

Zofia Kardasz
Uniwersytet Opolski, Instytut Psychologii
<https://orcid.org/0000-0003-4339-4065>

Julia Szymańska,
Uniwersytet Opolski
<https://orcid.org/>

**Poziom stresu pourazowego,
satysfakcji z życia i satysfakcji seksualnej
po porodzie naturalnym,
z asystą osoby towarzyszącej i bez niej**
**Levels of post-traumatic stress, sense of life satisfaction
and sexual satisfaction after natural childbirth
with and without attendant assistance**

Abstract

The main aim of the study was to examine the level of post-traumatic stress in women and their partners after experiencing natural childbirth in one of its three circumstances. In addition, the aim of the study was also to examine life satisfaction with a focus on partners' sexual satisfaction.

The study was conducted on a group of women and men (N = 180) who became parents as a result of a woman giving birth alone, giving birth with a partner or giving birth with a companion other than a partner. The following tools were used in the study: Satisfaction with Life Scale (SWLS), Impact of Events Scale IES-R, Sexual Satisfaction Questionnaire.

Statistical analyses were performed using one-way analysis of variance for independent groups and post hoc test with Bonferroni correction or Games-Howell correction. Results confirmed the hypotheses that solitary natural childbirth is a predictor of post-traumatic stress disorder in women and influences their feelings of lower life satisfaction. In men, on the other hand, participation in natural childbirth with a partner significantly affects feelings of lower sexual satisfaction.

The hypothesis of lower life satisfaction in men actively participating in natural childbirth was partially confirmed. The results obtained are discussed with regard to the interferences, limitations and possible future use of the study.

Keywords: natural childbirth, sexual satisfaction, life satisfaction, post-traumatic stress, support.

Poród dla większości ludzi jest wydarzeniem zmieniającym życie, które może się wiązać zarówno z silnymi emocjami pozytywnymi, jak i negatywnymi. Często przeżywany jest jako radosne wydarzenie, ale może również być źródłem przeżyć negatywnych (Stén, 2023). Poród naturalny może być traumatycznym doświadczeniem wpływającym długofalowo na wszystkie aspekty życia kobiety i jej partnera. Zespół stresu pourazowego (PTSD) to najcięższa postać tego stresu (McKenzie-McHarg *et al.*, 2015). Cierpiący nań ludzie długo nie mogą otrząsnąć się po traumatycznym zdarzeniu. Nękają ich silne wspomnienia, które mogą powracać w koszmarach sennych. Choć wiele osób zdaje sobie sprawę z istnienia depresji poporodowej, wiedza na temat występowania PTSD po urodzeniu dziecka jest znacznie mniejsza, a samo zjawisko niedokładnie zbadane (Sandoz *et al.*, 2022; Persson *et al.*, 2020). Z badań R. Strousa i wsp. (2012) wynika, że poród może powodować stres pourazowy nawet u ponad trzydziestu procent rodzących kobiet.

1. Zespół Stresu Pourazowego (PTSD)

Pojęcie traumy okołoporodowej jest najczęściej kojarzone z sytuacją utraty dziecka. Obserwuje się jednak, że wiele kobiet, których porody przebiegały fizjologicznie, naturalnie, bez powikłań i nie zakończyły się śmiercią noworodka, również wspomina i przeżywa poród jako traumatyczny, wykazując objawy Zespołu Stresu Pourazowego (Steetskamp *et al.*, 2022). Choć wiele osób zdaje sobie sprawę z istnienia depresji poporodowej, wiedza na temat występowania PTSD po urodzeniu dziecka nie jest zbyt rozległa, a samo zjawisko wymaga dokładnych badań. Wyróżnione zostały trzy grupy czynników wpływających na przebieg porodu, które mogą skutkować traumą u rodzącej. Pierwsza z nich to czynniki dotyczące samego porodu – jego długość i bolesność, silne krwotoki, brak środków przeciwbólowych lub ich nieskuteczność, zastosowanie przez lekarza kleszczy lub próżnociągu, nieplanowane cesarskie cięcie lub narzucenie rodzącej określonej pozycji, np. horyzontalnej. Drugą grupę stanowią czynni-

ki emocjonalne – brak wsparcia bliskich (np. partnera), oschłość i brak empatii ze strony personelu medycznego, poczucie utraty kontroli nad przebiegiem porodu, strach przed śmiercią, trwałym uszczerbkiem na zdrowiu lub brak informacji o postępie i przebiegu porodu. Mogą one również dotyczyć relacji matki z dzieckiem – umieszczenie dziecka w inkubatorze oraz brak kontaktu fizycznego matki z dzieckiem wynikający z innych przyczyn. Ostatnimi czynnikami są te, które wiążą się z osobowością kobiety rodzącej. Może to być duża podatność na stres i brak poczucia skuteczności w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami, duża wrażliwość na ból, wysoki poziom lęku, wcześniejsze doświadczenie trudnego porodu, potrzeba kontroli sytuacji, zbyt idealistyczne wyobrażanie sobie porodu, niepokrywające się z rzeczywistością (Minkiewicz, 2013).

Dyskusja na temat nazywania porodu zdarzeniem traumatycznym ciągle trwa, gdyż nie jest to nagłe i nieoczekiwane zdarzenie, jednak towarzyszy mu realne poczucie zagrożenia, jako że rodząca obawia się nie tylko o swoje własne bezpieczeństwo, ale też o dobro i zdrowie dziecka (Bajus, 2022). Wyniki badania (Polachek *et al.*, 2012) z Uniwersytetu w Tel Awiwie wykazują, że 34% kobiet miało po urodzeniu dziecka pełnoobjawowe PTSD, kolejne 8% miało niemal pełne jego objawy, a około 26% – częściowe. Najczęstszymi z symptomów były m.in. nagłe wspomnienia porodu, unikanie rozmów na ten temat oraz reakcje fizjologiczne (np. przyspieszona akcja serca) podczas wspominania zdarzenia. Osiemdziesiąt procent kobiet, które miało częściowe lub pełne symptomy PTSD rodziło w sposób naturalny.

Badania wskazują również, że wsparcie społeczne otrzymane po doświadczeniu traumatycznym może obniżyć prawdopodobieństwo wystąpienia zespołu stresu pourazowego. Wsparcie społeczne jest tu rozumiane jako rozmowa z najbliższymi, otucha ze strony przyjaciół i rodziny, pocieszanie czy racjonalizowanie (Kamasz, Pilarska, and Włodarczyk, 2021; Lunda, Minnie and Benadé, 2018). Osoby po otrzymaniu takiego wsparcia lepiej sobie radzą, czują się akceptowane i kochane w swoim najbliższym otoczeniu (Munkhondya *et al.*, 2020, pp. 1–12).

Badanie prowadzone w grupie 1377 amerykańskich weteranów wojny wietnamskiej przez 14 lat pokazało, że żołnierze, którzy otrzymali wsparcie otoczenia po powrocie do domu byli w mniejszym stopniu narażeni na rozwój PTSD i łatwiej dochodziło u nich również do remisji, niż ci, którzy tego wsparcia nie otrzymali (Koenen *et al.*, 2003).

