

Wsparcie społeczne jako determinant zadowolenia z życia u kobiet w okresie ciąży i po cięciu cesarskim

Social support as a determinant of life satisfaction in pregnant women and women after surgical delivery

Grażyna Gebuza, Marzena Kaźmierczak, Estera Mieczkowska, Małgorzata Gierszewska

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Summary

Aim. The aim of the study was to determine whether social support obtained by women in the third trimester of pregnancy and in the postpartum period differs significantly with respect to the mode of delivery and whether there is a difference in the life satisfaction of the studied women.

Material and Methods. The study included 195 women in the third trimester of pregnancy and 182 women from the same group after delivery. The Berlin Social Support Scales (BSSS) and the Satisfaction with Life Scale (SWLS) were used in the study.

Results. As early as in the third trimester of pregnancy, women who later underwent Caesarean section received significantly more support of all types than women who gave birth physiologically. In the postpartum period, post-Caesarean women received significantly more support of only instrumental nature. No statistically significant differences were found with respect to life satisfaction of the studied groups of women.

Conclusions. The results of the present study demonstrate that Caesarean section does not provide greater life satisfaction. Instrumental support plays a crucial role in meeting the caring needs of post-Caesarean women in the postpartum period. The study reveals which type of support is needed by women and highlights the significant role of fathers during childbirth.

Słowa kluczowe: cięcie cesarskie, wsparcie społeczne, zadowolenie z życia

Key words: Caesarean section, social support, life satisfaction.

Wstęp

Narodziny dziecka są ważnym i u większości młodych ludzi pożądanym wydarzeniem w okresie prokreacji. Z analizy literatury przedmiotu wynika, że okres

okołoporodowy może być stresującym doświadczeniem w życiu kobiet, a podjęcie nowych ról życiowych może spowodować obniżenie jakości życia w zakresie funkcjonowania fizycznego [1, 2] i psychicznego [2, 3]. Należy podkreślić, że kobiety, które mają pozytywne doświadczenia emocjonalne z porodu, wyrażają długoterminową satysfakcję z narodzin dziecka i mają poczucie spełnienia [4]. Pozytywne postrzeganie narodzin dziecka przyczynia się do wzmocnienia poczucia własnej skuteczności, pewności siebie [5] i zadowolenia z życia kobiet [6]. Jednakże dla niektórych kobiet ciąża i poród mogą okazać się jednym z najbardziej traumatycznych przeżyć [7], a wspomnienia z porodu mogą być intensywnie odczuwalne przez wiele lat, a nawet przez całe życie [8]. Negatywne doświadczenia okołoporodowe determinują wystąpienie depresji poporodowej i zespołu stresu pourazowego [7]. Przegląd badań ujawnił, że kobiety, którym wykonano cięcie cesarskie, częściej odczuwały niepokój i bezradność, miały problemy w opiece nad dziećmi i z karmieniem naturalnym [9]. Poród przez cięcie cesarskie może być odbierany jako niekorzystne przeżycie, może spowodować wystąpienie zespołu stresu pourazowego [10] oraz obniżać satysfakcję z porodu [11].

Wielu badaczy jest zdania, że jednym z najbardziej efektywnych sposobów, dzięki którym ludzie radzą sobie ze stresującymi wydarzeniami życiowymi, jest wsparcie społeczne, determinujące zdrowie i dobre samopoczucie [12, 13]. Zatem otrzymanie odpowiedniego wsparcia społecznego od bliskich osób i partnerów jest niezbędne w okresie narodzin dziecka, ponieważ przyczynia się do wzmocnienia pozytywnych doświadczeń z porodu i satysfakcji z życia. Ciągłe wsparcie ze strony partnerów podczas porodu zmniejsza lęk i jest oceniane wyżej niż to uzyskiwane od innych bliskich osób [14]. Natomiast brak wsparcia społecznego od partnerów i rodziny był jednym z czynników przyczyniających się do obniżenia jakości życia i depresji poporodowej [14, 15]. Otrzymane wsparcie społeczne, przede wszystkim instrumentalne i emocjonalne, było szczególnie ważne dla dobrego samopoczucia fizycznego i emocjonalnego kobiet w okresie poporodowym, gdy kobiety musiały poradzić sobie z pełnieniem roli społecznej matki [14, 16].

W niniejszej pracy zwrócono uwagę na wsparcie społeczne, jakie otrzymały kobiety rodzące fizjologicznie i przez cięcie cesarskie oraz na ich zadowolenie z życia w tym okresie. Na świecie i w Polsce wzrasta odsetek porodów wykonywanych przez cięcie cesarskie. Niepokojące jest również to, że wiele kobiet rodzących uważa poród operacyjny za bezpieczną metodę narodzin dziecka i wyraża zadowolenie z takiego rozwiązania ciąży [17]. Badanie otrzymanego wsparcia społecznego w ciąży i po porodzie z uwzględnieniem metody rozwiązania ciąży może pokazać, czy kobiety są narażone na brak wsparcia i obniżenie zadowolenia z życia w tym okresie. Wyniki badań innych autorów nad wsparciem społecznym i zadowoleniem z życia sugerują, że narodziny dziecka mają raczej negatywny wpływ na funkcjonowanie większości małżeństw, partnerzy nie udzielają swoim partnerkom wsparcia społecznego w tym okresie, kobiety pozostawione są bez pomocy i w konsekwencji narażone są na obniżenie zadowolenia z życia [18, 19]. Inni badacze twierdzą, że narodziny dziecka zwiększają zadowolenie z życia w krótkim okresie poporodowym, ale w dalszym okresie życia wartości powracają do stanów wyjściowych [6].

