



Macierzyństwo w czasie pandemii COVID-19 w Polsce – badania jakościowe

Motherhood during the COVID-19 pandemic in Poland – qualitative studies

Oksana Stępień^a, Magdalena Dębska^b, Julia Klimanek^c, Beata Szlendak^d,
Joeri Vermeulen^e, Grażyna Bączek^f ✉

^a Oksana Stępień⁽¹⁾, <https://orcid.org/0000-0002-3993-5458>

^b Magdalena Dębska⁽¹⁾, <https://orcid.org/0000-0003-2681-9965>

^c Mgr Julia Klimanek⁽²⁾, <https://orcid.org/0000-0002-0010-0963>

^d Dr Beata Szlendak⁽³⁾, <https://orcid.org/0000-0002-8227-8166>

^e Mgr Joeri Vermeulen^(4,5), <https://orcid.org/0000-0002-9568-3208>

^f Dr n. med. Grażyna Bączek^(1,6), PhD, RM, <https://orcid.org/0000-0001-7897-9499>

1. Studenckie Koło Naukowe Położnych, Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

2. Centrum Medyczne Żelazna, Poland

3. Fundacja na Rzecz Wspierania Położnych, Poland

4. Wydział Położnictwa, Erasmus Brussels University of Applied Sciences and Arts, Belgium

5. Wydział Zdrowia Publicznego, Vrije Universiteit Brussel (VUB), Bruksela, Belgium

6. Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

✉ autor korespondencyjny: grazyna.baczek@wum.edu.pl, tel. + 48 603 500 337

Absyakt: *Cel pracy:* Analiza wpływu pandemii COVID-19 na kobiety doświadczające macierzyństwa w obszarach postrzegania, adaptacji i oceny sytuacji pandemii. *Material i metoda:* Badania jakościowe przeprowadzono metodą sondażową z wykorzystaniem techniki wywiadu częściowo ustrukturyzowanego. Wywiady przeprowadzono w grupie 25 kobiet w wieku 22 - 41 lat, które urodziły w czasie pandemii, w ciąży 10 miesięcy od daty porodu. Większość badanych pochodzi z miast powyżej 500 tysięcy mieszkańców oraz posiada wyższe wykształcenie. Materiał badawczy w większości przypadków zgromadzono drogą bezpośrednich spotkań, w przypadku 9 kobiet za pośrednictwem technik zdalnych. *Wyniki:* Wyniki nie świadczą o spadku zainteresowania macierzyństwem w okresie pandemii COVID-19. Większość badanych planowała ciążę oraz przestrzegała zasad reżimu sanitarnego. Dla badanej grupy edukacja przedporodowa online okazała się dobrym rozwiązaniem na czas wprowadzonych obostrzeń. Liczba wizyt kontrolnych w czasie ciąży u lekarza ginekologa nie uległa zwiększeniu w porównaniu z poprzednimi ciążami. Pięć respondentek rozważało poród w domu. Respondentki skarżyły się na obniżone samopoczucie, które skutkowało nawrotem nastrojów depresyjnych. Najczęstsze obawy dotyczyły rzetelności teleporad i dostępności lekarza oraz obecności partnera przy porodzie. *Wnioski:* Analiza wypowiedzi respondentek pozwala wnioskować, że pandemia COVID-19 miała znaczący wpływ na stan psychiczny kobiet rodzących w tym czasie. Najtrudniejszy dla badanych kobiet był brak możliwości porodów rodzinnych, brak psychologicznego wsparcia oraz osamotnienie zarówno w ciąży jak i po porodzie w trakcie trwania kwarantanny. Okres pandemii COVID-19 nie miał większego wpływu na postrzeganie macierzyństwa przez kobiety i na plany prokreacyjne. **Słowa kluczowe:** macierzyństwo, ciąża, edukacja przedporodowa, pandemia COVID 19, badania jakościowe

Abstract: *Aim:* To analyse the impact of the COVID-19 pandemic on women experiencing motherhood in the areas of perception, adaptation and assessment of the pandemic situation. *Material and method:* A qualitative study was conducted using semi-structured interviews. The interviews were conducted in a group of 25 women aged 22-41 who gave birth during the pandemic. Most of the respondents live in the city with more than 500,000 inhabitants, and have a higher education. In most cases, the research material was collected by means of face to face interviews, and in the case of 9 women, using remote techniques. *Results:* The results do not demonstrate a decreased interest in motherhood during the COVID-19 pandemic. Most of the respondents had planned their pregnancy and complied with the sanitary regime. Online prenatal education turned out to be a good solution for the study group at the time of restrictions. The number of antenatal visits was not increased as compared to previous pregnancies. Five respondents were considering a homebirth. The respondents complained of reduced well-being, which resulted in the recurrence of depressive moods. Most concerns were related to the reliability of tele-counselling and the availability of the doctor and partner during childbirth. *Conclusions:* The analysis of the respondents' answers leads to the conclusion that the COVID-19 pandemic had a significant influence on the mental state of women giving birth at that time. The most difficult aspect for the respondents was the prohibition of giving birth in the presence of family, no mental support and feeling lonely both during the pregnancy and after childbirth at the time of quarantine. The COVID-19 pandemic did not have a significant effect on the perception of motherhood by women or on their reproduction plans. **Keywords:** motherhood, pregnancy, prenatal education, COVID-19 pandemic, qualitative studies

Wstęp

Z dniem 14 marca 2020 roku w Polsce oficjalnie ogłoszono stan epidemii COVID-19. Życie wszystkich ludzi zmieniło się diametralnie. Wprowadzono szereg restrykcji—zakaz organizowania wydarzeń i innych zgromadzeń ludności, limit osób w restauracjach, w ośrodkach kultury, kościołach, obiektach sportowych, ograniczenia w podróżowaniu za granicą. Miały one zapobiec dalszemu rozprzestrzenianiu się wirusa (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020r.). Wprowadzone ograniczenia i obostrzenia dotknęły każdej branży gospodarki oraz życia codziennego. Trzeba było przystosować się do nowych obostrzeń, reguł i zakazów.

Dostępne badania wskazują, że jakość życia Polaków w tym okresie obniżyła się. Obywatele Polski musieli zmagać się z zamykanymi zakładami pracy, spadkiem stanu finansów publicznych i osobistych oraz ograniczeniami w transporcie, urzędach i w przestrzeniach handlowych (Cybulska i wsp., 2020).

