

## OCZEKIWANIA KOBIET CIĘŻARNYCH W ZAKRESIE WSPARCIA SPOŁECZNEGO I MEDYCZNEGO W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM

Paulina Pawlicka, Marta Łockiewicz  
Aleksandra Szulman-Wardal

Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański  
Institute of Psychology, University of Gdańsk

### PREGNANT WOMEN'S EXPECTATIONS OF SOCIAL AND MEDICAL SUP- PORT IN PERINATAL PERIOD

**Summary.** The aim of our study is to determine the importance of various aspects of delivery and post-natal care for women in the third trimester of pregnancy, and the analysis of relationship of these aspects to selected personal variables also in the context of the relationship with the yet unborn child.

In this exploratory study, 94 pregnant respondents participated, including 72% of primiparous and 28% of multiparous women. The participants completed the MFAS questionnaire and a survey in the form of closed questions. The results show that women preparing for childbirth considered as very important medical standards included in the Regulation of the Minister of Health: freedom and the opportunity to decide on issues related to birth and care of a newborn child, as well as care and support from professionals and the loved ones; however, only a third of respondents prepared or are planning to prepare a birth plan. Primiparas, despite a lower sense of preparation for childbirth as compared with multiparas, valued more the availability of natural than pharmacological measures to reduce the pain, and hoped to receive staff's help at the first stages of child care, which shows the need for post-natal care and support of women, especially those who gave birth to their first child/children. The multiparas found the first breastfeeding immediately after birth as more important than the primiparas. Our results indicate the importance of treating problems with conceiving for the strength of the bond with the unborn child, and show that significant factors for the strength of bond with the unborn child is a longer contact time with the baby immediately after birth and importance attributed to the access to education and counseling.

**Key words:** perinatal care, pregnancy, social support, medical support

---

Adres do korespondencji: Aleksandra Szulman-Wardal, e-mail, psyasw@ug.edu.pl

## Wprowadzenie

Poród to doświadczenie, które przez większość kobiet opisywane jest jako znaczące życiowo, a jego specyfika i intensywność powodują, że jest ono szczegółowo pamiętane przez większość z nich przez całe życie (Simkin, 1991, 1992). Poczucie satysfakcji z przebiegu tego doświadczenia jest bardzo różnorodne. Wyniki polskich badań prowadzonych przez Fundację „Rodzić po Ludzku” (Otffinowska, 2008) pokazują, że 51% badanych kobiet określiło własne subiektywne doświadczenie porodu jako piękne przeżycie, a jednocześnie 42% wskazało, że było to coś, przez co musiały przejść, a 7% badanych określiło poród jako koszmar, o którym chcą jak najszybciej zapomnieć. Percepcja doświadczenia porodu jest czynnikiem znaczącym dla jakości wczesnej więzi między matką i noworodkiem (Mercer, Ferketich, 1994), matczyne poczucie kompetencji i własnej wartości, szczególnie jako matki (Goodman, Mackey, Tavakoli, 2004), a także właściwości przypisywanych swojemu nowo narodzonemu dziecku (Bielawska-Batorowicz, 1995) czy własnej seksualności (Lutkiewicz, Bidzan, 2013). Negatywne doświadczenie porodu jest ponadto związane ze zwiększonym ryzykiem depresji poporodowej oraz PTSD (Beck, 2004), preferencją kolejnego porodu przez planowane cesarskie cięcie (Waldenstrom i in., 2004), czy trudnościami w karmieniu piersią (Goodman, Mackey, Tavakoli, 2004).

Na ocenę satysfakcji z porodu przez rodzące kobiety ma wpływ wiele czynników. Wśród nich są czynniki fizjologiczne i medyczne związane z przebiegiem porodu, np. długość porodu (Bélanger-Lévesque i in., 2014), rodzaj porodu (drogami natury, drogami natury zabiegowy, operacyjny) i liczba interwencji medycznych podczas porodu drogami natury (Kubicka-Kraszyńska, Otffinowska, 2007; Otffinowska, 2008; Blomquist i in., 2011; Rowlands, Redshaw, 2012), urazy krocza (Bélanger-Lévesque i in., 2014), dostępność metod łagodzenia bólu porodowego, rodzaj tych metod i zadowolenie z ich działania (Rijnders i in., 2008), wcześniejsze doświadczenie porodu lub jego brak (Bélanger-Lévesque i in., 2014). Znaczące dla satysfakcji z porodu są również czynniki psychologiczne i społeczne, takie jak stopień realizacji oczekiwań związanych z różnymi aspektami porodu w porównaniu z faktycznym jego przebiegiem (Green, 1993; Slade i in., 1993; Hodnett, 2002; Goodman, Mackey, Tavakoli, 2004; Christiaens, Bracke, 2007), współpracująca postać personelu i jakość wsparcia podczas porodu (Hodnett, 2002; Khaskheli, Baloch, 2010), jakość opieki po porodzie, w tym pomoc personelu w zakresie opieki i pielęgnacji dziecka oraz karmienia piersią (Kubicka-Kraszyńska, Otffinowska, 2007; Otffinowska, 2008), jakość relacji rodząca – osoba wspierająca w porodzie (Hodnett, 2002) czy poczucie osobistej kontroli (Goodman, Mackey, Tavakoli, 2004; Christiaens, Bracke, 2007) i wpływu na decyzje związane z procesem porodu (Hodnett, 2002).

W 2010 roku Minister Zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położenia i opieki nad noworodkiem (nowelizacja z 20 września 2012 roku, DzU z 2012 r. poz. 1100). Spowodowało to konieczność wprowadzenia wielu zmian na oddziałach położniczych i noworodkowych w polskich szpitalach.

