

NATALIA MARTULA*

Wydział Psychologii i Kognitywistyki UAM

Kwestionariusz jakości życia kobiet po porodzie¹

Postpartum women's quality of life questionnaire

W pracy przedstawiono etapy konstrukcji *Kwestionariusza jakości życia kobiet po porodzie*, który stworzony został na potrzebę badań własnych. Celem badań było zbadanie poczucia jakości życia kobiet po porodzie oraz ustalenie czynników determinujących jego poziom. Próbę badawczą stanowiło 205 kobiet. W badaniu m.in. skorelowano wyniki *Kwestionariusza jakości życia kobiet po porodzie* z wynikami *Skali satysfakcji z życia (SWLS)*. Ustalono, że ocena satysfakcji z aktualnej sytuacji życiowej istotnie koreluje z funkcjonowaniem kobiet w obszarach emocjonalnym ($r=0,36$), poznawczym ($r=0,52$), fizycznym ($r=0,33$), społecznym ($r=0,56$) i z odczuciami związanymi z opieką nad dzieckiem ($r=0,28$). Inne zastosowane narzędzia to *Kwestionariusz Nadziei na Sukces (KNS)* i *Kwestionariusz temperamentu EAS-D wersja dla dorosłych*. W celu analizy zgodności wewnętrznej testu użyto współczynnika alfa Cronbacha (α). Współczynnik α w badaniu właściwym osiągnął zadawalającą wartość, kolejno dla podskal opieka nad dzieckiem, funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze, fizyczne i społeczne, wyniósł 0,74; 0,83; 0,72; 0,57; 0,74.

Słowa klucze: *poród, jakość życia, temperament, nadzieja na sukces*

The paper presents the stages of construction of the *Postpartum women's quality of life questionnaire*, which was created for the needs of our own research. The aim of the study was to examine the sense of quality of life of women after childbirth and to establish the factors determining its level. The research sample consisted of 205 women. In the study, among others, the results of the *Postpartum women's quality of life questionnaire* were correlated with the results of *The Satisfaction with Life Scale (SWLS)*. It was found that the assessment of satisfaction with the current life situation significantly correlates with women's functioning in the areas of emotional ($r=0.36$), cognitive ($r=0.52$), physical ($r=0.33$), and social ($r=0.56$).) and with feelings related to child care ($r=0.28$). Other tools used were the *Hope for Success Questionnaire (KNS)*, and *Temperament Questionnaire EAS-D adult version*. To analyze the test reliability, Cronbach's alpha formula (α) was used. The α coefficient in the actual study reached a satisfactory value, for the subscales child care, emotional, cognitive, physical and social functioning, it was 0.74; 0.83; 0.72; 0.57; 0.74.

Keywords: *birth, quality of life, temperament, hope for success*

* Adres do korespondencji: martula.nat@gmail.com

¹ Artykuł napisano na podstawie pracy magisterskiej pod tytułem „Wybrane korelaty psychologiczne poczucia jakości życia kobiet po porodzie”, przygotowanej pod kierunkiem prof. dr. hab. Elżbiety Hornowskiej, recenzowanej przez prof. dr hab. Władysława Jacka Paluchowskiego w Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza. Pełną wersję kwestionariusza uzyskać można kontaktując się z autorką tekstu.



Wprowadzenie teoretyczne

Wstęp

W ciągu 9 miesięcy ciąży i 6 tygodni połogu w ciele kobiety zachodzą ogromne zmiany. Są to zmiany zarówno w obszarze somatycznym jak i psychicznym. Kobieta staje się matką, a to wywiera skuteczny wpływ na jej życie i postrzeganie jej sytuacji życiowej. Rodzicielstwo jest fazą rozwoju człowieka dorosłego i wywołuje zwykle pozytywne efekty np. wzrost integralności osobowości. Przez wielu jest to moment uznawany za kryzys, inni natomiast traktują go jako pozytywny czas wchodzenia w nową, życiową rolę (Matuszewska, 2003, za: Lichtenberg-Kokoszka, 2016).

Połowowi często towarzyszą zaburzenia okołoporodowe. Wyniki badań wskazują, że ryzyko wystąpienia poporodowej depresji to ok. 13-19% , ale już 40-80% kobiet boryka się z łagodniejszym zaburzeniem jakim jest przygnębienie poporodowe (Golec i in., 2016). Przegląd literatury pozwolił wyciągnąć wniosek, że najbardziej popularną wśród badaczy tematyką są właśnie zaburzenia nastroju u kobiet po porodzie. Jednakże poród może mieć inne konsekwencje i wywierać wpływ na funkcjonowanie kobiet w obszarze fizycznym, poznawczym czy społecznym, a to wpływać na ich poczucie satysfakcji z życia. Rzadko jednak bada się w Polsce poczucie jakości życia wśród położnic, a w środowisku badawczym nie ma zbyt wielu narzędzi do tego celu. W związku z tym postawiono sobie za cel skonstruowanie narzędzia, które jak najbardziej miarodajnie będzie odzwierciedlało poziom satysfakcji z życia kobiet po porodzie. Ważne było, aby metoda ta była czuła na problemy kobiet w różnych sferach ich życia. Dlatego też kwestionariusz ten powstawał w oparciu o przegląd badań, kwestionariuszy innych autorów w zbliżonej tematyce, a także obserwacji kobiet, ich nastrojów i zgłaszanych problemów po porodzie.

Pojęcie jakości życia

W czasach współczesnych intensyfikujące zainteresowanie jakością życia datuje się na lata pięćdziesiąte XX wieku (Trzebiatowski, 2011). Medycyna osiągnęła cel, jakim było wydłużenie ludzkiego życia. Postawiono więc jej kolejne zadanie – poprawę jakości życia (Papuć, 2011). W psychologii pojęcie jakości życia często zamiennie jest stosowane z pojęciami szczęścia, dobrostanu psychicznego, satysfakcji z życia czy zadowolenia z życia. Tworzone przez badaczy definicje w większości bazują na tych określeniach (Lichtenberg-Kokoszka, 2016). Mimo wielu lat rozważań, nie ustalono jednak jednolitej i uniwersalnej

definicji jakości życia. Przegląd literatury pozwolił na wyciągnięcie wniosku, że jakość życia jest różnie definiowana w zależności od dziedziny nauki.

