DOI: 10.2478/pielxxiw-2022-0003
© 2022 Author(s). This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 licence (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Maternal quality of life in the postpartum period

Jakość życia matek w okresie połogu

Katarzyna Kanadys[1], Angelika Giermasińska[2], Monika Barbara Pytka[3], Anna B. Pilewska-Kozak[1]

[1] Department of Obstetrics and Gynaecology Nursing, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin/ Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
[2] Student of Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin/Student Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
[3] Department of Biotechnology, Microbiology and Human Nutrition, Faculty of Food Science and Biotechnology, University of Life Sciences in Lublin/ Katedra Biotechnologii, Mikrobiologii i Żywienia Człowieka, Wydział Nauk o Żywności i Biotechnologii, Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie

CORRESPONDING AUTHOR/AUTOR DO KORESPONDENCJI:
Anna B. Pilewska-Kozak
Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Staszica 4/6, 20-081 Lublin
e-mail: annapilewskakozak@umlub.pl

STRESZCZENIE

JAKOŚĆ ŻYCIA MATEK W OKRESIE POŁOGU

Wprowadzenie. Jakość życia rozpatruje się jako pojęcie obiektywne oraz subiektywne. Poziom jakości życia jest warunkowany wieloma czynnikami, zarówno tymi zależnymi od człowieka, jak i tymi na które nie mamy wpływu.

Cel pracy. Doniesienia z piśmiennictwa wskazują, że zmiany w sferach: biologicznej, psychologicznej i społecznej, do których dochodzi w czasie ciąży i połogu mogą wpływać na jakość życia kobiet. Dlatego podjęto badania, których celem była ocena jakości życia kobiet w okresie poporodowym, zależnie od zmiennych socjodemograficznych.

Materiał i metody. Badaniami objęto 350 kobiet, które były w połogu. Do przeprowadzenia badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem standaryzowanego narzędzia w polskiej wersji Kwestionariusza Dotyczącego Zdrowia- EQ-5D-5L i autorskiego kwestionariusza ankiety, dotyczącego danych socjodemograficznych kobiet.

Wnioski. Kobiety w okresie połogu charakteryzował głównie wysoki i przeciętny poziom jakości życia. Zadowalającym jest fakt, że w niniejszym badaniu tylko co dziesiąta położnica odczuwała niski poziom jakości życia. Poczucie jakości życia położnic różnicowały aktywność zawodowa i ich sytuacja materialna. Kobiety uczące się lub studiujące i deklarujące gorszą sytuację materialną przeważały w grupie o niskim poziomie jakości życia. Pozostałe przyjęte w pracy zmienne, takie jak: wiek, wykształcenie, stan cywilny nie warunkowały jakości życia kobiet w okresie połogu.

Słowa kluczowe: **jakość życia, połóg, zmienne socjodemograficzne**

ABSTRACT

MATERNAL QUALITY OF LIFE IN THE POSTPARTUM PERIOD

Introduction. Quality of life is a concept which can be considered from an objective and subjective perspective. The level of life quality is determined by a number of factors, both those dependent on us and those beyond our control.

Aim. Reports in the literature indicate that changes in the biological, psychological, and social spheres that occur during pregnancy and the postpartum period can affect women's quality of life. Therefore, a study was undertaken to evaluate the relation between the quality of life of women in the postpartum period and socio-demographic variables.

Material and method. The study included 350 postpartum women. The research method was a diagnostic survey carried out with the use of the Polish version of EQ-5D-5L Health Questionnaire, which is a standardized tool, and an original questionnaire was used to collect the socio-demographic data.

Results. Postpartum women were mainly characterized by high and average levels of quality of life. Encouragingly, only one in ten postpartum women in the present study experienced a low level of quality of life. Perception of quality of life of postpartum women was differentiated by their occupational status and financial situation. Women who were studying or learning and those who declared being in a worse financial situation predominated in the group with a low quality of life. Other variables, such as age, level of education and marital status, did not affect the quality of life of postpartum women.

Key words: **quality of life, postpartum period, socio-demographic variables**

INTRODUCTION

Quality of life is an interdisciplinary issue used in many fields of study. There is no consistent terminology – depending on the scientific discipline, the term 'quality of life' has a different meaning. In the field of medicine, attention is mostly focused on health. The issue lies within the interest of sociologists, psychologists, doctors, nurses, and other professionals. They all pay special attention to the aspect of quality of life which is determined by health. In clinical practice, it is objectively understood as the conditions of life and human functioning [1,2]. These conditions include physical, financial, and socio-cultural reality. Subjectively, quality of life is the effect of verifying and valuing the whole life and various existential spheres. Well-being refers to the sense of satisfaction of a cognitive nature, or to the emotional sphere of life. The aspects that are taken into account when performing health assessment include the physical, emotional and social side of human functioning, as well as symptoms of diseases and effects of treatment, and the methods of coping with disease-related difficulties [3].

Puerperium is the period after pregnancy and childbirth in which anatomical, morphological, and functional changes that women undergo during pregnancy gradually subside and the body returns to its pre-pregnancy state. This time is divided into the immediate puerperium (24 hours after childbirth), early puerperium (1 week after childbirth), and remote puerperium (lasting up to 6 weeks after childbirth). In puerperium there are involutional processes in the reproductive organ and systemic changes [4]. It is a special time in a woman's life and may involve changes that can shape the quality of life. Nowacka lists the problems that postpartum women may face. They include pain after suturing episiotomies or perineal tears, discomfort due to uterine contraction, anxiety, exhaustion, and difficulties with breastfeeding [5]. After childbirth a woman enters a new role in life that is motherhood. A number of changes take place in her life. They concern the physical as well as the psychological sphere. The quality of life of a postpartum woman is affected by many factors. Among them there are sociodemographic ones [6].

AIM

The aim of this study was to evaluate the quality of life of postpartum women with reference to selected sociodemographic variables.

MATERIALS AND METHODS

The study included 350 postpartum women (up to 6 weeks after childbirth). The study was conducted in the Independent Public Clinical Hospital No. 1 in Lublin and in the Independent Public Health Care Facilities in Zwoleń. The research method was a diagnostic survey carried out with the use of the Polish version of the EQ-5D-5L Health Questionnaire, which is a standardized tool, and an original questionnaire, which was used to collect the sociodemographic data. A prior consent to use the EQ-5D-5L questionnaire was obtained from EuroQoL. The study was registered under ID number 39104 on 09/12/2020. The EQ-5D-5L is a five-level version of the questionnaire. The tool was introduced by EuroQoL in 2009 in order to assess quality of life. The EQ-5D-5L is a general questionnaire recommended for respondents above 12 years of age. It consists of a descriptive part (EQ-5D) and a visual analogue scale EQ-VAS. The descriptive system covers the following dimensions: mobility, self-care, usual activities, pain/discomfort, and anxiety/depression. Each dimension is divided into 5 levels: no problems, slight problems, moderate problems, severe problems, extreme problems. Respondents are requested to indicate the most appropriate level for each dimension that best defines their health in the specific time in life. Each answer has a corresponding score which determines the level for the given dimension. When scores from all five dimensions are collected, the health of the respondent can be assessed. It was assumed that 0-33% of possible maximum score indicates low quality of life, 33.3-66.6% represents average quality of life, and above 66.6% high quality of life. The EQ-VAS is a vertical visual analogue scale that takes values between 100 (best imaginable health) and 0 (worst imaginable health), on which patients provide a global assessment of their health. The EQ-VAS scale serves as a quantitative measure of health that takes into account the patient's subjective assessment [7-9].

