



Rola i dostępność fizjoterapii w położu w ocenie kobiet

Role and availability of postpartum physiotherapy in women's opinions

Anita Kulik^{1,A-F}, Paulina Plucińska^{1,B-D,F}, Małgorzata Chochowska^{1,A-F}

¹ Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu, Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Kulik A, Plucińska P, Chochowska M. Rola i dostępność fizjoterapii w położu w ocenie kobiet. Med Og Nauk Zdr. 2023; 29(3): 232–239. doi: 10.26444/monz/171502

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Celem pracy było sprawdzenie, jak kobiety oceniają rolę i dostępność fizjoterapii w położu.

Materiał i metody. Badaniami objęto 112 kobiet w wieku 37 ± 7 lat, które rodziły przynajmniej raz w życiu. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Jedenaście z ankietowanych kobiet (10%), które w szpitalu, po porodzie, miały możliwość konsultacji z fizjoterapeutką, oceniły ją średnio na 7 ± 3,74 pkt, w skali 0–10 pkt, gdzie 0 oznaczało, że oceniają konsultację za zdecydowanie zbędną, a 10 – za zdecydowanie potrzebną. Kobiety, które nie miały kontaktu z fizjoterapeutką, oceniły zasadność takiej konsultacji na 5 ± 4,70 pkt. Po wyjściu ze szpitala 25 badanych kobiet (22%) zgłosiło się do fizjoterapeuty. Wśród tych, które nie tego nie zrobiły (78%), ponad połowa (57%) nie wiedziała, że jest taka możliwość. Spośród kobiet, które uczęszczały do szkoły rodzenia, 34% (n = 15) zostało poinformowanych o możliwości konsultacji u fizjoterapeuty po porodzie.

Wnioski. Należy zwiększać świadomość kobiet na temat kompetencji fizjoterapeuty uroginekologicznego, m.in. na zajęciach w szkole rodzenia oraz podczas hospitalizacji po porodzie. Należy poszukać rozwiązań umożliwiających kobietom po porodzie wczesny dostęp do fizjoterapii uroginekologicznej, przynajmniej o charakterze instruktażowym. Wskazane jest przeprowadzenie dalszych badań mających na celu określenie barier w dostępie do fizjoterapii uroginekologicznej dla kobiet po porodzie.

Słowa kluczowe

fizjoterapia, uroginekologia, poród, położ

■ Abstract

Introduction and Objective. The aim of the study was to assess the role and availability of postpartum physiotherapy in women's opinions.

Material and methods. The study included 112 women aged 37 ± 7 years who gave birth at least once. The research tool was an online questionnaire.

Results. Eleven of the surveyed women (10%) who had a consultation with a physiotherapist in the hospital after childbirth rated it at 7 ± 3.74, on a scale of 0–10, where 0 meant that they considered the consultation to be definitely unnecessary, and 10 definitely needed. Women who had no contact with a physiotherapist in the hospital after childbirth assessed the validity of such consultation at 5 ± 4.70. After hospitalization, 25 women (22%) consulted a physiotherapist. Among the women who did not (78%), more than a half (57%) did not know that there was such a possibility. Among the women who attended childbirth classes, 34% (n = 15) were informed about the possibility of consulting a physiotherapist after childbirth.

Conclusions. Women's awareness of the competence of a urogynaecological physiotherapist should be increased, e.g. during childbirth classes and during hospitalization after childbirth. Solutions should be sought to enable women after childbirth an early access to urogynaecological physiotherapy, at least of an instructional nature. It is advisable to conduct further research aimed at determining the barriers in access to urogynaecological physiotherapy for postpartum women.

Key words

physiotherapy, urogynaecology, childbirth, postpartum period

WPROWADZENIE

Położ jest najczęściej definiowany jako okres obejmujący pierwsze 6 do 8 tygodni od porodu. Biorąc pod uwagę to, że nie wszystkie zmiany fizyczne powracają w tym czasie do stanu sprzed ciąży, w niektórych publikacjach wydłuża

się ten okres nawet do 12 miesięcy po porodzie [1]. Dolegliwości fizyczne kobiet w położu są powszechne. Około 90% kobiet zgłasza co najmniej jeden problem ze zdrowiem fizycznym w ciągu pierwszych 8 tygodni po porodzie, a ponad 60% kobiet zgłasza dwa lub więcej problemów [2]. Ból obręczy miedniczej (ang. *pelvic girdle pain*, PGP) to wspólna nazwa dla dolegliwości bólowych odczuwanych w: stawie krzyżowo-biodrowym (ang. *sacroiliac joint*, SIJ), okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa (ang. *low back pain*, LBP), spojeniu łonowym (ang. *pubic symphysis*, PS) lub w dowolnej kombinacji tych obszarów [3]. W czasie ciąży PGP odczuwa 50% kobiet [4], w ciągu pierwszych 3 miesięcy po porodzie

Adres do korespondencji: Anita Kulik, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu, Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej w Gorzowie Wielkopolskim, ul. Estkowskiego 13, 66-400 Gorzów Wielkopolski, Polska
E-mail: a.kulik@awf-gorzow.edu.pl

Nadesłano: 2.08.2023; zaakceptowano do publikacji: 23.08.2023; publikacja online: 06.09.2023

wskaźnik ten obniża się znacznie (do 7–25%) [4, 5], jednak według różnych szacunków nawet 8–50% kobiet zgłasza PGP przez rok do 2–3 lat po porodzie [6, 7]. Wyniki przeprowadzonych w Polsce badań (n=1411 kobiet) pokazały, iż PGP odczuwało 9% w okresie wczesnego położu (24–72 godziny po porodzie), a po 6 tygodniach 15,7% [8]. Ból w PGP odczuwany jest między tylnym grzebieniem biodrowym a dolną krawędzią fałdów pośladowych, najczęściej w okolicy stawów krzyżowo-biodrowych, i może promieniować do tylnej części uda [1, 8]. Przyczyny występowania PGP nie są jasne, prawdopodobnie czynnikiem sprawczym jest kombinacja zmian hormonalnych (np. wydzielania estrogenów i relaksyn, ang. *relaxin hormone*, RLX) oraz biomechanicznych (np. zmiana położenia środka ciężkości ciała, zwiększenie masy ciała, zwiększenie ciśnienia w jamie brzusznej i jamie miednicy) w okresie ciąży [9]. Uważa się, że do PGP predysponuje: LBP w wywiadzie, BMI przed ciążą > 25, a także ból obręczy miedniczej, depresja oraz obciążenie pracą występujące w ciąży [10]. Niektóre prace wskazują także na wiek rodzącej, palenie tytoniu oraz liczbę przebytych porodów [11] – choć te czynniki są także kwestionowane [12]. Poporodowy ból SIJ może stanowić osobną jednostkę chorobową lub być częścią PGP (szacuje się, że wówczas odpowiada za ok. 75% przypadków bólu) [13]. SIJ przenosi duże siły ścinające pomiędzy kręgosłupem a miednicą i kończynami, zatem jego funkcjonowanie jest zależne od prawidłowej stabilizacji uzyskiwanej dzięki sieci silnych więzadeł oraz napięciu mięśni. Z tego powodu ruchomość SIJ jest na co dzień znikoma, ulega jednak zwiększeniu podczas ciąży i porodu – zmiany hormonalne (RLX i estrogeny) wywołują rozluźnienie więzadeł i pogorszenie stabilizacji SIJ, co jest przyczyną bólu [14]. Rozpoznanie zostaje postawione na podstawie wywiadu oraz dodatniego wyniku trzech testów prowokacyjnych bólu, natomiast wyniki badań obrazowych (KT, MRI) pozostają prawidłowe [15]. U ok. 20% kobiet ból SIJ utrzymuje się powyżej 4 miesięcy [13], natomiast u 8–10% do 1–2 lat po porodzie [15], prowadząc do znacznych ograniczeń w codziennej aktywności. Ponadto pacjenci z dysfunkcją SIJ mają zaburzony wzorzec chodu, więcej problemów z równowagą podczas stania i wstawania w porównaniu ze zdrowymi osobami [16].