WHO (1998) definiuje jakość życia jako indywidualne wnioskowanie przez człowieka o swojej sytuacji życiowej w kontekście kultury w jakiej żyje i hierarchii wartości, które wyznaje. Zwraca również uwagę na odniesienie swojej życiowej pozycji do celów stawianych przez jednostkę, jej oczekiwań, standardów i obaw. Tak szeroko rozumiana jakość życia obejmuje w sposób holistyczny zdrowie fizyczne, stan psychiczny, poziom niezależności, relacje społeczne, osobiste wierzenia i ich związek z zasadami panującymi w środowisku. Pomimo tego ukazuje jakość życia w świetle subiektywnej oceny zależnej od warunków kulturowych, środowiskowych i społecznych. Wg. WHO (1998) tak pojmowana jakość życia nie jest tożsama z pojęciami stan zdrowia, styl życia, zadowolenie z życia, stan psychiczny, dobrostan (*well-being*).

Jakość życia może być rozumiana w dwóch kategoriach, subiektywnie i obiektywnie. Subiektywne rozumienie jakości życia badacze wiążą z hierarchią wartości. Człowiek sam ocenia poszczególne płaszczyzny swojego życia wydarzenia, problemy lub życie jako całość i nadaje im konkretną wagę. To w jaki sposób to robi zależy od jego adaptacji do życia, cech osobowości, aktywności, odporności na zmiany, jego przeszłości i planów na przyszłość. Obiektywne rozumienie jakości życia dotyczy oceny warunków środowiskowych, materialnych oraz społeczno-kulturowych funkcjonowania człowieka. Obiektywne czynniki można podzielić na te, które dotyczą całego społeczeństwa np. dostęp do mediów, PKB, stopień czystości wód, powietrza, jakość usług, poziom ochrony zdrowia, edukacji oraz na te które dotyczą poszczególnych osób jak chociażby warunki materialne, mieszkaniowe, zdrowotne. Pomiedzy obiektywną, a subiektywną oceną jakości życia nie ma prostych zależności. Można być zadowolonym z życia pomimo złych warunków, a można oceniać nisko zadowolenie z życia, chociaż jego warunki są bardzo dobre (Cierpiałkowska i Sęk, 2016, Czapiński, 2001).

Ocena jakości życia zależna będzie od etapu rozwoju jednostki w cyklu życia oraz zdobywania codziennych doświadczeń. Człowiek na każdym etapie rozwoju ma do zrealizowania różne życiowe zadania. Możliwości osoby do wypełniania tych zadań są wskaźnikiem jakości rozwoju i życia. W związku z czym ocena jakości życia zmienia się w toku życia w zależności od wieku, postawionych sobie celów, a także doskonałości mentalnych schematów poznawczych. (Bańka, 2005).

Ciekawą propozycją na definicje jakości życia jest również cebulowa teoria szczęścia Czapińskiego. Czapiński (2017) stworzył koncepcję w której zakłada, że dobrostan

ukształtowany jest warstwowo na wzór cebuli. Wyodrębnia ona trzy poziomy dobrostanu psychicznego. Warstwa najgłębsza to wola życia, która jest uwarunkowana genetycznie. Jej zadaniem jest utrzymywanie stałego, typowego dla jednostki, poziomu szczęścia. Poziom środkowy to ogólny dobrostan subiektywny. Podlega on hedonistycznym oraz eudajmonistycznym wskaźnikom dobrostanu. Wymiar hedonistyczny zakłada, że nie ważne są realizowane przez jednostkę cele, ważne jest to czy jednostka jest w ogólnym rozrachunku życia z niego zadowolona. W wymiar eudajmonistyczny wpisują się pojęcia sensu życia, jego wartości, dalekosiężnych planów, własnych potrzeb. Trzecią warstwę dobrostanu tworzą najświeższe doznania emocjonalne i satysfakcje cząstkowe. Koncepcja ta wyjaśnia stałość poczucia szczęścia mimo zmieniających się warunków.

Pojęcie jakości życia zaczęto obszerniej stosować w naukach medycznych. Chęć sprecyzowania tego pojęcia spowodowała wprowadzenie nowego terminu- jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (*health related quality of life, HRQoL*). Po raz pierwszy został on użyty przez Schipperę i jego współpracowników (1996, za: Papuć 2011). A definiował on go jako „funkcjonalny efekt choroby i konsekwencje jej leczenia z punktu widzenia pacjenta” (Shipper i in., 1996, za: Papuć, 2011, s. 143).

Trzebiatowski (2011) wyróżnia cztery płaszczyzny funkcjonowania pacjentów. Są to: stan fizyczny, psychiczny, stosunki społeczne i predyspozycje ekonomiczne, a także odczucia z ciała. Zwraca uwagę, że *HRQoL* nie jest miarą obiektywną, choć mogłoby się tak wydawać. Często lekarze spotykają się z sytuacją, gdzie ludzie chorzy lepiej oceniają swój poziom jakości życia od osób zdrowych. Otóż dowiedziono, że osoby zmagające się z groźnymi chorobami potrafią zaadaptować się do nowej sytuacji dzięki mechanizmom obronnym i wówczas bardziej są zadowoleni z życia niż osoby w lepszym położeniu. Ocena jakości życia związana ze zdrowiem zależy więc nie tylko od czynników obiektywnych, ale również od zasobów emocjonalnych, poznawczych, czy zdolności do adaptacji osoby chorej.

Nie sporządzono w naukach medycznych jednej, uniwersalnej dla każdej specjalizacji, definicji jakości życia. Wyznaczono jednak części składowe pojęcia jakości życia zależnego od stanu zdrowia określone wg czynników fizycznych, stanu psychicznego, stopnia niezależności, relacji społecznych, warunków środowiskowych oraz wymiaru duchowego (Ślęczak-Czakon, 2018).

Jakość życia wśród kobiet po porodzie

Badacze z dużym zaciekawieniem pracują nad analizą jakości życia związaną ze zdrowiem, co owocuje powstającymi czasopismami o tej tematyce oraz metodami badawczymi, których zadaniem jest analiza jakości życia. Niestety mimo wyczerpującego temat piśmiennictwa, niewiele jest prac badawczych dotyczących jakości życia kobiet ciężarnych i kobiet po porodzie (Nowakowska-Głąb, Maniecka-Bryła, 2010).

