

Opieka personelu medycznego oddziałów położniczych nad kobietą i noworodkiem – w ocenie pacjentek

Marta Makara-Studzińska¹, Artur Wdowiak², Danuta Podstawka¹, Magda Stec³

¹ Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Ovum”, Lublin

Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Podstawka D, Stec M. Opieka personelu medycznego oddziałów położniczych nad kobietą i noworodkiem – w ocenie pacjentek. *Med Og Nauk Zdr.* 2013; 19(3): 288–293.

Streszczenie

Poród i okres połogowy dla wielu kobiet jest czasem pełnym lęków i obaw. Kobiety obawiają się bólu związanego z porodem, możliwych komplikacji porodowych. Obawiają się o swoje zdrowie i zdrowie dziecka. Kobiety, które doświadczyły trudnego porodu, są częściej narażone na występowanie depresji poporodowej oraz trudniej jest im nawiązać więź z dzieckiem. Dlatego też w tym ważnym okresie życia kobiet bardzo ważna jest opieka i wsparcie personelu medycznego, które to pozwoli kobietom przeżywać i cieszyć się macierzyństwem. Prezentowana praca miała na celu ocenić poziom opieki personelu medycznego oddziałów położniczych z punktu widzenia pacjentek. Ocenie poddano sposób przekazywania informacji przez personel medyczny, zaspokojenie potrzeb biopsychospołecznych położnic, a także opiekę pielęgnacyjną nad noworodkiem. W badaniu uczestniczyło 112 pacjentek oddziałów położniczych z 3 szpitali powiatowych województwa lubelskiego. Do oceny użyto autorskiego kwestionariusza ankiety. Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące: oceny opieki pooperacyjnej nad kobietą po cięciu cesarskim, zaspokojenia potrzeb biopsychospołecznych kobiet po porodzie, opieki nad noworodkiem. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż opieka personelu medycznego oddziałów położniczych nad kobietą i noworodkiem została oceniona na poziomie bardzo dobrym. Zauważono jednak obszary niżej oceniane, w przypadku personelu lekarskiego był to sposób przekazywania informacji, zaś w przypadku personelu pielęgnarskiego – uniemożliwienie obserwacji przez pacjentki wykonywanych przez personel zabiegów pielęgnacyjnych przy noworodku.

Słowa kluczowe

opieka personelu medycznego, oddziały położnicze, opieka nad noworodkiem

WSTĘP

Dla wielu kobiet poród i okres połogowy stanowi nową sytuację niosącą ze sobą wiele różnych emocji i obaw takich jak: lęk, niepokój, strach przed przyszłością, która je czeka. Często kobiety obawiają się bólu, cierpienia, komplikacji w czasie porodu. Pojawia się u nich lęk o swoje zdrowie i zdrowie dziecka. Kobiety oczekują ze strony personelu medycznego wsparcia i zrozumienia ich stanu emocjonalnego wyrażającego się w pełnym delikatności i taktu postępowaniu [1].

U kobiet, które doświadczyły trudnego porodu, częściej występuje zjawisko depresji poporodowej oraz trudności związane z nawiązywaniem więzi z dzieckiem. Badania dowodzą, iż występowanie poporodowych emocjonalnych zaburzeń u matki znacząco wpływa na dalszy rozwój dziecka. Niestety, pogrążona w depresji matka nie jest w stanie zaspakajać potrzeb dziecka i aktywnie uczestniczyć w jego rozwoju. W przyszłości dziecko, które nie nawiązało więzi z matką, może odczuwać złość, strach przed życiem, może czuć się porzucone, mieć poczucie winy, może też mieć problemy z nawiązywaniem trwałych relacji [2, 3, 4]. W okresie okołopołogowym stan psychiczny kobiet ulega zmianom. Istotny wpływ na to mają takie czynniki jak: zmęczenie, brak snu, ogólne rozbitcie po porodzie, problemy z laktacją

czy płaczące dziecko, które w efekcie mogą przyczynić się do rozwoju choroby jaką jest depresja poporodowa [5].

Dlatego też tak bardzo istotne jest wsparcie udzielane kobietom rodzącym przez personel medyczny w czasie porodu, a także w okresie poporodowym. Personel powinien udzielać zarówno wsparcia medycznego, informacyjnego w zakresie przebiegu porodu, stosowanych zabiegów i środków, jak również informacji o stanie dziecka. Istotne znaczenie podczas porodu odgrywa wsparcie położnej, które nie powinno ograniczać się do przekazywania jedynie wiedzy medycznej, ale także powinno obejmować wsparcie emocjonalne, życzliwość i pomoc, co pozwoli zredukować lęki i obawy towarzyszące kobiecie rodzącej [1].

