

# Streszczenie

**Wstęp:** Ciąża to czas szczególny w życiu każdej kobiety. Niezależnie od tego, czy jest spełnieniem marzeń o posiadaniu potomstwa, czy zaskoczeniem – rozpatrywana jest w kontekście sytuacji stresogennej. Porodowi towarzyszy wiele emocji: dla jednych kobiet jest to zdarzenie pozytywne i radosne, innym zaś kojarzy się negatywnie, jako coś, co należałoby wymazać z pamięci i już nigdy więcej nie przeżywać. Okres po narodzinach dziecka również może przynosić nie tylko oczekiwaną radość, zadowolenie czy euforię, ale także liczne problemy, niepokojące refleksje i pasywność położnicy, a w konsekwencji – zaburzenia emocjonalne.

Współcześnie ciąża i poród coraz częściej nie przypominają normalnych procesów fizjologicznych, ponieważ wiele przyszłych matek poddawanych jest leczeniu z powodu obniżonej płodności, przybywa też kobiet, które decydują się na poród drogą cięcia cesarskiego. Owe okoliczności społeczne i emocjonalne wpływają na życie matki, jej otoczenie oraz zdrowie behawioralne i emocjonalne dzieci.

Zmiany związane z całym okresem okołoporodowym, także przebiegającym prawidłowo, sprawiają, że jest to czas, gdy kobieta oczekuje szczególnego wsparcia ze strony otoczenia. Mimo postępu w naukach medycznych w ostatnich latach na całym świecie obserwuje się zwiększenie częstości występowania zaburzeń w okresie okołoporodowym. Edukacja przedporodowa ma na celu teoretyczne i praktyczne przygotowanie obojga partnerów do rodzicielstwa, dlatego odgrywa szczególną rolę w profilaktyce zaburzeń emocjonalnych w okresie okołoporodowym.

**Cel pracy:** Celem pracy jest ocena stanu emocjonalnego kobiet w ciąży i po porodzie, w tym poznanie czynników determinujących stan emocjonalny kobiet uczestniczących i nieuczestniczących w zajęciach szkoły rodzenia.

**Materiał i metoda:** Grupę badaną stanowiło 200 mieszkanki miasta Rzeszowa i powiatu rzeszowskiego, które podzielono na dwie równe liczebnie podgrupy: I stanowiły uczestniczki zajęć szkoły rodzenia (n = 100), II – kobiety nieuczestniczące w takich zajęciach (n = 100). Badanie zrealizowano w trzech etapach czasowych: pierwszy etap – podczas ciąży, drugi etap – w drugiej dobie porodu, trzeci etap – w późnym poroku.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz technikę ankiety z użyciem standaryzowanych kwestionariuszy: inwentarza do pomiaru radzenia sobie ze stresem – Mini-COPE, kwestionariusza orientacji życiowej SOC-29, czynników ryzyka zaburzeń psychicznych w ciąży, wykorzystano też edynburską skalę depresji poporodowej – EPDS oraz autorskie ankiety. Ankiety te zawierały pytania dotyczące m.in. danych socjodemograficznych, danych medycznych związanych z przebiegiem porodu i poroku, przygotowania do porodu i opieki nad dzieckiem. Badania przeprowadzono w okresie od października 2016 do grudnia 2018 r.

**Wyniki:** Przebieg ciąży w badanej grupie umożliwiał uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia 91,5% badanych kobiet (N = 183), jednak udział w zajęciach częściej deklarowały respondentki będące w ciąży pierwszy raz. Dla uczestniczek zajęć szkoły rodzenia obecna ciąża częściej była planowana i wzbudzała pozytywne emocje (p = 0,02). U niemal 3/4 badanych (N = 147, tj. 73,5%) poród był czasowy, a u ponad połowy (N = 138, tj. 69,0%) był to poród główkowy. Dla grupy I