Zgłaszano psychologom i psychiatrom coraz większą liczbę przypadków depresji oraz zaburzeń lękowych. Badanie z pierwszej na świecie kwarantanny w Chinach miało na celu określenie jej wpływu na stan psychiczny, poziom lęku, depresji i stresu podczas początkowego etapu wybuchu epidemii COVID-19. Ankieta została udostępniona przez internet. Zebrano informacje o danych demograficznych, objawach fizycznych z ostatnich 14 dni, a stan zdrowia psychicznego został zmierzony za pomocą Skali Depresji, Lęku i Stresu (DASS-21, The Depression, Anxiety and Stress Scale — 21 Items). W badaniu wzięło udział 1210 osób: 53,8% respondentów oceniło psychologiczny wpływ pandemii na samopoczucie jako umiarkowany lub ciężki; 16,5% badanych zgłosiło objawy depresji od umiarkowanych do ciężkich; 28,8% zgłaszało umiarkowane do ciężkich objawy lękowe; a 8,1% zgłosiło umiarkowany, do ciężkiego poziom stresu (Sokół-Szawłowska, 2020).

Obserwowano zwiększoną skalę przemocy domowej. Zbadano 342 rodziców (62% matek) dzieci w wieku 4–10 lat (57,3% chłopców) mieszkających w Stanach Zjednoczonych, którzy wypełnili kwestionariusze internetowe dotyczące ich doświadczeń związanych z COVID-19 oraz kwestionariusze skali zmagania się

z kryzysem rodzinnym F-COPES. Do oceny wyników poddano analizie statystycznej historię przemocy, objawy depresji u rodziców, ich stabilność finansową oraz wiek i płeć zarówno rodzica, jak i dziecka. W przypadku rodziców, którzy utracili pracę, cierpieli na cięższą depresję i w przeszłości stosowali przemoc psychiczną wobec swoich dzieci istniało większe prawdopodobieństwo stosowania przemocy psychicznej podczas pandemii COVID-19 (Lawson, 2021).

Zaobserwowano osłabienie rodzinnych relacji w czasie trwania kwarantanny domowej. Lęk oraz stres Polaków uległ wzrostowi. Przeprowadzono internetową ankietę wśród 1742 uczestników na przełomie marca i kwietnia 2020 r., w czasie wprowadzania większości restrykcji. We wczesnej fazie epidemia była silnym stresorem dla większości uczestników badania (75%). Nasilone objawy zaburzeń adaptacyjnych (ciągłe zaabsorbowanie sytuacją stresową i zakłócenia funkcjonowania) zgłosiło aż 49% badanych. Kobiety i osoby bez pracy etatowej relacjonowały bardziej nasilone objawy zaburzenia. Objawy lęku uogólnionego zgłosiło 44% wszystkich badanych, a depresji – 26% (Dragan, 2020).

Skutki pandemii COVID-19 są szczególnie zauważalne w ochronie zdrowia. Szpitale były przepełnione, a personel medyczny nie mógł zapewnić opieki wszystkim pacjentom. Wielu pracowników szpitali zachorowało na COVID-19 i przebywało na kwarantannach. Z tego względu problem zbyt małej liczby pracowników ochrony zdrowia był coraz większy (Bukowski i wsp., 2020). Podstawowa opieka zdrowotna w okresie od marca 2020 roku działała jedynie w formie teleporad. W wyniku ograniczonych możliwości diagnozy, chorzy nie rozpoczynali leczenia w momencie pojawienia się objawów. Liczba przyjęć do szpitali pacjentów w ciężkim stanie znacznie wzrosła. W 2020 roku liczba zgonów w Polsce przekroczyła 485 tysięcy. Jest to o 67 tysięcy zgonów więcej w porównaniu do 2019 roku (GUS, 2020).

Skutki pandemii COVID-19 dotknęły również kobiet w wieku prokreacyjnym, planujących macierzyństwo. Wiele kobiet ograniczało wizyty u specjalistów w czasie zaostrzenia pandemii. W obawie o zdrowie swoje i nienarodzonych dzieci rezygnowały

z planowych wizyt podczas ciąży. W badaniu, które objęło 10 257 kobiet rodzących w okresie pierwszego roku pandemii COVID-19 (od marca 2020 do lutego 2021 r.), co czwarta ankietowana (26%) zrezygnowała z części wizyt u osoby prowadzącej ciążę, co dziesiąta badana – z części badań laboratoryjnych czy badania KTG (kardiotokograficznego) (Raport Fundacji Rodzić po Ludzku, 2021).

Na arenie międzynarodowej, jedną z największych obaw kobiet, omawianych w mediach społecznościowych wiosną 2020 r. był zakaz obecności osób towarzyszących przy porodzie (Vermeulen et al., 2020). Ze względu na duże ryzyko zakażenia, porody w obecności najbliższych zostały w Polsce wstrzymane na okres kilku miesięcy. Kobiety obawiały się braku emocjonalnego oraz fizycznego wsparcia podczas porodu. Decyzje w tym zakresie podejmuje dyrektor szpitala – po indywidualnej ocenie warunków danego szpitala pozwalających na izolację rodzących i osób im towarzyszących od innych pacjentek (Rozporządzenie Rady Ministrów, 2020). Spowodowało to wzrost lęku, stresu i większe nasilenie bólu w trakcie porodu u kobiety, a także częstsze jego zakończenie cesarskim cięciem. Doniesienia z Włoch z 42 porodów kobiet zarażonych COVID-19 wykazały, że poród waginalny (drogami natury) był możliwy u 57% kobiet, u 18 kobiet (43%) wykonano cesarskie cięcie, jednakże u 8 z nich powody były niezwiązane z COVID-19 (Studniczek, Kossakowska, 2020).