Celem pracy było ustalenie, czy wsparcie społeczne otrzymane przez kobiety w III trymestrze ciąży i w okresie poporodowym różni się istotnie ze względu na metodę zakończenia ciąży oraz czy istnieje różnica w odczuwanym zadowoleniu z życia badanych kobiet.

Otrzymane wsparcie społeczne rozważane było w niniejszym badaniu jako relacjonowany przez kobiety rodzaj i poziom otrzymanego od partnerów wsparcia emocjonalnego, instrumentalnego i informacyjnego. Za wskaźnik zmiennej posłużył wynik badania każdego rodzaju otrzymanego wsparcia społecznego za pomocą polskiej wersji Berlińskiej Skali Wsparcia Społecznego (*Berlin Social Support Scales – BSSS*) autorstwa A. Łuszczynskiej, M. Kowalskiej, M. Mazurkiewicz, R. Schwarzera [20]. Zgodnie z użytym narzędziem badawczym w pracy przyjęto założenie, że wynik 0 oznacza brak wsparcia, a wynik 1 – maksymalne wsparcie. Wersja polska BSSS znajduje się na stronie internetowej: http://userpage.fu-berlin.de/~health/soc_pol.htm.

Zadowolenie z życia rozważane było w niniejszej pracy jako satysfakcja z życia wyrażająca się w ogólnej ocenie odniesionej do wskazanych przez siebie kryteriów – kobiety porównywały własną sytuację ze standardami uprzednio przez siebie ustalonymi. Za wskaźnik zmiennej przyjęto wynik badania za pomocą Kwestionariusza do badania Satysfakcji z Życia (*The Satisfaction with Life Scale – SWLS*) autorstwa E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larson i S. Griffin, w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Zakres wyników mieści się w granicach od 5 do 35 punktów. Im wyższy wynik, tym większe zadowolenie z życia. Wyniki w granicach 1–4 sten traktowano jako niskie, w granicach 7–10 sten jako wysokie, a na poziomie 5 i 6 jako przeciętne [21].

Material i metody

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika przy Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy nr 270/10.

Badania przeprowadzono dwuetapowo: pierwszy etap w III trymestrze ciąży w oddziale Patologii Ciąży, Poradni „K” w Szpitalu Klinicznym, Prywatnym Gabinetecie Ginekologicznym i Szkole Rodzenia. Drugi etap w okresie poporodowym, w dniu wypisu ze szpitala w Oddziale Położniczym w Szpitalu Klinicznym. W każdym etapie badania brały udział te same osoby. Respondentki otrzymywały do wypełnienia kwestionariusze podskali BSSS – aktualnie otrzymanego wsparcia społecznego i Satysfakcji z Życia SWLS – w każdym etapie badania (gdy były w ciąży i po porodzie). Wsparcie społeczne określane jest w niniejszym badaniu jako relacjonowane przez kobiety rodzaj i wielkość otrzymanego wsparcia społecznego od partnerów/mężów. Za pomocą skali BSSS analizowano tylko partnerów/mężów. Respondentki oceniały w innym pytaniu pomoc i zaangażowanie bliskiej rodziny.

Do analizy statystycznej włączono w III trymestrze ciąży 195 kobiet, które podzielono na dwie grupy ze względu na metodę porodu: u 76 (38,98%) wykonano cięcie cesarskie, a u 119 (61,02%) odbyły się porody fizjologiczne. W drugim etapie badań

nie uczestniczyły wszystkie kobiety z pierwszego etapu – po porodzie do analizy włączono 182 kobiety, w tym po porodzie fizjologicznym 110 (60,43%) kobiet, po cięciu cesarskim zaś 72 (39,56%). Cięcia cesarskie w trybie planowym wykonano u 53 (73,61%) kobiet, u 19 (26,38%) wykonano zabieg operacyjny w trybie nagłym. Zdecydowana większość badanych (139 – 95,20%) wykazywała zadowolenie z obecności bliskiej osoby podczas porodu, natomiast niezadowolonych było 7 (4,79%) kobiet. W ocenie 114 (78,62%) kobiet osoby bliskie dobrze się nimi opiekowały podczas porodu, negatywną ocenę wyraziło 26 (17,93%) kobiet. Pomoc personelu według 165 (92,65%) badanych była wystarczająca, a zdaniem 13 (7,34%) zbyt mała. W opiece nad dzieckiem w okresie poporodowym kobietom pomagały bliskie osoby – największym zaangażowaniem wykazali się mężowie (141 – 81,03%), partnerzy (25 – 14,37%), rodzeństwo i rodzice (4 – 2,29%). W ocenie 102 kobiet (56,98%) poród był pozytywnym doświadczeniem, natomiast 76 (42,46%) oceniło poród jako gorszy, niż oczekiwały.

