

MAJA ROSIŃSKA, ANNA SZYMANIK-KOSTRZEWSKA



WYBRANE DOŚWIADCZENIA PIERWORÓDEK ZWIĄZANE Z PORODEM JAKO ŹRÓDŁO INFORMACJI DLA PRZYSZŁYCH MATEK

ABSTRACT. Maja Rosińska, Anna Szymanik-Kostrzevska, *Wybrane doświadczenia pierworódek związane z porodem jako źródło informacji dla przyszłych matek* [Selected experiences of primiparous women related to childbirth as a source of information for future mothers] edited by Lucyna Bakiera, „Człowiek i Społeczeństwo” vol. LVII: *Współczesne rodzicielstwo – dylematy i wyzwania* [Contemporary parenting – dilemmas and challenges], Poznań 2024, pp. 123–144, Adam Mickiewicz University. ISSN 0239-3271, <https://doi.org/10.14746/cis.2024.57.6>.

Currently, 68 percent of Polish women declare that they do not want to have children, 13 percent of mothers regret having children, and over 6 percent experience parental burnout. A woman's decision to become a mother is not an easy one and is influenced by many factors. One of these factors can be considered the experiences of mothers close to the woman. The aim of the research was to determine what perinatal experiences and beliefs about childbirth first-time mothers can share with other women. Data were collected from 99 women (aged 22–36; $M = 28$; $SD = 3$) who had given birth to their first child in the last 26 months through structured interviews. They were asked about selected difficulties related to childbirth, conditions for natural childbirth, to retrospectively assess the level of knowledge about selected aspects of childbirth, and to evaluate the intensity of selected beliefs about it. 72 of the participants gave birth naturally, 12 through unplanned cesarean section, and 15 through planned cesarean section (including 2 „on demand”). Only one of the participants experienced a complication-free natural childbirth, received exhaustive medical information from the staff, full and adequate support from her partner, and gave birth to a child who scored 10 points on the Apgar scale. Eight women giving birth naturally and seven after a cesarean section declared very positive feelings about childbirth, five declared very negative feelings, and the intensity of both positive and negative feelings was within average limits, with moderately higher positive feelings noted. First-time mothers had the lowest level of knowledge regarding the effects of artificial oxytocin (pain, risk), which was administered to as many as 42 participants. The highest level of knowledge was related to possible complications. The strongest belief was that natural childbirth is a better way for a child to come into the world than cesarean section. The weakest belief was that cesarean section is a better way of childbirth for the child than natural childbirth.

Keywords: mothers, birth, labour, perinatal experience

Maja Rosińska, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Wydział Psychologii, ul. Leopolda Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz, e-mail: maja.rosinska.psycholog@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7111-5110>.

Anna Szymanik-Kostrzevska, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Wydział Psychologii, ul. Leopolda Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz, e-mail: szymanik@ukw.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0002-1544-7302>.

Wprowadzenie

Pierwsza ciąża to czas szczególny w życiu kobiety, niepowtarzalny, a jednocześnie często pełen obaw o zdrowie rozwijającego się dziecka, także o moment jego przyjścia na świat. Polskie badania ponad sześćset kobiet nieposiadających dzieci wykazały, że ponad 64% z nich bardzo bądź ekstremalnie boi się komplikacji związanych z porodem, a ponad 56% w takim samym stopniu boi się bólu (Kamasz i in., 2021). Badania na mniejszej próbie, 122 kobiet, wykazały z kolei, że obawy związane z porodem i zdrowiem dziecka były istotnie wyższe niż te dotyczące swojego wyglądu, sfery seksualnej czy zmian, a większe nasilenie obaw odnotowano u kobiet młodszych (Studniczek i in., 2020). Liczne źródła popularnonaukowe i medialne, ale także personel medyczny i położne, pod opieką których znajdują się w Polsce przyszłe matki, zachęcają do poszerzania wiedzy na temat ciąży i porodu. Ma to na celu m.in. redukcję lęku kobiet przed porodem i przygotowanie do niego. Chociaż wiedza na temat ciąży i porodu jest ogólnodostępna chociażby za pośrednictwem Internetu (Stępień i in., 2015), ponadto w Polsce istnieje możliwość odpłatnego uczestniczenia w zajęciach w szkołach rodzenia i nieodpłatnego w spotkaniach edukacyjnych z położnymi, brakuje doniesień naukowych na temat użyteczności źródeł wiedzy dla kobiet w pierwszej ciąży.

Badania na polskiej próbie 260 matek ujawniły, że za najbardziej użyteczne źródło wiedzy na temat wychowania dziecka uważają one własny instynkt i osobiste odczucia (Szymanik-Kostrzevska i Michalska, 2018). Następnie jako źródło wiedzy wskazały osoby posiadające specjalistyczną wiedzę na temat zdrowia dzieci, które ceniły na równi z własnymi doświadczeniami z dzieciństwa. Na trzecim miejscu znalazły się matki badanych. Jednakże kobiety nieposiadające dzieci nie mają jeszcze własnych doświadczeń, a „instynkt macierzyński”, rozumiany jako umiejętność postępowania z dzieckiem, jest kwestią indywidualną i nie wszystkie kobiety się nim wykazują (Szymczak, 2014). Informacje o warunkach porodu własnej matki

mogą być zdezaktualizowane wobec obecnych warunków szpitalnych. Za szczególnie istotną i użyteczną można uznać wiedzę osób z doświadczeniem medycznym. Warto jednak zauważyć, że jest jeszcze jedno źródło wiedzy, którego użyteczność można uznać za wysoką, mianowicie inne kobiety, które w ostatnim okresie zostały matkami.

Znaczenie relacji matek na temat doświadczeń okołoporodowych dla kobiet, które jeszcze nie urodziły dziecka, można odnieść do założeń teorii biograficznego uczenia się. Jego istotą jest refleksja nad biografią własną bądź innych osób (Mazurek, 2017), w tym przypadku kobiet, które już stały się matkami. W sytuacji szybko zmieniających się warunków życia rośnie znaczenie umiejętności korzystania z życiowych doświadczeń innych (Solarczyk-Szwec, 2015). Biograficzne uczenie się z kolei koresponduje z uczeniem się narracyjnym, które ma miejsce w akcie opowiadania (Mazurek, 2017). „Doświadczenia okołoporodowe matek” w prezentowanym tekście zostały zdefiniowane słownikowo zarówno jako „wydarzenia, zwłaszcza przykre, które wpłynęły na czyjeś życie”, jak i „ogół wiadomości i umiejętności zdobytych na podstawie obserwacji i własnych przeżyć”¹. Opinie i wypowiedzi kobiet, które już doświadczyły ciąży i porodu, mogą stanowić źródło wiedzy dla kobiet nieposiadających dzieci i kształtować sposób myślenia kobiet w pierwszej ciąży. Warto zauważyć, że – na skutek rozmów z kobietami posiadającymi dzieci – u kobiet, które dzieci nie mają, może działać jeszcze jeden mechanizm oparty na stosunkowo prostym sposobie uczenia się, mianowicie warunkowaniu zastępczym, zwanym też społecznym uczeniem się (Bandura, 1977). Otrzymując informacje o sposobie działania matek oraz o konsekwencjach tych działań, kobiety będą skłonne pewne zachowania powielać, gdyż prowadzą one – w relacji matek – do pozytywnych skutków, innych zachowań natomiast wolą unikać z obawy przed skutkami negatywnymi.

