

Wsparcie emocjonalne w opiniach położnic po cięciu cesarskim

Emotional support in the opinions of women after childbirth by cesarean section

MARTA MAKARA-STUDZIŃSKA^{1/}, DANUTA PODSTAWKA^{1/}, BARBARA DOROSZUK^{1/}, IWONA NIEWIADOMSKA^{2/}, GRAŻYNA KWIATKOWSKA^{3/}

^{1/} Zakład Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

^{2/} Katedra Psychologii Społecznej, Katolicki Uniwersytet Lubelski

^{3/} Zakład Psychologii Społecznej, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Wprowadzenie. Ciąża, poród oraz okres połogowy dla każdej kobiety jest wyjątkowym wydarzeniem. Towarzyszy temu wiele skrajnych emocji od radości i spełnienia po obawy i lęk. Kobiety obawiają się o swoje zdrowie, zdrowie dziecka. Boją się bólu związanego z porodem, możliwych komplikacji porodowych. Odpowiednia opieka i wsparcie emocjonalne personelu medycznego w tym wyjątkowych chwilach pozwala kobietom przeżywać je radośnie i cieszyć się z macierzyństwa.

Cel pracy. Ocena wsparcia emocjonalnego w oddziałach położniczych w opiniach pacjentek.

Materiał i metoda. Przebadano 112 położnic po porodach poprzez cięcie cesarskie z 3 szpitali powiatowych województwa lubelskiego. Narzędziem badawczym wykorzystanym w badaniu był autorski kwestionariusz ankiety zawierający pytania dotyczące: poziomu zaspokojenia potrzeb biopsychospołecznych położnic a także ocenę satysfakcji z opieki personelu nad położnicą i noworodkiem. Ocenie poddano również poziom zaspokojenia potrzeb biopsychospołecznych położnic.

Wyniki. Większość pacjentek oddziałów położniczych otrzymała wystarczające wsparcie emocjonalne ze strony personelu medycznego. Poziom opieki na oddziałach położniczych został przez znaczny odsetek pacjentek oceniony na poziomie bardzo dobrym.

Wniosek. W pewnych obszarach zaobserwowano jednak występowanie braków: w przypadku personelu lekarskiego dotyczyło to sposobu przekazywania informacji, zaś w przypadku personelu pielęgniarskiego brak możliwości obserwowania przez położnicę wykonywanych przez personel zabiegów pielęgnacyjnych.

Słowa kluczowe: *położnica, rodząca, wsparcie emocjonalne, opieka personelu medycznego, opieka nad noworodkiem*

Introduction. Pregnancy, childbirth and puerperal period is a special event for every woman. They are accompanied by a lot of extreme emotions, through joy and fulfillment to fear and anxiety. Women are afraid for their health and their child's health. They are afraid of the pain associated with childbirth, possible delivery complications. Appropriate care and emotional support of the medical staff in these special moments allow women to live through the experience happily and enjoy motherhood.

Aim. To assess the emotional support in maternity wards in the patients' opinion.

Materials & method. We studied 112 women after childbirth by cesarean section in three community hospitals of the Lublin Province. The research tool used in the original study was a questionnaire containing questions concerning the level of bio-psycho-social needs of the women and assessing the satisfaction with medical care of the women and newborns. The evaluation assessed the level of meeting the bio-psycho-social needs of patients'.

Results. Most women received enough emotional support from the medical staff. The level of care in maternity wards was assessed at a very good level.

Conclusion. In some areas, however; some deficiencies were observed: in case of the medical personnel it was related to ways of supplying information and in case of the nursing staff it was the lack of opportunity to observe nursing staff during newborn care.