Uzyskane wyniki opracowano metodą statystyczną za pomocą oprogramowania Microsoft Excel 2000 oraz z wykorzystaniem pakietu programów do analizy statystycznej – STATISTICA w wersji 10.

Przy weryfikacji postawionych hipotez jako miarodajny przyjęto poziom istotności $p = 0,05$.

Wyniki

Zgodnie z założeniami pracy przeprowadzono analizę poszczególnych rodzajów wsparcia otrzymywanego przez kobiety oraz ich zadowolenia z życia ze względu na metodę zakończenia ciąży. Pomiar każdego rodzaju otrzymanego wsparcia społecznego opiera się na ocenie wielkości wsparcia. Kobiety deklarowały, ile i jaki rodzaj wsparcia uzyskały od partnerów.

W tabeli 1 zamieszczono wyniki analizy wsparcia otrzymywanego w zależności od metody zakończenia ciąży. Analiza dotyczyła przeszłości – wsparcia, jakie kobiety otrzymały podczas ciąży. Większą grupę stanowiły kobiety po porodzie fizjologicznym – 119, pozostałe (76) były po cięciu cesarskim. Liczebności grup pozwalały – zgodnie z centralnym granicznym twierdzeniem – na zastosowanie z -testu w celu porównania wartości średnich.

Tabela 1. Średnie wartości wsparcia społecznego ze względu na metodę porodu w III trymestrze ciąży

III trymestr ciąży	Wsparcie emocjonalne		Wsparcie instrumentalne		Wsparcie informacyjne	
	Poród fizjologiczny	Cięcie cesarskie	Poród fizjologiczny	Cięcie cesarskie	Poród fizjologiczny	Cięcie cesarskie
N	119	76	119	76	119	76
Min.	0,333	0,333	0,444	0,222	0,000	0,000
Max.	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Mediana	0,889	1,000	0,889	1,000	0,833	0,833

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Średnia	0,861	0,926	0,862	0,936	0,762	0,831
SD	0,155	0,134	0,166	0,147	0,211	0,203
Test z ($z_{kr} = 1,96$)	z	3,12		3,26		2,29
	p	0,002		0,001		0,02

Stwierdzono istotną różnicę – średnia wartość „wsparcia emocjonalnego, instrumentalnego, informacyjnego” jest istotnie większa w grupie kobiet, u których poród zakończył się cięciem cesarskim. Oznacza to, że kobiety, u których poród zakończył się przez cięcie cesarskie, otrzymały więcej każdego rodzaju wsparcia społecznego już podczas ciąży.

Tabela 2. Średnie wartości wsparcia społecznego ze względu na metodę porodu w okresie poporodowym

Okres poporodowy	Wsparcie emocjonalne		Wsparcie instrumentalne		Wsparcie informacyjne	
	Poród fizjologiczny	Cięcie cesarskie	Poród fizjologiczny	Cięcie cesarskie	Poród fizjologiczny	Cięcie cesarskie
N	110	72	110	72	110	72
Min.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Max.	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Mediana	0,963	1,000	1,000	1,000	0,833	1,000
Średnia	0,897	0,921	0,891	0,955	0,806	0,863
SD	0,144	0,136	0,162	0,102	0,215	0,192
Test z ($z_{kr} = 1,96$)	z	1,14		3,29		1,88
	p	0,26 (ns)		0,001		0,06 (ns)

W tabeli 2 zamieszczono wyniki analizy wsparcia społecznego w okresie poporodowym. Mimo że liczbowo średni poziom wsparcia emocjonalnego i informacyjnego po porodzie wciąż jest wyższy w przypadku cięcia cesarskiego, z-test nie wykrył istotnej różnicy. Natomiast średnia wartość wsparcia instrumentalnego jest istotnie większa w grupie kobiet, u których ciążę rozwiązano cięciem cesarskim, niż w grupie kobiet po porodzie fizjologicznym. Oznacza to, że kobiety, u których ciąża zakończyła się cięciem cesarskim, otrzymały w okresie poporodowym więcej wsparcia instrumentalnego.

W tabeli 3 w celu porównania wartości średnich zadowolenia z życia według SWLS zastosowano z-test w oparciu o rozkład normalny.

Tabela 3. Średnie wartości zadowolenia z życia w grupach o różnym sposobie zakończenia ciąży w okresie poporodowym

	Parametry	Metoda zakończenia ciąży	
		Poród fizjologiczny	Cięcie cesarskie
Zadowolenie z życia według SWLS w okresie poporodowym	n	109	72
	min.	9	15
	max.	35	34
	mediana	26	27
	średnia	25,56	26,06
	SD	4,97	4,33
Test z ($z_{kr} = 1,96$)	z	0,71	
	p	0,48 (ns)	

Nie stwierdzono istotnej różnicy między obu grupami pod względem zadowolenia z życia według parametrów SWLS.

W badaniu obserwowano, czy wsparcie społeczne otrzymane przez kobiety w okresie poporodowym uległo zmianie od okresu ciąży. W tym celu dokonano pomiaru otrzymanego wsparcia w III trymestrze w wyselekcjonowanej grupie kobiet i ponownie je zmierzono po narodzinach dziecka w tej samej grupie kobiet. Następnie zebrano wyniki z obu pomiarów i po wstępnych analizach stwierdzono, że nie są spełnione założenia testu *t*-Studenta dla zmiennych powiązanych. Z tego względu wykorzystano test Wilcozona w celu porównania pomiaru w III trymestrze ciąży z pomiarem w okresie poporodowym. Poniżej przedstawiono wyniki analiz dotyczących wsparcia społecznego u kobiet z uwzględnieniem metody rozwiązania ciąży – tryb cięcia cesarskiego.