Statistical analysis of the collected study material was performed with IBM SPSS Statistics, version 26. The relationship between the two qualitative variables was checked using the chi-square test. The obtained results of the analysis were assumed to be statistically significant at the significance level of $p<0.05$.

Faculty Council approval was obtained for the present study.

RESULTS

The study group comprised 166 (43.1%) women up to 25 years of age, a similar number of respondents between 26 and 35 years of age (47.4%; n=151), and 33 women over 35 years of age. Prevailing number of participants lived in urban areas (61.1%; n=214). When it comes to 38.9% (n=136) of the women, they resided in rural areas. The number of 58% (n=203) of them were married, 42% (n=147) declared they were unmarried. When it comes to 43.4% of respondents, they completed tertiary education (n=57), 40.3% had secondary education (n=141) and the remaining 16.3% (n=152) of women had primary or basic vocational education. More than half of the respondents had jobs (65.1%; n=228), and about a quarter was unemployed (23.4%; n=82). The remaining 11.4% (n=40) either went to school or studied. The vast majority of women described their socioeconomic conditions as good (70.3%; n=246), and the remaining 29.7% (n=104) claimed they lived in average or poor socioeconomic conditions.

High quality of life was enjoyed by the biggest group of respondents (48.3%; n=169), followed by average quality of life of 41.1% (n=144) of postpartum women. When it comes to 10.6% (n=37) of participants, they lived a life of low quality.

The vast majority of women declared no problems with mobility (76.6%; n=268), self-care (87.7%; n=307) and performing usual activities (72.6%; n=254). Less than half of the women reported experiencing little pain (48.6%; n=170), and slightly over one-third declared that they felt no pain (36.3%). Feeling moderate pain was declared by 12.3% (n=43) and the remaining 2.9% (n=10) of respondents described the pain as severe. The last analysed aspect was anxiety/depression. More than half of the women (53.7%; n=188) declared no such problems, 32.6% (n=114) were slightly depressed and anxious, 7.4% (n=26) reported moderate problems, 5.4% (n=19) were severely anxious and 0.9% (n=3) extremely anxious. Table 1. shows the analysis of quality of life assessment according to age.

Tab. 1. Analysis of quality of life assessment according to age

Age	Quality of life			Total
	Low	Average	High	
	n %	n %	n %	n %
Under 25	16	73	62	151
	10.6%	48.3%	41.1%	100.0%
26-35	18	58	90	166
	10.8%	34.9%	54.2%	100.0%
Over 35	3	13	17	33
	9.1%	39.4%	51.5%	100.0%
Total	37	144	169	350
	10.6%	41.1%	48.3%	100.0%
Statistical analysis Chi^2=6.474; p=0.166				

We found that the studied postpartum women aged 26-35 were more likely to have high level of quality of life (54.2%; n=90) than the women under 25 years of age (41.1%; n=62) and the women over 35 (51.5%; n=17). There was no statistically significant relationship (p>0.05) between the respondents' quality of life and their age.

Table 2. shows the analysis of quality of life assessment according to the educational background.

Tab. 2. Analysis of quality of life assessment according to the educational background

Education	Quality of life			Total
	Low	Average	High	
	n %	n %	n %	n %
Basic vocational/ primary education	5	24	28	57
	8.8%	42.1%	49.1%	100.0%
Secondary	12	58	71	141
	8.5%	41.1%	50.4%	100.0%
Higher	20	62	70	152
	13.2%	40.8%	46.1%	100.0%
Total	37	144	169	350
	10.6%	41.1%	48.3%	100.0%
Statistical analysis Chi^2=2.011; p=0.734				

Statistical analysis showed that mothers who completed secondary education were slightly more likely to have high quality of life (50.4%; n=71) compared to respondents who had a university degree (46.1%; n=70) or basic vocational/primary education (49.1%; n=28). There was no statistically significant relationship (p>0.05) between the respondents' quality of life and the level of their education. Thus, the analyzed variable did not condition the quality of their life.

Table 3. shows the analysis of quality of life assessment according to the marital status.

Tab. 3. Analysis of quality of life assessment according to the marital status

Marital status	Quality of life			Total
	Low	Average	High	
	n %	n %	n %	n %
Not married	17	63	67	147
	11.6%	42.9%	45.6%	100.0%
Married	20	81	102	203
	9.9%	39.9%	50.2%	100.0%
Total	37	144	169	350
	10.6%	41.1%	48.3%	100.0%
Statistical analysis Chi^2=0.802; p=0.670				

Analysis of the obtained study results showed that married women were more likely to have high quality of life (50.2%; n=102) than unmarried respondents (45.6%; n=67). However, there was no statistically significant relationship (p>0.05) between the respondents' quality of life and their marital status. Our study showed that marital status did not condition the quality of life of postpartum women.

Table 4. shows the analysis of quality of life assessment according to the occupational status.

Tab. 4. Analysis of quality of life assessment according to the occupational status

Occupational status	Quality of life			Total
	Low	Average	High	
	n %	n %	n %	n %
I am a student/ I attend school	5	24	11	40
	12.5%	60.0%	27.5%	100.0%
I work	20	92	116	228
	8.8%	40.4%	50.9%	100.0%
I am unemployed	12	28	42	82
	14.6%	34.1%	51.2%	100.0%
Total	37	144	169	350
	10.6%	41.1%	48.3%	100.0%
Statistical analysis Chi^2=10.629; p=0.031				

Research results showed that unemployed respondents were more likely to have high quality of life (51.2%; n=42) than those studying or learning (27.5%; n=11). And among the working women, high quality of life was claimed by 50.9% (n=116). A statistically significant relationship ($p<0.05$) was found between the quality of life and the occupational status of the studied women. Our study showed that occupational status determined the quality of life of postpartum women. It was more often low among the schoolgirls and students than among the unemployed and working women.

Table 5. shows the analysis of quality of life assessment according to the socioeconomic situation.

Tab. 5. Analysis of quality of life assessment according to the socioeconomic situation

Socioeconomic situation	Quality of life			Total
	Low	Average	High	
	n %	n %	n %	n %
Good	19	92	135	246
	7.7%	37.4%	54.9%	100.0%
Average/poor	18	52	34	104
	17.3%	50.0%	32.7%	100.0%
Total	37	144	169	350
	10.6%	41.1%	48.3%	100.0%
Statistical analysis $Chi^2=16.624$; $p<0.001$				

It was found that the respondents who declared good socioeconomic conditions were more likely to exhibit high quality of life (54.9%; n=135) than the respondents who had poor or average socioeconomic conditions (32.7%; n=34). A statistically significant correlation ($p<0.05$) was found between the quality of life of the participants and their socioeconomic situation. Our study showed that socioeconomic situation determined the level of quality of life of postpartum women, which was higher in women in good financial situation than in women who described their financial situation as average or poor.