Key words: *maternal, parturient, emotional support, medical care, care of the newborn*

© Hygeia Public Health 2013, 48(3): 346-351

www.h-ph.pl

Nadesłano: 20.06.2013

Zakwalifikowano do druku: 22.07.2013

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr hab. n. med. Marta Makara-Studzińska, mgr Danuta Podstawka
Zakład Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Chodźki 15, Lublin
tel. 81 7186592, fax 81 7186592, 695 534 572
mmakara@go2.pl
danutapodstawka@wp.pl, psychologia.stosowana@umlub.pl

Wstęp

Poród i okres połogowy dla wielu kobiet stanowi nowe wydarzenie w życiu, któremu towarzyszą często skrajne emocje od radości i satysfakcji po obawy,

lęk, niepokój. Towarzyszy im w tych chwilach często stres, lęk o swoje zdrowie i zdrowie dziecka. Kobiety obawiają się bólu, cierpienia, komplikacji porodowych [1]. Bardzo istotne jest w tym trudnym emocjonalnie

dla wielu kobiet okresie wsparcie personelu medycznego zarówno w zakresie działań medycznych jak i psychologicznych gdyż u kobiet, które doświadczyły trudnego porodu częściej występuje zjawisko depresji poporodowej oraz trudności związane z nawiązywaniem więzi z dzieckiem [2, 3]. Badania dowodzą, iż znaczący wpływ na dalszy rozwój dziecka ma występowanie poporodowych emocjonalnych zaburzeń [4]. Negatywne emocje, które towarzyszą matce stanowią przeszkodę w prawidłowym procesie zaspokajania potrzeb dziecka, w nawiązywaniu prawidłowych więzi emocjonalnych pomiędzy matką, a dzieckiem [5]. Kobiety będące w depresji poporodowej nie są w stanie aktywnie uczestniczyć w rozwoju swoich dzieci. Deficyt więzi emocjonalnych w przyszłości może powodować występowanie u dzieci wiele negatywnych emocji. Dzieci takie mogą odczuwać złość, strach przed życiem, mogą czuć się porzucone, mieć poczucie winy, a nawet mogą mieć trudności w nawiązywaniu trwałych relacji [6, 7].

Wsparcie emocjonalne kobiet rodzących przez personel medyczny w okresie okołoporodowym jest niezwykle istotne [8]. Zarówno w zakresie udzielania wyczerpujących informacji dotyczących przebiegu porodu, zabiegów wykonywanych czy podawanych środków medycznych jak i w zakresie metod redukcji bólu, stresu czy pojawiających się w tych chwilach lęków i obaw [9]. Personel medyczny nie powinien skupiać się jedynie na działaniach medycznych związanych z porodem ale także na kobiecie i towarzyszących jej w tym czasie różnych emocjach [10, 11]. Niezwykle istotna jest tutaj rola położnej, która to powinna udzielać wsparcia emocjonalnego kobiecie rodzącej, dzięki któremu zmniejsza się stan napięcia, stresu i lęku, a tym samym zmniejsza się ryzyko występowania po porodowych zaburzeń emocjonalnych [1, 12].

Personel medyczny powinien również udzielać wsparcia kobietom w okresie poporodowym zmniejszając tym samym ryzyko występowania zaburzeń i depresji poporodowej. Położne powinny zachęcać kobiety do podjęcia karmienia naturalnego, które korzystnie wpływa zarówno na zdrowie dziecka jak i matki, poprzez przekazywanie niezbędnych informacji oraz umiejętności praktycznych [13, 14]. Nie wszystkie położnice mają świadomość korzystnego wpływu karmienia piersią na tempo obkurczania macicy po porodzie, dzięki czemu zmniejsza się ryzyko występowania u nich krwotoków poporodowych [15, 16]. Niezwykle istotną dla kobiet informacją jest aspekt emocjonalny, podczas karmienia piersią wytwarza się więź emocjonalną pomiędzy matką, a dzieckiem [17], zmniejsza się ryzyko zachorowań niemowląt na choroby zakaźne układu oddechowego, moczowego i pokarmowego [6, 15]. Niezbędne infor-

macje oraz umiejętności praktyczne dotyczące technik przystawiania do piersi, zasad współpracy z dzieckiem w sytuacji ssania, odciągania nadmiaru pokarmu oraz sposoby radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych powinny być przekazane przez personel medycznych oddziałów położniczych [15, 18]. Działania personelu powinny obejmować również przygotowanie kobiet do opieki nad dzieckiem poprzez przekazywanie niezbędnej wiedzy oraz umiejętności praktycznych związanych z opieką, zabiegami pielęgnacyjnymi nad noworodkiem [19].

