Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia
Modern Nursing and Health Care

Kwartalnik, Organ Europejskiego Centrum Kształcenia Podyplomowego
Quarterly, The authority of the European Center for Postgraduate Education

Indexed in:
Bielefeld Academic Search Engine (BASE), Central European Journal of Social Sciences and Humanities (CEJSH), Index Copernicus International (ICI), International Academy of Nursing Editors (INANE), Journal Storage (JSTOR), Polish Medical Bibliography (PBL), Polish Scholarly Bibliography (PBN), Polish Scientific Journals Database (PSJD), Polish Scientific and Professional Electronic Journals (ARIANTA)

Komitet Naukowy || Scientific Comittee

Komitet Naukowy || Scientific Committee:
Prof. dr hab. Jacek Gajek (Wrocław)
Prof. dr hab. Beata Karakiewicz (Szczecin)
Prof. dr hab. Andrzej Kierzek (Wrocław)
Prof. dr hab. Grzegorz Mazur (Wrocław)
Prof. dr hab. Bernard Panaszek (Wrocław)
Prof. dr hab. Tomasz Szydełko (Wrocław)
Prof. Sabina De Geest (Bazylea, Szwajcaria)
Prof. Daria Jarosova (Ostrawa, Czechy)
Dr hab. prof. nadzw. Ireneusz Całkosiński (Wrocław)
Dr hab. prof. nadzw. Andrzej Fal (Warszawa)
Dr hab. prof. nadzw. Dorota Zyśko (Wrocław)
Dr hab. n. med. Krystyna Górna (Poznań)
Dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib (Warszawa)
Dr hab. n. o zdr. Barbara Ślusarska (Lublin)
Dr hab. n. o zdr. Robert Ślusarz (Bydgoszcz)
Dr n. med. Jolanta Kolasińska (Wrocław)
Dr n. med. Dominik Krzyżanowski (Wrocław)
Dr n. med. Ewa Kuriata-Kościelniak (Wrocław)
Dr n. med. Katarzyna Łagoda (Białystok)
Dr n. med. Agnieszka Młynarska (Katowice)
Dr n. med. Ewa Molka (Tarnowskie Góry)
Dr n. med. Krzysztof Tuszyński (Poznań)
Dr n. med. Bartosz Uchmanowicz (Wrocław)
Dr n. społ. Irena Wolska-Zogata (Wrocław)
Dr Diane Carroll (Boston, USA)
Dr Lynne Hinterbuchner (Salzburg, Austria)
Dr Elena Gurkova (Bratysława, Słowacja)
Dr Eleni Kletsiou (Ateny, Grecja)
Dr Ekaterini Lambrinou (Nikozja, Cypr)
Dr Monica Parry (Toronto, Canada)
Dr Renata Zelenikova (Praga, Czechy)
Dr n. o zdr. Robert Dymarek (Wrocław)
Dr n. o zdr. Stanisław Manulik (Wrocław)

Redakcja || Editors

Redaktor naczelny || Editor-in-Chief:
dr hab n. o zdr. prof. nadzw Izabella Uchmanowicz (Wrocław)
Z-ca redaktora naczelnego || Deputy editor-in-chief:
prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Wrocław)
Sekretarz Redakcji || Editorial Secretary:
dr n. med. Beata Jankowska-Polańska (Wrocław)

Redaktor językowy || Polish Language Editor:
Jan Kuźma, Wydawnictwo Continuo,
wydawnictwo@continuo.pl
Redaktor statystyczny || Statistical Editor:
dr inż. Tomasz Janiczek, tomasz.janiczek@pwr.wroc.pl
Redaktor języka angielskiego || English Language Editor:
Piotr Zienkiewicz, wydawnictwo@continuo.pl

Redaktorzy tematyczni || Subject Editors:

Pielęgniarstwo internistyczne || Internal medicine nursing:
dr hab n. o zdr. Izabella Uchmanowicz
izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl
Pielegniarstwo neurologiczne i neurochirurgiczne || Neurology and neurosurgery nursing:
prof. dr hab. Joanna Rosińczuk
joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl
Pielęgniarska opieka paliatywna, pielęgniarska opieka długoterminowa || Palliative and long-term care nursing:
dr n. med. Dominik Krzyżanowski
dominik.krzyzanowski@umed.wroc.pl
Pielęgniarstwo epidemiologiczne || Epidemiology in nursing:
dr n. med. Beata Jankowska-Polańska
beata.jankowska-polanska@umed.wroc.pl
Socjologia medycyny || Medical Sociology:
dr n. społ. Irena Wolska-Zogata, zogata@wp.pl
Pielęgniarstwo ginekologiczne i położnictwo || Gynecological and obstetrical nursing:
dr n. med. Monika Przestrzelska
monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

Adres redakcji || Editorial Office

Adres redakcji || Editorial office:
ul. Piłsudskiego 13, 50-048 Wrocław
Tel.: 783-371-474; Fax: 71 750-30-67
e-mail: eckp@eckp.wroclaw.pl

Wydawca || Publisher:
Na zlecenie ECKP Wrocław || On behalf ECKP Wroclaw

WYDAWNICTWO Continuo
Wydawnictwo Continuo || Continuo Publishing House
ul. Lelewela 4 pok. 325, 53-505 Wrocław
Tel.: 71 791-20-30
e-mail: wydawnictwo@continuo.pl
www.continuo.pl

Prenumerata na rok 2019 || Subscription for 2019:
Cena rocznika dla Instytucji: 80 zł || Annual price for the Institutions: 80 PLN
Cena rocznika dla odbiorców indywidualnych: 40 zł || Annual price for individuals: 40 PLN
e-mail: zamowienia@continuo.pl, tel.: 71 791-20-30

Reklamy || Ads:
e-mail: zamowienia@continuo.pl, tel.: 71 791-20-30

Za treść reklam Redakcja nie ponosi odpowiedzialności || Editors are not responsible for advertisements content
© Copyright by Wydawnictwo Continuo

ISSN 2084-4212, eISSN 2450-839X
Nakład: 500 egzemplarzy || Print: 500 copies

Kwartalnik WPiOZ ukazuje się w wersji pierwotnej drukowanej oraz w wersji elektronicznej na stronie www.wspolczesnepielegniarstwo.pl

