

Aktywność fizyczna i szkoła rodzenia w czasie ciąży a poziom postrzeganego stresu i objawów depresyjnych u kobiet po porodzie

Physical activity and childbirth classes during a pregnancy and the level of perceived stress and depressive symptoms in women after childbirth

Joanna Kowalska¹, Daria Olszowa¹, Dominika Markowska^{1,2},
Marzena Teplik², Joanna Rymaszewska³

¹Katedra Fizjoterapii i Terapii Zajęciowej w Medycynie Zachowawczej i Zabiegowej,
Wydział Fizjoterapii AWF we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. M. Woźniewski

²Klinika Ginekologii i Położnictwa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Zimmer

³Pracownia Psychiatrii Konsultacyjnej i Medycyny Behavioralnej, Katedra i Klinika Psychiatrii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. A. Kiejna

Summary

Aim. The aim of this study was to answer the question of whether physical activity during pregnancy and participation in childbirth classes prepare women for childbirth; further, does it influence the levels of perceived stress and the occurrence of depressed mood.

Methods. 100 women participated in the study. Half of the women had taken part in the childbirth classes before giving birth. A questionnaires of own authorship, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and Perceived Stress Scale (PSS-10) were used.

Results. There was no significant relationship observed between participation in childbirth classes and the results of EPDS and PSS-10. The mood of women after childbirth correlated significantly with the level of stress in the whole study group ($p < 0.0001$). Best mean well-being and lowest mean perceived stress were observed in women who stayed in a relationship ($p = 0.0029$, $p = 0.0008$). Women physically active during pregnancy were also characterized by better mood and lower levels of perceived stress (6.7 and 14.4 vs. 8.4 and 16.0). Among women exercising during pregnancy the participants in childbirth classes was far more numerous ($p < 0.0001$).

Conclusions. Declared physical activity during pregnancy was linked to lower levels of stress experienced by women and less severe depressive symptoms after childbirth, especially in the group of childbirth classes participants.

Słowa kluczowe: szkoła rodzenia, objawy depresyjne, postrzegany stres

Key words: depressive symptoms, childbirth classes, perceived stress

Wstęp

Okres ciąży, porodu i połogu to okres dynamicznych zmian hormonalnych, jak również zmian zachodzących w psychice kobiety. Wielu autorów podkreśla, że nie tylko czynniki biologiczne, ale także psychospołeczne, uwarunkowania socjodemograficzne i socjoekonomiczne oraz konflikty małżeńskie/partnerskie i rodzinne oraz stres predysponują do wystąpienia zaburzeń emocjonalnych u kobiet w okresie poporodowym [1–6].

Poza psychozą poporodową oraz ostrą stresową reakcją poporodową do najczęściej występujących zaburzeń można zaliczyć przygnębienie poporodowe (postpartum blues depression) oraz depresję poporodową (postpartum depression) [3, 5].

Przygnębienie poporodowe dotyczy od 30 do 75% matek [7, 8] i występuje w pierwszych dniach po porodzie, z największym nasileniem między 3 a 5 dobą [9]. Depresja poporodowa natomiast występuje w późniejszym okresie (w ciągu miesiąca od porodu) u 10–20% kobiet po porodzie [8, 10]. Przygnębienie poporodowe to potwierdzony w wielu badaniach jeden z czynników ryzyka depresji poporodowej, a uzyskanie wyniku ≥ 10 punktów w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EPDS) w piątej dobie po porodzie zwiększa trzydziestokrotnie ryzyko wystąpienia depresji poporodowej 6 tygodni po porodzie [5, 11, 12].

W dobie, kiedy kobiety coraz krócej przebywają po porodzie na oddziale położniczym, zasadne wydaje się wyłonienie w jak najszybszym czasie (w ciąży, okresie około- i poporodowym) kobiet z grupy ryzyka zachorowania na depresję poporodową. Dlatego też ważne jest zastosowanie testów przesiewowych i czujna obserwacja kobiet w kierunku zaburzeń nastroju już od pierwszych dni po porodzie. Szczególne zadanie ma tu również szeroko pojęta profilaktyka i psychoedukacja jeszcze w okresie ciąży. W działaniach profilaktycznych duże znaczenie ma opieka przedporodowa, którą proponują szkoły rodzenia [3]. Szkoły rodzenia poprzez zajęcia teoretyczne i ćwiczenia gimnastyczne profesjonalnie przygotowują przyszłych rodziców do bezpiecznego odbycia ciąży, bezpiecznego oraz aktywnego porodu i połogu. Uczą one, jak opiekować się noworodkiem i niemowlęciem, przygotowują do karmienia naturalnego, uczą dialogu z dzieckiem w wewnątrzmacicznej fazie rozwoju. Również według wielu autorów odpowiednio dobrane ćwiczenia fizyczne (proponowane także w szkołach rodzenia) oraz aktywność fizyczna w czasie ciąży pozwalają przygotować kobietę i jej organizm do porodu [13, 14, 15]. Zapobiega to obniżeniu nastroju kobiety w trakcie ciąży i połogu, a także sprzyja szybszemu powrotowi do formy po porodzie [15, 16]. Szczególnie ważny jest tu mechanizm wpływu ćwiczeń fizycznych na depresję, który opiera się na teoriach psychologicznych („wiary w siebie” i koncepcji dystraktorów) oraz biologicznych (m.in. teorii β -endorfinowej i termogenicznej) [17, 18].