Rodzaj porodu to jedna z istotnych informacji, jakie mogą otrzymać kobiety w ciąży od kobiet, które już urodziły. W opracowaniach naukowych i popularnonaukowych można znaleźć informację, że „najlepszy poród dla dziecka i matki to poród naturalny”. Informacja ta jest niepełna, gdyż w sytuacji komplikacji okołoporodowych, bądź nawet spodziewania się komplikacji, podejmowana jest decyzja o cięciu cesarskim, czyli porodzie operacyjnym. Jeśli stan matki lub dziecka utrudnia albo uniemożliwia poród siłami natury, poród naturalny przestaje być najlepszym wyborem. To, jakie

¹ Hasło „Doświadczenie”, *Słownik języka polskiego PWN*. <https://sjp.pwn.pl/sjp/doswiadczenie;2453772.html> (dostęp: 27.01.2024).

trudności się pojawiają i czy w danej sytuacji ryzyko związane z porodem naturalnym przeważa nad korzyściami, jest w pewnym stopniu sprawą dyskusyjną. Michel Odent (2010) wskazuje zaledwie kilka powodów bezwzględnej konieczności zastosowania cięcia cesarskiego, natomiast zaznacza, że w sytuacji komplikacji porodowych usilne czy uporczywe starania lekarzy, by poród odbył się drogami natury, paradoksalnie zwiększają ryzyko ratunkowego cięcia cesarskiego.

W tym kontekście można rozpatrywać oddziaływania opinii kobiet, które już urodziły, na sposób myślenia o porodzie tych, które mają go dopiero przed sobą. Z jednej strony bowiem można przyjąć, że istnieją kobiety, którym szczególnie zależy, by urodzić dziecko naturalnie, i poród operacyjny traktują jako pewien rodzaj osobistej porażki. Z drugiej strony są kobiety, które decydują się na poród operacyjny bez wyraźnych wskazań medycznych. W Polsce cięcie cesarskie „na życzenie” formalnie jest niemożliwe, niemniej jednak statystyki urodzeń poprzez cięcie cesarskie, sięgające aż 43% (Minister Zdrowia, 2021), w zestawieniu z szacunkami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), że jedynie 10–15% porodów powinno być operacyjnych (WHO, 2015), mogą stanowić przesłankę do dyskusji nad tym, czy na pewno wszystkie wspomniane kobiety miały wskazania medyczne do porodu operacyjnego. Jeśli przyjąć, że u podstaw obu sposobów myślenia – preferowania porodu naturalnego bądź operacyjnego – leżą przekonania kobiet w ciąży, na które w znaczącym stopniu oddziałują opinie tych, które niedawno stały się matkami, istotne staje się poznanie doświadczeń pierworódek i tego, czym mogą się one podzielić ze swoimi ciężarnymi przyjaciółkami, koleżankami, znajomymi, a nawet osobami, których nie znają, za pośrednictwem chociażby Internetu.

Dbając o precyzję wypowiedzi, należy przyjąć, że najlepszy dla matki i dziecka jest poród naturalny bez komplikacji. Mowa tutaj nie tylko o różnego rodzaju zagrożeniach i trudnościach związanych z samym porodem, ale także o tym, jak dużym obciążeniem są one dla rodzących kobiet i w jakim stopniu będą oddziaływać na dalsze ich funkcjonowanie. Depresja poporodowa to jedno z najczęściej występujących zaburzeń poporodowych. Dotyka ona aż 7–30% kobiet na świecie, a nawet 80% kobiet cierpi na zaburzenia nastroju w okresie poporodowym (Studniczek i in., 2018). Ponadto na podstawie badań szacuje się, że od ok. 1,5% do 6% kobiet doświadcza zespołu stresu pourazowego po porodzie (Creedy, 2001; Czarnocka i Slade, 2000; Wijma i in., 1997). Niektóre badania wskazują nawet, że 30% kobiet po traumatycznym porodzie cierpi na PTSD, a wraz z wystąpieniem PTSD u 75% kobiet pojawia się depresja poporodowa (Parfitt i Ayers, 2009; White i in., 2006).

Wspomniano już wcześniej, że wiedza na temat porodu stanowi istotny czynnik, który ma wpływ na przebieg porodu, a w konsekwencji także na stan psychofizyczny kobiety po porodzie. Warto tu wspomnieć chociażby o wiedzy na temat warunków do porodu naturalnego, które nie zakłócają naturalnych, biologicznych mechanizmów odpowiedzialnych za fizjologiczny poród. Zapewnienie ciszy, przyćmionego światła, braku poczucia bycia obserwowaną, możliwości ruchu i wzięcia prysznic sprzyja ich działaniu (Odent, 2010). Wysoki stopień medykalizacji porodu z jednej strony przyczynia się do większej przeżywalności noworodków, z drugiej – do wzrostu liczby zakłóceń. Ciągły monitoring płodu, badania (manualne, np. szyjki macicy), zabiegi medyczne czy nawet uzyskiwanie informacji od rodzącej kobiety aktywuje część jej mózgu zwaną korą nową, która jednocześnie obniża aktywność podwzgórza i przysadki mózgowej, mających za zadanie regulować poziom hormonów odpowiedzialnych za postępowanie porodu (np. oksytocyny – wydzielanej pulsacyjnie i wywołującej skurcze macicy). Rozmowy, jaskrawe światło, a nawet poczucie bycia obserwowaną mogą tym samym przełożyć się na wydłużenie czasu porodu i większą liczbę komplikacji (Buckley, 2008; Odent, 2010).

Na wysoki (rosnący) stopień medykalizacji porodów w Polsce wskazują dane z „Raportu z monitoringu oddziałów położniczych w Polsce” z 2017 r.: w roku 2015 „43% porodów zakończyło się cesarskim cięciem, w 50% porodów fizjologicznych wykonano nacięcie krocza, a 19% porodów drogami natury indukowano” (Adamska-Sala i Otffinowska, 2017: 57). W Polsce w 2019 r. odsetek cesarskich cięć to 42,2% wszystkich porodów, jak wynika z raportu Euro-Peristat, przy czym średnia europejska to 27% (zob. *Polska z jednym z najwyższych odsetków cięć cesarskich w Europie*, 2019). W wydanym w 2021 r. opracowaniu pt. „Rządowy program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce na lata 2021–2024” (Minister Zdrowia, 2021) można znaleźć informację o 43% porodów operacyjnych. Dla porównania, w 2006 r. cięć cesarskich było 27%, porodów indukowanych – 12%, nacięć krocza – 55% (Kubicka-Kraszyńska i Otffinowska, 2007).

Wreszcie doświadczenia okołoporodowe pierworódek mogą stanowić dla kobiet planujących posiadanie dzieci źródło lęku. Kobiety rodzące drogami natury odczuwają ból porodowy. W polskich badaniach na grupie 151 pacjentek aż przez 24,5% kobiet był on określony jako zbyt silny i mający niekorzystny wpływ na psychikę matki (Krupa i in., 2017). W trakcie porodu może dojść do uszkodzenia czy konieczności nacięcia krocza, potrzeby farmakologicznego indukowania bądź wspomaganie

akcji porodowej, spadku tętna dziecka, ratunkowego cięcia cesarskiego, a także skaleczenia dziecka przy porodzie operacyjnym. Dziecko może być niewłaściwie ułożone, co stanowi ryzyko przy porodzie drogami natury, a jednocześnie częste wskazanie do porodu operacyjnego. Także obniżona punktacja w skali Apgar świadczącej o zdrowiu dziecka może być powodem do niepokoju pierworódek.

Inspiracją do badań były doświadczenia własne w kontaktach z kobietami ciężarnymi, które niejednokrotnie wspominały, że najbardziej cenią sobie wiedzę medyczną na temat porodu oraz realne doświadczenia bliskich im kobiet, które niedawno urodziły. Podjęto refleksję na tym, czego można się dowiedzieć o sytuacji okołoporodowej i porodzie od młodych matek podczas rozmowy z nimi. Jak retrospektywnie oceniają swój stan wiedzy o porodzie przed porodem i swoje przekonania o porodzie naturalnym i operacyjnym, co może mieć odzwierciedlenie w wypowiedzi: „jak ja byłam w ciąży, to sądziłam, myślałam, wiedziałam...”, konfrontowanej ze stanowiskiem kobiety w ciąży, która jeszcze nie urodziła.