Nowakowska-Głąb, Maniecka-Bryła (2010) uznały, że badania nad jakością życia kobiet w ciąży i po porodzie tworzą odrębną kategorię. Zwyczajowo takie dolegliwości jak zmęczenie, ospałość, zmęczenie, obniżenie aktywności, zmniejszony udział w życiu społecznym, niemożność pracy w zawodzie obniżają poziom jakości życia. Jednak w ciąży czy po porodzie tego typu schorzenia czy trudności są powszechne. Stąd też zdefiniowanie pojęcia jakości życia w kategoriach porodu i połogu jest sporym wyzwaniem.

Macierzyństwo zmienia mózg kobiety bezpowrotnie. W wyniku kontaktu z noworodkiem, który uruchamia wydzielanie odpowiednich hormonów, w mózgu powstają neurochemiczne szlaki wyzwalające matczyne zachowania (Fries i in., 2005, Carter, 2003, Kinsley i in., 1999, Morgan i in., 1992, za: Brizendine, 2006). Nierzadko zachowania te są przyczyną konfliktów, z którymi kobieta musi się zmagać. Badaczki (Gebuza i in., 2018) badając zależność między zadowoleniem z życia a otrzymywanym wsparciem społecznym przez kobiety w ciąży i po cięciu cesarskim, utożsamiały pojęcie zadowolenia z życia z poczuciem satysfakcji z życia. Poczucie satysfakcji z życia rozumiały jako subiektywną ocenę różnicy między ustalonym na wstępie wzorcem, a aktualną ich sytuacją. Z badania wywnioskowano, że zadowolenie z życia w okresie poporodowym u kobiet jest istotnie związane z otrzymanym wsparciem społecznym od partnerów. Poród to przełomowy moment, kiedy uwaga społeczeństwa z matki zostaje przerzucona na dziecko. Matka czuje się więc samotna ponieważ więź między nią, a dzieckiem nie zostaje jeszcze w pełni wykształcona. Kobieta stoi przed trzema zadaniami. Pierwszym jest odszukanie swojego miejsca przy dziecku, drugim wykształcenie z nim więzi, trzecim nawiązanie relacji ze światem i rodziną w nowej rzeczywistości (Fijałkowski, 2006).

Bobek z zespołem (2018) w swojej pracy zdecydowali się odpowiedzieć na pytanie czy istniała różnica w ocenie jakości życia kobiet po porodzie siłami natury i cięciu cesarskim, który to przysparza więcej problemów natury fizycznej. W celu sprawdzenia postawionych hipotez wykorzystali kwestionariusz EQ-5D-3L (Euro – Quality of Life Questionnaire) który bada jakość życia jednostki na podstawie jej subiektywnej oceny

odnośnie zdolności do poruszania się, samoopieki oraz zwykłej działalności, odczuwania bólu i niepokoju. A także umożliwia ocenę stanu zdrowia w skali VAS (Visual Analog Scale). Jest to narzędzie pozwalające ocenić swoje zdrowie w skali od 0 do 100, gdzie 0 to najgorsze, a 100 najlepsze zdrowie. Ustalono, że poród siłami natury w porównaniu do ukończenia ciąży przez cięcie cesarskie skutkuje, subiektywnie ocenianą, wyższą jakością życia kobiet w okresie wczesnego połogu. Zmiany związane z wyglądem fizycznym, stanem zdrowia podczas połogu oraz zmianami hormonalnymi, powodzenie w sposobie karmienia dziecka, zdolność do responsywnej opieki nad noworodkiem oraz zmiany w popędzie seksualnym (Škodič Zakšek, 2015) mają znaczenie dla zadowolenia z relacji z partnerem a także subiektywnie ocenianym samopoczuciem.

W literaturze przedmiotu podkreśla się zmiany funkcjonowania poznawczego położnic. Kobieta po porodzie oraz w czasie karmienia piersią może borykać się z rozkojarzeniem. Powodem problemów z koncentracją uwagi może być neurochemia organizmu w czasie karmienia, ale i również brak snu. Brinzendine (2006) zwraca również uwagę na fakt reorganizacji struktur mózgowych odpowiedzialnych za uwagę, które po porodzie skupiają się na opiece nad dzieckiem. Matki, różnią się od kobiet nieposiadających potomstwa, lepszą pamięcią przestrzenną, większą odwagą i znaczniejszymi umiejętnościami adaptacyjnymi. Dzięki temu potrafią zadbać o bezpieczeństwo własnych dzieci.

Badania przeprowadzone przez Symon i in.(2003) kwestionariuszem MGI (mother generated-index) dowiodło, że najczęściej wspomnianą przez kobiety dolegliwością po porodzie było zmęczenie. Ponadto kobiety skarżyły się również na ograniczony czas dla siebie i innych w tym męża, niską samoocenę, negatywne uczucia względem dziecka. W badaniu Gebuzy i współpracowniczek (2015) około połowa badanych zwracała również uwagę na lęk o zdrowie dziecka i obawy o opiekę nad dzieckiem. Ponadto kobiety wymieniały również zwiększenie odpowiedzialności i opiekuńczości, pojawienie się roztargnienia, rozdrażnienia i płaczliwości. Tego typu objawy mogą wskazywać również na, towarzyszące często połogowi, zaburzenia psychiczne. Zwykle wymienia się trzy rodzaje zaburzeń poporodowych. Są to: przygnębienie poporodowe, depresja poporodowa, psychoza poporodowa (Bielawska-Batorowicz, 2006; Kosińska-Kaczyńska i in., 2008). Smutek poporodowy jest najczęstszą przypadłością, dotyka około 80-85% kobiet (Bielawska-Batorowicz, 2006). Z badań jednocześnie wywnioskować można, że kobiety najczęściej czują radość z pojawienia się potomstwa oraz uczucie spełnienia (Symon i in., 2003; Gebuza i in., 2015).

Żaden z wyżej wymienionych kwestionariuszy otwarcie nie bada odczuć związanych z poziomem jakości życia kobiet po porodzie w kategoriach poznawczej, emocjonalnej, społecznej i związanej z opieką nad dzieckiem, która tak ważna jest w przypadku badań jakości życia kobiet po porodzie. Wszystko to wskazuje na potrzebę nowego narzędzia. Kwestionariusz jakości życia kobiet po porodzie stanowi jego propozycję.