Liczne analizy teoretyczne (Gawińska *et al.*, 2019; Studniczek and Kossakowska, 2020; Bailham and Joseph, 2003; Saisto and Halmesmaki, 2003) wskazują na ochronną rolę wsparcia ze strony osób towarzyszących rodzącym, zwłaszcza partnera. Mężczyzna obecny przy porodzie wspiera kobietę instrumentalnie i rzeczowo. Często pomaga kontrolować oddech, wykonuje masaż lub pomaga

w zmianie pozycji ciała (Świątkowska-Freund, Kawiak and Preis, 2007). Partner jest również źródłem wsparcia emocjonalnego i informacyjnego (Xue *et al.*, 2018). Jest towarzyszem kobiety, dodaje otuchy, rozmawia z nią, odpowiada na pytania, na bieżąco opisuje wydarzenia oraz pomaga rodzącej w komunikacji z personelem (Gawińska *et al.*, 2019). Dzięki temu może po porodzie wymienić się z rodzącą spostrzeżeniami, doświadczeniami i okazać zrozumienie. Bliska osoba zwiększa poczucie bezpieczeństwa u kobiety, osłabia jej lęk, co sprzyja czynnej postawie podczas porodu oraz lepszemu wykonywaniu poleceń położnej i lekarza (Lemska *et al.*, 2018). Obecność bliskich chroni przed poczuciem osamotnienia. Partner pomaga kobiecie w wyborze i przyjęciu optymalnej pozycji porodowej. Ważnym zadaniem partnera jest również ułatwienie kobiecie monitorowania przebiegu porodu na jego początkowym etapie, gdy rodząca czuje się jeszcze zdezorientowana, wystraszona i przytłoczona (Wach and Przestrzelska, 2021; Bielawska-Batorowicz and Szembek 2006). Osoba będąca przy porodzie jednocześnie dostarczająca emocjonalnego i informacyjnego wsparcia wzmacnia u kobiety poczucie kontroli nad porodem (Longworth, Furber, and Kirk 2015). Zgodnie z modelem S. Allen (1998) chroni to rodzącą przed przekształceniem porodu w wydarzenie traumatyczne.

2. Poczucie satysfakcji z życia

Jak podaje literatura dotycząca satysfakcji z życia, wpływa na nią wiele czynników. Są to między innymi zadowalające relacje społeczne, wsparcie otrzymywane w relacjach rodzinnych, przyjacielskich i towarzyskich. Satysfakcja z życia to część subiektywnego dobrostanu, o którego wyznacznikach decyduje jednostka (Juczyński, 2009; Pilarska and Liberska, 2017). Jednym z najczęściej wymienianych jej wyznaczników są bliskie związki intymne (Straś-Romanowska, 1992; Straś-Romanowska, Lachowicz-Tabaczek and Szmajke, 2005). Stworzenie i utrzymywanie satysfakcjonującego, bliskiego związku stanowi ważny czynnik szczęścia i satysfakcji z życia. Nawet w ujęciu biologicznym więzi społeczne mają wpływ na ludzkie zdrowie, dzięki podniesieniu wydajności układu odpornościowego i redukcji poziomu hormonów stresu. Dzięki bliskim związkom łatwiej jest poradzić sobie w obliczu zagrożenia (Perlman, 2007; Czapieński and Panek, 2007). Stanowiska te są potwierdzone badaniami (Holt-Lunstad, Birmingham and Jones, 2008) i jasno wskazują, że osoby będące w satysfakcjonującym związku, w porównaniu z osobami niebędącymi w relacji, cieszą się lepszą wydolnością układu krążenia oraz mocniejszym zdrowiem psychicznym i fizycznym.

Innym istotnym czynnikiem satysfakcji z życia, dotyczącym obszaru bliskich związków jest rodzicielstwo. Narodziny dziecka stanowią przełomowy punkt w życiu osób doświadczających go. W przypadku kobiety jest to jeszcze bardziej widoczne, zachodzą bowiem długotrwałe zmiany w jej funkcjonowaniu, zachowaniu i rozwoju (Bielawska-Batorowicz and Szembek, 2006) oraz ocenie jakości życia (Miotk-Mrozowska, 2013). W wypełnianiu tej nowej roli w życiu kobieta może odnaleźć zarówno pozytywne, jak i negatywne doświadczenia (Koronkiewicz, 2014). Funkcjonowanie w bliskiej relacji z partnerem i realizowanie się w roli matki przyczyniają się w znaczący sposób do oceny dotychczasowej życiowej satysfakcji, dlatego wsparcie partnera w tej nowej i ciężkiej dla kobiety sytuacji jest tak niezwykle istotne dla podniesienia jakości zarówno życia, jak i – w następstwie tego – satysfakcji seksualnej.

3. Satysfakcja seksualna

Interesującą składową ogólniej satysfakcji, w kontekście przebitego porodu, jest satysfakcja seksualna. W literaturze przedmiotu nie ma jednej, powszechnie przyjętej definicji satysfakcji seksualnej. Warto podkreślić złożoność samego pojęcia odczuwania satysfakcji seksualnej, ponieważ wiąże się ona ze wzajemnym oddziaływaniem na siebie partnerów oraz wzajemnym wysyłaniem i odbieraniem bodźców między nimi. Potocznie rozumiana jest jako fizyczna przyjemność i doznania w czasie aktu seksualnego. Jednocześnie, aktualne podejście rozciąga się w dużo szerszy zakres obejmujący m.in. strukturę osobowości, system wartości, przekonania, relacje z innymi, wypełnianie ról życiowych (m.in. partnerskich, rodzicielskich czy społecznych), postrzeganie siebie. W najnowszych publikacjach badacze zwracają uwagę, że oprócz samego aktu ważne są zjawiska takie jak taniec, dotyk czy wrażliwość na zapach partnera. Warto podkreślić, że z niższym poczuciem satysfakcji seksualnej wiążą się takie zmienne jak podwyższony poziom lęku, stresu i drażliwości. Badając połączenie satysfakcji seksualnej z poziomem ogólnej satysfakcji z życia Kopenhaskie Centrum Badań nad Jakością Życia odkryło, że u badanych z dysfunkcjami na tle seksualnym poziom jakości życia jest niższy nawet do 20 procent niż u osób zdrowych (Ventegodt, 1998). Satysfakcjonujące życie seksualne jest podstawą utrzymania związku (Lew-Starowicz, 2010), umacnia więzi partnerskie (Duch-Krzysztosek, 1997). Janicka i Niebrzydowski (1994) wskazują satysfakcję seksualną jako czynnik różnicujący związki, w których partnerzy są zadowoleni i niezadowoleni, wyższy poziom zadowolenia odnotowali wśród par o wyższym poziomie satysfakcji seksualnej.

W społeczeństwie zauważalne jest duże zainteresowanie rzetelnymi badaniami i fachową literaturą dotyczącą życia seksualnego partnerów po porodzie rodzinnym. Zmiany mające miejsce w okresie poporodowym, zarówno w aspekcie somatycznym, społeczno-kulturowym, jak i psychologicznym oraz charakterystyczne problemy tego okresu oddziałują na poczucie satysfakcji z życia seksualnego (Abdool, Thakar and Sultan 2009).