Metoda

Cel badań i pytania badawcze

W toku dyskusji zespołu badawczego na seminarium poświęconym stawaniu się rodzicami arbitralnie przyjęto zakres tematów, których poruszenie pozwoliłoby uzupełnić lukę w wiedzy dotyczącej zarówno obiektywnych doświadczeń związanych z medycznymi aspektami przebiegu porodu (jak rodzaj porodu czy komplikacje), jak i subiektywnych ocen kobiet w zakresie warunków do porodu (różnorodne wsparcie, warunki do porodu naturalnego), swojego poziomu wiedzy i swoich przekonań o porodzie. Z polskich badań wynika, że ponad 75% kobiet usłyszało od swoich bliskich o traumatycznych doświadczeniach porodowych, a pomimo to ponad 92% kobiet chce zająć w ciąży i urodzić dziecko (Kamasz i in., 2021). Jednocześnie wykazano, że traumatyczne relacje na temat porodów w rodzinie przekładały się na obniżone poczucie własnej skuteczności (Kamasz i in., 2020).

Zdecydowano też o kontroli retrospektywnego nastawienia emocjonalnego do porodu zarówno w zakresie emocji pozytywnych, jak i negatywnych, przyjmując, że różnorodne doświadczenia okołoporodowe pierworódek mogą to nastawienie współdeterminować.

Celem głównym badań było opisanie wybranych doświadczeń i warunków okołoporodowych pierworódek, a także określenie retrospektywnej oceny poziomu wiedzy i przekonań pierworódek na temat porodu.

Sformułowano pięć ogólnych pytań badawczych:

1. Jak wyglądały doświadczenia okołoporodowe pierworódek w zakresie:
 - informacji o procedurach medycznych;
 - adekwatnego wsparcia partnera;
 - podawania sztucznej oksytocyny;
 - zwlekania z cięciem cesarskim;
 - nacięcia krocza;
 - uszkodzenia krocza;
 - spowolnienia akcji serca dziecka;
 - urodzenia dziecka z wysoką punktacją w skali Apgar;
 - uszkodzenia ciała dziecka;
 - niewłaściwego ułożenia dziecka?
2. Jak wyglądały warunki do porodu naturalnego pierworódek w zakresie:
 - ciszy;
 - niezbyt jasnego światła;
 - możliwości ruchu;
 - braku poczucia bycia obserwowanym;
 - możliwości wzięcia prysznic;
 - uprzedzania o badaniach/procedurach medycznych;
 - spokoju;
 - adekwatnego wsparcia personelu medycznego?
3. Jak retrospektywnie pierworódki oceniały swój poziom wiedzy na temat porodu przed porodem?
4. Jak retrospektywnie pierworódki oceniały swoje przekonania na temat porodu przed porodem?
5. Jak pierworódki oceniały swoje nastawienie emocjonalne do porodu i jak oceniały je retrospektywnie przed porodem?

Grupa badanych

Dobór osób badanych do próby był celowy, ponieważ przyjęto założenie o umiarkowanej jednorodności grupy ze względu na wybrane zmienne. Kryteria włączenia stanowiły:

1. urodzenie pierwszego dziecka w ciągu ostatnich dwóch lat;
2. wiek w momencie narodzin dziecka w przedziale 20–35 lat;

3. sytuacja materialna przynajmniej przeciętna (79 kobiet zadeklarowało przeciętną, 29 powyżej przeciętnej).

Zbadano 99 matek, kobiet w wieku od 22 do 36 lat ($M = 28$; $SD = 3$), które urodziły swoje pierwsze dziecko w ciągu ostatnich 26 miesięcy. Kontrolowano wykształcenie matek (5 – zawodowe, 34 – średnie, 60 – wyższe), miejsce zamieszkania (17 – wieś, 39 – miasta do 100 tys. mieszkańców, 43 – miasta powyżej 100 tys. mieszkańców) oraz pozostawanie w związku (69 – w związku formalnym, 28 – w związku nieformalnym, dwie nie pozostawały w związku w momencie badania). Dzieci badanych kobiet to 57 dziewczynek i 42 chłopców w wieku od 1 do 26 miesięcy ($M = 11$; $SD = 6$). 6 badanych kobiet doświadczyło wcześniejszych poronień. 52 kobiety zadeklarowały starania o dziecko (starania trwały od niecałego miesiąca do siedmiu lat, średnio pół roku; 4 kobiety stosowały metody wspomaganie płodności), 39 – ciążę nieplanowaną, 5 nie udzieliło informacji na ten temat.

Narzędzie

Do badań wykorzystano ustrukturuwane wywiady pozwalające zebrać informacje socjodemograficzne i dotyczące porodu. Badane określały swoje odczucia wobec porodu po jego zakończeniu na dwóch skalach likertowskich 0–5: od neutralnych do pozytywnych i od neutralnych do negatywnych. Deklarowały również retrospektywnie nastawienie do porodu naturalnego i do swojego porodu, możliwości wyboru rodzaju porodu i to, jaki poród by wybrały, gdyby miały w tym zakresie pełną swobodę. Poziom swojej wiedzy przed porodem badane matki oceniały retrospektywnie, opierając się na informacjach medycznych (na podstawie m.in. Bigorowska i Gruszczyńska, 2016; Murkoff i Mazel, 2010; Odent, 2010; Kubicka-Kraszyńska i Otffinowska, 2007; Regan, 2016), które prezentowali im członkowie zespołu badawczego (10 obszarów wiedzy dotyczących badanego zagadnienia). Do oceny wykorzystano skalę Likerta 0–5, w której 0 oznaczało brak wiedzy dotyczącej danego aspektu porodu, 1 – wiedzę fragmentaryczną, a 5 – wyczerpującą, rzetelną wiedzę. Przekonania dotyczące porodu wybrano arbitralnie w toku dyskusji i sformułowano jako poznawcze komponenty postaw. Szczegółowe, konkretne postawy zwykle znajdują swoje przełożenie na obserwowane zachowania (Aronson i in., 1997). Badane matki na skali 0–5 określały stopień, w jakim zgadzały się z ich treścią. Kobiety, które potrafiły uzasadnić

swoje przekonania, odpowiadały również na pytanie, dlaczego tak uważały (odpowiedź „nie wiem” oznaczała, że badana nie orientuje się, skąd wzięło się u niej deklarowane natężenie danego przekonania).

Procedura

Badania miały charakter eksploracyjny. Były realizowane w toku przedmiotu do wyboru dla studentów III roku psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Na zajęciach studenci współtworzyli narzędzie badawcze. Następnie każdy student miał za zadanie znaleźć i zbadać pierworódkę, której dziecko w momencie badania nie skończyło jeszcze dwóch lat (w jednym przypadku odstąpiono od tego kryterium ze względu na niezależne od badacza opóźnienie w badaniach – dziecko zdążyło skończyć 2 lata i 2 miesiące). Badania uzyskały pozytywną opinię Komisji ds. Etyki Badań Naukowych przy Wydziale Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego (Opinia z dnia 28.04.2020) i były prowadzone z poszanowaniem zasad etyki. Badane matki poinformowano o celu badań, anonimowości, dobrowolności i sposobie wykorzystania wyników. Badania prowadzone były w czasie przedpandemicznym, od listopada 2018 do września 2020 r.