Wpływ obecności osoby towarzyszącej przy porodzie na doświadczenie porodowe rodzącej oraz poziom medykalizacji porodu

Influence of the presence of the accompanying person on childbirth experience and the level of the medicalization of labor

Adrianna Gawińska[1], Antonina Doroszewska[2], Dorota Sys[3], Barbara Baranowska[4]

[1] *Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny (studentka kierunku Położnictwo)*
[2] *Studium Komunikacji Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny*
[3] *Zakład Zdrowia Prokreacyjnego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie*
[4] *Zakład Położnictwa, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie*

adres do korespondencji: bbaranowska@gmail.com

STRESZCZENIE

Wstęp. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Standardów Organizacyjnych Opieki Okołoporodowej oraz przepisów zawartych w Karcie Praw Pacjenta każda kobieta rodząca ma prawo do udziału bliskiej osoby w porodzie. Obecność osoby towarzyszącej kształtuje doświadczenie porodowe. WHO podkreśla korzyści z uczestnictwa osoby bliskiej, takie jak: poczucie bezpieczeństwa rodzącej, zaspokojenie potrzeby bliskości oraz zacieśnienie więzi między partnerami oraz między rodzicami i dzieckiem.
Cel pracy. Ocena zależności między obecnością osoby towarzyszącej a medykalizacją porodu oraz określenie związku między obecnością osoby towarzyszącej a doświadczeniem porodowym badanych kobiet.
Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w okresie luty–marzec 2018 r. Narzędziem badawczym była ankieta dostępna on-line na stronie www.ankieta.rodzicpoludzku.pl. Do analizy materiału wykorzystano dane socjodemograficzne rodzących oraz informacje na temat osoby towarzyszącej przy porodzie, zastosowanych interwencji medycznych oraz subiektywnej oceny doświadczenia porodowego kobiet. Wyniki opracowano za pomocą testu niezależności chi-kwadrat (χ^2), testu Fishera oraz testu U Manna–Whitneya.
Wyniki. Większość kobiet skorzystała z prawa do obecności osoby towarzyszącej przy porodzie (72,97%). Respondentki najczęściej do porodu wybierały ojca dziecka (69,87%). Indukcja porodu oraz stymulacja czynności skurczowej macicy statystycznie częściej występowała w przypadku kobiet rodzących z udziałem osoby towarzyszącej. Rodzące z osobami bliskimi lepiej oceniały swoje doświadczenia porodowe oraz opiekę medyczną uzyskaną od personelu.
Wnioski. Obecność osoby towarzyszącej podczas porodu wpływa na doświadczenie porodowe kobiet, zwiększa szansę na przestrzeganie praw pacjenta w zakresie uzyskiwania zgody na zabiegi, jednocześnie łącząc się z wyższą medykalizacją porodu.
Słowa kluczowe: ciąża, poród rodzinny, osoba towarzysząca, opieka położnicza.

SUMMARY

Background. According to the World Health Organization (WHO) and in the Patient Rights Charter, every woman giving birth has the right to the presence of an accompanying person during the birth of her child. The presence of an accompanying person affects the childbirth experience. WHO emphasizes the benefits such as sense of security, meeting the needs for closeness and to strengthen ties.
Objectives. Assessment of the relationship between the presence of close person and the medicalization of labor. Identify the relationship between the presence of the accompanying person and the childbirth experience.
Material and methods. The survey was conducted during February–March 2018. The research tool was a survey available on-line on the website www.ankieta.rodzicpoludzku.pl. The analysis of the material is based on sociodemographic data of the birth, information about accompanying person, medical interventions used during labor and childbirth experience.
Results. The majority of women benefited during childbirth from the right to the presence of an accompanying person at childbirth (72.97%). The respondents most often chose the child's father (69.87%). In these women, delivery was with more medical interventions (induction and stimulation of labor). A group of these respondents better assess their childbirth experience and the medical care received from their staff.
Conclusions. The presence of an accompanying person during childbirth affects women's childbirth experience, increases the chance of respecting the patient's rights in obtaining consent for treatments, while also combining with higher medicalization of childbirth.
Key words: pregnancy, family childbirth, accompanying person, obstetric care.

WSTĘP

Pierwszy polski poród rodzinny miał miejsce w roku 1983. 10 lat później przedstawiono stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczące aktywnego udziału osoby bliskiej w porodzie na Międzynarodowym Kongresie pod hasłem „Jakość Narodzin – Jakość Życia" [1]. W polskich szpitalach zaczęły odbywać się porody rodzinne, a obecność mężczyzn na sali porodowej budziła coraz mniej negatywnych emocji. Obecność ojca dziecka podczas porodu stała się wyrazem świadomego uczestnictwa w narodzinach dziecka.

Zgodnie z dokumentami WHO, zapisami w Karcie Praw Pacjenta oraz Standardami Opieki Okołoporodowej każda kobieta rodząca ma prawo do udziału bliskiej osoby w akcie narodzin jej dziecka [2–5]. Obecność osoby towarzyszącej podczas porodu powinna mieć charakter aktywnego i świadomego uczestnictwa, a nie jedynie biernego przyglądania się, dlatego wymaga wcześniejszego przygotowania [6].

Dotychczasowe badania podkreślają liczne korzyści, jakie niesie ze sobą obecność osoby towarzyszącej kobiecie podczas narodzin jej dziecka, tj. poczucie bezpieczeństwa, zaspokojenie potrzeby bliskości, zacieśnienie więzi między partnerami oraz między rodzicami a dzieckiem [6, 7]. Najczęściej osobą towarzyszącą rodzącej jest ojciec dziecka. Jego obecność może być dla kobiety wspierająca, ale w niektórych sytuacjach może

© *Copyright by Wydawnictwo Continuo*
ISSN 2084-4212, eISSN 2450-839X

Wpływ praktyki jogi na stan psychiczny kobiet w okresie okołoporodowym, przebieg porodu i odczucia kobiet związane z porodem

The effect of yoga practice on the mental state of women in the prenatal period, childbirth and postpartum

Marta Łukasz[1], Barbara Baranowska[2], Inga Dańkowska[1]

