziecka, o własne

zachowanie podczas porodu i wreszcie są to obawy związane z wejściem w rolę matki.

Zajęcia w szkole rodzenia oraz wsparcie rodzącej podczas porodu powodują zmniejszenie lęku, co w konsekwencji łagodzi napięcie mięśniowe i odczucia bólowe, a tym samym poprawia komfort rodzenia. Powyższe stwierdzenia znalazły potwierdzenie w badaniach W. Fijałkowskiego.(47)

Zarówno lęk jak i ból są biologicznymi sygnałami zagrożenia, na które reagujemy najczęściej poprzez wycofanie się z interakcji „ja – świat”. Otoczenie postrzegamy wtedy jako zagrażające nam i naszemu poczuciu bezpieczeństwa.

Ból porodowy stanowi centralną część kobiecego doświadczenia narodzin dziecka i jest nieustannie dyskutowaną kwestią. Nazywamy go „twórczym; dającym życie”, bo jego zadaniem jest umożliwienie narodzin dziecka. W prowadzonych badaniach oceniano ból w kolejnych okresach porodu i podczas szycia krocza w znieczuleniu miejscowym u pacjentek, u których było wykonane boczne nacięcie krocza.

Wnioski z analizy badań własnych dotyczących bólu porodowego i jego łagodzenia są następujące:

- Ocena natężenia bólu porodowego nie zależy od rodzaju porodu, a niefarmakologiczne łagodzenie odczuć bólowych znacznie częściej występuje podczas porodów rodzinnych i jest to związek wysoce istotny statystycznie ($p < 0,001$). Fakt ten jest uzasadniony, gdyż położna ma wówczas pod opieką tylko jedną rodzącą i może stosować różne naturalne sposoby łagodzenia odczuć bólowych. Wyniki te potwierdzają badania E. Hodnett (73), z których wynika, że kobiety preferują opiekę osób znanych sobie wcześniej i w warunkach zbliżonych do

domowych. Łagodzenie bólu metodami niefarmakologicznymi zajmowała się również P. Simkin (167). W większości były to metody oceniane w badaniach własnych takie jak: chodzenie, zmiana pozycji, towarzyszenie osoby bliskiej, hydroterapia. Badania P. Simkin potwierdziły, że metody te są skuteczne i najczęściej stosowane gdy sprawowana jest opieka „jeden na jeden”.

- W omawianych badaniach kobiety rodzące określają ból jako bardzo silny i rozdzierający (trudny do wytrzymania). potwierdzają to badania A. Baker (5), w których badane kobiety w ten sam sposób określały ból porodowy.
- Pierwiastki częściej niż wieloródki podają wyższe natężenie bólu. Podobne wyniki badań uzyskali C. Niven i wsp. (127,129). Dzieje się tak najprawdopodobniej dlatego, że kobiety rodzące kolejny raz już wykształciły sposoby radzenia sobie z bólem porodowym. Potwierdzają to także badania E. Hapidon, D. DeCatanzano (65), P. Hess (69), R. Melzack (120,121) dotyczące oceny natężenia bólu porodowego i radzenia sobie z nim przez rodzące kobiety.

Kolejnym etapem badań była ocena poziomu satysfakcji kobiet rodzących z opieki położniczej w obu badanych grupach. Zidentyfikowano również zmienne, które mają wpływ na osiągnięcie satysfakcji z odbytego porodu.

Satysfakcja jest jednym z czynników oceny jakości opieki. W związku z wdrażaniem reformy służby zdrowia pojawia się coraz większe zrozumienie dla ciągłej oceny poziomu satysfakcji pacjenta. Dane te są wykorzystywane do poprawy organizacji pracy danej jednostki obecnie uwzględniające uwagi pacjentów.

Uzyskane w przeprowadzonych badaniach wyniki wskazują, że w obu grupach największa liczba kobiet, 160 (44,8%) odczuwała satysfakcję z opieki podczas porodu na średnim poziomie, 109 (14,9%) badanych uzyskało wysokie poczucie zadowolenia i aż 88 (24,6%) niski poziom satysfakcji.

Ponadto stwierdzono, że podczas porodu tradycyjnego znacznie więcej kobiet, 53 (14,8%) uzyskiwało niski poziom satysfakcji, niż to miało miejsce w grupie kobiet rodzących rodzinnie. Zaobserwowano także istotny statystycznie związek między satysfakcją odczuwaną przez rodzącą tradycyjnie i rodzinnie. Rodzące rodzinnie odczuwają wyższy poziom zadowolenia z opieki podczas porodu.

Podobne wyniki badań uzyskali S. Williamson, A. Thomson (185), S. Brown (16), P. Slade (168). N. Shields (162), badała kobiety, które w ciąży fizjologicznej i podczas porodu były pod opieką jednej położnej i drugą grupę kobiet, której udzielał opieki zespół profesjonalistów. Kobiety, które otrzymywały opiekę od jednej położnej były bardziej usatysfakcjonowane i uważały ją za bardziej efektywną.

Przedstawione wyniki badań własnych i innych autorów potwierdzają, że poród z osobą bliską i jedną położną, która jest obecna przez cały czas, daje szansę na odbycie bezpiecznego dla matki i dziecka porodu, często ograniczenia ingerencji farmakologicznej, co w konsekwencji ma wpływ na poczucie satysfakcji rodzącej, zdrowie jej i jej dziecka. A. Gagnon (51) w swoich badaniach wykazuje korzystny trend z opieki „jeden na jeden”, polegający na zmniejszeniu ryzyka podawania oksytocyny podczas porodu, o czym wcześniej pisałam.

Następnie, chcąc ustalić od jakich zmiennych zależy satysfakcja rodzających, w obu badanych grupach dokonano oceny związku między poziomem satysfakcji a poszczególnymi zmiennymi. Podczas obu typów porodu zaobserwowano istotne statystycznie ($p < 0,01$) związki między każdym rodzajem wsparcia oczekiwanego i otrzymanego (szczególnie wysoce istotny statystycznie związek ($p < 0,001$) występował między poziomem satysfakcji, a wsparciem emocjonalnym) i typem porodu.

Wyniki badań pozwalają na stwierdzenie, że każdy rodzaj wsparcia ma wpływ na odczuwanie satysfakcji przez rodzące oraz wpływ taki ma rodzaj porodu. Większą satysfakcję odczuwają rodzące rodzinnie.

Wyniki przedstawionych powyżej badań znajdują potwierdzenie także w badaniach E. Hodnett (74), która podsumowując swoje badania wskazuje na cztery czynniki: osobiste oczekiwania rodzających, ilość pomocy (wsparcia) ze strony personelu medycznego, jakość relacji rodząca – położna, zaangażowanie w podejmowane decyzje

Okazały się one być tak istotne, że wyparły wpływ wieku, statusu społecznego, przygotowania do porodu, bólu, środowiska porodu. Wpływ bólu i jego złagodzenia nie jest tak silny jak nastawienie i zachowania personelu medycznego opiekującego się rodzącą.

Jest bardzo zastanawiające, że ból, którego boją się najbardziej kobiety przed porodem, nie ma wpływu na ich ocenę poziomu satysfakcji. Najprawdopodobniej w świadomości kobiet jest on nierozłącznie związany z porodem i trzeba go przeżyć, aby mogło urodzić się oczekiwane dziecko. Jest traktowany przez rodzące jako środek do osiągnięcia celu.

Przeprowadzone badania potwierdziły, że podczas porodu najważniejsza jest pomoc, wspieranie rodzącej, która znalazła się w trudnej sytuacji porodu oraz wzajemne relacje: rodząca-położna, rodząca – bliska osoba towarzysząca.

W pracy położnej szczególną moc zyskują słowa Jana Pawła II:

„Tam gdzie jest człowiek cierpiący, musi znaleźć się człowiek, który otoczy cierpiącego wsparciem”.

6. Wnioski

- 1) Kobiety rodzące oczekują każdego rodzaju wsparcia niezależnie od typu porodu.
- 2) Na rodzaj oczekiwanego wsparcia nie ma statystycznie istotnego wpływu wiek, wykształcenie, uczestnictwo w szkole rodzenia
- 3) Kobiety rodzące rodzinnie otrzymują szerszy zakres wsparcia, uzyskują wyższy poziom satysfakcji i jest to związek statystycznie istotny ($p < 0,01$).
- 4) Nie stwierdzono statystycznie istotnego związku między lękiem jako stanem i lękiem jako cechą a typem porodu.
- 5) Kobiety oczekują złagodzenia odczuć bólowych podczas porodów rodzinnych i tradycyjnych.
- 6) Ocena natężenia bólu porodowego przez kobiety rodzące jest na podobnym poziomie w obu badanych grupach.
- 7) Ocena złagodzenia odczuć bólowych przez rodzące zależy od typu porodu, ma wpływ na poziom osiągniętej satysfakcji z opieki położniczej i jest to wysoce istotny statystycznie związek ($p < 0,001$).

7. Streszczenie

Poród nie jest chorobą, ale jego specyfika wymaga bardzo szczególnego traktowania rodzącej oraz wprowadzania najnowszych technik porodowych, zgodnych z zaleceniami WHO dotyczącymi jego przebiegu, do których zaliczamy: pozycje wertykalne, kondycję i kinezyadaptację rodzącej, ergonomiczne postępowanie rodzącej, towarzyszenie jej bliskiej osoby, eliminację lęku i bólu porodowego. Poród nowoczesny, naturalny to także zapewnienie kobiecie możliwości korzystania z takich metod jak: muzykoterapia, aromaterapia, poród w wodzie lub odbycie porodu na kole porodowym.