Ból SIJ w położu może być także następstwem rozejścia PS, co jest definiowane jako odstęp pomiędzy strukturami PS > 1 cm; a wśród czynników ryzyka wymienia się: makrosomię płodu, poród przedwczesny i u pierwiastki [17]. Szacuje się, że rozejście PS występuje u 0,005–0,8% kobiet, które urodziły żywe dziecko (od 1: 300 do 1: 30 tys. rodzących, częściej w wieku powyżej 35 lat), przy czym te duże rozbieżności mogą wynikać z tego, że w wielu przypadkach jest ono niezdiagnozowane [18]. Szpara spojenia łonowego powinna osiągnąć 4–5 mm w ciągu 6 tygodni po porodzie (zarówno tego, który przebiegał drogami natury, jak i poprzez cesarskie cięcie) [19], przy czym jej szerokość nie wpływa bezpośrednio na nasilenie PGP [20]. Znacznie częstszą przyczyną bólu PS jest jednak (podobnie jak w przypadku SIJ) obecne podczas ciąży rozluźnienie struktur łącznotkankowych stabilizujących PS pod wpływem RLX (przy czym poziom RLX nie wpływa na nasilenie objawów) [21], które znacznie ogranicza mobilność kobiet.

Kobiety w położu często doświadczają LBP (30–78% populacji) [22]. Ból dolnego odcinka kręgosłupa może stanowić osobną jednostkę chorobową (ok. 10% kobiet ma LBP już podczas ciąży, a natężenie dolegliwości jest stałe i nie

zmniejsza się zgodnie z oczekiwaniami po porodzie) lub być częścią PGP (doświadczą go ok. 35% kobiet w ciąży, dolegliwości są największe na początku ciąży, a po 11 tygodniach po porodzie odczuwa je tylko 5% kobiet). Ustępowanie LBP po porodzie jest powolne i niepełne, a 15% wszystkich kobiet doświadczających LBP jako jego początek wskazuje ciążę [23]. Warto dodać, że u kobiet w położu LBP współistnieje z wysiłkowym nietrzymaniem moczu – przyczyną upatruje się w nieprawidłowym ustawieniu miednicy (choć ten związek jest niejasny) [24]. U ponad 71% kobiet w położu LBP wywołuje zaburzenia snu [25], które przekładają się na większe zmęczenie, mogą nasilać zaburzenia hormonalne oraz wywoływać/nasilać objawy depresji poporodowej. Wśród 26% kobiet, które w czasie ciąży miały LBP, objawy depresji utrzymują się do 6 miesięcy po porodzie, znacznie częściej niż u kobiet z innym rodzajem bólu (np. PGP) [23], a ryzyko wystąpienia depresji jest trzy razy większe niż u kobiet bez LBP [26].

Zaburzenia nastroju, w tym lęk, depresja, problemy ze snem, są powszechne w położu [1, 27]. Z depresją okołoporodową w czasie ciąży i laktacji zmagają się od 8 do 36% kobiet [28]. Wśród przyczyn wymienia się: zaburzenia neuroendokrynne, zapalenie nerwów, zaburzenia neurotransmiterów oraz czynniki genetyczne i epigenetyczne [29]. Wczesne rozpoznanie depresji poporodowej jest bardzo istotne, ponieważ wysoce zaburza ona funkcjonowanie matki i może prowadzić do samobójstwa (2–12% kobiet po porodzie ma myśli samobójcze) [30, 31], ponadto matki z depresją często wykazują mniejsze przywiązanie, wrażliwość i są bardziej surowe w stosunku do dziecka, co przekłada się na jego rozwój [32].

Kobiety w okresie położu zgłaszają również dysfunkcje mięśni (brzucha, bioder i grzbietu) [1], spośród których na plan pierwszy wysuwa się rozejście mięśni prostych brzucha (ang. *diastasis recti abdominis*, DRA). DRA występuje u 30–68% kobiet po porodzie i wywołane jest rozciągnięciem i ścięciem kresy białej oraz samych brzośców mięśnia prostego brzucha w wyniku rozszerzania się jamy brzusznej i zmian hormonalnych podczas ciąży (DRA występuje u 27–100% kobiet w zaawansowanej ciąży) [6, 33]. Obecność DRA w istotny sposób wpływa na niekorzystne postrzeganie obrazu własnego ciała i obniża jakość życia kobiet w położu [34] oraz współistnieje z LBP, nietrzymaniem moczu oraz zaburzeniem statyki narządów miednicy mniejszej [35].

Nie można zapomnieć też o poporodowych zaburzeniach dna miednicy obejmujących wszystkie trzy kompartmenty miednicy: przedni (nietrzymanie moczu, cystocele, urethrocele lub uretro-cystocele, obniżenie przedniej ściany pochwy, dyspareunia, rozluźnienie i/lub suchość pochwy, gazy pochwowe), apikalny/szczytowy (obniżenie szyjki macicy, urazy szyjki macicy) oraz tylny (zaparcia, wzdęcia, nietrzymanie gazów i/lub stolca, bolesne wypróżnianie, rectocele, uszkodzenie zwieraczy odbytu, hemoroidy) [2, 36]. Aż 20% kobiet przechodzi w ciągu życia operację z powodu zaburzenia statyki narządów miednicy mniejszej lub/i nietrzymania moczu, a większość z nich jako początek objawów wskazuje pierwszy poród drogą pochwową [37].

Wreszcie na końcu warto wspomnieć o bólu związanym z ranami poporodowymi, do których należą: rany po nacięciu/uszkodzeniu krocza (występujące w przypadku 85% porodów drogą pochwową, w tym u 91% nieródek oraz u 69% wieloródek), które powodują pogorszenie jakości życia i mogą prowadzić do dyspareunii, innych zaburzeń seksualnych oraz

depresji [38]; rana po cięciu cesarskim (odsetek cięć cesarskich wzrasta gwałtownie na całym świecie, w niektórych krajach w sektorze prywatnym wynosi ponad 80%) [39] – leczenie bólu po operacji cesarskiego cięcia jest niedostateczne, co wynika z często nieuzasadnionej obawy o działania niepożądane u matki i dziecka oraz z powodu niedoceniań jego nasilenia [40]. Szczególnym rodzajem są rany brodawek sutkowych, które ma 38% kobiet karmiących piersią, co jest skorelowane z pierwszym porodem, stresem i zmniejszonym poczuciem własnej wartości oraz sprawczości [41] oraz prowadzi często do rezygnacji z karmienia piersią.