Cel pracy

Ocena wsparcia emocjonalnego w oddziałach położniczych w opiniach pacjentek. Ocenie poddano również poziom zaspokojenia potrzeb biopsychospołecznych położnic przez personel medyczny.

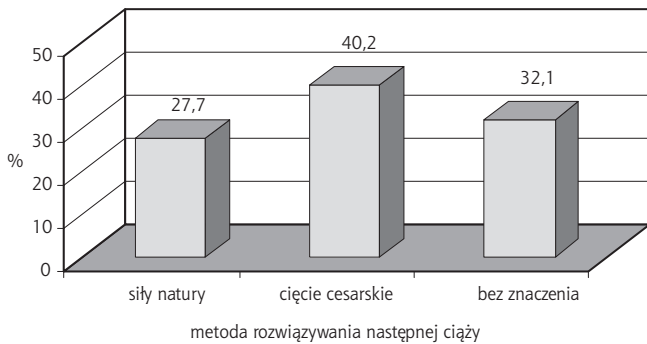
Materiał i metoda

Badaniami zostało objętych 112 pacjentek oddziałów położniczych z trzech szpitali powiatowych województwa lubelskiego. Przedział wiekowy badanych mieścił się między 20 a 40 rokiem życia; 59,8% pacjentek znajdowało się w przedziale wiekowym między 20 a 30 rokiem życia, powyżej 40 roku życia było tylko 3,6% badanych. Wszystkie porody zostały zakończone poprzez cięcie cesarskie. Podczas cięcia cesarskiego stosowano najczęściej znieczulenie ogólne (53,6%), rzadziej przewodowe (46,4%).

Do badania użyto autorskiego kwestionariusza ankiety. Pytania były zarówno pytaniami zamkniętymi jak i otwartymi. Badania były anonimowe, respondentki zostały poinformowane o celu przeprowadzanych badań. Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczyły uzyskane wsparcia, poziomu zaspokojenia potrzeb biopsychospołecznych, a także poziomu opieki nad noworodkiem. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem testów: U Manna-Whitneya, χ^2 , Kruskala-Wallis.

Wyniki

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż 79,5% pacjentek uzyskało wyczerpujący zakres informacji dotyczący wskazań medycznych do wykonania u nich cięcia cesarskiego. Niestety, w badanej grupie co 5 kobieta nie uzyskała wystarczającej ilości informacji. Większość respondentek (67,9%) była zadowolona ze sposobu rozwiązania ciąży poprzez zastosowanie cięcia cesarskiego. Nieliczna grupa badanych kobiet (7,1%) była odmiennego zdania. Na pytanie dotyczące sposobu rozwiązania następnej ciąży, 40,2% kobiet wskazało na cesarskie cięcie, na siły natury wskazało 27,7% respondentek, 32,1% nie miało zdania na ten temat (ryc. 1).



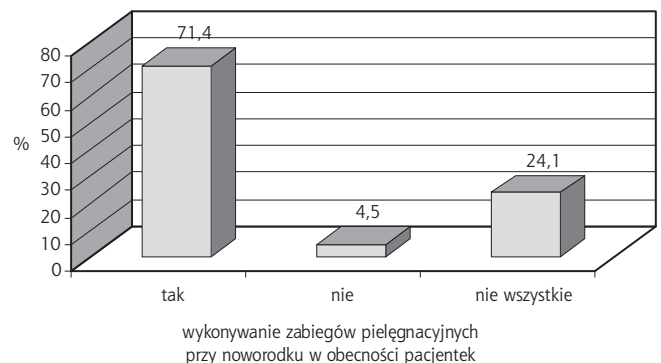
Ryc. 1. Metoda rozwiązania następnej ciąży w opinii pacjentek
Fig. 1. Method of next childbirth in opinions of patients