4. Satysfakcja seksualna po porodzie

W aspekcie satysfakcji seksualnej kobiet po porodzie naturalnym warto uwagi są badania przeprowadzone na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (Stadnicka *et al.*, 2016), których celem było zweryfikowanie poczucia satysfakcji z podejmowanych aktywności seksualnych wśród kobiet po porodzie. Badanie obejmowało okres od 3 do 6 miesięcy po porodzie. Z analizy otrzymanych danych wynika, że subiektywna ocena satysfakcji seksualnej kobiet po porodzie wynosiła średnio 75.47 ± 24.68 i była bardzo zróżnicowana. Ponad połowa respondentek (55,56%) satysfakcję z życia seksualnego oceniała dobrze/bardzo dobrze. Przygnębiający jednak jest fakt, że co czwarta badana uzyskała poniżej 50 punktów, a taki wynik świadczy o niskim poczuciu atrakcyjności badanych kobiet, niewłaściwych relacjach z partnerem oraz odczuwaniu negatywnych emocji wynikających z podejmowania aktywności seksualnych.

Wielu badaczy zwraca uwagę na występowanie zaburzeń seksualnych u kobiet w pierwszym roku po porodzie i wiążą je z metodą ukończenia ciąży, urazem kroczu, karmieniem piersią, stanem hormonalnym (Abdool, Thakar and Sultan 2009). Jednakże niezwykle mało uwagi w badaniach poświęca się analizie stanu emocjonalnego po porodzie i jego wpływu na satysfakcję seksualną kobiet (Leeman and Rogers, 2012). Wydaje się to zaskakujące z uwagi na to, że na satysfakcję seksualną w sposób istotny oddziałują relacje emocjonalne pomiędzy partnerami, nie zaś tylko częstotliwość stosunków płciowych czy ilość przeżywanych orgazmów (Nowosielski, 2010). Potwierdziła to również analiza Woolhouse *et al.* (2013), którzy prowadzili badania wielośrodkowe wśród 1507 kobiet rodzących pierwszy raz. Badali oni satysfakcję seksualną kobiet w 15. tygodniu ciąży, a także w 3. 6. i 12. miesiącu po narodzinach oraz ostatecznie 4,5 roku po porodzie. Wyniki tych badań wykazały istotny spadek zarówno satysfakcji emocjonalnej, jak i przyjemnych doznań fizycznych w relacjach intymnych w pierwszych miesiącach po porodzie. Emocjonalna satysfakcja z życia seksualnego obniżała się aż do 4,5 roku po porodzie. W badaniach Stadnickiej *et al.* (2016) zwrócono uwagę zarówno na pozytywne, jak i negatywne emocje, powiązane z aktywnością seksualną. Około

jedna trzecia badanych (27,8%) całkowicie zgadzała się ze stwierdzeniem „kiedy myślę o swoim życiu seksualnym, jestem z siebie zadowolona”, natomiast 55,6% z „uważam, że życie seksualne jest przyjemną częścią mojego życia w ogóle”. Pomimo to, dostrzeżono jednak znaczny odsetek badanych kobiet, którym towarzyszyły negatywne emocje związane z aktywnością seksualną. Można zatem uznać, że wiele kobiet po porodzie ma problemy emocjonalne, związane z aktywnością seksualną. Zgodnie z definicją (World Health Organization, 1975) seksualność jest integralną częścią osobowości każdego człowieka. Jest ona podstawową potrzebą i atrybutem człowieczeństwa i nie może być oddzielana od innych aspektów życia. Dlatego zidentyfikowanie problemów, związanych z seksualnością po porodzie oraz omówienie z małżonkami wszystkich aspektów powrotu do aktywności seksualnej, wydaje się ważnym elementem zapewnienia całościowej opieki w okresie poporodowym.

Omawiając kwestie związane z satysfakcją seksualną po porodzie rodzinnym, nie można zapomnieć również o satysfakcji seksualnej mężczyzn. W kontekście oddziaływania na dalsze funkcjonowanie pary, istotne jest ryzyko, że obserwowanie porodu przez mężczyznę może wpłynąć negatywnie na postrzeganie atrakcyjności seksualnej partnerki. Może to zaburzyć współżycie, a w konsekwencji relację między młodymi rodzicami. U partnerów kobiet, które rodziły, często pojawiają się obawy, że po porodzie seks będzie dla nich bolesny lub wręcz uszkadzający. Bycie bezpośrednim świadkiem porodu, obserwowanie cierpienia, a także pamięć okaleczonego ciała kobiety może nasilać tego rodzaju niepokój, co w konsekwencji może hamować zachowania seksualne. Z kolei świadomość kobiety, że partner widział ją w sytuacji porodu (jej zachowanie, reakcje fizjologiczne, zmienione narządy płciowe), może negatywnie oddziaływać na samopoczucie w roli kochanki i wpływać destrukcyjnie na współżycie seksualne. SIDiP (Giorlandino, 2008; za Wysocka, 2008), czyli Włoskie Towarzystwo Diagnostyki Prenatalnej i Medycyny Płodu ogłosiło wyniki badań przeprowadzonych wśród 310 par, którym w okresie ostatnich 10 lat urodziło się dziecko. Pokazują one, że w tych rejonach Włoch, gdzie znacznie wyższy był odsetek porodów rodzinnych, częściej dochodziło do separacji lub rozwodu. Przewodniczący SIDiP tłumaczy to traumą, jakiej doświadczają mężczyźni uczestniczący w narodzinach dziecka nie z własnej potrzeby, lecz ulegając modzie społecznej. Emocje towarzyszące obserwacji porodu przekraczają możliwości radzenia sobie, jeśli mężczyzna nie jest na taki rodzaj doświadczenia przygotowany, zarówno w kontekście braku odpowiedniej psychoedukacji, jak i deficytów osobowościowych. Prowadzi to do rozchwiania emocjonalnego, a także niekorzystnej zmiany w postrzeganiu atrakcyjności partnerki, co wpływa destrukcyjnie na pożycie seksualne, a co za tym idzie – na związek

w ogóle. Polski konsultant krajowy w dziedzinie seksuologii Zbigniew Lew-Starowicz (2005) jest zdania, że dla mężczyzn o silnym zmyśle estetycznym towarzyszenie przy porodzie może być traumatyzujące i mimo mocnej uczuciowej więzi z partnerką powstaje u nich awersja do jej ciała. O zjawisku tzw. impotencji poporodowej można mówić u 5–10% mężczyzn towarzyszących rodzącej kobiecie. Wobec tego, jeśli mężczyzna nie jest pewny swojej reakcji, a chce uczestniczyć w porodzie, powinien być obecny tylko w początkowej jego fazie lub zaraz po urodzeniu dziecka.

5. Problem badawczy

Głównym celem prezentowanych badań było zweryfikowanie wpływu doświadczenia porodu naturalnego na poziom stresu pourazowego obojga partnerów, z uwzględnieniem każdej z trzech badanych konfiguracji (z asystą osoby towarzyszącej, z asystą partnera i bez asysty) oraz wpływu tych doświadczeń na subiektywną satysfakcję z życia, ze szczególnym uwzględnieniem satysfakcji seksualnej.

W niniejszym badaniu posłużono się celowym doбором respondentów. Osoby badane rekrutowano za pośrednictwem grup w serwisie społecznościowym Facebook zrzeszającym osoby, które niedawno zostały rodzicami. Nawiązano również współpracę z dwoma położnymi pracującymi w szkole rodzenia i na oddziale położniczo-ginekologicznym, które informowały pary niedługo po porodzie o możliwości wzięcia udziału w badaniu. Osobom chętnym udostępniały link do ankiety. Uczestnicy badania zostali poinformowani o dobrowolności wzięcia udziału oraz poufności procedury. Osoby, które wzięły udział w badaniu to pary heteroseksualne, które zostały rodzicami w wyniku porodu naturalnego do 4 miesięcy przed wypełnieniem kwestionariusza. Każda para miała do wyboru jedną z trzech grup opisujących okoliczności porodu. Były to 1) samotny poród naturalny kobiety 2) poród naturalny z udziałem partnera 3) poród naturalny z udziałem osoby towarzyszącej innej niż partner. Chętnym parom został udostępniony link do ankiety internetowej. Otrzymały one również prośbę o indywidualne wypełnianie kwestionariuszy.