W okresie poporodowym personel medyczny powinien dążyć do minimalizowania sytuacji trudnych, pojawiających się u kobiet w tym okresie. Działania te powinny dotyczyć wsparcia położnic i zachęcania ich do podjęcia karmienia naturalnego, które to wzmacnia więź emocjonalną pomiędzy matką a dzieckiem [6]. Działania te powinny również przygotowywać kobiety do opieki nad dzieckiem poprzez przekazywanie niezbędnej wiedzy oraz umiejętności praktycznych związanych z opieką nad noworodkiem [7].

CEL PRACY

Głównym celem przeprowadzonych badań była ocena (z punktu widzenia pacjentek) opieki personelu medycznego oddziałów położniczych nad kobietą i noworodkiem.

Adres do korespondencji: Marta Makara-Studzińska, Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Chodźki 15, 20-093 Lublin e-mail: mmakara@go2.pl

Nadesłano: 7 stycznia 2013; zaakceptowano do druku: 19 kwietnia 2013

MATERIAŁY I METODY

W badaniu uczestniczyło 112 pacjentek oddziałów położniczych z trzech szpitali powiatowych województwa lubelskiego. Większość badanych kobiet pochodziła ze środowiska wiejskiego (n=71; 63,4%). Dolna granica wiekowa respondentek wynosiła 20 lat, zaś górna powyżej 40 roku życia. Największy odsetek badanych kobiet stanowiły pacjentki w przedziale wiekowym pomiędzy 20. a 30. rokiem (59,8%), zaś najmniejszą grupę stanowiły pacjentki w przedziale wiekowym powyżej 40. roku życia (3,6%). Najwięcej badanych kobiet było w I ciąży (n=49; 43,7%) oraz w II (n=34; 30,4%). Znaczną grupę stanowiły kobiety rodzące trzy razy (n=24; 21,4%). Część ankietowanych kobiet podała, że wcześniej miała poronienia (n=16; 14,3%), przeszła porody przedwczesne (n=6; 5,4%), ciążę obumarłą i pozamaciczną (n=2; 1,8%). Cięższe pacjentek uczestniczących w badaniu zostały rozwiązane za pomocą cięcia cesarskiego.

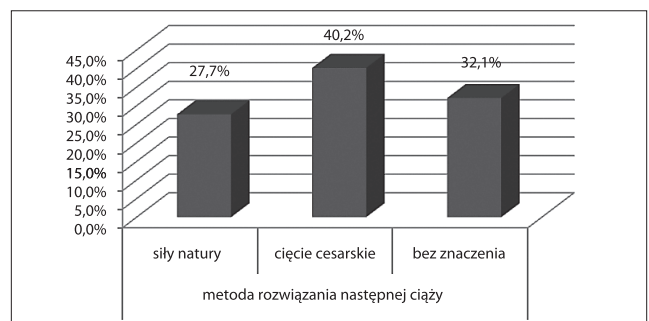
Do oceny opieki personelu medycznego użyto autorskiego kwestionariusza ankiety. Pytania zawarte w kwestionariuszu miały charakter pytań zamkniętych, jak i otwartych. Badania prowadzone były indywidualnie, respondentki zostały poinformowane o celu przeprowadzanych badań oraz o ich anonimowości. Kwestionariusz zawierał część metryczkową oraz pytania dotyczące: oceny opieki pooperacyjnej po cięciu cesarskim, zaspokojenia potrzeb biopsychosocjalnych kobiet po porodzie, opieki nad noworodkiem. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem testów: U Manna-Whitneya, Chi², Kruskala-Wallis.

WYNIKI

Z przeprowadzonych badań wynika, iż większość respondentek nie korzystała z regularnych wizyt lekarskich (58%). Najwięcej osób potrzebujących porady zgłaszało się z powodu bólów brzucha (15,2%) oraz innych przyczyn, co stanowiło (10,7%). Konieczność zgłaszania się do lekarza z powodu krwawienia z dróg rodnych wykazało niewiele kobiet (3,6%). Dość liczna grupa kobiet potrzebowała hospitalizacji (31,2%). Najwięcej hospitalizacji było powyżej 31 tygodnia ciąży (17,9%). Rozwiązanie ciąży najczęściej następowało w 38–40 tygodniu (69,6%). Cięcia cesarskie najczęściej były wykonywane w trakcie porodu (42,9%), w wielu przypadkach także przed rozpoczęciem czynności skurczowej zaistniała konieczność rozwiązania ciąży za pomocą cięcia cesarskiego (38,4%) (Tab. 1). Najwięcej cięć cesarskich wykonano u kobiet w przedziale wiekowym 20–30 lat – 59,8%. Kobiety uzyskały wyczerpujące informacje na temat powodów wykonania cięcia cesarskiego (79,5%). Większość respondentek (67,9%) była zadowolona ze sposobu rozwiązania ciąży poprzez zastosowanie cięcia cesarskiego. Nieliczna grupa badanych kobiet (7,1%) była innego zdania. Podczas cięcia cesarskiego stosowano najczęściej znieczulenie ogólne (n=60; 53,6%), przewodowe rzadziej (n=52; 46,4%). W większości przypadków kobieta mogła sama zdecydować o wyborze znieczulenia (n=53; 47,3%). Respondentki, na pytanie dotyczące sposobu rozwiązania następnej ciąży, aż w 40,2% wskazały na cesarskie cięcie, na siły natury wskazało 27,7% respondentek, 32,1% nie miało zdania na ten temat (Ryc. 1), co może wskazywać na lęk przed bólem związanym z naturalnym porodem. Podobne obserwacje poczynił w swoich badaniach Pawelec [8].