W związku z powyższym celem badania była ocena skuteczności aktywności fizycznej i zajęć szkoły rodzenia w prewencji poporodowych zaburzeń emocjonalnych.

Material i metody

Badania przeprowadzono w okresie od lutego do kwietnia 2013 roku w Klinice Ginekologii i Położnictwa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Do badań zakwalifikowano pacjentki, które deklarowały brak obciążeń rodzinnych i występowania zaburzeń psychicznych oraz wyraziły świadomą zgodę na udział w anonimowych badaniach. Badania były ankietowe, pozbawione jakiejkolwiek interwencji czy struktury eksperymentu, przeprowadzane za zgodą pacjentek oraz kierującego oddziałem, pod nadzorem etycznym i prawnym Wydziału Fizjoterapii AWF we Wrocławiu.

Grupę badaną stanowiło 100 kobiet, z których połowa uczestniczyła przed porodem w zajęciach szkoły rodzenia. Obie badane grupy nie różniły się pod względem wieku (wiek od 18 do 40 lat; średnia 29,8 roku), stanu cywilnego, miejsca zamieszkania (wieś, miasto) i wykształcenia. Dokładne dane przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka grup badanych

Zmienna	Uczestnictwo w szkole rodzenia		Razem	Analiza statystyczna
	TAK	NIE		
	Średnia	Średnia	Średnia	
Wiek	30,1	29,5	29,8	t = 0,73 p = 0,466
Wykształcenie	n	n	n	$\chi^2 = 2,18$ p = 0,201
podstawowe/zawodowe	2	6	8	
średnie	12	14	26	
wyższe	36	30	66	
Stan cywilny	n	n	n	$\chi^2 = 1,15$ p = 0,562
zamężna	42	38	80	
panna w związku	6	8	14	
samotna	2	4	6	
Miejsce zamieszkania	n	n	n	$\chi^2 = 2,78$ p = 0,249
wieś	5	7	12	
miasto poniżej 100 tys. mieszk.	2	6	8	
miasto powyżej 100 tys. mieszk.	43	37	80	
Rodzaj zatrudnienia	n	n	n	$\chi^2 = 13,26$ p = 0,001
umowa o pracę/zlecenie	45	30	75	
własna działalność gospodarcza	5	14	19	
bezrobotna	0	6	6	

Do przeprowadzenia badań wykorzystano Edynburską Skalę Depresji Poporodowej, Skalę Postrzeganego Stresu (PSS-10) oraz ankietę własnego autorstwa zawierającą dane

socjodemograficzne (wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny) oraz pytania dotyczące przebiegu ciąży i porodu, uczestnictwa w zajęciach szkoły rodzenia oraz aktywności fizycznej w trakcie ciąży.

Skala EPDS została opracowana przez Coxa i wsp. jako kwestionariusz samooceny służący do wykrywania objawów depresyjnych u kobiet po porodzie. Pacjentki samodzielnie wypełniały kwestionariusz składający się z 10 pytań, wybierając jedną z czterech odpowiedzi od 0 do 3 zgodnie z rosnącym nasileniem objawów, które ich zdaniem najlepiej opisują ich samopoczucie w ciągu ostatnich 7 dni. Maksymalny wynik to 30 punktów. Uzyskanie przez badaną 10 punktów i więcej może wskazywać na obecność problemów emocjonalnych. Twierdząca odpowiedź na ostatnie pytanie dotyczące wystąpienia myśli o zrobieniu sobie krzywdy, mimo niezyskania wyniku powyżej 10 punktów, wymaga rozważenia interwencji psychiatry [19].

Skala PSS-10 służy do oceny natężenia stresu związanego z osobistą sytuacją życiową w ciągu ostatniego miesiąca. O intensywności stresu nie decyduje ilość sytuacji stresowych, lecz ich ocena przez pacjenta. Skala zawiera 10 pytań dotyczących subiektywnych odczuć związanych z problemami, zdarzeniami osobistymi, zachowaniami i radzeniem sobie w sytuacjach stresowych. Badany może uzyskać wynik od 0 do 40 punktów. Wynik w przedziale 0–13 punktów oznacza niski poziom postrzeganego stresu, 14–19 punktów przeciętny poziom postrzeganego stresu, a 20–40 punktów wysoki poziom stresu [20].

Oceny samopoczucia kobiet oraz postrzeganego przez nie stresu dokonywano najczęściej w trzeciej dobie po porodzie [3].

W analizie statystycznej, oceniając współzależność cech zmiennych o rozkładzie ciągłym, zastosowano współczynnik korelacji rang uporządkowania ρ -Spearmana, a w przypadku zmiennych o rozkładzie dyskretnym – test niezależności χ^2 . Porównania międzygrupowe prowadzono przy zastosowaniu testu t-Studenta dla grup niezależnych. Istotność statystyczną ustalono na poziomie $p < 0,05$. Obliczenia wykonano przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 10 firmy StatSoft.