wykazano istotnie dłuższy czas trwania II okresu porodu (średnio  $54,27 \pm 42,19$  min) niż w grupie II (średnio  $34,94 \pm 32,97$  min;  $p = 0,0228$ ). W pozostałych stadiach porodu nie odnotowano znamien-nych statystycznie różnic w grupach ( $p > 0,05$ ). Kontakt „skóra do skóry” po porodzie nieznacznie częściej nastąpił w grupie II ( $p = 0,05$ ). Występowanie problemów pielęgnacyjnych w pierwszych dniach/dobach po porodzie dotyczyło 74,5% ogółu badanych ( $N = 149$ ). Udział w zajęciach szkoły rodzenia nie wpływał znacząco na odczucia/emocje w pierwszych dniach po porodzie ( $p = 0,7742$ ), jak również występowanie u kobiet problemów pielęgnacyjnych w pierwszych dniach/dobach po porodzie ( $p = 0,8711$ ). Wybór strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych nie zależał w sposób istotny od uczestnictwa badanych kobiet w zajęciach szkoły rodzenia. Poczucie koherencji było tak samo wysokie w obydwu grupach ( $p > 0,05$ ). Najczęstszym czynnikiem, który powinien skłaniać lekarza prowadzącego ciążę do szybkiego kontaktu z psychiatrą leczącym pacjentkę, było zażywanie leków uspokajających i przeciwdepresyjnych. W grupie okoliczności, które sugerowały staranniejszą obserwację pacjentki i sprawdzanie stanu psychicznego przy kolejnych wizytach, były: występowanie chorych psychicznie w rodzinie ( $N = 19$ ), występowanie samobójstw w rodzinie ( $N = 14$ ) lub pojawienie się w poprzednich ciążach problemów emocjonalnych ( $N = 10$ ). Udział w zajęciach szkoły rodzenia w niewielkim stopniu wpływał na czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych, wykazano jedynie, iż brak stałej pracy stwarzał ryzyko zaburzeń u kobiet, które nie brały udziału w zajęciach szkoły rodzenia ( $p = 0,01$ ). Posługując się skalą EPDS, stwierdzono, że objawy depresji przed porodem dotyczyły 13,0% kobiet ( $N = 26$ ), zaś po porodzie - 17,5% badanych ( $N = 35$ ;  $p = 0,08$ ). Odnotowano wyższy wskaźnik nasilenia objawów depresji przed porodem u kobiet, które kiedykolwiek przyjmowały narkotyki ( $13,67 \pm 2,52$  pkt), a po porodzie u tych, które ostatnio leczyły się psychiatrycznie ( $16,50 \pm 8,27$  pkt). Po porodzie na poziom depresji wpływała istotnie liczba dotychczasowych ciąż ( $p = 0,01$ ). Wyższe nasilenie objawów depresji zarówno przed porodem ( $p = 0,0001$ ), jak i po porodzie ( $p = 0,0155$ ) dotyczyło kobiet, które zdecydowanie lub nie zawsze radziły sobie z problemami pielęgnacyjnymi w pierwszych dniach/dobach po porodzie. Posiadanie kontaktu z rodziną istotnie obniżało nasilenie objawów depresji przed porodem i po rozwiązaniu ( $p < 0,0001$ ). Wpływ strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych w ujęciu ogólnym na nasilenie objawów depresji wśród kobiet przed i po porodzie był widoczny i przejawiał się najczęściej wyborem strategii wyuczonej bezradności ( $p < 0,0001$ ). Poczucie koherencji w sposób istotny wpływało na nasilenie objawów depresji: im wyższe nasilenie ogólnego wskaźnika poczucia koherencji, tym niższy poziom objawów depresji przed porodem ( $\rho = -0,416$ ;  $p < 0,0001$ ) i po porodzie ( $\rho = -0,378$ ;  $p < 0,0001$ ).

Wykazano, że w grupie I wpływ zmiennych zależnych na nasilenie depresji przed porodem nie był zauważalny. Z kolei w grupie II nasilenie objawów depresji przed porodem związane było istotnie z odczuciami/emocjami w pierwszych dniach po porodzie ( $p = 0,00$ ). Nasilenie objawów depresji po porodzie w grupie I związane było istotnie z wyborem strategii radzenia sobie poprzez bezradność ( $p = 0,03$ ) oraz poczuciem akceptacji ze strony męża/partnera, rodziny, społeczeństwa ( $p = 0,00$ ). Im częściej te zachowania były rejestrowane w grupie I, tym większe było nasilenie objawów depresji. W grupie II nasilenie objawów depresji po porodzie nieznacznie związane było z poczuciem akceptacji ( $p = 0,04$ ).