Tabela 1. Częstość wizyt lekarskich i hospitalizacji w czasie ciąży

Częstość wizyt lekarskich i hospitalizacji w czasie ciąży		Liczność	%
Liczba wizyt u lekarza prowadzącego ciążę	Mniej niż 10 wizyt	65	58,0
	10-14 wizyt	41	35,6
	Powyżej 14 wizyt	6	5,4
Jaka była przyczyna ?	Bóle brzucha	17	15,2
	Krwawienie z dróg rodnych	4	3,6
	Choroba, która pojawiła się w czasie ciąży	7	6,2
	Choroba przed ciążą	5	4,5
Czy w czasie ciąży była Pani hospitalizowana?	Tak	35	31,2
	Nie	77	68,8
	W którym tygodniu ciąży była Pani hospitalizowana (pierwsza hospitalizacja)?	Do 13 tyg. ciąży	8
14-20 tyg. ciąży		9	8,0
Powyżej 31 tyg. ciąży		20	17,9
Nie dotyczy		75	67,0
Tydzień rozwiązania ciąży	Do 36	5	4,5
	Do 38	19	17,0
	Od 38 do 40	78	69,6
	Powyżej 41	10	8,9
Kiedy wykonano cięcie cesarskie?	Przed rozpoczęciem czynności skurczowych	43	38,4
	W trakcie porodu	48	42,9
	Nagle	21	18,7



Rycina 1. Metoda rozwiązania następnej ciąży (w ocenie pacjentek)

Wiedzę na temat ciąży i jej rozwiązania respondentki czerpały najczęściej od koleżanek, które były już w ciąży i urodziły dziecko (80,4%), oraz pozyskiwały podczas wizyt u lekarza (64,3%), a także z czasopism/książek (54,5%) i Internetu (20,5%).

Większość noworodków w momencie narodzin była w bardzo dobrym lub dobrym stanie (95,5%). Tylko 4,5% noworodków była w średnim stanie. Na pytanie o to, czy po wydobyciu noworodka został położony na klatkę piersiową („skóra do skóry”) rodzącej, 29,5% respondentek odpowiedziało, że tak i było to jeszcze na sali operacyjnej. Najwięcej kobiet (39,3%) miało możliwość kontaktu z noworodkiem „skóra do skóry” dopiero na sali matek. Co 3 badana nie miała możliwości bezpośredniego kontaktu z noworodkiem tuż po jego narodzinach. W przypadku kobiet, które nie miały możliwości bezpośredniego kontaktu z noworodkiem, tylko (51,8%) kobiet miało możliwość przywitania się ze swoim dzieckiem na sali operacyjnej dzięki personelowi medycznemu, który

pokazał im noworodka. W badanej populacji były też kobiety, które nie miały okazji przywitać się z dzieckiem (33,9%). Z przeprowadzonych badań wynikało, iż 38,4 % badanych pacjentek miało trudności w przystawieniu dziecka do piersi. W momencie pojawienia się tych trudności respondentki w większości (90,2%), otrzymały pomoc ze strony personelu w zakresie skorygowania techniki karmienia piersią (Tab. 2).

Zaobserwowano istotną zależność pomiędzy brakiem kon-

Tabela 2. Opieka nad noworodkiem

Opieka nad noworodkiem	Możliwe odpowiedzi	Li-czeb-ność	%
W jakim stanie wydobyto dziecko?	Bardzo dobrym	67	59,8
	Dobrym	40	35,7
	Średnim	5	4,5
Czy po wydobyciu noworodek był położony na Pani klatkę piersiową „skóra do skóry”?	Jeszcze na sali operacyjnej	33	29,5
	Na sali matek	44	39,3
	Nie leżał wcale	35	31,2
Jeżeli noworodek nie leżał „skóra do skóry”, czy personel pokazał dziecko, aby Pani mogła się przywitać, będąc jeszcze na sali operacyjnej?	Tak	58	51,8
	Nie	38	33,9
	Nie dotyczy	16	14,3
Jeżeli były trudności w karmieniu piersią to, czy personel pomagał w skorygowaniu techniki karmienia piersią?	Tak	101	90,2
	Nie	11	9,8

taktu „skóra do skóry” i pokazaniem dziecka matce, aby mogła się przywitać, a rodzajem zastosowanego znieczulenia do cięcia cesarskiego i stanem dziecka ($p=0,03\%$). Jeżeli zastosowano znieczulenie ogólne to personel nie pokazywał dziecka na sali operacyjnej w 92,1%, ponieważ matka spała, natomiast przy zastosowaniu znieczulenia przewodowego kobiety mogły się przywitać, będąc jeszcze na sali operacyjnej – tak wskazało 63,8% ankietowanych. Jeżeli dziecko wydobyto w stanie ogólnym bardzo dobrym, a z różnych powodów nie leżało na klatce matki, to w 63,8% personel pokazał matce dziecko, aby mogła się z nim przywitać, natomiast w 50,0% dziecko nie leżało na klatce piersiowej i nie pokazano go matce, aby mogła się z przywitać. Noworodek urodzony w stanie średnim nie był kładziony na klatkę piersiową „skóra do skóry” i pokazywany matce, aby mogła się przywitać, co stwierdziło 13,2% respondentek (Tab. 3).