DISCUSSION

Quality of life is understood as a sensation in which a person relates to his/her life situation. It depends on physiological and psychological aspect. During the puerperium many biological, psychological, and social changes occur in the woman's body. These changes are physiological for this period, although many women experience various pathologies. According to Rezaei et al. [10], 40% of women worldwide every year struggle with health problems during pregnancy or in the postpartum period, out of whom 11% suffer from prolonged postpartum complications such as anemia, infections, bleeding, sexual dysfunctions and disorders with psychogenic background.

The first aspect studied in this research was the overall quality of life of postpartum women. This was done with a standardized tool – the Polish version of EQ-5D-5L Health Questionnaire. In our study we found that almost every second respondent had high quality of life. The available literature contains no reports on the general quality of life in postpartum women during this period. Matuszyk et al. [11] in their study with the use of a questionnaire for the assessment of quality of life SF-36v1 (Quality of life SF-36v1), evaluating values related to the quality of life in postpartum women, demonstrated a statistically significantly better quality of life in women at the sixth week after delivery and in the sixth month after delivery, compared to the immediate postpartum period.

Another dimension analysed with EQ-5D-5L questionnaire was anxiety/depression. Over half of the studied women (53.7%) declared no such problems. When it comes to 32.6% of respondents, they said they were slightly depressed and anxious. While 7.4% reported moderate anxiety, 5.4% were severely anxious and 0.9% extremely anxious. A study of postpartum women (1-13 months after childbirth) carried out by Hitimana et al. [12] found that the median quality of life score measured with the EQ-5D was 1.00 (no problems), the median response to EQ-VAS was 70 (scale 0-100), and the mean values were 0.92 and 69.58, respectively. Respondents mostly reported no problems with mobility, self-care or usual activities. What is satisfying is that the majority of women (95%) reported 'no problems with walking about', 99% had 'no problems with self-care', and 94% of women reported 'no problems with performing my usual activities'. Only 5% of women wrote about 'problems with walking about', 5% reported 'some problems with performing my usual activities', and 1% reported 'some problems washing or dressing myself'. Harasim-Piszczatowska et al. [13] in their study on life satisfaction conducted in a group of women who gave birth a year earlier, showed that every third respondent was 'rather satisfied' (39.8%) or 'very satisfied' (31.8%), and 6.0% of respondents claimed they were 'definitely satisfied'. Dissatisfaction with life was reported by 17.8% of women. Only 4.6% claimed that they were neither satisfied nor dissatisfied with their life. In another study, conducted in a group of postpartum women by Czerwińska-Osipiak [14] it was found that participants' average score for life satisfaction was 8.49. In that study life satisfaction was measured with Cantril ladder and it was assumed that any response under 6 points on a 0-10 scale indicated dissatisfaction with life. According to Jeong et al. [15], marital intimacy, postpartum fatigue, postpartum depression, adaptation to breastfeeding, and having a job were the factors that affected the quality of life of postpartum women. A study conducted by Mousavi et al. [16] showed that the quality of life of postpartum women was good for 55.6% of women, moderate for 40.8%, and poor for 3.6%. Khwepeya et al. [17] in their study conducted in a group of early postnatal women after vaginal birth, showed that their overall quality of life and health were satisfactory. Quality of life in this cited study was higher in the psychological health and social relationships domains than in the environmental and physical health domains. Özdemir et al. [18] showed that the postpartum quality of life mean score was 20.17±5.51. Daglar et al. [19] showed that the quality of life mean score was 3.82±0.90, the health mean score was 3.75±0.97, the physical health

mean score was 14.29±2.72, the mental health mean score was 14.70±2.52, the social relationships mean score was 14.98±3.10, the environment mean score was 15.48±2.18. Kohlera et al. [20] on the basis of the research conducted with the use of the EQ-5D-5L questionnaire in a group of women who were up to 30 days of giving birth, showed that more than 74% of respondents declared depression and anxiety in the early postpartum period. The quality of life of these women declared on days 3-7 postpartum depended on the birth mode ($p < 0.04$). However, over 89% of respondents did not declare problems in the late postpartum period, i.e. 21-30 days after delivery. Difficulties during this period were experienced by ≤ 0.6% of women, who defined them as severe problems. When it comes to ≤ 2.2% of women, they had moderate problems, and < 20% of women had slight problems. In the section 'ability to perform usual activities' the answer 'no problems' was chosen by 96% of women in the late postpartum period after vaginal birth and by 80% of women after cesarean section. Women after cesarean section more often had problems with mobility, self-care, usual activities, and pain or discomfort.

In our study we attempted to assess quality of life depending on sociodemographic factors including: age, marital status, education, occupational status and socioeconomic situation.

The first analysed variable was age and its effect on women's quality of life after childbirth. The results showed that age did not condition the quality of life of postpartum women. Respondents aged 26-35 had high quality of life (54.2%) more often than respondents aged under 25 years (41.1%) and respondents over 35 years (51.5%). However, there was no statistically significant relationship ($p>0.05$) between the respondents' quality of life and their age. Czerwinska-Osipiak [14] in a study conducted in a group of postpartum women in week 5-6 postpartum, found that the tolerance of pain caused by the C-section wound decreases with age. Jeong et al. [15] conducted a study in a group of postpartum women and found that women under the age of 35 had higher scores for quality of life than older women, who were over the age of 35. Daglar et al. [19] showed that in the first week after childbirth, age determined women's quality of life, which was significantly higher in women who did not work and were in the age group of 20-34 than in other respondents. Hitimana et al. [12] in their study based on EQ-5D-5L questionnaire, showed that respondents over 40 years of age had significantly lower scores for quality of life than women under 40 years of age. They also used the visual analogue scale (EQ-VAS) in that study, and based on the responses they showed that there were no statistically significant differences in quality of life between these age groups.

Another analysed variable was marital status. The results of our study showed that marital status did not condition the quality of life of postpartum women. Married women more often had high scores for quality of life (50.2%) than unmarried respondents (45.6%), but these differences were not statistically significant. And a study conducted by Hitimana et al. [12] shows that separated, divorced, widowed, and unmarried or single respondents were significantly more likely to have lower scores for quality of life than respondents who were married or cohabitating.

The results of our study indicated that the level of education did not determine the quality of life in a statistically significant way. It was shown that respondents who completed secondary education were more likely to have high quality of life (50.4%), compared to respondents with tertiary education (46.1%) or basic vocational/primary education (49.1%). Papamarkou et al. [21] in their study found that women with primary and secondary education experienced higher levels of postpartum depression symptoms ($p = 0.005$) than those with tertiary education. Education level was statistically significantly associated with postpartum depression symptoms. And the study conducted by Hitimana et al. [12] showed that women who completed upper secondary level or university level education exhibited significantly higher quality of life scores compared to women in other groups (vocational school, primary school, lower secondary school). Respondents who completed primary education and those who did not, had similar quality of life scores. Thus, in the cited study, it was found that higher quality of life was characteristic for women who had higher education. Furthermore, Obregon et al. [22] showed that education level had an impact on quality of life in the physical health domain ($p=0.01$). Women with primary/secondary education had lower quality of life scores in the physical health domain than mothers who had higher education. Mousavi et al. [16] who conducted a study in a group of postpartum women, showed that higher education and living arrangement involving a bigger number of cohabitants increase quality of life and reduce the incidence of postpartum depression.