Kobietom doświadczającym problemów w okresie położu może pomóc fizjoterapia [1]. Szczególnym działem fizjoterapii, bardzo dynamicznie rozwijającym się w ostatnich latach w Polsce, jest fizjoterapia uroginekologiczna. Obejmuje ona zarówno diagnostykę funkcjonalną, jak i postępowanie terapeutyczne u kobiet m.in. w okresie ciąży, porodu i położu. Interdyscyplinarne wytyczne Polskiego Towarzystwa Uroginekologicznego odnośnie do postępowania fizjoterapeutycznego w zaburzeniach funkcjonalnych narządów miednicy mniejszej podkreślają, że oprócz terapii zaburzeń zadaniem fizjoterapii uroginekologicznej jest profilaktyka tych zaburzeń, która obejmuje m.in. naukę odpowiednich zachowań, tj. prawidłowych nawyków toaletowych, prawidłowej postawy ciała czy bezpiecznego dźwignia [42]. Wykazano skuteczność fizjoterapii u kobiet w położu w leczeniu LBP, po zastosowaniu: akupresury (zmniejszenie: poziomu bólu, ograniczeń funkcjonalnych i depresji poporodowej) [43], manipulacji osteopatycznych (spadek bólu, poprawa funkcjonowania) [44], treningu stabilizacyjnego mięśni (nawet u kobiet otyłych, co zwykle stanowi negatywny czynnik rokowniczy) [45] oraz ćwiczeń mięśni dna miednicy (szczególnie dobrze udokumentowane) [46]. Wykazano również skuteczność fizjoterapii u kobiet w położu w leczeniu bólu SIJ (postępowanie łączące edukację pacjentki, ćwiczenia stabilizacyjne mięśni obręczy miednicy, ukierunkowane rozciąganie mięśni, manipulacje stawowe oraz użycie stabilizacyjnych pasów biodrowych) [15] oraz PGP (program ćwiczeń stabilizacyjnych oraz ćwiczeń na niestabilnym podłożu – z tzw. szwedzką piłką) [47], a także poporodowego bólu SIJ (m.in. ćwiczenia rozciągające mięśnie: pośladowe, najszerzy grzbietu, kulszowo-goleniowe dla poprawy koaptacji w SIJ) [15]. Warto zaznaczyć, że ćwiczenia pod kontrolą fizjoterapeuty są skuteczniejsze od tych wykonywanych zupełnie samodzielnie przez pacjentki w domu [48]. Szczególnie dobrze udokumentowany jest pozytywny wpływ ćwiczeń mięśni dna miednicy na poporodowe nietrzymanie moczu i stolca oraz zaburzenia statyki narządów miednicy, a różnica pomiędzy kobietami, które korzystały z tej formy fizjoterapii, a tymi, które z niej nie korzystały, jest widoczna nawet 6 miesięcy po porodzie [37, 49, 50]. Problem stanowi ograniczona dostępność usług z zakresu fizjoterapii uroginekologicznej, które aktualnie w Polsce świadczone są głównie w placówkach prywatnych. W październiku 2021 roku podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia przedstawiciele Krajowej Izby Fizjoterapeutów postulowali konieczność wprowadzenia do koszyka świadczeń refundowanych fizjoterapii uroginekologicznej, która miałaby obejmować fizjoterapię okołoporodową, okołoperacyjną, zaburzeń mikcji, statyki dna miednicy oraz w zespołach bólowych miednicy mniejszej [51]. Świadczenia miałyby być udzielane w trybie ambulatoryjnym, choć korzystne byłoby niewątpliwie przeprowadzenie co najmniej jednej wizyty podczas pobytu

kobiety w szpitalu, zwłaszcza że w reedukacji poporodowej kluczowy jest okres położu, który charakteryzuje się największą dynamiką ustępowania zmian, które zaszły w organizmie kobiety w okresie ciąży. Stąd rozpoczęcie fizjoterapii w tym okresie i jej właściwe prowadzenie jest niezwykle istotne z punktu widzenia zdrowia kobiety. W niektórych krajach takie rozwiązania są już dostępne, choć zakres stosowanych tam interwencji jest zróżnicowany [52]. Problem braku refundacji fizjoterapii uroginekologicznej nie jest jedynym czynnikiem ograniczającym jej dostępność. Rouhi i wsp. w swych badaniach [53] wskazywali na trzy możliwe przyczyny ograniczonego dostępu do fachowej pomocy dla kobiet po porodzie. Po pierwsze, kobiety nie szukają pomocy, gdyż nie są świadome, że jest taka możliwość, i traktują dolegliwości jako element macierzyństwa. Po drugie, pracownicy służby zdrowia nie ułatwiają dyskusji na temat dolegliwości poporodowych i mogą nie być świadomi właściwego planowania leczenia. Trzecią przyczyną jest brak wiedzy w tym zakresie w społeczeństwie, co sprawia, że kobiety, które podzieliły się swoim problemem z rodziną lub przyjaciółmi jako osobami zaufanymi, również nie otrzymują odpowiedniego wsparcia. W przywołanej pracy podkreślono, że istnieje potrzeba badań, które oceniłyby opiekę po porodzie z perspektywy kobiet. Usłyszenie ich głosu może zidentyfikować kolejne bariery w dostępie do fachowej pomocy.

CEL PRACY

Celem pracy było sprawdzenie, jak kobiety oceniają rolę i dostępność fizjoterapii w położu.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto 112 kobiet, które rodziły przynajmniej raz w życiu. Średni wiek badanych wynosił 37 ± 7 lat. Były to mieszkanki wsi – 22% badanych, miasta poniżej 100 tys. mieszkańców – 43%, miasta powyżej 100 tys. mieszkańców – 35%. Niemalże 3/4 badanych ($n=82$) miało wykształcenie wyższe, 1/5 – średnie ($n=24$), a 6 badanych – zawodowe. Minimalna liczba porodów u badanych wynosiła 1, a maksymalna 5 ($Me=2$). Od ostatniego porodu minęło średnio $7,5 \pm 7,95$ lat. Spośród wszystkich porodów ($n=206$) 35% ($n=73$) stanowiły porody przez cesarskie cięcie.