Tabela 4. Porównanie otrzymanego wsparcia społecznego w III trymestrze ciąży i w okresie poporodowym ze względu na tryb cięcia cesarskiego

Wsparcie społeczne	Tryb cięcia cesarskiego	N	T	Z	p
Emocjonalne	Elektywne	28	193,000	0,228	0,820
	Nagle	12	30,000	0,706	0,480
Instrumentalne	Elektywne	20	79,000	0,971	0,332
	Nagle	4	4,000	0,365	0,715
Informacyjne	Elektywne	29	182,500	0,757	0,449
	Nagle	11	30,000	0,267	0,790

W przedstawionej w tabeli 4 analizie nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie dotyczących wszystkich rodzajów otrzymanego wsparcia społecznego między kobietami po cięciu cesarskim planowym i nagłym.

W badaniu obserwowano też, czy zadowolenie z życia u kobiet jest związane z otrzymanym wsparciem społecznym. Tabela 5 zawiera analizowane zmienne.

Tabela 5. Korelacje zadowolenia z życia i otrzymanego wsparcia społecznego w III trymestrze ciąży ze względu na metodę porodu

Metoda porodu	Wsparcie społeczne	N	R	t (N - 2)	p
Ogółem	Emocjonalne	199	0,360	5,417	0,000
	Instrumentalne	199	0,354	5,316	0,000
	Informacyjne	199	0,225	3,238	0,001
Poród fizjologiczny	Emocjonalne	119	0,371	4,319	0,000
	Instrumentalne	119	0,370	4,306	0,000
	Informacyjne	119	0,243	2,708	0,008
Cięcie cesarskie	Emocjonalne	76	0,343	3,136	0,002
	Instrumentalne	76	0,315	2,856	0,006
	Informacyjne	76	0,234	2,075	0,041

Tabela 6. Korelacje zadowolenia z życia i otrzymanego wsparcia społecznego w okresie poporodowym ze względu na metodę porodu

Metoda porodu	Wsparcie społeczne	N	R	t (N - 2)	p
Ogółem	Emocjonalne	181	0,287	4,012	0,000
	Instrumentalne	181	0,326	4,616	0,000
	Informacyjne	181	0,260	3,604	0,000
Poród fizjologiczny	Emocjonalne	109	0,379	4,232	0,000
	Instrumentalne	109	0,373	4,164	0,000
	Informacyjne	109	0,267	2,861	0,005
Cięcie cesarskie	Emocjonalne	72	0,158	1,336	0,186
	Instrumentalne	72	0,249	2,149	0,035
	Informacyjne	72	0,232	1,995	0,050

Zadowolenie z życia w III trymestrze ciąży i w okresie poporodowym u kobiet jest istotnie związane z otrzymanym wsparciem społecznym.

Tabela 7. Korelacje zadowolenia z życia i otrzymanego wsparcia społecznego w III trymestrze ciąży ze względu na tryb cięcia cesarskiego

Tryb cięcia cesarskiego	Wsparcie społeczne	N	R	t (N - 2)	p
Elektywne	Emocjonalne	56	0,322	2,496	0,016
	Instrumentalne	56	0,391	3,119	0,003
	Informacyjne	56	0,304	2,344	0,023
Nagle	Emocjonalne	20	0,410	1,908	0,072
	Instrumentalne	20	-0,007	-0,028	0,978
	Informacyjne	20	0,034	0,145	0,887

Zadowolenie z życia w III trymestrze ciąży jest istotnie związane z otrzymanym wsparciem społecznym w grupie rodzących przez cięcie cesarskie w trybie planowym.

Tabela 8. Korelacje zadowolenia z życia i otrzymanego wsparcia społecznego w okresie poporodowym ze względu na tryb cięcia cesarskiego

Tryb cięcia cesarskiego	Wsparcie społeczne	N	R	t(N-2)	p
Elektywne	Emocjonalne	53	0,294	2,200	0,032
	Instrumentalne	53	0,322	2,430	0,019
	Informacyjne	53	0,220	1,611	0,113
Nagle	Emocjonalne	19	-0,337	-1,475	0,158
	Instrumentalne	19	-0,048	-0,197	0,846
	Informacyjne	19	0,413	1,872	0,079

Zadowolenie z życia w okresie poporodowym jest istotnie związane z otrzymywaniem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego w grupie rodzących przez cięcie cesarskie w trybie planowym. W powyższym badaniu obserwowano, czy zadowolenie z życia u kobiet w okresie poporodowym uległo zmianie od okresu ciąży. W tym celu dokonano pomiaru zadowolenia z życia w III trymestrze ciąży w wyselekcjonowanej grupie kobiet i zmierzono je ponownie po narodzinach dziecka w tej samej grupie. Następnie zebrano wyniki obu pomiarów i po wstępnych analizach stwierdzono, że nie są spełnione założenia testu *t*-Studenta dla zmiennych powiązanych. Z tego względu wykorzystano test Wilcozona w celu porównania pomiaru dokonanego w III trymestrze ciąży z pomiarem w okresie poporodowym. Tabela 9 zawiera analizowane zmienne z uwzględnieniem metody porodu i trybu cięcia cesarskiego.