Innym, równie ważnym aspektem tej sytuacji jest duży spadek liczby urodzeń w Polsce. W styczniu 2021 roku zanotowano 25 tysięcy urodzeń żywych. To wynik o 25% mniejszy niż w roku wcześniejszym (Cierniak- Piotrowska i wsp., 2021). Kobiety obawiały się podejmowania decyzji o rodzicielstwie w tak niepewnym czasie, jakim jest pandemia COVID-19. Przeprowadzone przez naukowców z NYU Grossman School of Medicine badanie w grupie 1179 kobiet w Nowym Jorku wykazało, że jedna trzecia z tych, które myślały o zajściu w ciążę przed pandemią, zrezygnowała z planów prokreacyjnych (Kahn, 2021). Irlandzkie badanie 70 kobiet z kwietnia 2020 r. wykazało, że po miesiącu przymusowej izolacji i wynikającym z tego braku kontaktu z bliskimi 44% kobiet w ciąży miało obniżony nastrój, 4% pogorszyło się relacje z partnerem (Milne, 2020).

Opisane zjawiska stały się inspiracją do podjęcia badań w obszarze postrzegania, adaptacji i oceny sytuacji pandemii COVID-19 u kobiet doświadczających macierzyństwa

1. Materiał i metoda

Autorki wybrały jakościowe podejście opisowe jako metodę, by uchwycić doświadczenia i emocje kobiet, które rodziły w Polsce w okresie pandemii COVID 19. W strategii zbierania danych użyto wcześniej przygotowany wywiad częściowo ustrukturyzowany. Następnie przeprowadzono jakościową analizę treści znaczących wypowiedzi respondentek, skupiając się na przedstawionych faktach i własnych słowach uczestników bez opierania się na istniejących wcześniej ramach i teoriach (McIntosh & Morse, 2015). Badania jakościowe przeprowadzono przez dwie pierwsze autorki od 1 marca do 17 maja 2021 roku. Technika badawczą był wywiad półstrukturalny, prowadzony „jeden na jeden”, trwający 1-1,5 godziny. Gdy potrzebne było więcej szczegółów, uczestniczkę badania zachęcano poprzez pytanie: „Czy może mi pani więcej o tym powiedzieć?”. Projekt został zatwierdzony przez Komisję Bioetyczną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (AKBE/40/2021) w dniu 15.03.2021 r.

Wywiady były przeprowadzone w dogodnym czasie i miejscu wskazanym przez uczestniczki badania, po wcześniejszym kilkutygodniowym przeszkoleniu autorek z zakresu zbierania i analizy badań jakościowych (Irvine et al., 2013; McIntosh and Morse, 2015; Morse, 2006; Sandelowski, 2000), przez doświadczonego opiekuna. Dane zostały zanonimizowane, respondentkom przypisano kolejne numery (od 1 do 25).

Do grupy badanej włączono 25 kobiet, które urodziły dziecko w ciągu 10 miesięcy od rozpoczęcia badań. Kryterium włączenia stanowiło odbycie porodu bez powikłań w czasie pandemii COVID-19.

Ankietowane rekrutowano poprzez fora internetowe oraz spośród pacjentek Szpitala Specjalistycznego św. Zofii w Warszawie oraz Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. Polikarpa Brudzińskiego

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

kod respondenta	wiek	wykształcenie	stan cywilny	miejsce zamieszkania	ciąża planowana przed pandemią
1.	26	średnie	zamężna	miasto	nie
2.	41	wyższe	panna	miasto	tak
3.	24	średnie	panna	miasto	nie
4.	29	wyższe	zamężna	miasto	tak
5.	34	wyższe	panna	wieś	tak
6.	32	wyższe	zamężna	miasto	tak
7.	24	wyższe	zamężna	miasto	nie
8.	28	wyższe	zamężna	miasto	tak
9.	27	średnie	zamężna	miasto	tak
10.	26	średnie	zamężna	wieś	nie
11.	22	średnie	panna	miasto	tak
12.	32	średnie	zamężna	wieś	tak
13.	30	wyższe	zamężna	miasto	tak
14.	26	wyższe	zamężna	miasto	tak
15.	22	średnie	panna	miasto	nie
16.	32	wyższe	zamężna	miasto	tak
17.	27	wyższe	zamężna	miasto	tak
18.	33	wyższe	zamężna	miasto	nie
19.	28	wyższe	zamężna	miasto	tak
20.	28	wyższe	zamężna	miasto	nie
21.	28	wyższe	zamężna	miasto	tak
22.	27	wyższe	zamężna	miasto	tak
23.	32	wyższe	zamężna	miasto	tak
24.	35	wyższe	zamężna	miasto	tak
25.	27	wyższe	zamężna	miasto	tak

w Warszawie. Materiał badawczy w większości przypadków zgromadzono drogą bezpośrednich spotkań, u 9 kobiet za pośrednictwem technik zdalnych przy użyciu platformy Teams.

Respondentki to mieszkanki miejscowości liczących więcej niż 500 tysięcy mieszkańców, w wieku od 22 do 41 lat, w większości mężatki deklarujące wykształcenie wyższe. 17 ciąż było planowanych (szczegóły w tab. 1).

Pytania dotyczyły problematyki postrzegania, adaptacji i oceny sytuacji pandemii u kobiet po porodzie. Narzędziem badawczym był scenariusz wywiadu częściowo ustrukturyzowanego zawierający 15 zagadnień problemowych, w obszarze których respondentki mogły się swobodnie wypowiedzieć.

Wyniki uzyskane w toku rejestrowania wypowiedzi respondentek na dyktafon zostały zapisane, następnie zakodowane z zachowaniem pełnej anonimowości. Autorzy pracy pogrupowali tematycznie wypowiedzi zgodnie z przyjętymi wcześniej problemami badawczymi. Przeanalizowano uzyskane teksty pod kątem jakości, częstości i nasilenia wypowiedzi i ocen respondentek. Analiza treści przebiegała kilkietapowo. W pierwszym etapie badacze analizowali indywidualnie poszczególne wypowiedzi, w kolejnym etapie porównywali wyniki analizy. Podczas całego procesu analizy danych, odbywały się regularne spotkania zespołu w celu przeglądu tematów, by zapewnić dokładność wyników i uzgodnić ostateczną wersję analizy.

Problemy badawcze dotyczyły m.in. planowania macierzyństwa, opieki okołoporodowej, przebiegu ciąży i porodu, uczestnictwa w edukacji przedporodowej (online), obaw związanych z pandemią, samopoczucia i relacji w rodzinie.

2. Wyniki

Główny temat, który najczęściej przewijał się w wypowiedziach 25 respondentek, które urodziły w czasie pandemii COVID 19, dotyczył trudności związanych z izolacją społeczną. Tematem wiążącym był brak kontaktów z opieką medyczną i brak kontaktów z przyjaciółmi i rodziną, którzy mogliby pomóc w przejściu trudnego etapu ciąży, porodu i położu.