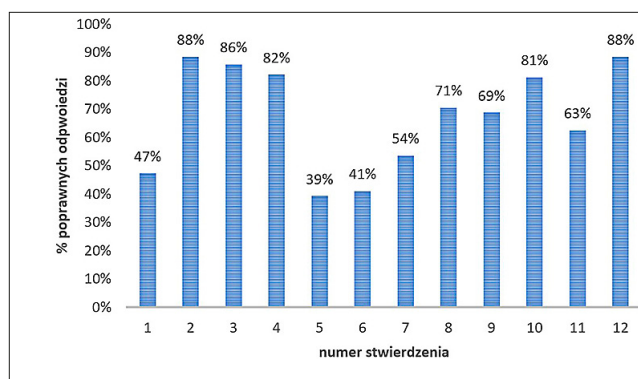
Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, przygotowany w Google Forms i rozesłany kobietom drogą internetową na portalu społecznościowym. Ankieta była adresowana do kobiet, które rodziły przynajmniej raz w życiu. Była ona dostępna do wypełnienia w okresie od 26 do 30 czerwca 2023 roku. Kobiety zostały poinformowane o dobrowolności i anonimowości udziału w badaniu. Kwestionariusz ankiety składał się z pytań dotyczących porodu (liczba, rodzaj, interwencje podczas porodu, np. próżnościąg, kleszcze), uczęszczania do szkoły rodzenia, korzystania z fizjoterapii podczas hospitalizacji po porodzie i po wypisie ze szpitala, subiektywnej oceny fizjoterapii uroginekologicznej oraz z zestawu 12 stwierdzeń z tematyki fizjoterapii w położu, które kobiety oceniały zgodnie ze swoją wiedzą, wybierając odpowiedź: „prawda”, „fałsz” lub „nie wiem”. Komisja Bioetyczna przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu potwierdziła pisemnie, że prowadzone badanie nie jest eksperymentem medycznym

i nie wymaga opinii Komisji Bioetycznej (data opinii 21 czerwca 2023 roku).

Zgromadzony materiał opracowano statystycznie przy użyciu programu Statistica 13.0. PL. Dla określenia rozkładu analizowanych zmiennych użyto testu Shapiro-Wilka. W celu ustalenia istotności różnic pomiędzy zmiennymi zastosowano test t-Studenta lub nieparametryczny test U Manna-Whitneya. Różnice uznawano za istotne przy $p < 0,05$.

WYNIKI

Zgodnie ze swoją wiedzą kobiety oceniały 12 stwierdzeń dotyczących fizjoterapii w położu. Ogólny średni wynik wskazuje na $67\% \pm 23,34\%$ poprawnych odpowiedzi. Najmniej błędnych odpowiedzi obserwowano przy stwierdzeniach dotyczących korzystnego wpływu ćwiczeń mięśni dna miednicy na objawy nietrzymania moczu po porodzie (88% poprawnych), fizjoterapii w regeneracji po porodzie (88% poprawnych) oraz roli poprawnego wstawania z pozycji leżącej (86% poprawnych). Szczegółowe wyniki przedstawiono na ryc. 1.



Rycina 1. Poprawne odpowiedzi na stwierdzenia dotyczące fizjoterapii w położu

Legenda:

Treść stwierdzeń 1–12:

1. Leżenie na brzuchu jest korzystne w położu, ponieważ znacznie szybciej obkurcza się macica.
2. Ćwiczenia mięśni dna miednicy mogą pozytywnie wpływać na objawy nietrzymania moczu po porodzie.
3. Prawidłowe wstawanie z leżenia ma znaczenie ze względu na ochronę dna miednicy oraz rozejścia mięśni prostych brzucha.
4. Prawidłowe dźwiganie w położu ma wpływ na ochronę rozejścia mięśni prostych brzucha.
5. Przeciwskazaniem do masażu po porodzie nie jest podwyższone ciśnienie krwi.
6. Mobilizacja blizny po porodzie nie zapobiega powstawaniu zrostów.
7. Wskazaniem do terapii z fizjoterapeutą w szpitalu jest duża utrata krwi pod czas porodu.
8. Niewielkie gubienie moczu po porodzie dotyczy większości rodzących i nie powinno budzić niepokoju.
9. Ból podczas współżycia po porodzie nie jest wskazaniem do konsultacji z fizjoterapeutą uroginekologicznym.
10. Ćwiczenia mięśni dna miednicy mogą zapobiegać wysiłkowemu nietrzymaniu moczu po porodzie.
11. Ćwiczenia mięśni dna miednicy nie mają wpływu na pomoc przy oddawaniu stolca przez kobiety po porodzie.

12. Fizjoterapia w położu może przyczynić się do szybszej regeneracji po porodzie.

Na pytanie „Czy uważa Pani, że fizjoterapia uroginekologiczna w położu jest potrzebna?” 96 ankietowanych odpowiedziało „tak”, 9 – „nie”, 4 – „nie wiem”, 3 – „to zależy”. Uzasadniając, dlaczego fizjoterapia uroginekologiczna może być potrzebna, kobiety podawały argumenty takie jak: szybszy powrót do formy i stanu sprzed porodu, bezpieczny powrót do aktywności fizycznej, zmniejszenie/ eliminacja dolegliwości narządu ruchu, np. bólu kręgosłupa, miednicy, praca z blizną. Ponadto kobiety zwróciły uwagę, że są świadome, że problemy uroginekologiczne mogą pojawić się również po wielu latach od porodu, dlatego też warto kontrolnie udać się na konsultację u fizjoterapeuty, również przy braku dolegliwości.

Jedenaście z ankietowanych kobiet (10%) w szpitalu, po porodzie miało możliwość konsultacji z fizjoterapeutą. Podczas konsultacji omawiane były zagadnienia (w kolejności od najczęściej zgłaszanych):

- dbanie o prawidłową postawę ciała (n=9),
- pozycje do noszenia dziecka (n=8),
- pozycje karmienia (n=6),
- prawidłowe nawyki toaletowe (n=6),
- pielęgnacji blizny po cesarskim cięciu/ nacięciu krocza (n=6),
- mobilizacja blizny po cesarskim cięciu/ nacięciu krocza (n=2),
- korzyści z leżenia na brzuchu w położu (n=1),
- profilaktyka przeciwobrzękowa (n=1),
- wyłączenie pionizacji (n=1).

Kobiety, które miały kontakt z fizjoterapeutą w szpitalu po porodzie, oceniły konsultację średnio na $7 \pm 3,74$ pkt, w skali 0–10 pkt, gdzie 0 oznaczało, że uważają konsultację za zdecydowanie zbędną, a 10 – za zdecydowanie potrzebną. Kobiety, które nie miały kontaktu z fizjoterapeutą w szpitalu po porodzie, oceniły zasadność takiej konsultacji na $5 \pm 4,70$ pkt według tej samej skali.

Po wyjściu ze szpitala 25 badanych kobiet (22%) zgłosiło się na wizytę do fizjoterapeuty. Przyczyny wizyty zgłaszane przez ankietowane kobiety zostały zebrane na ryc. 2.



Rycina 2. Przyczyny wizyty u fizjoterapeuty po porodzie

Ponadto pojedyncze przyczyny dotyczyły: rozejścia mięśni prostych brzucha, bólu podczas współżycia, rozejścia spojeń łonowego, bólu brzucha, widocznie wystającego brzucha. Średnia ocena wizyty u fizjoterapeuty po porodzie wynosiła $9,36 \pm 1,78$, w skali 0–10 pkt, gdzie 0 oznaczało, że oceniają wizytę za zdecydowanie zbędną, a 10 – za zdecydowanie potrzebną.

Wśród kobiet, które nie zgłosiły się do fizjoterapeuty (78%),

ponad połowa (57%) nie wiedziała, że jest taka możliwość, 38% nie czuło takiej potrzeby, a pojedyncze ankietowane ($n=4$) zgłosiły, że przeszkodą była zbyt duża odległość do fizjoterapeuty. Rodzaj porodu ani interwencje podczas porodu (podanie oksytocyny, użycie próżnościągu, kleszczy) nie miały istotnego wpływu na zgłoszenie się do fizjoterapeuty ($p > 0,05$). Liczba poprawnie udzielonych odpowiedzi na stwierdzenia dotyczące fizjoterapii w położu również nie miała istotnego związku z udaniem się do fizjoterapeuty ($p > 0,05$).