Tabela 9. Porównanie zadowolenia z życia (SWLS) w III trymestrze i w okresie poporodowym ze względu na metodę porodu

Metoda porodu	N	T	Z	p
Ogółem	125	2244,500	4,171	0,000
Poród fizjologiczny	78	898,000	3,200	0,001
Cięcie cesarskie	49	320,500	2,905	0,004

Porównując wyniki uzyskane na podstawie badania zadowolenia z życia w okresie ciąży i poporodowym, stwierdzono istotne zmiany w badanej próbie u 125 (68,68%) kobiet – u 78 rodzących fizjologicznie i u 49 po porodzie drogą cięcia cesarskiego.

Tabela 10. Porównanie zadowolenia z życia (SWLS) w III trymestrze ciąży i w okresie poporodowym ze względu na tryb cięcia cesarskiego

Tryb cięcia cesarskiego	N	T	Z	p
Elektywne	35	192,000	2,015	0,044
Nagle	14	15,000	2,354	0,019

Analiza wykazała istotne zmiany dotyczące zadowolenia z życia zarówno w grupie kobiet rodzących poprzez cięcie cesarskie planowe (35 kobiet), jak i nagłe (14 kobiet).

Dyskusja

Podjęte badania stanowiły okazję do zwrócenia uwagi na znaczenie wsparcia społecznego otrzymanego przez kobiety w okresie ciąży i bezpośrednio po narodzinach dziecka dla ich zadowolenia z życia. Wykazano, że kobiety, którym wykonano cięcie cesarskie, już podczas ciąży uzyskały istotnie więcej każdego rodzaju wsparcia społecznego niż kobiety, które rodziły fizjologicznie (tab. 1). Można przypuszczać, że wzrost otrzymanego wsparcia w okresie ciąży u kobiet z rozwiązaniem ciąży przez cięcie cesarskie ma związek z obawami i troską partnerów oraz z planowym zabiegiem operacyjnym.

Partnerzy, wiedząc o planowanym zakończeniu ciąży przez cięcie cesarskie, mogli udzielać partnerkom więcej wsparcia już podczas ciąży, uznając, że poród operacyjny jest niebezpieczny, związany z bólem i długim powrotem do zdrowia. Na całym świecie odnotowuje się nadal wzrost odsetka cięć cesarskich, który wzrasta również w Polsce (w niniejszym badaniu wynosił prawie 40,00%), lecz mimo to nie obserwuje się poprawy śmiertelności i zachorowalności po porodzie. U wielu kobiet wykonuje się zaplanowane cięcie cesarskie z powodu wskazań elektywnych (w naszym badaniu aż u 73%, w stosunku do 26% kobiet, u których cięcie cesarskie odbyło się w trybie nagłym, czyli było uwarunkowane ratowaniem życia dziecka lub matki).

W przeprowadzonej przez nas analizie nie zaobserwowano istotnych zmian, jeśli chodzi o otrzymane wsparcie społeczne od okresu ciąży do poporodowego, między kobietami po cięciu cesarskim w trybie planowym i nagłym. Planowe cięcia cesarskie są przedmiotem wielu dyskusji podważających ich zasadność. Według Pomorskiego i wsp. należy się zastanowić, czy rosnąca liczba wskazań pozapołożniczych i wysoki odsetek cięć cesarskich nie wynikają z lęku przed porodem siłami natury, wobec braku prawnych możliwości przeprowadzenia w Polsce cięcia cesarskiego ze wskazań psychologicznych. Przywołani autorzy podkreślają, że cięcia cesarskie wykonywane ze wskazań pozapołożniczych to często de facto zabiegi „na życzenie” [22].

Wśród licznych wskazań elektywnych, położniczych do cięć cesarskich można wymienić położenie miednicowe płodu u pierwiastek oraz wykonanie tego zabiegu w drugiej ciąży w sytuacji, gdy pierwszy poród odbył się w ten sposób, brak zgody kobiety na poród siłami natury oraz coraz szersze wskazania innych specjalistów. Do wzrostu odsetka cięć cesarskich przyczynia się również stosowanie specjalistycznych procedur medycznych w okresie okołoporodowym, takich jak ciągły monitoring czynności serca płodu czy indukcja porodu.

Drugą przyczyną otrzymywania przez kobiety w ciąży większego wsparcia społecznego każdego rodzaju mogło być wskazanie do cięcia cesarskiego, jakim było położenie miednicowe płodu u rodzących po raz pierwszy. Z licznych badań wynika ponadto, że kobietom w pierwszej ciąży partnerzy udzielają więcej wsparcia społecznego – nie tylko ze względu na brak konfliktów partnerskich w młodych związkach, ale i z powodu braku doświadczenia życiowego u młodych kobiet rodzących po raz pierwszy [23].