Rozporządzenie zawiera szereg szczegółowych wytycznych i procedur i uwzględnia szeroki wachlarz kwestii okołoporodowych, począwszy od badań medycznych obowiązujących w ciąży, przez prawa pacjentki w ciąży i porodzie (np. konieczność respektowania woli rodzącej i jej potrzeb, możliwość uczestniczenia bliskiej osoby w porodzie etc.), procedury położnicze w porodzie fizjologicznym wynikające z dobrze udokumentowanych wyników badań naukowych (*Evidence Based Medicine*): zachęcanie rodzących do przyjmowania pozycji wertykalnych, odchodzenie od rutynowego nacinania krocza czy przebijania pęcherza płodowego, zachęcanie rodzącej do aktywności w I i II okresie porodu, wykorzystywanie KTG jedynie w razie absolutnej konieczności, nieingerowanie przez personel medyczny w przebiegu porodu bez widocznych wskazań medycznych, zalecane strategie i środki łagodzenia bólu porodowego, po wprowadzeniu procedury nieprzerwanego kontaktu matki z dzieckiem „skóra do skóry” przez dwie pierwsze godziny po porodzie, inicjowanie karmienia piersią bezpośrednio po porodzie, szerokie wsparcie karmienia piersią, wsparcie medyczno-psychologiczne matek w okresie połogu (rola pielęgniarek środowiskowych). Minister Zdrowia w uzasadnieniu wprowadzenia tego dokumentu napisał, że wprowadzone standardy mają na celu „uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych” (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku, część I, pkt 1). Uwzględniają one wyniki badań dotyczące czynników satysfakcji rodzących kobiet z doświadczenia porodu i opieki okołoporodowej, przyczyniając się do zwiększania satysfakcji rodzących z doświadczenia porodu.

Postanowienia rozporządzenia nie zostały jednak w pełni zaimplementowane w polskich szpitalach, co potwierdzają wyniki raportu przeprowadzonego przez Fundację „Rodzić po Ludzku” (Baranowska, Kubicka-Kraszyńska, Tymieńska, 2013). Raport pokazuje, że zmiany realizujące postanowienia rozporządzenia są wprowadzane częściowo i nie jako zmiany systemowe, a indywidualne decyzje osób na stanowiskach kierowniczych. Najbardziej efektywnie wprowadzona została część rozporządzenia dotycząca wydłużonego kontaktu „skóra do skóry” między matką a dzieckiem bezpośrednio po porodzie (wprowadzono ją w połowie badanych szpitali). Badani ordynatorzy wykazali się niską znajomością standardów ujętych w rozporządzeniu, personel oddziałów nie został przeszkolony w kierunku ich realizacji, a wiedza kobiet o istnieniu tego rozporządzenia jest niska, co również pokazano w wymienionym wyżej raporcie. Ponadto stosunek do rozporządzenia ze strony większości personelu szpitala (ordynatorek i ordynatorów oddziałów położniczych i neonatologicznych, oddziałowych, lekarzy, lekarek i położnych) jest negatywny i krytyczny, szczególnie w odniesieniu do wprowadzonego w rozporządzeniu wymogu tworzenia przez ciężarne, wspólnie z lekarzami lub położnymi prowadzącymi ciążę, planu porodu zawierającego informacje o przebiegu ciąży oraz preferencje rodzącej co do przebiegu porodu i opieki poporodowej nad nią i noworodkiem.

Chciałyśmy się zatem dowiedzieć, w jakim stopniu nowe, najistotniejsze w naszym mniemaniu standardy opieki medycznej nad kobietą w ciąży, w trakcie poro-

du i położeniu oraz nad jej dzieckiem/dziećmi zapisane w rozporządzeniu są ważne dla kobiet w ciąży.

Celem przeprowadzonego przez nas badania jest określenie ważności dla kobiet w trzecim trymestrze ciąży różnych aspektów opieki porodowej i poporodowej, uwzględnionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia o standardzie opieki okołoporodowej w Polsce. Ponadto zależało nam na analizie związku takich zmiennych osobowych, jak wcześniejsze doświadczenie porodu lub jego brak, subiektywne poczucie wsparcia ze strony bliskich osób, przygotowanie do porodu, np. poprzez edukację, wybór położnej etc. oraz doświadczanie leczenia trudności z zajściem w ciążę z badanymi aspektami opieki okołoporodowej oraz analiza tych czynników w kontekście więzi z dzieckiem w okresie ciąży. Nasze badanie ma charakter eksploracyjny.

## Metoda

### Osoby badane

W badaniu wzięły udział 94 kobiety w ciąży (średnia wieku = 28,14 lat,  $SD = 4,24$ , min. = 19, max. = 40), głównie z wykształceniem wyższym (72%; średnie: 27%; podstawowe 1%). Większość respondentek jest w ciąży po raz pierwszy (pierworódki – 72%), natomiast 28% po raz drugi bądź trzeci (wieloródki: odpowiednio 26% i 2%). Wśród wszystkich badanych kobiet 23% doświadczyło w ich przekonaniu trudności w zajściu w ciążę, natomiast 18% wszystkich badanych (bądź ich partnerów) rzeczywiście poddało się leczeniu w związku z tymi trudnościami. U zdecydowanej większości badanych sama ciąża przebiega jednak bez powikłań (87%), mimo to preferują poród w warunkach szpitalnych (94%) oraz wybrały konkretny szpital (93%). Wszystkie badane kobiety są w stałym związku, 46% badanych jest w związku od 1 do 5 lat, a 44% – od 5 do 10 lat (ponadto 2% badanych jest w związku krócej niż rok, a 9% – powyżej 10 lat). Większość respondentek odczuwa duże wsparcie ze strony męża (70%) oraz innych bliskich osób (68%), planując przy tym obecność przy porodzie osoby spoza personelu medycznego (88%). Wieloródki oceniają swoje zadowolenie z poprzedniego porodu/porodów przeciętnie (średni wynik = 3,07 w skali 1-5;  $SD = 1,73$ ) oraz uważają, że przeciętnie pokrył się z ich wyobrażeniami (średni wynik = 2,83 w skali 1-5;  $SD = 1,58$ ).

### Przebieg badań

Zaproszenia do udziału w badaniu były przedstawiane podczas zajęć szkoły rodzenia, wizyty kontrolnej u lekarza prowadzącego ciążę oraz zamieszczane na zamkniętych forach dla przyszłych rodziców. Badane kobiety wypełniły kwestionariusz *Więź z dzieckiem w okresie ciąży* oraz ankietę zawierającą pytania głównie dotyczące ciąży oraz oczekiwań co do porodu i okresu poporodowego.