Noworodki (95,5%) były w bardzo dobrym lub dobrym stanie w momencie narodzin; 4,5% noworodków było w średnim stanie. Tylko 29,5% kobiet miało możliwość przywitania się ze swoim dzieckiem na sali operacyjnej. Najwięcej kobiet (39,3%) miało możliwość kontaktu z noworodkiem „skóra do skóry” dopiero na sali matek. W badanej grupie były też kobiety (31,2%), które nie miały możliwości bezpośredniego kontaktu z noworodkiem tuż po jego narodzinach. Spowodowane było to rodzajem zastosowanego znieczulenia w trakcie porodu. W tej grupie badanych, tylko (51,8%) kobiet miało możliwość przywitania się ze swoim dzieckiem na sali operacyjnej dzięki personelowi medycznemu, który pokazał im noworodka. Aż 33,9% położnic nie miało okazji przywitać się ze swoim dzieckiem.

Zaobserwowano, iż u 38,4% badanych pacjentek wystąpiły trudności w przystawieniu dziecka do piersi. W momencie wystąpienia trudności związanych z karmieniem większość (90,2%) uzyskała wsparcie ze strony personelu medycznego (tab. I).

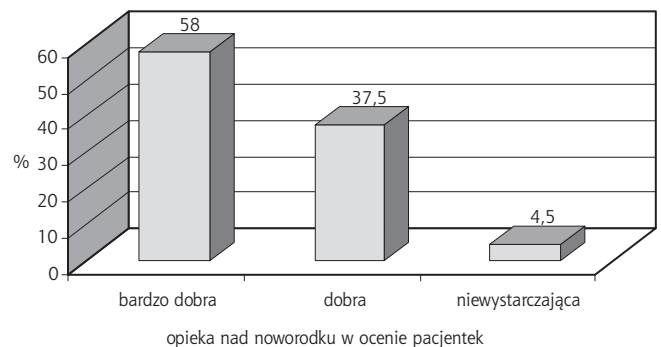
Większość pacjentek (71,4%) miało możliwości obserwowania zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych przez personel przy noworodku. Niepokojące

jest to, że w badanej grupie aż 28,6% badanych kobiet wskazało, iż zabiegi te nie były w ogóle lub nie wszystkie były wykonywane w ich obecności (ryc. 2).



Ryc. 2. Wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych przy noworodku w obecności pacjentek
Fig. 2. Newborn care in presence of mothers

Ocenie poddana została również opieka personelu nad noworodkiem, aż 58% położnic oceniło opiekę personelu na poziomie bardzo dobrym. Jednak wśród badanych kobiet, aż 37,5% oceniło sposób opieki tylko na poziomie dobrym. W badanej grupie były też pacjentki (4,5%) które opiekę tę oceniły na poziomie niewystarczającym (ryc. 3).



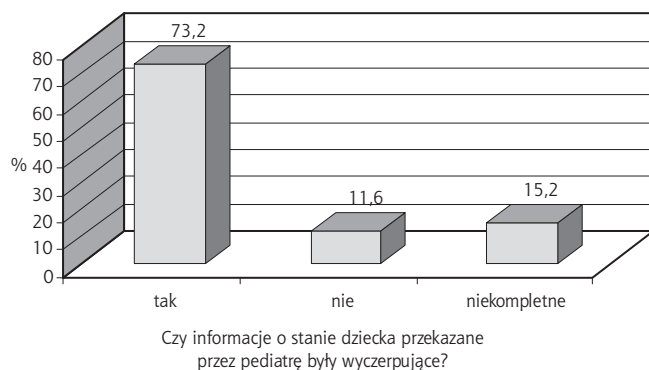
Ryc. 3. Ocena opieki personelu medycznego nad noworodkiem przez pacjentki
Fig. 3. Assessment of medical care of newborn by patients