Badanie własne

Opis kwestionariusza

Kwestionariusz jakości życia kobiet po porodzie jest narzędziem własnej konstrukcji. Stworzony został na podstawie doniesień z literatury, analizy innych kwestionariuszy, a także obserwacji zmagania kobiet po porodzie. Bada on jakość życia w kontekście pięciu czynników obejmujących funkcjonowanie poznawcze, fizyczne, emocjonalne, społeczne, a także opiekę nad dzieckiem.

Opieka nad dzieckiem rozumiana jest w kategoriach karmienia piersią, uczuć odpowiedzialności i fizycznego zmęczenia oraz zmianą dotychczasowych rutyn i schematów dnia codziennego. Funkcjonowanie społeczne oceniane jest poprzez udział w życiu rodzinnym i towarzyskim, relacje partnerskie, poziom otrzymywanego wsparcia od rodziny i przyjaciół, warunki życia. Funkcjonowanie poznawcze obejmuje zdolność koncentracji uwagi, zapamiętywania informacji, myślenie o przyszłości, subiektywną ocenę swojego życia, cele życiowe. Funkcjonowanie emocjonalne obejmuje poczucie winy, bezpieczeństwa, zaniepokojenia, lęku, anhedonii. Natomiast funkcjonowanie fizyczne oceniane jest w kategoriach samoobsługi, snu, odżywiania, odczucia bólu.

Kwestionariusz składa się z 30 stwierdzeń, każdej z podskal dotyczy 6 pytań. Kobiety mają do wyboru jedną z siedmiu odpowiedzi, która jest najbliższa temu, jak najczęściej czuły się w ciągu pierwszych trzech miesięcy po porodzie. Punktowanie odpowiedzi na poszczególne pozycje jest następujące: 1- Zupełnie nie zgadzam się, 2- Nie zgadzam się, 3- Raczej się nie zgadzam, 4- Nie wiem, 5- Raczej się zgadzam, 6- Zgadzam się, 7- Całkowicie się zgadzam. Pozycje o numerach: 8, 10, 11, 13, 14, 17, 20, 21, 22, 25, 26, 30 należy punktować odwrotnie. Uzyskane wyniki należy analizować oddzielnie dla każdej z podskal.

Zdecydowano się na badanie samopoczucia w okresie pierwszych trzech miesięcy z powodu wyników, jakie niosą za sobą badania Sharma i Khan (2010 za: Jaeschke in., 2012). Stwierdzili oni, że depresja poporodowa może rozwinąć się w ósmym, a nawet dwunastym tygodniu po porodzie, co może znacząco wpływać na poczucie satysfakcji z życia (Sharma,

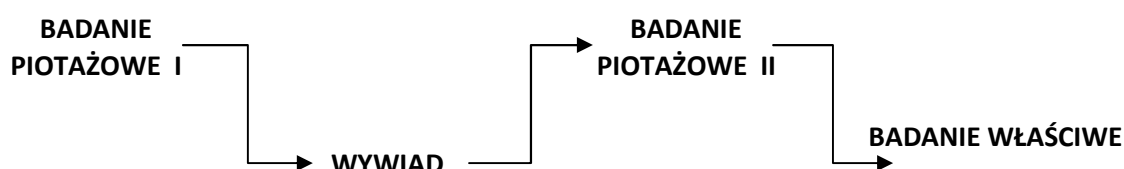
Khan, 2010, za: Jaeschke in., 2012). Wykazano również, że w okresie sześciu miesięcy po porodzie zaburzenia nastroju występują częściej u kobiet niż w innych okresach życia (Burt, Hendrick, 2005, za: Bielawska - Batorowicz, 2006). Na przykład w przypadku depresji poporodowej, u 1/3 kobiet obserwujemy objawy już po czterech tygodniach po porodzie, natomiast u pozostałych kobiet, objętych tym zaburzeniem, objawy zauważono po dziesięciu do czternastu tygodni po porodzie (Hanley, 2020). Również kobiety biorące udział w badaniu pilotażowym zwracały uwagę na to, że ich nastrój obniżał się ok. dwóch, trzech miesięcy po porodzie.

Etapy konstrukcji kwestionariusza

Kwestionariusz jakości życia kobiet po porodzie konstruowany był w kilku etapach. Pierwszym krokiem było sporządzenie puli pozycji testowych. Następnie przeprowadzono badanie pilotażowe, którego efektem było usunięcie pytań niezrozumiałych lub zmiana ich treści, a także poprawienie instrukcji badania. Ostatecznie przeprowadzono badanie właściwe i obliczono wskaźnik zgodności wewnętrznej (alfa Cronbacha). Schemat etapów badania

Rysunek 4.1

Schemat etapów badania



Źródło: opracowanie własne

przedstawiono na rysunku 4.1.

Sporządzenie puli pozycji testowych

Procedura doboru pozycji do właściwej wersji *Kwestionariusza jakości życia kobiet po porodzie* miała charakter teoretyczno-formalny. Tworzono i wyłaniano pozycje tak, by zgodne były z teoretycznym podłożem badanego konstruktów.

Zgromadzono wyjściową pulę stwierdzeń dla poszczególnych podskal kwestionariusza na podstawie analizy i przeglądu innych kwestionariuszy badających jakość życia oraz służących do wykrywania depresji (m.in. SWLS, EPDS, CES-D, PHQ-9, WHQOL-

BREF, EORTC QLQ-C30, EQ-5D-5L), doniesień z literatury i opisów objawów zaburzeń afektywnych, a także monitorowania i przeglądania różnych grup i forów internetowych skupiających kobiety będące po porodzie, dzielących się swoimi troskami i radościami. Większość pozycji testowych utworzonych zostało samodzielnie. Wstępna wersja *Kwestionariusza jakości życia kobiet po porodzie* zawierała 24 twierdzenia obejmujące sfery emocjonalną, fizyczną, społeczną i poznawczą.

Badanie pilotażowe

Badanie właściwe poprzedzone zostało badaniami pilotażowymi. Grupa badanych do badań pilotażowych dobrana była na podstawie doboru celowego. Osoby badane musiały spełniać kryterium odbytego porodu w ciągu 6 miesięcy przed badaniem. W ten sposób wybrano do badań dwie osoby. Jedną z nich była studentka III roku psychologii na Uniwersytecie Adama Mickiewicza w Poznaniu. Natomiast drugą osobą była 26 letnia kobieta z wykształceniem średnim. Obie kobiety były kolejno 14 tygodni i 25 tygodni po porodzie w czasie przeprowadzania badania.