Wyniki

Objawy przygnębienia poporodowego ($EPDS \geq 10$) wystąpiły u 34% kobiet, natomiast 22% badanych cechował wysoki poziom odczuwanego stresu ($PSS-10 \geq 20$).

Obie grupy kobiet, uczestniczących w szkołach rodzenia oraz nieuczestniczących, charakteryzowały się podobnym samopoczuciem po porodzie i średnim poczuciem stresu.

Nie stwierdzono zatem istotnej zależności między uczestnictwem w zajęciach w szkole rodzenia a nasileniem objawów depresji po porodzie i poziomem postrzeganego stresu (tab. 2).

Tabela 2. Poziom objawów depresyjnych i odczuwalnego stresu po porodzie a uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia

Skala	Uczestnictwo w szkole rodzenia				Test t-Studenta	
	TAK		NIE			
	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.	t	p
EPDS	7,1	5,0	8,1	5,7	0,91	0,363
PSS-10	14,4	6,0	16,1	7,8	1,20	0,231

Nastroj kobiet po porodzie (nasilenie objawów depresyjnych po porodzie) korelował istotnie z poziomem odczuwanego stresu w całej badanej grupie ($t = 8,46$; $p < 0,0001$).

Wśród obaw dominowały te związane z komplikacjami przy porodzie, bólem i złym stanem zdrowia noworodka. Udział w zajęciach w szkole rodzenia zmniejszył obawy odnoszące się do komplikacji porodowych oraz macierzyństwa jako nowej sytuacji (tab. 3).

Tabela 3. Obawy najsilniej odczuwane przed porodem

Największe obawy związane z porodem	Uczestnictwo w szkole rodzenia		Razem	Test Chi ²	
	TAK	NIE		χ ²	p
ból	31	30	61	0,04	0,838
komplikacje przy porodzie	27	37	64	4,34	0,037
macierzyństwo jako nowa sytuacja	2	8	10	4,00	0,046
poród jako nowa sytuacja	2	3	5	0,21	0,646
szpital i personel szpitalny	10	7	17	0,64	0,424
zły stan zdrowia dziecka	27	23	50	0,64	0,424
brak obaw przed porodem	5	2	7	1,38	0,240

Kobiety uczestniczące w zajęciach w szkole rodzenia istotnie częściej niż kobiety w takich zajęciach nieuczestniczące poszerzały swoją wiedzę o przebiegu porodu i przyszłej opiece nad niemowlęciem korzystając z książek czy Internetu (odpowiednio $p = 0,014$, $p = 0,044$).

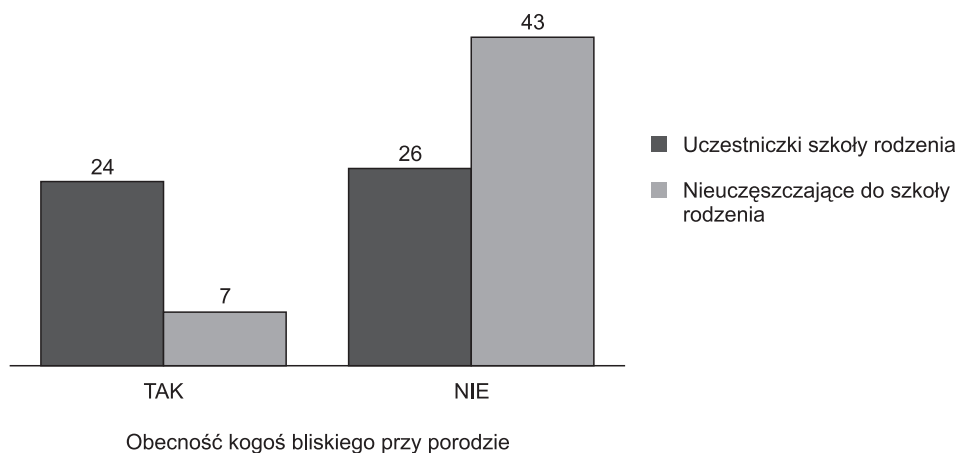
Większość kobiet uczestniczących w zajęciach w szkole rodzenia była zdania, że zajęcia te przygotowały je do porodu (41 kobiet, 82% grupy).

Najlepsze średnie samopoczucie i najniższy średni odczuwany stres prezentowały kobiety pozostające w związku. Przy podziale badanych kobiet na dwie grupy, tj. kobiety pozostające w związku (formalnym lub nieformalnym) i kobiety samotne, różnica średniego poziomu samopoczucia i odczuwanego stresu była statystycznie istotna ($p = 0,0029$, $p = 0,0008$). Mniejsze znaczenie miał staż małżeński lub czas przebywania w związku nieformalnym, a także uczestnictwo w szkole rodzenia. Nie wykazano również istotnej statystycznie zależności pomiędzy obniżonym nastrojem, postrzeganym stresem a wiekiem i wykształceniem badanych kobiet.