Dla każdej kobiety, a zwłaszcza rodzącej pierwszy raz, ważne jest, aby odebrała poród jako pozytywne doświadczenie, bo fakt ten będzie wpływał na przyszłe jej relacje z dzieckiem.

Korzyści z pozytywnych przeżyć podczas porodu skutkują zadowoleniem z macierzyństwa, dobrym samopoczuciem, łatwym wejściem w rolę matki, nawiązaniem bliskiej więzi matki i ojca z dzieckiem, poczuciem satysfakcji z narodzin dziecka.

Natomiast negatywne lub ambiwalentne odczucia są jedną z przyczyn obniżenia nastroju w pierwszym tygodniu po porodzie i depresji poporodowej.

Dla większości kobiet czas narodzin dziecka jest okresem trudnym, w którym oczekuje wsparcia od osób bliskich uczestniczących w porodzie oraz od osób sprawujących opiekę położniczą.

Rodowodu problematyki wsparcia społecznego należy szukać w ruchu społeczności terapeutycznej, pomocy psychologicznej i ruchu grup samopomocy.

Dawanie człowiekowi wsparcia polega na wychodzeniu naprzeciw jego potrzebom w tym zakresie. Natomiast rodzaje i zakres wsparcia zależy od aktualnych potrzeb osoby wspomaganej.

Wsparciu otrzymanemu od rodziny przypisuje się jednak największe znaczenie. Ten typ wsparcia umacnia próby uporania się ze stresującymi wydarzeniami lub niemożliwymi do zmiany sytuacjami.

Teoria wsparcia społecznego ma bogate powiązania z wiedzą pielęgniarską i z koncepcjami pielęgnowania. Wzbogaca podstawy teoretyczne pielęgniarstwa i implikuje jego funkcje w sferze badawczej, dydaktyczno – wychowawczej, organizacyjnej i zawodowej.

Wsparcie podczas porodu określano w tej pracy jako działanie skierowane do rodzącej przez osobę towarzyszącą (np. męża, matkę) oraz wynikające z opieki realizowanej przez położną i lekarza, a umożliwiające przeżywanie i pokonywanie trudności związanych z odbyciem porodu, rozumianym jako sytuacja trudna dla rodzącej i członków jej rodziny.

Podczas porodu rozróżniono następujące rodzaje wsparcia: emocjonalne, informacyjne, wartościujące, instrumentalne.

Ogólna strategia badania opinii kobiet objętych opieką okołoporodową zakłada, że pozwala ona na ocenę i poprawę sposobu postępowania z kobietami rodzącymi. Pozwala także na ustalenie jakości świadczeń i poziomu na jakim one powinny być zapewnione. W konsekwencji, działania te przyczyniają się do poprawy relacji pomiędzy kobietą rodzącą, ciężarną a położną i lekarzem. Korzystnie wpływają na poziom satysfakcji kobiet z opieki położniczej, na bezpieczeństwo rodzącego się dziecka i na zadowolenie położnych z wykonywanej pracy zawodowej. (162, 137).

Celem pracy była ocena wsparcia społecznego oczekiwanego i otrzymywanego, udzielanego podczas porodów tradycyjnych i rodzinnych oraz wpływu tego wsparcia na poziom satysfakcji rodzających z opieki położniczej.

Badaniem objęto 358 kobiet rodzących, w tym 176 w systemie porodów rodzinnych i 182 rodzące w sposób tradycyjny.

Badania przeprowadzono w oddziałach położniczych szpitali im. G. Narutowicza i R. Czerwiakowskiego.

Do badań zastosowano następujące metody badawcze: kwestionariusz wywiadu, kwestionariusz do oceny wsparcia społecznego, kwestionariusz samooceny (STAI), słowną skalą natężenia bólu McGilla, słowną skalę łagodzenia bólu Wallenstein, skalę do oceny satysfakcji pacjenta – Quality Scales E/P (Excellent Poor).

Dobór odpowiednich metod statystycznych zależał od tego, czy analizowane cechy są ciągłe czy skokowe oraz w przypadku tych pierwszych od ich rozkładu. Stosowano następujące testy: Chi-kwadrat, współczynnik korelacji Pearsena, Kołmogorowa–Smirnowa, Manna–Whitney'a.

Wyniki badań zostały skategoryzowane na trzy grupy: niskie, średnie, wysokie. Opracowywanie wyników rozpoczęto od analizy porównawczej badanych grup, a następnie wyników dotyczących wsparcia społecznego oczekiwanego i otrzymanego w grupie kobiet rodzących rodzinnie i tradycyjnie. Wsparcie było podzielone na trzy kategorie. Aby sprawdzić czy występują u rodzących różnice w oczekiwaniu i otrzymywaniu wsparcia podczas porodu w zależności od typu porodu, wykorzystano test chi-kwadrat. Wyniki testu były następujące. W przypadku wsparcia emocjonalnego oczekiwanego i otrzymanego występuje wysoce istotna statystycznie zależność ($p < 0,001$) między typami porodu a oczekiwaniem wsparcia

i jego udzielaniem. Kobiety rodzące rodzinnie oczekują tego wsparcia w szerokim zakresie i otrzymują zgodnie z ich oczekiwaniami.

Podobna sytuacja dotyczy oczekiwania wsparcia instrumentalnego. Istnieje wysoce zależna istotność statystyczna ($p < 0,001$) między tymi rodzajami wsparcia a typem porodu. Kobiety rodzące rodzinnie mają oczekiwania na wysokim poziomie, tylko mała liczba rodzących 19 (5,3%) ma małe oczekiwania w tym zakresie.

Korzystając z testu Chi-kwadrat Pearsena oceniano związek rodzajów wsparcia z badanymi zmiennymi, to jest: oceną natężenia bólu porodowego, oceną złagodzenia bólu, satysfakcją, lękiem jako stanem, lękiem jako cechą w grupie porodów tradycyjnych i rodzinnych.

Generalnie można powiedzieć, że jeżeli kobieta mniej oczekiwała w zakresie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, a otrzymała znacznie więcej, to poziom odczuwanej satysfakcji był wysoki.

Następnie dokonano międzygrupowego porównania nasilenia lęku jako stanu i jako cechy w obu badanych grupach.

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności między poziomem lęku jako cechy i lęku jako stanu a typem porodu. Występował natomiast istotny statystycznie związek między lękiem jako stanem a wsparciem emocjonalnym otrzymanym i lękiem jako stanem a satysfakcją.

Natężenie bólu oceniano na skalach analogowych od 0 – 5 punktów, a złagodzenie bólu na skali od 0 – 4 punktów. Średnia wartość nasilenia bólu w obu typach porodu była jednakowa, natomiast średnia wartość oceny złagodzenia odczuć bólowych niższa u rodzących tradycyjnie.

Przy pomocy nieparametrycznego testu Manna – Whitney’a zweryfikowano hipotezę o wpływie rodzaju porodu na ocenę natężenia bólu porodowego i na ocenę złagodzenia odczuć bólowych. Wyniki testu pozwoliły na następujące wnioski:

- Ocena natężenia bólu porodowego nie zależy od rodzaju porodu.
- Ocena złagodzenia bólu w sposób istotny statystycznie ($p < 0,01$) zależy od typu porodu, a jest nim poród rodzinny.

Kolejna zmienna, którą poddano analizie to satysfakcja rodzących.

Zaobserwowano zależność, iż podczas porodu tradycyjnego znacznie więcej kobiet uzyskało niski poziom satysfakcji i znacznie mniej wysoki w porównaniu z kobietami w grupie kontrolnej.

Stosując test Chi-kwadrat, próbowano ustalić współzależność między poziomem satysfakcji rodzących a rodzajem wsparcia oczekiwanego i otrzymanego, natężeniem bólu porodowego, stopniem złagodzenia odczuć bólowych oraz typem porodu.

Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Kobiety rodzące oczekują każdego rodzaju wsparcia niezależnie od typu porodu.
2. Na rodzaj oczekiwanego wsparcia nie ma statystycznie istotnego wpływu wiek, wykształcenie, uczestnictwo w szkole rodzenia
3. Kobiety rodzące rodzinnie otrzymują szerszy zakres wsparcia, uzyskują wyższy poziom satysfakcji i jest to związek statystycznie istotny ($p < 0,01$).
4. Nie stwierdzono statystycznie istotnego związku między lękiem jako stanem i lękiem jako cechą a typem porodu.

5. Kobiety oczekują złagodzenia odczuć bólowych podczas porodów rodzinnych i tradycyjnych.
6. Ocena natężenia bólu porodowego przez kobiety rodzące jest na podobnym poziomie w obu badanych grupach.
7. Ocena złagodzenia odczuć bólowych przez rodzące zależy od typu porodu, ma wpływ na poziom osiągniętej satysfakcji z opieki położniczej i jest to wysoce istotny statystycznie związek ($p < 0,001$).