Do szkoły rodzenia uczęszczało 44 spośród 112 ankietowanych kobiet (39%). Na ryc. 3 przedstawiono zagadnienia poruszane podczas zajęć w szkole rodzenia u badanych kobiet.



Rycina 3. Tematy poruszane w szkole rodzenia ankietowanych kobiet

Spośród kobiet, które uczęszczały do szkoły rodzenia, 34% ($n=15$) zostało poinformowanych o możliwości konsultacji u fizjoterapeuty po porodzie. Fakt uczęszczania do szkoły rodzenia przed porodem nie miał istotnego wpływu na późniejsze zgłaszanie się do fizjoterapeuty, jak również na poziom wiedzy ankietowanych z zakresu fizjoterapii po porodzie ($p > 0,05$).

DYSKUSJA

Wyniki przeprowadzonych w tej pracy badań wskazują, że dostępność fizjoterapii na oddziale położniczym jest znikoma. Możliwość konsultacji z fizjoterapeutą miało jedynie 11 spośród ankietowanych kobiet (10%). Pozostaje to w zgodzie z głosami innych autorów, wskazujących, że Polsce daleko jest do rozwiązań stosowanych np. we Francji, Niemczech czy Wielkiej Brytanii. We Francji kobiety po porodzie mogą skorzystać z 10 darmowych, 30-minutowych sesji z przeszkolonym fizjoterapeutą. Zakres dostępnych tam usług obejmuje diagnozę, terapię oraz częściową refundację elektrostymulatorów mięśni dna miednicy. Fizjoterapia częściowo odbywa się jeszcze przed wypisem kobiety do domu [54]. W Niemczech oferuje się multidyscyplinarną opiekę poporodową, obejmującą fizjoterapię, z codziennymi wizytami domowymi przez 10 dni po porodzie, następnie dodatkowe 16 wizyt do 2 miesięcy po porodzie [55]. W Wielkiej Brytanii obowiązują rządowe wytyczne dotyczące opieki poporodowej, które zalecają m.in. ocenę stanu miednicy podczas każdej wizyty poporodowej. Zgodnie z wytycznymi w okresie 6 do 8 tygodni po porodzie lekarz rodzinny powinien ocenić, czy kobieta wymaga skierowania do specjalisty świadczącego specjalistyczne usługi opieki zdrowotnej, takiego jak fizjoterapeuta [56]. W 2018 roku przedstawiciele 25 krajów, członków Międzynarodowej Organizacji Fizjoterapeutów Zdrowia Miednicy i Kobiet (podgrupy Światowej Konfederacji Fizjoterapii),

zapytano o organizację fizjoterapii poporodowej w ich krajach [52]. Raport, będący efektem tego badania, pokazał, że dostęp do fizjoterapeuty przed wypisem ze szpitala był możliwy jedynie w dwóch państwach. Ponad 3/4 badanych stwierdziło, że kobiety nie są widywane rutynowo. W opinii 20% dostęp do fizjoterapii miały tylko te kobiety, które były szczególnie narażone na dysfunkcję dna miednicy (np. po uszkodzeniu zwieracza odbytu lub z objawami występującymi jeszcze przed porodem). W Polsce starania Krajowej Izby Fizjoterapeutów o włączenie fizjoterapii uroginekologicznej do koszyka świadczeń refundowanych nie przyniosły rezultatów [51], jednakże na stronach internetowych niektórych szpitali można znaleźć informację o realizowanym przez nich programie bezpłatnych konsultacji dla kobiet po porodzie [8, 57–59]. Konsultacje udzielane są podczas hospitalizacji i/lub po wypisie, w trybie ambulatoryjnym i obejmują m.in.: ocenę posturalną, mięśni dna miednicy, rozejścia mięśni prostych brzucha, zalecenia odnośnie do prawidłowych nawyków poporodowych oraz ćwiczeń bezpiecznych w okresie położu, autoterapię blizny po cesarskim cięciu.

Jeśli po wyjściu ze szpitala kobiety korzystają z fizjoterapii uroginekologicznej, to odbywa się to przede wszystkim w placówkach prywatnych u wyszkolonych w tym kierunku fizjoterapeutów. Z całej grupy kobiet, objętych badaniem prezentowanym w niniejszej pracy, po wypisie ze szpitala tylko 22% zgłosiło się na fizjoterapię. Miejsce zamieszkania nie było czynnikiem wpływającym na korzystanie lub nie z fizjoterapii uroginekologicznej. Nie jest to zaskakująca obserwacja, ponieważ podobnie jest przy wyborze miejsca do porodu – kobiety kierują się wówczas raczej nie jego odległością od domu, ale opinią na temat danej placówki i jej personelu albo, równie często, „podążają” za swoim lekarzem [60]. Podobnie może być z wyborem fizjoterapeuty. Niestety ponad połowa badanych kobiet nie była świadoma możliwości skorzystania z konsultacji u fizjoterapeuty. Ten brak wiedzy może być spowodowany zbyt małą edukacją w tym zakresie podczas ciąży, kiedy kobieta uczęszcza do szkoły rodzenia, a także przed ciążą, jeśli kobieta nie miała nigdy styczności z fizjoterapią. Keil i wsp. [61] w badaniu obejmującym kobiety w ciąży wykazali, że nie posiadają one żadnej wiedzy na temat zakresu usług fizjoterapii poporodowej. W prezentowanej pracy fakt uczęszczania do szkoły rodzenia, a także liczba poprawnych odpowiedzi na stwierdzenia dotyczące fizjoterapii w położu nie miały wpływu na częstość korzystania po porodzie z zabiegów fizjoterapeutycznych. Wśród kobiet, które nie zgłosiły się po wyjściu ze szpitala do fizjoterapeuty, 38% odpowiedziało, że nie czuły takiej potrzeby. Być może nie odczuwały żadnych dolegliwości lub były one niewielkie, ale też mogły je uznawać za naturalny aspekt macierzyństwa, niepodlegający terapii, co zgłaszali również inni autorzy [53, 62, 63]. Moosdorff-Steinhauser i wsp. [64] w przeprowadzonych badaniach zauważyli, że kobiety po porodzie, które lepiej na tle innych postrzegały swój ogólny stan zdrowia, oraz te, u których występowały objawy dysfunkcji dna miednicy, takie jak nietrzymanie moczu i wypadanie narządów miednicy mniejszej, były bardziej chętne do udziału w profilaktycznym programie treningu mięśni dna miednicy. Przyczyną tego, że niewiele kobiet zgłasza się na fizjoterapię po wyjściu ze szpitala po porodzie, może być też kwestia kosztów takiej wizyty [64], jednakże w prezentowanej pracy wątek ten nie był oceniany. Należy podkreślić, że te kobiety, które miały możliwość konsultacji z fizjoterapeutą w szpitalu, oraz te, które z wyboru

zgłosiły się do fizjoterapeuty po wyjściu ze szpitala, wizyty te oceniły wysoko, odpowiednio na $7 \pm 3,74$ i $9,36 \pm 1,78$ pkt, w skali 0–10 pkt, gdzie 0 oznaczało, że oceniają konsultację za zdecydowanie zbędną, a 10 – za zdecydowanie potrzebną.