Kwestionariusz *Więź z dzieckiem w okresie ciąży MFAS* autorstwa Cranley (1981) w polskiej adaptacji Bielawskiej-Batorowicz (1995) składa się z 24 pytań, z pięciostopniową skalą odpowiedzi. *Więź z dzieckiem* jest tu mierzona jako natężenie zachowań ze strony przyszłych matek polegających na nawiązywaniu relacji i współ-

działaniu ze swoim nienarodzonym dzieckiem. Kwestionariusz składa się z 5 skal, takich jak: podejmowanie roli rodzicielskiej (np. *Wyobrażam sobie, jak karmię dziecko, Staram się wyobrazić sobie, jak moje dziecko będzie wyglądać*); traktowanie płodu jako odrębnej istoty (np. *Nie mogę doczekać się chwili, w której zobaczę, jak wygląda moje dziecko, Wybrałam imię dla dziewczynki, Wybrałam imię dla chłopca*); nawiązywanie interakcji z dzieckiem (np. *Mówiąc o moim dziecku używam specjalnego określenia/imienia, Dotykam brzucha, by uspokoić dziecko, gdy zbyt dużo kopie*); przypisywanie właściwości dziecku (np. *Wydaje mi się, że dziecko kopie i porusza się, by powiedzieć mi, że zbliża się pora posiłku, Zastanawiam się, czy dziecko może słyszeć, będąc wewnątrz mnie*); podporządkowanie się interesom dziecka (np. *Jem mięso i jarzyny, by mieć pewność, że dziecko ma odpowiednie składniki pokarmowe, Gdybym nie była w ciąży nie robiłabym tego, co robię obecnie, by utrzymać dobry stan mojego zdrowia*).

Ogólny wynik kwestionariusza oraz wyniki w poszczególnych skalach wskazują na natężenie zachowań świadczących o więzi matki z nienarodzonym dzieckiem (im wyższy wynik, tym więcej zachowań świadczących o więzi). Współczynniki rzetelności dla polskiej wersji  $\alpha$ -Cronbacha wynoszą: cały kwestionariusz = 0,81; poszczególne skale odpowiednio: 0,66; 0,58; 0,52; 0,61; 0,50.

Ankieta dotyczyła przebiegu obecnej ciąży i poprzednich porodów (jeśli były), poczucia wsparcia ze strony partnera i bliskich osób i poczucia przygotowania do zbliżającego się porodu. Ponadto zebraliśmy w niej oczekiwania dotyczące przebiegu zbliżającego się porodu, uwzględniające zalecenia rozporządzenia o standardzie opieki okołoporodowej w Polsce. Ankieta wypełniana przez badane miała formę pytań zamkniętych; prosiliśmy o zaznaczenie na 5-stopniowej skali, w jakim stopniu ważne są dla nich: swoboda w I i II okresie porodu, obecność bliskiej osoby przy porodzie, dostępność farmakologicznych (te nie zostały uwzględnione w rozporządzeniu, ze względu na ich działanie potencjalnie zaburzające fizjologię porodu) i naturalnych środków zmniejszających ból, dbałość o ochronę krocza, obecność podczas porodu wybranej wcześniej położnej, bezpośredni i przedłużony kontakt matki i dziecka po porodzie razem z pierwszym karmieniem, pomoc personelu w czynnościach pielęgnacyjnych nad dzieckiem oraz dostęp do edukacji i poradnictwa. Odpowiedzi 1 i 2 oznaczały „nieważne lub mało ważne”, 3 – „trudno powiedzieć”, a 4 i 5 oznaczały „ważne” i „bardzo ważne”. W analizach odpowiedzi podzieliłyśmy na dwie grupy: „w”, czyli ważne (odpowiedzi 4 i 5) oraz „mw”, czyli mniej ważne (odpowiedzi 1, 2 i 3).

## Wyniki

Wyniki badań sugerują, że czynniki istotne dla jakości porodu oraz dla badanych (podane według odsetka kobiet, które wskazały wymienione czynniki jako ważne i bardzo ważne), to:

- pomoc personelu przy pierwszych czynnościach pielęgnacyjnych dziecka – 98%,
- możliwość decydowania o częstotliwości kontaktu z dzieckiem w ciągu pierwszych dni po porodzie – 98%,
- swoboda w I okresie porodu – możliwość poruszania się, jedzenia, picia, kąpieli itp. – 97%,

- dłuższy (co najmniej jednogodzinny) czas pierwszego kontaktu matki z dzieckiem bezpośrednio po porodzie – 95%,
- dostęp do edukacji i poradnictwa, np. laktacyjnego – 95%,
- obecność bliskiej osoby przy porodzie – 94% (przy czym 91% kobiet wskazało męża, 8% matkę, 5% przyjaciółkę, 2% doułę, po 1% teściową, bratową i koleżankę, która jest położną; można było wskazać więcej niż jedną osobę).
- pierwsze karmienie piersią bezpośrednio po porodzie – 94%,
- dostępność naturalnych środków zmniejszających ból – 94%,
- dbałość o ochronę krocza przez osoby przyjmujące poród – 93%,
- możliwość dokonania wyboru pozycji porodowej – 88%.

W przypadku dwóch zmiennych zauważyliśmy mniejszą zgodność wśród badanych kobiet. Obecność przy porodzie wybranej wcześniej położnej okazała się ważna lub bardzo ważna dla połowy badanych – 53%, a 69% badanych uznało za ważną lub bardzo ważną dostępność środków farmakologicznych zmniejszających ból. Wśród kobiet, dla których ważna była dostępność środków farmakologicznych, zbliżony odsetek uznawał, że obecność wcześniej wybranej położnej jest ważna (57%), jak i nieważna (43%) ( $\chi^2 = 1,18$ ;  $df = 1$ ,  $p = 0,278$ ).