8. Piśmiennictwo

- 1) Ader L., Hansson B., Wallin G.: *Parturition pain treated by intracutaneous injection of sterile water*. *Pain*; 1990, 42: pp. 133-8.
- 2) Allahbadia G., Vaidya P.: *Why deliver in the supine position?* *Aust N Z Obstet Gynaecol*; 1992, 32: pp. 104-6.
- 3) Andrews C., Chrzanowski M.: *Maternal position, labor, and comfort*. *Appl Nurs Res*; 1990, 3: pp. 7-13.
- 4) Astbury J.: *Labour pain: the role of childbirth education, information and expectation*. In: Peck C., Wallace M., editors. *Problems in pain*.; 1980, pp. 245-52, London Pergamon.
- 5) Baker A., Ferguson S., Roach G., Dawson D.: *Journal of Advanced Nursing*; 2001, 35(2): pp. 171 – 179.
- 6) Ball J.: *Postnatal care and adjustment to motherhood*. In Robinson S., Tomson A. (ed.) *Midwives, research and childbirth*. Champan and Hall; 1989, London.
- 7) Bałaskas J.: *Poród aktywny*. Niezależna Oficyna Wydawnicza; 1997, s. 37, Warszawa.
- 8) Beck Ch. T.: *Teetering on the Edge: A Substantive Theory Of Postpartum Depression*, *Nursing Research*; 1993, 42, 1, pp. 42 – 48.
- 9) Benfield R.D., Herman J., Katz V.L., Wilson S.P.& Davis J.M.: *Hydrotherapy in labor*. *Research in Nursing & Health*; 1993, 24(1), pp. 57-67.
- 10) Benfield R.: *The effects of hydrotherapy in labor: a psychophysiological study* (doctoral dissertation, University of

South Carolina), 1993; Ann Arbor (MI): Microfilms International.

- 11) Bennett A.: *The birth of a first child: do women's reports change over time?* Birth; 1985, 12: pp. 153-8.
- 12) Berg M., Lundgren I., Wahlberg V.: *Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth.* Midwifery; 1996, 12: p. 11.
- 13) Bond S., Thomas L.: *Measuring patient's satisfaction with nursing care.* Journal of Advanced Nursing; 1992, 17, p. 1.
- 14) Bramadat I., Driedger M.: *Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement.* Birth; 1993, 20: pp. 22-9.
- 15) Breart G., Garel M., Mlika-Cabanne N.: *Evaluation of different policies of management of labor for primiparous women. Trial B: results of the continuous professional support trial. Evaluation in pre-, peri-, and post-natal care systems.* In: Kaminski M., ed. Villejuif Cedex (France): INSERM, Unit; 1992, 149.
- 16) Brown S., Lumley J.: *Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women.* Birth; 1989, 21: pp. 4-13.
- 17) Bullinger H.: *Mężczyzna czy ojciec.* 1997, s. 122-130; Warszawa,.
- 18) Butani P., Hodnett E.: *Mothers' perceptions of their labor experiences.* Matern Child Nurs J; 1980, 9: pp. 73-82.
- 19) Caldeyro-Barcia R., Noriega-Guerra L., Cibils L., Alvarez H., Poseiro J., Pose S., et al.: *Effect of position changes on intensity and frequency of uterine contractions during labor.* Am J Obstet Gynecol; 1960, 80: pp. 284-90.

- 20) Carlson J., Diehl J., Sachtleben–Murray M., McRae M., Fenwick L., Friedman E.: *Maternal position during parturition in normal labor*. *Obstet Gynecol*; 1986, 68: pp. 443-7.
- 21) Caton D., Corry M., Frigoletto F., Hopkins D., Lieberman E. et. al.: *The Nature and Management of Labor Pain: Executive summary*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; May 2002, Vol.: 186, Issue: 5, Part B; pp. S1-S15.
- 22) Chamberlain G., Wraight A., Steer P.: *Pain and its relief in childbirth: The results of a national survey conducted by the National Birthday Trust*. 1993, London, Churchill Livingstone,.
- 23) Chan D.: *Position during labor*. *BMJ*; 1963, 1: pp. 100-4.
- 24) Choucri I.: *Care by midwives: Women experiences*. In Moore S. editor: *Understanding pain and its relief in labour*. 1997, Edinburgh, Churchill Livingstone.
- 25) Cobbs S.: *Social support as a moderator of life stress*. *Psychosom Med.*; 1976, 38, pp. 300-14.
- 26) Cogan R., Spinnato J.: *Social support during premature labor: effects on labor and the newborn*. *J Psychosom Obstet Gynaecol*; 1988, 8: pp. 209-16.
- 27) Corbet C. i wsp: *Clin – Nurs – Res*; 2000, 9(1): p. 70.
- 28) Crowe K., von Bayer C.: *Predictors of a positive childbirth experience*. *Birth*; 1989, 16: pp. 59-63.
- 29) Ćwiek D., Torbe A., Gutowska–Czajka D., Czajka R.: *Rola szkoły rodzenie i poradni porodu rodzinnego w przygotowaniu rodziców do porodu*. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia. Poród nowoczesny. Supl. XXV*, 2002, s. 147-153; Tychy.
- 30) Dąbrówka A., Gellar E., Turczyn R.: *Słownik synonimów*. MCR, 1993–94, Warszawa.

- 31) de Jong P.: *Randomised trial comparing the upright and supine position for the second stage of labor.* (reply) Br J Obstet Gynaecol; 1999, 106: pp. 291-2.
- 32) de Jong P., Johanson R., Baxen P., Adrians V., van der Westhuisen S., Jones P.: *Randomised trial comparing the upright and supine position for the second stage of labor.* Br J Obstet Gynaecol; 1997, 104: pp. 567-71.
- 33) Donabedian A.: *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment.* Foundation of American College of Health Case Executives, 1980.
- 34) Downe S., McCormick C. and Beech B.L.: *Labour interventions associated with normal birth.* British Journal of Midwifery, 2001, Vol. 9. No 10, pp. 602 – 606.
- 35) Dragonas T. G.: *Greck fathers participation in labour and care of the infant.* Scand J Carting Sci; 1992, pp. 152 – 9.
- 36) Drayton S.: *Opieka położnicza w pierwszym okresie porodu.* W: Alexander Jo, Levy V., Roch S.: *Nowoczesne położnictwo*, PZWL 1995, s. 40-46; t. 2, Warszawa.
- 37) Drew N., Salmon P., Webb L.: *Mothers`, midwives` and obstetricans` views on the features of obstetric care which influence satisfaction with childbirth.* Br J Obstet Gynaecol; 1989, 96: pp. 1084-8.
- 38) Eason E.: *Randomised trial comparing the upright and supine position for the second stage of labor.* (letter) Br J Obstet Gynaecol; 1999, 106: pp. 291-2.
- 39) Eckert K., Tumbull, MacLennan A.: *Immersion in water in the first stage of labor: a randomized controlled trial.* Birth; 2001, 28: pp. 84-93.

- 40) Enkin M.: *Labour and delivery following cesarean section*. In: Chalmers I, Enkin M., Keirse MINC (EDS) *Effective care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford University Press, 1998, Oxford.
- 41) Eriksson M., Ladfors L., Mattson L., Fall O.: *Warm tub bath during labor: a study of 1385 women with prelabor rupture of the membranes after 34 weeks of gestation*. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 1996, 75: pp. 642-4.
- 42) Eriksson M., Mattson L., Ladfors L.: *Early or late bath during the first stage of labour: a randomised study of 200 women*. *Midwifery*; 1997, 13: pp. 146-8.
- 43) Field T., Hernandez-Reif M., Taylor S., Quintino O., Burman I.: *Labor pain is reduced by massage therapy*. *J Psychosom Obstet Gynecol*; 1997, 18: pp. 286-91.
- 44) Fijałkowski W.: *Czym jest poród naturalny*. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia, Supl. XXV*; 2002, s. 29-30.
- 45) Fijałkowski W.: *Konsekwencje psychologiczne uczestnictwa ojca w porodzie*. W: Bielawska-Batorowicz E., Kornas-Biela D.(red.) *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*: KUL, 1993, s. 47-61, Lublin,.
- 46) Fijałkowski W.: *Ojcostwo na nowo odkryte*. Wyd. Diecezjalne 1996, Pelplin.
- 47) Fijałkowski W. (red.): *Poród naturalny po przygotowaniu w Szkole Rodzenia*. PZWL, 1989, s. 148 - 187, Warszawa.
- 48) Fijałkowski W.: *Rodzi się człowiek*. PZWL, 1987, S. 107, Warszawa.
- 49) Fitzpatrick R.: *Surveyes of patient satisfaction: I. Important general considerations*. *Br Med J*; 1991, 302: pp. 887-9.