[1] *Centrum Medyczne „Żelazna" w Warszawie*
[2] *Zakład Położnictwa, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie*

adres do korespondencji: m.lukasz@szpitalzelazna.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Wiele kobiet w trakcie ciąży odczuwa dolegliwości fizyczne oraz zmiany w sferze psychicznej, które mogą mieć negatywny wpływ zarówno na matkę, jak i dziecko. Niefarmakologiczne interwencje mogą pozytywnie oddziaływać na stan psychiczny kobiet w okresie okołoporodowym, nie wywołując jednocześnie efektów ubocznych. Joga może stanowić właściwą metodę wspierającą samopoczucie kobiet w ciąży oraz wpływać na sprawny przebieg porodu, dzięki używanym w tej praktyce technikom relaksacyjnym.
Cel pracy. Określenie wpływu praktyki jogi w okresie ciąży na ryzyko wystąpienia depresji w okresie okołoporodowym, na decyzje dotyczące wyboru cięcia cesarskiego na życzenie, na przebieg samego porodu oraz na subiektywne oceny porodu kobiet rodzących w jednym z warszawskich szpitali.
Materiał i metody. Badaniem za pomocą sondażu diagnostycznego objęto 38 kobiet w ciąży niskiego ryzyka w wieku 18–40 lat, które podzielono na dwie grupy. Grupa pierwsza uczęszczała na zajęcia Szkoły Rodzenia, ale nie brała udziału w zajęciach jogi. Grupa duga uczęszczała na zajęcia jogi prenatalnej. W pracy zastosowano kwestionariusz skali wsparcia społecznego matek (MSSS) i Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EDPS). Analizowano też dokumentację medyczną dotyczącą porodu.
Wyniki. Kobiety biorące udział w zajęciach jogi rzadziej zwracały się z prośbą o znieczulenie zewnątrzoponowe (21%), częściej oceniały czas trwania porodu jako krótszy, częściej wykorzystywały techniki oddechowe w czasie porodu oraz wykazywały korzystny wpływ technik oddechowych na przebieg porodu. Uczestniczki badania praktykujące jogę w ciąży, pytane 4 tygodnie po porodzie, zdecydowanie rzadziej deklarowały chęć cięcia cesarskiego na życzenie niż w dniu rozpoczęcia badania. Wśród kobiet w obu grupach wykazano niski poziom ryzyka depresji w okresie przedporodowym.
Wnioski. Uczęszczanie na zajęcia jogi może mieć pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne. Kobiety korzystające z zajęć jogi w okresie przedporodowym częściej decydują się na poród siłami natury, rzadziej korzystają ze znieczulenia zewnątrzoponowego.
Słowa kluczowe: joga, ciąża, poród, doświadczenia kobiet, depresja.

SUMMARY

Background. During the course of pregnancy, many women experience physical discomfort, as well as changes in mental state, which can have a negative impact on the mother and the baby. Non-pharmaceutical intervention may have a positive effect on women's mental state during pregnancy, not causing any side effects at the same time. Yoga could be the optimal method to support the well-being of pregnant women and it could smoothen the labour process due to the yogic relaxation techniques.
Objectives. The aim of the study was to define if prenatal yoga practise could reduce the risk of depression during pregnancy, influence the decision to choose caesarean section as a method of childbirth, affect the course of delivery and women's subjective evaluation of labour in one of Warsaw hospitals.
Material and methods. The research based on a diagnostic survey was conducted on thirty-eight women of low risk pregnancy, aged between 18 and 40 divided in to 2 groups. First group: pregnant women, attend Birthing Course, but did not take part in Prenatal Yoga Course. Second group: women, who did not practice yoga during pregnancy. Social Support Scale and Edinburgh Postnatal Depression Scale questionnaires were used. Medical labour documentation was also analysed.
Results. During labour, women, who participated in Prenatal Yoga Sessions compared to non-yoga participants requested epidural less often (21%), assessed delivery time shorter than it really was, used breathing techniques more often, breathing techniques had a positive effects on labour. The yoga practicing survey participants, approached four weeks after the childbirth, were less in favor of Caesarean than at the beginning of this research. Low risk of antenatal depression was diagnosed in both groups.
Conclusions. Practicing Yoga during pregnancy may have a positive effect on women's mental health. Women, who practised yoga during pregnancy more often chose a natural childbirth as an option of delivery and less often decided to use Epidural.
Key words: yoga, pregnancy, childbirth, women's personal experience, depression.

Wstęp

Joga to pochodząca z Indii tradycja samodoskonalenia, rozwoju wewnętrznego, medytacji i ascezy [1]. Hathajoga, jako zestaw ćwiczeń i medytacji została w latach 60. ubiegłego wieku oficjalnie wprowadzona do medycyny zachodniej [2]. Obecnie ta praktyka mająca na celu głównie relaksację i rozciąganie, obejmująca nieforsujące ćwiczenia, zalecana jest przez American College of Obstetricians and Gynecologist jako forma aktywności fizycznej w okresie okołoporodowym [3].

Badania pokazują, że ćwiczenie jogi w ciąży wpływa pozytywnie na ogólny stan zdrowia i samopoczucie kobiet [4]. Praktyka ta przynosi ulgę w dolegliwościach towarzyszących ciąży, takich jak bóle pleców i obrzęki nóg, łagodzi stres i stany lękowe [5]. Ćwiczenia wpływają na elastyczność i świadomość ciała w okresie ciąży, ułatwiają również wybór najodpowiedniejszej pozycji w trakcie porodu. Techniki oddechu i relaksacji praktykowane w czasie ciąży i zastosowane w trakcie porodu pozwalają na lepszą kontrolę bólu, emocji, a nawet ataków paniki [6].

Praktyka jogi dodatkowo wspiera przestrzeń do tworzenia więzi z nienarodzonym jeszcze dzieckiem. Grupowe ćwiczenia pomagają w nawiązaniu relacji z innymi kobietami i podzielenia się swoimi myślami i emocjami [7].