Na podstawie analizy treści wyodrębniono 4 tematy: „Izolacja versus opieka medyczna w okresie pandemii COVID 19”, „Izolacja społeczna”, „Edukacja przedporodowa i doświadczenie porodu”, „Doświadczenie macierzyństwa w czasie pandemii”.

2.1. Izolacja versus opieka medyczna w okresie pandemii COVID 19

W wypowiedziach respondentek dominował temat izolacji, braku możliwości kontaktu z innymi ludźmi. Ograniczony dostęp do publicznych ośrodków rekreacyjnych, takich jak: baseny, sale fitness, jogi. Brak możliwości pójścia do restauracji, kina czy teatru, oddziaływał destrukcyjnie na stan psychiczny:

Na pewno pandemia jest wyzwaniem jeśli chodzi o psychikę. Ciężko jest całe dni zajmować się dzieckiem, nie mając możliwości kontaktu z wieloma ludźmi, nie mając szansy wyjścia w różne miejsca itd. Mi bardzo brakuje możliwości wyjścia z matką na basen, w miejsca dla młodych mam z dziećmi, moja córka przez 8 miesięcy życia praktycznie nie miała kontaktu z innymi dziećmi [8].

Większość respondentek wskazywała na problem izolacji i braku kontaktu z najbliższymi podczas ich pobytu w szpitalu, gdzie obowiązywały obostrzenia sanitarne związane z pandemią COVID 19.

Brak możliwości odwiedzin w kluczowym czasie położu był dla respondentek jednym z najtrudniejszych okresów macierzyństwa:

Po porodzie, brak możliwości odwiedzin bliskich, czyli w najgorszych pierwszych dniach kobieta jest sama ze sobą i z małym dzieckiem (personel oczywiście pomaga, ale to są obcy ludzie) [1].

Zdecydowana większość respondentek deklarowała, iż pomimo pandemii, harmonogram wizyt ciążyowych u lekarza ginekologa, nie uległ zmianie:

Oczywiście na wszystkie obowiązkowe badania i wizyty się stawiałam, ale wolałam wizyty w szpitalu ograniczyć do minimum [10].

Odbyłam wszystkie niezbędne wizyty zalecane w ciąży [15].

Większość respondentek twierdziła, że w okresie ciąży izolacja społeczna wywołana pandemią nie była tak bardzo uciążliwa. Zdecydowanie trudniejszy był czas po narodzinach dziecka, kiedy brakowało spotkań z koleżankami, które posiadały własne doświadczenie macierzyńskie:

Wydaje mi się, że trudniejszy jest czas chyba po ciąży, bo w ciąży to tak można się izolować (...), ale po ciąży tak jak dziecko się urodzi to mi bardzo była pomocna obecność starszych doświadczonych kobiet [4].

Większość respondentek wskazywała na problem braku dostępu do opieki medycznej po porodzie. Obciążeniem psychicznym dla młodych matek była opieka nad niemowlęciem przy braku możliwości konsultacji lekarza pediatry. Wizyty lekarskie online, przedstawianie problemów skórnych dziecka za pomocą zdjęć, było dyskomfortem dla matki, która nie widziała dobrych efektów zdalnego leczenia. Kobiety doceniały realne wizyty położnych, które obniżały ich poziom lęku związany z odpowiedzialnością za zdrowie niemowlęcia, otrzymywały konkretne zalecenia, przynoszące efekt:

Dostęp do pediatry tylko na wizyty szczepienne, a wszystkie inne problemy rozwiązane są zdalnie. Np. moja córka w wieku 2 miesięcy miała problemy skórne (które ostatecznie okazały się trądzikiem niemowlęcym) i bardzo brakowało mi możliwości pójścia do pediatry, żeby ją obejrzał. Diagnoza była stawiana poprzez zdjęcia, przez co prawdopodobnie była błędna). W końcu przyszła pani położna na wizytę patronażową, powiedziała, że to trądzik, kazała odstawić wszystkie maści i problem zniknął [8].

Z analizy wypowiedzi respondentek wynika, że większość odczuła obniżenie nastroju, brak chęci do życia z powodu strachu przed zakażeniem oraz braku możliwości spotkania się z rodziną lub znajomymi:

Jestem dość silna psychicznie, ale mam momenty, kiedy jestem zmęczona, chciałabym wyjść spotkać się z przyjaciółkami, na zakupy, na basen, na siłownię, a nie mogę. Generalnie nie jest źle, ale trochę inaczej wyobrażałam sobie pierwsze miesiące z dzieckiem, brakuje mi tego, że nie mogę wyjść do ludzi [13].

Respondentki wyrażały potrzebę wsparcia psychicznego, którego nie mogły otrzymać w codziennych spotkaniach, kontaktach i rozmowach z przyjaciółmi czy rodziną z uwagi na wprowadzoną kwarantannę. Utrudniony kontakt do lekarzy specjalistów uniemożliwiał kobietom zadbanie w pełni o komfort psychiczny. Dodatkowym obciążeniem było to, że będąc w ciąży odpowiadały za zdrowie swojego nieurodzonego dziecka:

Przed wszystkim potrzebowałam dużo wsparcia psychicznego. Pandemia to czas, w którym każdy martwi się o własne zdrowie, ja musiałam martwić się o zdrowie dwóch osób [16].

Dynamiczne rozprzestrzenianie się pandemii sprawiało, że decyzje dotyczące bezpieczeństwa zdrowotnego ludności i obostrzeń z nim związanych,

pojawiały się z dnia na dzień. Problemem dla kobiet był brak rzetelnych informacji. W tej sytuacji bardzo trudno było cokolwiek zaplanować a zaskakujące informacje indukowały stres i napięcie:

Przed wszystkim rzetelna informacja – najgorsza jest sytuacja, gdy mam pytania, na które nikt nie potrafił odpowiedzieć, nie wiem co mam zrobić – a to się niestety zdarzało często. Dobrze by było, gdyby była jakaś przewidywalność – ja jak szłam do szpitala na poród byłam przekonana, że porody rodzinne się odbywają, na progu szpitala dowiedziałam się, że od dnia poprzedniego już nie [6].