- 50) Franks P., Campbell T., Shields C.: *Social relationships and health: The relative roles of family functioning and social support*. Soc Sci Med.; 1992, 34 (7), pp. 779-788.
- 51) Gagnon A., Waghorn K., Covell C.: *A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor*. Birth; 1997, 24: pp. 71-80.
- 52) Garel M. i wsp: *Gynecol–Obstet–Fertil*; 2001, 29 (5): p. 358.
- 53) Geary M., Fanagan M., Boylan P.: *Maternal satisfaction with management in labor and preferences for mode of delivery*. J Perinat Med.; 1997, 25: pp. 433-9.
- 54) Gilbert R., Tookey P.: *Perinatal Mortality and morbidity among babies delivered in water: surveillance study and postal survey*. BMJ; 1999, 319: pp. 483-7.
- 55) Ginesi L., Niescierowicz R.: *Neuroendocrinology and birth 1: stress*. Br J Midwifery; 1998, 6: pp. 659-63.
- 56) Gotteib L. N., Mendelson M. J.: *Mothers' moods and social support when a second child is born*. Material – Child Nursing Journal; 1995, 23, pp. 3–14.
- 57) Górajek–Jóźwik J.: *Pojęcie wsparcia w pielęgniarstwie i pielęgnowaniu*. (w:) Kawczyńska–Butrym Z.: *Pielęgnowanie a systemy społecznego wsparcia*. WP AM, 1992, Lublin.
- 58) Green J. M., Conpland V. A., Kitzinger J. V.: *Expectations experiences and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women*. Birth; 1990, 17 (1); p. 15.
- 59) Green J. M.: *Expectations and experiences of pain in labor: findings from a large prospective study*. Birth; 1993, 20: pp. 65-72.

- 60) Gupta J.K. and Nikodem V.C.: *Woman's position during the second stage of labour* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 3, Update Software, 2001, Oxford.
- 61) Guzikowski W.: *Aspekty kliniczne porodów rodzinnych – czy istnieją wymierne korzyści wyboru takiej formy porodu?*; Kliniczna Perinatologia i Ginekologia, Supl. XXV, Poród nowoczesny, 2002, s. 155 – 165.
- 62) Guzikowski W.: *pierwsze odczucia ojca dziecka jako uczestnika porodu rodzinnego*; Kliniczna Perinatologia i Ginekologia, Supl. XXV, Poród nowoczesny, 2002, s. 176 – 181.
- 63) Guzikowski W.: *Poród rodzinny i tradycyjny – aspekty i motywy wyboru formy porodu*; Kliniczna Perinatologia i Ginekologia, Supl. XXV, Poród nowoczesny, 2002, s. 182 – 187.
- 64) Hall S., Holloway I.: *Staying in control: women's experiences of labour in water*. Midwifery; 1998, 14: pp. 30-6.
- 65) Hapidon E. G., DeCatanzano D.: Pain; 1992, 48:pp. 177–181.
- 66) Hart M.A., Foster S.N.: J Perinatal. Neonatal Nurs, 1997, 11 (1), pp. 10-20.
- 67) Hemninki E., Virta A., Koponen P., Malin M., Kojo–Austin H., Tuimala R.: *A trial on continuous human support during labor: feasibility, interventions and mothers' satisfaction*. J Psychosom Obstet Gynecol; 1990, 11: pp. 239-50.
- 68) Henderson Ch., Jones K.: *Psychosocial support during labour*. Mosby, 1997, pp. 219–229, London.
- 69) Hess P.E. i wsp.: Anaesthesiol; 4/1999, vol 90 (4AS): 5A.
- 70) Heywood A.M., Ho E.: Walka z bólem w czasie porodu. W: Alexander J. (red.) Nowoczesne położnictwo, t. 2; s. 91-149; PZWL, 1995, Warszawa.

- 71) Hines T.M.: Psychol Rep; 1998, 83 (1); pp. 19-64.
- 72) Hodnett E.: *Caregiver support for women during childbirth*. The Cochrane Library (software program) Issue 4. Update Software, 2000, Oxford.
- 73) Hodnett E.: *Caregiver support for women during childbirth* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Update Software, 2001, Oxford.
- 74) Hodnett E.: *Pain and women`s satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review*. Am J Obstet Gynecol; 2002, 186: pp. S160-72.
- 75) Hodnett E.: *Support during childbirth*. In: *Support from caregivers during childbirth*. The Cochrane Pregnancy and Childbirth. Database Issue, CD Rom database, 1995.
- 76) Hodnett E., Osborn R.: *A randomized trial of the effects of monitrice support during labor: mothers` views two to four weeks postpartum*. Birth; 1989, 16: pp. 177-83.
- 77) Hodnett E., Osborn R.: *Effects of Continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes*. Res Nurs Health; 1989, 12: pp. 289-97.
- 78) Holden J.M.: *Problemy emocjonalne związane z porodem: w Nowoczesne Położnictwo, T.3, red. Alexander J., Levy V., Roch G. PZWL, 1995, Warszawa.*
- 79) Hung C., Hsu Y., Lee S.: *Couples` satisfaction with health care service during labor and delivery*. Kaohsiung J Med. Sci; 1997, 13: pp. 255-62.
- 80) Hupcey J E.: *Clarifying the social support theory – research linkage*. Journal of Advanced Nursing; 1998, 27, pp. 1231–1241.

- 81) Jaworowska–Obłoj Z., Skuza B.: *Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych*. Przegląd Psychologiczny, 1986, 3, s. 733 - 745.
- 82) Jessel C.: *Radość narodzin*. Pelikan, 1990, Warszawa.
- 83) Kabakian–Khasholian T., Campbell O., Shediak–Rizkallah M., Ghorayeb F.: *Women`s experiences of maternity care: satisfaction or passivity?* Soc Sci Med.; 2000, 51: pp. 103-13.
- 84) Karpińska B.: *Szkoła rodzenia*. IWZZ, 1990, Warszawa.
- 85) Kawczyńska–Butrym Z.: *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. s. 87; BPS, Śląsk. 1998, Katowice.
- 86) Kawczyńska–Butrym Z.: *Pielęgniarstwo i pielęgnowanie wobec problemów wsparcia*. (w: *Pielęgnowanie a systemy społecznego wsparcia*, WP AM, 1992, Lublin.
- 87) Keirse M., Enkin M., Lumley J.: *Social and professional support during childbirth*. In: Chalmers I., Enkin M., Keirse M., editors, Oxford University Press; 1989, vol. 2, pp. 805-14, Oxford (UK).
- 88) Kennell J., Klaus M., McGrath S., Robertson S., Hinkley C.: *Continuous emotional support during labor in a US hospital*. JAMA; 1991, 265: pp. 2197-201.
- 89) Kirkham M.: *Midwives and information giving during labour*. In Robinson S., Thomas A., editors: *Midwives, research and childbirth*, Chapman and Hall, 1989, Vol. 1, p 117, London.
- 90) Klaus M., Kennell J., Robertson S., Sosa R.: *Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity*. BMJ; 1986, 293: pp. 585-7.

- 91) Kmiecik–Baran K.: *Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne*. Przegląd Psychologiczny, 1995, 1–2, s. 201–214.
- 92) Koehn M.: *Acupuncture and acupressure*. In: Nichols F., Humenick S, editors. *Childbirth education: research, theory, and practice*. WB Saunders; 2000, Philadelphia (PA).
- 93) Konratowski M.: *Satysfakcja pacjenta jako wskaźnik opieki zdrowotnej*. Antidotum; 1995/1.
- 94) Kornas–Biela D. *Z zagadnień psychologii prenatalnej*. w: J.W. Gałkowski i J. Guli (red.), *W imieniu dziecka poczętego* (s. 17–30). Polski Instytut Kultury Chrześcijańskiej w Rzymie – Instytut Jana Pawła II, KUL, 1988, Rzym-Lublin.
- 95) Kornas–Biela D. *Obraz siebie i poczucie wsparcia społecznego u kobiet oczekujących narodzenia dziecka*. (w): E. Bielawska–Batorowicz i D. Kornas-Biela (red.), *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*. Redakcja Wydawnictw KUL, 1993, s. 91–98, Lublin.
- 96) Kornas–Biela D.: *Wokół początku życia ludzkiego*. Wyd. Nasza Księgarnia, 1993, Warszawa.
- 97) Kozłowski S., Nazar K. *Wprowadzenie do fizjologii klinicznej*. PZWL, 1984, Warszawa.
- 98) Krowinski W., Sleibu S.: *Measuring and improving patient satisfaction*. American Hospital Publishing; 1996, pp.136-138.
- 99) Krupa M.: *Jesteś całym moim światem. O ciąży, porodzie i małym dziecku*. Res Publica Press, 1997, s. 31-34, Warszawa.
- 100) Labrecque M., Nouwen A., Bergeron M., Rancourt J.: *A randomized controlled trial of nonpharmacologic ap-*

- proaches for pain relief of low back pain during labor. J Fam Pract; 1999, 48: pp. 259-63.*
- 101) Laudański T.: *Hydroterapia w perinatologii*. W: *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia. Supl. XXV, Poród nowoczesny*. 2002, s. 77-83; Tychy.
 - 102) Laudański T. i wsp. *Annal. Acad. Med. Bydgost.*; 1992, 5: s. 141 – 145.
 - 103) Leap N.: *A fresh approach to pain in labour*. *New Zealand Collage of Midwives Journal*; 1998119, pp. 17-19.
 - 104) Leap N.: *Pain in labour; towards a midwifery perspective*. *MIDIRS Midwifery Digest*, Mar 2000, vol. 10 no1, pp. 49–53.
 - 105) Leboyer F.: *Narodziny bez przemocy*. Instytut Wydawniczy PAX, 1986, Warszawa.
 - 106) Logsdon M.C., McBride A.B., Birkimer J. C.: *Social support and postpartum depression*. *Research in Nursing Health*; 1994, 7, pp. 449–457.
 - 107) Lowe N.: *Pain and discomfort of labor and birth*. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*; 1996, 25: pp. 82-92.
 - 108) Lowe N.: *The nature of labor pain*. *Am J Obstet Gynecol*; 2002, 186: pp. 16-24.
 - 109) Lundgren I., Dahlberg K.: *Women's experience of pain during childbirth*. *Midwifery*; 1998, 14: pp. 105-10.
 - 110) Łepecka–Klusek C., Karanda M.: *Ojcowie o swoim uczestnictwie w narodzinach dziecka*. W: *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia. Supl. XXV. Poród nowoczesny*, 2002, s. 188-193; Tychy.
 - 111) MacLin P., Sinclair M.: *Midwives' experience of stress on the labour ward*. *British Journal of Midwifery*; May 1999, Vol. 7 No 5.