Stwierdzono również istotną zależność pomiędzy odczuciami związanymi z wczesnym przystawieniem dziecka do piersi po cięciu cesarskim a wiekiem, stanem cywilnym oraz miejscem zamieszkania ($p=0,05\%$). Najwięcej kobiet w przedziale wiekowym 20–30 lat stwierdziło, że pierwsze karmienie to obowiązek wobec dziecka (60,5%). Prawie taka sama grupa osób (60,3%) stwierdziła że sprawiło to przyjemność. Kobiety poniżej 20 roku życia nie były zadowolone z wczesnego przystawienia dziecka do piersi (33,3%), powodem były dolegliwości bólowe. Osoby w przedziale wiekowym 31–40 lat opowiedziały się za obowiązkiem wobec dziecka (34,2%), kobiety powyżej 40 roku życia w 5,9% uważały, że wczesne przystawienie do piersi sprawiło przyjemność (Tab. 4).

Najwięcej respondentek będących w pierwszej ciąży wskazało na występowanie u nich trudności związanych z przystawieniem dziecka do piersi w drugiej i trzeciej dobie po cięciu cesarskim (62,8%), natomiast kobiety rodzące drugie dziecko podały, że nie miały z tym problemu (40,6%). Większość

Tabela 3. Ocena zależności pomiędzy noworodkiem nie mającym kontaktu „skóra do skóry” i pokazaniem dziecka matce przez personel, aby mogła się przywitać a znieczuleniem zastosowanym podczas cięcia cesarskiego i stanem wydobytego dziecka

	Jeżeli noworodek nie leżał „skóra do skóry”, czy personel pokazał dziecko, aby matka mogła się przywitać, będąc jeszcze na sali operacyjnej?			Analiza statystyczna	
	Tak	Nie	Nie dotyczy		
Jakie znieczulenie było zastosowane podczas cięcia cesarskiego?	przewodowe	37 (63,8%)	3 (7,9%)	12 (75,0%)	$\chi^2=35,0$ $p<0,00001$
	ogólne	21 (36,2%)	35 (92,1%)	4 (25,0%)	
W jakim stanie wydobyto dziecko?	bardzo dobrym	37 (63,8%)	19 (50,0%)	11 (68,8%)	$\chi^2=10,82$ $p=0,03$
	dobrym	21 (36,2%)	14 (36,8%)	5 (21,2%)	
	średnim	0 (0,0%)	5 (13,2%)	0 (0,0%)	

Tabela 4. Ocena zależności pomiędzy odczuciami kobiet na wczesne przystawienie noworodka do piersi a wiekiem, stanem cywilnym oraz miejscem zamieszkania ankietowanych

	Czy uważa Pani, że wczesne przystawienie do piersi po cięciu cesarskim:			Analiza statystyczna	
	sprawia przyjemność?	był to obowiązek wobec dziecka?	byłam niezadowolona, bo wszystko mnie bolało		
Wiek	mniej niż 20 lat	2 (2,9%)	2 (5,3%)	2 (33,3%)	$\chi^2=12,72$ $p=0,05$
	20-30	41 (60,3%)	23 (60,5%)	3 (50,0%)	
	31-40	21 (30,9%)	13 (34,2%)	1 (16,7%)	
	powyżej 40	4 (5,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

kobiet będących w kolejnych ciążach nie wskazało na wyżej wymienione trudności. Respondentki również podały, iż trudności w przystawieniu dziecka do piersi w drugiej – trzeciej dobie po cięciu cesarskim nie miały te kobiety, których dzieci były przystawione do piersi do dwóch godzin po cięciu cesarskim (39,1%), natomiast trudności w drugiej i trzeciej dobie miały kobiety, których dzieci były przystawione w czasie powyżej dwóch godzin. Trudności w przystawieniu dziecka do piersi nie miały również kobiety, którym wczesne przystawienie dziecka po cięciu cesarskim sprawiło przyjemność (69,6%), natomiast te osoby, które podały, że był to obowiązek wobec dziecka, miały w tym okresie trudności, na co wskazało 48,8% respondentek (Tab. 5).