Tabela I. Opieka nad noworodkiem
Table I. Newborn care

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

Pacjentki oceniały także sposób przekazywania informacji przez lekarzy pediatrów na temat stanu zdrowia ich dzieci. Dla 73,2% badanych pacjentek uzyskane informacje były wyczerpujące. Niepokojące jednak jest to, że aż dla 26,8% badanych, przekazane informacje były niewystarczające i niekompletne (ryc. 4).

Zaobserwowano istotną statystycznie zależność ($p < 0,05$) dotyczącą oceny poziomu opieki nad noworodkiem a stopniem przekazywania informacji o stanie zdrowia dziecka przez lekarza pediatrę. Kobiety, które opiekę nad noworodkiem oceniły na poziomie bardzo dobrym jednocześnie wskazywały, iż informację jakie uzyskały od lekarza pediatry o stanie zdrowia ich



Ryc. 4. Czy uzyskane informacje od lekarza pediatry o stanie dziecka były wyczerpujące?

Fig. 4. Was the medical information on the newborn health status adequate?

dziecka były wystarczające, na co wskazało, aż 81,5% kobiet. Natomiast kobiety, które oceniły opiekę nad noworodkiem na poziomie niewystarczającym nie były także zadowolone z zakresu informacji przekazany przez pediatrów dotyczących stanu zdrowia ich dzieci (60%).

Ocenie podane zostało zaspokojenie potrzeb bio-psycho-społecznych przez personel medyczny. Tylko u 64,3% badanych kobiet potrzeby biologiczne zostały zaspokojone przez personel medyczny, 31,2% pacjentek pomoc w zaspokojeniu tych potrzeb uzyskało od rodziny. A 24,1% badanych pacjentek w tym zakresie radziła sobie sama. Większość kobiet była traktowana z szacunkiem i godnością (97,3%).

Pacjentki w ankiecie oceniały również opiekę w okresie pooperacyjnym. Położnice oceniały poziom opieki pielęgniarskiej po zabiegu cięcia cesarskiego, 66,1% pacjentek oceniło tę opiekę na poziomie bardzo dobrym, 30% badanych uzyskaną opiekę oceniło na poziomie dobrym. Opiekę pielęgniarską na poziomie niewystarczającym oceniło 3,6% pacjentek. Większość respondentek 93,8% uzyskała wsparcie ze strony personelu podczas pionizacji po operacji. Niepokojące jest to, iż większość badanych kobiet 58,9% wskazała, iż personel nie poinstruował ich w jaki sposób mogą wykonywać ćwiczenia gimnastyczne w łóżku. Tylko 41,1% pacjentek uzyskało informację na ten temat od personelu. Personel chętnie służył wsparciem podczas pojawiania się dolegliwości bólowych związanych z zabiegiem cesarskiego cięcia, podając pacjentkom środki przeciwbólowe. Aż 97,3% badanych kobiet po cięciu cesarskim miało wykonaną toaletę w łóżku (tab. II).

Pacjentki oceniały również przekazaną przez personel wiedzę około i poporodowa. Dla większości (83,9%) pacjentek przekazana wiedza była wystarczająca. Jednak wśród respondentek były też kobiety dla których wiedza przekazywana nie była wystarczająca, a ilość przekazywanych informacji była zbyt mała (16,1%) (tab. III).