2.2. Izolacja społeczna

Kilka kobiet stwierdziło, iż pandemiczne obostrzenia, których wynikiem była praca zdalna, pozytywnie wpłynęły na relacje z mężami, którzy pracę zawodową wykonywali w domu rodzinnym:

Bardzo dobrze, w końcu mieliśmy z mężem więcej czasu dla siebie. To był bardzo wspólny czas. Teraz, przy dwójce małych dzieci nie mamy zbyt wiele czasu na pielęgnowanie naszego małżeństwa [20].

Negatywne skutki izolacji społecznej dotyczyły trudności w utrzymaniu stałego kontaktu z dalszą rodziną. Większość kobiet zrezygnowała z odwiedzin starszych członków rodziny z powodu kwarantanny oraz lęku przed zakażeniem. Mimo, że większość badanych kobiet zrezygnowała ze spotkań w dużym gronie rodzinnym, to jednak starały się utrzymać codzienne relacje, nie stracić kontaktu z bliskimi, kontaktować się telefonicznie, dbając tym samym o higienę psychiczną:

Praktycznie z nikim się nie widzimy, mamy schorowanych rodziców, których nie chcemy narażać. Synek prawie nie zna dziadków. Jest nam przykro, ponieważ często robiliśmy rodzinne spotkania [18].

Staralam się rozmawiać dużo z najbliższymi. Dużo się słyszy o większym odsetku depresji ze względu na ciągłą izolację [10].

Większość respondentek starała się dbać o higienę fizyczną, mając na uwadze zdrowie dziecka i swoje. Poprzez utrzymanie zdrowej diety, spaceru na świeżym powietrzu lub ćwiczenia prowadzone za pomocą mediów społecznościowych, dbały aby brak ruchu w izolacji nie wpłynął na ich zdrowie:

Codziennie chodzę na spaceru, spędzam trzy do czterech godzin na zewnątrz, bo synek śpi najlepiej w wózku więc w ten sposób dbam, a czasem z mężem robimy takie też treningi właśnie dostępne na YouTube, to bardzo fajna rzecz (...) [4].

Wszystkie kobiety dbały o siebie poprzez przestrzeganie reżimu sanitarnego, nosiły maseczki, regularnie dezynfekowały ręce oraz unikały kontaktów z ludźmi:

Unikałam masowych imprez, dezynfekcja po każdym wyjściu w miejsce publiczne, ograniczenie spotkań wśród znajomych i rodzin [3].

3. Edukacja przedporodowa i doświadczenie porodu

Dla 16 badanych edukacja przedporodowa prowadzona online była dobrą i bezpieczną formą przygotowania do porodu w czasie pandemii. Pozostanie w domu, ograniczenie kontaktów z innymi uczestnikami kursu oraz oszczędność czasu, by dojechać w wyznaczone miejsce, była dobrym rozwiązaniem:

Spełniła moje oczekiwania, wygodne rozwiązanie. Nie trzeba dojeżdżać w wyznaczone miejsca [13].

Kilka respondentek miała inne zdanie, uważając, że zdalna forma nie spełnia ich oczekiwań, uniemożliwiając w pełni uczestniczenia w zajęciach praktycznych:

Nie zastąpi zajęć stacjonarnych. Jest mniejszy nacisk na zajęcia praktyczne. Łatwiej o rozproszenie uwagi uczestników [5].

W wypowiedziach 20 respondentek najczęściej pojawiały się obawy związane z zakażeniem wirusem COVID 19, tym samym brak możliwości odbycia porodu rodzinnego, w towarzystwie ojca dziecka. Pięć kobiet musiało się zmierzyć z sytuacją, gdy partner nie został wpuszczony do szpitala, by razem uczestniczyć w porodzie. Jedna z kobiet relacjonowała:

Najbardziej bałam się porodu w pojedynkę, moja obawa się spełniła [20].

Alternatywą porodu rodzinnego, było zaplanowanie porodu w domu. Pięć kobiet zastanawiało się nad takim rozwiązaniem, ale ostatecznie żadna z nich nie zdecydowała się na poród domowy, motywując swoją decyzję brakiem poczucia bezpieczeństwa w domu:

W szpitalu pod okiem całego personelu za ścianą (w tym dostępnego sprzętu) czułam się bezpieczniej niż w domu z położną czy mężem [13].

Dla 21 badanych kobiet obecność bliskich osób (ojca dziecka) w trakcie porodu była kluczowa i pożądana. Doniesienia medialne o konieczności wprowadzenia kwarantanny do szpitali i braku możliwości uczestniczenia ojca w narodzinach jego dziecka, były dla ciężarnych informacjami bardzo stresującymi. W takich okolicznościach kobiety doceniały współuczestnictwo partnera w porodzie, nawet jeśli wcześniej nie było to dla nich tak istotne.

Byłam wstrząśnięta takimi informacjami w telewizji, kiedy szpitale zabraniały wchodzenia partnerów (...) [10].

Kiedys, przed ciążą, nie byłam pewna, czy chciałabym, aby mąż był obecny podczas porodu. Jednak w ciąży zmieniłam zdanie. Z perspektywy czasu uważam, że to była najlepsza decyzja. Mąż był dla mnie ogromnym wsparciem, nie wyobrażam sobie, jak poradziłabym sobie bez niego [19].

3.1. Postrzeganie macierzyństwa w czasie pandemii COVID-19

17 kobiet zadeklarowało, iż pandemia COVID 19 nie miała znacznego wpływu na decyzję o posiadaniu dziecka. Kobiety deklarowały chęć podejmowania planów prokreacyjnych, motywując między innymi, że sytuacja obostrzeń pandemicznych umożliwiała ojcu dziecka pracę zdalną, co bezpośrednio przekładało się na większe zaangażowanie w obowiązki domowe, w tym wsparcie w opiece nad dzieckiem:

Ja akurat zaplanowałam ciążę, kiedy jeszcze pandemii nie było, ale gdyby było inaczej, tak czy siak zdecydowałabym się na dziecko. Z jednej strony czasy są trudne, ciężiej jest dostać się do lekarzy. Ale z drugiej strony, dzięki pracy zdalnej, mąż może uczestniczyć w rozwoju dziecka, co przed pandemią na pewno tak by nie wyglądało – wracałby do domu po całym dniu nieobecności, gdy mała szłaby spać [8].