Na pytanie, czy zabiegi pielęgnacyjne przy noworodku były wykonywane w obecności pacjentek, większość z nich (71,4%) odpowiedziało, że tak. Aż 28,6% badanych kobiet wskazało, iż zabiegi te nie były w ogóle lub nie wszystkie były wykonywane w ich obecności.

Oceniono również sposób przekazywania pacjentkom przez pediatrów informacji na temat stanu zdrowia dzieci. 73,2% badanych pacjentek wskazało, iż informacje, które uzyskały od lekarzy były wyczerpujące. Niepokojące jednak jest to, iż aż 26,8% badanych uznało, iż informacje uzyskane były niewystarczające i niekompletne.

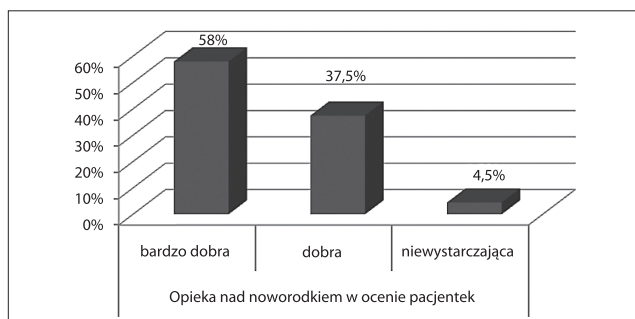
Ocenie poddano także opiekę nad noworodkiem. Większość respondentek (58%) oceniło bardzo dobrze tę opiekę. Jednak wśród badanych kobiet, aż 37,5% oceniło opiekę na

Tabela 5. Ocena zależności pomiędzy wystąpieniem trudności w przystawieniu dziecka do piersi w drugiej – trzeciej dobie po cięciu cesarskim a liczbą przebytych ciąży, czasem przystawienia noworodka po raz pierwszy do piersi oraz odczuciami związanymi z wczesnym przystawieniem zaraz po cięciu cesarskim

		Czy miała Pani trudności w przystawieniu dziecka do piersi w drugiej – trzeciej dobie po cięciu cesarskim?		Analiza statystyczna
		Tak	Nie	
Która była to Pani ciąża?	pierwsza	27 (62,8%)	22 (31,9%)	$\chi^2=12,69$ $p=0,005$
	druga	6 (14,0%)	28 (40,6%)	
	trzecia	9 (20,9%)	15 (21,7%)	
	czwarta i powyżej	1 (2,3%)	4 (5,8%)	
Kiedy noworodek był po raz pierwszy przystawiony do piersi?	zaraz po cięciu	11 (25,6%)	24 (34,8%)	$\chi^2=7,58$ $p=0,06$
	po dwóch godzinach po cięciu	12 (27,9%)	27 (39,1%)	
	powyżej dwóch godzin	12 (27,9%)	15 (21,7%)	
Czy uważa Pani że wczesne przystawienie do piersi po cięciu cesarskim:	sprawia przyjemność?	20 (46,5%)	48 (69,6%)	$\chi^2=6,96$ $p=0,03$
	był to obowiązek wobec dziecka?	21 (48,8%)	17 (24,6%)	
	byłam niezadowolona, bo wszystko mnie bolało	2 (4,7%)	4 (5,8%)	

poziomie dobrym, a 4,5 % jako niewystarczającą (Ryc. 2).

W przeprowadzonych badaniach zauważono istotną sta-

**Rycina 2.** Ocena opieki personelu medycznego nad noworodkiem przez pacjentki

tycznie różnicę ($p<0,05$) dotyczącą oceny opieki nad noworodkiem a stopniem przekazywania informacji o stanie zdrowia dziecka przez lekarza pediatrę. Kobiety, które opiekę nad noworodkiem oceniły na poziomie bardzo dobrym, jednocześnie wskazywały, iż informacje jakie uzyskały od lekarza pediatry o stanie zdrowia ich dziecka były wystarczające, na co wskazało, aż 81,5% kobiet. Natomiast kobiety, które oceniły opiekę nad noworodkiem na poziomie niewystarczającym, nie były również zadowolone z informacji przekazywanych przez lekarza o stanie zdrowia ich dzieci (60%) (Tab. 6).

Ze względu na rodzaj znieczulenia najwięcej kobiet wstało z łóżka w przedziale od 6 do 12 godzin ($n=44$; 39,3%) oraz 12–24 godziny ($n=41$; 36,6%). Istotną kwestią, która została podana ocenie, była opieka pooperacyjna nad kobietą po

Tabela 6. Ocena zależności pomiędzy opieką nad noworodkiem a przekazywaniem przez lekarza pediatrę informacji o stanie zdrowia dziecka