Wyniki

Sposób porodu a komplikacje

84 badane kobiety podjęły próbę porodu pochwowego, z czego 12 porodów zakończono cesarskim cięciem, które nie było planowane (tzw. ratunkowe), 35 – porodem drogami natury (ze wspomaganiami farmakologicznymi). 15 kobiet rodziło przez zaplanowane cesarskie cięcie, przy czym dwie zadeklarowały, że było to cięcie cesarskie „na życzenie”. W tabeli 1 zebrano komplikacje i utrudnienia dotyczące porodu badanych kobiet. Spośród respondentek tylko jedna doświadczyła porodu siłami natury bez interwencji medycznych, bez żadnej z wymienionych komplikacji, otrzymując jednocześnie wyczerpujące informacje medyczne od personelu, pełne i adekwatne wsparcie od partnera i urodziła dziecko, które otrzymało 10 punktów w skali Apgar.

Tabela 1. Komplikacje i zakłócenia w trakcie porodu drogami natury w grupie kobiet, które nie miały planowanego cięcia cesarskiego

Komplikacje i utrudnienia w trakcie porodu (N = 99)	<i>M</i>	<i>SD</i>	N (%) kobiet, które otrzymały wyczerpujące informacje/pełne wsparcie	
Informacje na temat wykonywanych badań i procedur medycznych – brak informacji w przełożeniu na stres odczuwany przez rodzicą (0 = brak; 5 = wyczerpujące)	3,49	1,64	39 (39)	
Adekwatne wsparcie partnera bądź wybranej osoby towarzyszącej podczas porodu (0 = brak; 5 = pełne i adekwatne)	4,18	1,5	64 (64)	
Komplikacje i utrudnienia w trakcie porodu pochwowego (N = 84)	<i>M</i>	<i>SD</i>	N (%) kobiet, które otrzymały wyczerpujące informacje/pełne wsparcie	
Informacje na temat wykonywanych badań i procedur medycznych – brak informacji w przełożeniu na stres odczuwany przez rodzicą (0 = brak; 5 = wyczerpujące)	3,5	1,61	34 (40)	
Adekwatne wsparcie partnera bądź wybranej osoby towarzyszącej podczas porodu (0 = brak; 5 = pełne i adekwatne)	4,14	1,52	55 (65)	
Konieczność podania sztucznej oksytocyny (N = 84)	nie	1 raz	2 razy i więcej	
	43 (51)	30 (36)	11 (13)	
Zwleknięcie z cc w ocenie matki (N = 84)	brak cc	cc na czas	cc za późno	
	73 (87)	7 (8)	4 (5)	
Nacięcie krocza (N = 84)	nie		tak	
	45 (54)		39 (46)	
Uszkodzenie krocza (N = 84)	nie	delikatne (brak szwów)	średnie (szwy)	duże (szwy)
	23 (27,4)	22 (26)	34 (40,6)	5 (6)
Spowolnienie akcji serca dziecka (N = 84)	nie		tak	
	73 (87)		11 (13)	

Komplikacje i utrudnienia w trakcie porodu pochwowego ($N = 84$)	M	SD	N (%) kobiet, które otrzymały wyczerpujące informacje/pełne wsparcie	
			8 pkt i mniej	9 pkt 10 pkt
Punktacja w skali Apgar ($N = 99$) (2 osoby – b.d.)	7 (7) (punkty: 0*, 1**, 4***, 7**** i 8 trzykrotnie)		14 (14)	76 (76)
Uszkodzenie ciała dziecka ($N = 99$) (2 osoby – b.d.)	nie		tak	
	88 (88)		9 (9)	
Ułożenie dziecka ($N = 99$) (2 osoby – b.d.)	prawidłowe		nieprawidłowe	

* zwleknięcie z cc, niewłaściwe ułożenie dziecka; ** wrodzone zapalenie płuc i sepsa;
 *** spowolnienie akcji serca w trakcie porodu; **** dwukrotnie złamany obojczyk,
 siniaki po porodzie kleszczowym, zaczerwienienie na tyle główki
 cc – cięcie cesarskie
 b.d. – brak danych

Źródło: badania własne.

Odczucia wobec porodu

Zgodnie z deklaracjami pierworódek pozytywne odczucia wobec porodu ($M = 2,8$; $SD = 1,63$) przeważały nad negatywnymi ($M = 1,93$; $SD = 1,7$; test kolejności par Wilcoxona ze względu na brak rozkładów normalnych: $z = 2,48$; $p = 0,01$; $d = 0,52$), a poziom obu – biorąc pod uwagę rozpiętość skali 0–5 – był przeciętny. Poziom zarówno pozytywnych, jak i negatywnych odczuć kobiet, które urodziły drogami natury, nie różnił się istotnie od poziomu odczuć kobiet rodzących przez cięcie cesarskie nieplanowane i planowane, natomiast kobiety rodzące operacyjnie deklarowały dużo większe natężenie odczuć pozytywnych, jeśli cięcie było planowane ($M = 3,53$; $SD = 1,3$), niż wtedy, gdy było nieplanowane ($M = 1,83$; $SD = 1,9$; zastosowano ANOVA rang Kruskala-Wallisa z porównaniami wielokrotnymi ze względu na różne liczności porównywanych podgrup; $z = 2,48$; $p = 0,04$; $g = 1$). Poziom wsparcia od partnera bądź osoby towarzyszącej przy porodzie korelował dodatnio z pozytywnymi odczuciami wobec porodu (korelacje Spearmana: $r = 0,23$; $p = 0,03$) i ujemnie z negatywnymi (korelacje Spearmana: $r = -0,34$; $p < 0,001$).

Retrospektywne oceny nastawienia do swojego porodu – takiego, jaki był planowany – były istotnie wyższe w zakresie emocji pozytywnych ($M = 3,76$; $SD = 1,36$; test kolejności par Wilcoxon: $z = 4,55$; $p < 0,001$; $d = 0,64$) i istotnie niższe w zakresie emocji negatywnych ($M = 1,36$; $SD = 1,49$; analogicznie: $z = 2,28$; $p = 0,02$; $d = 0,36$), przy czym różnice te były umiarkowane.

Spośród 99 badanych 27 zadeklarowało pełną możliwość wyboru sposobu porodu – 4 kobiety rodziły operacyjnie (jedna deklарowała cięcie cesarskie „na życzenie”, jedna – ratunkowe), 23 rodziły pochwowo. Spośród pozostałych kobiet 12 wybrałoby cięcie cesarskie, 6 – poród domowy, 81 – poród naturalny w szpitalu. Oceniane retrospektywnie nastawienie pozytywne wobec porodu naturalnego przed porodem ($M = 3,41$; $SD = 1,59$) w dużym stopniu przeważało nad negatywnym ($M = 1,37$; $SD = 1,52$; test kolejności par Wilcoxon ze względu na brak rozkładów normalnych: $z = 5,87$; $p < 0,001$; $d = 1,31$). 31 kobiet miało nastawienie skrajnie pozytywne, 3 – skrajnie negatywne (wszystkie trzy rodziły pochwowo).

Warunki do porodu naturalnego

Warunki do porodu naturalnego (tab. 2) dla kobiet podejmujących próbę rodzenia pochwowo były zapewnione w ponadprzeciętnym stopniu (uwzględniając średnią skali 0–5 i odchylenie standardowe: $M = 3,69$; $SD = 1,04$). Z pozytywną oceną porodu korelował stopień zapewnienia ciszy ($r = 0,23$; $p = 0,03$) i możliwości wzięcia prysznic ($r = 0,23$; $p = 0,03$), z negatywną z kolei korelował brak spokoju ($r = -0,27$; $p = 0,01$) oraz brak wsparcia personelu medycznego ($r = -0,27$; $p = 0,01$).