Zmienne niezależne wpływające na nasilenie objawów depresji w ciąży w grupie I to: wpływ gorszych warunków bytowych ( $p = 0,0129$ ), negatywny wpływ ciąży na karierę zawodową ( $p = 0,0393$ ), obniżone poczucie koherencji ( $p = 0,0010$ ). W grupie II były to: negatywne odczucia w pierwszych dniach po porodzie ( $p = 0,0001$ ), bezradność w sytuacjach trudnych ( $p = 0,0052$ ), a w mniejszym stopniu aktywne radzenie sobie ( $p = 0,0306$ ).

Z kolei nasilenie objawów depresji po porodzie w grupie I wzrastało wraz z brakiem poczucia akceptacji ze strony męża/partnera, rodziny, społeczeństwa ( $p = 0,0012$ ) i radzeniem sobie poprzez bezradność ( $p = 0,0117$ ), a zmniejszało się wraz ze wzrostem poczucia koherencji ( $p = 0,0216$ ) oraz radzeniem sobie poprzez poczucie humoru ( $p = 0,0461$ ). W grupie II nasilenie objawów depresji po porodzie było wyższe, gdy kobiety odczuwały bardziej negatywny wpływ ciąży na relacje partnerskie ( $p = 0,0161$ ) i częściej wykorzystywały strategię wyuczonej bezradności ( $p = 0,0132$ ).

Dodatkowa pogłębiona analiza związana z weryfikacją hipotezy o istotnym wpływie depresji przed porodem na nasilenie objawów depresji po porodzie nie potwierdziła się dla ogółu badanych ( $p = 0,07$ ). Wykazano jednak w grupie II, że występowanie depresji przed porodem wpływało istotnie na pojawienie się objawów depresji po porodzie ( $p = 0,00$ ). Co ciekawe, chęć skorzystania w kolejnej ciąży z zajęć szkoły rodzenia wyrażały częściej kobiety z wyższym nasileniem objawów depresji po porodzie ( $11,38 \pm 4,42$  pkt;  $p = 0,000$ ).

**Wnioski:** Sprawując opiekę nad kobietą w okresie ciąży porodu i połogu, należy zwrócić szczególną uwagę na jej stan emocjonalny, ponieważ umiejętne wczesne interwencje podjęte na podstawie trafnej oceny stanu emocjonalnego kobiet w ciąży i po porodzie przyczyniają się do zminimalizowania bądź wyeliminowania problemów emocjonalnych oraz ich długofalowych konsekwencji. Zindywidualizowana, systematyczna edukacja przedporodowa prowadzona przez odpowiednio przygotowanych specjalistów i oparta na interakcji może stanowić zasadniczy element psychoprofilaktyki kobiet w zakresie radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Analiza stanu emocjonalnego kobiet w ciąży i po porodzie stanowi wartość empiryczną i ma znaczenie nie tylko w kontekście przygotowania ich do realizacji funkcji macierzyńskiej, ale może i powinna być wykorzystana do planowania świadczeń usług zdrowotnych, zwłaszcza w dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości.

**Postulaty:** Kontynuacja badań z uwzględnieniem wytycznych SOOP, propozycja określania stanu emocjonalnego kobiet dwukrotnie podczas ciąży – kilka dni po porodzie i kilka miesięcy po porodzie. W projekcie należałoby uwzględnić wpływ pandemii COVID-19 na modyfikację form edukacji przedporodowej – zbadanie i porównanie grup poddanych tradycyjnej i zdalnej edukacji. Praktyczne zastosowanie wyników badań w opracowywaniu strategii promującej zdrowie emocjonalne kobiet w okresie prokreacyjnym.

**Słowa kluczowe:** szkoła rodzenia, stan emocjonalny kobiet, ciąża, połóg