W badaniu wzięło udział 180 osób – 90 kobiet i 90 mężczyzn. W każdej z trzech grup ankietę internetową wypełniło 30 par. Badani wypełnili trzy kwestionariusze 1) Skalę Satysfakcji z Życia SWLS, 2) Kwestionariusz Satysfakcji Seksualnej, 3) Skalę wpływu zdarzeń IES-R. Kolejność wypełniania kwestionariuszy była narzucona, badani nie mogli również cofnąć się do poprzedniego kwestionariusza i zmienić odpowiedzi po zapisaniu podejścia.

6. Narzędzia badawcze

Skala Satysfakcji z Życia (The Satisfaction With Life Scale – SWLS) Dienera i wsp. (1985) z Department of Psychology University of Illinois została stworzona na podstawie kwestionariusza, w którym początkowo badacze umieścili 48 stwierdzeń dotyczących subiektywnej oceny samopoczucia. Przeprowadzona przez nich analiza czynników ujawniła trzy czynniki: pozytywny afekt, negatywny afekt oraz satysfakcję. Twierdzenia dotyczące afektu oraz te korelujące poniżej 0,60 z czynnikiem satysfakcji odrzucono. Następnie wyeliminowano twierdzenia podobne do siebie semantycznie i finalnie badacze otrzymali narzędzie składające się z 5 twierdzeń. Twierdzenia te oceniane są przez osobę badaną w skali 0–7, od „zupełnie nie zgadzam się” do „całkowicie zgadzam się”. Badany wykonując badanie, ocenia, w jakim stopniu każde z twierdzeń odnosi się do jego dotychczasowego życia. Wartości punktowe sumuje się, wyniki mieszczą się w przedziale 5–35 punktów. Uzyskany wynik określa stopień satysfakcji z życia, czyli ogólny wskaźnik zadowolenia z życia badanego. Wskaźnik rzetelności alfa Cronbacha SWLS ustalony w badaniu 371 osób okazał się zadowalający (0,81). Wskaźnik stałości skali, ustalony w dwukrotnym badaniu grupy 30 osób w odstępie sześciu tygodni, wyniósł 0,86. Wskaźnik spójności wewnętrznej tego narzędzia w przedstawionym badaniu wyniósł $\alpha = 0,89$.

Skala wpływu zdarzeń jest polską adaptacją zrewidowanej wersji Impact of Event Scale autorstwa Weiss'a i Marmara (1997). Polska wersja (Juczyński, 2009), podobnie jak oryginalna, składa się z 22 twierdzeń i przeznaczona jest do oceny subiektywnego stresu wywołanego traumatycznym zdarzeniem. Uwzględnia trzy wymiary PTSD, tj. 1) intruzję, wyrażającą powracające obrazy, sny, myśli lub wrażenia percepcyjne związane z traumą, 2) pobudzenie, charakteryzujące się wzmożoną czujnością, lękiem, zniecierpliwieniem, trudnościami w koncentracji uwagi oraz 3) unikanie, przejawiające się wysiłkami pozbycia się myśli, emocji lub rozmów związanych z traumą. Osoba badana najpierw opisywała negatywne wydarzenie życiowe (w tym przypadku był to poród naturalny), a następnie dokonywała oceny objawów, posługując się 5-stopniową skalą typu Likerta (0–4). Skala służy do ustalenia aktualnego, subiektywnego poczucia dyskomfortu związanego z zaistniałym specyficznym zdarzeniem. Narzędzie charakteryzuje się satysfakcjonującymi właściwościami psychometrycznymi. Zgodność wewnętrzna oceniona jest na podstawie współczynnika alfa Cronbacha i wynosi 0,92, a stabilność wewnętrzna – 0,75. IES-R jest użyteczna jako krótkie narzędzie przesiewowej oceny stresu post-traumatycznego. Wskaźnik spójności wewnętrznej tego narzędzia w przedstawionym badaniu wyniósł $\alpha = 0,96$.

Narzędzie służy do pomiaru stopnia osiąganego satysfakcji seksualnej z konkretnym partnerem. Jest to narzędzie trójczynnikowe (bliskość, pieszczoty, seks), składające się z 10 itemów, spełniające w pełni wymagania standaryzacyjne. Kwestionariusz Satysfakcji Seksualnej stosuje się w badaniu indywidualnym lub zbiorowym osób obu płci pozostających w związkach formalnych, jak i nieformalnych oraz jest uznawany za dobre uzupełnienie badań dotyczących całościowej satysfakcji ze związku. Osoba badana udziela odpowiedzi na skali 0–5, a odpowiedziom przypisuje się jedną z podanych wartości liczbowych: 0, 1, 2, 3, 4, 5. Kwestionariusz opiera się na założeniu, że termin „satysfakcja seksualna” dotyczy zarówno aspektu emocjonalnego, jak i biologicznego oraz że przez ten termin rozumie się subiektywne odczucia dotyczące życia seksualnego, jego jakości i odniesienia tych odczuć do wartości relacji z bliskim partnerem, nadanej przez badanego. Właściwości psychometryczne KSS badano zgodnie z procedurami zaproponowanymi przez Hornowską (2001). Zastosowano badanie pilotażowe oraz badanie własności psychometrycznych końcowej wersji narzędzia. Szczegółowa analiza ładunków czynnikowych dla poszczególnych pozycji testowych w skali KSS w oszacowanym trójczynnikowym modelu pomiaru dla skali KSS wskazuje, że wszystkie zależności między wynikami czynnikowymi a ocenami poszczególnych pozycji skali KSS są zadowalające ($\lambda > ,50$). Poświadczą to wysoką moc dyskryminacyjną wszystkich pozycji skali KSS i zadowalającą trafność czynnikową oszacowanego modelu pomiarowego. Wskaźnik spójności wewnętrznej tego narzędzia w przedstawionym badaniu wyniósł $\alpha = 0,87$.

7. Metoda

Analizy statystyczne przeprowadzono przy użyciu pakietu STATISTICA w wersji 13.3. Wykonano jednoczynnikową analizę wariancji, wyliczono podstawowe statystyki opisowe, dokonano porównań post hoc z poprawką Bonferro-niego lub Gamesa-Howella, sprawdzono homogeniczność wariancji za pomocą testu Levena oraz współczynniki spójności wewnętrznej dla użytych w badaniu narzędzi. Za poziomu istotności w niniejszym rozdziale przyjęto $\alpha = 0,05$ jednakże wyniki z przedziału $0,05 < p < 0,1$ uznawano za istotne na poziomie tendencji statystycznej.

Analizę rozpoczęto od sprawdzenia statystyk opisowych dla badanych osób. Utworzony opis nie zawiera podziału na grupy, ponieważ mógłby on wprowadzić chaos i nieczytelność. Efekty przeprowadzonych wyliczeń prezentuje Tabela 1. Otrzymane wyniki pozwalają stwierdzić, że rozkłady mierzonych zmiennych nie odbiegają istotnie statystycznie od rozkładu normalnego.