Tabela II. Opieka pooperacyjna nad kobietą po cięciu cesarskim
Table II. Post-cesarean section care

Opieka pooperacyjna	Możliwe odpowiedzi	Liczebność	%
Czy personel pomagał przy pionizacji	tak	105	93,8
	nie	7	6,2
Czy personel uczył Panią jak wykonywać ćwiczenia gimnastyczne w łóżku	tak	46	41,1
	nie	66	58,9
Czy personel podawał chętnie leki p. bólowe w razie występowania dolegliwości bólowych	tak	107	95,5
	nie	5	4,5
Czy wykonano Pani toaletę i zmianę pielizny w łóżku	tak	109	97,3
	niechętnie	1	0,9
	nie	2	1,8

Tabela III. Zaspokajanie potrzeb bio-psycho-społecznych kobiet, które przeżyły cięcie cesarskie

Table III. Satisfying bio-psycho-social needs of women after cesarean section

Zaspokajanie potrzeb bio-psycho-społecznych	Możliwe odpowiedzi	Liczebność	%
Jak były zaspokojone Pani potrzeby biologiczne po cięciu cesarskim?	z pomocą personelu	72	64,3
	z pomocą rodziny	35	31,2
	radziłam sobie sama	27	24,1
Czy była Pani traktowana przez personel z szacunkiem i godnością	tak	109	97,3
	nie	3	3,7
Czy opieka pielęgniarska po zabiegu była	bardzo dobra	74	66,1
	dobra	34	30,3
	niewystarczająca	4	3,6
Czy wiedza około i poporodowa przekazana przez personel była wystarczająca	tak	94	83,9
	nie	8	7,2
	za mało informacji	10	8,9

Dyskusja

Badania własne ukazały, iż przekazane informacje dotyczące wskazań do wykonania cięcia cesarskiego nie dla wszystkich badanych kobiet były wystarczające. Na brak odpowiedniej komunikacji między personelem a pacjentkami wskazuje również w swoich badaniach Wilczek-Różycka i wsp. niezbędne informację dotyczące przebiegu porodu od personelu lekarskiego uzyskało w tych badaniach tylko 34% kobiet. Wilczek-Różycka zaobserwowała istotną zależność pomiędzy poczuciem bezpieczeństwa położnic, a posiadaną wiedzą [20]. Większe poczucie bezpieczeństwa oraz mniejsze poczucie lęku i stresu przed porodem miały kobiety, które uzyskały wsparcie ze strony personelu medycznego poprzez udzielenie wyczerpujących informacji dotyczących przebiegu porodu [21].

Bezpośredni kontakt „skóra do skóry” z noworodkiem na sali operacyjnej miała tylko co 3 położnica. Lessing-Pernak w swoich badaniach zwraca istotną uwagę na dodatnią korelację pomiędzy kontaktem matki z noworodkiem bezpośrednio po porodzie, a częstością karmienia piersią. Kobiety które miały możliwość tworzenia więzi emocjonalnej z dzieckiem bezpośrednio po porodzie, istotnie częściej karmiły piersią swoje dzieci [3, 22]. Badania Ferbera

i Makhoula przedstawiają również pozytywny wpływ bezpośredniego kontaktu matek z dziećmi „skóra do skóry” tuż po porodzie, na rozwój i zdrowie noworodków. U tych noworodków rzadziej pojawiały się epizody bezdechu i bradykardii, dzieci charakteryzowały się lepszym przyrostem masy ciała [7]. Bezpośredni kontakt „skóra do skóry” tuż po porodzie według Klausena i Kenellego stanowi kluczowy moment tworzenia się więzi między matką, a dzieckiem [23].

W badaniach własnych nie wszystkie położnice miały możliwość obserwowania zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych przez personel przy noworodkach. Czemu efektem może być brak odpowiedniego przygotowania do sprawowania odpowiedniej opieki pielęgnacyjnej nad noworodkiem. Sendecką i wsp. w swoich badaniach wykazali występowanie deficytów w przygotowaniu położnic do wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych przy noworodku [24]. Na potrzebę uzyskania informacji oraz możliwość obserwacji wykonywanych przez personel zabiegów pielęgnacyjnych przy noworodku wskazało w badaniach Grochans i wsp. ponad 70% położnic [19].