- 112) Madi B., Sandall J., Bennett R., MacLeod C.: *Effects of female relative support in labor: a randomized controlled trial*. Birth; 1999, 26: pp. 4-18.
- 113) Marciniak R.: *Wykorzystanie instrumentów pomiaru jakości w celu udoskonalenia poziomu świadczonych usług medycznych*. Antidotum; 1999, s. 5-12.
- 114) Marmor T.R., Krol D.M.: *Labor pain management in the United States: Understanding patterns and the issue of choice*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, May 2002, Vol.: 186, Issue:5, Part B, pp. S173-S180.
- 115) Mayzner-Zawadzka E.: *Ból w okresie porodu*. II Międzynarodowe Sympozjum – Postępy w leczeniu bólu. 2002, Zakopane.
- 116) McCrea B. H.: *Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour*. J Adv Nurs; 1999, 29: pp. 877-84.
- 117) McDonald J.S.: *Pain of childbirth*. In: Loeser J.D., editor. *Bonica's management of pain*. 3rd ed. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins; 2001, pp. 1388-414.
- 118) Mellibruda J.: *Ja-Ty-My*. Nasza Księgarnia, 1980, Warszawa.
- 119) Melzack R.: *The short-form McGill pain questionnaire*. Pain; 1987, 30: pp. 191-7.
- 120) Melzack R., Belanger E., Lacroix R.: *Labor pain: effect of maternal position on front and back pain*. J Pain Symptom Manage; 1991, 6: pp. 476-80.
- 121) Melzack R., Scaffelberg D.: *Low-back pain during labor*. Am J Obstet Gynecol; 1987, 156: pp. 901-5.

- 122) Mendez–Bauer C., Arroyo J., Garcia Ramos C., Menendez A., Lavilla M., Izquierdo F., et al.: *Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor*. J Perinat Med.; 1975, 3: pp. 89-100.
- 123) Miśkiewicz M.: *Ocena jakości opieki w szpitalach–zalecenia dla kierujących szpitalami*. Zdrowie Publiczne 9; 1993.
- 124) Moir D.: *Pain relief in labour*, Churchill Livingstone, 1986, Edinburgh.
- 125) Molina F., Sola P., Lopez E., Pires C.: *Pain in the stage of labor: relationship with the patient's position*. J Pain Symptom Manag; 1997, 13: pp. 98-103.
- 126) Moore S.: *Understanding pain and its relief in labour*, Churchill Livingstone, 1997, Edinburgh.
- 127) Niven C. A. i wsp. Birth 12/2000, pp. 244 – 253.
- 128) Niven C. A., Gijsbers K.: *A study of labour pain using the McGill Pain Questionnaire*. Soc Sci Med.; 1984, 19: pp. 1347-51.
- 129) Niven C. A., Gijsbers K.: *Coping with labor pain*. J Pain Symptom Manage; 1996, 11: pp. 116-25.
- 130) Norbeck J. S.: *Social support*. Annual Review of Nursing Research 6/1988, pp. 85–109.
- 131) Oakley A., Hickey D., Rajan I.: *Social support in pregnancy: does it have long – term effects?* J. Reprod Infant Psychol. 1996, 14: p. 7.
- 132) Odent M.: *Why labouring women don't need support*. Midwifery Digest 1997, 7:1; pp. 61-63.
- 133) Odent M.: *Odrodzone narodziny. Czym poród być może i powinien być*. Niezależna Oficyna Wydawnicza, 1997, s. 58-60, Warszawa.

- 134) Ohler A. M.: *Macierzyństwo w Biblii*. Wydawnictwo WAM – Księża Jezuitów, 1995, s. 36 – 40, Kraków.
- 135) Ohlsson G., Buchhave P., Leandersson U., Nordstrom L., Rydhstrom H., Sjolín I.: *Warm tub bathing during labor: maternal and neonatal effects*. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 2001, 80: pp. 311 – 314.
- 136) O’Keeffe D.F., Mayes J.: *Managed obstetrical care*. *Clin Obstet Gynecol*; 1997 Jun, 40 (2): pp. 414 – 419.
- 137) Otffinowska A.: *Opieka okołoporodowa w Polsce i przestrzeganie praw pacjenta w świetle opinii konsumenckiej. Analiza danych z lat 1999-2002*. Fundacja Rodzić po Ludzku, 2002, s. 9–51, Warszawa.
- 138) Pratt D.: Ng.; 1990 (4), pp. 23 – 24.
- 139) Pommersbach J. : *Wsparcie społeczne a choroba*. (w:) *Przeegląd Psychologiczny*, 1998, 2: s. 502 – 523.
- 140) Poręba R. (red.): *Poród nowoczesny*. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*. Supl. XXV, Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej, 2002, s. 15 – 22, Tychy.
- 141) Presl J.: *Otec u porodu – ewoluce a současnost*. *Cesk. Gynecol*; 1986, 51: pp. 793 – 794.
- 142) Ranta P., Spalding M., Kangas-Saarela T., Jokela R., Hollmen A., Jouppila P. et al.: *Maternal expectations and experiences of labour pain: opinions of 1091 Finnish parturients*. *Acta Anaesthesiol Scand*; 1995, 39: pp. 60 – 66.
- 143) Reading A.: *A comparison of pain rating scales*. *J Psychosom Res*; 1980, 24; pp. 119 – 124.
- 144) Read M.D.: *J Obstet Gynaecol. Birth Emp.* 1945, 53: p. 55.
- 145) Read M.D., Hunt L.P., Anderton J.P., Liberman B.A.: *Psychological aspects of pregnancy*. Longman, 1983, London.

- 146) Reynolds J.: *Relief of low back pain in labour (letter)*. J Soc Obstet Gynecol Can; 1992, 14: p.25.
- 147) Reynolds J.: *Sterile water injections relieve back pain of labor*. Birth; 2000, 27: pp. 58-60.
- 148) Roberts J. and Woolley D.: *A second look at the second stage of labour*, Journal Obstetrics, Gynaecologic and Neonatal Nursing; 1996, 25(5): pp. 415 – 423.
- 149) Roberts J.: *Maternal position during the first stage of labour*. In: Chalmers I., Enkin M., Keirse M., editors. Vol. 2. Oxford: Oxford University Press; 1989, pp. 883 – 892.
- 150) Roberts J., Mendez–Bauer C., Blackwell J., Carpenter M., Marchese T.: *Effects of lateral recumbency and sitting on the first stage of labor*. J Reprod Med; 1984, 29: pp. 477-81.
- 151) Roberts J., Mendez–Bauer C., Wodell D.: *The effects of maternal position on uterine contractility and efficiency*. Birth; 1983, 10: pp. 243 – 249.
- 152) Robinson P., Salmon P., Yentis S.: *Maternal satisfaction*. Int J Obstet Anesth; 1998, 7: pp. 32 – 37.
- 153) Rossi M., Lindell S.: *Maternal position and pushing techniques in a nonprescriptive environment*. J Obstet Gynecol Neonat Nurs; 1986, 15: pp. 203 – 208.
- 154) Sarason I. G., Sarason B. R.: *Concomitants of social support: attitudes, personality characteristics, and life experiences*. Journal of personality; 1982, 50, pp. 331-344.
- 155) Schorn M.N.: *Water immersion and the effect on labour*. J Nurse Midwifery; 1993, 38: pp. 336-342.
- 156) Scott K., Berkowitz G., Klaus M.: *A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis*. Am J Obstet Gynecol; 1999, 180: pp. 1054 – 1059.

- 157) Scott K., Klaus P., Klaus M.: *The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth*. J Womens Health Gender Based Med; 1999, 8: pp. 1257-64.
- 158) Seguin L., Therrien R., Champagne, Larouch D.: *The components of women`s satisfaction with maternity care*. Birth; 1989, 16: pp. 109-13.
- 159) Sęk H.: *Wsparcie społeczne – co zrobić, aby stało się pojęciem naukowym?* Przegląd Psychologiczny, 1986, 3, s. 791.
- 160) Shaerer M.H.: *Commentary: Pondering the study of womens psychological outcomes*, Birth; 1994;17(1): p. 24.
- 161) Shields D.: *Nursing care in labor and patient satisfaction: a descriptive study*. J Adv Nurs; 1978, 3: pp. 535-50.
- 162) Shields N., Turnbull D., Reid M., Holmes A., Mc Ginley M., Smith L.N.: *Satisfaction with Midwife – managed care in different rime periods: a randomized controlled trial of 1299 women*, Midwifery; 1998 Jun, 14(2): pp. 85 – 93.
- 163) Simkin P.: *Just another day in a woman`s life? Womens long–term perception of their first birth experience*. Part 1, Birth; 1991, 18 (4): p. 203.
- 164) Simkin P.: *Just another day in a woman`s life? Part II: Nature and consistency of women`s long-term memories of their first birth experiences*. Birth; 1992, 19: pp. 64-81.
- 165) Simkin P.: *Non-pharmacological methods of pain relief during labor*. In: Chalmers I., Enkin M., Keirse M.J., editors: Oxford University Press; 1989, vol. 2, Oxford.
- 166) Simkin P.: *The birth partner*. Harvard Common Press; 2000, Boston.
- 167) Simkin P., O`Hara M.A.: *Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods*. American

Journal of Obstetrics and Gynecology; May, 2002, Vol.: 186, Issue: 5, Part B, pp. S131-S159,.