Kobiety, które rodzą dziecko siłami natury, pomimo długo trwającego porodu są w lepszej kondycji fizycznej niż kobiety po cięciu cesarskim. Położnice po porodzie operacyjnym pozostają unieruchomione w pozycji leżącej kilka, a jeśli zachodzi taka konieczność to nawet kilkanaście godzin. Mają wówczas problemy z opieką nad dzieckiem czy karmieniem piersią, ponieważ ich sprawność w pewnym stopniu jest ograniczona z powodu znieczulenia i bólu pooperacyjnego [2, 9, 24]. W takiej sytuacji niezbędne jest wsparcie bliskiej osoby. Obecnie w każdym szpitalu obowiązuje system rooming-in, co oznacza, że matka po porodzie przebywa razem z dzieckiem, opiekuje się nim, a personel medyczny tylko nadzoruje i wspomaga opiekę. Położne na oddziale sprawują opiekę pielęgniarską nad wieloma położnicami, dlatego nie w każdej chwili są dostępne i mogą zapewnić opiekę każdej położnicy. W tych okolicznościach potrzebne jest duże zaangażowanie ojca dziecka w opiekę zarówno nad dzieckiem, jak i nad matką. W przedstawionych badaniach kobiety w zdecydowanej większości wysoko oceniały opiekę położnej podczas porodu (92,66%) i tylko 7,24% kobiet wyraziło negatywną opinię w tym zakresie.

W niniejszych badaniach kobiety po porodzie drogą cięcia cesarskiego w okresie poporodowym otrzymały od partnerów więcej każdego rodzaju wsparcia niż kobiety po porodach fizjologicznych (tab. 2), ale różnica istotna statystycznie dotyczyła tylko wsparcia instrumentalnego. Brak różnicy, jeśli chodzi o otrzymywane wsparcie społeczne emocjonalne i informacyjne, świadczy o mobilizacji oraz większym zaangażowaniu partnerów w każdej badanej grupie położnic. Kobiety po porodach fizjologicznych potrzebowały pomocy i uzyskały wysoki poziom wsparcia społecznego porównywalny z kobietami po cięciu cesarskim, stąd brak różnicy. Poza tym należy podkreślić, że współcześnie w Polsce zmienia się rola ojca w okresie narodzin dziecka – staje się ona coraz bardziej znacząca. Mężczyźni są zaangażowani w różne czynności pielęgnacyjne przy dziecku, które do tej pory kobiety wykonywały zazwyczaj same. Podczas hospitalizacji, gdy kobiety mają zapewnioną pomoc bliskich, mogą odpocząć, wziąć kąpiel, przespać się.

Wyjątkowe okoliczności, w jakich zostało im udzielone wsparcie, niewątpliwie miały dla wszystkich badanych kobiet szczególne znaczenie, ponieważ jak podkreślają inni badacze, wsparcie uzyskane od partnerów w stresujących warunkach jest oceniane wyżej [14]. W związku z tym można uznać, że wsparcie, które otrzymały respondentki od partnerów, zwłaszcza instrumentalne, pozytywnie wpłynęło na doświadczanie przez nie macierzyństwa.

W licznych badaniach stwierdzono, że udzielane po porodzie wsparcie partnerów było szczególnie ważne dla wczesnej inicjacji i kontynuacji karmienia piersią [25–27]. Ze względu na unieruchomienie położnic i duże deficyty w samoopiece ważna jest pomoc partnerów, zwłaszcza podanie dziecka matce i utrzymanie go w prawidłowej pozycji. Przedstawione wyniki są związane z ograniczeniami w funkcjonowaniu, jakich doświadczyły kobiety z powodu wykonanego zabiegu operacyjnego, i z większym zaangażowaniem partnerów w opiekę nad położnicami po cięciu cesarskim, co potwierdza wyjątkowe poświęcenie ojców i ich znaczącą rolę. W sytuacji porodu operacyjnego otrzymane wsparcie instrumentalne wydaje się szczególnie oczekiwane i pożądane przez kobiety, ponieważ pomaga im doświadczać w pełni macierzyństwa

i wypełniać rolę społeczną matki. Naukowcy podkreślają znaczenie wsparcia społecznego, przede wszystkim zaś wsparcia instrumentalnego jako głównego bufora depresji poporodowej [16].

Pomimo otrzymania istotnie większego poziomu wsparcia instrumentalnego przez kobiety po cięciu cesarskim nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zadowoleniu z życia u badanych kobiet po porodzie fizjologicznym i po cięciu cesarskim (tab. 3). Zaobserwowano także wzrost zadowolenia z życia w drugim pomiarze w każdej badanej grupie kobiet bez względu na metodę porodu i tryb cięcia cesarskiego (tab. 9 i 10). Według niektórych badaczy cięcie cesarskie może być postrzegane przez kobiety jako wydarzenie traumatyczne, może obniżać znacząco ich zadowolenie z życia i warunkować depresję poporodową [7, 9–11]. Analiza prezentowanych danych wykazała związek zadowolenia z życia z otrzymanym wsparciem społecznym w każdym etapie badania bez względu na metodę porodu. Okazało się również, że wśród kobiet po elektywnym cięciu cesarskim szczególne znaczenie dla ich zadowolenia z życia miało otrzymane wsparcie społeczne (tab. 7 i 8). Takich wartości nie wykazano u kobiet po cięciu cesarskim w trybie nagłym, pomimo wyższego zagrożenia dla dobrostanu płodu lub matki. Uzyskane wyniki mogą świadczyć o bezpośrednim działaniu wsparcia społecznego i minimalizowaniu odczuwanego zagrożenia w sytuacji planowanego zabiegu operacyjnego.