Siedem respondentek deklarowało, iż decyzję o planowaniu kolejnej ciąży w czasie trwania pandemii COVID 19 rozważały znacznie dłuższej niż w przypadku poprzednich planów prokreacyjnych, podejmowanych przed pandemią. Głównym czynnikiem odraczania decyzji o posiadaniu kolejnego dziecka, była obawa o zdrowie własne i dziecka:

“Myślę, że trochę bym się wahata ze względu na swoje oraz zdrowie mojego dziecka. Jeśli mogłabym zdecydować i poczekać na zostanie mamą to pewnie bym poczekała do zakończenia pandemii [10].

17 kobiet deklarowało, że zagrożenie zachorowaniem oraz izolacja w czasie pandemii nie wpłynęły na ich postrzeganie macierzyństwa. Respondentki, które urodziły w czasie pandemii COVID 19, mimo trudności związanych z dostępem do opieki medycznej oraz lęku o zdrowie swoje i rodziny, nie zmieniły swojego podejścia do macierzyństwa:

Chyba nie zmieniła [pandemia wizji macierzyństwa], do wszystkiego trzeba podchodzić racjonalnie. [15].

Osiem respondentek postrzegало macierzyństwo jako wyzwanie a czas pandemii traktowały jako trudny okres, kiedy matka po porodzie musi radzić sobie sama:

Pandemia generalnie uświadamia szczególnie dobitnie jak ważna jest zaradność – istotne jest, aby radzić sobie samemu (...) [6].

4. Dyskusja

Ciąża jest naturalnym procesem fizjologicznym w życiu kobiety. Obejmuje całokształt zmian zachodzących w tym okresie w organizmie. Pandemia powoduje, że zarówno personel medyczny jak i kobiety inaczej patrzą na dotychczasowy fizjologiczny proces. Istotnym faktem w obliczu pandemii jest to, że kobiety ciężarne są w grupie ryzyka cięższego przebiegu infekcji wirusami grypy H1N1 (Szenborn i wsp., 2010). Kolejne badania wskazują, że ciężarne zakażone wirusem SARS-CoV-2 są w grupie ryzyka cięższego przechorowania (Duszyński i wsp., 2020 oraz Nowakowska i wsp., 2020). Najczęstszymi objawami Covid-19 są gorączka, suchy kaszel, duszność oraz bóle mięśni i zmęczenie. U pacjentów dochodzi również do rozwoju ostrej niewydolności oddechowej (Chen i wsp., 2020). Obecnie dostępne są stale aktualizowane rekomendacje postępowania położniczego w zakażeniu SARS-CoV-2 u kobiet w ciąży. W miarę postępu prac nad szczepionką na COVID-19 rozważano objęcie ciężarnych w badaniach klinicznych, chyba że ryzyko przeważa nad potencjalnymi korzyściami (Schwartz i wsp., 2020). Ostatecznie szczepienia są zalecane dla kobiet w ciąży.

Badania własne skupiały się na doświadczeniach młodych matek, które urodziły w czasie pandemii. Zgodnie z belgijskim badaniem, badającym doświadczenia kobiet w ciąży i młodych matek podczas pandemii COVID-19, zaobserwowaliśmy różnorodne, jednocześnie wzajemnie powiązane doświadczenia (Vermeulen et al., 2022). Większość respondentek planowała ciążę pomimo pandemii. Ich obawy związane z pandemią dotyczyły głównie zdrowia dziecka, ograniczonego dostępu do specjalistów i braku kontaktów międzyludzkich. Badane chętnie korzystały ze zdalnej formy kształcenia w ramach szkoły rodzenia. Przygotowując się do porodu korzystały dodatkowo z książek i zasobów internetowych.

Podobną problematykę podjęły Studniczek i Kossakowska twierdząc, że jeśli kobieta nie uzyskuje wsparcia psychicznego od najbliższych osób, wzrasta ryzyko pojawienia się trudności i maleje prawdopodobieństwo poradzenia sobie z nimi. Kobiety, które urodziły dziecko w okresie pandemii wymagają wnikliwej obserwacji w kierunku czynników ryzyka i objawów manifestujących zaburzenia emocjonalne i psychiczne. Potrzebują też zdecydowanie więcej empatii dla przeżywanych przez nie emocji (Studniczek, Kossakowska, 2020).

Problem odczuwania stresu w przebiegu ciąży analizowała też Kupryjaniuk i wsp. Przewlekły stres, który odczuwa matka, wpływa również na ośrodkowy układ nerwowy płodu. Może też przekładać się na obniżenie funkcji poznawczych i nasilenie ewentualnych trudności emocjonalnych. Natomiast mechanizmy wspierające matkę, terapia poznawczo-behawioralna i udział rodziny może przełożyć się na poprawę funkcjonowania zarówno matki jak i dziecka (Kupryjaniuk i wsp., 2021).

Planowanie ciąży w czasie pandemii było również analizowane przez Flynn i wsp. W ich badaniach 92% spośród 504 kobiet planowało ciążę pomimo pandemii. Ponad połowa deklarowała, że COVID-19 wpłynął na ich plany, a 72% respondentek celowo odkładała poczęcie. Obawy kobiet dotyczyły głównie zmian w opiece przedporodowej oraz niekorzystnego wpływu wirusa na matkę i dziecko (Flynn i wsp., 2021).

Kielbratowska i wsp. podjęli temat zdalnej szkoły rodzenia. Spotkania edukacyjne przygotowujące kobiety ciężarne do porodu prowadzone on-line w dobie

pandemii COVID-19 zostały określone jako bezpieczna forma zarówno dla personelu medycznego i jak i dla kobiet ciężarnych. Jednocześnie wskazano, że taka forma dobrze przygotowuje kobiety do aktywnego porodu. Epidemia koronawirusa SARS-Cov-2 spowodowała konieczność opracowania nowej strategii komunikacji, aby ułatwić opiekę położniczą i przygotowanie do porodu (Kielbratowska i wsp., 2021).