© *Copyright by Wydawnictwo Continuo*
ISSN 2084-4212, eISSN 2450-839X

Praktykowanie jogi w ciąży relatywnie szybko pomaga odzyskać siły fizyczne, witalne i emocjonalne w okresie poporodowym. Poczucie wiary i zaufania we własne siły pozwala na zachowanie spokoju i opanowania oraz tworzy warunki do efektywnej współpracy z lekarzami i położnymi w czasie porodu. Uprawianie jogi w okresie okołoporodowym wiąże się również ze zwiększoną średnią masą urodzeniową noworodków oraz wzrostem częstości prawidłowego porodu siłami i drogami natury oraz skróceniem czasu porodu, spadkiem częstości porodu przedwczesnego, zmniejszeniem liczby porodów powikłanych i konieczności stosowania znieczulenia [8].

Nieznane są statystki pokazujące, jak wiele kobiet ciężarnych w Polsce praktykuje jogę, jednakże zajęcia z jogi prenatalnej dostępne są w większości dużych miast. Dotychczas też nie badano wpływu zajęć jogi prenatalnej na stan psychiczny i przebieg porodu kobiet rodzących w polskich szpitalach. Nie ma krajowych rekomendacji towarzystw naukowych w zakresie zalecania kobietom jogi w okresie przed- i poporodowym.

CEL PRACY

Celem badania było określenie wpływu praktyki jogi w okresie ciąży na ryzyko wystąpienia depresji w okresie okołoporodowym, na decyzje dotyczące wyboru cięcia cesarskiego na życzenie, na przebieg samego porodu oraz na subiektywne oceny porodu kobiet rodzących w jednym z warszawskich szpitali.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono w okresie od listopada 2014 do maja 2015 r. w Centrum Medycznym „Żelazna" w Warszawie. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędziem – kwestionariusz autorskiej ankiety, kwestionariusz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EPDP) oceniającej ryzyko depresji u ciężarnej/położnicy oraz kwestionariusz *Maternal Social Support Scale* (MSSS) – skali wsparcia społecznego matek. Analizowano też dokumentację medyczną dotyczącą przebiegu porodu. Badane pytano o przebieg aktualnej ciąży, wydarzenia życiowe, które mogły mieć silny wpływ na ich nastrój, wywiad położniczy i przebieg porodu. Za pomocą 10-stopniowej skali oceniano odczucie szczęścia towarzyszącego informacji o ciąży oraz odczucia szczęścia związanego z ciążą. Badano subiektywną opinię badanych na temat długości porodu i odczuwania bólu porodowego.

Udział w badaniu był dobrowolny, a informacje udzielane przez kobiety podlegały anonimizacji (po wypełnieniu załączonego formularza zgody badane otrzymywały unikalny kod, który został użyty do oznaczania wszystkich późniejszych dokumentów). Badane wypełniały kwestionariusze trzykrotnie: podczas pierwszych zajęć (AP1), podczas ostatnich zajęć (AP2) i miesiąc po urodzeniu dziecka (AP3).

Badanie przeprowadzono w grupie 320 kobiet ciężarnych, uczestniczących w zajęciach edukacji przedporodowej. W grupie testowej (ZJ) kobiety brały udział w zajęciach szkoły rodzenia połączonej z zajęciami jogi, w grupie kontrolnej (SR) badane uczestniczyły tylko w zajęciach szkoły rodzenia bez zajęć jogi (SR). Kryterium włączenia do obydwu grup była ciąża żywa, niepowikłana i rozpoczęcie zajęć szkoły rodzenia przed 36. tygodniem ciąży. Kryterium wyłączenia z grupy testowej (ZJ) było praktykowanie jogi przed zajściem w ciążę lub przeciwwskazania do udziału w zajęciach szkoły rodzenia. Kryterium wyłączenia z grupy kontrolnej (SR) było uczestniczenie w zajęciach jogi przed lub w czasie ciąży, a także przeciwwskazania do udziału w zajęciach szkoły rodzenia.

Wszystkie badane uczestniczyły w standardowym 5-tygodniowym kursie szkoły rodzenia (łącznie 15 godzin teoretycznych). Grupa testowa (ZJ) dodatkowo odbywała 12 sesji jogi po 75 minut każda (15 godzin łącznie). W trakcie dodatkowych zajęć z jogi badane wykonywały przede wszystkim ćwiczenia oddechowe, fizyczne (także ćwiczenia mięśni dna miednicy), relaksacyjne. Zajęcia były prowadzone przez doświadczoną instruktorkę, specjalizującą się w jodze prenatalnej i postnatalnej.

W ostatecznej analizie uwzględniono kobiety, które w pełni wypełniły wszystkie kwestionariusze – 19 kobiet w grupie testowej i 19 w grupie kontrolnej.

Analizę porównawczą otrzymanych wyników wykonano metodą statystyki opisowej. W celu weryfikacji hipotez zastosowano następujące testy statystyczne: test niezależności chi-kwadrat, dokładny test Fishera, test *t*-Studenta równości średnich dla prób niezależnych i test U Manna–Whitneya. Analizę wykonano przy poziomie istotności 0,05 w programach Excel, R i SPSS.

WYNIKI

Badane były w wieku 18–40 lat, a ich średni wiek wynosił 31 lat. Większość badanych stanowiły mężatki (74%), z wykształceniem wyższym (84%), zatrudnione na pełnym etacie (87%). Kobiety biorące udział w badaniu w większości rodziły po raz pierwszy (71%). Jednakże w grupie testowej istotnie częściej występowały wieloródki.

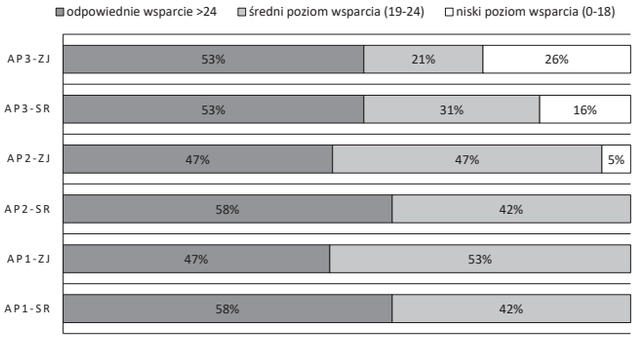
Średni czas trwania ciąży na początku badania wynosił 29 tygodni w grupie kontrolnej (SR) oraz 20 tygodni w grupie testowej (ZJ) – różnica między grupami była istotna statystycznie ($p < 0{,}001$).