Nieco mniej niż połowie uczestniczek szkoły rodzenia ($n = 24$) towarzyszył ktoś bliski podczas porodu. Jednocześnie 92% uczestniczek szkoły rodzenia ($n = 46$) towarzyszył ktoś bliski podczas zajęć w szkole rodzenia. Podczas porodu kobietom nieuczestniczącym w zajęciach w szkole rodzenia rzadko asystował ktoś bliski (14%, $n = 7$), co przedstawia ryc. 1.

Prawie wszystkim kobietom przy porodzie towarzyszył ojciec dziecka, tylko w jednym przypadku była to przyjaciółka. Podobnie w przypadku uczestnictwa w szkole rodzenia, osobą towarzyszącą we wszystkich przypadkach był również ojciec dziecka.

Rycina 1. Uczestnictwo w szkole rodzenia a obecność kogoś bliskiego w trakcie porodu



Średni poziom nastroju w okresie poporodowym był niższy w przypadku, co jest nieco zaskakujące, gdy przy porodzie towarzyszył kobietom ktoś bliski. Jednak związek ten nie jest istotny statystycznie. Natomiast obecność kogoś bliskiego w czasie porodu zależała istotnie od tego, czy kobieta rodząca uczestniczyła przedtem w zajęciach w szkole rodzenia.

Ponad połowa badanych kobiet rodziła po raz pierwszy. U pozostałych, z wyjątkiem 4 kobiet, był to drugi poród. Kolejność porodu jednak nie miała istotnego wpływu na samopoczucie i poziom stresu.

Większość porodów zakończyła się metodą cesarskiego cięcia (62 porody), a tylko w 38 przypadkach poród odbył się siłami natury. Udział w zajęciach w szkole rodzenia nie miał żadnego wpływu na sposób zakończenia ciąży ($p = 0,680$).

Czas ciąży, po którym nastąpiło rozwiązanie, wahał się w granicach od 35 do 42 tygodni, ze średnią 39 tygodni. Istotnie bardziej obniżone samopoczucie po porodzie miały matki wcześniaków w porównaniu z kobietami rodzącymi w terminie ($p = 0,049$). Te same tendencje zaobserwowano w przypadku postrzeganego stresu ($p = 0,043$).

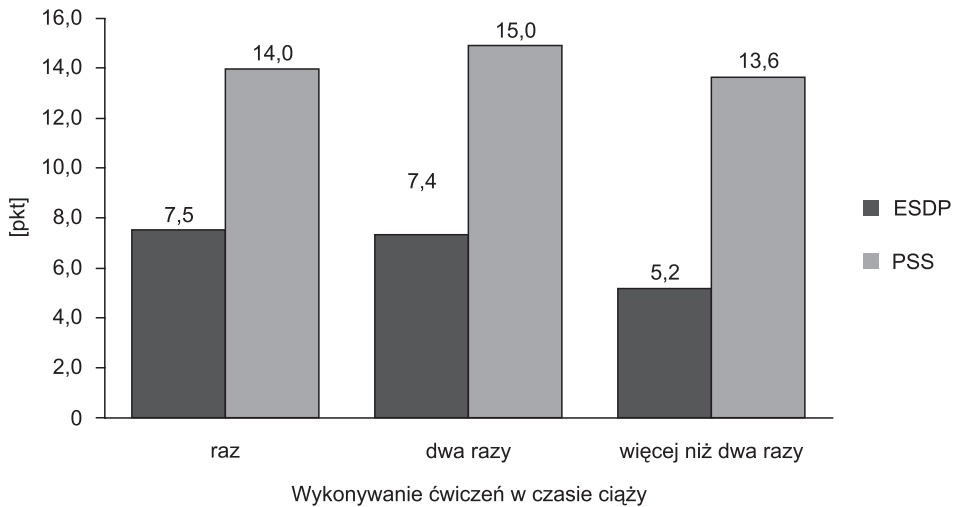
Kobiety aktywne fizycznie w czasie ciąży charakteryzowały się lepszym samopoczuciem i niższym poziomem odczuwanego stresu (odpowiednio 6,7 i 14,4 vs 8,4 i 16,0). Wśród kobiet ćwiczących w czasie ciąży zdecydowanie liczniejsze były uczestniczki zajęć w szkole rodzenia (tab. 4).

Tabela 4. Stosowanie ćwiczeń w czasie ciąży a uczestnictwo w zajęciach w szkole rodzenia

Stosowanie ćwiczeń w czasie ciąży	Uczestnictwo w szkole rodzenia		Razem	Test Chi ²	
	TAK	NIE		χ ²	p
tak	37	9	46	31,56	< 0,0001
nie	13	41	54		

Ćwiczenia w czasie ciąży najczęściej uprawiane były dwa razy w tygodniu. Kobiety, które ćwiczyły w czasie ciąży więcej razy w tygodniu, miały średnio lepsze samopoczucie i niższy poziom odczuwanego stresu (ryc. 2). Skorelowanie częstości wykonywania ćwiczeń przed porodem z samopoczuciem po porodzie jest silniejsze niż z poziomem odczuwanego stresu (odpowiednio $p = 0,051$; $p = 0,063$).