Tabela 2. Warunki do porodu naturalnego w grupie kobiet, które nie miały planowanego cięcia cesarskiego

Zapewnione warunki (skala odpowiedzi 0–5)	<i>M</i>	<i>SD</i>
Cisza	3,76	1,36
Niezbyt jasno (przyćmione światło)	3,30	1,68
Możliwość ruchu	3,75	1,53
Brak poczucia bycia obserwowanym	3,20	1,61
Możliwość wzięcia prysznic	3,84	1,70
Uprzedzanie o badaniach/procedurach medycznych	3,77	1,50
Spokój (nieprzeszkadzanie niepotrzebnymi rozmowami, pytaniami)	3,93	1,41
Adekwatne wsparcie personelu medycznego	3,93	1,19

Źródło: badania własne.

Wiedza i przekonania na temat porodu

Wyniki badań wskazują (tab. 3), że przed porodem najwyższy, ponadprzeciętny poziom wiedzy badanych kobiet dotyczył oznak rozpoczęcia porodu oraz znaczenia rodzaju porodu dla zdrowia matki i dziecka ($z = 2,86$; $p = 0,04$; $d = 0,22$; różnica istotna statystycznie pomiędzy pozycjami 1 i 4 w tab. 3). Najniższy (w odniesieniu do skali 0–5 – przeciętny) poziom wiedzy dotyczył działania sztucznej oksytocyny ($z = 3,07$; $p = 0,002$; $d = 0,39$; różnica istotna statystycznie pomiędzy pozycjami 9 i 10 w tab. 3). Średni poziom wiedzy badanych kobiet, uwzględniając skalę odpowiedzi 0–5, był ponadprzeciętny ($M = 3,88$; $SD = 0,83$). Jeśli potraktować ocenę poziomu wiedzy jako skalę, rzetelność pomiaru wynosiłaby 0,87 (wskaźnik α Cronbacha).

Tabela 3. Oceniany retrospektywnie poziom wiedzy pierworódek przed porodem na temat aspektów związanych z porodem w czasie przed porodem

Poziom wiedzy przed porodem na temat (kolejność w wywiadzie)	<i>M</i>	<i>SD</i>
Oznak rozpoczęcia porodu (9)	4,33	0,89
Znaczenia rodzaju porodu (naturalny, cc) dla zdrowia dziecka (6)	4,32	1,03
Znaczenia rodzaju porodu (naturalny, cc) dla zdrowia matki (7)	4,21	1,15
Znaczenia czasu porodu (37.–42. tydzień) dla dziecka (8)	4,11	1,12
Przebiegu porodu (2)	3,88	1,21
Warunków, które powinny być spełnione, by poród naturalny był niezakłócony (1)	3,87	1,19
Sposobów radzenia sobie z bólem porodowym (4)	3,78	1,38
Przyczyn bólu porodowego (3)	3,70	1,42
Możliwych komplikacji podczas porodu (10)	3,60	1,18
Działania sztucznej oksytocyny (podawanej dożylnie) (5)	3,05	1,62

Źródło: badania własne.

Przekonania, z którymi badane kobiety zgadzały się w największym stopniu, dotyczyły tego, że poród naturalny jest lepszym sposobem przyjścia na świat dziecka niż cięcie cesarskie, kobieta powinna spróbować urodzić dziecko naturalnie i że jest to lepszy sposób wydania na świat dziecka dla matki niż cesarskie cięcie ($z = 3,02$; $p = 0,003$; $d = 0,47$; porównania pomiędzy 1. i 4. wynikiem w tab. 4). Najniższe wyniki uzyskano dla stwierdzeń, że cięcie cesarskie jest lepszym sposobem porodu niż

poród naturalny dla dziecka oraz dla matki ($z = 2,56$; $p = 0,01$; $d = 0,31$; porównania pomiędzy wynikiem 8. a 10. w tab. 4). Spośród badanych kobiet swoje przekonania uzasadniało od 47% do 59%, w zależności od rodzaju przekonania (tab. 4). Odnotowano dwie korelacje z negatywną oceną porodu – ujemną z natężeniem przekonania na temat tego, że poród naturalny może być powodem do dumy dla matki ($r = 24$; $p = 0,02$) oraz dodatnią z natężeniem przekonania, że poród niemal zawsze jest bardzo trudny dla kobiety ($r = 0,32$; $p = 0,002$).

Tabela 4. Oceniane retrospektywnie przekonania pierworódek dotyczące porodu w czasie przed porodem

Przekonania kobiet przed porodem na temat porodu (kolejność w wywiadzie)	<i>M</i>	<i>SD</i>	Uzasadnienia <i>N</i> = 99
Poród naturalny jest lepszym sposobem przyjścia na świat dziecka niż cięcie cesarskie (7)	3,92	1,35	53
Kobieta powinna spróbować urodzić dziecko naturalnie (4)	3,80	1,58	59
Poród naturalny jest lepszym sposobem wydania na świat dziecka dla matki niż cięcie cesarskie (8)	3,79	1,42	59
Poród naturalny może być powodem do dumy dla matki (11)	3,14	1,92	57
Sposób porodu (cc, naturalny) nie ma znaczenia dla dalszych kwestii związanych z macierzyństwem (12)	2,92	1,87	52
Poród niemal zawsze jest bardzo trudny dla kobiety (przykre doświadczenia, komplikacje, niemiły personel, brak wsparcia) (13)	2,84	1,45	58
Cięcie cesarskie jest bezpiecznym sposobem porodu dla dziecka (5)	2,80	1,56	58
Cięcie cesarskie jest bezpiecznym sposobem porodu dla matki (6)	2,49	1,49	53
Cięcie cesarskie jest lepszym sposobem porodu dla matki (np. ze względu na mniejsze ryzyko uszkodzeń krocza, brak bólu porodowego i związanego z nim stresu/lęku) niż poród naturalny (10)	2,04	1,71	47
Cięcie cesarskie jest lepszym sposobem porodu dla dziecka (np. ze względu na mniejsze ryzyko uszkodzeń okołoporodowych) niż poród naturalny (9)	2,02	1,55	52

Źródło: badania własne.

Odczucia wobec porodu a badane zmienne

Na zakończenie wykonano dwie dodatkowe analizy regresji krokowej – dla pozytywnych i negatywnych odczuć wobec porodu jako zmiennych zależnych (z analiz wyłączono kobiety, które miały zaplanowane cięcie

cesarskie). Jako predyktory włączono zmienne socjometryczne (wiek matki, jej wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, sytuację materialną oraz płeć urodzonego dziecka), warunki i komplikacje w sytuacji porodu (informacje od personelu medycznego, wsparcie partnera/wybranej osoby, podanie oksytocyny, zwlekanie z cięciem cesarskim, nacięcie krocza, uszkodzenie krocza, spowolnienie akcji serca dziecka w trakcie porodu, uszkodzenie ciała dziecka, ułożenie dziecka oraz punktację dziecka w skali Apgar), retrospektywnie określany średni poziom wiedzy na temat porodu przed porodem, średni stopień spełnienia warunków do porodu naturalnego oraz retrospektywnie określone przekonania na temat porodu. W przypadku emocji pozytywnych uzyskano model z dopasowaniem na poziomie 56%, obejmujący 15 predyktorów, w tym 8 o istotnych ładunkach cząstkowych (tab. 5). W przypadku emocji negatywnych dopasowanie modelu wyniosło 42%, w modelu znalazło się 9 predyktorów, w tym 4 o istotnych ładunkach cząstkowych (tab. 6).