Jednocześnie dane statystyczne każdej z grup zostały obliczone podczas weryfikowania hipotez, a ich istotność statystyczna wobec badanych zmiennych została potwierdzona.

Tabela 1: Wybrane statystyki opisowe dla dobranych badanych N=180: (M – średnia arytmetyczna; Me – Mediana; Min – minimum; Max – maksimum; SD – odchylenie standardowe, Ske – Skośność; K – Kurtosis)

Zmienna	M	Me	Min	Max	SD	Ske	K
Satysfakcja z życia	24,056	24,500	6,000	32,000	4,005	-0,579	1,408
Satysfakcja seksualna	31,478	30,000	0,000	47,000	6,501	-0,520	2,391
PTSD	1,059	0,932	0,364	3,500	0,589	1,474	2,129

8. Hipotezy badawcze i wyniki badań

Hipoteza 1: Kobiety po samotnym porodzie naturalnym będą odczuwały wyższy poziom stresu pourazowego niż po porodzie naturalnym z partnerem lub inną osobą towarzyszącą.

Do weryfikacji powyższej hipotezy wykorzystano jednoczynnikową analizę wariancji dla prób niezależnych. Otrzymane wyniki pozwalają stwierdzić, że istnieją statystycznie istotne różnice międzygrupowe: $F(2,87) = 63,210$ $p < 0,001$ $\eta^2 = 0,592$. W celu weryfikacji, które grupy różnią się pomiędzy sobą w kontekście PTSD posłużono się testem post hoc z poprawką Bonferroniego, co wynikało ze spełnienia założenia o homogeniczności wariancji, zweryfikowanej za pomocą testu Levena $p = 0,375$.

Tabela 2: Różnice międzygrupowe kobiet w poziomie PTSD

	Rodziłam samotnie N=30		Rodziłam z partnerem N=30		Rodziłam z inną osobą towarzyszącą N=30			
Zmienna:	M	SD	M	SD	M	SD	$F(2, 87)$	η^2
PTSD	1,959	0,459	0,730	0,409	1,191	0,413	63,210***	0,592

*** $p < 0,001$

Na podstawie wyników porównań post hoc można stwierdzić, że wszystkie grupy różnią się między sobą istotnie statystycznie. Najwyższym poziomem PTSD cechują się kobiety rodzące samotnie ($M = 1,959$; $SD = 0,459$). Jest to wynik istotnie wyższy od poziomu PTSD uzyskanego przez kobiety rodzącą z inną osobą towarzyszącą ($M = 1,191$; $SD = 0,413$; $p < 0,001$). Najniższym wynikiem w skali PTSD cechują się kobiety, które rodziły ze swoimi partnerami ($M = 0,730$; $SD = 0,409$). Jest to wynik istotnie niższy od pozostałych grup $p < 0,001$.

Hipoteza 2: Kobiety po samotnym porodzie naturalnym będą odczuwały niższą satysfakcję z życia niż kobiety po porodzie z partnerem lub inną osobą towarzyszącą.

Do weryfikacji hipotezy wykorzystano jednoczynnikową analizę wariancji dla prób niezależnych. Otrzymane wyniki pozwoliły na stwierdzenie istotnych statystycznie różnic międzygrupowych w poziomie satysfakcji z życia: $F_{Welch'a}(2; 47,600) = 17,239$ $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,197$. Przeanalizowano, które porównywane grupy różnią się od siebie (test post hoc z poprawką Gamesa-Howella).

Tabela 3: Różnice międzygrupowe kobiet w poziomie satysfakcji z życia

	Rodziłam samotnie N=30		Rodziłam z partnerem N=30		Rodziłam z inną osobą towarzy- szącą N=30			
Zmienna:	M	SD	M	SD	M	SD	$F(2; 47,6)$	η^2
Satysfakcja z życia	24,200	4,437	27,967	1,771	23,667	4,859	17,239***	0,197

*** $p < 0,001$

Najwyższy poziom satysfakcji z życia charakteryzuje kobiety, które rodziły ze swoimi partnerami ($M = 27,967$; $SD = 1,771$). Jest to wynik istotnie statystycznie wyższy od pozostałych badanych grup. Najniższym poziomem satysfakcji z życia charakteryzowały się kobiety rodzące z inną osobą towarzyszącą ($M = 23,667$; $SD = 4,859$), jednakże nie jest to wynik istotnie mniejszy od poziomu satysfakcji z życia kobiet rodzących samotnie ($M = 24,200$; $SD = 4,437$; $p = 0,89$).

Hipoteza 3: Mężczyzna po wspólnym porodzie naturalnym z partnerką będzie odczuwał mniejszą satysfakcję seksualną, niż mężczyzna, który nie brał udziału w porodzie.

W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji dla prób niezależnych. Otrzymane dane pozwoliły wnioskować, że porównywane grupy różnią się istotnie statystycznie pod względem satysfakcji seksualnej: $F(2,87) = 21,815$ $p < 0,001$ $\eta^2 = 0,334$. Zweryfikowano, które porównywane grupy różnią się od siebie (post hoc z poprawką Bonferroniego).

Tabela 4: Różnice międzygrupowe mężczyzn w poziomie satysfakcji seksualnej

	Partnerka rodziła samotnie N=30		Partnerka rodziła ze mną N=30		Partnerka rodziła z inną osobą tow. N=30			
Zmienna:	M	SD	M	SD	M	SD	F(2; 87)	η^2
Satysfakcja seksualna	30,967	4,098	26,167	3,495	33,967	5,904	21,815***	0,334

*** $p < 0,001$

Uzyskane rezultaty pozwalają stwierdzić, że wszystkie analizowane grupy różnią się istotnie statystycznie między sobą. Mężczyźni, których partnerki rodziły wraz z inną osobą towarzyszącą, cechowali się największym poziomem satysfakcji seksualnej spośród badanych grup ($M = 33,967$; $SD = 5,904$). Panowie, którzy towarzyszyli partnerkom w czasie porodu, cechowali się najniższym poziomem satysfakcji seksualnej ($M = 26,167$ $SD = 3,495$). Natomiast mężczyźni, których partnerki rodziły samotnie, uzyskali na skali satysfakcji seksualnej wyniki istotnie wyższe od mężczyzn towarzyszącym partnerkom w czasie porodu, ale jednocześnie wyniki niższe niż mężczyźni, których partnerki rodziły z inną osobą towarzyszącą.

Hipoteza 4: Poziom satysfakcji z życia u mężczyzn po wspólnym porodzie naturalnym zmaleje, w porównaniu z mężczyznami, którzy nie brali udziału w porodzie.

Przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji na grupach niezależnych. Na podstawie otrzymanych wyników, można wnioskować, że istnieją statystycznie istotne różnice pomiędzy badanymi grupami w poziomie satysfakcji z życia: $F(2,87) = 23,623$ $p < 0,001$ $\eta^2 = 0,352$.

Następnie sprawdzono, które poszczególne grupy różnią się pomiędzy sobą w kontekście satysfakcji z życia. W tym posłużono się testem post hoc z poprawką Bonferroniego.