Większość badanych angażowało się w przynajmniej jedną formę aktywności fizycznej w czasie ciąży. Najczęściej zgłaszaną aktywnością było spacerowanie (55%) oraz udział w zajęciach fitness (16%). Jedynie 5% uczestniczek zadeklarowało, że nie brało udziału w regularnej aktywności fizycznej w czasie ciąży.

¼ badanych zgłosiła pewną formę traumatycznego wydarzenia życiowego, którego doświadczyły w ciągu ostatnich 12 miesięcy (24%), najczęściej była to choroba lub śmierć bliskiej osoby, z czego 3 badane zgłosiły więcej niż jedno traumatyczne wydarzenie. Wydarzenia te nie powodowały jednak wzrostu ryzyka depresji w wynikach skali EDPS.

Większość badanych określiła swoje odczucia związane z informacją o ciąży oraz odczucia związane z ciążą w kategorii „bardzo szczęśliwe", nie odnotowano różnic w tym zakresie między grupami.

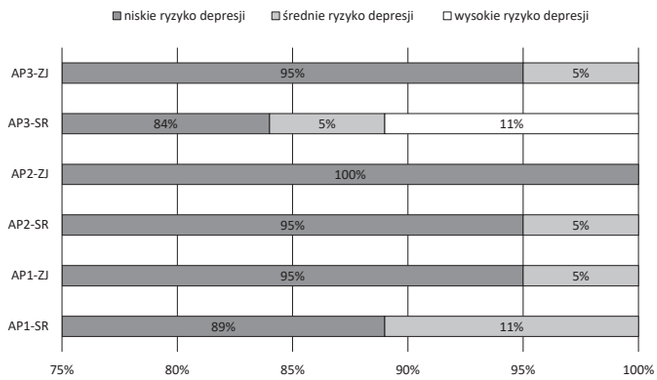
Badane kobiety proszono o ocenę odczuwanego przez nie wsparcia, jakie otrzymywały od przyjaciół, rodziny i męża/ /partnera w okresie okołoporodowym, za pomocą skali wsparcia społecznego matek (MSSS). Relacjonowane wsparcie odmiennie opisywano w kolejnych badaniach. W dniu rozpoczęcia badania (AP1) oraz po zakończeniu zajęć (AP2) (czyli w okresie ciąży) większość badanych opisała je jako odpowiednie lub umiarkowane, a 4 tygodnie po porodzie (AP3) część badanych zarówno z grupy testowej, jak i kontrolnej opisała wsparcie społeczne jako niskie. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic między grupami w tym zakresie (ryc. 1).



Rycina 1. Wyniki w skali wsparcia społecznego matek (MSSS) w grupie testowej (ZJ) oraz kontrolnej (SR) w trakcie kolejnych pomiarów (A1–A3) ($n = 38$)

MSSS – skala wsparcia społecznego matek; ZJ – zajęcia jogi; SR – szkoła rodzenia; n = liczba osób biorących udział w badaniu; AP1 – kwestionariusz wypełniany przez pacjentki w dniu rozpoczęcia badania; AP2 – kwestionariusz wypełniany 5 tygodni później po zakończeniu zajęć w szkole rodzenia oraz po kursie jogi; AP3 – kwestionariusz wypełniany 4 tygodnie po porodzie.

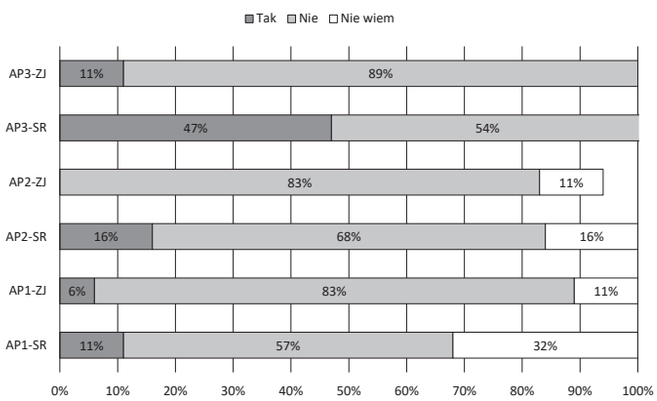
Badanie za pomocą Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EDPS) wykazało, że w dniu rozpoczęcia badania (AP1) oraz po zakończeniu zajęć (AP2) zdecydowana większość znajdowała się w grupie niskiego ryzyka depresji przedporodowej. Po porodzie (AP3) dwie badane osiągnęły wysokie wyniki w skali, wskazujące na konieczność konsultacji psychiatrycznej związanej z dużym ryzykiem wystąpienia depresji (ryc. 2).



Rycina 2. Wyniki grupy testowej (ZJ) oraz kontrolnej (SR) w Edynburskej Skali Depresji Przed- i Poporodowej w trakcie kolejnych pomiarów (AP1–AP3), *n* = 38

ZJ – zajęcia jogi; SR – szkoła rodzenia; *n* = liczba osób biorących udział w badaniu; AP1 – kwestionariusz wypełniany przez pacjentki w dniu rozpoczęcia badania; AP2 – kwestionariusz wypełniany 5 tygodni później po zakończeniu zajęć w szkole rodzenia oraz po kursie jogi; AP3 – kwestionariusz wypełniany 4 tygodnie po porodzie.

Badane pytano o to, czy – jeśli byłoby to możliwe – zdecydowałyby się na cięcie cesarskie „na życzenie"? Większość pacjentek zarówno w dniu rozpoczęcia badania, jak i po zakończeniu zajęć w obu badanych grupach wybrała odpowiedź negującą. Ocena w 4. tygodniu po porodzie wykazała istotną statystycznie różnicę między badanymi grupami ($p < 0,05$). W grupie kontrolnej (SR) zdecydowanie wzrosła liczba kobiet wyrażających chęć cięcia na życzenie. W grupie badanej (ZJ) zdecydowanie wzrosła liczba kobiet, które nie zdecydowały by się na cięcie cesarskie (ryc. 3).