Rycina 2. Wartości średnie oceny depresji poporodowej i odczuwanego stresu a częstość wykonywania ćwiczeń w trakcie ciąży



Na pytanie 10 kwestionariusza EPDS, traktującego o tendencjach samobójczych, w badanym materiale udzielone zostały następujące odpowiedzi: nigdy – 92 osoby, praktycznie nigdy – 6 osób, czasami – 2 osoby.

Dyskusja

Ciąża i połóg oraz związane z tym zmiany w organizmie kobiety, a także liczne czynniki ryzyka wymieniane przez badaczy sprzyjają pojawieniu się zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym. Przedstawione wyniki badań potwierdzają ich częste występowanie. Objawy obniżonego nastroju były obecne u 34% badanych kobiet. Wynik ten jest zbliżony z doniesieniami innych autorów [5, 7, 11, 21].

W przypadku porównania uczestniczek szkoły rodzenia i kobiet nieuczestniczących w tego typu zajęciach można zauważyć niższy poziom depresji oraz stresu w przypadku pierwszej grupy. Wyniki te nie są istotne statystycznie. Mimo to są one zbliżone do wyników uzyskanych przez Bączyk i wsp., którzy zauważyli, iż po kursie przygotowującym do porodu i macierzyństwa zmniejszył się poziom stresu u położnic, dzięki czemu odnotowano u nich niższy poziom objawów depresyjnych po porodzie [22].

Okres ciąży, porodu i położu to wyjątkowo stresujące wydarzenia w życiu kobiety. W badanej grupie tylko 39 respondentek charakteryzowało się niskim poziomem stresu. Stres, jak podają Kossakowska-Petrycka i Wałęcka-Matyja, jest istotnym predyktorem poporodowych zaburzeń depresyjnych [6]. Potwierdza to również przeprowadzona analiza korelacji, która wykazała silny związek pomiędzy poziomem postrzeganego stresu a nastrojem badanych kobiet. Im wyższy poziom postrzeganego stresu, tym gorsze samopoczucie kobiet po porodzie.

Zauważono, że zgłaszane w niniejszych badaniach obawy położnic przed komplikacjami przy porodzie, bólem i złym stanem zdrowia dziecka dotyczyły głównie kobiet nieuczestniczących w zajęciach szkoły rodzenia. Dane te pokrywają się z wynikami Walentyn i wsp., którzy zaobserwowali znaczne zmniejszenie obaw przed komplikacjami przy porodzie oraz większy spokój przed porodem u uczestniczek szkoły rodzenia [23]. Warto podkreślić, że to właśnie ta grupa kobiet w niniejszych badaniach częściej poszerzała swoją wiedzę na temat ciąży i porodu korzystając z książek i Internetu. Według badań Stangret i wsp. kobiety po kursie przygotowawczym lepiej oceniają swoją wiedzę na temat porodu, są bardziej świadome celowości aktywności fizycznej w czasie ciąży i znają jej pozytywny wpływ na organizm, prowadzą bardziej higieniczny tryb życia oraz cechują się wyższą samooceną [24]. Również Soet i wsp. twierdzą, że przygotowanie teoretyczne do porodu wzmacnia wiarę kobiety we własne możliwości i umiejętności, co skutecznie zmniejsza stres i obawy z nim związane [25]. Można zatem stwierdzić, że stan emocjonalny kobiet w okresie poporodowym zależy pośrednio od poziomu posiadanej wiedzy na temat sytuacji stresowej, jaką jest poród i połóg.

Wielu autorów podaje, że stan cywilny jest predyktorem depresji poporodowej [1, 26]. Przedstawione wyniki badań potwierdzają, że stan cywilny ma wpływ na samopoczucie i odczuwalny stres już we wczesnym okresie poporodowym. Najlepsze średnie samopoczucie i najniższy średni odczuwany stres prezentowały kobiety pozostające w związku, natomiast najgorsze samopoczucie i największy stres występował u kobiet samotnych. Gałuszka i wsp. również zauważają, że poprawa stanu psychicznego i osiągnięcie równowagi po porodzie zależy w dużej mierze od tego, czy kobieta była samotna, czy w związku. Największa poprawa została odnotowana w grupie matek z dwojgiem dzieci będących w związku, najmniejszą poprawę odnotowano w grupie kobiet samotnych [27]. Jest to zatem ważny czynnik ryzyka zaburzeń depresyjnych, który należy brać pod uwagę w opiece nad kobietą w położu, szczególnie obecnie, kiedy to duża liczba kobiet decyduje się na posiadanie dziecka, będąc samotnymi.