		Jak ocenia Pani opiekę nad noworodkiem?			Analiza statystyczna
		bardzo dobrze	dobrze	jako niewystarczająca	
Czy informacje o stanie zdrowia dziecka przekazywane przez lekarza pediatrę były wyczerpujące?	Tak	53 (81,5%)	27 (64,3%)	2 (40,0%)	$\chi^2=18,81$ $p=0,0009$
	Nie	2 (3,1%)	8 (19,0%)	3 (60,0%)	
	Niekompletne	10 (15,4%)	7 (16,7%)	0 (0,0%)	

cesarskim cięciu. Na pytanie, czy personel pomagał pacjentkom podczas pionizacji po operacji, większość respondentek (93,8%) odpowiedziało, że tak. Aż 58,9% badanych kobiet wskazało, iż personel nie poinstruował ich, w jaki sposób mogą wykonywać ćwiczenia gimnastyczne w łóżku. Tylko 41,1% pacjentek uzyskało informację na ten temat od personelu. Personel chętnie podawał pacjentkom środki przeciwbólowe na ich prośbę, kiedy pojawiały się dolegliwości bólowe związane z zabiegiem cesarskiego cięcia, tutaj aż 95,5% kobiet potwierdziło te informacje. Aż 97,3% badanych kobiet po cięciu cesarskim miało wykonaną toaletę w łóżku (Tab. 7).

Stwierdzono istotną zależność pomiędzy opieką pielę-

Tabela 7. Opieka pooperacyjna nad kobietą po cięciu cesarskim

Opieka pooperacyjna	Możliwe odpowiedzi	Liczoność	%
Czy personel pomagał przy pionizacji?	Tak	105	93,8%
	Nie	7	6,2%
Czy personel uczył Panią, jak wykonywać ćwiczenia gimnastyczne w łóżku?	Tak	46	41,1%
	Nie	66	58,9%
Czy personel podawał chętnie leki przeciwbólowe w razie występowania dolegliwości bólowych?	Tak	107	95,5%
	Nie	5	4,5%
Czy wykonano Pani toaletę i zmianę bielizny w łóżku?	Tak	109	97,3%
	Niechętnie	1	0,9%
	Nie	2	1,8%

niarską po zabiegu a wykształceniem, nauką wykonywania ćwiczeń gimnastycznych w łóżku, zaspokojeniem potrzeb biologicznych, godnym traktowaniem, przekazywaniem wiedzy okołoporodowej i poporodowej przez personel, a także umożliwieniem kontaktu z rodziną ($p=0,02$). Kobiety z wykształceniem wyższym (75%), uważały, że opieka pielęgniarska po zabiegu była niewystarczająca, natomiast te z wykształceniem średnim oceniły opiekę na poziomie bardzo dobrym (43,2%). Osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym też oceniły opiekę jako niewystarczającą (25%) a z policealnym i podstawowym wskazały na opiekę bardzo dobrą (odpowiednio 17,6% i 9,4%).

Aż 79,4% badanych kobiet nie uzyskało wiedzy na temat wykonywania ćwiczeń gimnastycznych w łóżku. 51,45% kobiet, które wskazały, iż opiekę uzyskały na poziomie bardzo dobrym, podało, że były uczone wykonywania ćwiczeń gimnastycznych w łóżku po wykonanym cięciu cesarskim. Ankietowane, które podały, że opieka pielęgniarska była bardzo dobra, stwierdziły też, że personel pomagał w zaspokajaniu potrzeb biologicznych, na co wskazało 73%, na-

tomiast te ankietowane, które stwierdziły, że opieka była niewystarczająca, podały, że radziły sobie same (50%).

Ocenie również poddano zaspokojenie potrzeb biopsychospołecznych kobiet, które przeżyły cięcie cesarskie. W ocenie pacjentek, potrzeby biologiczne zaspokojone były z pomocą personelu aż u 64,3% badanych kobiet. Na pomoc rodziny w zaspokajaniu tych potrzeb wskazało 31,2% pacjentek. Aż 24,1% badanych pacjentek w tym zakresie radziła sobie sama. Większość kobiet była traktowana z szacunkiem i godnością (97,3%). W badaniu ocenie poddano także opiekę pielęgniarską po zabiegu cesarskiego cięcia – 66,1% pacjentek oceniło tę opiekę na poziomie bardzo dobrym, opiekę na poziomie dobrym oceniło 30,3% kobiet. Wśród badanych były również pacjentki, które opiekę pielęgniarską oceniły jako niewystarczającą (3,6%). Oceniona została również wiedza okoloporodowa i poporodowa przekazywana przez personel pacjentkom. Dla większości (83,9%) pacjentek przekazana wiedza była wystarczająca. Jednak wśród respondentek były też kobiety, dla których wiedza przekazywana nie była wystarczająca, a ilość przekazywanych informacji była zbyt mała (16,1%) (Tab. 8).