W badaniach własnych zaobserwowano występowanie trudności w karmieniu piersią wśród położnic. Podobne trudności zaobserwowała w swoich badaniach Sendecką i wsp. w badanej grupie, aż wśród 41,5% położnic wystąpiły trudności w karmieniu piersią [24].

Personel służył wsparciem położnicom poprzez udzielanie porad w zakresie umiejętności praktycznych dotyczących technik przystawiania do piersi, zasad współpracy z dzieckiem w sytuacji ssania, odciągania nadmiaru pokarmu. Jak ukazują wyniki badań przeprowadzonych przez Grochans i wsp, informacje dotyczące karmienia piersią dla położnic są niezwykle istotne, w badaniach tych ponad 70% kobiet wyraziło zapotrzebowanie na te informacje [19]. To właśnie

lekarze i położne w badaniach Gebuzy i wsp. zostali wskazani przez kobiety (76%) zamieszkujące środowisko wiejskiej jako specjaliści, którzy powinni zachęcać kobiety do karmienia piersią [15]. Dla wielu kobiet istotną barierą w karmieniu piersią jest ich zatrudnienie, szczególnie w zawodzie medycznym [25, 26].

Respondentki oceniały również sposób komunikacji lekarzy z położnicami. Zaobserwowano niepokojące sytuację. Informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka przekazywane przez lekarzy często były niekompletne. Wynikać to może z nadmiaru obowiązków, jak również z braku umiejętności w komunikacji pomiędzy lekarzem, a pacjentkami [27, 28].

Położnice uzyskały wsparcie od personelu oddziałów położniczych w zakresie zabiegów pielęgnacyjnych i higienicznych w okresie pooperacyjnym jak również w zakresie łagodzenia dolegliwości bólowych wynikających z cięcia cesarskiego. Respondentki potwierdziły również otrzymane wsparcie od personelu w zakresie zaspokojenia potrzeb psychospołecznych.

Wnioski

1. Respondentki uzyskały wsparcie ze strony personelu medycznego w zakresie zaspokojenia potrzeb biopsychospołecznych.
2. Położnice oceniły wysoko poziom opieki personelu w zakresie zabiegów pielęgnacyjnych nad noworodkiem, jednak niepokojące jest to, iż nie wszystkie kobiety miały możliwość bezpośrednio obserwowania wykonywanych zabiegów.
3. Niepokojącym zjawiskiem jest również występowanie trudności w komunikacji lekarz – pacjent. Badane kobiety zwracały uwagę na brak wyczerpujących informacji oraz niewłaściwy sposób przekazywania informacji dotyczących stanu zdrowia ich dzieci.

Piśmiennictwo / References

1. Sygulla K, Smędowski A, Szatan A, Michalak A. Problemy i oczekiwania kobiet ciężarnych dotyczące opieki okołoporodowej-czy trudno je spełnić? *Probl Med Rodz* 2009, 4(29): 30-36.
2. Kaźmierczak M, Gebuza G, Gierszewska M. Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego. *Probl Pielęgn* 2010, 18(4): 503-511.
3. Angood PB, Armstrong EM, Ashton D, Burstin H, Corry MP, Delbanco SF, et al. Blueprint for action: Steps toward a high-quality, high-value maternity care system. *Women's Health Issues* 2010, 20(suppl. 1): S18-S49.
4. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. New mothers speak out: National survey results highlight women's postpartum experiences. *Childbirth Connection*, NY 2008.
5. Graves L. New approaches for rural maternity care. *Can Fam Physician* 2012, 58(10): 1067-1068.
6. Lessing-Pernak J. Znaczenie przebiegu porodu i wczesnego kontaktu matki z dzieckiem dla rozwoju przywiązania. *Perinatol Neonatol Ginekol* 2010, 3(4): 282-289.
7. Ferber SG, Makhoul IR. Wpływ bliskiego kontaktu (skóra do skóry) dziecka z matką krótko po porodzie na późniejsze zachowanie noworodka – badanie randomizacją. *Pediatrics* 2004, 113: 858-865.
8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth [Cochrane review]. *Cochrane Library*, Issue 3. Wiley, Chichester 2004.
9. Romano AM. Safe and Healthy Birth: The Importance of Data. *J Perinat Educ* 2010, 19(4): 52-58.