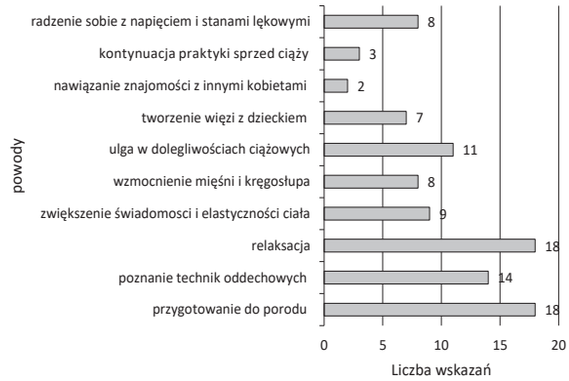


Rycina. 3. Chęć skorzystania z możliwości wyboru cięcia cesarskiego „na życzenie", *n* = 38

ZJ – zajęcia jogi; SR – szkoła rodzenia; *n* = liczba osób biorących udział w badaniu; AP1 – kwestionariusz wypełniany przez pacjentki w dniu rozpoczęcia badania; AP2 – kwestionariusz wypełniany 5 tygodni później po zakończeniu zajęć w szkole rodzenia oraz po kursie jogi; AP3 – kwestionariusz wypełniany 4 tygodnie po porodzie.

Badane z grupy testowej zostały dodatkowo poproszone o wskazanie najważniejszych powodów uczestnictwa w zajęciach jogi prenatalnej. Większość badanych kierowała się chęcią przygotowania do porodu, poznaniem technik oddechowych oraz zwiększeniem świadomości i elastyczności ciała (ryc. 4).

Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami w stosunku do drogi ukończenia porodu, średniego czasu trwania I i II okresu porodu, nacięcia krocza, pęknięcia krocza, użycia oksytocyny w porodzie oraz średniej masy urodzeniowej noworodków.



Rycina 4. Najczęściej zgłaszane powody uczestniczenia w zajęciach jogi prenatalnej, *n* = 19

n – liczba osób biorących udział w badaniu.

Średni czas trwania ciąży w obu grupach w momecie porodu wynosił 39 tygodni. Większość badanych urodziła dziecko siłami i drogami natury. Średni czas trwania I okresu porodu wynosił około 6, a II okresu około 0,7 godziny. Średnia masa urodzeniowa noworodków wynosiła 3354 g.

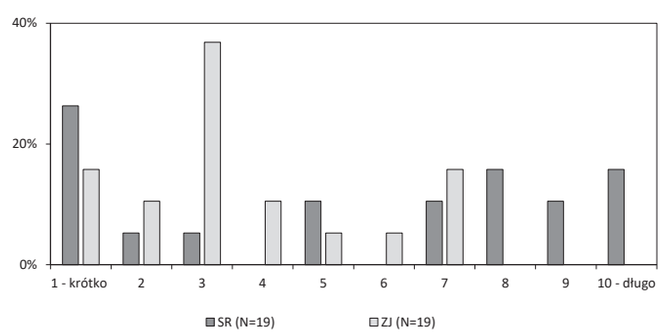
Ze znieczulenia zewnątrzoponowego skorzystała mniej niż połowa badanych kobiet. Kobiety z grupy kontrolnej (SR) istotnie częściej zwracały się z prośbą o znieczulenie zewnątrzoponowe porodu (tab. 1).

Tabela 1. Korzystanie ze znieczulenia zewnątrzoponowego, *n* = 35

Znieczulenie zewnątrzoponowe	Grupa kontrolna (SR)	Grupa testowa (ZJ)	Razem	Test
Tak	12 (63%)	4 (21%)	16 (46%)	$\chi^2(1) = 6,91$ $p < 0,01$

n = liczba osób biorących udział w badaniu; SR – szkoła rodzenia; ZJ – zajęcia jogi.

W ankiecie poporodowej (AP3) poproszono obie grupy o wyrażenie subiektywnych opinii na temat długości porodu, poziomu odczuwanego bólu, skupianiu się na roli i ważności oddechu oraz jego efektywności, a także korzystania z różnych pozycji porodowych podczas porodu. Różnica między dwoma badanymi grupami pod względem subiektywnej długości porodu była istotna statystycznie (test U Manna–Whitneya: $Z = -2,89$; $p < 0,05$). Grupa kontrolna (SR) częściej oceniała czas trwania porodu jako dłuższy (ryc. 5).



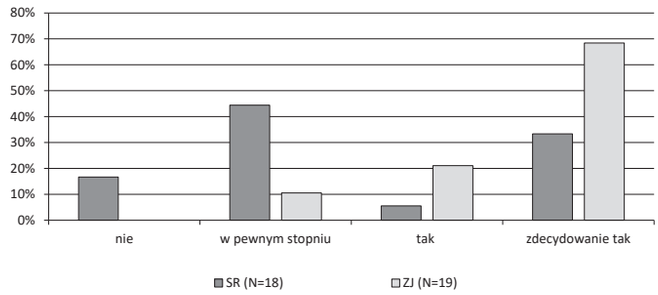
Rycina 5. Subiektywne odczucie czasu trwania porodu, *n* = 38

ZJ – zajęcia jogi; SR – szkoła rodzenia; *n* = liczba osób biorących udział w badaniu.

W subiektywnej ocenie bólu porodowego nie stwierdzono istotnych różnic w odczuwaniu bólu porodowego w obu grupach, pomimo iż w grupie SR kobiety częściej korzystały ze znieczulenia zewnątrzoponowego. Kobiety z grupy testowej istotnie częściej wykorzystywały techniki oddechowe w czasie porodu (dokładny test Fishera: $p < 0,01$) (ryc. 6).