Badania pilotażowe miały na celu sprawdzenie zrozumiałości i dokładności twierdzeń oraz instrukcji *Kwestionariusza jakości życia kobiet po porodzie*. Osoby badane zostały zapytane również o to jakie emocje wzbudza w nich kwestionariusz. Czy czuły się swobodnie w czasie jego rozwiązywania i czy nie poruszył wrażliwej dla nich sfery. Badanie wstępne otwarte było również na wszelkie sugestie odnośnie kwestionariusza. Badane mogły podzielić się swoimi spostrzeżeniami, a także udzielić wskazówek co do treści pytań, o co warto byłoby zapytać, co dla nich wydaje się istotne w takim badaniu. W czasie weryfikacji konstrukcji wyżej wymienionego kwestionariusza badane zwróciły uwagę na czas eksploracji własnych doświadczeń, który pierwotnie wynosił 2 tygodnie po porodzie. Wydawał się on kobietom nieadekwatny do swoich odczuć i wahań nastroju w czasie połogu. Wobec czego czas ten został wydłużony do trzech miesięcy po porodzie.

Ostateczna wersja kwestionariusza wzbogacona została o twierdzenia z zakresu opieki nad dzieckiem. Podstawą wyboru poszczególnych pozycji do ostatecznej wersji testu był współczynnik alfa Cronbacha. Wyjściowa wersja kwestionariusza zawierała 30 pozycji.

Dane zostały uzyskane poprzez wywiad drogą elektroniczną. Zebrane informacje miały charakter jakościowy.

Po wprowadzeniu poprawek kobiety otrzymały kwestionariusz raz jeszcze, aby ponownie sprawdzić jego zrozumiałość i zawartość.

Badanie właściwe

W badaniach własnych podjęto próbę stworzenia narzędzia pomiarowego satysfakcji z życia kobiet krótko po porodzie oraz jej znaczenia dla ogólnej oceny jakości życia kobiet. Ponadto zdecydowano o zbadaniu znaczenia nadziei na sukces, temperamentu oraz zmiennych pobocznych takich jak miejsce porodu, zaplanowanie ciąży, obecność bliskiej osoby przy porodzie, oceny opieki okołoporodowej, uzyskania wystarczającej ilości informacji na temat porodu oraz opieki nad dzieckiem, przebiegu porodu zgodnego z oczekiwaniami. Założono, że te czynniki mogą mieć znaczenia dla aktualnej oceny jakości życia położnic.

Operacjonalizacja zmiennych

Wspólnym mianownikiem podkreślanym przez autorów jest subiektywność dokonywanej oceny jakości życia, przy jednoczesnym zaznaczaniu wieloaspektowości tego pojęcia. Na potrzeby badania przyjęto, że dla oceny jakości życia w ciągu pierwszych trzech miesięcy po porodzie znaczenie mogą mieć ocena funkcjonowania poznawczego, społecznego, emocjonalnego oraz fizycznego kobiety, a także jej odczucia związane z opieką nad dzieckiem.

Nadzieja na sukces rozumiana jest jako posiadanie umiejętności pozwalających na osiągnięcie sukcesu. Składa się z 2 komponentów: przekonania o posiadaniu silnej woli, czyli zdolności do wykonania określonego zamysłu, bez względu na przeciwności, które występują w toku przedsięwzięcia oraz przekonania o umiejętności znajdowania rozwiązań, tj. o własnej kompetencji i zaradności do sformułowania odpowiedniej techniki, która umożliwi skuteczne wypełnienie woli (Łąguna i in., 2005).

Za obowiązującą w badaniu definicję temperamentu przyjęto „obecne od wczesnego dzieciństwa, odziedziczone cechy osobowości” (Buss, Plomin, 1984, s.84 za: Strelau, Zawadzki, 2008, t.1, s.787). Cechami temperamentu w tym ujęciu są emocjonalność, aktywność i towarzyskość.

Metoda

W badaniu właściwym zastosowano *Kwestionariusz jakości życia kobiet po porodzie*, aby zweryfikować postawioną hipotezę, że ocena jakości życia w ciągu pierwszych trzech miesięcy po porodzie pozostaje w związku z aktualną oceną jakości życia. Rzetelność

końcowej wersji Kwestionariusza jakości życia kobiet po porodzie określono w oparciu o zgodność wewnętrzną przy użyciu współczynnika alfa Cronbacha. Współczynnik α w badaniu właściwym, dla podskali opieka nad dzieckiem wynosił 0,74, a dla funkcjonowania emocjonalnego, poznawczego, fizycznego i społecznego, kolejno wyniósł 0,83; 0,72; 0,57; 0,74. Uwzględniono także wymiar nadziei na sukces oraz roli temperamentu w dokonywanej przez kobiety oceny jakości życia po porodzie.

Kwestionariusz Nadziei na Sukces (Łaguna i in., 2005) składa się z 12 twierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się wybierając jedną z odpowiedzi umieszczonej na ośmiostopniowej skali. Kwestionariusz dostarcza wyniku ogólnego nadziei na sukces, a także pozwala na uzyskanie osobnego wyniku dla umiejętności znajdowania rozwiązań i siły woli. Wskaźnik zgodności wewnętrznej (alfa Cronbacha) polskiej wersji KNS wyniósł 0,82, co wskazuje na wysoką rzetelność tego kwestionariusza. Popelniany przy szacowaniu wyniku prawdziwego błąd wynosi jedynie 18%. Wskaźniki zgodności wewnętrznej dla podskal przekonań o umiejętności znajdowania rozwiązań i przekonań o silnej woli wynosiły kolejno 0,72 i 0,76, co również stanowi zadawalający wynik. Obliczono także standardowy błąd pomiaru (SEM) oraz wyznaczono przedziały ufności (PU) z 5% prawdopodobieństwem błędu. I tak dla wyniku ogólnego błąd standardowy pomiaru (SEM) wyniósł 3,45, a PU: +/- 6,77, dla umiejętności znajdowania rozwiązań SEM = 2,27, PU = +/- 4,45, dla siły woli SEM = 2,43, PU = +/- 4,75 (Łaguna i in., 2005). W badaniu własnym alfa Cronbacha dla skali nadzieja na sukces wyniosła 0,91, a dla podskal umiejętność znajdowania rozwiązań i siła woli, kolejno wynosiła 0,84 i 0,86.