Według licznych badań obecność bliskiej osoby w szkole rodzenia oraz podczas porodu stanowi duże wsparcie psychiczne i fizyczne dla rodzącej oraz w sposób znaczący zmniejsza częstość występowania powikłań po porodzie [3]. W przedstawionych badaniach własnych w większości przypadków badanych kobietom towarzyszył ojciec

dziecka – zarówno w szkole rodzenia, jak i w trakcie porodu. Zdecydowanie częściej na poród rodzinny decydowały się uczestniczki, a decyzję tę podjęto, jak deklarowały kobiety, wspólnie z ojcem dziecka. Pomimo tego analiza wyników wykazała, że położnice po porodzie rodzinnym cechowały się bardziej obniżonym samopoczuciem w porównaniu z kobietami rodzącymi tradycyjnie. Wartości te wprawdzie nie były istotne statystycznie, ale różnią się od doniesień innych autorów. Mimo że większość ojców uczestniczyła ze swoimi partnerkami w szkole rodzenia, zastanawiające jest, czy ich poziom wiedzy i postawa były rzeczywiście wsparciem dla rodzącej, a podjęta decyzja o porodzie rodzinnym rzeczywiście wspólna. Ponadto istotne jest, czy prowadzone szkoły rodzenia w równej mierze przygotowują do porodu kobietę, jak i osobę, która będzie jej towarzyszyła w trakcie porodu. Jak wynika z dostępnych badań, ojciec dziecka lub inna bliska osoba obecna przy porodzie powinna być zapoznana z przebiegiem porodu i przygotowana do zadań, jakie będzie wypełniać przy rodzącej. Podając za Sioma-Markowską i wsp., przyjmowane przez partnerów w trakcie porodu postawy mogą być skrajnie różne, począwszy od aktywnej po bierną [28]. Nie wiadomo zatem, jakie postawy przy porodzie przyjęli ojcowie w prezentowanych badaniach, to zaś mogło mieć wpływ na osiągnięte wyniki, szczególnie że wśród wszystkich porodów rodzinnych ($n = 31$) 7 par nie uczęszczało do szkoły rodzenia. Biorąc pod uwagę badania mówiące, że to szkoły rodzenia są jedną z profesjonalnych form przygotowania do wspólnego porodu i rodzicielstwa, należy przypuszczać, że osoby te były najmniej przygotowane do porodu i położu [3, 28, 29]. Istotna wydaje się również deklarowana wspólna z ojcem dziecka decyzja o porodzie rodzinnym. Pamiętać należy jednak, że informacja ta nie musi być obiektywna, pochodzi bowiem tylko od kobiet rodzących, które wypełniały ankietę. Natomiast wiele badań dowodzi, że decyzja o porodzie rodzinnym jest często podejmowana z inicjatywy jednego z partnerów [28]. Wydaje się zatem, że wybór wspólnego porodu powinien być rozważany i dokładnie przedyskutowany zdecydowanie wcześniej, np. już na etapie zajęć w szkole rodzenia, ponieważ obecność osoby bliskiej (ojca dziecka) w szkole rodzenia nie jest jednoznaczna ze zgodą na uczestnictwo w porodzie rodzinnym.

Niniejsze badania wykazały istotnie obniżone samopoczucie w przypadku rozwiązania ciąży poprzez cięcie cesarskie. Podobne wyniki otrzymali Fórmaniak i wsp., którzy potwierdzili częstsze występowanie problemów emocjonalnych u kobiet po cesarskim cięciu [30]. Prezentowany wysoki wskaźnik cięć cesarskich ($n = 62$) wynika głównie ze specyfiki szpitala, w którym wykonywano badania. Jest to bowiem szpital o III poziomie referencyjności, do którego kierowane są pacjentki z całego regionu, zakwalifikowane do tego typu rozwiązania ze względu na występujące przeciwwskazania, choroby współistniejące lub stan dziecka.

Wyższy poziom stresu i obniżone samopoczucie odnotowano również u matek wcześniaków. Przedwczesny poród jest trudną sytuacją, wiążącą się z przerwaniem fizjologicznego procesu przygotowania kobiety do roli matki, jak również obawami o stan zdrowia nowo narodzonego dziecka [31].

Doniesienia wielu autorów wskazują, że aktywność fizyczna w czasie ciąży wpływa na przebieg porodu i położu [32, 33]. Otrzymane wyniki badań także potwierdzają, że systematyczna aktywność fizyczna w czasie ciąży korzystnie wpływa na nastrój w okresie poporodowym, a także obniża poziom postrzeganego stresu. Rezultaty te są

zgodne również z badaniami przeprowadzonymi przez Gałuszkę i wsp., którzy wykazali, że ćwiczenia fizyczne stosowane przez ciężarne w okresie ciąży są skutecznym czynnikiem zapobiegającym powstawaniu stanów depresyjnych [27].

Podobnie jak w badaniach Ćwiek i wsp., aktywność fizyczną statystycznie częściej uprawiały uczestniczki szkół rodzenia, których nieodłącznym elementem są ćwiczenia fizyczne [15]. W niniejszych badaniach również istotna okazała się częstotliwość wykonywania ćwiczeń. Im częstsza była aktywność kobiet w trakcie ciąży, tym lepszy nastrój badanych i niższy poziom stresu w okresie połogu. Jest to kolejny fakt przemawiający za tym, że systematyczny i dozowany wysiłek fizyczny to skuteczny czynnik zapobiegający powstawaniu zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym. Warto zatem zachęcać i promować wśród ciężarnych aktywność ruchową w formie np. gimnastyki, pływania i jogi [15], jak również namawiać do jej kontynuacji w okresie połogu.