Temat porodu domowego podjął Cheng i wsp. twierdząc, iż zainteresowanie porodami domowymi wzrosło w Stanach Zjednoczonych natychmiast po ogłoszeniu pandemii COVID-19 i po tym okresie pozostało znacznie podwyższone (Cheng i wsp., 2022). Również w Belgii w kwietniu 2020 r. odnotowano niewielki wzrost zainteresowanie porodami domowymi. Jednak w badaniu Vermeulen i wsp. tylko niewielki odsetek kobiet wyraził chęć porodu w domu z obawy przed zakażeniem (Vermeulen et al., 2022). Wyniki są odmienne od wyników badań własnych, gdzie jedynie 5 badanych rozważało poród domowy. Może to wynikać z niskiego zainteresowania porodami domowymi w naszym kraju. Niemniej jednak, podobnie jak we wszystkich pandemiach, w tej również promowano zalecenie, aby zapewnić jak najszerszą opiekę środowiskową, a więc możliwie wczesne wypisywanie pacjentek do domu (Vermeulen et al., 2020).

Problem obecności bliskiej osoby oraz porody rodzinne były wielokrotnie podejmowane przez WHO. Aktualne wytyczne zdecydowanie zalecają, aby wszystkie kobiety w ciąży, w tym te z podejrzeniem, prawdopodobnym lub potwierdzonym COVID-19, mogły rodzić z osobą bliską. Kobiety bardzo to cenią i czerpią korzyści z obecności kogoś, komu ufają podczas porodu (WHO, 2020). W przeprowadzonych wywiadach 21 respondentek było zawiedzionych z powodu braku osoby towarzyszącej przy porodzie. Wspominały, iż było to stresujące doświadczenie, a pomimo pandemii nie powinno się zakazywać porodów rodzinnych.

Zagadnienie internetu jako źródła wiedzy w przygotowaniu do porodu poruszono w pracy Stępień i wsp. Wskazano, że współczesne media mają duży wpływ na edukację społeczeństwa, profilaktykę oraz ochronę zdrowia. Dla kobiet ciężarnych internet może też być miejscem wsparcia społecznego, którego tak bardzo potrzebują w momencie zmiany swojego życia. Ponad

połowa respondentek miała swobodny dostęp do internetu, ale ankietowane kobiety deklarowały również korzystanie z czasopism w celu pozyskania informacji o kobiecych chorobach. Autorzy zauważyli bardzo duży wzrost wykorzystania internetu jako źródła informacji o ciąży, porodzie i rozwoju dziecka (z 21% w poprzednich latach do 80% aktualnie) wskazując, że częstość wykorzystania internetu jako źródła wiedzy zależy od wykształcenia i miejsca zamieszkania badanych (Stępień i wsp., 2015). Badania własne pokazują największy udział szkoły rodzenia oraz książek o macierzyństwie w przygotowaniu do przyjścia dziecka na świat. Internet jako źródło wiedzy przytoczyło 9 respondentek.

W badaniach własnych analizowano problematykę samopoczucia kobiet w czasie pandemii. Ten sam aspekt analizował Mortazavi i wsp. dowodząc, że odsetek kobiet doświadczających złego samopoczucia był stosunkowo wysoki – 64,9 %. Wynik ten zasługuje na szczególną uwagę. Zapewnienie opieki i wsparcia kobietom w ciąży powinno mieć wysoki priorytet podczas pandemii COVID-19 (Mortazavi i wsp., 2021). W badaniach własnych większość respondentek odczuwała obniżenie samopoczucia w trakcie pandemii COVID-19. Kobiety odczuwały brak chęci do życia z powodu strachu przed zakażeniem oraz braku możliwości spotkania się z rodziną lub znajomymi. Nieliczne badane nie odczuły obniżenia samopoczucia, ponieważ planowały w ciąży spędzić więcej czasu w domu.

Bibliografia

- Bukowski, H., Czech, M., Kozłowski, Ł., Nojszewska, E., Starczewska-Krzysztożek, M. (2020). *Wpływ COVID-19 na polski system ochrony zdrowia*, 1-127. (za:) https://www.infarma.pl/assets/files/2021/Rekomendacje_zmian_w_polskim_systemie_ochrony_zdrowia_pandemia_COVID-19.pdf (dostęp: 12.01.2023).
- Chen, N., Zhang, L. et al. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*, 395, 507-513.
- Cheng, R., Fisher, A., Nicholson, S. (2022). Interest in Home Birth During The COVID-19 Pandemic: Analysis of Google Trends Data. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 67, 427-434.
- Cierniak-Piotrowska, M., Dąbrowska, A., Stelmach, K. (2021). *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2021 r. Stan w dniu 30 czerwca*. (za:) https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/6/28/1/ludnosc_stan_i_struktura_oraz_ruch_naturalny_w_przekroju_terytoryalnym_na_30.06.2020.pdf (dostęp: 12.01.2023).
- Cybulska, A., Pankowski, K. (2020). Życie codzienne w czasach zarazy, *Komunikat z badań CBOS*, 60, 1-18.
- Doroszevska, A. (2021). Opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID-19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego. *RAPORT Fundacji Rodzić po Ludzku*, 1-127. (za:) https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2021-12/Raport_Fundacji_Rodzic_po_ludzku_2021.pdf (dostęp: 12.01.2023).
- Dragan, M., Grajewski, P., Shevlin, M. (2021). Adjustment disorder, traumatic stress, depression and anxiety in Poland during an early phase of the COVID-19 pandemic. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1860356. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1860356>
- Duszyński, J., Afelt, A., Ochab-Marcinek, A., Owczuk, R., Pyrc, K., Rosińska, M. (2020). Zrozumieć COVID-19. *Academia*, 4(64), 1-80.
- Flynn, A., Kavanagh, K., White, S. (2021). The impact of the COVID-19 Pandemic on Pregnancy Planning Behaviors. *Womens Health Reports*, 2, 71-77. <https://doi.org/10.1089/whr.2021.0005>

Wnioski

Z badań wynika, że trudno jednoznacznie opisać wpływ pandemii COVID-19 na wspomniane wyżej sfery życia kobiet po porodzie.

Nie obniżyło się zainteresowanie macierzyństwem a większość kobiet planowała ciążę oraz przestrzegała zasad reżimu sanitarnego. Edukacja przedporodowa w trybie zdalnym okazała się dobrą alternatywą na czas pandemii COVID-19. Liczba wizyt lekarskich w czasie trwania ciąży nie zmieniła się. Niewielka część badanych rozważała poród domowy. Pandemia z jednej strony zbliżyła do siebie rodziny, ale były sytuacje, w których relacje międzyludzkie uległy pogorszeniu. Kobiety skarżyły się na spadek samopoczucia i samooceny przez co pojawiały się nastroje depresyjne. Największe obawy dotyczyły teleporad i ich rzetelności, dostępności lekarza, a także braku obecności partnera przy porodzie.