Tabela 5. Różnice międzygrupowe mężczyzn w poziomie satysfakcji z życia

	Partnerka rodziła samotnie N=30		Partnerka rodziła ze mną N=30		Partnerka rodziła z inną osobą tow. N=30			
Zmienna:	M	SD	M	SD	M	SD	F(2;87)	η^2
Satysfakcja z życia	22,000	2,491	21,033	2,059	25,467	3,203	23,623***	0,352

*** $p < 0,001$

Na podstawie otrzymanych danych można wnioskować, że najwyższym poziomem satysfakcji z życia cechują się mężczyźni, których partnerki rodziły z inną osobą towarzyszącą ($M = 25,467$; $SD = 3,203$). Jest to wynik istotnie większy od pozostałych grup. Najniższym poziomem satysfakcji z życia cechowali się panowie, którzy towarzyszyli partnerkom w czasie porodu ($M = 21,033$; $SD = 2,059$). Nie jest to jednak istotnie mniejszy wynik od panów, których partnerki rodziły samotnie ($M = 22,000$; $SD = 2,491$, $p = 0,473$).

9. Podsumowanie

Kobiety po samotnym porodzie naturalnym odczuwają wyższy poziom stresu pourazowego niż kobiety rodzące naturalnie z partnerem lub inną osobą towarzyszącą. Wszystkie różnice międzygrupowe są w przypadku tej hipotezy istotne statystycznie. Jednocześnie, spośród trzech opisanych grup kobiety doświadczające porodu ze swoim partnerem cechują się najniższym wynikiem PTSD i jest to wynik istotnie niższy od pozostałych. Pierwsza hipoteza potwierdziła się więc w całości (por. Dewi *et al.*, 2023; Lai *et al.*, 2024).

Druga hipoteza, dotycząca niższej satysfakcji z życia kobiet po samotnym porodzie naturalnym, również została potwierdzona. Najwyższą satysfakcją z życia po porodzie naturalnym charakteryzują się te kobiety, które rodziły w asyście swojego partnera. Najniższą poporodową satysfakcją z życia charakteryzują się rodzące w towarzystwie innej osoby niż partner. Równocześnie nie jest to jednak wynik istotnie niższy niż tych rodzących samotnie.

Zgodnie z trzecią hipotezą, w której zakładano istnienie związku pomiędzy uczestnictwem mężczyzn w porodzie ich partnerek a ich późniejszą satysfakcją seksualną, partner, który uczestniczył w porodzie partnerki, będzie odczuwał niższą satysfakcję seksualną, niż mężczyzna, który jej nie asystował. Ta hipoteza również została potwierdzona. Wszystkie badane grupy wykazały się między sobą różnicami istotnymi statystycznie. Mężczyźni, którzy uczestniczyli w po-

rodzie, cechowali się najniższym poziomem satysfakcji seksualnej, a ci, których partnerki rodziły w asyście innej osoby, charakteryzowali się najwyższym wynikiem. Jak podają wartości, mężczyźni, których partnerki rodziły samotnie, uzyskali na skali satysfakcji seksualnej wyniki istotnie wyższe od mężczyzn towarzyszących partnerkom w czasie porodu, ale jednak niższe niż mężczyźni, których partnerki rodziły z inną osobą towarzyszącą (por. Prekatsunaki and Enzlin, 2022).

Hipoteza czwarta odnosiła się do poziomu satysfakcji z życia u mężczyzn po wspólnym porodzie naturalnym, w porównaniu z tymi, którzy w takim zdarzeniu udziału nie brali, i ta potwierdzona została częściowo. Pomiędzy badanymi grupami istnieją istotne statystycznie różnice. Najwyższym i istotnie większym od pozostałych grup poziomem satysfakcji z życia wykazali się mężczyźni, których partnerki rodziły z inną osobą towarzyszącą. Najniższy poziom wystąpił u mężczyzn uczestniczących w porodzie wraz z partnerką, aczkolwiek wynik ten nie jest statystycznie niższy niż w przypadku partnerów kobiet rodzących samotnie (por. Eriksson, Salander and Hamberg, 2007; Johnson and Baker, 2004).

Wyniki potwierdziły hipotezy, że samotny poród naturalny jest predyktorem wystąpienia stresu pourazowego u kobiet oraz wpływa na ich poczucie niższej satysfakcji z życia. U mężczyzn natomiast uczestnictwo w porodzie naturalnym z partnerką istotnie wpływa na obniżenie satysfakcji seksualnej.

10. Wnioski

Poród naturalny to wydarzenie zmieniające bieg życia zarówno kobiety, jak i jej partnera. We współczesnych czasach obecność mężczyzny podczas porodu nie jest rzeczą szokującą i krępującą kobiety, a wręcz przeciwnie. Często same skłaniają do tego swoich partnerów, nawet jeśli ci nie mają na to ochoty. Przyczyn takich zachowań można doszukać się wielu. Jedną z nich może być paniczny strach i stres związany z samym porodem (Więznowska-Mączyńska, Pięta and Opala, 2005). Rodzące mogą uzyskać wsparcie i poczuć kontrolę nad przebiegiem porodu również dzięki obecności położnej. Oczywiście, są też w dalszym ciągu kobiety, które decydują się rodzić same. Z powodu braku wsparcia, silnego bólu, niekontrolowanych wydarzeń czy strachu poród może przekształcić się w wydarzenie traumatyczne i prowadzić do pojawienia się zespołu stresu pourazowego (Ayers and Pickering, 2001; Allen, 1998; Bailham and Joseph, 2003; Saisto and Halmesmaki, 2003). Jeszcze do niedawna badacze stali na stanowisku, że kobieta może doświadczyć PTSD po porodzie jedynie w wyniku doświadczenia tak poważnych, traumatycznych wydarzeń, jak śmierć dziecka. Jednak współczesne

głosy (Minkiewicz, 2013; Polachek *et al.*, 2012) stanowią, że poród może okazać się traumatyzujący bez szczególnej przyczyny. Raportowane badanie głównie miało na celu ukazanie roli wsparcia mężczyzny i położnej podczas porodu i związku z przyszłym doświadczeniem stresu pourazowego u rodzącej.

W przeprowadzonym badaniu okazało się, że wsparcie partnera prowadzi do najniższego poziomu PTSD u kobiet po porodzie. Wsparcie innych osób towarzyszących również okazało się istotne w kwestii wystąpienia stresu pourazowego, jednak to obecność partnera najkorzystniej wpłynęła na sytuację rodzących. Są to wyniki częściowo spójne z uzyskanymi przez innych badaczy (Allen, 1998; Bielawska-Batorowicz and Szembek, 2006). Wcześniejsze badania traktowały o roli wsparcia, ale płynącego jedynie ze strony innych osób towarzyszących, najczęściej położnych. Wprowadzają one jednak nowe spojrzenie na istotność obecności partnera podczas porodu.

Wyniki te łączą się z odczuwaną przez kobiety późniejszą satysfakcją z życia. Te panie, którym podczas porodu towarzyszył partner, wykazały się najwyższym wskaźnikiem zadowolenia. Jak można wnioskować, przyczynił się do tego nie tylko ich niższy poziom stresu pourazowego, ale również wyższa satysfakcja z rozwoju relacji z partnerem. Kobiety, którym zależało na porodzie rodzinnym i które otrzymały oczekiwane wsparcie, mogą czuć się ze swoim partnerem bliżej niż kiedykolwiek. Co ciekawe i zastanawiające, wyniki badań pokazują również, że wsparcie partnera ma dużo większą istotność w kontekście późniejszej satysfakcji z życia niż wsparcie innej osoby towarzyszącej. W przeprowadzonym badaniu najniższym poziomem satysfakcji z życia charakteryzowały się kobiety rodzące z inną osobą towarzyszącą. Nie był to jednak wynik istotnie mniejszy od poziomu satysfakcji z życia kobiet rodzących samotnie (por. Wilson and Sirois, 2009).