Test *U* Manna-Whitneya pokazał, że badane, dla których ważna była obecność wybranej położnej przy porodzie, w porównaniu z badanymi, dla których jej obecność była nieważna, uważały za istotniejszą dostępność farmakologicznych środków zmniejszających ból ( $M_w = 4,24$ ;  $SD_w = 1,06$ ;  $M_{mw} = 3,77$ ;  $SD_{mw} = 1,20$ ;  $U = 837$ ;  $Z_{popr} = 2,13$ ;  $p = 0,033$ ;  $r = 0,22$ ) oraz w większym stopniu liczyły na pomoc personelu przy pierwszych czynnościach pielęgnacyjnych dziecka ( $M_w = 4,82$ ;  $SD_w = 0,39$ ;  $M_{mw} = 4,55$ ;  $SD_{mw} = 0,76$ ;  $U = 889$ ;  $Z_{popr} = 2,08$ ;  $p = 0,038$ ;  $r = 0,21$ ). Z kolei badane, dla których ważna była dostępność środków farmakologicznych zmniejszających ból ( $M_w = 4,65$ ;  $SD_w = 0,57$ ), w porównaniu z badanymi, dla których taka dostępność była mniej ważna ( $M_{mw} = 4,21$ ;  $SD_{mw} = 0,73$ ) bardziej zależało na dostępności naturalnych środków zmniejszających ból ( $U = 612$ ;  $Z_{popr} = 3,11$ ;  $p = 0,002$ ;  $r = 0,32$ ). Do grupy tej należało 67% pierworódek i 79% wieloródek ( $\chi^2 = 2,03$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,154$ ), natomiast badane, dla których ważna była jednocześnie obecność wybranej położnej przy porodzie oraz dostępność środków farmakologicznych zmniejszających ból (odpowiedzi 4-5 udzielone w obydwu pytaniach) ( $M_w = 4,84$ ;  $SD_w = 0,50$ ) w porównaniu z badanymi, dla których taka dostępność była mniej ważna ( $M_{mw} = 4,47$ ;  $SD_{mw} = 0,83$ ), przywiązywały większą wagę do dbałości o ochronę krocza przez osoby przyjmujące poród ( $U = 771,5$ ;  $Z_{popr} = 2,79$ ;  $p = 0,005$ ;  $r = 0,29$ ). Do grupy tej należało 49% pierworódek i 62% wieloródek ( $\chi^2 = 1,33$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,249$ ).

Wyniki naszych badań pokazują także, że 31% wieloródek i 34% pierworódek sporządziło lub planuje sporządzić plan porodu ( $\chi^2 = 0,07$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,788$ ). Badane, które go sporządziły ( $M_p$  i  $SD_p$ ), w porównaniu z badanymi, które go nie sporządziły ( $M_{bp}$  i  $SD_{bp}$ ), oczekiwały istotnie większej swobody w pierwszym okresie porodu ( $M_p = 4,87$ ;  $SD_p = 0,34$ ;  $M_{bp} = 4,49$ ;  $SD_{bp} = 0,59$ ;  $U = 647$ ;  $Z_{popr} = 3,18$ ;  $p \leq 0,001$ ;  $r = 0,33$ ), możliwości dokonania wyboru pozycji porodowej ( $M_p = 4,74$ ;  $SD_p = 0,51$ ;  $M_{bp} = 4,30$ ;  $SD_{bp} = 0,82$ ;  $U = 681$ ;  $Z_{popr} = 2,70$ ;  $p = 0,007$ ;  $r = 0,28$ ) oraz dłuższego (co najmniej 1 godzina) czasu pierwszego kontaktu z dzieckiem po porodzie ( $M_p = 4,94$ ;

$SD_p = 0,36; M_{bp} = 4,71; SD_{bp} = 0,63; U = 810,5; Z_{popr} = 2,15; p = 0,031; r = 0,22$ ). Jednocześnie nie zaobserwowałyśmy różnic w obrębie preferencji środków łagodzących ból (farmakologicznych:  $M_p = 3,84; SD_p = 1,24; M_{bp} = 4,11; SD_{bp} = 1,09; U = 852,5; Z_{popr} = 1,06; p = 0,288$  i naturalnych:  $M_p = 4,68; SD_p = 0,54; M_{bp} = 4,43; SD_{bp} = 0,69; U = 787; Z_{popr} = 1,75; p = 0,081$ ) oraz w zakresie ważności obecności znanej wcześniej położnej ( $M_p = 3,71; SD_p = 1,1; M_{bp} = 3,51; SD_{bp} = 1,03; U = 869; Z_{popr} = 0,89; p = 0,372$ ).

Kolejnym analizowanym przez nas czynnikiem było także wcześniejsze doświadczenie porodu. Pierworódki w większym stopniu ceniły dostępność naturalnych środków zmniejszających ból (np. aromaterapię, kąpiel/prysznic, masaż) ( $M = 4,51; SD = 0,71$ ) niż środków farmakologicznych (np. znieczulenie zewnątrzoponowe, leki) ( $M = 3,94; SD = 1,16; T = 88,50; Z = 3,57; p \leq 0,001$  – test Wilcozona dla par obserwacji). Podobnej zależności nie zaobserwowałyśmy u wieloródek (odpowiednio:  $M = 4,52; SD = 0,51; M = 4,21; SD = 1,11; T = 30; Z = 1,41; p = 0,158$ ).

W porównaniu z pierworódkami ( $M = 3,22; SD = 0,99$ ), wieloródki ( $M = 3,72; SD = 0,92$ ) czuły się bardziej przygotowane do porodu ( $U = 677,5; Z_{popr} = 2,29; p = 0,022; r = 0,24$ ), ważniejsze było dla nich pierwsze karmienie piersią po porodzie ( $M_{pierworódki} = 4,62; SD_{pierworódki} = 0,84; M_{wieloródki} = 4,90; SD_{wieloródki} = 0,41; U = 777,5; Z_{popr} = 1,97; p = 0,049; r = 0,20$ ), w mniejszym stopniu liczyły na pomoc personelu przy pierwszych czynnościach pielęgnacyjnych dziecka ( $M_{pierworódki} = 4,82; SD_{pierworódki} = 0,43; M_{wieloródki} = 4,41; SD_{wieloródki} = 0,82; U = 648; Z_{popr} = 3,13; p = 0,022; r = 0,32$ ).