Tabela 5. Wyniki analizy regresji metodą krokową dla poziomu emocji pozytywnych wobec porodu

Predyktory dla emocji pozytywnych wobec porodu (kolejność w wywiadzie) ($R^2 = 0,56$)	β	p
Poród (pochwowy, cięcie cesarskie „ratunkowe”)	-1,62	0,005
Warunki do porodu naturalnego	0,44	0,01
Uszkodzenie krocza	-0,31	0,11
Przekonanie, że poród niemal zawsze jest bardzo trudny dla kobiety (przykre doświadczenia, komplikacje, niemiły personel, brak wsparcia) (13)	-0,50	0,001
Przekonanie, że cięcie cesarskie jest lepszym sposobem porodu dla matki (np. ze względu na mniejsze ryzyko uszkodzeń krocza, brak bólu porodowego i związanego z nim stresu/lęku) niż poród naturalny (10)	0,28	0,03
Przekonanie, że kobieta powinna spróbować urodzić dziecko naturalnie (4)	0,32	0,01
Stan cywilny (małżeństwo, związek nieformalny, nie pozostaje w związku)	-0,48	0,02
Miejsce zamieszkania (wieś, małe miasto, duże miasto)	0,65	0,005
Średni poziom wiedzy na temat porodu przed porodem retrospektywnie	0,06	0,87
Spowolnienie akcji serca dziecka podczas porodu	-1,31	0,02
Punktacja dziecka w skali Apgar po porodzie	-0,22	0,06
Przekonanie, że poród naturalny jest lepszym sposobem wydania na świat dziecka dla matki niż cięcie cesarskie (8)	-0,21	0,23
Wiek matki	-0,44	0,2
Wykształcenie matki (podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe)	0,35	0,15
Adekwatne wsparcie partnera lub wybranej osoby podczas porodu	-0,13	0,3

Źródło: badania własne.

Tabela 6. Wyniki analizy regresji metodą krokową dla poziomu emocji negatywnych wobec porodu

Predyktory dla emocji negatywnych wobec porodu (kolejność w wywiadzie) ($R^2 = 0,42$)	β	p
Miejsce zamieszkania (wieś, małe miasto, duże miasto)	-0,80	0,002
Spowolnienie akcji serca dziecka podczas porodu	0,84	0,11
Przekonanie, że poród niemal zawsze jest bardzo trudny dla kobiety (przykre doświadczenia, komplikacje, niemiły personel, brak wsparcia) (13)	0,45	0,003
Przekonanie, że poród naturalny jest lepszym sposobem wydania na świat dziecka dla matki niż cięcie cesarskie (8)	0,45	0,006
Średni poziom wiedzy na temat porodu przed porodem retrospektywnie	0,43	0,06
Przekonanie, że poród naturalny może być powodem do dumy dla matki (11)	-0,22	0,06
Adekwatne wsparcie partnera lub innej wybranej osoby	-0,18	0,15
Punktacja dziecka w skali Apgar po porodzie	-0,15	0,21
Przekonanie, że cięcie cesarskie jest bezpiecznym sposobem porodu dla matki (6)	-0,15	0,25

Źródło: badania własne.

Wnioski i dyskusja

Celem przeprowadzonych badań było opisanie wybranych doświadczeń okołoporodowych pierworódek, określenie ich retrospektywnej oceny poziomu wiedzy i ich przekonań przed porodem – tego, czym mogą się podzielić w rozmowach z kobietami, które jeszcze nie mają dzieci. Analiza zebranych danych pozwala sformułować kilka najważniejszych wniosków.

Po pierwsze, większość porodów badanych kobiet odbyła się z komplikacjami. Brakowało informacji dotyczących wykonywanych badań i procedur medycznych, nagminnie podawana była sztuczna oksytocyna (49% porodów drogami natury), zdarzyło się zwlekanie z cesarskim cięciem – w ocenie matki (jedno z dzieci urodziło się w skrajnej zamartwicy, mimo wcześniejszego braku informacji o spowolnieniu pracy serca dziecka), odnotowano wysoki odsetek nacięć krocza (46% porodów pochwowych) i/lub jego uszkodzeń (brak uszkodzeń dotyczył mniej niż 1/3 kobiet rodzących drogami natury). Po drugie, pomimo doznawanych trudności badane pierworódki miały dobre warunki do porodu naturalnego – spokój, adekwatne wsparcie personelu medycznego, możliwość skorzystania z prysznicza, były uprzedzane o procedurach medycznych i miały zapewnioną ciszę. Pozytywne było również nastawienie badanych do porodu drogami natury, natomiast niektóre badane deklarowały, że wolałyby rodzić operacyjnie. Po trzecie,

oceniany retrospektywnie poziom wiedzy o porodzie pierworódek był wysoki. Po czwarte, piętnaście z wyróżnionych doświadczeń i przekonań, w szczególności rodzaj porodu, przekonanie przed porodem, że jest to trudne doświadczenie, warunki do porodu naturalnego, uszkodzenie krocza, spowolnienie akcji serca dziecka podczas porodu, ale także takie czynniki, jak miejsce zamieszkania i stan cywilny, pozwoliły przewidzieć ponad połowę zmienności w zakresie emocji pozytywnych pierworódek wobec swojego porodu. Z kolei dziewięć z wyróżnionych doświadczeń i przekonań, zwłaszcza przekonanie o tym, że poród to trudne doświadczenie, a poród naturalny jest lepszy dla matki niż operacyjny, ponadto wiedza o porodzie oraz miejsce zamieszkania, pozwoliły wyjaśnić ponad 40% zmienności w zakresie emocji negatywnych.

W pierwszej kolejności warto zwrócić uwagę na liczbę doświadczanych, obiektywnych i subiektywnych trudności, zwłaszcza w kontekście znaczenia przekonania o tym, że poród niemal zawsze jest dla kobiety bardzo trudny. Przekonanie to nasilało negatywne emocje wobec porodu po porodzie i obniżało pozytywne, zważywszy jednak na uzyskane dane, nie jest ono bezpodstawne. Badania, w których wzięło udział blisko sto kobiet posiadających plan porodu, ujawniły, że oczekiwania wobec porodu rzadko są w Polsce w pełni realizowane, priorytetem jest bowiem bezpieczeństwo matki i dziecka – w sytuacji gdy plan porodu służy podwyższeniu poczucia kontroli rodzącej nad porodem, może on nawet utrudniać współpracę kobiety z personelem medycznym (Romańska i in., 2019). Za optymistyczne można uznać, że w prezentowanych badaniach niemal 40% uczestniczek uzyskało wyczerpujące informacje o badaniach i procedurach medycznych, a adekwatne wsparcie personelu medycznego przy porodach naturalnych było oceniane relatywnie wysoko. Współdeterminacja natężenia pozytywnych emocji wobec porodu przez zapewnione dobre warunki do porodu naturalnego (w tym wspomniane wsparcie), brak spowolnienia akcji serca dziecka w trakcie porodu i wysoka punktacja w skali Apgar koresponduje z wynikami badań wykazującymi wyższe poczucie własnej skuteczności u kobiet, które urodziły dziecko w lepszym stanie i były zadowolone z opieki personelu (Rogała i Ossowski, 2017).

Następnie należy podkreślić, że w retrospektywnej refleksji badanych matek przekonania dotyczące porodu siłami natury generalnie były pozytywne. Oznacza to, że mimo możliwości komplikacji związanych z porodem drogami natury kobiety wolały się go podjąć, niż zdecydować się na operację cięcia cesarskiego (bez wskazań medycznych). Jednakże analiza regresji wykazała, że przekonanie o tym, iż poród naturalny jest lepszym sposobem

wydania na świat dziecka dla matki niż cięcie cesarskie, może nasilać emocje negatywne wobec porodu po porodzie. Z kolei emocje pozytywne wobec porodu po porodzie szczególnie obniżał fakt porodu operacyjnego „ratunkowego”, a nieco nasilało przekonanie przed porodem, że „cięcie cesarskie jest lepszym sposobem porodu dla matki niż poród naturalny”. Można więc przyjąć, że pozytywne nastawienia zarówno do porodu naturalnego, jak i do cięcia cesarskiego będą miały znaczenie dla odczuć kobiety po porodzie.