- 168) Slade P., MacPherson S., Hume A., Maresh M.: *Expectations, experiences and satisfaction with labor*. J Clin Psychol; 1993, 32: pp. 469-83.
- 169) Sleep J.: *Poród siłami natury*. W: Alexander Jo, Levy V., Roch S. (red.): *Nowoczesne położnictwo, t. 2: Opieka okołoporodowa*; PZWL, 1995, s. 150-166, Warszawa.
- 170) Somers-Smith M.J.: *A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth*. Midwifery, Jun 1999, vol. 15, no 2: pp. 101-108.
- 171) Sosa R., Kennell J., Klaus M., Robertson S., Urrutia J.: *The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction*. N Engl J Med; 1980, 303: pp. 597-600.
- 172) Sullivan D., Beeman R.: *Satisfaction with maternity care: a matter of communication and choice*. Med. Care; 1982, 20: pp. 321-30.
- 173) Szałkowski A., Cendrowski K., Jaskólska M, Nowakowski Z., Wyględowski J., Stelmachów J.: *Analiza przebiegu i sposobu zakończenia porodu u pacjentek po kursie w szkole rodzenia*. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia. Supl. XXV. Poród Nowoczesny, 2002, s. 201–207, Tychy.
- 174) Tobiasz-Adamczyk B.: *Wybrane elementy zdrowia i choroby*. Collegium Medicum, 2000, Kraków.
- 175) Tumblin A. i wsp: Birth; 2001, 28(1), p. 52
- 176) Turnbull D., Holmes A., Shields N., et al.: *Randomised. Controlled trial of efficacy of midwife-managed care*. The Lancet; 1996, 348 (9022): pp. 213-8.

- 177) Waldenström U., Borg I., Ollson B., Skold M., Wall S.: *The childbirth experience: a study of 295 new mother*. Birth; 1996, 23: pp. 144-53.
- 178) Waldenström U.: *Experience of labor and birth in 1111 women*. J Psychosom Res; 1999, 5: pp. 471-82.
- 179) Waldenström U., Nilsson C.A.: *Experience of childbirth in birth center care. A randomized controlled study*. Acta Obstet Gynecol Scand; 1994, 73: pp. 547-54.
- 180) Wallenstein S.L.: *Scaling clinical pain and pain relief*. In: Bromm B. (ed.): Pain measurement in man: neurophysiological correlates of pain. Elsevier, 1984, pp. 389-96, Amsterdam.
- 181) WHO : Care in normal birth, WHO/FRM/MSM/96. 1997, 24.
- 182) WHO: *Właściwe techniki porodowe*. Associations for Improvements in the Maternity. Services. London.
- 183) Wilczek–Rużyczka E.: *Empatia i jej rozwój u osób pomagających*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Wyd. I, 2002, s. 39-45, Kraków.
- 184) Williams B., Codyle J., Healy D.: *The meaning of patient satisfaction an explanation of high reported levels*. Soc. Sci. Med.; 1998, vol. 47 No 9, pp. 1351–1359.
- 185) Williamson S., Thomson A.M.: *Woman's satisfaction with antenatal care in change maternity service*. Midwifery, Volume 12 N 4 December 1996, pp. 198 – 205.
- 186) Winnubst J. A. M., Marcelissen F. H. G., Kleber R. J.: *Effects of social support in the stressor – strain relationship: A Dutch sample*. Soc Sci Med.; 1982, 16, pp. 475 – 482.

- 187) Wrześniewski K.; Sosnowski T.: *Inwentarz stanu i cechy lęku*. Zakład Wytwarzania Pomocy Dydaktycznych, 1987, Warszawa.
- 188) Wrześniewski K.; Sosnowski T.: *Polska adaptacja STAI do badania stanu i cechy lęku*. Przegląd Psychologiczny; 1983, 26, 2.
- 189) Vehvilainen-Julkunen K, Liukkonen A.: *Midwifery*; 1998, 14: pp. 10-17.
- 190) Zimbardo Ph.; Ruch F.: *Psychologia i życie*. PWN, 1994, Warszawa.
- 191) Zimmerman R.: *Water birth – is it safe?* J Perinat Med.; 1993, 21: p. 5.
- 192) Ziółkowska K., Marianowski L.: *Szkoła rodzenia przy oddziale ginekologiczno – położniczym I Kliniki Akademii Medycznej w Warszawie – analiza działalności, cele i założenia*. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia. Supl. XXV Poród Nowoczesny; 2002, s. 208 – 214, Tychy.

9. Spis tabel

Tabela 1. Wiek badanych.....	41
Tabela 2. Dane z wywiadu.....	41
Tabela 3. Wsparcie informacyjne oczekiwane.....	47
Tabela 4. Wsparcie informacyjne otrzymane.....	48
Tabela 5. Wsparcie emocjonalne oczekiwane.....	49
Tabela 6. Wsparcie emocjonalne otrzymane.....	50
Tabela 7. Różnica między wsparciem emocjonalnym oczekiwany a otrzymanym.....	51
Tabela 8. Wsparcie wartościujące otrzymane.....	52
Tabela 9. Wsparcie wartościujące oczekiwane.....	53
Tabela 10. Wsparcie instrumentalne otrzymane.....	54
Tabela 11. Wsparcie a badane zmienne w grupie porodów rodzinnych.....	55
Tabela 12. Wsparcie a badane zmienne w grupie porodów tradycyjnych.....	57
Tabela 13. Lęk jako cecha (LC) i jako stan (LS) w obu grupach...	60
Tabela 14. Lęk jako stan a rodzaj porodu.....	61
Tabela 15. Lęk jako cecha a rodzaj porodu.....	62
Tabela 16. Lęk jako stan a wsparcie emocjonalne otrzymane.....	64
Tabela 17. Lęk jako stan a satysfakcja.....	65
Tabela 18. Lęk jako cecha a satysfakcja.....	65

Tabela 19. Satysfakcja w obu typach porodu.....	70
Tabela 20. Satysfakcja a wsparcie informacyjne otrzymane.....	71
Tabela 21. Satysfakcja a różnica DI.....	72
Tabela 22. Satysfakcja a różnica DE.....	73
Tabela 23. Satysfakcja a wsparcie wartościujące otrzymane.....	74
Tabela 24. Satysfakcja a wsparcie instrumentalne oczekiwane....	75
Tabela 25. Satysfakcja a wsparcie informacyjne otrzymane.....	76
Tabela 26. Satysfakcja a wsparcie emocjonalne otrzymane.....	76
Tabela 27. Satysfakcja a różnica DE.....	77
Tabela 28. Satysfakcja a wsparcie wartościujące otrzymane.....	78
Tabela 29. Satysfakcja a wsparcie instrumentalne oczekiwane....	78

10. Aneks

„Szczęśliwe młode stworzenie, ma prawo odczuwać i odczuwa miłość rodziców, serdecznych opiekunów bliskich, własnych i pewnych.....”

T. Kotarbiński

SZANOWNA PANI!

Serdecznie gratuluję Pani z okazji narodzin dziecka. Sama jestem matką. Mam dwóch synów. Wiem jak dla kobiety ważny jest czas porodu i atmosfera, w której się to wydarzenie odbywa. Od wielu lat jestem pracownikiem Collegium Medicum UJ i zajmuję się w moich pracach badawczych tematyką pomocy, wsparcia dla kobiet rodzących.

Wyniki swoich badań chciałabym wykorzystać do zaprojektowania takiego systemu opieki nad rodzącą, który zapewniłby kobiecie poczucie bezpieczeństwa, stwarzał możliwość radosnego przeżywania tej chwili.

Dlatego też bardzo cenne dla mnie będą Pani odpowiedzi na pytania zawarte w ankietach dotyczących porodu i oczekiwań z nim związanych.

**Serdecznie dziękuję za pomoc.
Życzę wszystkiego najlepszego**

dla Pani i dziecka.

BARBARA PRAŻMOWSKA

Kwestionariusz wywiadu

1. Proszę podać swój wiek:

.....

2. Proszę podać stan cywilny:

- panna
- mężatka
- rozwiedziona
- wdowa

3. Proszę zaznaczyć rodzaj wykształcenia:

- wyższe
- średnie
- zasadnicze
- podstawowe

Zawód wykonywany

4. Proszę podać miejsce zamieszkania:

- duże miasto
- małe miasto
- wieś

5. Która to była ciąża?.....

6. Czy w poprzednich ciążach wystąpiły komplikacje?

- tak
- nie

Jeżeli *tak*, to z jakiego powodu?

7. Czy obecna ciąża była planowana?

- tak
- nie

8. Czy obecna ciąża przebiegała prawidłowo?

- tak
- nie

Jeżeli *nie*, to jakie komplikacje występowały i w którym okresie ciąży?