Zauważyłyśmy ponadto, że respondentki, które poddały się leczeniu w związku z trudnościami z zajściem w ciążę, deklarowały większe poczucie więzi z nienarodzonym dzieckiem, częściej przypisywały mu właściwości oraz podporządkowywały mu się (tabela 1).

Tabela 1. Poczucie więzi z dzieckiem u badanych kobiet w ciąży, które poddały się lub nie leczeniu z powodu trudności z zajściem w ciążę (test *t*-Studenta i test *U* Manna-Whitneya)

MFAS	Brak leczenia		Leczenie		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
Suma	90,91	10,36	98,12	5,53	2,77	92	0,007	0,58
Przypisywanie właściwości	20,47	4,36	22,94	3,49	2,19	92	0,031	0,46
Podporządkowanie dziecku	19,09	2,50	20,53	1,46	2,28	92	0,025	0,48
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>U</i>	<i>Z<sub>popr</sub></i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Rola rodzicielska	17,29	2,74	18,12	2,32	528,5	1,25	0,210	0,13
Płód: odrębna istota	17,00	2,21	18,12	1,83	468,5	1,86	0,063	0,19
Interakcja z dzieckiem	17,06	2,85	18,41	1,00	536,0	1,18	0,239	0,12

Jednoczynnikowa analiza wariancji nie pokazała różnic w poczuciu więzi z nienarodzonym dzieckiem (mierzonym wynikiem ogólnym MFAS) u kobiet oceniających wsparcie ze strony męża,  $F(2, 91) = 1,54; p = 0,220$  lub innych osób z rodziny,  $F(2, 91) = 0,972; p = 0,328$  jako wysokie, przeciętne i niskie.

Aby sprawdzić, w jakim stopniu osobowe moderatory oczekiwań kobiet ciężarnych pod adresem wsparcia społecznego i medycznego w okresie okołoporodowym są znaczącym czynnikiem budowania więzi z dzieckiem w okresie ciąży, przeprowadziłyśmy analizy regresji wielokrotnej, gdzie zmiennymi niezależnymi były: leczenie problemów z zajściem w ciążę, sporządzenie planu porodu, znaczenie obecności bliskiej osoby przy porodzie, dostęp do edukacji i poradnictwa oraz dłuższy (przynajmniej 1 godzina) czas kontaktu z dzieckiem bezpośrednio po porodzie. Zmiennymi zależnymi był ogólny wynik kwestionariusza *Więź z dzieckiem w okresie ciąży* oraz wyniki poszczególnych jego skal. W całej grupie istotnym predyktorem więzi z dzieckiem w okresie ciąży (ogólny wynik w kwestionariuszu MFAS) okazały się leczenie problemów z zajściem w ciążę ( $\beta = 0,240; p = 0,008$ ), które wyjaśnia 8% wariancji, dłuższy (przynajmniej 1 godzina) czas kontaktu z dzieckiem bezpośrednio po porodzie ( $\beta = 0,324; p = 0,002$ ), które wyjaśnia 11% wariancji oraz przywiązywanie wagi do dostępu do edukacji i poradnictwa ( $\beta = 0,304; p = 0,002$ ), które wyjaśnia 10% wariancji ( $R^2 = 0,337, F(5, 88) = 8,952; p \leq 0,001$ ). Dłuższy (przynajmniej 1 godzina) czas kontaktu z dzieckiem bezpośrednio po porodzie okazał się predyktorem przyjmowania roli rodzicielskiej,  $\beta = 0,366; p \leq 0,001; R^2 = 0,203; F(5, 88) = 4,488; p \leq 0,001$ ; procent całkowitej wyjaśnianej wariancji: 12%. Przywiązywanie wagi do dostępu do edukacji i poradnictwa okazało się predyktorem traktowania płodu jak odrębnej istoty,  $\beta = 0,278; p = 0,012; R^2 = 0,154; F(5, 88) = 3,207; p = 0,010$ ; procent całkowitej wyjaśnianej wariancji: 7%. Istotnymi predyktorami interakcji z dzieckiem okazały się: dłuższy (przynajmniej 1 godzina) czas kontaktu z dzieckiem bezpośrednio po porodzie,  $\beta = 0,255; p = 0,023$ ; procent całkowitej wyjaśnianej wariancji: 6% oraz przywiązywanie wagi do dostępu do edukacji i poradnictwa,  $\beta = 0,211; p = 0,049$ ; procent całkowitej wyjaśnianej wariancji: 4%,  $R^2 = 0,194; F(5, 88) = 4,228; p = 0,002$ . Istotnymi predyktorami przypisywania właściwości okazały się: leczenie problemów z zajściem w ciążę,  $\beta = 0,221; p = 0,026$ , procent całkowitej wyjaśnianej wariancji: 5%, obecność bliskiej osoby przy porodzie  $\beta = -0,235; p = 0,021$ ; procent całkowitej wyjaśnianej wariancji: 6% oraz przywiązywanie wagi do dostępu do edukacji i poradnictwa,  $\beta = 0,214; p = 0,047$ ; procent całkowitej wyjaśnianej wariancji: 4%,  $R^2 = 0,186, F(5, 88) = 4,031; p = 0,002$ . Istotnymi predyktorami podporządkowania dziecku okazały się: dłuższy (przynajmniej 1 godzina) czas kontaktu z dzieckiem bezpośrednio po porodzie,  $\beta = 0,215; p = 0,045$ ; procent całkowitej wyjaśnianej wariancji: 4%, zamiar opracowania lub opracowanie planu porodu,  $\beta = -0,266; p = 0,006$ ; procent całkowitej wyjaśnianej wariancji: 8%, przywiązywanie wagi do dostępu do edukacji i poradnictwa,  $\beta = 0,266; p = 0,011$ ; procent całkowitej wyjaśnianej wariancji: 7%,  $R^2 = 0,255; F(5, 88) = 6,016; p \leq 0,001$ .