Nastawienia te nie muszą się wykluczać, jeśli wziąć pod uwagę specyfikę wiedzy potocznej, „zdroworozsądkowej”, przekładającej się na pseudo-homogeniczne myślenie potoczne, łączące w sobie elementy niespójne (Niżnik, 1991). Co więcej, informacje burzące harmonię wiedzy potocznej wynikającej z doświadczeń życiowych są odrzucane, nawet jeśli są prawdziwe. Tym sposobem kobieta, która nie ma/nie miała możliwości urodzenia dziecka drogami natury, może odrzucać zalety tego typu porodu, podobnie jak wady porodu operacyjnego, co zwrotnie może oddziaływać na jej satysfakcję z rodzaju porodu. Ponadto dla części kobiet ciężarnych rozwiązanie ciąży drogą cięcia cesarskiego jest równoznaczne z jedyną możliwą drogą urodzenia dziecka z powodu towarzyszącego im patologicznego lęku przed porodem siłami natury, nazywanego tokofobią (Onik i in., 2019). Chociaż wyniki badań na temat tego, czy perspektywa cięcia cesarskiego redukuje lęk przed porodem, są niejednoznaczne, pojawiają się zalecenia, by kobietom pozwolono na poród operacyjny ze wskazań psychologicznych, jeśli rzeczywiście znacząco obniża to ich poziom lęku (Pomorski i in., 2010). Prowadzone w ramach pracy magisterskiej badania polskie na grupie prawie pięciuset kobiet wykazały, że opinia wobec cięcia cesarskiego jest negatywna (Gucwa, 2021). Jednocześnie autorka badań zaznaczyła, że kobiety niebędące matkami z jednej strony ulegały zdaniu otoczenia, z drugiej jednak obawiały się długiego, bolesnego porodu naturalnego.

Zważywszy na to, że kobiety nieposiadające dzieci relatywnie często wyrażają obawy o przebieg porodu (Kamasz i in., 2021; Studniczek i in., 2020), za budujące można uznać, iż najwyższy poziom wiedzy badanych pierworódek dotyczył możliwych komplikacji okołoporodowych. Badania na próbie 421 polskich kobiet w ciąży wykazały, że poziom wiedzy ciężarnych jest niezadowolający – u ponad 40% kobiet był on dostateczny, dość wysoki i bardzo wysoki przejawiało jedynie 14% uczestniczek badania (Gałązka i in., 2019). W prezentowanych badaniach najniższy poziom wiedzy dotyczył działania sztucznej oksytocyny, co jest szczególnie istotne, biorąc pod uwagę wysoki poziom lęku kobiet przed bólem porodowym (Kamasz i in., 2021). Oksytocyna podawana w kroplówce działa inaczej niż naturalna, za której

sekrecję odpowiedzialny jest mózg. Tylina część przysadki mózgowej wydzielają oksytocynę w sposób pulsacyjny, na przemian z wydzielaną przez korę nadnerczy adrenaliną, która zapewnia siły do porodu, oraz produkowanymi również przez przysadkę endorfinami, które zapobiegają nadmiernemu odczuwaniu bólu, a co z tym idzie – lęku w trakcie porodu (m.in. Odent, 2010). Stały wlew kroplówkowy z oksytocyny indukuje skurcze o innej amplitudzie i większej częstotliwości niż jej naturalna sekrecja (Randolph i Fush, 1989), co może doprowadzić do hiperstymulacji macicy, zagrożenia płodu i krwotoku po porodzie (przegląd badań, m.in. Kubicka-Kraszyńska i Otffinowska, 2007). Na poziomie mózgu oksytocyna działa jak „hormon przywiązania”, wyzwalając więź między matką a nowo narodzonym potomkiem. Sztuczna oksytocyna nie przekracza bariery krew–mózg, nie spełnia więc tej funkcji. Wyzwała natomiast znacząco silniejszy ból porodowy u blisko 80% rodzących, w dodatku u pierworódek zwiększa dwukrotnie ryzyko zakończenia porodu cięciem cesarskim (przegląd badań, m.in. Kubicka-Kraszyńska i Otffinowska, 2007). Podawanie sztucznej oksytocyny może przyspieszyć poród, ale bez wątplenia zwiększa też liczbę dodatkowych interwencji medycznych wobec rodzącej (Wagner, 2006).

Wreszcie za interesujące można uznać wyniki obu analiz regresji. Dla pozytywnych odczuć wobec porodu po porodzie istotne okazało się mieszkanie w dużym w mieście i bycie w stałym związku, przy czym w tym kontekście wsparcie partnera/wybranej osoby podczas porodu przestawało mieć istotne statystycznie znaczenie. Niewykluczone, że to całokształt wsparcia kobiety w ciąży oddziałuje na jej emocjonalną ocenę porodu, podobnie jak na jej stan psychiczny po porodzie (Matecka i Baum, 2023). Zaskakujące z kolei okazało się, że oceniany przez badane poziom wiedzy na temat porodu nasilał emocje negatywne wobec porodu po wydaniu dziecka na świat. Być może działa się tak dlatego, że najwyższy poziom wiedzy dotyczył potencjalnych komplikacji, a te w badanej grupie były stosunkowo częste. Odczucia wobec porodu mogą się przekładać na inicjatywę i spontaniczność dzielenia się matek z innymi osobami swoimi (pozytywnymi bądź negatywnymi) doświadczeniami z okresu okołoporodowego. Zagadnienie to jednakże wymaga dalszych badań.

Na zakończenie należy wspomnieć, że prezentowane badania zawierają liczne ograniczenia, uniemożliwiające generalizację wyników. Przede wszystkim zostały przeprowadzone na relatywnie małej próbie, dobranej w sposób przypadkowy, niehomogenicznej, zważywszy na zmienne socjodemograficzne, i tym samym niereprezentatywnej dla populacji pierworódek. Ponadto skoncentrowano się jedynie arbitralnie na wycinku wiedzy na temat tego,

jakich informacji o swojej sytuacji pierworódki mogą udzielić kobietom, które planują dzieci. Niewykluczone, że w swobodnych wywiadach lub narracjach poruszone zostałyby inne tematy, w inny sposób, co znalazłoby przełożenie na inne nastawienie ewentualnej słuchaczki do porodu. Nie wiadomo również, co miałyby większe znaczenie dla kobiet, które jeszcze nie rodziły – retrospektywne oceny pierworódek czy ich obecny sposób myślenia o aspektach związanych z porodem. Tematyka ta stanowi szerokie pole do eksploracji i prowadzenia badań. Zważywszy na to, że w badanej próbie na 99 kobiet tylko jedna przeżyła „poród idealny”, istotna jest identyfikacja i redukcja komplikacji związanych z porodem. Reasumując, najważniejsze jest podjęcie działań, które mogłyby w przyszłości tę ogromną dysproporcję choć trochę zmienić, w przeciwnym razie może się okazać, że każda pierworódka będzie się mogła podzielić przynajmniej kilkoma negatywnymi doświadczeniami związanymi z własnym porodem.