Wyniki uzyskane przez mężczyzn na skali „Satysfakcja z życia” okazały się zaskakujące. Najniższym poziomem zadowolenia cechowali się panowie biorący udział w porodzie oraz panowie, których partnerki rodziły samotnie. Wynik kobiet na tej samej skali osiągnął najwyższe wskaźniki, gdy towarzyszył im partner. Obrazuje to różnice płciowe, emocjonalne, światopoglądowe oraz trudności mężczyzn w odnalezieniu się podczas sytuacji porodowych. Poród i jego okoliczności prowadzą do istotnych zmian w satysfakcji z życia mężczyzn. Jak obrazują wyniki, panowie często nie są gotowi na tak trudne doświadczenia, a sytuacja może okazać się dla nich traumatyzująca, szczególnie gdy zostali do uczestnictwa w porodzie namówieni lub poddali się presji mody i środowiska (por. Bradley, Slade and Leviston, 2008).

Wyniki poziomu odczuwanej satysfakcji seksualnej mężczyzn potwierdziły płynące z badań przewidywania (Lew-Starowicz, 2005; SIDiP, 2008). Wskaźniki satysfakcji seksualnej odpowiadają również wskaźnikom ogólnej satysfakcji

z życia mężczyzn, otrzymanym w poszczególnych grupach badawczych. Panowie, którzy towarzyszyli partnerkom w czasie porodu, cechowali się najniższym poziomem satysfakcji seksualnej. Interesującym okazuje się fakt, że panowie, których partnerki rodziły z inną osobą towarzyszącą, wykazali się najwyższą satysfakcją seksualną, istotnie wyższą od mężczyzn, których kobiety rodziły samotnie. Może mieć na to wpływ wyższa satysfakcja kobiet, które uzyskały wsparcie, nawet jeśli nie płynęło ono ze strony partnera. Uzyskane wsparcie przełożyło się na niższy poziom stresu pourazowego i wyższą satysfakcję z życia tych kobiet. Ogólna wysoka satysfakcja z życia miała za to wpływ na relację intymną między kobietą i jej partnerem. Istotne związki satysfakcji seksualnej mężczyzn z uczestnictwem w porodzie naturalnym partnerki pozwalają poszerzyć spojrzenie na ten obszar wiedzy, w którym brakuje jeszcze badań, próbujących uchwycić relacje obu tych zmiennych.

W przyszłych badaniach warto byłoby kontrolować zmienną dotyczącą przygotowania rodzącej i jej partnera do porodu (uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia, czytanie książek, udział w webinarach). Pogłębianie tematu występowania stresu pourazowego po porodzie naturalnym oraz wszystkich jego konsekwencji w codziennych aspektach życia powinno stać się istotą większej liczby dogłębnych badań. Z racji, że jest to temat uniwersalny, dotyczący znacznej części ludzkości, wyniki badań na szerszą skalę mogłyby istotnie zmienić poziom zadowolenia z życia społeczeństwa. Powtarzając badania w przyszłości, warto byłoby również zbadać występowanie i siłę stresu pourazowego u mężczyzn, nie tylko u kobiet. Zwłaszcza w świetle zmian ról społecznych i doniesień o udziale mężczyzn w akcie narodzin z powodu presji czy mody wyniki mogłyby zaskoczyć, zwłaszcza jeśli chodzi o to, jak mężczyźni postrzegają i przeżywają stres wynikający z obecności przy porodzie partnerki.

Data wpłynięcia: 2024-02-26;

Data uzyskania pozytywnych recenzji: 2024-09-18 ;

Data przesłania do druku: 2024-12-18.

References

- Abdool, Z, Thakar and R. Sultan, AH (2009) 'Postpartum female sexual function', *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 145, pp. 133–137.
- Allen, S (1998) 'A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth', *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, pp. 107–132.

- Ayers, S. and Pickering, A.D. (2001) 'Do Women Get Posttraumatic Stress Disorder as a Result of Childbirth? A Prospective Study of Incidence', *Birth Issues Perinat. Care*, 28, pp. 111–118.
- Ayers, S. et al. (2008) 'Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research', *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 29(4), pp. 240–250. Available at: <https://doi.org/10.1080/01674820802034631>.
- Bailham, D. and Joseph, S. (2003) 'Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for researchers and practice', *Psychology, Health & Medicine*, 8, pp. 159–168.
- Bajus, A. (2022) 'Zespół stresu pourazowego (PTSD) po porodzie', Available at: <https://online-press.pl/artukul/ptsd.pdf> (Accessed: 20.02.2023).
- Bielawska-Batorowicz, E. and Szembek, K. (2006) 'PTSD symptoms after the delivery in women who delivered alone or accompanied by their partners. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica*, 10, pp. 49–58.
- Bradley, R., Slade, P. and Leviston, A. (2008) 'Low rates of PTSD in men attending childbirth: A preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(3), pp. 295–302.
- Czapiński, J. and Panek, T. (2007). *Diagnoza społeczna 2007. Warunki i Jakość Życia Polaków*, www.diagnoza.com (Accessed: 23.03.2022).
- Dewi, S.S.S. et al. (2023) 'Factors Associated with Husband's Assistance When Mothers Facing Childbirth at Tambusai Community Health Center', *International Journal of Public Health Excellence (IJPHE)*, 3(1), pp. 411–417. Available at: <https://doi.org/10.55299/ijphe.v3i1.711>.
- Diener, E. et al. (1985) 'The Satisfaction With Life Scale', *Journal of Personality Assessment*, 49(1), pp. 71–75. Available at: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Duch-Krzyszczek, D. (1997) *Małżeństwo, seks, prokreacja*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Eriksson, C., Salander, P. and Hamberg, K. (2007). 'Men's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study'. *Journal of Men's Health & Gender*, 4(4), pp. 409–418.
- Gawińska, A. et al. (2019) 'Wpływ obecności osoby towarzyszącej przy porodzie na doświadczenie porodowe rodzącej oraz poziom medykalizacji porodu', *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, (2), pp. 47–50.
- Holt-Lunstad, J., Birmingham, W. and Jones, B.Q. (2008) 'Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network social support on ambulatory blood pressure and mental health', *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 35(2), pp. 239–244. Available at: <https://doi.org/10.1007/s12160-008-9018-y>.
- Hornowska, E. (2001) *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*. Warszawa: Scholar (Wykłady z Psychologii, 6).
- Janicka, I., and Niebrzydowski, L. (1994) *Psychologia małżeństwa. Zafascynowanie partnerem, otwartość, empatia, miłość, seks*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