Można więc stwierdzić, że w okresie narodzin dziecka otrzymanie odpowiedniego wsparcia społecznego od bliskich osób i partnerów jest niezbędne dla wzmocnienia pozytywnych doświadczeń z porodu i satysfakcji z życia kobiet. Warto też podkreślić raz jeszcze, że stałe wsparcie społeczne ze strony partnerów podczas porodu zmniejsza lęk i jest oceniane wyżej niż od innych bliskich osób [14]. Natomiast brak wsparcia społecznego od partnerów i rodziny był jednym z czynników obniżenia, jakości życia i depresji poporodowej [14, 15]. Przede wszystkim zaś wsparcie instrumentalne i emocjonalne jest szczególnie ważne dla dobrego samopoczucia fizycznego i emocjonalnego kobiet w okresie poporodowym, gdy muszą one poradzić sobie z pełnieniem roli społecznej matki [14, 16].

Według badaczy zadowolenie z życia wzrasta po narodzinach dziecka, ale w dalszym okresie życia ulega obniżeniu i pozostaje na podobnym poziomie, natomiast istotną rolę odgrywają tutaj także relacje partnerskie [6]. W omawianym badaniu kobiety otrzymały dużo każdego rodzaju wsparcia, co może świadczyć o dobrych relacjach partnerskich, które zapewniają dobre samopoczucie [13]. Nie znaleziono jednak badań w literaturze porównujących zadowolenie z życia ze względu na metodę porodu. Wiemy tylko, że kobiety po porodach fizjologicznych, bez pomocy instrumentalnej odczuwają większą satysfakcję z narodzin dziecka niż kobiety po cięciu cesarskim [11]. Cięcie cesarskie wykonywane z istotnych powodów jest zabiegiem ratującym życie płodu w obliczu zagrożenia jego dobrostanu, a także ratującym życie matki [28]. Należy jednak podkreślić, że wiele kobiet jest przekonanych, że cięcie cesarskie jest lepszą oraz bezpieczną metodą narodzin dziecka i decyduje się na nie pomimo braku wskazań medycznych [17]. Postęp medycyny i poprawa opieki medycznej sprawiły, że bezpieczeństwo matki poddanej cięciu cesarskiemu jest wysokie. Trzeba wszakże pamiętać, że ryzyko związane z operacją i znieczuleniem nadal istnieje. Według

amerykańskich badaczy śmiertelność matek po cięciu cesarskim jest 6–7 razy wyższa niż po porodzie siłami natury [29]. W Polsce ponad połowa zgonów matek dotyczy przypadków porodów związanych z cięciem cesarskim [30]. Powszechne przekonanie o lepszym stanie dzieci urodzonych przez cięcie cesarskie jest zasadniczą przyczyną presji wywieranej na lekarzy położników przez kobiety ciężarne i ich bliskich. Inni badacze przekonują, że u dzieci w tej samej grupie wiekowej urodzonych drogą cięcia cesarskiego ze wskazań nagłych obserwowano statystycznie mniej powikłań niż u dzieci urodzonych elektywnym cięciem cesarskim [31].

Podsumowując, możemy stwierdzić, że wyniki omawianego w niniejszej pracy badania są ważne nie tylko ze względu na brak takich danych w Polsce, ale też w związku z tym, że zwracają uwagę na cięcie cesarskie jako na metodę porodu, która nie zapewnia większego zadowolenia z życia. Podjęte badania mogą się przyczynić do zmiany preferencji kobiet co do metody porodu, a także zwrócenia uwagi środowisk medycznych na znaczącą rolę ojców podczas narodzin, ich zaangażowania i udzielania wsparcia społecznego. Otrzymanie wsparcia społecznego zarówno w ciąży, jak i po porodzie jest ważne dla wszystkich matek i ma ogromny wpływ na szybki powrót do prawidłowego funkcjonowania, adaptację do macierzyństwa i poczucie zadowolenia z życia.

Wnioski

1. Kobiety, u których wykonano cięcie cesarskie, już podczas ciąży otrzymały istotnie więcej każdego rodzaju wsparcia społecznego niż kobiety po porodzie fizjologicznym.
2. Kobiety, u których ciąża zakończyła się cięciem cesarskim, otrzymały w okresie poporodowym istotnie więcej wsparcia instrumentalnego niż kobiety po porodzie fizjologicznym.
3. Zadowolenie z życia u kobiet wzrasta po narodzinach dziecka oraz nie różni się ze względu na metodę porodu i tryb cięcia cesarskiego.
4. Zadowolenie z życia w III trymestrze ciąży i w okresie poporodowym u kobiet jest istotnie związane z otrzymanym wsparciem społecznym od partnerów/mężów.

Piśmiennictwo

1. Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. *Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section*. BMC Pregnancy Childb. 2009; 30: 9–4.
2. Rowlands I, Redshaw M. *Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period*. BMC Pregnancy Childb. 2012; 12: 138–156.
3. Da Costa D, Dritsa M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalife S. *Health-related quality of life in postpartum depressed women*. Arch. Women. Ment. Hlth. 2006; 9(2): 95–102.
4. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. *A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample*. Birth. 2004; 31(1): 17–27.
5. Gao L, Sun K, Chan S. *Social support and parenting self-efficacy among Chinese women in the perinatal period*. Midwifery. 2014; 30(5): 532–538.