Przeprowadzone badania wykazały także, że osiem kobiet biorących udział w badaniach wymagało konsultacji psychiatrycznej z powodu wystąpienia u nich myśli samobójczych. Coraz krótszy pobyt kobiet na oddziale położniczym ogranicza możliwość dokładnej obserwacji matki pod kątem występowania objawów depresyjnych oraz umiejętności radzenia sobie ze stresem i opieką nad dzieckiem [3]. Wielu autorów zaleca, aby już w czasie ciąży wykonywać kobietom testy przesiewowe (np. EPDS) pod kątem występowania objawów depresji. Należy jednak podkreślić, że kilka dni po porodzie za pomocą wykorzystanej w tym przypadku skali EPDS można określić jedynie przygnębienie poporodowe. Depresję poporodową natomiast można rozpoznać po kilku lub kilkunastu tygodniach na podstawie badania klinicznego. Niemniej jednak ocena stanu psychicznego w tak wczesnym okresie połogu, jak podkreśla Mojs i wsp., może mieć walor aplikacyjny dla położnych środowiskowych oraz lekarzy położników, którzy spotykają się z pacjentkami podczas kolejnych wizyt kontrolnych [34].

Otrzymane wyniki skłaniają również do refleksji na temat obecności na oddziałach ginekologiczno-położniczych, a także już w szkole rodzenia, grup wsparcia oraz pomocy psychologiczno-terapeutycznej, szczególnie dla kobiet z grupy wysokiego ryzyka, narażonych na występowanie zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym (kobiety samotne, nieaktywne w czasie ciąży, rozwiązanie ciąży za pomocą cięcia cesarskiego, wczesny poród, wysoki poziom odczuwanego stresu itp.).

Wnioski

1. Deklarowana aktywność fizyczna w czasie ciąży była związana z niższym poziomem odczuwanego przez kobiety stresu oraz mniejszym nasileniem objawów depresyjnych po porodzie, szczególnie w grupie uczestniczek zajęć szkoły rodzenia.
2. W badanej grupie nie stwierdzono istotnej zależności pomiędzy uczestnictwem w zajęciach w szkole rodzenia a poziomem postrzeganego stresu i nastrojem kobiet po porodzie.
3. Stwierdzono silny związek pomiędzy poziomem postrzeganego stresu a objawami depresyjnymi w całej badanej grupie kobiet tuż po porodzie.
4. Aktywność fizyczna należy do czynników prewencyjnych poporodowych zaburzeń emocjonalnych.

Piśmiennictwo

1. Lewicka M, Sulima M, Iracka E, Makara-Studzińska M. *Występowanie depresji poporodowej w grupie kobiet w położu a sytuacja demograficzna i relacje rodzinne*. Curr. Probl. Psychiatrii 2012; 13(4): 245–250.
2. Augustyniuk K, Rudnicki J, Grochans E, Jurczak A, Wieder-Huszla S, Szkup-Jabłońska M. *Uczestnictwo w zajęciach Szkoły Matek i Ojców a częstość występowania zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym*. Med. Ogólna Nauki Zdr. 2013; 19(2): 138–141.
3. Kaźmierczak M, Gebuza G, Gierszewska M. *Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego*. Probl. Pielęg. 2010; 18(4): 503–511.
4. Moryłowska-Topolska J, Makara-Studzińska M, Kotarski J. *Wpływ wybranych zmiennych socjo-demograficznych i medycznych na nasilenie objawów lękowych i depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(1): 173–186.
5. Kosińska-Kaczyńska K, Horsz E, Wielgoś M, Szymusik I. *Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie – analiza rozpowszechnienia i czynników ryzyka*. Ginekol. Pol. 2008; 79: 182–185.
6. Kossakowska-Petrycka K, Wałęcka-Matyja K. *Psychologiczne uwarunkowania wystąpienia depresji poporodowej u kobiet w ciąży o przebiegu prawidłowym i ciąży wysokiego ryzyka*. Ginekol. Pol. 2007; 78: 544–548.
7. Łukasik A, Błaszczak K, Wojcieszyn M, Belowska A. *Charakterystyka zaburzeń afektywnych u położnic w 1 tygodniu położu*. Ginekol. Pol. 2003; 74: 1194–1199.
8. Rymaszewska J, Dolna M, Gryboś M, Kiejna A. *Zaburzenia psychiczne okołoporodowe – epidemiologia, etiologia, leczenie*. Ginekol. Pol. 2005; 76: 322–330.
9. Adewuyi A. *The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2005; 193: 1522–1525.
10. Bałkowiec-Iskra E, Niewada M. *Depresja poporodowa – rozpoznawanie i leczenie*. Przew. Lek. 2002; 5(11–12): 104–110.
11. Dennis C. *Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using Edinburgh Postnatal Depression Scale?* J. Affect. Disord. 2004; 78: 163–169.
12. Stowe Z, Hostetter A, Newport D. *The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2005; 192: 522–526.
13. Karmowski A, Sobiech KA, Kotarska E, Majda J, Karmowski M, Łatkowski K. i wsp. *Wpływ ćwiczeń ruchowych w szkole rodzenia na izoenzymatyczny wskaźnik dehydrogenazy mleczanowej w surowicy krwi rodzących*. Adv. Clin. Exp. Med. 2005; 14(5): 947–952.
14. Michalczyk H. *Znaczenie usprawniania dla naturalnego przebiegu porodu*. W: Fijałkowski W. red. *Przygotowanie do naturalnego porodu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1987. s. 33–89.
15. Ćwiek D, Szczęsna M, Malinowski W, Fryc D, Daszkiewicz A, Augustyniuk K. *Analiza aktywności fizycznej podejmowanej przez kobiety w czasie ciąży*. Perinatol. Neonatol. Ginekol. 2012; 5(1): 51–54.
16. Markowska R. *Wpływ zajęć szkoły rodzenia na przebieg porodu*. Praca doktorska. Wrocław: Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu; 2005.
17. Craft LL. *Exercise and clinical depression: examining two psychological mechanisms*. Psychol. Sport Exerc. 2005; 6: 151–171.
18. Zagórska A, Czopek A, Obniska J, Pawłowski M. *Rola aktywności fizycznej w leczeniu depresji*. Antropomotoryka 2005; 30: 49–59.

19. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. *Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Br. J. Psychiatry 1987; 150: 782–786.
20. Cohen, S, Karmarck, T, Mermelstein R. *A global measure of perceived stress*. J. Health Soc. Behav. 1983; 24: 385–396.
21. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. *Risk factors for early postpartum depressive symptoms*. Gen. Hosp. Psychiatry 2006; 28: 3–8.
22. Bączyk G, Cebulska V, Koźlak V, Michalak M, Bajek A, Marcinkowski JT. *Poziom lęku przed-porodowego u kobiet w ciąży*. Probl. Hig. Epidemiol. 2011; 92 (4): 774–777.
23. Walentyn E, Wiktor A, Wdowiak A, Wawrzycki B, Wawrzycka MB, Wiktor H. *Opinie i obawy kobiet odnośnie porodu zależnie od przygotowania w szkole rodzenia*. Zdr. Publ. 2004; 114(3): 279–282.
24. Stangret A, Cendrowska A, Szukiewicz D. *Wpływ szkoły rodzenia na subiektywną ocenę przygotowania teoretycznego i sprawnościowego do porodu*. Nowa Medycyna 2008; 1: 2–6.
25. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. *Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth*. Birth 2003; 30(1): 36–46.
26. Rich-Edwards J, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLauqhlin TJ, Joffe H. i wsp. *Sociodemographic predictors antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice*. J. Epidemiol. Community Health 2006; 60(3): 221–227.
27. Gałuszka G, Gałuszka R, Ochwanowski P, Ochwanowska A. *Wpływ ćwiczeń fizycznych na występowanie stanów depresyjnych u kobiet w porożu*. Ann. UMCS Sect. D 2005; 60(16): 5–8.
28. Sioma-Markowska U, Poręba R. *Analiza postaw ojców w porodzie rodzinnym w materiale Katedry i Oddziału Klinicznego Ginekologii i Położnictwa w Tychach Śląskiej Akademii Medycznej*. Perinatol. Neonatol. Ginekol. 2008; 1(2): 141–148.
29. Ćwiek D, Torbe A, Gutowska-Czajka D, Czajka R. *Rola szkoły rodzenia i poradni porodu rodzinnego w przygotowaniu rodziców do porodu*. Klin. Perin. Gin. 2002; 25(supl.): 147–154.
30. Fórmaniak J, Kotzbach R, Jaroch A. *Analiza wpływu sposobu ukończenia ciąży na stan psychiczny pacjentek*. Perinatol. Neonatol. Ginekol. 2008; 1(2): 134–137.
31. Libera A. *Problemy psychologiczne okresu ciąży*. W: Makara-Studzińska M, Iwanowicz-Palus G. red. *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009. s. 154–197.
32. Evenson K, Avitz D, Huston SL. *Leisure-time activity among pregnant women in the US*. Paediatr. Perinat. Epidemiol. 2004; 18(2): 400–407.
33. Kozłowska J, Stanek M. *Przebieg porodu i porożu u kobiety po kinezystimulacji w szkole rodzenia*. Ginekol. Pol. 2002; 73(5): 439–443.
34. Mojs E, Czarnecka-Iwańczuk M, Głowacka MD. *Poziom lęku jako stanu i jako cechy oraz depresji we wczesnym porożu – doniesienie wstępne*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(1): 31–40.

Adres: Joanna Kowalska
Katedra Fizjoterapii i Terapii Zajęciowej w Medycynie Zachowawczej i Zabiegowej
Wydział Fizjoterapii AWF we Wrocławiu
51-612 Wrocław, al. J. Paderewskiego 35

Otrzymano: 26.01.2014

Zrecenzowano: 16.02.2014

Otrzymano po poprawie: 29.03.2014

Przyjęto do druku: 28.08.2014