W kilku pracach podkreślono rolę przedstawicieli zawodów medycznych, m.in. lekarzy, pielęgniarek, położnych czy fizjoterapeutów, w informowaniu kobiet na temat objawów dysfunkcji dna miednicy oraz możliwości ich terapii [55, 62, 65, 66]. Kobiety najczęściej zdobywają takie informacje od położnych podczas hospitalizacji po porodzie. Innymi źródłami tej wiedzy byli lekarze, pielęgniarki, położne, szkoły rodzenia, fizjoterapeuci, przy czym grupą najlepiej ocenioną pod względem przydatności uzyskanych informacji byli fizjoterapeuci (średnia ocena 8,98 w 10-punktowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza „wcale nie pomocny”, zaś 10 – „bardzo pomocny”) [66]. Korzyści z konsultacji u fizjoterapeuty podkreśliły wyniki badań Potery i wsp. [62], w których zauważono, że kobiety, które zdecydowały się na konsultację występujących u nich dolegliwości w czasie ciąży, charakteryzowały się istotnie lepszą znajomością zasad profilaktyki rozejścia kresy białej, ćwiczeń przeciwzkrępowych i wiedzą, że ich wykonywanie jest zalecane po porodzie, oraz że ćwiczenia mięśni dna miednicy zmniejszają ryzyko wystąpienia w przyszłości problemu nietrzymania moczu. Autorzy wnioskowali, że oprócz pomocy w łagodzeniu występujących objawów kobiety otrzymywały od fizjoterapeuty również instruktaż dotyczący profilaktycznego postępowania w ciąży i położu. Niepokój wzbudzają badania Nazar [65], które pokazały, że lekarze ginekolodzy, którzy mają najczęstszy kontakt z kobietą w czasie ciąży i położu, pomimo świadomości korzyści z fizjoterapii w zmniejszeniu lub zapobieganiu bólowi kręgosłupa, wadom postawy, dysbalansom mięśniowo-szkieletowym i innym powikłaniom, nielicznie kierują pacjentki na usługi fizjoterapeutyczne. W prezentowanej pracy jedynym ocenianym źródłem informacji o możliwości konsultacji u fizjoterapeuty po porodzie były szkoły rodzenia. W tym przypadku wyniki również są niepokojące, ponieważ jedynie 1/3 kobiet uczestniczek szkoły rodzenia usłyszało o takiej możliwości.

Kobiety ankietowane na potrzeby niniejszej pracy, które zgłosiły się do fizjoterapeuty po porodzie, najczęściej decydowały się na to z powodu bólu kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym; inne podane przyczyny to: nietrzymanie moczu, zaburzenia dotyczące blizny po nacięciu/pęknięciu krocza, obniżenie narządów miednicy mniejszej i zaparcia. Te i inne objawy mogą powodować krótko- lub długotrwałe ograniczenia funkcjonalne. Wczesna interwencja fizjoterapeuty, opierająca się na leczeniu zachowawczym o niskim ryzyku, może złagodzić te objawy, poprawić ogólne samopoczucie i zapobiec długotrwałym problemom zdrowotnym [55]. W literaturze podkreśla się również edukacyjną, profilaktyczną rolę fizjoterapeuty uroginekologicznego [1, 55], który mógłby poinstruować kobiety m.in. w zakresie prawidłowej postawy ciała, optymalnych strategii ruchowych podczas wykonywania czynności dnia codziennego, w tym związanych z podnoszeniem, noszeniem, karmieniem dziecka, optymalnego wzorca oddechowego, prawidłowych nawyków toaletowych, autoterapii blizny na kroczu i/lub po cesarskim cięciu czy też bezpiecznego powrotu do aktywności fizycznej [1, 52, 55]. Fizjoterapeuta powinien też edukować kobiety na temat dolegliwości, z którymi należy zgłosić się na terapię. Być może przyczyni się to do uświadomienia kobiet, że dolegliwości te nie są wpisane w życie matki, i skłoni je

do szukania pomocy [55], choć wyniki naszych badań zdają się tego nie potwierdzać. Na pytanie „Czy uważa Pani, że fizjoterapia uroginekologiczna w położu jest potrzebna?” większość ankietowanych (96 spośród 112) odpowiedziała „tak”. Kobiety miały świadomość, że fizjoterapia może im pomóc w szybszym powrocie do formy i stanu sprzed porodu, w bezpiecznym podjęciu aktywności fizycznej, zmniejszeniu/eliminacji dolegliwości narządu ruchu, a także zapobiec problemom uroginekologicznym, które mogą pojawić się po wielu latach od porodu. W przygotowanym przez autorów teście na temat fizjoterapii w położu badane uzyskały wyniki wskazujące na dostateczną wiedzę w tym zakresie (67% poprawnych odpowiedzi). Jednocześnie, jak wspomniano już wcześniej, tylko 22% ankietowanych zgłosiło się po porodzie do fizjoterapeuty, a ponad połowa nie wiedziała, że jest taka możliwość. niespójność powyższych obserwacji może częściowo wynikać z przygotowanej przez autorów ankiety, której treść dotycząca zagadnień poruszanych w szkole rodzenia i/lub podczas wizyty u fizjoterapeuty mogła mieć charakter edukacyjny, tym samym wpłynąć na twierdzącą odpowiedź o potrzebie fizjoterapii uroginekologicznej.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wnioskuje się, że należy zwiększać wiedzę kobiet na temat kompetencji fizjoterapeuty uroginekologicznego, m.in. podczas zajęć w szkole rodzenia oraz hospitalizacji po porodzie. Należy również poszukać rozwiązań umożliwiających kobietom po porodzie wczesny dostęp do fizjoterapii uroginekologicznej, przynajmniej o charakterze instruktażowym. Wskazane jest przeprowadzenie dalszych badań mających na celu określenie barier w dostępie do fizjoterapii uroginekologicznej dla kobiet po porodzie.

PIŚMIENICTWO

1. Simonds AH, Abraham K, Spitznagle T. Executive Summary of the Clinical Practice Guidelines for Pelvic Girdle Pain in the Postpartum Population. *J Women's Health Phys Ther.* 2022;46.1:3–10. <https://doi.org/10.1097/WH.0000000000000235>
2. Cooklin AR, Amir LH, Nguyen CD, et al. Physical health, breastfeeding problems and maternal mood in the early postpartum: a prospective cohort study. *Arch Womens Ment Health.* 2018;21(3):365–374. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0805-y>
3. Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, et al. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J.* 2008;17(6):794–819. <https://doi.org/10.1007/s00586-008-0602-4>
4. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J.* 2004;13(7):575–589. <https://doi.org/10.1007/s00586-003-0615-y>
5. Rejano-Campo M, Desvergée A, Pizzoferrato AC. Caractéristiques et symptômes pelvi-périnéaux dans les douleurs de la ceinture pelvienne: une revue de la littérature [Relationship between perineal characteristics and symptoms and pelvic girdle pain: A literature review]. *Prog Urol.* 2018;28(4):193–208. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2017.12.007>
6. Starzec-Proserpio M, Lipa D, Szymański J, et al. Association Among Pelvic Girdle Pain, Diastasis Recti Abdominis, Pubic Symphysis Width, and Pain Catastrophizing: A Matched Case-Control Study. *Phys Ther.* 2022;102(4):pzab311. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab311>
7. Dunn G, Egger MJ, Shaw JM, et al. Trajectories of lower back, upper back, and pelvic girdle pain during pregnancy and early postpartum in primiparous women. *Womens Health (Lond).* 2019;15:1745506519842757. <https://doi.org/10.1177/1745506519842757>
8. Starzec-Proserpio M, Węgrzynowska M, Sys D, et al. Prevalence and factors associated with postpartum pelvic girdle pain among women in