## Dyskusja

Wyniki badań pokazują, że przygotowujące się do porodu kobiety uznały za bardzo istotne standardy medyczne uwzględnione w opisanym w pierwszej części artykułu rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Ważne okazały się zarówno swoboda decyzyjna dotycząca porodu i opieki nad noworodkiem, jak i wsparcie ze strony profesjonalistów oraz bliskich. Warto podkreślić, że oceny ważności tych aspektów przez badane kobiety są bardzo wysokie i spójne.

Dwie kwestie okazały się bardziej dyskusyjne, różniąc odpowiedzi naszych respondentek. Jest to ważność dostępnosci farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego oraz obecności podczas porodu nieprzypadkowej, wybranej wcześniej położnej. Kobiety, dla których ważna była możliwość skorzystania z farmakologicznych środków zmniejszania bólu porodowego uznały za ważne również naturalne metody i środki łagodzenia bólu. Nie jest to zatem grupa ceniąca wyłącznie środki medyczne, ale być może to grupa, dla której istotną kwestią porodową jest redukcowanie bólu wszelkimi metodami. Wiele doniesień wskazuje, że dla kobiet oczekujących narodzin dziecka istotna jest sama możliwość dokonania wyboru (Lally i in., 2014). Warto zwrócić uwagę, że fakt posiadanych już doświadczeń porodowych nie różnicował tej grupy. Obecność w tej grupie większości badanych wieloródek może wskazywać na niewystarczająco skuteczne metody łagodzenia bólu porodowego zastosowane w ich poprzednich porodach. Badania przeprowadzone przez Sygullę i współpracowników (2009) pokazują, że kobiety przygotowujące się do porodu (ale także i badane położne) spostrzegają poród bardziej zagrożenie niż wyzwanie, co może być przyczyną rozmaitych sposobów zbudowania przez rodzącą poczucia bezpieczeństwa podczas porodu. Pierworódki, pomimo niższego poczucia przygotowania do porodu w porównaniu z wieloródkami, w większym stopniu ceniły dostępność naturalnych środków zmniejszających ból (np. aromaterapię, kąpiel/prysznic, masaż) niż środków farmakologicznych (np. znieczulenie zewnątrzoponowe, leki), przy czym ta zależność nie wystąpiła u wieloródek. Być może wynika to z potrzeby ochrony swojego dziecka przez kobiety rodzące po raz pierwszy przed potencjalnie negatywnym wpływem środków farmakologicznych i możliwymi efektami ubocznymi. Wiedza ta może być im przekazywana podczas zajęć w szkole rodzenia lub pochodzić z literatury czy czasopism dla ciężarnych. Ważną osobą uwzględnioną w systemie okołoporodowej opieki medycznej jest położna środowiskowa, której jednym z zadań jest edukacja i wsparcie w „uczeniu się roli kobiety w ciąży i uczeniu się bycia matką”. Wszystkim kobietom w wieku rozrodczym przysługuje wybór położnej środowiskowej – tak jak lekarza pierwszego kontaktu. Niestety, niewiele kobiet z tego przywileju korzysta. Często położną środowiskową wybierają dopiero wtedy, gdy rejestrują swoje nowo narodzone dziecko na pierwszą wizytę do pediatry. Być może wcześniejszy kontakt z taką położną pomógłby uzmysłowić kobietom przygotowującym się do porodu, czego może oczekiwać i wymagać kobieta w sytuacji ciąży i porodu, poznać fizjologię procesu porodu i znaleźć informacje dotyczące różnych możliwości łagodzenia bólu porodowego. Podobną rolę pełni doula, która oprócz wsparcia udzielanego

kobiecie podczas porodu często wspiera ją także w końcowym okresie ciąży oraz w czasie połogu.

Niedostateczna możliwość wyboru technik związanych z redukcją bólu porodowego lub niezadowolenie z zastosowanych metod radzenia sobie z bólem porodowym jest jedną z przyczyn negatywnego wspomnienia porodu nawet 3 lata po nim, podobnie jak negatywne wspomnienie związane z opieką nad rodzącą, czy sam fakt doświadczania porodu po raz pierwszy (Rijnders i in., 2008). Jednocześnie rodzaj metody łagodzenia bólu porodowego może mieć rozmaite znaczenie dla satysfakcji z porodu, niektóre badania pokazują pozytywne, a inne negatywne skutki zastosowania tych samych metod (np. Kannan, Jamison, Datta, 2001; Kubicka-Kraszynska, Otffinowska, 2007; Anim-Somuah, Smyth, Jones, 2011; Koteles i in., 2012; Bélanger-Lévesque i in., 2014).

Jednocześnie jedynie połowa badanych uznała za ważną lub bardzo ważną obecność podczas porodu wybranej wcześniej położnej, co jest czynnikiem zwiększającym poczucie bezpieczeństwa i być może kontroli rodzącej kobiety (również zwiększającej subiektywne poczucie bezpieczeństwa) podczas porodu. Uzyskane dane wpisują się w nurt badań wskazujących, że szczególnie cenne jest nie tylko wsparcie profesjonalne, gdyż pomoc ze strony personelu medycznego często bywa spostrzegana przez rodzące jako zbyt „zinstytucjonalizowana”, ale właśnie porozumienie z osobą udzielającą pomocy w trakcie porodu (por. Thorstensson i in., 2012). Istnieje większe prawdopodobieństwo, że kobieta będzie się czuć bezpieczniej i osiągnie głębsze porozumienie z osobą, którą wcześniej poznała i którą sama wybrała.

Kobietom, które uznały za ważną obecność wybranej położnej zależało również na dostępie do farmakologicznych środków łagodzących ból oraz na pomocy przy pielęgnacji dziecka. A te, które wysoko cenią zarówno obecność wybranej położnej i środki farmakologiczne w łagodzeniu bólu, jeszcze wyżej niż pozostałe badane cenią ochronę krocza podczas porodu.