Kwestionariusz temperamentu EAS-D (Oniszczenko, 1997) został opracowany przez Arnolda Bussa i Roberta Plomina. Opiera się on na stworzonej przez nich koncepcji temperamentu, która wyróżnia trzy cechy osobowości: emocjonalność, aktywność i towarzyskość. Kwestionariusz zawiera 20 stwierdzeń, ocenianych na pięciostopniowej skali. Współczynniki rzetelności (alfa Cronbacha) dla poszczególnych komponentów skali EMOCJONALNOŚCI tj. niezadowolenia, strachu i złości wynosiły kolejno 0,74; 0,70 i 0,59. Wskaźnik zgodności wewnętrznej dla AKTYWNOŚCI wyniósł 0,67, natomiast dla TOWARZYSKOŚCI 0,57 (Oniszczenko, 1997). W badaniu własnym alfa Cronbacha, dla poszczególnych podskal EMOCJONALNOŚCI tj. niezadowolenia, strachu, złości kolejno wynosiła 0,81; 0,63; 0,59. Dla AKTYWNOŚCI współczynnik rzetelności wyniósł 0,60, a dla TOWARZYSKOŚCI 0,61.

Skala satysfakcji z życia SWLS (Juczyński, 2001) złożona jest z 5 twierdzeń. Osoba badana musi oszacować na ile podane twierdzenia opisują jej dotychczasowe życie. Oceny tej

dokonyuje na siedmiostopniowej skali (1- zupełnie nie zgadzam się, 2- nie zgadzam się, 3- raczej nie zgadzam się, 4- ani się zgadzam ani nie zgadzam, 5- raczej zgadzam się, 6- zgadzam się, 7- całkowicie zgadzam się). Kwestionariusz bada ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Zadowolenie to powstaje na drodze porównywania wyznaczonych przez siebie standardów z rzeczywistością. Wskaźnik zgodności wewnętrznej (alfa Cronbacha) SWLS wynosi 0,81, co daje nam zadawalający wynik i możemy twierdzić o wysokiej rzetelności testu. Błąd standardowy pomiaru wynosi 0,21 (Juczyński, 2001). W badaniu własnym alfa Cronbacha dla skali satysfakcja z życia wyniósł 0,86.

Dane socjodemograficzne zebrane zostały w formie metryczki. Metryczka zawierała 20 pytań. Dotyczyły one m.in. miejsca porodu, oceny opieki okołoporodowej, okoliczności porodu.

Grupa badana i procedura badania

Badanie miało formę indywidualną i zostało przeprowadzone zdalnie, bez nadzoru badacza. Grupa badanych do badań właściwych została stworzona na podstawie ochotniczych zgłoszeń. Zdecydowano się na zastosowanie takiej procedury ze względu na panującą pandemię wirusa SARS-CoV-2 i prowadzenie badań za pośrednictwem Internetu. Badania właściwie przeprowadzono na grupie $n=247$ badanych, z czego 42 wyniki zostały odrzucone ze względu na niespełnienie kryteriów zgłoszenia. W badaniu brały udział same kobiety w ciągu najdalej 25 tygodni po porodzie. Kobiety były w wieku reprodukcyjnym, a jego średnia wynosiła 28 lat ($SD=4,38$).

Wyniki

W badaniu wykorzystano model korelacyjno-regresyjny. Aby zweryfikować postawione hipotezy badawcze przeprowadzono analizę korelacji metodą r_s Spearmana oraz analizę różnic międzygrupowych.

Ustalono, że wysoki poziom nadziei na sukces wiąże się z wysoką oceną satysfakcji z aktualnej sytuacji życiowej ($r=0,55$) oraz z lepszym funkcjonowaniem kobiet w obszarach emocjonalnym ($r=0,29$), poznawczym ($r=0,52$), fizycznym ($r=0,26$), społecznym ($r=0,41$) i z odczuciami związanymi z opieką nad dzieckiem ($r=0,29$).

Z badań wynioskowano, że wysokie natężenie emocjonalności wpływa zarówno na niską, aktualną ocenę jakości życia oraz na niską ocenę jakości życia w ciągu pierwszych trzech miesięcy po porodzie. Wysokie natężenie towarzyskości determinuje poczucie satysfakcji z aktualnej sytuacji życiowej ($r=0,20$) oraz lepsze funkcjonowanie w obszarze

poznawczym ($r=0,14$), fizycznym ($r=0,21$), społecznym ($r=0,20$) i związanym z opieką nad dzieckiem ($r=0,18$). Wysokie natężenie aktywności wpływa na wyższą satysfakcję z aktualnej sytuacji życiowej ($r=0,15$).

Pomimo tego w pracy wykazano, że poród zgodny z oczekiwaniami, planowanie ciąży, poziom uzyskanej wiedzy odnośnie opieki nad dzieckiem, status związku, wiek, wykształcenie oraz opieka okołoporodowa mają udział w poczuciu jakości życia kobiet po porodzie.

Wyniki korelacji r_s Spearmana przedstawione w tabeli 7.1 wykazują, że poszczególne komponenty składające się na ocenę jakości życia kobiet w ciągu pierwszych trzech miesięcy po porodzie istotnie korelują z aktualną oceną jakości życia. „Opieka nad dzieckiem” tworzy słaby związek ze zmienną „aktualna ocena jakości życia”.

Tabela 7.1

Ocena jakości życia w ciągu pierwszych trzech miesięcy po porodzie a aktualna ocena jakości życia

ZMIENNA	Aktualna ocena jakości życia	
	r_s	p
Opieka nad dzieckiem	0,28	<0,001
Funkcjonowanie emocjonalne	0,36	<0,001
Funkcjonowanie poznawcze	0,52	<0,001
Funkcjonowanie fizyczne	0,33	<0,001
Funkcjonowanie społeczne	0,56	<0,001

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie powyższych korelacji można wywnioskować, że wysoki poziom funkcjonowania kobiet w poszczególnych obszarach, składających się na ocenę jakości życia kobiet w ciągu pierwszych trzech miesięcy po porodzie, wiąże się z wysokim poczuciem zadowolenia z własnej, aktualnej sytuacji życiowej.