Literatura

- Adamska-Sala, I., Otfinowska, A. (2017). *Raport z monitoringu oddziałów położniczych w Polsce. Medykalizacja porodu w Polsce*. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku.
- Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Hoboken, NJ: Prentice Hall.
- Bigorowska, M., Gruszczyńska, A. (10–12.2016). *Kurs dla kobiet w ciąży, organizowany przez położne z X Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką*. Bydgoszcz.
- Buckley, S. (2008). Poród w ekstazie – przewidziany przez naturę hormonalny plan porodu. W: A. Otfinowska (red.), *Poród na ostrzu noża. O medycznych, psychologicznych i społecznych aspektach cięcia cesarskiego. XIV Konferencja szkoleniowa Fundacji Rodzić po Ludzku, 18–19 listopada 2008 roku* (ss. 16–25). Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku.
- Creedy, D.K. (2001). Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. *Birth Issues in Perinatal Care*, 27(2), 104–111. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x>
- Czarnocka, J., Slade, P. (2000). Prevalence and Predictors of Post-traumatic Stress Symptoms Following Childbirth. *The British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 35–51. <https://doi.org/10.1348/014466500163095>
- Gałązka, M., Gałąś, D., Trębacz, M., Sieńko-Hans, K. (2019). Ocena wiedzy kobiet ciężarnych na temat porodu oraz metod łagodzenia bólu porodowego. *Pielęgniarstwo Polskie*, 3(73), 271–276.
- Gucwa, S. (2021). *Cięcie cesarskie w opinii kobiet*. Praca magisterska pod kierunkiem prof. dr hab. Agnieszki Gniadek na Uniwersytecie Jagiellońskim. <https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/282027> (dostęp: 27.01.2024).

- Kamasz, E., Pilarska, N., Włodarczyk, A. (2020). Znaczenie traumatycznych narracji porodowych oraz oceny opieki ginekologicznej jako czynnika rozwoju tokofobii w oczach młodych kobiet. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 43(3), 320–333. <https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.401>
- Kamasz, E., Pilarska, N., Włodarczyk, A. (2021). Ciąża i poród w opiniach młodych kobiet. *Przegląd Pedagogiczny*, 1, 193–205. <https://doi.org/10.34767/PP.2021.01.10>
- Krupa, K., Kasica, D., Wojtaszek, M., Ozga, D., Niemczyk, E. (2017). Ocena poziomu bólu porodowego – doniesienie wstępne. *Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece*, 3(1), 1–5. <https://doi.org/10.15374/PwAiIO2017002>
- Kubicka-Kraszyńska, U., Otfinowska, A. (2007). *Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku”*. Fundacja Rodzić po Ludzku. https://rodzicpoludzku.pl/wp-content/uploads/2008/10/opieka_okoloporodowa_w_polsce2007-1.pdf (dostęp: 21.03.2019).
- Matecka, M., Baum, E. (2023). Wsparcie społeczne jako czynnik ochronny w zaburzeniach zdrowia psychicznego okresu okołoporodowego. W: E. Baum, M. Nowosadko, K. Wszolek, S. Jónsdóttir (red.), *Opieka okołoporodowa w kontekście zdrowia psychicznego* (ss. 116–128). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Mazurek, E. (2017). Biograficzne uczenie się i narracyjne uczenie się – ramy teoretyczne. *Edukacja Dorosłych*, 1(76), 51–65.
- Minister Zdrowia (2021). Rządowy Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce na lata 2021–2024. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-kompleksowej-ochrony-zdrowia-prokreacyjnego-w-polsce-w-2021-r> (dostęp: 14.05.2024).
- Murkoff, H., Mazel, S. (2010). *W oczekiwaniu na dziecko*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Niznik, J. (1991). „Potoczność” jako kategoria teoretyczna. W: A. Jawłowska (red.), *Kategoria potoczności. Źródła filozoficzne i zastosowania teoretyczne* (ss. 159–165). Warszawa: Instytut Kultury.
- Odent, M. (2010). *Cięcie cesarskie a poród naturalny. Wątpliwości, konsekwencje, wyzwania*. Wrocław: Wydawnictwo Preeti Agrawal.
- Onik, J., Rusin, M., Materkowska, A., Gryboś, A., Gryboś, M. (2019). Tokofobia ciężarnych – mit czy rzeczywistość? W: D. Żurawicka, I. Łuczak, M. Wojtal, J. Siekierko (red.), *Wybrane aspekty opieki pielęgniarzkiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny*, t. 7. Opole: Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu.
- Parfitt, Y.M., Ayers, S. (2009). The Effect of Post-natal Symptoms of Post-traumatic Stress and Depression on the Couple’s Relationship and Parent–Baby Bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(2), 127–142. <https://doi.org/10.1080/02646830802350831>
- Polska z jednym z najwyższych odsetków cięć cesarskich w Europie (13.02.2019). *Polityka Zdrowotna*. <https://www.politykazdrowotna.com/41449,polska-z-jednym-z-najwyzszych-odsetkow-ciec-cesarskich-w-europie> (dostęp: 21.02.2019).
- Pomorski, M., Woytoń, R., Woytoń, P., Kozłowska, J., Zimmer, M. (2010). Cięcia cesarskie a porody siłami natury – aktualne spojrzenie. *Ginekologia Polska*, 81, 347–351.
- Randolph, G.W., Fush, A.R. (1989). Pulsatile Administration Enhances the Effect and Reduces the Dose of Oxytocin Required for Induction of Labor. *American Journal of Perinatology*, 6(2), 159–166. <https://doi.org/10.1055/s-2007-999568>

- Regan, L. (2016). *Twoja ciąża tydzień po tygodniu. Czego możesz się spodziewać od poczęcia do porodu*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Rogała, D., Ossowski, R. (2017). Poziom poczucia własnej skuteczności kobiet ciężarnych a wybrane aspekty przebiegu porodu. *Pielęgniarstwo Polskie*, 3(65), 450–458.
- Romańska, A., Baranowska, B., Sys, D., Węgrzyn, P. (2019). Wybrane zagadnienia z planu porodu w kontekście oczekiwań kobiet i ich wyników okołoporodowych. *Hygeia Public Health*, 54(2), 123–129.
- Solarczyk-Szwec, H. (2015). Cztery ćwiartki biograficznego uczenia się. *Rocznik Andragogiczny*, 22, 119–134. <https://doi.org/10.12775/RA.2015.006>
- Stępień, E., Dorofeeva, U., Hdyrya, O. (2015). Internet jako źródło wiedzy o przebiegu ciąży, porodu i położu kobiet ciężarnych. *European Journal of Medical Technologies*, 1(6), 39–42.
- Studniczek, A., Borowska-Turyn, A., Laudański, K. (2018). Znaczenie odporności psychicznej oraz karmienia piersią w depresji poporodowej. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 35(3), 233–249.
- Studniczek, A., Kossakowska, K., Bobrowska, K. (2020). Obawy dotyczące psychologicznych i fizjologicznych aspektów ciąży, porodu i położu u kobiet nieposiadających dzieci. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 43(3), 238–259. <https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.305>
- Szymanik-Kostrzevska, A., Michalska, P. (2018). Użyteczność źródeł wiedzy o wychowaniu w opiniach matek małych dzieci. *Wychowanie w Rodzinie*, 17(1), 241–258.
- Szymczak, E. (2014). Instykt macierzyński – mit czy rzeczywistość? Refleksje wokół rozproszenia (powołania) kobiet w XXI wieku. *Studia Edukacyjne*, 33, 227–241.
- Wagner, M. (2006). *Born in the USA: How a Broken Maternity System Must Be Fixed to Put Women and Children First*. Oakland, CA: University of California Press.
- White, T., Matthey, S., Boyd, K., Barnett, B. (2006). Postnatal Depression and Post-traumatic Stress After Childbirth: Prevalence, Course and Co-occurrence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(2), 107–120. <https://doi.org/10.1080/02646830600643874>
- WHO. (2015). *WHO Statement on Caesarean Section Rates*, 1–8. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1 (dostęp: 21.03.2019).
- Wijma, K., Söderquist, J., Wijma, B. (1997). Posttraumatic Stress Disorder After Childbirth: A Cross Sectional Study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(6), 587–597. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00041-8](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00041-8)