Another sociodemographic factor that we analysed in relation to the quality of life was the occupational status of the respondents. Our research showed that 50.9% respondents who were professionally active exhibited high scores for quality of life. We also showed that respondents who were unemployed were more likely to have a high quality of life (51.2%) than women who were learning or studying (27.5%). Thus, the results of our study showed that occupational status determined the quality of life of postpartum women. The quality of life was lower among the schoolgirls and students than among the unemployed and professionally active women. Jeong et al. [15] showed that occupational status ($p=0.004$) determined the quality of life of postpartum women.

And finally we focused on the socioeconomic situation of the postpartum women and its impact on their quality of life. The outcome of our research showed that the financial situation determined the quality of life of women in the postpartum period. It was found that the respondents who declared good socioeconomic conditions were more likely to exhibit high quality of life (54.9%) than the respondents who had poor or average socioeconomic conditions (32.7%). Similarly, Hitimana et al. [12] showed that the wealthy respondents had higher quality of life than the respondents who were worse off.

In summary, one might be tempted to conclude that postpartum women in the vast majority of cases were cha-

racterized by high or average quality of life. The results of this study showed that with respect to sociodemographic factors, the quality of life level of postpartum women was mainly dependent on their occupational status and financial situation. This fact indicates the need to extend individualized holistic psychoprophylactic care to postpartum women in poor and average financial situation and to those who are learning or studying. In addition, it is worth noting that it would be ideal to educate and offer support already in the period before the conception, especially to very young schoolgoers, by promoting the concept of self-care.

Early implemented care as well as educational and health-promoting activities may contribute to improving their quality of life.

CONCLUSIONS

1. Postpartum women were mainly characterized by high and average levels of quality of life. Encouragingly, only one in ten postpartum women in the present study experienced a low level of quality of life.
2. Perception of quality of life of postpartum women was differentiated by their occupational status and financial situation. Women who were studying or learning and those who declared being in a worse financial situation predominated in the group with a low quality of life. Other variables, such as age, level of education and marital status, did not affect the quality of life of postpartum women.

Jakość życia matek w okresie połogu

WPROWADZENIE

Jakość życia jest zagadnieniem interdyscyplinarnym, wykorzystywanym w wielu dziedzinach nauki. Nie ma spójnej terminologii odnośnie jakości życia. W zależności od dyscypliny naukowej pojęcie jakości życia ma inne znaczenie. W medycynie skupia się największą uwagę na stanie zdrowia. Nad zagadnieniem tym pracują socjologowie, psychologowie, lekarze, pielęgniarki i inne wykwalifikowane osoby. Naukowcy zwracają szczególną uwagę na jakość życia, która zależy od stanu zdrowia. W praktyce klinicznej pod względem obiektywnym rozumie się ją jako warunki życia oraz funkcjonowanie człowieka [1-2]. Do tych uwarunkowań zalicza się rzeczywistość fizyczną, materialną oraz społeczno-kulturową. Subiektywnie jest ona efektem weryfikowania, wartościowania całego życia oraz różnych sfer egzystencjalnych. Dobrostan nawiązuje do poczucia satysfakcji o charakterze poznawczym lub do sfery emocjonalnej. W celu oceny stanu zdrowia uwzględnia się funkcjonowanie człowieka od strony fizycznej, emocjonalnej, społecznej, symptomów schorzeń, efektów leczenia. Również metody radzenia sobie pacjenta z trudnościami związanymi z chorobami [3].

Połóg jest okresem po ciąży i porodzie, w którym anatomiczne, morfologiczne i czynnościowe zmiany ciążowe stopniowo ustępują, a organizm wraca do stanu sprzed ciąży. Czas ten dzieli się na okres bezpośredni (24 godziny po porodzie), wczesny połóg (dotyczy 1 tygodnia po porodzie) oraz późny połóg (trwający do 6 tygodnia). W połogu występują procesy inwolucyjne w narządzie rodnym oraz zmiany ogólnoustrojowe [4]. Jest to szczególny okres w życiu kobiety, może wiązać się ze zmianami, które mogą kształtować jakość życia. Ponadto Nowacka [5] wymienia problemy, z jakimi mogą mieć do czynienia położnice w okresie połogu, czyli ból po zszyciu krocza, dyskomfort spowodowany obkurczaniem się macicy, lęk, przemęczenie, trudności z karmieniem piersią. Po porodzie kobieta wchodzi w nową rolę w życiu jakie stanowi macierzyństwo. W jej życiu zachodzi szereg zmian. Dotyczą one sfery fizycznej jak i psychicznej. Na jakość życia kobiety w okresie połogu wpływa wiele czynników. Należą do nich między innymi czynniki socjodemograficzne [6].

CEL PRACY

Celem pracy była próba oceny jakości życia kobiet w okresie połogu, zależnie od wybranych zmiennych socjodemograficznych.

MATERIAŁ I METODA

Badaniami objęto 350 kobiet, które były w połogu (do 6. tygodnia po porodzie). Badania zostały przeprowadzone w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie oraz w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Zwoleniu. Do przeprowadzenia badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem standaryzowanego narzędzia badawczego polskiej wersji Kwestionariusza Dotyczącego Zdrowia- EQ-5D-5L i autorskiego kwestionariusza ankiety dotyczące danych socjodemograficznych. Na przeprowadzenie badań z użyciem kwestionariusza EQ-5D-5L uzyskano zgodę od firmy EuroQol. Badanie zostało zarejestrowane pod numerem ID 39104 w dniu 09.12.2020 rok.EQ-5D-5L jest pięciopoziomową wersją kwestionariusza. Narzędzie zostało wprowadzone przez firmię EuroQol w 2009 roku w celu pomiaru jakości życia. EQ-5D-5L jest kwestionariuszem ogólnym stosowanym u osób powyżej 12. roku życia. Składa się ono z części opisowej (EQ-5D) oraz wizualnej skali analogowej EQ-VAS. System opisowy zawiera w sobie elementy: mobilność, samoopiekę, zwykłe czynności, ból/dyskomfort i lęk/depresję. Każdy z poziomów podzielony jest na 5 odpowiedzi: brak problemu, mały problem, umiarkowany problem, poważny problem, bardzo duży problem. Osoba wypełniająca ma za zadanie wskazać stwierdzenie, które najbardziej określa jego stan zdrowia w danym

okresie życia. Z jednej odpowiedzi uzyskuje się 1 liczbę, która określa poziom dla wybranego etapu. Zebranie 5 liczb z wszystkich wymiarów umożliwia określenie stanu zdrowia badanej jednostki. Do analizy badań przyjęto, że 0-33% możliwych punktów to niska jakość życia, powyżej 33,3 – 66,6% przeciętna jakość życia, powyżej 66.6% wysoka jakość życia. Natomiast EQ-VAS charakteryzuje samopoczucie pacjenta na podstawie pionowej, wizualnej skali analogowej. Przy czym punkt na końcu oznacza „Najlepsze zdrowie, jakie można sobie wyobrazić", a drugi „Najgorsze zdrowie, jakie można sobie wyobrazić". Zakres punktów obejmuje 0-100 do oceny natężenia zdrowia. Skala EQ-VAS służy jako ilościowy miernik wyniku zdrowotnego, który uwzględnia subiektywną ocenę pacjenta [7-9].