- Poland: a prospective, observational study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2022;23(1):928. <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05864-y>
9. Wuytack F, Begley C, Daly D. Risk factors for pregnancy-related pelvic girdle pain: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):739. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03442-5>
 10. Wiezer M, Hage-Fransen MAH, Otto A, et al. Risk factors for pelvic girdle pain postpartum and pregnancy related low back pain postpartum; a systematic review and meta-analysis. *Musculoskelet Sci Pract.* 2020;48:102154. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2020.102154>
 11. Sakamoto A, Gamada K. Altered musculoskeletal mechanics as risk factors for postpartum pelvic girdle pain: a literature review. *J Phys Ther Sci.* 2019;31(10):831–838. <https://doi.org/10.1589/jpts.31.831>
 12. Kovacs FM, Garcia E, Royuela A, et al. Spanish Back Pain Research Network. Prevalence and factors associated with low back pain and pelvic girdle pain during pregnancy: a multicenter study conducted in the Spanish National Health Service. *Spine (Phila Pa 1976).* 2012;37(17):1516–1533. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31824dcb74>
 13. Capobianco R, Cher D; SIFI Study Group. Safety and effectiveness of minimally invasive sacroiliac joint fusion in women with persistent post-partum posterior pelvic girdle pain: 12-month outcomes from a prospective, multi-center trial. *Springerplus.* 2015;4:570. <https://doi.org/10.1186/s40064-015-1359-y>
 14. Le Huec JC, Tsoupras A, Leglise A, et al. The sacro-iliac joint: A potentially painful enigma. Update on the diagnosis and treatment of pain from micro-trauma. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2019;105(1S):S31–S42. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2018.05.019>
 15. Fiani B, Sekhon M, Doan T, et al. Sacroiliac Joint and Pelvic Dysfunction Due to Symphysiolysis in Postpartum Women. *Cureus.* 2021;13(10):e18619. <https://doi.org/10.7759/cureus.18619>
 16. Hermans SMM, Paulussen EMB, Notermans RAJ, et al. Motion analysis in patients with postpartum sacroiliac joint dysfunction: A cross-sectional case-control study. *Clin Biomech (Bristol, Avon).* 2022;100:105773. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2022.105773>
 17. Anastasio MK, Anastasio AT, Kuller JA. Peripartum Pubic Symphysis Diastasis. *Obstet Gynecol Surv.* 2023;78(6):369–375. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000001156>
 18. Seidman AJ, Siccardi MA. Postpartum Pubic Symphysis Diastasis. In: *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; February 19, 2023.
 19. Heim JA, Vang S, Lips E, et al. Pubic Symphysis Separation and Regression in Vaginal versus Cesarean Delivery. *J Obstet Gynaecol Can.* 2022;44(1):42–47. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2021.07.015>
 20. Qiao J, Qin J, Feng J, et al. Relationship Between Pubic Symphysis Separation and Postpartum Pelvic Girdle Pain: A Retrospective Study of 32 Cases. *PM R.* 2020;12(12):1222–1226. <https://doi.org/10.1002/pmrj.12341>
 21. Wang Y, Li YQ, Tian MR, et al. Role of relaxin in diastasis of the pubic symphysis peripartum. *World J Clin Cases.* 2021;9(1):91–101. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i1.91>
 22. Mota MJ, Cardoso M, Carvalho A, et al. Women's experiences of low back pain during pregnancy. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2015;28(2):351–357. <https://doi.org/10.3233/BMR-140527>
 23. Long G, Yao ZY, Na Y, et al. Different types of low back pain in relation to pre- and post-natal maternal depressive symptoms. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):551. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03139-9>
 24. Mutaguchi M, Murayama R, Takeishi Y, et al. Relationship between low back pain and stress urinary incontinence at 3 months postpartum. *Drug Discov Ther.* 2022;16(1):23–29. <https://doi.org/10.5582/ddt.2022.01015>
 25. Horibe K, Isa T, Matsuda N, et al. Association between sleep disturbance and low back and pelvic pain in 4-month postpartum women: A cross-sectional study. *Eur Spine J.* 2021;30(10):2983–2988. <https://doi.org/10.1007/s00586-021-06847-8>
 26. Gutke A, Josefsson A, Oberg B. Pelvic girdle pain and lumbar pain in relation to postpartum depressive symptoms. *Spine (Phila Pa 1976).* 2007;32(13):1430–1436. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e318060a673>
 27. Yan H, Ding Y, Guo W. Mental Health of Pregnant and Postpartum Women During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol.* 2020;11:617001. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.617001>
 28. Virgara R, Maher C, Van Kessel G. The comorbidity of low back pelvic pain and risk of depression and anxiety in pregnancy in primiparous women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):288. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1929-4>
 29. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol.* 2019;52:165–180. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>
 30. Shi P, Ren H, Li H, et al. Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors. *Psychiatry Res.* 2018;261:298–306. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.085>
 31. Bodnar-Deren S, Klipstein K, Ferst M, et al. Suicidal Ideation During the Postpartum Period. *J Womens Health (Larchmt).* 2016;25(12):1219–1224. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5346>
 32. Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav.* 2016;77:153–166. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>
 33. Turan V, Colluoglu C, Turkyilmaz E, et al. Prevalence of diastasis recti abdominis in the population of young multiparous adults in Turkey. *Ginekol Pol.* 2011;82(11):817–821.
 34. Vicente-Campos V, Fuentes-Aparicio L, Rejano-Campo M. Evaluación de las consecuencias físicas y psicosociales de la diástasis de rectos abdominales y su interferencia en la salud: un estudio mixto [Evaluation of the physical and psychosocial consequences of the diastasis of the rectus abdominis and its interference in health: A mixed study]. *Rehabilitación (Madr).* 2023;57(2):100744. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2022.03.006>
 35. Joueidi Y, Vieillefosse S, Cardaillac C, et al. Impact of diastasis des muscles droits de l'abdomen sur les symptômes pelvi-périnéaux: revue de la littérature [Impact of the diastasis of the rectus abdominis muscles on the pelvic-perineal symptoms: Review of the literature]. *Prog Urol.* 2019;29(11):544–559. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.05.002>
 36. Dasikan Z, Ozturk R, Ozturk A. Pelvic floor dysfunction symptoms and risk factors at the first year of postpartum women: a cross-sectional study. *Contemp Nurse.* 2020;56(2):132–145. <https://doi.org/10.1080/10376178.2020.1749099>
 37. Nygaard IE, Wolpern A, Bardsley T, et al. Early postpartum physical activity and pelvic floor support and symptoms 1 year postpartum. *Am J Obstet Gynecol.* 2021;224(2):193.e1–193.e19. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.08.033>
 38. Hartinah A, Usman AN, Sartini, et al. Care for perineal tears in vaginal delivery: An update for midwife. *Gac Sanit.* 2021;35 Suppl 2:S216–S220. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.024>
 39. Stupak A, Kondracka A, Fronczek A, et al. Scar Tissue after a Cesarean Section-The Management of Different Complications in Pregnant Women. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(22):11998. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211998>
 40. Roofthoof E, Joshi GP, Rawal N, et al. PROSPECT Working Group* of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy and supported by the Obstetric Anaesthetists' Association. PROSPECT guideline for elective caesarean section: updated systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations. *Anaesthesia.* 2021;76(5):665–680. <https://doi.org/10.1111/anae.15339>
 41. Feenstra MM, Jørgine Kirkeby M, Thygesen M, et al. Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences. *Sex Reprod Healthc.* 2018;16:167–174. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.003>
 42. <https://ptug.pl/rekomendacje/interdyscyplinarne-wytyczne-polskiego-towarzystwa-uroginekologicznego-odnosnie-postepowania-fizjoterapeutycznego-w-zaburzeniach-funkcjonalnych-narzadow-miednicy-mniejszej/> (access 2023.07.28).
 43. Cheng HY, Carol S, Wu B, et al. Effect of acupressure on postpartum low back pain, salivary cortisol, physical limitations, and depression: a randomized controlled pilot study. *J Tradit Chin Med.* 2020;40(1):128–136.
 44. Franke H, Franke JD, Belz S, et al. Osteopathic manipulative treatment for low back and pelvic girdle pain during and after pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *J Bodyw Mov Ther.* 2017;21(4):752–762. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2017.05.014>
 45. Ghavipanje V, Rahimi NM, Akhlaghi F. Six Weeks Effects of Dynamic Neuromuscular Stabilization (DNS) Training in Obese Postpartum Women With Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *Biol Res Nurs.* 2022;24(1):106–114. <https://doi.org/10.1177/10998004211044828>
 46. Kazemian M, Rajati F, Rajati M. The effect of pelvic floor muscle-strengthening exercises on low back pain: a systematic review and meta-analysis on randomized clinical trials. *Neurol Sci.* 2023;44(3):859–872. <https://doi.org/10.1007/s10072-022-06430-z>
 47. Adnan H, Ghous M, Shakil Ur Rehman S, et al. The effects of a static exercise programme versus Swiss ball training for core muscles of the lower back and pelvic region in patients with low back pain after child delivery: A single blind randomized control trial. *J Pak Med Assoc.* 2021;71(4):1058–1062. <https://doi.org/10.47391/JPMA.784>
 48. Nayyab I, Ghous M, Shakil Ur Rehman S, et al. The effects of an exercise programme for core muscle strengthening in patients with low back pain after Caesarian-section: A single blind randomized control trial. *J Pak Med Assoc.* 2021;71(5):1319–1325. <https://doi.org/10.47391/JPMA.596>