Pandemia COVID-19 miała znaczący wpływ na stan zdrowia, szczególnie stan psychiczny kobiet rodzących w tym czasie. Najtrudniejszy dla badanych kobiet był brak możliwości porodów rodzinnych, brak psychologicznego wsparcia oraz osamotnienie w trakcie kwarantanny.

Planując opiekę okołoporodową w sytuacji pandemii należy uwzględnić rolę wsparcia emocjonalnego i informacyjnego ze strony personelu medycznego.

- Informacja o zgonach w Polsce w 2020, *Raport GUS 2020*, (za:) <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/umieralnosc-i-zgony-wedlug-przyczyn-w-2020-roku,10,1.html> (dostęp: 01.02.2023).
- Irvine, A., Drew, P., & Sainsbury, R. (2013). "Am I not answering your questions properly?" Clarification, adequacy and responsiveness in semi-structured telephone and face-to-face interviews. *Qualitative Research*, 13, 87–106.
- Kahn, G. L., Trasande, L., Liu, M. (2021). Factors Associated With Changes in Pregnancy Intention Among Women Who Were Mothers of Young Children in New York City Following the COVID-19 Outbreak. *JAMA Network Open*, 4(9), e2124273. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.24273>
- Kiełbratowska, B., Markowska-Sioma, U. (2021). Preparing pregnant women for childbirth during the COVID-19 pandemic. *Ginekologia i Położnictwo Medical Project*, 16(1).
- Kupryjaniuk, A., Sobstyl, M. (2021). The influence of stress during pregnancy on the central nervous system of mother and her child. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 47(3), 492–499. <https://doi.org/10.34766/fetr.v47i3.914>
- Lawson, M., Piel, M., Simon, M. (2021). Child Maltreatment during the COVID-19 Pandemic: Consequences of Parental Job Loss on Psychological and Physical Abuse Towards Children. *Child Abuse & Neglect*, 110(2), 145–167. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104709>
- McIntosh, M.J., Morse, J.M. (2015). Situating and Constructing Diversity in Semi-Structured Interviews. *Global Qualitative Nursing Research*, 2. <https://doi.org/10.1177/2333393615597674>
- Ministerstwo Zdrowia. (2020). *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 roku W sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii*, Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. 284, 322, 374. (za:) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190001239/O/D20191239.pdf> (dostęp: 01.02.2023).
- Ministerstwo Zdrowia. (2020). *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii* Dz.U., 2132. (za:) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200002132/O/D20202132.pdf> (dostęp: 12.01.2023).
- Ministerstwo Zdrowia. (2021). *Informacja o zgonach w Polsce w 2020 roku*. Ministerstwo Zdrowia, 1–9. (za:) <https://www.gov.pl/attachment/489b7a0b-a616-4231-94c7-281c-41d3aa30> (dostęp: 12.01.2023).
- Milne, S.J., Corbett, G.A., Hehir, M.P., Lindow, S.W. (2020). Effects of isolation on mood and relationships in pregnant women during the covid-19 pandemic. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 252, 610–611. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.06.009>
- Morse, J.M. (2006). Biased reflections: Principles of sampling and analysis in qualitative inquiry. (In:) J. Popay (ed.), *Moving beyond effectiveness in evidence synthesis: Methodological issues in the synthesis of diverse sources of evidence*, 53–60. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Mortazavi, F., Mehrabadi, M., Tabar, R. (2021). Pregnant women's well-being and worry during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 59, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03548-4>
- Nowakowska, E., Sulimiera Michalak, S. (2020). COVID-19-choroba wywołana zakażeniem wirusem SARS-COV-2 globalnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego. *Postępy Mikrobiologii – Advancements of Microbiology*, 59(3), 227–236. <https://doi.org/10.21307/PM-2020.59.3.16>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23, 334–340.
- Schwartz, D.A. (2020). An Analysis of 38 Pregnant Women With COVID-19, Their Newborn Infants, and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 144(7), 799–805. <https://doi.org/10.5858/arpa.2020-0901-SA>
- Sokół-Szawłowska, M. (2020). Wpływ kwarantanny na zdrowie psychiczne podczas pandemii COVID-19. *Psychiatria*, 18(1), 57–62. <https://doi.org/10.1155/2022/8545372>
- Stępień, E., Dorofeeva, U., Hdyrya, O. (2015). Internet jako źródło wiedzy o przebiegu ciąży, porodu i pólgu kobiet ciężarnych. *European Journal of Medical Technologies*, 1(6), 39–42. (za:) http://www.medical-technologies.eu/upload/06_internet_jako_zrodlo_wiedzy_o_przebiegu_ciazy_porodu_i_pologu_kobiet_ciezarnych_-_stepien.pdf (dostęp: 12.01.2023).
- Studniczek, A., Kossakowska, K. (2020). Cięża i poród w czasach pandemii COVID-19: wybrane aspekty psychologiczne. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 43(3), 274–284. <https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.417>
- Szenborn, L., Matkowska-Kocjan, A. (2010). Grypa u ciężarnych – leczenie i profilaktyka. *Medycyna po dyplomie*, 19(7), 98–103. (za:) https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdf/articles/000/011/153/original/Strony_od_MpD_2010_07-16.pdf (dostęp: 12.01.2023).
- Vermeulen, J., Bilsen, J., Buyl, R., De Smedt, D., Gucciardo, L., Faron, G., Fobelets, M. (2022). Women's experiences with being pregnant and becoming a new mother during the COVID-19 pandemic. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 32, 100728. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100728>
- Vermeulen J., Jokinen M. (2020). The European Midwives Association call for action to protect our midwives in delivering best care amidst the COVID-19 pandemic. *European Journal of Midwifery*, 4, 10. <https://doi.org/10.18332/ejm/120443>
- WHO (2020). *Every woman's right to a companion of choice during childbirth*, 2020. (za:) <https://www.who.int/news/item/09-09-2020-every-woman-s-right-to-a-companion-of-choice-during-childbirth> (dostęp: 12.01.2023)