10. Mosallam M, Rizk DE, Thomas L, Ezimokhai M. Women's attitudes towards psychosocial support in labour in United Arab Emirates. *Arch Gynecol Obstet* 2004, 269(3): 181-187.
11. Kornelsen J, Grzybowski S. Safety and community: the maternity care needs of rural parturient women. *J Obstet Gynaecol Can* 2005, 27(6): 554-61.
12. Wardak K, Iwanowicz-Palus G. Wokół cięcia cesarskiego – wskazania subiektywne do ukończenia ciąży porodu drogą brzuszna. *Ginekol Pol* 2008, 4: 18-21.
13. Leviniene G, Petrauskiene A, Tamileviciene E, Kudzyte J, Labanauskas L. The evaluation of knowledge and activities of primary health care professionals on promoting breastfeeding. *Medicina(Kaunas)* 2009, 45(3): 238-247.
14. Bagul AS, Supare MS. The Infant Feeding Practices in an Urban Slum of Nagpur, India. *J Clin Diagn Res* 2012, 6(9): 1525-1527.
15. Gebuza G, Gierszewska M, Kaźmierczak Mi in. Przygotowanie kobiet do karmienia piersią. *Probl Pielęgn* 2010, 18(4): 406-412.
16. Łepecka-Klusek C, Bucholc M. Laktacja i karmienie piersią. [w:] *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Łepecka-Klusek C (red). Czelej, Lublin 2003: 199-215.
17. Egbuonu I, Ojukwu JU. Infant feeding. [in:] *Paediatrics and child health in a tropical region*. Azubuike JC, Nkanginieme KEO (ed). African educational services 2007: 224-239.
18. Feldman-Winter LB, Schanler RJ, O'Connor KG, Lawrence RA. Pediatricians and the promotion and support of breastfeeding. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008, 162: 1142-9.
19. Grochans W, Łuczyńska V, Karakiewicz B i wsp. Oczekiwania pacjentek oddziałów położniczych a jakość opieki medycznej. *Now Lek* 2006, 75(6): 558-563.
20. Wilczek-Różycka E, Mika-Kula J, Czyżowicz K i wsp. Poczucie bezpieczeństwa u pacjentek przed i po porodzie. *Ann UMCS Sect D* 2005, LX(16): 212-217.
21. California Department of Public Health. Department of health services breastfeeding promotion. 2010. Available at: <http://www.cdph.ca.gov/healthinfo/healthyliving/childfamily/pages/DHSbreastfeedingPromotionPolicy.aspx> (16.03.2010).
22. Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, et al. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Human Lactation* 2010, 26(2): 130-137.
23. Kennell J, Klaus M. Bonding by Kennel & Klaus. *Pediatr Rev* 1998, 19: 433.
24. Sendecka M i wsp. Jakość w opiece pielęgniarskiej. Ogólna konferencja Szkoleniowo-Naukowa, Olsztyn 1996, 191-196.
25. Gawor A, Gerber-Leszczyszyn H, Nawrat M. Wybrane psychologiczne aspekty komunikowania się między lekarzem a pacjentem. *Adv Clin Exp Med* 2006, 15(1): 157-161.
26. Stewart-Glenn J. Knowledge, perception and attitude of managers, co-workers and employed breast feeding mothers. *AAOHN J* 2009, 56: 423-9.
27. Sadoh AE, Sadoh WE, Oniyelu P. Breast feeding practice among medical women in Nigeria. *Niger Med J* 2011, 52(1): 7-12.
28. Stangierska I, Horst-Sikorska W. Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem. *Forum Med Rodz* 2007, 1(1): 58-68.