9. Czy podczas ciąży uczęszczała Pani na zajęcia w Szkole Rodzenia?

- tak
- z mężem
- sama
- inne - z kim.....

- nie
- nie wiedziałam o takiej o takiej możliwości
- nie podjęłam takiej decyzji
- inne

10. Czy obecny poród rozpoczął się:

- samoistnie
- był indukowany /np. kroplówką naskurczową/

11. Czy obecny poród przebiegał prawidłowo?

- tak
- nie

Jeżeli *nie*, to jakie wystąpiły komplikacje?

.....

.....

.....

.....

Kwestionariusz do oceny wsparcia społecznego

1. Czy w sali porodowej udzielano Pani informacji o przebiegu porodu?

- tak
- nie

Jeżeli *tak*, to otrzymywała Pani informacje od:

- męża
- położnych
- lekarzy
- współpacjentek
- inne
- dła.....

źró-

2. Czy położna, która opiekowała się panią podczas porodu przedstawiła się

z imienia i nazwiska?

- tak
- nie

3. Czy oczekiwała Pani takiej informacji?

- tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- nie

4. Czy w czasie porodu informowano Panią :

- o celowości wykonywania zabiegu

golenia krocza i hegaru

tak

nie

- o postępie porodu

tak

nie

- jak zachować się w czasie porodu

tak

nie

- o znaczeniu skurczów porodowych

tak

nie

- o możliwych pozycjach

w czasie porodu

tak

nie

- o tętnie płodu, położeniu płodu

tak

nie

- o sposobach oddychania

tak

nie

- o możliwości przyjmowania

płynów w czasie porodu

tak

nie

- o możliwości kontaktu z bliską osobą

tak

nie

5. Kto udzielał Pani tych informacji:

- mąż
- położna
- lekarze
- współpacjentki
- inne

6. Jakiego rodzaju informacji oczekiwała Pani w czasie porodu?

- o celowości wykonywania zabiegu golenia krocza i hegaru tak nie
- o postępie porodu tak nie
- jak zachować się w czasie porodu tak nie

7. Czy w czasie porodu czuła się Pani kimś ważnym?

- tak
- nie

Jeżeli *tak*, to decydowało o tym:

- życzliwa atmosfera
- poród, jako ważne wydarzenie życiowe
- obecność męża i jego pomoc
- inne

8. Czy w czasie porodu lekarze/położne podkreślali Pani:

- aktywny w nim udział tak nie
- umiejętności (oddychanie, parcie) tak nie
- brak współpracy w porodzie tak nie
- nieuważne słuchanie tak nie
- brak umiejętności(oddychania, parcia) tak nie

9. Czy w czasie porodu miała Pani zaspokojoną potrzebę intymności:

- tak
- nie

10. Których z poniższych działań oczekiwała Pani podczas porodu?

- łagodzących ból porodowy tak nie
- pomocy w czasie skurczów partych tak nie
- położenia dziecka na brzuch tak nie
- znieczulenia przed szyciem krocza tak nie
- zapewnienia płynów do picia tak nie
- umożliwienia kontaktu z rodziną tak nie
- inne (jakie?).....

11. Od kogo oczekiwała Pani tych informacji?

- męża
- położnych
- lekarzy
- współpacjentek
- inne

12. Czy oczekiwała Pani zainteresowania swoją sytuacją związaną z porodem?

- tak
- nie

Jeżeli *tak*, to od kogo:

- męża
- innych członków rodziny
- lekarzy

- położnych
- współpacjentek
- inne

13. Czy uczestniczyły w porodzie osoby, na których pomoc i zainteresowanie mogła Pani liczyć?

- tak
- nie

Jeżeli *tak*, to od kogo:

- męża
- innych członków rodziny
- lekarzy
- położnych
- współpacjentek
- innych

14. Czy oczekiwała Pani zrozumienia podczas porodu?

- tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- nie

15. Czy okazywano Pani zrozumienie podczas porodu?

- tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- nie

16. Czy Pani mąż uczestniczył w porodzie?

- tak
- nie

Jeżeli *tak*, to jego udział polegał na:

- okazywaniu życzliwości, trzymaniu za rękę
- zainteresowaniu Pani stanem
- uspakajaniu i pocieszaniu
- pomocy przy oddychaniu i w czasie skurczów partych
- łagodzeniu odczuć bólowych
- wprowadzaniu niepokoju
- braku aktywnego uczestnictwa w porodzie
- było to dla mnie obojętne, bez znaczenia

Jeżeli *nie*, to dlaczego:

- nie wiedziałam o takiej możliwości
- mąż nie wyraził zgody
- decyzję podjęliśmy razem z mężem
- brak możliwości finansowych

17. Czy okazywano Pani troskę w czasie porodu?

- tak
- nie

Jeżeli *tak*, to kto ją okazywał?

- mąż
- położna
- lekarz
- współpacjentki
- inne

18. Czy w czasie porodu miała Pani zapewnione?

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - działania łagodzące ból | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - pomoc w czasie skurczów partych | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - położenie dziecka na brzuch | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - znieczulenie przed szyciem krocza | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - płyny do picia | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - kontakt z rodziną | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - inne (jakie?)..... | | |

19. Które z poniżej podanych metod stosowano u Pani w celu złagodzenia bólów porodowych?

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - kąpiel | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - chodzenie | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - zmiana pozycji | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - masaż okolicy krzyżowej | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - okłady na okolicę krzyżową | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - znieczulenie | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - inne | | |

20. Których z wymienionych sytuacji Pani oczekiwała?

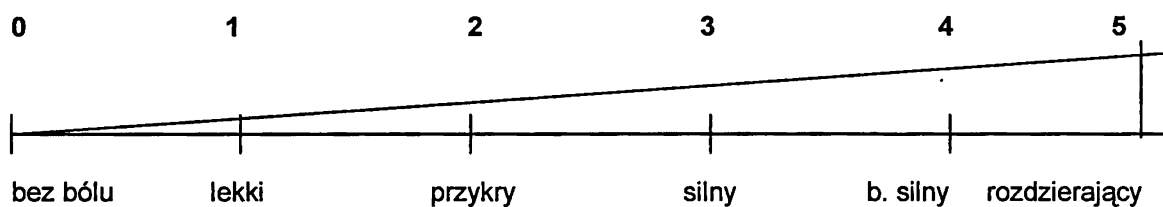
- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - możliwości umycia się | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - zmiany bielizny osobistej i pościelowej | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - zapewnienie ciepła | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - podania ciepłych płynów do picia | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - możliwości bycia razem z dzieckiem | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - zapewnienia dostatecznej ilości wkładów | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

21. Czy bezpośrednio po porodzie miała Pani?

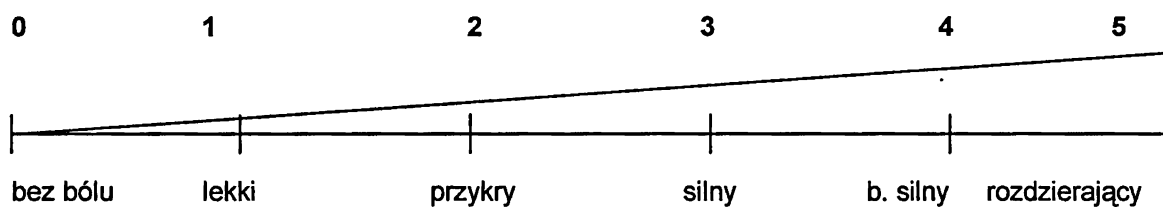
- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - możliwość umycia się | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - zmienioną bieliznę osobistą i pościelową | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - zapewnione ciepło | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - podane płyny do picia | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - możliwość bycia razem z dzieckiem | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| - zapewnioną dostateczną ilość wkładów | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

Skala do oceny bólu porodowego

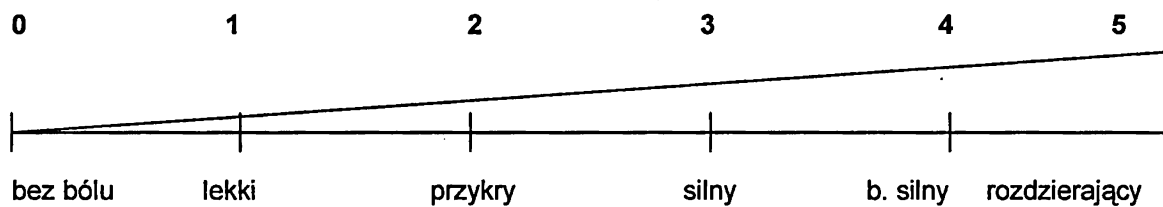
1. Proszę określić na skali od 0 – 5 ból odczuwany w czasie rozwierania ujść szyjki macicy (I okres porodu):