Pomimo dużej wagi przykładanej przez nasze respondentki do możliwości decydowania w kwestiach związanych z przebiegiem porodu i opieki poporodowej, jedynie jedna trzecia badanych sporządziła lub planuje sporządzić plan porodu, którego celem jest właśnie wskazanie preferencji rodzących kobiet i ich rodzin co do porodu i opieki poporodowej. Wydaje się to wynikać z braku wiedzy o możliwości stworzenia takiego dokumentu (być może właśnie w tym miejscu strategiczne miejsce w pomocy kobiecie oczekującej dziecka mogłaby objąć położna środowiskowa, czyni to także doula, jeśli ciężarna korzysta z jej usług) i świadomości, że personel medyczny w miarę możliwości powinien wziąć pod uwagę preferencje zawarte w planie porodu. Rodzące, które stworzyły plan porodu, oprócz wiedzy co do możliwości jego sporządzenia mogą charakteryzować się również szczególną potrzebą zapewnienia sobie poczucia bezpieczeństwa. Oczekiwały one bowiem istotnie większej swobody w pierwszym okresie porodu, możliwości dokonania wyboru pozycji porodowej oraz dłuższego (co najmniej 1 godzina) czasu pierwszego kontaktu z dzieckiem po porodzie. Jednocześnie nie zaobserwowałyśmy różnic w obrębie preferencji środków łagodzących ból (zarówno naturalnych, jak i farma-

kologicznych) oraz w zakresie wagi przykładanej do obecności podczas porodu wybranej wcześniej położnej. Badania porównawcze prowadzone z udziałem kobiet, które przygotowały bądź nie plan porodu wskazały, że sporządzenie planu wiązało się z rzadszą koniecznością wykonywania cesarskiego cięcia, ale częstszym korzystaniem ze znieczulenia farmakologicznego (Hadar i in., 2012). Może to potwierdzać zatem większą wiedzę kobiet, które sporządzają plan porodu, dotyczącą możliwych opcji oraz praw rodzącej ujętych w nowoczesnych standardach opieki, w naszym kraju zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 20 września 2012 roku.

Pierworódki w bardzo wysokim stopniu (istotnie większym niż wieloródki) liczyły na pomoc personelu przy pierwszych czynnościach pielęgnacyjnych dziecka, co pokazuje potrzebę poporodowej opieki i wsparcia kobiet, szczególnie tych, które urodziły swoje pierwsze dziecko/dzieci. Z kolei dla wieloródek ważniejsze niż dla pierworódek okazało się pierwsze karmienie piersią bezpośrednio po porodzie. Być może wynika to z generalnie większego nastawienia wieloródek na karmienie naturalne. Inną przyczyną może być wcześniejsze doświadczenie przez te kobiety początkowych trudności w karmieniu piersią, skutkujące nastawieniem na wszelkie metody uniknięcia ponownych kłopotów z karmieniem piersią. Podobne wyniki uzyskały Larsen i Kronborg (2013), analizując podłoże trudności związanych z rozpoczęciem i podtrzymaniem karmienia naturalnego, które deklarowały młode matki.

Osobną część wyników stanowią analizy uwzględnionych zmiennych istotnych dla satysfakcji z porodu i opieki poporodowej w kontekście więzi z nienarodzonym jeszcze dzieckiem. Uzyskane dane wskazują na istotne znaczenie doświadczenia leczenia problemów z zajściem w ciążę dla siły więzi z dzieckiem w łonie matki. Literatura wskazuje na podobną zależność u kobiet, które doświadczyły trudności z zajściem w ciążę, nawet jeśli nie wymagały one leczenia medycznego (patrz np.: Pawlicka, Chrzan-Dętkoś, Lutkiewicz, 2013). W badaniu Bielawskiej-Batorowicz i Siddiqui (2008) kierunek zależności między prenatalną więzią matka – dziecko a problemami w przebiegu ciąży zależny jest od narodowości badanych kobiet – u Polek doświadczających komplikacji ciążowych więź z nienarodzonym jeszcze dzieckiem była niższa niż u kobiet bez komplikacji, a u Szwedek zależność miała taki kierunek, jak w naszym badaniu – więź była silniejsza. Być może wskazuje to na różnorodność strategii radzenia sobie z lękiem przed utratą dziecka. W naszym badaniu brane były pod uwagę trudności z zajściem w ciążę, a nie komplikacje w trakcie jej trwania, co być może jest znaczące w rozumieniu różnic w wynikach. Radość z faktu bycia w ciąży po okresie trudności z zajściem w nią może powodować zwiększone skupienie na rozwijającym się w łonie matki dziecku i silniejsze fantazjowanie na jego temat.

Wyniki zaprezentowanego badania pokazują również, że istotnymi czynnikami siły więzi z nienarodzonym jeszcze dzieckiem jak i poszczególnych aspektów tej więzi jest dłuższy (przynajmniej 1 godzina) czas kontaktu z dzieckiem bezpośrednio po porodzie oraz przywiązywanie wagi dostępu do edukacji i poradnictwa. Istotnymi predyktorami przypisywania właściwości okazała się również obecność

bliskiej osoby podczas porodu, ale korelacja ta ma wartość ujemną, podobnie jak opracowanie (lub zamiar opracowania) planu porodu jest istotnym predyktorem podporządkowania dziecku (również ujemnym). Być może jest to związane z większą koncentracją rodzącej na sobie niż na nienarodzonym dziecku; zagadnienie to wymaga jednak naszym zdaniem dalszych badań.

Ograniczeniem naszego badania jest stosunkowo mała liczba badanych kobiet, szczególnie wieloródek. Kolejne etapy wymagają poszerzenia grupy szczególnie o kobiety, które mają za sobą doświadczenie porodu. Ponadto uwzględnione w badaniu standardy opieki okołoporodowej zostały badanym narzucone i każdy z nich oceniały oddzielnie. W kolejnych etapach ważne jest umożliwienie subiektywnego określenia przez badane najważniejszych standardów opieki okołoporodowej albo uporządkowanie przez badane zmiennych pod względem ich ważności, np. dla satysfakcji z porodu czy stopnia realizacji oczekiwań. Ważne jest również porównanie oczekiwań dotyczących porodu z faktycznym jego przebiegiem i określenie ich ważności po porodzie. Interesujące wydaje się także zanalizowanie podejścia pracowników ochrony zdrowia do nowo wprowadzonych standardów i ich postawy wobec oczekiwań kobiet w ciąży związanych z porodem, opieką około- i poporodową.