Tabela 8. Zaspokajanie potrzeb biopsychospołecznych kobiet, które przeżyły cięcie cesarskie

Zaspokajanie potrzeb biopsychospołecznych	Możliwe odpowiedzi	Liczebność	%
Jak były zaspokojone Pani potrzeby biologiczne po cięciu cesarskim?	Z pomocą personelu	72	64,3%
	Z pomocą rodziny	35	31,2%
	Radziłam sobie sama	27	24,1%
Czy była Pani traktowana przez personel z szacunkiem i godnością?	Tak	109	97,3%
	Nie	3	3,7%
Czy opieka pielęgniarska po zabiegu była:	bardzo dobra?	74	66,1%
	dobra?	34	30,3%
	niewystarczająca?	4	3,6%
Czy wiedza okoloporodowa i poporodowa, przekazana przez personel, była wystarczająca?	Tak	94	83,9%
	Nie	8	7,2%
	Za mało informacji	10	8,9%

DYSKUSJA

Z przeprowadzonych badań wynika, iż prawie połowa badanych kobiet wskazała na cięcie cesarskie jako sposób rozwiązania kolejnej planowanej ciąży, co może wskazywać na lęk i obawę kobiet przed bólem podczas porodu siłami natury. Podobne obserwacje poczynił w swoich badaniach Pawelec [8].

W badaniach własnych zauważono występowanie zależności między posiadaną wiedzą a poczuciem bezpieczeństwa pacjentek oddziałów położniczych. Kobiety, które uzyskały wyczerpujące informacje na temat przebiegu porodu od personelu medycznego, miały większe poczucie bezpieczeństwa, wykazywały mniejsze poczucie lęku, stresu przed porodem [9].

Niestety, tylko co 3. pacjentka miała możliwość kontaktu z noworodkiem „skóra do skóry” bezpośrednio po porodzie na sali operacyjnej. Najczęstszą przyczyną braku takiego kontaktu było zastosowanie znieczulenia ogólne u matki lub zły stan zdrowia noworodka. Z badań przeprowadzonych przez

Lessing-Pernak wynika, iż matki, które miały bezpośredni kontakt z noworodkiem „skóra do skóry” bezpośrednio po porodzie, istotnie częściej karmiły swoje dzieci piersią, częściej i w znacznym stopniu odczuwały swoje macierzyństwo, a dzieci w ich ocenie dłużej i lepiej spały [4]. W badaniach przeprowadzonych przez Ferbera i Makhoul’a zaobserwowano, iż u noworodków, które miały bezpośredni kontakt z matkami („skóra do skóry”) tuż po porodzie, rzadziej pojawiały się epizody bezdechu i bradykardii, a dzieci charakteryzowały się lepszym przyrostem masy ciała, tym samym były szybciej wypisywane ze szpitala [2]. W badaniach Klause i Kenellego bezpośredni kontakt – „skóra do skóry” – tuż po porodzie stanowi kluczowy moment tworzenia się więzi między matką a dzieckiem [10].

Z badań przeprowadzonych przez Lewicką, Machniowską i wsp. wynika, iż dla 96,6% ankietowanych kobiet personel medyczny był pozytywnie nastawiony. Podobne wyniki zaobserwowano w badaniach własnych, 97,3% respondentek potwierdziło, iż były traktowane z szacunkiem i godnością przez personel medyczny [11].

Wśród pacjentek pojawiły się trudności w karmieniu piersią. Podobne problemy zaobserwowano w badaniach Sendeckiej i wsp. – aż wśród 41,5% położnic wystąpiły trudności w karmieniu piersią [12]. W badaniach własnych zauważono, iż personel przekazywał wiedzę dotyczącą prawidłowego sposobu karmienia piersią pacjentkom, które tej porady potrzebowały. Z badań przeprowadzonych przez Grochans i wsp. wynika, iż ponad 70% położnic wyraziło zapotrzebowanie na informacje dotyczące karmienia piersią [7].

Zauważono, iż nie wszystkie położnice miały możliwość obserwowania zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych przez personel przy noworodkach. Z badań przeprowadzonych przez Grochans i wsp. wynika, iż ponad 70% położnic wskazywało na potrzebę uzyskania informacji oraz możliwość obserwacji wykonywanych przez personel zabiegów pielęgnacyjnych przy noworodku [7]. Stright i Harrison zwrócili uwagę na odpowiednie przygotowanie rodziców do opieki nad dzieckiem, na pomoc i wsparcie w czasie zdobywania umiejętności rodzicielskich i przy kształtowaniu więzi między rodzicami a dzieckiem [13].

Badania prowadzone przez Sendecką i wsp. potwierdzają występowanie braków w przygotowaniu położnic do pielęgnacji noworodka [12].

Ocenie poddano również sposób komunikowania się lekarzy pediatrów z położnicami. Niestety, w badaniach zauważono, iż znaczna część kobiet nie uzyskiwała wyczerpujących informacji na temat stanu zdrowia dziecka, a informacje przekazywane przez lekarzy były często niekompletne. Wynikać to może z nadmiaru obowiązków, jak również z braku umiejętności w komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentkami [3, 14].