2. Proszę określić na skali od 0 – 5 ból odczuwany w czasie skurczów partych (II okres porodu):

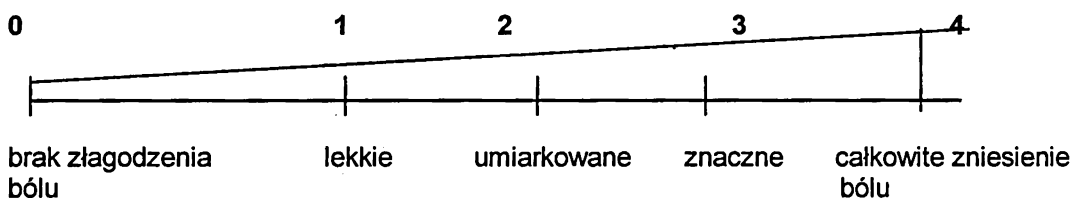


3. Proszę określić na skali od 0 – 5 ból odczuwany w czasie zabiegu szycia krocza:

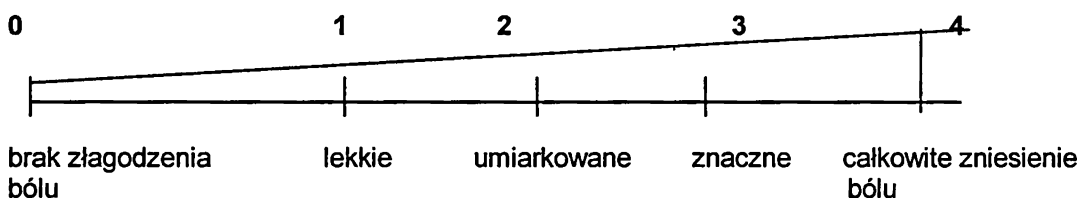


Słowna skala złagodzenia bólu

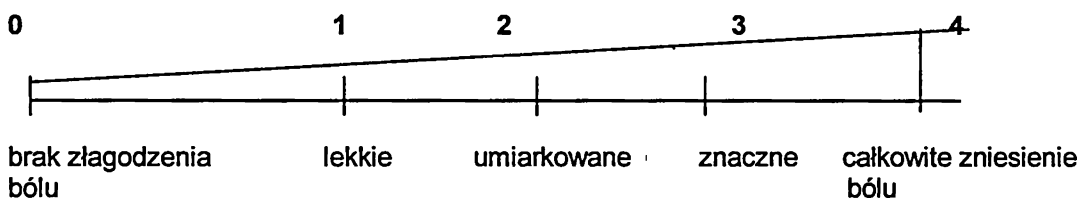
1. Proszę określić na skali od 0 – 4 wpływ chodzenia podczas porodu na złagodzenie bólu:



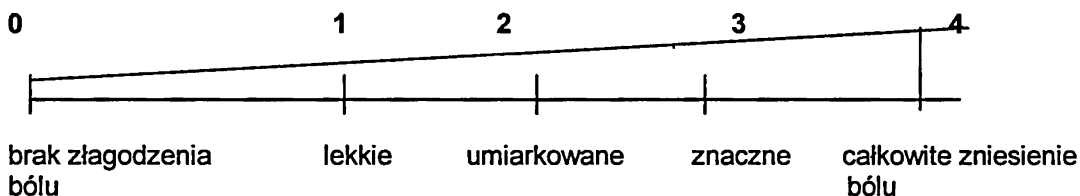
2. Proszę określić na skali od 0 – 4 wpływ częstej zmiany pozycji podczas porodu na złagodzenie bólu:



3. Proszę określić na skali od 0 – 4 wpływ obecności męża lub innej osoby towarzyszącej podczas porodu na złagodzenie odczuć bólowych:



4. Proszę określić na skali od 0 – 4 wpływ wystroju pokoju do porodów na złagodzenie odczuć bólowych:



Skala E/P do oceny poziomu satysfakcji

1. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Kontakt z personelem położniczej izby przyjęć:

1. zdecydowanie życzliwy
2. życzliwy
3. raczej życzliwy
4. raczej nieżyczliwy
5. zdecydowanie nieżyczliwy

2. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Pierwsze chwile pobytu w sali porodowej:

1. zdecydowanie pozytywnie
2. pozytywnie
3. raczej pozytywne
4. raczej negatywnie
5. zdecydowanie negatywnie

3. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Przekazywane Pani informacje podczas porodu były:

1. zdecydowanie wyczerpujące
2. wyczerpujące
3. raczej wyczerpujące
4. raczej nie wyczerpujące
5. zdecydowanie nie wyczerpujące

4. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Otrzymywane przez Panią informacje podczas porodu były:

1. zdecydowanie pomocne
2. pomocne
3. raczej pomocne
4. raczej nie pomocne
5. zdecydowanie nie pomocne

5. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Zrozumienie okazywane Pani przez personel medyczny:

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 1. zdecydowanie duże | <input type="checkbox"/> |
| 2. duże | <input type="checkbox"/> |
| 3. raczej duże | <input type="checkbox"/> |
| 4. raczej małe | <input type="checkbox"/> |
| 5. brak zrozumienia | <input type="checkbox"/> |

6. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Akceptację Pani osoby przez personel uczestniczący w czasie porodu:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1. pełna akceptacja | <input type="checkbox"/> |
| 2. akceptacja | <input type="checkbox"/> |
| 3. raczej poczucie akceptacji | <input type="checkbox"/> |
| 4. raczej brak akceptacji | <input type="checkbox"/> |
| 5. zdecydowany brak akceptacji | <input type="checkbox"/> |

7. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Wpływ, jaki miała na Panią obecność męża podczas porodu:

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 1. zdecydowanie korzystny | <input type="checkbox"/> |
| 2. korzystny | <input type="checkbox"/> |
| 3. raczej korzystny | <input type="checkbox"/> |
| 4. raczej niekorzystny | <input type="checkbox"/> |
| 5. zdecydowanie niekorzystny | <input type="checkbox"/> |

8. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Jak czuła się Pani podczas porodu:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1. zdecydowanie bezpiecznie | <input type="checkbox"/> |
| 2. bezpiecznie | <input type="checkbox"/> |
| 3. raczej bezpiecznie | <input type="checkbox"/> |
| 4. raczej niebezpiecznie | <input type="checkbox"/> |
| 5. zdecydowanie niebezpiecznie | <input type="checkbox"/> |

9. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Zapewnienie Pani poczucia intymności w czasie porodu jako:

1. zdecydowanie zadowalające
2. zadowalające
3. raczej zadowalające
4. raczej niezadowalające
5. brak zapewnienia intymności

10. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Działanie personelu medycznego łagodzące ból porodowy:

1. zdecydowanie skuteczne
2. skuteczne
3. raczej skuteczne
4. raczej nieskuteczne
5. zdecydowanie nieskutecznie

11. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Możliwość bliskiego kontaktu z dzieckiem zaraz po porodzie jako odczucie:

1. zdecydowanie pozytywne
2. pozytywne
3. raczej pozytywne
4. raczej negatywne
5. zdecydowanie negatywne

12. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Warunki sanitarne w sali porodowej były:

1. zdecydowanie dobre
2. dobre
3. raczej dobre
4. raczej złe
5. zdecydowanie złe

13. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Zapewnienie płynów do picia podczas porodu:

1. zdecydowanie wystarczające
2. wystarczające
3. raczej wystarczające
4. raczej niewystarczające
5. zdecydowanie niewystarczające

14. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Stopień zaufania do personelu opiekującego się Panią w czasie porodu:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1. zdecydowanie pełne zaufanie | <input type="checkbox"/> |
| 2. duże zaufanie | <input type="checkbox"/> |
| 3. raczej duże zaufanie | <input type="checkbox"/> |
| 4. raczej małe zaufanie | <input type="checkbox"/> |
| 5. całkowity brak zaufania | <input type="checkbox"/> |

15. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Poród pod względem trwania w czasie ocenia Pani jako:

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 1. bardzo długi | <input type="checkbox"/> |
| 2. długi | <input type="checkbox"/> |
| 3. raczej długi | <input type="checkbox"/> |
| 4. raczej krótki | <input type="checkbox"/> |
| 5. krótki | <input type="checkbox"/> |

16. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Czy przebyty poród był:

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| 1. zdecydowanie wyczerpujący | <input type="checkbox"/> |
| 2. wyczerpujący | <input type="checkbox"/> |
| 3. raczej wyczerpujący | <input type="checkbox"/> |
| 4. raczej niewyczerpujący | <input type="checkbox"/> |
| 5. zdecydowanie niewyczerpujący | <input type="checkbox"/> |

17. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Czy informacje o stanie zdrowia dziecka bezpośrednio po porodzie ocenia Pani jako:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1. zdecydowanie wystarczające | <input type="checkbox"/> |
| 2. wystarczające | <input type="checkbox"/> |
| 3. raczej wystarczające | <input type="checkbox"/> |
| 4. raczej niewystarczające | <input type="checkbox"/> |
| 5. zdecydowanie niewystarczające | <input type="checkbox"/> |

18. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Kompetencje personelu opiekującego się dzieckiem i Panią ocenia Pani jako:

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 1. zdecydowanie duże | <input type="checkbox"/> |
| 2. duże | <input type="checkbox"/> |
| 3. raczej duże | <input type="checkbox"/> |
| 4. raczej małe | <input type="checkbox"/> |
| 5. zdecydowanie małe | <input type="checkbox"/> |

19. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Zadowolenie z opieki w czasie porodu:

1. zdecydowanie duże
2. raczej duże
3. średnie
4. raczej małe
5. zdecydowanie małe

20. Proszę ocenić na skali od 0 – 5.

Czy poleciliby Pani innym kobietom ten szpital do odbycia porodu:

1. zdecydowanie tak
2. tak
3. raczej tak
4. raczej nie
5. zdecydowanie nie

Dziękuję