Zebrany materiał badawczy opracowano statystycznie za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics, wersja 26. Zależność pomiędzy dwoma zmiennymi jakościowymi sprawdzono testem chi-kwadrat. Otrzymane wyniki analizy przyjęto za statystycznie istotne przy poziomie istotności p<0,05.

Uzyskano zgodę Rady Wydziału na przeprowadzenie niniejszych badań.

WYNIKI

W badanej grupie było 43,1% (n=166) kobiet w wieku do 25 lat. Prawie tyle samo kobiet miało od 26 do 35 lat (47,4%; n=151). Pozostałe 9,4% (n=33) badanych miało powyżej 35 lat. Ponad połowa kobiet zamieszkiwała miasto (61,1%; n=214). Pozostałe 38,9% (n=136) kobiet zamieszkiwało wieś. W badanej grupie było 58% (n=203) kobiet w związku małżeńskim. Pozostałe 42% (n=147) ankietowanych deklarowało, że są niezamężne. Najwięcej kobiet miało wykształcenie wyższe (43,4%; n=57). Niewiele mniej badanych miało wykształcenie średnie (40,3%; n=141). Pozostałe 16,3% (n=152) kobiet miało wykształcenie podstawowe lub zawodowe. Ponad połowa badanych kobiet pracowała zawodowo (65,1%; n=228). Blisko co czwarta ankietowanych była bezrobotna (23,4%; n=82). Pozostałe 11,4% (n=40) ankietowanych studiowało lub uczyło się. Zdecydowana większość kobiet określiła swoje warunki socjalno-ekonomiczne jako dobre (70,3%; n=246). Pozostałe 29,7% (n=104) kobiet miało średnie lub złe warunki socjalno-ekonomiczne.

Za pomocą narzędzia standaryzowanego EQ-5D-5L ustalono ogólny poziom jakości życia badanych kobiet. Najwięcej badanych charakteryzowało się wysokim poziomem jakości życia (48,3%; n=169). Przeciętny poziom jakości życia odnotowano u 41,1% (n=144) kobiet. Z kolei niski poziom jakości życia miało 10,6% (n=37) kobiet.

Za pomocą standaryzowanego narzędzia EQ-5D-5L zbadano również ogólną jakość życia w poszczególnych aspektach: poruszanie się, samoobsługa, wykonywanie zwykłych czynności, odczuwanie bólu, niepokój/przygnębienie. Zdecydowana większość kobiet nie deklarowała problemów z poruszaniem się (76,6%; n=268), czy też z samoobsługą (87,7%; n=307), wykonywaniem zwykłych czynności (72,6%; n=254). Mniej, niż połowa kobiet zadeklarowała, że odczuwa niewielki ból (48,6%; n=170). Ponad jedna (36,3%; n=127) trzecia kobiet zadeklarowała, że nie odczuwała bólu. Pozostałe kobiety zadeklarowały (12,3%; n=43) umiarkowany ból oraz (2,9%; n=10) silny ból. Kolejnym analizowanym czynnikiem był niepokój/przygnębienie. Ponad połowa kobiet zadeklarowała brak problemu (53,7%; n=188). Natomiast (32,6%; n=114) było trochę przygnębiona i nie spokojna. Pozostałe kobiety zadeklarowały problem jako (7,4%; n=26) umiarkowanie nie spokojna, (5,4%; n=19) bardzo niespokojna, (0,9%; n=3) krańcowo niespokojna.

W Tabeli 1 przedstawiono analizę oceny poziomu jakości życia zależnie od wieku.

Tab. 1. Ocena poziomu jakości życia z uwzględnieniem wieku

Wiek	Jakość życia			Razem
	Niska	Średnia	Wysoka	
	n %	n %	n %	n %
Do 25 lat	16	73	62	151
	10,6%	48,3%	41,1%	100,0%
26-35 lat	18	58	90	166
	10,8%	34,9%	54,2%	100,0%
Powyżej 35 lat	3	13	17	33
	9,1%	39,4%	51,5%	100,0%
Razem	37	144	169	350
	10,6%	41,1%	48,3%	100,0%
Analiza statystyczna Chi^2=6,474; p=0,166				

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że badane położnice w wieku 26-35 lat częściej miały wysoki poziom jakości życia (54,2%; n=90) niż badane w wieku do 25 lat (41,1%; n=62) i kobiety w wieku powyżej 35 lat (51,5%; n=17). Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności (p>0,05) pomiędzy jakością życia badanych, a ich wiekiem.

Analizę oceny poziomu jakości życia zależnie od wykształcenia przedstawiono w Tabeli 2.

Tab. 2. Ocena poziomu jakości życia z uwzględnieniem wykształcenia

Wykształcenie	Jakość życia			Razem
	Niska	Średnia	Wysoka	
	n %	n %	n %	n %
Podstawowe/ gimnazjalne	5	24	28	57
	8,8%	42,1%	49,1%	100,0%
Średnie	12	58	71	141
	8,5%	41,1%	50,4%	100,0%
Wyższe	20	62	70	152
	13,2%	40,8%	46,1%	100,0%
Razem	37	144	169	350
	10,6%	41,1%	48,3%	100,0%
Analiza statystyczna Chi^2=2,011; p=0,734				

Analiza statystyczna wykazała, że matki z wykształceniem średnim nieznacznie częściej miały wysoką jakość życia (50,4%; n=71) w porównaniu z badanymi z wykształceniem wyższym (46,1%; n=70) lub zawodowym/podstawowym (49,1%; n=28).

Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności (p>0,05) pomiędzy jakością życia badanych, a ich wy-kształceniem. Zatem analizowana zmienna nie warunkowała poziomu jakości ich życia.

W Tabeli 3 przedstawiono analizę oceny poziomu jakości życia zależnie od stanu cywilnego.

Tab. 3. Ocena poziomu jakości życia z uwzględnieniem stanu cywilnego

Stan cywilny	Jakość życia			Razem
	Niska	Średnia	Wysoka	
	n %	n %	n %	n %
Niezamężna	17	63	67	147
	11,6%	42,9%	45,6%	100,0%
Zamężna	20	81	102	203
	9,9%	39,9%	50,2%	100,0%
Razem	37	144	169	350
	10,6%	41,1%	48,3%	100,0%
Analiza statystyczna Chi^2=0,802; p=0,670				

Analiza wyników badań własnych wykazała, że kobiety w związku małżeńskim częściej miały wysoki poziom jakości życia (50,2%; n=102), niż badane stanu wolnego (45,6%; n=67). Jednak nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności (p>0,05) pomiędzy jakością życia badanych a ich stanem cywilnym. Badania własne wykazały, że stan cywilny nie warunkował jakości życia kobiet w okresie połogu.

Analizę oceny poziomu jakości życia zależnie od aktywności zawodowej przedstawiono w Tabeli 4.