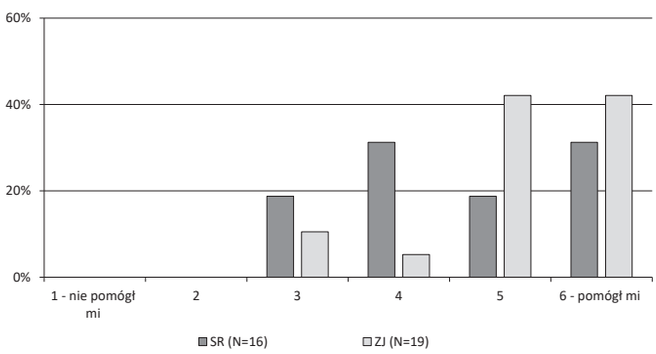
Badane, które korzystały z technik oddechowych proszono o określenie efektywności oddechu w czasie porodu. Różnica

między dwoma badanymi grupami była istotna statystycznie (test U Manna–Whitneya: Z = -1,81; $p < 0,05$). Grupa testowa istotnie częściej wykazywała korzystny wpływ technik oddechowych na przebieg porodu (ryc. 7).



Rycina 6. Wykorzystanie technik oddechu praktykowanych podczas jogi prenatalnej, $n = 37$

ZJ – zajęcia jogi; SR – szkoła rodzenia; n = liczba osób biorących udział w badaniu.



Rycina 7. Subiektywna ocena efektywności oddechu u kobiet korzystających z technik oddechowych, $n = 35$

ZJ – zajęcia jogi; SR – szkoła rodzenia; n = liczba osób biorących udział w badaniu.

Większość badanych w obu grupach często lub zdecydowanie często zmieniało pozycje, wykorzystując zarówno pozycje wertykalne, jak i klęczenie oraz spacer/ruch, jednocześnie nie odnotowano różnic istotnych statystycznie między badanymi grupami.

Omówienie

Wzrost lęku podczas ciąży jest zjawiskiem normalnym, jednak niektóre matki, u których jego poziom jest znaczący, mogą mieć problemy emocjonalne związane z okresem wczesnego macierzyństwa [9]. Coraz częściej pojawiają się dowody, że niepokój matki może mieć bezpośredni wpływ na rozwój płodu, powikłania związane z porodem – zwiększać prawdopodobieństwo rozwoju choroby psychicznej u kobiet w okresie przed- i/lub poporodowym, a także powodować długoterminowy wpływ na rozwój poznawczy potomstwa [9–13]. Leki rutynowo stosowane w leczeniu lęku u osób nie będących w ciąży (np. benzodiazepiny) są przeciwskazane w ciąży, ze względu na ryzyko narażenia płodu na metabolity środków psychofarmakologicznych, które mogą przechodzić przez barierę łożyskową [14]. Równocześnie badania analizujące wpływ terapii uzupełniających są ograniczone i wykazują się słabą jakością metodologiczną [15]. W związku z tym podkreśla się potrzebę interwencji niefarmakologicznych w celu zmniejszenia lęku przed porodem. Joga wydaje się być odpowiednią interwencją, ponieważ zawiera techniki relaksacyjne z ćwiczeniami fizycznymi, które można dostosować do potrzeb kobiet w ciąży.

Zespoły Glazier i wsp. oraz Camposa i wsp. wykazały, iż wsparcie społeczne zmniejsza poziom lęku w czasie ciąży, ponieważ relacje z przyjaciółmi i rodziną łagodzą dolegliwości emocjonalne i psychiczne [16, 17]. Niezadowolenie z relacji partnerskiej i brak sieci wsparcia społecznego składającej się z przyjaciół i rodziny korelują ze zwiększonym strachem przed porodem [18, 19]. W badaniu własnym uczestniczki wysoko oceniły wsparcie społeczne otrzymane podzas ciąży.

Edynburska Skala Depresji Poporodowej jest prostym kwestionariuszem samoopisowym zawierającym 10 pozycji zaprojektowanych do badania depresji. Jest szeroko stosowana i została zatwierdzona do stosowania w czasie ciąży w kilku krajach, w tym w Australii [20]. W badaniach własnych uczestniczki obu grup uzyskały niskie wyniki ryzyka depresji zarówno w dniu rozpoczęcia badania, jak i pod koniec ciąży. Jest to zgodne z wynikami badań Teixiera i wsp., którzy dowiedli, że wyniki EDPS mają tendencję do zmniejszania się wraz z postępem ciąży [21]. Istnieją też badania, pokazujące tendencję przeciwną, czyli wzrastające ryzyko depresji wraz z zaawansowaniem ciąży [22].

W badaniach przeprowadzonych przez Narendran i wsp. wykazano zmniejszenie częstości występowania małej urodzeniowej masy ciała (LBW), ryzyka wystąpienia hipotrofii wewnątrzmacicznej (IUGR) oraz ryzyka porodu przedwczesnego u noworodków matek, które praktykowały jogę w czasie ciąży. Zanotowano pozytywny wpływ na wagę urodzeniową dzieci w porównaniu z grupą kontrolną i chociaż wyniki te nie były istotne statystycznie, zaobserwowano tendencję do zmniejszania częstości nagłego cięcia cesarskiego i porodu przedwczesnego [23]. Wyżej wspomniane wyniki korespondują również z badaniami przeprowadzonymi przez Maharana [24]. W badaniach własnych nie zaobserwowano różnic między grupami w odniesieniu do opisywanych wyżej wskaźników.

W badaniach Chuntharapat i wsp. odnotowano korzystny wpływ jogi na doświadczenie kobiet w czasie porodu, mniejszy ból porodowy oraz większy komfort rodzącej w porównaniu z grupą kontrolną [25]. W badaniach własnych nie stwierdzono istotnych różnic w odczuwaniu bólu porodowego w obu grupach, pomimo iż w grupie kontrolnej (SR) kobiety częściej korzystały ze znieczulenia zewnątrzoponowego. Jednak kobiety z grupy testowej (ZJ) częściej wykorzystywały techniki oddechowe oraz wykazywały ich korzystny wpływ na przebieg porodu. Częściej również oceniały czas trwania porodu jako krótszy. W kontekście uzyskanych wyników zastanawiająca jest opinia kobiet z grupy kontrolnej (SR), które patrząc z perspektywy porodu, aż w 47% by się zdecydowały, jeśli byłoby to możliwe, na cięcie cesarskie „na życzenie", podczas gdy w grupie kontrolnej (ZJ) liczba kobiet potwierdzających taką chęć zmalała.