6. Dyrdal GM, Roysambu E, Bang Nes R, Vitterso J. *Can a happy relationship predict a happy life? A population-based study of maternal well-being during the life transition of pregnancy, infancy, and toddlerhood.* J. Happiness Stud. 2010; 12(6): 947–962.
7. Beck C. *Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath.* Nurs. Res. 2004; 53(4): 216–224.
8. Hodnett E. *Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review.* Am. J. Obstet. Gynecol. 2002; 186(5): 160–172.
9. Karlstöm A, Engström-Olofsson R, Norbergh K, Sjöling M, Hidingsson I. *Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care.* J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs. 2007; 36(5): 430–40.
10. Tham V, Ryding E, Christensson K. *Experience of support among mothers with and without post-traumatic stress symptoms following emergency cesarean section.* Sex. Reprod. Healthc. 2010; 1(4): 175–80.
11. Shorten A, Shorten B. *The importance of mode of birth after previous cesarean: Success, satisfaction, and postnatal health.* J. Midwifery Wom. Health. 2012; 57(2): 126–132.
12. Aktan NM. *Functional status after childbirth and related concepts.* Clin. Nurs. Res. 2010; 19(2): 165–180.
13. Stapleton L, Schetter D, Westling E, Rini C, Glynn L, Hobel C, Sandman A. *Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress.* J. Fam. Psychol. 2012; 26(3): 453–63.
14. Sapkota S, Kobayashi T, Takase M. *Impact on perceived postnatal support, maternal anxiety and symptoms of depression in new mothers in Nepal when their husbands provide continuous support during labour.* Midwifery. 2013; 29(11): 1264–1271.
15. Webster J, Nicholas C, Velacott C, Cridland N, Fawcett L. *Quality of life and depression following Childbirth: impact of social support.* Midwifery. 2011; 27(5): 745–749.
16. Negron R, Martin A, Almog M, Balbierz A, Howell E. *Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support.* Matern. Child Hlth J. 2013; 17(4): 616–623.
17. Fenwick J, Personel L, Gamble J, Creedy D, Bayesa S. *Why do women request cesarean section in a normal, healthy first pregnancy?* Midwifery. 2010; 26(4): 394–400.
18. Doss BD, Roades GK, Stanley SM, Markman HJ. *The effect of transition to parenthood on relationship quality: An 8-year prospective study.* J. Pers. Soc. Psychol. 2009; 96(3): 601–619.
19. Hansen T. *Parenthood and happiness: A review of folk theories versus empirical evidence.* Soc. Indic. Res. 2012; 108: 26–64.
20. Łuszczynska A, Kowalska M, Mazurkiewicz M, Schwarzer R. *Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS): Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich własnościami psychometrycznymi.* Stud. Psychol. 2006; 44(3): 17–27.
21. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001, 134–139.
22. Pomorski M, Woytoń R, Woytoń P, Kozłowska J, Zimmer M. *Cięcie cesarskie a porody siłami natury – aktualne spojrzenie.* Ginekol. Pol. 2010; 81: 347–351.
23. Świerczek M. *Być matką – konfrontacja oczekiwań i rzeczywistości w kontekście wsparcia społecznego.* Chowanna. 2004; 2(23): 129–143.
24. Tulman L, Fawcett J, Groblewski L, Silverman L. *Changes in functional status after childbirth.* Nursing Research. 1990; 39: 70–75.

25. Rowe-Murray HJ, Fischer JR. *Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding*. Birth. 2002; 29(2): 124–131.
26. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. *Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families*. Midwifery. 2002; 18(2): 87–101.
27. Morhason-Bello IO, Adedokun BO, Ojengbede OA. *Social support during childbirth as a catalyst for early breastfeeding initiation for first-time Nigerian mothers*. Int. Breastfeed J. 2009; 10: 4–16.
28. Kuhnpradit S, Travender E, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Wasiak J, Gruen RL. *Non-clinical interventions for reducing unnecessary cesarean section*. Cochrane database of systematic reviews. 2011; 6. Art. No. CD005528 DOI. 10.1002/14651858.CD005528.pub2.
29. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, Hankins GD. *Maternal death in the 21st century: Causes, prevention, and relationship to cesarean delivery*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2008; 199(1): 36.e1-5; discussion 91-1.e7-11.
30. Troszyński M, Niemiec T, Wilczyńska A. *Cięcie cesarskie – dobrodziejstwo czy zagrożenie*. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia. 2008; 1(1): 8–10.
31. Farrell S. *Cesarean section versus forceps-assisted vaginal birth: It's time to include pelvic injure in the risk – benefit equation*. CMAJ. 2002; 166: 337–338.

Otrzymano: 2.06.2016

Zrecenzowano: 8.07.2016

Otrzymano po poprawie: 12.07.2016

Przyjęto do druku: 13.07.2016

Adres: Grażyna Gebuza

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wydział Nauk o Zdrowiu

85-067 Bydgoszcz, ul. Jagiellońska 13-15