Tab. 4. Ocena poziomu jakości życia z uwzględnieniem aktywności zawodowej

Aktywność zawodowa	Jakość życia			Razem
	Niska	Średnia	Wysoka	
	n %	n %	n %	n %
Studiuję/ uczę się	5	24	11	40
	12,5%	60,0%	27,5%	100,0%
Pracuję zawodowo	20	92	116	228
	8,8%	40,4%	50,9%	100,0%
Jestem osobą bezrobotną	12	28	42	82
	14,6%	34,1%	51,2%	100,0%
Razem	37	144	169	350
	10,6%	41,1%	48,3%	100,0%
Analiza statystyczna Chi^2=10,629; p=0,031				

Przeprowadzone badania wykazały, że badane bezrobotne częściej miały wysoki poziom jakości życia (51,2%; n=42), niż uczące się bądź studiujące (27,5%; n=11). Natomiast 116 (50,9%) badanych pracujących zawodowo miało wysoką jakość życia. Stwierdzono istotną statystycznie zależność (p<0,05) pomiędzy jakością życia badanych, a ich sytuacją zawodową. Badania własne wykazały, że aktywność zawodowa warunkowała jakość życia kobiet w okresie połogu. Częściej była ona niska w grupie położnic uczących się/studiujących, niż wśród bezrobotnych i pracujących zawodowo.

W Tabeli 5 przedstawiono analizę oceny poziomu jakości życia, zależnie sytuacji socjalno-ekonomicznej.

Tab.5. Ocena poziomu jakości życia z uwzględnieniem sytuacji socjalno-ekonomicznej

Sytuacja socjalno-ekonomiczna	Jakość życia			Razem
	Niska	Średnia	Wysoka	
	n %	n %	n %	n %
Dobre	19	92	135	246
	7,7%	37,4%	54,9%	100,0%
Średnie/złe	18	52	34	104
	17,3%	50,0%	32,7%	100,0%
Razem	37	144	169	350
	10,6%	41,1%	48,3%	100,0%
Analiza statystyczna Chi^2=16,624; p<0,001				

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że ankietowane, które deklarowały dobre warunki socjalno-ekonomiczne częściej miały wysoki poziom jakości życia (54,9%; n=135), niż badane, które miały złe lub średnie warunki socjalno-ekonomiczne (32,7%; n=34). Stwierdzono istotną statystycznie zależność (p<0,05) pomiędzy jakością życia badanych a ich sytuacją socjalno-ekonomiczną. Badania własne wykazały, że sytuacja socjalno-ekonomiczna warunkowała poziom jakości życia kobiet w okresie połogu, który był wyższy u kobiet z dobrą sytuacją materialną niż średnią lub złą.

DYSKUSJA

Jakość życia rozumiana jest jako poczucie, w jakim dana osoba odnosi się do sytuacji życiowej. Zależy ona od aspektu fizjologicznego, psychologicznego. W czasie połogu dochodzi w organizmie kobiety do licznych zmian natury biologicznej, psychologicznej i społecznej. Są to zmiany fizjologiczne dla tego okresu, jakkolwiek wiele z kobiet doświadcza różnego rodzaju patologii. Zdaniem Rezaei i wsp. [10] 40% kobiet ma zaburzenia zdrowotne, w tym 11% ma powikłania poporodowe, takie jak: niedokrwistość, infekcje, krwawienia, dysfunkcje seksualne, zaburzenia na tle psychogennym.

Pierwszym badanym podczas niniejszych poszukiwań aspektem było określenie ogólnej jakości życia kobiet w okresie połogu. Służyło temu standaryzowane narzędzie, polska wersja Kwestionariusza Zdrowia - EQ-5D-5L.

W badaniach własnych stwierdzono, iż blisko co druga badana charakteryzowała się wysoką jakością życia. W dostępnym piśmiennictwie nie znaleziono doniesień odnośnie ogólnej jakości życia położnic w tym okresie. Natomiast Matuszyk i wsp. [11] w swoich badaniach z wykorzystaniem kwestionariusz do oceny jakości życia SF-36v1 (Quality of life SF-36v1), oceniając wartości odnoszące się do jakości życia położnic wykazali istotnie statystycznie lepszą jakość życia u kobiet w szóstym tygodniu po porodzie i w szóstym miesiącu po porodzie, w porównaniu do okresu bezpośredniego po porodzie.

Kolejnym badanym przy użyciu EQ-5D-5L czynnikiem był niepokój/ przygnębienie. Ponad połowa (53,7%) kobiet zadeklarowała brak takiego problemu. Natomiast (32,6%) odpowiedziało, że były trochę przygnębione i niespokojne. Pozostałe kobiety zadeklarowały problem jako umiarkowanie niespokojna (7,4%), bardzo niespokojna (5,4%), krańcowo niespokojna (0,9%). Natomiast w badaniach przeprowadzonych w grupie kobiet po porodzie [1-13 miesięcy] przez Hitimana i wsp. [12] wykazano, że mediana wyniku jakości życia przy użyciu EQ-5D wyniosła 1,00 (brak problemów), mediana odpowiedzi na EQ-VAS wyniosła 70 (skala 0–100), a wartości średniej odpowiednio 0,92 i 69,58. Respondentki w większości nie zgłaszały problemów z poruszaniem się, samoopieką lub zwykłymi czynnościami. Satysfakcjonującym jest fakt, że gros (95%) kobiet zadeklarowało „brak problemów z chodzeniem", 99% „nie miało problemów z samoopieką", a 94% kobiet podało „brak problemów z wykonywaniem zwykłych czynności". Tylko 5% kobiet pisało o „problemach z chodzeniem", 5% kobiet zgłosiło, że „z pewnymi problemami wykonują swoje zwykłe czynności", a 1% miało „pewne problemy z myciem lub ubieraniem się". Z kolei Harasim-Piszczatowska i wsp. [13] w badaniach, przeprowadzonych w grupie kobiet po upływie roku od porodu wykazali, że co trzecia ankietowana była „raczej zadowolona" (39,8%) lub „bardzo zadowolona" (31,8%), a „zdecydowanie zadowolonych" było kolejnych 6,0% ankietowanych. Niezadowolenie z życia odnotowano w przypadku 17,8% kobiet, przy czym 4,6% badanym kobietom kwestia ta była obojętna. Ponadto Czerwińska-Osipiak [14] w badaniach, przeprowadzonych w grupie kobiet w połogu wykazała, że średnia zadowolenia z życia kobiet wynosiła 8.49. W badaniach tych zgodnie z drabiną Cantrila przyjęto, że udzielenie odpowiedzi poniżej 6 punktów, wskazuje na niezadowolenie z życia (maksymalna liczba to 10 punktów, a minimalna to 0 punktów). Zdaniem Jeong i wsp. [15] zażyłość małżeńska, zmęczenie poporodowe, depresja poporodowa, adaptacja do karmienia piersią oraz wykonywana praca były czynnikami, które wykazały zależność pomiędzy jakością życia kobiet w okresie połogu. Ponadto w przeprowadzonych przez Mousavi i wsp. [16] badaniach wykazano, że jakość życia kobiet w okresie połogu była w sytuacji 55,6% kobiet dobra, w przypadku 40,8% umiarkowana, a w odniesieniu do 3,6% niska. Natomiast Khwepeya i wsp. [17] w badaniach, przeprowadzonych w grupie kobiet po porodzie fizjologicznym, we wczesnym okresie poporodowym wykazali, że ogólna jakość życia i stan zdrowia badanych były zadowalające. Jakość życia w cytowanych badaniach była wyższa w kategoriach psychologicznych i społecznych, niż w środowiskowych i fizycznych. Ponadto Özdemir i wsp. [18] wykazali, że średnia ocena jakości życia po porodzie wyniosła 20,17±5,51. Natomiast Daglar i wsp. [19] wykazali, że średni wynik jakości życia matek wyniósł 3,82±0,90, średni wynik dla stanu zdrowia 3,75±0,97, średni wynik dla zdrowia fizycznego wyniósł 14,29±2,72, średni wynik dla zdrowia psychicznego wyniósł 14,70±2,52, średni wynik dla relacji społecznych wyniósł 14,98±3,10, średni wynik dla środowiska wyniósł 15,48±2,18. Kohlera i wsp. [19] na podstawie badań, przeprowadzonych za pomocą narzędzia EQ-5D-5L, w grupie kobiet, które były do 30 dni po porodzie wykazali, że ponad 74% respondentek zadeklarowało depresję, lęk we wczesnym okresie po porodzie. Jakość życia tych kobiet w 3-7 dniu połogu zależała od sposobu porodu ($p < 0,04$). Natomiast ponad 89% respondentek nie zadeklarowało problemów w późnym okresie połogu, tj. w terminie 21-30 dni od porodu. Trudności w tym okresie miało ≤ 0,6% kobiet w postaci poważnych problemów, ≤ 2,2% kobiet umiarkowanych problemów i < 20% kobiet drobnych problemów. W odniesieniu do zagadnienia „zdolność do wykonywania czynności" w późnym połogu odpowiedź (brak problemów) zaznaczyło 96% kobiet po porodzie fizjologicznym. Natomiast po cięciu cesarskim odpowiedź (brak problemów) zadeklarowało 80% kobiet. Kobiety po cięciu cesarskim częściej miały problemy w zakresie poruszania się, samoopieki, zwykłych czynności oraz bólu lub dyskomfortu.