Dyskusja wyników

Celem badania było utworzenie narzędzia badawczego, pozwalającego na subiektywną ocenę jakości życia kobiet po porodzie, a także określenie znaczenia temperamentu, nadziei na sukces oraz wyszczególnionych na podstawie rozprawy teoretycznej, okoliczności związanych z porodem i położeniem, dla oceny jakości życia kobiet po porodzie. Dotychczas nie przeprowadzono tak rozległych badań w tym zakresie.

Badanie własne wskazało, że wysokie nasilenie nadziei na sukces oraz mocne przekonanie o posiadaniu silnej woli i umiejętności znajdowania rozwiązań determinuje wysoką, aktualną ocenę jakości życia oraz wysoką ocenę jakości życia kobiet w ciągu pierwszych trzech miesięcy po porodzie. Podobne wyniki w badaniach uzyskały Dembińska, Wichary (2016), które również badały kobiety po porodzie. W przypadku tych badań nadzieja na sukces modyfikowała poznawczą ocenę porodu i wspomnienia związane z porodem. Badanie własne wskazało, że istnieje związek między temperamentem a aktualną oceną jakości życia, a także między temperamentem a oceną jakości życia kobiet w ciągu trzech miesięcy po porodzie. Wyniki badania własnego dotyczące aspektu emocjonalności są spójne z ustaleniami badaczek Grześkowiak i Siwy-Hudowska (2016). Wykazały one, że spadkowi niezadowolenia towarzyszy wzrost poziomu jakości życia u kobiet aktywnych i nieaktywnych fizycznie. Przykłady innych badań, wykorzystujące regulacyjną teorię temperamentu (Kawiecka Dziembowska i in., 2005), oraz teorię psychotyczności, ekstrawersji i neurotyczności Eysencka (Diener, 2000, za: Grześkowiak, Siwy-Hudowska, 2016) również wykazały że temperament modyfikuje ocenę jakości życia.

Zebrana grupa badanych kobiet była w niewielkim stopniu różnorodna pod względem miejsca, w którym odbył się ich poród. Badanie własne nie wykazało więc różnic w poziomie jakości życia między kobietami rodzącymi w szpitalu na Narodowy Fundusz Zdrowia a kobietami rodzącymi w innych miejscach w skład których wchodziły placówki zagraniczne oraz prywatne. Brak też innych badań w tym zakresie.

Poród w obecności bliskiej dla rodzącej osoby zwiększa poczucie bezpieczeństwa (Mazurkiewicz i in., 2014; Walewska i in., 2017, Nilsson i in., 2013, za: Gawińska i in., 2019). Badania Świątkowska-Freund i współpracowników (2007) wykazały, że poród rodzinny wywarł korzystny efekt na kondycje psychiczną położnicy. Badanie własne nie ukazało różnicy jednak w ocenie jakości życia u kobiet rodzących w obecności bliskiej osoby i samotnie.

Badania donoszą, że poród w rzeczywistości często odbiega od oczekiwań rodzącej (Rogała, Ossowski, 2017; Romańska i in., 2019). Wyniki badania własnego pozwoliły wyciągnąć wniosek, że im bardziej przebieg porodu jest zgodny z oczekiwaniami kobiet tym wyżej oceniają one poczucie zadowolenia z własnej sytuacji życiowej oraz cechują się lepszym nastrojem i lepiej funkcjonują w obszarach poznawczym, fizycznym i społecznym w ciągu pierwszych trzech miesięcy po porodzie.

Wyniki uzyskane w badaniu własnym pozwalają stwierdzić, że ocena opieki położnej środowiskowej zarówno przed porodem jak i po porodzie nie wpływa istotnie na poczucie jakości życia kobiet. Wniosek ten nie jest spójny z badaniami Huang i współpracowników (2012, za: Bobek i in., 2018), które wykazały że wizyty patronażowe powodują wzrost oceny jakości życia kobiet. Jednakże w badaniu tym autorzy nie badali jak ma się ocena położnych do jakości życia, tylko sam fakt ich wizyt po porodzie. Okazało się również, że lepiej oceniana opieka położnych w trakcie porodu i po porodzie odzwierciedlała się w wyższej ocenie funkcjonowania kobiet w każdym z obszarów składających się na ocenę jakości życia w ciągu pierwszych trzech miesięcy po porodzie oraz na wyższą ocenę poczucia satysfakcji z życia. Wynik ten jest zgodny z badaniami Lichtenberg-Kokoszki (2016), która w swoich badaniach wykazała że personel medyczny wrażliwy na psychospołeczne predyspozycje rodzących skutkuje podniesieniem poziomu jakości życia matek.

Badania własne zostały ograniczone poprzez zdalną formę ich przeprowadzenia. Taki sposób przeprowadzania badania skutkuje brakiem kontroli badacza nad zmiennymi zakłócającymi. Grupa badanych stworzona została na podstawie ochotniczych zgłoszeń, co naraża badanie na uzyskanie dziwacznych lub tendencyjnych wyników. Należy więc zachować, w tym przypadku, szczególną ostrożność podczas uogólniania zebranych wyników na populację. Badanie własne było badaniem korelacyjno-regresyjnym, co nie pozwala na interpretowanie związków jako przyczynowo-skutkowych. Badanie korelacyjno-regresyjne narażone jest na istnienie związków pozornych. Rozkład uzyskanych wyników nie był zgodny z rozkładem normalnym, co uniemożliwia odwoływanie się do populacji ogólnej.

Kwestionariusz jakości życia kobiet po porodzie zawiera uchybienia nad którymi w przyszłości warto byłoby popracować. Kwestionariusz skupia się na aspekcie karmienia piersią i nie bierze pod uwagę kobiet nie podejmujących próby karmienia piersią. Parametry psychometryczne kwestionariusza jakości życia kobiet po porodzie wydają się zadowalające. Uzyskano jednak niski współczynnik rzetelności dla skali „funkcjonowanie fizyczne”. W związku z tym warto byłoby je dopracować. Zasadnym byłoby przeprowadzić dodatkowe badania korelatów kwestionariusza.

Zakończenie

Warto zwrócić uwagę na to, że prezentowana metoda jest nowa i dysponuje się niewielką ilością narzędzi badających jakość życia kobiet po porodzie. Z przeprowadzonej analizy wynika jednak, że metoda ta może być cennym narzędziem samoopisowym w ocenie jakości życia kobiet po porodzie.