Omówione badanie analizuje wielowymiarowe i wieloaspektowe podejście współczesnych kobiet do porodu, który dla znakomitej większości z nich jest przewidywanym, zaplanowanym i niepowtarzalnym momentem w życiu. Kobiety mają świadomość konieczności odpowiedniego przygotowania się do porodu, np. poprzez pogłębienie wiedzy czy wybór odpowiedniej placówki, dzięki czemu mogą poznać i uwzględnić szeroki zakres czynników, w tym tych wcześniej im nieznanych, wpływających na satysfakcję z porodu. Uwzględnienie przez personel medyczny oraz wspierające osoby bliskie oczekiwań kobiet, jak również podniesienie standardów opieki medycznej, znacząco wpływają zarówno na jakość samego porodu, jak i na rozwój więzi matki z nienarodzonym dzieckiem.

### Literatura cytowana

- Anim-Somuah, M., Smyth, R.M., Jones, L. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 7(12), CD000331.
- Baranowska, B., Kubicka-Kraszyńska, U., Tymińska, A. (2013). *Raport. Monitoring wdrażania nowych standardów okołoporodowych w wybranych placówkach położniczych województwa mazowieckiego*. Warszawa: Fundacja „Rodzić po Ludzku”.
- Beck, C.T. (2004). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nursing Research*, 53, 216-224.
- Bélanger-Lévesque, M.-N., Pasquier, M., Roy-Matton, N., Blouin, S., Pasquier, J.-Ch. (2014). Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study. *BMJ*, 4(2), e004013, doi: 10.1136/bmjopen-2013-004013.
- Bielawska-Batorowicz, E. (1995). *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

- Bielawska-Batorowicz, E., Siddiqui, A. (2008). A study of prenatal attachment with Polish and Swedish expectant mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(4), 373-384.
- Blomquist, J.L., Quiroz, L.H., MacMillan, D., McCullough, A., Handa, V.L. (2011). Mothers' satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *American Journal of Perinatology*, 28, 383-388.
- Christiaens, W., Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 7(26), doi: 10.1186/1471-2393-7-26.
- Cranley, M.S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5), 281-284.
- Goodman, P., Mackey, M.C., Tavakoli, A.S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 212-219.
- Green, J.M. (1993). Expectations and experiences of pain in labor: findings from a large prospective study. *Birth*, 20, 65-72.
- Hadar, E., Raban, O., Gal, B., Yogev, Y., Melamed, N. (2012). Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 25(10), 2055-2057, doi: 10.3109/14767058.2012.678438.
- Hodnett, E.D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 160-172.
- Kannan, S., Jamison, R.N., Datta, S. (2001). Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, 26, 468-472.
- Khaskheli, M., Baloch, S. (2010). Subjective pain perceptions during labour and its management. *Journal of Pakistan Medical Association*, 60(6), 473-476.
- Koteles, J., de Vrijer, B., Penava, D., Xie, B. (2012). Maternal characteristics and satisfaction associated with intrapartum epidural analgesia use in Canadian women. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 21, 317-323.
- Kubicka-Kraszyńska U., Otffinowska A. (2007). *Opieka okotoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku” 2006*. Warszawa: Fundacja „Rodzić po Ludzku”.
- Lally, J.E., Thomson, R.G., MacPhail, S., Exley, C. (2014). Pain relief in labour: a qualitative study to determine how to support women to make decisions about pain relief in labour. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14(1), 1-19, doi: 10.1186/1471-2393-14-6.
- Larsen, J.S., Kronborg, H. (2013). When breastfeeding is unsuccessful – mothers' experiences after giving up breastfeeding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 848-856.
- Lutkiewicz, K., Bidzan, M. (2013). Sexual activity of pregnant Polish women and the assessment of the marital relation quality. *Health Psychology Report*, 1, 9-17, doi: 10.5114/hpr.2013.40465.
- Mercer, R.T., Ferketich, S.L. (1994). Maternal-infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy. *Nursing Research*, 43, 344-351.

- Otfinowska, A. (2008). Czynniki wpływające na satysfakcję kobiet z porodu – analiza danych z akcji „Rodzić po ludzku”. W: E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, ks. J. Dzierżanowski (red.), *Optymalizacja porodu – zagadnienia interdyscyplinarne* (s. 107-112). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Pawlicka, P., Chrzan-Dętkoś, M., Lutkiewicz, K. (2013). Prężność psychiczna przyszłych matek oraz kolejność ciąży jako moderatory budowania więzi z nienarodzonym jeszcze dzieckiem. *Family Forum*, 3.
- Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., van der Pal, K., Prins, M., Green, J., Buitendijk, S. (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*, 35 (2), 107-116.
- Rowlands, I., Redshaw, M. (2012). Mode of birth and women’s psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 12, 138.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położenia i opieki nad noworodkiem (DzU z 2012 r., poz. 1100), <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=W-DU20120001100>
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman’s life? Women’s long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*, 18, 203-210.
- Simkin, P. (1992). Just another day in a woman’s life? part II: nature and consistency of women’s long-term memories of their first birth experiences. *Birth*, 19, 64-81.
- Slade, P., Macpherson, S.A., Hume, A., Maresh, M. (1993). Expectations, experiences and satisfaction with labor. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 469-483.
- Sygulla, K., Smędowski, A., Szatan, A., Michalak, A. (2009). Potrzeby i oczekiwania kobiet ciężarnych dotyczące opieki okołoporodowej – czy trudno je spełnić? *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 29(4), 30-36.
- Thorstensson, S., Ekström, A., Lundgren, I., Wahn, E.H. (2012). Exploring professional support offered by midwives during labour: an observation and interview study. *Nursing Research i Practice*, 1-10, doi: 10.1155/2012/648405.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., Radestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31, 17-26.