W badaniach własnych podjęto próbę oceny poziomu jakości życia zależnie od czynników socjodemograficznych, w tym: wieku, stanu cywilnego, wykształcenia badanych, aktywności zawodowej, sytuacji socjalno-ekonomiczna.

Pierwszą analizowaną zmienną był wiek i jego wpływ na jakość życia kobiet po porodzie. Uzyskane rezultaty wykazały, że wiek nie warunkował jakości życia kobiet w okresie połogu. Ankietowane w wieku 26-35 lat częściej miały wysoki poziom jakości życia (54,2%), niż badane w wieku do 25 lat (41,1%) i badane w wieku powyżej 35 lat (51,5%). Jakkolwiek nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności ($p>0,05$) pomiędzy jakością życia badanych, a ich wiekiem.

Czerwińska-Osipiak [14] w badaniach przeprowadzonych w grupie położnic w 5. – 6. tygodniu po porodzie wykazała, że wraz z wzrostem wieku kobiet rośnie stopień odczuwanego przez nie bólu, spowodowanego raną po cięciu cesarskim. Jeong i wsp. [15] przeprowadzili badania w grupie kobiet, będących w okresie połogu, na podstawie których stwierdzili, że kobiety w wieku poniżej 35 lat miały wyższe wyniki jakości życia, niż młodsze, które były w wieku powyżej 35 lat. Ponadto Daglar i wsp. [19] wykazali, że wiek warunkował jakość życia kobiet w pierwszym tygodniu po porodzie. Jakość życia była istotnie wyższa u kobiet, które nie pracowały i były w grupie wiekowej 20-34 lata, niż pozostałe respondentki. Natomiast Hitimana i wsp. [12] na podstawie kwestionariusza EQ-5D-5L wykazali, że respondentki w wieku powyżej 40 lat miały znacznie niższe wyniki jakości życia, niż kobiety poniżej

40 roku życia. Ponadto cytowani autorzy, na podstawie odpowiedzi respondentek w wizualnej skali analogowej (EQ-VAS) wykazali, że nie ma istotnych statystycznie różnic w jakości życia między grupami wiekowymi.

Kolejną analizowaną zmienną był stan cywilny. Wyniki badań własnych wykazały, że stan cywilny nie warunkował jakości życia kobiet w okresie połogu. Niniejsze badania wykazały, że kobiety w związku małżeńskim częściej miały wysoki poziom jakości życia (50,2%), niż badane stanu wolnego (45,6%), jednak różnice te nie były istotne statystycznie. Z kolei na podstawie badań przeprowadzonych przez Hitimana i wsp. [12] wynika, że ankietowane w separacji, rozwiedzione, owdowiałe oraz niezamężne lub samotne miały istotnie częściej niższą jakość życia, niż respondentki zamężne lub mieszkające w konkubinacie.

Wyniki badań własnych wskazały, że wykształcenie nie warunkowało w sposób istotny statystycznie poziomu jakości życia. Wykazano, że ankietowane z wykształceniem średnim częściej miały wysoką jakość życia (50,4%), w porównaniu z badanymi z wykształceniem wyższym (46,1%) lub zawodowym/podstawowym (49,1%). Natomiast Papamarkou i wsp. [20] w swoich badaniach stwierdzili, że kobiety z wykształceniem podstawowym i średnim miały wyższy poziom objawów depresji poporodowej (p = 0,005), niż kobiety z wyższym wykształceniem. Poziom wykształcenia był istotnie statystycznie powiązany z objawami depresji poporodowej. Natomiast na podstawie badań przeprowadzonych przez Hitimana i wsp. [12] wykazano, że kobiety które ukończyły szkołę średnią lub wyższą miały istotnie wyższą jakość życia w porównaniu do innych grup (szkoła zawodowa, szkoła podstawowa, gimnazjum). Respondentki, które ukończyły i nie ukończyły szkoły podstawowej charakteryzowały się podobnymi wynikami jakości życia. Zatem w cytowanych badaniach stwierdzono, że wyższą jakość życia miały kobiety, które miały wyższe wykształcenie. Ponadto Obregon i wsp. [21] wykazali, że poziom wykształcenia miał wpływ na jakość życia w domenie fizycznej (p=0.01). Kobiety z wykształceniem podstawowym/średnim miały niższe wyniki jakości życia w domenie fizycznej, niż matki z wykształceniem wyższym. Z kolei Mousavi i wsp. [16] w grupie kobiet po porodzie wykazali, że wyższe wykształcenie, mieszkanie z większą liczbą osób wpływa na lepszą jakość życia oraz zmniejsza częstotliwość występowania depresji poporodowej.

Kolejnym czynnikiem socjalno-demograficznym podawanym analizie w odniesieniu do poziomu jakości życia była aktywność zawodowa badanych. Przeprowadzone badania wykazały, że co druga badana (50,9%) pracująca zawodowo miała w wysoką jakość życia. Ponadto ankietowane bezrobotne częściej miały wysoki poziom jakości życia (51,2%; n=42) niż uczące się bądź studiujące (27,5%; n=11). Zatem uzyskane rezultaty pokazały, że aktywność zawodowa warunkowała jakość życia kobiet w okresie połogu. Jakość życia była niższa w grupie położnic uczących się/studiujących, niż w grupie bezrobotnych i pracujących zawodowo. Jeong i wsp. [15] wykazali, że wykonywany zawód (p=0,004) warunkował jakość życia kobiet w okresie połogu.