Stworzenie niniejszego kwestionariusza może być punktem wyjścia dla większej ilości badań w tym obszarze. Być może zachęci badaczy do eksplorowania nie tylko zaburzeń związanych z okresem okołoporodowym, ale i zwiększy zainteresowanie wokół innych obszarów ich życia, czy ogólnie wokół poczucia jego jakości.

Literatura cytowana

- Bańka, A. (2005). Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny. W: A. Bańka (red.), *Psychologia jakości życia* (s.11-78). Stowarzyszenie Psychologia i Architektura
- Bielawska-Batorowicz, E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe
- Bobek, M., Humaj-Grysztar, M., Matuszczyk, D., Put, M. (2018). Ocena jakości życia pierwiastek w okresie wczesnego połogu w zależności od sposobu ukończenia ciąży. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2 (55), 154-160.
<https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.23>
- Brinzendine, L. (2006). *Mózg kobiety*. VM Media VM Group
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (2016). Pojęcia normy, normalności i zdrowia. W: L. Cierpiałkowska i H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (49-61). Wydawnictwo Naukowe PWN
- Czapiński, J. (2001). Indywidualna jakość życia. W: J. Czapiński i T. Panka (red.), *Diagnoza społeczna 2000* (s.54-100). Rada Monitoringu Społecznego i Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP
- Czapiński, J. (2017). *Psychologia szczęścia. Kto, kiedy, dlaczego kocha życie i co z tego wynika, czyli nowa odłona teorii cebulowej*. Wydawnictwo Naukowe Scholar
- Dembińska, A., Wichary, E. (2016). Wybrane psychospołeczne korelaty lęku przedporodowego-znaczenie dla praktyki położniczej. *Sztuka Leczenia 1*, 43-54.
- Fijałkowski, W. (2006). *Rodzi się człowiek*. Wydawnictwo Duszpasterstwa Rolników
- Gawińska, A., Doroszevska, A., Sys, D., Baranowska, B. (2019). Wpływ obecności osoby towarzyszącej przy porodzie na doświadczenie porodowe rodzącej oraz poziom medykalizacji porodu. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 8(2), 47-50
- Gebuza, G., Kaxmierczak, M., Mieczkowska, E., Gierszewska, M., Kalkowska, I. (2015). Ocena jakości życia skalą MGI kobiet po porodzie fizjologicznym i cięciu cesarskim. W: E. Misterska (red.), *Edukacja dla bezpieczeństwa* (365-377) Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa
- Gebuza, G., Kaźmierczak, M., Mieczkowska, E., Gierszewska, M. (2018). Wsparcie społeczne jako determinant zadowolenia z życia u kobiet w okresie ciąży i po cięciu cesarskim. *Psychiatria Polska*, 52 (3), 585-598.
<https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/64194>

- Golec, M., Rajewska-Rager, A., Latos, K., Kosmala, A., Hirschfeld, A., Molińska-Glura, M. (2016). Ocena zaburzeń nastroju u pacjentek po porodzie oraz czynników predysponujących do występowania tych zaburzeń. *Psychiatria*, 13,(1), 1–7
- Grzeškowiak, B., Siwy-Hudowska, A. (2016). Temperament, poczucie własnej skuteczności i jakość życia kobiet regularnie uprawiających sport w porównaniu z kobietami nieaktywnymi fizycznie. *Journal of Education, Health and Sport*, 6 (6), 359-374.
- Hanley, J.(2020). *Zaburzenia psychiczne w ciąży i połogu*. Edra Urban i Partner
- Jaeschke, R., Siwek, M., Dudek, D. (2012). Poporodowe zaburzenia nastroju- update 2012. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 7 (3), 113-121.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Skala Satysfakcji z Życia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kawiecka-Dziembowska, B., Borkowska, A., Żurawski, B., Pałaszynska, R., Makarewicz, R. (2005). Ocena temperamentu, jakości życia i nasilenia cech depresji u pacjentów z chorobą Hodgkina w jej różnych fazach. *Psychiatria Polska*, 39 (4), 679-690.
- Kosińska-Kaczyńska, K., Horosz, E., Wielgoś, M., Szymusik, I. (2008). Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie-analiza rozpowszechnienia i czynników ryzyka. *Ginekologia Polska*, 79, 182-185
- Lichtenberg-Kokoszka, E. (2016). *Humanistyczny wymiar opieki okołoporodowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego
- Łaguna, M., Trzebiński, J., Zięba, M. (2005). *Kwestionariusz Nadziei na Sukces, KNS*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Nowakowska-Głąb, A., Maniecka-Bryła, I.(2010). Mother generated-Index- A new indicator of antenataland postnatal quality of life. *Przegląd epidemiologiczny*, 64, 133-138
- Oniszczenko, W. (1997). *Kwestionariusz Temperamentu EAS Arnolda H. Bussa i Roberta Plomina. Wersje dla dorosłych i dla dzieci. Adaptacja polska. Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Papuć, E. (2011) Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania. *Current Problems of Psychiatry*, 12(2), 141-145
- Rogała, D., Ossowski, R. (2017). Poziom poczucia własnej skuteczności kobiet ciężarnych a wybrane aspekty przebiegu porodu. *PIELEŃNIARSTWO 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
- Strelau, J., Zawadzki, B. (2008). Psychologia różnic indywidualnych. W: J. Strelau i D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 1* (s.776-799). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Symon, A., Mackay, A., Ruta, D. (2003) Postnatal Quality of Life Assessment: A Pilot Study Using the Mother Generates Index. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 21-29.
- Ślęczak-Czakon, D. (2018). Pojęcie jakości życia. Aspekt medyczny i bioetyczny. *Studia Philosophica Wratislaviensia*, 13(4), 19-31. <https://doi.org/10.195/1895-8001.13.4.2>
- Świątkowska-Freund, M., Kawiak, D., Preis, K. (2007). Pozytywne aspekty obecności ojca przy porodzie. *Ginekologia Polska*, 78 (6), 476-478.
- Škodič Zakšek, T. (2015). Sexual Activity during Pregnancy in Childbirth and after Childbirth. W: A. Polona Mivšek (red.), *Sexology in Midwifery*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/59496>
- Trzebiatowski, J. (2011) Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 46(1), 25-31

World Health Organization. (1998). Programme on mental health: WHOQOL user manual (No. WHO/HIS/HSI Rev. 2012.03). World Health Organization.