49. Sigurdardottir T, Steingrimsdottir T, Geirsson RT, et al. Can postpartum pelvic floor muscle training reduce urinary and anal incontinence?: An assessor-blinded randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(3):247.e1–247.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.09.011>
50. Artymuk NV, Khapacheva SY. Device-assisted pelvic floor muscle postpartum exercise programme for the management of pelvic floor dysfunction after delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022; 35(3): 481–485. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1723541>
51. <https://kif.info.pl/fizjoterapia-uroginekologiczna-powinna-trafic-dokosztyka-swiadczen-gwarantowanych/> (access: 2023.07.28).
52. Brook G. Postpartum physiotherapy: a commentary on evidence-based guidance and current practice, including a survey of International Organization of Physical Therapists in Women's Health delegates. *J Pelvic Obstet Gynaecol Physiother.* 2020;126:11–15.
53. Rouhi M, Stirling C, Ayton J, et al. Women's help-seeking behaviours within the first twelve months after childbirth: A systematic qualitative meta-aggregation review. *Midwifery.* 2019;72:39–49. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.02.005>
54. Bidzińska G, Zwierzchowski K, Pasternok M, et al. Elektromiograficzna analiza zmian aktywności bioelektrycznej mięśni prostowników grzbietu w wyniku aplikacji Kinesiology Taping u kobiet po porodzie – doniesienie wstępne. „Interdyscyplinarość współczesnej rehabilitacji, tom I”. Paprocka-Borowicz M, Jarzab S, Kuciel-Lewandowska J, editors. Wrocław; 2016.
55. Critchley CJC. Physical Therapy Is an Important Component of Postpartum Care in the Fourth Trimester. *Phys Ther.* 2022;102(5):pzac021. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzac021>
56. Postnatal care. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); April 20, 2021.
57. <https://szpitalmadalinskiego.pl/pl/dla-pacjenta/programy-edukacyjne/program-bezplatnych-konsultacji-fizjoterapeutycznych-dla-kobiet-po-porodzie-oraz-noworodkow> (access: 2023.07.28).
58. <https://uck.pl/news/nowy-standard-opieki-fizjoterapeutycznej-dla-rodzacych-i-pacjentek-ginekologicznych-uck.html> (access: 2023.07.28).
59. Fizjoterapeutka pomaga kobietom po porodach i cesarskich cięciach w szpitalu w Kielcach (rynekzdrowia.pl) (access: 2023.07.28).
60. Kraśnianin E, Semczuk M, Skret A, et al. Satysfakcja z opieki okołoporodowej pacjentek rodzących w Polsce/Rzeszow i w Republice Federalnej Niemiec/Gross-Gerau [Level of satisfaction in patients giving birth in Poland/Rzeszów and in the Federal Republic of Germany/Gross-Gerau]. *Ginekol Pol.* 2013;84(1):17–23. <https://doi.org/10.17772/gp/1535>
61. Keil MJ, Delgado AM, Xavier MA de O, et al. Physiotherapy in obstetrics through the eyes of pregnant women: a qualitative study. *Fisioter mov [Internet].* 2022;35(spe):e356017.
62. Potera A, Mazur-Biały A. Wiedza położnic na temat profilaktycznych zachowań zalecanych w położu. „Medycyna, zdrowie a styl życia. Człowiek wobec wyzwań współczesnego świata II”. Naumowicz M, editor. ArchaeGraph Wydawnictwo Naukowe; 2021.
63. Qazi WA, Razaq M, Bokhari NA, et al. Availability of physical therapists for women after their cesarean section. *Rawal Med J.* 2022;47(1):241.
64. Moosdorff-Steinhauser HFA, Albers-Heitner P, Weemhoff M, et al. Factors influencing postpartum women's willingness to participate in a preventive pelvic floor muscle training program: a web-based survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015;195:182–187. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.10.009>
65. Nazar G. Awareness about the role of physical therapy in postpartum females among gynecologists. *Healer J Physiother Rehab Sci.* 2021;1(1):21–26.
66. Hermansen IL, O'Connell B, Gaskin CJ. Are postpartum women in Denmark being given helpful information about urinary incontinence and pelvic floor exercises? *J Midwifery Womens Health.* 2010;55(2):171–174. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.09.004>