Kolejnym czynnikiem podawanym analizie była sytuacja socjalno-ekonomiczna. Badania własne wykazały, że sytuacja materialna warunkowała jakość życia kobiet w okresie połogu. Przeprowadzone badania wykazały, że położnice, które deklarowały dobre warunki bytowe częściej miały wysoki poziom jakości życia (54,9%; n=135) niż badane, które miały złe lub średnie warunki socjalno-ekonomiczne (32,7%; n=34). Podobnie Hitimana i wsp. [12] wykazali, że respondentki zamożne miały wyższą jakość życia ,niż badane w gorszej sytuacji finansowej pozostałe ankietowane.

Podsumowując można pokusić się o stwierdzenie, że kobiety w okresie połogu w zdecydowanej większości charakteryzowały się wysoką lub przeciętną jakością życia. Niniejsze rezultaty pokazały, że w odniesieniu do czynników socjodemograficznych poziom jakości życia położnic był zależny głównie od aktywności zawodowej i sytuacji materialnej. Fakt ten wskazuje na potrzebę objęcia zindywidualizowaną, holistyczną opieką psychoprofilaktyczną położnice będących w złej i przeciętnej sytuacji finansowej oraz uczące się lub studiujące. Ponadto warto zauważyć, że idealna byłaby edukacja oraz wsparcie w okresie jeszcze przed poczęciem dziecka, zwłaszcza bardzo młodych kobiet w okresie szkolnym, poprzez promocję troski o własne zdrowie.

Wcześnie wdrożone działania o charakterze opiekuńczym, edukacyjnym i promującym zdrowie mogą przyczynić się do poprawy jakości ich życia.

WNIOSKI

1. Kobiety w okresie połogu charakteryzował głównie wysoki i przeciętny poziom jakości życia. Zadowalającym jest fakt, że w niniejszym badaniu tylko co dziesiąta położnica odczuwała niski poziom jakości życia.
2. Poczucie jakości życia położnic różnicowały aktywność zawodowa i ich sytuacja materialna. Kobiety uczące się lub studiujące i deklarujące gorszą sytuację materialną przeważały w grupie o niskim poziomie jakości życia. Pozostałe przyjęte w pracy zmienne, takie jak: wiek, wykształcenie, stan cywilny nie warunkowały jakości życia kobiet w okresie połogu.

ORCID

Katarzyna Kanadys https://orcid.org/0000-0001-8447-3937
Monika Barbara Pytka https://orcid.org/0000-0001-5998-5156
Anna B. Pilewska-Kozak https://orcid.org/0000-0003-4562

REFERENCES/PIŚMIENNICTWO

1. Cierpiałkowska L, Sęk H. Pojęcie normy, normalności i zdrowia. [w:] Cierpiałkowska L, Sęk H. (red.). Psychologia kliniczna. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN. 2016, s. 49-60.
2. Osika G. Jakość życia jako wskaźnik rozwoju społecznego. Analiza Mierników. Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie. Z. 123. Interdyscyplinarne ujęcia rozwoju. Wydawnictwo Politechniki Śląskiej; 2018, s. 355-370.
3. Zatorska-Zoła M. Jakość i styl życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych. Rzeszowskie studia socjologiczne. Rzeszów: Wyd. UR. 2018; 9: 40-49.
4. Ronin-Walknowska E. Połóg [w:] Bręborowicz GH, Czajkowski H. (red.). Położnictwo i ginekologia. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL; 2020, s. 571-586.
5. Nowacka A. Pielęgnacja krocza w połogu. Położ. Nauka Prakt. 2019; 2(46): 39-43.

6. Bobek M, Humaj-Grysztar M, Matuszyk D, wsp. Ocena jakości życia pierwiastek w okresie wczesnego połogu w zależności od sposobu ukończenia ciąży. Pol. Prz. Nauk Zdr. 2018; 2(55): 154-160.
7. Golicki D, Jakubczyk M, Graczyk K, et al. Valuation of EQ 5D 5L health states in Poland: the first EQ VT based study in central and Eastern Europe. Pharmaco Economics. 2019; 37(9): 1165-1176.
8. Golicki D, Niewada M. EQ-5D-5L Polskie normy populacyjne. Arch. Med. Sci. 2017; 13 (1): 191-200.
9. Pietrzak KA, Kucnerowicz K, Cholewiński W, et al. Qaly-measuring clinical effective nessusing EQ-5D-3L questionnaire. Letters in Oncology Science. 2020; 17(1): 16-21.
10. Rezaei N, Tavalaee Z, Sayehmiri K, et. al. The relationship between quality of life and methods of delivery: A systematic review and meta-analysis. Electron Physician. 2018; 10(4): 6596-6607.
11. Matuszyk D, Schlegel-Zawadzka M, Jagielski P, et al. Jakość życia kobiet w przebiegu ciąży, połogu i laktacji w zależności od stanu odżywienia przed ciążą. Probl. Piel. 2015; 23(4): 484-489.
12. Hitimana R, Lindholm L, Krantz G, et al. Health-related quality of life determinants among Rwandan women after delivery: does antenatal care utilization matter? A cross-sectional study. J. Health Popul. Nut. 2018; 37(1): 12-22.
13. Harasim-Piszczatowska E, Kułak-Bejda A, Krajewska-Kułak E, i wsp. Ocena zachowań zdrowotnych i satysfakcji z życia kobiet po przebytej ciąży. Hygeia Public Health. 2018; 53(3): 269-274.
14. Czerwińska-Osipiak A. Czynniki determinujące funkcjonowanie kobiet w okresie połogu. Rozprawa doktorska. GUM Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej. Pomorska Biblioteka Cyfrowa. Gdańsk. 2016.
15. Jeong YJ, Nho JH, Kim HY, et al. Factors influencing quality of life in early postpartum women. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021; 18(6): 2988.
16. Mousavi F, Shojaei P. Post partum depression and quality of life a path analysis. Yale J. Biol. Med. 2021; 94 (1): 85-94.
17. Khwepeya M, Monsen K, Kuo S. Quality of life and the relatedfactors in earlypostnatalwomen in Malawi. Midwifery. 2020; 85: 102700.
18. Özdemir F, Öztürk A, Karabulutlu Ö, et al. Determination of the life quality and self-careability of the mothers in post-partum period. J. Pak. Med. Assoc. 2018; 68(2): 210-215.
19. Daglar G, Bilgic D, Özkan SA. Depression, anxiety and quality of life of mothers in the early postpartum period. IJBS. 2018; 11(4): 152-159.
20. Kohlera S, Annerstedt KS, Diwan V, et al. Postpartum quality of life in Indian women after vaginal birth and cesarean section: a pilot studyusing the EQ-5D-5L descriptive system. BMC Pregnancy and Childbirth. 2018; 18(1): 427.
21. Papamarkou M, Sarafis P, Kaite Ch, et al. Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: a correlational study. BMC Womens Health. 2017; 17(1): 115.
22. Obregon E, Litt SJ, Patel P, et al. Health related quality of life (HRQoL) in mothers of premature infantsat NICU discharge. J. Perinatol. 2019; 39(10): 1356-1361.

Manuscript received/Praca zgłoszona do czasopisma: 11.10.2021
Manuscript accepted/Praca zaakceptowana do druku: 15.11.2021

Translation/Tłumaczenie: Katarzyna Wesołowska