- Johnson, M., and Baker, S. (2004). „Implications of coping repertoire as predictors of men's stress, anxiety and depression following pregnancy, childbirth and miscarriage: A longitudinal study”, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(2), pp. 87–98.
- Juczyński Z (2009) *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kamasz, E., Pilarska, N. and Włodarczyk, A. (2021) ‘Cięża i poród i opiniach młodych kobiet’, *Przegląd Pedagogiczny*. 1, pp. 193–205.
- Koenen, K.C. et al. (2003) ‘Risk factors for course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: a 14-year follow-up of American Legionnaires’, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), pp. 980–986. Available at: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.980>.
- Koronkiewicz K (2014) „Kształtowanie tożsamości matki u kobiet doświadczających nieplanowanego macierzyństwa”, *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja*, 1(5), pp. 95–118.
- Lai, X. et al. (2024) ‘The Association Between Doula Care and Childbirth-Related Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms: The Mediating Role of Childbirth Experience’, *Birth (Berkeley, CA)* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.1111/birt.12874>.
- Leeman, L.M. and Rogers, R.G. (2012) ‘Sex after childbirth: postpartum sexual function’, *Obstetrics & Gynecology*, 119, pp. 647–655.
- Lemska, M. et al. (2018) ‘Rola obecności ojca podczas porodu’, in Elżbieta Bernaciak, A. Jaworska-Czerwińska, and M. Nartowicz (eds) *Nowość – jakość – zdrowie*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, pp. 138–195. Available at: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2154528>.
- Lew-Starowicz Z (2005) ‘Diagnostyka różnicowa zaburzeń erekcji’, *Seksuologia Polska*, 3(2), pp. 60–63.
- Lew-Starowicz Z, Skrzypulec, V (2022). *Podstawy seksuologii*, Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Longworth, M.K., Furber, C., and Kirk, S. (2015). ‘A narrative review of fathers’ involvement during labour and birth and their influence on decision making’. *Midwifery*, 31(9), 844–857.
- Lunda, P., Minnie, C.S., and Benadé, P. (2018). ‘Women’s experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis’. *BMC pregnancy and childbirth*, 18, pp. 1–11.
- Minkiewicz, K (2013) „Poród a zespół stresu pourazowego [online] Available at: <https://dziecisawazne.pl/porod-a-zespol-stresu-pourazowego> (Accessed: 20.02.2023)
- Miotk-Mrozowska M (2013) „Propozycja rozwojowej koncepcji jakości życia. Jak optymalizować jakość życia młodych rodziców w Kaja, BM (red.) *Małżeństwo, rodzina, rozwód*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, pp. 11–29.
- Munkhondya, B.M.J. et al. (2020) ‘Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi’, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), p. 48. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2717-5>.
- Nowosielski, K. (2010) ‘Fizjologia reakcji seksualnej kobiet’, in V. Skrzypulec, M. Beisert, and Z. Lew-Starowicz (eds) *Podstawy seksuologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, pp. 101–104.

- Perlman D (2007) 'The best times, the worst times: The place of close relationships in psychology and our daily lives, *Canadian psychology*, 48(1), pp. 7–18.
- Persson, A. *et al.* (2020) 'Potentially traumatic events, fear of childbirth and posttraumatic stress disorder during pregnancy in Stockholm, Sweden: A cross-sectional study', *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 25, p. 100516. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100516>.
- Pilarska, N. and Liberska, H. (2017) *Kim jest współczesny młody katolik? Wybrane aspekty obrazu psychologicznego*. Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.
- Prekatsunaki, S. and Enzlin, P. (2022). „Sexual Behavior, Sexual Function, and Sexual Satisfaction of Women and Men During the Postpartum Period, *Journal of Sexual Medicine*, 19(11), pp. 101–102.
- Saisto, T. and Halmesmaki, E. (2003) 'Fear of childbirth: A neglected dilemma, *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandinavica*, 80, pp. 39–45.
- Sandoz, V. *et al.* (2022) 'Measurement and conceptualization of maternal PTSD following childbirth: Psychometric properties of the City Birth Trauma Scale-French Version (City BiTS-F)', *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 14(4), pp. 696–704. Available at: <https://doi.org/10.1037/tra0001068>.
- Polachek, I.S. *et al.* (2012) 'Postpartum post-traumatic stress disorder symptoms: the uninvited birth companion', *The Israel Medical Association journal: IMAJ*, 14(6), pp. 347–353.
- Stadnicka, G, Łepecka-Klusek, C, Pilewska-Kozak, A, Pawłowska-Muc, A (2016) „Satysfakcja seksualna kobiet po porodzie, cz. I', *Problemy Pielęgniarstwa*, 23, pp. 357–361.
- Steetskamp, J. *et al.* (2022) 'Post-traumatic stress disorder following childbirth: prevalence and associated factors-a prospective cohort study', *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 306(5), pp. 1531–1537. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06460-0>.
- Stén, G. *et al.* (2023) 'Assessment of maternal posttraumatic stress disorder following childbirth: Psychometric properties of the Swedish version of City Birth Trauma Scale', *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 15(7), pp. 1153–1163. Available at: <https://doi.org/10.1037/tra0001465>.
- Straś-Romanowska, M (1992) *Los człowieka jako problem psychologiczny. Podstawy teoretyczne*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Straś-Romanowska, M., Lachowicz-Tabaczek, K. and Szmajke, A. (2005) *Jakość życia w badaniach empirycznych i refleksji teoretycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN (Kolektyw Psychologiczne – Komitet Nauk Psychologicznych PAN, 13).
- Studniczek, A. and Kossakowska, K, (2020) „Ciąża i poród w czasach pandemii COVID-19: wybrane aspekty psychologiczne, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 43(3), pp. 274–284.
- Świątkowska-Freund, M., Kawiak D. and Preis, K. (2007) „Pozytywne aspekty obecności ojca przy porodzie, *Ginekologia Polska*, 78, pp. 476–478.
- Ventegodt, S. (1998) 'Sex and the quality of life in Denmark, *Archives of Sexual Behavior*, 27, pp. 295–307.

- Wach, J. and Przestrzelska, M. (2021) „Ocena satysfakcji seksualnej kobiet po porodzie rodzinnym z udziałem partnera, *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 10(1–4), pp. 8–12.
- Weiss, D. and Marmar, C. (1996) ‘The Impact of Event Scale-Revised’, in J.P. Wilson and T.M. Keane (eds) *Assessing psychological trauma and PTSD: a handbook for practitioners*. New York: Guilford, pp. 399–411.
- Więznowska-Mączyńska, K., Pięta, B. and Opala, T. (2005) ‘Za i przeciw porodu rodzinnego’, *Przegląd Ginekologiczno-Położniczy*, 5(6), pp. 351–355.
- Wilson, K.L. and Sirois, F.M. (2010) ‘Birth attendant choice and satisfaction with antenatal care: the role of birth philosophy, relational style, and health self-efficacy’, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), pp. 69–83. Available at: <https://doi.org/10.1080/02646830903190946>.
- Woolhouse, H., McDonald, E. and Brown, S.J. (2014) ‘Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women’s experiences with health professionals’, *Australian Journal of Primary Health*, 20(3), pp. 298–304. Available at: <https://doi.org/10.1071/PY13001>.
- World Health Organization (1975) *Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals, report of a WHO meeting (held in Geneva from 6 to 12 February 1974)*. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/38247> (Accessed: 20 February 2023).
- Wysocka, S. (2008) *Następstwa obecności ojca przy porodzie*, *Nauka w Polsce*. Available at: <https://naukawpolsce.pl/aktualnosci/news%2C71622%2Cnastepstwa-obecnosci-ojca-przy-porodzie.html> (Accessed: 20 June 2022).
- Xue, W.L. et al. (2018) ‘Fathers’ involvement during pregnancy and childbirth: An integrative literature review’, *Midwifery*, 62, pp. 135–145. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.013>.