Respondentki oceniały również opiekę pooperacyjną. Z przeprowadzonych badań wynika, iż zarówno w zakresie opieki pielęgnacyjnej i higienicznej, jak również w zakresie łagodzenia bólu pooperacyjnego personel został wysoko oceniony. Personel został również wysoko oceniony w zakresie zaspokajania potrzeb biopsychospołecznych położnic. Zaspokojenie potrzeb biopsychospołecznych przez personel medyczny jest niezwykle istotny w okresie po -porodowym, gdyż zmniejsza ryzyko występowania u położnic zaburzeń emocjonalnych [1].

WNIOSKI

Na podstawie uzyskanych wyników badań sformułowano poniższe wnioski.

1. Potrzeby biopsychospołeczne pacjentek zostały w większości zaspokojone przez personel medyczny.
2. Opieka personelu w zakresie zabiegów pielęgnacyjnych nad noworodkiem została wysoko oceniona przez położnice.
3. Najwięcej uwag pacjentki miały do sposobu komunikacji i przekazywania informacji o stanie zdrowia dzieci przez lekarzy pediatrów.
4. Jeśli chodzi o personel pielęgniarstwa, najwięcej uwag dotyczyło braku możliwości obserwowania przez położnice wykonywanych przez personel zabiegów pielęgnacyjnych przy noworodku.

PIŚMIENNICTWO

1. Kaźmierczak M, Gebuza G, Gierszewska M. Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego. *Prob Piel.* 2010; 18(4): 503–511.
2. Ferber SG, Makhoul IR. Wpływ bliskiego kontaktu (skóra do skóry) dziecka z matką krótko po porodzie na późniejsze zachowanie noworodka – badanie randomizacją. *Pediatrics* 2004; 113: 858–865.
3. Gawor A, Gerber - Leszczyszyn H, Nawrat M. Wybrane psychologiczne aspekty komunikowania się między lekarzem a pacjentem. *Adv Clin Exp Med.* 2006; 15(1): 157–161.
4. Lessing-Pernak J. Znaczenie przebiegu porodu i wczesnego kontaktu matki z dzieckiem dla rozwoju przywiązania. *Perinatol Neonatol Ginekol.* 2010; 3(4): 282–289.
5. Ostrowska A. Matka w depresji. *Mag Piel Położ.* 2006; 12: 32.
6. Gebuza G, Gierszewska M, Kaźmierczak M, i in. Przygotowanie kobiet do karmienia piersią. *Probl Pielęg.* 2010; 18(4): 406–412.
7. Grochans W, Łuczyńska V, Karakiewicz B, i in. Oczekiwania pacjentek oddziałów położniczych a jakość opieki medycznej. *Now Lek.* 2006; 75(6): 558–563.
8. Pawelec M, Pietras J, Karmowski A, i wsp. Żądanie cięcia cesarskiego podyktowane strachem przed bólem porodowym. *Pol Mer Lek.* 2012; 33(194): 86–89.
9. Wilczek-Różycka E, Mika-Kula J, Czyżowicz K, i in. Poczucie bezpieczeństwa u pacjentek przed i po porodzie. *Ann UMCS Sect D* 2005; LX(16): 212 -217.
10. Kennell J, Klaus M. Bonding by Kennel & Klaus. *Pediatr Rev.* 1998; 19: 433.
11. Lewicka M, Machnikowska M, Wiktor H. Attitudes of medical Staff in delivering women's opinion. *Adv Med Sci.* 2007; 52(1): 119–122.
12. Sendecka M, i in. Jakość w opiece pielęgniarstwa. Ogólna konferencja szkoleniowo-naukowa. Olsztyn 1996: 191–196.
13. Stright B, Harrison L. Maternal- newborn nursing. Philadelphia. Lippincott. 1996.
14. Stangierska I, Horst-Sikorska W. Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem. *Forum Med Rodz.* 2007; 1(1): 58–68.

Care of mother and newborn provided by medical staff in maternity wards in opinions of patients

Abstract

For many women, delivery and the lying-in period is the time full of anxiety and concerns. Women fear the pain related with delivery and possible labour complications. They are concerned about their own health and the health of the baby. Women who experienced a difficult delivery are more often exposed to the occurrence of post-delivery depression, and they find it more difficult to bond with the baby. Therefore, in this important period of life, care and support from the medical staff are very important, which would allow women to experience and enjoy motherhood. The presented study was aimed at evaluation of the level of care provided by the medical staff in obstetric wards from the point of view of the patients. The evaluation covered the way of passing information by medical staff, satisfaction of biopsychosocial needs of the mothers, as well as nursing care of the baby. The study covered 112 patients of obstetric wards from 3 provincial hospitals in the Lublin Region, and was conducted using an original questionnaire form containing items related to: evaluation of post-surgical care of women who had undergone Caesarean section, satisfaction of biopsychosocial needs of the women after delivery, and care of the newborn. Results of the study showed that the care of mother and newborn provided by the staff of obstetric wards was evaluated as being on a very good level. However, some areas evaluated in more negative terms were observed, in the case of doctors' staff this was the way of passing information, while in nursing staff – not allowing observation by the mother of nursing procedures with the baby.

Key words

care of medical staff, maternity wards, care of newborn