Niektórzy badacze zaznaczają wydarzenia życiowe jako przyczynę lęku i stresu u matki. W badaniach porównano odnotowane wyniki ciąży z wcześniejszą częstością występowania negatywnych zdarzeń życiowych, takich jak śmierć lub długotrwała choroba bliskiej osoby, aby sprawdzić, czy istnieje korelacja z negatywnymi wynikami, takimi jak niska masa urodzeniowa lub obecność wad rozwojowych u dzieci [26, 27]. W badaniach własnych nie zaobserwowano wpływu wydarzeń życiowych na negatywne wyniki porodu oraz parametry życiowe noworodków.

Ograniczeniem badania wydaje się wpływ badacza na respondentów. Między grupą kontrolną (SR) a grupą testową (ZJ) istniały różnice w zaangażowaniu ze strony zespołu badawczego. Uczestnicy grupy jogi spotykali się z głównym badaczem co tydzień, gdy uczęszczali na zajęcia. Co więcej nawiązywali bliskie relacje z instruktorem, mogli więc czuć się zobowiązani do zgłoszenia korzystnego wpływu kursu, ponieważ byli bardziej świadomi zaangażowania związanego z jego prowadzeniem. Natomiast uczestnicy grupy kontrolnej mieli bardzo mało bezpośredniego kontaktu z zespołem badawczym, gdyż spotykali się z głównym badaczem tylko raz. Dlatego mogli czuć się bardziej komfortowo w wyrażaniu swoich szczerych myśli i uczuć, wierząc, że ich odpowiedzi raczej nie zostaną zidentyfikowane osobiście. Może to również tłumaczyć, dlaczego mniej kobiet w grupie kontrolnej oddało swoje kwestionariusze. Kobiety w grupie jogi miały większe poczucie obowiązku z powodu częstego kontaktu z zespołem badawczym.

Wnioski

1. Uczęszczanie na zajęcia jogi przez kobiety w ciąży może mieć pozytywny wpływ na ich zdrowie psychiczne.
2. Kobiety korzystające z zajęć jogi w okresie przedporodowym częściej decydują się na poród siłami natury, rzadziej wymagają podania znieczulenia zewnątrzoponowego.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Bibliografia

1. Świerzowska A. *Joga. Droga do transcendencji.* Kraków: WAM; 2009: 10.
2. Kuvalayananda S, Vinekar SL. *Joga – indyjski system leczniczy. Podstawowe zasady i metody.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1970.
3. American College of Obstetricians and Gynecologist. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. Replaces Committee Opinion Number 267, January 2002 (Reaffirmed 2017). Dostępny na URL: https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Physical-Activity-and-Exercise-During-Pregnancy-and-the-Postpartum-Period?IsMobileSet=false.
4. Rakhshani A, Nagarathna R, Mhaskar R, et al. The effects of yoga in prevention of pregnancy complications in high-risk pregnancies: a randomized controlled trial. *Prev Med* 2012; 55(4): 333–340.
5. Newham JJ, Wittkowski A, Hurley J, et al. Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Depress Anxiety* 2014; 31(8): 631–640.
6. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, et al. Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. *J Bodyw Mov Ther* 2012; 16(2): 204–209.
7. Muzik M, Hamilton SE, Lisa Rosenblum K, et al. Mindfulness yoga during pregnancy for psychiatrically at-risk women: preliminary results from a pilot feasibility study. *Complement Ther Clin Pract* 2010; 18(4): 235–240.
8. Narendran S, Nagarathna R, Narendran V, et al. Efficacy of yoga on pregnancy outcome. *J Altern Complement Med* 2005; 11(2): 237–244.
9. Furber CM, Garrod D, Maloney E, et al. A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(5): 669–677.
10. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, et al. Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depress Anxiety* 2003; 17(3): 140–151.
11. Johnson RC, Slade P. Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship? *J Psychosom Obstet Gynecol* 2003; 24(1): 1–14.
12. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, et al. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 2007; 110(5): 1102–1112.
13. Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M, et al. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev* 2005; 29(2): 237–258.
14. Dolovich LR, Addis A, Vaillancourt JM, et al. Benzodiazepine use in pregnancy and major malformations or oral cleft: meta-analysis of cohort and case-control studies. *Br Med J* 1998; 317(7162): 839–843.
15. Marc I, Toureche N, Ernst E, et al. Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 7: CD007559, doi: 10.1002/14651858.
16. Glazier RH, Elgar FJ, Goel V, et al. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004; 25(3–4): 247–255.
17. Campos B, Schetter CD, Abdou CM, et al. Familialism, social support, and stress: positive implications for pregnant Latinas. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2008; 14(2): 155–162.
18. Saisto T, Kaaja R, Ylikorkala O, et al. Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain* 2001; 93(2): 123–127.
19. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, et al. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG* 2001; 108(5): 492–498.
20. Boyce P, Stubbs J, Todd A. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Australian sample. *Aust N Z J Psychiatry* 1993; 27(3): 472–476.
21. Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, et al. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affect Disord* 2009; 119: 142–148.
22. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004; 103(4): 698–709.
23. Narendran S, Nagarathna R, Gunasheela S, et al. Efficacy of yoga in pregnant women with abnormal Doppler study of umbilical and uterine arteries. *J Indian Med Association* 2005; 103(1): 12–14.
24. Maharana S. *Integrated approach of yoga on pregnancy outcome.* Paper presented at the Kolkata Conference, India. 2005.
25. Chuntharapat S, Petpichetchian W, Hatthakit U. Yoga during pregnancy: effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. *Complement Ther Clin Pract* 2008; 14(2): 105–115.
26. Khashan AS, McNamee R, Abel KM, et al. Reduced infant birthweight consequent upon maternal exposure to severe life events. *Psychosom Med* 2008; 70(6): 688–694.
27. Hansen D, Lou HC, Olsen J. Serious life events and congenital malformations. A national study with a complete follow-up. *Ugeskr Laeger* 2001; 163(8): 1051–1057.

Adres do korespondencji:
Marta Łukasz
Centrum Medyczne „Żelazna" Sp. z o.o.
ul. Żelazna 90
01-004 Warszawa
Tel.: 694 877 399
E-mail: m.lukasz@szpitalzelazna.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 12.02.2019 r.
Po recenzji: 20.03.2019 r.
Zaakceptowano do druku: 21.03.2019 r.